

黄体酮治疗黄体功能不全所致先兆流产的临床观察

梁 梅

山海天旅游度假区卧龙山街道社区卫生服务中心, 山东 日照 276800

【摘要】 目的 观察黄体功能不全致先兆流产者接受黄体酮治疗的效果。方法 60 例先兆流产孕妇为样本, 时间为 2021 年 6 月—2022 年 6 月, 诱因均为黄体功能不全, 随机分组, 黄体酮治疗纳入 A 组, 常规治疗纳入 B 组, 对比两组保胎成功率、临床指标、激素水平与不良反应。结果 A 组先兆流产患者保胎成功率(96.67%)较 B 组(80.00%)高, $P < 0.05$; A 组腰腹部不适症状改善时间、止血时间均较 B 组短, $P < 0.05$; A 组治疗后雌二醇、黄体酮与 β -HCG 水平均较 B 组高, $P < 0.05$; A 组先兆流产患者不良反应发生率(10.00%)与 B 组(16.67%)无差异, $P > 0.05$ 。结论 黄体功能不全致先兆流产者接受黄体酮治疗, 可调节患者体内激素水平, 保胎成功率更高。

【关键词】 黄体酮; 黄体功能不全; 先兆流产; 疗效

妇科疾病中先兆流产发病率较高, 表现为妊娠初期发生下腹疼痛、阴道流血等, 但开展妇科检查, 提示胎膜较完整、且妊娠物仍在孕妇体内, 若未尽早进行保胎治疗, 可引发流产。相关文献报道, 先兆流产发病率为 10% ~ 25%, 可损害孕妇身心健康。先兆流产诱因众多, 与内分泌紊乱、免疫系统异常等关系密切, 常见诱因为黄体功能不全^[1]。临床多以激素类药物治疗先兆流产, 以改善黄体功能, 提升保胎成功率。本文以 2021 年 6

月—2022 年 6 月收治的 60 例黄体功能不全引发先兆流产孕妇探讨黄体酮治疗的效果。

1 资料和方法

1.1 资料 60 例先兆流产孕妇为样本, 时间为 2021 年 6 月—2022 年 6 月, 诱因均为黄体功能不全, 随机分组。A 组先兆流产孕妇一般资料与 B 组无差异, $P > 0.05$ 。如表 1。

表 1 两组先兆流产孕妇一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)		孕周(周)		流产次数(次)	
		区间	均值	区间	均值	区间	均值
A 组	30	25 ~ 39	30.61 ± 2.85	6 ~ 14	8.42 ± 1.78	1 ~ 3	1.68 ± 0.63
B 组	30	24 ~ 39	30.63 ± 2.86	6 ~ 13	8.46 ± 1.82	1 ~ 3	1.72 ± 0.68
T			0.0271		0.0861		0.2363
P			0.9784		0.9317		0.8140

1.2 纳入标准

1.2.1 纳入标准 ①出现下腹疼痛、阴道流血症状; ②未妊娠时, 黄体期孕酮 $< 48 \text{mmol/L}$; ③妊娠后 β -HCG 水平提升缓慢; ④知情同意; ⑤ B 超提示胚胎、孕囊大小与孕周相符。

1.2.2 排除标准 ①伴肾脏、肝胆病变者; ②伴血液系统病变者; ③伴代谢类疾病者; ④黄体酮过敏者。

1.3 治疗方法 先兆流产孕妇入组后科学调控饮食, 叮嘱孕妇维持愉悦情绪, 增加日常休息时间, 使患者以积极心态对抗疾病。

A 组黄体酮软胶囊(浙江爱生药业有限公司)治疗, 单次口服 100mg, 2 次/d。黄体酮用药 2 周。

B 组保胎灵胶囊(陇药皇甫谧制药股份有限公司)治疗, 单次口服 3 颗, 3 次/d。保胎灵用药 2 周。

1.4 观察指标 先兆流产疗效: 腹部不适、阴道流血消退, 进行 B 超复查, 提示胚胎在母体内正常发育, 且停药 1 月, 未见阴道流血复发, 记保胎成功; 腹部不适、阴道流血加重, 进行 B 超复查, 提示胚胎大小与孕周不符, 进行 β -HCG 检查, 出现降低, 且妊娠结局为流产, 记保胎失败。

先兆流产临床指标: 记录腰腹部不适症状(腰痛、腹痛、腰酸)改善时间、止血时间。

先兆流产激素水平: 检测雌二醇、黄体酮与 β -HCG 水平波动情况。

先兆流产不良反应: 记录胃肠道反应、乳房异

常、头痛等情况

1.5 统计学研究 先兆流产孕妇资料均以 SPSS 21.0 处理, % 与 ($\bar{x} \pm s$) 记录先兆流产患者计数、计量数据, 检验指标 χ^2 、t。存在差异为 $P < 0.05$ 。

2 结 果

2.1 比较两组疗效 A 组保胎成功 29 例, 保胎成功率为 96.67%; B 组保胎成功 24 例, 保胎成功率为 80.00%。A 组保胎成功率 (96.67%) 较 B 组 (80.00%) 高, χ^2 值为 4.0431, $P < 0.05$ 。

