

了解的情况下实施 IVF 技术;其次,在胚胎移植前正确运用性激素等子宫内膜支持方法,建立人工月经周期是需严格把握性激素的用量及疗程,权衡利弊,同时密切 B 超监测,尽早发现卵巢的异常表现。随着社会的发展进步,人们有信心探索出良好的性激素使用方案,并通过改变移植前、后子宫的内环境,并减少高龄妇女生育问题,给家庭带来福音。

## 参考文献

[1] Genazzani AR, Gadducci A, Gambacciani M. Controversial issues in climacteric medicine II. Hormone replacement therapy and cancer. International Menopause Society Expert Workshop. 9-12 June 2001, Opera del Duomo, Pisa, Italy[J]. Climacteric, 2001, 4(3):181-193.

[2] Gambacciani M, Monteleone P, Sacco A, et al. Hormone

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.09.051

replacement therapy and endometrial, ovarian and colorectal cancer [J]. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2003, 17(1):139-147.

[3] 连丽娟. 林巧稚妇科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:916-918.

[4] Modan B, Ron E, Lerner-Geva L, et al. Cancer incidence in a cohort of infertile Women [J]. Am J Epidemiol, 1998, 147:1038-1042.

[5] Venn A, Jones P, Quinn M. Characteristics of ovarian and uterine cancers in a cohort of in vitro fertilization patients [J]. Gynecol Oncol, 2001, 82(1):64-68.

(收稿日期:2014-10-28 修回日期:2014-12-17)

# 席汉氏综合征并发全血细胞减少 1 例报道

黄建霞<sup>1</sup>, 王 宁<sup>2</sup>

(1. 甘肃省武威市人民医院血液科 733000; 2. 甘肃省凉州医院骨外科 733000)

[中图分类号] R473; R331

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)09-1291-02

席汉氏(Sheehan)综合征是腺垂体功能减退症的一种,临床较为罕见。2013年10月武威市人民医院血液科收治1例伴发全血细胞减少的席汉氏综合征患者,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,女,62岁,农民,因“恶心、呕吐,眩晕15d,意识障碍1周”入院。患者于入院前15d无明显诱因出现恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,有眩晕,于入院前1周患者出现意识障碍,呈昏睡状态,双下肢不自主运动。入院查体:体温36.0℃,呼吸18次/分,脉搏68次/分, BP 110/60 mm Hg,昏睡,皮肤萎黄,睑结膜中度苍白,双侧瞳孔等大、等圆,对光反射迟钝,心肺腹未查及阳性体征。双下肢轻度水肿。实验室检查:血常规 WBC  $2.23 \times 10^9/L$ , RBC  $2.8 \times 10^{12}/L$ , Hb 86 g/L, PLT  $48 \times 10^9/L$ , Ret: 0.450。电解质:  $K^+$  2.49 mmol/L,  $Na^+$  105.4 mmol/L,  $Cl^-$  68.6 mmol/L, GLU 4.95 mmol/L。骨髓穿刺示:三系增生活跃,未见病态造血。给予补充电解质等治疗后患者电解质紊乱未得到纠正,三系改善不明显。追问病史,患者丈夫代述患者于26岁分娩第3胎时出现产后大出血,产后无乳汁分泌,此后绝经。30余年来,体弱多病,干不了体力活,曾就诊于多家医院,诊断未明,药物对症治疗后续症状未改善。仔细体格检查:腋毛、阴毛脱落,乳房、外阴萎缩。进一步查性激素:PRL 1.75 ng/mL, FSH 2.32 mIU/mL, LH 0.23 mIU/mL,  $E_2$  10.7 pg/mL, PROG 0.00 ng/mL, TESTO 18.0 ng/mL。甲状腺功能:  $T_3$  0.48 nmol/L,  $T_4$  25.50 nmol/L, TSH 3.16 uIU/mL,  $FT_3$  1.49 pmol/L,  $FT_4$  5.07。头颅MRI示:空泡蝶鞍。诊断:席汉氏综合征。经给予激素替代治疗后患者三系恢复正常,电解质紊乱纠正。

