

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.19.048

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190917.1016.006.html>(2019-09-18)

## 腹腔镜治疗脾区降结肠肠系膜原发性腹腔妊娠 1 例报道

李凤英<sup>1</sup>, 翟婷婷<sup>1△</sup>, 张 扬<sup>2</sup>, 杨 华<sup>3</sup>, 周 琦<sup>1</sup>

(贵阳中医学院第一附属医院:1. 妇科;2. 普外科;3. 外三科, 贵阳 500001)

[中图分类号] R713

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2019)19-3416-03

腹腔妊娠是指胚胎或胎儿位于输卵管、卵巢、阔韧带以外的腹腔内,该病临床表现不典型,容易误诊,现在就 2017 年 11 月本院妇科收治的 1 例脾区降结肠肠系膜处原发性腹腔妊娠患者的诊治情况报道如下。

### 1 临床资料

患者女,27 岁,因“腹痛 4 d,伴晕厥”于 2017 年 11 月 5 日以“异位妊娠”入院。患者孕 5 产 2,剖宫产 2 次,人工流产 2 次,以宫内节育器避孕,平素月经规律,末次月经为 2017 年 10 月 19 日。入院 4 d 前因下腹胀痛,伴恶心、欲呕自行服用消食健脾药治疗,腹痛未见好转,1 d 前就诊于当地县医院行妇科 B 超提示(1)宫内节育器;(2)宫颈纳氏囊;(3)盆腔积液。血常规显示,白细胞计数  $23.75 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比率 88.74%,淋巴细胞比率 9.32%,血红蛋白 82 g/L,血细胞比容(Hct)27.60%;肾功能示肌酐  $149 \mu\text{mol}/L$ 。予吗丁啉 2 片口服治疗后,腹痛症状加重,伴恶心呕吐,呕吐物为胃内容物,量为 50~100 mL。入院查体:血压 77/41 mm Hg。腹部稍膨隆,未见胃肠形及蠕动波,无压痛及反跳痛。妇科检查:外阴已婚未产式,阴道畅,黏膜无充血,内见少许暗红色分泌物;宫颈光滑,无举摆痛,子宫前位,正常大小,漂浮,无压痛,双附件区未触及明显异常。急行后穹隆穿刺抽出不凝血约 10 mL。入院后急查血常规显示,白细胞计数  $18.28 \times 10^9/L$ 、红细胞计数  $3.05 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 57 g/L、Hct 19.10%、中性粒细胞百分比 91.90%、淋巴细胞百分比 5.30%、血小板平均体积 11.50 fL。血人绒毛膜促性腺激素(HCG)2 496.00 mIU/mL,尿 HCG 阳性(+). ABO 血型 B 型,Rh(D)血型阳性。

结合患者病史、实验室检查结果诊断为腹腔异位妊娠,腹腔内出血明确,有手术指征,在充分急诊手术准备下,于全身麻醉下行腹腔镜下异位妊娠病灶清除术+盆腔粘连松解术+取环术。术中见脾区降结肠处一大小约 2 cm×2 cm 破口(见图 1),有活动性出血,见大量血凝块。盆腔见暗红色积血,量约 3 500 mL,吸净后见子宫前位,正常大小,表面光滑,双侧附

件外观未见明显异常。术中取出“弓”型环 1 枚,出血量约 5 mL。取脾区降结肠处出血灶和腹腔内积血送病理检查[苏木素-伊红染色(HE)],提示脾区降结肠处表面物及腹腔内容物病理切片均可见胎盘绒毛,见图 2~5。术后第 1 天血 HCG 820.80 mIU/mL,术后第 5 天血 HCG 142.90 mIU/mL,继续治疗 7 d 后复查血 HCG 22.76 mIU/mL,血红蛋白 102 g/L,予以出院。



图 1 术中腹腔镜下所见病灶

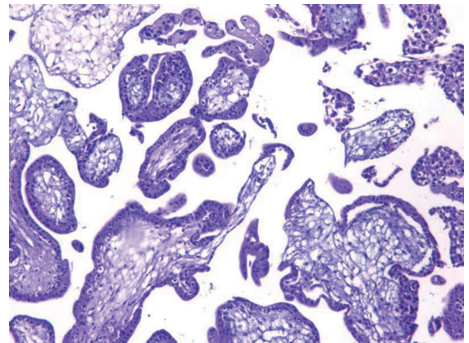


图 2 脾区降结肠表面物病理切片图(HE,×10)

