

• 药物研究 •

低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床治疗及其效果分析

张顺吉

中信湘雅生殖与遗传专科医院 410078

摘要：目的 分析低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床治疗及其效果。**方法** 选择 2016 年 1 月至 2017 年 6 月我科室收治 22 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者为研究对象，所有研究对象均给予人绝经期促性腺激素（HMG）联合人绒毛膜促性腺激素（HCG）治疗，回顾性分析治疗前后激素水平、生殖系统水平及妊娠率。**结果** 治疗后，低促性腺激素性闭经致不孕不育患者激素水平、生殖系统水平均明显改善， $P<0.05$ ，妊娠率可达 68.18%。**结论** 人绝经期促性腺激素（HMG）联合人绒毛膜促性腺激素（HCG）治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育，临床效果较优，值得借鉴。

关键词：低促性腺激素性闭经；不孕不育；闭经

中图分类号：R711.6

文献标识码：A

文章编号：1009-6647（2018）06-092-02

低促性腺激素性闭经是临床常见症，也是导致不孕不育的主要因素之一，该疾病主要特征表现为性腺功能差、不排卵，由此导致不孕不育，严重影响患者心理健康，并对患者的家庭幸福造成一定影响^[1]。因此，寻求有效的治疗方法、提高妊娠率具有重要价值，本文以我院收治的 22 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者为研究对象，重点探究人绝经期促性腺激素（HMG）联合人绒毛膜促性腺激素（HCG）治疗的效果，具体实验过程如下。

1 基线资料与方法

1.1 患者基线资料

选择 2016 年 1 月至 2017 年 6 月我科室收治的 22 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者为研究对象，所有研究对象均自愿加入本研究，且经基础内分泌测定，检查结果均符合低促性腺激素性闭经致不孕不育标准，排除男方因素导致的不孕不育，排除具有生殖系统疾病史的患者，排除患有恶性肿瘤的患者，排除心脏、肝脏等器官严重器质性疾病的患者，排除患有精神疾病的患者^[2]。所有研究对象中，最小年龄 26 岁，最大年龄 40 岁，平均年龄（28.0±1.5）岁，病程 1-10 年，平均病程（5.3±0.2）年。

1.2 治疗方法

于患者月经期第 5 天开始给予人绝经期促性腺激素（HMG）药物治疗，每日 1 次，连用 5 天后监测卵泡，根据卵泡情况决定是否增加剂量，每日最大剂量不可超过 150U，并根据 B 超检查结果动态调整剂量，待体内卵泡直径大于 18mm，则停止 HMG 给药，给予人绒毛膜促性腺激素（HCG）肌肉注射，以诱导排卵，叮嘱患者当日和次日同房，治疗过程应严密防范多胎妊娠和卵巢过度刺激综合征（OHSS）的发生^[3]。

1.3 观察指标

①激素水平，黄体生成素（LH）、雌二醇（E₂）、孕酮（P）、血清卵泡刺激素（FSH）、催乳素（PRL），清晨空腹抽取静脉血液作为检测样本，采用荧光偏振免疫分析法检测；②生殖系统水平，指子宫内膜厚度、优势卵泡数量、卵巢体积、子宫体积；③妊娠率^[4]。

1.4 数据统计分析

对激素水平、生殖系统水平及妊娠率采取统计学处理，使用统计软件 Spss21.0，妊娠率为计数资料，采取统计学中 χ^2 检验，黄体生成素（LH）、雌二醇（E₂）、孕酮（P）、血清卵泡刺激素（FSH）、催乳素（PRL）及子宫内膜厚度、优势卵泡数量、卵巢体积、子宫体积为计量资料，行 t 检验。

2 实验结果

2.1 激素水平对比

治疗后，黄体生成素（LH）、雌二醇（E₂）、孕酮（P）、血清卵泡刺激素（FSH）、催乳素（PRL）水平明显提升，数据对比差异明显， $P<0.05$ ，详细数据参见表 I。

