

· 短篇及病例报道 ·

FHA 合并输卵管因素致原发性不孕经保守治疗
成功妊娠并足月分娩 1 例李启巍¹, 张 嵘², 李 潭²

(1. 华北电网有限公司北京电力医院妇产科, 北京 100073; 2. 北京大学神经科学研究所, 北京 100191)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.35.047

文献标识码:C

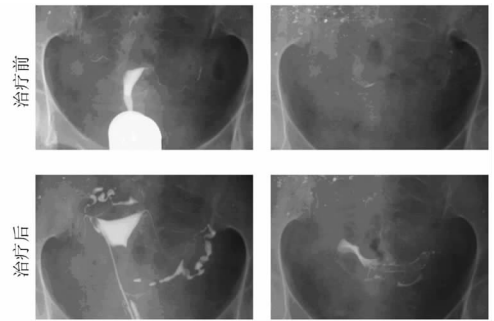
文章编号:1671-8348(2011)35-3638-02

1 临床资料

患者,女,32岁,因婚后5年不孕于2006年10月到北京电力医院就诊。男方:34岁,性功能正常,精子常规检测,液化时间为30 min,精子密度为 30×10^6 /mL,成活率为40%,不活动精子比例为60%,pH 7.6,正常形态精子比例为90%,无生殖系统与其他系统疾病,无家族遗传病史。患者为原发闭经,17岁开始做人工周期,行经7 d,经血量少,无痛经与月经中期出血;性激素六项检查(闭经3个月以上):FSH 1.22 mIU/mL, LH 0.31 mIU/mL, PRL 12.39 ng/mL, E₂ < 5 pg/mL, P 1.75 ng/mL, T 0.1 ng/mL; 外生殖器检查为性幼稚型表现,外阴发育不良,无阴毛;阴道B超检查子宫大小为2.3 cm × 3.0 cm,后位,内膜厚度0.4 cm,左侧卵巢1.4 cm × 1.3 cm,无卵泡,右侧卵巢1.2 cm × 1.1 cm,无卵泡;子宫输卵管碘油造影显示双侧输卵管不通。初次性生活年龄26岁,无避孕、妊娠、流产、生育及手术史;有肺结核病史,曾治疗不孕症服用各类药物5年以上;家族中父母均有高血压史,母兼有糖尿病,无肿瘤、传染病、不孕症史。初步诊断:功能性下丘脑性闭经(functional hypothalamic amenorrhea, FHA), 原发不孕。治疗方案:(1)对患者的生殖内分泌系统、输卵管等方面进行逐一调整。采用口服枸橼酸氯米酚(50 mg/d, 连续20 d)、己烯雌酚(1 mg/d, 连续20 d)及肌内注射黄体酮(20 mg/d, 连续5 d)等药物为患者做人工月经周期,连续5个月,促进子宫与卵巢的二次发育。2007年4月经阴道B超复查,发现患者卵巢出现小的卵泡,提示卵巢排卵功能有所好转,同时复查性激素六项:FSH 1.36 mIU/mL, LH 0.20 mIU/mL, PRL 17.62 ng/mL, E₂ 5 pg/mL, P 2.03 ng/mL, T 0.22 ng/mL, 提示性激素的分泌仍然较低,但E₂、P都有明显升高。在做人工周期的同时,对患者的输卵管进行中草药(主要成分为当归、蒲黄、炒茴香、赤芍、元胡、肉桂等)消炎治疗,后经子宫输卵管碘油造影术检查发现子宫形态趋于正常,双侧输卵管伞端显影,次日碘油流入盆腔,证明子宫明显增大,并接近正常大小,双侧输卵管通畅,具备了怀孕的基本条件(图1)。(2)经过5个月的生殖内分泌、输卵管等全面调整后,对患者的治疗进入促排卵、指导受孕阶段。从2007年5月开始,在月经第3天,注射尿促素HMG(225 IU/d, 丽珠生产),至月经第13天,阴道B超检测排卵情况,患者左、右卵巢出现1.9 cm × 1.4 cm、1.6 cm × 1.1 cm等卵泡4~5个,待卵泡长到1.8 cm以上,尿检LH出现峰值后,注射人绒毛膜促性腺激素(hCG, 5 000 IU/d),连续3 d,指导患者夫妇同房,未成功妊娠。从第2个周期,在月经第3~14天注射果纳芬(75 IU/d, 瑞士雪兰诺公司)加尿促素(150 IU/d, 丽珠生产),当卵泡长至2.0 cm以上尿检LH出现峰值时,注射hCG 5 000 IU/d,连续3 d, B超显示优势卵泡消失,指

