

基于中医整体观的辨证施护对小儿功能性腹泻的疗效研究

杨真

井冈山大学附属医院 江西 吉安 343000

【摘要】目的：探究基于中医整体观的辨证施护对小儿功能性腹泻（Functional Diarrhea, FD）的疗效。方法：2024年9月~2024年12月，取我院FD患儿50例，以数字表法随机分组，对照组25例+常规护理，观察组25例+常规护理+中医辨证施护，组间疗效分析。结果：观察组疗效、腹泻、腹痛消失、住院时间、满意度数值均较对照组更优（ $P<0.05$ ）。结论：小儿FD接受中医辨证施护取得了确切疗效，值得推行。

【关键词】：功能性腹泻；疗效；辨证施护；满意度

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.073

小儿FD属非器质性疾病，属儿科常见消化系统病症，1~7岁儿童多发，该症发病率占儿科腹泻的40%以上，可见食欲减退、粪便稀薄等症，病症反复、迁延^[1]。长期腹泻会影响机体吸收营养、生长发育，甚至出现电解质紊乱、脱水等并发症，增加家庭经济、心理负担。该症西医常取对症治疗，护理常为常规护理，虽可稳定病情，但欠缺针对性，整体效果不甚理想。中医将小儿FD纳入“泄泻”范畴，认为该症核心病机在于小儿脾胃虚弱、脏腑娇嫩、运化失司、水湿内停，不论治疗还是护理均需保证辨证论治。为明确中医整体观辨证施护具体干预价值，本文取我院50例小儿PD展开探究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2024年9月~2024年12月，取我院FD患儿50例，以数字表法随机分组，对照组25例，男：女=13:12，年龄1~7岁（ 3.27 ± 1.15 ）岁，病程2~15d（ 7.43 ± 1.22 ）d，中医证型：36.00%脾胃虚弱型（9例），32.00%寒湿困脾型（8例），32.00%湿热伤脾型（8例）；观察组25例，男：女=14:11，年龄1~7岁（ 3.32 ± 1.21 ）岁，病程2~16d（ 7.39 ± 1.19 ）d，中医证型：40.00%脾胃虚弱型（10例），28.00%寒湿困脾型（7例），32.00%湿热伤脾型（8例）；组间一般资料（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：符合西医诊断小儿FD标准，及中医辨证泄泻标准^[2]；年龄1~7岁；家属均知晓本研究，同意加入，签署了同意书。

排除标准：重要脏器伴严重疾病，如心肝肾等；肠道器质性病变、食物中毒、感染性腹泻所致腹泻；中医护理禁忌者。

1.2 方法

对照组+常规护理，（1）精准监测病情：由专人负责生命体征监测，间隔1~2h观察一次大便气味、颜色、性状、次数，明确有无脓血、黏液；密切关注患儿口唇黏膜、尿量、皮肤弹性、精神状态，有效识别尿量明显减少、哭时无泪、口唇干燥等脱水征象，以及精神萎靡、腹痛加剧等异常表现，及时告知医师并积极配合处理，完善记录，保证可追溯病情变化。（2）

介入给药：益生菌、肠黏膜保护剂等药物遵医嘱严格发放，核对给药途径、时间、剂量，严谨误服、漏服；将用药方法详细介绍给家属，明确指出抗生素、益生菌二者间用药需间隔2h以上，补液盐口服冲调需按照比例进行，多次少量喂养，药量不可自行增减；给药后密切观察有无食欲下降、腹胀、便秘等不良反应，一旦察觉异常，积极向医师反馈，并协助处理，确保安全用药。（3）介入饮食：以病情程度、年龄为依据拟定饮食分层策略，急性期不可食用粗纤维、甜腻、油腻、生冷食物，以免刺激胃肠道，提供烂面条、白粥等易消化清淡食物，有少女至多、由稀至稠；恢复期，慢慢向正常饮食过度，少量多餐，不可暴饮暴食，患儿若如让不耐受，配方奶粉应及时更换；控制摄入含糖饮料、碳酸饮料、临时，避免加重胃肠道负担，亦可保证摄入充足营养满足生长所需^[3]。（4）介入基础生活：强化干预臀部，便后臀部以温水清洗，轻轻擦干后应用臀膏，臀部皮肤维持干燥，规避皮肤破损、红臀；以季节气温改变为依据增减衣物，着重足部、腹部保暖，以免受凉，腹泻加重；合理安排休息，每日睡眠确保充足，尽量减少剧烈运动，如奔跑、哭闹等，减少能量消耗，加速康复。（5）介入病房环境：病房内温湿度保证适宜，对应控制在22~24℃、55%~60%，按时通风，室内空气流通；玩具、地面、床单位等按时消毒，严格控制活动范围，防范交叉感染；病房应保证光线柔和、环境安静，减少外界刺激（强光、噪音等），营造休养、安全、舒适的环境。（6）知识宣教：以视频演示、图文手册、口头讲解等形式，详小儿、家属介绍发生FD原因、临床特征、护理要点；介绍居家作息、饮食、保暖等，指导家属识别病情加重信号，如腹泻频繁、持续腹痛、脱水等；纠正既往护理误区，不可盲目应用止泻药物、滥用抗生素等，强化家属应急处理能力、自我照护能力^[4]。

