

~18 年, 平均(10.9±8.9) 年; 对照组男 11 例, 女 21 例, 33~65 岁, 平均(47.8±10.2) 岁, 病程 1~16 年, 平均(10.1±9.2) 年。两组患者在年龄、性别、病程方面经检验差异无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予甲氨蝶呤 7.0~12.0 mg 口服, 每周 1 次, 氟米特 10~20 mg 口服, 1 次/d。治疗组患者在对照组基础上加用云克, 将 A 剂和 B 剂各 3 支摇匀, 室温放置 5 min 后, 加入到 250 ml 0.9% 氯化钠溶液中静脉滴注, 1 次/d。连续用药 2 周为 1 个疗程, 停药 2 周再开始下一疗程, 共用 3 个疗程。

1.3 观察指标 观察并对比两组治疗前以及治疗后 12 周的临床指标及实验室指标观察: 关节压痛数、肿胀数、VAS 评分、RF、DAS28 及血常规、肝功能、肾功能, 记录有无发热、皮

疹、腹泻、淋巴结肿大等不良事件发生。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据处理, 所有计量资料均采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者相关临床参数比较 治疗 12 周后, 观察组关节压痛数、肿胀关节数、VAS 评分、RF、DAS28 等指标与治疗前相比均显著改善, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 对照组仅 VAS 评分、RF 值较治疗前显著降低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 其他指标与治疗前比较均差异无统计学意义($P > 0.05$); 与对照组比较, 观察组治疗后, 以上指标均明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前、后两组患者相关临床参数比较

组别	时间	压痛关节数	肿胀关节数	VAS 评分(mm)	RF(IU/ml)	DAS28
观察组	治疗前	15.12±5.22	12.83±4.15	54.83±18.78	489.52±102.46	6.58±2.36
	治疗后	5.98±2.12*#	4.89±1.65*#	22.64±10.88*#	220.10±100.26*#	2.62±1.02*#
对照组	治疗前	14.87±6.45	11.59±6.28	53.97±12.85	502.14±125.43	6.79±2.52
	治疗后	9.44±4.34	8.02±3.80	38.14±20.45*	361.87±98.45*	4.41±1.69

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, # $P < 0.05$

2.2 两组不良反应比较 治疗 12 周后, 对照组出现首过性转氨酶升高 3 例, 白细胞减少 1 例, 恶心、上腹部不适 1 例, 不良反应发生率为 15.15%, 观察组 2 例出现首过性转氨酶升高 2 例出现皮疹, 不良反应发生率为 12.12%, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P < 0.05$)。转氨酶升高者给予保肝药物治疗, 白细胞减少者给予促白细胞生成药物治疗, 恶心、上腹部不适者加用制酸剂及黏膜保护剂, 经对症治疗后, 以上不良反应症状均缓解。

3 讨论

治疗 RA 的常用药物可分为非甾类抗炎药、改善病情的抗风湿药、糖皮质激素和植物药四大类。来氟米特是一种新型免疫调节剂, 其作用机理主要是抑制二氢乳清酸脱氢酶的活性, 从而影响活化淋巴细胞的嘧啶合成, 体内外试验表明本品具有抗炎作用, 其体内活性主要通过其活性代谢产物而产生, 其代谢产物抑制滑膜成纤维细胞的金属蛋白酶的合成, 且可能抑制机体一氧化氮的合成从而达到免疫调节作用。RA 的相关治疗指南和原则^[4]指出: RA 一经确诊, 就应早期使用改善病情的抗风湿药物治疗, 而甲氨蝶呤应作为活动性 2A 患者的首选治疗药物之一。云克为一种核素制剂, 其有效成

分为稳态锝元素(⁹⁹Tc) 和亚甲基二膦酸盐(MDP), 因具有生物半衰期长、低毒、骨关节靶向性等药效特点, 对类风湿关节炎有很强的抗炎作用^[5]。本研究结果表明, 云克、来氟米特、甲氨蝶呤三者联合治疗 RA 安全有效, 在缓解症状及改善相关实验室指标等方面优于单独口服来氟米特和甲氨蝶呤。

