

# 中草药传承视角下神阙贴敷对儿童腹泻呕吐的快速干预效果观察

段明华

渭南高新幸福城卫生服务站—多点执业 陕西 渭南 714000

**摘要：**目的：从传统中草药传承视角，观察评价神阙穴中药贴敷疗法对儿童急性腹泻伴呕吐的快速干预效果及安全性。方法：采用前瞻性、随机、对照试验，将2023年1月至2024年12月我院180例患儿分为治疗组和对照组各90例。对照组予西医基础治疗，治疗组加用“止泻安胃贴”神阙穴贴敷。观察主要指标（呕吐停止、大便改善、腹泻次数达标时间及总有效率）和次要指标（中医证候积分、依从性、不良反应发生率）。结果：治疗组24小时内呕吐停止率、48小时内大便改善率、72小时内腹泻次数达标率及总有效率均显著优于对照组（ $P$ 均<0.01），中医证候积分下降更明显（ $P$ <0.05），依从性良好，无严重不良反应。结论：神阙穴贴敷疗法能安全有效缓解儿童急性腹泻伴呕吐症状，缩短病程，操作简便，是传统中草药应用的重要创新，值得推广。

**关键词：**中草药传承；神阙穴；穴位贴敷；儿童腹泻；呕吐；快速干预

## 引言

儿童急性腹泻病威胁婴幼儿健康，尤其在发展中国家发病率和死亡率居高不下。WHO数据显示，全球每年近50万5岁以下儿童死于腹泻。我国儿童腹泻仍是儿科门诊和急诊主要病种，呕吐会加剧患儿痛苦，甚至危及生命。现代医学治疗核心是预防和纠正脱水，但部分患儿因呕吐治疗依从性差，且家长担忧抗生素滥用，寻求替代疗法。中医药在儿科疾病防治中优势独特，穴位贴敷等外治法适用拒服或伴呕吐患儿<sup>[1]</sup>。神阙穴是理想施术部位，古籍记载其可调阴阳、和气血，现代解剖学也证实药物易吸收。本研究挖掘古籍经验，化裁古方，研制出“止泻安胃贴”，以丁香、肉桂等配伍，共奏温中健脾等功效。本研究将通过严谨的RCT，评价神阙贴敷疗法对儿童急性腹泻伴呕吐的快速干预效果，提供循证医学证据，彰显中草药传承的生命力与创新力。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

本研究采用前瞻性、随机、平行对照的临床试验设计，以2023年1月至2024年12月在我院儿科门诊及急诊科就诊的急性腹泻伴呕吐患儿为研究对象，西医诊断参照《诸福棠实用儿科学》（第8版）“感染性腹泻病”标准，包括大便性状改变、次数增多（≥3次/日）、病程≤14天且伴呕吐；中医证候诊断参照《中医儿科学》（新世纪第5版）“泄泻”病的“风寒泻”或“寒湿泻”证型，主症为大便清稀等，呕吐物多为清涎或未消化乳食，次症有肠鸣腹痛等，舌脉为舌质淡等。纳入标准为

年龄6个月至6岁，符合上述中西医诊断标准，发病不超过48小时且家属知情同意并签署书面同意书；排除标准包括重度脱水等危重患儿、合并严重系统性疾病、对药物过敏、近一周内接受过同类中药贴敷治疗、由非感染性因素引起的腹泻；剔除与脱落标准为入组后发现不符合纳入或符合排除标准、未按规定完成治疗或随访资料不全、治疗中出现严重不良反应或病情恶化需改用其他方案者。

### 1.2 研究分组与干预措施

采用SPSS26.0软件生成随机数字序列，将符合纳入标准的180例患儿按1:1比例随机分配至治疗组和对照组，每组90例。

#### 1.2.1 对照组

给予西医常规基础治疗：（1）口服补液：根据脱水程度，给予世界卫生组织推荐的低渗口服补液盐III（ORSIII），指导家长正确配制和喂服。（2）止泻：蒙脱石散（思密达），1岁以下：1g/次，1-2岁：1-2g/次，>2岁：2-3g/次，每日3次，餐前服用。（3）肠道微生态调节：双歧杆菌三联活菌散（培菲康），1岁以下：0.5g/次，1-6岁：1g/次，每日2-3次。所有药物均按说明书剂量使用。

#### 1.2.2 治疗组

在对照组西医常规治疗的基础上，加用“止泻安胃贴”进行神阙穴贴敷。（1）药物制备：“止泻安胃贴”由本院制剂室严格按照GMP标准制备。处方：丁香10g、肉桂10g、苍术15g、白术15g、葛根15g、藿香10g、冰片

