

大黄廔虫丸联合米非司酮对子宫肌瘤患者肌瘤体积、性激素水平的影响

余晓玲

(河南省安阳市妇幼保健院妇科 安阳 455002)

摘要:目的:探讨大黄廔虫丸联合米非司酮对子宫肌瘤患者肌瘤体积、性激素水平的影响。方法:回顾性分析 2017 年 8 月~2019 年 10 月收治的 60 例子宫肌瘤患者的临床资料,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 30 例。对照组给予米非司酮治疗,观察组给予大黄廔虫丸联合米非司酮治疗。比较两组治疗前、治疗 3 个月后肌瘤体积及性激素水平。结果:治疗后,两组肌瘤体积均缩小,促卵泡生成素、促黄体生成素、孕酮以及雌二醇水平均较治疗前降低,且观察组较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:大黄廔虫丸联合米非司酮可缩小子宫肌瘤患者肌瘤体积,调节机体性激素水平。

关键词:子宫肌瘤;大黄廔虫丸;米非司酮;肌瘤体积;性激素水平

中图分类号:R737.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.037

子宫肌瘤多见于 30~50 岁女性,与雌激素、生长激素、遗传等因素密切相关,患者临床典型症状为下腹痛、月经异常、白带增多,严重时出现子宫出血、不孕不育等症状,影响日常生活质量^[1]。米非司酮为抗孕激素类药物,临床多用于药物流产以及妇科手术^[2]。大黄廔虫丸则属中医方剂,具有活血破瘀、通经消痞之功效。本研究旨在分析大黄廔虫丸与米非司酮联用对子宫肌瘤患者肌瘤体积、性激素水平的影响,明确其应用价值,为临床治疗提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 8 月~2019 年 10 月我院收治的 60 例子宫肌瘤患者的临床资料,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 30 例。对照组年龄 30~52 岁,平均(38.79±4.60)岁;病程 3~15 个月,平均(7.15±2.34)个月;瘤体数目 1~3 个,平均(2.08±0.26)个。观察组年龄 31~51 岁,平均(38.62±4.55)岁;病程 3~15 个月,平均(7.18±2.30)个月;瘤体数目 1~3 个,平均(2.11±0.24)个。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《子宫肌瘤的诊治中国专家共识》^[3]内相关诊断标准;中医辨证分型参照《中医妇产科学》^[4]内血瘀证,即带下量多,质稍稠或正常,小腹胀满,腰腹疼痛,喜温拒按,舌淡黯或紫,舌苔白,脉弦或涩。

1.3 入组标准 (1)纳入标准:临床资料完善;符合上述诊断标准;单个瘤体长径≤5 cm,无恶变倾向。(2)排除标准:沟通困难者;癫痫或中枢神经系统功能损伤者;对本研究用药物过敏者;盆腔肿瘤、宫颈癌患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 经期停止 2 d 后开始治疗,口服米非司酮片(国药准字 H20010633),25 mg/次,1 次/d。连续治疗 3 个月。

1.4.2 观察组 对照组基础上加用大黄廔虫丸(国药准字 Z11020002),口服,1 丸/次,2 次/d。连续治疗 3 个月。

1.5 观察指标 (1)两组治疗前后肌瘤体积比较,采用 LOGIQC9Expert 彩色多普勒超声诊断仪(通用电气医疗系统(中国)有限公司)检查并测量两组治疗前、治疗 3 个月后子宫肌瘤三维径线,依据公式:肌瘤体积(cm^3)= $0.523 \times a \times b \times c$ (a、b、c 分别为子宫肌瘤的三维径线半径)计算瘤体体积。(2)两组治疗前后性激素水平比较,治疗前、治疗 3 个月后促卵泡生成素(FSH)、促黄体生成素(LH)、孕酮(P)以及雌二醇(E_2)水平。

1.6 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肌瘤体积比较 治疗前两组肌瘤体积比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组肌瘤体积均较治疗前缩小,且观察组小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后肌瘤体积比较($\text{cm}^3, \bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	25.15±5.39	9.46±3.07	13.854	0.000
观察组	30	25.08±5.42	4.10±2.23	19.607	0.000
t		0.050	7.737		
P		0.960	0.000		

