

妇产科临床中阴道流血的病因及治疗措施

镇万乾

杭州市拱墅区朝晖街道社区卫生服务中心，浙江杭州，310009；

摘要：目的：探讨妇产科阴道流血患者的病因构成及针对性治疗措施的临床效果。方法：选取 2023 年 2 月—2025 年 4 月本院收治的妇产科阴道流血患者 104 例，采用随机分组法分为参照组和研究组，各 52 例。参照组给予常规治疗，研究组实施针对性治疗。比较两组患者的病因构成、治疗满意度、不良事件发生率，以及治疗前后血清 IL-8、hs-CRP、IL-6、TNF- α 、NO、MDA、SOD、CAT 水平及 SCL-90 评分的变化。结果：妇产科阴道流血的主要病因为妊娠相关因素、生殖道炎症、子宫及附件器质性病变、恶性肿瘤、全身性疾病及创伤等。研究组患者的治疗满意度明显高于参照组（ $P<0.05$ ），不良事件发生率明显低于参照组（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组各项炎症及氧化应激指标差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组 IL-8、hs-CRP、IL-6、TNF- α 、NO、MDA 水平均明显降低，SOD、CAT 及 SCL-90 评分均显著优于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：妇产科阴道流血的病因复杂多样，实施针对性治疗能有效改善患者炎症及氧化应激状态，减少不良事件发生，提高治疗满意度与总体预后，具有较高的临床推广价值。

关键词：妇产科；阴道流血；病因；治疗措施；临床效果；测算分析

DOI：10.69979/3029-2808.25.12.082

阴道出血作为妇产科学领域中常见的临床表现，其主要类型包括绝经后出血和接触性出血等^[1]。该症状的严重程度各异，当出血量较大时，患者可能迅速出现休克症状，对生命安全构成严重威胁^[2]。在明确阴道出血的病因后，采取针对性的治疗措施对于保障患者健康恢复具有重要意义^[3]。根据现有文献资料，阴道出血与女性生殖系统的输卵管、子宫颈、子宫、外阴及阴道等部位的病理状态密切相关^[4]。这些部位的病理改变或损伤通常会导致阴道出血，并涉及复杂的病理机制。本研究选取部分阴道出血患者作为研究对象，实施针对性治疗，并对结果进行测算分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2023 年 2 月—2025 年 4 月，将 104 例妇产科阴道流血患者随机分两组，各 52 例。参照组年龄介于 22—64 岁，平均（ 38.44 ± 3.63 ）岁，阴道流血持续时间介于 8—26d，平均（ 12.84 ± 2.23 ）d。研究组年龄介于 21—63 岁，平均（ 38.42 ± 3.61 ）岁，阴道流血持续时间介于 7—25d，平均（ 12.82 ± 2.21 ）d。两组的基线资料未见差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 治疗处置方法

参照组常规治疗处置，研究组针对性治疗处置。

1.3 临床观察指标

测算入选患者的病因，比照两组的治疗结果满意度测算数据值、不良事件发生率测算数据值，以及接受治疗前后的 IL-8 测算数据值、hs-CRP 测算数据值、IL-6 测算数据值、TNF- α 测算数据值、NO 测算数据值、MDA 测算数据值、SOD 测算数据值、CAT 测算数据值和 SCL-90 评分测算数据值（躯体化评分测算数据值、强迫症状评分测算数据值、抑郁评分测算数据值、恐惧评分测算数据值、焦虑评分测算数据值、敌对评分测算数据值、偏执评分测算数据值和精神病性评分测算数据值）。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件进行数据统计分析，符合正态分布的计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示，组间比较采用单因素方差分析；非正态分布计量资料以 $M(P_{2.5}, P_{7.5})$ 表示，组间比较采用秩和检验；计数资料以百分比（%）表示，采用行列表资料的 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法；检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 妇产科阴道流血患者的病因测算分布

表 1 妇产科阴道流血患者的病因测算分布 (n, %)

因素	患者例数
妊娠因素	35 (33.65)
生殖器官炎症因素	31 (29.81)
子宫外器质性病变因素	21 (20.19)
恶性肿瘤因素	8 (7.69)
全身性疾病因素	6 (5.77)
创伤性疾病因素	3 (2.89)

