

- (2):121-123.
- [3] Loosman WL. Depressive and anxiety symptoms in Dutch chronic kidney disease patients[J]. *Addiction*, 2016, 92(11):1445-1455.
- [4] Calin GA, Sevignani C, Dumitru CD, et al. Human microRNA genes are frequently located at fragile sites and genomic regions involved in cancers[J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2004, 101(9):2999-3004.
- [5] Chevillet JR, Kang Q, Ruf IK, et al. Quantitative and stoichiometric analysis of the microRNA content of exosomes[J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2014, 111(41):14888-14893.
- [6] Repetto E, Lichtenstein L, Hizir Z, et al. RNY-derived small RNAs as a signature of coronary artery disease[J]. *BMC Med*, 2015, 13(1):259.
- [7] 邱成楷, 蒋奇阳, 余守洋, 等. NMDA 受体在阿片类精神依赖中的研究进展[J]. *神经解剖学杂志*, 2016, 32(4):542-544.
- [8] 黄峻. 临床诊疗指南: 心血管分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1-4.
- [9] Chen L, Jin H. MicroRNAs as novel biomarkers in the diagnosis of non-small cell lung cancer: a meta-analysis based on 20 studies[J]. *Tumour Biol*, 2014, 35(9):9119-9129.
- [10] Alhaggar M. SNPs as co-morbid factors for drug abuse and ischemic heart disease[J]. *Gene Technology*, 2014, 3(1):354.
- [11] Hua L, Xia H, Zhou P, et al. Combination of microRNA expression profiling with genome-wide SNP genotyping to construct a coronary artery disease-related miRNA-miRNA synergistic network[J]. *Biosci Trends*, 2014, 8(6):297-307.
- [12] Liu YX, Long XD, Xi ZF, et al. MicroRNA-24 modulates aflatoxin B1-related hepatocellular carcinoma prognosis and tumorigenesis[J]. *Biomed Res Int*, 2014; 2014; 482926.
- [13] 王珏, 黄伟聪, 郑亮承, 等. MicroRNA-24 对心肌梗死后心肌细胞凋亡的调控作用[J]. *中国病理生理杂志*, 2013, 29(4):590-596.
- [14] Zhou F, Jia X, Yang Y, et al. Nanofiber-mediated microRNA-126 delivery to vascular endothelial cells for blood vessel regeneration[J]. *Acta Biomater*, 2016, 43(43):303-313.
- (收稿日期: 2017-06-12 修回日期: 2017-08-12)
- 临床研究 •

## 中西医结合治疗异位妊娠对血清 LH、FSH 和 E2 水平的影响\*

皮晓岚<sup>1,2</sup>, 张洪文<sup>2△</sup>

(1. 常德市第一人民医院妇科, 湖南常德 415003; 2. 中南大学湘雅二医院妇科, 长沙 410011)

**摘要:**目的 探讨宫外孕Ⅱ号方辅助治疗异位妊娠对血清黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、雌二醇(E2)水平的影响。方法 选取 2016 年 2 月至 2017 年 2 月常德市第一人民医院收治的 118 例异位妊娠患者作为研究对象, 随机分成 2 组, 对照组 59 例, 予常规西医治疗, 观察组 59 例, 在常规治疗基础上加用宫外孕Ⅱ号方治疗, 观察治疗前后 LH、FSH、E2、孕酮、HCG 和相关指标变化情况。结果 对照组治愈率 33.9%、总有效率 83.05%, 观察组治愈率 50.85%、总有效率 91.53%, 观察组治疗效果优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2 组治疗后 LH、FSH、E2、HCG、孕酮较治疗前下降, 治疗后观察组以上指标优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组 HCG 恢复正常时间、腹痛消失时间、阴道流血消失时间、盆腔包块消失时间明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 宫外孕Ⅱ号方能改善异位妊娠患者外周血 LH、FSH、E2 等指标水平, 有一定疗效。

