

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2019.06.019

中图分类号: R 246.3 文献标志码: B

妊娠期卵巢过度刺激综合征案*

曲一诺[△], 谭奇纹[✉], 臧晓明

(山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250014)

[关键词] 卵巢过度刺激综合征; 子满; 胞阻; 针灸

患者, 女, 22 岁, 于 2018 年 5 月 29 日就诊。主诉: 恶心、呕吐、腹痛、腹胀 3 月余, 加重 3 周。现病史: 自述婚后 1 年不孕, 2017 年 10 月测性激素 6 项结果示: 垂体泌乳素 (PRL) 20.330 ng/mL, 雌二醇 (E_2) 41.000 pg/mL, 促黄体生成素 (LH) 7.230 mU/mL, 促卵泡生成素 (hFSH) 3.680 mU/mL, 睾酮 (T) 0.430 ng/mL, 孕酮 (P) 0.200 ng/mL, 诊断为多囊卵巢综合征。口服枸橼酸氯米芬胶囊治疗, 每次 100 mg, 每天 1 次, 1 周服用 5 d, 经药物促排卵 3 个月后受孕。月经史: 12 岁月经来潮, 月经周期 35 d, 经期 5~7 d, 月经量少色淡, 无血块, 轻度痛经史, 末次月经时间为 2018 年 1 月 7 日。停经 42 d 时, 患者自觉恶心、呕吐、腹胀、腹痛。停经 60 d 时, 患者自觉尿量减少, 自测 24 h 尿量 < 720 mL, 自行多饮水, 未行特殊治疗, 后逐渐出现腹胀、腹痛加重。2018 年 3 月 31 日于济南市妇幼保健院经超声检查诊断为“卵巢过度刺激综合征”“妊娠 12 周+3 天”, 患者未接受相关治疗。2018 年 5 月 29 日为寻求治疗, 遂至山东省中医院门诊就诊。刻下症: 下腹膨隆, 腹围 90 cm, 脘腹胀满, 伴有轻微间歇性下腹痛, 胸闷、恶心欲呕难以平卧, 腰腿部畏寒喜暖, 尿量较前明显减少, 24 h 尿量约 400 mL, 大便稀溏, 每日 2~3 次, 形体偏瘦, 平素月经不规律, 月经量少, 色暗淡, 质稀, 面白气短, 自觉倦怠乏力明显, 舌质淡白胖、苔薄白, 脉濡滑。妇科 B 超示: 单胎, 胎心 142 次/min, 孕妇左侧卵巢大小约 101 mm×51 mm, 内见多个大小不等的无回声, 大者约 30 mm×15 mm; 右侧卵巢大小约 77 mm×36 mm, 内见多个大小不等的无回声, 大者约 18 mm×11 mm。提示: 超声检查双侧卵巢增大, 卵巢内大小不等无回声区 (增大的卵泡), 见图

1。西医诊断: 卵巢过度刺激综合征; 中医诊断: “子满”“胞阻”, 辨证属脾肾阳虚型。治疗原则: 温肾健脾, 利水消肿。取穴: 内关、建里、地机、中脘、下脘、血海、足三里、阴陵泉、太溪。嘱患者取仰卧位, 局部常规消毒, 采用 0.30 mm×40 mm 一次性不锈钢毫针直刺内关、地机、血海、足三里、阴陵泉、太溪穴 10~20 mm, 均针刺至明显得气后行平补平泻法捻转 1 min, 每个针刺穴位间隔 10 min 行针 1 次, 留针 30 min; 建里、中脘、下脘, 常规针刺, 得气后行平补平泻法捻转 1~2 min, 不留针, 每日 1 次, 6 次为一疗程, 疗程间休息 2 d。针刺治疗 1 个疗程后, 恶心、呕吐症状明显缓解, 腹痛逐渐减轻。遂继续原针刺方案治疗, 约治疗 2 个疗程后, 腹围减小至 86 cm, 腹痛、腹胀较治疗前有所缓解, 每日尿量明显增多, 24 h 尿量约 1200 mL。治疗 2 个月后行妇科 B 超检查示: 单胎, 胎心 149 次/min, 孕妇左侧卵巢大小约 81 mm×59 mm, 卵巢内见多个无回声, 大者 35 mm×33 mm (即增大的卵泡), 见图 2。因仍有明显腹胀、腹痛, 且伴有形寒肢冷, 治疗方法上当佐以温肾助阳, 遂在原方的基础上配以温阳补肾的命门、太溪。针刺 3 次后, 腰腿部畏寒怕冷感减轻, 尿量有所增加, 舌质淡、苔薄白, 脉滑数。继续此治疗方案治疗约 1.5 个月以后, 腹胀明显减轻, 尿量增多, 24 h 尿量为 1400~2100 mL, 出入量基本平衡, 恶心、呕吐等不适感消失。于 2018 年 9 月 17 日结束治疗后, 妇科 B 超复查示: 单胎, 胎心 146 次/min, 左侧卵巢大小约 52 mm×33 mm, 右侧卵巢大小约 40 mm×23 mm, 双侧卵巢内未见无回声, 见图 3。治疗结束 2 周后随访, 产前检查提示胎儿宫内发育良好。

