

益肾活血解毒中药与小剂量阿司匹林治疗抗心磷脂抗体阳性复发性流产的临床分析

岑振考 王彦君 陈方耿

(广东省东莞市东坑医院妇产科 东莞 523451)

摘要:目的:探讨益肾活血解毒中药与小剂量阿司匹林治疗抗心磷脂抗体阳性复发性流产的临床效果。方法:将 2012 年 12 月~2013 年 12 月我院收治的 60 例抗心磷脂抗体阳性复发性流产患者分为观察组与对照组各 30 例。对照组给予阿司匹林口服治疗,观察组则采取小剂量阿司匹林与益肾活血解毒中药联合治疗,观察两组抗心磷脂抗体阴转率及妊娠结局。结果:观察组抗体阴转率为 86.7%,明显高于对照组的 53.3%($P<0.05$)。观察组妊娠结局明显优于对照组($P<0.05$)。结论:益肾活血解毒中药与小剂量阿司匹林联合治疗抗心磷脂抗体阳性复发性流产效果确切,抗体清除率较高,可有效改善孕妇妊娠结局,应予以推广应用。

关键词:复发性流产;抗心磷脂抗体;阿司匹林;益肾活血解毒中药

中图分类号:R714.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.018

复发性流产是指于妊娠 28 周前 2 次或者超过 2 次出现胎儿丢失的情况,且胎儿体重 $<1\ 000\text{ g}$,本病因较为复杂,多受到感染、免疫、遗传、内分泌异常以及子宫解剖异常等不同因素影响。据统计,免疫因素造成的复发性流产在全部病例中所占比例为 50%~70%^[1]。本文对益肾活血解毒中药与小剂量阿司匹林联合用药治疗抗心磷脂抗体阳性复发性流产的临床效果进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 12 月~2013 年 12 月我院收治的 60 例抗心磷脂抗体阳性复发性流产患者,均接受夫妇染色体检测、基础体温测量、支原体与衣原体检查、妇科常规检查、子宫输卵管造影以及盆腔 B 超检测,排除感染、生理解剖、内分泌及染色体异常引发的流产;抗心磷脂抗体检测结果均为阳性,均属自身免疫性复发性流产。随机将其分为对照组与观察组各 30 例。对照组患者年龄 24~35 岁,平均 (27.5 ± 3.3) 岁;流产次数 2~4 次,平均 (2.4 ± 0.5) 次;观察组患者年龄 23~34 岁,平均 (27.2 ± 3.4) 岁;流产次数 2~5 次,平均 (2.5 ± 0.6) 次。两组患者性别、年龄、流产次数等一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予阿司匹林片口服,25 mg/次,1 次/d,至分娩前停药;观察组在此基础上给予益肾活血解毒中药口服治疗,方用:白花蛇舌草 30 g,菟丝子、熟地黄各 20 g,当归、红花、枸杞、制黄精、川芎、川续断、桑寄生、山茱萸各 15 g,水煎,1 剂/d。患者受孕后去除红花,同时川芎及当归药量减至 6 g,怀孕 3 个月复查抗体转阴者可停止服用中药,阳性者则继续服用;阿司匹林用药同对照组。

1.3 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件对本研

究数据进行分析,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验;计数资料以率(%)表示,用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组抗体阴转率为 86.7%(26/30),明显高于对照组的 53.3%(16/30),差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的妊娠结局明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组妊娠结局对比[例(%)]

组别	n	流产	早产儿	足月产	活产
对照组	30	17(56.7)	4(13.3)	9(30.0)	13(43.3)
观察组	30	4(13.3)*	6(20.0)	20(66.7)*	26(86.7)*

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

抗心磷脂抗体是自身抗体的一种,其以内皮细胞膜以及血小板上带负电荷的心磷脂为靶抗原,并且在多种自身免疫性疾病中具有阳性意义^[2]。笔者结合相关文献资料总结了抗心磷脂抗体引发流产的几种可能机制:(1) 直接对血管内皮磷脂产生作用,从而对前列腺素分泌以及花生四烯酸的释放产生抑制效应,从而加速血小板聚集以及血管收缩;(2) 与血小板磷脂相互结合,进而诱导性激活血小板,引发血小板聚集效应,并刺激血栓环素释放,造成血管内血栓形成;(3) 对血栓调节素产生干扰效应,导致蛋白质 C 激活受抑,同时对于蛋白质 S 以及纤溶酶原活化也具有抑制作用;(4) 与 β_2 -GP-1 结合后导致抗凝血活性以及 β_2 -GP-1 受抑^[3-4]。上述几种可能机制最终造成子宫胎盘血栓形成,进而引发胚胎或者胎盘发育障碍,最终导致流产。对于抗心磷脂抗体阳性复发性流产来说,临床主要采取抗血小板激活、免疫抑制以及抗凝疗法,但用药剂量相对较大,且治疗周期较长,并发症较高。

