

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0112-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.053

# 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症的临床疗效

马玉红

(洛宁县妇幼保健院, 河南 洛宁 471000)

〔摘要〕 目的: 分析左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)治疗子宫内膜异位症(EMs)的临床疗效。方法: 选取2016年1月至2019年1月间来洛宁县妇幼保健院治疗的102例EMs患者作为研究对象, 按治疗方法不同分为A组和B组, 均51例, 患者均行腹腔镜手术, 后分别给予LNG-IUS与常规治疗, 比较两组患者的临床疗效。结果: A组患者的痛经缓解率高于B组, 月经情况优于B组, 子宫内膜厚度(ET)低于B组, 卵巢功能优于B组, 不良反应率低于B组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 为EMs患者行LNG-IUS治疗可改善其痛经症状和卵巢功能, 纠正其月经异常, 且安全性高。

〔关键词〕 子宫内膜异位症; 左炔诺孕酮宫内缓释系统; 卵巢功能

〔中图分类号〕 R 711.71 〔文献标识码〕 B

子宫内膜异位症(endometriosis, EMs)是常见的妇科疾病, 表现为子宫内膜细胞的实际种植位置远离子宫内膜<sup>[1]</sup>。其会导致子宫内膜发生浸润、增生与转移等恶性发展, 且是不孕症的主要病因。临床多通过手术治疗该病, 但具有较高复发率。左炔诺孕酮宫内缓释系统(levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNG-IUS)是新型宫内节育器(intrauterine device, IUD), 内含孕激素, 呈“T”形, 具有较好的孕激素功效, 对子宫内膜具有保护作用<sup>[2]</sup>。本研究对来院治疗的102例EMs患者开展研究, 旨在探究LNG-IUS的治疗效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2016年1月至2019年1月间来本院治疗的102例EMs患者作为研究对象, 按治疗方法不同分为A组和B组, 均51例。其中, A组年龄26~40岁, 平均(33.46±0.52)岁; 病程6~42个月, 平均(20.16±0.59)个月。B组年龄25~38岁, 平均(33.12±0.41)岁; 病程7~41个月, 平均(20.85±0.77)个月。两组患者年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

两组患者均行腹腔镜手术治疗, 在此基础上分别进行不同的治疗。

1.2.1 A组 选用LNG-IUS治疗: 排空患者膀胱, 消毒宫颈与阴道, 明确子宫大小和位置, 确定宫颈口的方向与宫颈深度, 用钳夹夹取宫颈上唇, 对宫腔行全面探查, 牵引导丝, 将LNG-IUS放置在宫内, 并有效固定。将缓释系统

的横臂打开, 放置在合理位置后将尾丝剪断。用B超评估缓释系统的固定位置, 而后行宫颈口消毒, 将器械去除后完成操作。

1.2.2 B组 选用常规治疗: 口服药物, 选用米非司酮片(浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字H10950197), 剂量为每次25mg, 每日1次, 共治疗6个月。

### 1.3 观察指标

观察两组患者的月经天数、月经周期和月经量等月经情况; 治疗6个月后评估子宫内膜厚度(endometrium thickness, ET)数值; 记录卵泡刺激素(follicle stimulating hormone, FSH)、促黄体生成激素(leuteinizing hormone, LH)和雌二醇(estradiol, E2)等卵巢功能相关指标; 评价乳房胀痛、疲乏、恶心呕吐、痤疮和色素沉着等不良反应率。

### 1.4 痛经缓解率评价标准

用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估痛经症状, 完全缓解: 评分为0分; 部分缓解: 评分为1~4分; 无缓解: 评分为5~10分<sup>[3]</sup>。痛经缓解率=(完全缓解+基本缓解)/总例数×100%。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 18.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 $t$ 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者痛经缓解率比较

A组患者的痛经缓解率为96.08%, B组为82.35%, A组高于B组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表1。

〔收稿日期〕 2020-10-09

〔作者简介〕 马玉红, 女, 副主任医师, 主要研究方向是妇科、产科内分泌方向。

表 1 两组患者痛经缓解率比较 (n = 51, n (%))

组别	完全缓解	基本缓解	无缓解	痛经缓解
B 组	25(49.02)	17(33.33)	9(17.65)	42(82.35)
A 组	30(58.82)	19(37.25)	2( 3.92)	49(96.08) <sup>a</sup>

与 B 组比较, <sup>a</sup>P < 0.05

注: A 组— LNG-IUS 治疗; B 组—常规治疗

### 2.2 两组患者月经情况及 ET 比较

A 组患者的月经情况均优于 B 组, 且 ET 低于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者月经情况比较 (n = 51,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	月经周期/d	月经天数/d	月经量/mL	ET/mm
B 组	31.66 ± 4.52	8.69 ± 1.13	40.15 ± 5.68	6.48 ± 0.11
A 组	28.65 ± 4.35 <sup>b</sup>	6.42 ± 1.08 <sup>b</sup>	32.15 ± 5.52 <sup>b</sup>	6.02 ± 0.08 <sup>b</sup>

