

• 临床探讨 •

2 种雌激素治疗方案在中度宫腔粘连中的应用

黄彩平, 黄 平, 李日红

(广东省深圳市宝安区松岗人民医院妇科 518105)

摘 要:目的 探讨对中度宫腔粘连患者采用 2 种雌激素治疗方案的应用效果。方法 选取该院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的因月经量减少、不孕或反复自然流产而行宫腔镜检查确诊为中度宫腔粘连患者 78 例作为研究对象,按照随机数字表法将其分为常规组 39 例与干预组 39 例,常规组应用戊酸雌二醇与黄体酮胶丸短周期进行治疗,干预组采用戊酸雌二醇加用黄体酮胶丸长期治疗,观察 2 组患者临床疗效及药物不良反应。结果 常规组患者疾病总有效率为 79.49%,干预组为 97.44%,干预组高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$);常规组不良反应率为 20.51%,干预组为 5.13%,常规组高于干预组,差异有统计学意义($P<0.05$);常规组患者月经周期正常、患者再孕情况良好、患者子宫恢复情况较好、情绪正常无心理问题等指标评分均低于干预组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 目前,针对宫腔粘连最主要的治疗方法仍是手术治疗,同时采用药物为术后巩固疗效进行辅助治疗。为有效提高宫腔粘连临床疗效,患者应坚持术后复查,以便及时掌握病情进展。为宫腔粘连患者采取 2 种雌激素不同剂量治疗,按照疗程时间不同,治疗周期较长,患者临床疗效较好,治疗后生命质量较好。

关键词:雌激素; 宫腔粘连; 影响

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.047 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)07-1031-03

宫颈粘连即子宫颈管粘连是指由于宫颈管黏膜受机械损伤后粘连,致使颈管狭窄或闭锁。宫颈粘连常表现为闭经、腹痛、不孕等。当宫颈粘连致使精子无法通过宫颈时,受孕便不能实现。宫腔粘连患者不孕、习惯性流产、早产和胎盘位置异常的发生率较普通人群升高,对育龄妇女的生育能力危害极大。在宫腔镜下对粘连组织进行分离后可改善子宫内膜对雌激素的反应,有助于子宫内膜恢复至正常的功能。宫腔镜下宫腔粘连分离术显著优于过去盲目的扩宫分离术,该手术不仅可选择性地分离粘连组织,还可以避免对正常子宫内膜组织的损伤,已被视为一种安全有效的微创技术,成为目前治疗宫腔粘连的手术“金标准”^[1-2]。但宫腔粘连术后高复发率是影响宫腔粘连治疗效果的主要问题。为了预防粘连复发,一方面是建立物理屏障直接阻碍前后壁子宫内膜创面的接触,减少粘连复发;另一方面则是通过促进创伤部位子宫内膜的生长,从而利用再生的子宫内膜防止粘连部位再次粘连。在促进创伤部位子宫内膜生长方面,公认有效方法为应用大剂量外源性雌激素疗法,但有关应用外源性雌激素的诸多问题如应用雌激素的具体剂量、用法和疗程,是否联合应用孕激素及如何联合应用等尚无统一答案,这是临床实践中至关重要的问题,亟待解决。本研究比较 2 种雌激素治疗方案对宫腔粘连治疗效果的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的因月经量减少、不孕或反复自然流产而行宫腔镜检查确诊为中度宫腔粘连患者 78 例作为研究对象。纳入标准^[3-5]:患者未出现妇科内分泌相关疾病、内分泌 6 项指标检查结果均正常;患者均无肝肾功能障碍;患者没有出现乳腺增生等病史。排除标准:患者在 3 个月内接受过激素类药物治疗。按照随机数字表法将 78 例患者分为常规组 39 例与干预组 39 例,常规组年龄 22~38 岁,平均年龄(32.14±2.48)岁;干预组年龄 21~40 岁,平均年龄(34.7±3.75)岁。2 组患者一般资料均差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 2 组患者均行宫腔镜下宫腔粘连分离术,让子宫恢复正常解剖,术后于宫腔内留置导尿管,在球囊内注入 3 mL 生理盐水,通过导尿管将 2 mL 透明质酸钠注入宫腔,以防宫腔粘连,术后 3 d,将 2 mL 透明质酸钠再次注入宫腔,术后 4 d,将导尿管拔出,并放置宫形环。