在中医学范畴中,免疫性复发性流产可归于“妊娠腹痛、滑胎、胎萎不长、胎漏”以及“胎动不安”等症^[5],为本虚标实之证,其“本”为肾虚,而瘀毒中阻、胞络阻滞则为“标”,肾气不足往往导致冲任不固,继而系胎无力,屡孕屡堕。因此,治疗应秉承益肾活血解毒这一关键原则,用药当益肾活血、补益气血并调和阴阳;化瘀解毒以有效抑制免疫反应,从而补益肾中精气,平衡阴阳,最终冲任调和而成胎孕^[6]。本研究所用益肾活血解毒药物中,山茱萸、熟地黄、黄精、枸杞及川续断对于网状内皮系统吞噬功能具有良好的调节作用,对于免疫系统功能亢进也具有抑制效果,可提高非特异性免疫效果,有利于保持免疫系统稳定;菟丝子可调节免疫系统功能,刺激 HCG 分泌并增强体液吞噬与免疫功能;桑寄生能够对抗血小板聚集,改善机体微循环,从而增强机体免疫功能。诸药合用可改善血液黏度和流速,抑制凝血功能并有效激活纤溶,防止血栓形成;同时还可发挥调节免疫以及抑制炎症的功能^[7]。本研究结果发现,观察组患者的抗体阴转率为 86.7%,明显高于对照组的 53.3% ($P < 0.05$)。观察组患者的妊娠结局明显优于对照组 ($P < 0.05$),这与周颖等^[8]报道一致,提示中药能够多靶点、多环节改善人体免疫功能,可有效抑

制抗心磷脂抗体,与西药结合则可改善胚胎发育环境,活产率也得到有效提升。综上所述,益肾活血解毒中药与小剂量阿司匹林治疗抗心磷脂抗体阳性复发性流产效果确切,抗体清除率较高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]郑建琼,沈晓露,朱雪琼,等.复发性流产患者联合检测三种血清自身抗体及临床意义[J].实用医学杂志,2012,28(20):3392-3394
 [2]唐洪,黄妙云,谭毅.低分子肝素联合小剂量阿司匹林治疗 ACA 阳性复发性流产临床疗效分析[J].海南医学,2012,23(23):13-14
 [3]徐亮,林其德,汪希鹏,等.个体化免疫抑制-抗凝疗法在抗心磷脂抗体阳性复发性流产患者治疗中的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(9):666-668
 [4]庞俏茹,安宏亮,吴丹.抗心磷脂抗体与不明原因复发性自然流产的相关性研究[J].佛山科学技术学院学报(自然科学版),2013,31(5):81-84
 [5]李峰,张建伟.中西医结合治疗复发性流产的研究[J].吉林中医药,2011,31(12):1170-1171
 [6]王力,闻姬,韩彩艳.寿胎丸调节原因不明复发性自然流产患者免疫失衡机制[J].北京中医药大学学报,2012,35(11):781-785
 [7]田葱,李娟,攸毅,等.3 种疗法用于不明原因复发性流产的临床对比研究[J].现代中西医结合杂志,2012,21(14):1487-1489
 [8]周颖,曲秀芬,刘丽丽,等.补肾消汤治疗免疫性复发性流产 25 例[J].光明中医,2012,27(10):2001-2002

(收稿日期:2014-12-17)

特布他林联合普米克雾化治疗小儿哮喘临床观察

朱红文

(河南省郑州市第三人民医院儿科 郑州 450000)

摘要:目的:观察特布他林联合普米克雾化治疗小儿哮喘的临床疗效。方法:选取 2011 年 12 月~2013 年 12 月于我院进行治疗的 40 例 1~6 岁哮喘患儿为研究对象,随机分为对照组和观察组各 20 例,对照组在常规治疗的基础上加用普米克雾化治疗,1 次 0.5 mg,每日 2 次;观察组在对照组的基础上加用 1 ml 特布他林(含特布他林 2.5 mg),每次 10 min,每日 2 次,普米克混合特布他林后微型气泵吸入。观察两组临床治疗效果。结果:两组患儿治疗后临床症状评分比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组显效率为 65%,明显高于对照组的 45% ($P < 0.05$);观察组总有效率为 95%,明显高于对照组的 80% ($P < 0.05$)。结论:特布他林联合普米克雾化治疗小儿哮喘效果较好,能明显提高患儿的生活质量,值得临床推广应用。

关键词:小儿哮喘;特布他林;普米克雾化

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.019

小儿哮喘是儿科较为常见的呼吸道疾病之一,主要临床表现为反复发作的喘息和呼吸困难,急性发作时,患儿的临床症状加重,需及时采取措施控制发作^[1]。由于小儿机体抵抗力较差,且过敏体质多,是支气管哮喘病的高发人群,哮喘的频繁发作明显降低患儿的生活质量。临床中使用高效率药物控制哮喘发作,已经成为临床的主要工作任务和研究课题^[2]。本研究采用特布他林联合普米克雾化治疗小儿哮喘,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 12 月~2013 年 12 月于我院进行治疗的 40 例 1~6 岁哮喘患儿,男 24 例,女 16 例,均有不同程度的咳嗽、喘憋、发热等症状,并且伴有明显哮鸣音,均符合儿童哮喘诊断标准^[3]。同时所有患儿没有合并其他系统疾病;无先天性疾病;均能按医嘱进行规范用药和复诊。将 40 例患儿随机分为对照组和观察组各 20 例,两组患儿在年龄、性别、病程等一般资料方面比较,差异无统计学