2.2 比较两组临床指标 A 组腰痛改善时间为

(4.18 ± 0.78) d、腹痛改善时间为 (3.24 ± 0.89) d、腰酸改善时间为 (3.31 ± 0.94) d、止血时间为 (3.51 ± 0.84) d, 均较 B 组短, $P < 0.05$ 。见表 2。

2.3 比较两组激素水平 治疗前, 两组雌二醇、黄体酮与 β -HCG 水平对比差异不大, $P > 0.05$; 治疗后, A 组雌二醇水平为 (673.25 ± 72.36) pg/mL、黄体酮水平为 (42.11 ± 2.25) ng/mL、 β -HCG 水平为 (19788.36 ± 725.36) U/L, 均较 B 组高, $P < 0.05$ 。见表 3。

2.4 比较两组不良反应 A 组不良反应发生率 (10.00%) 与 B 组 (16.67%) 无差异, $P > 0.05$ 。见表 4。

表 2 比较两组临床指标 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	腰痛改善时间	腹痛改善时间	腰酸改善时间	止血时间
A 组 (n=30)	4.18 ± 0.78	3.24 ± 0.89	3.31 ± 0.94	3.51 ± 0.84
B 组 (n=30)	6.82 ± 0.96	6.61 ± 1.75	6.01 ± 1.64	6.61 ± 1.61
t	11.6901	9.4016	7.8234	9.3501
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 3 比较两组激素水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	雌二醇 (pg/mL)		黄体酮 (ng/mL)		β -HCG (U/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组 (n=30)	310.82 ± 65.25	673.25 ± 72.36	15.28 ± 1.17	42.11 ± 2.25	2371.36 ± 145.25	19788.36 ± 725.36
B 组 (n=30)	310.79 ± 65.71	613.25 ± 69.82	15.31 ± 1.19	36.17 ± 1.76	2371.41 ± 145.31	14519.82 ± 611.78
t	0.0018	3.2683	0.0985	11.3894	0.0013	30.4108
P	0.9986	0.0018	0.9219	0.0000	0.9989	0.0000

表 4 比较两组不良反应 [n (%)]

组别	胃肠道反应	乳房胀痛	乳房红肿	乳房硬结	头痛	不良反应
A 组 (n=30)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	3 (10.00)
B 组 (n=30)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	5 (16.67)
χ^2						0.5769
P						0.4479

3 讨 论

女性处于健康状态下, 卵巢黄体能够分泌孕酮, 刺激增生期子宫内膜过渡至分泌期, 可使子宫平滑肌敏感度减弱, 取得抗子宫收缩、抗母体与胎儿间免疫应答反应效果, 进而为受精卵着床提供有利环境, 同时可刺激子宫兴奋, 为母体乳房发育奠定基础^[2]。妊娠初期, 孕酮含量变化直接影响着胎儿生长发育, 但若孕妇出现黄体功能不全问题, 可降低母体内源性孕酮含量, 还可降低平滑肌兴奋性, 进而增加先兆流产风险。结合临床实践分析, 先兆流产与黄体功能不全关系密切, 因此, 医师多采取调控黄体酮含量方案调控患者病情, 促使孕妇妊娠功能恢复, 为胚胎生长发育创建优良环境。黄体并非贯穿妊娠始终, 孕妇妊

娠 3 月后, 孕酮主要源自胎盘^[3]。黄体功能不全与多因素有关, 是指卵巢排卵后, 未成功生成黄体, 加上机体分泌孕激素含量有限, 可影响受精卵着床。女性发生黄体功能不全后, 可诱发以下病症: ①不孕: 卵泡分化生成腺体结构的黄体, 内部存在血管, 基于受精情况, 可将其分为妊娠期黄体与月经期黄体。女性排卵后, 卵泡壁会在短期内内凹, 此时可能出现毛细血管流血症, 观察卵泡膜及颗粒细胞, 可见黄色颗粒, 人们称为黄体。女性体内黄体具有分泌雌激素、孕酮的作用, 若机体处于未受精状态, 黄体存在 2 周左右; 若机体处于受精状态, 黄体存在 3 月左右。若女性发生黄体功能不全问题, 此时阻断黄体退化萎缩进程, 致机体长期分泌孕激素, 进而影响子宫内膜剥落, 即女性长期处于分泌阶段, 因此难以受孕。②月经

失调: 女性发生黄体功能不全后, 可致经量、经期紊乱, 进而影响女性身心健康。③流产: 女性黄体功能不全还可导致流产, 与黄体分泌孕激素含量低, 无法维持孕期需求有关, 且黄体功能不全者即使成功受孕, 也存在习惯性流产问题。因此, 女性一旦发生黄体功能不全, 就要尽早诊治, 尽快恢复黄体功能。

