

多囊卵巢综合征所致不孕者不同卵泡期 HMG 促排卵方案的效果随访分析

刘霞,王琳

(泰州市人民医院妇产科,江苏泰州 225300)

摘要: 为研究在卵泡中期加入促性腺激素(HMG)的促排卵作用,选取在本院生殖科门诊就诊的 106 例多囊卵巢综合征所致不孕患者,比较观察早卵泡期组和中卵泡期组促排卵方案的治疗效果及妊娠结局。结果表明,与中卵泡期组比较,早卵泡期组的成熟卵泡数较多,人绒毛膜促性腺激素(HCG)日子宫膜厚度较厚,HMG 用量少,妊娠率高。结果表明,在卵泡早期加入 HMG 的促排卵方案优于在卵泡中期加入 HMG 的促排卵方案,有助于提高妊娠率。

关键词: 多囊卵巢综合征; 卵泡期; 促尿性素

中图分类号:R711.75 文献标识码:A

Follow-up analysis of the effect of HMG ovulation induction program in different follicular stages of infertility caused by polycystic ovary syndrome

LIU Xia, WANG Lin

(Department of Obstetrics and Gynecology, Taizhou People's Hospital, Taizhou 225300, Jiangsu, China)

Abstract: To study the ovulation induction regimen of adding HMG in the mid-follicles, 106 cases of infertility caused by polycystic ovary syndrome in reproductive clinic of our hospital were selected. The therapeutic effects and pregnancy outcomes of the early follicular phase group and middle follicular phase group were observed and compared. The results showed, compared to the middle follicular phase group, that the number of mature follicles in the early follicular phase group was higher, the thickness of the uterine membrane of HCG was thicker, and the amount of HMG was lower, the pregnancy rate was higher. The results indicated that ovulation induction regimen of adding HMG in the early stage of follicles is superior to the ovulation induction regimen of adding HMG in the mid-follicles, which helps to improve the pregnancy rate.

Key words: polycystic ovary syndrome; follicular phase; urinary tract

多囊卵巢综合征(Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)是妇科常见的内分泌疾病,主要表现为闭经、排卵稀少或无排卵,是导致女性不孕症的常见疾病,发病率约为 6%~10%^[1],目前临床上主要采用促排卵药物进行诱导治疗。促性腺激素(human menopausal gonadotropin, HMG)是多囊卵巢综合征患者常用促排卵药物,主要作用是促进患者排卵,提高不孕患者受孕概率,也容易导致卵巢过度刺激综合征、多胎妊娠等并发症,风险较大,增加患者经济压力^[2]。因此,本研究将 HMG 分别应用于多囊卵巢综合征所致不孕患者的早卵泡期或中卵泡期,

比较在 HMG 早卵泡期和中卵泡期促进患者排卵的临床效果,为临床治疗多囊卵巢综合征所致不孕患者提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 2 月至 2018 年 7 月在本院生殖科门诊就诊的 106 例多囊卵巢综合征所致不孕患者。患者年龄在 23~36 岁间,不孕年限为 1~10 年(见表 1)。纳入标准:(1)根据鹿特丹标准^[3]诊断为多囊卵巢综合征患者;(2)年龄在 20~40 岁间;(3)结婚后一直保持有正常的性生活且未采取任何

避孕措施 1 年以上;(4)经影像检查证实子宫形态正常,无子宫肌瘤、卵巢囊肿,至少一侧输卵管通畅;(5)近 3 个月内未进行促排卵治疗及服用激素类药物;(6)经检查,男方精液正常。排除标准:(1)中途退出实验者;(2)未遵循医嘱治疗原则者。

1.2 方法

1.2.1 分组 根据开始接受 MHG 治疗的时间,随机将 106 例多囊卵巢综合征所致的不孕患者分为早卵泡期组和中卵泡期组各 53 例。其中早卵泡期组完成 100 个排卵周期,中卵泡期组完成 89 排卵周期。两组患者的年龄、体重指数(BMI)、不孕年限,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	年龄(岁)	不孕年限(岁)	BMI(kg/m ²)
早卵泡期组	28.01±2.47	2.87±1.24	23.51±2.67
中卵泡期组	27.79±2.53	2.72±1.31	23.73±2.77
<i>t</i>	0.479	0.432	0.325
<i>P</i>	0.621	0.673	0.701

