

中医综合治疗小儿腹泻 42 例分析

殷建群

(陕西省紫阳县中医院 紫阳 725000)

关键词: 儿科; 腹泻; 中医药疗法

中图分类号: R 256.34

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.053

小儿腹泻属儿科门诊第二常见多发病,尤其以 2 岁以下婴幼儿多见,年龄越小,发病率越高。其病因有: (1)感染因素: 以病毒感染多见,其次是细菌感染或细菌病毒混合感染。(2)非感染因素: 以喂食不当较多见,如过多过早喂食淀粉或脂肪类食物,或突然改变食物品种、断奶等。另外因气候骤变或护理不当致小儿腹部受凉等均易诱发腹泻。其中感染性腹泻重要的病原微生物是轮状病毒,每年夏秋季发病率较高,其特点是大便呈蛋花样或水样便,易导致脱水及电解质紊乱。我科采用中医综合治疗小儿腹泻 42 例,效果明显。现报告如下:

每日 4 次以上,全部符合腹泻诊断标准。其中思密达+人参汤组(治疗组)54 例,男 28 例,女 26 例,平均年龄 2.8 岁,平均病程 16.7d,平均大便次数 6.5 次;思密达组(对照组)52 例,男 29 例,女 23 例,平均年龄 2.6 岁,平均病程 15.8d,平均大便次数 5.8 次。两组年龄、病程、性别及大便性状、化验常规经统计学处理其差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组在降温、补液、纠正酸中毒及对症治疗的基础上,治疗组予思密达+人参汤口服,对照组予思密达口服。思密达:<1 岁,每次 1/3 袋,1~3 岁,每次 1/2 袋,>3 岁,每次 1 袋,均每日 3 餐前 30min 口服;人参研细或切片,1 岁以内,2~5g/d,1~3 岁,5~8g/d,>3 岁,8~10g/d,文火水煎 15min,均每日 3~4 次均匀口服。

1.3 疗效评价标准 显效:治疗 72h 大便减少到 2 次/d 或正常,大便性状及化验常规正常;有效:上述各项指标较治疗前好转,但未完全恢复正常;无效:上述各项指标较治疗前无好转,甚至加重。

1.4 结果 治疗组总有效率 100%,对照组总有效率 61.54%。经统计学处理差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	54	48 (88.89)	6 (11.11)	0
对照组	52	21 (40.38)	11 (21.15)	20 (38.46)

1.5 不良反应 两组均无不良反应。

2 讨论

小儿腹泻病是一组多病原、多因素引起的消化道疾病,为世界性公共卫生问题,在我国属第二位

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院儿科 2008 年 8~12 月住院及门诊的腹泻患儿 42 例,男 22 例,女 20 例;年龄最小 4 个月,最大 2 岁 9 个月;轻度脱水 33 例,中度脱水 9 例。临床表现:低热,腹泻,体温 37.2~38.4℃,大便 6~10 次/d 或 10 次/d 以上,为黄稀水样便、蛋花样便,部分患儿出现呕吐、尿少、口渴等,腹部听诊肠鸣音活跃或正常。实验室检查:血常规正常范围;大便常规:脂肪球(+~++)。均符合《儿科学》第 6 版腹泻病诊断标准^[1]。42 例患儿随机分为治疗组和对照组各 21 例,两组患儿年龄、病情、病程常见多发病,其中慢性迁延性腹泻约占小儿腹泻的 19%^[1]。慢性迁延性腹泻会影响蛋白质、脂肪、碳水化合物等物质吸收,导致不同程度的营养不良、免疫功能低下和继发感染等恶性循环状态,是小儿腹泻病死亡的重要原因^[2]。肠黏膜保护剂为八面体蒙托石粉,常见的有思密达,适用于急性水样便腹泻及迁延性腹泻,该药能吸附病原,固定毒素,然后随大便排出体外,并能加强胃肠黏膜屏障功能,促进肠黏膜的修复^[1]。正是由于病原被大量清除,它们对肠黏膜上皮细胞的黏附、侵袭以及毒素作用和炎症反应均被有效阻断,使毒素血症或病毒血症得以迅速纠正,可以有效缓解腹泻病人的临床症状^[3]。

中医理论认为,泄泻无不由于脾胃,脾胃健则湿化正常,泄泻与脾虚关系最为密切,因脾虚失运,水湿内生,而致泄泻。小儿脾胃薄弱,经脉未盛,易为内外因素所干扰,若饮食失节,冷暖失调或感受外邪侵袭,则脾被伤,升降失常,运化无权,水湿精液下流而致泄泻。人参归脾肺,能大补元气、益脾气,凡脾之虚证,无论久病脾虚或受外部侵袭之症,均可运用。思密达联合人参汤治疗小儿慢性迁延性腹泻,有效率明显优于单用思密达对照组,且药源易找,价格低廉,口服方便,无副作用,值得基层推广应用。

参考文献

[1]胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 286-1 299
[2]沈怡.小儿慢性腹泻的再认识[J].临床儿科杂志,2007,25(8): 713
[3]戴向东,邵静鸣.思密达联合葛根芩连汤治疗成人急性非感染性腹泻[J].宁夏医学杂志,2002,24(12): 740

(收稿日期: 2010-05-25)

小切口内环高位结扎术联合包皮扩张术治疗小儿腹股沟斜疝及包茎 63 例疗效观察

罗懿 胡志鹏 肖玲

(江西省吉安市吉州区白塘街道社区卫生服务中心 吉安 343000)

