



芬吗通治疗围绝经期综合征的临床应用

刘碧娟 (厦门大学附属第一医院思明分院 福建厦门 351000)

摘要: 目的 探讨研究芬吗通治疗围绝经期综合征的临床应用价值。方法 将本院收治的围绝经期综合征患者中随机选出 76 例, 将其平均分成对照组和治疗组。对照组口服谷维素和维生素 B6 片, 治疗组口服芬吗通, 治疗 6 个疗程。采用 Kupperman 评分标准, 检测内分泌指标变化, 评价临床疗效。结果 治疗组治疗前后临床症状 Kupperman 评分及内分泌指标 (FSH、E₂) 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 均较对照组改善; 治疗组患者不良反应发生率较对照组低, 且 $P < 0.05$ 。结论 芬吗通作为激素补充治疗能明显改善围绝经期妇女的激素水平, 极大缓解女性围绝经期的各种不适, 改善生活质量, 值得临床推广。

关键词: 芬吗通 围绝经期综合征 激素补充治疗

中图分类号: R711.75 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 12-103-02

围绝经期是女性性功能及生育能力功能逐渐衰退到老年的过渡阶段, 在这段时间会发生以植物功能紊乱为主的围绝经期症状, 使得肥胖、高血压、糖尿病、心脏病、骨质疏松甚至骨折等不良事件的发生率显著增加, 危害女性生命健康, 使生活质量明显下降^[1]。目前激素替代疗法是治疗围绝经期综合征最常采用的一种治疗手段, 通过补充性激素来改善机体激素分泌减退或缺乏情况, 已成为改善绝经症状的首选方法^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以患者入院时间的差异性将 2016 年 1 月~2017 年 10 月于本院收治的围绝经期综合征病例中随机选取 76 例作为研究对象, 平均分成对照组和治疗组。其中, 对照组年龄 44~56 岁, 停经时间 7 个月~4 年, 病程 1 个月~4.5 年。治疗组年龄 42~57 岁, 停经时间 6 个月~5.5 年, 病程 3 个月~5.5 年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.1.1 纳入标准: (1) 治疗前 3 个月未接受其他激素类药物, 未参加其他临床试验, 完全知情并自愿签署知情协议书。(2) 停经超过半年以上且有完整子宫; (3) FSH >40 mIU/ml、E₂ <40 pg/ml; (4) 绝经后性激素缺乏引起的临床症状, Kupperman 评分 >14 分, 评分越高症状越严重。^[3]

1.1.2 排除标准: (1) 确诊或可疑乳腺癌; (2) 确诊或可疑患有恶性肿瘤及免疫性疾病; (3) 近 6 月内有动静脉血栓性疾病; (4) 脑膜瘤未治愈患者 (禁止使用孕激素); (5)

肝功能异常, 谷丙转氨酶超过正常值 2 倍者; (6) 子宫肌瘤超过 5 cm 者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 38 例患者口服谷维素 1 片/次, 维生素 B6 片 2 片/次, 3 次/天, 28 天为 1 个疗程, 共治疗 6 个疗程。

1.2.2 治疗组 38 例口服芬吗通片 (1/10), 前 14 天每晚睡前 1 片白色芬吗通片 (1mg 雌二醇片) 温开水送服; 后 14 天每晚睡前 1 片灰色芬吗通片 (1mg 雌二醇+10mg 地屈孕酮片) 温开水送服。一盒 28 片 1 个疗程, 连续不间断服药 6 个疗程。

1.3 疗效评定标准

评估指标: 本研究采用 Kupperman 更年期评分标准评估两组患者临床治疗效果; 应用放射免疫法检测治疗前后两组相关激素 E₂、FSH 的改变。观察统计患者治疗期间出现的头疼、恶心及皮疹等不良反应症状, 不良反应发生率 = (发生例数/总例数) $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

本研究中, 计量资料行 t 检验, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 计数资料行卡方 χ^2 检验, 以率 (%) 表示, 当 $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

治疗组治疗前后临床症状 Kupperman 评分及内分泌指标 (FSH、E₂) 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 与对照组相比, 临床症状 Kupperman 评分及内分泌指标 (FSH、E₂) 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者不良反应发生率较对照组低, 且 $P < 0.05$ 。

表 1: 两组患者 Kupperman 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后 28d	治疗 6 个疗程后
对照组 (38 例)	23.15 $\pm$ 4.63	21.05 $\pm$ 4.13 [#]	18.87 $\pm$ 4.25 [#]
治疗组 (38 例)	22.54 $\pm$ 3.94	11.35 $\pm$ 3.68 ^{*#}	5.47 $\pm$ 1.85 ^{*#}

