



学校代码: 10228

学 号: 20132223

硕士学位论文

(专业型硕士学位论文)

推拿治疗小儿便秘（食积内热型）的临床观察

THE CLINICAL RESEARCH OF MASSOTHERAPY IN
TREATING CHILDREN FUNCTIONAL
CONSTIPATION(SYNDROME OF DYSPEPSIA AND
INTERNAL THERMAL)

专 业: 中医儿科学

研 究 生: 冯淑芸

导 师: 张凤春 教授

黑龙江中医药大学

二〇一六年六月

目录

缩略语表	1
中文摘要	2
ABSTRACT	3
前言	5
文献综述	6
一、中医对小儿便秘的认识	6
1、中医对小儿便秘病名的认识及历史沿革	6
2、中医对小儿便秘病因病机的认识	6
3、治疗方法	9
二、西医对小儿功能性便秘的认识	10
1. 流行病学	11
2. 排便机理	11
3. 小儿正常粪便	12
4. 病因	12
5. 分型	13
6. 治疗方法	14
资料与方法	18
1、一般资料	18
1.1 病例来源与分组	18
1.2 诊断标准	19
1.3 病例选择	20
2、研究方法	21
2.1 治疗方法	21
2.2 观察指标	22
2.3 疗效评定标准	22
2.4 统计方法	23
结果与分析	24
1、两组治疗前各症状积分比较	24
2、两组综合疗效比较	24

3、两组治疗前后中医症候总积分比较	25
4、两组中医症状疗效比较	25
5、治疗结束一个月后随访两组中治愈患儿复发情况	26
6、不良反应	27
讨论	28
一、小儿推拿的发展、理论特点	28
1、小儿推拿的发展概要	28
2、小儿推拿的理论特点	28
二、推拿治疗的作用机理	29
三、本研究选穴方义	31
四、配伍特点	37
五、乳果糖选择依据	37
六、研究结果分析	37
1、综合疗效分析	37
2、中医症候疗效分析	37
3、复发情况分析	38
4、问题与展望	38
结论	40
致谢	41
参考文献	42
攻读硕士期间发表学位论文	47
原创性声明	48
学位论文授权使用授权书	48
个人简历	49

缩略语表

英文缩写	英文全称	中文名称
FC	functional constipation	功能性便秘
STC	slowtransit constipation	慢性传输型便秘
OOC	outlet obstruction constipation	出口梗阻型便秘
MC	mixed pattern constipation	混合型便秘
DHP	defecation habit practice	排便习惯训练
IBS	irritable bowel syndrome	肠易激综合征
CCK	cholecystokinin	胆囊收缩素

中文摘要

目的：观察并评估推拿治疗小儿食积内热型便秘的临床疗效。

方法：选取符合纳入标准的功能性便秘儿童 66 例，随机分为治疗组和对照组，各 33 例。治疗组给予小儿推拿治疗，对照组给予乳果糖口服溶液口服治疗。两组分别以 7 天为一个治疗疗程，共观察 2 个疗程。观察治疗前后中医症候积分的变化及治疗结束 1 个月后治愈患儿复发的情况，评定两组疗效。

结果：

1、两组治疗前后总积分及各症状比较，有显著差异（ $P<0.05$ ），表明治疗组和对照组均有疗效。

2、两组综合疗效比较：临床疗效比较，治疗组总有效率 96%，对照组总有效率 93%；中医症候疗效比较，治疗组总有效率 93%，对照组总有效率 90%。治疗组总有效率均高于对照组，两项比较差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），治疗组疗效优于对照组。

3、对中医症候总积分及中医症候主症中排便难易程度、排便间隔时间，次症中腹胀疼痛、不思乳食、手足心热、心烦、舌红苔黄厚的改善，两组差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），治疗组优于对照组；对改善主症中便秘，次症中睡眠不安、小便短黄积分，两组差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），两组疗效相当。

4、治疗结束一个月后两组中治愈患儿随访复发情况比较，治疗组复发率 37.5%，对照组复发率 75%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），治疗组复发率低于对照组。

结论：

1、推拿对改善小儿功能性便秘（食积内热型）疗效确切且优于对照组。

2、推拿远期疗效好，未见不良反应，值得临床推广。

关键词：小儿

功能性便秘

食积内热型

临床疗效

ABSTRACT

Objective:To observed and evaluated the efficacy of massotherapy in treating children funtional constipation (syndrome of dyspepsia and internal thermal).

Methods:A total of 66 cases of children funtional constipation which met the inclusion criteria were randomly divided into treatment group and control group, 33 cases of each. The treatment group was treated with pediatric massotherapy, while the control group was taken lactulose oral solution. Two groups were treated for 7 days as a course of treatment. After two course of treatment, observed the TCM symptoms score changes before and after the treament, and the recurrence after treatment a month's later of the cure children to evaluate the efficacy of the two groups.

Results:

1.Compared the total score and each symptom, there were significant difference between two groups before and after treatment, it showed that both two groups had effect.

2.Comprehensive curative effect comparison:Comparison of the clinical efficacy, the total effective rate of the treatment group was 96%, and the total effective rate of the control group was 93%. Comparison of the efficacy of TCM symptoms, the total effective rate of the treatment group was 93%, and the the total effective rate of the control group was 90.00%. The total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group, and the difference wassignificant, indicating that the treatment group was better than the control group in the curative effect.

3.Comparison of the improvement of the symptoms of TCM including bowel degree of difficulty, defecation interval in main symptoms, abdominal distension and pain, no thought of food and milk, foot and heart heat, dysphoria, red tongue and yellow thick in secondary symptoms, the fiffereces were significant, showed that the treatment group was better than the control group; but to improve then quality of main symptoms of the TCM

symptoms, disturbed sleep, short and yellow urine of secondary symptoms, there was no significant difference between the two groups, indicated that the effect of the two groups was familiar.

4. Comparison of the recurrence of cured patient of the two groups after the treatment a month later: the recurrence rate of the treatment group was 37.5%, while that of the control group was 75%. The difference was significant. We can found that the recurrence rate of the treatment group was lower than that of the control group.

Conclusion:

1. Pediatric massotherapy for treatment of children functional constipation (syndrome of dyspepsia and internal thermal) have a accurate effect, and superior to the control group.

2. The long-term effect of massotherapy on constipation in children is good, and has no side effects, which is worth to be spread.

Key words: children

functional constipation

syndrome of dyspepsia and internal thermal

clinical efficacy

前言

便秘是一种独立的病证，也可以作为一个症状见于多种疾病，在临床上无论是儿科还是成人科都很常见。中医所指的便秘通常指的是功能性便秘，又称为原发性便秘，是指结、直肠及肛门未发现明显器质性病变，而以功能性改变为主要特征的排便障碍，属于胃肠道功能紊乱范畴。常因饮食不当或排便习惯异常，肠内菌群紊乱及相关组织阻碍等造成，以大便秘结不通，排出困难，排便时间加长，甚则 3-5 天一便，或欲便时不爽，艰涩难出为主要症状，常伴腹部胀满急迫、食欲减退、口臭、烦躁、手足心热等症状，时有肛裂便血，日久患儿出现排便恐惧感，从而进一步加重便秘。小儿长期便秘，不但严重影响小儿生活及身心健康，而且会造成小儿营养不良，免疫力低下，有研究显示^[1]此免疫功能的改变是导致小儿反复呼吸道感染及消化系统不适的病理基础之一，严重影响小儿成长发育。随着儿童便秘发病率的不断上升，医学界意识到准确诊断，正确治疗，提前预防的重要性。

治疗方面，西医主要从排便的生理，便秘的病理机制方面进行分析，并予相应治疗。目前主要治疗有基础治疗，药物治疗及外科治疗等。中医从便秘的病因病机出发，辨证论治，使用多种治疗方法进行治疗，如经方、自拟方、中成药、针灸、推拿、穴位敷贴、耳穴等，均收到令人满意的疗效，但未形成系统、规范的治疗方案，仍需进一步研发新的治疗方案，以减轻患儿的痛苦。

本研究采用推拿手法与口服乳果糖口服液对照治疗小儿食积内热型便秘，通过观察两组的临床疗效，客观评价小儿推拿对小儿食积内热型便秘的治疗效果及探讨其可能的作用机制，为临床上治疗小儿功能性便秘提供一种安全、有效、方便，小儿容易接受的治疗方法提供科学依据，为临床治疗提供借鉴。

文献综述

一、中医对小儿便秘的认识

1、中医对小儿便秘病名的认识及历史沿革

便秘在中医历史长河中很早就被得到认识，曾用闭、閼、秘、结等字作为病名。早在《内经》中就对便秘的症状及病因有所阐述，如《素问·至真要大论》云：“太阴司天，湿淫所胜……大便难”；《素问·厥论》云：“太阴之厥，则腹满臌胀，后不利”；《素问·玉机真脏论》云：“脉盛，皮热，腹胀，前后不通，闷瞀，此为五实”。汉·张仲景在《伤寒杂病论》中提出“不更衣”，“阴结”，“阳结”的论述，如《伤寒论·辨脉法》指出：“其脉浮而数，能食，不大便者，此为实，名曰阳结也。其脉沉而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结也。”在《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》中：“趺阳脉浮而湿，浮则胃气强，巡则小便数，浮遥相搏，大便则坚，其脾为约。麻仁丸主之。”提出“脾约”论述。隋代《诸病源候论》设有《大便不通》专篇，曰：“大便不通者……热气偏入肠胃，津液竭燥，故令糟粕否结，壅塞不通也”。并论述了小儿便秘的病因，如《诸病源候论·小儿杂病诸候·大便不通候》中有：“小儿大便不通者，脏腑有热，乘于大肠故也。脾胃为水谷之海，水谷之精华化为血气，其糟粕行于大肠。若三焦五脏不调和，热气归于大肠，热实，故大便燥湿不通也。”《诸病源候论·小儿杂病诸候·大小便不利候》：“小儿大小便不利者，脏腑冷热不调，大小肠有游气，气壅在大小肠，不得宣散，故大小便涩，不流利也。”宋·《圣济总录·大便秘涩》将便秘分类为风秘、热秘、冷秘、虚秘、食积秘。元·朱震亨《丹溪心法》有“大便燥结”之述。“便秘”命名在明·万密斋《广嗣纪要》第一次被提出。民国时期 1919 年第 5 卷第三期《中华医学杂志》刊登了伐因勃兰特氏撰写名为“小儿便秘之疗法”的文章，首次使用“便秘”一词作为病名，被众医家采用至今。

[2]

2、中医对小儿便秘病因病机的认识

小儿便秘病位在大肠，《黄帝内经》中有：“魄口亦为五脏使”，故大便的开阖与五脏功能均有关系，病机关键是肠道传导失司。王烈教授^[3]认为便秘原因众多，积、咳、喘、热都可至便秘，且便秘不但有新久之别，

还有虚实之分。安效先教授^[4]认为,小儿便秘原因可分为内在与外在两方面,内在原因为小儿具有“稚阴”之特点,精血津液常不足;外在原因为饮食失调;病机主要为饮食失调致热积于大肠,或外邪入里化热,热结阴亏肠燥,至“无水行舟”。总结古代及当代医家,把小儿便秘的病因病机总结为以下四点:

2.1 体质因素:《灵枢·逆顺肥瘦》云:“婴儿者,其肉脆、血少、气弱。”小儿具有脏腑娇嫩,形气未充的生理特点。小儿脾胃之气全而未壮、脾胃之体成而未全^[5],脾胃运化功能尚不完善,若喂养不当,感受外邪,脾胃功能失常,脾气不升,胃气不降,气机升降紊乱,则大肠传导阻滞而见便秘。且“精气之受于父母者是也”,若先天禀赋不足则化生乏源,脾胃更易虚,更易出现便秘。

