

# 口服黄体酮、维生素 E 与肌注黄体酮治疗 黄体功能不全因素先兆流产疗效观察

孙 喆 鞠建新 杨宝丽

**【摘要】** 目的 了解口服黄体酮治疗黄体功能不全因素先兆流产的临床效果。方法 选择 38 例黄体功能不全因素所致先兆流产的患者,随机分为观察组和对照组,分别应用口服黄体酮及维生素 E 和肌注黄体酮进行治疗,观察两组临床症状、体征及治疗效果。结果 两组间临床症状、体征及治疗效果均无显著性差异。结论 口服黄体酮及维生素 E 用于治疗黄体功能不全因素所致的先兆流产临床效果安全、可靠。

**【关键词】** 黄体功能不全 先兆流产 黄体酮 维生素 E 口服

自然流产的发生率约占妊娠总数的 10%~15%,多数为早期流产<sup>[1]</sup>。排除了遗传基因缺陷、全身性疾病、生殖器官发育异常、免疫因素及创伤等因素外,由黄体功能不全所致的流产约占自然流产原因的 20%~58%<sup>[2]</sup>。我们应用口服黄体酮及维生素 E 对黄体功能不全因素所致的先兆流产进行治疗,取得了很好的临床疗效。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2008 年 6~12 月间在我院门诊就诊的患者中,筛选出由黄体功能不全因素所致的先兆流产患者共 38 例,年龄 22~37 岁,孕周在 6~10 周之间。其中有 1 次自然流产史的 22 人,习惯性流产史的 3 人。治疗前分别按每位患者的意愿分别编成口服黄体酮、维生素 E 治疗组(简称口服组)和肌注黄体酮治疗组(简称肌注组)。口服组 22 例,肌注组 16 例,两组在年龄、孕周、孕次、流产史等方面,无统计学差异( $P > 0.05$ )。

1.2 黄体功能不全因素先兆流产的诊断标准<sup>[2]</sup> 除出现流产的症状和体征外,还包括:1)孕前检查:基础体温(BBT):高温相 11 天,上升幅度 $< 0.3$  或不规则上升者。黄体期  $P < 48$  nmol/L。2)孕后检查:绒毛膜促性腺激素(hCG)倍增落后。B 超示孕囊或胚胎发育符合孕周大小。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 口服组 口服黄体酮胶囊(产品名:益玛欣,每粒

50 mg),3 次/d,每次 2 粒,维生素 E 100 mg 1 次/d,用药 1 周为一疗程。

1.3.2 肌注组 给予黄体酮注射液肌注,1 次/d,每次 20 mg,用药 1 周为一疗程。

两组在采用上述药物治疗的同时,还要求患者有充分的休息时间,基本卧床,避免紧张、焦虑。每次疗程完时来院随访检查。

1.4 疗效评定标准 成功:用药后症状体征消失,妊娠继续,两周内无反复;失败:用药后症状和体征不消失,最终发生流产。

1.5 统计学方法 两组资料比较采用  $t$  检验,疗效和副反应比较采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 两组治疗效果比较 口服组 22 例,成功 18 例,失访 4 例,成功率 81.81%;肌注组 16 例,成功 13 例,失访 3 例,成功率 81.25%。两组无统计学明显差异( $P < 0.05$ )。

2.2 两组阶段疗效比较 口服成功 18 例,其中第一疗程成功 11 例(占 61.11%),第二疗程成功 7 例(占 38.87%);肌注组成功 13 例,其中第一疗程成功 8 例(占 61.54%),第二疗程成功 5 例(占 38.46%)。两组无统计学明显差异( $P > 0.05$ )。

2.3 副作用 在用药期间,口服组有 6 例出现轻度恶心,2 例轻度头痛,但仍能继续治疗。肌注组有 3 例出现轻度恶心,2 例轻度头痛,有 7 例患者出现注射局部有硬块,难以坚持长期注射,要求换口服药。两组患者用药前后血压和肝功能尿

作者单位:牡丹江医学院附属红旗医院妇科(黑龙江)  
邮 编 157000 收稿日期 2009-06-05

伤与就诊时间长,自发性疼痛的患牙,一般采用传统的根管治疗。随着现代口腔科学研究的深入和技术的提高,高效、便捷、简单快速、廉价的治疗方法不断涌现,并越来越得到广大患者青睐。本研究表明,只要病例选择正确、操作规范,严格无菌操作和根管消毒,一次性根管治疗法,不仅可用在受伤与就诊时间短的外伤性露髓牙,也可以用在外伤性就诊间隔时间长但污染轻、牙髓尚有活力的外伤性露髓患牙上。因此,对大部分外伤性露髓牙患者采取一次性根充是行之有效的治疗手段,值得进一步推广应用。

## 参 考 文 献

[1] 杜丽珍. 根管治疗一次法术后反应的发生率及相关因素[J]. 现代口腔医学杂志, 2005, 25(2): 125-126  
[2] 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:

249-261  
[3] 王晓仪. 现代根管治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 1-4  
[4] 史久成, 史俊南. 临床口腔内科新进展[M]. 西安:世界图书出版西安公司, 2000: 108-111  
[5] 张元旌. 慢性根尖周炎一次法根管充填的临床疗效观察[J]. 口腔医学研究(新), 2005, 20(4): 243-244  
[6] 贺慧霞, 刘鲁川, 林永盛, 等. Nd: YAD 激光消毒用于慢性根尖周炎一次性根管治疗[J]. 实用口腔医学杂志, 2004, 20(1): 80-83  
[7] 黄坚钢, 韩一铭, 朱燕华. 外伤性露髓牙一次性根充法与传统根充法的疗效比较[J]. 现代口腔医学杂志, 2007, 21(4): 376-377



