

(17):27-29.

[11] 刘艳华,王金伟,倪秀茹. 仙方活命饮加减坐浴治疗混合痔 PPH 术后肛门疼痛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(7):739-741.

[12] 常贵建,卓信斌,夏悦明,等. 改良 PPH 术治疗Ⅳ度混合痔的临床研究[J]. 福建医科大学学报, 2018, 52(1):66-68.

[13] 欧阳辉,林汉弟,林国良. 改良 PPH 术治疗混合痔的临床效果观察[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(5):60-64.

[14] 宋默,刘继攀,王向丽,等. 降落伞式、单荷包缝合及双荷包缝合在重度混合痔 PPH 中的应用研究[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23(1):13-16.

[15] JIANG H, HAO X, XIN Y, et al. Comparison of clinical outcomes of multi-point umbrella suturing and single purse suturing with two-point traction after procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) surgery[J]. Int J Surg, 2017, 47(1):77-82.

(收稿日期:2020-07-20 修回日期:2020-11-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.025

不同剂量雌激素联合天然黄体酮对围绝经期综合征患者骨密度的影响

许晓艳,付亚均,左莉,薛莲[△]
重庆市两江新区第一人民医院妇产科,重庆 401120

摘要:目的 分析不同剂量雌激素联合天然黄体酮对围绝经期综合征(MPS)患者骨密度的影响。方法 收集 2018 年 2 月至 2019 年 10 月在该院住院的 108 例 MPS 患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 54 例,对照组给予标准剂量尼尔雌醇(CEE)联合天然黄体酮治疗,观察组给予低剂量 CEE 联合天然黄体酮治疗。对比两组治疗前后性激素水平、Kupperman 评分及骨密度水平。结果 治疗后,两组卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)水平较治疗前下降,雌二醇(E₂)、脊柱骨密度、股骨颈骨密度水平较治疗前升高,且观察组 FSH、LH 水平低于对照组,E₂、脊柱骨密度、股骨颈骨密度水平高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。治疗后两组 Kupperman 评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。结论 低剂量 CEE 联合天然黄体酮不仅能调节 MPS 患者体内性激素水平,还能有效缓解围绝经期症状,提高骨密度水平。

关键词:低剂量雌激素; 标准剂量雌激素; 天然黄体酮; 围绝经期综合征; 骨密度
中图分类号:R711.75 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2021)06-0811-03

围绝经期是指女性绝经前后的一段时期,表现为卵巢功能衰退。围绝经期综合征(MPS)是指绝经前后出现的一系列绝经相关症状,以月经紊乱、烦躁、骨质疏松等为主要临床表现,严重影响患者身心健康及生活质量^[1-2]。目前对 MPS 最直接有效的治疗方法为补充雌激素,且为防止雌激素导致子宫内膜过度增生,必需周期性地联合使用孕激素治疗。雌激素补充剂量存在个体与种族差异,所以许多研究一直在努力寻找不同地区、不同民族适宜的雌激素补充的最佳剂量,但到目前为止,仍没有普遍适用的雌激素补充的最佳剂量标准^[3-4]。为此,本研究以不同剂量的雌激素联合天然黄体酮对 MPS 患者进行治疗,并对治疗后的症状、性激素水平及骨密度变化情况进行评价,以期临床治疗提供参考。

