



黄体酮胶丸保胎治疗黄体功能不全先兆流产临床分析

王春丽

成都市送子鸟不孕不育医院 四川成都 610017

【摘要】目的 探讨黄体酮胶丸保胎治疗黄体功能不全 (luteal phase defect 即 LPD) 先兆流产的临床效用。**方法** 将 90 例黄体功能不全患者随机分为两组各 45 例, 一组口服黄体酮胶丸进行治疗 (治疗组), 另一组则是采用肌注黄体酮针剂进行治疗 (对照组), 观察两组患者的临床表现及其治愈水平。**结果** 从两组患者症状、P 水平、体征以及治疗结果比较来看, 两组差异无统计学意义, 即 $P > 0.05$ 。**结论** 对黄体功能不全导致的先兆流产患者来说, 临床中口服黄体酮胶丸或是肌注黄体酮针剂其治疗结果并无显性差异, 但口服黄体酮胶丸治疗的方式更方便易行, 因而, 口服黄体酮胶丸保胎治疗黄体功能不全先兆流产, 其治疗过程安全并可靠, 值得临床推广。

【关键词】 黄体酮胶丸; 黄体功能不全; 先兆流产

【中图分类号】 R714.21 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2015) 12-012-02

【Abstract】Objective To investigate the effects of progesterone capsule tocolytic therapy luteal phase (luteal phase defect LPD) the clinical utility of threatened abortion. **Methods** 90 patients with luteal insufficiency were randomly divided into two groups with 45 cases in each group, a group of oral progesterone capsule treatment (treatment group), the other is the intramuscular injection of progesterone injection treatment (control group), to observe the clinical manifestations of the two groups of patients and the cure level. **Results** The symptoms of the two groups, the level of P, and compared the treatment results of signs, no significant differences between the two groups, namely P, 0.05. **Conclusion** Not all lead to luteal function in patients with threatened abortion. Clinical oral progesterone capsule or intramuscular injection of progesterone injection in the treatment of the no dominant difference, but the oral progesterone capsule treatment method is more convenient, therefore, oral progesterone capsule and fetal treatment of luteal phase All threatened abortion, the treatment process is safe and reliable, it is worthy of clinical promotion.

【Key words】 progesterone capsule; luteal insufficiency; threatened abortion

先兆流产是指在妊娠二十八周以前出现少量阴道流血, 常见状态为暗红色或是血性白带, 无妊娠物排除, 然后还会出现阵发性下腹痛或腰背痛。孕妇黄体功能不全是指排卵后黄体功能不良和黄体发育异常, 分泌及合成孕酮不足, 从而引起的子宫内膜发育不良, 在一定程度上不利于受精卵着床, 最终造成不孕或是预兆流产。调查显示由黄体功能不全导致的流产占有自然流产原因的 25%—60%^[1]。现我院应用黄体酮胶丸治疗黄体功能不全所致先兆流产, 取得满意结果, 总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者为我院 2014 年 5 月到 2015 年 10 月就诊的先兆流产患者, 按照黄体酮不足诊断标准 (高温相小于 11 天; 孕前黄体期血清孕酮水平 $P (8 - 18 \text{ ng/ml})$; B 超结果显示孕囊或胚胎发育符合孕周大小; 高温相上升幅度小于 0.3°C 或不上升者; 孕后绒毛膜促性腺激素水平倍增缓慢^[2]) 筛选出黄体功能不全导致先兆流产者共 90 例。

其中年龄最小 20 岁, 年龄最大 39 岁, 平均年龄 29.2 岁; 孕妇孕周为 6 周—12 周, 平均孕周为 8.9 周; 其中无流产史者 5 例, 20 例有过一次流产史, 39 例有过两次流产史, 26 例有过 3 次或以上的流产史。

随机将 90 例患者分为两组, 两组患者均无严重肾脏、心脏、肺脏等方面疾病的影响, 且两组患者在年龄、流产史等方面均无影响统计学意义的差异, 即 $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法