**关键词:** 宫外孕Ⅱ号方; 异位妊娠; LH; FSH; E2

**DOI:**10.3969/j.issn.1673-4130.2017.24.037

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-4130(2017)24-3456-03

异位妊娠(EP)是指受精卵在子宫腔外着床的妊娠, 最常见是输卵管妊娠, 是妇科最常见急腹症之一。有研究表明, EP 占妊娠总数 2%, 致死率占孕妇死亡率 10% 左右<sup>[1]</sup>。近些年随着超声技术和人绒毛膜促性腺激素(HCG)检测技术提高, EP 早期诊断和保守治疗成为可能。中药处方组成多样, 辨证论治因人而异, 疗效缺乏统一标准, 故本研究采用中西医结合治疗 EP, 以期丰富治疗方法, 提高疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2016 年 2 月至 2017 年 2 月常德市第一人民医院收治的 118 例异位妊娠患者作为研究对象, 随机分成

2 组。对照组 59 例, 平均年龄( $27.33 \pm 2.41$ )岁, 平均停经时间( $48.59 \pm 2.59$ )d, 包块平均大小为( $3.13 \pm 0.59$ )cm, HCG 平均水平( $2604.23 \pm 523.33$ )IU/L, 孕次平均为( $2.1 \pm 0.4$ )次; 观察组 59 例, 平均年龄( $27.41 \pm 2.39$ )岁, 平均停经时间( $48.61 \pm 2.55$ )d, 包块平均大小为( $3.16 \pm 0.56$ )cm, HCG 平均水平( $2604.78 \pm 524.12$ )IU/L, 孕次平均为( $2.3 \pm 0.5$ )次。2 组患者年龄、停经时间、包块大小、HCG 水平、孕次等一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入及排除标准** 纳入标准: 年龄 20~40 岁之间; 符合第 7 版《妇产科学》诊断标准<sup>[2]</sup>; HCG 在 5 000IU/L 以下; 均签

\* 基金项目: 常德市科技局指导基金资助项目(2014ZD11)。

△ 通信作者, E-mail: wangshaofeng43@163.com。

署知情同意书。排除标准:年龄 20~40 岁之外;不符合以上诊断者;有药物应用禁忌症;未签署知情同意书者。

**1.3 方法** 对照组予米非司酮(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H10950347,生产批号 20160305 规格 50mg)治疗,连续 3 d。观察组在对照组基础上加用宫外孕Ⅱ号方治疗,共连续治疗 5 d。空腹抽取静脉血 4 mL,分离血清,采用化学发光法检测 LH、FSH、E2、HCG、孕酮,观察 HCG 恢复正常时间、腹痛消失时间、阴道流血消失时间、盆腔包块消失时间变化情况。疗效判断<sup>[3]</sup>:治愈为阴道流血、腹痛消失,血 HCG 下降正常水平,超声包块、积液消失;有效为流血、腹痛消失,血 HCG 下降正常水平,超声包块、积液缩小或不增大;无效为腹痛症状加重,伴休克,血 HCG 持续不降,超声盆腔积液增加,包块增大。

表 1 2 组治疗前后相关指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	LH(U/L)	FSH(U/L)	E2(U/L)	HCG(IU/L)	孕酮(ng/ml)
对照组					
治疗前	22.12±2.56	28.94±4.12	314.66±35.34	2 604.23±523.33	71.33±8.35
治疗后	15.67±1.67*	19.95±2.56*	204.52±20.34*	402.33±56.24*	20.24±4.14*
观察组					
治疗前	22.14±2.53	29.01±4.09	315.12±35.11	2 604.78±524.12	70.67±8.31
治疗后	10.23±1.11*	10.11±1.78*	124.53±10.56*	201.22±43.12*	10.55±3.15*
<i>t</i>	7.824	8.946	8.921	6.782	7.356
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与治疗前相比,\**P*<0.05。

