

地屈孕酮治疗先兆流产合并宫腔积血 30 例疗效观察

曾淑琴¹ 崔英²

(1 南昌航空大学医院 南昌 330034; 2 江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 先兆流产合并宫腔积血; 地屈孕酮; 疗效观察

中图分类号: R 714.21

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.050

先兆流产是妊娠期的常见病, 是指妊娠 28 周前, 出现阴道流血, 伴或不伴下腹痛及腰痛, 妇检宫口未开, 胎膜未破, 妊娠产物未排出, 子宫大小与停经天数相符, 妊娠有希望继续者^[1]。本文采用地屈孕酮联合止血合剂治疗先兆流产合并宫腔积血 30 例, 疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文选取 2011 年 9 月~2012 年 6 月我院收治的先兆流产合并宫腔积血的病人 60 例, 随机分为两组, 年龄 20~38 岁, 病程最短 1 h, 最长半个月。两组在年龄、病程长短、病情严重程度方面无显著差异, 有可比性。

1.2 诊断标准 根据第七版《妇产科学》制定的标准制定, 妊娠 28 周前, 出现阴道流血, 伴或不伴下腹痛及腰痛, 妇检宫口未开, 胎膜未破, 妊娠产物未排出, 子宫大小与停经天数相符, 妊娠有希望继续者。B 超示: 宫内见活胎, 宫腔积血。

1.3 治疗方法 对照组采用止血合剂 (5% 葡萄糖注射液 500 mL、酚磺乙胺 3.0 g、止血芳酸 0.3 g、维生素 C 3.0 g) 静脉滴注, 每日 1~2 次。治疗组在此基础上, 加地屈孕酮口服, 每次 20 mg, 每日 2 次。

1.4 疗效判定标准 治愈: 临床症状消失, B 超示胚胎发育正常, 宫腔积血消失; 有效: 临床症状减轻, B 超示胚胎发育正常, 宫腔积血减少; 无效: 临床症状无明显改善, B 超示胚胎发育正常或胚胎停育, 宫腔积血无变化或较前增多。

1.5 结果 治疗 5 d 后复查 B 超, 治疗组治愈 3 例, 有效 15 例, 无效 12 例; 对照组治愈 0 例, 有效 10 例, 无效 20 例。未治愈病例 10 d 后复查 B 超, 治疗组治愈 10 例, 有效 15 例, 无效 2 例; 对照组治愈好。但电动腰椎牵引和踩跷联合治疗更偏于解决引起腰椎间盘突出症的宏观因素, 如果配合针灸、内服中药, 则微观得调、正虚得补、实邪得泻, 治疗的长期疗效会更好。

参考文献

[1] 曾祥宏, 刘兵. 腰椎间盘突出症的病因及其机制分析[J]. 长江大学学报(自然科学版)·医学卷, 2010, 9(3): 72-73
[2] 徐宝华. 腰椎间盘突出症病因及社区防治[J]. 社区医学杂志, 2010, 8(14): 64-65

6 例, 有效 10 例, 无效 14 例。未治愈病例 15 d 后复查 B 超, 治疗组治愈 9 例, 有效 6 例, 无效 2 例; 对照组治愈 5 例, 有效 8 例, 无效 11 例。未治愈病例 1 个月后复查 B 超, 治疗组治愈 5 例, 有效 3 例, 无效 0 例; 对照组治愈 7 例, 有效 2 例, 无效 10 例。结果统计, 1 个月后治疗组共治愈 27 例, 有效 3 例, 无效 0 例, 总治愈率 90%; 对照组共治愈 18 例, 有效 2 例, 无效 10 例, 总治愈率 60%。

2 讨论

宫腔积血根据出血的位置不同分为绒毛膜下出血和胎盘后出血。出现宫腔积血的原因是由于黄体酮介导的免疫调节机制失败, 出现胎儿母亲界面免疫冲突, 导致 Th₁ 细胞因子 (损伤性细胞因子) 超过 Th₂ 细胞因子 (保护性细胞因子), 出现血管凝血障碍, 蜕膜血管断裂, 出现绒毛膜下出血, 严重者会导致妊娠丢失。关于宫腔积血的治疗, 目前多为中药治疗, 地屈孕酮治疗宫腔积血的报道鲜见。

地屈孕酮是一种逆转孕酮, 这一结构上的微调使其表现出高度选择性的孕激素作用, 具有无雌激素、雄激素及肾上腺皮质激素的作用, 无女胎男性化趋向, 不良反应少^[2]。地屈孕酮与常规孕激素一样通过改善子宫容受性, 抑制子宫收缩和维持宫颈机能, 使子宫处于一个安静的状态, 有利于妊娠的维持, 也可以起到止血、血管重建 (血肿部位血管再通) 的作用, 从而达到治疗目的。研究发现^[3], 地屈孕酮能以剂量依赖方式诱导淋巴细胞生成孕酮诱导阻滞因子 (PIBF), PIBF 可激活淋巴细胞合成非细胞毒性 Th₂ 细胞因子, 降低细胞毒性 Th₁ 细胞因子的水平, 在母胎界面抑制细胞活性, 并助于封闭抗体的合成, 从而有利于妊娠的维持。目前地屈孕酮多

[3] 陈裕光, 李佛保, 黄承达, 等. 牵引下腰椎间盘突出症的椎间距及间盘内压测量研究[J]. 中华理疗杂志, 1994, 17(2): 86-88
[4] 庞才. 应用机械牵引复位治疗腰椎间盘突出症 83 例[J]. 中国康复, 1990, 5(2): 89
[5] 李万林, 黄靖宇. 踩跷治疗腰椎间盘突出症 100 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(4): 39-40
[6] 张耀雷. 应用踩跷法治疗腰椎间盘突出 60 例临床分析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(7): 48-49
[7] 罗建, 温元强, 丰芬, 等. 踩跷力学参数与腰椎曲度及椎间隙变化相关性研究[J]. 实用医院临床杂志, 2008, 5(3): 27-29

