

观察小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预 D2 聚体升高型复发性流产的治疗效果

李静 苏丽霄[#] 崔海玲 郭青丽 帖梦雪

(河南省郑州市妇幼保健院优生遗传科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预 D2 聚体升高型复发性流产的临床效果。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 D2 聚体升高型复发性流产患者 120 例,随机分为对照组和观察组各 60 例。对照组给予黄体酮治疗,观察组给予小剂量阿司匹林联合维生素 E 治疗。比较两组治疗前后 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度变化以及复发性流产发生率、不良反应发生率。结果:治疗前两组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后 1 个月观察组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度均低于对照组($P<0.05$);观察组复发性流产发生率明显低于对照组($P<0.05$);两组患者均无严重不良反应发生($P>0.05$)。结论:对 D2 聚体升高型复发性流产患者实施小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预,效果显著,可明显降低 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度,减少复发性流产发生,值得临床推广应用。

关键词:D2 聚体升高型复发性流产;小剂量阿司匹林;维生素 E

中图分类号:R714.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.044

复发性流产为临床常见病,是指与同一性伴侣连续发生 2 次或以上的妊娠,且于 20 周前的胎儿丢失者,对孕产妇及其家庭带来严重影响。本研究旨在探讨小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预 D2 聚体升高型复发性流产的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 D2 聚体升高型复发性流产患者 120 例,随机分为对照组和观察组各 60 例。对照组:年龄 26~36 岁、平均年龄(29.3 ± 4.3)岁,流产史 2~6 次、平均流产(3.9 ± 0.5)次;观察组:年龄 25~37 岁、平均年龄(28.8 ± 5.1)岁,流产史 2~5 次,平均流产(3.8 ± 0.6)次。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组于妊娠后立即给予黄体酮(国药准字 H35020175)治疗,20 mg/d,肌注,持续给药至妊娠 12 周或超过以往发生流产的月份。观察组在计划前 3 个月给予小剂量阿司匹林(国药准字 H22026661)50~75 mg/d,口服,同时给予维生素 E 胶丸(国药准字 H37020337)200 mg/d;用药 1 个月

后检测 D2 聚体水平,待患者 D2 聚体水平降至正常后停止阿司匹林用药,继续口服维生素 E 胶丸。

1.3 观察指标 比较两组复发性流产发生率;观察比较两组治疗前与治疗 1 个月血浆血栓素 A₂ (TXA₂)与前列环素(PGI₂)、D2 聚体浓度的变化情况;比较两组不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组复发性流产发生率比较 观察组发生复发性流产 12 例,发生率为 20.0%(12/60);对照组发生复发性流产 32 例,发生率为 53.3%(32/60)。观察组复发性流产发生率明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2.2 两组 TXA₂ 与 PGI₂、D2 聚体浓度比较 治疗前,两组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后 1 个月,观察组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度均低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组 TXA₂ 与 PGI₂、D2 聚体浓度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TXA ₂ (ng/L)		PGI ₂ (ng/L)		D2 聚体浓度(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	129.81 $\pm$ 14.34	85.93 $\pm$ 4.33	123.22 $\pm$ 15.32	74.29 $\pm$ 12.21	1.65 $\pm$ 0.32	0.71 $\pm$ 0.13
对照组	60	128.85 $\pm$ 13.39	116.4 $\pm$ 6.54	125.19 $\pm$ 16.29	99.33 $\pm$ 10.92	1.66 $\pm$ 0.33	1.48 $\pm$ 0.43
t		1.24	2.05	1.28	2.25	1.34	2.31
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组不良反应发生率比较 两组患者治疗期间均无严重不良反应发生, $P>0.05$ 。

3 讨论

复发性流产是临床上发病率较高的一种妇产科疾病,随着近年来女性生育年龄的推迟,其发病率呈

逐年上升趋势,已成为威胁女性健康的重要疾病之一^[1]。该病病因目前尚未明确,可能与遗传、内分泌、自身抗体、感染等多种因素有关。研究显示^[2],多种因素和妊娠的建立与维持相关,其中胎盘循环占据重要作用。一旦胎盘循环受损,极易诱发血栓形成,

[#] 通讯作者:苏丽霄,E-mail:370106147@qq.com

导致流产。此外,血栓前状态的出现可在一定程度上影响子宫胎盘循环,导致微血栓形成^[3]。D2 聚体是纤溶过程中交联纤维蛋白的降解产物,对活化血栓具有较高敏感性,主要反映纤维蛋白溶解功能,D2 聚体升高表明患者处于高凝状态^[4]。

阿司匹林为乙酰水杨酸类药物,可通过促使脂肪环氧化酶乙酰化,抑制 TXA₂ 与 PGI₂ 合成^[5]。小剂量阿司匹林还可有效抑制血小板 TXA₂ 的合成,且不影响血管壁 PGI₂ 的合成,从而抑制血小板活性,预防微血栓形成,改善患者局部血循环;同时,还可抑制炎症介质引起的血小板聚集与血管收缩,改善患者局部血液循环,调节宫内微环境,降低流产的发生^[6]。维生素 E 是一种较强的抗氧化剂,可减少抗原的产生,加强抗体的清除,促进性激素分泌,保护细胞与细胞器的稳定性。维生素 E 与小剂量阿司匹林联合应用可发挥协同作用,对改善患者血液高凝状态及患者宫内环境具有重要意义。