注: * $P < 0.05$, 与对照组相比; [#] $P < 0.05$, 与治疗前相比

表 2: 两组患者治疗前后激素变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	雌二醇 E ₂ (pg/ml)		卵泡刺激素 FSH (mIU/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (38 例)	25.6 $\pm$ 10.2	33.1 $\pm$ 12.3 [#]	87.9 $\pm$ 15.3	21.5 $\pm$ 6.7 [#]
治疗组 (38 例)	23.4 $\pm$ 12.6	44.3 $\pm$ 6.9 ^{**}	70.7 $\pm$ 13.9	12.3 $\pm$ 5.5 ^{**}

注: * $P < 0.05$, 与对照组相比; [#] $P < 0.05$, 与治疗前相比

表 3: 两组患者的不良反应发生率 (n/%)

组别	例数	头疼	恶心	皮疹	总发生率
对照组	38	5 (13.16)	5 (13.16)	8 (2.11)	18 (47.37)
治疗组	38	2 (5.26)	1 (2.63)	3 (7.89)	6 (15.79) [*]

注: 两组数据对比, 且 * $P < 0.05$ 。

3 讨论

围绝经期妇女由于内分泌急剧变化导致雌激素下降, 继而出现心血管病变、月经紊乱、潮热出汗、失眠、烦躁、易怒、骨质疏松、孤独感等症状, 对女性身体和精神有双重伤害。激素补充治疗经过国、内外众多学者的科学研究及不断临床实践, 得到确证, 激素补充疗法可提高围绝经期妇女的雌激素水平, 显著缓解女性围绝经期相关症状, 缓解患者不良情绪,

(下转第 106 页)



注:与左乙拉西坦组相比, $*P < 0.05$;与丙戊酸钠组相比, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 不良反应

左乙拉西坦组不良反应发生率 16.7% (5/30) (嗜睡 3 例、乏力 1 例、头晕 1 例), 丙戊酸钠组 20.0% (6/30) (消化道症状 3 例、头痛 2 例、血小板减少 1 例)、奥卡西平组 23.3% (7/30) (共济失调 3 例、恶心 3 例、消化不良 1 例), 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

从本次研究来看, 三种药物治疗癫痫都有一定的疗效, 其中左乙拉西坦治疗可能有一定的优势, 有助于降低放电指数。有关于不同药物治疗癫痫的研究较多, 但疗效分析结果存在较大的差异^[2-3]。一项基于 15 篇文献 2040 例患者的 meta 分析显示, 奥卡西平治疗部分性癫痫控制率 66.11% 于其它抗癫痫药物无显著差异 ($P > 0.05$), 本次研究中奥卡西平疗效更差, 这可能与纳入标准差异有关^[4]。本组对象奥卡西平的控制率为 76.7%, 处于正常偏高水平, 仍然低于左乙拉西坦、丙戊酸钠, 本组对象治疗前放电指数相对较低, 患者的病情相对较低, 预后较好^[5]。有关于丙戊酸钠辅助治疗癫痫的疗效研究也较多, 一项基于 10 个研究的 meta 分析显示, 丙戊酸钠治疗的疗效更好, 总有效率约为 54.61%, 疗效也明显低于本次研究^[6]。本文研究显示丙戊酸钠的总有效率较高, 但是控制率也较低, 丙戊酸钠治疗部分性发作的疗效明显欠佳。类似的研究也较多, 丙戊酸钠主要用于原发性大发作和失神小发作, 因此准确的分型非常关键^[7]。

从不良反应发生情况来看, 三组对象不良反应发生率差

异不显著 ($P > 0.05$), 绝大多数的患者对药物可耐受, 不良反应的评价容易受到主观因素的影响。文献显示, 患者的耐受性还容易受到年龄、基础情况等因素影响, 需要重视耐受的分析, 重视病情的评估、随访, 若出现不耐受, 及时调整用药, 必要时进行血药浓度的监测^[8]。