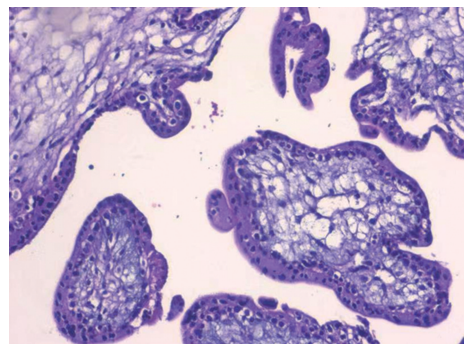


图 3 脾区降结肠表面物病理切片图(HE,×20)

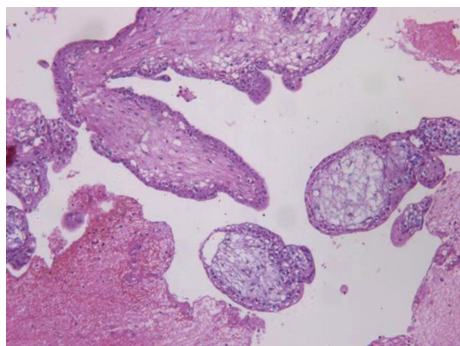


图 4 腹腔内容物病理切片图(HE, ×10)

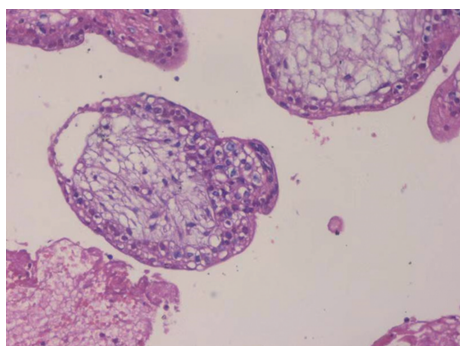


图 5 腹腔内容物病理切片图(HE, ×20)

## 2 讨 论

腹腔妊娠是指妊娠位于输卵管、卵巢及阔韧带以外的腹腔内的一种异位妊娠,发病率为 1/25 万~1/10 万<sup>[1]</sup>,占异位妊娠的 1%<sup>[2]</sup>,是非腹腔妊娠的其他异位妊娠的 7.7 倍<sup>[3]</sup>,母体死亡率约 5%,胎儿存活率仅为 1%<sup>[1]</sup>。

腹腔妊娠分为原发性和继发性两类,其中原发性腹腔妊娠是指受精卵直接种植于腹膜、肠系膜、大网膜、脾脏等腹腔脏器处,临床诊断困难,容易发生漏诊或误诊,大部分在孕早期因流产、停经、腹痛就诊而被发现为腹腔妊娠<sup>[4]</sup>。继发性腹腔妊娠往往发生于输卵管妊娠流产或破裂后,胚胎从输卵管排入腹腔,附着于腹腔或邻近脏器表面重新种植而形成,偶可继发于卵巢妊娠或子宫内妊娠而子宫存在缺陷(如瘢痕子宫裂开)破裂后,临床以继发性腹腔妊娠多见<sup>[5]</sup>。原发性腹腔脏器异位妊娠发病机制尚不明确,考虑可能与输卵管的逆蠕动将受精卵排到腹腔有关<sup>[6]</sup>,可能为受精卵因输卵管异常逆蠕动排入腹腔,被腹膜吸收,腹膜血管丰富,易于孕囊的着床和生长。原发性腹腔妊娠的诊断标准为:(1)两侧卵巢和输卵管正常,无近期妊娠的证据;(2)无子宫和腹膜间瘘道形成;(3)妊娠只存在于腹腔内,无输卵管妊娠等证据<sup>[1]</sup>。临床诊断在综合病史、查体、HCG 的基础上,主要依赖于超声检查,但超声检查因医师个人经验的不同存在较大的差异性,误诊率较高,超声无法明确诊断时,CT 检查能清晰显示异位妊娠部位及出血等并发症<sup>[7]</sup>,若在

