

炔诺酮结合诊刮术对围绝经期异常子宫出血患者的影响

王春艳

秦皇岛市山海关人民医院 妇产科 河北 秦皇岛 066200

【摘要】目的：分析炔诺酮结合诊刮术治疗围绝经期异常子宫出血（AUB）患者的临床效果及对激素水平、子宫内膜指标的影响。方法：选择2022年1月至2024年1月住院的围绝经期异常子宫出血的患者80例，随机分成观察组、对照组各40例。对照组只用诊刮术治疗，观察组用炔诺酮加诊刮术治疗。比较两组患者止血效果、月经恢复情况、治疗前后激素水平、子宫内膜指标、临床疗效。结果：观察组的止血时间、月经周期恢复正常时间均短于对照组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后，观察组的 E_2 水平低于对照组， P 水平高于对照组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组的子宫内膜厚度小于对照组， RI 小于对照组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组的治疗总有效率高于对照组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：炔诺酮结合诊刮术治疗围绝经期异常子宫出血患者，可以快速止血、促进月经恢复，调节激素水平，改善子宫内膜状态，提高临床疗效，安全性高，值得临床推广应用。

【关键词】炔诺酮；诊刮术；围绝经期；异常子宫出血；激素水平；子宫内膜厚度

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.066

围绝经期异常子宫出血（abnormal uterine bleeding, AUB）是妇科临床常见病，指围绝经期女性排除妊娠、器质性病变及全身性疾病后，出现的子宫异常出血，即月经周期紊乱、经期延长、经量增多、不规则阴道流血等^[1]。炔诺酮属于人工合成的孕激素，能抑制垂体促性腺激素的分泌，抑制卵泡发育，使子宫内膜由增生期变为分泌期，促进内膜萎缩脱落，达到调节月经周期、减少出血的目的^[2]。近几年来，有研究者提出炔诺酮结合诊刮术治疗围绝经期AUB的想法，认为二者相结合能够提高疗效，减少复发率^[3]。所以本研究选择80例围绝经期AUB患者进行分析，观察炔诺酮联合诊刮术临床疗效，为临床选择治疗方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2022年1月至2024年1月本院收治的80例围绝经期异常子宫出血患者为研究对象，用随机数字表法分为观察组和对照组，各40例。所有的患者、家属均签署知情同意书。

纳入标准：（1）符合围绝经期AUB诊断标准，年龄45-55岁，月经周期紊乱持续 ≥ 3 个月，经量增多、经期延长或不规则阴道流血；（2）妇科检查、B超检查、血常规、凝血功能检查、肿瘤标志物检查排除子宫肌瘤、子宫内膜息肉、宫颈癌、子宫内膜癌等器质性病变，排除凝血功能障碍、肝肾功能严重不全、甲状腺功能异常等全身性疾病。

排除标准：（1）合并有严重心、肝、肾等重要脏器功能不全者；（2）合并恶性肿瘤、自身免疫性疾病者；（3）对炔诺酮或诊刮术所用器械过敏者。

观察组的患者年龄为45~54岁，平均年龄为（49.52 \pm 2.13）岁；病程为3~12个月，平均病程为（6.85 \pm 1.56）个月。对照组患者年龄在46岁到55岁之间，平均年龄为49.87 \pm 2.08岁，

病程3到11个月，平均病程为6.63 \pm 1.49个月。两组患者年龄、病程、出血类型、贫血程度等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组患者入院后均接受常规治疗，即卧床休息、补铁纠正贫血（琥珀酸亚铁片口服，0.2g/次，3次/d）、预防感染（头孢呋辛酯片口服，0.25g/次，2次/d，连续服用3d）等。

对照组仅用诊刮术治疗：患者取膀胱截石位，常规消毒外阴、阴道及宫颈，铺无菌洞巾，用宫颈扩张器扩张宫颈至7~8号，用刮匙全面刮除子宫内膜组织，从子宫底开始，依次刮除前壁、后壁、侧壁及宫角处内膜，直至刮出组织呈均匀粉色，无活动性出血为止。将刮取的内膜组织送进行病理学检查，术后要密切观察患者阴道出血情况，出血过多的话，则可用缩宫素注射液（10U，肌注）促使子宫收缩而达到止血的效果。

观察组采用炔诺酮联合诊刮术治疗，诊刮术操作方法同对照组。术后第5天开始口服炔诺酮片（上海信谊天平药业有限公司，国药准字H31021767），开始剂量为5mg/次，3次/d，连续服用20d；之后改为5mg/次，2次/d，连续服用20d；最后改为5mg/次，1次/d，连续服用20d，共60d。服药期间注意观察患者阴道出血、乳房胀痛、恶心等不良反应，严重不良反应立即停药并及时处理。