生理性黄体酮属于类固醇激素类物质, 源自胎盘、卵巢, 而治疗所用药物性黄体酮属于人工合成药物。女性服用黄体酮后, 能够刺激机体分泌孕酮、增加机体分泌雌激素含量, 进而刺激增殖期子宫内膜进入分泌期, 有利于恢复局部血氧供应, 进而增加子宫内膜厚度, 为受精卵着床奠定有利基础。服用黄体酮后, 还可刺激蜕膜生长、促进机体累积糖原, 能够满足胎儿生长发育所需营养, 同时, 黄体酮还可抑制子宫易激惹性, 降低先兆流产风险。部分学者认为, 女性服用黄体酮后, 可对下丘脑功能进行调节, 还可抑制垂体前叶分泌生成激素, 进而影响卵泡发育、限制子宫排卵。目前, 临床多以黄体酮治疗先兆流产患者, 存在肌注、口服用药等多途径, 不同用药方案生物利用度不同, 本文选取口服方案给药, 取得了良好给药效果。基于黄体酮药代动力学分析, 口服给药后, 可快速经胃肠道进入血液系统, 随后经肝脏代谢, 能够结合葡萄糖醛酸生成孕烷二醇, 代谢产物可经尿液排出^[4]。基于黄体酮药理作用分析, 可从以下方面发挥药效: ①服用黄体酮后, 可刺激子宫腺体发育, 致子宫充血, 有利于增加内膜厚度, 满足受精卵着床需求; 受精卵着床后继续服用, 可促进机体生成胎盘, 还可抑制子宫收缩, 进而保障胎盘正常生长; ②服用黄体酮后, 可刺激乳房继续发育, 满足日后产乳需求; ③服用黄体酮可刺激机体排出氯离子、钠离子, 有利于排尿。结合临床实践分析, 孕期女性服用黄体酮, 可取得以下效果: ①减轻宫缩, 黄体酮能够影响子宫肌细胞膜功能, 转变离子通透性, 还可抑制子宫兴奋, 降低子宫肌敏感性, 规避妊娠期间子宫剧烈收缩, 进而保障妊娠安全, 因此, 可利用黄体酮开展保胎治疗。②保障蜕膜功能正常, 蜕膜细胞中存在糖原颗粒, 可为胚泡提供营养, 在保障妊娠安全中具有重要价值, 而服用黄体酮可预防蜕膜退变, 有利于妊娠安全。③阻断免疫反应, 服用黄体酮, 能够预防母体对胚胎的排斥反应, 有利于维持正常妊娠^[5]。此外, 雌激素与孕酮激素关系密切, 均为女性妊娠期间重要激素, 雌激素能够刺激女性第二性征成熟、孕酮激素可增强雌激素效果, 进一步刺激女性发育第二性征。

结合本文数据分析, A 组保胎成功率(96.67%)较 B 组(80.00%)高, $P < 0.05$; A 组腰痛改善时间为(4.18 ± 0.78) d、腹痛改善时间为(3.24 ± 0.89) d、腰酸改善时间为(3.31 ± 0.94) d、止血时间为(3.51 ± 0.84) d, 均较 B 组短, $P < 0.05$ 。提示黄体酮治疗先兆流产, 更易成功保胎。分析原因, 先兆流产产妇产服用黄体酮, 可刺激子宫由增殖期过渡至分泌期, 进而提升局部血氧浓度, 可为胚胎发育提供优良条件, 且黄体酮还可降低子宫收缩频率, 使胎儿稳定发育。另一组数据, A 组雌二醇水平为(673.25 ± 72.36) pg/mL、黄体酮水平为(42.11 ± 2.25) ng/mL、 β -HCG 水平为(19788.36 ± 725.36) U/L, 均较 B 组高, $P < 0.05$ 。提示黄体酮治疗先兆流产, 可调节孕妇女体内激素水平。分析原因, 黄体酮可作用于下丘脑, 利用下丘脑负反馈作用抑制机体分泌促性腺激素, 进而调节孕妇女体内激素水平、为胎儿提供生长所需营养物质, 进而提升保胎效果。最后一组数据表明, A 组不良反应发生率(10.00%)与 B 组(16.67%)无差异, $P > 0.05$ 。提示黄体酮治疗先兆流产无严重不良反应情况, 可保障母体健康。分析原因, 先兆流产孕妇服用黄体酮, 能够影响淋巴细胞功能, 还可保障胎儿生长发育所需营养充分, 进而降低胎儿病变风险。此外, 黄体酮在人体内生物利用度较高, 为孕激素类药物, 治疗安全性较高。

综上所述, 黄体功能不全诱发先兆流产患者接受黄体酮治疗, 保胎成功率较高, 可在临床推广。

参考文献

- [1] 王晶. 黄体酮治疗黄体功能不全所致先兆流产的临床分析[J]. 中外医学研究, 2021, 19(21): 155-157.
- [2] 胡媛华, 龙琼华. 黄体酮胶丸治疗黄体功能不全先兆流产临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(11): 124-125.
- [3] 李红彩. 地屈孕酮片治疗黄体功能不全所致先兆流产的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(79): 125-126.
- [4] 陈艳红. 黄体酮胶囊联合维生素 E 治疗黄体功能不全致先兆流产的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(36): 87-88.
- [5] 叶飞雪, 张月芳, 黄臣. 口服和肌肉注射黄体酮治疗黄体功能不全所致先兆流产的临床效果及安全性对比分析[J]. 内科, 2019, 14(5): 526-528.