

# 左旋甲状腺素片对妊娠期亚临床甲状腺功能减退患者妊娠结局的影响

袁淑华

湖南旺旺医院 湖南长沙 410000

**摘要: 目的** 探究左旋甲状腺素片对妊娠期亚临床甲状腺功能减退女性妊娠结局的影响。**方法** 选取 320 例于 2017 年 1 月-2018 年 1 月至本院产检以及诊治的妊娠期亚临床甲状腺功能减退患者, 随机将其均分为观察组与对照组, 每组各 160 例。观察组应用左旋甲状腺素片治疗, 对照组则未应用任何药物。就两组治疗效果以及最终妊娠结局进行观察与比较。**结果** 观察组妊娠期间相关并发症的发生率明显低于对照组, 剖宫产、早产、自发性流产与先兆子痫的发生率也明显低于对照组, 自然分娩率则明显高于对照组, 比较差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组婴儿 6 个月时的 MDI 指数、PDI 指数以及 BSID 平均分也明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 给予妊娠期亚临床甲状腺功能减退女性左旋甲状腺素片不仅可有效降低妊娠期并发症的发生几率, 对于妊娠结局的改善以及婴幼儿发育水平的改善均十分有利。

**主题词:** 左旋甲状腺素片; 妊娠期; 亚临床甲状腺功能减退; 妊娠结局

**中图分类号:** R714.256

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-6647 (2018) 10-115-02

亚临床甲状腺功能减退 (SCH) 在妊娠期女性尤其是亚洲女性中较为常见, 患者血清中  $T_3$ 、 $T_4$  水平正常, 但 TSH 水平则会明显升高<sup>[1]</sup>。作为人体重要的内分泌器官, 甲状腺在机体代谢平衡的维持与调节中发挥有重要作用。妊娠期 SCH 极易引发贫血、妊娠高血压、先兆子痫乃至早产、自发性流产等妊娠并发症, 严重威胁孕产妇以及婴儿的健康与生命安全<sup>[2][3]</sup>。既有临床研究文献发现, 左甲状腺素片对不同病因引起的临床亚甲减有着较为突出的治疗效果, 且安全性较高。基于此, 本文探究了左甲状腺素片对妊娠期亚临床甲减患者妊娠结局的影响, 现将研究过程与结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取 320 例于 2017 年 1 月-2018 年 1 月至本院产检以及诊治的妊娠期亚临床甲状腺功能减退患者, 随机将其均分为观察组与对照组, 每组各 160 例。两组均符合《妇产科疾病诊断治疗学》中有关“亚临床甲状腺功能减退症”的诊断标准。观察组中, 患者年龄为 20-38 岁, 平均  $(28.5 \pm 5.4)$  岁; 经产妇 56 例, 初产妇 104 例。对照组中, 患者年龄为 22-39 岁, 平均  $(29.2 \pm 4.8)$  岁; 经产妇 60 例, 初产妇 100 例。两组在年龄、妊娠次数等一般资料上的比较差异均不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入本次研究的患者于近期 4 周内均未行糖皮质激素、甲状腺激素以及免疫抑制剂等药物治疗, 免疫系统、垂体或内分泌腺体也均无器质性病变。所有患者均于研究前签署研究知情同意书。本次研究排除无功能性甲状腺残留组织者、BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  者以及经诊断患有多囊卵巢综合征、盆腔畸形等可能会对正常妊娠有影响者。此外, 合并有严重心肝肾等脏器功能不全者、2 型糖尿病与原发高血压者以及双胎或以上妊娠者均需排除在外。

### 1.3 治疗方法

两组均定期产检并接受甲状腺指标水平的检测。对照组患者未给予药物治疗, 观察组则给予左旋甲状腺素片 (国药准字 H20010522)。按照患者血清 TSH 值制定起始剂量, TSH 升高但  $\leq 8.0 \text{ mIU/L}$  时, 初始剂量定为  $50 \mu\text{g/d}$ ; TSH  $> 8.0 \text{ mIU/L}$