按语: 卵巢过度刺激综合征 (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS) 是黄体期或者妊娠早期出现的一种外源性或内源性促性腺激素所致的临床综合征^[1]。OHSS 患者可出现由于大量卵泡和血清雌激素浓度增高而引发的双侧卵巢增大和毛细血管通透性增加^[2]。

*山东中医药大学治未病科研创新团队项目

✉通信作者: 谭奇纹, 教授。E-mail: 13793188118@163.com

△曲一诺, 山东中医药大学博士研究生。E-mail: noey1207@163.com

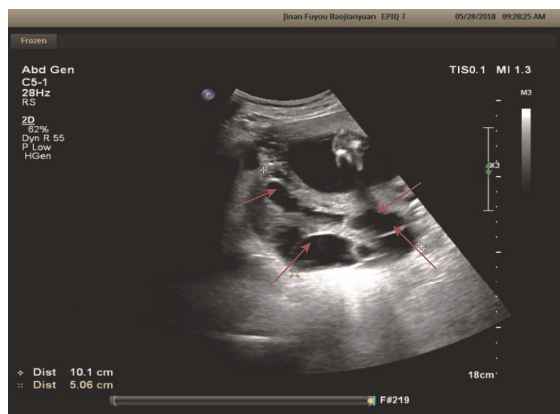


图1 患者治疗前B超检查(双侧增大的卵巢内大小不等无回声,箭头标注处为增大的卵泡)

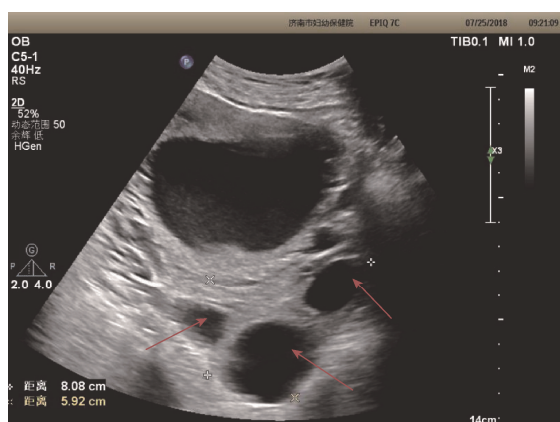


图2 患者治疗约2个月后B超检查(增大的卵巢内见多个无回声,大者35 mm×33 mm,箭头标注处为增大的卵泡)