2.2 感受外邪:《素问玄机原病式》中曰:“风、热、火,同阳也;燥、湿、寒,同阴也。又燥、湿,小异也。……故火胜金而风生,则风能胜湿,热能耗液而反寒,阳实阴虚,则风热胜于水湿而为燥也。热燥在里,耗其津液,故大便秘结,消渴生焉”^[6]。《症因脉治》^[7]中外感便秘曰:“肠胃素热,偶因外感风寒,郁而发热,表里互相蒸酿,是以三阳表邪未解,而大便先已秘结矣。”小儿肺常不足,肺为华盖,为清虚之脏,外感六淫之邪易犯肺,而肺不耐邪气之侵,外感六淫皆可至便秘。肺与大肠相表里,《医经精义·脏腑之官》曰:“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑。肺气下达故能传导。”《素灵微蕴》曰:“肺气化津,滋灌大肠,则肠滑而便易。”感受外邪,肺失肃降,气机不畅,则影响水谷精微向下布散、濡润,直接影响大肠传导功能,至糟粕难以排出而成便秘。《婴童百问·大便不通》有言:“小儿大肠热,乃是肺家有热在里,流入大肠,以致秘结不通,乃实热也……”;《幼科铁镜·大便不通》有言:“肺与大肠有热,热则津液少而便闭……”。肺之燥热下乘于大肠,耗伤津液,大肠失濡,传导受畅,而致便秘。^[8]

2.3 饮食因素:《育婴家秘》有曰:“小儿之病,伤食最多”。《难经·第四十九难》中云:“饮食劳倦则伤脾”。《幼科发挥》云:“太饱伤脾”。小儿“脾常不足”,饮食不知自节,易于为乳食所伤,脾位于中焦,升清降浊,为气机之枢纽。《兰室秘藏》曰:“饥饱失节……而助火邪……故大

便燥结。”明代虞抟的《医学正传·秘结》中有：“饮食之火起于脾胃，淫欲之火起于命门，以致火盛水亏，津液不生，故传道失常，渐成结燥之证。”巢元方的《诸病源候论·大便不通候》：“大便不通者……冷热之气不调，热气偏入肠胃，津液竭燥，故令糟粕否结，壅塞不通也”，此为热秘。郑启仲^[9]等认为小儿过食生冷，阴寒内生，或药过病所，伐伤脾阳，或先天不足，或体弱多病儿，或早产儿，或素体肾阳不足患儿，脾肾失温，阳气不足，阴气寒凝内结可成冷秘。邓铁涛^[10]认为小儿过食生冷，寒客脾胃，或素体脾肾阳虚，温运无力，致阴寒内结肠道而成冷秘。

2.4 情志内伤：《幼科发挥·脾经兼证》曰“儿性执拗，凡平日亲爱之人，玩弄之物，不可失也，失则心思，思则伤脾。”《素问·宝命全形论》：“土得木而达”，《血证论·脏腑病机论》又云：“食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之”。肝为“升降发始之根也”，肝主疏泄，肝脏通过调节气机之升降，协调脾升胃降，影响大肠的传导功能。^[11]小儿肝常有余，脾常不足，若情志失和，至中焦气机郁滞，清气不升，浊气不降，如戴元礼《秘传证治要诀·大便秘》云：“郁者，当升者不升，当降者不降，当传化者不得传化。”^[12]则生便秘。又肝阳易亢，肝血耗伤，阴血同源，阴液不足无以濡润大肠，肠道干涩，则大便硬结难排出。

2.5 脏腑功能失调：“便秘不离大肠，非独大肠也”^[13]。《素问·六节藏象论》：“脾胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者，仓廪之本，营之居也，名曰器，能化糟粕，转味而出入者也”。《诸病源候论·大便病诸候》曰：“大便难者，由五脏不调，阴阳偏有虚实，谓三焦不和，则冷热并结故也。胃为水谷之海，水谷之精化为营卫，其糟粕行之于大肠以出也。五脏三焦既不调和，冷热壅涩，结在肠胃之间，其肠胃本实，而又为冷热之气所结聚不宣，故令大便难也”，“邪在肾，亦令大便难。肾脏受邪，虚则不能制小便，则小便利，津液枯燥，肠胃干涩，故大便难；又渴利之家，大便亦难，所以尔者，为津液枯竭，致令肠胃干燥”。沈金鳌《杂病源流犀烛·大便秘结源流》：“大便秘结，肾病也。经曰：北方黑水，入通于肾，开窍于二阴，盖此肾主五液，津液盛，则大便调和”。心为五脏六腑之大主，《素问·灵兰秘典论》中有“主明则下安……主不明则十二官危”。心属火，为阳中之阳，心阳有温煦与推动作用；脾属土，为后天之本，气血生

化之源，有运化、吸收、转输水谷精微，营养五脏六腑、四肢百骸作用。火生土，七情伤心、母病及子，则脾胃化源失常。周学文^[14]教授认为便秘的病机与脏腑功能失调有关，即肝郁气滞、脾气亏虚、肺热伤津、肾气不足、胃热壅盛、大肠湿热等均可引起便秘。

3、治疗方法：

3.1 中药汤剂辨证治疗：安效先^[15]教授把小儿便秘大概分为三型，认为病初期以热证、实证为主，可见热结便秘，为承气汤证，治以护阴清热，以通为用，选用知母、黄芩、杏仁、玄参、瓜蒌等清热、祛痰并能滑肠通便的药物，及陈皮、半夏、生姜、焦三仙或焦四仙等宣肺清热解毒药加以理气消食的药物；久病、久热，可致阴虚便秘，治以滋阴增液，以增液汤主方，加以生白芍与甘草酸甘化阴，润肠通便；久病多虚，以气虚便秘为主，治以行气补气，重用白术，加用木香、枳壳、炒莱菔子等理气药，若气虚较重者用补中益气汤或五味异功散加减。刘世玲^[16]对 40 例阴虚便秘患儿应用自拟滋阴通便汤（杏仁、郁李仁、火麻仁、柏子、桃仁、瓜蒌、生地黄、知母、枳壳、玄参、麦冬、玉竹）治疗，总有效率 100%。朱良春^[17]教授认为小儿便秘以脾虚为主要病因，治以“通因通用”，选用局方四君子汤加减。胡冬梅^[18]根据八纲辨证把小儿便秘分为 5 类，燥热内结者予麻子仁丸加味，气虚不运者要采用黄芪汤加味，气滞不行者予六磨汤加味治疗，血虚肠燥者予养血润肠丸，阴寒凝结者予附子理中汤加味治疗，治愈率达 95.65%，优于对照组妈咪爱的治疗效果。常克^[19]教授用“通腑泄浊，调顺气机”方法，予自拟方剂通便汤（槟榔、枳实、厚朴、赭石、火麻仁、牵牛子）加减对 30 例食积型便秘患儿进行治疗，治愈率达 30.0%，有效率达 93.3%，明显优于口服金双歧对照组。王国杰^[20]教授运用口服健儿通便散（党参、茯苓、白术、炙甘草、连翘、陈皮、郁李仁、决明子、山楂、焦六神曲、炒莱菔子、炒鸡内金、麸炒枳实）治疗脾虚食积型便秘。服用方法：温开水冲服日 3 次。4 至 7 岁 1 剂服 4 次，7 岁以上 1 剂服 3 次。总有效率达 91.83%，疗效优于口服乳果糖口服液对照组。

3.2 中成药：陈一林^[6]通过口服由武汉健民药业集团股份有限公司生产的通幽合剂治疗实热型便秘，总有效率 89.29%，疗效优于麻仁润肠丸对照组。韩丽梅^[21]等以行气、消导为治法，对 32 例功能性便秘患儿使用由

北京同仁堂股份公司生产的小儿化食丸进行治疗，取得良好疗效。李惠群^[22]按照《实用中医儿科学》把小儿便秘分成食积便秘，燥热便秘，气滞便秘，气血不足便秘四类，予口服自制运肠灵口服液治疗，具体用法：小于1岁者5~10ml次，1到7岁者15ml次，7到13岁者20ml次，均每日3次，连服5日为1个疗程。治疗2个疗程。总有效率达92.8%，对各类症型均有效。

3.3 外治法：

3.3.1 中药灌肠：程鹏举^[23]等用五仁通便栓治疗小儿肠道湿热型便秘。使用方法：排便后清洁肛门，以约39~41℃温水坐浴15分钟，然后戴指套用手将药栓缓慢塞入肛门内，每次1粒，每日早晚各1次，2周为1个疗程。使用方便，疗效显著，本法在保留传统中医药的精髓上，又能减轻患儿服药困难的问题。

3.3.2 针灸：冯昌汉^[24]认为小儿便秘病机主要为脾虚食积，认为针刺天枢穴有理气行滞、升清降浊功效，方法：将磨钝针尖的针灸针及75%酒精消毒备用。嘱患儿仰卧，露出肚脐，取脐旁开2寸的天枢穴，把针尖置于其上，力度由轻到重，缓缓把针灸针下压至弯曲，无须刺破皮肤，直至患儿天枢穴周围皮肤微微发红，大概数秒至十余秒后，将针缓缓抬起。大部分患儿治疗1次即有效。可适当配合如保和丸等药物捣碎外敷中脘、神阙等穴以增强疗效。

3.3.3 中药外敷：何敏^[25]等用敷脐通（细辛、皂角、玄明粉、巴豆、苏合香丸）贴脐部治疗小儿便秘，使用方法：把药物中的杂质及非药用部分除去。将玄明粉及蒸熟烘干或晒干的细辛、皂角、巴豆碾成粉末并拌匀，烘干而制成。每饼重3g，每次使用1饼，一天一次，用时合苏合香丸敷脐部。总有效率达95.5%，效果明显优于开塞露对照组，且使用方便。

3.3.4 推拿：秦微^[26]等把小儿便秘分为实证和虚证两型，实证便秘以清热通便，和胃健脾，疏通气机为治则，主要手法有：清大肠、退六腑、清天河水、摩腹、下推七节骨。1次/天，10天为1个疗程。虚证便秘以导滞通络、健脾补气为治则，主要手法有：补脾经、推三关、捏脊。疗程同实证便秘。总有效率93.3%。

二、西医对小儿功能性便秘的认识

1. 流行病学：儿童便秘在全世界范围内有上升趋势，受到广泛关注。2006 年公布的小儿功能性胃肠疾病罗马 III 标准认为，小儿功能性便秘(FC)发生率为 0.3%—8.0%，占儿科消化门诊的 25%，其中 28%—50%的患儿有便秘家族史^[27]。随后有调查显示，儿童便秘的发生率为 3%—8%，其中功能性便秘占 90%—95%^[28]。1 岁以内发病约占 25%—40%，2~4 岁为发病高峰年龄（相当于排便训练年龄）^[29]。周慧清^[30]等对全国 18 岁以下中小學生进行功能性便秘危险因素调查发现，总患病率为 25.92%，其中男性患病率为 24.76%，女性患病率为 27.13%。Lu PL^[31]等对巴拿马 321 例 8-14 岁儿童进行调查显示，功能性便秘占功能性胃肠紊乱的 15.9%。

2. 排便机理：正常排便需要四部分：肛门括约肌群、完整的肛门直肠神经结构、排便反射的反射弧和中枢的控制协调能力。人体的结肠粘膜主要以吸收水分为主，在肠道菌群的作用下将碳水化合物被发酵、分解成可部分吸收的物质，而其余不被降解的固体物质则构成粪便的基础。进食后乙状结肠受刺激而收缩，其运动推动结肠内容物进入直肠。从而刺激直肠

