

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.08.023

多囊卵巢综合征患者合并右卵巢妊娠行右卵巢楔形切除 1 例

洪芳, 丘彦

(重庆医科大学附属第一医院辅助生殖中心, 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R711

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-03-07

多囊卵巢综合征(Polycystic ovarian syndrome, PCOS)是育龄期妇女常见的内分泌代谢紊乱疾病,不孕症中约 1/3 为无排卵,其中 70%为 PCOS。临床常表现为月经稀发、闭经、不孕、高雄激素征、卵巢多囊样表现等。

1 临床资料

患者 29 岁,初潮 13 岁,月经周期 40~60 d,经期 6~7 d, G₀P₀。2 年前因“月经稀发、高雄激素血症、B 超示卵巢多囊样改变”诊断为“PCOS”,后服达英-35 6 个月调整内分泌后查血激素水平(M3 即月经第 3 天):卵泡刺激素(Follicle-stimulating hormone, FSH)5.8 mIU/ml,黄体生成素(Luteinizing

hormone, LH)13.3 mIU/ml,催乳素(Prolactin, PRL)341.43 mIU/ml(108~577 mIU/ml),睾酮(Testosterone, T)3 ng/ml(0.45~3.75 ng/ml)。2009 年 12 月因“原发不孕 4 年”就诊于本中心,复查血激素水平(M4):FSH 7.33 mIU/ml, E2 28 pg/ml, LH 6.68 mIU/ml, PRL 16.5 ng/ml(<25 ng/ml), T 0.69 ng/ml(<0.75 ng/ml),孕酮(Progesterone, P)0.53 ng/ml。血抗精子抗体、抗子宫内膜抗体、抗磷脂抗体均为阴性。体重指数(Body mass index, BMI)为 21(58 kg/1.66² m²)。外院子宫输卵管通水示:通而不畅,稍有返流。本中心丈夫精液分析:正常。第 1 个周期经阴道超声监测排卵:M2 左卵巢大小 32 mm×26 mm,见多个小卵泡(>12 个);右卵巢大小 32 mm×20 mm,见多个小卵泡(>12 个);子宫内膜 5 mm, B 型。嘱患者于 M10 开始自测排卵试纸,测到阳性再次就诊。患者排卵试纸未测到阳性,于 M19 再次就诊本中心。复查阴道超声示:左卵巢仍见多个小卵泡,最大 10 mm×9 mm;右卵巢仍见多个小卵泡,最大 11 mm×10 mm;子宫内膜 7 mm, B 型。故给予人类绝经期促性腺激素(Human menopausal gonadotropin, HMG)促排卵治疗,剂量 75 IU

作者介绍:洪芳(1986-),女,硕士,

研究方向:生殖内分泌。

通信作者:丘彦,女,主任医师,Email:cqartq@163.com。

切除、大部切除术为胃血管球瘤最主要的治疗手段。

参 考 文 献

- [1] 回允中.阿克曼外科病理学[M].9 版.北京:北京大学医学出版社,2006:2288-2290.
- [2] Hui Y Z. Ackerman's surgical pathology[M]. 9th ed. Beijing: Medical Publishing House of Beijing University, 2006:2288-2290.
- [3] 赖日权.对 7 种软组织肿瘤良、恶性诊断标准的探讨[J].诊断病理学杂志,2009,16(4):246-250.
- [4] Lai R Q. Discussion of the diagnosis standard of 7 benign tumors and malignant tumors of soft tissue[J]. Journal of Diagnosis Pathology, 2009, 16(40):246-250.
- [5] Debol S M, Stanley M W, Mallery S, et al. Glomus tumor of the stomach: cytologic diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration[J]. Diagn Cytopathol, 2003, 28(6):316-321.
- [6] 房惠琼, 杨静, 张芬芬, 等.胃血管球瘤的临床病理特征[C].中华医学会病理学分会 2010 年学术年会论文汇编:212-213.