参 考 文 献

- [1] 安媛, 栗占国. 甲氨蝶呤和(或)来氟米特治疗类风湿关节炎和银屑病关节炎肝损害发生情况的研究. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(2): 83.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1.
- [3] 赵洪军, 左晓霞, 游运辉, 等. 云克改善类风湿关节炎患者关节肿胀、疼痛症状的效果评估. 中国临床康复, 2005, 9(11): 28.
- [4] 冯子彦. 类风湿关节炎的诊断治疗进展. 中国误诊学志, 2012, 12(2): 262.
- [5] 周彬, 刘建, 龙武彬, 等. 云克和甲氨蝶呤联合治疗类风湿关节炎的疗效及安全性观察. 实用医院临床杂志, 2005, 2(1): 46.

酮康唑乳膏和派瑞松治疗股癣经济学分析

许冰茹

【摘要】 目的 评价酮康唑乳膏和派瑞松治疗股癣的应用效果和经济效果。方法 选择 100 例门诊股癣患者, 随机分为 A 组($n=50$, 采用派瑞松治疗)和 B 组($n=50$, 采用酮康唑乳膏治疗), 两组均外用 2 次/d, 疗程 2 周, 观察不良反应及疗效, 用药物经济学原理进行最小成本-效果分析。结果 A、B 两组的显效率分别为 88% 和 86%, B 组成本较低, 更为经济。两组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 酮康唑乳膏治疗股癣的经济效果优于派瑞松。低成本的酮康唑乳膏治疗股癣, 在性价比方面更有优势, 是治疗股癣的首选药物。

【关键词】 股癣; 酮康唑乳膏; 派瑞松; 成本-效果; 分析

作者单位: 361003 厦门大学附属第一医院药学部

股癣是指股内侧、会阴、臀部感染真菌后引起的皮肤病。笔者对派瑞松和酮康唑乳膏治疗股癣的安全性和有效性进行对比观察,并运用药物经济学方法分析优化临床治疗和合理经济用药方案。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 6 月至 2011 年 6 月我院门诊股癣 100 例患者,男 61 例,女 39 例;年龄 10 ~ 69 岁,平均 41.7 岁;起病时间 4 d ~ 5 月;将患者随机分为 A 组(n = 50,采用派瑞松治疗)、B 组(n = 50,采用酮康唑乳膏治疗)。两组在年龄、性别、病期、病程、皮疹严重程度等方面的比较均差异无统计学意义(P > 0.05),具有可比性。

1.2 入选标准和排除标准

1.2.1 入选标准 100 例患者均为我院门诊股癣病例,患者阴股部环状性皮损,界限清楚,单侧或对称发生。股癣周边并有散播性的鳞屑,水泡,丘疹,真菌皮屑镜检查阳性。皮损面积不超过 3% 体表面积,就医前一个月内无外用或口服抗真菌药。符合股癣临床诊断标准。

1.2.2 排除标准 凡就医前一个月内有外用或口服抗真菌药物及真菌皮屑镜检查呈阴性的患者均排除。

1.2.3 给药方案 A 组:派瑞松(生产商:西安杨森制药有限公司,批号:091019481,规格:15 g/盒,价格:17.13 元/盒)。B 组:酮康唑乳膏(生产商:上海通用药业股份有限公司,批

号:100315 规格:7 g/盒,价格:1.71 元/盒),A 组和 B 组均均匀外涂患处,厚度约 1 mm,并搓揉。2 次/d,疗程 2 周。观察患者的临床疗效,不良反应,及停药后 7 d 进行临床疗效评判。

