



·论 著·

早孕期血绒毛膜促性腺激素值对辅助生殖治疗妊娠结局的预测价值分析

王文广 (邵阳市汇恩生殖健康专科医院 湖南邵阳 422000)

摘要:目的 分析早孕期血绒毛膜促性腺激素值对辅助生殖治疗妊娠结局的预测价值。方法 收取我院100例不孕症患者,收取时间在2015年10月直至2016年9月,监测100例不孕症患者排卵16d的血B-HCG值上升情况,分析其妊娠结局,按照妊娠是否大于12周将其分为两组,分别为不良妊娠组(28例,≤12周)和继续妊娠组(72例,>12周)。结果 不良妊娠组和继续妊娠组2组患者在不同区段血β-HCG分布情况对比具有显著差异($P<0.05$),继续妊娠组不同助孕方式血β-HCG值(817.45 ± 605.12 、 203.41 ± 285.12 、 675.01 ± 195.27)均高于不良妊娠组患者($P<0.05$)。结论 早孕期血绒毛膜促性腺激素值对辅助生殖治疗妊娠结局具有重要的预测价值,值得临床进一步推广和应用。

关键词:早孕期血绒毛膜促性腺激素值 辅助生殖 妊娠结局 预测价值

中图分类号: R975+.5

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 17-026-01

在临床辅助生殖技术的治疗中,妊娠早期检查和及时判断妊娠结局,对临床医生的下一步处理具有十分重要的意义,人绒毛膜促性腺激素为糖蛋白激素,一般在受精后6天-8天在人体血中出现^[1]。因此,我院对早孕期血绒毛膜促性腺激素值对辅助生殖治疗妊娠结局的预测价值进行分析和研究,选择一种有效、简单的预测患者妊娠结局的指标,见下文。

1 资料和方法

1.1 资料

收取我院100例不孕症患者,收取时间在2014年10月直至2015年9月,监测100例不孕症患者,包括采取自然周期检测排卵指导同房,COH+IUI治疗以及IVF-ET治疗等措施,并在IVF-ET后常规黄体酮激素支持,所有患者不注射HCG做激素支持,于排卵或取卵后16d测血β-HCG值大于50IU/L者,分析其妊娠结局,按照妊娠是否大于12周将其分为两组,分别为不良妊娠组(28例,≤12周)和继续妊娠组(72例,>12周)。

不良妊娠组:患者年龄均在20~39岁之间,患者的平均年龄为(29.56 ± 1.23)岁。

继续妊娠组:患者年龄均在21~38岁之间,患者的平均年龄为(29.32 ± 1.45)岁。

上述两组不孕症患者各项资料无明显的差异,能够实施对比($P>0.05$)。

1.2 方法

给予患者使用黄体酮每日20mg-60mg进行治疗。

样本处理和收集:排卵或取卵后16d测血β-HCG水平,血β-HCG大于50IU/L则可判定为生化妊娠,48h后再次对患者血β-HCG上升情况进行检测,检测试剂均由我院提供,为微粒子化学发光免疫分析系统。

妊娠结局判定:在确定患者妊娠后,排卵或取卵后4周-5周在B超下见孕囊则为临床妊娠,不良妊娠主要包括:异位妊娠、生化妊娠、早期流产等^[2]。

1.3 观察指标

对比不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同区段血β-HCG分布情况。

对比不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同助孕方式血β-HCG值。

1.4 统计学处理

本次研究均采用SPSS22.0软件,不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同区段血B-HCG分布情况、不同助孕方式血B-HCG值进行相关统计处理,研究中计数资料使用百分比进行检验,计量资料则采用T检验,采用 $P<0.05$ 代表不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同区段血B-HCG分布情况、不同助孕方式血β-HCG值对比具有差异,其两组患者各项指标具有意义。

2 结果

2.1 对比不同区段血B-HCG分布情况

不良妊娠组和继续妊娠组2组患者在不同区段血β-HCG分布情况对比具有显著差异($P<0.05$),如表1所示。

表1:对比不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同区段血B-HCG分布情况

组别	<100		100-200		200-300		300-400	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
不良妊娠组(n=28)	17	94.44	4	21.05	5	38.46	2	4.00

继续妊娠组(n=72)	1	5.56	15	78.95	8	61.54	48	96.00
合计	18	100.00	19	100.00	13	100.00	50	100.00

注:两组相比较 $p<0.05$ 。

2.2 对比不同助孕方式血β-HCG值

继续妊娠组不同助孕方式血β-HCG值(817.45 ± 605.12 、 203.41 ± 285.12 、 675.01 ± 195.27)均高于不良妊娠组患者($P<0.05$),如表2所示。

表2:对比不良妊娠组和继续妊娠组2组在不同助孕方式血B-HCG值

助孕方式	不良妊娠组		继续妊娠组	
	例数	例数	例数	例数
NC	7	500.24 ± 154.11	15	817.45 ± 605.12
COH+IUI	23	215.45 ± 282.11	15	203.41 ± 285.12
IVF-ET	20	165.72 ± 56.30	20	675.01 ± 195.27

注:相比较 $p<0.05$ 。

3 讨论

在临床中已经将不孕症定义为一种常见的疾病,多数不孕症患者均存在不同程度的焦虑、抑郁心理,根据临床大量文献报道,对其实施辅助生育方式虽然能给患者以及患者家属带来希望,但是也易加重患者的紧张和焦虑情绪,而在早期判断患者妊娠结局以及确定妊娠,不仅能利于临床医生确定妊娠处理意见,还能缓解患者的不良情绪。

在本次研究资料中,我院对不良妊娠组和继续妊娠组2组患者分别进行比较后,发现不良妊娠组患者促性腺激素用量显著多于继续妊娠组患者,其主要是由于不良妊娠组患者进行胚胎移植治疗或者体外受精治疗多,需要较多卵泡进行调节,从而导致促性腺激素用量增加,HCG应用在黄体支持中主要是促黄体作用,能使患者月经期黄体转化为早孕期黄体,其作用机制是将黄体细胞膜受体相结合,激活患者体内腺苷酸环化酶,促进人体黄体激素分泌,由此提示血B-HCG至在预测患者妊娠预后方面具有重要的作用,为一个准确、简单的预测因子,能应用在各种助孕方式中^[3]。

经研究表明,不良妊娠组和继续妊娠组2组患者在不同区段血B-HCG分布情况对比具有显著差异($P<0.05$),继续妊娠组不同助孕方式血B-HCG值(817.45 ± 605.12 、 203.41 ± 285.12 、 675.01 ± 195.27)均高于不良妊娠组患者($P<0.05$)。

综上所述,早孕期血绒毛膜促性腺激素值对辅助生殖治疗妊娠结局具有重要的预测价值,值得临床进一步推广和应用。

参考文献

- [1] 於莉英, 张桂宝. 保守治疗高水平血绒毛膜促性腺激素异位妊娠17例[J]. 中国基层医药, 2013, 20(10): 1527-1528.
- [2] 薛建芳, 顾伟民. 甲氨蝶呤联合天花粉治疗高水平血绒毛膜促性腺激素输卵管妊娠的临床研究[J]. 中国现代医生, 2014, 52(1): 38-41.
- [3] 周爱华, 刘细红. 宫内早期妊娠结局同血清HCG及P水平的关联性研究[J]. 中国医药科学, 2015, 5(14): 87-90.