

激素替代疗法联合补肾通络法治疗绝经后妇女骨质疏松症临床观察

祁万霞, 王俊梅, 杨淑萍, 牛谣鸿

兰州市皋兰县人民医院, 甘肃 皋兰 730299

[摘要] 目的: 观察激素替代疗法联合补肾通络法对绝经后骨质疏松症妇女治疗的临床效果。方法: 将 80 例绝经后骨质疏松症的妇女, 随机分为 2 组, 各 40 例。对照组采用雌激素治疗; 治疗组以激素替代疗法联合补肾通络法治疗。对比 2 组治疗前、后的骨密度, 碱性磷酸酶 (ALP) 及空腹尿 Ca/尿 Cr 比值, 及疼痛疗效。结果: 治疗后观察组 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈及左股骨大转子部位的骨密度高于治疗前, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈及左股骨大转子部位的骨密度均高于对照组, 与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。总有效率观察组 80.0%, 对照组 57.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 较治疗前低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 对照组空腹尿 Ca/尿 Cr 较治疗前低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 激素替代疗法联合补肾通络法可以提高绝经后骨质疏松症妇女的骨密度, 提高其临床效果。

[关键词] 绝经后骨质疏松症; 雌激素替代疗法; 补肾通络法

[中图分类号] R589.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0142-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.063

骨质疏松症 (Osteoporosis, OP) 是一种以骨量减少、骨的微观结构退化, 从而致使骨的脆性增加而易于发生骨折的一种全身性骨骼疾病^[1]。绝经后骨质疏松症 (postmenopausal osteoporosis, PMOP) 特指发生在绝经后妇女中的一种骨质疏松症, 主要表现为全身性单位体积内的骨组织含量减少, 骨密度下降及骨组织微结构退化, 是绝经后妇女腰腿痛、脊椎变形和骨折的主要原因^[2]。绝经后骨质疏松症的病因尚未完全阐明, 目前认为卵巢功能衰竭所致雌激素缺乏是绝经后骨质疏松症发生的重要原因, 其可造成骨吸收增多, 从而使骨吸收和骨形成之间的平衡被打破, 属于原发性骨质疏松症。笔者采用激素替代疗法联合补肾通络法治疗绝经后骨质疏松症妇女, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 10 月—2015 年 5 月本院绝经后骨质疏松症的妇女, 共 80 例。随机分为 2 组各 40 例。观察组年龄 53~75 岁, 平均 (60.4±4.8) 岁; 病程 3 月~14 年, 平均 (5.8±3.2) 年; 绝经时间 2~18 年, 平均 (6.7±2.9) 年。对照组年龄 54~77 岁, 平均 (61.2±5.1) 岁; 病程 5 月~16 年, 平均 (6.1±3.1) 年; 绝经时间 3~16 年, 平均 (6.2±2.7) 年。2 组年龄、病程、绝经时间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 行双能 X 线吸收测量法, 骨密度与同种族、同性别健康成人的骨峰值相比低于 (均数 -2.5 个标准差) 者; 自然绝经至少 1 年以上, 且可行走的患者; 均为原发性骨质疏松症的患者; 纳入研究前半年内未服用过激素类药物, 且无消化系统疾病、恶性肿瘤等慢性病; 所有患者均知情同意且愿意配合本次调查。排除标准: 不符合骨质疏松症诊断标准的患者; 高或低血钙、甲状腺机能亢进、Paget's 病、酒精中毒者、肝肾损害等影响骨代谢的疾病; 长期使用可能影响骨钙磷代谢的药物者; 患有神经精神性疾病的患者; 合并有心脑血管系统疾病及造血系统疾病的患者; 不愿配合本次治疗或随访的患者; 由维生素 D 缺乏引起的骨质疏松症的患者。

2 治疗方法

所有患者均口服复方碳酸钙片, 每次 600 mg, 每天 1 次, 调节饮食和运动等基础治疗。

2.1 对照组 在常规治疗的基础上加用雌激素治疗, 给予诺坤复片口服, 每次 1 mg, 每天 1 次, 连续治疗 3 月。

2.2 观察组 在常规治疗的基础上加用雌激素和补肾通络方治疗。雌激素的用法和用量均同对照组, 补肾通络方组成: 淫羊藿、熟地黄各 30 g, 补骨脂、山茱萸、肉苁蓉、枸杞子各 20 g, 川芎、三七各 15 g。每天 1 剂, 用温水煎熬, 早晚各

