

妊娠合并甲亢患者的临床治疗效果

刘绍柱

云南省丽江市永胜县人民医院 云南永胜 674200

〔摘要〕目的 探讨分析妊娠合并甲亢患者的临床疗效。方法 从 2016 年 1 月-2017 年 1 月在本院接受治疗的 72 例妊娠合并甲亢患者进行观察, 将 72 例患者平分为两组, 对照组的妊娠合并甲亢患者未使用丙基硫氧嘧啶药物进行治疗, 观察组的妊娠合并甲亢患者使用丙基硫氧嘧啶药物进行治疗, 对比两组的临床治疗效果。结果 观察组患者的血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平均优于对照组 (P<0.05); 对照组患者的不良妊娠率为 38.89%, 观察组患者的不良妊娠率为 8.33%, 有显著差异 (P<0.05)。结论 丙基硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢患者可以改善病情, 提高妊娠率。

〔关键词〕妊娠合并甲亢; 丙基硫氧嘧啶; 临床效果

〔中图分类号〕R714.256 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 03-0055-02

妊娠合并甲亢对孕妇与胎儿具有很大的伤害性, 根据临床研究, 妊娠期的妇女患有甲亢, 如果没有得到有效的治疗, 会增加早产率、低体重儿发生率, 病情严重的患者会直接导致流产, 危及患者的生命安全^[1]。所以临床对治疗妊娠期甲亢患者高度重视。目前临床上一般应用丙基硫氧嘧啶药物来治疗妊娠合并甲亢患者^[2], 本文为了探讨分析该药物治疗妊娠合并甲亢患者的临床治疗效果, 将 2016 年 1 月-2017 年 1 月在本院接受治疗的 72 例妊娠合并甲亢患者进行了分组比较, 现将比较结果如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将本院选取的 72 例妊娠合并甲亢患者分为对照与观察两组, 其中对照组的妊娠合并患者有 36 例, 患者年龄范围在 24-36 岁之间, 平均年龄为 (27.81±3.01) 岁; 甲亢病程时间在 3 个月-3 年, 平均病程为 (2.91±0.94) 年; 观察组的妊娠合并甲亢患者有 36 例, 患者年龄范围在 23-38 岁之间, 平均年龄为 (26.93±2.87) 岁; 甲亢病程时间在 4 个月-3 年, 平均病程为 (3.02±1.01) 年。72 例患者中有 43 例患者为经产妇, 剩余 29 例患者为初产妇。对比两组患者的一般资料, 结果显示年龄、病程等方面均无显著性差异 (P>0.05), 可组间比较。

1.2 治疗方法

对照组的 36 例患者经过检查确诊为妊娠合并甲亢, 但是患者未采用丙基硫氧嘧啶药物进行治疗; 观察组的 36 例被确诊为妊娠合并甲亢之后采用丙基硫氧嘧啶药物进行治疗, 具体方法为: 患者开始服用药物治疗一般剂量控制在 300mg/d (一片剂量为 50mg), 随着病情的变化调整为 150-400mg/d, 患者最多剂量不能超过 600mg/d, 分次口服即可, 患者大约需要口服治疗半年。

1.3 观察指标

两组妊娠合并患者经过半年的治疗, 统计比较两组患者的血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平, 并对两组患者的妊娠结局进行统计对比。

1.4 统计学方法

本文两组妊娠合并甲亢患者的所有对比数据均用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 其中两组患者的血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平用计量资料 (平均数±标准差) 表示, t 检验; 妊娠结局用计数资料 (%) 的方式表示, χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组妊娠合并甲亢患者的激素水平对比

从下列表格中的数据可知, 观察组患者用丙基硫氧嘧啶治疗后, 血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平均优于对照组, 两组数据结果比较有差异 (P<0.05), 具体数值见下表 1。

表 1 两组妊娠合并甲亢患者的激素水平对比

组别	TSH (mU/L)	FT ₄ (pmol/L)	FT ₃ (pmol/L)	TT ₄ (pmol/L)	IT ₃ (pmol/L)
对照组 (n=36)	0.23±0.09	57.03±7.99	25.73±6.04	120.81±17.82	0.99±0.47
观察组 (n=36)	2.41±0.28	26.97±3.02	8.01±2.13	90.12±12.94	0.59±0.10
t	44.473	21.115	16.600	8.361	4.995
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者的妊娠结局 [n(%)]

组别	例数	低体重儿	早产	新生儿窒息	人工流产	不良妊娠率
对照组	36	6	3	2	3	38.89
观察组	36	1	2	0	0	8.33
χ^2						9.318
P						0.002

2.2 两组患者的妊娠结局

观察组患者不良妊娠率为 8.33%; 对照组患者的不良妊娠率为 38.89%, 两组妊娠结局比较有差异 (P<0.05), 见下表 2。

3 讨论

甲亢主要是由于甲状腺激素分泌过多而引起的一种疾病, 而妊娠合并甲亢患者相比甲亢患者更危险, 患者主要临床症

(下转第 58 页)

(12.0%)；观察组术后出现肌瘤残留 2 例 (4.0%)，肌瘤复发 5 例 (10.0%)，两组组间对比差异不显著 ($P > 0.05$)。

3 讨论

子宫肌瘤是妇科临床上一种常见的良性肿瘤，相关报道显示，子宫肌瘤在我国的发病率约为 20—30%，其中又以在 40—50 岁妇女人群中的发病率较高，高达 50—60%。目前，临床对子宫肌瘤的病因依然没有明确，有学者认为该疾病的发展与患者机体中的激素水平密切相关，孕激素和雌激素水平上升会加快患者的病情进展^[3-4]。少数患者由于症状不够显著而往往不易发现，而部分患者则合并腹痛、贫血、腹部包块、经期延长、净量增多等症状，严重者甚至会出现恶性病变，并且若治疗不及时，常导致患者合并不孕、流产、排尿障碍或尿频等多种并发症，从而对广大患者的身体生命健康造成了非常严重的威胁。

