

腹腔镜治疗原发性膈肌妊娠 1 例

杨后禹 史媛君子 纪刚*

(贵阳市第二人民医院妇科, 贵阳 550023)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2023)05-0398-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2023.05.015

膈肌妊娠是腹腔妊娠的罕见类型。2019 年 1 月我院收治一例停经后右上腹痛患者, 急诊腹腔镜探查诊断膈肌妊娠。现报道此例膈肌妊娠诊治过程, 结合文献复习, 为临床处理此类罕见腹腔妊娠提供经验。

1 临床资料

患者 26 岁, 因“停经 12 周, 右上腹痛 10⁺ 小时”于 2019 年 1 月 18 日就诊。13 岁月经初潮, 月经规律, 3~5 d/28~30 d, 孕 1 产 0, 无手术史。末次月经 2018 年 10 月 25 日。停经 30 天自测尿 hCG 阳性, 停经 34 天少量阴道流血后就诊外院, 阴道 B 超提示子宫正常大小, 宫内未见孕囊, 考虑自然流产, 口服止血药物对症治疗, 阴道流血停止。9 天前再次自测尿 hCG 阳性, 外院行阴道 B 超提示子宫正常大小, 嘱定期复查。10⁺ 小时前右上腹痛伴肛门坠胀感, 外院行腹部 B 超提示肝、胆、胰、脾、双肾未见异常, 阴道 B 超提示双侧附件区囊性结构(右侧 40 mm×39 mm, 左侧 36 mm×35 mm), 盆腔大量积液声像, 查血 hCG 3674 mIU/ml(正常值 < 5 mIU/ml), 考虑宫外孕, 转至我院。查体生命体征平稳, 后穹窿穿刺抽出 5 ml 不凝血, 考虑诊断“腹痛原因: 异位妊娠?”, 急诊行腹腔镜探查。全麻, 头低脚高 15° 位, 于脐下 1 cm 做 10 mm 切口为观察孔, 左侧腋中线平脐水平、反麦氏点 2 个 5 mm 切口为操作孔。镜下见盆腔积血, 吸净量约 600 ml, 探查子宫正常大小, 表面光滑, 双侧卵巢囊性增大大小约 4 cm×3 cm×3 cm, 表面光滑, 未见破裂出血, 双侧

输卵管外观无异常。于双侧卵巢囊肿表面电凝切开, 见清亮液体流出, 左侧卵巢见直径约 2 cm 囊肿分隔, 内含巧克力样液体, 剔除双侧卵巢囊肿囊壁, 检查未见绒毛样组织, 缝合双侧卵巢成形。继续探查上腹腔, 肝脏右侧及右侧膈肌间见新鲜血凝块, 量约 100 ml, 清除血凝块, 于右后肋膈角上 3 cm 膈肌表面见一大小约 2 cm×2 cm 紫蓝色团块, 基底活动性出血, 基底上方见滋养血管(图 1), 考虑膈肌妊娠可能。为便于手术进行, 将腹腔镜显示屏从患者足侧移至头侧右上方, 体位改为头高脚低, 左倾 15°, 取左侧锁骨中线与左肋缘交界处 10 mm 切口为观察孔, 分别于剑突下偏右及右侧腋前线与肋弓交界处 2 个 5 mm 切口为操作孔, 3-0 薇乔线缝扎膈肌表面团块基底上方滋养血管, 剔除组织后“8”字缝扎创面, 检查标本可见典型绒毛样结构(图 2、3)。生理盐水清洗腹盆腔, 检查无出血, 结束手术, 术中出血 300 ml。术后病理: “右侧膈肌下”送检为胎盘绒毛组织(图 4); “左侧卵巢”: 1. 黄体囊肿, 2. 卵巢子宫内膜样囊肿。术后诊断: 1. 右侧膈肌妊娠; 2. 双侧卵巢黄素化囊肿; 3. 左侧卵巢巧克力囊肿。术后 1 天复查血 hCG 1047.0 mIU/ml, 住院 4 天出院。术后 1 个月门诊复查, 无不适, 血 hCG 正常。术后 1 年自然受孕, 足月分娩一活婴。