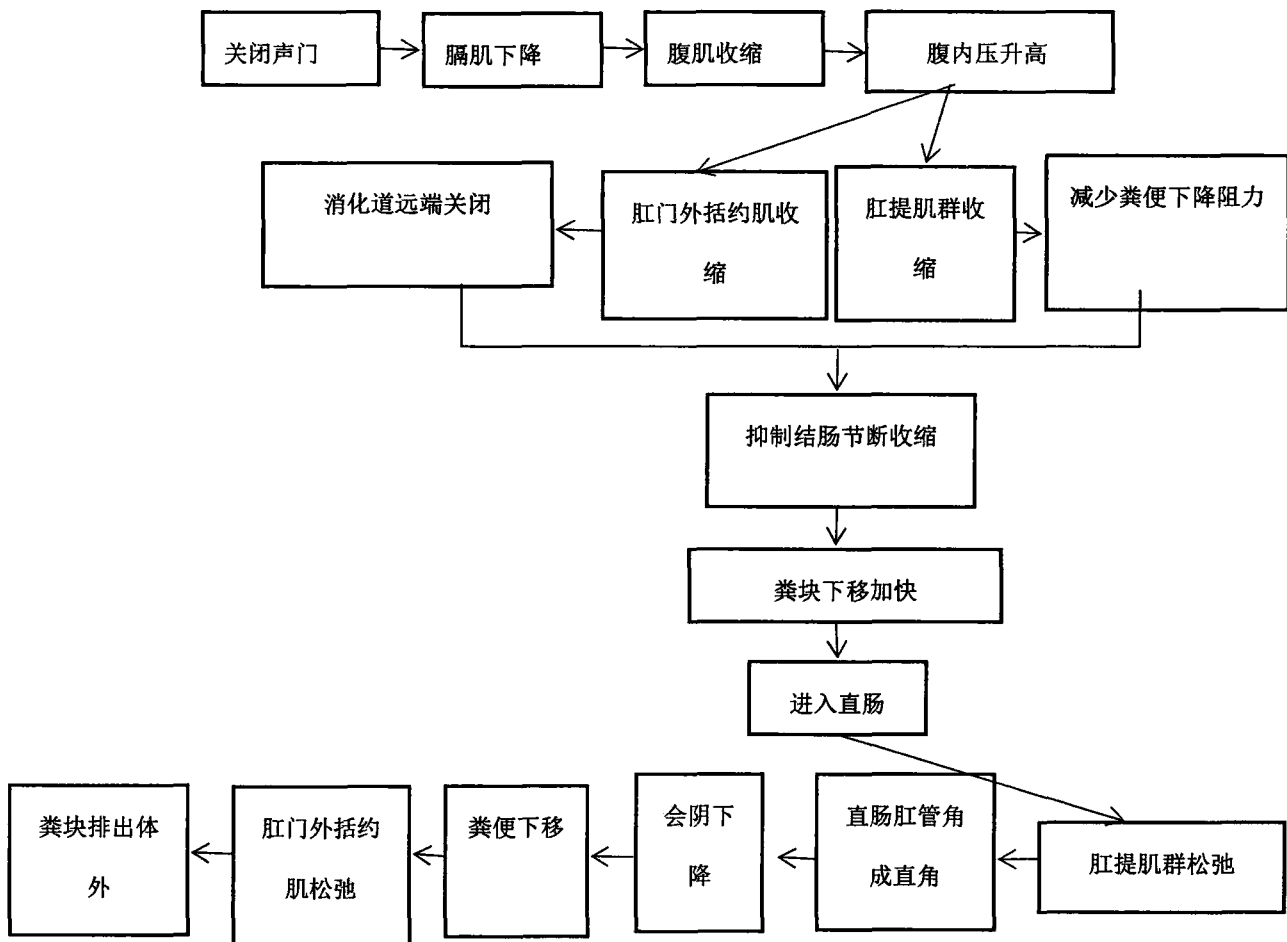


表 1

扩张，引起相关肌肉的舒张及收缩，控制排便时机，阻止马上排便。在排便的机制中，当直肠扩张容积增大时，首先诱发直肠肛管抑制反射，在肛门内括约肌反射性松弛的同时，神经冲动沿骶神经和腹下神经的传入纤维传至排便中枢（骶髓中枢）及上传至大脑皮层的高级中枢产生排便冲动和便意，在条件允许下，启动排便机制，如表 1。^[32-33]

3. 小儿正常粪便：食物消化成粪便并排出体外需要的时间随年龄而有所不同：母乳喂养儿平均为 13 小时，人工喂养者平均为 15 小时。如表 2^[34]

	颜色	性状	味道	Ph 值	次数/日
母乳喂养儿 粪便	黄色或金 黄色	均匀膏 状，偶尔 较稀薄， 偶可见少 量黄色粪 便小颗粒	无臭	4.7 到 5.1 之间（酸 性）	2-4 次，添 加辅食后 排便次数 即减少。
人工喂养儿 粪便	淡黄色或 灰黄色	干稠，偶 尔可见白 色酪蛋白 凝块混杂	有蛋白质 分解产物 的酸臭味	6 到 8 之 间（中性 或碱性）	1-2 次
混合喂养儿 粪便	较黄。添 加淀粉类 辅食大便 呈暗褐 色；刚添 加菜泥可 见少量绿 便	较软。添 加淀粉辅 食稠度稍 减；添加 蔬果辅食 时与成人 相似	添加淀粉 类辅食者 臭味加重	根据添加 辅食不同 而有异	1 次

表 2

4. 病因：不同年龄发生便秘的原因有所差异，见表 3：^[35]

新生儿/婴儿

胎粪栓

先天性巨结肠

胆囊纤维化

先天性肛门直肠畸形

无肛门、肛门狭窄、前置异位肛门、肛门管纤维化、假性肠梗阻

内分泌、尿崩症、肾小管酸中毒

忍便

饮食变化

幼儿与学龄前儿童(2-4岁)

肛裂、忍便、功能性大便滞留

拒绝如厕

轻度先天性巨结肠

神经肌肉：中枢性、外周性的肌张力减退

脊髓：脊髓脊膜突出、肿瘤

学龄儿童

忍便

厕所或浴所不适受限

分辨生理现象的能力有限，太投入活动

脊髓损伤

青少年

肠易激综合征：便秘主导型

脊髓损伤

饮食：食欲缺乏

怀孕

自发的慢性的便秘，主要女性多见

滥用泻药

表 3

5. 分型：便秘分为器质性便秘与功能性便秘，临床中以功能型便秘多见。2013 年中国慢性便秘诊治指南指出，按照目前的病理生理学机制，便

秘分为慢传输型、正常传输型、排便障碍型、混合型 4 型^[36]。根据直肠测压和排粪造影等盆底检查可将功能性排便障碍分为盆底失弛缓型、盆底弛缓型和混合型^[37]。目前公认的是 1999 年国际功能性胃肠疾病(FGIDS)—罗马 II 标准：按症状特点及排便生理检查情况分型，即慢性传输型便秘(STC)、出口梗阻型便秘(OOC)与混合型便秘(MC)^[38]。

5.1 慢传输型便秘（结肠型便秘）：大概占 16%~40%^[39]，指结肠功能障碍，粪便在结肠运动缓慢，水分被大量重吸收，引起大便干燥而便秘。表现为大便次数减少（每周排便少于 1 次），便意减少或者大便硬结并伴有腹胀。

5.2 出口梗阻型便秘（直肠性便秘）：指直肠肛门的功能异常所致的便秘，可分为盆底肌功能不良性便秘（失弛缓性便秘）、直肠无力性便秘（弛缓性便秘）、直肠外阻塞性便秘和混合功能性出口阻塞性便秘^[40]。表现为排便艰难、排便时间增长，无便意或频繁便意但排不尽感。

5.3 混合型便秘：兼有慢性传输型便秘及出口梗阻型便秘表现的便秘，功能性出口梗阻是引起此型便秘的最主要原因。

6、治疗方法：

治疗原则：清除梗阻；建立良好的排便习惯；合理膳食；解除心理障碍，鼓励患儿排便^[41]。在部分国家跟地区已成立由多个学科医师组成的便秘处理诊所(BMC)，其对功能性便秘的处理方案见表 4：^[42]

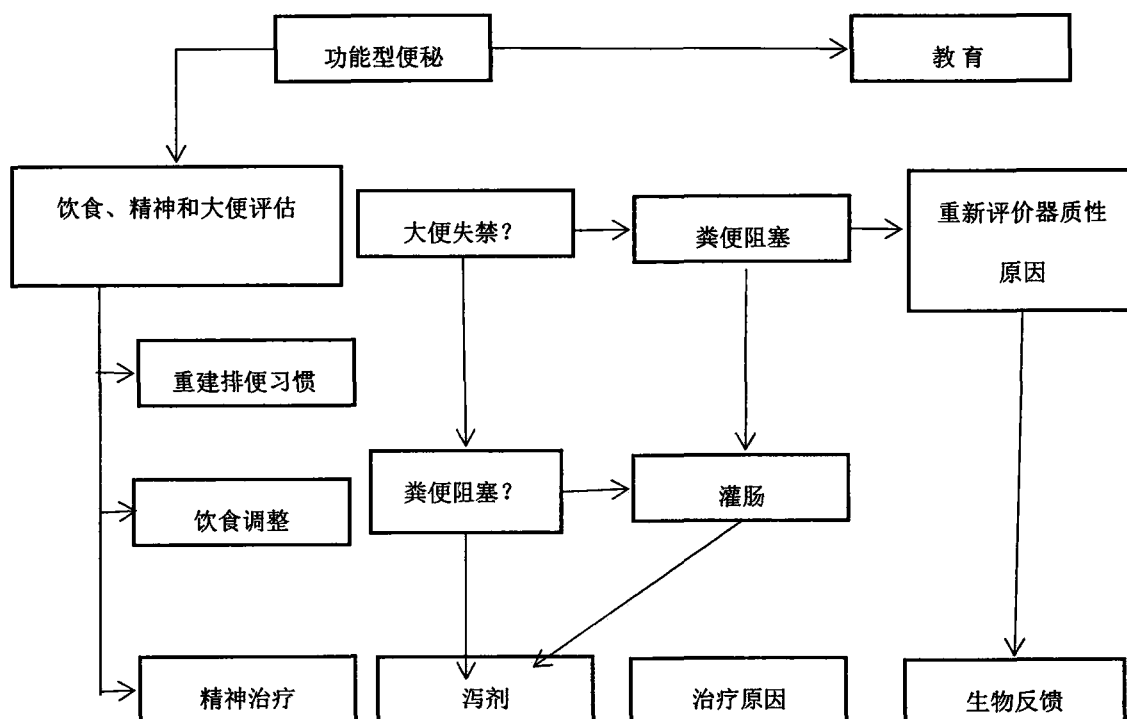


表 4

6.1 基础治疗:

6.1.1 调整饮食: 主要是使膳食纤维及饮水量的摄入增加。

(1) 增加蔬菜、水果、粗粮等高纤维食物或黑芝麻、核桃仁等果仁的摄入量, 减少食用细粮及高蛋白食物; William^[43] 等建议美国儿童为维持正常排便和预防慢性疾病发生, 膳食纤维摄入量为: 年龄+(5-10)g/d。新生儿生后应以母乳喂养为主, 尽量避免人工喂养。需人工喂养者应减少牛奶量或在牛奶中增加 8%~10% 的糖量。及时添加辅食, 改变患儿挑食、偏食的习惯。

(2) 应保证摄入足够的饮水量, 儿童足量饮水量[ml/(Kg.d)]为 < 1 岁 110~155, 1~4 岁 100~150、4~7 岁 90~110、7~13 岁 70~85、>13 岁 50~60, 随着季候、温度及运动强度适当调整, 以患儿排出 Bristol 粪便性状分型中 4-5 级为宜^[44]。