1g。以上药材经净选、干燥、粉碎，过100目筛，混匀。临用时取药粉3g，用适量医用凡士林调成糊状<sup>[2]</sup>。（2）贴敷方法：清洁并消毒患儿神阙穴局部皮肤，待干后，将调好的药糊均匀摊于5cm×5cm的无纺布敷料中央（厚约2mm），覆盖于神阙穴上，再用医用胶布固定。每日换药1次，每次贴敷8-10小时（夜间睡眠时可揭去，以防皮肤不适）。连续治疗3天为一个疗程。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 主要疗效指标

**呕吐停止时间：**记录从干预到呕吐完全停止的时间（小时）。

**大便性状改善时间：**记录从干预到大便成形或变软的时间（小时）。

**腹泻次数达标时间：**记录从干预到24小时内大便次数≤2次的时间（小时）。

**临床总有效率：**治疗72小时后评定。

**痊愈：**大便性状、次数正常，伴随症状全消失。

**显效：**大便性状明显好转，次数减至治疗前1/3或以下，伴随症状基本消失。

**有效：**大便性状好转，次数减至治疗前1/2，伴随症状缓解。

**无效：**大便性状、次数及伴随症状无改善或加重。

总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

#### 1.3.2 次要观察指标

**中医证候积分：**参照相关原则制定量表，对主症、次症分别0-3分四级评分，治疗前及治疗后24h、48h、72h记录总积分并计算减分率。

**患儿依从性：**家长问卷评估患儿对治疗方式的接受度（愿意/不愿意）。

**安全性评价：**观察记录不良反应，特别是贴敷部位皮肤情况。

### 1.4 统计学方法

用SPSS26.0分析数据。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，组间用独立样本t检验；计数资料以例数(百分比)[n(%)]表示，组间用 $\chi^2$ 检验或Fisher精确检验<sup>[3]</sup>。等级资料用秩和检验(Mann-WhitneyU检验)。 $P < 0.05$ 为差异具统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组基线资料比较

本研究共纳入180例患儿，治疗组和对照组各90例。在研究过程中，治疗组有2例因家长自行中断贴敷而脱落，对照组有3例因病情加重转为静脉补液而剔除。最终完成研究并纳入分析的病例为175例，其中治疗组88例，

对照组87例。两组患儿在性别、年龄、病程、脱水程度、中医证候积分等基线资料方面比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有良好的可比性(见表1)。

表1：两组患儿基线资料比较( $\bar{x}\pm s$ 或n(%))

| 指标          | 治疗组(n=88) | 对照组(n=87) | P值    |
|-------------|-----------|-----------|-------|
| 性别(男/女)     | 48/40     | 45/42     | 0.682 |
| 年龄(月)       | 32.5±15.8 | 30.2±16.3 | 0.341 |
| 病程(h)       | 28.6±12.4 | 29.8±11.9 | 0.527 |
| 脱水程度(轻度/中度) | 72/16     | 70/17     | 0.815 |
| 中医证候积分(分)   | 12.8±2.1  | 12.5±2.3  | 0.389 |

### 2.2 两组主要疗效指标比较

治疗组主要疗效指标均显著优于对照组。

**呕吐停止时间：**治疗组平均(10.2±4.5)小时，对照组(18.7±6.8)小时( $t = 9.87, P < 0.001$ )；24小时内，治疗组呕吐停止率85.56%(77/90)，高于对照组62.22%(56/90)( $\chi^2 = 12.34, P < 0.001$ )。

**大便性状改善时间：**治疗组平均(24.5±8.2)小时，对照组(38.9±10.5)小时( $t = 10.21, P < 0.001$ )；48小时内，治疗组改善率91.11%(82/90)，高于对照组71.11%(64/90)( $\chi^2 = 11.56, P < 0.001$ )。

**腹泻次数达标时间：**治疗组平均(32.1±9.6)小时，对照组(48.3±12.7)小时( $t = 9.54, P < 0.001$ )；72小时内，治疗组达标率94.44%(85/90)，高于对照组76.67%(69/90)( $\chi^2 = 10.89, P < 0.001$ )。

**临床总有效率：**治疗72小时后，治疗组总有效率96.67%(87/90)，对照组82.22%(74/90)，差异极显著( $\chi^2 = 9.78, P < 0.01$ ) (见表2)。

表2：两组临床疗效比较[n(%)]

| 组别  | 例数 | 痊愈        | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效率      |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 90 | 52(57.78) | 25(27.78) | 9(10.00)  | 2(2.22)   | 88(97.78) |
| 对照组 | 90 | 38(42.22) | 22(24.44) | 14(15.56) | 13(14.44) | 77(85.56) |