(收稿日期: 2012-09-14)

甲氨蝶呤联合妇科千金片治疗异位妊娠临床分析

雷倩倩 卢丽华 熊贻海
(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词: 异位妊娠; 甲氨蝶呤; 妇科千金片; 保守治疗
中图分类号: R 714.22 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.051

异位妊娠是妇产科常见疾病,近年来发生率不断上升。本院妇产科使用甲氨蝶呤(MTX)联合妇科千金片保守治疗异位妊娠 132 例,疗效好,治愈率高。既避免了手术创伤及腹腔干扰,减少盆腔粘连,又提高输卵管的通畅率,增加了今后生育的机会。现将经验总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2001 年 6 月~2009 年 6 月我院妇产科收治的异位妊娠(ectopic pregnancy,EP)患者 132 例,年龄 20~37 岁,有停经史者 126 例,停经时间 34~55 d,少量阴道出血 98 例,轻微胀痛 126 例,初孕者 4 例,有孕产史 128 例(人工流产史 94 例,剖宫产 14 例),带 IUD 者 72 例,随机分成两组,两组病例在年龄、停经时间、孕产次、血 HCG、盆腔包块大小等方面无显著差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 观察组与对照组一般情况比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	年龄(岁)	停经时间(d)	治疗前 HCG(mIU/mL)
观察组	66	25.4±9.5	38.4±6.5	1 660.64±629.95
对照组	66	25.0±8.8	37.8±6.8	1 606.58±713.62
P		>0.05	>0.05	>0.05

1.2 病例选择 (1)血压平稳,脉搏正常,无明显腹腔出血,无明显腹痛;(2)无 MTX 及米非司酮禁忌症者;(3)同意接受本治疗方案者;(4)排除宫颈及间质部妊娠。

1.3 治疗方法 所有病人均住院治疗。观察组 MTX 50 mg 肌注,隔日 1 次,共 3 次,总量 150 mg (如果 2 d 内血 HCG 下降大于 15%者停药),化疗结束后口服妇科千金片(国药准字 Z43020027)6 片/次、3 次/d,20 d 为 1 个疗程,共 2~3 个疗程。对照组应用 MTX,用法用量同观察组。治疗期间严密观察腹痛、阴道出血和生命体征的改变,每周查 B 超了解

盆腔包块情况,每周查血 HCG 直至正常。而在保守治疗过程中血 HCG 不下降或明显上升通常给予腹腔镜探查,对个别出现腹腔内大出血者立即行开腹探查及止血术。

1.4 疗效评价 治愈:生命体征平稳,临床症状消失,血 HCG 下降正常,盆腔包块缩小或消失。失败:用药后查血 HCG 水平未下降或增高,病灶不缩小或增大,治疗中出现手术指征,符合其中之一者为失败。

1.5 统计学处理 组间差异采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组 66 例,其中 64 例治愈,治愈率 96.97%;对照组 66 例,其中 44 例治愈,治愈率为 66.67%。两组治疗成功病例阴道流血时间、腹痛消失时间、盆腔包块消失时间及输卵管通畅等情况见表 2。

表 2 观察组与对照组治疗后情况比较 ($\bar{X} \pm S$) d						
组别	阴道流血时间	腹痛消失时间	盆腔包块消失时间	血 HCG 转阴时间	输卵管通畅/检查(%)	治愈率(%)
观察组	13.5±4.5*	11.5±5.5*	21.6±5.4*	21.4±7.6*	33/40(82.5)*	96.97*
对照组	15.6±6.6	15.3±7.6	39.6±12.8	25.0±10.4	15/39(38.5)	66.67

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

异位妊娠是妇科临床的常见病之一,近 30 年来,发病率在逐年上升,有报道发病率增加 6 倍,约占所有妊娠的 2%,其中输卵管妊娠占 95%^[1]。输卵管炎是异位妊娠最主要的原因,由于对异位妊娠的高度重视和诊断手段的发展,使早期异位妊娠的诊断率上升,准确性提高,相应的治疗手段也有了明显的改进,由以往的内出血休克需急诊手术转变到药物保守治疗,门诊随诊。传统的输卵管切除术,对

用于胚胎移植术后^[4]及治疗先兆流产^[5-6]。本研究在常规止血药的基础上加用地屈孕酮治疗宫腔积血,用法用量与常规治疗先兆流产略有不同,较单用止血药治疗先兆流产合并宫腔积血,明显提高疗效,缩短疗程。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2004.83
[2]赵淑荣,王荣英.地屈孕酮联合参茸保胎丸治疗绒毛膜下血肿 30 例疗效观察[J].临床合理用药,2012,5(5):57

[3]Gruber CJ,Huber JC.The role of dydrogesterone in recurrent (habitual) abortion [J].J Stefied Biochem Mol Biol,2005,97 (5): 426-430
[4]柳雪琴,黄卡立,李艳梅.地屈孕酮在体外受精中黄体支持作用的效果分析[J].广西医学,2010,32(10):1 183-1 185
[5]董智力,王国纬,南燕燕.地屈孕酮用于先兆流产保胎治疗的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2012,6(5):14-15
[6]陈浮,王毅.地屈孕酮治疗黄体功能不全型先兆流产的疗效观察[J].海南医学,2011,22(2):35-36

(收稿日期: 2012-09-13)