1.3 疗效判断 临床疗效评价分为痊愈、显效、有效和无效 4 级标准。痊愈:患者皮疹全部消退,没有瘙痒感,真菌涂片检查为阴性。显效:患者皮疹消退 70% 以上,缓解或偶有瘙痒,真菌涂片检查为阴性。有效:患者皮疹消退 30% ~ 70%,轻度瘙痒感,真菌涂片检查为阳性。无效:患者皮疹消退 30% 以下或未消退或加重,有较明显瘙痒感,真菌涂片检查为阳性。痊愈与显效合计,计算总有效率。

1.4 不良反应观察 观察每位患者在治疗期间的任何不良反应。派瑞松为偶见过敏反应。酮康唑乳膏为局部偶见过敏反应,如出现皮肤烧灼感、红斑、瘙痒、针刺感等。偶可引起变态反应性接触性皮炎。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件。计量资料采用 t 检验;计数资料以 χ^2 检验处理。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果与分析

2.1 临床安全性及疗效评价 A、B 两组经过 14 d 药物治疗后,两组不同药物治疗方案的不良反应和疗效见表 1。

表 1 不良反应和疗效

组别	例数	疗效				总有效率/ 百分比	不良反应	
		痊愈例数/ 百分比	显效例数/ 百分比	好转例数/ 百分比	无效例数/ 百分比		例数	百分比
A 组	50	18(36%)	26(52%)	4(8%)	2(4%)	88%*	11	22%*
B 组	50	18(36%)	25(50%)	5(10%)	2(4%)	86%	12	24%

* 经 χ^2 检验,两组治疗结果和不良反应比较(P > 0.05),差异无统计学意义

2.2 成本的确定 成本是指某一特定治疗方案或药物治疗所消耗资源的价值,用货币单位(元)来表示^[1],成本包括直接成本、间接成本和隐性成本。本研究中股癣患者均为我院门诊病患,均为外用给药,其他费用一致,故只计算药品费用。药品费用的计算参照福建省 2010 ~ 2011 年的“三级甲等医院”医疗项目的收费价格标准和集中招标采购中标药品零售价格。

2.3 最小成本分析 成本-效果分析的目的在于寻求达到某一治疗效果时成本较低的治疗方案,最小成本分析法是评估具有同样临床效果的不同临床治疗方案成本之间的差异,即在证实安全性和有效性等同的情况下,以成本低的方案为优选方案。因 A、B 两组不同治疗方案所产生的治疗效果差异无统计学意义,故采用最小成本分析法。依据我院 2010 ~ 2011 年药品零售价格,计算两组药品成本: A 组派瑞松 $C_A = 15 \times 7 \times 17.13 = 1798.65$ 元; B 组酮康唑乳膏 $C_B = 7 \times 15 \times 1.71 = 179.55$ 元。显然 B 组酮康唑乳膏更为经济, B 组成本为优选方案。

2.4 敏感度分析 在研究过程中,由于分析数据存在不稳定性,使得分析结果与真实情况往往存在一定偏差,需进行敏感度分析,敏感度分析就是为了验证不同假设或评估对分析结果的影响,在分析各项成本中,药品成本的波动性比较大,因此假设药品价格下调 10% 进行敏感度分析,结果见表 2。可知,敏感度分析与成本-效果分析的结果相似,药品价格波动对分析结果的影响不大,故分析结果是可信的。

表 2 敏感度分析

组别	成本 (C, 元)	效果 (E, %)	C/E
A 组	1618.79	86	18.82*
B 组	161.60	85	1.90

注: * 两组比较 P < 0.01

3 讨论

3.1 治疗股癣一般局部外用不含激素的抗真菌药。股癣在原则上以外用药治疗为宜,疗程要足够,以保证治疗彻底。切忌搽用激素类药物,以免产生免疫抑制作用,使局部抵抗力降低而诱发感染。

