

先兆流产患者 β -HCG 检测的应用与结果分析

杨燕清

岑溪市人民医院 广西岑溪 543200

【摘要】目的 分析先兆流产患者血清 β -人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 的检测结果及应用价值。**方法** 选取我院 2016 年 6 月至 2018 年 5 月收治的异常妊娠患者共 76 例, 按照妊娠结局分为输卵管妊娠 (输卵管妊娠组) 24 例, 难免流产 (难免流产组) 12 例, 先兆流产 (先兆流产组) 40 例, 测定各组血清 β -HCG 和孕酮 (P) 值, 并对比血清 β -HCG、P 值 48h 的动态变化情况。**结果** 先兆流产组血清 β -HCG、P 高于难免流产组和输卵管妊娠组 ($P < 0.05$); 48h 后检测先兆流产组血清 β -HCG、P 值均未下降, 与难免流产组和输卵管妊娠组对比存在显著性差异 ($P < 0.05$)。**结论** 血清 β -HCG 检测可为先兆流产的准确判定提供临床依据。

【关键词】 先兆流产; β -人绒毛膜促性腺激素; 异常妊娠

【中图分类号】 R714.21

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-062-02

先兆流产是妇产科常见疾病, 其病因复杂, 与全身感染、内分泌、遗传、免疫功能异常等因素密切相关^[1]。本病可导致孕妇流产, 且对孕妇生命安全有一定危害, 故准确预测先兆流产孕妇的妊娠结局, 对疾病的有效诊治有着重要的临床意义。血清 β -人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 是女性最早分泌的妊娠激素, 在受精后 6-7d 即可检测出来; 随着孕周的不断增加, 正常孕妇的血清 β -HCG 会成倍递增^[2]。鉴于非正常妊娠患者的血清 β -HCG 值存在较大差异, 通过检测一定程度上可为早期异常妊娠结局的诊断提供参考。对此, 本研究以我院 2016 年 6 月至 2018 年 5 月收治的异常妊娠患者为对象, 进一步探讨了血清 β -HCG 检测对先兆流产判定的临床价值。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 6 月至 2018 年 5 月收治的异常妊娠患者共 76 例, 年龄 20-42 岁, 平均 (28.2±6.6) 岁; 月经周期 22-58d, 平均 (36.9±4.5) d; 初产妇 40 例, 经产妇 36 例。均自然受孕, 无复发性流产, B 超提示子宫内有孕囊而无原始心管搏动或无孕囊。其中, 输卵管妊娠 (输卵管妊娠组) 24 例, 难免流产 (难免流产组) 12 例, 先兆流产 (先兆流产组) 40 例。经统计学检验, 各组一般资料的对比无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

清晨空腹采集受试者的静脉血 5ml, 血清分离后, 应用贝克曼库尔特化学发光免疫分析仪检测血清 β -HCG、P 值, 48h 后再次采血对血清 β -HCG、P 值进行检测, 动态观察异常妊娠患者血清 β -HCG、P 值的变化情况。根据说明书步骤进行操作, 参考值范围^[3]: P 值为 29.60-509.00nmol/L; β -HCG 值为 15 000.00-200 000.00 IU/L。

1.3 统计学方法

软件包 SPSS 23.0 处理所录入的研究数据, 计量资料以均数 ± 标准差表示, 计数资料以率 /% 表示, 采用 t 检验计量资料, 采用 χ^2 检验计数资料, 对比有显著性差异则 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 各组血清 β -HCG、P 值的比较

先兆流产组血清 β -HCG、P 值最高, 输卵管妊娠组血清 β -HCG、P 值最低, 三组血清 β -HCG、P 值的比较存在统计学

差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 各组血清 β -HCG、P 值的比较

组别	例数	β -HCG (IU/L)	P (nmol/L)
输卵管妊娠组	24	3519.64±169.42 [*]	23.96±7.82 [*]
难免流产组	12	5824.19±172.37 [*]	33.05±12.28 [*]
先兆流产组	40	8869.24±286.15 ^{**}	45.67±16.92 ^{**}

注: 与输卵管妊娠组相比, $P < 0.05$; 与难免流产组相比, $P < 0.05$ 。

2.2 各组血清 β -HCG、P 值 48h 动态变化的比较

先兆流产组血清 β -HCG、P 值均未下降, 输卵管妊娠组血清 β -HCG、P 值均下降占 33.3%, 难免流产组血清 β -HCG、P 值均下降占 75.0%, 三组血清 β -HCG、P 值 48h 动态变化的比较存在统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 各组血清 β -HCG、P 值 48h 动态变化的比较 [n (%)]

