

同时有效防止反应性颅内血管扩张,疗效优于 A、B 两组,但其确切机制有待进一步探讨及研究。

(收稿 2003-07-11 修回 2003-08-29)

雷公藤多甙治疗子宫肌瘤 64 例

山西省晋中市榆次区经纬医院(山西 030601)
赵柳霞

1999 年 10 月—2002 年 10 月,笔者对 64 例子宫肌瘤患者采用小剂量雷公藤多甙进行治疗,并与米非司酮治疗的 62 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 参照《实用妇产科学》(王淑贞主编.实用妇产科学.北京:人民卫生出版社,1990:641—642)。病例选择标准:(1)有不同程度的月经过多、月经周期缩短、经期延长等表现,经妇科检查及 B 超检查证实,确诊为子宫肌瘤。(2)无其他妇科疾病。(3)既往月经周期规则。(4)用药前 6 个月内无性激素使用史。(5)无心、肝、肺、肾功能障碍。

2 资料 126 例均为我院妇科门诊患者,按就诊顺序随机分为两组:雷公藤多甙组(治疗组)64 例,年龄 30~50 岁,平均(43.5±3.7)岁;均为多发子宫肌瘤;子宫体积平均为(405.9±164.6)cm³,最大肌瘤体积平均为(208.1±99.0)cm³,其中 24 例合并贫血,血红蛋白为(93.5±3.1)g/L。米非司酮组(对照组)62 例,年龄 30~50 岁,平均(42.7±3.8)岁,均为多发子宫肌瘤;子宫体积平均为(403.1±133.0)cm³,最大肌瘤体积平均为(178.7±98.9)cm³,其中 20 例合并贫血,血红蛋白为(93.1±2.7)g/L。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性(P>0.05)。

方 法

1 治疗方法 治疗组予雷公藤多甙片(浙江得恩德制药有限公司生产,每片 10mg)口服,40mg/天,分别于早、中、晚口服 10mg、10mg、20mg,连服 3 个月为 1 个疗程。对照组自月经周期第 1 天起口服米非司酮片(上海华联制药有限公司生产,每片 25mg)25mg/天,睡前凉开水送服,连服 3 个月为 1 个疗程。疗程结束后 3 个月进行临床疗效评定。

2 观察指标及方法

2.1 子宫和子宫最大肌瘤体积的检测 治疗前 1 周和治疗后 3 个月由专人采用彩色多普勒超声检测子宫和子宫最大肌瘤的 3 个径线,子宫和子宫最大肌瘤体积 V(按椭圆体体积计算)=0.523abc(a、b、c 各代表子宫和子宫最大肌瘤的 3 个径线)。

2.2 血清性激素水平测定 所有患者均于治疗前 1 个月和治疗后 3 个月于月经周期第 8~10 天采取肘静脉血,用放射免疫法测定雌二醇(E₂)、孕酮(P)、卵泡刺激素(FSH)和黄体生成素(LH)水平。

2.3 随访 疗程结束后随访 6 个月,观察月经恢复情况、子宫肌瘤大小变化及血性激素水平变化。

3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 *t* 检验。

结 果

1 疗效判定标准 治疗后子宫最大肌瘤体积缩小 $\geq 20\%$ 为有效,<20% 为无效。

2 两组临床疗效比较 治疗组 64 例,有效 62 例(96.9%),无效 2 例(3.1%);对照组 62 例,有效 51 例(82.3%),无效 11 例(17.7%),两组有效率比较,差异有显著性($\chi^2=7.27, P<0.01$)。

两组治疗后 3 个月子宫及最大肌瘤体积与治疗前比较均明显缩小,差异均有显著性(P<0.01)。治疗组子宫体积由治疗前(405.9±164.6)cm³ 缩小至(283.4±126.8)cm³,缩小率(27.4±21.9)%;最大肌瘤体积由治疗前(208.1±99.0)cm³ 缩小至(131.3±81.0)cm³,缩小率(37.3±19.0)%;其中缩小率>50%者 47 例(73.4%),缩小率>20%但<50%者 15 例(23.4%)。对照组子宫体积由治疗前(403.1±133.0)cm³ 缩小至(295.8±87.6)cm³,缩小率(22.2±12.4)%;最大肌瘤体积由治疗前(178.7±98.9)cm³ 缩小至(122.8±79.5)cm³,缩小率(31.9±8.6)%;其中缩小率>50%者 31 例(50%),缩小率>20%但<50%者 20 例(32.3%)。两组治疗后子宫体积及最大肌瘤体积比较差异均无显著性(P>0.05)。

3 两组治疗前后血清性激素水平比较 两组治疗前血清性激素水平比较差异无显著性(P>0.05)。治疗后 3 个月,治疗组 E₂、P 较治疗前显著下降,FSH、LH 水平较治疗前升高,差异均有显著性(P<0.01);与对照组治疗后比较,E₂、P 水平明显降低(P<0.01,P<0.05),FSH、LH 水平明显升高(P 均<0.01)。对照组治疗后 E₂ 无明显变化,P、FSH、LH 水平均明显下降(P<0.01)。

