DOI:10.16016/j.1000-5404.201412169

经验交流

腹茧症合并不孕症14例临床分析

慕庆玲,薛 敏,肖松舒,万亚军 (410013 长沙,中南大学湘雅三医院妇产科)

[关键词] 腹茧症;不孕;腹腔镜;辅助生殖
[中图法分类号] R572.2 [文献标志码] B

腹茧症是一种临床罕见的疾病,其特点是盆腹腔全部或部分脏器被纤维结缔组织包裹形成粘连,形似蚕茧。目前该病发病机制尚不明确,国内外关于该病以往多由胃肠外科医师报道[1],近年来,随着腹腔镜在妇科应用的推广,其在女性不孕患者中的报道有所增加[2]。自2008年10月到2013年7月,我院共收治14例因不孕就诊后经手术证实腹茧症患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2008年10月至2013年7月中南大学湘雅三医院妇科共收治腹茧症合并不孕患者14例,年龄23~46(31.0±6.0)岁,1例继发不孕,13例原发不孕,不孕病史3~25(10.2±7.5)年,其中2例患者术前行IVF-ET术多次均失败。所有患者平素月经规律,无痛经。12例患者既往有外院盆腔手术史,距入我院手术时间1~14(5.2±4.4)年,其中8例术中盆腔粘连严重。1例患者有反复下腹胀痛病史。均否认长期服药及腹腔用药史,否认结核病史及肝肾疾病史。男方精液检查均正常。术前女性激素水平均正常。B超检查:14例患者均有输卵管积水、盆腔包裹性积液或卵巢囊肿,其中1例合并不完全性子宫纵隔,1例合并子宫内膜息肉。

1.2 术中情况及处理方式

14例患者中12例同时行宫腔镜检术,其中3例宫腔镜示内膜息肉,行宫腔镜下息肉摘除术;1例合并3 cm不完全子宫纵隔,同时行宫腔镜下纵隔电切;余宫腔镜检未见明显异常。14例均按腹腔镜检常规步骤进行手术,宫腔镜检术后放置举宫器。除3例患者因建立气腹困难行开放性气腹外,其余11例患者套管针穿刺气腹形成良好。患者均术中诊断腹茧症,术中见盆腹腔广泛、多层膜状粘连,肠管被包膜茧状包裹,部分肠管附着粘连于腹壁,子宫及双侧附件被部分或全部包裹粘连。3例患者腹腔镜探查时因盆腹腔粘连严重中转开腹。根据术中具体情况及家属意愿决定手术方式。其中2例粘连较轻要求自然妊娠,行双侧输卵管整形造口术,腹腔镜下美蓝通液示双侧输卵管均通畅;5例拟行试管婴儿患者中3例行双侧输卵管钛夹钳夹术,2例因粘连严重行双侧输卵管峡部近端电凝离断术;2例因合并输卵管脓肿行患侧输卵管切除术;1例行盆腔包裹性积液清除;余4例因多层包裹无法暴露盆腔脏器而放弃分离粘连。分离粘连10例中3例同时行卵巢囊肿剥除术。所有患者中仅1例术中检查发现两处肠管浆肌层损伤,予间断缝合创面,余患者无肠道及泌尿系损伤。术毕14例患者均于盆腹腔创面放置透明质酸钠防粘连,7例患者术毕留置盆腔引流管。

2 结果

2.1 术后情况

术后送检组织病理结果显示:(卵巢囊肿壁)提示黄体囊肿、化脓性炎症及巧克力囊肿各1例。所有患者术后1~3 d,平均2.1d排气,术后3~13 d,平均6.4 d出院。盆腔引流管留置者留置时间3~4 d。2例于术后第7天后出现腹痛腹胀,立位腹部平片及腹部B超提示不完全肠梗阻,经禁食、胃肠减压、补液等保守对症处理后腹痛好转出院,余12例术后均未出现肠梗阻表现。术中成功行双侧输卵管整形造口通液术2例嘱出院后积极试孕6个月,若仍未自然受孕,建议行辅助生殖,余建议术后尽早行IVF-ET术助孕。

2.2 术后随访

失访3例,另11例患者中10例术后无腹痛腹胀等肠梗阻临床表现,1例近1年出现间歇性下腹坠痛。2例双侧输卵管疏通患者术后1年内均自然受孕,足月妊娠分娩。6例行IVF-ET,5例成功受孕,其中4例足月妊娠分娩。

[通信作者] 万亚军,电话:(0731)88618022,E-mail:lzy1954126@126.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20150327.1418.020.html(2015-03-27)

