

不同剂量孕激素对无排卵型月经失调患者 子宫内膜厚度的影响与安全性分析

孙磊, 王多

(白山市中心医院妇产科, 吉林 白山 134300)

摘要: **目的** 探讨不同剂量孕激素治疗无排卵型月经失调患者的临床疗效观察。**方法** 回顾性分析 2017 年 1 月至 2019 年 12 月白山市中心医院收治的 164 例无排卵型月经失调患者的临床资料, 按照药物使用剂量分为 A 组、B 组、C 组、D 组, 各 41 例, 并分别使用 100 mg/d、200 mg/d、300 mg/d、400 mg/d 的黄体酮进行治疗, 4 组患者均连续治疗 10 d。对比 4 组患者治疗后临床疗效, 阴道出血情况, 治疗前后子宫内膜厚度以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 治疗后 4 组患者治疗总有效率相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 与治疗前相比, 治疗后 4 组患者子宫内膜厚度均显著下降, 而 4 组患者子宫内膜厚度相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后 4 组患者阴道出血量、阴道出血持续时间相比, 差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$); 治疗期间 A 组、B 组、C 组、D 组患者不良反应总发生率依次升高 ($P<0.05$)。**结论** 在无排卵型月经失调患者使用孕激素进行治疗的过程中, 药物剂量不会对治疗结果产生影响, 但随着用药量的增加, 药物安全性将会降低, 因此推荐临床用药量为 100 mg/d。

关键词: 无排卵型月经失调; 孕激素; 子宫内膜厚度

中图分类号: R711.51

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.11.0091.03

无排卵型月经失调是女性机体内激素分泌紊乱, 只分泌雌性激素对子宫内膜产生刺激, 使得卵巢无法进行正常排卵。女性子宫内膜长期受单一雌性激素刺激增生, 可导致出现难以修复的子宫内膜剥落, 出现经期大量出血且经期延长等症状^[1-2]。口服孕激素是临床治疗无排卵型月经失调的常用方法, 黄体酮是常用的孕激素, 该药物无雌激素生物活性, 可治疗功能性闭经、痛经等妇科疾病, 但对于何种剂量黄体酮能取得最佳疗效仍存在争议^[3]。基于此, 本研究旨在探讨不同剂量黄体酮对无排卵型月经失调患者子宫内膜厚度的影响与安全性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 1 月至 2019 年 12 月白山市中心医院收治的 164 例无排卵型月经失调患者的临床资料, 按照药物使用剂量分为 A 组、B 组、C 组、D 组, 各 41 例。A 组患者年龄 20~41 岁, 平均 (30.46 ± 4.34) 岁; 病程 3~20 个月, 平均 (7.08 ± 1.71) 个月; 已婚 31 例, 未婚 10 例。B 组患者年龄 19~41 岁, 平均 (29.88 ± 5.20) 岁; 病程 3~18 个月, 平均 (6.91 ± 1.82) 个月; 已婚 29 例, 未婚 12 例。C 组患者年龄 20~43 岁, 平均 (30.63 ± 6.37) 岁; 病程 4~21 个月, 平均 (7.29 ± 1.15) 个月; 已婚 30 例, 未婚 11 例。D 组患者年龄 18~41 岁, 平均 (31.18 ± 6.35) 岁; 病程 4~19 个月, 平均 (7.21 ± 2.09) 个月; 已婚 28 例, 未婚 13 例。4 组患者一般资料相比, 差异无统计学意

义 ($P>0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《妇产科内分泌治疗学》^[4]中关于无排卵型月经失调的诊断标准者; 育龄期女性; 子宫内膜厚度 >0.5 cm 者; 血清孕酮水平 >9.15 nmol/L 者等。排除标准: 先天性子宫发育不全者; 合并其他子宫与子宫附件疾病者; 其他原因所致月经不调者; 合并精神病或认知功能障碍者等。本研究经白山市中心医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 4 组患者均口服黄体酮胶囊 (浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字 H20041902, 规格: 50 mg/粒) 治疗, A 组患者 100 mg/次, 1 次/d, 每晚睡前服用; B 组患者 100 mg/次, 2 次/d, 早晚各服 1 次; C 组患者 300 mg/次, 1 次/d, 每晚睡前服用; D 组患者 200 mg/次, 2 次/d, 早晚各服 1 次。4 组患者均连续治疗 10 d。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照《妇产科内分泌治疗学》^[4]判定 4 组患者治疗后临床疗效: 患者出现阴道流血, 血流量和流血时间均符合正常经期标准; 超声检查结果显示子宫内膜厚度恢复正常为显效; 患者出现阴道流血, 但血流量较少, 子宫内膜厚度变薄但与正常子宫内膜相比仍然较厚为有效。不符合上述标准者为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。②阴道出血情况。阴道出血情况包括阴道出血量与出血持续时间, 采用称重法检测两组患者治疗后第 1 次月经来潮期间阴道出血量, 患者使用测血巾后第 2、4、6、24 h, 取出测血巾测量总重, 然后除以 1.05 (血液密度) 计算出出血量。从月经来

