

· 临床经验 ·

预防和治理骨质疏松症的常用药物

徐若男¹, 王丁丁², 朱小蔚¹

[摘要] 探讨预防和治理骨质疏松症的药物选择方法和种类。不同病因的骨质疏松症患者应根据情况选择合适的药物积极治疗,有效地预防骨质疏松性骨折。

[关键词] 骨质疏松症;预防;治疗

[中图分类号] R681.4 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1672-271X(2011)06-0540-02

骨质疏松引起骨折的发生率在全球范围内日益上升,骨质疏松症由于导致了越来越多的骨折发生和死亡,日益受到人们关注^[1]。从前由于对骨质疏松症的后果重视不够,很少有非骨折患者因骨质疏松而治疗。因此,合理应用药物预防和治理骨质疏松症,减少骨折发生是一个相当重要的问题。防治骨质疏松的药物主要有:①骨吸收抑制剂如降钙素、双膦酸盐、雌激素、选择性雌激素受体调节剂等;②促骨形成药物如氟化物、甲状旁腺素、生长激素、同化激素等;③促进骨矿化药物如钙制剂、维生素 D 类等。现将预防和治理骨质疏松症的常用药物概述如下。

1 钙和维生素 D

钙制剂在骨质疏松症的预防和治理中占有重要的地位。补钙可以暂时升高血钙浓度,延缓骨代谢,减少甲状旁腺激素的生成并增加骨重建部位的活化,能够减慢绝经后妇女在不同部位的骨丢失速度。大量流行病学研究表明,老年男性和女性患者每年肌肉注射维生素 D 或每日补充钙和维生素 D 可以减少非脊柱骨折的发生。

2 雌激素类

雌激素通过作用于骨细胞雌激素受体从而促使骨生成增加、骨吸收减少。另外,雌激素也有增加钙吸收、减少钙丢失的作用。临床试验显示,在服用雌激素的绝经后妇女中,骨丢失速度通常减慢,如果在绝经后不久就开始服用雌激素则可以维持或增加

骨质量^[2]。但是,使用雌激素治疗需注意其非骨骼效应。长期使用雌激素会增加罹患乳腺癌的风险,还有深静脉血栓(CVT)和肺栓塞的危险^[3]。

3 双膦酸盐类

双膦酸盐是稳定的焦磷酸盐类似物,能够与骨骼中羟基磷灰石结晶牢固结合,通过抑制破骨细胞的生成和活性并增加其凋亡,从而抑制骨吸收和破坏。该类药物包括:依替膦酸盐(Etidronate)、阿仑膦酸盐(alendronate)、利塞膦酸盐(Risedronate)和唑来膦酸盐(Clodronate)。

4 选择性雌激素受体调节剂(SERM)

SERM 根据靶组织不同而发挥雌激素受体激动剂或拮抗剂作用。雷洛昔芬竞争性抑制雌激素在乳腺和子宫内膜的作用,在骨和脂代谢中发挥雌激素激动剂作用。对绝经后早期的妇女,雷洛昔芬能防止绝经后所有骨骼部位的骨丢失,另外还具有降脂作用,可降低动脉粥样硬化的风险^[4]。

5 降钙素

降钙素是由甲状腺 C 细胞产生的一种多肽,通过直接抑制破骨细胞活性减少骨吸收。通过皮下或肌肉注射给药时,不良反应有恶心、腹泻、面部潮红等;通过鼻内给予鲑鱼降钙素则无明显不良反应。

6 甲状旁腺激素

有证据表明,对于因性腺切除术导致的骨质疏松,通过间歇性注射甲状旁腺激素(PTH)刺激骨外膜及骨内膜表面新骨生成、恢复骨强度,使骨皮层和骨小梁加厚,可能会增加骨小梁数量及其联接。使用大剂量 PTH 偶尔会出现恶心和头痛等不良反应。美国和欧洲已批准每日使用 PTH 20 μg 用于骨质

作者简介: 徐若男(1982-),女,江苏泰兴人,本科,药师,从事军队干部保健工作

作者单位: 1. 210002 江苏南京,南京军区南京总医院保健办; 2. 210003 江苏南京,解放军 73852 部队药品供应站

疏松症的治疗。

7 其他药物

阿法骨化醇和骨化三醇是维生素 D 衍生物,研究证明骨质疏松患者使用骨化三醇与使用钙制剂相比,脊柱骨折发生率明显降低。但维生素 D 衍生物能够诱导高钙血症和高钙尿症,导致肾损害或肾结石,应监测血和尿钙浓度,必要时调整剂量。

