

(5.56%) 明显低于对照组 (14.81%)，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。综上所述，乳酸菌阴道胶囊联合戊酸雌二醇治疗老年性阴道炎效果显著，能有效改善其临床症状，降低复发率，具有临床推广意义。

参考文献

[1] 陈建康, 陈健. 阴道用乳杆菌活菌胶囊联合戊酸雌二醇治疗老年性阴道炎的疗效观察[J]. 中国性科学, 2015, 24(4): 28-30

[2] 季红珍. 乳酸菌阴道胶囊结合雌激素治疗老年性阴道炎效果观察[J]. 中国乡村医药, 2015, 22(6): 26-27
[3] 张晓琴. 乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎的疗效观察[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2015, 2(7): 143
[4] 张英, 杜艳云. 雌三醇软膏联合甲硝唑栓治疗老年性阴道炎的疗效观察[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2015, 2(9): 177
[5] 陈玲, 林涛. 乳酸菌阴道胶囊联合戊酸雌二醇治疗老年性阴道炎疗效观察[J]. 中国性科学, 2016, 25(6): 64-66

(收稿日期: 2016-12-23)

异位妊娠应用甲氨蝶呤与米非司酮保守治疗的效果研究

陈凤随

(广东省东莞市大岭山医院妇产科 东莞 523819)

摘要:目的: 研究异位妊娠(EP)应用甲氨蝶呤(MTX)配合米非司酮进行保守治疗的安全性及有效性。方法: 回顾分析 90 例 EP 患者的临床资料, 根据用药方案进行分组: 45 例单用 MTX 治疗者为对照组, 45 例应用 MTX+ 米非司酮治疗者为观察组, 比较两组的临床疗效与不良反应。结果: 观察组的治愈率为 95.56%, 显著高于对照组的 82.22% ($P < 0.05$); 治疗 1、2 周后, 两组血 β -HCG 均显著性降低, 且组间比较差异显著 ($P < 0.05$); 观察组的血 β -HCG 转阴时间、包块消失时间与住院时间均较对照组显著缩短 ($P < 0.05$); 两组不良反应率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。结论: MTX 与米非司酮联合应用于治疗 EP 具有显著疗效, 能够促进病情康复、提高治愈率, 且副反应较少。

关键词: 异位妊娠; 米非司酮; 甲氨蝶呤; 疗效观察

中图分类号: R714.22

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.020

异位妊娠 (Ectopic Pregnancy, EP) 是妇产科临床中较为常见的一种急腹症, 主要是指受精卵着床于卵巢、腹腔、输卵管等子宫体以外的位置, 其中以输卵管妊娠占主要地位, 约占 EP 总数的 90%~95%^[1]。近年来, 随着临床诊疗技术的不断发展, EP 早期诊断率获得了明显提高, 这为其保守治疗创造了有利条件。药物保守治疗 EP 能够避免手术创伤, 保留患者的生育功能及输卵管等生殖系统结构及功能完整性, 对于 EP 患者生存质量的改善具有重要意义^[2]。本研究观察分析了甲氨蝶呤 (MTX) 配合米非司酮治疗 EP 的临床疗效及安全性, 以期为临床治疗决策提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2015 年 12 月我院接受药物保守治疗的 EP 患者 90 例, 按照药物治疗方法进行分组, 其中 45 例单用 MTX 治疗者为对照组, 45 例应用 MTX+ 米非司酮治疗者为观察组。观察组年龄 22~45 岁, 平均 (28.39± 3.49) 岁; 15 例初产妇, 30 例经产妇; 停经时间 35~42 d, 平均 (39.69± 3.73) d; 包块直径 1.5~4.0 cm, 平均 (3.01± 0.54) cm。对照组年龄 24~41 岁, 平均 (27.68± 3.82) 岁; 19 例初产妇, 26 例经产妇; 停经时间 39~50 d, 平均 (44.48± 4.68) d; 包块直径 1.7~4.0 cm, 平均 (2.98± 0.59) cm。两组患者的年龄、产史、停经时间及包块大小等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 均经临床症状、B 超等检查确诊为 EP; (2) 均符合保守治疗指征: 生命体征平稳, 未见后穹隆内大量积液和腹腔内大出血, 包块长径 ≤ 4.0 cm, 血 β -HCG 水平 $\leq 2\ 000$ IU/L。