1 资料与方法
1.1 一般资料 收集 2018 年 2 月至 2019 年 10 月在本院住院的 108 例 MPS 患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,各 54 例。对照组年龄 42~60 岁,平均(51.36±4.18)岁;体质量(66.94±4.95)kg;病程 1~3 年,平均(2.04±0.18)年;绝经 44 例,月经紊乱 10 例。观察组 54 例,年龄 40~58 岁,平均(51.51±4.09)岁;体质量(66.04±5.08)kg;病程 1~4 年,平均(2.34±0.21)年;绝经 45 例,月经紊乱 9 例。纳入标准:生理性绝经不超过 3 年;年龄 40~60 岁;性激素检查显示卵泡刺激素(FSH)>40 U/L,雌二醇(E₂)<19.9 pg/mL;无绝经激素治疗(MHT)禁忌证。排除标准:既往对尼尔雌醇(CEE)、天然黄体酮过敏;伴有严重的躯体疾病;伴有其他相关妇科疾病、恶性肿瘤;非生理性绝经;伴有心理疾病;有血栓疾病史或血栓形成倾向。所有研究对象对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.2 方法 对照组:口服标准剂量 CEE(新疆特丰药业股份有限公司),每次 0.625 mg,每日 1 次;口服天然黄体酮(浙江仙琚制药股份有限公司),每次 100 mg,每日 1 次。观察组:口服低剂量 CEE(新疆特丰药业股份有限公司),每次 0.3 mg,每日 1 次;口服天然黄体酮(浙江仙琚制药股份有限公司),每次 100 mg,每日 1 次。两组均遵医嘱加强体育锻炼,保

[△] 通信作者, E-mail:724487033@qq.com。
本文引用格式:许晓艳,付亚均,左莉,等. 不同剂量雌激素联合天然黄体酮对围绝经期综合征患者骨密度的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(6):811-813.

持健康饮食及良好的心理状态。两组患者的用药方案均为连续序贯治疗,即 28 d 为 1 个用药周期,周期之间无停药间隔。患者均每天服用 CEE,并在每个周期的第 17 天时加用黄体酮至周期结束,连续治疗 6 个月。

1.3 评价指标 (1)性激素水平:采用放射免疫法检测血清 FSH、E₂、黄体生成素(LH)水平。(2)围绝经期症状^[5]:采用 Kupperman 评分评估患者治疗前后的围绝经期症状,总分 51 分,评分越高代表症状越严重。(3)骨密度:检测患者治疗前后的脊柱及股骨颈骨密度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS24.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗前后性激素水平比较 治疗前,两组 FSH、E₂、LH 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组 FSH、LH 水平较治疗前下降,E₂ 水平较治疗前升高,且观察组 FSH、LH 水平低于对照组,E₂ 水平高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	时间	FSH(U/L)	E ₂ (pg/mL)	LH(U/L)
观察组	54	治疗前	77.11±8.13	8.56±1.23	49.11±4.13
		治疗后	34.94±4.26 ^{* #}	22.40±1.26 ^{* #}	26.95±3.17 ^{* #}
对照组	54	治疗前	77.81±8.25	8.51±1.05	48.31±3.35
		治疗后	56.32±6.29 [*]	12.68±1.35 [*]	31.42±3.05 [*]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 Kupperman 评分比较 治疗前,观察组 Kupperman 评分为(28.91±3.13)分,对照组为(28.31±3.15)分,两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组 Kupperman 评分为(9.60±2.42)分,对照组为(18.28±2.35)分,两组 Kupperman 评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组治疗前后骨密度水平比较 治疗前,两组脊柱、股骨颈骨密度水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组脊柱、股骨颈骨密度水平均较治疗前升高,且观察组均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后骨密度水平比较($\bar{x} \pm s, g/cm^2$)				
组别	<i>n</i>	时间	脊柱骨密度	股骨颈骨密度
观察组	54	治疗前	0.64±0.16	0.61±0.27
		治疗后	0.95±0.18* [#]	0.96±0.09* [#]
对照组	54	治疗前	0.67±0.15	0.56±0.26
		治疗后	0.82±0.14*	0.84±0.13*

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$ 。

3 讨 论

卵巢功能衰退所致的内分泌失衡和雌激素缺乏可以带来一系列与绝经相关的问题或疾病,包括 MPS、泌尿生殖道萎缩、绝经后骨质疏松和心血管疾

病等^[6]。有研究显示,MPS 一般多发生于 45~55 岁女性,导致该病的原因可能与现代女性工作、生活压力过大、操劳过度、性生活不和谐、不合理使用避孕药、过度减肥、多次流产等有关。缓解不适症状和提高骨密度是 MPS 治疗的关键^[7]。既往研究证实,MHT 的核心是雌激素,MHT 的剂量主要基于雌激素的剂量,一般认为口服 CEE 0.625 mg/d 为 MHT 的标准剂量。对于 CEE 剂量的选择应遵循最低、有效、安全的原则,但 CEE 的最低剂量是多少,目前尚无明确的标准^[8]。