1.2.2 激素治疗方案 干预组术后立即开始持续服用戊酸雌二醇,每天 2 次,每次 3 mg,连续服用 56 d,最后 6 d 遵医嘱需联合使用黄体酮胶丸,每晚一次,每次 200 mg 进行治疗。以上为 1 个疗程,疗程结束后继续予以患者 2 个人工周期治疗,包括戊酸雌二醇每天服用 2 次,每次 3 mg,坚持服用 3 周,最后 6 d 开始遵医嘱联合使用黄体酮胶丸,每晚一次,每次 200 mg。常规组手术后,指导患者进行 2 个人工周期治疗,包括使用戊酸雌二醇,每天 2 次,每次 3 mg,坚持服用 3 周,最后 6 d 遵医嘱联合使用黄体酮胶丸,每晚一次,每次 200 mg。其他治疗方案同干预组相同。2 组患者在手术后坚持完成雌激素疗程后,嘱咐其在月经结束后 2~7 d 内来本院进行宫腔镜复查,向医师说明药物使用后月经情况,做好记录,观察宫腔粘连复发情况及机体子宫内膜恢复情况;如果此次复查效果良好,宫形环即可取出。如果发现宫腔出现再次粘连情况时,应视情况行 2 次宫腔粘连分离术,重新进行术后辅助治疗并定期复查,直至宫腔情况良好,可取出宫形环,尝试受孕。

1.3 观察指标 分别于手术结束后的第 1、2、3 个月对患者进行电话随访,了解患者出现不良反应情况,患者月经周期情况。依据相关结果分为 3 种情况。病情恢复良好:患者经宫腔镜检查显示宫腔形态完好,子宫内膜表面光滑,输卵管开口可视。病情有所改善:患者月经量有所增加,月经周期逐渐恢复正常。病情无进展:患者相关临床症状未得到显著改善。观察患者生命质量情况,主要观察指标包括:患者月经周期正常、患者再孕情况良好、患者子宫恢复情况较好、情绪正常无心理问题等,采用百分制,评分越高,患者生命质量越好。2 组患者共同治疗半年。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组临床疗效比较 常规组患者疾病总有效率为 79.49%,干预组为 97.44%,干预组高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较					
组别	<i>n</i>	病情恢复 良好(<i>n</i>)	病情有所 改善(<i>n</i>)	病情无进展 (<i>n</i>)	有效率 [<i>n</i> (%)]
常规组	39	14	17	8	31(79.49)
干预组	39	29	9	1	38(97.44)
χ^2					15.79
<i>P</i>					0.00

2.2 2 组不良反应情况 常规组不良反应率为 20.51%,干预组为 5.13%,常规组高于干预组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组不良反应情况						
组别	<i>n</i>	恶 心 (<i>n</i>)	体质量上升 (<i>n</i>)	乳房胀痛 (<i>n</i>)	子宫出血 (<i>n</i>)	发生率 [<i>n</i> (%)]
常规组	39	1	2	4	1	8(20.51)
干预组	39	1	0	1	0	2(5.13)
χ^2						10.58
<i>P</i>						0.00

2.3 2 组生命质量情况 常规组患者月经周期正常、患者再孕情况良好、患者子宫恢复情况较好、情绪正常无心理问题等指标评分均低于干预组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组生命质量情况($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	月经周期 正常	再孕情况 良好	子宫恢复 情况较好	情绪正常 无心理问题
常规组	39	77.49±2.46	75.16±1.74	76.18±1.72	75.13±1.04
干预组	39	90.12±3.48	89.43±2.69	89.16±2.75	90.61±2.47
<i>t</i>		18.51	27.82	24.99	36.07
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

子宫是成年女性产生月经及孕育胎儿的器官,位于骨盆中央位置,是重要生殖器官之一,也是女性独有的脏器。其主要包括子宫体、颈、底 3 部分,以及子宫阔韧带、圆韧带与主韧带。子宫韧带连接输卵管,主要作用为维持子宫正常位置。子宫周围器官包括直肠及输卵管^[6-7]。随着现代医学科技飞速发展,各种妇科手术应用越来越广范,但此类妇科手术会给子宫造成一定程度损伤,对妇女以后妊娠过程造成一定隐患。宫腔粘连大多发生于相关妇科手术后,需要应用手术及药物为其进行长期治疗,帮助子宫恢复,如没有得到良好治疗,则可能影响妊娠