与 B 组比较, <sup>b</sup>P < 0.05

注: A 组— LNG-IUS 治疗; B 组—常规治疗; ET—子宫内膜厚度

### 2.3 两组患者卵巢功能比较

A 组患者的卵巢功能优于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者卵巢功能比较 (n = 51,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	FSH/U · L <sup>-1</sup>	LH/U · L <sup>-1</sup>	E2/pmol · L <sup>-1</sup>
B 组	7.49 ± 0.62	8.46 ± 1.12	92.68 ± 10.03
A 组	6.51 ± 0.58 <sup>c</sup>	7.94 ± 1.05 <sup>c</sup>	112.06 ± 10.45 <sup>c</sup>

与 B 组比较, <sup>c</sup>P < 0.05

注: A 组— LNG-IUS 治疗; B 组—常规治疗; FSH—卵泡刺激素; LH—促黄体生成激素; E2—雌二醇

### 2.5 两组患者不良反应率比较

A 组患者的不良反应率为 9.80%, B 组为 25.49%, A 组低于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应率比较 (n = 51, n (%))

组别	乳房胀痛	疲乏	恶心呕吐	痤疮	色素沉着	总发生
B 组	3(5.88)	2(3.92)	4(7.84)	1(1.96)	3(5.88)	13(25.49)
A 组	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	5( 9.80) <sup>d</sup>

与 B 组比较, <sup>d</sup>P < 0.05

注: A 组— LNG-IUS 治疗; B 组—常规治疗

## 3 讨论

EMs 的高发部位是盆腔组织, 以子宫直肠、宫骶韧带和卵巢内部最为高发, 主要症状为不孕、痛经、盆腔痛、性交痛和月经异常<sup>[4]</sup>。其多发病于育龄期女性, 是威胁其生殖健康的主要疾病类型。传统疗法将病灶组织直接切除, 以保留子宫和卵巢, 属于保守治疗。但其容易复发, 远期疗效不理想。药物治疗能够降低复发率, 但存在不良反应<sup>[5]</sup>。腹腔镜手术是其首选手术, 能够在腹腔镜的直观引导下切除病灶, 创口小且安全性高。而术后使用 LNG-IUS 能够有效预防复发<sup>[6]</sup>。LNG-IUS 呈“T”形, 表面覆盖不透膜, 架在“T”形纵臂上, 两侧是水平臂, 另一端系有尾丝, 是体积较小的 IUD。其于

宫腔内持续放置 5 年, 仍可释放左旋炔诺孕酮(levonorgestrel, LNG), 但浓度低于最初放置时的浓度。LNG 的血液浓度约为患处浓度的千分之一, 所以不会影响生殖健康, 是安全且长效的保守疗法<sup>[7]</sup>。

本研究结果显示: A 组的痛经缓解率 (96.08%) 高于 B 组 (82.35%), 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。原因是: LNG-IUS 是缓释系统, 其通过 T 形结构能够减少子宫腔中的 LNG 释放量, 使其平稳且缓慢的低剂量释放, 可提高其实际浓度<sup>[8]</sup>。而 LNG 能够直接作用于病灶, 抑制雌激素受体的有效合成, 避免产生出血刺激, 进而缓解痛经<sup>[9]</sup>。A 组的月经情况优于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 原因是: LNG 会提高子宫内膜的孕激素具体浓度, 使其明显高于外周血的实际循环浓度, 增加子宫动脉的阻力值, 避免 E2 产生作用, 可降低其敏感性, 减少月经量。A 组的 ET 水平低于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。原因是: LNG 能够使宫腔处于高孕激素状态, 对内膜的增生发展产生拮抗性, 避免异位内膜不断生长, 使 ET 变薄<sup>[10]</sup>。A 组的卵巢功能优于 B 组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。A 组的卵巢功能指标都恢复到正常水平, 说明 LNG-IUS 能够提高卵巢功能, 保证患者的生育能力, 可提高其受孕率。A 组的不良反应率 (9.80%) 低于 B 组 (25.49%), 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。说明 LNG-IUS 治疗不会增加危险性, 可长期治疗。结果同田君<sup>[11]</sup>研究相符。可见, LNG-IUS 治疗 EMs 的效果较佳, 可改善痛经症状和卵巢功能, 且不会导致严重的不良反应, 利于子宫内膜功能恢复。

### [参考文献]

- 乔晓芹. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症的疗效和 VAS 评分观察 (J). 健康大视野, 2019, 27(6): 64-65.
- 钟妮南. GnRH 联合左炔诺孕酮宫内缓释系统对子宫内膜异位症的治疗价值评析 (J). 中国社区医师, 2019, 35(5): 111-112.
- 李红, 罗艳, 晁晶, 等. 左炔诺孕酮宫内缓释系统在子宫内膜异位症和子宫腺肌病的临床应用研究 (J). 吉林医学, 2019, 40(2): 235-238.
- 寇淑敏. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症疗效观察 (J). 药品评价, 2018, 15(16): 40-42.
- 田寒. 左炔诺孕酮宫内缓释系统 (曼月乐环) 治疗子宫内膜增生分析 (J). 中国医药科学, 2019, 9(4): 87-89.
- 窦保英. 探讨左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症的临床疗效 (J). 健康必读, 2018, 4(13): 105-106.
- 梁丽, 李艳, 许会芳. 左炔诺孕酮宫内缓释系统联合屈螺酮雌醇片治疗子宫内膜异位症的疗效观察 (J). 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(6): 782-783.
- 牛海燕, 侯保萍, 卫金线. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症的临床疗效 (J). 现代医药卫生, 2018, 34(3): 415-417.
- 王利华. 左炔诺孕酮宫内缓释系统对子宫内膜异位症患者