1.3 排除标准 (1) 合并心、脑、肝、肾等重要脏器功能障碍者; (2) 合并血液系统疾病及凝血功能异常者; (3) 对本研究用药过敏或禁忌证者。

1.4 方法 对照组予以 MTX 肌肉注射, 剂量为 50 mg/kg, 治疗后第 4、7 天, 测定患者的血 β -HCG 水平, 如治疗后血 β -HCG 减低率 $< 15\%$, 则予以二次用药治疗。观察组在对照组的基础上予以米非司酮口服, 150 mg/次, 每日清晨空腹顿服, 连服用 3 d。用药第 4、7 天, 测定血 β -HCG 水平, 如治疗后血 β -HCG 减低率 $< 15\%$, 则予以二次用药治疗。

1.5 观察指标 于治疗前、治疗 1 周及 2 周测定患者的血 β -HCG 水平; 记录两组血 β -HCG 转阴时间、包块消失时间以及住院时间。治疗前后各进行 1 次肝肾功能、泌尿便常规等检查, 统计两组不良反应发生情况。

1.6 疗效标准 治愈: 治疗后临床症状和体征 (阴道出血、腹部疼痛等) 完全消失, 血 β -HCG 水平降低至正常水平, 经 B 超检查证实 EP 包块消失或明显缩小, 且未见腹腔内出血。无效: 未达上述标准^[3]。

1.7 统计学分析 研究数据运用 SPSS18.0 统计学软件包进行分析, 计量资料以平均数± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 经 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 经 χ^2 检验,

$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组的治愈率显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	无效(例)	治愈率(%)
观察组	45	43	2	95.56 [*]
对照组	45	37	8	82.22

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后血 β -HCG 水平比较 治疗前两组的血 β -HCG 水平无明显差异($P > 0.05$),治疗 1、2 周后均显著降低,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血 β -HCG 水平比较(IU/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周
观察组	45	1 525.65 \pm 182.43	419.83 \pm 29.32 ^{##}	146.78 \pm 22.49 ^{##}
对照组	45	1 485.47 \pm 174.26	906.45 \pm 40.39 [#]	288.65 \pm 23.71 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.3 两组症状消退时间及住院时间比较 观察组的血 β -HCG 转阴时间、包块消失时间及住院时间均较对照组显著缩短($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组症状消退时间及住院时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	血 β -HCG 转阴时间	包块消失时间	住院时间
观察组	45	21.03 \pm 4.15 [*]	35.32 \pm 11.29 [*]	11.68 \pm 6.65 [*]
对照组	45	26.71 \pm 4.58	44.69 \pm 15.78	18.36 \pm 7.83

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.4 两组不良反应比较 两组均未见肝肾功能损害以及骨髓抑制等严重不良反应。观察组 4 例轻度胃肠道反应,1 例轻度白细胞下降,不良反应率为 11.11%。对照组 1 例胃肠道反应,1 例白细胞下降,不良反应率为 4.44%。两组间不良反应率比较无明显差异($P > 0.05$)。

3 讨论

EP 的治疗方法较多,既往多在确诊后实施手术治疗,但对患者具有不同程度的创伤,存在感染及盆腔粘连等发生风险,且可能增加再次 EP 风险,影响患者的身心健康。近年来,随着 B 超检查、血 β -HCG 检查技术等的发展,越来越多的 EP 患者得以早期确诊,这为 EP 的早期保守治疗提供了有利条件。目前,临床用于治疗 EP 的保守疗法主要有期待疗法、局部用药疗法及全身用药方法。期待疗法操作简便、安全无创伤,但仅适用于部分整体状况较好者,且需要长时间监测。局部用药方法主要有超声引导下孕囊内注药、放射性血管介入术等,成功率较高,且患者的痛苦少,但对医疗技术的要求较高,基层医院难以推广^[9]。因此,寻找一种安全可靠、起效迅速且副