- [7] Fang H Q, Yang J, Zhang F F, et al. Clinical pathological characteristics of stomach glomus tumor[C]. Collected Papers of 2010 Annual Academic Conference of Pathological Society of Chinese Medical Association: 212-213.
- [8] Fletcher C D M, Unni K K, Mertens F. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone[M]. Lyon: IARC Press, 2002.
- [9] Folpe A L, Fanburg-Smith J C, Miettinen M, et al. Atypical and malignant glomus tumors. Analysis of 52 cases with a proposal for the reclassification of glomus tumors[J]. Am J Surg Pathol, 2001, 25(1):1-12.
- [10] 马洪军, 李开智, 李磊, 等.胃血管球瘤 3 例临床病理学观察及文献复习[J].济宁医学院学报, 2009, 32(5):338-340.
- [11] Ma H J, Li K Z, Li L, et al. Review and observation of 3 cases with stomach glomus tumor[J]. Journal of Jining Medical College, 2009, 32(5):338-340.
- [12] 梁兆昌.胃血管球瘤一例[J].山西医药杂志, 2008, 37(1):94-95.
- [13] Liang Z C. 1 case report of stomach glomus tumor[J]. Journal of Shanxi Medicine, 2008, 37(1):94-95.

(责任编辑:唐秋娟)

q.o.d. ×3 支。患者 6 d 后即 M25 复查 B 超示卵泡生长不明显, 子宫内 8 mm, B 型, 遂行黄体酮撤退性出血, 建议下次月经 M2~4 再次就诊。第 2 周期给予克罗米芬 (Clomiphene, CC)+HMG 促排卵, 于 M5 开始口服 CC 50 mg/qd × 5 d, 于 M12 注射 HMG 75 IU q.o.d. × 6 支, 于 M26 行阴道 B 超左卵巢见 1 个大小约 22 mm×18 mm 卵泡, 适时指导同房未孕。第 3 周期继续给予 CC+HMG 方案促排卵, 于 M24 行阴道 B 超见右卵巢上 1 个大小约 24 mm×21 mm 卵泡, 子宫内 11.0 mm, A 型, 适时同房。患者于 M36 测早孕试纸呈弱阳性, 来院查血人绒毛膜促性腺激素 (Human chorionic gonadotropin, HCG) 后确认妊娠。2010 年 4 月 19 日患者因“停经 53 d, 下腹痛 2 d, 加剧 1 h”就诊于本院妇科。查体: 外阴未产式; 阴道通畅, 未见流血, 白带少; 宫颈轻糜, 宫口闭合, 举摆痛明显; 子宫体水平位, 稍饱满, 压痛明显; 双侧附件区未满意扪及, 压痛明显, 移动性浊音(±)。尿 HCG(+), 急诊行腹部 B 超示: 宫腔内未见孕囊, 盆腔积液最大深度 2.8 cm, 腹腔未探及无回声。行阴道后穹窿穿刺抽出不凝血。于 2010 年 4 月 19 日在全麻下行急诊剖腹探查, 术中见腹腔积血 500 ml, 子宫前位, 饱满、软, 左输卵管、卵巢未见异常, 右输卵管外观正常, 右卵巢囊性增大, 大小约 50 mm×40 mm×40 mm, 周围约被 50 g 血凝块包绕, 右卵巢见一破口, 有活跃出血, 故行右卵巢楔形切除, 切除物送病检, 病检示: 右卵巢妊娠。术后给予抗感染、对症治疗。患者术后严格避孕 6 个月, 月经周期变为 30 d 左右。于 2010 年 11 月再次就诊本中心, 阴道 B 超监测排卵示: M2 左卵巢大小 33 mm×28 mm, 见多个小卵泡; 右卵巢大小 31 mm×20 mm, 见 7~8 个小卵泡; 子宫内膜 4.6 mm, B 型。M10 自测排卵试纸, M17 试纸(+), M18 就诊行 B 超见右卵巢上 1 个大小约 19 mm×17 mm 无回声, 子宫内膜 10 mm, B→A 型, 适时同房, 于排卵后 10 d 开始测早孕试纸, M30 早孕试纸弱阳性, 就诊本中心血 β-HCG 38 mIU/ml。患者于 2011 年 8 月剖宫产 1 女, 体健。