**2.3 2 组治疗前后临床症状消失时间比较** 观察组 HCG 恢复正常时间、腹痛消失时间、阴道流血消失时间、盆腔包块消失时间低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 2 组治疗前后症状消失时间比较( $\bar{x}\pm s,d$ )

组别	HCG 恢复 正常时间	腹痛 消失时间	阴道流血 消失时间	盆腔包块 消失时间
对照组	17.12±2.67	13.42±2.67	12.67±2.16	17.22±3.46
观察组	13.23±1.59	11.23±2.04	9.53±1.67	11.11±3.21
<i>t</i>	7.835	6.794	8.923	7.892
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

宫外孕Ⅱ号方中丹参、赤芍、桃仁等能活血化瘀消癥,能改善血液循环,促进有形瘀血尽快吸收<sup>[4]</sup>。三棱、莪术能软坚散结、消积止痛;蜈蚣祛风定惊、攻毒散结;天花粉是治疗引产的常见中药,具有清热泻火,生津止渴,排脓消肿功效;三七蒲黄能化瘀止血;紫草凉血止血;水蛭化瘀消癥;夏枯草清肝散结;米仁、路路通能散结通络<sup>[5]</sup>。从现代药理学看,天花粉中的天花粉蛋白能迅速作用在胎盘合体滋养层细胞、催化细胞内核糖体失活,抑制细胞内蛋白质合成,造成细胞死亡、绒毛合体滋养层变性坏死,细胞解体,造成组织坏死,内分泌功能损伤,达到杀死胚胎作用<sup>[6-8]</sup>。丹参、桃仁等活血化瘀药物能舒张血管,改善血液循环,促使吞噬细胞,改善腹腔淋巴管吸收血浆蛋白<sup>[9-10]</sup>。配合天花粉能松解变性坏死物质和种植部位粘连,促使脱落细胞失去发育可能,协助杀死胚胎<sup>[11]</sup>。路路通、三七等能促使包块吸收,减少输卵管周围粘连,减轻炎症反应,能增加输卵管复通机会<sup>[12]</sup>。在活血化瘀药物上丹参能鼓舞清阳,

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS15.0 统计软件进行统计学处理。计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,2 组样本对应数据采用独立样本 *t* 检验,计数资料采用百分率(%),组间比较采用  $\chi^2$  检验。以 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结 果

**2.1 2 组患者临床疗效对比** 对照组治愈率 33.90%(20/59)、有效率 49.15%(29/59)、总有效率 83.05%;观察组治愈率 50.85%(30/59)、有效率 40.68%(24/59)、总有效率 91.53%。对照组在治愈率和总有效率上明显低于观察组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。

**2.2 2 组治疗前后相关指标比较** 2 组治疗后 LH、FSH、E2、HCG、孕酮较治疗前均明显下降,治疗后观察组以上指标优于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

能振动中气,固护中气,气足则能摄血,固无形之气,故能有效达到止血目的,又能预防再次出血<sup>[13]</sup>。米非司酮能和锐膜靶细胞孕激素受体结合,从而阻止体内孕酮对子宫内膜作用,产生强烈的抗孕酮作用,降低孕酮水平,孕激素作用阻断,造成锐膜发生萎缩坏死,促使 LH、FSH 水平下降,黄体溶解,最终造成依赖黄体的胚囊坏死<sup>[14]</sup>。

宫外孕Ⅱ号方辅助治疗 EP 能降低 LH、FSH、E2、孕酮、HCG 含量,说明中西医结合治疗能改善 EP 体内孕激素水平,从而阻断黄体的血液供应,且在 HCG 恢复正常时间、腹痛消失时间、阴道流血消失时间、盆腔包块消失时间上显著下降,治愈率和总有效率升高,这说明中西医结合联合治疗 EP 疗效显著,能缩短临床症状改善时间,降低体内激素水平,且中西医结合治疗安全性高,疗程短,操作简单,患者依从性也较高。有研究认为,宫外孕Ⅱ号方治疗后无堵塞输卵管等副作用,对生育功能无影响,故认同度高,效果满意。