作用小的全身用药方案具有重要意义。

临床治疗 EP 的全身用药方案多以 MTX 单用或联合用药为主,且已有诸多研究证实了其显著疗效。MTX 是一种抗代谢药物,对于滋养细胞具有极高的敏感性,能够结合二氢叶酸还原酶,从而抑制四氢叶酸的合成,阻断蛋白质、RNA 以及 DNA 的合成,从而促进细胞凋亡^[5]。MTX 早期多用于进行抗肿瘤治疗,近年来,药理学研究表明 MTX 可抑制胚胎滋养细胞的分裂,最终促使胎盘绒毛细胞发生变性、坏死直至凋亡,达到 EP 治疗效果。既往 MTX 治疗 EP 的剂量主要为第 1、3、5、7 天肌内注射 1 mg/kg,但多次给药患者的依从性较差^[6]。近年来,临床研究发现应用 MTX 按照 50 mg/kg 的剂量单次肌内注射,能够获得与多次注射相当的疗效,且操作较为简便,患者较容易接受^[7]。但单次注药由于疗效不够持久,部分患者需要第二次注药。

EP 是一种特殊的妊娠类型,故孕期仍然需要孕酮进行维持。米非司酮是临床常用抗孕激素类药物之一,能够与内源性孕激素相互竞争而结合受体,有效抑制孕激素的激活,诱导绒毛组织以及蜕膜的变性和坏死,并可促进内源性前列腺素的合成与释放,从而降低黄体生成素(LH)的水平,促进黄体萎缩,最终促使黄体发育依赖性胚囊坏死,发挥流产作用^[8]。目前,米非司酮已经被广泛应用于早孕的对抗性治疗。虽然已有研究证实米非司酮对于 EP 具有重要治疗价值,但也有学者认为异位妊娠位于输卵管时,由于输卵管激素受体对于米非司酮的敏感性较差,单独用药治疗 EP 并无确切疗效^[9]。

为获得理想的疗效,近年来临床逐渐采用 MTX 与米非司酮联合治疗 EP,可起到疗效协同的作用。由于米非司酮口服几乎无不良反应,故其与 MTX 联用时几乎不增加副作用,仅体现为 MTX 的副作用,联合用药是安全可行的。何静等^[10]研究表明,MTX 与米非司酮联合治疗 EP 的痊愈率达 91.67%,相较于 MTX 单用的 76.47% 显著提高,且治疗后包块直径及血 β -HCG 水平均显著低于对照组,联合用药方案的疗效较单独用药更为显著。国外研究资料显示,MTX 联合米非司酮治疗 EP 的血 β -HCG 转阴时间约需 14 d,相比于 MTX 单用的 21 d 明显缩短,起效更为迅速^[11]。本研究中,观察组治愈率较对照组显著提高(95.56% vs 82.22%),且治疗后血 β -HCG 水平显著低于对照组,与吴代香^[12]报道相似,疗效确切。此外,观察组的血 β -HCG 转阴时间、包块消失时间及住院时间均较对照组显著缩短,不良反应率与对照组相比并无显著性增加。证实联合

用药方案能够促进病情康复,且不增加药物副作用。综上所述,在满足保守治疗指征的基础上,对 EP 患者应用 MTX 联合米非司酮治疗能够促进病情康复,提高临床疗效,且不增加药物副作用,是一种较为安全可靠的药物治疗方案,值得临床推广应用。

参考文献

[1]张丽英.异位妊娠的治疗进展[J].吉林医学,2012,33(21):4644-4646
 [2]刘久英,张兵.甲氨蝶呤联合米非司酮保守治疗异位妊娠 48 例[J].广东医学,2012,33(15):2345-2346
 [3]解瑞成.米非司酮联合甲氨蝶呤治疗宫外孕疗效观察[J].山东医药,2014,54(22):79-80
 [4]石慧芬.异位妊娠保守治疗进展[J].医学理论与实践,2011,24(15):1791-1792
 [5]沈琼,冯丽娅,宋哲,等.甲氨蝶呤联合米非司酮保守治疗异位妊娠效果观察[J].临床误诊误治,2012,25(5):61-63
 [6]钟世贞.甲氨蝶呤联合米非司酮治疗异位妊娠 90 例临床观察[J].