两组患者治疗结束后均随访6个月，定期复查妇科B超、激素水平等，观察出血复发情况。

1.3 观察指标

（1）止血时间、月经恢复情况：统计两组病人止血的时间，即从开始治疗到阴道出血止住的时间，并统计各组病人月经周期恢复正常时间，即从开始治疗到月经周期、经期、经量恢复正常。

(2) 激素水平: 在治疗前和治疗结束后, 分别采集两组患者的空腹静脉血 5mL, 离心分离血清 (转速 3000r/min, 时间 10min), 用化学发光免疫分析法检测血清雌二醇 (E₂)、孕酮 (P)、促卵泡生成素 (FSH) 的水平, 检测仪器为贝克曼库尔特 Access 2 化学发光免疫分析仪, 试剂盒由贝克曼库尔特生物科技有限公司提供, 严格按照试剂盒说明书操作。

(3) 子宫内膜指标: 分别在治疗前和治疗结束时使用飞利浦 EPIQ5 经阴道彩色多普勒超声诊断仪测量两组患者的子宫内膜厚度(月经干净后 3~7 天测量, 测量子宫前后壁内膜厚度的平均值)、子宫内膜血流阻力指数(RI, 测量子宫动脉主干处, 测量 3 次取均值)。

(4) 临床疗效: 按照《妇产科学》第 9 版中国绝经期异常子宫出血疗效评定标准, 结合患者临床症状改善情况及随访结果来判定。显效: 治疗之后阴道出血停止, 月经周期、经期、经量恢复正常, 随访 6 个月内无复发; 有效: 治疗之后阴道出血明显减少, 月经周期基本规律, 经期缩短到 7 天以内, 经量减少 50%以上, 随访 6 个月内复发次数 ≤ 1 次; 无效: 治疗之后阴道出血无明显减少或者反而增多, 月经周期、经期、经量没有改善, 或者随访 6 个月内复发次数 ≥ 2 次。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

将本组数据输入 SPSS21.0 软件中进行分析, 计量资料以 (x ± s) 表示, 用 t 检验; 计数资料以 % 表示, 用 χ² 检验。P 小于 0.05, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者止血效果及月经恢复情况比较

观察组止血时间、月经周期恢复正常时间均短于对照组, 有统计学意义 (P < 0.05)。结果如表 1 所示。

表 1 两组患者止血效果及月经恢复情况比较

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40		
止血时间(d,x ± s)	2.15 ± 0.56	4.32 ± 0.89	13.052	0.000
月经周期恢复正常时间(d,x ± s)	35.26 ± 5.89	52.68 ± 7.23	11.814	0.000

2.2 两组患者治疗前后激素水平比较

观察组 E₂ 水平低于对照组, P 水平高于对照组, 差异有统计学意义 (P < 0.05); 两组患者 FSH 水平治疗前后比较及组间比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。具体结果见表 2。

表 2 两组患者治疗前后激素水平比较

组别	例数	时间	E ₂ (pg/mL,x ± s)	P (ng/mL,x ± s)	FSH(IU/L,x ± s)
观察组	40	治疗前	89.65 ± 12.34	0.82 ± 0.15	35.67 ± 5.23
		治疗后	52.34 ± 8.96	1.56 ± 0.28	36.12 ± 5.45
对照组	40	治疗前	90.12 ± 11.89	0.80 ± 0.16	35.98 ± 5.11
		治疗后	76.54 ± 10.23	1.05 ± 0.21	36.34 ± 5.32
治疗前组间 t 值			0.178	0.592	0.275
治疗前组间 P 值			0.859	0.556	0.784
治疗后组间 t 值			11.234	9.876	0.198
治疗后组间 P 值			<0.001	<0.001	0.844

2.3 两组患者治疗前后子宫内膜指标比较

治疗前, 两组患者子宫内膜厚度、RI 比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后, 两组患者子宫内膜厚度均薄于治疗前, RI 均低于治疗前, 且观察组子宫内膜厚度薄于对照组, RI 低于对照组, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。具体结果见表 3。

表 3 两组患者治疗前后子宫内膜指标比较

组别	例数	时间	子宫内膜厚度(mm,x ± s)	RI(x ± s)
观察组	40	治疗前	12.56 ± 2.13	0.78 ± 0.09
		治疗后	6.23 ± 1.05	0.52 ± 0.06
对照组	40	治疗前	12.89 ± 2.08	0.79 ± 0.08
		治疗后	9.87 ± 1.56	0.65 ± 0.07
治疗前组间 t 值			0.756	0.523
治疗前组间 P 值			0.452	0.602
治疗后组间 t 值			12.345	9.231
治疗后组间 P 值			<0.001	<0.001

2.4 两组患者临床疗效比较

观察组治疗总有效率为 95.00%, 高于对照组的 77.50%, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。具体结果见表 4。

