

中药小儿早熟 I 号治疗女童性早熟 69 例

浙江省中医院儿科(杭州 310006) 陈 祺

性早熟是一种以性成熟的表现提前出现为特征的生长发育异常,近年发病率显著增高。我院小儿生长发育专科门诊采用中药小儿早熟 I 号治疗,收到较好效果,现将临床观察结果报道如下。

资料与方法

1 临床资料 69 例患儿均为我院小儿生长发育专科门诊患儿,诊断标准参考《现代儿科内分泌学》(曾畿生,王德芬,上海科学技术文献出版社,2001:128)制定,即(1)8 岁以前出现第二性征发育或 10 岁前月经初潮(2)骨龄大于实际年龄 1 年以上(3)腹部 B 超:子宫容积(纵径×前后径×横径× $\pi/6$)>3ml,卵巢容积(长×横径²× $\pi/6$)>2ml,卵泡直径>4mm(4)性激素:促卵泡生成素(FSH)>5IU/L,促黄体激素(LH)>2.5IU/L,或 FSH/LH>3.4,雌激素(E_2)>20pmol/L。并排除颅内或其他内分泌疾病。其中就诊时年龄:6~7 岁 3 例,7~8 岁 14 例,8~9 岁 33 例,9~10 岁 19 例,平均为 8.48 岁。所有患儿均有乳房发育,按 Tanner 乳房发育分期标准,B2 期 9 例,B3 期 56 例,B4 期 4 例。有阴毛出现 6 例,白带 9 例,均无月经初潮。骨龄:依照 Greulich & Pyle 图谱判断,其中大于实际年龄 1 年 53 例,大于实际年龄 2 年 7 例,骨龄与实际年龄相近 9 例。腹部 B 超:子宫容积>5ml 5 例,4~5ml 13 例,3~3.9ml 30 例,<3ml 21 例,卵巢>3ml 7 例,2~3ml 60 例,<2ml 2 例,卵泡直径>4mm 65 例,<4mm 4 例。性激素:FSH 为(6.12 ± 0.82)IU/L,LH 为(2.22 ± 1.30)IU/L, E_2 为(46.07 ± 9.46)pmol/L。临床均可见乳房发育,乳晕色深,硬结,伴神烦易怒,面赤口渴,舌质偏红,苔薄黄,脉弦数。

2 治疗方法 均采用口服中药小儿早熟 I 号治疗,主要药物有:知母 6g,鳖甲 12g(先煎),黄柏 6g,生地 6g,制黄精 6g,山萸肉 6g,牡丹皮 6g,柴胡 6g,黄芩 6g,当归 6g,夏枯草 9g,天花粉 9g,白芍 6g,海藻 12g,广郁金 6g,每日 1 剂,煎两汁,各取汤药 100~150ml,混合后分 2~3 次口服,疗程 2~10 个月,平均为 7 个月,一般在病情缓解后改 2 日 1 剂,每日口服 1 次(100~150ml)以巩固疗效。期间观察性征变化,6 个月后复查骨龄,血性激素水平以及 B 超检查子宫、卵巢容积。

结果

1 疗效标准 参照《小儿内分泌学》(李永昶,颜纯,北京:人民卫生出版社,1991:189)制定。治愈:乳房缩小至 B1 期,阴道分泌物消失,性激素、腹部 B 超恢复正常,骨龄增长低于年龄生长;显效:乳房明显缩小,由 B3 期缩至 B2 期,或由 B4 期缩至 B3 期,阴道分泌物减少或消失,性激素下降,子宫、卵巢容积缩小,骨龄增长等同年龄生长。无效:性征继续发育,以上观察指标无改善。

2 治疗结果 治愈 18 例,显效 39 例,无效 12 例,总有效率 82.6%。其中乳房发育控制有 57 例,阴毛停止生长 5 例,白带消失 7 例,骨龄低于或等同年龄生长 57 例,子宫缩小 31 例,

卵巢缩小 54 例,性激素:FSH 为(3.35 ± 0.74)IU/L,LH 为(1.90 ± 1.34)IU/L, E_2 为(28.00 ± 7.45)pmol/L,与治疗前比较,差异均有显著性($P < 0.01$)。无效 12 例患儿中 11 例年龄均在 9 岁以上,4 例不能配合长期服药。治疗中发现病程越短、年龄越小、舌质越红、脉弦数越明显者,治疗效果越好。