表 I：激素水平对比表

组别	n	黄体生成素 (MIU/mL)	雌二醇 (pg/mL)	孕酮 (ng/mL)
治疗前	22	3.56±0.81	18.65±3.56	1.16±0.28
治疗后	22	31.84±3.10	222.54±23.76	22.67±3.26
P 值		<0.05	<0.05	<0.05
t 值		41.40	39.81	30.83

组别	n	血清卵泡刺激素 (mIU/mL)	催乳素 (ng/mL)
治疗前	22	4.03±1.05	4.17±1.25
治疗后	22	15.88±3.62	14.56±2.22
P 值		<0.05	<0.05
t 值		14.75	19.13

2.2 生殖系统水平对比

治疗后，子宫内膜厚度、优势卵泡数量、卵巢体积、子宫体积大小较治疗前明显改善，数据对比差异明显， $P<0.05$ ，详细数据参见表 II。

表 II：生殖系统水平对比表

组别	n	子宫内膜厚度 (cm)	优势卵泡数量 (个)
治疗前	22	0.45±0.05	0.00±0.00
治疗后	22	1.44±0.11	2.98±0.17
P 值		<0.05	<0.05
t 值		38.43	82.22

组别	n	卵巢体积 (cm ³)	子宫体积 (cm ³)
治疗前	22	2.81±0.65	15.08±3.65
治疗后	22	9.76±4.17	38.95±10.37
P 值		<0.05	<0.05
t 值		7.72	10.18

2.3 妊娠率情况

经过治疗，22 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者中，15 例成功受孕，妊娠率可达 68.18%。

3 讨论

低促性腺激素性闭经是临床常见症状之一，正常月经的建立和维持主要依赖机体内分泌调节，及子宫内膜对性激素的周期性反应，任何一个环节出现障碍，都可能引起闭经，其主要临床表现为促性腺激素分泌不足，卵巢虽然有卵子储

（下转第 96 页）

结肠的蠕动。结肠运动时间、数量的减少,以及结肠腔内压力传播波的振幅及频率的明显降低是 STC 患者的结肠动力改变主要表现^[6]。

白术七物颗粒剂中白术的主要成分挥发油能促进胃肠蠕动,增加小鼠肠道推进率^[7]。木香单味药能使胃肠蠕动加快,促进胃排空^[8]。沉香能对回肠的自主收缩起抑制作用^[9]。乌药有双向调节胃肠道平滑肌的作用,既能使胃肠道平滑肌收缩增强,蠕动加速,又能缓解胃肠平滑肌引起痉挛^[10]。升麻能松弛小肠平滑肌^[11]。

本实验研究结果表明:白术七物颗粒剂高、中、低剂量组均可缩短 STC 小鼠的首次排黑便时间,改善粪便的性状。且白术七物颗粒剂高、中、低剂量与麻仁软胶囊、莫沙比利作用相当。白术七物颗粒剂高、中、低剂量组均可提高 STC 小鼠的肠道蠕动和墨汁推进距离,肠道墨汁推进率增加,且白术七物颗粒剂高、中、低剂量、麻仁软胶囊、莫沙比利作用相当。

由此可见,白术七物颗粒剂通过促进 STC 小鼠肠蠕动,提高小肠推进率,增强通便效应,达到治疗 STC 的作用。

6 结论

按照 2.5mg·kg⁻¹·d⁻¹ 的剂量,连续 45 天,皮下注射盐酸吗啡注射液的方法进行造模,可以成功复制出 STC 模型。白术七物颗粒剂通过促进 STC 小鼠肠蠕动,提高小肠推进率,增强通便效应,达到治疗 STC 的作用。白术七物颗粒剂促进 STC 小鼠的排便,改善排便功能,促进肠蠕动作用与麻仁软胶囊、莫沙比利相当。

参考文献

[1]Mugie SM, Benninga MA,Di Lorenzo C. Epidemiology

of constipation in Children and adults:a systematic review[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol: 2011,25(1):3-18.