组别	例数	β -HCG 值下降	P 值下降	二者均下降
输卵管妊娠组	24	7 (29.2)	4 (16.7)	8 (33.3)
难免流产组	12	8 (66.7) [*]	10 (83.3) [*]	9 (75.0) [*]
先兆流产组	40	0 (0.0) ^{**}	0 (0.0) ^{**}	0 (0.0) ^{**}

注: 与输卵管妊娠组相比, $P < 0.05$; 与难免流产组相比, $P < 0.05$ 。

3 讨论

近几年, 我国孕妇人群先兆流产的发病率不断升高, 逐渐引起妇产科工作者的高度关注。如今, 先兆流产孕妇妊娠结局的准确预测已成为妇产科面临的重大问题, 只有加强先兆流产的早期诊治, 才能充分保障孕妇的身心健康和生命安全。HCG 由两条多肽链 α 和 β 以非共价键连接而成, 是妊娠时绒毛滋养层合体细胞分泌的糖蛋白激素。在妊娠最初 3 周, β -HCG 值迅速增长, 1.2-1.4d 增长达到 1 倍; 妊娠 4-6 周内, 在 3.3-3.5d 增长 1 倍^[4]。所以, β -HCG 是早孕检测的重要指标, 亦是判定妊娠是否正常的可靠指标。受停经时间、受精卵着床部位、滋养细胞数量及质量等因素的影响, 不同妊娠个体血清 β -HCG 值存在的差异高达 20 倍左右。与此同时, 足量血清 β -HCG 是胚胎正常发育的保障。宫内妊娠孕妇血清 β -HCG 值不足提示黄体发育不良, 绒毛发育和胎盘形成受到影响, 即可导致流产发生。有研究发现^[5], HCG 可将胆固醇转化为 P, P 值下降也会致使先兆流产、难免流产发生, 而难免流产患者的 P 值 < 31.2 nmol/L 时, 可提示胚胎死亡。血

清P与 β -HCG一样,都是临床常用的血清标志物。P为女性体内重要的性激素,其不仅能够调节女性的妊娠生理过程,还能发挥神经营养及保护作用。目前的研究已证实^[6],血清 β -HCG、P值的测定可为异位妊娠、先兆流产的早期诊断以及先兆流产孕妇妊娠结局的预测提供重要依据;而在第4-6周测定血清 β -HCG、P值,可对异位妊娠、先兆流产进行准确鉴别。本研究输卵管妊娠组、难免流产组、先兆流产组血清 β -HCG、P值的比较存在统计学差异($P < 0.05$),进一步证实血清 β -HCG检测对先兆流产孕妇的判定有一定价值。但单独利用血清 β -HCG值或P值判定先兆流产的灵敏度、特异度不足,需要联合两项指标才能提高临床判定的准确性。本研究中,先兆流产组血清 β -HCG、P值均未下降,输卵管妊娠组、难免流产组血清 β -HCG、P值均下降的占比分别为33.3%和75.0%,组间两两比较存在统计学差异($P < 0.05$),说明先兆流产、输卵管妊娠、难免流产孕妇的血清 β -HCG、P值变化存在明显差异,依据具体结果的观察和分析即可对先兆流产患者进行鉴别。

综上所述,血清 β -HCG对先兆流产的诊断有较高价值,联合血清P进行判定,亦可提升先兆流产孕妇不良妊娠结局

预测的效率及准确性。

参考文献:

- [1] 杨胜燕.血清孕酮检测和 β -HCG检测在评估先兆流产患者接受保胎治疗效果中的应用价值[J].当代医药论丛, 2018, 16(20):48-49.
- [2] 郭志利,张春光,刘蕾,张雅玲,刘洁.CA125联合 β -HCG对比孕酮联合 β -HCG对妊娠先兆流产预后的效果评价[J].当代医学, 2018, 24(19):168-169.
- [3] 宋春芳.血清孕酮和 β -HCG联合检测在早期先兆流产中的临床价值[J].世界最新医学信息文摘, 2018, 18(44):164-165.
- [4] 刘金连.早期先兆流产行血清 β -HCG、孕酮和CA125检查的临床价值分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(28):43-44.
- [5] 白莉莉.血清孕酮、 β -HCG联合检测在早期先兆流产中的临床诊断价值[J].中国医学工程, 2017, 25(05):96-98.
- [6] 林峰芳,孙霞.Logistic回归和ROC曲线分析孕酮、 β -HCG、CA125对早期先兆流产患者妊娠结局的诊断价值[J].医学研究杂志, 2018, 47(01):152-155.

