

# 隔姜灸联合推拿治疗小儿脾虚型泄泻临床研究

唐敏

(铜仁市中医医院 554300)

**摘要:**目的: 探析小儿脾虚型泄泻采用隔姜灸+推拿治疗的效果。方法: 观察对象选自临床儿科, 共 42 例, 筛选时间 2022.4-2023.6, 随机分 2 组, 常规腹泻西药+推拿治疗为一组(参比组); 隔姜灸+推拿为一组(联合组), 每组内患儿 21 例, 收集患儿治疗资料, 比较疗效、症状、菌群等指标。结果: 联合组泄泻患儿治疗后症状完全消失、体征正常的例数为 10, 有效率为 95.24, 与参比组相比更高,  $P < 0.05$ ; 治疗前泄泻患儿症状评分高, 治疗后联合组 4 个症状(腹痛、面色、便秘、粪便性状)评分下降, 低于参比组,  $P < 0.05$ ; 治疗前菌群含量高, 相比 ( $P > 0.05$ ), 治疗后联合组肠球菌、大肠杆菌含量低于参比组,  $P < 0.05$ ; 联合组隔姜灸患儿经治理后腹痛、呕吐、多次排便等症状快速消失, 消退时间短, 经规范治疗后患儿每天腹泻次数减少,  $P < 0.05$ 。结论: 联合中医疗法隔姜灸+推拿更适用于泄泻(脾虚型)治疗, 临床疗效佳, 安全性高, 可促进症状消退, 调节菌群含量, 改善患儿症状。

**关键词:**隔姜灸; 推拿; 小儿脾虚型泄泻; 临床效果; 症状评分; 康复时间; 肠道菌群

腹泻是临床消化内科较为常见的病种, 其典型症状为排便次数增多, 大便性状改变, 无特定发病季节, 1~3 岁的婴幼儿尤为高发, 西医治疗以抗感染、纠正水电解质平衡, 调节机体微生态为主, 短期内可缓解患儿症状, 但治疗后腹泻易复发, 影响患儿健康和生长发育<sup>[1-2]</sup>。传统中医学将腹泻归入泄泻范畴, 根据患儿症状可分为多种症型, 临床中最为常见的脾虚型泄泻, 研究表明, 在常规西药治疗基础上联合推拿、艾灸等中医疗法, 可提高临床疗效, 快速缓解患儿腹泻症状<sup>[3-4]</sup>。推拿通过特定的穴位刺激疏通患儿经络, 调节机体内外平衡, 艾灸选用隔姜灸方式, 将新鲜姜片切成硬币厚度, 放于特定穴位上, 点燃艾绒施灸 15~20 分钟, 可以起到温经散寒、通络活血的效果<sup>[5]</sup>。本文将临床儿科 42 名泄泻患儿选为观察对象, 探析脾虚型泄泻采用隔姜灸+推拿的疗效, 报告如下。

## 1. 基线资料和一般方法

### 1.1 基线资料

观察对象选自临床儿科, 共 42 例, 时间 2022.4-2023.6, 随机分, 共 2 组, 每组内患儿 21 例, 参比组: 男 13, 女 8, 患儿 0.5-2 岁, 平均 ( $13.42 \pm 1.45$ ) 岁, 泄泻症状出现 2-28 天, 平均 ( $15.14 \pm 2.08$ ); 联合组: 男 12, 女 9, 患儿 0.6-2 岁, 平均 ( $13.38 \pm 1.36$ ) 岁, 泄泻症状出现 2-26 天, 平均 ( $15.13 \pm 2.10$ ), 比参  $P > 0.05$ 。患儿各项症状符合中医、西医腹泻、泄泻诊断; 年龄在 2 岁以内; 对本实验中医疗法无过敏; 家长知晓; 排除泄泻症状严重, 水电解质严重失衡患儿; 营养缺陷症状严重者。