- 的治疗效果及安全性分析 (J). 中国保健营养, 2017, 27(36): 320.
- (10) 吴巍, 王卫星, 周文. 左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜异位症的疗效及安全性 (J). 当代医学, 2017, 23(24): 157-159.
- (11) 田君. 左炔诺孕酮宫内缓释系统在子宫内膜异位症治疗中的远期疗效分析 (J). 现代诊断与治疗, 2017, 28(5): 852-854.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0114-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.054

## 中青年急性脑梗死或缺血性脑血管病静脉溶栓安全性分析

孙永法

(安阳市第六人民医院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 **目的:** 分析中青年急性脑梗死或缺血性脑血管病静脉溶栓安全性。**方法:** 选取 2017 年 3 月至 2018 年 12 月在安阳市第六人民医院接受治疗的中青年急性脑梗死或缺血性脑血管病患者 74 例作为研究对象, 随机将患者分为对照组 (37 例)、观察组 (37 例), 对照组患者行常规治疗, 观察组患者行静脉溶栓治疗。观察比较两组患者疗效。**结果:** 治疗后, 观察组患者并发症的发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的神经功能缺损评分、Barthel 指数均优于对照组患者, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 急性脑梗死或缺血性脑血管病患者接受静脉溶栓治疗, 可有效改善患者的神经缺损症状, 降低致残率, 且治疗期间并发症较少, 安全性较高。

〔关键词〕 急性脑梗死; 缺血性脑血管病; 静脉溶栓; 中青年人

〔中图分类号〕 R 743.3     〔文献标识码〕 B

急性脑梗死或缺血性脑血管病是临床上较为常见的脑血管疾病, 主要是由于患者的脑部血管发生堵塞或者狭窄所导致<sup>[1]</sup>。急性脑梗死或缺血性脑血管病患者的脑组织细胞会出现缺血缺氧, 导致患者出现头晕、恶心、言语不利、肢体无力等多种临床症状, 对患者的身体健康和生命安全造成严重的威胁<sup>[2]</sup>。当患者出现急性脑梗死或者缺血性脑血管病后, 需要接受及时的治疗干预, 减少疾病对患者脑部功能的损伤<sup>[3]</sup>。因此, 本研究探讨了中青年急性脑梗死或缺血性脑血管病静脉溶栓安全性, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月至 2018 年 12 月在本院接受治疗的中青年急性脑梗死或缺血性脑血管病患者 74 例作研究对象, 随机将患者分为对照组 (37 例)、观察组 (37 例)。对照组: 年龄 23~46 岁, 平均年龄 (34.32 ± 3.44) 岁; 男性患者 26 例、女性患者 11 例。观察组: 年龄 24~47 岁, 平均年龄 (35.46 ± 3.51) 岁; 男性患者 25 例、女性患者 12 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 均接受脑部 CT 或 DWI 检查、确诊为急性脑梗死或缺血性脑血管病; 符合静脉溶栓适应症; 自愿接受相关疾病的治疗干预<sup>[4]</sup>。

1.1.2 排除标准 排除患有脑部肿瘤疾病者; 排除有出血倾向疾病史者; 排除患有严重心、肝、肾等功能不全者; 排除患有颅内出血者<sup>[5]</sup>。

#### 1.2 方法

两组患者在进入医院后均接受脑部 CT 或 DWI 检查, 对患者的病灶部位进行观察, 确定患者出现病变的位置、范围, 然后给予患者实施治疗。对照组患者行常规治疗, 治疗措施为: 在对患者进行检查后, 根据患者的病情, 给予患者活血化瘀、扩容、改善脑部循环、抗血小板聚集等常规治疗, 同时实施维持酸碱平衡和水电解质平衡等治疗, 在对患者实施治疗期间, 对患者的生命体征进行实时监测。观察组患者行静脉溶栓治疗, 治疗措施为: 在对患者实施常规治疗的基础上给予患者静脉溶栓治疗, 在治疗时, 予 150 万 U 的尿激酶加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 融合, 快速静脉滴注, 并且 30 min 输注完毕, 监测神经功能、血压等; 实施溶栓治疗 24 h 后, 复查头颅 CT 或 MRI 影像学检查, 观察患者是否有新的血栓形成, 并观察患者是否出血、血管是否再通,

〔收稿日期〕 2020-10-21

〔作者简介〕 孙永法, 男, 主治医师, 主要研究方向是脑血管病。