

儿童功能性便秘临床特点与中医证型分析

申慧贞¹ 赵 骞² 闫慧敏²

(1. 北京市顺义区妇幼保健院中医科, 北京 101300; 2. 国家儿童医学中心

首都医科大学附属北京儿童医院中医科, 北京 100045)

【摘要】目的 分析儿童功能性便秘的临床特点及中医证型分布特点。**方法** 选取2020年10月1日—2021年10月31日于北京市顺义区妇幼保健院中医科就诊的功能性便秘患儿, 对其家长进行现场问卷调查, 记录患儿的一般资料、排便情况及中医四诊, 对数据进行总结、分析。**结果** 最终纳入功能性便秘患儿155例, 34.8%便秘与添加辅食相关; 45.8%患儿大便1~2天一行, 仅27.1%每周≤2次, 71.0%有排便痛, 155例均有排便困难史, 98.1%患儿大便粗硬; 中医证型由多到少依次为: 脾虚肠燥证105例(67.7%)、乳食积滞证28例(18.1%)、燥热内结证13例(8.4%)、气机阻滞证7例(4.5%)、气虚不运证1例(0.6%)、血虚肠燥证1例(0.6%); 脾虚肠燥证的病程与气机阻滞证比较差异有统计学意义($P<0.05$), 各证型在大便次数、排便痛或排便困难程度、大便性状方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 添加辅食是儿童功能性便秘的主要诱因, 大便次数不是诊断功能性便秘的主要依据, 大便粗硬、排便困难史或排便痛在临床更为常见, 脾虚肠燥证是便秘的主要证型, 中医证型与排便情况无关, 与病程有一定关系。

【关键词】 功能性便秘; 儿童; 临床特点; 中医证型

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.09.028

功能性便秘(functional constipation, FC)是儿科门诊常见的消化系统疾病, 长期便秘影响孩子身高、体质量的增长^[1], 故早期、规范、有效地干预对治疗便秘至关重要。欧洲和北美儿科胃肠、肝病和营养学会推荐聚乙二醇散、乳果糖为儿童便秘维持治疗的药物^[2], 但单用临床效果欠佳^[3-5]。国内1项Meta分析表明, 部分中药治疗慢性FC安全有效^[6]。辨证论治是中医治疗疾病的基本原则, 正确把握儿童FC的临床特点并进行准确辨证, 才能实现有效施治。本研究以门诊调查问卷形式了解便秘儿童排便情况, 分析其临床特点、中医证型分布特点及二者的相关性, 以期临床诊治提供依据。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2020年10月1日—2021年10月31日于北京市顺义区妇幼保健院中医科的就诊儿童, 对符合西医便秘诊断标准的患儿家长进行问卷调查。本研究通过北京市顺义区妇幼保健院医学伦理委

员会审批(批号2021-03), 患儿监护人均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断: 儿童功能性胃肠病的诊断, 参照罗马IV便秘的诊断标准并做适当调整^[7-8]。①每周排便≤2次; ②排便疼痛或困难; ③排出的粪便粗大; ④每周至少有1次大便失禁(能自行控制排便后); ⑤有大量粪便潴留。符合其中任意2项, 持续时间达1个月即可诊断; 4岁以上儿童需除外肠易激综合征。

1.2.2 中医辨证: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]中脾气虚证辨证标准及《中医儿科学》^[10]中便秘证候辨证标准, 结合临床实际, 将便秘分为脾虚肠燥证、乳食积滞证、燥热内结证、气机郁滞证、气虚不运证、血虚肠燥证。主症: ①排便间隔时间延长; ②排便困难; ③粪质干燥(气虚不运证除外); ④大便失禁。次症: 脾虚肠燥证: 不思饮食或食量一般, 神疲乏力, 面色少华, 体型消瘦, 舌淡红、苔薄白或少, 脉弱;

基金项目: 闫慧敏全国名老中医药专家传承工作室项目(国中医药人教发[2016]42号); 福棠儿童医学发展研究中心具有儿科特点的医疗机构中药学科建设项目(FTSCR-2020)

作者简介: 申慧贞, 女, 31岁, 硕士, 主治医师。研究方向: 中西医结合治疗儿童脾系、肺系疾病。

通信作者: 闫慧敏, E-mail: huiminyan@sina.com

引用格式: 申慧贞, 赵骞, 闫慧敏. 儿童功能性便秘临床特点与中医证型分析[J]. 北京中医药, 2022, 41(9): 1057-1060.

