

加减黄芩滑石汤治疗婴幼儿病毒性肠炎 48 例

★ 姚梦华 (浙江省桐庐县中医院 桐庐 311500)

关键词:黄芩滑石汤;婴幼儿;病毒性肠炎;中医药疗法

中图分类号:R 723.19 文献标识码:B

本人在 2006~2008 年,采用加减黄芩滑石汤治疗小儿病毒性肠炎,并与目前较为肯定的微生态和肠粘膜保护剂疗法进行比较,现将结果报道如下:

1 临床资料

婴幼儿病毒性肠炎患儿共 87 例,年龄 4 个月~3 岁,发病在 3 天以内,大便呈水样便或蛋花样大便,无脓血便,大便镜检无红细胞,白细胞 ≤ 5 HP,36 例有脂肪球 <10 HP,大便轮状病毒抗原检测(胶体金法)阳性 53 例,粪便培养均为阴性。按首诊时间,单数日者为治疗组,偶数日者为对照组。治疗组 48 例,男 25 例,女 23 例,平均年龄 12.5 个月。其中伴发热 30 例,体温 >39 ℃12 例, 38 ℃~ 39 ℃10 例, <38 ℃8 例;伴脱水 20 例,其中中度脱水 7 例,轻度脱水 13 例;伴上呼吸道感染症状如流涕、喷嚏、咳嗽 14 例;伴恶心呕吐 21 例。对照组 39 例,男 23 例,女 16 例,平均年龄 13 个月。其中伴发热 22 例,体温 >39 ℃6 例, 38 ℃~ 39 ℃13 例, <38 ℃3 例;伴脱水 18 例,其中中度脱水 4 例,轻度脱水 14 例;伴上呼吸道感染症状如流涕、喷嚏、咳嗽 14 例;伴恶心呕吐 13 例。两组患儿年龄、性别、临床表现均具可比性。

2 治疗方法

两组患儿根据病情予以口服 ORS 补盐液或静脉补液,纠正水电解质紊乱及酸中毒,发热高于 38.5 ℃的给予对乙酰氨基酚混悬液对症治疗。治疗组予口服加减黄芩滑石汤,药物组成:炒黄芩 6 g,茯苓皮 6 g,猪苓 6 g,白豆蔻 6 g(后下),白通草 5 g,炒银花 6 g,六一散 10 g(布包),(3 岁量)。加减:有流涕、喷嚏、咳嗽等表证的,加藿香、佩兰、荆芥;伴呕吐者,加半夏、砂仁,大便次数多,暴迫下注的,加炒黄连、炒车前子、煨诃子。对照组予以妈咪爱和思密达治疗。治疗 3 天以后判断疗效。

3 治疗结果

疗效标准参照第二届全国小儿腹泻会议制定的标准^[1]。治疗组治愈(临床症状完全消失,腹泻次数 ≤ 2 次/天,大便性状恢复正常)18 例,有效(临床症状基本消失,腹泻次数 ≤ 4 次/天,大便性状比以前改善,且水分明显减少)26 例,无效

(临床症状无改变或加重,腹泻次数及性状无明显好转)4 例,总有效率 91.67%;对照组分别为 11、16、12 例,69.23%。两组疗效比较,有显著性差异, $P<0.05$ 。

4 讨论

病毒性肠炎的发病机理尚未十分明确,一般认为,病毒特别是轮状病毒进入机体后,首先侵犯小肠粘膜^[2],并在肠绒毛顶端的柱状上皮细胞上复制,使细胞发生空泡变性坏死,微绒毛肿胀,无规则变短。受累的肠粘膜上皮细胞脱落,遗留不规则的裸露病变,使小肠绒毛柱状上皮细胞感染病毒后造成上皮细胞内双糖酶含量减少,引起双糖吸收不良,钠、氯等离子吸收障碍,引起渗透性腹泻。目前,病毒性肠炎治疗多在维持水、电解质与酸碱平衡的同时,采用微生态调节剂和肠粘膜保护剂治疗为主。中医治疗病毒性肠炎引起的腹泻有其优势,在杂志中多有报道,有从湿热论治,有从暑湿论治,有从脾虚论治,亦有从脾肾不足论治。笔者在病毒性肠炎初期多从湿热或暑湿论治,因其多有发热、呈水泻或蛋花样便,来势急迫,《内经》云:“暴注下迫,皆属于热”,又云“湿胜则濡泻”,而后期可从脾虚或脾肾不足论治。笔者在初期常用加减黄芩滑石汤治疗,其基础方黄芩滑石汤是《温病条辨》主治中焦湿热的名方,具有清热利湿功能,加减黄芩滑石汤是在其方中再加炒银花和甘草,增加其清肠缓中功能。其中炒黄芩、炒银花清热燥湿,通草、六一散清热利湿,茯苓皮、猪苓淡渗利湿,大腹皮、白豆蔻行气化湿。诸药配合具有清热燥湿、淡渗利湿、芳香化湿的功能,使腹泻病程缩短。

参考文献

- [1]方鹤松.“98 全国腹泻病防治学术研讨会”纪要,腹泻病治疗新原则、疗效判断标准的补充建议[S].临床儿科杂志,1998,16(5):358.
- [2]关德华.小儿感染性腹泻临床诊治经验[M].北京:中国医药科技出版社,2004:86.

(收稿日期:2008-07-09)