时, 改为  $75 \mu\text{g/d}$ ; TSH  $> 10.0 \text{ mIU/L}$  时, 则改为  $100 \mu\text{g/d}$ 。患者开始口服药物治疗后, 每 4 周返院复查 1 次甲状腺功能, 直至 TSH 降至妊娠特异参考值上限方可停止用药。即孕早期:  $0.1-2.5 \text{ mIU/L}$ , 孕中期:  $0.2-3.0 \text{ mIU/L}$ , 孕晚期:  $0.3-3.0 \text{ mIU/L}$ <sup>[4]</sup>。

### 1.4 观察指标

本次研究主要观察指标有妊娠并发症、妊娠结局以及婴幼儿发育情况等。婴幼儿发育情况的评价主要是应用婴幼儿发育量表 (BSID) 对婴幼儿出生后 6 个月的智能发育指数 (MDI) 和精神运动发育指数 (PDI) 进行评估, 2 个指数评分满分均为 100 分, 总分  $\geq 120$  分者视为优秀, 得分  $\leq 69$  分者视为发育迟滞。

### 1.5 统计学方法

研究中所产生的数据均应用统计学软件 SPSS26.0 进行处理与分析, 采用均数  $\pm$  标准差的方式表示计量资料, 行  $t$  值检验; 采用率表示计数资料, 行卡方检验; 当  $P < 0.05$  时视为比较差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组妊娠并发症发生情况比较

观察组妊娠期高血压综合征、糖耐量异常、贫血等并发症发生率均明显低于对照组, 比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。具体数据见表 1。

表 1: 2 组妊娠并发症发生情况比较

| 组别          | 妊娠期高血压综合征 | 糖耐量异常    | 贫血       |
|-------------|-----------|----------|----------|
| 观察组 (n=160) | 7         | 4        | 5        |
| 对照组 (n=160) | 21        | 16       | 15       |
| P           | $< 0.05$  | $< 0.05$ | $< 0.05$ |

### 2.2 2 组妊娠结局情况比较

经统计, 观察组自然分娩率为  $81.25\%$  ( $130/160$ ), 明显高于对照组的  $50.63\%$  ( $81/160$ ); 观察组早产、剖宫产以及自发性流产和先兆子痫的发生率为  $18.13\%$  ( $29/160$ ), 明显低于对照组的  $40.63\%$  ( $65/160$ ), 比较差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 2 组婴幼儿发育情况比较

(下转第 118 页)

和误诊风险, 需要结合其他检查进行综合判断。全血 C 反应蛋白检测能够对机体发生炎症性刺激和损伤时, 肝细胞合成急性相蛋白情况进行准确判断<sup>[3]</sup>。CRP 属于一种人体非特异性免疫机制, 能够与细胞膜上磷酸胆碱和 C- 多糖相结合, 进而激活补体, 缓解机体炎症反应, 激活血小板因子, 强化吞噬细胞的吞噬功能和调理作用, 对外来物质的激活补体系统加以识别, 清除病原体及载有配体的病理物质, 提高巨噬细胞组织因子的生成速度, 调节淋巴细胞, 强化白细胞吞噬能力, 同时, 其能够与染色体去除坏死组织内部细胞 DNA 结合, 在患者发生炎症症状后快速消退病变, 提高机体机构、功能和组织的恢复速度<sup>[4-5]</sup>。CRP 的升高程度能够直接说明炎症组织的活动性, 并在患儿发生炎症和急性感染后, 反应其与疾病活动性之间的关系。患儿出现急性感染症状后, CRP 检查结果能够为抗生素检查方案的确定提供参考。在 CRP 检查结果恢复正常后, 即可停止抗生素治疗, 临床医师可以结合指标检测结果, 对抗生素的使用量加以判断, 降低滥用抗生素问题发生率, 减轻对于患者免疫系统造成的损害, 其检测结果是临床快速决定后续治疗方案的一种可靠依据<sup>[6-7]</sup>。

由本研究结果可知, 全血 C 反应蛋白联合血常规检查用于儿科细菌性感染类疾病的检查和诊断, 其准确性、特异性和敏感度均能够达到 90% 以上, 相比单一血常规检查, 结果可靠性更高 ( $P < 0.05$ )。同时, 对于常见疾病类型的检出率能够达到 98%, 检查结果更加准确稳定。

