

润,此型患者多数无症状,CT 检查可发现;(2)肠系膜脂膜炎,主要表现肠系膜脂肪组织炎症反应,此型患者多有腹痛、腹胀、纳差、恶心、发热、消瘦、腹部包块等症状;(3)硬化收缩性肠系膜炎,主要表现为肠系膜脂肪组织内纤维组织增生改变,为该病的终末期,因胶原沉积导致肠系膜收缩及瘢痕形成,常导致肠梗阻^[4]。极少患者会全部经历这 3 个阶段。本研究患者血常规、生化指标、C 反应蛋白、红细胞沉降率正常,腹部 CT 提示腹腔肠系膜区域云絮状磨玻璃影,内多个淋巴结增大;病检提示送检纤维组织中见泡沫样细胞弥漫性增生,少量淋巴细胞浸润,符合脂膜炎改变。

临床上尚无标准治疗方案,对于无症状的患者,无须治疗,可观察随诊。本研究患者经过随诊观察近 1 年,仍无特殊不适,复查腹部 CT 无肠系膜脂膜炎的典型体征,证实了该病的自限性。若患者有腹痛等特异性症状、体征,需药物对症治疗,常用的药物有糖皮质激素、他莫昔芬,以及免疫抑制剂如环磷酰胺、氨甲蝶呤、秋水仙碱等^[5]。若存在肠梗阻则需手术治疗。

本例患者除腹腔脂肪组织团块样增生外,还有少量乳糜腹水,腹水中含有大量淋巴细胞和乳化脂肪。临床诊断乳糜腹水常凭外观或实验室检查结果。乳糜腹水常因感染、胸导管、乳糜池,肠淋巴干机械性梗阻,手术、创伤、肿瘤等所致。该患者乳糜腹水考虑可能是肠系膜脂膜炎波及肠系膜血管和(或)淋巴管,导致局部血液运输、肠管运动、肠系膜淋巴吸收和循环障碍所致。

综上所述,由于本例患者术前无临床症状、体征,

· 案例分析 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.09.040

仅因腹腔镜手术意外发现腹腔肠系膜及腹壁脂肪结节样病变及乳糜样腹水,是否与患者既往有胆囊切除术及近期宫颈锥切手术有关,是否与患者白细胞低下、乙肝病毒感染及 HPV 感染等免疫力低下表现相关,可进一步回顾性研究总结肠系膜脂膜炎的病因。另外,肠系膜脂膜炎发病率不高,又无典型、特异性临床表现,因而临床上即使偶然遇见也难以充分认识。通过本例患者术中腹腔镜直视下观察肠系膜脂膜炎盆腹腔病变情况,为临床上加强肠系膜脂膜炎的认识提供了有力参考,也为临床上避免把肠系膜脂膜炎误诊为其他疾病给予不恰当治疗提供了参考。

参考文献

- [1] OGDEN W W, BRADBURN D M, RIVES J D. Mesenteric panniculitis: review of 27 cases[J]. Ann surg, 1965, 161(6):864-75.
- [2] BURAGINA G, MAGENTA B A, CARRAFIELLO G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: a critical overview[J]. Acta Biomed, 2019, 90(4):411-422.
- [3] 刘斯,侯启圣,刘理,等. 41 例肠系膜脂膜炎的临床特点分析[J]. 中国急救医学, 2021, 41(5):404-406.
- [4] 蒋青伟,王凤丹,王文泽,等. 肠系膜脂膜炎 12 例临床特征分析[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(2):112-115.
- [5] HUSSEIN M R, ABDELWAHED S R. Mesenteric panniculitis: an update[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2015, 9(1):67-78.