表 1 两组治疗前后血清性激素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	E ₂ (nmol/L)	P(nmol/L)	FSH(IU/L)	LH(IU/L)
治疗 治前	422.3±52.8	10.0±3.8	16.3±4.0	17.1±4.8
(64 例)治后	223.5±31.6*△△	0.4±0.1*△	36.0±5.7*△△	31.9±4.8*△△
对照 治前	420.5±232.4	10.1±4.5	16.0±2.0	17.2±3.9
(62 例)治后	422.5±28.3	0.6±0.4*	11.6±2.7*	13.7±7.2*

注:与本组治疗前比较,*P<0.01;与对照组治疗后比较,△P<0.05,△△P<0.01

4 不良反应 治疗组 64 例服药期间 39 例(60.9%)患者月经有不同程度的减少,其中 25 例(39.1%)服药期间闭经;18 例(28.1%)诉胃部不适,治疗过程中自行消失,3 例(4.7%)闭经后诉有潮热、乏力、心悸等更年期症状,但不影响生活及工作,均未行治疗。对照组 62 例服药期间均闭经(100%);48 例(77.4%)服药期间有不同程度的恶心、乏力、心悸、嗜睡、潮热等胃肠道反应及更年期症状,亦未行治疗。

5 两组血常规、肝肾功能及血脂变化情况 两组治疗后血红蛋白均明显上升,治疗组由治疗前(93.5±3.1)g/L 上升至治疗后的(115.3±2.9)g/L(P<0.05);对照组由治疗前(93.1±2.7)g/L 上升至治疗后的(113.3±2.6)g/L(P<0.05)。两组患者白细胞、血小板、肝肾功能及血脂均未见明显异常。

6 随访结果 治疗组随访 62 例(96.9%),子宫肌瘤无明显增大者 38 例(61.3%);子宫肌瘤有不同程度增大者 24 例,年龄均<42 岁;停药 1~3 个月血清性激素水平恢复正常。

其中闭经患者(25 例)停药 1 个月后月经复潮。对照组随访 49 例(79.0%),子宫肌瘤无明显增大者 31 例(50.0%);子宫肌瘤有不同程度增大者 18 例,年龄均 < 45 岁,停药 1~3 个月血清性激素水平恢复正常。其中 39 例停药 1 个月恢复月经,10 例停药 2 个月月经复潮。

讨论

本结果表明,雷公藤多甙治疗后患者 E_2 和 P 水平较低,部分患者仍能维持月经,引起的更年期症状不明显,而米非司酮治疗后患者当月即闭经,不良反应出现早且随时间延长而加重,表明雷公藤多甙治疗子宫肌瘤不仅疗效优于米非司酮,且不良反应少。因雷公藤多甙剂量较小,故临床上未观察到患者有白细胞、血小板、肝肾功能及血脂的异常改变。

子宫肌瘤生长依赖 E_2 和 P[中华妇产科杂志 1996 31(5): 624]。小剂量雷公藤多甙治疗后子宫肌瘤患者 E_2 和 P 水平降低,致子宫肌瘤缩小,停药月经恢复后血性激素水平恢复正常, E_2 和 P 水平降低反馈至垂体引起 FSH 和 LH 分泌增加,说明小剂量雷公藤多甙对性腺轴有可逆性抑制作用,其抑制作用表现为对卵巢功能的抑制。故服用雷公藤多甙后使 E_2 和 P 处于低水平状态,从而抑制子宫肌瘤生长。对于无生育要求且无免疫系统疾病的子宫肌瘤患者,小剂量雷公藤多甙治疗是安全、有效的。

(收稿 2003-05-30 修回 2003-07-29)

中西医结合治疗 SARS 19 例

中国人民解放军全军传染病中心(广州 510602)

谢庆 杨永红 程涛 李灼亮 刘树人

广东工业大学医院 林超雄

我中心从 2003 年 2 月 10 日开始收治急性重症呼吸综合征(SARS)疑似及确诊患者,至 2003 年 5 月 8 日共收治 45 例,对其中 19 例要求服中药的患者,采用中西医结合治疗,取得较好疗效,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 全部诊断病例均符合卫生部 2003 年 2 月 13 日发布的《关于急性传染性非典型肺炎诊断标准》。

2 资料 19 例中男 11 例,女 8 例,年龄 12~55 岁,平均 (32.2 ± 5.3) 岁,均为住院病例。其中发热 19 例(体温 $38.2 \sim 39.6^\circ\text{C}$),咳嗽 18 例,胸闷 5 例,气促 1 例,咳血 1 例,腹泻 3 例。X 线胸部检查肺部有斑片状阴影 18 例,大片状阴影 1 例。血沉增快 19 例($21 \sim 76\text{mm/h}$, 平均 $41.5 \pm 13.7\text{mm/h}$)。中医辨证分型:湿热阻肺型 19 例,热重于湿 16 例,湿重于热 3 例,兼有血热血瘀型 3 例,热伤肺络 1 例。