条件允许的情况下,术前行磁共振成像(MRI)结合彩色超声血流检查,可以发现盆腹腔粘连严重、与周围脏器关系密切且血流较丰富的病灶,可有助于手术方式的选择及术后管理<sup>[8]</sup>。及时手术终止妊娠是治疗腹腔妊娠的公认方案<sup>[9]</sup>,常用的手术术式为开腹手术和腹腔镜手术,也可根据孕周、胎盘附着部位、患者情况和医师经验应用化学药物进行治疗<sup>[10]</sup>,但不主张采用氨甲蝶呤、米非司酮、米索前列醇等药物疗法作为腹腔妊娠的主要治疗方案,建议仅在滞留胎盘时应用<sup>[11]</sup>。

原发性腹腔妊娠在破裂出血前是很难发现的,临床即便出现破裂出血、腹痛等症状,也有可能被误诊为其他疾病。大部分腹腔妊娠的患者都有明显内出血症状,甚至出现休克才就诊,考虑紧急手术治疗<sup>[12]</sup>。本例患者以腹痛、晕厥、恶心欲吐为临床表现就诊,B 超提示腹腔积液,且血 HCG 异常升高,血红蛋白降低,提示腹腔内出血,高度怀疑腹腔妊娠可能,并在普外科的协同下行急诊腹腔镜下异位妊娠病灶清除术+盆腔粘连松解术+取环术。术中见脾区降结肠肠系膜处一大约 2 cm×2 cm 破口,有活动性出血,见大量血凝块,其妊娠灶位于脾区降结肠肠系膜处,属原发性腹腔妊娠。本例患者与临床表现为下腹痛、停经及阴道流血的典型腹腔妊娠<sup>[13]</sup>不符,其腹痛、恶心欲吐与妊娠囊种植于脾区肠系膜处,随着孕囊的增大刺激胃肠有关,这在一定程度上增加了临床诊断的难度,通过手术切除病灶、术后脾区降结肠处表面物和腹腔内容物病理检查见胎盘绒毛,术后血 HCG 及血红蛋白均恢复至正常出院,证实脾区降结肠肠系膜原发性腹腔妊娠诊断成立。

该病例在入院前 B 超提示盆腔积液,以腹痛、晕厥,恶心呕吐为临床表现,且平素月经规律,就诊时无阴道流血,在未行血 HCG 检查前,容易诊断为普外科急腹症,入院后急查血 HCG 示异常升高,血红蛋白降低,结合患者既往多次人工流产及剖宫产病史,高度怀疑腹腔出血、腹腔妊娠可能,遂行急诊手术证实为腹腔妊娠。从该病例中体会到,对于临床表现不典型异位妊娠,且有多次腹腔手术及人工流产病史者,要高度怀疑腹腔异位妊娠,早期诊断及治疗是救治腹腔妊娠的关键,B 超检查及血 HCG 检测是诊断异位妊娠的主要方法,腹腔妊娠根据其部位可能有不同的临床表现,原发性腹膜妊娠多表现腹痛,腹腔妊娠一经发现,可以多学科联合手术行腹腔镜治疗,该方法创伤小,有利于患者整体机能的康复,是一种行之有效的方法。

## 参考文献

[1] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生

出版社,2018:79.

- [2] YASUTAKE N, TSUNEMATSU R, OISHI H, et al. Successfully treated abdominal pregnancy causing hemoperitoneum using combined surgical and systemic methotrexate therapy: a case report and review of cases treated at Kyushu University Hospital[J]. Gynecol Obstet Invest, 2013, 76(3): 188-192.
- [3] ZHANG Y, KANG D, ZHANG B, et al. Ectopic pregnancy causing splenic rupture[J]. Am J Emerg Med, 2016, 34(6): 1-2.
- [4] GAO H, YUAN T, DING Y, et al. Primary splenic pregnancy with hemorrhagic shock [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2017, 43(8): 1342-1345.
- [5] HYVARINEN M, RAUDASKOSKI T, TEKAY A, et al. Abdominal pregnancy [J]. Duodecim, 2009, 125(22): 2448-2451.
- [6] COREY E K, HARVEY S A, SAUVAGE L M, et al. A case of ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy [J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2014, 2014(1): 793735-793737.