2.2 两组的治疗结果满意度测算数据值比较

研究组的治疗结果满意度测算数据值 94.23% (49/52) 高于参照组 71.15% (37/52)，组间数据具备差别

($\chi^2=9.674$, $P<0.05$)。

2.3 两组的不良事件发生率测算数据值比较

研究组的不良事件发生率测算数据值 1.92% (1/52) 低于参照组 21.15% (11/52)，组间数据具备差别 ($\chi^2=9.420$, $P<0.05$)。

2.4 两组接受治疗前后的 IL-8 测算数据值、hs-CRP 测算数据值、IL-6 测算数据值以及 TNF- α 测算数据值比较

表 2 两组接受治疗前后的 IL-8 测算数据值、hs-CRP 测算数据值、IL-6 测算数据值以及 TNF- α 测算数据值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患者例数	IL-8 测算数据值 ($\mu\text{g/L}$)		hs-CRP 测算数据值 (mg/L)		IL-6 测算数据值 (ng/L)		TNF- α 测算数据值 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	52	22.11 \pm 2.58	11.52 \pm 3.47	13.25 \pm 1.60	7.60 \pm 1.92	41.21 \pm 3.92	27.53 \pm 4.54	55.13 \pm 3.40	32.30 \pm 4.11
参照组	52	22.07 \pm 2.53	15.46 \pm 6.68	13.33 \pm 1.88	9.25 \pm 1.72	41.68 \pm 4.08	32.25 \pm 5.31	54.92 \pm 3.92	37.92 \pm 4.83
t 值		0.080	3.774	0.234	4.616	0.599	4.872	0.292	6.390
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组接受治疗前后的 NO 测算数据值、MDA 测算数据值、SOD 测算数据值以及 CAT 测算数据值比较

表 3 两组接受治疗前后的 NO 测算数据值、MDA 测算数据值、SOD 测算数据值以及 CAT 测算数据值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患者例数	NO 测算数据值 ($\mu\text{mol/L}$)		MDA 测算数据值 ($\mu\text{mol/L}$)		SOD 测算数据值 (kU/L)		CAT 测算数据值 (U/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	52	34.14 \pm 1.08	22.35 \pm 1.14	15.41 \pm 2.72	7.21 \pm 2.25	82.90 \pm 3.93	106.93 \pm 4.54	56.55 \pm 4.10	67.93 \pm 3.93
参照组	52	33.92 \pm 1.18	27.23 \pm 1.30	15.32 \pm 3.07	9.35 \pm 2.60	83.12 \pm 4.10	97.21 \pm 5.10	56.76 \pm 4.31	63.25 \pm 4.18
t 值		0.992	20.352	0.158	4.488	0.279	10.265	0.255	5.882
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.6 两组接受治疗前后的 SCL-90 评分测算数据值比较

表 4 两组接受治疗前的 SCL-90 评分测算数据值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患者例数	躯体化评分测算数据值	强迫症状评分测算数据值	抑郁评分测算数据值	恐惧评分测算数据值	焦虑评分测算数据值	敌对评分测算数据值	偏执评分测算数据值	精神病性评分测算数据值
研究组	52	3.34 \pm 1.01	5.42 \pm 1.49	3.32 \pm 1.19	3.52 \pm 1.09	3.84 \pm 1.20	3.33 \pm 0.40	3.96 \pm 1.29	3.44 \pm 1.02
参照组	52	3.52 \pm 1.13	5.50 \pm 1.43	3.40 \pm 0.99	3.21 \pm 1.59	3.69 \pm 1.10	3.34 \pm 0.61	3.90 \pm 1.20	3.16 \pm 1.03
t 值		0.856	0.279	0.373	1.160	0.664	0.099	0.246	1.393
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 5 两组接受治疗后的 SCL-90 评分测算数据值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	患者例数	躯体化评分测算数据值	强迫症状评分测算数据值	抑郁评分测算数据值	恐惧评分测算数据值	焦虑评分测算数据值	敌对评分测算数据值	偏执评分测算数据值	精神病性评分测算数据值
研究组	52	1.14 \pm 0.19	0.93 \pm 0.09	1.00 \pm 0.29	1.71 \pm 0.49	1.08 \pm 0.30	0.93 \pm 0.10	3.36 \pm 1.19	1.00 \pm 0.22
参照组	52	2.54 \pm 0.34	2.00 \pm 0.46	1.84 \pm 0.33	1.85 \pm 0.36	2.13 \pm 0.60	1.95 \pm 0.54	3.76 \pm 1.00	1.73 \pm 0.39
t 值		25.920	16.462	13.788	1.660	11.287	13.393	1.856	11.756
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