### 1.2 方法

参比组: 常规腹泻西药+推拿治疗, 静脉补液纠正患儿脱水症状, 3g 蒙脱石散(博福-益普生(天津)制药有限公司, 国药准字 H20000690, 规格: 3g/一包)温水冲服, 3 次/d+2 片金双歧(内蒙古双奇药业股份有限公司, 国药准字 S19980004, 规格: 0.5 克/片), 2 次/d。推拿治疗如下: 共 10 个步骤, 包括补脾土、揉板门、补大肠、补肾经、运内八卦、推上关、腹部点穴、摩腹、揉龟尾、推七节骨。操作医师由患儿指间推至指根, 再按揉板门穴, 21 次, 向横纹方向推按, 上推大肠经 5 分钟, 指腹旋推肾经, 顺时针运内八卦。患儿作屈肘动作, 操作医师左手握住手腕, 右手从患儿中指、食指末端向肘、腕部推进。腹部点穴中脘、神阙、天枢, 协助患儿调整至仰卧位, 医师一手置患儿腹部, 围绕肚脐逆时针摩腹。调整至俯卧位揉龟尾, 操作者指端按揉尾骨前侧, 再缓慢上推七节骨, 观察患儿皮肤升高, 皮色红润即可。1 次/d, 坚持治疗 14 天。

表 2 症状评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

推拿力度轻柔, 推拿前操作者清洁手部, 在掌心涂抹润滑油, 以免损伤患儿皮肤。

联合组: 隔姜灸+推拿, 推拿治疗流程、方法一致, 隔姜灸: 取穴神阙, 将新鲜生姜切成硬币厚度, 约 0.3 厘米, 用三棱针在生姜表面穿刺孔洞, 常规消毒穴位后, 生姜放于神阙穴, 点燃艾炷, 与皮肤保持一定距离(3cm), 施灸期间医师需了解患儿皮温变化, 根据温度、患儿表现调节距离, 以皮肤潮红为宜, 每天推拿、隔姜灸各 1 次, 隔姜灸 15 分钟, 坚持治疗 14 天。

### 1.3 观察指标

(1) 有效率评价: 观察患儿泄泻症状(多次排便、腹痛等)消退, 化验粪便标本, 结果正常为治愈; 治疗后患儿排便次数减少, 减至每天 1-2 次, 粪便性状改变, 基本成形为显效; 药物+中医手法治疗后每日便次在 2-4 次之间, 便黏症状缓解即为有效; 其余指标为无效。(2) 本次患儿泄泻症状参照中药新药指导进行评估, 文章收录患儿主次症共 4 个, 大便次数、粪便性状、腹痛和面色, 计 0-3 分。(3) 采集患儿晨间粪标本, 利用 16SrRNA 荧光法检测, 检测指标 3 项, 肠球菌、双杆和大肠杆菌。(4) 统计症状消失时间、脱水纠正和治疗时间, 记录患儿每日腹泻次数。

### 1.4 统计学分析

SPSS 26.0 统计学软件为本研究数据分析工具, 计量数据以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, t 检验; 计数数据 [ $n$  (%) ] 表示,  $\chi^2$  检查;  $P < 0.05$ , 存统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 对比疗效

联合组泄泻患儿治疗后症状完全消失、体征正常的例数为 10, 有效率为 95.24, 与参比组相比更高,  $P < 0.05$ 。

表 1 疗效对比 (n, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
联合组 (n=21)	10 (47.62)	8 (38.10)	2 (9.52)	1 (4.76)	20 (95.24)
参比组 (n=21)	6 (28.57)	5 (23.81)	4 (19.05)	6 (28.57)	15 (71.43)
$\chi^2$	-	-	-	-	4.2857
P	-	-	-	-	0.0384

