

中药穴位贴敷治疗儿童急性胃肠炎的临床疗效观察

李江¹ 孟凡力¹ 赵静² 司丞君¹

1.雅安职业技术学院附属医院儿科、中医科 四川 雅安 625000

2.雅安市疾病预防控制中心 四川 雅安 625000

【摘要】目的：探究自拟中药穴位外敷方案协同常规西医干预，用于小儿急性胃肠炎的实际诊疗价值与应用安全性。方法：选取本院2024年1月—2025年12月收治的120例急性胃肠炎患儿，随机划分成两组，各60例。对照组采用补液调理、微生物制剂、胃肠黏膜保护等基础干预手段，观察组在此基础上加用多味中药配伍制成贴膏，外敷神阙、气海、双侧天枢穴位开展联合治疗，两组干预周期统一设定为3~5 d。对比两组整体治疗有效率、各类典型症状消退时长、中医证候积分变化、肠道微生态指标及机体炎症表达水平，同时统计全程不良事件发生情况。结果：观察组整体临床有效率达到95.00%，明显优于对照组81.67%，组间差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组腹泻、呕吐、腹部疼痛、发热等症状恢复用时更短（ $P<0.05$ ）。干预后，两组中医症状评分均较治疗前明显下降，且观察组下降幅度更为突出（ $P<0.05$ ）。观察组肠道有益菌数量显著提升，条件致病菌数量明显降低，IL-6、TNF- α 炎症因子水平下调幅度优于对照组（ $P<0.05$ ）。两组轻微不良反应发生率接近，无显著统计学差异（ $P>0.05$ ）。结论：针对儿童急性胃肠炎患儿，在西医常规治疗基础上加用中药穴位贴敷，能够快速控制临床症状，优化肠道菌群结构，减轻肠道局部炎症反应，整体干预安全可靠，适合基层儿科广泛推广使用。

【关键词】儿童急性胃肠炎；中药穴位贴敷；肠道微生态；炎症因子；中西医结合

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.037

引言

急性胃肠炎是儿科门诊及病房极为多见的消化类急症，多发于换季阶段，低龄婴幼儿自身防御能力薄弱，属于该病高发群体。该病多由外界病原微生物侵袭、饮食结构紊乱、冷暖调护不当等多重因素诱发，临床主要表现为排便异常、恶心呕吐、腹部胀痛、躯体发热等一系列不适表现。从中医角度分析，孩童脏腑发育尚未成熟，脾胃运化能力偏弱，先天“脾常不足”的生理特质，使其极易受外界寒、湿、热等病邪侵扰，加之日常饮食管控不足，进而造成中焦气机升降紊乱、水湿代谢停滞，最终诱发泄泻、呕吐等病症。

临床常规西医干预手段，以纠正脱水、调节肠道菌群、保护受损黏膜及对症退热止痛为主，虽可快速控制急症表现，但长期应用存在一定局限。低龄儿童抗拒口服药物，临床配合度较差；抗生素盲目使用易破坏肠道稳态，诱发多重耐药问题；化学药物直接作用于胃肠组织，还可能进一步刺激黏膜，加重呕吐、腹胀不适感。因此，寻找一种温和无创、接受度高、副作用小的中医外治手段，已成为当前儿科消化疾病研究的重要方向。

穴位贴敷属于中医特色外治技术，依托经络腧穴传导原理，将中药粉剂经调制后外敷于体表特定穴位，借助皮肤透皮吸收作用，实现药物局部作用与经络整体调节的双重效果。该

疗法无需口服给药，无肝肾代谢负担，操作便捷、痛感极低，更加契合儿童特殊生理状态。本研究结合小儿脾胃病发病特点，拟定健脾温中、化湿和胃中药复方，选取腹部关键腧穴开展贴敷干预，综合评估该方案对急性胃肠炎患儿症状恢复、肠道环境及炎症状态的改善作用，为中西医结合治疗小儿消化疾病提供实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究样本选取区间为2024年1月至2025年12月，纳入本院儿科收治的120例急性胃肠炎患儿，通过随机数字抽样方式平均分为两组。对照组60例，男童33例，女童27例，年龄5个月~6岁，平均年龄（ 3.08 ± 1.12 ）岁，病程1~3 d；观察组60例，男童32例，女童28例，年龄6个月~6岁，平均年龄（ 3.12 ± 1.05 ）岁，病程1~3 d。两组患儿年龄、性别、病程、临床基础症状等基线资料对比，无明显差异（ $P>0.05$ ），试验数据具备可比性。本研究经院内伦理委员会审核批准，所有患儿监护人均知情同意并自愿配合治疗。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《儿童急性感染性腹泻病临床实践指南（2023）》相关标准制定：急性起病，病程不超过3 d；排便频次每日3次及以上，大便质地稀薄、呈水样或黏液样；可伴