表二 治疗组、对照组 P 值水平对比

| 分组 / 疗程 | 6 周 | 7 周 | 8 周 | 9 周 | 10 周 | 11 周 | 12 周 |
|---------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 治疗组 | 96.5 ± 9.7 | 103.2 ± 13.0 | 114.5 ± 16.1 | 129.3 ± 19.0 | 736.7 ± 25.1 | 146.8 ± 26.2 | 157.6 ± 29.1 |
| 对照组 | 96.3 ± 9.8 | 105.1 ± 15.3 | 116.5 ± 16.0 | 130.6 ± 18.7 | 138.3 ± 21.5 | 149.2 ± 25.2 | 158.1 ± 28.2 |
| P 值 | 0.123 | 0.3315 | 0.1835 | 0.2733 | 0.1037 | 0.1913 | 0.1326 |

表三 治疗组、对照组药物不良反应比较

| 分组 | 过敏反应 | 乳胀痛 | 胃肠道反应 | 神经系统症状 |
|-----|------|-----|-------|--------|
| 治疗组 | 0 | 11 | 10 | 1 |
| 对照组 | 0 | 10 | 9 | 2 |

3 讨论

卵巢黄体主要通过分泌孕酮来起到一种生理作用, 从而使得孕妇

治疗组: 口服黄体酮胶丸 (100mg/粒), 每次壹粒, 每天三次, 7 天为一疗程。

对照组: 肌注黄体酮针剂 (20mg/支), 每天一次, 7 天为一疗程。同时在采用相关药物治疗的同时, 医护人员应当嘱咐患者有充分时间卧床休息, 并要求患者在疗程结束后来院复查。

其治疗疗效判定标准为^[3]: 用药后症状和相关体征消失 (腹痛消失或减轻、胚胎按正常速度生长发育同时孕妇血清 P 水平按正常妊娠规律增长)、妊娠继续且一月内不反复即为治愈; 用药后症状和体征未消失, 并且最终导致流产即为失败。

1.3 统计学分析

本次研究的所有数据与资料均采用 SPSS18.0 统计学软件进行处理分析。

2 结果

统计分析, 治疗组和对照组均有一定疗效, 治疗组治愈 39 人, 而对照组则是治愈 38 人。从两组患者症状、P 水平、体征以及治疗结果比较来看, 两组差异无统计学意义, 即 $P > 0.05$, 但治疗组治疗方式更方便易行, 且从患者依从性角度来看, 治疗组的方式更值得推广。

表一 治疗组、对照组疗效效果比较

| 分组 | 人数 | 成功例数 | 治疗成功率 |
|-----|----|------|-------|
| 治疗组 | 45 | 39 | 86% |
| 对照组 | 45 | 40 | 84% |

注释: 两组治疗成功率差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

子宫内膜由增生期转变为分泌期, 抑制子宫收缩, 降低子宫平滑肌对缩宫素的敏感性, 并且抑制母体对胎儿抗原及滋养层细胞的免疫应答反应, 最终可以起到有利于受精卵的着床和胚胎的植入发育, 在妊娠三个月后黄体逐渐萎缩, 孕妇所需孕酮则是主要由胎盘分泌, 但在妊娠七周以前, 孕妇体内的相关孕酮含量则是孕妇妊娠是否继续以及胎

(下转第 14 页)



性菌69株,占有比例为74.19%,其中大部分是克雷伯菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌,革兰阳性菌20株,占有比例是21.50%,其中大部分是金黄色葡萄球菌,真菌4株,占有比例为4.31%。可见,在本院内,革兰阴性菌是引发下呼吸道感染的主要病原体。但是,由于抗生素的滥用,真菌和革兰阳性菌的感染也存在一定的比例,增加了医院控制感染的难度。