潮第1天开始计算直至阴道流血结束为阴道出血持续时间。③子宫内膜厚度。患者月经结束后第3天入院接受B超检查,有性生活史患者采用经阴道B超检查,无性生活史患者采用腹部B超检查。④不良反应。比较两组患者治疗期间出现的不良反应,包括腹痛、头晕、恶心等。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件处理数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验,多组间计数资料采用 χ^2 趋势检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,多组间计量资料比较采用重复测量方差分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后4组患者治疗总有效率相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 4组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
A组	41	16(39.02)	24(58.54)	1(2.44)	40(97.56)
B组	41	15(36.59)	26(63.41)	0(0.00)	41(100.00)
C组	41	17(41.46)	24(58.54)	0(0.00)	41(100.00)
D组	41	15(36.59)	25(60.98)	1(2.44)	40(97.56)
χ^2 值					2.025
P 值					> 0.05

2.2 阴道出血情况 4组患者阴道出血量、阴道出血持续时间相比,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表2。

表2 4组患者阴道出血情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	阴道出血量(mL)	阴道出血持续时间(d)
A组	41	81.25 \pm 11.52	5.51 \pm 2.07
B组	41	80.11 \pm 12.33	5.62 \pm 2.11
C组	41	80.97 \pm 11.82	5.37 \pm 2.16
D组	41	79.92 \pm 13.53	5.49 \pm 2.32
F 值		0.113	0.092
P 值		> 0.05	> 0.05

2.3 子宫内膜厚度 与治疗前相比,治疗后4组患者子宫内膜厚度均显著下降,而4组患者子宫内膜厚度相比,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表3。

2.4 不良反应 治疗期间A组、B组、C组、D组患者不良反应总发生率依次升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

3 讨论

月经不调已经成为当代各年龄段女性的常见问题。月经不调为女性内分泌失调的表现之一,女性压力过大、酗酒、失眠、肥胖、熬夜、情绪异常、营养不良及慢性疾病等因素均会导致卵巢轴调节功能出现异常,从而引发激素

表3 4组患者子宫内膜厚度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫内膜厚度(mm)	
		治疗前	治疗后
A组	41	0.75 \pm 0.15	0.69 \pm 0.08*
B组	41	0.73 \pm 0.11	0.66 \pm 0.10*
C组	41	0.74 \pm 0.16	0.68 \pm 0.09*
D组	41	0.73 \pm 0.15	0.67 \pm 0.11*
F 值		0.182	0.747
P 值		> 0.05	> 0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。

表4 4组患者不良发应发生率比较[例(%)]

组别	例数	腹痛	头晕	恶心	呕吐	总发生
A组	41	1(2.44)	1(2.44)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.88)
B组	41	1(2.44)	1(2.44)	2(4.88)	2(4.88)	6(14.63)
C组	41	2(4.88)	3(7.32)	3(7.32)	3(7.32)	11(26.83) [#]
D组	41	3(7.32)	5(12.20)	5(12.20)	4(9.76)	17(41.46) ^{#△}
χ^2 值						17.938
P 值						< 0.05

注:与A组比,[#] $P < 0.05$;与B组比,[△] $P < 0.05$ 。

分泌紊乱、月经不调症状发生,这可直接影响女性生殖能力^[5]。无排卵型月经失调是由于排卵障碍性疾病导致不排卵,无黄体产生导致孕激素缺乏而产生的,因此临床治疗以为患者补充孕激素,促进患者排卵并使其子宫内膜厚度恢复正常为主^[6]。

黄体酮作为一种天然孕激素,可增加机体内孕酮水平,发挥较好的止血作用,同时还可以修复受损的子宫内膜、抑制子宫内膜过度增生,起到药物性刮宫治疗的作用。虽然临床研究表明,使用黄体酮治疗无排卵型月经失调的效果显著,但对于不同用药剂量与治疗效果的相关研究仍存在争议^[7]。吴敬芳^[8]研究结果得出孕激素使用剂量不影响治疗效果,但用量高可导致并发症发生率升高的结论。周园园^[9]也进行过类似研究,研究结果同样表明4组患者治疗效果相同,但应用低剂量孕激素治疗的一组患者其不良反应发生率较低。本研究结果表明,4组患者治疗后治疗总有效率、阴道出血量、阴道出血持续时间、子宫内膜厚度相比,差异均无统计学意义,但随着用药剂量的增加,患者不良反应总发生率也在逐渐增加,表明在合理用药范围内,随着孕激素用量增加,用药风险也不断增加,降低药物使用的安全性。

综上,在无排卵型月经失调患者使用孕激素进行治疗的过程中,药物剂量不会对治疗结果产生影响,但随着用药量的增加,药物安全性会降低,值得临床进一步研究。

微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定治疗 急诊四肢粉碎性骨折的临床研究

钱勇军, 郑琦涵, 赵亮

(常州市武进人民医院急诊外科, 江苏 常州 213017)