1.2.2 用药方案 早卵泡期组在口服来曲唑 5 天后,开始肌内注射 HMG,连续注射 5 天,起始剂量为每天 75IU,根据子宫内膜厚度、卵泡大小及数量调

整 HMG 剂量;中卵泡期组患者均在月经周期第 3 ~ 5 天或在撤退性出血第 5 天开始口服来曲唑,每次 1 粒,每日 1 次,共 5 天。中卵泡期组于月经第 11 ~ 15 天开始肌内注射 HMG 75IU,并根据阴道 B 超检查结果调整 HMG 剂量。

1.2.3 观察指标 根据阴道 B 超监测子宫内膜和卵泡发育情况:记录注射人绒毛膜促性腺激素(HCG)日子宫内膜厚度、周期排卵率、成熟卵泡数、临床妊娠率、多胎妊娠率、单胎妊娠率、异位妊娠率、早期流产率等。

1.3 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件录入、统计分析数据,计数资料率的比较采用 χ^2 检验,计量资料的比较采用 *t* 检验,结果采用均数±标准差表示。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组基础激素水平比较

两组患者的黄体生成素(LH)、促卵泡生成素(FSH)、睾酮(T)、雌二醇(E2)、泌乳素(PRL)比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 2。

表 2 两组患者基础激素水平比较

组别	FSH(U/L)	LH(U/L)	E2(pmol/L)	T(ng/mL)	PRL(ng/mL)
早卵泡期组	5.73±1.02	9.59±1.64	147.19±43.04	1.56±0.72	35.47±121.71
中卵泡期组	5.81±1.10	10.75±2.21	153.32±59.89	1.87±2.95	63.12±124.58
<i>t</i>	1.243	1.347	1.919	0.324	2.014
<i>P</i>	0.279	0.203	0.092	0.916	0.068

2.2 两组患者促排卵效果比较

两种不同的促排卵方案,早卵泡期组的成熟卵泡数为 1.89±0.64 个,中卵泡期组的成熟卵泡数为 1.13±0.48 个,HCG 日子宫膜厚度早卵泡期组为 0.94±0.29 cm,中卵泡期组为 0.82±0.31 cm,HMG 用量早卵泡期为 450.52±50.63 IU,中卵泡期为 1101±105.48 IU,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者妊娠结局比较

如表 4 所示,早卵泡期组和中卵泡期组的排卵率、单胎妊娠率、多胎妊娠率、异位妊娠率、早期流

产率等差异均无统计学意义($P>0.05$);早卵泡期组患者的妊娠率高于中卵泡期组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者促排卵效果比较

组别	HCG 日子宫膜厚度(cm)	成熟卵泡数(个)	HMG 用量(支)
早卵泡期组	0.94±0.29	1.89±0.64	6.52±2.63
中卵泡期组	0.82±0.31	1.13±0.48	13.21±8.48
<i>t</i>	2.943	2.317	5.766
<i>P</i>	0.027	0.046	0.008

表4 两组患者妊娠结局比较

(%)

组别	排卵率	妊娠率	多胎妊娠率	单胎妊娠率	异妊娠率	早期流产率
早卵泡期组	88.00	37.50	9.09	90.09	0	3.03
中卵泡期组	80.90	25.00	11.11	88.89	5.56	16.67
χ^2	1.828	3.849	0.054	0.001	1.870	2.996
P	0.176	0.042	0.817	0.979	0.171	0.083