及再孕^[8-9]。

宫腔粘连常见于妇科手术后,患者一般会出现月经量减少,甚至引发不孕及相关产后并发症,对患者妊娠结局产生不良影响;雌性激素主要功能为促进女性生殖系统发育,促进第二性征发育等,主要包括雌激素及孕激素,雌激素是由卵巢分泌^[10-11]。目前,临床治疗此疾病主要利用手术将粘连部分分离,在宫腔处放置节育器,联合采用雌激素治疗,防止再粘连。雌激素主要由女性卵巢分泌,在为患者实施宫腔粘连分离术后采用雌激素联合治疗,可有效提高患者体内雌激素水平,有效控制疾病发展。有学者经研究发现,针对宫腔粘连患者采用大剂量雌激素联合疗法,可有效提高患者临床疗效及减少不良反应发生,患者生命质量较好^[12-13]。本研究表明,常规组患者疾病总有效率为 79.49%,干预组为 97.44%,干预组高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);常规组不良反应率为 20.51%,干预组为 5.13%,常规组高于干预组,差异有统计学意义($P < 0.05$);常规组患者月经周期正常、患者再孕情况良好、患者子宫恢复情况较好、情绪正常无心理问题等指标评分均低于干预组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。常规组患者实行 2 个周期联合使用黄体酮及戊酸雌二醇进行治疗,患者临床疗效较低,药物不良反应较多且患者生命质量较差。而干预组在 56 d 的大疗程基础上增加 2 个周期雌激素治疗后,患者疾病治疗临床疗效较好,出现药物不良反应例数较少,患者生命质量较高,基本不影响再孕;以上结果与相关研究相符^[14]。

综上所述,目前针对宫腔粘连最主要的治疗方法仍是手术治疗,应用药物为术后巩固疗效进行辅助治疗;为了有效提高宫腔粘连临床疗效,患者应坚持术后复查,以便及时掌握病情进展。为宫腔粘连患者采取 2 种雌激素不同剂量治疗,按照疗程时间不同,治疗周期较长,患者临床疗效较好,治疗后生命质量较好。

参考文献

[1] 屈梦园. 预防宫腔再粘连形成的研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(3): 177-180.

[2] 陈丽娟, 强萍. 大剂量雌激素人工周期治疗在预防中重度宫腔粘连分离术后再粘连中的应用[J]. 医学综述, 2014, 20(13): 2461-2463.

[3] 王凯怡, 董婕. 不同剂量戊酸雌二醇用于中、重度宫腔粘连术后辅助治疗的临床疗效观察[J]. 生殖与避孕, 2015, 35(3): 166-171.

[4] 黄芳, 蒋竞, 赵玲军. 大剂量雌激素预防中重度宫腔粘连术后复发的疗效评价[J]. 中国现代医生, 2015, 53(8): 43-46.

[5] 李素萍, 袁超燕, 杨年红. 结合雌激素片预防宫腔镜术后宫腔粘连 78 例疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(26): 137.

[6] 宋芷霜, 郭宝芝, 刘爱珍. 重度宫腔粘连术前不同剂量雌激素预处理的研究[J]. 中国伤残医学, 2015, 23(11): 89-90.

[7] 夏亚芳, 高娟. 补佳乐配合黄体酮治疗宫腔粘连的临床效果[J]. 江苏医药, 2014, 40(22): 2806-2807.

[8] 徐洲. 戊酸雌二醇在重度宫腔粘连分离术后的应用[J].

- 四川生理科学杂志, 2014, 36(2): 64-66.
- [9] 陈芳, 段华, 张颖, 等. 不同水平雌激素在宫腔粘连形成中的作用及相关机制[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 45(12): 917-920.
- [10] Keklikoglou I, Koerner C, Schmidt C, et al. MicroRNA-520/373 family functions as a tumor suppressor in estrogen receptor negative breast cancer by targeting NF- κ B and TGF- β signaling pathways[J]. Oncogene, 2012, 31(37): 4150-4163.
- [11] Cesi V, Casciati A, Sesti F, et al. TGF β -induced c-Myb affects the expression of EMT-associated genes and promotes invasion of ER+ breast cancer cells[J]. Cell Cycle, 2011, 10(23): 4149-4161.
- [12] 陈丽, 陈小芳, 丁家怡, 等. 宫腔镜下重度宫腔粘连分解术后两种防粘连方法效果比较[J]. 海南医学, 2015, 9(8): 1208-1209.
- [13] 郭娟, 付冲. 宫腔粘连与刮宫操作相关性研究[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(23): 3515-3516.
- [14] 喻蓉, 曹毅. 宫腔镜诊治宫腔粘连的临床效果研究[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(16): 2242-2243.
- (收稿日期: 2016-12-24 修回日期: 2017-01-15)
- 临床探讨 •

早期抚触对早产低出生体质量儿神经心理发育的影响研究

石翠萍, 庞红艳, 罗 斌, 蒋清秀, 罗 琴
(四川省达州市大竹县人民医院 635100)