摘要: **目的** 探究微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定对急诊四肢粉碎性骨折患者术后愈合及血清神经生长因子 (NGF)、碱性磷酸酶 (ALP)、可溶性血管细胞黏附因子 (sVCAM) 水平的影响。**方法** 选取常州市武进人民医院 2017 年 7 月至 2020 年 7 月收治的 96 例急诊四肢粉碎性骨折患者, 根据随机数字表法将其分为对照组和研究组, 各 48 例。对照组患者入院后进行切开复位内固定术, 研究组患者行微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定, 术后两组患者均观察 48 h, 并随访 6 个月。比较两组患者手术情况与术后愈合情况, 随访 6 个月后的临床疗效, 术前、术后 48 h 血清 NGF、ALP、sVCAM 水平, 术后 48 h 并发症发生情况。**结果** 研究组患者手术时间长于对照组, 骨折愈合时间短于对照组, 且术中出血量少于对照组; 随访 6 个月后, 研究组患者临床总有效率为 83.33%, 高于对照组的 56.25%; 与术前比, 术后 48 h 两组患者血清 NGF、ALP、sVCAM 水平均升高, 且术后 48 h 研究组血清 NGF、ALP 水平均高于对照组, 而术后 48 h 研究组血清 sVCAM 水平低于对照组; 术后 48 h 研究组患者的并发症总发生率为 22.92%, 低于对照组的 52.08% (均 $P < 0.05$)。**结论** 微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定治疗急诊四肢粉碎性骨折患者, 可有效调节血清 NGF、ALP、sVCAM 水平, 改善手术情况和运动神经功能, 缩短术后愈合时间, 同时提高患者骨钙化程度和临床疗效, 且对炎症反应的影响更轻微, 安全性更高。

关键词: 四肢粉碎性骨折; 微创钢板接骨术; 锁定加压钢板内固定; 神经生长因子; 碱性磷酸酶; 可溶性血管细胞黏附因子

中图分类号: R683.4

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.11.0093.04

四肢粉碎性骨折是急诊科常见的一种重大疾病, 医学规定骨质碎裂成 3 块及以上的骨折称为粉碎性骨折, 又被称作 Y 或 T 型骨折。四肢粉碎性骨折病因较为多样复杂, 主要包括直接暴力损伤、间接暴力损伤及患者自身骨量低等外部和内部因素^[1]。临床治疗急性四肢粉碎性骨折的原则在于妥善固定四肢伤部、抬高患肢, 并进行消肿镇痛, 治疗手段包括药物治疗、中医疗法、手术治疗及康复训练等。传统切开复位内固定术适用于骨折不连接或存在明显移位、骨折伴有神经、血管损伤的患者等, 在

手术期间便于观察神经、血管、肌肉情况, 但是因手术切口较大, 会对患者留下明显的疤痕, 引发感染等并发症, 影响愈合时间^[2]。微创钢板接骨术不仅操作简单、创伤小, 剥离骨膜少且固定能力强。锁定加压钢板内固定为微创钢板接骨术提供了可能, 使用的钢板螺钉使固定更稳定, 利于愈合^[3]。本研究旨在探讨微创钢板接骨术联合锁定加压钢板内固定对急诊四肢粉碎性骨折患者术后愈合及血清神经生长因子 (NGF)、碱性磷酸酶 (ALP)、可溶性血管细胞黏附因子 (sVCAM) 水平的影响, 现作如下

作者简介: 钱勇军, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 急诊创伤相关临床研究。

参考文献

- [1] 刘燕华, 刘嵩峰. 探讨分析在治疗无排卵型的月经失调患者中应用不同黄体酮剂量临床的治疗效果 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2020, 21(1): 85-86.
- [2] 张燕. 不同剂量黄体酮治疗无排卵型月经不调的疗效比较 [J]. 中国急救医学, 2017, 37(2): 77.
- [3] 柳书勤, 殷敏敏, 齐继红, 等. 益妇止血丸联合黄体酮治疗无排卵型功能失调性子宫出血的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(11): 3399-3403.
- [4] 李继俊. 妇产科内分泌治疗学 [M]. 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2010: 326-327.
- [5] 兰瑞红, 龚护民, 杨扬. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗无排卵性功能失调性子宫出血的效果及对 PDW、ET-1 水平的影响 [J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(7): 886-889.
- [6] 岳明明, 克比努尔·艾则孜, 沙塔娜提·穆罕默德. 宫血宁胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片治疗无排卵性功能失调性子宫出血的临床研究 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(13): 1527-1529.
- [7] 杨滢. 不同剂量孕激素治疗月经失调 (无排卵型) 的效果分析 [J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(1): 60-61.
- [8] 吴敬芳. 不同剂量孕激素治疗无排卵型月经失调的临床效果观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(9): 63-64.
- [9] 周园园. 不同剂量孕激素治疗无排卵型月经失调的疗效比较 [J]. 中国基层医药, 2019, 26(14): 1755-1757.