3 讨 论

目前 PCOS 的病因未明,有研究表明,PCOS 主要受遗传因素及环境因素影响,遗传主要以染色体显性遗传为主,具有明显的家族遗传性,在一级亲属属于高危人群。随着全球经济的快速发展,女性的结婚年龄逐渐推迟,生育年龄增大,加上环境的污染,以及卵巢手术、放化疗等因素的影响,使育龄期女性的卵巢储备功能有所下降。多囊卵巢综合征是生育年龄妇女常见的一种复杂的内分泌及代谢异常所致的疾病,以慢性无排卵(排卵功能紊乱或丧失)和高雄激素血症(妇女体内男性激素产生过剩)为特征,主要表现为卵巢排卵稀少甚至无排卵,导致患者出现不孕、卵巢多囊样改变、月经紊乱、雄激素水平高,有些患者甚至出现代谢异常,如胰岛素抵抗、高胰岛素、高血糖、肥胖等。PCOS 也是女性患子宫内膜癌、心脑血管疾病、2 型糖尿病的高危因素,给女性的健康带来严重的危害,影响家庭幸福美满,降低患者生活质量^[4-6]。

PCOS 是导致不孕的原因之一,本研究从治疗角度分析探索临床如何更好地进行 PCOS 所致不孕症的干预。本研究发现,早卵泡期组的成熟卵泡数为 1.89 ± 0.64 个,中卵泡期组的成熟卵泡数为 1.13 ± 0.48 个,HCG 日子宫膜厚度在早卵泡期组比中卵泡期组增加,表明在卵泡早期进行 HMG 促排卵治疗比在卵泡中更具有优势,成熟卵泡多,HCG 子宫内膜厚,更有利于受孕及受精卵着床。且 HMG 用量早卵泡期为 6.52 ± 2.63 支,中卵泡期为 13.21 ± 8.48 支,说明在卵泡早期开始接受 HMG 治疗比卵泡中期接受促排卵治疗更加经济,有利于减轻不孕患者的家庭经济负担,提高家庭幸福指数。

HMG 是 PCOS 促排卵治疗的常用药物,但容易导致多胎妊娠及卵巢过度刺激综合征等并发症^[7]。本研究结果显示早卵泡期组患者的排卵率(88%)、单胎妊娠率(90.09%)高于中卵泡期组(25%、88.89%),多胎妊娠率(9.09%),且异妊娠率、早期流产率均低于中卵泡期组;早卵泡期组患者的妊娠率也高于中卵泡期组,说明在卵泡早期进行 HMG 促排卵治疗相比在卵泡中期进行 GMH 治疗更有利于提高多囊卵巢综合征患受孕率,有利于保护患者的卵巢功能,降低患者的异位妊娠率、早期流产率,促进患者身体健康,提高患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 赵越,阮祥燕,崔亚美,等. 不同亚型的多囊卵巢综合征患者临床及实验室指标特征的研究[J]. 首都医科大学学报, 2015, 36(4): 567-72.
- [2] 蔡素芬,张顺吉,李晓峰,等. 人高纯度人绝经期促性腺激素在促排卵治疗中的应用研究[J]. 生殖医学杂志, 2016, 25(12): 1074-8.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000: 2203.
- [4] HILL MJ, LEVENS ED, LEVY G, et al. The use of recombinant luteinizing hormone in patients undergoing assisted reproductive techniques with advanced reproductive age: a systematic review and meta-analysis[J]. Fertil Steril, 2012, 97(5): 1108-24.
- [5] 战思思,翟燕红,曹正. 多囊卵巢综合征患者体内总睾酮水平与糖、胰岛素及性激素水平的相关性分析[J]. 标记免疫分析与临床, 2018, 25(11): 1586-8.
- [6] 高霞,唐奕,蔡素芬,等. 多囊卵巢综合征患者血浆血管活性肠肽水平变化及其潜在病理意义[J]. 中南医学科学杂志, 2015, 43(6): 637-41.
- [7] TEHRANINEJAD ES, NASIRI R, RASHIDI B, et al. Comparison of Gn RH antagonist with long Gn RH agonist protocol after OCP pretreatment in PCOS patients[J]. Arch Gynecol Obstet, 2010, 282(3): 319-25.

(本文编辑:秦旭平)