导同房,患者于2007年10月检测早孕试纸呈阳性反应。

由于患者属于下丘脑功能低下,流产率相对高,为确保患者顺利妊娠分娩,对其进行保胎治疗。采用黄体酮(40 mg/d)、hCG(1 000 IU/d)及中草药(主要成分为当归、炒白芍、茯苓、炒白术、阿胶等)保胎,60 d后经B超观察,宫内可见一单胎妊娠囊,胎芽发育良好,并有明显胎心管搏动,患者成功妊娠。并于2008年6月28日经剖宫产,娩下一男婴,体质量3 150 g,身长52 cm,经儿科系统检查,该男婴身体健康, Apgar评分10分。该婴儿由母乳喂养,发育正常。



左:造影剂推入后0 min;右:造影剂推入24 h。

图1 患者治疗前、后子宫输卵管碘油造影结果

2 讨论

下丘脑-垂体-卵巢轴是女性性腺神经内分泌的调节系统^[1], FHA是除下丘脑、垂体器质性病变外,由于促性腺激素功能不足而导致性腺功能低下的闭经^[2],以循环中低促性腺激素水平及低雌激素水平为特征,是临床上较常见的一类闭经。各种异常因素,如精神刺激^[3]、忧郁^[4]、过度减肥或剧烈运动^[5]等都会导致下丘脑 GnRH 脉冲式分泌异常, FSH 与 LH 水平下降,造成无排卵与闭经。本文患者不仅存在 FHA 所导致的不孕因素,还存在输卵管不通等因素,经过阶段性治疗成功妊娠分娩,从中总结出的经验如下。

2.1 全面检查、综合诊断、个性化阶段治疗 本文患者第二性征未发育,子宫后位、狭小,卵巢小,无卵泡,没有正常妊娠的条件。作者采用促卵泡生成素-雌、孕激素序贯疗法连续对其做人工周期,在很短的时间就增加了子宫及卵巢的大小,使卵巢产生成熟卵泡,并增加雌、孕激素的分泌,为妊娠创造了重要条件,提示即使是大龄女性,未发育的子宫与卵巢也可以再次发育,达到正常水平。本文患者从未有过妊娠流产史,即没有造成输卵管堵塞的高风险因素,一般情况治疗者会忽略其输卵管检查。经全面检查后发现其兼有输卵管因素,依据临床经验,非创伤性治疗(如手术、腹腔镜等)引起的输卵管不通,用中草药保守治疗能起到很好的疗效。作者采用当归、蒲黄、炒茴香、

赤芍、元胡、肉桂等中草药,理气活血、化淤通管,成功使患者双侧输卵管恢复通畅,为成功妊娠创造了另一重要条件。

2.2 在多种致不孕因素同时存在时要分清主次、阶段性治疗 部分不孕症门诊在遇到此类患者时大多会为其调月经、促排卵。而作者在对患者全面检查后发现其最根本的内生殖器官存在严重问题,如果不改善最根本的生殖器官功能,单纯的创造妊娠条件,其结果一定是徒劳无获。因此,制订正确有效的治疗方案对此类疑难患者最为关键。采用中西医疗法使患者子宫、卵巢、输卵管在形态、功能上趋于正常,之后,再进行促排卵处理。用药方面,也因人而异,对于下丘脑功能低下的患者,用药时一定要掌握好剂量和时间,随时动态观察其排卵情况,及时指导同房,这对治疗效果非常重要。

2.3 必要的保胎治疗 经过长达 1 年的诊治,患者早孕反应阳性,为确保患者能顺利妊娠分娩,保胎治疗必不可少。下丘脑功能低下患者,下丘脑-垂体-卵巢轴功能不健全,体内分泌孕激素与 hCG 很可能不足^[6],妊娠后胎停育与流产的风险极大。因此,必须继续对其进行保胎,注射黄体酮与 hCG 补充内源性激素,口服中药扶气补血、益肾养胎,直到 60 d 胎囊、胎芽、胎心出现,成功妊娠。

综上所述,对于病因复杂的疑难不孕患者,一定要全面检查、找准原因并制订出个体化、阶段性、综合、有效的治疗方案,对于其在最短时间内成功妊娠、分娩尤为重要。

参考文献:

- [1] Rothman MS, Wierman ME. Female hypogonadism: evaluation and management. *Obstet Gynecol*, 2008, 112(2): 363-371.
- 短篇及病例报道 •