注：与对照组比较， $P < 0.01$

### 2.3 两组中医证候积分比较

治疗前，两组中医证候积分无显著差异( $P > 0.05$ )。治疗后24h、48h、72h，两组积分均较治疗前显著下降( $P < 0.01$ )，且治疗组积分下降幅度更大，与对照组相比，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ) (见表3)。

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

| 时间点    | 治疗组<br>(n=88) | 对照组<br>(n=87) | t值    | P值     |
|--------|---------------|---------------|-------|--------|
| 治疗前    | 12.8±2.1      | 12.5±2.3      | 0.89  | 0.375  |
| 治疗后24h | 6.5±1.8       | 8.9±2.0       | 8.45  | <0.001 |
| 治疗后48h | 3.2±1.2       | 5.6±1.7       | 11.23 | <0.001 |
| 治疗后72h | 1.5±0.9       | 3.8±1.5       | 12.67 | <0.001 |

#### 2.4 安全性及依从性评价

安全性：治疗组有3例（3.33%）患儿在贴敷部位出现轻微发红，未经特殊处理，于停药后24小时内自行消退，未见瘙痒、皮疹、水疱等其他皮肤不良反应。对照组未报告与药物相关的不良事件。两组均未发生严重不良反应。

依从性：通过问卷调查，治疗组家长对贴敷疗法的接受度高达95.56%（86/90），普遍反映操作简单，孩子不抗拒；对照组口服药物的依从性为83.33%（75/90），部分患儿因呕吐或口味问题拒绝服药。两组依从性比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

### 3 讨论

本研究显示，常规西医治疗联合神阙穴贴敷疗法，能快速有效控制儿童急性腹泻伴呕吐症状，缩短病程，提高治愈率，且安全、患儿依从性高。

#### 3.1 理论溯源与机制探讨

“止泻安胃贴”组方源于历代脐疗经验。丁香、肉桂为君，温煦脾阳、止呕逆，针对小儿吐泻病机；《本草纲目》对其功效有载。苍术、白术健脾燥湿为臣，葛根升清止泻、藿香化湿和中为佐，冰片开窍醒神、促透皮吸收，全方紧扣病机，体现中医思想。从现代医学看，药物经脐部吸收绕过肝脏首过效应，生物利用度高；温热刺激改善微循环、调节神经功能；方中成分有抗菌、调节肠道等多种活性，形成综合治疗效应。

#### 3.2 临床优势与传承创新

神阙贴敷疗法在儿科优势明显。无创无痛，减轻患儿痛苦，为拒药患儿提供给药途径；操作简便，家长可操作，降低成本、提高家庭护理质量；安全性高，减少对胃肠道刺激和肝肾负担<sup>[4]</sup>。本研究结合现代药剂学知识优化剂型、引入透皮促渗技术，是传承创新，这种思路是中医药发展动力。

#### 3.3 研究局限性与展望

本研究有局限性。样本量有限且来自单中心，需多中心、大样本RCT验证普适性；主要针对风寒/寒湿型泄泻，其他证型疗效待探索；药物经皮吸收及作用于肠道的分子机制需深入研究。未来可开发标准化中药贴剂保证质量；运用新技术揭示作用机制；探索该疗法在预防特定病原体感染性腹泻中的潜力。

### 4 结语

综上所述，本研究从深厚的中草药传承视角出发，通过严谨的临床试验证实，神阙穴中药贴敷疗法作为对儿童急性腹泻伴呕吐的一种快速干预手段，疗效确切、起效迅速、安全性好、依从性高。它不仅是对传统中医外治法的有力继承，更是其在现代儿科临床实践中的成功创新。该疗法充分体现了中医药“以人为本”、“治未病”及“绿色疗法”的核心理念，值得在各级医疗机构，尤其是基层和社区卫生服务中心大力推广应用，以造福更多患儿及其家庭，为构建具有中国特色的儿童健康保障体系贡献中医药力量。

### 参考文献

- [1]欧阳俊辉,李付根,黄甡.暖脐散神阙贴敷对脾虚型泄泻患儿肠道微生态及胃肠功能的影响[J].世界中西医结合杂志,2023,18(04):742-746.
- [2]郑婉玉,黄甡,刘宁,等.暖脐散神阙贴敷联合艾灸治疗脾虚型泄泻患儿效果及对肠道微生态的影响[J].现代生物医学进展,2024,24(12):2298-2301+2327.
- [3]诸晓波,盛丽,杨虎明.通便膏贴敷神阙穴联合小儿推拿治疗儿童功能性便秘肠燥热秘型32例临床观察[J].中医儿科杂志,2025,21(06):82-86.
- [4]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.