## 2 讨论

席汉氏综合征于1938年首次被报道,发生于产后大出血

的垂体坏死、垂体功能减退。至今,产后大出血为什么会出 现垂体局部缺血的机制仍然不明确<sup>[1]</sup>。该病例自分娩后30余年均未得到明确诊断,分析其原因:(1)临床医生对席汉氏综合征缺乏足够的认识;采集病例、询问病史不够仔细;(2)有研究认为<sup>[2-3]</sup>垂体功能低下的发生速度和程度有赖于垂体损伤的范围,一般情况下,垂体具有很强的储备能力,当大于75%的垂体损伤时才会表现出典型的临床症状,大部分席汉氏综合征的患者不会在产后立即出现垂体功能减退,许多病例在产后多年才会被诊断。

席汉氏综合征的诊断没有明确的诊断标准。目前,诊断主要依靠病史、临床表现和实验室检查(激素水平、垂体MRI等)<sup>[4]</sup>。贫血是席汉氏综合征的一个特征性表现, Gokalp等<sup>[5]</sup>报道了65例席汉氏综合征患者,其中80%伴有贫血。席汉氏综合征患者发生贫血的原因除了与甲状腺功能减退、肾上腺皮质功能减退相关外,另一方面,也与席汉氏综合征患者生理需氧量减少有关。脑垂体分泌的激素可以调节肾脏促红细胞生成素的产生,而在席汉氏综合征的患者EPO水平是减低的,故EPO水平的减低也是导致贫血的一个原因。但在席汉氏综合征发生的血液学异常中,全血细胞减少的发生及具体机制无相关报道。作者认为全血细胞减少的原因可能与激素水平减低相关。因为骨髓造血受到神经体液因素的调节,促肾上腺激素和肾上腺皮质激素对骨髓造血有刺激作用,当缺乏时,对骨髓造血的刺激作用减弱,可致血细胞减少;骨髓造血机能抑制也可能与甲状腺激素缺乏有关。本例患者因发生垂体危象,故给予氢化可的松100 mg/d治疗,患者临床表现好转后给予泼尼松10 mg/d治疗,给予左甲状腺素钠片25 μg/d治疗,后逐渐加量至50 μg/d治疗,给予促红细胞生成素5 000 U/次,隔日1次等治疗1个月后,患者三系逐渐恢复,以PLT恢复最快。故

当遇到难以用血液病学解释或者难以治疗的全细胞减少症时,且既往有产后大出血的女性患者,应考虑到席汉氏综合征的可能,由于激素水平不足所致的全血细胞减少经激素替代治疗后全血细胞减少可恢复正常。

#### 参考文献

- [1] Soresi M, Brunori G, Citarrella R, et al. Late-onset Sheehan's syndrome presenting with rhabdomyolysis and hyponatremia; a case report[J]. J Med Case Rep, 2013, 7: 227.
- [2] Tessnow AH, Wilson JD. The changing face of Sheehan's syndrome[J]. Am J Med Sci, 2010, 340(5):402-406.
- [3] Sert M, Tetiker T, Kirim S, et al. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome[J]. Endocr J, 2003, 50(3):297-301.
- [4] 何雪薇, 胡齐鸣. 席汉氏综合征中西医诊疗近况[J]. 江西中医药, 2013, 44(356):64-67.
- [5] Gokalp D, Tuzcu A, Bahceci M, et al. Sheehan's syndrome as a rare cause of anaemia secondary to hypopituitarism[J]. Ann Hematol, 2009, 88(5):405-410.

(收稿日期:2014-10-16 修回日期:2014-12-09)

## 颅内炎性假瘤 1 例报道并文献复习

柯颖, 潘琦<sup>△</sup>, 马瑞斌, 李飞, 孔凡勇, 乔楠, 缙新红  
(武警新疆总队医院神经外科, 乌鲁木齐 830000)

