



来曲唑片联合人绝经期促性腺激素治疗 PCOS 不孕症疗效分析

雷 敏 (常德市第一人民医院生殖中心 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 探讨来曲唑片 (LE) 和人绝经期促性腺激素 (HMG) 治疗多囊卵巢综合征 (PCOS) 不孕症的疗效。**方法** 将2015年1月~2016年1月于常德市第一人民医院不孕不育门诊就诊的78例PCOS不孕症患者采用随机数表法分为研究组和对照组, 每组各39例。2组均应用HMG, 研究组使用HMG+LE方案治疗。对比2组治疗前后月经第2~3d激素水平[卵泡刺激素(FSH)、促黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、睾酮(T)、LH/FSH]; 治疗后促排卵状况(子宫内膜厚度、排卵率), 临床症状改善情况及观察3月内不良事件发生率的差异。**结果** ①治疗后, 2组T值、LH值、LH/FSH比值均较治疗前下降(P<0.05), 研究组降幅大于对照(P<0.05), 2组FSH值较治疗前上升, 研究组增幅大于对照(P<0.05), 2组E₂值较治疗前上升, 2组增幅对比差异无统计学意义(P>0.05); ②研究组治疗后排卵率及各临床症状改善率均较对照组高(P<0.05), 2组子宫内膜厚度对比差异无统计学意义(P>0.05); ③观察3月内, 2组不良事件发生率差异无统计学意义(P>0.05)。**结论** 联合应用LE和HMG能有效改善PCOS患者临床症状, 且对改善性激素水平和提高排卵率有利。

关键词: 来曲唑片 人绝经期促性腺激素 PCOS 不孕症 激素

中图分类号: R711.75 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)14-057-02

多囊卵巢综合征(PCOS)是女性不孕症的常见原因, 育龄女性发病率约为8%^[1]。PCOS影响女性生殖激素表达、阻碍排卵, 临床以人工授精和促排卵为主要治疗方案^[2], 但受患者个体差异等因素影响, 疗效不尽相同。故越来越多学者将研究重点向更多可行性治疗途径上转移, 以期获得更理想的治疗效果。基于此, 本研究选取PCOS不孕症患者78例进行研究, 以探讨探讨LE联合HMG治疗PCOS不孕症疗效及对子宫内膜厚度及排卵率的影响, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2015年1月~2016年1月入院诊治的78例PCOS不孕症患者作为研究对象。纳入标准: 符合欧洲生殖协会PCOS不孕症诊断标准(2003年版)^[3], 并经影像学检查确诊; 年龄18~45岁者; 配偶生殖功能正常者; 未避孕≥2年。排除标准: 其他原发性严重心脑血管、其他泌尿生殖系统疾病者; 在3个月内服用激素类药物者; 患可继发高雄性激素水平其他疾病者; 对本组药物有相关禁忌症者。采用随机数字表法将78例患者分为研究组和对照组, 每组39例。2组体质量等基线资料比较, 差异无统计学意义(P>0.05), 如表1所示。

表1: 2组患者一般资料($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体质量 (kg/m ²)	年龄 (岁)	不孕龄 (年)	月经紊乱 (月)
研究组	39	23.16±2.29	26.77±2.87	4.16±0.47	12.45±3.83
对照组	39	23.35±2.21	26.32±3.31	4.04±0.32	12.47±3.40

1.2 治疗方法

2组均应用HMG(生产企业: 宁波人健药业有限公司, 规格: 75U, 批准文号: 宁波人健药业有限公司), 月经周期第5d开始注射,

表2: 2组治疗前后激素水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FSH (U/L)	E ₂ (pmol/mL)	T (nmol/L)	LH (U/L)	LH/FSH (U/L)
研究组	治疗前	4.50±1.36	183.68±16.86	2.78±0.28	13.85±3.02	3.59±0.50
	治疗后	9.12±0.72 ^{1) 2)}	264.51±3.17 ²⁾	0.52±0.17 ^{1) 2)}	6.37±1.54 ^{1) 2)}	0.75±0.29 ^{1) 2)}
对照组	治疗前	4.26±1.45	184.57±17.48	2.66±0.08	13.90±3.94	3.76±0.48
	治疗后	7.65±0.41 ²⁾	263.69±3.57 ²⁾	1.36±0.60 ²⁾	7.64±1.97 ²⁾	1.22±0.16 ²⁾

注, 1) 与同期对照组对比, P<0.05; 2) 与同组治疗前对比, P<0.05。

2.2 2组促排卵状况对比

研究组排卵率较对照组高(P<0.05), 2组子宫内膜厚度差异无统计学意义(P>0.05), 如表3所示。

表3: 2组促排卵状况对比[($\bar{x} \pm s$), n(%)]

组别	n	子宫内膜厚度(mm)	排卵率
研究组	39	9.81±0.77	30(76.92) ¹⁾
对照组	39	9.74±0.60	19(48.71)