6.1.2 排便习惯训练 (DHP): 婴儿期排便一般为反射性, 若可尽早进行排便习惯训练, 则能尽可能快转变为意识性排便。大脑功能随着小儿年龄的增长日趋成熟, 经训练, 意识性排便可变成顺应如包括时间、条件和地点等社会生活需要的条件反射。定时排便又称为社会规律性排便, 可使小儿生活规律化, 从而防止便秘和大便失禁的发生, 由此看来, 排便习惯训练是值得重视的。目前一般主张自小儿 1 岁半(最近研究为 27 个月后)开始每日训练定时排便, 并将其变为长期的习惯, 如借助“进餐后即时反应”、“餐后早期反应”及“餐后晚期反应”三个时期的胃结肠反射, 或借助晨起结肠一过性收缩加强和推进性运动, 使小儿形成排便生物钟。一般于饭后 30~60 分钟进行, 每次约 5~10 分钟, 避免排便时久蹲, 同时父母应予以解释及引导。教会较大龄儿童正确的使用排使用力要领, 即 Val.Salva 方法, 嘱患儿排便时放松盆底肌并屏住呼吸, 以加大腹内压, 有利于帮助患儿建立规律排便^[45]。

6.1.3 心理疏导: 痛性排便导致的“忍便”是儿童 FC 的主要心理原因。因其他原因如家庭问题, 环境问题造成的心理障碍, 应予详细询问, 家长及学校老师应予以重视, 以鼓励和提醒为主, 给予心理疏导, 重建患儿对自主排便的信心。

6.1.4 增加运动: 适当的运动可刺激结肠蠕动, 促进肠内容物的推进,

长期坚持做胸膝位提肛锻炼对增强盆底肌肉的力量有帮助，并可使盆底肌运动更有协调性，从而缓解便秘症状，甚至治愈轻度的便秘^[35]。

6.1.5 生物反馈疗法：生物反馈疗法是治疗便秘及便失禁有效的方法。本疗法兴起于上世纪 60 年代，指以视觉、听觉的形式在仪器的帮助下将人体内部通常发觉不到的生理活动，以及生物电活动的信息加以放大并显示出来，以指导个体根据自身的变化逐渐掌握在一定程度上自由控制和纠正这些活动的过程^[46]。Kajbafzadeh AM^[47]等最近研究显示通过动画反馈疗法同时予盆底肌肉训练及行为矫正的所有患儿大便失禁和 68% 患儿便秘在一年后未出现类似症状，并指出动画生物反馈疗法能有效管理对于客观和主观的排泄问题和肠道功能障碍。

6.2 药物治疗：基础治疗无效患儿应选用药物治疗，但药物治疗以毒副作用小、依赖性弱、依从性好为主要选择原则。

6.2.1 泻药：儿童常用膨松剂和渗透性泻药。可防治粪便再积聚。

(1) **膨胀性泻药（容积性泻药）：**有欧车前亲水胶、魔芋、小麦纤维素等。此类药物含多糖和纤维素，能吸收肠道内的水分，使体积膨胀，肠腔内容积增加，从而起到缓慢而温和的促排便作用。

(2) **渗透性泻药：**有 PEG、默维可、杜秘克溶液、乳果糖等。本类药物为不吸收糖类的电解质混合物，增加肠管内渗透压，刺激感觉神经末梢，进而刺激肠蠕动，达到治疗便秘的效果^[48]。

(3) **盐类泻药：**有硫酸镁、硫酸钠（芒硝）、磷酸镁、枸橼酸镁等。本类药物因含不可吸收的阳、阴离子，可使肠腔内渗透压升高，增加肠内容量，促进排便。镁离子还可刺激 CCK 的释放，促进小肠的运动，缩短粪便排空时间^[49]。

(4) **润滑性泻药：**以矿物油为主，有甘油、香油、石蜡油等。本类药物可润滑肠道，软化粪便，多用于有便质较硬的患者，但小儿应慎用。

(5) **刺激性泻药：**有大黄片、番泻叶、酚酞（果导片）、蓖麻油等。本类药物可直接刺激结肠粘膜、肌间神经丛、平滑肌^[50]，以增加肠道蠕动和分泌，可影响水、电解质的交换，引起稀便^[51]。但此类药物易形成依赖性，儿童应慎用。

6.2.2 促进胃肠动力药：有甲氧氯普胺（胃复安）、莫沙必利、西沙比

利、多潘立酮等。此类药物能够增强胃肠平滑肌运动，提高胃肠道的推进作用，粪便停留时间缩短，促进排便。但此类药物有一定依赖性，应注意用量及疗程。

6.2.3 微生态制剂：是指根据微生态理论研制，能保持微生态均衡，纠正微生态失调，提高人体健康水平或使健康达到最佳状态的益生菌及其代谢物和促生长剂的制品^[52]。可分为益生菌(Probiotic)、益生元(Prebiotic)和合生素(Synbiotic)三类^[53]。此类药物可调整肠道菌群平衡，促进胃肠蠕动及食物消化，改善胃肠功能。适合应用于大量应用抗生素后肠道菌群紊乱儿童。目前市面上常见的微生态制剂有妈咪爱、培菲康、乐腹康、丽珠肠乐、金双歧、普乐拜尔、乳酶生、整肠生等。

6.2.4 肛门给药：①开塞露最常选用，可使肠腔内渗透压升高，阻止水分吸收，致使肠内容物容积增大，肠道扩张刺激肠蠕动，同时软化大便。注意防腹泻剧烈而致脱水。②灌肠：包括盐水灌肠、肥皂水灌肠、中药灌肠。对肠道刺激性小，同时能清洁肠道，较为温和，应选择适宜的溶液、温度、压力进行。

资料与方法

1、一般资料

1.1 病例来源与分组

选取符合纳入标准的功能性便秘儿童 66 例，均来源于 2015 年 3 月-2016 年 3 月就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院儿科门诊及儿科病房的患者，全部病例均符合食积内热型便秘的诊断标准，年龄介于 1-7 岁之间，按随机数表法将其分为治疗组（推拿组）、对照组（乳果糖组）各 33 例，其中脱落 2 例（治疗组和对照组各一例），剔除 3 例（治疗组 1 例，对照组 2 例）。两组年龄、性别、病程、治疗前两组各症状积分均无显著差异，见表 1-3。

表5 两组病例性别分布情况 (n)

组别	例数	性别		χ^2	P值
		男	女		
治疗组	31	18	13	0.138	0.710 [△]
对照组	30	16	14		

注：从表1可知，男性多于女性，男女比例约为2:1。经 χ^2 检验， $^{\Delta}P=0.710$ （ $P>0.05$ ），性别差异无统计学意义，具有可比性。

表6 两组病例年龄分布情况 (Y)

组别	例数	年龄		(平均值 $\bar{x} \pm S$)
		$1 \leq Y \leq 4$	$4 < Y \leq 7$	
治疗组	31	17	14	4.13 ± 1.88
对照组	30	19	11	3.73 ± 1.84

注：两组患儿年龄分布，经独立样本 T 检验， $P=0.409$ （ $P>0.05$ ），年龄差异无统计学意义，具有可比性。

表7 两组病例试验前病程比较 (月)

组别	例数	病程		(平均值 $\bar{x} \pm S$)
		$3 \leq M \leq 6$	$M > 6$	
治疗组	31	26	5	5.00 ± 1.90
对照组	30	26	4	4.97 ± 1.83

注：两组患儿治疗前病程情况，经独立样本 T 检验， $P=0.945$ （ $P>0.05$ ），

病程差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

依据 2006 年洛杉矶国际会议制订的罗马Ⅲ诊断标准中有关小儿便秘的诊断标准^[54-55]，如下：

(1) 新生儿及 1-4 岁幼儿，至少出现以下 2 个标准以上，至少 1 个月：

- ①每周排便 2 次及以下；
- ②在能自主控制排便后，每周失禁发作不少于 1 次；
- ③有大便潴留病史；
- ④有排便疼痛或费力史；
- ⑤直肠内潴留巨大粪块；
- ⑥粪便粗大，甚至堵塞坐便器出口；

伴发症状包括肠易激惹、饮食不香或进食减少及腹部胀满不适，以上症状在排便后很快消失。

(2) 年龄不小于 4 岁的儿童及青少年，必须满足以下 2 条以上，且不符合肠易激综合征(IBS)的诊断标准：

- ①每周排便在 2 次及以下；
- ②每周至少有 1 次大便失禁；
- ③有大便潴留病史；
- ④有排便疼痛或排便困难病史；
- ⑤直肠内存在大粪块；
- ⑥大块粪便曾堵塞厕所管道病史；

确诊前不少于 2 个月满足上述标准，并且每周发作不少于 1 次。

1.2.2 中医诊断标准

根据国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[56]小儿便秘中医诊断标准为：

(1) 排便时间延长，2 天以上 1 次，粪便干燥硬结。

(2) 重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀满拘急，神疲乏力，胃纳减退等症。

(3) 排除肠道器质性疾病。

(4) 病程在 3 个月以上。

1.2.3 中医证候诊断标准

参照《中医儿科学》^[57]，人民卫生出版社，2012 年 7 月第 2 版小儿食积内热型便秘诊断标准为：

大便干结，排便艰涩，腹胀满疼痛，不思乳食，或恶心呕吐，手足心热，心烦，睡眠不安，小便短黄，舌红苔黄厚，脉沉有力，指纹紫滞。

1.3 病例选择

1.3.1 纳入标准

(1) 年龄 1 岁-7 岁，男女不限。

(2) 符合小儿功能性便秘西医诊断标准及小儿便秘（食积内热型）中医诊断标准，因西医与中医诊断标准对病程的界定不同，参考两个诊断标准，本研究以病程超过 3 个月以上为纳入标准。

(3) 患儿家长或其他法定监护人知情同意受试。

(4) 对推拿无恐惧心理，能接受治疗者。

(5) 血常规、便常规示无感染，腹部 X 线检查排除器质性便秘者。

1.3.2 病例排除标准

(1) 年龄在 1 岁以下，7 岁以上者。

(2) 不符合上述诊断及纳入标准者。

(3) 有如先天性巨结肠、溃疡性结肠炎、克隆氏病以及肛裂、严重痔病、肛周急性炎症、脊柱裂等器质性疾病患儿。

(4) 便秘性肠易激综合症患者。

(5) 合并严重的心血管系统、呼吸系统疾病、结缔组织或内分泌疾病，以及神经系统疾病等。

(6) 正在服用其他影响本观察的药物者。

1.3.3 病例脱落或剔除标准

(1) 病例纳入后，不在纳入标准或排除标准范围内者。

(2) 纳入病例发生其他严重疾病、出现并发症、病情加重、对滑石粉过敏等不宜继续接受治疗者。

(3) 不愿意继续接受治疗，自行退出或中途加用本方案不允许使用的中西药，或依从性差，未完成整个治疗过程而影响治疗效果的病例，均应

视为脱落。

2、研究方法

2.1 治疗方法

2.1.1 分组方法

将 66 例符合纳入标准的患儿按照随机数表法，分成治疗组和对照组，各 33 例。其中脱落 2 例（治疗组和对照组各一例），剔除 3 例（治疗组 1 例，对照组 2 例），治疗组 31 例，对照组 30 例。

2.1.2 治疗组用药、用法用量及疗程：

2.1.2.1 治疗组：施以小儿推拿。医者以滑石粉为介质。

（1）治疗原则：消积导滞、清热通便

（2）处方：主穴：清脾胃，清大肠，逆运内八卦，运水入土。

配穴：清天河水，摩胁肋，揉天枢。

随症加减：胃热口臭兼烦躁者：揉板门。

腹胀重者：推四横纹。

（3）手法操作：

清脾胃：用拇指自患儿掌根推向拇指指尖。3-5 分钟。

清大肠：用右手拇指桡侧面，从虎口直推向指尖。3-5 分钟。

逆运内八卦：位于掌心内，以内劳宫为圆心，在内劳宫与中指根连线的 $\frac{2}{3}$ 为半径的圆上。用拇指面按逆时针方向作运法，即运转方向由兑（duì）起、经坤、离、巽（xùn）、震、艮（gèn）、坎至乾为止。5 分钟。