观察组于上述层面上加中医整体观的辨证施护，以中医整体观、辨证论治理论为依据，与患者中医具体证型为依据提供辨证施护，保证病机、护理手段精准匹配：（1）脾胃虚弱型：以益气止泻、健脾养胃为原则展开护理。患儿腹部每日接受10~15min顺时针按摩，确保轻柔，加速脾胃运化；足三里、中

腕、脾俞穴艾灸，1次/d,10min/次，温灸作用于经络，温阳健脾；调护饮食中加入小米、莲子、山药等健脾食物，制成软烂粥食，促使消化吸收，生冷水果、冰激凌等损伤脾胃的食物严格禁食^[5]。（2）寒湿困脾型：以化湿止泻、稳重散寒为原则展开护理。腹部热敷，控制热敷温度在40~45℃，以纱布包裹专用热敷袋，以免烫伤，15~20min/次，与腹部推拿配合，疏通经络，疏缓腹胀、腹痛症状；调护饮食期间提供温热小米粥、生姜红糖水，利于温中散寒，并强化足部、腹部保暖，以免受凉，避免寒湿之邪影响脾胃。（3）湿热伤脾型：以健脾和中、清热利湿。指导按揉曲池、合谷、天枢等穴位，5~10min/次，2次/d，经刺激穴位清利湿热；调护饮食主选清淡利湿，提供白粥、冬瓜汤、绿豆汤等十五，辛辣燥热、桂圆、羊肉等严格禁食，大便维持畅通，避免湿热止泻滞留^[6]。

1.3 观察指标

（1）疗效：痊愈（症状消失，精神、饮食、大便如常）、有效（症状改善，程度明显，大便次数减少超50%）、无效（症状无变化，或加重）^[7]。

（2）症状消失时间：记录腹痛、腹泻消失的时间。

（3）住院时间：记录、汇总入院至离院总时长。

（4）满意度：以自制量表评定，含满意（80~100分）、一般（50~79分）、不满意（0~49分）^[8]。

1.4 统计学处理

处理数据借助SPSS 26.0，差异有统计学意义P<0.05。

2 结果

2.1 疗效

组间疗效分析（P<0.05），见表1。

表1 疗效（例，%）

组别	对照组	观察组	X ²	P
例数	25	25		
痊愈	10 (40.00)	15 (60.00)		
有效	9 (36.00)	9 (36.00)		
无效	6 (24.00)	1 (4.00)		
总有效率	19 (76.00)	24 (96.00)	4.153	<0.05

2.2 症状消失、住院时间

组间症状消失、住院时间分析（P<0.05），见表2。

表2 症状消失、住院时间（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	25	25		

腹泻消失时间	4.26±1.03	2.13±0.75	8.261	<0.05
腹痛消失时间	3.85±0.92	2.06±0.68	7.930	<0.05
住院时间	6.17±1.24	4.02±1.05	6.582	<0.05

2.3 满意度

组间满意度分析（P<0.05），见表3。

表3 满意度（例，%）

组别	对照组	观察组	X ²	P
例数	25	25		
满意	12 (48.00)	20 (80.00)		
一般	8 (32.00)	5 (20.00)		
不满	5 (20.00)	0 (0.00)		
满意度	20 (80.00)	25 (100.00)	5.714	<0.05

3 讨论

小儿FD属儿科慢性高发病，其患病与小儿生理特点有关^[9]。儿童脏腑较为娇嫩，脾胃功能发育尚未完善，脾胃运化能力较弱，若受劳累受凉、情志失调等因素作用，可致运化失司，水湿内停，引发泄泻^[10]。该病程长，极易反复，长时间腹泻会影响营养摄入，不利于吸收矿物质、维生素等营养物质，阻碍生长发育。同时，频繁腹痛、腹泻会导致患儿睡眠紊乱、哭闹不止，出现焦虑、烦躁等情绪问题，增加其痛苦，也加大了家属经济压力、照护心理负担。所以，探寻护理干预个性化模式，不仅利于症状迅速缓解，亦可调理脾胃功能，避免其反复，预后改善。护理常规手段可满足照护患儿基本需求，保证有效落实基础护理手段，操作简便易推行，然该方案同质化，未能与患儿体质、证型结合提供个性化指导，仅重视对症处理，未能根本调理脾胃功能，手段单一，整体效果不甚理想。

