

卵巢过度刺激综合征 19 例分析

张 超, 范光升, 刘欣燕

中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院妇产科, 北京 100730

通信作者: 刘欣燕 电话: 010-65296208, 电子邮件: menglx@vip.sohu.net

关键词: 卵巢过度刺激综合征; 临床特点; 治疗; 预防

中图分类号: R711.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-503X(2007)05-0699-02

卵巢过度刺激综合征 (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS) 是一种少见的医源性并发症, 表现为卵巢对超排卵产生过度反应, 过多的大卵泡发育, 雌激素水平异常升高, 导致水钠潴留和血管壁通透性增加, 最终出现全身各脏器功能受损的一系列症状和体征。随着辅助生育技术的发展, 其发病率越来越高。为了探讨 OHSS 发病的相关因素、治疗和预防, 本研究分析了本科收治的 19 例 OHSS 患者的临床资料, 现报道如下。

资料和方法

一般情况 2004 年 12 月 ~ 2006 年 5 月在我科收治的 19 例 OHSS 患者, 平均年龄 31 岁 (24 ~ 37 岁)。多囊卵巢综合征 (polycystic ovary syndrome, PCOS) 4 例, 其中 1 例合并子宫内膜异位症 (endometriosis, EM), 1 例合并甲状腺功能低下; EM 3 例; 输卵管不通 6 例; 丈夫精液异常 5 例, 其中 1 例合并 EM; 垂体性闭经 1 例。19 例患者均接受过促排卵治疗, 其中, 试管婴儿 (*in vitro* fertilization, IVF) 长方案 13 例; IVF 短方案 3 例; 促卵泡激素 (follicle-stimulating hormone, FSH) 促排卵 2 例; 克罗米芬促排卵 1 例。平均取卵 26.5 个 (2 ~ 56 个); 胚胎移植 12 例, 未移植 5 例, 自然受孕 1 例, 精液宫腔内注射 1 例。平均发病时间为移植后 3.48 d (取卵当日至移植日后 18 d, 1 例为促排卵后 18 d)。轻度 1 例, 中度 10 例, 重度 8 例。

临床分度标准 轻度: 纳差乏力、下腹不适; 体重上升 < 3 kg; 无腹水; 卵巢直径 < 5 cm; E₂ > 5 500 pmol/L。中度: 腹胀腹痛、恶心呕吐; 体重上

升 3 ~ 4.5 kg; 腹水 < 1.5 L; 卵巢直径在 5 ~ 12 cm; E₂ 水平 > 11 000 pmol/L。重度: 腹痛、少尿、多脏器衰竭; 体重上升 > 4.5 kg; 腹水 > 1.5 L; 卵巢直径 > 12 cm; E₂ 水平同中度。

治疗方法 输注白蛋白, 黄体酮保胎, 穿刺放胸、腹水以及支持治疗等。

出院指征 至血白蛋白正常后, 白蛋白减量病情没有反复, 胸腹水基本消退, 症状基本消失, 没有流产迹象。

结 果

平均住院天数 16.6 d (2 ~ 35 d), 均基本痊愈出院。妊娠结局: 受孕 13 例 (68.4%), 其中胚胎停育或自然流产 7 例 (36.8%); 三胎或双胞胎妊娠胚胎停育者 2 例 (10.5%); 孕 36 周双胎活产 1 例 (5.3%, 重度)。未受孕 2 例 (10.5%)。失访 4 例。

讨 论

临床表现 表现为腹胀、胃部不适、恶心, 严重者可出现呕吐、腹泻、呼吸困难甚至少尿。血液红细胞压积 > 55% 者有一定生命危险。尿钠排除减少可导致高钾血症和代谢性酸中毒。多数患者肌酐水平正常, 严重者也有肌酐水平升高。30% 的重度者可出现肝功能异常, 主要为天冬氨酸转氨酶和丙氨酸转氨酶, 有时可合并谷氨酰转氨酶和碱性磷酸酶升高, 大多数肝功能异常都会随 OHSS 的恢复而消失。由于血中免疫球蛋白水平较低, OHSS 患者有较高的院内感染风险。超过 83% 的重度患者会出现至

少1次的发热,持续24 h以上,其中1/3以上是由于感染所致,最多的是泌尿系感染,2/3感染源不明。重度患者血栓发生率最高为10%,常累及一些罕见部位,如上肢、大脑和心脏等。肺脏并发症包括肺叶肺炎、肺栓塞和胸腔积液等,重度患者合并肺部病变,若未及时发现和适当处理死亡率较高。

治疗 主要是预防和对抗血液浓缩,首选生理盐水为主的晶体液,重度者可使用白蛋白。尽量避免使用含钾液体,因其可减少尿钠排出并有高钾血症的潜在危险。利尿药因可导致血液浓缩和低血容量,并有增加血栓的危险,所以慎用。其他扩容剂,如右旋糖酐和新鲜冰冻血浆的治疗成功案例尚不多。OHSS的各种肺部病变应给予保守治疗,如出现成人呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS),建议采用低水平潮气量。糖皮质激素的应用尚存在争议,但通过脉冲性给予甾体激素可加速ARDS消退。一旦患者出现血栓迹象,应立即给予抗凝治疗。常规抗凝治疗应成为规范性治疗的一部分。腹腔穿刺常用于治疗重度OHSS,主要为缓解腹水症状,也用于少尿、血肌酐进行性升高、肌酐清除率进行性下降和血液浓缩药物治疗无效者。目前尚无放腹水量和频率的统一标准,一般重度者可能至少每周需要放2~3次,也有人认为持续导管引流具有

一定优越性。有研究认为将腹水过滤后每6 h自体静脉回输1次可提高血总蛋白和白蛋白浓度,以及血中IgG水平。对于危重OHSS患者,使用外源性免疫球蛋白可能会降低感染的风险,但尚需进一步证明。对于可疑感染者建议使用抗生素。除非怀疑卵巢囊肿出血、破裂、扭转才考虑外科干预。极少数重度病例需考虑终止妊娠,尤其是有严重并发症,药物治疗不能降低血hCG水平者。

预防 对于OHSS患者,预防远比治疗更重要。需警惕PCOS。对有OHSS史者应采用低剂量超排卵方案,使用高纯度或基因重组FSH,减少促黄体生成素对卵巢的刺激;使用促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin-releasing hormone agonists, GnRH-a)降调节;加强监测,及时调整或中断促性腺激素(gonadotropin, Gn);使用hCG作黄体支持;胚胎冷冻,不在IVF周期做移植等。若出现E2水平过高,可以通过减少或停止应用Gn而继续应用GnRH-a,使血E2水平下降,直至达到一个安全的水平,然后按照预定时间注射HCG和取卵,可避免促排卵周期撤销,但这只是一种补救方法,在超排卵过程中通过仔细控制促性腺激素的剂量可以避免OHSS。

(2006-12-14 收稿)