在本次研究中,相比于其他抗生素药物,革兰阴性菌对亚胺培南和左氧氟沙星具有较高的敏感性,万古霉素比其它抗生素药物对革兰阳性的作用效果更好,革兰阳性菌对头孢药物的敏感性较低。由此可见,对下呼吸道感染的患者进行治疗时,应首先选用亚胺培南和左氧氟沙星药物进行治疗,但是,在临床上进行药物选择时,由于,亚胺培南的价格较高,通常对感染情况比较严重的患者进行使用。铜绿假单胞菌时一种非发酵菌,具有较强的耐药性和毒力^[4]。铜绿假单胞菌的耐药机制较复杂,多种因素均会引发该细菌产生耐药性,如胞质膜通透性的变化、产生诱导修饰、产生 β 内酰胺酶、耐药基因传播、生物被膜形成、抗生素靶位改变、主动外排机制等^[5]。在相关研究中,左氧氟沙星、头孢哌酮、美罗培南的用药频率与耐药率均具有一定的联系。在本次研究中,铜绿假单胞菌对氨苄西林的耐药率高于80%,但是对左氧氟沙星、头孢三嗪、头孢他啶的耐药率较低,主要原因可能是左氧氟沙星、头孢三嗪等药物在我院并不常使用。金黄色葡萄球菌是一种常见的病原菌,产在人体的皮肤和鼻腔中存在,该细菌是免疫能力较差、年纪较大的患者发生感染的主要病原体,该细菌对氨苄西林、青霉素、头孢三嗪、头孢他啶、头孢哌酮药物具有较高的耐药率,

对此类患者进行治疗时,应避免使用该类药物。且同时使用两种或两种以上抗生素药物时,会取得较好的临床效果,但是,联合使用抗生素药物可能会导致患者发生二重感染,且会加大药物对患者的毒副作用和过敏作用,增加患者发生疾病的风险,不适宜长时间使用。因此,对下呼吸道感染患者进行治疗时,应科学使用抗生素药物,在抗生素的抗菌谱的基础上,根据患者感染病原体的种类进行针对性的治疗。使用抗生素药物前,应进行细菌培养,并使用抗生素治疗经验进行应用,常规抗生素药物使用3天且无效果后可更换药物,不可频繁更换患者使用的抗生素药物,对于年龄较大的老年人,可放宽抗生素药物使用条件。

参考文献:

- [1] 王挺.下呼吸道感染患者痰菌的临床检验特点分析[J].中外医疗,2014,02(11):185-186.
- [2] 曹炎.下呼吸道感染患者病原菌检验的临床分析[J].中外医疗,2014,11(030):186+188.
- [3] 魏巍,田松,杨小华.老年患者全麻气管插管后下呼吸道感染病原菌分布及相关因素分析[J].中华医院感染学杂志,2014,13(210):5325-5327.
- [4] 沈丽珍,张爱鸣,陈素菜,等.成人与儿童下呼吸道感染标本病原菌分布差异的比对与耐药性分析[J].中国微生态学杂志,2012,09(05):419-421.
- [5] 门卫东.大学生下呼吸道感染病原菌的临床检验分析[J].中国医药指南,2012,06(16):147-148.

(上接第11页)

95.31%;对照组十分满意32例,一般满意21例,不满意12例,满意度为81.54%;经统计学分析, $P < 0.05$ 。

3 讨论

硬脊膜损伤是脊柱外科术后的一种严重并发症,若不能及时发现病处理将会导致脑脊液漏,进而导致硬脊膜出现假性囊肿,给神经根造成巨大损伤。严重情况下会导致感染,造成蛛网膜炎、脑膜炎等严重后果,甚至出现颅内出血,严重威胁患者的生命健康^[5]。脊柱外科手术后易发脑脊液漏的原因主要是因为硬脊膜被损伤,在脊柱外科手术中出现硬脊膜损伤的原因主要有:第一,病理性因素。如骨折断端戳伤硬膜,在减压后出现硬脊膜损伤;硬脊膜与黄韧带、后纵韧带等粘连,使用器械去除粘连组织时导致硬脊膜损伤。第二,医源性因素。在手术过程中,因术者手术技能不足、经验不足、操作手法粗鲁等导致硬脊膜损伤。第三,术后出现咳嗽、喷嚏等导致腹压的骤然升高,硬脊膜囊内压力骤升,可能使得脑脊液撑破硬脊膜,导致脑脊液漏^[6-7]。

