血清孕酮和绒毛膜促性腺激素检测在异位妊娠诊治中的临床应用

张辉华[1]　张邵银[2]　区秀丽[1]　黄维芳[1]　李民喜[1]　郭艳容[1]

（1 广东省肇庆市鼎湖区人民医院　肇庆 526070；2 湖南省洪江市人民医院　洪江 418100）

摘要：目的：探讨检测血清孕酮和绒毛膜促性腺激素在异位妊娠诊治中的临床应用。方法：选择已确诊的异位妊娠患者 27 例及正常宫内妊娠者 30 例，检测并比较 2 组患者的血清孕酮和绒毛膜促性腺激素值。27 例异位妊娠患者，给予米非司酮 150mg，qd，共 4d 及单次肌注 MTX 50mg，观察治疗过程中血清孕酮和绒毛膜促性腺激素降至正常值以下所需的时间。结果：(1)正常宫内妊娠的血清孕酮值显著高于异位妊娠(P<0.001)。(2)在米非司酮和 MTX 治疗成功的患者中，血清孕酮降至正常值以下所需的时间显著短于绒毛膜促性腺激素降至正常值以下所需的时间(P<0.01)。结论：异位妊娠的血清孕酮值显著低于正常宫内妊娠，其检测手段简便、快捷，可以作为一种早期诊断异位妊娠的手段。在治疗异位妊娠的过程中，血清孕酮降至正常值以下所需的时间显著短于血清绒毛膜促性腺激素降至正常值以下所需的时间，因此血清孕酮可以作为监测治疗异位妊娠成功与否的良好标志物。

关键词：异位妊娠；血清孕酮；绒毛膜促性腺激素；诊断；治疗

中图分类号：R 714.22　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)03-0068-02

近年来，异位妊娠的发病率逐渐升高，是妊娠头 3 个月中孕妇死亡的重要原因，占与妊娠相关死亡 9%~13%[1]。异位妊娠的早期诊断对降低死亡率、选择合适的治疗方法以及提高患者以后的受孕率非常重要，也可以提高异位妊娠破裂前的确诊率，为保守治疗异位妊娠提供了有利条件。为此，我们通过测定血清孕酮和绒毛膜促性腺激素，以探讨其在异位妊娠诊治中的临床应用。

1　资料与方法

1.1　研究对象　2004 年 10 月 ~2006 年 9 月住院治疗的异位妊娠患者，共 27 例，作为研究组。根据病史、体征以及 B 超检查、阴道后穹窿穿刺确诊。正常宫内妊娠病人来自同期门诊就诊病例 30 例，作为对照组。2 组病例在年龄、孕产史、孕龄等方面无统计学差异。

1.2　治疗方法　已确诊的 27 例异位妊娠患者，予以药物保守治疗，米非司酮 150mg，1d 1 次，共 4d，同时单次注射 MTX 50mg。保守治疗前抽血查肝肾功能、血常规及血型。药物保守治疗的适应证：(1)输卵管妊娠未发生破裂或流产，(2)输卵管妊娠包块直径≤4cm，(3)血 β-HCG <2 000 U/L，(4)无明显内出血，(5)无药物治疗的禁忌证。

1.3　观察方法　27 例异位妊娠患者治疗前治疗后第 4 天、第 7 天以及以后每周采集血清一次，直至血清孕酮、绒毛膜促性腺激素降至正常范围内。30 例正常宫内妊娠者同法采集血清，并保存送检。

1.4　治愈标准　(1) 血清 β-HCG <5 U/L，血清孕酮 <5nmol/L，(2)B 超检测附件包块直径缩小≥50%甚至消失，(3)未行手术治疗，(4)腹痛缓解或消失，阴道流血减少或停止。

2　结果

2.1　血清孕酮值的比较　见表 1。

表 1　异位妊娠与正常宫内妊娠血清孕酮值比较　($\overline{X}\pm S$) nmol/L

	n	血清孕酮值	P
研究组	27	31.83± 20.26	<0.001
对照组	30	80.45± 25.34	

从表 1 可以得出，异位妊娠患者的血清孕酮值为(31.83± 20.26)nmol/L，正常宫内妊娠患者的血清孕酮为(80.45± 25.34)nmol/L，通过统计学比较差异显著（P < 0.001）。

2.2　确定血清孕酮的临界点　当血清孕酮值取临界值为 60nmol/L 时，其灵敏度为 88.89%，漏诊率为 11.11%，特异性为 83.33%，即在 30 例正常宫内妊娠患者中，按照该标准，有 5 例被误诊为异位妊娠，误诊率 16.67%。