摘 要:目的 探讨早期抚触对低出生体质量早产儿神经心理发育的影响。方法 选取 2012 年 1 月至 2014 年 6 月该院新生儿儿科收治的低出生体质量早产儿 382 例, 根据随机数字表将患儿分为观察组($n=191$)及对照组($n=191$)。对照组患儿给予常规性对症治疗, 观察组在对照组基础上应用早期抚触干预措施, 干预时间为 12 个月, 比较 2 组患儿干预前及干预 3、6 个月后体质量、身长、头围、增长情况。同时应用婴幼儿智能发育量表及 Gesell 婴幼儿发育诊断量表对 2 组患儿智能发育及神经心理发育进行评价。**结果** 观察组干预 3、6 个月后体质量、头围、身长增长显著大于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预 3、6、9、12 个月后智力发育指数及运动发育指数评分显著高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预 3、6、9、12 个月后适应性、大运动、精细运动、语言、社会行为评分及神经行为总评分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 早期抚触能有效促进低出生体质量早产儿生长发育、智能发育及神经心理发育, 有利于改善患儿远期生命质量。

关键词:早期抚触; 低出生体质量; 早产儿; 神经心理发育; 智能发育
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)07-1033-03

低出生体质量早产儿是指出生时胎龄不足 37 周, 体质量小于 2 500 g 的活产新生儿^[1]。随着产科技术及新生儿科技术的发展, 极低体质量儿成活率不断提高, 但由于该类患儿出生时月龄不足, 患儿先天发育条件不成熟, 患儿肌张力低下, 神经功反射功能差, 因此患儿远期智力发育及体格发育较差, 是智力障碍的高危人群^[2]。研究表明, 尽早对出生体质量早产儿行神经系统干预不仅可促进患儿体格发育、智能发育及神经心理发育, 还可以改善患儿远期预后, 提高患儿生命质量^[3]。抚触是指采取一定的手法技巧, 对患儿表面皮肤进行科学化、规则化的按摩及抚触, 从而起到调整各肺腑及大脑皮质功能、改善患儿生长发育的作用^[4]。本研究选取 2012 年 1 月至 2014 年 6 月低出生体质量早产儿应用早期抚触干预, 患儿在体格、智能及神经心理等方面均得到改善。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2014 年 6 月本院新生儿儿科收治的低出生体质量早产儿 382 例。纳入标准: (1) 符合《诸福棠实用儿科学(第 8 版)》相关诊断^[5]; (2) 出生时胎龄<37 周, 体质量<2 500 g; (3) 出生时无窒息史; (4) 患儿家属均签署知情同意书。排除标准: (1) 出生时重度缺氧缺血性脑病; (2) 原发性呼吸暂停; (3) 早产性黄疸; (4) 先天性发育异常。根据随机数字表将患儿分为观察组($n=191$)及对照组($n=191$)。观察组男 91 例, 女 100 例; 胎龄 28~35 周, 平均(33.1 ± 2.4)周; 出生体质量 1 550~2 150 g, 平均($1\ 985\pm125$)g; 阿氏评分

8~10 分, 平均(8.89 ± 0.78)分。对照组男 98 例, 女 93 例; 胎龄 28~35 周, 平均(33.5 ± 2.1)周; 出生体质量 1 555~2 180 g, 平均($1\ 990\pm122$)g; 阿氏评分 8~10 分, 平均(8.79 ± 0.72)分。2 组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组出生 24 h 后行微量喂养, 并保持患儿体温恒定, 密切留意患儿病情变化, 积极预防感染, 对于合并呼吸暂停或黄疸患者则行对症治疗。观察组在对照组基础上行早期抚触干预, 具体措施如下。

1.2.1 抚触干预方法 抚触前选择安静、温暖、整洁的房间, 室内温度保持 27~30℃, 湿度保持 50%~60%。抚触时可边播放柔和、舒缓的音乐, 让患儿处于安静、愉悦的状态。每次抚触时间为 20 min, 每天 2 次。抚触通常安排在沐浴 3~4 h 后, 患儿处于清醒状态下进行。患儿住院期间由抚触师进行抚触, 每次 15~20 min, 每天 2 次。患儿出院后由儿保门诊护士按原来抚触方法进行操作, 干预时间为 12 个月。

1.2.2 抚触干预内容 抚触顺序为先俯卧后仰卧。(1) 操作前对手部进行消毒, 涂抹润滑油, 用亲切目光及语言与患儿交流。(2) 俯卧位: 婴儿取俯卧位, 抚触师手掌沿脊椎两侧从下至上轻柔, 再慢慢滑至背部下方, 先顺时针轻柔 15 次, 再逆时针 15 次。(3) 仰卧位: 依次为头部、胸腹部及四肢。采用两手拇指指腹从前额滑推至太阳穴, 先顺时针按揉 15 次, 再逆时针按揉 15 次。拇指从太阳穴滑至两耳后按摩耳穴, 手掌轻柔头部、