本版责编：武冬秋
美编：张雨萌
电话：010-58302828-6834
E-mail：13026128826@163.com
医师报 2016年7月7日

中国医师协会生殖医学专委会第二届学术年会在合肥市召开

生殖医学：挑战和机遇并存

近年，随着全球环境污染、精神和心理压力增大、生育年龄后延等影响，世界范围内生育力已呈下降趋势。目前，我国每年因不孕症就诊的患者数以百万计，每年行辅助生殖技术治疗患者20万余例，抱婴率约30%。

中国医师协会生殖医学专业委员会第二届学术年会6月17~19日于合肥市召开，来自海内外1200余名专业医师参加了此次盛会，本次大会分别在妇科内分泌进展、生殖医学、高龄女性生育问题以及辅助生殖治疗中的临床挑战等热点问题进行学术报告及交流。另外，此次大会还设立了女性沙龙、才艺展示等板块，内容丰富、形式多样。

生殖专委会主任委员、北京大学第三医院乔杰教授介绍本次大会成立了青年委员会及四个学组，包括中西医结合学组、精准辅助生殖研究学组、临床循证研究学组、心理咨询与伦理学组。她指出，青年委员会以及各学组的成立必将推动我国辅助生殖技术的基础研究、多中心临床研究、转化医学、心理咨询和伦理知识方面的发展与进步。

高龄女性生育问题

共识解读

孕激素维持早期妊娠及防治流产中国专家共识

▲ 山东大学附属省立医院 山东大学附属生殖医院 陈子江

孕激素在妊娠早期具有黄体支持、松弛子宫平滑肌、改善子宫血液供应以及免疫调节等重要作用，在临床上广泛应用于流产防治和辅助生育技术相关的孕激素补充。目前，临床上关于孕激素的剂型和用量尚缺乏足够的循证医学证据，在妇科内分泌、产科、生殖医学专家共同参与下《孕激素维持早期妊娠及防治流产的中国专家共识》就孕激素应用达成了一个广泛的指导性建议。

在排除孕激素使用禁忌证后，可酌情使用孕激素对流产高危人群进行保胎治疗，其使用途径可分为口服、肌肉注射、局部应用（阴道用药）等剂型，酌情合并用药，孕激素的使用以最低有效剂量为原则，推荐首选口服用药，妊娠剧吐患者应谨慎使用。

在使用孕激素保胎时并不建议把血孕激素监测作为常规指标，推荐早孕期以hCG测定评估妊娠状态，继而根据孕45 d左右的超声检测宫内孕囊和胎心，调整保胎的方案。

孕激素并不需要全孕期使用，建议如下：

★ **孕12周前的先兆流产** 临床症状改善直到消失，超声检查提示胚胎存活持续妊娠，继续使用1~2周后可停药；或者持续用药至孕8~10周，若治疗过程中，流产症状加重、β-hCG持续不升或者下降、超声提示难免流产，应停止用孕激素并终止妊娠。

★ **孕13~28周的先兆流产** 流产症状体征消失后1~2周停药；复发性晚期流产史的孕妇应用至妊娠28周；有早产高危因素患者可参考早产指南使用。

★ **复发性流产患者再次妊娠** 使用至孕12~16周，或前次流产孕周后1~2周，若无先兆流产表现，超声检查宫内妊娠正常，可以停药。

乔杰 教授

陈子江 教授

黄体支持与孕激素补充共识五大要点

▲ 北京大学第三医院妇产科 李蓉

2015年1月，《生殖与避孕》杂志发表了由中华医学会生殖医学分会、中华医学会围产医学分会和中华医学会计划生育学分会主要专家联合编写的《黄体支持与孕激素补充共识》。目前黄体支持药物包括：黄体酮类、绒毛膜促性腺激素（hCG）、雌激素及促性腺激素释放激素激动剂（GnRHa），常用给药途径包括肌肉注射、经阴道及口服给药等。该共识对于ART中黄体支持的用药选择、孕激素治疗提出以下建议：

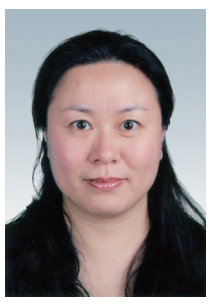
★ 黄体支持起始时间从取卵前至胚胎移植（ET）后4 d不等，目前推荐取卵后即开始，最晚不超过移植日，移植后12-14 d如hCG显示妊娠，继续应用黄体支持至移植后4-6周行早孕期超声，确定宫内妊娠后可考虑逐步减量至妊娠10-12周停用黄体支持。

★ hCG不再推荐作为ART促排卵中黄体支持的常规药物，它可用于GnRHa扳机方案或特殊患者改良黄体支持方案的补充添加。

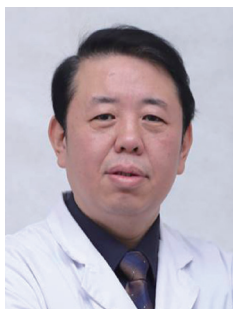
★ 不推荐新鲜周期、自然周期FET及自然妊娠患者应用雌激素行黄体支持治疗，除非有明确的指征。

★ 目前GnRHa作为黄体支持的机理、机制尚不清楚，添加GnRHa改善妊娠结局还需要随机对照研究证据。

★ 目前所有黄体支持方案用量已足够，且不是所有黄体支持都会表现血清孕酮水平升高，因此只推荐检测血清hCG水平以判断妊娠绒毛活性，超声检测胚胎发育情况，不需要监测血清孕酮水平及其变化。



李蓉 教授



郁琦 教授

激素补充疗法基础上行赠卵IVF-ET是POI患者受孕的最佳疗法

▲ 北京协和医院妇产科 郁琦

原发性卵巢功能不全（POI）于2008年由美国生殖医学协会提出。2015年欧洲人类生殖与胚胎学会启动的最新“POI处理指南”将其定义为：女性在40岁前卵巢活动丧失的临床综合征，以月经紊乱（如闭经或稀发月经）4个月以上伴有高促性腺激素和低雌激素为特征；年龄40岁以下女性（包括特纳综合征）以及年龄大于40岁但发病在40岁之前；间隔>4周连续两次促卵泡激素>25 IU/L。

与绝经相同，POI患者也会有骨质疏松、血脂异常、血压波动，甚至发生心血管病等代谢性疾病。所以，与自然绝经者相比，POI患者激素补充治疗显得更为迫切。

随着二胎政策的放开，POI与生育的关系受许多患者关注。许多POI患者并非一定不能生育，有5%~10%会自发性妊娠，但大多数需要怀孕的患者需寻求促生育治疗。随着生殖内分泌领域的发展，促排卵技术应用广泛，许多医生尝试采用各种促排卵方案诱发POI排卵，如人绝经期促性腺激素/人绒毛膜促性腺激素（HMG/HCG）、促性腺激素释放激素类似物/HMG/HCG（GnRH-a/HMG/HCG）等，但文献证实效果有限。在激素补充疗法的基础上进行赠卵体外受精-胚胎移植（IVF-ET）才是POI患者的对症疗法，妊娠成功率与常规IVF-ET相似或略高。

对于年轻恶性肿瘤患者，可考虑进行放、化疗前将卵母细胞、卵巢组织或胚胎冷冻以保存生育能力。有家族史的女性在目前尚无可靠的检查能预测卵巢功能的状况下，也可考虑使用卵母细胞或胚胎冷冻以解决日后的生育问题。应告知POI患者自然受孕的概率较小，但POI患者无生育要求的仍需注意避孕。

大会亮点

本次大会上各医院带来的精彩文艺表演

（下转第21版）