本研究结果显示,治疗前两组 TXA₂、PGI₂、D2

聚体浓度比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后 1 个月,观察组 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度均高于对照组($P<0.05$);观察组复发性流产发生率明显低于对照组($P<0.05$);两组患者均无严重不良反应发生($P>0.05$)。说明小剂量阿司匹林联合维生素 E 孕前干预 D2 聚体升高型复发性流产效果显著,可有效降低 TXA₂、PGI₂、D2 聚体浓度,减少复发性流产的发生,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1]刘莉萍.阿司匹林联合低分子肝素治疗 D-二聚体增高复发性流产的临床效果观察[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(2):225-227
- [2]马玉祥.D-Dimer、AT-III、t-PA 和 PAI-1 水平对复发性流产患者血栓前状态的诊断价值[J].临床和实验医学杂志,2016,15(22):2226-2228
- [3]汤丽莎,高超,高莉,等.miRNA-4497 在复发性流产绒毛组织中的表达及其对滋养细胞凋亡的影响[J].中华医学杂志,2015,95(46):3737-3740
- [4]宋丽敏.阿司匹林单独用药或联合低相对分子质量肝素治疗血栓前状态下复发性流产患者的对比研究[J].血栓与止血学,2017,23(1):102-104
- [5]邹琳,何红华,庞小艳,等.低分子肝素在人类辅助生殖技术获得妊娠后发生复发性流产患者中的临床研究[J].医学研究生学报,2017,30(4):399-404

(收稿日期:2017-08-01)

早产合并胎膜早破对产妇和早产新生儿的影响

陈丽芳

(河南省商丘市中心医院妇产科 商丘 476000)

摘要:目的:探讨早产合并胎膜早破对产妇和早产新生儿的影响。方法:选取我院 2015 年 8 月~2016 年 12 月收治的 80 例胎膜早破孕妇及 120 例早产但未伴胎膜早破孕妇为研究对象。80 例早产合并胎膜早破孕妇中,孕周 28~33⁺6 周 50 例,34~36⁺6 周 30 例;120 例早产孕妇中,孕周 28~33⁺6 周 48 例,34~36⁺6 周 72 例。观察孕妇及新生儿的临床结局。结果:孕 28~33⁺6 周胎膜早破和同孕周早产新生儿 NRDS、窒息率及死亡率高于孕 34~36⁺6 周胎膜早破和同孕周早产新生儿($P<0.05$),且 28~33⁺6 周合并胎膜早破组新生儿 NRDS、窒息率及死亡率显著高于同孕周早产组($P<0.05$);两组孕妇产褥感染、产后出血、胎盘剥离发生率比较无明显差异($P>0.05$)。结论:早产合并胎膜早破对产妇及新生儿的危害较大,新生儿并发症发生率高,应积极预防胎膜早破,加强产前宣教和临床检查,适当延长保胎时间,改善母婴结局。

关键词:早产;胎膜早破;临床影响

中图分类号:R714.433

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.045

早产合并胎膜早破是产妇胎膜在临产前发生破裂、脱落的产科常见并发症,也是难产、围产儿死亡的重要原因。因此,积极预防胎膜早破,减少孕妇及新生儿并发症,对保障母婴健康和安全具有重要意义^[1]。本研究通过比较胎膜早破孕妇及早产但未伴有胎膜早破孕妇的并发症及新生儿结局,分析早产合并胎膜早破对产妇和新生儿的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 8 月~2016 年 12 月收治的早产合并胎膜早破孕妇 80 例,年龄 20~35 岁,平均年龄(26.7±1.2)岁;体重 45~78 kg,平均体重(52.8±1.5)kg;孕 28~33⁺6 周 50 例,孕 34~36⁺6 周 30 例;初产妇 68 例,经产妇 12 例。选取

同期早产但未伴胎膜早破孕妇 120 例,年龄 20~36 岁,平均年龄(26.4±1.5)岁;体重 45~78 kg,平均体重(52.5±1.7)kg;孕 28~33⁺6 周 48 例,孕 34~36⁺6 周 72 例;初产妇 92 例,经产妇 28 例。所有孕妇年龄、体重等资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 临床表现及发生原因 胎膜早破孕妇的临床表现为:自觉阴道有大量液体流出或少量间歇性流出,混合有胎粪、胎脂,无腹痛和阴道流血征兆;阴道液 pH 值 ≥ 6.6 ,阴道涂片检查可见羊齿状、植物叶状结晶,超声检测羊水量降低。80 例胎膜早破孕妇的发病原因为:阴道炎 27 例(33.75%),不良孕史 16 例(20.00%),双胎 15 例(18.75%),胎位异常 12 例