3 讨论

腹茧症最早由 Naniwadekar 等[3]于 1978 年报道，目前其发病机制尚不明确，临床表现缺乏特异性。在外科多因腹部肿块、反复发作腹痛腹胀、急性或慢性肠梗阻就诊[4]；在妇科，多因不孕或附件包块就诊[5]。本组病例均有不孕病史，B 超检查提示患者均有输卵管积水、盆腔包裹性积液或卵巢囊肿，仅 1 例患者有反复下腹胀痛病史。术前影像学检查对部分腹茧症患者术前诊断有一定价值[6]，但由于临床和影像学表现常不典型，且多数患者术前因无任何临床不适症状未行特殊影像学检查，绝大多数病例术前难以明确诊断，而在术中见到肠管包裹粘连如蚕茧样时诊断。

腹茧症粘连多为包裹性粘连，肠管与腹壁之间，肠管与肠管之间多有疏松的间隙。对既往有盆腹腔手术史者我院常规行脐周彩超排除肠管粘连附着于前腹壁，气腹针插入顺利通常有明显突破感，回抽无血液，注入生理盐水无阻力。如感觉腹壁突破感不强，腹腔内压异常升高、充气困难，切忌盲目充气或行套管针穿刺，以免损伤肠管，在多次穿刺针进腹显示腹腔内高压时，建议行开放性气腹。因腹腔镜有局部图像的放大功能，术中解剖精细，同时避免了肠管长期时间暴露在空气中，术后粘连少，再发肠梗阻的可能性减少，故笔者建议首选腹腔镜探查。术中见盆腹腔脏器被纤维膜样组织包裹似蚕茧样即可诊断为腹茧症。术后病检可进一步证实[7]，通常为纤维结缔组织增生，伴非特异性炎性反应。细胞学检查及腹水培养亦可提示无恶性疾病及细菌感染。

在腹茧症患者，因纤维粘连带包裹卵巢及输卵管伞端，不利于排卵、拾卵[8]。卵巢排卵不出，卵泡破裂受阻，闭锁卵泡在卵细胞退化后腔内积液不仅未减少，反而不断增加，日久积聚可形成囊性包块。输卵管粘连扭曲、活动度减弱，其功能障碍或管腔不通，不利于输送配子及受精卵，可导致不孕，且输卵管积水甚至积脓可引起输卵管黏膜结构破坏及功能丧失，影响受精及胚胎发育。故女性腹茧症患者常合并不孕症，本组除 1 例为继发不孕外，余 13 例均为原发不孕。

不孕症患者腹腔镜检同时建议行宫腔镜检了解宫腔情况，必要时处理宫腔息肉、纵隔等疾病。如术中腹腔镜下成功暴露盆腔脓肿及卵巢囊肿，可尽量行脓肿清除及囊肿剥除术。对于渴望自然受孕的患者，术中如宫腔情况良好、附件区粘连不严重，如能分离附件粘连恢复卵巢及输卵管解剖位置及功能，可行输卵管造口疏通术，以提高术后自然妊娠几率，已有报道无症状自然妊娠到足月的腹茧症病例[9]。对于输卵管梗阻积水且粘连严重难以恢复其正常解剖结构的不孕症患者，建议行双侧输卵管结扎术，减少输卵管积水对妊娠的不良影响[10]，术后行 IVF-ET 术助孕。如子宫双附件纤维包裹严重，难以暴露，强行分离粘连手术损伤大，易发生肠道及泌尿道损伤。由于胚胎质量和子宫内膜容受性是影响 IVF-ET 术结局的两个关键因素，故对于外生殖器、子宫及卵巢功能正常的这类腹茧症患者，最好适时终止手术，对输卵管积水严重患者，可选择行双侧输卵管介入栓塞治疗[11]，术后行 IVF-ET 术助孕[12]。

本组病例即按以上原则处理，术中 5 例行输卵管绝育术，2 例行输卵管整形造口通液术，2 例因输卵管积脓行患侧输卵管切除术，1 例行盆腔包裹性积液清除，余 4 例因盆腹腔粘连严重放弃处理。分离粘连 10 例中 3 例同时行卵巢囊肿剥除术。术后早期鼓励适当活动，尽早恢复肠蠕动。临床诊治过程中除明确诊断、适时终止分离粘连外，正确指导患者术后受孕亦很重要。2 例双侧输卵管疏通患者建议术后自然试孕 1 年失败后积极 IVF-ET，余建议尽早行 IVF-ET。2 例疏通患者术后 1 年内均自然受孕，未疏通者术后 6 例接受 9 个周期的体外受精-胚胎移植，成功受孕 5 例，孕足月分娩 4 例，1 例 47 岁患者行 IVF-ET，孕 3 个月自然流产，另 1 例 38 岁患者行 IVF-ET，受精卵未着床，以上 2 例患者妊娠失败主要考虑与年龄偏大，卵巢储备功能降低，卵子质量差相关。

综上，腹茧症不孕患者常因不孕或附件区囊性包块就诊，临床表现不典型，术前诊断困难，术中尽量不损伤肠管，酌情行输卵管整形疏通术，建议行辅助生殖以提高受孕率。

参考文献：

[1] 孙颢，陈佳栋，高友福. 腹茧症的诊断与治疗[J]. 中国现代普通外科进展，2014，17(1)：69－71.