讨 论 中医学无“性早熟”这一病名,以往临床表现以乳房发育为主者多归为“乳病”,若有月经提前来潮者归于“月经先期”。中医学认为,性早熟病在于冲任,源于肝、肾。冲为血海,任主胞胎,冲任二脉皆属于肾,肾为先天之本,主元阴元阳,倘若肾阴亏,精血不足,阴不制阳,相火亢盛、妄动,则冲任失调;“天癸”早至而为病;又冲任与肝肾经脉相错,肾主闭藏,肝主疏泄,肝肾同源,相互协调,小儿乃纯阳之体,肝常有余,肾常虚,若肾阴不足,水不涵木,肝失疏泄,郁久化火,肝火旺盛,灼津为液,炼液为痰,在上结于乳,则乳核增大、胀痛,流注于下则为粘稠白带,引动相火,血海浮动,则经血早至。总之,肾的阴阳失衡为病之本,肝火偏旺,痰湿凝聚,血海浮动为病之标。小儿早熟 I 号正是基于此病机而立方,即生地、鳖甲、山萸肉、黄精填补肾阴;知母、黄柏、牡丹皮、黄芩、白芍、天花粉、夏枯草滋阴降火且平肝,柴胡、当归、郁金、海藻疏肝解郁散结,因标本同治,故收效良好,表现为治疗后第二性征停止或减缓发育,性激素水平下降,子宫、卵巢体积变小,骨龄成熟减缓,有利于最终成人身高的增长。另外运用小儿早熟 I 号中药治疗过程中,未发现有明显毒副反应,可以作为特发性性早熟治疗手段之一。

(收稿 2003-03-03 修回 2003-05-06)

中西医结合治疗小儿危重型原发性血小板减少性紫癜的临床观察

新疆石河子人民医院(新疆 832000)

周金莉 孙桂芳

四川省西南农业大学医院 郭丽华

原发性血小板减少性紫癜是小儿常见的出血性疾病之一。小儿发病多以急性危重型居多。其发生与病毒感染和免疫异常有关。1993 年 1 月—2002 年 12 月,我院儿科收治危重型原发性血小板减少性紫癜患儿 56 例,采用中西医结合治疗 30 例,并与激素及丙种球蛋白治疗 26 例进行对照观察,现报告如下。

临床资料 全部患儿符合 1986 年全国小儿血液病专题座谈会上制定的诊断标准[中华儿科杂志 1987;25(2):104]。危重型指血小板 $< 25 \times 10^9/L$,伴皮肤、粘膜出血者。用随机方法分为 2 组。治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例;年龄 8 个月~13 岁,平均(5.5 ± 3.6)岁,病程 2~22 天,平均(6.0 ± 4.4)天;对照组 26 例,男 12 例,女 14 例;年龄 6 个月~14 岁,平均(6.1 ± 3.8)岁,病程 2~30 天,平均(5.0 ± 3.8)天。两组患儿均存在皮肤瘀点、瘀斑,部分伴鼻衄不止。入院后立即作骨穿,以排除再生障碍性贫血及白血病,常规查肝、肾功能,乙肝、丙肝标志物测定及全血细胞分析。对反复发作的患儿做 Torch4 项及自身抗体 ENA 测定,有 3 例 CMVlgM 阳性,2 例 SSA、SSB 阳性,1 例 JO-1 阳性。

治疗方法 两组入院时均给予基础治疗:口服维生素 C 并卧床休息,有感染者加用抗生素和抗病毒药,发热时用柴胡及羚羊角粉口服,避免使用安痛定、阿司匹林、泰诺等解热镇痛药。对照组:采用地塞米松 $1.5 \sim 2 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 加入 5% 葡萄糖注射液 100ml 中,静脉滴注,连用 3~5 天后改强的松 $2 \text{ mg}/\text{kg}$ 体重口服,共 4 周,丙种球蛋白 $2 \text{ g}/\text{kg}$ 体重,静脉滴注 1 次。治疗组:地塞米松冲击治疗基础上加用健脾、补肾、凉血、活血化瘀为主中药治疗:玄参 5~10g 黄芪 6~10g 当归 6~8g 龟版 6~9g 鸡血藤 10~30g 旱莲草 6~9g 牡丹皮 3~6g 女贞子 6~10g 生地 3~10g 熟地 6~10g 白术 6~10g 淮山药 10~12g 赤芍 4~8g 白芍 4~9g,有贫血加用阿胶 3~9g,有活动出血加藕节 6~10g,白茅根 8~15g,有呼吸道感染加大青叶 3~10g,金银花 3~10g,每日 1 剂,疗程 3 个月。每日观察皮肤粘膜出血情况及出血症状控制时间,血小板计数,并记录血小板上升至正常的时间。

统计学处理 两组临床疗效的比较应用 ASA 8.2 统计软件进行 χ^2 检验。

结果

1 **疗效判断标准** 显效:血小板计数 $> 100 \times 10^9/\text{L}$,皮肤粘膜出血症状消失;良效:血小板计数为 $(50 \sim 100) \times 10^9/\text{L}$,皮肤粘膜出血症状有改善;进步:血小板计数有所上升,皮肤粘膜出血症状有改善;无效:血小板计数及皮肤粘膜出血症状均无改善。

2 **两组疗效比较** 血小板上升至正常的时间为:治疗组 (3 ± 1) 天,对照组 (2 ± 1) 天。皮肤粘膜出血症状控制时间:治疗组 (24 ± 6) h,对照组 (18 ± 5) h。激素治疗 4 周时情况:治疗组显效 28 例,良效 1 例,进步 1 例,对照组分别为 25、1、0 例;停用激素 8 周时情况:治疗组显效 28 例,良效 2 例,对照组分别为 20、1、5 例。两组临床疗效比较:治疗 4 周时差异无显著性 ($\chi^2 = 1.019, P > 0.05$);停用激素 8 周时差异有显著性 ($\chi^2 = 4.8, P < 0.05$)。

