

甲状腺激素治疗妊娠期亚临床甲减对甲状腺功能及不良妊娠结局的影响

措毛

青海省海北藏族自治州刚察县人民医院妇产科 青海 海北 812399

摘要：目的：围绕妊娠期亚临床甲减（SCH）患者，采用甲状腺激素进行治疗，分析其在改善甲状腺功能及预防不良妊娠结局中的作用。方法：对 40 例妊娠期 SCH 患者进行选取（地点：本院，时间：2020 年 7 月-2023 年 7 月），对其进行分组（方法：随机数字表法，分组数：2 组，每组例数：20 例），对照组单纯给予碘营养治疗，观察组以此为基础，加用甲状腺激素治疗，就两组甲状腺功能指标[游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)与促甲状腺激素(TSH)]、不良妊娠结局情况进行逐项对比。结果：两组孕 32 周时的 FT4、TSH 含量均较治疗前低，而观察组 FT4 含量较对照组高（ $P < 0.05$ ），而 TSH 含量与对照组相比，明显偏低（ $P < 0.05$ ）。在不良妊娠结局发生率上，观察组为 5.00%，与对照组（35.00%）相比，显著偏低（ $P < 0.05$ ）。结论：采用甲状腺激素对妊娠期 SCH 患者进行治疗，能显著改善其甲状腺功能，并且还能使其不良妊娠结局发生率明显下降。

关键词：亚临床甲减；妊娠期；甲状腺激素；甲状腺功能；妊娠结局

妊娠期亚临床甲减（SCH）属于一种自身免疫性疾病，近年来，其患病率呈现不断升高趋势，据相关数据统计^[1]得知，在妊娠期女性，SCH 发生率达 2.2%~5.6%，且年均增速达 0.5%~1.0%。当女性在妊娠期患 SCH 后，不仅会增加早产、死胎的几率，而且还会升高流产、剖宫产的发生率。有报道^[2]指出，甲状腺疾病的发生与碘摄入量之间存在紧密联系，机体中无论是碘过剩，还是碘缺乏，均会升高甲状腺疾病的发病率。另有研究^[3]强调，在妊娠期女性当中，有 50% 存在不同程度的碘缺乏情况，针对碘供应量充足的地区，在其妊娠女性中，发生甲状腺增大的比重 > 10%，而对于碘缺乏地区，此比重更是达到了 20%~40%；此外，即便是轻度的碘缺乏，同样会对胎儿的智力发育造成影响。所以，针对妊娠期 SCH 患者，应做到早发现、早治疗。需强调的是，碘营养支持有助于机体甲状腺功能的改善^[4]。而针对甲状腺激素替代疗法而言，其在治疗此病中，效能突出，但对于孕妇来讲，究竟

是否需要进行甲状腺激素的补充，仍存在争议^[5]。本文以本院所收治的妊娠期 SCH 患者为对象，采用甲状腺激素替代疗法进行治疗，现就其效果作如下剖析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 7 月-2023 年 7 月间，围绕妊娠期 SCH 患者，共选取 40 例，将其分成 2 组（随机数字表法），并对比各项资料（如年龄等，见表 1），并未发现明显差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）均与此病诊断标准^[6]相符，且都经产前检查予以证实；（2）均为首次发病；（3）均为宫内妊娠（超声检查）；（4）对本研究不仅知情且同意。排除标准：（1）既往有饮酒、吸烟史；（2）合并有糖尿病、心脑血管疾病；（3）患有家族遗传病史；（4）恶性肿瘤；（5）严重免疫、血液系统疾病。

表 1 对比 2 组的一般资料

组别	年龄（岁）	体脂指数（kg/m ² ）	类型		孕周
			初产妇	经产妇	
对照组（20 例）	21~35（24.36±3.01）	20~30（26.34±1.96）	11	9	8~24（13.25±1.65）
观察组（20 例）	21~36（24.40±3.07）	20~29（26.28±1.91）	13	7	8~23（13.33±1.61）
t/X ²	0.042	0.098	0.416		0.155
P	0.967	0.922	0.518		0.877

1.2 方法

对照组给予碘营养干预，即口服 29 多元维生素（含碘 150μg/片，惠氏制药有限公司，国药准字 H10950026，规格：100 片）；且叮嘱患者适量进食含碘类食物，如海带、紫菜等。在治疗期间，对患者病情进行密切观察，定期监测甲状腺功能（2 周/次），而在孕晚期时，还需强化对胎儿的监测，并且还需对血红蛋白进行监测，可根据实际需要实施贫血治疗。观察组以对照组治疗为基础，给予左旋甲状腺素片（深圳市中联制药有限公司，国药准字 H20000286，规格：100 μg*60 片）：口服，初始用量控制在 12.5~50μg 之间，定期对甲状腺功能展开复查（每 2 周进行 1 次），将促甲状腺激素（TSH）控制在 0.3~2.5mIU/L 之间，甲状腺功能控制在正常高限小于 1/3；在用药初期，每 2 周进行 1 次甲状腺功能的测定，当达标后，可改为 4 周/次，在孕 32 周时，再次进行 1 次随访。

