

表 2 两组各项临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS(分)	感染控制时间(d)	住院时间(d)
观察组	31	5.88± 1.24	8.21± 2.34	15.42± 2.65
对照组	31	7.28± 2.36	13.15± 4.52	21.16± 3.58
t		2.923 9	5.403 9	7.175 2
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

研究表明^[3],通过高负压引流清除创面组织渗出物及坏死组织物,降低微循环后负荷及创面组织毛细血管通透性,可有效促进血管内皮生长因子表达及周围神经末梢 P 物质分泌。临床上头皮缺损的治疗常涉及二期创面植皮,但治疗期间缺损创面感染的预防是临床医学研究的一大难题。此外,头皮缺损合并感染易形成死骨,引发慢性骨髓炎,一旦侵及硬脑膜,由于炎性分泌物的反复刺激,硬脑膜会迅速增生,影响血运条件,降低植皮成功率。

VSD 技术是应用于各种急救创伤及难治性伴感染创面的外科引流技术,可有效引流渗出物,控制创面感染,减轻水肿,减少局部组织乳酸堆积量,改善血供条件,为创面组织提供营养物质,促进创面愈

合^[4]。同时,VSD 技术可促进新生肉芽组织生长,缩短二期缺损创面植皮时间。此外,VSD 技术只需根据创面组织恢复情况更换敷料及引流瓶,可有效避免常规换药频繁接触头皮缺损创面。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,疼痛程度、感染控制时间及住院时间均低于对照组($P<0.05$)。此结果与彭科军等^[5]研究观点具有一致性。综上所述,VSD 技术应用于头皮缺损合并感染中效果显著,可有效缓解患者疼痛,缩短感染控制时间及住院时间,促进早期康复,值得临床应用推广。

参考文献

[1]张保亮,夏虹,唐朝阳,等.负压封闭引流术治疗头皮撕脱伤清创术后感染[J].中国骨科临床与基础研究杂志,2014,6(1):42-45
[2]郭昱,李生辉,刘春祥.负压封闭引流治疗创伤性脑损伤术后创腔感染的作用[J].中华创伤杂志,2013,29(9):827-831
[3]杨东波,孟庆刚,张俊和,等.负压封闭引流术对头皮感染及缺损病例的临床治疗[J].中国微侵袭神经外科杂志,2014,19(4):169-170
[4]向光俊,杨洪政,马云飞,等.封闭负压引流技术在大面积烧伤后期感染难愈创面治疗中的应用[J].临床与病理杂志,2015,35(8):1493-1497
[5]彭科军,冉小兵,冉蓉,等.负压封闭引流技术在降低创伤软组织缺损修复患者感染中的效果[J].西部医学,2014,26(8):1069-1070,1073

(收稿日期:2017-10-21)

黄体酮和地屈孕酮分别联合 HCG 治疗先兆流产的疗效比较

刘春娜

(广东省梅州市大埔县妇幼保健院妇产科 梅州 514299)

摘要:目的:探讨黄体酮和地屈孕酮分别联合绒毛膜促性腺激素(HCG)治疗先兆流产的临床疗效及安全性。方法:选取 2016 年 5 月~2017 年 2 月我院收治的先兆流产患者 60 例,随机分为黄体酮组和地屈孕酮组各 30 例。黄体酮组患者给予黄体酮联合 HCG 治疗,地屈孕酮组患者给予地屈孕酮联合 HCG 治疗,比较两组患者流产率、症状停止时间、孕酮恢复正常时间、血 HCG 恢复正常时间以及不良反应发生率。结果:两组患者流产率比较无显著性差异($P>0.05$);地屈孕酮组患者症状停止时间、孕酮恢复正常时间、血 HCG 恢复正常时间均低于黄体酮组($P<0.05$);地屈孕酮组患者恶心呕吐、头晕、腹部不适、肌肉抽搐发生率均显著低于黄体酮组($P<0.05$)。结论:地屈孕酮联合 HCG 治疗先兆流产的效果明显优于黄体酮联合 HCG 治疗,且安全性更高,值得临床推广应用。

关键词:先兆流产;黄体酮;地屈孕酮;绒毛膜促性腺激素

中图分类号:R714.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.068

先兆流产是指妇女妊娠 12 周以前出现以阴道少量出血、腹痛为主要临床表现的疾病,遗传为主要发生因素,但随着妊娠年龄增加、生活节奏加快、工作压力增加、生活方式改变以及环境污染的加重,先兆流产临床发病率呈显著升高趋势,为近年产科门诊的常见病、多发病^[1]。先兆流产发生主要由于黄体功能不全对子宫肌肉收缩产生刺激导致,目前主要应用激素治疗。本研究旨在探讨黄体酮和地屈孕酮分别联合 HCG 治疗先兆流产的临床疗效及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月~2017 年 2 月我

院收治的先兆流产患者 60 例,随机分为黄体酮组和地屈孕酮组各 30 例。黄体酮组年龄 20~42 岁,平均年龄(29.2± 6.3)岁;孕周 3~9 周,平均孕周(6.7± 1.6)周。地屈孕酮组年龄 21~40 岁,平均年龄(29.1± 6.5)岁。孕周 4~9 周,平均孕周(6.4± 1.4)周。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均符合《妇产科学》(第 8 版)^[2]中先兆流产的诊断标准;均存在应用激素治疗指征;患者及其家属自愿签署知情同意书。排除标准:对本次研究药物存在禁忌或过敏患者;葡萄胎、异位妊娠患者;1 个月内有使用激素药物患