2.3　米非司酮加 MTX 治疗后血清孕酮与绒毛膜促性腺激素下降时间及其关系　见表 2。

表 2　血清孕酮、β-HCG 下降至正常值所需时间　($\overline{X}\pm S$)　d

	下降至正常值时间	P
血清孕酮	14.68± 5.63	<0.01
β-HCG	26.10± 5.78	

在 27 例米非司酮加 MTX 治疗的异位妊娠患者中，有 3 例治疗失败，改为手术治疗，占 11.11%。其余的 24 例患者中，血清孕酮下降至正常值 (5nmol/L) 所需的时间为（14.68±

****

诊断恶性心包积液有较高的敏感性和特异性，且 FCM DNA 倍体分析较为简单、易行，值得推广应用。

参考文献

[1]Kiein F A,Herr HW,Sogani PC,et al.Detection and follow-up of carcinoma of the urinary bladder by flow cytometry [J].Cancer, 1982,50：389

[2]Joseph E,Fuhr JE,Anthony A,et al.Flow cytometric analysis of pulmonary fluids and cells for the detection of maliganancies [J]. AMJPathol,1992,141(1)：211

[3]Bartal AH,Gazitt Zidan G,Vermeuben B,et al.Clinical and flow cytometry characteristics of malignant pleural effusions in patients after intracavitary administration of methyprednisolone acetate [J]. Cancer,1991,67(10)：3 136~3 140

[4]Merkel DE,Mc Guire WL.Ploidy proliferative activity and prognosis DNA flow cytometry of solid tumor[J].Cancer,1990,65(4)：1 194~1 205

[5]Alaner KA,Klemi PJ,Kujari H,et al.Comparion of fresh ethanol preserved and paraffin embedded samples in DNA flow cytometry [J].Gytometry,1989,10(1)：81~85

（收稿日期：2006-07-28）

何晓晖治疗脾胃病验方探析

艾瑛

（江西中医药高等专科学校　抚州 334000）

关键词：脾胃病；何晓晖；经验方

中图分类号：R 256.3　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)03-0069-02

何晓晖教授、主任中医师，中国中西医结合学会消化专业委员会常委，江西中医药高等专科学校校长。2005 年获全国五一劳动奖章，江西省名中医，全国第三批名老中医学术经验继承工作导师，从事中医临床、教学、科研工作 30 余年，医术精湛，学验俱丰，在中医治疗胃病方面有独到之处。其潜心方药，独具匠心，创拟新方，多有发挥，每于临证，常起沉疴顽疾。现择其数方，探析于后：

1　和胃调中汤

1.1　*主治病证*　慢性胃炎、胃十二指肠溃疡，寒热虚实夹杂型。症见胃脘疼痛胀闷，灼热嘈杂，嗳气泛酸，咽喉不利，大便不调，舌苔白或黄，脉细弦或缓。

1.2　*方药组成*　姜半夏 10g，干姜 3g，黄连 5g，黄芩 10g，党参 12g，吴茱萸 3g，白芍 12g，白术 12g，茯苓 15g ，枳壳 12g，丹参 12g，蒲公英 15g，海螵蛸 15g，莱菔子 12g，每日 1 剂，水煎服。加减：脘痛明显者，加木香、玄胡索；脘腹胀闷甚者，加厚朴、大腹皮；胃冷明显者，加桂枝、制附子；大便干结者，加大黄、虎杖；大便溏薄者，加山药、扁豆；泛酸明显者，加瓦楞子、浙贝母；嗳气明显者，加旋复花。

1.3　*方义分析*　何师认为脾胃疾病多病程长，反复发作，其病机多虚实夹杂，寒热并存，气血同病，湿食同阻。本方由半夏泻心汤、四君子汤等方化裁组成，其中半夏泻心汤辛开苦降，除实补虚，寒热并治；四君子汤健脾益胃运湿。配黄连、吴茱萸、白芍疏肝和脾，清热降逆；枳壳、莱菔子理气化滞；丹参理血活血；蒲公英清热健胃；海螵蛸制酸护膜：诸药合用，以平调中焦脾胃阴阳寒热虚实升降。“治中焦如衡，非平不安。”和胃调中汤以“衡”为法，即寒热并治，攻补兼施，升降相宜，气血同调，湿食同理，以达调和脾胃之效。