作者简介：李江，男（1985.03-），汉族，四川省雅安市雨城区人，本科，雅安职业技术学院附属医院，儿内科主治医师，四川省医学会高级会员，四川省妇幼保健协会小儿消化专业委员会委员。

基金项目：雅安职业技术学院2024年度校级科研项目“中药穴位贴敷在儿童胃肠炎治疗中的疗效研究”（yzyzk202415）

随呕吐、腹痛、低热或高热表现；粪便实验室检测可检出炎症指标或常见肠道病毒、致病菌。

中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》，辨证分型为脾胃虚寒兼湿滞气滞证：大便稀溏清冷、夹杂泡沫，呕吐清水乳食，腹部怕冷喜揉，食欲减退、精神倦怠，舌淡苔白厚腻，脉络色泽暗沉。

1.3 纳入与排除标准

纳入：符合中西医双重诊断标准；年龄区间 5 月龄~6 周岁；病程≤3 d；监护人能够全程配合治疗与观察。排除：重度脱水需静脉补液抢救患儿；合并心肝肾严重器质性病变；贴敷区域皮肤破损、湿疹及过敏性体质；先天消化道发育畸形；近期使用过抗生素、免疫调节剂等影响试验结果药物。

1.4 治疗方案

对照组实施标准化西医基础干预：采用口服补液盐调配温水服用，预防脱水及电解质紊乱；给予益生菌制剂调节肠道功能；蒙脱石散口服保护肠黏膜；体温超过 38.5℃时给予退热药物，腹痛患儿配合腹部热敷护理，连续干预 3~5 d。

观察组在对照组干预基础上，联合中药穴位贴敷治疗。组方：肉桂、苍术、丁香、白豆蔻、厚朴、黄连、木香、陈皮，所有药材烘干研磨，过 120 目细筛，以食用香油调和为糊状药膏。选取神阙、气海、双侧天枢四个核心穴位，清洁腹部皮肤后，取适量药膏制成圆形药饼外敷固定。依据年龄调整贴敷时长，婴幼儿单次 2h，学龄前儿童单次 4h，每日更换 1 次，疗程与对照组保持一致。贴敷期间严格管控饮食，禁止生冷、油腻、甜腻辅食，密切监测皮肤状态。

1.5 观察指标

①临床疗效：划分治愈、显效、有效、无效四个等级，统计总有效率；②症状恢复时间：精准记录腹泻、呕吐、腹痛、发热各项症状完全消退天数；③中医证候积分：围绕大便性状、排便次数、恶心呕吐、腹胀腹痛、精神状态等项目量化评分，分值越高代表病情越重；④肠道微生态：检测粪便中有益菌与条件致病菌菌落计数；⑤炎症指标：采用 ELISA 法检测血清 IL-6、TNF- α 两项炎症介质含量；⑥安全性观察：记录皮肤瘙痒、红疹、水疱及胃肠不适等不良事件。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件完成数据运算，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验；计数资料以百分率表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率为 95.00%，高于对照组的 81.67%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例 (%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	60	60	-	-
治愈	38(63.33)	25(41.67)	-	-
显效	15(25.00)	18(30.00)	-	-
有效	4(6.67)	7(11.67)	-	-
无效	3(5.00)	10(16.67)	-	-
总有效率	57(95.00)	49(81.67)	4.227	0.040

2.2 两组症状消失时间比较

观察组腹泻、呕吐、腹痛、发热消失时间均短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组症状消失时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
腹泻	2.15 $\pm$ 0.52	2.89 $\pm$ 0.68	6.782	<0.001
呕吐	1.02 $\pm$ 0.35	1.65 $\pm$ 0.47	8.215	<0.001
腹痛	1.28 $\pm$ 0.41	1.92 $\pm$ 0.55	7.536	<0.001
发热	1.56 $\pm$ 0.48	2.21 $\pm$ 0.62	6.941	<0.001

2.3 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组中医证候积分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后两组积分均下降，且观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	-	-
治疗前	15.28 $\pm$ 2.15	15.15 $\pm$ 2.23	0.312	0.756
治疗后	4.12 $\pm$ 1.05	7.89 $\pm$ 1.52	15.287	<0.001
t 值	32.568	21.345	-	-
P 值	<0.001	<0.001	-	-

2.4 两组治疗前后肠道菌群比较

治疗前两组肠道菌群数量比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组双歧杆菌、乳酸杆菌数量高于对照组，大肠杆菌、沙门氏菌数量低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表4 两组治疗前后肠道菌群比较 ($\bar{x} \pm s$, log CFU/g)