1.3 观察指标

（1）甲状腺功能指标。对两组静脉血（空腹）进行采集（5mL，治疗前及孕 32 周时），离心处理（每分钟 3000 转，

10 分钟），当得到所需血清后，用化学发光免疫分析仪（美国雅培，12000 型）对如下指标进行测定：其一为 TSH，其二是游离三碘甲状腺原氨酸（FT3），其三则为游离甲状腺素（FT4）。（2）不良妊娠结局。除了有流产、早产外，还有妊娠期糖尿病等。

1.4 统计学方法

用统计学软件（SPSS26.0）展开数据处理，t、X² 分别检验文中的计量（与正态分布相符）、计数资料， $P < 0.05$ 提示差异突出。

2 结果

2.1 甲状腺功能指标

通过对比两组治疗前的 FT4、FT3、TSH，得知差异均不显著；而在孕 32 周时，在此测定以上指标且与治疗前作对比，得知 FT3 仍无明显差异（ $P > 0.05$ ），而 FT4、TSH 均有下降（ $P < 0.05$ ）；而组间孕 32 周时对比，观察组 FT4 与对照组相比，明显偏高（ $P < 0.05$ ），TSH 显著偏低（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 对比 2 组的 FT4、FT3 与 TSH ($\bar{x}\pm s$)

组别	FT3 (pmol/L)		FT4 (pmol/L)		TSH (mIU/L)	
	治疗前	孕 32 周	治疗前	孕 32 周	治疗前	孕 32 周
对照组 (20 例)	4.28±0.65	4.29±0.54*	12.31±3.44	7.09±2.48*	4.37±0.72	2.00±0.48*
观察组 (20 例)	4.29±0.64	4.31±0.57*	12.27±3.47	8.79±2.62*	4.39±0.74	1.49±0.45*
t	0.049	0.114	0.037	2.107	0.087	3.467
P	0.961	0.910	0.971	0.042	0.931	0.001

注：与同组治疗前相比，*P < 0.05。

2.2 不良妊娠结局

通过对比对照组，观察组有着更低的不良妊娠结局发生率 (P < 0.05)，见表 3。

表 3 对比 2 组的不良妊娠结局情况 [例 (%)]

组别	流产	早产	妊娠期糖尿病	发生率
对照组 (20 例)	2 (10.00)	3 (15.00)	2 (10.00)	7 (35.00)
观察组 (20 例)	0 (0.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	1 (5.00)
X ²	3.906			
P	0.043			

3 讨论

妊娠期 SCH 属于一种典型的内分泌系统疾病，多由机体内甲状腺激素分泌量过少而引发。有研究^[7]发现，妊娠期孕妇受胎盘绒毛膜促性腺激素的作用与驱使，TSH 值会出现不同程度的下降，而对于 FT3、FT4 而言，其含量没有发生变化，或维持在正常水平，而在具体表现上，即无或轻微甲减症状。需指出的是，血清 TSH 是对甲状腺功能进行评价的关键指标，针对非孕期女性，其正常区间值为 0.49~4.91μIU/ml，而针对处于妊娠期的 SCH 孕妇，其 TSH 值通常大于 2.5μIU/ml，而当到了孕中期或孕晚期时，其可升高至 3.0μIU/ml 以上。有学者^[8]经研究发现，通常情况下，在孕 6~10 周时，甲状腺激素的摄入量会大幅增加，而胎儿发育过程中所需的甲状腺激素，有赖于母体的提供，如果母体的甲状腺功能出现异常情况，那么会对胎儿的生长造成限制。所以，针对妊娠期 SCH 患者，应及早采取可行措施加以治疗或干预，对妊娠结局给予改善，但究竟能否使用甲状腺激素替代疗法来治疗，仍存在一些争议。

在治疗妊娠期 SCH 时，因机体所摄入的碘量存在明显不足，或者是过量摄入，因而会使甲状腺疾病的发生几率大幅增加。所以，在妊娠期进行碘营养干预时，需要对碘营养进行全面、深入地评估。通过对患者给予多元维生素，并叮嘱其多进食富含碘类的食物，可使其甲状腺功能得到一定程度的改善。但在进行碘营养干预时，由于机体所摄入的碘过多，会形成严重的 Wolff-Chaikoff 效应，造成甲状腺球蛋白碘化的这一途径发生异常；此外，如果母体当中含有大量的碘，还会影响胎儿的甲状腺功能，使其不断减退^[9]。所以在实施碘营养干预过程中，应对患者的甲状腺激素变化情况进行严密监测，在孕期，需要每 2 周便对甲状腺功能进行 1 次监测，而在孕晚期时，还需要监测胎儿的血红蛋白水平，并根据实际情况及需要，实施抗贫血治疗，以此来促进总体治疗效果的提升。