3.2 酮康唑乳膏可抑制真菌麦角甾醇生物合成并改变细胞膜其他脂类化合物的组成。对皮癣菌、酵母菌、双相真菌具有抑菌和杀菌活性。

3.3 派瑞松主药为曲安奈德和硝酸益康唑,前者为中效氟化皮质类固醇,抗炎作用强^[2]。后者通过抑制细胞色素 P450 酶,干扰真菌细胞麦角固醇的合成,改变细胞通透性,阻止营养物质摄取,导致真菌死亡。两者搭配起到协同效应^[3]。

3.4 通过临床安全性及临床疗效观察结果表明: A 组(派瑞松)外用治疗 50 例股癣的总有效率为 88%; B 组(酮康唑乳膏)外用治疗 50 例股癣的总有效率为 86%,两组相比在总有效率及不良反应方面均无统计学差异。观察显示,酮康唑乳膏治疗股癣的经济效果优于派瑞松,且安全,几乎无毒副作用。

3.5 我院应用酮康唑乳膏治疗股癣患者,该药使用方法简单,安全经济有效,且用后患者痛苦小,患者用药依从性高。

A、B 两组药物最小成本分析和敏感度分析的结果表明,在有效性和安全性等同的情况下,低成本的酮康唑乳膏在性价比方面更有优势,是治疗股癣的首选药物。

参 考 文 献

[1] 徐瑞正. 药物经济学及其分析. 中国新药与临床杂志, 2000, 19

(2): 139.

[2] 耿建丽, 赵辩. 外用抗炎抗菌复方制剂-派瑞松. 临床皮肤科杂志, 1999, 28(6): 189.

[3] 杨新利, 刘邯英, 陈士勇. 硝酸益康唑联合曲安奈德霜治疗念珠菌性包皮龟头炎疗效观察. 中国误诊学杂志, 2008, 8(1): 85-86.

中西医结合治疗重度宫颈糜烂的临床观察

於永梅

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗重度宫颈糜烂的临床疗效。方法 选取 2008 年 1 月至 2011 年 1 月期间,来本院求诊宫颈糜烂患者中 65 例重度患者为研究对象。全部患者采取中西医结合治疗,对疗效进行统计分析,并观察可能出现的药物不良反应情况。结果 全部 65 例患者采取中西医结合对重度宫颈糜烂进行治疗,效果较好,一个月治疗后,痊愈率为 78.5%,总有效率为 96.9%,仅 2 例无效转手术治疗;无毒副作用和与药物相关的不良反应。结论 采取中西医结合方法对重度宫颈糜烂患者进行治疗,疗效显著,值得基层医院临床推广。

【关键词】 中西医结合;重度宫颈糜烂;临床疗效

宫颈糜烂是妇科常见疾病,多发于已婚及有性生活史的妇女。如果治疗不积极,重度宫颈糜烂可能发展为宫颈癌变^[1]。对重度宫颈糜烂的治疗有很多方法,但实际疗效都不够理想。本文通过中西医结合治疗重度宫颈糜烂,取得不错疗效,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2011 年 1 月期间,来本院求诊宫颈糜烂患者中 65 例重度患者为研究对象。其中已婚 58 例,未婚有性生活史 5 例;年龄 22~56 岁,平均(34.2±9.6)岁;患者病程 1~14 年,平均(7.8±4.7)年。患者均进行阴道清洁度、宫颈刮片和阴道镜检查,依据患者白带增多程度或接触性出血等症状确诊为宫颈糜烂,并根据宫颈糜烂面积(糜烂面积大于整个宫颈面积的 2/3),确定为重度宫颈糜烂。临床表现有带下色黄秽臭,少腹和腰背有隐隐胀痛感,尿频尿急等,部分病例有带下夹出现少量血丝、性交疼痛、性交出血和阴痒等症状。已经排除不符合要求患者:经过宫颈刮片细胞学或宫颈多点活检组织检查,宫颈上发生皮类瘤样病变或已经恶化为宫颈癌患者;经过常规白带检查,合并有念珠菌性阴道炎、滴虫性阴道炎、淋病、细菌性阴道病患者;临床特征检查,合并有生殖器疱疹、尖锐湿疣及非淋菌性宫颈炎患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 西医治疗 口服药物:甲硝唑口服剂 0.4 g/次,服用 3 次/d。栓剂药物:在月经完成干净 3 d 后,于每晚睡前使用,先将外阴清洗干净后,将通化金马药业有限公司生产的治糜灵栓 1 粒塞入阴道,用专用工具顶到接近宫颈处。注意用药期间禁止性生活。