[2]陈奇.中药药理实验方法学[M].第二版.人民卫生出版社,2006:354.

[3]刘兴,王文革.慢传输型便秘动物模型研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2013,21(10):548-551.

[4]许海尘.慢传输型便秘模型的建立及其机制探讨.医学研究生学报,2004,17(6):502.

[5]Schiefre B,Stange EF. Motility diagnosis in chronic constipation[J].Zentralbl Chir,1999,124(9):775.

[6]Davidson JB,O'Grady G,Arkwright JW,et al. Anatomical registration and three-dimensional visualization of low and high-resolution pan-colonic motility recordings[J]. Neurogastroenterol Motil,2011,23(4):387-390,e171.

[7]董恒,高玉中.益气润肠汤治疗慢传输型便秘 60 例[J].江西中医药,2009,40(320):30-33.

[8]陈勇,李雪娟.六磨汤加减治疗育龄期妇女习惯性便秘[J].四川中医,2007,25(8):79.

[9]黄萍,刘丽,徐赛群.针刺和结肠水疗治疗慢传输型便秘及与 VIP、NOS 的相关性研究[J].临床消化病杂志,2009,21(2):100-102.

[10]肖文胜,胡冰.中药加针刺治疗慢传输型便秘 56 例疗效观察[J].中医临床研究,2010,2(13):35.

[11]孙建华,郭慧,裴丽霞,等.电针天枢穴对慢传输型便秘大鼠结肠 c-kit、SCF 基因表达的调节[J].南京中医药大学学报,2011,27(1):33-35.

(上接第 92 页)

备,但无卵泡发育,雌激素低落,患者常表现为记忆力减退、生殖器萎缩、无性欲等^[5]。人绝经期 HMG 联合 HCG 治疗是目前临床应用较多的一种方法,人绝经期促性腺激素(HMG)属于促性腺激素,主要成分为黄体生成素(LH)及血清卵泡刺激素(FSH),黄体生成素(LH)可促进雄烯二酮及睾酮的合成,血清卵泡刺激素(FSH)可促进卵泡增长,而人绒毛膜促性腺激素(HCG)的使用作用为促使成熟卵泡排卵^[6]。本实验对 22 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者实施 HMG 联合 HCG 治疗,实验结果表明,治疗后,黄体生成素、雌二醇、孕酮、血清卵泡刺激素、催乳素等激素水平水平明显提升,子宫内膜厚度、优势卵泡数量、卵巢体积、子宫体积大小等生殖系统水平较治疗前明显改善,妊娠率可达 68.18%,由此可见,HMG 联合 HCG 治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育,临床效果较优,值得借鉴。

参考文献

(上接第 93 页)

络治疗的效果显著,能明显改善患者心绞痛的症状,且没有出现严重的不良反应,该方法的使用具有较高的安全性,在缓解患者身体痛感的同时,保障了患者的生活质量与生命安全,因此,该方式值得在临床医学中广泛应用。

参考文献

[1]林新铎,唐俊明,杨建业,等.通心络联合倍他乐克治疗冠心病心绞痛的 Meta 分析[J/OL].中国临床保健杂志,

2017,20(02):166-169.

[2]刘爽.通心络联合倍他乐克治疗心绞痛的疗效分析[J].中国现代药物应用,2017,11(02):113-115.

[3]刘兆国.观察倍他乐克联合通心络治疗冠心病心绞痛的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2016,3(88):105.

[4]谭品义.倍他乐克联合通心络治疗冠心病心绞痛的临床价值分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,3(19):41+44.

[5]Aghajanova L,Jaffe R B,Herndon C N,et al. Infiltrative neurosarcoidosis presenting as secondary amenorrhea: Case report and review of the literature[J].Obstetrical and gynecological survey,2013,68(6):482-488.

[6]Bomba M,Corbetta F,Gambera A,et al. Heart rate variability in adolescents with functional hypothalamic amenorrhea and anorexia nervosa[J].Psychiatry research,2014,215(2):406-409.