

小儿脾虚胃阴不足型疳证临床疗效报告

——附对头发微量元素改变的观察

闵伟福* 孟仲法* 中国科学院上海原子核研究所活化分析室

内容提要: 作者采用健脾益胃养阴方法治疗脾虚胃阴不足型疳证患儿 30 例, 治疗八周内获显效、有效各 14 例。经对本组患儿的临床观察表明: 患儿治疗后身高增长、体重增加、腹壁皮下脂肪增厚, 与治疗前比较均有显著性差异; 治疗前唾液呈弱碱性 (pH 7.02), 治疗后转呈酸性 (pH 5.6); 治疗前患儿发锌值明显低于正常儿童, 治疗后, 随着症状和体征的明显改善, 发锌值恢复到正常水平, 治疗前后比较有显著性差异。

小儿脾虚疳证是中医儿科临床常见证之一。本文报告 30 例脾虚胃阴不足型疳证患儿的临床疗效, 并以正常儿童为对照, 观察患儿治疗前后头发微量元素锌、铁、铜变化。现将观察结果报告于下。

临床资料

一、小儿脾虚疳证胃阴不足型的辨证指标

主证: (1) 形体消瘦, 体重较正常儿童轻 15% (正常儿童体重 = 年龄 $\times$ 2000 + 8000 克), 腹壁皮下脂肪厚度小于 0.4 厘米; (2) 身体矮小, 低于正常儿童 (正常儿童身高 = 年龄 $\times$ 5 + 80 厘米); (3) 食欲减退 (正常儿童食量的 70% 以下) 达一个月以上。

次证: (1) 面色苍白或萎黄、少华, 有花斑; (2) 倦怠乏力; (3) 四肢软或肌肉松弛; (4) 口干喜饮; (5) 盗汗; (6) 发结如穗; (7) 大便干结; (8) 山根色青; (9) 舌质红或绛, 苔花剥; (10) 脉细数或指纹淡紫。

凡患儿具备以上三项主证及五项次证即可辨证为脾虚疳证胃阴不足型。

三、分组观察

1. 脾虚胃阴不足型疳证组 (以下简称治疗组): 选择来自门诊辨证为脾虚疳证胃阴不足型患儿共 30 例, 其中男性 17 例, 女性 13 例, 年龄 1~3 岁 20 例, 3~7 岁 10 例。本组患儿

均经临床检查排除其他慢性消耗性疾病。治疗前后分别记录患儿的身长、体重、腹壁皮下脂肪厚度, 测定患儿唾液 pH 值及其头发微量元素锌、铁、铜含量, 分别进行治疗前后自身对照比较。

2. 正常儿童对照组 (简称对照组): 选择来自托儿所和幼儿园 7 岁以下的健康儿童 30 名 (男性 16 名, 女性 14 名), 测定其头发微量元素锌、铁、铜含量, 以与治疗组者作对照比较。

治疗方法和结果

一、治疗方法

治疗组患儿均用健脾益气养阴的参苓白术散合叶氏养胃汤加减治疗。处方: 党参, 白术, 茯苓, 陈皮, 黄芪, 生扁豆, 山药, 甘草, 沙参, 麦冬, 生地, 黄精, 石斛, 乌梅, 生山楂。按不同年龄给予不同剂量, 每天服 2~3 次, 治疗四周为一疗程, 最多不超过二个疗程。

二、治疗结果和分析

1. 疗效标准: 服药 4 周内, 体重增加 1000 克, 身高增长 2 厘米, 腹壁皮下脂肪厚度增至 0.8 厘米以上, 食欲增进达到正常儿童水平, 次证全部消失为显效; 服药 5~8 周, 体重略有增加, 身高略有增长, 食欲改善, 次证有 1~2 项

* 上海市中医医院

未消失者为有效;主证无改变,次证有三项以上未见改善者为无效。

2. 治疗结果和分析:按以上疗效标准统计,治疗组30例获显效、有效各14例,各占46.7%;无效2例,占6.6%。总有效率为93.4%。

(1) 治疗前后的体检改变:见表1。治疗组患儿30例,治疗后身高平均增长2.82厘米,体重平均增加1100克,腹壁皮下脂肪平均增厚0.61厘米。治疗前后作自身对照比较,以上三项均有显著性差异($P < 0.001$)。