[中图分类号] R739.41;R741

[文献标识码] C

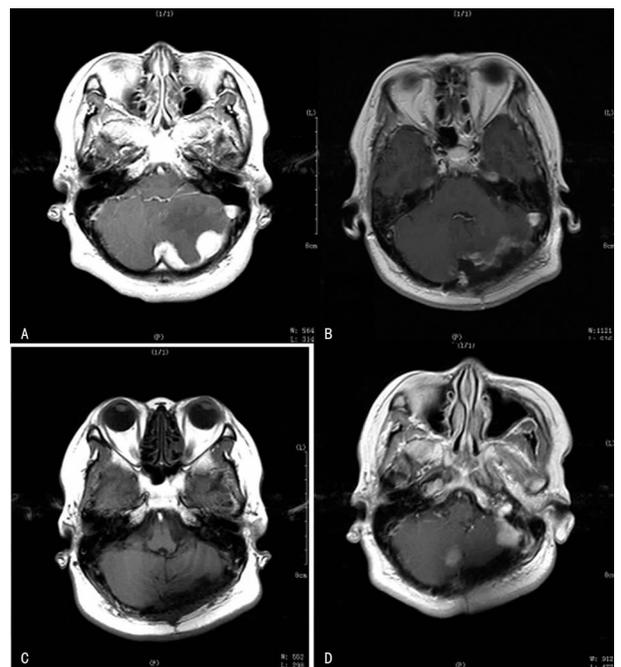
[文章编号] 1671-8348(2015)09-1292-03

炎性假瘤(inflammatory pseudotumor)是一类病因未明的软组织病变,2002年世界卫生组织(WHO)将其归为软组织肿瘤,并重新命名为“炎性成肌纤维细胞瘤”(inflammatory myofibroblastic tumor)<sup>[1]</sup>。炎性假瘤可累及全身的各个器官和组织,主要累及肺部和眼眶,原发于颅内的炎性假瘤罕见。自1980年West报道了首例颅内炎性假瘤以来,至今文献报道不足80例。因此,关于其病因、诊断、治疗及预后情况作者所知甚少。现将本科诊治的1例颅内炎性假瘤报道如下,并结合已报道的文献从病因学、临床表现、影像学、病理学、诊断及治疗方面进行分析、探讨。

### 1 临床资料

患者,女,57岁,于2012年1月29日因“间断头晕3个月,加重3周”入院。患者自诉3个月前无诱因出现间断头晕症状,行走及直立时偶尔出现右侧倾斜现象,无恶心、呕吐、心悸、视物模糊、耳鸣、眼前黑蒙等症状。查体见闭目难立试验(+)余未见明显阳性体征。行头颅MRI平扫加增强见:左侧小脑半球下部紧邻枕骨内板部可见一半球形异常信号影,T2WI及FLAIR信号减低,T1WI呈等信号,与小脑半球边界清楚,左侧小脑半球略水肿,T2WI及FLAIR信号增强,T1WI信号减低,四脑室受压,小脑扁桃体下缘突入颈椎管。增强后强化明显(图1)。全脑血管造影显示:各血管未见畸形及动脉瘤。于2012年2月3日在全身麻醉下采取枕下侧后入路行后颅窝占位性病变探查切除术,术中见病变位于左侧小脑下极,黄褐色,质地韧,血供差,表面可见迂曲的血管团。小脑半球脑膜被侵蚀,硬脑膜明显增厚,占位病变与正常组织无明显界限。考虑占位全部切除困难,术后可能造成患者神经不可逆损伤,遂终止手术,共切除占位病变体积大小约占原占位病变4/5。术后石蜡切片组织病理报告为:病变细胞形态多样,可见淋巴细胞、浆细胞浸润,星型细胞增生及散在胞质丰富的不规则细胞及神经节样泡沫细胞,核分裂罕见。免疫组织化学表达:GFAP-、CD3+、CK-、CD20+、LSA++++、S100+、CD68±、Ki67<2%。诊断为:炎性假瘤(图2)。术后患者意识由清醒逐渐加

深至浅昏迷,行头颅CT示脑组织肿胀明显,考虑梗阻性脑积水,于术后第2天行“侧脑室穿刺外引流”,并给予甲强龙40mg2次/日冲击治疗,合用神经营养、改善微循环等药物。患者术后第4天意识逐渐好转。于2月12日拔除引流管,复查头颅CT示脑肿胀较前明显减轻。出院后继续口服强的松10mg3个月。术后3个月复查头颅MR与术后1个月时比较无明显差异,术后10个月复查MR示复发(图1)。



A:术前头颅MR增强:左侧小脑半球下部紧邻枕骨内板部可见半球形异常信号影明显强化,临近脑膜处明显增厚、强化界限清楚;左侧小脑半球下部水肿;B:术后头颅MR示占位大部分被切除;C:术后3个月头颅MR未见复发;D:术后10个月头颅MR见肿瘤体积明显增大。

图1 术前、术后头颅MR影像表现