### 2.2 对比症状评分

治疗前泄泻患儿症状评分较高, 治疗后联合组腹痛、面色、便秘、粪便性状等评分明显下降, 低于参比组,  $P < 0.05$ 。

组别	大便次数		粪便性状		腹痛		面色	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组 (n=21)	2.36 ± 0.55	0.65 ± 0.72	2.63 ± 0.15	0.57 ± 0.53	2.07 ± 0.13	0.32 ± 0.12	2.07 ± 0.52	0.55 ± 0.19
参比组 (n=21)	2.39 ± 0.77	1.45 ± 0.36	2.59 ± 0.52	1.36 ± 0.05	2.10 ± 0.16	0.85 ± 0.15	2.06 ± 0.12	1.16 ± 0.25
t	0.1453	4.5542	0.3387	6.8004	0.6669	12.6436	0.0859	5.6916
p	0.8852	0.0000	0.7366	0.0000	0.5087	0.0000	0.9320	0.0000

2.3 对比菌群数量  
 治疗前菌群含量高, 相比 (P > 0.05), 治疗后联合组肠球菌、大肠杆菌含量低于参比组, P < 0.05。  
 表3 菌群数量对比 ( $\bar{x} \pm s$ , CFU/g)

组别	双歧杆菌数量		肠球菌数量		大肠杆菌数量	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组 (n=21)	6.10 ± 0.11	7.61 ± 1.01	8.81 ± 1.47	7.84 ± 0.18	10.58 ± 1.62	9.29 ± 0.24
参比组 (n=21)	6.11 ± 0.44	7.00 ± 0.69	8.81 ± 0.16	8.14 ± 0.11	10.61 ± 0.12	9.74 ± 0.65
t	0.1010	2.2853	0.0000	6.5170	0.0846	2.9762
p	0.9200	0.0277	1.0000	0.0000	0.9330	0.0049

2.4 对比症状消失时间、每天腹泻次数

联合组隔姜灸患儿经治理后腹痛、呕吐、多次排便等症状快速消失, 消退时间短于参比组, 经规范治疗后患儿每天腹泻次数降至 (1.67 ± 0.32), 少于参比组, P < 0.05。

表4 症状消失时间、每天腹泻次数对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	联合组 (n=21)	参比组 (n=21)	T 值	P 值
腹痛消失 (d)	0.83 ± 0.24	1.23 ± 0.24	5.4006	0.0000
呕吐缓解 (d)	1.04 ± 0.36	2.15 ± 0.31	10.7070	0.0000
排便正常 (d)	2.05 ± 0.23	5.62 ± 1.02	15.6462	0.0000
脱水纠正 (d)	2.68 ± 0.51	3.88 ± 0.62	6.8498	0.0000
治疗时间 (d)	3.34 ± 1.62	5.24 ± 1.48	3.9680	0.0003
腹泻次数 (次/天)	1.67 ± 0.32	3.15 ± 0.72	8.6079	0.0000

3. 讨论

西医认为小儿腹泻是因不洁饮食、营养不良、肠道感染等因素诱发, 治疗时也以纠正酸碱紊乱、水电解质失衡和抗感染为主, 临床常用黏膜保护剂、微生态调节剂进行治疗, 口服或静脉给药后, 患儿症状可在短时间内缓解, 但仍有部分家长对疗效感到不满意, 药物治疗后, 腹泻次数、粪便性状仍未发生明显改变<sup>[6]</sup>。查阅我国传统中医学文献, 可查找诸多泄泻相关资料, 《黄帝内经》是最早提及泄泻的中医古籍, 其认为泄泻之症起源于脾胃, 脾胃主运化和受纳, 为生化之源, 由于婴幼儿年龄较小, 脾胃功能未发育完善, 泄泻更易发。脾胃功能受外界湿寒影响, 运化失司、阳气亏损、难以完成正常的机体运化, 进而形成泄泻。脾虚型泄泻属临床常见证型, 应以健脾治疗为主。文中针对患儿症状, 口服思密达和金双歧片, 此基础上通过推拿、隔姜灸等中医技法提高治疗效果。中医推拿治疗小儿泄泻包括补脾土、揉板门、补大肠、补肾经、运内八卦、推上关、腹部点穴、摩腹、揉龟尾、推七节骨等步骤, 根据上述顺序依次进行, 利用特殊手法刺激患儿相应穴位, 调节机体运化功能, 维持脾胃阴阳平衡, 推拿可对患儿皮肤感受器起到正向刺激作用, 神经感觉直接传导至患儿大脑皮层, 从而起到调脾胃功、止泻之功效<sup>[7]</sup>。隔姜灸由传统艾灸技法发展而来, 生姜归脾胃经, 点燃艾绒, 对准穴位施灸后, 传导的热力作用可使体内脏腑温度升高, 改善局部血运, 润养脾胃, 驱除湿寒。

