



·论 著·

低促性腺激素性闭经致不孕不育治疗与临床研究

彭 丽

(娄底市中心医院 湖南娄底 417000)

摘要：目的：探究低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床疗效。方法：选取于2010年3月—2016年3月我院接收的78例低促性腺激素性闭经患者作为研究对象对其临床资料进行回顾性分析，根据治疗方案将其分为两组，实验组与对照组，各39例，实验组患者接受人绝经期促性腺激素（HMG）促排卵周期治疗，对照组患者接受常规治疗，分析比两组患者的临床治疗效果及相关指标变化。结果：经治疗后，实验组患者的临床有效率与对照组相比具有十分显著的优势，组间差异显著（ $P<0.05$ ）；分析相关临床指标，实验组患者的子宫体积、内膜厚度、平均优势卵泡数均高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：对于低促性腺激素性闭经采取人绝经期促性腺激素（HMG）促排卵周期治疗可显著改善卵泡成熟率及妊娠率，临床疗效显著，应用价值高。

关键词：低促性腺激素性闭经；不孕不育；临床疗效；回顾性分析

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 14-060-01

闭经是一种妇科临床常见的症状，低促性腺激素性闭经致不孕不育以性腺功能抑制为主要特征[1]，以促性腺激素分泌不足、闭经、不孕、生殖器萎缩、乳房萎缩为主要临床表现，对患者的身体健康和心理状态造成极大损害[2]。本文为探究低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床疗效，选取于2010年3月—2016年3月我院接收的78例低促性腺激素性闭经患者作为研究对象，对其临床资料进行回顾性分析，取得满意结果。现详细报告如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取于2010年3月—2016年3月我院接收的78例低促性腺激素性闭经患者作为研究对象，对其临床资料进行回顾性分析，根据治疗方案分为实验组与对照组，各39例，实验组患者的平均年龄为（30.97±5.27）岁，平均病程为（1.32±0.42）年；对照组患者的平均年龄为（32.17±6.93）岁，平均病程为（1.42±0.83）年。两组患者在年龄、病情等方面均无显著差别（ $P>0.05$ ）。

1.2 排除标准

生殖系统疾病病史；合并恶性肿瘤；脏器功能不全；甲状腺功能异常；染色体异常；其他严重性全身疾病。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组治疗方法

接受常规治疗，包括口服雌孕激素序贯治疗、口服促排卵药物治疗或者中医中药治疗[3]。B超观察患者卵泡大小、数量，当卵泡直径达18~20mm时，注射HCG 1万IU，给予患者同房指导。

1.3.2 实验组治疗方法

实验组患者接受人绝经期促性腺激素（HMG）治疗，接受雌孕激素序贯治疗3个月、撤退性或周期性出血5d后注射HMG，初始剂量为75~150IU，连续治疗5d，B超监测卵泡，若疗效不佳则可适当增加药物剂量37.5~75IU/d，最大剂量一般不超过300IU/d[4]。配合B超观察患者卵泡大小、数量用以调整药物用量，当卵泡直径达18~20mm且优势卵泡数目≤3个时，注射HCG 1万IU，给予患者同房指导。待成功妊娠后继续接受黄体支持12周，定期用阴道超声检查，注意预防卵巢过度刺激综合征。

1.4 统计学方法

本文所涉及数据均采用SPSS11.5统计学软件进行分析和处理，计数资料使用n(%)表示，用 χ^2 检验计数资料，用 $P<0.05$ 表示具有统计学差异。

2. 结果

2.1 临床疗效对比

经治疗后，实验组患者的临床有效率与对照组相比具有十分显著的优势，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。详见表1。

表1 临床疗效对比 (n, %)

组别	卵泡成熟率	妊娠成功率	卵泡成熟未妊娠成功率
实验组	27 (69.23)	19 (48.72)	8 (29.63)
对照组	14 (35.90)	9 (23.08)	5 (35.71)

2.2 临床指标对比

分析相关临床指标，实验组患者的子宫体积、内膜厚度、平均优势卵泡数均高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。详见表2。

表2 临床指标对比

组别	子宫体积 (cm ³)	内膜厚度 (cm)	平均优势卵泡 (个)
实验组	35.19±12.47	1.35±0.47	2.47±0.84
对照组	26.32±10.97	0.87±0.40	1.39±0.83

3. 讨论

闭经是妇科临床常见的一种症状，低促性腺激素性闭经常见原因为下丘脑和垂体性，而不孕不育是低促性腺激素性闭经的常见症状，传统常规的治疗方法无法取得十分显著的疗效[6]。促卵泡发育诱发排卵是临床治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育的重要方法，HMG是从绝经后妇女尿液中提取的促性腺激素[8]，临床中将其作为垂体激素替代品。HMG中的FSH（卵泡刺激素）可与颗粒细胞FSH受体相结合从而促进雌二醇分泌，加快卵泡发育，LH（促黄体生成素）对泡膜细胞睾酮和雄烯二酮的合成有促进作用，均可以促进卵泡的发育和成熟。

本次研究结果显示，经治疗后，实验组患者的临床有效率与对照组相比具有十分显著的优势，组间差异显著（ $P<0.05$ ）；分析相关临床指标，实验组患者的子宫体积、内膜厚度、平均优势卵泡数均高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。与参考文献结果一致。

综合可知，对于低促性腺激素性闭经致不孕不育的患者采取人绝经期促性腺激素（HMG）促排卵周期治疗可显著改善卵泡成熟率及妊娠率，临床疗效显著，应用价值高。

4. 参考文献

- [1] 戴卫红. 低促性腺激素性闭经致不孕不育临床治疗效果观察[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(35): 4965-4966.
- [2] 张娟娟. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者治疗与临床分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(87): 17041.
- [3] 王萍, 袁捷, 陈静. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者临床治疗效果观察[J]. 医疗装备, 2017, 30(20): 138-139.
- [4] 林莉. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者的临床治疗分析[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(25): 3358-3359.
- [5] 杨贵. 药物干预联合人工月经周期治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床效果[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(16): 3879-3881.
- [6] 伊帕尔古丽·刀来提. 低促性腺激素性闭经致不孕不育的治疗方法分析[J]. 中外女性健康研究, 2017(12): 28-29.
- [7] 郝秀丽. 低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床治疗效果分析[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2017, 4(12): 34-36.
- [8] 龚晓洁. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者治疗及临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(07): 804-805.
- [9] 王坤坤. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者的治疗与临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(07): 100-101.