关键词: 小儿腹股沟斜疝; 包茎; 小切口内环高位结扎; 包皮扩张

中图分类号: R 656.21

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.054

小儿腹股沟斜疝是常见的小儿疾病, 包茎更是多见。我中心自 2008 年 4 月以来尝试用小切口内环高位结扎术与包皮扩张术联合手术治疗, 取得了良好的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 63 例, 年龄 1~7 岁, 左侧斜疝 16 例, 右侧斜疝 45 例, 双侧斜疝 2 例, 其中复发疝 1 例, 均有包茎, 包皮下均不同程度积存包皮垢。

1.2 手术方法

1.2.1 小切口内环高位结扎术 (1)麻醉: 氯胺酮静脉复合麻醉。(2)手术: 常规消毒铺单, 取患侧下腹部耻骨结节上处做长 1~2cm 横行皮纹小切口, 切开皮肤、皮下组织、提睾肌, 寻找、分离出疝囊, 高位

等经统计学处理差异无显著性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 采用黄芪注射液 (国药准字 Z51021776) 1~2mL/kg, 连用 3~5d。推拿: 用拇指推脾经、肾经、大肠经、小肠经各 100 次; 用单手四指螺纹面绕脐做顺时针按摩腹部 5min; 用拇指自骶尾部开始直线向上推至腰部, 约推 2min; 用两手沿脊柱两旁由下而上连续地推拿患儿肌肤, 两手交替一边捏拿一边向上推进, 自尾骶部开始, 捏拿到枕颈, 反复操作 3~5 遍。口服中药主方: 苍术、茯苓、猪苓、泽泻、白术、鸡内金、陈皮、厚朴、甘草, 随症加减: 伤食型加炒山楂, 湿热型加白头翁、鲜竹叶, 脾虚型加党参, 脾肾阳虚型加吴茱萸, 腹痛甚者加木香, 高热脱水伤阴者用西洋参合四苓散, 兼外感风寒者加苏叶、防风、荆芥。以上治疗均 5d 为 1 个疗程。

1.2.2 对照组 使用抗生素庆大片或呋喃唑酮片、肠道黏膜保护剂蒙脱石散、胃肠解痉药 654-2 片, 2~3 次/d, 5d 为 1 个疗程。

1.3 疗效判定标准 痊愈: 治疗 3d 后, 症状体征消失, 大便次数及性状恢复正常; 好转: 治疗 3d 后, 症状体征基本消失, 大便次数减少, 性状基本恢复正常; 无效: 治疗 3d 后, 症状体征及大便次数无改变或加重。

1.4 治疗效果 经 1~2 个疗程的治疗, 治疗组痊愈

游离至暴露腹膜外脂肪, 4 号线贯穿缝扎疝囊颈并加固, 外环过大者应予缩窄, 以能通过精索而不紧为宜, 严密止血后牵拉同侧睾丸使精索复位, 缝合浅筋膜, 切口皮肤只缝合 1~2 针。

1.2.2 包皮扩张术 常规消毒阴茎皮肤后, 左手中和无名指固定阴茎根部, 拇指和食指外翻包皮, 右手持小弯钳自包皮 12 点处, 边外翻边分离, 逐渐绕向系带, 暴露冠状沟, 清洗积存的包皮垢。再用中弯钳呈十字撑开包皮口的两侧皮肤, 将包皮扩张至能顺利地完全翻转, 在包皮与龟头之间涂抹少许红霉素眼药膏, 将包皮回复整位, 盖住阴茎头。

1.2.3 手术后处理 一般于术后第 3 天换药, 术后第 6 天拆线, 换线、拆线时上翻包皮, 局部消毒涂 18 例 (85.71%), 好转 2 例 (9.52%), 无效 1 例 (4.76%), 总有效率 95.24%; 对照组痊愈 11 例 (52.38%), 好转 7 例 (33.33%), 无效 3 例 (14.28%), 总有效率 85.71%。经统计学处理, 两组间疗效差异有显著性 ($P<0.01$)。

2 讨论

小儿腹泻每年发病高峰季节为冬末、初春或深秋季节, 轮状病毒是重要病原体^[1]。小儿肠壁薄, 通透性强, 屏障功能差, 病毒易大量繁殖, 肠内局部出现病理损害。中医认为本病多为内伤饮食、感受外邪、脾胃虚弱、脾肾阳虚等原因引起, 小儿脏腑娇嫩, 脾常不足, 胃肠功能薄弱, 遭外邪侵袭即易作泻。中药有清热解毒、燥湿之功, 为治疗泄泻的主要药物。笔者根据小儿不同病情, 原则上分清寒热虚实, 寒者宜温, 热者宜清, 滞者宜消, 虚者宜补, 辨证施治取得了较好的疗效。黄芪注射液有抗病毒、保护肠黏膜及修复作用^[2]。同时, 施以推拿疗法, 通过对脾经、肾经、大肠经、小肠经等经络刺激, 以及腹部按摩, 促进胃肠功能尽快恢复。

参考文献

[1] 易著文. 儿科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 263
[2] 张传仓, 李宁, 姚英民. 轮状病毒的病毒血症及肠道外损害[J]. 中国实用儿科杂志, 2002, 17(12): 153-155
[3] 金玉, 薛立军. 轮状病毒性肠炎粪便中 SIgA 水平的变化[J]. 小儿急救医学, 2004, 11(2): 97

(收稿日期: 2010-06-04)