2 讨论

目前国际上治疗 PCOS 共识和规范: (1) 生活方式改善和预防治疗; (2) 促排卵治疗: 首选克罗米芬, 其安全性和有效性已得到充分证明^[1]。平均每周期的临床妊娠率为 22%, 累计 6 个周期的妊娠率是 50%, 累计 9 个周期的妊娠率是 75%。部分患者克罗米芬的促排卵效果不佳, 可能是自身内分泌紊乱未得到改善。促性腺激素也用于 PCOS 患者的促排卵方案中, 主要用于部分患者出现克罗米芬抵抗^[2] (克罗米芬 150 mg/qd × 5 d, 3~6 周期仍无排卵者)。芳香化酶抑制剂 (如来曲唑) 也可用于克罗米芬抵抗患者。 (3) 如果药物促排卵效果均不佳, 可行手术治疗。主要手术方式有: ①经腹或腹腔镜下卵巢楔

形切除术; ②腹腔镜下卵巢打孔术; ③经阴道卵泡穿刺术; ④经阴道卵巢打孔术等^[3,4]。PCOS 的手术治疗的优势: 手术破坏了卵巢间质的卵泡膜细胞和间质细胞, 使卵泡局部雄激素水平降低^[5]; 卵泡液流出, 同时降低了雌酮的浓度, 使雌激素水平下降, 解除了雌激素对 FSH 的负反馈及对 LH 的正反馈作用, LH 水平下降, 同时 FSH 水平提高, 促使卵泡发育成熟, 有利于下丘脑-垂体-卵巢轴功能恢复正常, 有助于恢复自然排卵, 提高自然妊娠率; 此外, 卵巢白膜上多处穿刺孔, 使排卵阻力减小。但是, 任何卵巢手术均可引起盆腔粘连、卵巢损伤, 甚至卵巢早衰, 会影响妊娠结果, 可由功能性不孕转为机械性不孕, 使其应用受到了一定限制。 (4) 上述治疗均无效时, 可行体外受精 (In vitro fertilization, IVF) 治疗, 但 PCOS 患者行 IVF 时易发生卵巢过度刺激综合征 (Ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS)。

本例患者诊断为“PCOS”, 因“右卵巢妊娠”行右卵巢楔形切除, 术后患者月经周期较术前变短, 大约 30 d 左右。术后第 7 个月自然周期于 M18 测到排卵, 适时同房获得妊娠。该患者因“右卵巢妊娠”而行右卵巢楔形切除术, 手术不仅解决了右卵巢妊娠的问题, 而且同时解决了患者卵巢局部高雄激素环境致排卵障碍问题, 改善了患者体内内分泌的状况, 术后基本恢复排卵, 在自然周期获得妊娠。

参 考 文 献

- [1] Azziz R, Carmina E, Dewailly D, et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report[J]. *Fertil Steril*, 2009, 91(2): 456-488.
- [2] 李红真, 乔杰, 甄秀梅. 重新评价克罗米芬在促排卵治疗中的作用[J]. *生殖医学杂志*, 2008, 17(6): 428-430.
- [3] Li H Z, Qiao J, Zhen X M. To reassess the treatment effect of clomiphene in ovulation induction[J]. *Reproductive Medical Journal*, 2008, 17(6): 428-430.
- [4] 陈子江, 刘佳茵, 梁晓燕, 等. 多囊卵巢综合征基础与临床[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 401-411.
- [5] Chen Z J, Liu J Y, Liang X Y, et al. Basic and clinic of polycystic ovary syndrome[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2009: 401-411.
- [6] 乔杰, 林金芳, 陈子江, 等. 多囊卵巢综合征[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 146-151.
- [7] Qiao J, Lin J F, Chen Z J, et al. Polycystic ovary syndrome[M]. Beijing: Beijing Medical University Press, 2010: 146-151.
- [8] Greenblatt E, Casper R F. Endocrine changes after laparoscopic ovarian cautery in polycystic ovarian syndrome[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1987, 156(2): 279-285.

(责任编辑: 唐秋姗)