[2] 李智敏，罗喜平，曾俐琴，等. 腹腔镜在腹茧症合并不孕中的应用[J]. 中华妇幼临床医学杂志：电子版，2013，9(6)：750－752.

[3] Naniwadekar R G，Kulkarni S R，Bane P，*et al*. Abdominal cocoon：an unusual presentation of small bowel obstruction [J]. J Clin Diagn Res，2014，8(2)：173－174.

[4] 邓娟娟，屠金夫，严速，等. 原发性腹茧症致肠梗阻15例外科治疗[J]. 中华普通外科杂志，2014，29(6)：474－475.

[5] 刘会玲，任睿，李明锦. 妇科腹茧症8例分析[J]. 山东医药，2013，53(12)：85－86.

[6] 李家言, 腹茧症的影像学表现[J]. 中国介入影像与治疗学, 2013, 10(2): 124-127.
[7] Al-Thani H, El-Mabrok J, Al-Shaibani N, *et al*. Abdominal cocoon and adhesiolysis: a case report and a literature review[J]. Case Rep Gastrointest Med, 2013, 2013: 381950.
[8] 张帆, 胡燕. 腹茧症合并不孕症8例临床分析[J]. 新医学, 2014, 45(2): 108-111.
[9] Hu D, Wang R, Xiong T, *et al*. Successful delivery after IVF-ET in an abdominal cocoon patient: case report and literature review[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2013, 6(5): 994-997.
[10] 安锦霞,高喜红. 体外受精-胚胎移植前的输卵管积水治疗[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2014, 33(4): 321-324.
[11] 王添平, 张国福, 张娣, 等. 输卵管栓塞术在体外受精-胚胎移植前处理输卵管积水中的应用[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2012, 18(5): 457-459.
[12] 席红琳, 谭新沙. 腹茧症合并不孕患者的体外授精-胚胎移植治疗体会[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(16): 2614-2616.

(**收稿**:2014-12-16;**修回**:2015-02-02)
(编辑 吴培红)

DOI:10.16016/j.1000-5404.201503075

经验交流

口含低温活性银离子抗菌液预防白血病患者化疗致口腔溃疡的观察

张佳思,廖建梅,阮潜瑛 (400038 重庆,第三军医大学西南医院血液科)

[**关键词**] 活性银离子;白血病;口腔溃疡
[**中图法分类号**] R781.501 [**文献标志码**] B

化疗是目前治疗白血病的主要措施,然而化疗药物会出现多种副作用,口腔溃疡是化疗常见的副作用之一,其发生率据文献[1]报道可达75%。严重口腔溃疡可引起感染、出血,增加患者痛苦,影响患者进食,使患者生活质量下降,并干扰化疗正常进行,甚至使部分患者产生恐惧心理,而拒绝接受进一步治疗,严重影响治疗效果。因此,白血病患者化疗致口腔溃疡的预防极其重要。我科自2014年1-12月采用口含低温活性银离子抗菌液(商品名:银尔通)预防白血病患者化疗所致的口腔溃疡,获得了满意的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2014年1-12月西南医院血液科共收治住院的初诊白血病患者254例,诊断明确,无口腔溃疡及糖尿病、自身免疫性疾病等患者216例,分为对照组、试验组两组,每组各108例;排除中途因病情变化及不配合者共6例,每组各3例。完成本次试验观察患者共210例,每组各105例,男性102例,女性108例,年龄3~68岁,平均40岁。其中急性髓细胞白血病138例,急性淋巴细胞白血病72例,均行化疗药物输注治疗。两组患者性别、年龄、疾病类型等基本情况经统计学处理无统计学差异,具有可比性。患者对试验均知情,经院伦理委员会批准同意实施。

1.2 方法

对照组采用我科常规口腔护理方法:即指导患者化疗期间除每天2次正确刷牙外,另坚持每天7次用碳酸氢钠溶液和呋喃西林溶液交替漱口,即3餐前、后和睡前。试验组在对照组基础上增加在患者输注化疗药物的时间段间断口含低温(2~8 ℃)的银尔通,此措施将常温的银尔通放置于冰箱冷藏室(2~8 ℃)内保存,在患者输注化疗药物前5 min由责任护士将低温(2~8 ℃)保存的银尔通从冰箱内取出指导患者开始口含,每次口含量3~5 mL,时间5~10 min,间隔时间1~2 min,如此反复多次,直到化疗药物输注结束后30 min停止。另患者在3餐后即常规用漱口液漱口后,也口含低温的银尔通,每次口含量及时间同上,每天3次。持续2周结束上述试验。期间每天观察记录两组患者口腔溃疡的发生情况。

1.3 口腔溃疡判断标准

参照WHO抗癌药物急性及亚急性毒性反应分将口腔溃疡反应程度分为5度[2]:0度为黏膜正常;Ⅰ度

[**通信作者**] 张佳思,E-mail:xqwangmin@sina.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20150806.1730.001.html(2015-08-06)