治疗方法

1 西药治疗 病毒唑 $0.6 \sim 1.0\text{g}$, 每天 1 次;白霉素 20万u , 左氧氟沙星 0.2g , 每天 2 次;胸腺肽 $120 \sim 160\text{mg}$, 每天 1 次;均为静脉滴注,疗程 15~20 天。其中 1 例重症患者(同时患有慢性乙型肝炎)加用地塞米松 $5 \sim 10\text{mg}$ 每天 1 次,静脉注射,7 天;丙种球蛋白 $5 \sim 10\text{g}$, 每天 1 次,静脉滴注,4 天;长期服用拉

米夫定(贺普丁) 0.1g 每天 1 次。

2 中药治疗 以清热解毒、凉血活血、宣肺化痰为治则,基本方如下:板蓝根 $15 \sim 30\text{g}$ 贯众 10g 鱼腥草 30g 白花蛇舌草 30g 蚤休 10g 杏仁 10g 橘红 10g 丹皮 $15 \sim 30\text{g}$ 丹参 $15 \sim 30\text{g}$ 。每天 1 剂水煎分 2~4 次口服。疗程 10~15 天。发热期加用金银花 30g , 天花粉 10g , 咳嗽明显加用紫菀 10g , 款冬花 10g , 腹泻加用藿香正气丸 3~6g, 每天 3 次口服。

结果

1 疗效评定标准 参照广东省卫生厅发布的有关标准(广东省医院收治非典型肺炎病人工作指引, 2003 年 3 月 9 日)。

2 疗效 (1) 体温变化:治疗前 19 例患者体温($38.2 \sim 39.6^\circ\text{C}$), 治疗 2 天体温降至 38°C 以下 15 例。治疗 5 天体温降至 37°C 以下 17 例, 2 例持续低热($37.2 \sim 37.5^\circ\text{C}$) 超过 4 周。(2) 临床症状改善:治疗前 18 例患者咳嗽, 7 天消失 16 例, 14 天消失 2 例。治疗前 5 例患者胸闷, 7 天消失 4 例, 28 天消失 1 例。治疗前 3 例患者腹泻, 1 天消失 2 例, 3 天消失 1 例。(3) X 线胸部检查:治疗前 18 例患者肺部有斑片状阴影, 14 天病灶明显吸收 16 例, 21 天完全吸收 15 例, 28 天完全吸收 3 例。治疗前患者有大片状阴影 1 例, 14 天病灶明显吸收, 32 天完全吸收。(4) 血沉的变化:治疗前 19 例患者血沉增快($41.5 \pm 13.7\text{mm/h}$)。血沉恢复正常: < 7 天 1 例, < 14 天 7 例, < 21 天 8 例, < 28 天 3 例。

全部病例均治愈出院。

讨论

中医学认为传染病与疫毒有关,我们观察到 19 例入院时均表现为湿热证,我们选择中药清热解毒、凉血活血、宣肺化痰时,考虑既要符合传统的中医辨证论治原则,同时这些药物也具有广谱抗病毒、免疫调节作用,特别是凉血活血药物能减轻超敏反应和免疫损伤,减少炎症的渗出,促进炎症的吸收,也可抗纤维化。目前认为 SARS 重症患者的肺部损害以渗出、水肿和纤维化为病理基础,所以联合中药治疗,特别是早期应用凉血活血药物,能阻断病情向重症发展,在治疗上有重要意义。

我们观察的 19 例 SARS 患者,采用中西医结合治疗疗效较好。主要表现为体温下降较快,临床症状改善也较快,阻断病情向重症发展,全部病例均治愈。其中 1 例重症患者入院初 1 周病情控制不理想(患者同时有慢性乙型肝炎),加用糖皮质激素、丙种球蛋白、拉米夫定治疗,1 周后病灶开始吸收,体温降至 37.5°C 以下,即停用糖皮质激素和丙种球蛋白,1 个月后肺部病灶完全吸收。拉米夫定是抑制乙肝病毒 DNA 复制的核苷类药物,对 SARS 病原体是否有治疗作用不详。有 2 例肺部病灶完全吸收,血沉恢复正常,病程 > 30 天,每天仍有低热($37.2 \sim 37.5^\circ\text{C}$),无其他不适感,发病 30 天取血经流式细胞仪检测,提示细胞免疫和体液免疫功能偏低,低热原因尚不清楚。从我们初步观察看,采用中西医结合以及免疫调节等综合治疗能提高 SARS 的疗效。

(收稿 2003-06-23 修回 2003-08-11)