参考文献

[1] 赵月红. 研究宫外孕Ⅱ号方辅助治疗异位妊娠的疗效[J]. 临床医药文献电子杂志,2015,4(16):3258.  
[2] 尹东萍. 甲氨蝶呤联合宫外孕Ⅱ号方与米非司酮治疗异位妊娠的疗效[J]. 心血管病防治知识,2015,7(1):128-130.  
[3] 陈杰. 宫外孕Ⅱ号佐治异位妊娠 86 例疗效观察[J]. 吉林医学,2014,8(16):3532-3533.  
[4] 李红辉. 宫外孕Ⅱ号方合桂枝茯苓汤治疗异位妊娠临床探究[J]. 中外医疗,2016,35(4):174-175.  
[5] 韩慧,罗庭威. 宫外孕Ⅱ号方加味中药配方颗粒与中药饮片治疗异位妊娠疗效比较[J]. 中国保健营养,2013,23

(8):4666-4667.

[6] 丁亮莲. 宫外孕Ⅱ号方加味治疗异位妊娠 40 例临床分析[J]. 中外医疗, 2012, 31(23):111.

[7] 赵娟娟, 武春贤. 宫外孕Ⅱ号方治疗异位妊娠 20 例[J]. 吉林医学, 2011, 32(35):7515-7516.

[8] 单倩倩, 颜士杰. MTX 联合中药保守治疗异位妊娠的临床疗效观察[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2012, 11(5):28-29.

[9] 徐光. 中西医结合保守疗法治疗异位妊娠的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 4(13):11.

[10] 夏爱华, 徐平. 米非司酮联合氨甲蝶呤和宫外孕Ⅱ号方治疗异位妊娠 126 例临床分析[J]. 赣南医学院学报, 2012, 32(6):914-915.

[11] 崔婷婷. 中西医结合治疗异位妊娠的研究[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(37):309-310.

[12] 王旺. 中西医结合治疗未破损期异位妊娠 60 例临床体会[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(22):23-24.

[13] 韦桂梅. 两种给药方法治疗异位妊娠 55 例疗效观察[J]. 医药前沿, 2013, 5(19):114-115.

[14] 彭云, 林燕. MTX 宫颈注射联合中药治疗异位妊娠 60 例[J]. 河南中医, 2014, 34(3):485-486.

(收稿日期:2017-06-27 修回日期:2017-09-18)

• 临床研究 •

# 替格瑞洛对 ACS 患者 PCI 术后心功能及血小板聚集的影响

卓书江<sup>1</sup>, 卢春山<sup>2</sup>, 王志胜<sup>1</sup>, 李光智<sup>1</sup>

(1. 海南省中医院心血管内科, 海口 570203; 2. 北京安贞医院, 北京 100029)

**摘要:**目的 探讨替格瑞洛对急性冠脉综合征(ACS)患者经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后心功能及血小板聚集的影响。方法 将 114 例接受 PCI 手术的 ACS 患者随机分为两组, 每组 57 例。对照组在常规治疗的基础上行氯吡格雷治疗, 研究组在常规治疗基础上行替格瑞洛治疗。对比两组心脏功能改善、抑制血小板聚集、不良心血管事件发生情况。结果 术后 1、3、6 个月, 研究组左室射血分数(LVEF)水平高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 左室舒张末期内径(LVEDD)水平低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 术后第 1、7、28 天两组血小板最大聚集率(MPAR)、P2Y12 反应单位(PRU)水平降低, 研究组 MPAR 水平改善程度优于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), PRU 水平改善程度优于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。术后 6 个月, 研究组主要不良心血管事件(MACE)发生率(7.01%)低于对照组(22.80%), 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 替格瑞洛能显著的改善心脏功能、提高心室射血分数、有效抑制血小板聚集、对心肌损伤修复具有积极意义、具有良好的安全性。