小结:左乙拉西坦治疗部分性癫痫疗效可能更好;丙戊酸钠疗效欠佳, 但是准确的分型是用药的基础。

参考文献

- [1] 中国抗癫痫协会编著. 临床诊疗指南癫痫病分册 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:72-73.
- [2] 刘琛, 闫素英, 唐静. 丙戊酸钠对比地西泮治疗成人癫痫持续状态有效性和安全性的 Meta 分析 [J]. 中国药房, 2015, 26(24):3368-3370.
- [3] 黄丹萍, 陈旭勤, 李岩. 左乙拉西坦添加治疗儿童难治性部分性癫痫疗效的 Meta 分析 [J]. 癫痫杂志, 2017, 3(02):99-106.
- [4] 孙宇, 赵庆春, 张莹石. 奥卡西平治疗癫痫部分性发作安全性及有效性 Meta 分析 [J]. 创伤与急救医学, 2016, 4(04):245-252.
- [5] 姜淑娟. 奥卡西平单药治疗癫痫疗效及耐受性的 Meta 分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(08):229-230.
- [6] 孙乐羽, 牛延良, 田志强. 托吡酯与丙戊酸钠治疗成人癫痫疗效的随机对照研究 Meta 分析 [J]. 中国实用医药, 2015, 10(06):199-200.
- [7] 洪震. 丙戊酸钠——癫痫治疗一线用药 [J]. 癫痫杂志, 2017, 3(03):278-279.
- [8] 冯雪菲, 肖农. 左乙拉西坦治疗不同年龄癫痫患儿的长程有效性及耐受性观察:210 例报道 [J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(04):324-328.

(上接第 103 页)

改善围绝经期妇女的生活质量。^[4]

本研究临床结果显示两组患者治疗后 Kupperman 评分较治疗前均有改善, 且激素补充治疗组更优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组在治疗后 Kupperman 评分改善程度显著好于对照组, 结果说明激素补充治疗在围绝经期综合征中的疗效, 与国内同类型的研究结果相似^[5]。另一方面, 与治疗前相比, 两组患者治疗后 E2 显著升高, FSH 明显下降, 且治疗组的相关激素水平较对照组改善更明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果进一步证明了激素补充疗法在围绝经期综合征治疗中的临床疗效。激素替代治疗的治疗效果比较理想, 出现严重不良反应的情况非常罕见, 在治疗过程中需要定期 B 超检查了解患者子宫内膜变化, 同时加强病情观察和生化指标监测, 如果出现严重不良反应, 应立即中止治疗并完善临床检查, 积极查找病因。

综上所述, 芬吗通用于围绝经期综合征患者治疗, 能有效改善症状, 提高患者生活质量, 不良反应少, 安全性高, 值得临床上推广。

参考文献

- [1] 徐雅会. 克龄蒙治疗围绝经期综合征的疗效探讨 [J]. 首都食品与医药, 2015, 22(10):29-30.
- [2] 李丹妍. 激素替代治疗对围绝经期综合征妇女子宫内膜厚度和激素水平的影响分析 [J]. 中国医学创新, 2017, 14(22):32-35.
- [3] 梁彩平. 低剂量雌激素替代疗法治疗围绝经期综合征的疗效及其对患者体内激素水平的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(27):62-63.
- [4] 潘秀英. 短期激素补充治疗围绝经期综合征临床观察 [J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(4):650-651.
- [5] 李艳荣. 不同剂量激素补充对围绝经期妇女更年期综合征的影响 [J]. 当代医学, 2014, 20(8):137-138.

(上接第 104 页)

消化不良的临床疗效较好, 其能有效改善患者临床病症, 增强患者胃肠动力, 不良反应发生率较低, 值得在临床上广泛应用。

参考文献

- [1] 赵建平. 多潘立酮的临床应用及注意事项 [J]. 中国实用医药, 2014, 9(3):148-149.
- [2] 彭娟, 陈道荣. 功能性消化不良的诊疗进展 [J]. 检验医学与临床, 2014(7):974-976.
- [3] 唐晓斌. 79 例功能性消化不良患者的临床治疗分析 [J]. 中外

医学研究, 2014(10):132-133.

- [4] 梁伟. 莫沙必利与多潘立酮治疗功能性消化不良疗效分析 [J]. 实用中医药杂志, 2011, 27(6):408-409.
- [5] 符业阳, 黄越前. 复方阿嗝米特联合多潘立酮治疗功能性消化不良疗效观察 [J]. 河北医学, 2010, 16(9):1050-1053.
- [6] 吴启斌, 谢崇凡, 冯晓霞. 舒肝解郁胶囊联合莫沙必利治疗功能性消化不良疗效观察 [J]. 重庆医学, 2011, 40(21):2149-2150.
- [7] 周虎荣. 莫沙必利联合黛力新治疗功能性消化不良临床疗效 [J]. 中国医学创新, 2013, 10(25):134-135.