运水入土：由小指肾水穴起沿弧线推至大指根中点。3-5 分钟。

清天河水：位于前臂正（内）面，以一手食、中指面由掌根推至肘弯横纹。3 分钟。

摩胁肋：医生两手掌自小儿两胁腋下搓摩至天枢穴水平处。81 下。

揉天枢：医生用食、中指端按揉脐旁左右各 2 寸两穴。2 分钟。

操作清脾胃、清大肠、逆运内八卦、运水入土、清天河水、摩胁肋时，患儿取端坐位，医者与患儿对坐；操作揉天枢时患儿仰卧位，医者立于患儿右侧。以上治疗时间约为 20-30min。

2.1.2.2 对照组：

用药：口服乳果糖口服溶液（北京韩美药业有限公司，国药准字

H20065730)

乳果糖口服溶液的成分：乳果糖

口服方法：1—6 岁儿童每日 5—10ml，7 岁儿童每日 10—15ml。早餐时一次服用。

2.1.2.3 疗程：

两组分别治疗 7 天，为一个疗程。共观察 2 个疗程，治疗期间停用其他与本研究无关药物。病情较轻的患儿，病愈即止，不必治满 2 个疗程。

2.1.2.4 随访

治疗结束一个月后，嘱两组中治愈患儿不使用治疗本病的任何药物及方法，保持良好的饮食及排便习惯，进行电话随访，观察两组的复发情况。

2.2 观察指标

2.2.1 疗效观察指标

- (1) 两组综合疗效比较。
- (2) 两组患儿治疗前后中医症候积分变化情况。
- (3) 两组复发率比较。

2.2.2 不良反应：若患儿在治疗中出现如皮疹、皮炎、过敏、症状加重等，应客观评价。

2.3 疗效评定标准

2.3.1 疾病临床疗效评定标准：

根据《中医病证诊断疗效标准》^[56]中关于便秘的疗效评定：

痊愈：2 天以内排便 1 次，便质转润，排便通畅。

显效：3 天以内排便 1 次，便质转润，排便失畅。

有效：排便间隔时间较原来缩短 1 天以上，但仍大于 3 天，或便质干结改善。

无效：症状无变化。

2.3.2 中医症候评定标准

表 8 中医症候评定标准

主要症状	0 分	2 分	4 分	6 分
排便难易程度	容易	排便较费力	排便费力	排便困难，甚至 排便疼痛

便质	软	大便稍干， 但连续	大便干结， 团块状	大便干结呈分 离的硬团，如羊 粪
排便间隔时间	1-2 d /次	3-4 d /次	5-6 d /次	6 d 以上/次
次要症状	0 分	1 分	2 分	3 分
腹胀满疼痛	无	腹部稍胀， 偶有腹痛	腹部胀痛， 易缓解	腹部明显胀痛， 不易缓解
不思乳食	无	稍有减少， 或食之不香	食量减少 1/3 以上	食量减少 1/2 以 上
手足心热	无	掌心稍热， 稍干	掌心红热， 偏干	掌心干热，红点 明显
睡眠不安	无	轻微	较重	重
心烦	无	偶有烦躁喜 哭	常有莫名哭 闹	经常烦躁哭闹， 夜寐不安哭闹。
小便短黄	无	淡黄	黄	黄赤
舌红苔黄厚	无	轻微	较重	重

2.3.3 中医症候疗效评定标准：

根据《中医病证诊断疗效标准》^[56]对临床疗效进行评定，可分为痊愈、显效、有效、无效。

痊愈：治疗后症状和体征基本消失甚或全部消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。

显效：治疗前后症状和体征改善明显。证候积分减少 $< 95\%$ ， $\geq 70\%$ 。

有效：治疗前后症状和体征有改善。证候积分减少 $< 70\%$ ， $\geq 30\%$ 。

无效：治疗前后症状和体征无好转。证候积分减少 $< 30\%$ 。

根据公式(尼莫地平法)症状积分减少=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗后积分 $\times 100\%$ 计算

2.4 统计方法

应用SPSS17.0统计学软件进行统计分析，等级资料用非参数检验；计量资料以均数 \pm 标准差表示，应用T检验；计数资料用秩和检验或 χ^2 检验； $P>0.05$ 表明无显著差异， $P<0.05$ 表明有显著差异。

结果与分析

1、两组治疗前各症状积分比较

表 9 治疗前两组各症状积分比较

项目	治疗组	对照组	T 值	P 值
排便难易程度	4.32±1.05	4.33±1.18	-0.038	0.970 [△]
便质	4.39±1.09	4.40±1.52	-0.038	0.970 [△]
排便间隔时间	3.94±1.41	4.20±1.42	-0.728	0.469 [△]
腹胀疼痛	2.29±0.53	2.43±0.57	-1.018	0.313 [△]
不思乳食	2.41±0.50	2.33±0.55	0.641	0.524 [△]
手足心热	2.32±0.48	2.37±0.49	-0.357	0.723 [△]
睡眠不安	2.00±0.63	2.27±0.52	-1.794	0.078 [△]
心烦	2.29±0.46	2.17±0.53	0.972	0.335 [△]
小便短黄	2.26±0.44	2.23±0.68	0.168	0.867 [△]
舌红苔黄厚	2.48±0.51	2.37±0.49	0.917	0.363 [△]

注：两组间治疗前比较，经独立样本 T 检验，两组患儿治疗前各症状单项，均[△]P>0.05，无显著性差异，具有可比性。

2、两组综合疗效比较

表 10 临床疗效比较

组别	总例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	Z 值	P 值
治疗组	31	18	8	4	1	97%	-2.294	0.022*
对照组	30	9	10	9	2	93%		

表 11 中医症候疗效比较

组别	总例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	Z 值	P 值
治疗组	31	16	8	5	2	93%	-2.035	0.042*
对照组	30	8	9	10	3	90%		

注：两组临床疗效比较，治疗组总有效率 97%，对照组总有效率 93%，经秩和检验，*P=0.022，差异有统计学意义（P<0.05）。两组中医症候疗效比较，治疗组总有效率 93%，对照组总有效率 90%，经秩和检验，*P=0.042，

差异有统计学意义 ($P<0.05$)。提示治疗组综合疗效优于对照组。

3、两组治疗前后中医症候总积分比较

表 12 两组治疗前后中医症候总积分比较

组别	治疗组	对照组	T 值	组间 P 值
治疗前总积分	28.71±2.38	29.10±3.21	-0.541	0.591 [△]
治疗后总积分	4.45±5.88	9.97±7.74	-3.125	0.003*

注：上表可知，经独立样本 T 检验，治疗前两组总积分，[△] $P=0.591$ ，无明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性；治疗后，治疗组与对照组总积分比较， $*P=0.003$ ，差异有显著意义 ($P<0.05$)，治疗组患儿的症候改善较对照组明显，疗效更显著。

4、两组中医症状疗效比较

表 13 两组治疗前后各症状对比

项目	治疗前	治疗后	T 值	P 值
总积分	治疗组：28.71±2.38	4.22±5.61	24.051	0.000*
	对照组：29.10±3.21	9.97±7.74	13.032	0.000*
排便难易程度	治疗组：4.32±1.05	0.13±0.50	21.667	0.000*
	对照组：4.33±1.18	0.73±1.12	10.256	0.000*
便质	治疗组：4.39±1.09	0.52±1.03	15.848	0.000*
	对照组：4.40±1.52	0.73±0.18	12.687	0.000*
排便间隔时间	治疗组：3.94±1.41	0.58±1.06	10.277	0.000*
	对照组：4.20±1.42	1.27±1.53	9.337	0.000*
腹胀疼痛	治疗组：2.29±0.53	0.26±0.58	15.046	0.000*
	对照组：2.43±0.57	0.73±0.78	9.426	0.000*
不思乳食	治疗组：2.41±0.50	0.48±0.72	13.962	0.000*
	对照组：2.33±0.55	1.27±0.91	5.573	0.000*
手足心热	治疗组：2.32±0.48	0.32±0.60	13.638	0.000*
	对照组：2.37±0.49	1.17±0.87	8.163	0.000*
睡眠不安	治疗组：2.00±0.63	0.61±0.76	7.554	0.000*
	对照组：2.27±0.52	0.97±0.85	6.966	0.000*
心烦	治疗组：2.29±0.46	0.42±0.56	14.500	0.000*

小便短黄	对照组: 2.17±0.53	1.00±0.74	6.727	0.000*
	治疗组: 2.25±0.44	0.45±0.68	12.068	0.000*
舌红苔黄厚	对照组: 2.23±0.68	0.83±0.83	7.918	0.000*
	治疗组: 2.48±0.51	0.45±0.68	13.535	0.000*
	对照组: 2.37±0.49	1.27±0.94	6.528	0.000*

注: 经相关样本 T 检验, 两组治疗前后总积分及各症状比较, 均 $*P<0.05$, 有显著性差异, 表明两种治疗方法对治疗本疾病均有效。

表 14 治疗后两组各症状积分比较

项目	治疗组	对照组	T 值	P 值
主症				
排便难易程度	0.13±0.50	0.73±1.11	-2.722	0.010*
便质	0.52±1.03	0.733±0.98	-0.844	0.402 [△]
排便间隔时间	0.58±1.06	1.27±1.53	-2.031	0.047*
次症				
腹胀疼痛	0.26±0.58	0.73±0.78	-2.269	0.010*
不思乳食	0.48±0.72	1.27±0.91	-3.730	0.000*
手足心热	0.32±0.60	1.17±0.87	-4.411	0.000*
睡眠不安	0.61±0.76	0.97±0.85	-1.714	0.092 [△]
心烦	0.41±0.56	1.00±0.74	-3.445	0.001*
小便短黄	0.45±0.67	0.83±0.83	-1.968	0.054 [△]
舌红苔黄厚	0.45±0.68	1.27±0.94	-3.887	0.000*

注: 治疗后两组间各症状比较, 经独立样本 T 检验, 其中主症中排便难易程度、排便间隔时间, 次症中腹胀疼痛、不思乳食、手足心热、心烦、舌红苔黄厚的 $*P<0.05$, 差异有统计学意义, 提示治疗组对改善以上几项优于对照组。而对主症中便质, 次症中睡眠不安、小便短黄的积分改善方面, $^{\Delta}P>0.05$, 两组差异无统计学意义, 提示两组效果相当。

5、治疗结束一个月后随访两组中治愈患儿复发情况

表 15 治疗结束一个月后随访两组中治愈患儿复发情况比较

组别	治愈例数	0 次	1 次	2 次及以上	复发率	Z 值	P 值
----	------	-----	-----	--------	-----	-----	-----

治疗组	16	10	5	1	37.5%	-2.011	0.044*
对照组	8	2	3	3	75%		

注：治疗结束一个月后随访两组中治愈患儿复发情况比较，治疗组复发率 37.5%，对照组复发率 75%，经秩和检验，* $P=0.044$ ，两组差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），治疗组复发率低于对照组。