本研究结果显示,治疗后,观察组 FSH、LH 水平低于对照组,E₂ 水平高于对照组,说明应用低剂量 CEE(0.3 mg)联合天然黄体酮治疗 MPS 能有效调节并改善患者的性激素水平,从而达到骨保护的作用,具体机制可能与上述治疗方案能提高 E₂ 水平,抑制破骨细胞的活性及分化有关。本研究纳入的研究对象部分已绝经,部分出现月经紊乱,FSH>40 U/L,说明存在卵巢功能衰竭,治疗后 E₂ 水平升高与补充的雌激素密切相关,但本研究使用低剂量 CEE 的观察组 E₂ 水平明显高于使用标准剂量 CEE 的对照组,这一结果目前无法通过理论进行解释,相关文献也未见类似报道,还需进行相关研究进一步探讨。本研究治疗后观察组 Kupperman 评分低于对照组,表明低剂量 CEE 联合天然黄体酮治疗能明显缓解患者围绝经期症状,与王秋琴等^[9]的研究结果一致。另外,雌激素具有骨保护作用,能用于预防骨质丢失。研究发现,女性绝经后易发生骨质疏松,这是因为雌激素分泌量减少加速了骨代谢,使得骨吸收大于骨形成^[10-11]。本研究中,观察组治疗后的脊柱、股骨颈骨密度水平明显高于对照组,提示低剂量 CEE 联合天然黄体酮可有效抑制骨吸收,预防骨质丢失,从而增加骨密度,保持新骨的质量。但并非所有 MPS 患者均适合低剂量 CEE 联合天然黄体酮治疗,且临床上在根据患者年龄、绝经年限和个人情况选择具体剂量的同时,还应考虑给药途径。

综上所述,对于 MPS 患者而言,给予低剂量 CEE 联合天然黄体酮治疗可有效调节患者性激素水平,改善患者围绝经期症状,提高骨密度水平。

参考文献

[1] 张晶,周森.围绝经期综合征治疗研究进展[J].中国实用乡村医生杂志,2019,26(3):25-27.
[2] 孙亚,夏小雯,蔡亚伟,等.脱氢表雄酮对围绝经期综合征影响的研究进展[J].广西医学,2019,41(23):3053-3057.
[3] 李慧,牛彩霞.低剂量雌激素替代治疗围绝经期综合征的临床疗效及其对患者激素水平和生活质量的影响[J].临床合理用药杂志,2018,11(3):54-55.
[4] 丁坤琼,毛世华,谈宗国.坤泰胶囊与雌激素替代疗法联合治疗围绝经期综合征的疗效分析[J].蚌埠医学院学报,2018,43(9):1163-1165.

[5] 张晨虹,林惠英,魏若茜.不同激素替代治疗对围绝经期综合征妇女的效果比较[J].中国妇幼健康研究,2019,30(6):732-735.

[6] 赵宁,雷勇,刘忠杰,等.低频小剂量雌激素联合坤泰胶囊治疗围绝经期综合征临床疗效观察[J].河北医药,2016,38(19):2989-2991.

[7] 左宏玲,邓燕,王艳芳,等.低剂量与标准剂量结合雌激素联合不同孕激素应用对围绝经期综合征患者骨密度的影响[J].中华妇产科杂志,2018,53(4):243-247.

[8] 赵宁,雷勇,贾卫静,等.小剂量激素治疗对围绝经期女性生活质量和激素水平的影响[J].河北医药,2016,38(18):2808-2810.

[9] 王秋琴,邵婕.低剂量雌激素替代疗法对围绝经期综合征患者激素水平及骨密度的影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(24):63-65.

[10] 刘桂英,王雅红,闫亚男,等.自拟补肾清心汤与结合雌激素片联用对围绝经期骨质疏松症患者骨密度与骨代谢标志物的影响[J].国际中医中药杂志,2019,41(4):357-360.