综合上述脑脊液漏产生的因素可知,在治疗上,关键在于降低脑脊液的压力差,促进硬脊膜的愈合^[3]。在术后通过密切的观察早期发现脑脊液漏的临床征兆,并通过体位护理、呼吸道护理、药物治疗等方法有效减少脑脊液渗出的量,促进硬脊膜伤口的愈合。正常情况下人体的脑脊液压力在5-15mmH之间,分泌和吸收处于平衡状态,若脑脊液压力 $< 5\text{mmH}$,那么人体的脑脊液就会出现分泌超过吸收的情况;脑脊液压力超过15mmHg,则分泌少于吸收。因此在脊柱外科术后采用

平卧、头低足高体位有助于维持脑脊液压力的正常,避免出现吸收与分泌的不均衡问题,有效减少脑脊液渗漏,促进伤口的愈合。在本次研究中,观察组患者采取预见性护理,根据脊柱手术后患者可能导致脑脊液漏的各个因素着手,从各个方面做好预防护理,结果发现术后脑脊液漏的发生率明显低于采用常规护理的对照组,且观察组患者的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$;可见在脊柱外科手术临床护理工作中,采取有效的预见性护理措施有助于降低脑脊液漏发生率,提高护理满意度,构建和谐护患关系。

参考文献:

- [1] 曾丽雯,黎海东,韩国伟,等.脊柱手术后脑脊液引流患者的护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(19):42-43.
- [2] 秦玉梅,姜红卫.脊柱术后并发脑脊液漏的预见性护理[J].护理实践与研究,2011,08(6):46-47.
- [3] 李君.脊柱术后并发脑脊液漏23例舒适护理[J].齐鲁护理杂志,2013,(24):108-109.
- [4] 金莉英.脊柱手术后并发脑脊液漏的观察及护理[J].护理与康复,2011,10(10):884-886.
- [5] 杨慧.脊柱术后脑脊液漏的护理[J].当代护士(下旬刊),2015,(7):67-68.
- [6] 姜华萍,王红霞,余奕雯等.脊柱后路手术合并脑脊液漏的观察与护理[J].中国美容医学,2012,21(16):381-382.
- [7] 卢珠倩,卢倩文,姚少瑜等.护理干预对脊柱术后并发脑脊液漏的护理体会[J].中国现代药物应用,2013,7(20):191-192.

(上接第12页)

儿是否能够良好发育的基础。

而黄体酮在人体内的作用和孕酮是相同的,因此,在临床中,由黄体功能不全所致使的先兆流产,治疗时则一般通过增加孕妇体内黄体酮来控制相关病情,以确保孕妇妊娠能够继续并能够起到保护胚胎的作用。

本组调查显示,在治疗中,肌注黄体酮针剂效果较之口服黄体酮胶丸更佳一些,但是长期的肌注黄体酮针剂,更易出现局部疼痛或是红肿等不良反应,最终致使患者耐受性差,在一定程度上严重影响药物吸收,从而致使孕妇体内黄体酮水平不稳定,且从使用方式上来讲,

口服黄体酮胶丸更方便可行。

因此,口服黄体酮胶丸简单易行、使用安全方便,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 冯蓉.血清孕酮诊断难免流产及异位妊娠的价值[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16:215.
- [2] 李涌经,于传鑫.实用妇产科分论学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:267.
- [3] 姚珍薇.反复流产的内分泌检测与临床意义[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(7):395.