DOI:10.13288/j.11-2166/r.1988.06.026

附表 治疗前后实验室指标的改变比较

检测项目	治疗前 均值±标准差(例)	治疗后 均值±标准差(例)
发锌(μg/g)	123.32±41.73(177)	137.54±52.86(136)*
D-木糖排泄率(%)	15.52±5.44(170)	19.68±4.45(126)**
血红蛋白(g/L)	106.0±11.0(319)	113.4±12.2(265)**
粪淀粉颗粒	1.08±1.19(80)	0.19±0.37(50)**
粪脂肪球	0.49±0.85(80)	0.14±0.28(50)*

与治疗前比较：* $P<0.01$；** $P<0.001$

部分病例的甲皱微循环观察，治疗后其血色、流态、流速、渗出、管襻长度、管襻形状、血流速度等都较治疗前有显著改善(均为$P<0.01$)，资料略。

四、讨论

目前多数医家认为小儿厌食症与脾虚、食积或脾困有关，主张重在补脾或补脾消导，或重芳香醒脾。据本组病儿观察，腹胀满、厚苔者为数很少；而便稀、舌淡者更属罕见。说明乳食积滞和脾虚不是本病致病的主因；相反，本组中大便干秘、舌红赤、薄苔、无苔、剥苔者却为多见。因此，我们认为胃津脾阴亏损应是小儿厌食症的主要病机，我们拟订的小儿厌食合剂即以养胃生津，滋养脾阴为其基本治则。"胃宜降则和"，"六腑以通为补"，故在本合剂中我们还酌加了导滞通腑降逆之品。

一般认为体重低于正常标准体重的8%病儿属于III度(重度)厌食症。本组384例病儿体重平均低于正常标准体重的12.9%，经用小儿厌食合剂治疗1～2个月后，显效率为40.4%，总有效率为88.3%，可见小儿厌食合剂对重度厌食症患儿也有较好的疗效。

尿D-木糖排泄试验在脾虚的诊断中颇有意义。本组病例属胃津脾阴亏损为主，故初步认为尿D-木糖排泄试验也可作为胃津伤或脾阴亏的一个客观指标。

不同年龄患儿按上述剂量服用小儿厌食合剂，每天摄入锌量为390～780微克，而补锌治疗小儿厌食症，其所需锌量一般为5～10毫克，远远大于小儿厌食合剂中的锌含量。由此认为，小儿厌食合剂治疗小儿厌食症可能是通过调整脾胃功能而起到治疗作用的。

先天性巨结肠治验1例

四川省万县响水区卫生院 王嵩志

××，男，4岁半，1982年7月7日初诊。

其父代述：患儿出生后数日不排便，渐至腹胀、拒乳、呕吐，遂到万县××医院诊断为先天性巨结肠，经补液、灌肠等治疗病情缓解。嗣后腹胀有增无减，呕吐、便秘反复发作，经多处求医诊治，终无显效。近二十天来出现胀、呕、痛、闭等症状，再次住万县××医院儿科予补液、灌肠、口服泻药等治疗无效，建议手术治疗，但家长不同意手术而来求余诊治。

诊其患儿精神委靡，面皖少华，全身轻度浮肿，腹胀如鼓，腹皮青筋显露如蛛网，腹痛拒按，少腹可触及12×10厘米大小包块，坚硬不规则，可推动，叩诊上腹鼓音，中下腹浊音，肠型，肠鸣音减弱，舌质红、苔腻，脉弦滑。综合脉证，此乃肝郁脾虚，痰瘀壅滞，胃肠闭阻之证。暂拟下瘀逐痰通腑之法以夺标之急，《金匮》大黄甘遂汤主之。处方：生大黄10克，醋制甘遂1克，阿胶5克。上药大黄煎煮2分钟去渣，放入阿胶烊化，以药汁送服甘遂末0.5克。

7月8日复诊：药后矢气频频，大便已通，初下羊矢状便，继下稀溏便夹有粘液，色黑量多，臭秽难闻，食稀粥后不再呕吐，腹胀稍减，精神转佳，下腹包块缩小大半，按压腹部仍见肠型，肠音活跃，余症如前，舌略红、苔仍腻，脉弦缓。改用健脾消积导滞法。处方：党参10克，茯苓10克，土炒白术10克，怀山药10克，生鸡内金6克(为末兑服)，陈皮5克，厚朴6克，槟榔6克，木香4克，莪术6克，三棱6克，大黄5克，甘草4克。4剂。以后以此方出入，加用和血化瘀之品，调治近一年，临床症状消失，生长发育较好。

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net