当前，针对妊娠期 SCH 患者，采用甲状腺激素进行替代治疗的这一应用手段，仍存在一定的争议，但 SCH 对患者妊娠所产生的不良影响，使得其治疗具有重要现实意义。对于左甲状腺素片来讲，其实为一种治疗此病的首选药，在口服用药后，能够使 FT3、FT4 不断升高，并且还能使 TSH 水平明显下降，最终可使其症状得到消退，功能恢复正常^[10]。从本文发现，在孕 32 周时，与治疗前相比，两组的 TSH、FT4 含量均有明显下降，且观察组的 TSH 含量较对照组低，而 FT4 含量较对照组高。由此提示甲状腺激素在治疗妊娠期 SCH 方面，有着良好效果，可使其甲状腺功能得到明显改善。

但需强调的是，于治疗期间，应定期对甲状腺功能进行复查（每 2 周进行 1 次），使其目标 TSH 值维持在 0.3~2.5mIU/L 之间，以此促进治疗安全性的提高。

需指出的是，因妊娠期 SCH 患者缺乏甲状腺激素，因而会对机体的造血功能造成抑制，容易引起贫血。此外，甲减与胰岛素抵抗在遗传学、免疫学基础上可能相同，因而易诱发糖尿病、甲状腺疾病。需指出的是，在肝内胆汁淤积症的发病当中，甲状腺激素直接参与其中，引发胆汁淤积。在本文当中，两组在妊娠期间，都没有出现肝内胆汁淤积症、妊娠期贫血等情况，且在不良妊娠结局总发生率上，观察组仅为 5.00%，明显较对照组低。表明采用甲状腺激素对此病展开相应治疗，能够使其妊娠结局得到有效改善。原因可能在于此药能够对甲状腺激素异常进行及时纠正，能够在较短时间内改善甲状腺功能，使其恢复正常状态。

综上，针对妊娠期 SCH 患者，通过采用甲状腺激素对其展开治疗，不仅能使其甲状腺功能得到显著改善，而且还能减少不良妊娠结局的发生，故值得在临床中进行推广。

参考文献

[1] 韩永刚. 亚临床甲状腺功能减退流行病学特征及其与碘营养关系研究进展[J]. 社区医学杂志, 2022, 20 (8): 471-474.

[2] 郭俊敏, 王青平, 张向东, 等. 山西省不同水碘地区成人甲状腺疾病流行病学调查[J]. 中华地方病学杂志, 2022, 41 (1): 44-48.

[3] 姜素娥, 华馥, 魏云波. 妊娠期亚临床甲减孕妇血清铁蛋白、同型半胱氨酸水平及左旋甲状腺激素替代治疗效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2023, 31 (2): 358-361, 365.

[4] 夏俊, 俞琳, 袁逸, 等. 妊娠中后期孕妇碘营养评估及其与甲减的关系研究[J]. 南京医科大学学报 (自然科学版), 2022, 42 (10): 1415-1420, 1450.

[5] 薛正亚, 张瑄, 申海健. 妊娠期亚临床甲状腺功能减退及左甲状腺素替代治疗对母婴结局的影响[J]. 广西医学, 2021, 43 (4): 403-407.

[6] 妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南 (第 2 版) 编撰委员会, 中华医学会内分泌学分会, 中华医学会围产医学分会. 妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南 (第 2 版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2019, 35 (8): 636-665.

[7] 蔡梅梅, 唐莉玲, 李明. 血清促甲状腺激素、甲状腺过氧化物酶抗体联合指导妊娠期亚临床甲状腺功能减退症治疗及妊娠结局预测价值[J]. 中国性科学, 2021, 30 (8): 98-101.

[8] 刘桂英, 周秀云. 妊娠不同时期合并亚临床甲状腺功能减退孕妇血清甲状腺激素水平变化及其与 TPO-Ab 的相关性[J]. 中国医药导报, 2022, 19 (15): 113-116.

[9] 李艳艳, 赵旭敏. 妊娠期亚临床甲减 TPOAb 阴性孕妇不同时间左甲状腺素钠片治疗对妊娠结局及幼儿神经功能影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29 (7): 1383-1387.

[10] 孙春萍, 刘皆, 张伟, 等. 左甲状腺素钠早期治疗对妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症妊娠结局和胎儿的影响[J]. 安徽医药, 2022, 26 (12): 2520-2524.