**关键词:**替格瑞洛; 氯吡格雷; 急性冠脉综合征; 经皮冠状动脉介入治疗

**DOI:**10.3969/j.issn.1673-4130.2017.24.038 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-4130(2017)24-3458-03

急性冠脉综合征(ACS)具有发病率高、病情危急、致死致残率高、反复发作等特点。其发病机制为炎症介导下冠状动脉内膜不稳定性粥样斑块破裂, 诱发血小板聚集, 凝血酶形成, 形成血栓, 造成冠状动脉部分或完全阻塞, 冠状动脉血流量和心肌的供需平衡被打破, 心肌缺血缺氧而损伤<sup>[1]</sup>。经皮冠状动脉介入治疗(PCI)是治疗急重 ACS 患者的主要手段, 但手术过程伴随动脉机械损伤, 血栓产生的风险<sup>[2]</sup>。因此行 PCI 治疗需要加强抗血小板和抗凝血治疗。替格瑞洛是一种新型的环戊基三唑嘧啶类受体抑制剂, 能直接与受体可逆性结合, 抑制血小板聚集。本文探讨替格瑞洛在 ACS 患者 PCI 术后的心脏功能, 血小板凝聚功能方面的影响, 为替格瑞洛的临床安全有效应用提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月至 2015 年 12 月在海南省中医院心血管内科住院并接受 PCI 术的 ACS 患者共 114 例, 按照序列号法分为两组, 每组 57 例。研究组男 30 例, 女 27 例, 年龄 35~78 岁, 平均(42.45±4.60)岁。其中 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)37 例, 非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)15 例和不稳定型心绞痛(UAP)5 例。对照组男 29 例, 女 28 例, 年龄 38~77 岁, 平均(43.78±5.42)岁, 其中 STEMI 型 34 例, NSTEMI 型 17 例和 UAP 型 6 例。两组性别比、年龄对比、病理分型等一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 受试对象各项临床症状和相关检查, 如入院

后的心电图、心肌酶的特征性变化、冠脉造影(CAG)等, 均符合《中华人民共和国卫生行业标准》中《冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断标准》制定的 ACS 诊断标准<sup>[3]</sup>, 包含不稳定型心绞痛(UAP)、非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)和 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)3 种 ACS 类型的诊断标准。

**1.3 纳入和排除标准** 纳入标准: (1)年龄≥35 岁; (2)实验室检查符合 ACS 诊断标准; (3)影像学显示需要接受 PCI 治疗; (4)纳入研究前 3 月未曾服用其他抗凝血药物; (5)在保障患者对研究内容和可能出现的风险的情况下, 自愿签署知情同意书。排除标准: (1)合并肝、肺、肾严重疾病, 需要透析的患者; (2)合并凝血功能障碍、血小板减少者; (3)有替格瑞洛、氯吡格雷禁忌症者; (4)有严重窦房结综合征、房室传导阻滞或心动过缓者; (5)未控制的高血压患者; (6)依从性差, 无法正常沟通者。

**1.4 方法** 两组患者均从入院开始行基础治疗, 给予扩张冠状动脉, 活血, 改善循环、控制血压药物。研究组: 在常规治疗基础上, 患者 PCI 术前口服负荷剂量替格瑞洛 180 mg(商品名: 倍林达, 生产企业: AstraZeneca AB, 批准文号: 国药准字 J20130020, 规格: 90 mg), 术后标准剂量 90 mg/次, 2 次/d, 持续治疗 6 月。对照组: 在常规治疗基础上, 患者 PCI 术前口服负荷剂量氯吡格雷 300 mg(商品名: 波立维, 生产企业: 杭州赛诺菲圣德拉堡民生制药有限公司, 批准文号: 国药准字 J20130083, 规格: 75 mg), 术后标准剂量 75 mg/次·天, 持续治疗 6 月。