

血敛阴,为臣药;半夏可降逆止呕、消痞散结;陈皮可理气燥湿化痰;枳壳、厚朴花可理气行滞、燥湿化痰;田七、丹参可活血化瘀;炙甘草可和中。诸药合用可理气健脾、补血益气、化瘀散结,改善临床腹泻、便血症状,疗效显著。本研究还显示,治疗 8 周后中药组血清 G-17、IL-18 低于常规组($P<0.05$)。G-17 是癌前病变及早期癌症的新型肿瘤标志物,能通过结合受体启动多种信号传导通路,促进肿瘤细胞增殖及癌症发生发展,在大肠息肉演变为大肠癌中发挥重要作用;IL-18 能促进 T 细胞或 NK 细胞生成,从而产生多种炎症介质,对腺瘤性大肠息肉癌变过程具有促进作用^[6]。现代药理学研究证明,理气六君子汤中成分能清除自由基,减轻细胞膜损伤,诱导细胞凋亡,调节免疫细胞进程,具有显著抗氧化、抑制炎症作用,降低促癌因子水平^[7]。同时,中药组复发率 3.85% 低于常规组 17.65% ($P<0.05$),理气六君子汤能快速促进肠上皮细胞增殖,快速修复损伤胃肠黏膜,从而防治内镜切除术后腺瘤性大肠息肉复发。

综上所述,理气六君子汤应用于腺瘤性大肠息肉内镜切除术后疗效显著,能改善症状,降低促癌因子水平,减少复发情况的发生。

参考文献

[1]阿布都萨拉木·阿布拉,热依拉·加帕尔,刘雪芳,等.结直肠扁平息肉内镜黏膜切除术后的病理学分析[J].中华消化外科杂志,2018,17(2):173-176.
[2]张凤敏,黄广文,胡庆昌,等.培土生金法防治腺瘤性大肠息肉的临床研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(5):650-654.
[3]黄广文,周正,黎丽和.益气健脾活血化痰法对腺瘤性大肠息肉内镜切除后复发的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(9):42-44.
[4]王小东,邢军,麻继锋,等.内镜下结肠黏膜切除术、氩等离子凝固术治疗结肠息肉的回顾性研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(1):73-75.
[5]王新亭.结直肠腺瘤性息肉患者中医证素分布特点及相关因素分析[D].北京:北京中医药大学,2018.
[6]李兵.健脾活血解毒方防治大肠腺瘤性息肉复发疗效观察[D].南宁:广西中医药大学,2017.
[7]雷春红,林一帆.温肾健脾方对脾肾虚型结肠息肉患者肠道菌群影响[J].临床军医杂志,2018,46(6):642-645.

(收稿日期:2020-10-19)

去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮对围绝经期功能性子宫出血患者的影响

程志红

(河南省邓州市妇幼保健院产二科 邓州 474150)

摘要:目的:探讨去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮对围绝经期功能性子宫出血患者止血效果及子宫内膜厚度的影响。方法:回顾性分析 2018 年 5 月~2020 年 5 月收治的 108 例围绝经期功能性子宫出血患者临床资料,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 54 例。对照组给予去氧孕烯炔雌醇片治疗,观察组给予去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮治疗。对比两组止血效果及子宫内膜厚度。结果:观察组控制出血时间为(21.65±6.71)h、完全止血时间(1.53±0.33)d,均短于对照组的(35.53±7.52)h、(2.46±0.29)d,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组子宫内膜厚度(5.28±0.98)mm 薄于对照组(7.11±1.22)mm,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血效果较好,可以有效缩短出血时间,促使子宫内膜厚度变薄。

关键词:围绝经期功能性子宫出血;米非司酮;去氧孕烯炔雌醇片;子宫内膜厚度

中图分类号:R711.52

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.043

围绝经期功能性子宫出血(FUB)临床多表现为经量异常、经期不稳定、贫血,同时伴有皮肤干燥、烦闷暴躁等症状。围绝经期女性由于新陈代谢缓慢、应激能力减弱、抵抗能力减退等问题,体内内分泌激素水平紊乱,易导致阴道异常流血,影响日常生活水平^[1]。去氧孕烯炔雌醇片可促进子宫内膜收缩,加快排卵功能的恢复^[2]。米非司酮为抗孕激素药物,能够促使卵泡成熟破裂发生萎缩,抑制子宫内膜功能层和基底层的增长^[3]。两者治疗围绝经期 FUB 均有较好疗效,但目前同时用两种药物治疗围绝经期 FUB 的相关报道较少。基于此,本研究分析去氧孕烯炔

雌醇片与米非司酮的止血效果及其对围绝经期 FUB 患者子宫内膜厚度的影响,明确两者联合应用的价值,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 2018 年 5 月~2020 年 5 月于我院就诊的 108 例围绝经期 FUB 患者临床资料,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 54 例。观察组年龄 45~58 岁,平均(51.23±1.32)岁;病程 5~17 个月,平均(10.86±1.12)个月。对照组年龄 45~59 岁,平均(51.37±1.36)岁;病程 5~16 个月,平均(10.66±1.13)个月。两组患者一般资料比