6、不良反应

治疗过程中患儿无出现症状加重，未见不良反应。

讨论

一、小儿推拿的发展、理论特点

1、小儿推拿的发展概要

推拿也称为按摩，在中国历史悠久，是最古老的疗法之一。小儿推拿在明朝之前没有完全的一本书记载，只散布在各医书及论述里。远古到宋金元时期为推拿的萌芽阶段，我国现存最早的医学著作《五十二病方》中记载有“匕周振婴儿广契所”，此为小儿推拿首次被记载于古籍中。明清时期为小儿推拿的发展时期，明代出现了我国现存的第一部小儿推拿著作——《针灸大成》所辑《小儿按摩经》，标志着小儿推拿成为独立专科，并代表了小儿推拿日趋从理论体系到临床实践走向成熟。自此书之后，明朝又出现了龚云林所著的《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》和周于蕃所著的《小儿推拿秘诀》，对小儿推拿的发展起不可磨灭的影响。清代，小儿推拿得到了进一步发展，被更广泛的应用，出现了更多的手法，涌现了众多小儿推拿的医家及著作：如熊应雄所编著的《小儿推拿广意》、路如龙编著的《幼科推拿秘书》、夏禹铸编著的《幼科铁镜》、张振鋈编著的《厘正按摩要术》、夏英白编著的《保赤推拿法》、徐谦光编著的《推拿三字经》等。到了近现代，小儿推拿得到了快速发展，出现了百家争鸣的景象，在全国范围内出现了主要的七大流派：山东的张汉臣小儿推拿流派、三字经小儿推拿流派、孙重三小儿推拿流派，北京的小儿捏脊流派，上海的海派儿科推拿流派，湖南的刘开运儿科推拿流派和高氏儿科推拿流派^[58]。

2、小儿推拿的理论特点

小儿推拿作为中医特色疗法之一，既有传统针灸推拿的共同特点，又有其自身的理论特点。小儿推拿是以阴阳、五行、卫气血营、经络学说为理论基础，以辨证论治为治疗法则，体现中医整体观的疗法。

2.1 阴阳学说在小儿推拿中的应用：在小儿推拿中有手阴阳、腹阴阳，且穴位属性也有阴阳之分。手法上分为阳刚之法、阴柔之法和中性手法：柔者为阴，意为补，刚者为阳，旨为泻。在手法操作上升散、升温、补益作用的为阳，沉降、退热、泻下作用的为阴。在操作次数上补阳多为基数，补阴多为偶数。

2.2 五行学说在小儿推拿中的应用：小儿推拿根据五行学说进行诊断

和治疗，如刘氏推拿手法根据五行生克理论，创立了以补母泻子，抑强扶弱为治疗原则的“五经配伍推治法”^[59]。在手法配伍上也用到五行配伍法。

2.3 气血津液理论在小儿推拿中的应用：《幼科铁镜》中：“肩井穴是大关津，掐此开通气血性也”，《厘正按摩要术·运法》中“外八卦在掌背，运之能通一身之气血，开脏腑之秘结，穴络平和而荡荡也”，《小儿按摩经》中“二扇门法脏腑之汗”，体现了小儿推拿可调气血、促进津液的生成和排泄。

2.4 整体观在小儿推拿中的应用：《素问·玉机真脏论》中有：“五脏相通，移皆有次，五脏有病，则各传其所胜。”小儿的疾病表现为一脏之病，但五脏相关又相传，故治疗时要整体调整，做到“移易精神、变化脏气、导引营卫、归之平调”。

2.5 小儿推拿补泻手法的特点：小儿推拿同样遵循补虚泻实的治疗原则。而小儿推拿中的补泻手法有①快慢补泻法，如《幼科推拿秘书》说：“急摩为泻，缓摩为补。”②方向补泻法，如五经穴中心经、肝经、肺经、脾经、小肠经等向指根（向心性）方向直推为补，向指尖（离心性）方向直推为泻，而肾经、胃经补泻方向相反。③轻重补泻法：即轻手法为补法，重手法为泻法。④顺逆补泻法：又称迎随补泻法。顺（随）其经脉走行方向操作为补法；逆（迎）其经脉走行方向操作为泻法，而小儿推拿中顺逆运内八卦及运水入土和运土入水法的补泻根据疾病的不同而有所差异。⑤平补平泻法：《实用小儿推拿》：“左右顺逆转揉之为平补平泻。”

2.6 小儿推拿中特定穴的应用：小儿推拿中特有的穴位是差别于十四经穴和经外奇穴，也不是指针灸学中的特定穴，其形成与古代相术有一定关系。穴位呈“点、线、面”多种形态分布，而以线状或面状分布于双手及面部居多。穴位的施术手法也根据形状的不同而有所区别。且多个穴位组合可形成多种复式手法。

二、推拿治疗的作用机理

推拿治疗广义上是自然疗法和物理疗法合一^[60]。小儿推拿疗法是以专门的手法对小儿疾病进行治疗的方法，这种方法是施术者用手于小儿体表的穴位或其他施术部位施加一种机械性刺激，以激发小儿机体自身的调

节作用，调整小儿的脏腑功能，以达到扶正祛邪，防病治病的目的^[61]。

祖国医学认为腧穴是经络气血输注于人体表面的部位。经脉与脏腑有直接络属、表里关系，是气血运行的主要通道，有“行血气而营阴阳”的作用。络脉是“本经之旁支而别出，以联络于十二经”，经络系统通过“经盛则注于络，络盛则注于经……终而复始”的方式调节经气，将本经气血输注于他经或体表，构成“如环无端”的气血运行径路。皮部为“脉之部”，是十二经脉在体表的分布范围，也是络脉之气散布在体表的部位。皮部位位于最表浅部位，与外界直接接触，具有调达气机，抗御外邪的作用。小儿推拿的局部作用以疏通经络为主，《灵枢·经脉》中有“经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通”，《素问·举痛论篇第三十九》中云“按之”可使“血气散”、“热气至”，开通壅滞之经络。小儿推拿可以促进各脏腑经气循行，以平衡阴阳，调理脏腑，疏通经络，调畅气机、祛邪等治疗作用。而小儿皮肤娇嫩，“脏气清灵，随拨随应”，对抚摸反应灵敏，治疗反应敏感，疗效显著。

现代医学目前有用生物全息学说、全息胚学说及反射理论学说等来解释推拿的作用机制。推拿作为一种通过机械刺激或温热刺激的疗法，对全身各系统均有不同的作用：

(1) 对皮肤的作用：有研究表明推拿能使皮内的微血管扩张，消除衰亡的上皮细胞，改善皮肤的呼吸，促进汗腺及皮脂腺分泌以增加皮肤的营养，使皮肤光泽和弹性提高^[62]。

(2) 对运动系统的作用：按摩能解除肌紧张，可增加肌肉的伸展性，促使被牵拉的肌肉放松，有效地防止肌肉萎缩。并能改善关节周围血液循环，促进关节润滑液的生成及关节内炎症渗出的吸收，消除关节肿胀和积液。还能促进损伤部位的肉芽成熟，分离损伤组织间的粘连，抑制肌纤维间组织增生，促进损伤部位的形态结构恢复。推拿还可抑制疼痛信号，加快致炎致痛物质、酸性代谢产物的清除以镇痛。

(3) 对循环系统的作用：①促进内脏的血液循环：能使收缩压、舒张压、平均动脉压、周围总阻力下降，血管顺应性明显改变，心搏量增加，射血分数增高，心肌耗氧减少。加强心脏泵血功能，可扩张血管，改善冠状动脉缺血、缺氧现象，改善心脏功能。②对周围循环的影响：有改善微

循环障碍的作用，通过改善血液循环，从而改善组织营养，为创伤修复创造条件并改善血液流变学。

(4) 对神经系统的作用：临床研究表明，轻缓手法能镇静安神和使神经刺激减少，重着手法则能使神经兴奋且改善神经所支配的肌肉、血管、腺体的机能^[63]，并能抑制大脑皮层，引起脑电图“d”波增强。可形成神经冲动，通过神经传导输入到相应的脏器，改变脏器的生物电活动，从而调整脏器功能。

(5) 对消化系统的作用：对胃蠕动有双向调节^[64]。即可使胃蠕动增强，促进胃的运动，增进胃蛋白酶分泌，使胃酸增加。又可减慢胃肠蠕动，减少胃酸分泌。

(6) 对呼吸系统的作用：推拿可改善肺功能。

(7) 对机体的免疫调节的作用：有实验证明推拿后白细胞总数增加，噬菌指数及血清补体效价都有明显提高，显示推拿可以提高机体细胞免疫和体液免疫。^[65]

三、本研究选穴方义

根据历代医家论述及临床应用，拟定以消积导滞、清热通便为治疗原则，具体推拿方案为：主穴：清脾胃、清大肠、逆运内八卦、运水入土；配穴：清天河水、摩胁肋、揉天枢。

(1) 清脾胃：用拇指自患儿掌根推向拇指指尖为清脾胃。

清补脾胃：补能健脾和胃，调气血助运化；清能清热利湿，和胃降逆，消食导滞。

脾经：在拇指桡侧自指跟至指尖处，或位于拇指罗纹面。为小儿推拿特定穴。

经络：手太阴肺经。

解剖：拇指基底节指骨及末节指骨桡侧缘。

神经分布：正中神经的指掌侧总神经、桡神经浅支。

功用：补脾经：健脾和中、补血生肌。清脾经：能清热利湿，消食积化痰涎。本方案中运用清脾经以清热化积。

主治：脾胃虚弱、气血不足引起的腹泻、食欲不振、消化不良、肌肉消瘦等症。

手法：使患儿微屈拇指，循拇指桡侧边缘自指尖向掌根方向直推，或旋推螺纹面为补。使患儿拇指伸直，自拇指指根推向指尖为清。来回推为平补平泻。本穴位以补法为多。

相关文献：

《幼科铁镜》：“大指脾面旋推，味似人参白术。”

《小儿按摩经》：“掐脾土，曲指左转为补直推为泻。”

《幼科推拿秘书》：“推脾土以补为主，清之省人事，补之进饮食。”

《推拿仙术》：“唇白气血虚，补脾土为主。”“补脾土，饮食不消，食后作饱胀满用之。”

《小儿推拿秘旨》：“脾土曲补直为清，饮食不仅此为魁，泄痢羸瘦并水泻，心胸痞满也能开。”

《针灸大成·按摩经》曰：“肝经有病儿多闷，推动脾土效必应…脾经有病食不进，推动脾土病即除…”

胃经：拇指掌面近掌端第一节或在大鱼际桡侧赤白肉际处。为小儿推拿特定穴。

经络：手太阴肺经。

解剖：第一掌指关节桡侧缘。

神经分布：正中神经掌皮支及桡神经。

功用：清法能清中焦湿热，清泻胃火，和胃降逆，除烦止渴，常与清脾经同用。补法能健脾助运。本穴对治疗小儿食积内热引起的便秘效果显著。

主治：恶心呕吐、呃逆、纳呆、腹胀、暖气等。

手法：用拇指或食指自掌根推向拇指根为清胃经，在拇指掌面第一节旋推为补胃经。但李德修《小儿推拿技法》中：“清之则气下降，补之则气上升。因胃气以息息下行为顺，一般用清法。”

相关文献：

《推拿三字经》：“胃穴自古无论之也，殊不知其致病甚良，在板门外侧黄白皮相毗乃真穴也，向外推治呕吐呃逆……等症甚速。”

《厘正按摩要术》：“大指端脾，二节胃。”

《小儿推拿直录》：“胃，揉之运动脏腑之气血。”

(2) **清大肠**：用右手拇指桡侧面，从虎口直推至指端。

大肠经：食指外侧缘，自指尖至指根成一直线。为小儿推拿特定穴，

经络：肺经与大肠经相交会。

解剖：食指第二、三节桡侧缘。

神经分布：正中神经指掌侧固有神经的指背支。

功用：清大肠能清利肠腑，导积滞，除湿热；补大肠能温中止泻，涩肠固脱。本方案中运用清大肠能够行气通郁，润燥通便结，清泄肠道热结同时调整大肠功能，是治疗便秘的首选穴位。

主治：泄泻、便秘、痢疾、腹痛、脱肛、肛门红肿。

手法：用右手拇指桡侧面，自虎口直推至指尖为清大肠，反之为补大肠，来回推为清补大肠。

相关文献：

《幼科铁镜》：“大肠侧推虎口。何殊诃子炮姜。反之则为大黄枳实。”