综上所述, 在儿科细菌性感染类疾病检查中应用全血 C

反应蛋白联合血常规技术, 具有较高的准确性, 能够为疾病诊断和治疗提供准确参考。

### 参考文献

- [1] 田敏. 超敏 C 反应蛋白联合血常规对小儿细菌感染性疾病的诊断价值及预后的影响研究 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(4): 124-125.
- [2] 张海彪. 全血 C 反应蛋白 (CRP) 联合血常规在诊断儿科感染类型中的临床价值研究 [J]. 中国医药导报, 2018, 16(13): 58-59.
- [3] 郭小梅, 徐前. 尿微量白蛋白、血  $\beta_2$  微球蛋白、 $\alpha_1$  微球蛋白、胱抑素 C 在小儿感染性肾早期损害的临床意义 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2016, 8(1): 49-52.
- [4] 潘庆珍. 全血 C 反应蛋白与血常规联合检验在儿科感染性疾病诊断中的价值分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 35(9): 2057-2058.
- [5] 阮开龙. 探讨全血 C 反应蛋白与血常规中白细胞计数联合检验在儿科感染性疾病中的诊断价值 [J]. 中国实用医药, 2015, 56(23): 51-52.
- [6] 李青. 全血 C 反应蛋白与血常规联合检验在儿科细菌性感染性疾病中的诊断价值 [J]. 国际检验医学杂志, 2015, 26(16): 2446-2447.
- [7] 苗伟. 血常规和全血 C 反应蛋白联合检验在儿科细菌性感染性疾病中的诊断价值 [J]. 当代医学, 2016, 22(17): 75-76.

(上接第 115 页)

婴幼儿 6 个月时, 观察组 MDI 指数、PDI 指数与 BSID 评分均明显高于对照组, 比较差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。具体数据见表 2。

表 2: 2 组婴幼儿发育情况比较

| 组别          | MDI 指数     | PDI 指数    | BSID 评分   |
|-------------|------------|-----------|-----------|
| 观察组 (n=160) | 121.3±10.2 | 119.6±6.5 | 120.4±8.6 |
| 对照组 (n=160) | 105.6±9.7  | 103.6±5.3 | 104.6±7.5 |
| P           | < 0.05     | < 0.05    | < 0.05    |

### 3 讨论

亚临床甲状腺功能减退在妊娠期女性尤其是亚洲女性群体中较为常见, 患者血清游离甲状腺素  $T_3$ 、 $T_4$  水平仍处于正常范围, 但 TSH 则明显高于正常水平。出现甲状腺功能减退症的主要原因是机体自身免疫问题, 因此患者的心血管系统、神经肌肉系统以及消化系统、内分泌系统和血液系统也会受到不同程度的影响, 对此临床应加以重视并给予有效的治疗。本次研究结果表明, 给予妊娠期亚临床甲状腺功能减退患者左旋甲状腺素片可有效降低妊娠期并发症的发生几率, 对于

妊娠结局的改善以及婴幼儿发育水平的改善均十分有利, 值得临床广泛应用并推广<sup>[5]</sup>。

### 参考文献

- [1] 孔丽丽, 周金华, 黄沁. 妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症的早期治疗对妊娠结局的影响 [J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(12): 937-939.
- [2] 张冬梅, 张莉, 郑莹莹, 曾怡, 廖岚, 雷闽湘. 亚临床甲状腺功能减退与 2 型糖尿病慢性并发症的关系 [J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(01): 25-29.
- [3] 刘薇, 华琳, 于湄, 潘素芳, 谢荣荣, 杨金奎. 亚临床甲状腺功能减退症对糖代谢的影响 [J]. 首都医科大学学报, 2008, 29(06): 773-777.
- [4] 齐艳. 左旋甲状腺素片治疗妊娠合并甲减患者剂量调整分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2017, 4(26): 147-148.
- [5] 王丽华. 左旋甲状腺素片治疗妊娠合并甲状腺功能减退的安全性及对妊娠结局影响 [J]. 黑龙江医药科学, 2017, 40(03): 166-167.

(上接第 116 页)

[1] 高娟. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(5): 42-43.

[2] 吕孟澄. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床效果分析 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(7): 119-120.

[3] 李德寿, 杨勇. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗

塞的疗效分析 [J]. 保健文汇, 2018, 13(2): 159.

[4] 林平丽. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙在治疗脑梗塞的临床效果 [J]. 医学信息, 2016, 29(14): 81-82.

[5] 裴大旭, 裴钟泽. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗脑梗塞的临床观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(39): 7848-7848.