1.2.2 中医治疗 根据药方自制口服,1 剂/d,每剂用水煎分 2 次服用。15 d 为 1 个疗程,一般连续用药 2 个疗程。药方组成药物及每剂用量:土茯苓 30 g、苦参 20 g、黄柏 10 g、革解 20 g、薏苡仁 15 g、车前仁 15 g、白术 10 g、红藤 20 g、败酱草 15 g、鱼腥草 15 g、银花 10 g、甘草 10 g。对于带下夹血丝的患者每剂药方加入炒地榆 15 g;阴痒患者加入白藓皮 15 g;脾虚

湿盛患者加入党参 12 g、苍术 10 g;少腹胀痛患者加入延胡索 10 g、川楝子 10 g。

1.3 疗效评价 对治疗效果进行评价:患者临床症状完全解除,宫颈糜烂面全部愈合,视为痊愈;患者症状有明显改善,宫颈糜烂面积缩小 2/3 以上,视为显效;患者症状有所一定改善,宫颈糜烂面积缩小 1/3 以上,视为有效;如果患者症状没有改善,宫颈糜烂面积或者进一步恶化,则视为无效;无效患者根据其意愿或转入手术等其他方式治疗。统计治疗总有效率=(痊愈例数+有效例数+显效例数)×100%/总例数。

2 结果

全部 65 例患者采取中西医结合对重度宫颈糜烂进行治疗一个月,疗效良好,治疗总有效率为 96.9%。其中痊愈者 51 例,占 78.5%;显效者 8 例,占 12.3%;有效者 4 例,占 6.2%;无效者 2 例,占 3.1%。除痊愈和无效患者外,其余患者继续治疗;2 例无效患者转入手术治疗。经过观察,患者全部无毒副作用,无与药物相关的不良反应现象。

3 讨论

宫颈糜烂是女性生殖系统中最多见的并发炎症性疾病。有文献显示,已婚或有性生活史的女性宫颈糜烂发病率达 50%^[2],如果不加以重视,逐渐发展成为重度宫颈糜烂,最后可能演变为宫颈癌。因此,对宫颈糜烂进行积极治疗可以保障妇女健康和预防宫颈癌的发生。对宫颈糜烂的治疗方式很多,近年来有报道认为采用 CO₂ 激光照射治疗对其有显著效果,疗效优于其他药物治疗和物理治疗^[3]。但也有文献经研究发现采用 CO₂ 激光照射对中、重度宫颈糜烂治疗效果并不让人满意,且激光治疗术后患者可能出现阴道流血量增多,流量增多,治疗时间长,伤口愈合慢等情况^[4]。

治糜灵栓以儿茶、苦参、冰片、枯矾和黄柏等成分主,其治疗机制主要有:①改善阴道环境,治糜灵栓 PH 值为 3.5~4.5^[5],与正常情况下阴道酸度环境一致,从而可以抑制致病细菌的繁殖与生长。②具有抑菌作用,治糜灵栓有抗感染和提高细胞吞噬病菌能力的功效,对于导致宫颈糜烂的大肠杆菌、绿脓杆菌和导致阴道炎的真菌、滴虫病菌有极强的抑制作用。③祛腐生肌的作用,可使糜烂层炎性腺体被彻底破坏,能够凝

作者单位:277600 山东省微山县中医院妇科