肺淋巴管肌瘤病伴肾血管平滑肌脂肪瘤 1 例报道及相关文献复习

杜娟¹, 肖家荣², 龙启忠¹, 林锋²

(贵阳医学院附属医院: 1. 呼吸科; 2. 胸外科 550004)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.35.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)35-3639-02

淋巴管肌瘤病(lymphangiomyomatosis, LAM)是一种比较罕见的、通常可危及生命的疾病。散发的 LAM 发病率大约为总人口的百万分之一,但在遗传性疾病结节性硬化症(tuberous sclerosis complex, TSC)的女性患者中, LAM 的发病率很高(26%~39%)^[1]。目前认为 LAM 与血管平滑肌脂肪瘤、肺透明细胞瘤和血管周围细胞瘤等均为来源于血管周围细胞的一组病变^[2]。肺脏是 LAM 的主要受累器官,肺淋巴管肌瘤病(pulmonary lymphangiomyomatosis, PLAM)是一种病因未明的、持续发展的弥漫性肺间质罕见疾病。中国对 PLAM 的认识较晚,至今仅有少量病例报道。本院于 2010 年 5 月收治 1 例 PLAM 伴肾血管平滑肌脂肪瘤患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,21 岁,因进行性呼吸困难 6 月余、体检发现气胸 1 个月、加重 5 d 而入本院。患者 6 个多月前无明显诱因出现中等度活动后呼吸困难伴左胸痛,未予诊治。1 个月前患者休息状态下也感呼吸困难,遂到当地医院诊治,胸片提示左侧气胸,行左侧胸腔闭式引流术,继之出现右侧胸痛,遂转入贵州省某医院住院,诊断为早孕,行清宫术,继续胸腔闭式引流,患

者自行出院。5 d 前患者呼吸困难明显加重,于 2010 年 5 月 30 日住入本院。(1)婚育史:父母为近亲结婚(表兄妹)。(2)体检:消瘦,唇轻度发绀,气管稍向右偏,左侧胸廓饱满,左肺叩诊呈鼓音,右肺叩诊呈浊音,听诊左肺呼吸音明显减低,右肺呼吸音粗,双肺均未闻及干湿啰音。心脏检查未见异常。腹软,左上腹扪及一大小约 90 mm×80 mm 包块,质软,活动,表面光滑,轻压痛。(3)影像学表现:胸部高分辨 CT(HRCT)显示双肺多发薄壁囊状结构,囊壁光滑(图 1A),双侧气胸,右肺压缩约 30%,左肺压缩约 85%(图 1B),右上肺大泡,结合病史考虑 PLAM 合并双侧气胸;上腹部增强 CT 显示左侧肾上腺显示不清,左肾上极见巨大混杂密度包块,包块最大层面约 90 mm×80 mm,其内可见脂肪密度影,增强后呈中度不均匀强化,腹膜腔和腹膜后淋巴结未见异常,考虑左肾巨大错构瘤。(4)实验室检查:肺功能结果显示第 1 秒用力肺活量(FEV1)占预计值 17.5%,FEV1 占用力肺活量的百分比(FEV1/FVC) 77.4%,肺活量(VC)占预计值 19.7%,提示以限制为主的混合性通气功能障碍;血气分析结果显示低氧血症,动脉血氧分压(PaO₂) 70 mm Hg。(5)病理学检查:2010 年 6 月 11 日行右上

- valuation of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis[J]. *Pituitary*, 2008, 11(2): 163.
- [2] Gordon CM. Clinical practice. Functional hypothalamic amenorrhea[J]. *N Engl J Med*, 2010, 363(4): 365.
- [3] Marcus MD, Loucks TL, Berga SL. Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea[J]. *Fertil Steril*, 2001, 76(2): 310-316.
- [4] Liu JH, Bill AH. Stress-associated or functional hypothalamic amenorrhea in the adolescent[J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2008(1135): 179-184.
- [5] Meczekalski B, Podfigurna-Stopa A, Warenik-Szymankiewicz A, et al. Functional hypothalamic amenorrhea: current view on neuroendocrine aberrations[J]. *Gynecol Endocrinol*, 2008, 24(1): 4-11.
- [6] Kondoh Y, Uemura T, Murase M, et al. A longitudinal study of disturbances of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with progestin-negative functional hypothalamic amenorrhea[J]. *Fertil Steril*, 2001, 76(4): 748.

(收稿日期: 2011-03-26 修回日期: 2011-08-12)