广西医学,2011,33(7):845-846
 [7]黄文静.异位妊娠的临床治疗及护理研究进展[J].中国医学创新,2014,11(2):152-154
 [8]罗丹,钟玲,赵腾飞.甲氨蝶呤联合米非司酮与单用甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效评价[J].解放军医学杂志,2011,36(2):184-187
 [9]Benson CB,Doubilet PM,Peters HE,et al.Intrauterine fluid with ectopic pregnancy: a reappraisal [J].J Ultrasound Med,2013,32(3):389-393
 [10]何静,杨洋,李华丽.甲氨蝶呤联合米非司酮治疗异位妊娠的临床观察[J].实用妇产科杂志,2012,28(12):1042-1044
 [11]Lermann J,Segl P,Jud SM,et al.Low-dose methotrexate treatment in ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 164 ectopic pregnancies treated between 2000 and 2008[J].Arch Gynecol Obstet,2014,289(2):329-335
 [12]吴代香.甲氨蝶呤联合米非司酮治疗异位妊娠的临床观察[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(5):680-681

(收稿日期: 2016-08-17)

玉屏风散加减治疗小儿支气管哮喘临床分析

付仕强 于利 邓小梅

(广东省惠州市第一妇幼保健院中医科 惠州 516001)

摘要:目的:研究玉屏风散加减治疗小儿支气管哮喘临床效果。方法:选取我院 2015 年 5 月~2016 年 11 月小儿支气管哮喘患儿 76 例,随机分为两组:西医治疗组采用常规平喘、抗感染等治疗,并给予丙酸氟替卡松吸入治疗;中西医结合治疗组在西医治疗组基础上给予玉屏风散加减治疗。比较两组患儿支气管哮喘缓解率;哮喘症状、发热症状、呼吸困难症状、肺部体征消失时间;治疗前和治疗后患儿哮喘控制测试评分、呼气峰值流速、第 1 秒用力呼气容积。结果:中西医结合治疗组患儿支气管哮喘缓解率高于西医治疗组, $P<0.05$;中西医结合治疗组哮喘症状、发热症状、呼吸困难症状、肺部体征消失时间短于西医治疗组, $P<0.05$;治疗前两组哮喘控制测试评分、呼气峰值流速、第 1 秒用力呼气容积比较无显著差异, $P>0.05$;治疗后中西医结合治疗组哮喘控制测试评分、呼气峰值流速、第 1 秒用力呼气容积改善幅度更大, $P<0.05$ 。结论:玉屏风散加减治疗小儿支气管哮喘临床效果确切,可有效改善患儿临床症状,改善其肺功能,有效控制哮喘发作,缩短症状消失时间,值得推广。

关键词:小儿支气管哮喘;玉屏风散加减;临床效果

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.021

小儿支气管哮喘在临床中较为常见,是儿科常见慢性呼吸系统疾病,具有病情迁延难愈、反复发作等特点,部分小儿支气管哮喘患儿可因病情迁延发展成为成人哮喘或难治性哮喘,给家庭和社会均造成不良影响^[1]。本研究对玉屏风散加减治疗小儿支气管哮喘临床效果进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 5 月~2016 年 11 月小儿支气管哮喘患儿 76 例,将其随机分两组,每组 38 例。中西医结合治疗组患儿男 23 例,女 15 例;年龄 3~14 岁,平均年龄(5.34± 2.33)岁;发病时间 0.6~6.7 年,平均(2.51± 0.67)年;有过敏性疾病病史 13 例,家族有哮喘病史 17 例。西医治疗组患儿男 22 例,女 16 例;年龄 3~14 岁,平均年龄(5.41± 2.36)岁;发病时间 0.6~6.5 年,平均(2.48± 0.62)年;有过敏性疾病病史 14 例,家族有哮喘病史 16 例。

两组一般资料比较差异不显著, $P>0.05$ 。所有患儿符合支气管哮喘诊断标准,临床出现喘息胸闷、气促、反复发作咳嗽等症状,可闻及双肺哮鸣音。所有患儿家长均知情同意本次研究,治疗前均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 西医治疗组采用常规平喘、抗感染等治疗,并给予丙酸氟替卡松吸入治疗,雾化吸入丙酸氟替卡松 125~375 g,1 次/d。中西医结合治疗组在西医治疗组基础上给予玉屏风散加减治疗,组成:黄芪 15 g,防风 12 g,半夏、白术、杏仁、桑白皮各 10 g,前胡 7 g,甘草 5 g。根据患儿症状辨证加减,痰黄稠者加鱼腥草;大便秘结者加大黄和枳实;风寒束肺者加麻黄;肺肾气虚者加五味子。上述方剂每天 1 剂,分早晚 2 次服用。两组均治疗 1 个月观察疗效。

1.3 观察指标 比较两组患儿支气管哮喘缓解率;哮喘症状、发热症状、呼吸困难症状、肺部体征消失