

小儿厌食症中医证型与微量元素及 HP 感染相关性研究

陈敬欢 尹巧琴
(广东省东莞市常平人民医院 东莞 523573)

摘要:目的:探讨小儿厌食症中医证型与微量元素水平及幽门螺杆菌(HP)感染的相关性。方法:将厌食症患者作为研究组,厌食症按中医证型分为脾胃不和、脾胃气虚、脾胃阴虚及肝旺脾虚 4 组,正常健康小儿为对照组。结果:研究组中脾胃阴虚型血清铜含量与对照组相比明显降低($P<0.05$);研究组中脾胃不和、脾胃气虚及脾胃阴虚血清铁、锌、钙含量与对照组相比均显著降低($P<0.05$);研究组各组镁含量与对照组相比均无显著差异($P>0.05$)。研究组中脾胃不和、脾胃气虚、脾胃阴虚组 HP 阳性率均显著高于对照组($P<0.05$)。结论:血清铜、锌、铁微量元素及幽门螺旋杆菌感染与小儿厌食症相关。
关键词:厌食症;中医证型;微量元素;幽门螺杆菌;相关性

中图分类号:R272 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.025

中医辨证治疗厌食症有重要意义,辨证分型无客观化的诊断指标,为使临床医师对厌食症进行中医辨证分型时有客观化的诊断指标,以提高该病中医诊治水平。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2008 年 5 月~2010 年 5 月我院儿科门诊的厌食患儿 100 例作为研究组,食量较常量减少 1/2 以上,持续 2 周以上,排除其他系统疾病,如慢性腹泻、肝炎、结核病、慢性肾炎。厌食症中医诊断标准:(1)长期食欲不振,而无其他疾病;(2)面色少华,形体偏瘦,但精神尚好,无腹胀;(3)有喂养不当史,如进食无定量定时,过食生冷、甘甜味,嗜零食或偏食^[1]。根据《儿科疾病诊断标准》中厌食症分类分为:脾胃不和、脾胃气虚、脾胃阴虚、肝旺脾虚 4 组,各 25 例。选取日常饮食正常,进行儿童保健的健康小儿 100 例作为对照组,均无患消化道疾病,无明显腹胀、腹痛、食欲不振等消化道症状。经统计学软件分析,两组患者在一般资料方面无显著性差异 $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 标本采集 研究组、正常组小儿每例均抽静脉血 5 mL,2 000 r/min 离心分离血清,置 -30 ℃ 冰箱待测。

1.2.2 标本检测 采用胶体金法进行幽门螺杆菌抗体检测。采用比色法进行微量元素检测,检测仪器为日立 7060 型全自动生化仪。以上检测操作均严格按说明书进行。

1.2.3 分析方法 将厌食症上述四种中医证型分类的临床表现制成表格,收集病例医师按实际填写,再由专人进行归纳、确定中医证型。将取得的检测数据进行研究组内的亚组间对比及各亚组分别与正常组对比。

1.3 统计学方法 数据采用 SSPS11.0 软件进行处理,计数资料用 χ^2 检验,两样本均数用 t 检验。组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 厌食症中医分型与健康小儿微量元素检测结果比较 见表 1。

表 1 厌食症中医分型与健康小儿微量元素检测结果比较 ($\bar{X}\pm S$)						
组别		n	铜($\mu\text{mol/L}$)	铁($\mu\text{mol/L}$)	锌($\mu\text{mol/L}$)	钙(mmol/L)
研究组	脾胃不和	25	22.57 $\pm$ 2.78	7.47 $\pm$ 2.41 [△]	8.52 $\pm$ 2.37 [△]	2.19 $\pm$ 1.88 [△]
	脾胃气虚	25	22.68 $\pm$ 2.81	7.42 $\pm$ 2.36 [△]	8.23 $\pm$ 2.21 [△]	2.22 $\pm$ 1.78 [△]
	脾胃阴虚	25	15.68 $\pm$ 2.41 [△]	7.39 $\pm$ 2.25 [△]	8.12 $\pm$ 2.08 [△]	2.01 $\pm$ 1.51 [△]
	肝旺脾虚	25	23.62 $\pm$ 2.55	9.27 $\pm$ 2.13	9.36 $\pm$ 2.46	2.48 $\pm$ 1.92
对照组		100	24.01 $\pm$ 2.62	10.31 $\pm$ 2.47	17.11 $\pm$ 2.18	2.56 $\pm$ 2.03

注:与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 厌食症中医分型与健康小儿幽门螺旋杆菌感染的检测结果比较 见表 2。

表 2 厌食症中医分型与健康小儿幽门螺旋杆菌感染的检测结果比较 例				
组别		n	HP 阳性	阳性率(%)
研究组	脾胃不和	25	24	96.0 [△]
	脾胃气虚	25	23	92.0 [△]
	脾胃阴虚	25	22	88.0 [△]
	肝旺脾虚	25	16	64.0
对照组		100	41	41.0

注:与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

3 讨论

小儿厌食症指小儿长期食欲差,食量明显少于

同龄正常小儿的一种常见病症,临床特征为对所有食物均不感兴趣,病程持续 2 个月以上,常伴体重下降或不增,营养不良、机体抵抗力降低而致反复感染等。厌食是小儿时期常见病症之一,近年来发病率有增高趋势,占儿科就诊人数的 5%~7%^[2]。目前该病的中医研究主要集中在治疗方法方面,包括中医辨证治疗、中西医结合治疗以及内外合治等。厌食症最常见病因为饮食不节,最常见证型为脾虚肝旺;认为的微量元素水平及幽门螺杆菌感染等致病因素与中医的辨证分型的关系未 (下转第 70 页)