2.2 两组治疗前后性激素水平比较 治疗前两组性激素水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组 FSH、LH、P 以及 E_2 水平均较治疗前降低,且观察组较对照组低,差异有统计学意义($P<$

0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	FSH(U/L)	LH(U/L)	P(μg/ml)	E ₂ (pmol/L)
治疗前	对照组	30	1980± 476	2001± 532	3227± 614	36575± 5901
	观察组	30	1961± 459	1997± 528	3180± 615	36046± 5428
	t		0.157	0.029	0.296	0.361
治疗后	对照组	30	0.876	0.977	0.768	0.719
	观察组	30	1329± 218*	1435± 207*	1791± 386*	21239± 2265*
	t		10.53± 204*	11.40± 195*	13.02± 219*	15.31± 2007*
	P		5.063	5.682	6.035	10.716
			0.000	0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前比较,*P<0.05。

3 讨论

子宫肌瘤又称纤维肌瘤,属雌激素依赖性疾病,具有较高发病率及复发率。现阶段,针对肌瘤径长 5 cm 以上患者,临床主要治疗措施为手术,而对于肌瘤径长 5 cm 以下患者,临床首选药物治疗^[9]。米非司酮可通过阻碍子宫肌瘤上皮生长因子表达,调节雌激素及孕激素水平,进而缩小肌瘤体积^[6]。但长期单独服用该药可产生不同程度的毒性反应,且停药后仍可出现复发现象^[7]。因此,临床应积极寻找更为有效的治疗措施以控制病情进展。

本研究结果显示,治疗后,两组肌瘤体积均较治疗前缩小,且观察组小于对照组,两组 FSH、LH、P 以及 E₂ 水平均较治疗前降低,且观察组较对照组低,表明大黄廔虫丸与米非司酮联合应用于子宫肌瘤患者效果较好,可缩小肌瘤体积,调节性激素水平。分析原因为子宫肌瘤属中医“崩漏、石瘕”等范畴,主要病理机制为肝郁气滞、瘀血内阻,故治疗应遵循活血祛瘀、软坚散结的原则^[8]。大黄廔虫丸主要成分熟大黄、水蛭、土鳖虫、黄芩、地黄、桃仁、苦杏仁、白芍、蛭螭、干漆、虻虫以及甘草。其中,大黄可泻热通便、解毒消痈,水蛭、土鳖虫可破血、逐瘀、通经,黄芩可清热燥湿、泻火解毒,干漆可活血通经、消积杀虫,虻虫、蛭螭逐瘀消癥、破血通经,地黄清热凉血、养阴生津,桃仁活血祛瘀、润肠通便,苦杏仁、白芍平肝止痛,甘草调和诸药。全方合用,共奏祛瘀生新、通经消痞之功。现代药理研究表明,大黄廔虫丸可通过抑制血小板聚集,阻止血栓形成,从而降低血

(上接第 40 页)副反应、增强机体免疫力的同时确保化疗效果,效果显著。

参考文献

[1]王凯玲,梅妍妍,崔蕾,等.两种化疗方案对于 TEL/AML1 融合基因阳性儿童急性淋巴细胞白血病的疗效比较[J].中国实验血液学杂志,2014,22(2):285-290.
[2]吴婷,乔娅.利巴韦林联合思连康治疗轮状病毒肠炎合并良性惊厥患者的效果观察[J].中南医学科学杂志,2019,47(6):597-600.
[3]中华医学会儿科学分会血液学组,中华儿科杂志编辑委员会.儿童急性淋巴细胞白血病诊疗建议(第四次修订草案)[J].中华儿科杂志,2014,52(9):641-644.