乳食积滞证：脘腹胀痛，不思饮食，手足心热，小便黄少，口臭，有伤食或伤乳史，舌红苔黄厚，脉沉有力，指纹紫滞；燥热内结证：腹胀或痛，面赤身热，小便短赤，口干口臭，口舌生疮，素喜辛辣炙烤或热病伤阴史，舌红苔黄燥，脉数有力，指纹紫；气机郁滞证：欲便不得，腹胀疼痛，胸胁痞满，急躁易怒或情志不舒，恐惧排便，活动过少，舌红苔薄白，脉弦，指纹滞；气虚不运证：时有便意，大便不干，努挣难下，便后疲乏，面色少华，舌淡苔薄，脉虚弱，指纹淡红；血虚肠燥证：艰涩难下，面色无华，唇甲舌淡，多有禀赋不足、病后失调史，舌淡苔薄白，脉细弱，指纹淡。

患儿具备主症 2 项或以上及次症 3 项或以上，结合舌脉，即可诊断相应证型。

1.3 纳入标准

符合西医诊断及中医辨证标准；年龄 0~18 岁。

1.4 排除标准

排除因先天性巨结肠、先天性肛门直肠畸形、甲状腺功能减退等，器质性及全身疾病引起的便秘。

2 方法

2.1 研究方法

根据临床实际，制定《儿童功能性便秘调查表》，由研究人员对患儿家长进行现场问卷调查，记录一般资料、排便情况及中医四诊信息等资料，对数据进行总结、统计、分析。排便困难程度分为 4 级，0 级：正常，排便顺畅；1 级：稍费力，排便不畅，有一定困难；2 级：很费力，需用力、屏气；3 级：需辅助通便。排便疼痛主要根据排便时哭闹、抗拒、烦躁或便中带血判断。粪便粗大：根据月龄分为 2 类，>12 个月指 Bristol 1~3 型^[11]，≤12 个月指 D 型^[8]。

2.2 质量控制

所有患儿均由研究团队进行问诊、查体，详细记录中医望、闻、问、切四诊，大便性状由家长填写完成，由同一名中医儿科副高级职称医师确认结果。

2.3 统计学方法

全部资料采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料用均数±标准差

($\bar{x} \pm s$) 表示，比较采用 *t* 检验；非正态分布的计量资料用中位数（四分位数） $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示，比较采用秩和检验。计数资料以百分率(%)表示，比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 一般资料

最终纳入 155 例患儿，其男女比为 0.89:1；月龄 6.5~133.0 个月，其中 0~12 个月，11 例 (7.1%)；13~36 个月，36 例 (23.2%)；37~72 个月，76 例 (49.0%)；≥73 个月，32 例 (20.6%)。发病年龄平均 26.80 个月，其中 9 例出生 48 h 后排出胎便，便秘延续至今；病程 1~104 个月，平均 25.10 个月。

3.2 就诊与发病原因

3.2.1 就诊原因：131 例 (84.5%) 因消化道疾病就诊，分别为便秘 96 例 (61.9%)、纳差 21 例 (13.5%)、积滞口臭 9 例 (5.8%)、腹痛 5 例 (3.2%)；24 例 (15.5%) 因其他原因就诊，其中呼吸道疾病 10 例 (6.5%)、霰粒肿 8 例 (5.2%)、夜啼 3 例 (1.9%)、生长缓慢 2 例 (1.3%)、遗尿 1 例 (0.6%)。

3.2.2 发病诱因：无明确诱因 56 例 (36.1%)；添加辅食过程中逐渐出现大便性状偏干 54 例 (34.8%)，其中 3 例明确为摄入肉食后出现，1 例更换配方奶后加重，1 例母乳转人工乳后加重；饮食不节后出现或加重 16 例 (10.3%)，其中 13 例为蔬菜摄入减少，1 例过多摄入水果，1 例过多摄入零食，1 例饮食量减少；入学后出现或加重 8 例 (5.2%)；病后出现 3 例 (1.9%)，分别为急性肠炎、传染性单核细胞增多症、呼吸道感染后；服用特殊药物 2 例 (1.3%)，分别为营养心肌药、抗癫痫药；环境由寒转暖 2 例 (1.3%)；其他原因 3 例，分别为 18 个月时断母乳、饮用乳铁蛋白粉、作息不规律。