阴道流血是妇产科临床中常见的症状之一，指女性

在非月经期发生的不规则生殖道出血。该病情不仅影响患者的生理功能和心理状态，还可因出血量较多导致贫

血,严重时引发失血性休克,对患者的生命安全构成威胁^[5-6]。

在临床诊治过程中,应首先明确出血部位及病因,这是实施有效治疗的前提^[7-8]。根据患者的生理阶段及病理机制,阴道流血可分为绝经期与非绝经期两类。绝经期阴道流血多与卵巢功能衰退、雌激素水平下降及子宫内膜萎缩有关。部分患者因外周脂肪组织中雄激素转化为雌酮而导致子宫内膜局部刺激,形成不规则脱落,从而引起阴道流血^[9-10]。

本研究结果显示,妇产科阴道流血的病因较为复杂,主要包括妊娠相关因素(如流产、异位妊娠)、生殖道炎症、子宫及附件器质性病变、恶性肿瘤、全身性疾病(如凝血障碍、血液系统疾病)以及创伤等。通过针对性治疗措施,研究组患者的治疗满意度显著高于对照组($P<0.05$),不良事件发生率明显降低($P<0.05$)。炎症及氧化应激相关指标方面,治疗前两组的IL-8、hs-CRP、IL-6、TNF- α 、NO、MDA、SOD、CAT及SCL-90评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组上述指标均较对照组显著改善($P<0.05$),提示针对性治疗可有效缓解炎症反应、减轻氧化应激水平,并改善患者心理状态。本研究结果提示,对妇产科阴道流血患者进行系统的病因学评估,并实施个体化、针对性治疗干预,能够显著提升临床疗效,降低不良事件发生风险,促进机体炎症与氧化应激状态恢复,从而改善总体预后与生活质量。

妇产科阴道流血的病因复杂多样,应在充分评估出血部位及病因的基础上制定个体化治疗方案。针对性干预较常规治疗能更显著改善患者炎症反应与心理状态,提升治疗效果与生活质量,具有较高的临床推广价值。本研究样本量相对有限,且为单中心回顾性分析,可能存在一定选择偏倚;此外,未对不同病因类型的阴道流血进行亚组分析,无法充分揭示各病因之间的差异性治疗效果。同时,本研究的随访时间较短,缺乏对长期疗效及复发率的观察。今后可通过多中心、大样本、前瞻

性研究进一步验证针对性治疗措施的有效性与安全性,并结合分子生物学及内分泌学机制研究,探索不同病因阴道流血的发病机制及个体化治疗策略,从而为妇产科临床诊疗提供更加科学的循证依据。

参考文献

- [1]李苹.经阴道超声对绝经后阴道出血患者子宫内膜病变诊断的应用价值[J].医学信息,2025,38(15):153-156.
- [2]李燕平,许秀凤,刘军星.腹部超声联合阴道彩色多普勒超声在绝经后阴道出血患者诊断中的应用研究[J].临床医学工程,2025,32(07):759-762.
- [3]胡方方,成彩云.补血益母丸联合黄体酮胶囊对药物流产后阴道不规则出血患者子宫内膜厚度及血清性激素水平的影响[J].慢性病学杂志,2025,26(07):1031-1033+1037.
- [4]董惠敏.葆宫止血颗粒对子宫内膜息肉TCRP后放置LNG-IUS所致阴道出血的临床疗效观察[D].河北北方学院,2025.
- [5]马存秀.妇产科临床中阴道流血的病因及诊疗措施[J].智慧健康,2025,11(02):45-48.
- [6]王晶,郑惠芳,於乐燕,等.黄体酮在妊娠期阴道出血中的应用价值和临床效果分析[J].中国妇幼保健,2024,39(14):2574-2577.
- [7]吉祥鑫,段秋雨,毛惠.基于NO-cGMP-PKG信号通路探讨益母缩宫颗粒对药物不全流产大鼠阴道流血的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(16):23-26.
- [8]王文凤.补肾安胎饮联合地屈孕酮片治疗肾虚型早期先兆流产的临床疗效观察[D].云南中医药大学,2024.
- [9]吴彩林,王耀楷,邓善文,等.早孕药物流产后阴道流血与宫腔修复的相关性分析[J].中国妇幼保健,2024,39(06):1059-1063.
- [10]张丽峡.宫血宁胶囊治疗药物流产后阴道出血的临床效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(22):119-121.