腹腔镜手术一种新兴的微创术式，其主要经小切口在腹腔中置入摄像头和手术器械，通过摄像头把患者腹腔中各脏器的图像传输到电视屏幕之上，进行微创治疗的一种手术措施。相关研究显示，腹腔镜手术明显提高了子宫肌瘤患者的疗效，有效降低了患者的并发症发生风险，且具有微创、术后恢复快等优点，美观性也更满足女性的需求^[5-6]。同时该

术式于直视下对直接剥除囊肿，然后将其直接拉出腹外，有效减少了患者的手术操作时间，最大化减少了对机体正常组织的损伤，且不会对内环境造成过大的影响。本研究结果显示，观察组的手术出血量较参照组显著较少，手术操作时间、术后首次肛门排气时间、体温恢复时间及住院天数显著较短 ($P < 0.05$)，这提示腹腔镜术式具有微创、术后恢复快等优点。两组的术后肌瘤残留率、肌瘤复发率均处于较低水平，且组间对比差异不显著 ($P > 0.05$)。

综上所述，子宫肌瘤患者行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的临床价值较传统开腹手术更加优秀，值得广泛推广。

[参考文献]

- [1] 吴德慧, 华金凤, 黄华民等. 不同手术方式治疗子宫肌瘤对妇科内分泌状态的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(19):3169-3172.
- [2] 迟新红, 贾桂英. 阴式子宫肌瘤剔除术及腹腔镜下子宫肌瘤剔除术两种微创术式的效果观察 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(13):2128-2129.
- [3] 张翠萍. 腹腔镜下与经腹子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者的效果比较 [J]. 医学综述, 2015, 21(22):4173-4175.
- [4] 徐莉, 李丹, 郭凤军等. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的 150 例临床分析 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(18):3011-3013.

(上接第 55 页)

状为怕热出汗、体重减轻、神经过敏、烦躁、抑郁、心悸等^[3]。根据临床研究结果显示，妊娠期合并甲亢患者早期不会对孕妇和胎儿造成影响，但是如果患者没有及时到医院进行治疗，轻者发生早产，重者发生流产以及围生儿死亡率增高，对产妇和胎儿均具有生命危险^[4]。临床对妊娠合并甲亢患者通常采用丙基硫氧嘧啶进行治疗，其中丙基硫氧嘧啶是一种硫脲类抗甲状腺药，能够有效抑制甲状腺的合成，最大的好处就是不会对胎儿造成不良影响，是治疗妊娠合并甲亢最常用的药物。妊娠合并甲亢患者如果在早期使用丙基硫氧嘧啶进行治疗，可以有效控制病情，降低早产率，但是要注意的一点就是，要根据患者的病情严格控制剂量，不能过多服用药物^[5]。

本次研究中，对照组的妊娠合并甲亢患者未使用丙基硫氧嘧啶治疗，而观察组的妊娠合并甲亢患者则采用了丙基硫氧嘧啶治疗，结果观察组患者的血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平均优于对照组 ($P < 0.05$)；对照组患者的不良妊

娠率为 38.89%，观察组患者的不良妊娠率为 8.33%，两组患者的妊娠结局比较有差异 ($P < 0.05$)。结合上述数据得出，丙基硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢患者具有良好的临床效果，不但可以有效控制患者的病情，而且不会对胎儿造成伤害，能够降低流产率与早产率，安全性非常高，是治疗妊娠合并甲亢患者最好的药物，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 赵文梅, 赵琪. 妊娠合并甲状腺功能减退患者的临床治疗效果 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(30):50-51.
- [2] 蒋庆耀. 丙硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢的疗效及对妊娠结局的影响研究 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(11):24-26.
- [3] 蔡志伟. 妊娠合并甲亢患者的临床治疗探析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(03):111-113.
- [4] 杨靖. 丙基硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢疗效及对妊娠结局影响研究 [J]. 中外医疗, 2014, 33(25):119-120.
- [5] 韩树恒. 妊娠合并甲状腺功能亢进的临床疗效分析 [J]. 中外医疗, 2013, 32(09):72-73.

(上接第 56 页)

损伤到喉返神经、甲状旁腺，发生损伤的几率大约为 2%^[3]。故而临床具体实施过程中，需对其解剖结构予以详细了解并充分掌握其特点，对包膜间血管分支予以切断，以免甲状腺后背膜损伤，减少游离，在最大程度上保护甲状旁腺和供血，手术时间、手术难度不会加大，还能以防喉返神经受损^[4]。研究组患者通过甲状腺腺叶切除术治疗后，术中失血量 (68.7±17.9) ml、手术操作时间 (109.5±15.5) min 均少于常规组 (88.3±8.8) ml、(122.3±11.3) min，同时研究组术后并发症发生率 4.88% 也明显低于常规组 21.95%，组间存在显著性差异 ($p < 0.05$)。由此表明，相比于甲状腺次全切术而言，甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的效果更为突出。

总而言之，临床治疗甲状腺结节患者时，建议将甲状腺腺叶切除术作为首选，不仅失血量低、手术操作时间短，而且并发症少，安全性高。

[参考文献]

- [1] 赵广龙. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效及安全性 [J]. 中国民康医学, 2018(01):24-26.
- [2] 颜状. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效分析 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(12):68-69.
- [3] 万德培, 罗俊生, 郭日昌. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(27):3387-3389.
- [4] 张惠明, 苏琼川. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(21):4185-4186.