《小儿推拿广意》：“退大肠之病，以大肠为主”。

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“大肠侧推到虎口，止泻止痢断根源。”

《小儿推拿直录》：“推之退大肠之火。止泄泻痢疾。法宜倒推至虎口。”

(3) **逆运内八卦**：位于掌心内，以内劳宫为圆心，以内劳宫与中指根连线的内 2/3 为半径的圆上。用拇指面按逆时针方向作运法，即运转方向由兑(duì)起、经坤、离、巽(xùn)、震、艮(gèn)、坎至乾为止。

内八卦：以掌中心为圆心，从圆心到中指跟横纹越 2/3 处的圆圈，分乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑八卦，此为八卦穴。

经络：手三阴相交之处。“小儿百脉汇于两掌”。

解剖：手掌上。

神经分布：正中神经和尺神经。

功用：调理气机，顺运偏于理气，善开胸膈，除气闷胀满。逆运偏于降逆，能降气平喘。相关文献本方案运用逆运内八卦具有和中利膈

健胃，顺气消食，增强食欲作用。生理实验研究显示逆运内八卦可调节胃运动功能。

主治：顺运多治胸膈不利、伤食、胸闷、腹胀等。逆运多治痰喘呕吐。

手法：用拇指面自乾向坎运至兑为一遍，运至离时轻轻带过，称顺运内八卦。按逆时针方向作运法，即运转方向由兑（duì）向坎至乾为止，为逆运内八卦。

相关文献：

《小儿推拿广意》：“运内八卦，开胸化痰，除气闷，吐乳食，有九重三轻之法。”

《推拿抉微》：“运内八卦法：夏英白曰：从坎到艮，左旋推治热，亦止吐。”

《小儿推拿秘旨》：“运八卦，开胸膈之痰结。左转止吐，右转止泻。”

《推拿幼科秘书》：“八卦在手掌上，中指根下是离宫，属心火，此宫不可运动……运法必用我大指按复之……此法开胸化痰，除气闷满胀，至于吐乳食……医者分阴阳之后，必次及于此。”

《小儿按摩经》：“运内八卦，除胸肚膨闷，呕逆气吼噫，饮食不进用之。”

（4）运水入土：由小指肾水穴起沿弧线推至大指根中点（少商穴）止。

经络：手三阴经。

解剖：小指末节掌面起，环绕掌骨根部至拇指末节桡侧缘处。

神经分布：尺神经、掌侧神经、正中神经。

功用：健脾而助运化，润燥而通大便。

主治：主治水盛土枯之证。遗尿，完谷不化、便秘、痢疾等。

手法：用拇指或中指端自小指根（肾水）沿手掌边缘，经小鱼际、鱼际交、板门穴运至拇指根（脾经）。

相关文献：

《小儿推拿广义》：“运水入土…治身弱肚起青筋，为水盛土枯，推以润之。”

《保赤推拿法》：“运水入土，从小儿指梢肾经推去……至大指梢脾经按之，补脾土虚弱。”

《幼科推拿秘书》：“土者，胃土也，在板门穴上，属艮宫。水者，肾水也，在小指外边些…运者以我大指，从小儿小指侧巽，推往乾坎艮…此法能治大、小便结，身弱肚起青筋，泄痢诸病，盖水盛土枯，运以润之，小水勤动甚效。”

《小儿推拿秘旨》：“运水入土：能治脾土虚弱，小便赤涩。”

(5) **清天河水**：位于前臂正（内）面，自腕横纹（总筋）至肘横纹（洪池）成一直线。

经络：手厥阴心包经，

解剖：手前臂内侧。肌肉：桡侧腕屈肌，掌长肌。血管：骨间章侧动、静脉。

神经分布：前臂内外侧皮神经，正中神经掌皮支，前臂掌侧骨间神经，尺神经掌支。

功用：清热解表，泻心火，除烦躁，豁痰平喘。本穴清热而不伤阴。

主治：惊风、夜啼、烦躁、腹胀、口渴、重舌、木舌、鹅口疮、小便赤涩等各种实热证。

手法：以一手示、中二指指腹由掌根直推至肘弯横纹为清天河水。用食、中指指腹自内劳宫推至肘横纹为大推天河水。用食、中指蘸水自总筋处一起一落弹打至洪池，同时一面用口吹气于天河穴透之为打马过天河或引水上天河。

相关文献：

《幼科铁镜》：“天河引水，还同芩柏连翘”。

《幼科推拿秘书》：“清天河：天河穴在胳膊中，从坎宫小天心处一直到手弯曲池……取凉退热，并可治淋疳昏睡。”

《厘正推拿要术》：“推天河水，天河水于总筋之上，曲池之下，蘸水由横纹推至天河水……由内劳宫推至曲池为大推天河水……由曲池至内劳宫，为取天河水，均是以水济火，取清凉退热之义。”

《万育仙书》：“天河水在总筋下中心，明目，去五心潮热。

除口中疳疮。”

(6) 摩肋肋：从腋下两肋至天枢穴处。

经络：足厥阴肝和与其相表里的足少阳胆之经脉布于肋、手厥阴心包络经与经筋挟肋、足太阴脾的经筋结于肋、足厥阴肝的经脉布于肋。奇经八脉的阳跷脉、阳维脉、带脉均有分布。

解剖：胸外侧部，腋部以下至第十二肋骨之间。胸外侧壁主要由前锯肌、肋间外肌、肋间内肌、肋间最内肌构成。^[66]

神经分布：肋间神经。

功用：顺气化痰，除胸闷，开积聚，舒肝理气，本方案用本穴治疗食积所致的腹胀。

主治：由于食积、痰涎壅盛、气逆所致的胸闷、腹胀、气喘等。但脾胃虚弱，中气下陷，肾不纳气者慎用。

手法：医生两手掌自小儿两肋腋下搓摩至天枢穴水平处，又有称按弦走搓摩。

相关文献：

《厘正按摩要术》：“摩左右肋：左右肋在胸腹两旁肋膊处，以掌心横摩两边，得八十一次，治食积痰滞。”

《幼科推拿秘书》：“按弦走搓摩，此法治积聚屡试屡验，此运开积痰积气痞疾之要法也，弦者，肋肘骨也，在两肋上。其法着一人抱小儿坐在怀中，将小儿两手抄搭小儿两肩上，以我两手对小儿两肋上搓摩至肚角下，积痰积气自然运化。若久痞则非一日之功，须久搓摩方效。”

(7) 揉天枢：脐旁开2寸，左右各一。

经络：足阳明胃经，大肠经“募穴”

解剖：上层有外斜腹肌和直腹肌外缘、循下腹壁动脉。

神经分布：肋间神经侧穿行支。

功用：疏调大肠，理气消滞。

主治：腹胀、便秘、腹痛、腹泻、痢疾、食积不化。

手法：医生用食、中指端按揉脐旁左右各2寸两穴。

相关文献：

《幼科推拿秘书》：“揉天枢，天枢穴在臌中两旁两乳下，揉

此以化痰止嗽，其揉法以我大食两指八字分开，按而揉之。”

四、配伍特点：“消积必须导滞”、“导滞常兼清热”故在手法中，选取清脾胃、清大肠、清天河水以荡涤肠腑邪热积滞；运内八卦、摩胁肋舒肝理气、顺气行滞；运水入土增水行舟，清热通便而不伤阴，以上诸穴合用使胃中食积得消，六腑之气得通，脾运自健；小儿脾常虚，而脾胃为后天之本，本方案中泻法较多，恐祛邪伤正，因此用揉天枢既可治疗便秘，又可顾护脾胃，使邪去正安，脾胃健则精微物质可正常上输于肺，肺与大肠相表里，肺气升降有序则大便自通。本组手法共奏消积导滞，清热通便之效。

五、乳果糖选择依据

乳果糖又称半乳糖苷果糖，是一种人工合成的不吸收双糖，属于渗透性泻药。乳果糖含有一分子果糖和一分子半乳糖，因胃和小肠中缺少分解的酶，故无法将其分解为单糖。因此，口服乳果糖后药物几乎不被消化、分解、吸收，可以完整到达结肠，连同肠道内的有害物质一起排出体外。且乳果糖的分解产物能充分吸收水分到肠道而使粪便中的水分得到更多保留，从而维持水、电解质保留在肠腔。结肠中的一些天然有益菌群把乳果糖作为营养物质，可使乳果糖在结肠中被消化为低分子量的有机酸，使肠道内的 pH 值下降，从而增高肠内渗透压，使粪便软化，易于排出。乳果糖作为国内外临床常用药，安全有效，对患儿肠道无刺激，故作为本课题对照组药物。^{〔67-68〕}

六、研究结果分析

1、综合疗效分析

根据表 10、11，两组临床疗效比较，治疗组总有效率 97%，对照组总有效率 93%。两组中医症候疗效比较，治疗组总有效率 93%，对照组总有效率 90%。治疗组总有效率均高于对照组，且差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。提示治疗组综合疗效优于对照组。

2、中医症候疗效分析

根据表 13，两组治疗前后总积分及各症状比较，有显著差异（ $P<0.05$ ），表明两种治疗方法对治疗小儿便秘均有效。

治疗后两组中医症候变化情况比较：根据表 12 可见治疗组跟对照组总

积分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示小儿推拿对总体症候改善优于口服乳果糖。根据表 14, 可知对中医症候的主症中排便难易程度、排便间隔时间, 次症中腹胀疼痛、不思乳食、手足心热、心烦、舌红苔黄厚的改善效果, 小儿推拿明显优于口服乳果糖。而对改善主症中便质, 次症中睡眠不安、小便短黄积分, 两组差异无统计学意义, 治疗组与对照组的效果相当。可见小儿推拿对便秘的总体表现及中医症状的改善有一定优势。

3、复发情况分析

见表 15, 治疗结束一个月后随访两组中治愈患儿复发情况比较, 治疗组复发率 37.5%, 对照组复发率 75%, 经秩和检验, $*P = 0.044$, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组复发率低于对照组。

研究表明: 推拿不但可以明显改善便秘的主症, 提高本病综合疗效, 而且对次症腹胀疼痛、不思乳食、手足心热、心烦、舌红苔黄厚的改善方面, 与口服乳果糖组相比具有明显优势。且推拿的远期疗效优于口服乳果糖。

4、问题与展望

通过本研究可认识到, 功能型便秘作为小儿常见病, 影响儿童的身心健康及成长发育, 越来越受到关注, 本病病因病机复杂, 治疗方法多样。本研究采用推拿治疗小儿食积内热型便秘, 减轻了便秘患儿的痛苦, 并且操作简单, 疗效显著, 治疗效果持久, 不易复发。可见小儿推拿治疗本病具有显著优越性。

本研究由于时间与经费、研究技术与方法的限制, 本研究存在以下不足:

(1) 目前国内对便秘的诊断尚未有统一的标准, 而本病的诊断及疗效评定仅以症状作为参考, 存在主观性, 缺乏科学、客观的量化指标。

(2) 本研究样本量较小, 且缺乏实验室指标。需增大样本量, 多个对照组进行比较, 对相关实验室指标进行研究, 进一步研究便秘对患儿不良影响的相关机理。

(3) 本课题随访时间较短, 未能了解推拿对治疗小儿功能性便秘更为远期的影响, 应加强后期的随访, 更好的指导临床。

(4) 本课题对小儿推拿穴位作用机制的研究仅是在临床基础上, 结合

推拿穴位的功用、主治、所属归经、解剖及神经分布几个方面展开，未能开展动物实验支持，缺乏支持本疗法对胃肠道改善作用充分有力的科学依据。

（5）便秘受多因素影响，本课题未对患儿的饮食喂养、情志及排便习惯等因素做相关调查研究，并缺乏具体的饮食喂养指导。

结论

推拿对改善小儿功能性便秘（食积内热型）疗效确切且优于对照组。
推拿远期疗效好，且临床应用较安全，值得临床推广。

致谢

本论文从开始选题、论文设计到论文的撰写，离不开导师张凤春教授悉心指导。导师对学生悉心教育与指导，毫无保留地将经验传授给我们，老师医德高尚、医术高超、待人和蔼可亲，视病人如亲人，深深影响了我，是我学习的榜样，谨在此向恩师致以真挚的谢意和崇高的敬意。