较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 选入标准:符合相关诊断标准^[4];沟通能力良好;临床资料完整。排除标准:对本研究所用药物过敏者;患精神疾病、沟通障碍患者;泌尿及消化系统异常患者。

1.3 治疗方法 两组均行常规治疗,口服甲睾酮片(国药准字 H41020029),2 次/d,5 片/次;温水冲服富马酸亚铁颗粒(国药准字 H45021056),3 次/d,0.2 g/次。

1.3.1 对照组 给予去氧孕烯炔雌醇片(国药准字 H20171176),在月经来潮第 1 天开始服用,1 片/次,连续服用 21 d,随后停药 7 d,在停药第 8 天开始继续服用,疗程 6 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加用米非司酮片(国药准字 H10950004),1 次/d,1 片/次,疗程 6 周。

1.4 评价指标 (1)止血效果:比较两组控制出血时间和完全止血时间。(2)子宫内膜厚度:比较两组治疗前、治疗 6 周后子宫内膜厚度,采用 DW-F5 彩色多普勒超声诊断仪(大为医疗江苏有限公司)检测。

1.5 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,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组止血效果比较 观察组控制出血时间及完全止血时间较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组止血效果比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	控制出血时间(h)	完全止血时间(d)	
观察组	54	21.65± 6.71	1.53± 0.33	
对照组	54	35.53± 7.52	2.46± 0.29	
t		10.120	15.556	
P		0.000	0.000	

2.2 两组治疗前子宫内膜厚度比较 治疗前两组子宫内膜厚度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组子宫内膜厚度均变薄,且观察组薄于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前子宫内膜厚度比较(mm, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	54	12.19± 2.63	5.28± 0.98	18.092	0.000
对照组	54	12.21± 2.57	7.11± 1.22	13.174	0.000
t		0.040	8.594		
P		0.968	0.000		

3 讨论

围绝经期 FUB 主要是由于围绝经期妇女下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调,造成神经内分泌异常、体内缺乏孕激素、内膜细胞无法进行分化繁殖,影响正常排卵,致使卵巢功能衰退而引发^[5]。常规治疗采用甲睾酮片可对抗雌激素,抑制基底层和功能层生长及垂体-性腺功能,同时促进蛋白质合成,增加造血干细胞活性,增强骨髓造血功能,调节血红蛋白、血液细胞水平^[6]。富马酸亚铁所含的铁元素可促进血红蛋白合成,扩大红细胞体积,提高其携氧能力,有效纠正缺铁性贫血^[7]。但由于围绝经期 FUB 的发病机制复杂,部分患者经常规治疗后恢复缓慢,难以获得理想预期,故积极探寻更为有效的治疗方案具有重要意义。

本研究结果显示,治疗后观察组控制出血时间及完全止血时间较对照组短,两组子宫内膜厚度均较治疗前变薄,且观察组薄于对照组($P<0.05$)。这表明去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮治疗围绝经期 FUB 疗效显著,利于控制出血量,减少子宫内膜厚度。分析其原因为,去氧孕烯炔雌醇片是由乙炔雌二醇和地索高诺酮组成的一种新型口服避孕药,其有效成分去氧孕烯能减少激素结合物分解,可与体内 E 受体结合,改善黄体功能,从而减少子宫内膜脱落^[8-9]。米非司酮能与孕酮受体及糖皮质激素受体结合,促使卵泡成熟破裂发生萎缩,抑制子宫内膜功能层和基底层的生长^[10],同时调节垂体分泌,降低间质血管内皮细胞的完整性,加快子宫内膜坏死和剥落^[11]。此外,米非司酮还可抑制孕激素生物大分子被激活,有效抑制增殖体增生,同时作用于神经内分泌系统,减少糖蛋白类促性腺激素及垂体前叶嗜碱性细胞激素的分泌,延迟或抑制内膜腺体分泌活性,纠正围绝经期异常出血,达到绝经的目的^[12-13]。该药存在部分抗雌激素作用,故可减少内膜供血,而持续用药则能促进内膜萎缩,加快子宫内膜功能的恢复^[14-15]。联合去氧孕烯炔雌醇片,可产生协同作用,利于降低出血量,控制子宫内膜增生,促进患者转归。

综上所述,去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮应用于围绝经期 FUB 效果显著,可有效控制出血,减少子宫内膜厚度。

参考文献

[1]祁风华.固崩止漏汤联合去氧孕烯炔雌醇片对围绝经期功能性子宫出血患者子宫内膜及预后的影响[J].四川中医,2019,37(6):148-150.
[2]胡彦,李岚,黄文珍,等.妈富隆联合金刚藤胶囊治疗围绝经期功能性子宫出血的效果观察[J].广西医科大学学报,2017,34(2):262-265.
[3]董达峰,舒国静.养血当归胶囊联合米非司酮治疗围绝经期功能性

子宫出血的疗效与安全性评价[J].中国医院药学杂志,2017,37(7):647-649.