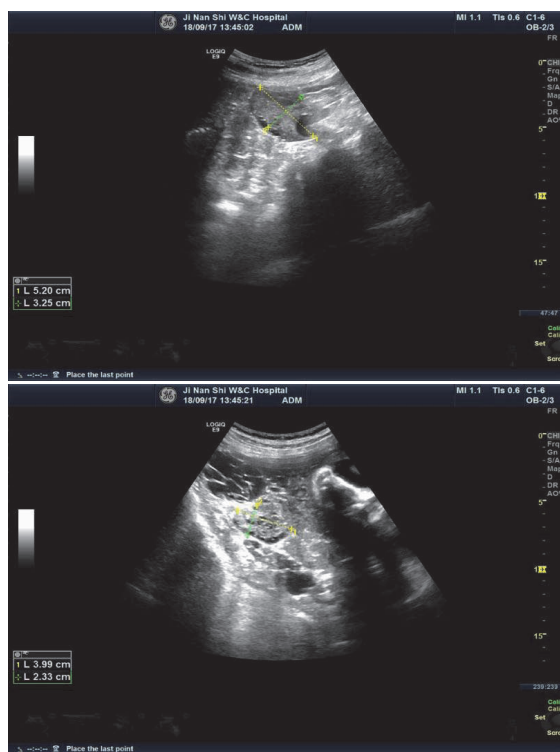


图3 患者治疗结束后B超检查(增大双侧卵巢内未见增大的卵泡)

中医学中虽然没有与卵巢过度刺激综合征相对应的病名,但结合其腹胀、少尿或无尿、腹水、胸水等临床表现,与中医学中的“子满”“胞阻”大致相符。从中医学的角度分析,卵巢过度刺激综合征发病机制为血管内液外渗而造成的大量腹水、胸水,可判断为水饮为患;脾络不通而产生腹胀;湿邪阻滞,而引起腹痛;此外,多个血浆外渗到组织中,血液黏稠可鉴为瘀血;瘀阻胞宫,则临床可见卵巢增大^[3]。由此可见,水饮停聚与血脉瘀滞密切相关,正如《血证论·卷一·阴阳水火气血论》云:“失血家往往水肿,瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也”,《傅青主女科》中也曾提到“脾虚则血少……不能升举,而湿邪即乘其所虚之处,积成浮肿证”。同时,患者在使用超促排卵方案时会造成短时间内多个卵泡同时发育成熟,导致肾精亏虚,从而影响胞宫、胞脉、胞络、冲任的功能;膀胱气化失常,水液代谢无力而小便不利,少尿甚则无尿。由此可见,卵巢过度刺激综合征发病机制为血分失和、水饮凝聚、瘀血内停从而导致气机升降失调引起的一系列临床症状。相关研究^[4]表明,针刺可以对女性下丘脑-垂体-性腺轴功能的调节产生影响,下调患者血清E₂水平,增加血管的通透性,进而缓解OHSS的症状。因此,针对卵巢过度刺激综合征的病机和临床症状两个方面进行取穴治疗。患者症见卵巢增大,腹部膨满、肿胀,面色㿔白,舌质淡白胖、苔薄白,脉濡滑,为脾肾阳虚、水湿停滞证。针刺治疗宜温阳化水、调理气血、行气利水。此患者正处于妊娠期,取穴配伍应遵循扶正不留邪、祛邪不伤正,同时保养胎元。因此,治疗取建里、地机健脾利湿,理气消肿以缓腹痛、腹胀;足三里、血海以健脾益血,调补肝肾,养血安胎;内关、中脘和下脘以疏理气机,和胃止痛,降逆止呕;太溪为肾经原穴,能滋阴益肾,温肾壮阳;阴陵泉,利湿渗水,通利小便,改善水液代谢障碍。诸穴合用,共奏补肾健脾、利水安胎之效。

参考文献

- [1] 叶尔登切切克, 腊晓琳. 卵巢过度刺激综合征发病机制的研究进展[J]. 医学综述, 2012, 18(10): 1534-1536.
- [2] McClure N, Healy DL, Rogers PA, et al. Vascular endothelial growth factor as capillary permeability agent in ovarian hyperstimulation syndrome[J]. Lancet, 1994, 344(8917): 235-236.
- [3] 滕依丽. 从中医学角度探析卵巢过度刺激综合征[J]. 江西中医药, 2010, 41(3): 8-10.
- [4] 何晓霞, 张学红, 魏清琳. 初步探讨针刺治疗对卵巢过度刺激综合征的影响[J]. 生殖与避孕, 2011, 31(12): 817-821.

(收稿日期: 2018-10-09, 编辑: 杨立丽)