[收稿日期] 2015-06-28

[作者简介] 祁万霞 (1966-), 女, 副主任医师, 研究方向: 女性更年期综合症预防治疗。

服用 1 次，连续治疗 3 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 对 2 组患者治疗前后的骨密度情况进行比较，骨密度测定部位选择为 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈和左股骨大转子。对 2 组患者的疼痛改善情况进行比较。其中疼痛分为 4 级，无疼痛为 0 级；注意力集中时感觉疼痛，但不影响工作者为 1 级；注意力分散时感觉疼痛，但不用药物或理疗干预者为 2 级；影响生活、睡眠或者夜间痛醒，需服用止痛药才能改善者为 3 级。对 2 组患者治疗前后的碱性磷酸酶(ALP)与空腹尿 Ca/尿 Cr 的比值进行比较。

3.2 统计学方法 运用 SPSS21.0 统计软件进行数据的分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 *t* 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效：疼痛减轻 3 级或以上或者疼痛消失，骨密度显著增加；有效：疼痛由 3 级或 2 级减轻为 1 级，骨密度略有增加者；无效：疼痛无改善，骨密度无变化或者减少者。

4.2 2 组治疗前后骨密度情况比较 见表 1。治疗前 2 组患者 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈及左股骨大转子部位的骨密度比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后观察组 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈及左股骨大转子部位的骨密度高于治疗前，与治疗前比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组 L₂₋₄ 腰椎、左股骨颈及左股骨大转子部位的骨密度均高于对照组，与对照组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后骨密度情况比较($\bar{x} \pm s$) g/cm²

组别	n	L ₂₋₄ 腰椎		左股骨颈		左股骨大转子	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	0.75±0.13	0.92±0.23 ^②	0.54±0.11	0.68±0.15 ^②	0.58±0.13	0.73±0.19 ^②
对照组	40	0.77±0.14	0.82±0.17	0.56±0.12	0.61±0.13	0.59±0.15	0.62±0.13

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.3 2 组疼痛疗效比较 见表 2。总有效率观察组 80.0%，对照组 57.5%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组疼痛疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	40	17	15	8	80.0 ^①
对照组	40	13	10	17	57.5

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 比较 见表 3。治疗前 2 组 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后观察组 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 较治疗前低，差异有统计学意义($P < 0.05$)，对照组空腹尿 Ca/尿 Cr 较

治疗前低，差异有统计学意义($P < 0.05$)；治疗后 2 组 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 ALP、空腹尿 Ca/尿 Cr 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	碱性磷酸酶(UL)		空腹尿 Ca/尿 Cr (nmol/mmol)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	75.61±15.32	64.34±13.64 ^②	0.18±0.03	0.12±0.01 ^②
对照组	40	76.32±15.83	71.21±14.62	0.19±0.02	0.17±0.02 ^①

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

5 讨论

妇女绝经后由于卵巢功能减退，雌激素的分泌水平也随着下降，继发甲状旁腺功能亢进症，降钙素分泌不足，从而导致骨吸收量大于骨形成量，出现低骨量和骨组织微结构的退行性变化，发生绝经后骨质疏松症。本病在临床上属于难治性常见病，西药治疗主要是骨吸收抑制剂(雌激素、降钙素等)和骨形成促进剂。但单独使用这些药物的作用效果单一，且长期使用存在价格昂贵、副作用多、患者依从性差等亟待解决的问题。中医学认为肾虚是骨质疏松症发生的根本原因。肾为“先天之本，肾生骨髓，其充在骨”，因此肾精亏虚则骨髓生化无缘，骨骼失养而痿弱无力^[3-4]。黄明炜^[5]通过观察补肾通络法治疗绝经后骨质疏松症患者临床观察，该法可以对前列腺增生的大鼠的前列腺有抑制作用。商学征^[6]用补肾通络法对糖尿病骨质疏松症患者进行治疗，发现该法可以明显改善患者的临床症状。这些文献为本研究的开展提供了很好的线索，但未发现有激素替代疗法联合补肾通络法对绝经后骨质疏松症妇女进行治疗的研究。

本研究采用激素替代疗法联合补肾通络法治疗绝经后骨质疏松症妇女，临床观察表明，激素替代疗法联合补肾通络法对绝经后骨质疏松症患者骨代谢的调节作用和止痛效果较单纯的激素替代疗法好。笔者认为，补肾通络法本身具有一定的似雌激素样作用；通过对下丘脑-垂体-肾上腺轴功能的调节，促进雌激素的分泌，从而补偿由于卵巢功能的衰退所导致雌激素水平降低的现象，对维持骨形成和骨吸收平衡起到重要的作用。补肾通络方中淫羊藿补阳温经，补骨脂补肾壮阳、补脾健胃，山茱萸、熟地黄滋阴补肾、益精填髓，川芎、三七可以活血行气，化瘀止痛。本方以扶正为主，驱邪为佐，阴阳同补，且补中有通，使气血充足，阴阳平衡，达到标本兼治的目的。另外本方与雌激素替代疗法同时使用，能够起到协同作用的效果，从而提高了临床疗效。

