



探究尿促性腺激素和人绒毛膜促性腺激素治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育患者的临床疗效

张秀萍¹, 拓万莲² (1. 中卫市第三人民医院, 宁夏中卫 755000; 2. 中卫市人民医院, 宁夏中卫 755000)

摘要: **目的** 探究尿促性腺激素和人绒毛膜促性腺激素治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育患者的临床疗效。**方法** 将我院收治的 32 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者随机分为观察组和对照组, 对照组给予传统不孕不育治疗, 观察组采用绝经期促性腺激素注射治疗, 并指导同房, 观察两组临床治疗效果。**结果** 观察组治疗后成功妊娠 12 例, 成功率 75.0%, 对照组成功妊娠 7 例, 观察组成功妊娠率显著高于对照组。观察组治疗后子宫相关指标、生殖激素各项水平与治疗前比较差异具有统计学意义, 观察组和对照组治疗治疗效果差异具有统计学意义。**结论** 采用尿促性腺激素和人绒毛膜促性腺激素治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育疗效显著, 可提高妊娠成功率。

关键词: 低促性腺激素 闭经 不孕不育

中图分类号: R711.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-141-02

促性腺激素是促进性激素生成和分泌的糖蛋白激素, 其生成和释放受下丘脑促黄体生成激素的直接调控, 促黄体生成激素刺激卵巢或睾丸中生殖细胞的发育, 绒毛膜促性腺激素可促进妊娠黄体分泌孕酮^[1]。低促性腺激素性闭经属于垂体征或下丘脑闭经, 是导致不孕不育的常见症状, 以性腺功能低下为主要特征, 一般由后天因素所致, 临床表现为长期闭经及不孕, 生殖器和乳房萎缩, 严重危害患者身心健康, 已引起临床医师的广泛关注^[2]。本文对我院收治的 32 例低促性腺激素性闭经患者进行促排卵周期治疗, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 2013 年 3 月至 2015 年 2 月收治的 32 例低促性腺激素性闭经患者为研究对象, 年龄 23—36 岁, 平均年龄 33 岁, 闭经 1—3 年, 患者入院后均进行基础内分泌测定, 患者生殖器检查正常, 造影检查输卵管正常, 所有患者符合第促性腺激素功能低下的相关诊断标准, 黄体生成激素和卵泡刺激激素均小于 5 IGL, 患者丈夫精液检查无异常, 排除男方因素。所有患者排除子宫、卵巢畸形及有过生殖系统手术患者, 无精神病、恶性肿瘤和严重心、肝、肾等严重器质性疾病。将所有患者随机分为观察组和对照组, 两组间临床资料无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法

对照组患者实施传统不孕不育治疗方法, 在针对病因治疗的基础上, 加以促排卵治疗^[3]。观察组患者先给予人工周期治疗 2—3 个疗程,

患者撒药性出血后第五天开始服用补佳乐, 每次 1mg, 每天一次, 连续服用三周, 服药最后 5 天使用醋酸钾羟孕酮片 10mg, 月经来潮后第五天开始第二治疗周期, 第三周期月经第五天时肌肉注射尿促性腺激素, 每日 75U, 5—7 天后观察患者卵泡发育及内膜生长情况, 效果不佳者适当增加剂量。当卵细胞直径达到 18—20mm 后, 停止注射尿促性腺激素, 注射人绒毛膜促性腺激素 10000U 诱发排卵, 嘱咐患者当日或者隔日同房一次, 若妊娠失败, 继续下一周期治疗, 2 周后进行血清人绒毛膜促性腺激素, 确认是否怀孕。在整个治疗过程中营造温馨舒适的治疗环境, 保持夫妻双方心情愉悦, 避免出现焦虑等不良情绪, 嘱咐患者多食高蛋白类易消化食物, 保持充分营养摄入^[4]。

2 结果

2.1 两组治疗效果分析

表 1: 两组治疗效果比较

组别	例数	卵泡成熟但未		卵泡成熟	卵泡未成熟
		成功妊娠	成功妊娠		
观察组	16	12 (75.0%)	1 (6.3%)	3 (18.7%)	0 (0)
对照组	16	7 (43.7%)	5 (31.3%)	1 (6.3%)	3 (18.7%)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

两组患者治疗效果如表 1, 观察组治疗后成功妊娠 12 例, 成功率 75.0%, 对照组成功妊娠 7 例, 妊娠成功率 43.7%, 观察组成功妊娠率显著高于对照组。