# 妊娠并发肝内胆胆汁淤积综合征 89 例临床分析

吴翠云

**【摘要】**目的 探讨重症 ICP 的临床发病特点和高危因素分析。方法 采用回顾性分析方法探讨该病的临床发病特点(年龄、孕次、发病孕周、预后转归、胎窘发生率、早产发生率等)和对母儿的主要影响(瘙痒、胎窘、肝功损害、凝血功能异常、黄疸)。结果 发病年龄越早、双胎、发病孕周越早、胆汁酸的明显升高和黄疸都是导致不良预后的高危因素。可以分为轻型和重型 ICP。重型 ICP 可导致严重的凝血功能障碍,导致早产,危及母婴安全。结论 加强重症 ICP 的母婴监护,适时终止妊娠,争取最好的妊娠结局。

**【关键词】**胆汁淤积综合征 早产

近期本院出现数例重症胆汁淤积综合征(ICP),发病孕周提早,严重影响肝功能,甚至凝血功能,导致早产,对母儿影响极大,严重影响孕妇胎儿的生命安全。为深入了解该疾病,本文就近 5 年本院患该病的孕妇病史进行回顾性分析。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2003 年 1 月~2008 年 6 月在本院住院

作者单位:广东省阳江市人民医院

邮 编 529500 收稿日期 2009 - 06 - 09

常规均未出现异常。

在用药 2 周以上的两组患者均可出现手足发胀等轻度水肿滞留现象,口服组有 2 例,肌注有 1 例,停药后上述现象自行缓解。

表 1 两组患者不同疗程后成功情况

结局(例)	口服组	肌注组
保胎成功	18	13
第一疗程	11	8
第二疗程	7	5
失访	4	3

## 3 讨论

3.1 黄体酮治疗黄体功能不全因素所致先兆流产的必要性 孕酮主要由卵巢黄体分泌,妊娠 3 个月,黄体逐渐萎缩而由胎盘分泌代替,直至分娩。在近排卵期的卵巢及肾上腺中也有一定量的孕酮使子宫内膜继续增厚、充血、腺体增生并分支,由增生期转化为分泌期,同时孕酮还抑制子宫的收缩,降低子宫对缩宫素的敏感性,从而有利于孕卵的着床和胚胎发育。生殖免疫学研究认为,妊娠期孕酮抑制母体对胎儿抗原的免疫应答反应,抑制母体对滋养细胞的排斥反应,孕酮的准备有利于胚胎成功的植入。妊娠第 7 周前,妊娠黄体分泌的孕酮对维持妊娠至关重要<sup>[3]</sup>。如果孕酮较低,则容易引起流产。

因此,对于黄体功能不全因素所致的先兆流产,及时补充黄体酮、维生素 E 可以达治疗流产的目的。本文通过补充黄体酮使保胎成功率分别达到了 81.81% 和 81.25%。

3.2 口服黄体酮胶囊的临床应用 目前天然黄体酮仍然是妊娠早期补充孕酮最常用的药物。用药途径既往只有肌肉注射一种,现在随着药品生产工艺水平的提高,已经有了颗粒化的黄体酮制剂,用药途径亦增加了口服和阴道给药两种。应

用黄体酮肌肉注射,由于黄体酮为油剂,有报道可引起严重的变态反应<sup>[4]</sup>,注射部位红肿硬结,长期注射给患者带来了不便和痛苦。尽管黄体酮的最佳治疗剂量及用药途径尚有争议<sup>[5]</sup>,但口服黄体酮的患者依从性明显优于其他途径<sup>[6]</sup>。本文显示,应用黄体酮、维生素 E 口服和肌肉注射两种用药途径进行保胎治疗,其成功率无明显差异。同时,我们观察到口服患者除了有轻度恶心、头痛以及轻微的钠水滞留现象外,没有发现其他明显的不良反应,是一种安全有效的保胎药物。

1.2 方法 采用回顾性分析方法探讨该病的临床发病特点(年龄、孕次、发病孕周、预后转归、胎窘发生率、早产发生率等)和对母儿的主要影响(瘙痒、胎窘、肝功损害、凝血功能异常、黄疸)。

此外,保胎治疗同时需要患者卧床休息,每天去医院进行肌肉注射,不利于休息。口服治疗作为黄体酮针剂的替代品,免除了肌肉注射的痛苦,避免了患者就医时的奔波劳累,具有良好的顺应性。所以,口服黄体酮、维生素 E 是一种安全有效的保胎方法。

## 参 考 文 献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:83
- [2] 罗丽兰. 不孕与不育[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:289
- [3] 李美芝. 妇科内分泌学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:116-117
- [4] Vaniotou A, Smitz J, Bourgain C, et al. comparison between different routes of progesterone administration as luteal phase support in infertile treatments[J]. Hum Reprod Update, 2000, 6(2):139-148
- [5] Pabuccu R, Akar ME. Luteal phase support in assisted reproductive technology[J]. Curr Opin in Obstet Gynecol, 2005, 17(3):277-281
- [6] Chakravarty BN, Shirazee HH, Pam P, et al. Oral progesterone versus intravaginal micronized progesterone as luteal phase support in assisted reproductive technology (ART) cycles: results of a randomized study[J]. J STEROID Biochem Mol Biol, 2005, 97(5):416-420