[11] 张萌萌.雌激素与雌激素受体骨代谢调节作用[J].中国骨质疏松杂志,2019,25(5):704-708.

(收稿日期:2020-07-10 修回日期:2020-11-27)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.06.026

全面发育迟缓患儿维生素 D 营养状况研究^{*}

朱行美,徐其忠,黄翠凤,卢美蓉,杨 静,莫文娟,张思思,粟庆群,黄响高,黄红建[△]
广西壮族自治区贺州市妇幼保健院,广西贺州 542899

摘要:目的 探讨全面发育迟缓(GDD)患儿维生素 D 的营养状况,了解维生素 D 与 GDD 的关系。方法 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月在该院儿童康复科就诊的 GDD 患儿 101 例为观察组,选取同期 109 例体检的健康婴幼儿为对照组。检测并比较两组血清 25-羟维生素 D[25(OH)D]水平及营养状况,分析不同发育迟缓程度(边缘组、轻度组、中度组、重度组)GDD 患儿的 25(OH)D 水平及营养状况。结果 观察组 25(OH)D 水平明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组 25(OH)D 不足和缺乏率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组中不同发育迟缓程度患儿 25(OH)D 水平差异有统计学意义($P<0.05$)。重度组 25(OH)D 不足和缺乏率合计值最高,为 70.0%,边缘组 25(OH)D 不足和缺乏率合计值最低,为 38.2%。边缘组、轻度组、中度组、重度组 25(OH)D 不足和缺乏率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 GDD 患儿维生素 D 水平下降,维生素 D 缺乏与不足可能与 GDD 的发生、发展有关。

关键词:全面发育迟缓; 维生素 D; 25-羟维生素 D; 发育商
中图分类号:R748 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2021)06-0813-03

5 岁以下儿童在大运动、精细动作、语言理解与表达、适应性、个人社交等发育维度中存在 2 个及以上显著落后时,称为全面发育迟缓(GDD)^[1]。GDD 发病的相关危险因素包括染色体异常、先天性代谢病、宫内发育迟缓及严重营养不良等。近年来的研究认为,针对 GDD 患儿神经系统的早期干预及治疗可促进受损神经细胞的修复,促进脑部的健康发育^[2]。维生素 D 可作用于神经细胞、免疫细胞等多种组织细胞,适当提高体内维生素 D 水平可减轻脑组织氧化应激反应,提高神经生长因子活性,加速神经细胞分化成熟,达到修复损伤的目的^[3]。目前,国内尚缺乏对 GDD 患儿维生素 D 水平变化的相关研究,因此本研究对此进行了相关探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月在本院儿童康复科就诊的 GDD 患儿 101 例为观察组,

选取同期 109 例体检的健康婴幼儿为对照组。采用 GESELL 发育量表对观察组患儿进行发育评估,主要以发育商(DQ)作为评估大运动、精细动作、语言、适应性及个人社交 5 个行为领域发育迟缓程度的标准,并根据发育年龄与实际年龄的比值做换算,根据 GESELL 发育量表评分对 GDD 患儿进行分组,70~85 分为边缘组(34 例),50~<70 分为轻度组(40 例),35~<50 分为中度组(17 例),<35 分为重度组(10 例)。纳入标准:观察组符合 GDD 相关诊断标准;由于年龄过小而不能自主参与智力标准化测试。排除标准:合并恶性肿瘤或主要脏器功能障碍;合并佝偻病等维生素 D 缺乏所致疾病;经遗传学诊断为代谢性疾病或染色体病;发育指标异常,如存在运动、语言、精神等发育落后;脑性瘫痪;孤独症谱系障碍。两组性别、年龄、身高、体质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

^{*} 基金项目:中关村国家自主创新示范区“重大前沿原创技术成果转化和产业化”项目(2019F000G031)。
[△] 通信作者,E-mail:yfyp520@163.com。
本文引用格式:朱行美,徐其忠,黄翠凤,等.全面发育迟缓患儿维生素 D 营养状况研究[J].检验医学与临床,2021,18(6):813-815.