1.4　*典型病案*　许某，男，40 岁，交警干部，1998 年 3 月 1 日初诊。近 1 年来胃脘痞胀不适，饥时嘈杂，食后稍舒，喜热食，纳可，胸骨后灼热，大便时结时溏，口干口苦，消瘦，面色萎黄，脉沉细。胃镜及病理切片诊断为“食道炎、慢性萎缩性胃炎、胃黄色瘤、十二指肠球部溃疡”，西医治疗不显。辨证为寒热并兼，虚实夹杂，气滞血瘀，气阴两虚。治宜虚实同调，寒热并治，益气养阴，化瘀抗化。方予和胃调中汤加减。药用姜半夏 8g，黄连 4g，干姜 2g，吴茱萸 3g，太子参 15g，茯苓 12g，白术 12g，白芍 15g，蒲公英 15g，莱菔子 15g，陈皮 6g，北沙参 12g，五灵脂 10g，石见穿 12g，刺猬皮 10g，7 剂。锡类散 14 支，吞服，每次 1 支，每天 2 次。二诊时胃脘灼热见减，痞胀已缓，精神好转，仍时有口苦，大便时结，舌脉如前。前方去北沙参，加龙胆草 3g ,7 剂。三诊诸症见缓，再投前方加减。 11 周后，胃无所苦，诸症均消失。 胃镜及病理切片复查为“慢性浅表性胃炎”，萎缩性改变、黄色瘤、溃疡均消失。再服胃康 4 号丸（院内制剂）1 月，以巩固疗效。 随访 8 年，胃无所苦。

2　健脾益营汤

2.1　*主治病证*　脾营虚证，慢性虚损性疾病，以营养不良和消化不良为临床表现者，常见于消化道慢性疾病、营养不良性疾病、寄生虫、恶性肿瘤及慢性消耗性疾病等。

2.2　*方药组成*　太子参 20g，白术 15g，山药 15g，莲肉 15g，茯苓 20g，薏苡仁 20g，扁豆 15g，鸡内金 10g，陈皮 6g，山楂 12g，大枣 5 枚，每日 1 剂，水煎服。 加减：脾营虚证以营养不

5.63）d，β-HCG 下降至 5U/L 以下所需的时间为（26.10±5.78）d，两者在统计学上比较差异极具显著性(P<0.01)。

3　讨论

异位妊娠是妇产科常见急腹症，其发生率呈逐年增高趋势。传统的异位妊娠诊断是根据病史、体征、B 超检查、后穹窿穿刺以及连续的 β-HCG 测定。β-HCG 放射免疫测定确定早孕，其准确率可达 99%~100%，但异位妊娠 β-HCG 低于正常宫内妊娠，其倍增在 2d 内亦不足 66%，且 β-HCG 阳性时亦不能确定妊娠在宫内或宫外，因此，单次血清 β-HCG 测定对异位妊娠的早期诊断没有价值，需行异位妊娠 β-HCG 动态测定观察，使诊断时间推迟 2~3d 以上。异位妊娠治疗原则以手术治疗为主，其次为非手术治疗。但对于有生育要求的年轻妇女来说，考虑行保守性手术和非手术治疗。

血清孕酮在妊娠 8 周前主要由卵巢黄体和滋养细胞分泌合成，12 周胎盘完全形成后，孕酮水平迅速提高，但血清孕酮值在 5~10 周内与孕龄是不相关的[2]，是稳定的，且检测手段方便快捷，数小时即可得到结果，为临床早期诊断与治疗异位妊娠创造了机会，尤其是需要保留生育功能的妇女。

本研究观察了 24 例治疗成功的异位妊娠患者血清孕酮值降至 5nmol/L 以下所需的时间和 β-HCG 值降至 5U/L 以下所需的时间，所得结果显示血清孕酮值降至正常所需的时间明显短于血清 β-HCG 降至正常所需的时间（P<0.01）。所以，我们可以得出，血清孕酮下降的速度快于 β-HCG，使血清孕酮成为又一种比 β-HCG 更好的治疗异位妊娠成功的标志物，为保守治疗异位妊娠、缩短治疗时间提供了良好的依据。

参考文献

[1]Washington AE,Katz P.Ectopic prenancy in the United States: E-conomic consequences and payment source trends [J].Obstet Gynecol,1993,81：287~292

[2]TulchinskyD,Hobel CJ.Plasma human chorionic gonadotropin, es-trone,estradiol,progesterone,and17 α -hydroxy-progesterone in human pregnancy[J].Am J Obstet Gynecol,1973,117：884~893

（收稿日期：2006-12-25）