- [7] 杨斌, 金钰妮, 赵卫, 等. CT 诊断腹腔妊娠 1 例[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(7): 1243-1244.
- [8] 许华, 朱瑾. 6 例腹腔妊娠临床报道及文献回顾[J]. 生殖与避孕, 2010, 30(2): 133-136.
- [9] KUAI X P, WANG S Y, QIU J M. Ectopic pregnancy implanted in the liver under the diaphragm [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2013, 52(4): 586-587.
- [10] COBELLIS L, STRADELLA L, MESSALLI E M. Contribution to the choice of therapy in abdominal pregnancy [J]. Panminerva Med, 2000, 42(2): 159-161.
- [11] OKI T, BABA Y, YOSHINAGA M, et al. Super-selective arterial embolization for uncontrolled bleeding in abdominal pregnancy [J]. Obstet Gynecol, 2008, 112(2): 427-429.
- [12] 禹夜, 李小毛. 原发性腹腔妊娠 1 例及文献复习[J]. 新医学, 2016, 47(11): 768.
- [13] 杨岑, 彭澎, 于昕, 等. 早期腹腔异位妊娠保守治疗成功经验及文献复习[J]. 生殖医学杂志, 2015, 24(7): 539.

(收稿日期: 2019-02-08 修回日期: 2019-05-29)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.19.049

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190809.1541.074.html> (2019-08-12)

## 糖尿病性偏侧舞蹈症 1 例报道\*

陈 莉, 钟 华<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属南川人民医院神经内科 408400)

[中图法分类号] R587.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2019)19-3418-03

偏侧舞蹈症是一种比较少见的锥体外系症状, 通常由舞蹈样症状肢体对侧的基底节或其联系纤维受损引发单侧肢体和(或)面部的不自主、不规则的舞蹈样动作<sup>[1]</sup>。糖尿病性偏侧舞蹈症(hemichorea associated with non-ketotic hyperglycemia, HC-NH)临床少见, 误诊率高, 头颅 CT 可见高密度影, 早期易误诊为脑出血, 若不及时诊治, 延误治疗, 影响预后。为提高临床医生对该病的认识, 现将本院收治 1 例 HC-NH 患者的诊治情况, 现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 76 岁, 因“左下肢不自主运动 1 周”于 2018 年 6 月 12 日入院。入院前 1 周患者无明显诱因出现左下肢持续性不自主运动, 呈快速变幻的屈曲、外展、内收等动作, 站立及行走不稳, 夜间入睡后症状消失, 上述症状进行性加重。既往有“高血压”5 年, “2 型糖尿病”5 年, 最高空腹血糖 20 mmol/L, 现以门冬胰岛素注射液(300 IU/支)行降糖治疗, 未规律监测

血糖。左侧基底节区出血病史 1 年余, 无后遗症。否认脑炎、甲状腺疾病、系统性红斑狼疮病史。否认特殊药物(氟桂利嗪、甲氧氯普胺、左旋多巴、苯妥英钠)及毒物(一氧化碳、重金属、农药)接触史; 家族中无类似疾病史。查体: 生命体征正常, 内科系统查体阴性。神经系统: 神清语晰, 对答切题, 高级皮层功能粗测正常, 双眼球各向运动到位, 无眼震, 眼底检查未见异常, 双侧鼻唇沟对称, 伸舌居中, 颈阻阴性, 左上肢及右侧肢体肌张力正常, 左下肢肌张力降低, 左下肢舞蹈样不自主运动, 四肢肌力 5 级, 全身皮肤痛温触觉、关节位置觉正常, 双侧指鼻试验稳准, 双侧腱反射对称引出, 双侧 Babinski 征(-)。辅助检查: 入院时测随机指血糖 26.9 mmol/L。血气分析血糖 27.3 mmol/L、pH 7.483、PCO<sub>2</sub> 33.5 mm Hg。尿常规: 葡萄糖(2+), 酮体(-)。次日空腹血糖 9.34 mmol/L。电解质: 钾 3.26 mmol/L。血常规、血凝、心肌酶谱、D-二聚体、肝肾功、血脂、甲状腺功能、自身抗体谱、补

\* 基金项目: 重庆市南川区科学技术委员会项目(Cx201807)。

作者简介: 陈莉(1986—), 主治医师, 硕士, 主要从事神经病学研究。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 949535665@qq.com。