组别	观察组 (60例)		对照组 (60例)	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
双歧杆菌	7.12±0.58	8.95±0.47*#	7.08±0.61	7.85±0.52*
乳酸杆菌	6.89±0.62	8.52±0.51*#	6.85±0.65	7.52±0.58*
大肠杆菌	8.25±0.71	6.18±0.55*#	8.21±0.75	7.15±0.62*
沙门氏菌	5.12±0.45	3.05±0.32*#	5.08±0.48	4.12±0.38*

*注:与本组治疗前比较, $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\#P<0.05$ 。

2.5 两组治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组血清 IL-6、TNF- α 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组水平均下降, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表5。

表5 两组治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	观察组		对照组	
例数	60		60	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IL-6	28.56±5.12	10.25±2.15*#	27.89±5.35	16.85±3.25*
TNF- α	32.15±6.28	12.58±3.12*#	31.85±6.52	19.65±4.25*

*注:与本组治疗前比较, $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\#P<0.05$ 。

2.6 两组不良反应比较

观察组出现皮肤轻度红肿、瘙痒2例(3.33%), 无需特殊处理, 停药后自行缓解; 对照组出现轻度腹胀1例(1.67%), 未影响治疗。两组不良反应发生率差异无统计学意义 ($\chi^2=0.342$,

$P=0.559$)。

3 讨论

小儿脏腑娇嫩, 脾胃运化功能薄弱, 是急性胃肠炎高发的内在体质基础。湿邪阻滞中焦、脾胃阳气亏虚、气机运行不畅为本病核心发病机理, 治疗核心应以温中健脾、燥湿化浊、理气和胃为核心原则。本次所用外用中药复方配伍科学, 肉桂温中和阳、散寒止痛, 改善脾胃虚寒之本; 苍术燥湿健脾, 化解体内湿浊停滞; 丁香、白豆蔻和胃降逆, 针对性缓解恶心呕吐; 厚朴、木香行气导滞, 解除腹部胀满与痉挛疼痛; 少量黄连清利湿热, 规避温热药材滋生内热; 陈皮理气和中, 调和全方药性, 寒温并用、补泻兼顾, 完全贴合小儿复杂病机。

所选贴敷穴位均为调理胃肠的核心要穴。神阙穴皮肤浅薄、毛细血管丰富, 药物渗透吸收效率极高, 可直达中焦脾胃, 快速止泻和胃; 气海穴补益元气、温养脾肾, 侧重固本培元, 改善小儿体虚易泻特质; 双侧天枢为大肠募穴, 能够双向调节肠道蠕动, 平衡胃肠动力, 缓解腹泻与腹胀双重问题。药物作用结合穴位经络刺激, 由表及里调节脏腑功能, 实现局部治疗与全身调理相结合。

现代药理研究证实, 该复方多种活性物质具备多重药理作用。生物碱、挥发油、黄酮类成分可抑制肠道有害微生物增殖, 减轻肠黏膜炎性浸润; 同时能够舒缓胃肠道平滑肌痉挛, 减少异常蠕动, 缓解腹痛腹泻; 还可修复受损肠黏膜屏障, 降低血管通透性, 减少肠道渗出, 下调机体炎症因子释放, 多角度阻断病情进展。本次临床数据证实, 中西医结合干预模式下, 患儿症状恢复更快, 肠道微生态环境得以修复, 炎症反应有效缓解, 且全程无严重不良反应, 契合儿科安全治疗的核心要求。

4 结论

在儿童急性胃肠炎临床治疗中, 配合应用自制中药穴位贴敷干预, 能够切实提升整体治疗效果, 缩短各类型症状恢复时间, 优化肠道菌群平衡, 减轻全身炎症反应, 疗法安全、操作简单、患儿依从性高, 具备良好的临床应用价值与推广前景。

参考文献:

- [1] 中华医学会儿科学消化学组. 儿童急性感染性腹泻病诊疗指南(2023版)[J]. 中华儿科杂志, 2023, 61(7): 529-536.
- [2] 王艳, 张雪. 中医外治法联合常规西药治疗小儿急性腹泻的疗效及对肠道菌群的影响[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(08): 1482-1485.
- [3] 陈丽, 周莉. 中药穴位贴敷干预小儿脾胃湿热型胃肠炎的临床研究[J]. 中医药导报, 2025, 31(02): 92-95.
- [4] 赵敏, 刘静. 穴位贴敷外治方案对急性胃肠炎患儿炎症指标及胃肠功能的调节作用[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(11): 1520-1523.
- [5] 黄晓燕, 林小燕. 儿科常见肠道病毒感染性腹泻流行病学及中西医干预进展[J]. 中国中西医结合儿科学, 2025, 17(01): 36-40.
- [6] 何思瑶. 温脾化湿类中药外用贴敷治疗小儿泄泻的机制研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2023, 19(04): 118-122.
- [7] 吴佳琪. 中西医结合方案改善小儿肠道微生态紊乱的临床观察[J]. 中国医药导报, 2026, 23(05): 78-81.