表1 治疗前后身高、体重和腹壁皮下脂肪厚度比较

检查项目	例数	治疗前均值	治疗后均值	治疗后-治疗前均差值±标准误
身高(厘米)	30	88.13	90.95	$2.82 \pm 0.27^*$
体重(千克)	30	11.4	12.5	$1.10 \pm 0.06^*$
腹壁皮下脂肪(厘米)	30	0.27	0.88	$0.61 \pm 0.01^*$

* 治疗前后自身对照比较 $P < 0.001$

(2) 治疗前后唾液pH值的变化:正常儿童唾液呈酸性,pH值为6.35~6.85。治疗组30例患儿,治疗前唾液呈弱碱性,其pH平均值为7.02,治疗后唾液转呈酸性,pH值平均为5.6,治疗前后平均差值为 -1.42 ± 0.10 ,治疗前后自身对照比较有显著性差异($P < 0.001$)。

(3) 治疗前后头发微量元素锌、铁、铜含量的变化:治疗组30例患儿和对照组30名正常儿童均测定了头发微量元素锌、铁、铜的含量。头发标本一律取自颈部至二鬓距头皮1厘米长头发,约重1克。拣去杂物,进行清洗、灰化,制成实验用靶。采用原子光谱吸收法,由238 pm激发源Si(Li)能谱仪和Apple II数据处理系统组成。测定结果见表2和表3。

讨 论

钱乙在《小儿药证直诀》中指出:“疳皆脾胃病,亡津液所作也。”钱氏论述高度概括了形成小儿疳证的病机。因为小儿脾常不足,当外

表2 两组头发微量元素锌、铁、铜含量比较

测定项目	对照组(30例)均值±标准差	治疗组(30例)均值±标准差
锌(ppm)	153.06 ± 20.44	$96.11 \pm 24.80^*$
铁(ppm)	34.00 ± 4.17	$82.55 \pm 46.61^*$
铜(ppm)	15.15 ± 3.98	$32.04 \pm 21.36^*$

* 与对照组比较 $P < 0.001$

表3 治疗前后头发微量元素锌、铁、铜含量比较

测定项目	例数	治疗前均值	治疗后均值	治疗后-治疗前均差值±标准误
锌(ppm)	30	96.11	156.94	$60.83 \pm 11.06^*$
铁(ppm)	30	82.55	80.87	$-1.68 \pm 0.30^*$
铜(ppm)	30	32.04	23.71	$-8.33 \pm 1.50^*$

* 治疗前后自身对照比较 $P < 0.001$

感六淫之邪或内伤饮食均可导致脾运失常,胃纳受阻,造成小儿不思饮食,形体羸瘦;日久胃津渐耗,并可出现口渴思饮、盗汗等一派脾虚胃阴不足之证。笔者根据本病病机,以健脾为主佐以益胃养阴,合参苓白术散和叶氏养胃汤加减为治,疗效甚佳。

造成小儿脾虚胃阴不足型疳证的原因甚多,其中微量元素的缺乏是本病发生的原因之一。笔者对患儿头发进行微量元素测定的结果表明,患儿组治疗前发微量元素锌明显低于正常儿童组($P < 0.001$),而经用健脾益胃养阴中药治疗后,在临床症状及体征明显改善的同时,患儿组发锌平均含量恢复到正常水平,与治疗前相比较有显著性差异($P < 0.001$)。

此外,小儿脾虚疳证与唾液pH值改变也有密切联系。本文对30例患儿的唾液pH值进行测定,并作了治疗前后的自身对照比较,发现治疗前患儿唾液呈弱碱性(pH 7.02),经用健脾益胃养阴中药治疗后,唾液pH值转呈酸性(pH 5.6),经统计学处理治疗前后自身对照比较有显著性差异。已知正常儿童唾液pH值为酸性,笔者认为当唾液呈碱性时,唾液淀粉酶的活性可能下降,从而导致食欲减退,这可能是造成小儿脾虚疳证的原因之一。