[4]中华医学会妇产科学分会绝经学组.围绝经期异常子宫出血诊断和治疗专家共识[J].中华妇产科杂志,2018,53(6):396-401.

[5]曹蕾,陆琴.复方醋酸棉酚治疗围绝经期功能性子宫出血患者对血清性激素水平的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(14):3247-3248.

[6]何洁丽,张窈,赵晓洁,等.丹鳖胶囊联合甲睾酮和米非司酮治疗子宫肌瘤的临床研究[J].现代药物与临床,2017,32(2):300-303.

[7]杨帆,钱申贤.琥珀酸亚铁与多糖铁复合物治疗女性贫血的临床疗效和安全性[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5218-5220.

[8]张碧黎,王依静,张雪芹.去氧孕烯炔雌醇片治疗围绝经期功能失调性子宫出血的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(7):599-601.

[9]郑琪雯,施英.去氧孕烯炔雌醇片和炔诺酮片治疗无排卵性功能失调性子宫出血的效果比较[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5369-5371.

[10]吴红莲,郑红枫,刘少晓,等.自拟益气健脾补血汤联合米非司酮治疗绝经过渡期功能性子宫出血的疗效观察[J].中国中医药科技,2017,24(1):87-88.

[11]丁仁波.米非司酮治疗复发性围绝经期功血的临床观察[J].成都医学院学报,2018,13(5):609-611.

[12]张妍.妈富隆与米非司酮在更年期功血的治疗疗效分析[J].检验医学与临床,2017,14(8):1111-1113,1115.

[13]李帅,田巍.低剂量米非司酮联合妈富隆治疗功能性子宫出血的疗效及对患者雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(6):1227-1229.

[14]张卉.正本清源汤联合米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血 45 例[J].西部中医药,2018,31(4):90-92.

[15]刘应锋,张斌.米非司酮联合补肾固冲止血方治疗围绝经期功能性子宫出血的疗效观察[J].医学临床研究,2019,36(5):977-978.

(收稿日期:2020-11-13)

亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤疗效观察

熊晓波

(河南省舞钢市舞钢公司总医院妇产科 舞钢 462541)

摘要:目的:探讨亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤患者疗效。方法:选取 2017 年 10 月~2019 年 1 月收治的巨大子宫肌瘤患者 68 例,按照治疗方案不同分为实验组和参照组,各 34 例。参照组行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,实验组采用亮丙瑞林预处理+腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗。比较实验组用药前后子宫肌瘤体积,两组术中出血量、下床活动时间、盆腔引流量、住院时间及术后随访 1 年复发情况。结果:实验组用药后子宫肌瘤体积小于用药前,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组术中出血量、盆腔引流量较参照组少,住院时间、下床活动时间较参照组短,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组复发率为 2.94%(1/34)与参照组 8.82%(3/34)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:巨大子宫肌瘤患者采用亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,可以减少盆腔引流量及术中出血量,加快术后恢复,缩短住院时间。

关键词:子宫肌瘤;亮丙瑞林;腹腔镜子宫肌瘤剔除术;巨大子宫肌瘤

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.044

子宫肌瘤是一种良性肿瘤,早期无特别明显症状,随着病情发展,可造成组织压迫、子宫异常出血等,严重影响患者生育能力^[1]。目前,临床通过外科手术对其进行治疗,传统开腹全子宫切除术对患者创伤较大,术后身体恢复时间长,临床预后效果不佳^[2]。亮丙瑞林是一种促性腺激素类药物,可抑制促卵泡生成素、促黄体生成素合成及释放,降低雌孕激素水平^[3]。本研究选取我院收治的巨大子宫肌瘤患者,旨在探讨亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤患者疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 10 月~2019 年 1 月舞钢公司总医院收治的巨大子宫肌瘤患者 68 例,按照治疗方法不同分为实验组和参照组,各 34 例。参照组年龄 31~65 岁,平均年龄(48.23±8.34)岁;肌瘤位置:浆膜下 3 例,黏膜下 5 例,肌壁间 26 例。实

验组年龄 32~64 岁,平均年龄(47.95±7.81)岁;肌瘤位置:浆膜下 3 例,黏膜下 6 例,肌壁间 25 例。两组基线资料(年龄、肌瘤位置)均衡可比($P>0.05$)。本研究经舞钢公司总医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:通过宫颈细胞学和超声检查诊断为子宫肌瘤,子宫体积>孕 14 周;患者及其家属知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:合并免疫系统缺陷者;合并肝肾功能不全者;过敏体质者;合并恶性肿瘤者。

1.3 治疗方法

1.3.1 参照组 行腹腔镜子宫肌瘤剔除术。全麻,取膀胱截石位,气腹针于脐孔上方(约 1~4 cm)处穿入,建立气腹,改头低足高位,置腹腔镜,探查腹腔情况,根据肌瘤位置、大小,将 10 mm、5 mm 套管针于左下腹、右下腹穿入,作为操作孔。6 U 垂体后叶素