根据目前的研究结果,阿仑膦酸盐、雷洛昔芬、利塞膦酸盐能够明显减少脊柱骨折的发生,而钙和维生素 D 则是减少老年人非脊柱骨折最安全和有效的选择。PTH 能够降低脊柱骨折和非脊柱骨折风险,对严重骨质疏松患者是极好的选择。预防骨质疏松症的药物选择需要根据患者的个体情况,考虑患者年龄、骨密度和存在的其他危险因素,雌激素可以作为出现绝经综合症的妇女早期预防骨质疏松的首选药物,而对远离绝经期的妇女非脊柱骨折的高危人群,可以选用雷洛昔芬或双膦酸盐。此外,由

骨质疏松导致骨折后治疗和护理近年来也有了较多的研究。总之,骨质疏松应该引起社会的足够重视^[5]。

【参考文献】

- [1] 罗助荣. 骨保守治疗桡骨远端骨折的愈后分析[J]. 东南国防医药, 2010, 6(11): 523-525.
- [2] Bowring CE, Francis RM. National Osteoporosis Society's Position statement on hormone replacement therapy in the prevention and treatment of osteoporosis[J]. Menopause Int, 2011, 17(2): 63-65.
- [3] Narod SA. Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer[J]. Nat Rev Clin Oncol, 2011, 8(11): 669-676.
- [4] Goldstein SR, Duvernoy CS, Calaf J, et al. Raloxifene use in clinical practice: efficacy and safety[J]. Menopause, 2009, 16(2): 413-421.
- [5] 王美霞, 袁 鹰, 于沛林. 骨质疏松症药物治疗进展[J]. 青岛医药卫生, 2010, 42(5): 372-373.

(收稿日期: 2011-08-05)

(本文编辑: 潘雪飞)

· 短 篇 ·

手转胎头术配合体位改变纠正持续性枕横位的临床效果观察

孔凤琳, 胡美霞, 周丽英, 李兰妹

[关键词] 持续性枕横位; 手转胎头术; 体位改变; 剖宫产率

[中图分类号] R714.44 [文献标志码] B [文章编号] 1672-271X(2011)06-0541-02

胎头位置异常在头位难产中占的比例很高, 持续性枕横位占胎头位置异常的 24.95%^[1]。为了解手转胎头术配合体位改变纠正持续性枕横位的效果。本文对 100 例持续性枕横位的孕妇进行比较, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 对象 2008 年 1 月至 2009 年 12 月在我院住院、宫口扩张 6 cm 以上出现延缓或停止超过 2 h, 经阴道检查证实为枕横位的初产妇, 均为单胎, 骨盆内诊无明显头盆不称, 无严重合并症, 胎膜已破, 羊水正常。100 例随机分两组, 观察组 50 例, 年龄(26.32 ± 3.12)岁, 孕周(39.2 ± 1.6)周, B 超预测胎儿体重(3000 ± 332)g, 胎儿双顶径(9.2 ± 1.3)cm; 对照组 50 例, 年龄(26.22 ± 2.51)岁, 孕周(39.2 ± 1.3)周, B 超预测胎儿体重(3000 ± 349)g, 胎儿又顶径(9.2 ± 1.6)cm。两组产妇年龄、孕周、胎儿体重及双顶径无显著差异, 具有可比性。

1.2 手转胎头术指征 ①无骨盆狭窄, 无明显头盆不称; ②宫颈扩张 6 cm 后出现延续或停滞; ③胎头骨质部分坐坐骨棘水平或以下; ④静脉点滴缩宫素加强产力已无自然转位; ⑤胎膜已破; ⑥无前置胎盘, 胎盘早剥; ⑦胎儿情况良好, 无胎儿窘迫, 胎儿体重估计在 4000 g 以下。

1.3 方法 两组均行缩宫素处理, 观察组加用手转胎头术配合体位改变方法, 孕妇排空膀胱, 取膀胱截石位, 常规消毒外阴、阴道, 术者右手戴无菌手套, 根据大小凶门及矢状缝位置确定胎方位, 矢状缝位于骨盆横位上, 小凶门位于骨盆右侧为右枕横, 位于骨盆左侧为左枕横, 并了解骨盆、胎方位、宫口扩张情况, 充分评估胎头转位成功后经阴道分娩的可能性, 在宫缩间歇期时, 将右手食指与中指伸入阴道内, 与矢状缝平行, 食指与中指成 30°, 指端位于小凶门处, 在宫缩间歇期缓慢旋转胎头, 右枕横位顺时针方向转 45° ~ 90°, 左枕横位作逆时针旋转 45° ~ 90°, 并待宫缩 2 ~ 3 次, 感胎头下降并不再回转, 胎头固定于枕前位时将手抽出。施术后孕妇向胎儿肢体方向侧卧位, 即左枕横位时向右侧卧位, 右枕横位