2.2 治疗前后子宫相关指标变化

表 2: 两组患者治疗前后子宫相关指标变化

相关指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
子宫体积 (cm ³)	15.23±4.16	36.14±10.21*	14.36±5.48	20.33±9.81#
内膜厚度 (cm)	0.36±0.03	1.26±0.17*	0.33±0.08	0.64±0.10#
卵巢体积 (cm ³)	2.12±1.04	8.32±4.10*	2.20±1.24	4.38±3.12#
优势卵泡 (个)	0	2.51±0.84*	0	0.67±0.22#

注: 与治疗前比较, *P<0.05; 观察组和对照组治疗后比较, #P<0.05。

两组患者治疗前后子宫相关指标变化如表 2, 观察组治疗后子宫体积、内膜厚度、卵巢体积和优势卵泡与治疗前比较差异具有统计学

意义, 观察组和对照组治疗前后子宫相关指标比较差异具有统计学意义。

2.3 治疗前后生殖激素各项水平变化

表 3: 两组患者治疗前后生殖激素各项水平变化

相关指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
卵泡刺激激素 (mIU/mL)	3.58±1.26	17.22±4.15*	3.41±0.98	9.46±3.12#
黄体生成激素 (mIU/mL)	2.12±0.63	32.14±5.66**	2.16±0.48	15.37±4.62#
雌二醇 (pg/mL)	17.53±5.02	210.05±42.82**	16.95±4.12	97.24±21.04##
催乳素 (ng/mL)	4.38±1.19	13.03±3.80*	4.30±1.21	5.74±2.68#
孕酮 (ng/mL)	0.56±0.21	24.57±4.79**	0.53±0.17	13.66±3.76

注: 与治疗前比较, *P<0.05, **P<0.01;

治疗后观察组和对照组比较, #P<0.05, ##P<0.01。



两组患者治疗前后生殖激素各项水平变化如表 3, 观察组治疗后卵泡刺激激素、黄体生成激素、雌二醇、催乳素和孕酮水平与治疗前比较显著升高, 差异具有统计学意义, 观察组和对组治疗后生殖激素各项水平比较差异具有统计学意义。

3 结论

闭经是临床常见的妇科症状之一, 涉及病种繁多, 正常月经受下丘脑-垂体-卵巢轴的调节, 其中任何环节发生障碍均可导致闭经, 不同原因导致的闭经处理方式不同, 需针对性选择诊断与治疗措施。低促性腺激素性闭经患者促性腺激素分泌不足, 雌激素低落, 无性欲, 无卵泡发育, 乳房与生殖器萎缩, 导致不孕不育, 严重影响患者身心健康, 甚至影响夫妻家庭生活。陈建玲^[5]研究尿促性腺激素联合人绒毛膜促性腺激素治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育患者的效果, 结果发现临床疗效显著, 可提高妊娠成功率。本文对比研究注射尿促性腺激素联合人绒毛膜促性腺激素与传统方式治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育的临床效果。结果显示, 观察组治疗后妊娠成功率 75.0%, 显著高于对照组, 观察组治疗后子宫相关指标、生殖激素各

项水平平均显著高于对照组, 与文献报道结果一致。因此, 尿促性腺激素和人绒毛膜促性腺激素治疗低促性腺激素性闭经致不孕不育疗效显著, 在治疗过程嘱咐患者做好保健, 保持身心健康, 可提高妊娠成功率, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 徐珍珍, 李江, 张新清, 等. 低促性腺激素性闭经致不孕不育临床治疗探讨[J]. 中国卫生产业, 2014, 11(27):149-150.
- [2] 屈海红. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者治疗方法预后观察[J]. 舟亢航天医学杂志, 2013, 24(11):1339-1340.
- [3] 马从顺, 许虹, 张春晖, 等. 促性腺激素释放激素激动剂长方案促排周期中孕激素水平变化的意义[J]. 广东医学, 2010, 31(19):3645-3648.
- [4] 付凤霞. 28 例低促性腺激素性闭经致不孕不育患者治疗方法临床观察[J]. 中国医学创新, 2013, 10(19):110-112.
- [5] 陈建玲. 低促性腺激素性闭经致不孕不育患者治疗与临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(10):1574-1575.