2 讨论

腹腔妊娠是临床少见异位妊娠类型, 如无子宫腹膜瘘形成, 明确妊娠只存在于腹腔内并满足双侧输卵管和卵巢正常的条件下, 可判定为原发性腹腔

* 通讯作者, E-mail: 444733276@qq.com

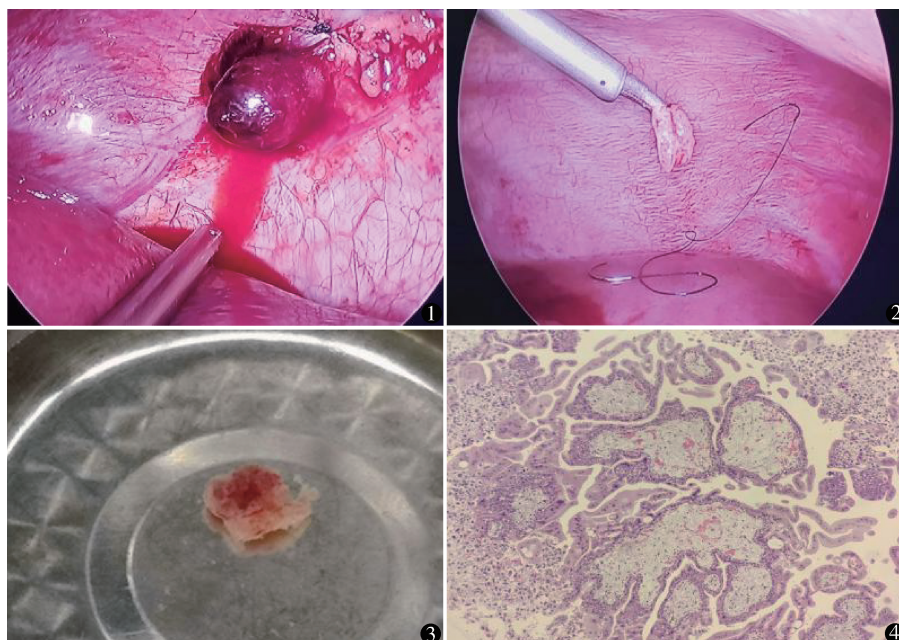


图 1 右侧膈肌表面见大小约 2 cm × 2 cm 紫蓝色团块,缝扎基底上方滋养血管后仍有活动性出血 图 2、3 手术标本见典型绒毛结构 图 4 镜下见绒毛、滋养叶细胞及蜕膜组织,提示胎盘绒毛组织(HE 染色 ×100)

妊娠,否则属于继发性腹腔妊娠^[1]。根据术中探查,本例属于原发性膈肌妊娠。膈肌妊娠临床罕见,分别以“膈肌妊娠”、“diaphragmatic pregnancy”为关键词检索“CNKI”及“Pubmed”网站,共检索出 5 篇文献:王莹莹^[2]及贾济波^[3]从影像学检查角度,分析通过 hCG 结合 B 超、CT 或 MRI 在膈肌妊娠诊断中起到的重要作用,同时强调育龄期停经妇女上腹部疼痛需要重视;刘维等^[4]报道 1 例膈肌妊娠的手术过程,经中下腹正中纵切口开腹探查,盆腔内未查见异位妊娠组织后,将切口延长至右侧肋下,于右膈肌下找见妊娠组织,作者认为腹腔镜探查可避免过长的手术切口并缩短手术时间;Chen^[5]及 Wu^[6]同样强调影像检查在腹腔妊娠诊断中的重要作用,且均肯定腹腔镜手术在腹腔妊娠治疗中的价值。我们站在手术角度,从微创手术细节出发,分析该例诊治中的不足,着重思考此次手术可进一步改进之处。

首先,分析患者 2 次就诊外院及我院就诊的诊断过程,术前并未诊断膈肌妊娠。患者在停经长达 12 周的时间内,仅有阴道少量流血症状,无明显腹痛,外院 2 次阴道 B 超均提示子宫及双附件未见明显异常,可能由于对异位妊娠停经后腹痛、阴道流血典型症状的刻板印象,以及对腹腔妊娠认识不足,外

院仅考虑到自然流产,未进一步判断腹腔妊娠甚至膈肌妊娠的可能,未监测血 hCG 变化,从而不能判定真正的妊娠状态;在出现右上腹痛症状后,外院腹部 B 超无阳性发现,以及阴道 B 超提示双侧附件区囊性结构,就诊我院后仍简单考虑右上腹痛由异位妊娠破裂出血刺激膈肌所致,未引起重视,仅按经验常规行腹腔镜探查以期在盆腔内发现异位妊娠组织并手术处理。术后回想,如术前行 CT 或 MRI 检查及时发现膈区异常,可为手术探查顺序提供明确指向,从而缩短手术探查时间,减少术中出血。

另外,术中为便于操作,需移动腹腔镜显示屏、光源、二氧化碳储气罐等设备,转换体位并重新建立观察孔及操作孔,不仅耗费时间,同时也增加腹壁切口数量。若术前能考虑腹腔妊娠,在无腹部手术史且不考虑存在腹盆腔内严重粘连的情况下,经脐单孔腹腔镜探查可作为探查首选入路,理由如下:①经脐单孔探查因置入切口保护套,脐部直径约 3 cm 圆形切口,镜下如发现妊娠组织位于道格拉斯陷凹或骶韧带等盆腔深处,可直接处理,无需增加手术切口;②如探查发现妊娠组织位于大网膜、小肠表面,则可将妊娠组织附着部位局部拖出脐部切口处理,使手术难度降低;③如探查发现妊娠组织位于肝脏

表面或膈肌等上腹腔部位,需要增加操作孔的数量也相对较少;④经脐单孔腹腔镜手术在术后腹壁美观方面具有优势。

综上,对于停经的育龄期妇女,经 hCG 明确妊娠状态,出现右上腹痛症状时,如阴道 B 超多次检查未见孕囊位于宫内或附件区,应考虑腹腔妊娠可能,及时完善上腹部 CT 或 MRI 以判断异位妊娠位置,经脐单孔腹腔镜可作为首选探查及手术途径。

参考文献

1 Hajji A, Toumi D, Laakom O, et al. Early primary abdominal pregnancy;diagnosis and management. A case report. Int J Surg Case Rep,2020,73;303 – 306.

2 王莹莹,张露华,李桂兰. 彩色多普勒超声诊断膈肌妊娠合并黄体破裂 1 例. 临床超声医学杂志,2017,19(2):128 – 131.

3 贾济波,朱全新,王 禹,等. 膈肌妊娠一例. 放射学实践,2022,37(10):1331 – 1332.

4 刘 维,袁 利,文书娟. 膈肌妊娠临床诊治 1 例. 中国现代医学杂志,2017,27(21):128.

5 Chen L, Liu J, Shu J, et al. Successful laparoscopic management of diaphragmatic pregnancy: a rare case report and brief review of literature. BMC Pregnancy Childbirth,2019,19(1):99.

6 Wu QL, Wang XM, Tang D. Ectopic pregnancy implanted under the diaphragm;a rare case report. World J Clin Cases, 2021, 9(36): 11437 – 11442.

(收稿日期:2022 – 11 – 22)

(修回日期:2023 – 03 – 10)

(责任编辑:王惠群)