中医辨证施护的核心为整体观、辨证论治，以“同病异护”原则为基准，与患儿证型结合提供专属干预方案，契合病机，融入热敷、按摩等中医特色疗法，操作无创伤温和，易于患儿接受，可调脾胃、疏通经络、改善运化功能，与中医饮食指导结合，可缓解症状、调理体质，加速康复。

疗效层面，较之对照组，观察组疗效更高（P<0.05），由于常规护理手段仅可使表面症状缓解，如腹痛、腹泻等，难以改善水湿内停、脾胃虚弱的核心病机，未能有效恢复脾胃运化的正常功能，部分患者由于护理欠缺针对性或体质差异，缓解症状不明显甚至加重，无效病例占比较高。辨证施护可精准干预各类证型的病机，脾胃虚弱型提供按摩、艾灸健脾养胃，强化脾胃运化的能力，寒湿困脾型经温中散寒、热敷，化解体内湿邪；湿热伤脾型经清热利湿、穴位刺激，清除肠道湿热，纠

正脾胃运化失常问题，并与饮食调护结合强化调理效果，患者痊愈几率更高，疗效显著提升。

症状消失时间，观察组更短，由于常规护理未能主动干预腹痛、腹泻，仅借助肠黏膜保护剂、益生菌等药物起效，药物呈现作用需一定时间，缓解速度相对较慢。以腹泻为例，益生菌可调理肠道菌群，使之恢复平衡，起效周期一般3~5d，而腹泻症状为急性的应激表现，单纯药物难以迅速阻断肠道异常蠕动，以至于腹泻消失的时间较长。观察组经推拿、艾灸等手段直接对肠道靶点、脾胃经络实施作用，如艾灸足三里、中脘穴可迅速调节脾胃升降的功能，加速肠道恢复运化，减少水湿下

注。腹部顺时针按摩可加速胃肠蠕动，缓解肠道痉挛，加速腹泻症状消退。腹痛者，观察组针对寒湿困脾型提供腹部热敷，以温热刺激迅速缓解平滑肌痉挛，迅速止痛。脾胃虚弱型患儿提供艾灸，可调和气血、温通经络，腹痛从根本上得到改善。此类药物+中医特色技术的多模式干预，与单纯药物治疗相比，可显著缩短腹痛、腹泻消失的时间，加速康复进程。观察组康复速度更快，控制症状及时，且无反复，住院时间缩短，满意度提高。

综上，小儿PD行基于中医整体观的辩证施护获确切效用，可行。

参考文献：

- [1] 郑迎春,赵露,李胜. 基于ACE-Star模式的循证护理在ICU肠内营养相关性腹泻管理中的实践成效[J].当代护士(中旬刊),2025,32(12):72-76.
- [2] 乔侠,刘鑫. 基于思维导图联合量化预测模型对腹泻合并心肌损害患儿的护理实践探索[J].蚌埠医科大学学报,2025,50(11):1635-1639.
- [3] 季培. 神阙穴穴位贴敷联合中药热奄包对功能性腹泻复发率的影响[J].当代医药论丛,2025,23(28):179-182.
- [4] 李玲,丁海荣,曹艳. 雷火灸中医护理方案治疗寒湿困脾型功能性腹泻的疗效观察[J].婚育与健康,2025,31(17):121-123.
- [5] 刘丽. 强化护理模式联合延续性护理对急性腹泻患儿症状、电解质水平的影响[J].当代医药论丛,2025,23(25):160-162.
- [6] 李琨,王薇,鹿丽. 视频动画联合循证护理对腹泻患儿症状改善时间、依从性及不良事件的影响[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(07):166-169.
- [7] 李婷. 舒适护理联合视频宣教对腹泻患儿负性情绪及疼痛程度的影响[J].现代养生,2025,25(09):690-692.
- [8] 阮微微. 浅析针对性护理联合中医护理在小儿腹泻中的应用效果及对患儿胃肠道功能的影响[C]//重庆市健康促进与健康教育学会全科专委会.2025精神医学与心理健康系列研讨会论文集.曲阳恒州医院,2025:1007-1009.
- [9] 陈富兰. 标准化综合康复护理模式在抗生素相关性腹泻新生儿中的应用效果[J].医药前沿,2025,15(08):127-129.
- [10] 温玉玲,何丽君,范惠敏,等. 基于罗森塔尔效应的集束化疼痛护理在白血病allo-HSCT后腹泻排异患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2025,32(03):9-14.