文章研究结果显示, 联合组泄泻患儿治疗后症状完全消失、体征正常的例数为 10, 有效率为 95.24, 与参比组 (71.43%) 相比更高, P <

0.05, 本文取患儿神阙穴, 实施隔姜灸, 神阙穴位于患儿腹部, 归于任脉, 是人体保健抗病的主要灸穴, 可保障保证热力传导至脾胃脏器, 直达穴位深处, 增强辅助治疗效果。治疗前泄泻患儿症状评分较高, 治疗后联合组腹痛 (0.32 ± 0.12) 面色 (0.55 ± 0.19) 便次 (0.65 ± 0.72) 粪便性状 (0.57 ± 0.53) 等评分明显下降, 低于参比组, P < 0.05, 隔姜灸联合推拿技法可有效缓解小儿泄泻症状。治疗前菌群含量高, 相比 (P > 0.05), 治疗后联合组肠球菌、大肠杆菌含量明显下降, 低于参比组, P < 0.05, 现代医学研究表明中医隔姜灸推拿联合治疗, 可改善患儿肠道内菌群环境, 促进患儿症状好转<sup>[8-9]</sup>。联合组隔姜灸患儿经治理后腹痛、呕吐、多次排便等症状快速消失, 消失时间更短, 经规范治疗后患儿每天腹泻次数降至 (1.67 ± 0.32), 少于参比组 (3.15 ± 0.72) 次/天, P < 0.05。小儿脾虚型泄泻经中西医结合治疗后, 病症快速好转, 排便次数减少, 性状改变。

综上所述, 隔姜灸+推拿更于泄泻脾虚型治疗中尤为适用, 临床疗效佳, 安全性高, 可促进症状消退, 可推广。

参考文献:

[1] 俞浩, 胡英同, 汪建民. 汪建民教授应用推拿手法辨证治疗小儿泄泻的临床经验[J]. 中医临床研究, 2022, 14(20): 49-51.  
 [2] 李海金. 隔姜灸联合推拿治疗小儿脾虚型泄泻临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(05): 851-854.  
 [3] 张蓉, 吴凡, 陈叶梅. 小儿推拿法联合神阙和中脘穴位贴敷治疗小儿泄泻的临床效果及有效率影响观察[J]. 当代医学, 2021, 27(21): 64-66.  
 [4] 张娟, 李彬. 推拿联合七味白术散加减治疗小儿脾虚型泄泻的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(11): 71-74.  
 [5] 马兰, 张金波. 小儿推拿结合中药穴位贴敷治疗小儿脾虚泄泻证型临床疗效研究[J]. 中医临床研究, 2021, 13(08): 52-55.  
 [6] 刘红华, 刘迈兰, 钟欢等. 隔姜灸治疗虚寒型功能性腹泻的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(09): 1065-1069.  
 [7] 陈利. 热敏灸加铺药隔姜灸联合温针灸治疗脾肾阳虚泄泻 27 例[J]. 中医研究, 2020, 33(10): 64-67.  
 [8] 黄迎春. 中药灌肠配合小儿推拿治疗小儿脾虚泄泻 30 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2018, 39(03): 66-67.  
 [9] 徐桃园. 穴位隔姜灸治疗脾肾阳虚型泄泻疗效观察[J]. 护理研究, 2011, 25(34): 3163-3164.