

## 不孕症患者卵泡发育异常的阴道超声监测

顾林 顾惠心 嵇玉蓉 孙海翔 钱小芹

(扬州大医学院附属医院, 扬州, 225001)

临床上监测卵泡发育和估计排卵日期常采用 BBT、血尿激素测定、宫颈粘液评分、LH 尿条、经前诊断性刮宫等, 但这些不能反映卵泡的形态学改变。采用连续 B 超特别是阴道 B 超监测能直观地得到卵泡各个时期的图象, 准确性高, 便于重复检查。作者对 151 例不孕患者的临床观察结果进行了归纳分析, 现报告如下。

### 1 临床资料

自 1997 年 1 月~1998 年 6 月对我院不孕门诊 151 例妇女进行连续阴道超声监测共 204 个周期。其中自然周期 148 个, 占 72.5%; 克罗米酚 (CC) 促排周期 56 个, 占 27.5%。患者平均年龄 27.87 岁 (23~34 岁), 不孕年限平均 3.12 年 (1~14 年)。

采用日本日立阴道超声探头, 频率 6.5MHz, 专人操作; 检查前患者排空膀胱, 取膀胱截石位; 根据患者月经周期, 一般从 9~11 天开始, 阴道 B 超扫查卵巢大小及卵泡数目、大小、形态, <15mm 卵泡每 2 天检查 1 次, >15mm 卵泡每天检查 1 次直至排卵。无排卵者在预定下次月经来潮前 10 天内再检查 1 次。卵泡的大小测量以 3 个卵泡垂直径线的平均值来代表卵泡的直径, 结果见表 1、2。

表 1 卵泡发育异常的频率

	观察周期数	卵泡异常周期数	发生率 (%)
自然周期	148	60	45.0
CC 周期	56	18	32.1
合计	204	78	38.2

卵泡发育异常的发生频率在自然周期和 CC 周期无统计学意义。其中 18 周期 CC 组卵泡发育异常包括应用 hCG 和 LUF 周期 3 例, 即在卵泡直径达 18~20mm 时注射 hCG, 2 天后 B 超观察优势卵泡逐渐增大, 内部出现稀疏强光点。

表 2 卵泡发育异常类型

类型	例数	异常周期数		发生率 (%)
		自然	CC	
未发育卵泡	16	14	7	26.9
卵泡闭锁	13	14	3	21.8
小卵泡排卵	7	9	1	12.8
LUF	24	23	7	38.5
合计	60	60	18	

未发育卵泡: 在 60 例 78 个异常卵泡周期中, 发现 16 例 21 个周期卵泡未发育, 占卵泡发育异常的 26.9%, 12 例患者血激素测定 LH: FSH > 2~3 倍。超声图象动态观察卵泡直径 <10mm, 16 个周期卵泡多呈囊样改变, 1 侧或双侧卵巢中小卵泡数 >10 个。4 例 B 超疑多囊卵巢患者经腹腔镜手术确诊, 并已妊娠。重复出现小卵周期 18 个。

卵泡闭锁: 监测中发现 13 例 17 个周期卵泡闭锁, 闭锁卵泡最大直径 17mm, 最小 11mm, 边缘皱缩。临床上出现月经紊乱者 6 例。闭锁重复出现 3 例。

小卵泡排卵: 7 例 10 个周期中以自然周期发生率高 (9/10)。排卵日卵泡直径大多在 16~17mm 之间, 且卵泡期相对较短, 在 9~12 天内排卵者有 9 个周期。

LUF: 30 个 LUF 周期在自然周期和 CC 周期比率为 23:7, 其发生率经统计学处理, 无显著性差异, 与目前 CC 周期已大多加用 hCG 有关。3 个周期 hCG 治疗后仍出现 LUF。重复出现 LUF 周期 6 例。临床症状典型的 5 例月经稀发、闭经患者在不同周期出现 2~3 种卵泡发育异常, 以卵泡闭锁和未发育卵泡居多。

### 2 讨论

通过连续 B 超监测使人们认识到 BBT 双相、

# 骶管快射注射结合骨盆牵引治疗椎间盘突出症 116 例

蔡质其<sup>1</sup> 薛永骥<sup>2</sup>

(1, 扬州市红十字医院, 扬州, 225001); 2, 扬州大学医学院, 扬州, 225001)

作者 1993~1997 年对 116 例腰椎间盘突出症患者采用骶管快速注射药结合骨盆牵引的方法进行治疗, 收到了较好的效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