讨论 中医学认为,急性危重型原发性血小板减少性紫癜属热毒内伏营血致脾肾两亏所致,治疗组以健脾、补肾、凉血、补气中药为主药,并随证加减清热解毒、补血、止血中药。本方中生地、熟地能对抗激素对肾上腺皮质的抑制作用,当归可抑制抗体及补体的生成,减少毛细血管通透性,黄芪对机体免疫功能有双向调节作用。两组治疗开始时血小板上升速度及对出血症状的控制上取得良好的近期疗效。对照组部分患者在激素减量及停用时,血小板也随之下降,说明机体的免疫异常并未因短期使用激素及丙种球蛋白而恢复正常。治疗组早期使用地塞米松冲击疗法能减轻出血并使血小板尽快上升,在激素减量及停用的过程中,中药可发挥免疫调节作用,使血小板维持在正常范围,两者合用,标本兼治,取得满意效果。中西医结合治疗小儿危重型原发性血小板减少性紫癜为一种值得采用的有效方法。本组有 3 例反复发作的患儿查自身抗体阳性,仍在随访中。

万方数据 (收稿 2003-02-24 修回 2003-05-06)

中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕症 96 例

广西中医学院附属瑞康医院(南宁 530011)

李 莉

输卵管阻塞是女性不孕的主要原因之一。由于其病程较长,常合并有慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、月经失调等症状,虚实夹杂,治疗不易。笔者自 1993 年以来采用中医和中西医结合两种方法治疗本病患者 141 例,疗效满意,现报道如下。

临床资料 141 例患者参照《中药新药治疗女性不孕症的临床研究指导原则》制定的诊断标准,并均经输卵管碘油造影,确诊输卵管阻塞性不孕症。随机分为 2 组,治疗组 96 例,年龄 23~34 岁,平均 (28.5 ± 3.1) 岁;其中原发性不孕 33 例,继发性不孕 63 例;合并慢性盆腔炎 35 例;不孕时间 2~8 年,平均 (5.6 ± 2.4) 年。对照组 45 例,年龄 24~36 岁,平均 (30.0 ± 2.9) 岁;其中原发性不孕 15 例,继发性不孕 30 例;合并慢性盆腔炎 16 例;不孕时间 2~10 年,平均 (6.1 ± 1.6) 年;两组病例的年龄、病程及不孕时间比较,差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 对照组单纯采用养血通脉的中药治疗,选用鸡血藤 20g 丹参 15g 当归 10g 赤芍 10g 川芎 6g 桃仁 10g 红花 6g 皂角刺 15g 穿破石 20g 路路通 10g 香附 10g 炮山甲粉 6g(冲服)等。气虚者加黄芪 20g,党参 15g;肝郁气滞加柴胡 6g,郁金 10g;阳虚者加制附子 10g(先煎),仙灵脾 15g;瘀滞较重者加三棱 10g,莪术 10g;湿热下注者加泽兰 10g,败酱草 15g,红藤 15g。每天 1 剂,水煎服,每个月经周期服药 20~25 剂,3 个月为 1 个疗程。

治疗组:采用中西医结合治疗,内服方与对照组相同,并加用中药保留灌肠,选用三棱 30g 莪术 30g 丹参 30g 土鳖虫 6g 归尾 30g 红花 10g 透骨草 30g,偏寒者加川乌 10g,桂枝 10g,偏热加毛冬青 30g,红藤 30g。每剂加水浓煎至 100ml,于月经后 3 天开始保留灌肠,每天 1 次。灌肠后再用浸有中药酊剂湿纱布(将独活、羌活、乳香、红花、千年健、当归、川芎、艾叶、土鳖虫等加 50% 乙醇浸泡 3 个月后再浸泡纱布制成)将其敷在输卵管体表投影位置,再用微波距皮肤 2cm 处照射,每天 1 次,每次 30min,7~10 天为 1 个疗程,连用 3 个疗程。此外另在月经干净 3 天后采用鱼腥草注射液 50ml 加地塞米松 5mg,行宫腔灌注,每月 1~2 次。

结果

1 **疗效标准** 经治疗 3 个月经周期后行输卵管碘油造影,显示患侧输卵管通畅,2 年内受孕者为治愈,治疗后造影显示输卵管通畅,但未受孕者为有效,0.5 年以上仍不通者为无效。

2 **疗效比较** 治疗组 96 例,治愈 69 例(71.88%),有效 20 例(20.83%),无效 7 例(7.29%),总有效率为 92.71%;对照组 45 例,治愈 24 例(53.33%);有效 11 例(24.44%);无效 10 例(22.22%),总有效率为 77.78%。两组疗效比较,差异有显著性 ($P < 0.05$),说明中西医结合治疗较单一中药治疗有明显优势。

讨论 输卵管位居下焦少腹,属胞脉范畴,为足厥阴肝经所过,若情志怫郁,肝气郁结,疏泄失职,则气滞血瘀,胞脉瘀阻;