3.3 排便情况

3.3.1 大便次数：每日 2~3 次，2 例 (1.3%)；每日 1 次，34 例 (21.9%)；每 2 日 1 次，37 例 (23.9%)；每 3 日 1 次，39 例 (25.2%)；每 4~5 日 1 次，35 例 (22.6%)；超过 5 日 1 次，7 例 (4.5%)。1 例患儿因恐惧排便痛，无自主排便，每次需开塞露辅助通便。

3.3.2 排便疼痛或困难病史：110 例（71.0%）有排便痛，45 例（29.0%）无排便痛。有排便困难史 155 例，其中 1 级 40 例（25.8%），2 级 53 例（34.2%），3 级 62 例（40.0%）。

3.3.3 大便性状：大便粗硬者，月龄>12 个月患儿共 144 例，Bristol 1 型 60 例（41.7%），Bristol 2 型 27 例（18.8%），Bristol 3 型 56 例（38.9%），Bristol 4 型 1 例（0.7%）；月龄≤12 个月患儿共 11 例，大便 C 型 2 例，D 型 9 例。

3.3.4 大便失禁及粪便潴留：有大便失禁史 16 例，表现为粪便污裤；粪便潴留（经腹部触及宿便）10 例。

3.4 中医证型分布

所纳入的 155 例患儿中医证型例数由高到低，依次为脾虚肠燥证 105 例（67.7%）、乳食积滞证 28 例（18.1%）、燥热内结证 13 例（8.4%）、气机阻滞证 7 例（4.5%）、气虚不运证 1 例（0.6%）、血虚肠燥证 1 例（0.6%）。因气虚不运、血虚肠燥型各 1 例，不具备比较意义，仅对其余 153 例患儿资料进行统计学分析。

3.4.1 不同证型患儿病程比较：153 例患儿中，脾虚肠燥型病程为 24（10，49）个月，乳食积滞型病程为 12（3，24）个月，燥热内结型病程为 7（3，19）个月，气机阻滞型病程为 2（1，3）个月。脾虚肠燥型与气机阻滞型比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；其他各证型间比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

3.4.2 不同证型患儿大便间隔时间比较：脾虚肠燥证患儿中，1 例因每次排便均需使用开塞露辅助通便，无自主排便，予以剔除。其余 152 例患儿中，气机阻滞型大便间隔时间为 3.0（2.0，6.0）d，乳食积滞型大便间隔时间为 2.8（2.0，3.9）d，燥热内结型大便间隔时间为 2.0（1.0，3.3）d，脾虚肠燥型大便间隔时间为 2.0（1.0，3.0）d，各证型间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

3.4.3 不同证型患儿排便情况比较：各证型间排便痛、排便困难分级比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 1。

3.4.4 不同证型大便性状分型比较：仅对 12 个月以上 142 例患儿进行统计分析。各证型间大便性状比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 2。

表 1 不同证型患儿排便情况比较（例）

证型	例数	有排便痛	排便困难分级		
			1 级	2 级	3 级
脾虚肠燥	105	76	28	34	43
乳食积滞	28	20	5	11	12
燥热内结	13	8	4	5	4
气机阻滞	7	5	2	3	2

表 2 不同证型大便性状分型比较（例）

证型	例数	Bristol 1 型	Bristol 2 型	Bristol 3 型
脾虚肠燥	98	45	16	37
乳食积滞	25	6	7	12
燥热内结	12	4	3	5
气机阻滞	7	4	2	3

4 讨论

儿童 FC 属于中医学“便秘”范畴，《黄帝内经》称“大便难”“后不利”，是指大肠传导功能失常，导致大便秘结不通，排便次数减少或排便间隔时间延长；或大便艰涩便出不畅的病症。闫慧敏教授是全国第五批、第六批名老中医药专家学术经验继承指导老师，闫老根据小儿的临床特点，结合行医 40 余年的临床经验指出，小儿便秘以脾虚肠燥、乳食积滞证多见。小儿生理上“脏腑娇嫩、形气未充、脾常不足”。闫老认为，婴儿时期“脾常不足”的生理特点更为显著，加之“五脏六腑成而未全”，故添加辅食后胃肠道适应能力差，容易出现运化无权、津液化生不足而致肠道失润、大肠传导失常，故在食物转换阶段易出现便秘。《古今医鉴》：“若饥饱失节，劳役过度，损伤胃气，及食辛热厚味之物而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便燥结。”说明便秘与饮食不节密切相关，闫老常说，幼儿时期的儿童，饮食常不知自节，加之挑食，嗜食肥甘，易损伤脾胃，脾虚则水谷不化，精微不布，肠道失润，故也易出现便秘。