男 74 例, 女 42 例; 年龄 24~62 岁, 病程 14d~21 年。所有病例均经 X 线及 CT 检查确诊。

骶管快速注射 0.1%利多卡因 10ml, 醋酸确炎疏松 50mg, 维生素 B<sub>12</sub> 1mg, 生理盐水 30ml。观察半小时后无不良反应转入牵引治疗。骶管注射每周 1 次, 4 次为 1 疗程。

骨盆牵引重量约为 50kg, 每日 1 次, 每次 30min。4 周后评价疗效。

疗效标准: 优: 症状体征消失, 直腿抬高大于 70°, 能恢复正常工作; 良: 症状体征基本消失, 直腿抬高 60°以上, 活动多时觉得腰部轻度疼痛; 好转: 腰痛减轻, 直腿抬高 45°以上, 可从事轻工作; 无效: 症状及体征无变化。

116 例患者, 优 53 例, 良 46 例, 好转 15 例, 无效 2 例。优良率为 85.4%。6 例在治疗中出现头昏、头晕及乏力, 1 例出现恶心, 休息后好转; 3 例女性患者注药后出现双足水肿, 2 周后自行消退。

## 2 讨论

腰突症的发病机制十分复杂, 突出的椎间盘组织可产生机械性压迫, 诱发化学炎症和自身免疫反应, 进一步导致局部粘连<sup>[1]</sup>。骶管内快速注药可在椎管内自下而上产生一定的压力, 向神经根产生冲击, 对粘连的神经根起到钝性分离的作用; 同时多种药物能消除突出的变性髓核释放化学腐蚀性蛋白质及酶类对神经根的刺激, 并能有助于无菌性炎症的吸收, 减轻自身免疫反应<sup>[2]</sup>。在骶管内药物注射治疗的基础上, 结合骨盆牵引, 可扩大椎间隙, 有利于突出髓核的还纳。将骶管内注射药物的容量达到 40ml, 并在 3~5min 内快速注入, 可使药液超出病变腰椎节段而达到更好的效果。本组结果表明, 采用骶管内快速注射药物结合骨盆牵引治疗腰突症, 能有效地控制椎间盘突出所致的神经根刺激症状。该方法简便易行, 疗程较短, 具有临床实用价值。

### 参考文献

- 1 崔全起, 施 杞. 椎间盘突出症自身免疫学说的研究进展. 中国中医伤骨科杂志, 1998; 6 (2): 56
- 2 董人人, 雷 村. 腰椎间盘突出症治疗方法的选择. 中国中医伤骨科杂志, 1998; 6 (2): 29

(收稿日期: 1998-10-10)

血 P 升高者不一定有排卵, 如 LUF。对 LUV 的诊断, B 超较腹腔镜更具优势<sup>[1]</sup>。腹腔镜检查为损伤性检查, 不宜反复应用, 且受盆腔粘连等因素影响, 尚存在假 LUF。我院观察 148 个自然周期, 发现 LUF 周期 23 个, 发生率为 15.5% (23/148)。其声像特点为卵泡成熟后无排卵迹象, 迅速长大, 最大直径达 50mm, 一般为 25~35mm, 或囊壁皱缩变小、增厚, 内部出现稀疏强光点, 子宫内膜回声增强, 厚度增加, 结合临床宫颈粘液, BBT 和 LH 尿条即能作出诊断; B 超监测结果还可为临床治疗提供依据, 即监测卵泡直径达 18~20mm 时若 LH 尿条阴性, 可注射 hCG 10 000IU 模拟 LH 峰促使排卵。用药过早, 卵子不成熟不易排出, 反而导致卵泡闭锁, LUF

发生后再用药, 卵子可能老化。本组资料 CC 周期 LUF 的发生率为 12.5% (7/56), 文献报道为 9.8%~42.5%, 与适时应用 hCG 有关, 本组资料中发现小卵泡排卵 10 例, 其中 2 例有月经稀发症状, 卵泡小, 卵子质量差, 激素分泌不足, 导致黄体功能不足<sup>[2]</sup>, 在临床上虽有排卵, 但不易受孕, 有时也是人工授精失败的一个因素。

### 参考文献

- 1 顾玲芬, 张丽珠, 顾方颖, 等. 应用腹腔镜及阴道 B 超检测不孕因素的探讨. 中华妇产科杂志, 1996; 31: 18
- 2 顾玲芬, 张丽珠, 顾方颖, 等. 卵泡发育类型和黄体功能关系的探讨. 中华妇产科杂志, 1995; 30: 539

(收稿日期: 1998-08-11)