(上接第60页)

势开始呈现年轻化^[4]。子宫肌瘤的致病因素当前还未形成统一机制,但大部分医学研究者认为,子宫肌瘤的发病机制与女性激素变化可能有相关关联。子宫肌瘤在临床治疗中需根据患者年龄、分娩方式及生育所需进行考虑,并根据患者实际状况采取针对性手术治疗方案,在常规治疗方式中,开腹手术是子宫肌瘤切除术常用治疗措施。以临床体积较小的子宫肌瘤类型来说,若子宫肌瘤因体积因素经B超难以被有效查出,其开腹手术能够通过手触方式发现子宫肌瘤的存在,且在直视下完成腹腔关闭,使子宫部位保持完好。

相对来说,开腹手术更适用于子宫肌瘤数量较多的条件下,但该手术方式会给患者造成较大创伤,且术中出血量较多,对患者腹腔极易造成不良影响。在我国临床医学开始广泛推崇微创手术方式后,腹腔镜手术治疗开始应用于子宫肌瘤手术中,该手术方式与开腹手术相比,其能够有效达到微创手术治疗标准,并在手术治疗时能够完好的保留患者子宫腔,使患者生育系统防止破坏,同时,该手术方式能够缩减手术创伤面积,患者术后并发症发生率较低,且恢复时

间相对更快,术后恢复更为美观,因此临床手术治疗更为推荐。

经本文研究结果得出,观察组患者的术中出血量、体温恢复时间、术后排气时间、住院时间及术后病率均优于对照组患者,两组患者组间结果差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$),

综上所述,针对子宫肌瘤患者实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能够有效提高康复效率,缩减术后创伤面积,减少并发症的发生几率,临床应用具有较高安全性。

参考文献:

- [1] 王瑞敏,侯懿.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].重庆医学, 2014, 11(07):852-853.
- [2] 杨琳琳.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术临床疗效分析[J].中外医疗, 2014, 22(06):49-50.
- [3] 黄巧玲.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床效果比较[J].中国实用医药, 2015, 15(05):95-96.
- [4] 张林丽,孟敏,杨晓东.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床疗效对比[J].中国社区医师, 2015, 12(09):81+83.

(上接第61页)

且不易对病变定性,漏诊率高。随着微创技术的发展,宫腔镜技术在不断的完善,并在宫腔因素造成不孕不育的治疗中取得显著的疗效。宫腔镜用于宫腔内病情的检查,不仅可以全面、清晰的掌握宫腔内病情情况,还可以直观的观察到患者的子宫内状态,利于病灶部位的明确,治疗具有安全、经济、操作方便等特点,因此在临床不孕不育的治疗中得到大部分女性患者的认可^[3]。

本次研究结果显示,治疗后患者的宫腔内各种病变得到明显的改善,与治疗前比较,有统计学差异($P < 0.05$),患者治疗后妊娠率为83.78%,流产率为13.51%。该研究结果说明,应用宫腔镜治疗后患者病变改善效果好,且可以减少宫腔内的异常,对妊娠率提高具有显著重要的意

义。宫腔镜作为微创技术,可以清晰、直观的对宫腔内病情予以观察,提高了诊断的准确率,利于针对性的治疗,因此使患者生殖妊娠状态得到显著的提升。

综上所述,用宫腔镜治疗因宫腔因素导致的不孕不育,可以提高妊娠率,对宫腔状态改善具有积极的治疗效果。

参考文献:

- [1] 李文香,赵少华,安新涛,等.宫腔镜电切除术治疗子宫黏膜下肌瘤伴不孕生殖的预后分析[J].中国肿瘤临床与康复, 2016, 10(4):452-454.
- [2] 王鹏.宫腔镜子宫纵膈切除术治疗子宫中隔的妊娠结局及预后分析[J].实用临床医药杂志, 2017, 21(11):143-143.
- [3] 孙立华.宫腹腔镜联合治疗不孕临床疗效观察[J].河北医学, 2016, 22(9):1523-1525.