注, 1) 与对照组对比, P<0.05。

75U/次, qod, i.m., 维持用药7d后若卵泡成熟不良(<10mm)则变更为75U/次, qd, 增加37.5U/w, 发育良好则维持原方案。研究组使用HMG+LE方案: HMG用法同对照组; LE(生产企业: Novartis Pharma Schweiz AG, 2.5mg, 批准文号: 国药准字H20090304)与HMG同日起使用, 2.5mg/次, qd, p.o.。2组均在优势卵泡(直径≥18mm)出现时注射人绒毛膜促性腺激素(HCG)诱导排卵。

1.3 评估方法

治疗前后抽取静脉血5ml, 离心后使用ACCESS型全自动化学发光免疫分析仪(济南奥诺生物工程有限公司生产)测定卵泡刺激素(FSH)、促黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、睾酮(T)水平。治疗1w后每2d行B超观察排卵状况及卵泡发育状况。

1.4 观察指标

对比治疗前后激素水平(FSH、E₂、T、LH、LH/FSH), 治疗后促排卵状况(子宫内膜厚度、排卵率), 临床症状改善状况及观察3月内不良事件发生率的差异。

1.5 数据分析

将原始数据输入SPSS19.0软件进行统计分析, 计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示用t检验, 计数资料用百分比表示采用 χ^2 检验, P<0.05则认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后激素水平对比

治疗后, 2组T值、LH、LH/FSH均较治疗前下降(P<0.05), 研究组降幅大于对照(P<0.05); 2组FSH较治疗前上升, 研究组增幅大于对照(P<0.05), 2组E₂较治疗前上升, 2组增幅对比差异无统计学意义(P>0.05), 如表2所示。

2.2 2组临床症状改善对比

研究组各临床症状改善率均高于对照组(P<0.05), 如表4所示。

表4: 2组临床症状改善对比[n(%)]

组别	n	月经稀少	痤疮	多毛
研究组	39	22(56.41) ¹⁾	25(64.10) ¹⁾	21(53.85) ¹⁾
对照组	39	10(25.64)	11(28.21)	7(17.94)

注, 1) 与对照组对比, P<0.05。

2.4 2组不良事件发生率



观察3月内, 研究组(4/39, 10.26%)不良事件发生率与对照组(2/39, 5.13%)比较, 差异无统计学意义($\chi^2=0.722, P=0.395$)。

3 讨论

卵巢是女性重要的生殖器官, PCOS影响排卵和性激素平衡, 不仅不利于其生育, 同时也是子宫内膜癌的危险因素。有研究发现, PCOS会导致胰岛素抵抗、脂类代谢异常、心血管疾病等^[4], 确诊后需及时治疗。此病临床治疗途径是促单卵泡生长、发育, 诱导优势卵泡排出以增加成功妊娠的机率。但相关研究表明, 各类促排卵药物敏感性不一致, 且治疗后还可能出现卵巢过度刺激综合征等不良事件, 对妊娠结局不利^[5]。

PCOS患者常无排卵或卵泡发育不成熟, 检测排卵率是判断治疗疗效的重要指标。本研究发现, 研究组排卵率高于对照组。LE能特异性地抑制雄激素前体物质在外周组织芳香化, 抑制雄激素向雌激素的转化, 不仅能解除机体高生殖激素的性腺限制, 早期雄激素聚集还能帮助原始卵泡发育; 联合HMG能调节机体性激素, 促进刺激垂体前叶释放FSH, 以增加排卵率, 两药联合能从不同途径确保原始卵泡正常发育, 故联合用药能改善患者排卵率以便促进妊娠。

妊娠需要优势卵泡发育成熟以便诱导排卵, 因此在优势卵泡出现后要适当限制生长卵泡募集, 以免出现过小卵泡。本研究发现, 研究组T、LH、LH/FSH值均明显下降, FSH上升。其中LH/FSH是临床判断PCOS的常用指标, 指标水平下降表明LE能有效治疗PCOS, 同时PCOS临床症状改善是体内激素得到平衡的直观表现, 与本组资料中研究组临床症状改善率较高的结论相一致。药理学研究发现, LE对雌激素的作用可逆且药物半衰期短^[6], 随着成熟卵泡出现, 仍可有升高的