液黏滞度,改善机体微循环,拮抗细胞增生^[9]。FSH 为糖蛋白类促性腺激素,与 LH 共同作用,能够促进卵泡成熟,调节孕激素、雌激素以及睾酮分泌,其水平升高多提示卵巢功能紊乱^[10]。P 多由卵巢分泌,可保护子宫内膜,降低子宫肌肉兴奋度,其水平下降易造成习惯性流产、闭经以及宫外孕^[11]。E₂ 则主要由卵泡颗粒细胞分泌,具有较强活性,其水平下降多提示卵巢功能低下^[12]。大黄廔虫丸通过降低血小板活性,促进血块吸收,进而改善局部微循环,调节激素代谢,控制子宫肌瘤再生长。联合米非司酮可显著抑制孕酮活性,促进黄体溶解,进而纠正卵巢分泌激素功能,缩小子宫肌瘤体积^[13]。

综上所述,大黄廔虫丸联合米非司酮治疗子宫肌瘤效果显著,可减小肌瘤体积,调节机体性激素水平,值得推广使用。

参考文献

[1]牛建新,唐俊婷,刘宁.子宫肌瘤临床病理特征及预后影响因素分析[J].中国妇幼保健,2018,33(16):3779-3782.
[2]唐孔珍,李伟英.米非司酮对子宫肌瘤组织中 ER、PR 及 EGFR 的影响及其临床机制[J].实用癌症杂志,2018,33(1):33-35.
[3]子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
[4]刘敏如,谭万信.中医妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.417-424.
[5]王鹏.苍砂白芥汤与米非司酮联合对子宫肌瘤患者肌瘤体积和血清 FSH、LH、E₂ 水平的影响[J].四川中医,2017,35(10):125-127.
[6]王艳.桂枝茯苓丸加减联合米非司酮治疗子宫肌瘤患者的疗效及对血清性激素和炎症因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(11):2485-2488.
[7]高艳民,孙小芳,刘连臣,等.小剂量米非司酮对子宫肌瘤患者雌、孕激素水平、子宫及瘤体体积的影响[J].检验医学与临床,2017,14(20):3056-3058.
[8]武小英,伊丽安,卢彦敏,等.消瘤颗粒联合米非司酮对子宫肌瘤患者炎症因子及性激素水平的影响[J].吉林中医药,2018,38(5):553-556.
[9]郭琳茹,代维,池景瑜.大黄廔虫丸联合亮丙瑞林治疗子宫肌瘤的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(5):1150-1153.
[10]朱杰华,陈喜悦,黄健,等.自拟消瘤经验方内服联合米非司酮对子宫肌瘤患者子宫瘤体体积和血清 E₂ 变化的影响[J].海南医学,2017,28(2):224-226.
[11]李伊莎,陈璐,刘丹.加減平积汤对子宫肌瘤患者雌、孕激素受体、性激素、胰岛素生长因子 - I 及其受体水平的影响[J].海南医学院学报,2017,23(21):2945-2948.
[12]曾雪莉,王爱红.性激素三项在子宫肌瘤患者血清变化的意义研究[J].中南医学科学杂志,2020,48(1):49-51,87.
[13]张欣.大黄廔虫丸联合米非司酮治疗治疗子宫肌瘤的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(9):2704-2708.

(收稿日期: 2020-09-15)

[4]谢晓恬,周晓迅.左旋门冬酰胺酶治疗儿童急性淋巴细胞白血病耐药机制研究[J].中华实用儿科临床杂志,2019,34(3):166-169.
[5]张萍,艾斌.实体瘤免疫治疗疗效评价标准[J].国际肿瘤学杂志,2016,43(11):848-851.
[6]胡详,张驰.胃癌根治术后并发症评价及风险预测[J].中华消化外科杂志,2018,17(6):540-545.
[7]赵雪莲,王西阁,宋丽丽,等.微生态制剂对急性淋巴细胞白血病患儿的化疗所致免疫抑制及胃肠功能紊乱的影响[J].广东医学,2019,40(10):1462-1466.
[8]陈前安,宁宏伟,王燕霞.思连康治疗小儿非感染性腹泻的临床疗效及其对炎症因子的影响[J].世界华人消化杂志,2019,27(12):761-766.

(收稿日期: 2020-08-20)