[参考文献]

[1] 沈彦明, 孙陈静, 尹彦亮. 老年骨质疏松症防治研究进展[J]. 现代预防医学, 2013(9): 1757-1759.
 [2] 雄耀, 常虹. 雌激素及受体与绝经后骨质疏松症关系的

- 研究进展[J]. 疾病监测与控制, 2013(6): 355-357.
- [3] 徐仲翔. 中西医结合治疗骨质疏松性股骨粗隆间骨折临床研究[J]. 新中医, 2014, 46(1): 95.
- [4] 陈晓敏, 曾沛英. 中西医结合治疗老年骨质疏松症疼痛临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(5): 128.
- [5] 黄明炜. 联用补肾益骨方治疗绝经后骨质疏松症患者临床观察[J]. 中国骨质疏松杂志, 2014(1): 49-53.
- [6] 商学征. 补肾通络治疗糖尿病骨质疏松临床观察[J]. 中国药师, 2010(9): 1329-1331.

(责任编辑: 马力)

杀胚方联合西药综合干预治疗异位妊娠疗效观察

方霞, 林燕

瑞安市人民医院妇二科, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的: 观察杀胚方联合西药综合干预治疗异位妊娠的临床疗效。方法: 将 80 例未破裂型异位妊娠患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组予甲氨蝶呤注射液治疗, 观察组在对照组治疗的基础上联合杀胚方治疗, 观察比较 2 组患者血 β 人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 复常时间、腹痛消失时间、盆腔包块直径大小、临床疗效及不良反应, 并统计有生育要求者输卵管通畅度情况。结果: 总有效率观察组为 77.5%, 对照组为 50.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组血 β -HCG 复常、腹痛消失时间短于对照组, 包块直径小于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。有生育要求患者输卵管通畅率观察组为 94.44%, 对照组为 56.25%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 杀胚方联合西药综合干预综合治疗异位妊娠疗效显著, 可加速包块消失, 促进其生殖功能恢复。

[关键词] 异位妊娠; 中西医结合疗法; 甲氨蝶呤注射液; 杀胚方

[中图分类号] R714.22 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0144-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.064

异位妊娠的发生主要是受盆腔手术和输卵管炎症及宫内节育器使用等影响, 然输卵管炎症是其发病主要因素。当患者发生输卵管炎症后, 输卵管粘连致使纤毛功能受损, 降低其蠕动, 最终导致受精卵于输卵管内的运动受阻而发生异位妊娠。近年来, 该病的发病率不断升高, 且逐渐趋向年轻化^[1]。目前, 初产妇发生异位妊娠的人数不断增加, 而具有生育要求的患者也逐渐增多。以往采用保守性手术治疗可取得一定疗效, 但因其易致输卵管损伤, 从而造成局部粘连而增加盆腔炎症发病率。随着临床医学技术的发展, 采用血人绒毛膜促性腺激素(HCG)检测及阴道 B 超可提高异位妊娠的诊断率, 同时为临床保守治疗提供有力条件^[2]。本次研究通过采用自拟杀胚方联合西药综合干预综合治疗异位妊娠, 收到较好临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《妇产科学》^[3]有关异位妊娠诊

断标准: 患者有停经史且血 β -HCG > 10 mIU/mL, 阴道不规则流血、下腹隐痛, 妇科检查提示宫颈举痛, 子宫增大, 可触及包块, B 超声提示未见子宫内妊娠囊, 附件处可见妊娠囊或肿块、原始心管搏动等。中医诊断符合《中华妇产科学》^[4]瘀热证未破裂型异位妊娠诊断标准: 主症: 下腹部疼痛、月经停闭不行且阴道淋漓出血且色红; 次症: 口干便秘、胸闷、心烦、苔薄黄、脉弦滑等。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准; 血 β -HCG ≤ 2500 mIU/mL; 附件包块 < 4 cm; 盆腔积液直径 < 3 cm; 自愿参与研究且签署知情同意书; 医院伦理委员会批准。

1.3 排除标准 不符合以上各项标准; 过敏体质; 严重肝肾功能障碍; 破裂异位妊娠; 输卵管以外其他部位异位妊娠等。

1.4 一般资料 观察病例均为本院 2013 年 3 月—2015 年 4 月未破裂型异位妊娠患者共 80 例, 按照随机数字表法分为 2

[收稿日期] 2015-09-17

[作者简介] 方霞 (1977-), 女, 主管护师, 研究方向: 妇科学。