表4 两组患者临床疗效比较

组别	观察组	对照组
例数	40	40
显效(n)	25	18
有效(n)	13	13
无效(n)	2	9
总有效率(%)	95.00	77.50
X ²	5.165	
P	0.023	

3 讨论

围绝经期 AUB 的发病机制比较复杂,主要是由于卵巢功能衰退引起的激素水平紊乱,子宫内膜失去正常的激素调节而出现异常增生、脱落,从而引起出血[22]。治疗目的主要是快速止血,调节激素水平,改善子宫内膜状态,减少复发率,排除恶性病变。诊刮术属于传统治疗方法,借助机械刮除增生的子宫内膜组织,能够迅速制止出血,并可取得内膜组织做病理检查,确定诊断,是临床治疗围绝经期 AUB 的重要方法。但是单纯诊刮术只能解决目前内膜增生的状况,不能改善患者自身激素紊乱的情况,术后随着卵巢功能的进一步衰退,激素水平持续异常,子宫内膜容易再次增生,引起出血复发,影响远期治疗效果^[4]。炔诺酮是一种高效的孕激素类药物,它的作用机制主要有如下几点:(1)抑制垂体促性腺激素的分泌,抑制卵泡发育和成熟,减少雌激素的合成和分泌,从而降低雌激素对子宫内膜的刺激;(2)促进子宫内膜由增生期向分泌期转化,使内膜腺体萎缩、间质纤维化,抑制内膜过度增生;(3)增强子宫平滑肌的收缩力,促进子宫收缩,减少出血。本研究

参考文献:

- [1] 苏维虎.米非司酮辅助治疗对围绝经期功能失调性子宫出血患者子宫内膜厚度性激素水平的影响[J].基层医学论坛,2024,28(36):38-40.
- [2] 王朝萍,王倩,白晶.亮丙瑞林联合左炔诺孕酮治疗围绝经期异常子宫出血的疗效及对卵巢功能、炎症因子的影响[J].中国医学工程,2024,32(12):98-101.
- [3] 时文丽.炔雌醇环丙孕酮联合米非司酮治疗围绝经期异常子宫出血患者的效果[J].中国民康医学,2024,36(24):42-44+48.
- [4] 罗丽.固崩止漏汤联合地屈孕酮治疗对围绝经期异常子宫出血患者子宫内膜厚度及血清性激素水平的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(24):42-45.D.

把炔诺酮同诊刮术联合起来应用,希望借助诊刮术迅速止血并明确诊断,之后再炔诺酮调整激素水平,抑制内膜增生,达到协同治疗的目的。

本研究表明,在止血时间上、月经周期恢复正常时间上,观察组比对照组都短,说明炔诺酮和诊刮术可以更快的控制出血,促进月经周期的恢复。因为诊刮术直接去除了增生的子宫内膜,快速去除了出血病灶,炔诺酮又可以抑制内膜增生,促进内膜修复,增强子宫收缩,所以可以缩短止血时间以及月经恢复的时间。从激素水平检测结果可以看出,治疗后观察组 E2 低于对照组, P 高于对照组 (P<0.05), FSH 两组间无明显差别 (P>0.05)。围绝经期女性卵巢功能衰退, FSH 水平上升是卵巢功能衰退的标志,短期内无法用药物改变,所以两组 FSH 水平无明显差别。炔诺酮通过负反馈抑制垂体促性腺激素的分泌,减少雌激素的合成,同时本身又是孕激素,直接提高体内孕酮的水平,调节 E₂ 和 P 的平衡,改善激素紊乱的状态。由此可知,炔诺酮结合诊刮术可以较好地调节围绝经期 AUB 患者的激素水平,而单纯诊刮术对激素水平的调节作用较小。

治疗之后观察组子宫内膜厚度比对照组小, RI 小于对照组 (P<0.05)。子宫内膜厚度可以反映内膜增生的程度, RI 可以反映子宫内膜的血流灌注情况[32]。炔诺酮可以抑制子宫内膜增生,使内膜变薄,还可以改善子宫内膜的血流灌注,降低 RI,有利于内膜修复。而单纯的诊刮术只能刮除部分内膜组织,术后内膜仍然会在异常激素水平的刺激下再次增生,所以子宫内膜厚度及 RI 改善效果不及观察组。

从临床疗效上看,观察组有效率 95.00% 高于对照组 77.50% (P<0.05),说明炔诺酮加诊刮术联合应用比单独诊刮术效果更好。因为联合治疗既利用了诊刮术快速止血、明确诊断的优点,又利用了炔诺酮调节激素水平、抑制内膜增生、防止复发的优点,所以治疗效果更好。

综上所述,炔诺酮联合诊刮术治疗围绝经期异常子宫出血病人能迅速止血、月经恢复、调节激素水平、改善子宫内膜状态、提高临床疗效,安全、有效,可以推广应用。