FSH水平反馈下丘脑以闭锁小卵泡, 以提升促排卵后安全单胎妊娠率。LE联合HMG在促排卵过程中平衡机体激素紊乱状况, 与邢喜梅等^[7]学者所得结论类似。

本研究受样本量限制, 仍有部分结论存在深入探究空间, 可扩大样本量并尽可能排除相关干扰因素, 以期获得更严谨、科学的报告结果。

综上所述, LE与HMG结合治疗方案双重协同提高排卵率, 同时LE可以促单卵泡成熟、改善患者预后质量。

参考文献

- [1] 高婷婷, 李博, 陈书强, 等. 陕西省育龄期女性多囊卵巢综合征流行病学特点分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2016, 27(5):584-586.
- [2] 刘静. 促性腺激素联合来曲唑治疗多囊卵巢综合征不孕症患者排卵情况及妊娠率的影响[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(7):1540-1541.
- [3] 赵越, 阮祥燕, 崔亚美, 等. 不同亚型的多囊卵巢综合征患者临床及实验室指标特征的研究[J]. 首都医科大学学报, 2015, 36(4):567-572.
- [4] 程小林, 郭佳伟, 解菁. 瘦素及胰岛素拮抗与多囊卵巢综合征不孕症相关性研究[J]. 中华流行病学杂志, 2014, 35(12):1389-1391.
- [5] 姜艳萍, 张印星, 殷旭光. 不同促排方案对PCOS不孕患者治疗效果的比较[J]. 西南国防医药, 2016, 26(12):1457-1459.
- [6] 唐亭亭, 阳翎, 禹虹, 等. 不同促排卵方案治疗多囊卵巢综合征的疗效分析[J]. 医学临床研究, 2017, 34(2):402-404.
- [7] 邢喜梅, 简启亮, 丁楠, 等. 来曲唑联合促性腺激素与单独使用促性腺激素用于PCOS患者促排卵治疗的临床效果系统评价[J]. 中国计划生育学杂志, 2015, 23(9):584-590.

(上接第54页)

抽血室的应用[J]. 中国社区医师, 2016, 32(19):161-162.

[3] 袁小丽. 体检中心静脉采血环节质量管理[J]. 中华健康管理学杂志, 2013, 7(6):434-435.

[4] 周晓丹. 健康体检中护患矛盾对护士心理健康状况的影响及

应对措施[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(14):41-42.

[5] 周晓丹. 体检中心护士心理压力源危险因素及防护措施[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(5):60-62.

[6] 刘广华. 健康体检管理中心应关注心理体检[J]. 中国疗养医学, 2012, 21(4):369-370.

(上接第55页)

理干预措施缓解患者的焦虑、抑郁等不良情绪。

在以往的护理中, 通常对阻肺急性发作患者进行常规护理, 常规护理能够在一定程度上控制病情发展, 促进患者康复, 但是常规护理对慢阻肺急性发作患者不良心理应激的影响比较小, 难以消除患者焦虑、紧张等不良情绪^[6]。细致化护理主要对护理细节进行优化, 使患者享受更加优质的护理服务。患者刚入院时对陌生的医院环境会产生竞争情绪, 这时护理人员向患者介绍医院环境, 让患者尽快熟悉医院环境, 并且在介绍的过程中让患者感受到医护人员的关爱, 这样能够有效的缓解患者入院时的紧张情绪。另外, 护理人员对患者进行细致的心理护理, 在患者住院期间积极与患者沟通, 及时消除患者的不良情绪, 提高治疗效果。最后, 护理人员密切关注患者病情变化, 掌握患者接受治疗期间细微的体征变化, 及时发现异常情况向医生汇报, 以此提高治疗效果。

本次研究表明, 观察组患者与对照组患者护理前的焦虑评分与抑郁评分无明显差异($P > 0.05$), 观察组患者接受护理干预后的抑郁评分为(50.32±2.37), 焦虑评分为(42.71±2.45)均明显低于对

照组患者接受护理干预后的抑郁评分(61.82±2.39), 焦虑评分(52.98±2.65)。根据研究结果可知, 细致化护理效果理想。

综上所述, 细致化护理能够有效的改善慢阻肺急性发作患者不良心理应激, 值得推广。

参考文献

- [1] 尹新艳. 细致化护理在改善慢阻肺急性发作患者不良心理应激的效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(95):235-238.
- [2] 王瑜. 细致化护理对慢阻肺急性发作患者不良心理应激的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(82):382-383.
- [3] 韦红泉, 黄英华, 潘婉玲. 细致化护理对慢阻肺急性发作患者不良心理应激的效果分析[J]. 临床医学工程, 2017, 24(04):563-564.
- [4] 王殿红. 细致化护理在改善慢阻肺急性发作患者不良心理应激状态中的护理研究[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(05):144-145.
- [5] 张美平. 慢阻肺急性发作患者实施细致化护理的意义研究[J]. 生物技术世界, 2016, (01):125.
- [6] 路雪彩. 细致化护理改善慢性阻塞性肺疾病急性发作患者不良心理应激的效果分析[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(25):228-229.

(上接第56页)

中国农村卫生, 2017, 10(10):58-58.

[4] 赵群. 疤痕子宫再妊娠阴道分娩的产程监测与护理体会[J]. 西藏医药, 2016, 42(4):69-71.

[5] 钱夏柳, 詹泽森, 覃惠风. 疤痕子宫再妊娠经阴道分娩的产程监测及护理[J]. 吉林医学, 2014, 35(31):7063-7065.

[6] 杨若雅. 疤痕子宫再妊娠孕产妇经阴道分娩的安全性及要点分析[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(18):111-112.

[7] 李永华. 剖宫产术后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 药品评价, 2016, 13(B12):129-130.

[8] 卢进保. 剖宫产后再次阴道分娩的产程观察及护理[J]. 中国医药指南, 2014, 12(18):364-365.