部小肠置于右侧腹,同时使扭转肠管复位。最后离断阑尾系膜,结扎切除阑尾,将横结肠和回盲部肠管推至左侧腹。其中 1 例新生儿因阑尾位置固定于右下腹,未常规切除阑尾。

2 结果

31 例患儿手术全部成功,无死亡病例,无中转开腹手术;手术时间 1.5~2.5 h,平均为 2 h;出血量 10 mL 左右,无术中输血;术后住院时间 3~5 d,平均 3.5 d。脐部伤口感染 1 例,经伤口换药治疗后好转出院;术后 5 个月出现粘连性肠梗阻 1 例,经住院禁食、胃肠减压、补液等保守治疗后痊愈出院。术后随访 1 个月~2 年,未发现呕吐等情况,生长发育均正常。

3 讨论

胚胎发育 8~10 周时中肠逐渐退回腹腔内,正常的旋转此时开始,十二指肠转至脊柱右侧,空肠先转至脊柱右侧后转至左侧腹腔内;回肠末端、盲肠及升结肠先退至左腹部,此后盲肠向上移至上腹部,最后移至右下腹,共旋转 270°。如果旋转方向异常或旋转停止不前即形成肠旋转不良,而在此基础上中肠以肠系膜上动脉为轴心扭转,即为肠旋转不良伴中肠扭转。影像学腹部平片显示十二指肠高位梗阻是最常见的表现形式,以部分性肠梗阻多见,若检查表现为胃及十二指肠第一、二段扩张,小肠气体少或无气体,则考虑有先天性肠旋转不良的可能,但其特点并不是本病特有。钡灌肠检查是本病诊断的首选方法,能提供较准确的依据,发现盲肠位置异常对诊断有决定性意义,其可靠的征象为回盲部位于中上腹或左腹部。但盲肠位置正常不排除本病存在,本组中存在类似病例 1 例。肠旋转不良临床上主要表现为肠梗阻。由于不同年龄段的先天性肠旋转不良临床表现均有所不同,因此,多数学者主张将此病分为新生儿期和非新生儿期。而大龄儿童的肠旋转不良症状和体征不典型,常有慢性间歇性腹痛,复发性呕吐。据国外资料统计,大龄儿童在所有肠旋转不良病例中约占 22%,常不伴有中肠扭转,无肠管坏死,而且多为不含胆汁的呕吐

(上接第 37 页)有研究报道。幽门螺杆菌是感染率最高的细菌之一,是慢性胃炎、消化性溃疡的主要病因。

我国中医辨证分型治疗厌食症有重要的临床意义,目前临床医师对于厌食症的中医辨证分型仅仅依靠临床表现,尚无明确的、客观化的诊断指标,临床医师对厌食症患儿进行中医辨证分型时有明

确的、客观化的诊断指标,从而提高该病的中医诊治水平。

及进食障碍。非新生儿期首次发病即以急腹症就诊者较少,多呈慢性过程,容易发生误诊,有学者报道其平均误诊时间长达 3~7 年^[1]。治疗此病的常见手术方式为开腹 Ladd's 手术。但该手术创伤大,术后切口感染、切口裂开发生率高,且术后容易造成肠粘连及术后梗阻,术后恢复饮食时间及住院时间均较长。虽然肠粘连被认为是有益的,但仍是肠梗阻的潜在危险因素。腹腔镜手术的难点是操作空间狭小,特别是腹胀时,有较高的技术要求,但该手术对腹壁各层组织损伤较传统手术方式明显减少,术后患儿基本无明显疼痛,术后伤口恢复快,切口愈合后美观,住院时间短,对患儿日后的心理影响亦明显减小,同时由于腹壁伤口与肠管创面距离相对较远也大大降低了发生术后肠管与手术切口之间粘连的概率。但腹腔镜手术需注意:(1)防止漏气。先天性肠旋转不良多为婴儿,腹壁薄,套管容易滑进或脱出,极易造成漏气,影响手术正常进行。且容易导致皮下气肿,故作皮肤切口时不宜太大,防止漏气,以利手术顺利进行。(2)肠旋转不良近 25%的患儿合并有其它畸形,需引起注意。(3)对于肠旋转不良并发急性中肠扭转、可疑肠绞窄坏死者,由于腹胀且肠管血运障碍,试行腹腔镜手术可能会很困难甚至造成肠管损伤,应列为禁忌证。

综上所述,腹腔镜治疗肠旋转不良与传统开腹手术相比具有打击小、创伤轻、恢复快等优点。组织被腹腔镜放大后,可以清晰显示压迫十二指肠的膜状束带,便于准确地用电凝断离,减少出血,避免对周围脏器的损伤。腹腔镜手术因肠管未在腹腔外暴露,因而发生肠粘连机会相对较少,但要求医生具备熟练的腹腔镜手术操作技术。总之,腹腔镜下 Ladd's 根治术是治疗婴幼儿先天性肠旋转不良安全、可靠并值得临床推广的方法。

参考文献

[1]Van der Zee DC,Bax NM.Laparoscopic repair of acute volvulus in a neonate with malrotation[J].Surg Endosc, 1995,9(10):1 123-1 124
[2]姚慧筠,王燕霞.非新生儿期肠旋转不良[J].中华小儿外科杂志, 1992,13(3):146

(收稿日期: 2013-06-04)

参考文献

[1]李竹芳.微量元素缺乏与小儿厌食 64 例分析[J].苏州大学学报(医学版),2002,22(1):46
[2]张萍,张奕奕.儿童血锌钙铁水平及其与儿童疾病和健康的关[J].中国全科医学,2010,13(27):3 096-3 098

(收稿日期: 2013-05-16)