衷心感谢黑龙江中医药大学附属二院推拿一科的马冰雨医生，她无私的帮助与指导，在我课题设计上给予了很大帮助。感谢黑龙江中医药大学附属二院儿科病房的全体医护人员，三年来的关怀与帮助，以及对我课题开展的支持。同时感谢韩冬梅同学在我论文撰写期间无私的帮助与支持。衷心感谢这三年来所有在背后默默帮助支持我的家人、同学及朋友，一路走来有你们的陪伴，我才可以顺利而幸福地走过这一段难忘而美好的时光！

最后感谢参加论文评审和学位授予的各位专家和教授百忙之中抽出时间，对我论文给予关注，为我的研究生生涯划上圆满的句号！

参考文献

- [1] 毕可恩,刘爱华,朱有名,等.食积小鼠模型免疫功能的实验研究[J].山东中医学院学报,1991,15(4):48-49.
- [2] 张海鹏.便秘病证的古今文献研究与学术源流探讨[D].北京中医药大学.2008.
- [3] 王烈,孙丽萍,冯晓纯,王延博.婴童翼集[M].中医古籍出版社,2004,(6):78-81.
- [4] 潘黎.安效先教授治疗小儿便秘经验[J].世界中西医结合杂志,2010,5(9):745-747.
- [5] 汪受传.中医儿科学[M].中国中医药出版社,2010,(6):15-16.
- [6] 陈一林.泻热润肠导滞法治疗儿童功能性便秘(食积内热)证的临床研究[D].南京中医药大学.2013.
- [7] 秦景明.《症因脉治》[M].上海:第二军医大学出版社,2008:560,556.
- [8] 陈思瀚.通幽合剂治疗儿童功能性便秘实热证的临床研究[D].湖北中医药大学.2015.
- [9] 郑攀,郑宏.郑启仲治疗小儿冷积便秘经验[J].中华中医药杂志,2011,3(26):523-524.
- [10] 邓铁涛,李克光.实用中医内科学[M]上海:上海科学技术出版社,1985:246.
- [11] 周学海,读医随笔·升降出入论.[M].人民军医出版社.2010.
- [12] 陈永辉.小儿便秘辨治经验[J].中医儿科杂志,2009,5(3):27-28.
- [13] 张光荣,陈瑞春,四逆散治疗便秘探析[J].中国中医药信息.2007,14(6):86-87.
- [14] 汲泓.周学文教授治疗便秘经验浅谈[J].亚太传统医药,2010,6(2):36-37.
- [15] 彭征屏.安效先治疗小儿便秘经验[J].中国民间疗法,2015,9(23):7-8.
- [16] 刘世玲.滋阴通便汤治疗小儿阴虚便秘 40 例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(4):48-49.
- [17] 吕泽康,朱良春.国医大师朱良春教授塞因塞用法辨治小儿便秘[J].吉林中医药,2014,34(6):577-579.
- [18] 胡冬梅.中医辨证治疗小儿功能性便秘的效果观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(11):110-111.
- [19] 王艳,罗晶晶,邱继春.常克运用荡肠涤腑法治疗小儿便秘临床经验总结——

通便汤治疗小儿功能性便秘食积证 60 例[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(3):507-509.

[20] 赵金凤, 王国杰, 蔡雨鑫. 健儿通便散治疗小儿脾虚夹积型便秘的临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2014, 5:33-34.

[21] 韩丽梅, 王芳, 孙丕东. 小儿化食丸治疗小儿便秘 32 例临床疗效观察[J]. 中国民康医学, 2006, 18(12):971.

[22] 李惠群. 运肠灵口服液治疗小儿便秘 84 例临床观察[J]. 河北中医, 2002, 24(12):906-907.

[23] 程鹏举, 谢培洪. 五仁通便栓治疗小儿便秘临床疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2015, 23(12):16-17.

[24] 唐蕾. 冯昌汉主任医师治疗小儿便秘临证经验[J]. 中国乡村医药, 2015, 22(11):43.

[25] 何敏, 陈越, 陈先泽. 敷脐通治疗小儿便秘 112 例[J]. 广东医学, 2012, 01:131-133.

[26] 秦微, 谭雷. 推拿疗法治疗小儿便秘 30 例临床观察[J]. 中国医学文摘·儿科学, 2007, 26(2):115-116.

[27] 江米足. 小儿功能性便秘与罗马 III 标准[J]. 临床消化病杂志. 2007, 19(5):284-186.

[28] Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, suham feedback, and standard herapy for dyssynergic defecation[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5 (3); 331-338.

[29] Marloes B, Marc B. Health-related quality of life in young adults with symptoms of constipation continuing from childhood into[J]. Health and Quality of Life Outcomes, 2009, 7:20.

[30] 周惠清, 李定国, 宋艳艳, 宗春华, 胡颖, 许小幸, 陆汉明. 全国城市中小學生功能性便秘危险因素研究[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(2):113-115.

[31] Lu PL, Saps M, Chanis RA, Velasco-Benitez CA. The prevalence of functional gastrointestinal disorders in children in Panama: A school-based study[J]. Acta Paediatr. 2016, 10(1111):13379.

[32] 徐辉, 柯美云. 排便的生理和便秘的病理生理. 临床内科杂志 [M], 2003, 20(5):228-230.

- [33] 利玉婷. 推拿手法辨证治疗婴幼儿功能性便秘的临床研究[D]. 广州. 广州中医药大学, 2011.
- [34] 乐心愉. 小儿便通颗粒治疗功能性便秘的临床研究[D]. 湖北中医药大学. 2014.
- [35] 李永佳. 138例便秘患儿的临床调查报告[D]. 成都中医药大学, 2008.
- [36] 中国慢性便秘诊治指南(2013年, 武汉)[D], 胃肠病学. 2013, 18(10):605-610.
- [37] 王娟, 石洋. 盆底失弛缓型便秘治疗的前瞻性随机对照研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(7):755-757.
- [38] 杨冬华, 陈昊湖. 消化系统疾病治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:533-539.
- [39] 聂玉强. 罗马 II 功能性胃肠疾病分类及诊断标准[J]. 国外医学内科学分册. 2001, 28(4):139.
- [40] 姜恩顺. 扶正通便法治疗功能性便秘的临床研究[D]. 中国中医科学院. 2009.
- [41] 黄莺. 活血清润汤治疗儿童功能性便秘(食积内热型)的临床观察[D]. 长春中医药大学. 2007.
- [42] 王辉, 姚小苹主编. 新编实习医生手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997:273.
- [43] Williams CL, BolleilaM, Mynder EL. A new recommendation for die—tary fiker in childhood [J]. Pediatrics, 1995, 96 (5Pt2): 985-988.
- [44] 胡亚美, 江载芳. 《诸福棠实用儿科学》[M]. 北京人民卫生出版, 2005:1300.
- [45] 张树成. 儿童功能性便秘的流行病学调查、功能分类及部分类型的病理生理基础研究[D]. 中国药科大学. 2008.
- [46] 秦颖洁, 孙九伶. 生物反馈疗法的临床应用[J]. 承德医学院学报, 1999, 16(2):165-167.
- [47] Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, Ghahestani SM, Ahmadi H, Kajbafzadeh M, Mahboubi AH. Animated biofeedback: an ideal treatment for children with dysfunctional elimination syndrome[J]. J Urol. 2011, 186(6):84-2379.
- [48] Jack J, Muller-Lissner S. Treatment of chronic constipation: current pharmacologic approaches and future directions [J]. Clin Gastroenterol hepatol, 2009, 7(5):502-508.

- [49] 郝建宇. 便秘的药物治疗[J]. 中国临床医生杂志, 2007, 3:20-21.
- [50] 王维林, 袁正伟, 王伟. 小儿排便障碍性疾病的诊断与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2002:229-230.
- [51] 何红艳. 功能性便秘的精神心理因素研究 [D]. 成都中医药大. 2008.
- [52] 康白. 微生物学原理 [M]. 大连: 大连出版社, 1996:2.
- [53] 于莲, 马丽娜, 杜妍, 刘思佳, 平洋, 胡月, 魏巍, 杨景云. 微生态制剂研究进展 [J]. 中国微生态学杂志, 2012. 24(1):84-86.
- [54] Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate / toddler [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1519-1526.
- [54] Basquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child / adolescent [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5):1526-1537.
- [56] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M], 南京: 南京大学出版, 1994:80.
- [57] 马融, 韩新民. 中医儿科学 [M], 北京: 人民卫生出版社, 2013:89.
- [58] 李燕宁, 杨配力, 于海燕. 小儿推拿的学术争鸣 [J], 中医文献杂志, 2008, 1:28-30.
- [59] 袁洪仁. 论小儿推拿特定穴的形成和配伍施术 [J], 按摩与导引, 2002, 18(6):16-30.
- [60] 赵毅主编. 推拿手法学 [M]. 上海科学技术出版社, 2009, 8:33.
- [61] 叶兵, 康文胜, 何云波, 蒲桂秀. 掐揉列缺穴在推拿治疗小儿痰湿蕴肺型咳嗽中的应用 [J], 甘肃中医, 2009, 22(6):43-44.
- [62] 艾民. 推拿疗法“治未病”的机理探析 [J], 长春大学学报, 2010, 20(4):73-74.
- [63] 乔玉川, 乔樑. 难症萃方 [M], 深圳报业集团出版社, 2011, 4.
- [64] 韩国伟, 郝重耀, 薛聆, 李明磊, 黄安. 推拿作用原理的现代研究 [J], 中医药研究, 2001, 17(2):56-57.
- [65] 陈伟平, 赵文兰. 推拿治疗与现代医学理论 [J]. 中国民族民间医药杂志, 2002, 56:127-128.
- [66] 王军龙, 董宝强. 肋肋部推拿调治心身疾病的理论探析 [J], 按摩与康复医学, 2015, 6(23):59-60.
- [67] 雷衍蔚, 成玲, 朱彦波. 乳果糖治疗小儿功能性便秘的疗效观察 [J]. 临床合理

用药. 2012, 5(4c):50-51.

[68] 吴晖, 吴闽江. 乳果糖联用枯草杆菌肠球菌二联活菌多维颗粒剂治疗小儿功能性便秘 61 例临床分析[J], 实用临床医学, 2010, 11(6):79-83.

攻读硕士期间发表学位论文

张凤春,冯淑芸,李文龙,赵微,林丛,赵闯.抽动宁颗粒对小儿多发性抽动症疗效及血清总 IgE 的影响 [J],长春中医药大学学报,2015,31(5):1040-1043.

原创性声明

本人郑重声明：所呈交硕士学位论文，是本人在指导教师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：

马敬芸

日期：2016年6月5日

关于论文使用授权声明

本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版，允许论文被查阅和借阅。本人和导师授权黑龙江中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编本学位论文。

本学位论文属于(请在以下相应方框内打“√”)：

1、保密口，在__年解密后适用本授权书。

2、不保密☒。

作者签名：马敬芸

导师签名：

张凤春

日期：2016年6月5日

日期：2016年6月5日

个人简历

姓 名： 冯淑芸

性 别： 女

民 族： 汉族

政治面貌： 共青团员

出生年月： 1989 年 11 月

生出地址： 广东省佛山市

专 业： 中医儿科学

研究方向： 儿科

临床技能： 医师资格证书

英语水平： 六级

教育背景： 2008 年-2013 年 黑龙江中医药大学

2013 年-2016 年 黑龙江中医药大学