(上接第 138 页)

实施镇痛, 能有预防患者因手术产生的应急反应, 改善患者术中高代谢情况, 从而降低手术风险, 增强手术安全性。针对下肢骨折患者, 常见的手术方式为切开复位内固定治疗, 该术式会剥离骨膜、放置固定物、切开皮肤组织等操作, 会增加患者炎性介质的释放, 使术后炎性水平大大高出正常水平, 影响术后恢复。而右美托咪定的作用机制是选择性激动患者下丘脑、脑干蓝斑核内、中枢突触后模的 α_2 肾上腺素受能体, 通过乳癌交感神经活性, 减少 P 物质、甲肾上腺素释放, 减少对抗伤害性感觉传入, 从而达到减轻患者疼痛的目的, 达到镇静效果^[4]。本研究表明, 观察组的 VAS 评分高于对照组, 在 T0-T3 阶段 Ramsay 评分均高于对照组, 说明右美托咪定能够减少因手术引起的外周敏感化程度, 提高患者疼痛阈值, 促进术后恢复。同时本研究结果还提示, 使用右美托咪定期间, 患者在 T0-T3 阶段, 患者心率(HR)、平均动脉压(MAP)低于对照组, 说明右美托咪定具有良好的

镇静效果。

综上, 采用个右美托咪定复合麻醉在青年下肢骨折手术中可取的较好镇静效果, 能够降低因手术所致的应急反应, 减轻患者疼痛, 维持患者血流动力学稳定, 具有较高临床推广价值。

参考文献

- [1] 黄杭飞, 徐涛, 杨运等. 青年下肢骨折手术应用右美托咪定复合麻醉的镇痛作用分析[J]. 中国社区医师, 2015, 31(25):75-80.
- [2] 赵以松, 孟祥奇, 喻翔卿等. 右美托咪定超前镇痛在下肢骨折手术患者的应用[J]. 江苏医药, 2014, 40(2):167-169.
- [3] 万军芳, 刘金东, 程芳等. 右美托咪定联合芬太尼对下肢骨折术后静脉自控镇痛的影响[J]. 徐州医学院学报, 2014, 34(1):51-53.
- [4] 宋莺春, 徐飞. 芬太尼及右美托咪定在老年下肢骨折术后自控静脉镇痛中的临床效果分析[J]. 中国医学前沿杂志, 2014, 3(12):26-29.

(上接第 139 页)

吸烟、饮食因素、阑尾切除术、肠道细菌失调、口服避孕药、精神紧张、过敏史等^[4]。其病变多位于乙状结肠和直肠, 也可延伸至降结肠, 甚至整个结肠, 长期发展患者易出现消瘦、厌食、贫血及营养不良等并发症^[5]。由于食物摄入不足, 吸收不良, 营养从肠道丢失, 营养不良、体质量下降广泛存在于溃疡性结肠炎患者病程的任何阶段, 因此患者对能量需求增加。胃肠内营养治疗可以改善保护胃肠道黏膜免疫及屏障功能, 并且阻止肠道菌群的紊乱, 维持肠道正常微环境状态; 一般而言, 人体需要的营养包括热量(碳水化合物、脂肪乳剂)、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素; 胃肠外营养可以让一些不能正常进食的患者在获得充足营养的同时, 让胃肠道得到充分休息及恢复, 减少胃液分泌量, 并且也可以加速创伤的愈。我院通过对溃疡性结肠炎患者进行营养支持治疗及传统的内科常规治疗研究发现给予营养支持疗法的溃疡性结肠炎患者, 总有效率高达 83.9%, 远远高

于对照组 48.2%, 而且各营养指标均较治疗前对对照组有明显的改善。

综上, 营养支持治疗能显著提高溃疡性结肠炎患者的临床疗效, 促进患者的早日康复。

参考文献

- [1] 欧阳钦, 溃疡性结肠炎的诊断标准与诊断思维[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2008, 29(5):7-9, 21.
- [2] 邓绿, 常规方式结合肠内营养治疗溃疡性结肠炎的临床效果观察[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2015, 24(7):852-853.
- [3] 陈孝平, 汪建平, 秦新裕, 刘平村, 张英泽. 外科学[M]. 第 8 版人民卫生出版社 2013:400-402.
- [4] 王艳芬, 张建民, 溃疡性结肠炎的危险因素[J]. 医学研究与教育, 2010, 27(3):57-60.
- [5] 宋璐, 夏冰. 溃疡性结肠炎发病机制及其诊断[J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(11):1056-1058.

(上接第 140 页)

与 C-反应蛋白的综合诊断法, 效果较好, 值得在诊断过程中广泛运用与推广。

参考文献

- [1] 钱留军, 李珺, 张喜梅. 尿常规检验与 C-反应蛋白诊断小儿急性阑尾炎的价值比较[J]. 中医临床研究, 2016, 02:122-123.
- [2] 罗长青, 张育安, 李贞琼, 王玉梅. Clinicopathological

Features of Renal Amyloidosis: A Single-center Study on 47 Cases[J]. Journal of Huazhong University of Science and Technology(Medical Sciences), 2015, 01:48-53.

- [3] Zhiqin HUANG, Hongliang LI, Qilai CHENG. The Effects of Total Flavonoids of Lespedeza virgata on Chronic Renal Failure Rats[J]. Medicinal Plant, 2013, 04:14-16+19.