本研究发现添加辅食和饮食失常是便秘的主要诱因，34.8% 与添加辅食有关，10.3% 与饮食失常相关，脾虚肠燥、乳食积滞是小儿便秘的主要证型，以脾虚肠燥证（67.7%）最常见，与闫老的观点一致。研究发现，脾虚肠燥证的病程最长，明显长于气机阻滞证，然与乳食积滞证、燥热内结证比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有待扩大样本量进一步研究。各证型在大便次数、排便

痛或排便困难程度、大便性状方面无明显差异,说明儿童 FC 中医证型与排便情况无关,与病程有一定的相关性,提示临床辨证要四诊合参,不能单从主症确定证型,病程可做适当参考。

本研究发现,仅 27.1% 患儿大便每周 ≤ 2 次,但 98.1% 患儿大便粗硬,71.0% 患儿有排便痛,所有患儿均有排便困难史,故大便次数不是诊断便秘的主要依据,大便粗硬、排便困难史或排便痛在临床更为常见。罗马 IV 便秘的诊断标准中“大量粪便潴留史”,需 X 线检查确认,因考虑为 FC,腹部 X 线不推荐作为诊断的常规检查,可予腹部触诊或直肠指诊,故本研究予腹部触诊确认是否存在“粪便潴留”,但在临床查体时能触及粪便潴留的仅 10 例,可能与就诊前已排便致阳性体征例数少有关。

综上所述,婴幼儿在添加辅食阶段容易出现便秘,提示在临床工作中应提前给予饮食指导,做到未病先防。大便粗硬、排便困难史或排便痛在临床更为常见,故临床问诊中应注重大便性状及患儿排便体验,不可拘泥于大便次数。脾虚肠燥证是便秘的主要证型,中医证型与排便情况无关,与病程有一定相关性,故临床辨证要四诊合参。然本研究样本量相对较少,尚需今后大样本、多中心的研究予以支持。

参考文献

- [1] CHAO HC, CHEN SY, CHEN CC, et al. The impact of constipation on growth in children[J]. *Pediatr Res*, 2008, 64(3):308-311.
- [2] TABBERS MM, DILORENZO C, BERGER MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN[J]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2014, 58(2):258-274.
- [3] 田杨, 朱海霞, 周晓薇, 等. 小麦纤维素对比乳果糖在儿童功能性便秘中的临床应用[J]. *实用药物与临床*, 2014, 17(8):1070-1072.
- [4] 张仕超, 汪莎莎, 李敬凤. 聚乙二醇 4000 联合西甲硅油乳剂治疗儿童便秘的疗效分析[J]. *儿科学杂志*, 2017, 23(9):12-14.
- [5] 罗真东, 梁鉴坤, 王哲, 等. 小麦纤维素联合乳果糖治疗儿童功能性便秘的临床观察[J]. *中国现代医学杂志*, 2018, 28(36):96-99.
- [6] 马继征, 刘绍能, 吴泰相, 等. 中药治疗慢性功能性便秘效果的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2010, 10(10):1213-1221.
- [7] HYAMS JS, LORENZO CD, SAPS M, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent[J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6):1456-1468.
- [8] BEKKALI N, HAMERS SL, REITSMA JB, et al. Infant stool form scale: development and results[J]. *J Pediatr*, 2009, 154(4):521-526, e1.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:361-362.
- [10] 汪受传, 虞坚尔. 中医儿科学[M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012:129-133.
- [11] LEWIS SJ, HEATON KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time[J]. *Scand J Gastroentero*, 1997, 32(9):920-924.

Analysis of clinical characteristics and traditional Chinese medicine patterns of functional constipation in children

SHEN Hui-zhen, ZHAO Qian, YAN Hui-min

(收稿日期: 2022-02-04)