者。

1.3 治疗方法 两组患者均给予 HCG 治疗,2 000 U/次,1 次/d,肌注。在此基础上黄体酮组给予黄体酮软胶囊(注册证号 H20130336)联合治疗,100 mg/次,2 次/d,口服。地屈孕酮组给予地屈孕酮片(注册证号 H20130110)联合治疗,1 片/次,2 次/d,口服。两组均连续用药至临床症状消失,治疗过程中嘱患者尽可能卧床休息。

1.4 观察指标 (1)比较两组患者流产率。(2)比较两组阴道流血、腹痛等症状停止时间。(3)抽取两组患者肘部静脉血,使用全自动生化分析仪,采取化学发光免疫法检测患者孕酮激素和血 HCG 水平。比较两组患者孕酮激素水平恢复正常时间、HCG 激素恢复正常时间。(4)观察两组患者治疗期间恶心呕吐、头晕、腹部不适、肌肉抽搐等药物不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS24.0 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 两组患者流产率比较 黄体酮组流产 5 例,流产率为 16.67%(5/30);地屈孕酮组中流产 2 例,流产率为 6.67%(2/30)。两组患者流产率比较差异无统计学意义, $\chi^2=0.647, P>0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 地屈孕酮组症状停止时间、孕酮恢复正常时间、血 HCG 恢复正常时间均低于黄体酮组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)				
组别	n	症状停止时间	孕酮恢复正常时间	血 HCG 恢复正常时间
黄体酮组	30	6.6± 2.1	17.1± 4.4	11.4± 3.0
地屈孕酮组	30	4.3± 1.3	12.8± 4.3	9.1± 2.5
t		5.100 6	3.828 2	3.225 9
P		0.000 0	0.000 3	0.002 1

2.3 两组患者不良反应发生率比较 地屈孕酮组恶心呕吐、头晕、腹部不适、肌肉抽搐发生率均显著低于黄体酮组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较[例(%)]					
组别	n	恶心呕吐	头晕	腹部不适	肌肉抽搐
黄体酮组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	6 (20.00)
地屈孕酮组	30	3 (10.00)	2 (6.67)	2 (6.67)	1 (3.33)
χ^2		7.200 0	6.666 7	4.320 0	2.587 9
P		0.007 3	0.009 8	0.037 7	0.044 4

3 讨论

黄体酮又称孕酮,是女性妊娠后分泌的激素,主要维持妊娠,孕酮可使子宫肌纤维松弛,降低子宫对缩宫素的敏感性,减少子宫收缩,促进受精卵在子宫内生长发育,若孕酮水平不足,极易导致先兆流产。先兆流产是临床较为常见的病理妊娠,及时采取有效措施治疗先兆流产至关重要。黄体酮或地屈孕酮联合 HCG 补充治疗为临床中治疗先兆流产主要方法。

临床上一般使用的是由人工合成或提取的黄体酮,能够促进受精卵着床和胚胎成熟,抑制子宫平滑肌收缩,避免受精卵受损影响着床^[1]。地屈孕酮为黄体酮的异构体,是由山药中提取的薯蓣皂苷元而来,其与孕激素受体的亲和力更高,无雄激素、雌激素及肾上腺皮质激素等作用,避免女胎男性化,且小剂量即可生效,可最大程度减少药物不良反应^[4]。血 HCG 水平增长缓慢或低于正常水平时极易导致流产发生,应用 HCG 可促进雌激素和黄体酮持续分泌,加快子宫蜕膜形成以及胎盘成熟,降低先兆流产发生率。刘竹青等^[5]研究发现,与黄体酮相比较,地屈孕酮治疗先兆流产效果更为显著,且药物不良反应发生率及治疗后流产率更低。

本研究结果显示,两组患者流产率比较无显著性差异($P>0.05$);地屈孕酮组患者症状停止时间、孕酮恢复正常时间、血 HCG 恢复正常时间均低于黄体酮组($P<0.05$);地屈孕酮组患者恶心呕吐、头晕、腹部不适、肌肉抽搐发生率均显著低于黄体酮组($P<0.05$)。说明地屈孕酮联合 HCG 治疗先兆流产的效果显著,可明显缩短患者症状改善时间,安全性更高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]张菁云,姚炜,蒋袁园,等.地屈孕酮治疗先兆流产 388 例疗效观察[J].中国药师,2014,17(6):1006-1007
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.126-129
[3]张扬,俞美娟.地屈孕酮与黄体酮用于治疗先兆流产的临床效果比较[J].生殖医学杂志,2014,23(11):880-883
[4]姚祺,黄美霞,李一妹.地屈孕酮联合黄体酮对黄体功能不足性流产患者的临床疗效及对细胞因子的影响[J].生殖医学杂志,2017,26(7):694-698
[5]刘竹青,朱立波.地屈孕酮与黄体酮联合绒毛膜促性腺激素对先兆流产的有效性评价[J].中国生化药物杂志,2016,36(7):70-72

(收稿日期: 2017-11-01)