(收稿日期:2022-09-21 修回日期:2023-01-01)

双子宫双侧妊娠 1 例

贾文娟¹, 李 婷², 倪洋洋¹, 计金双¹, 卢湘怡¹, 黄 欢^{3△}

1. 湖北省江汉大学医学院, 湖北武汉 430056; 2. 湖北省赤壁市人民医院妇产科, 湖北咸宁 437300; 3. 湖北省武汉市中心医院妇产科, 湖北武汉 430014

关键词: 双子宫; 双侧妊娠

中图分类号: R714.22

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2023)09-1342-03

双子宫双侧妊娠较为罕见,但妊娠时常与流产、早产等不良妊娠结局密切相关。本文报道 1 例双子宫双侧妊娠病例并结合相关文献进行总结报道,以提高对这类疾病的认识。

1 临床资料

患者,29 岁,以“第二胎,孕 28⁺周,恶心、呕吐、腹泻 1 d”于 2019 年 11 月 12 日首次来武汉市中心医院(以下简称本院)就诊。平时月经规律,经期 5 d,周

期 28 d,经量正常,有痛经,末次月经:2019 年 4 月 24 日,预产期:2020 年 2 月 1 日。该孕妇此次为自然受孕。停经 50⁺d 查 B 超显示:宫内早孕,双活胎。孕早期有早孕反应,孕 4⁺个月自觉胎动,孕期无阴道出血,无头昏、视物模糊等不适。定期产前检查:羊水穿刺低危,未做口服葡萄糖耐量试验,自诉空腹和餐后 2 h 血糖正常范围,平时血压维持在正常范围。2019 年 9 月 24 日外院超声提示:双活胎,孕妇完全性双角

△ 通信作者, E-mail: 2759546413@qq.com。

子宫可能。孕妇诉 2019 年 11 月 11 日晚餐后开始恶心、呕吐,后腹泻 3 次,伴随发热,体温最高达 37.9℃,2019 年 11 月 12 日清晨又腹泻 1 次,遂来本院就诊,患者仍有恶心、头痛,无腹痛,未动红,未破水,自觉胎动如常。患者于 2018 年孕 45⁺d 自然流产 1 次,超声检查发现双子宫畸形,未做任何特殊处理,无其他特殊病史。入院时体检显示,体温:37.5℃,脉搏:85 次/分,呼吸:20 次/分,血压:110/70 mm Hg,神志清楚,检查合作,心肺听诊未闻及明显异常,腹膨隆。专科检查:孕妇腹壁较厚,未清楚扪及 2 个宫底,宫高 30 cm,腹围 105 cm,胎心 142~150 次/分,规则,未及宫缩。本院查血常规显示:白细胞 $8.64 \times 10^9/L$ ($3.5 \times 10^9/L \sim 9.5 \times 10^9/L$),中性粒细胞 89.9% (40%~75%),血红蛋白 109 g/L (115~150 g/L),血小板 109 g/L (125~350 g/L);超敏 C 反应蛋白:4.24 mg/dL (0~0.6 mg/dL);超声提示:腹腔可见 2 个子宫,孕妇双子宫畸形,双活胎,胎儿分别位于两侧子宫内,A 胎儿(左侧)超声孕周 29⁺1 周,双顶径 7.3 cm;B 胎儿(右侧)超声孕周 27⁺6 周,双顶径 6.5 cm,胎儿 B 双顶径偏小,见图 1。以“发热待查:腹泻? 双胎:孕 2 产 0 孕 28⁺6 周待产;妊娠合并完全性双子宫”收入本院。入院后观察双胞胎胎心、胎动及产兆,给予抗感染、补液等对症支持治疗,孕妇恶心、呕吐、腹泻等不适明显好转,3 d 后出院。随访获知孕妇于 2019 年 11 月 16 日因下腹明显发紧 5~6 min,持续 20 s 左右,急诊于武汉协和医院治疗。入院后检查宫口已开大 2 cm,仅触及一个宫颈,由于患者保胎意愿极强,医生告知相关风险后给予硫酸镁抑制宫缩治疗及地塞米松促胎肺成熟,随后出现规律宫缩,宫缩渐强,医生告知早产不可避免,2 h 后宫口开全经阴道分娩一男活婴,体质量 1 300 g,轻度窒息,另一胎足先露或横位,结合家属意愿等综合考虑行子宫下段剖宫产术分娩一活男婴,体质量 1 350g,仍有轻度窒息,2 个男婴经抢救后转入新生儿科,术中证实为双子宫双宫颈。2 个男婴均存活,发育正常,未出现明显并发症等。



图 1 双子宫双胎彩超

2 讨 论

双子宫是先天性子宫发育异常的一种,主要原因是两侧苗勒管在胚胎发育的过程中完全未融合而各

自发育形成 2 个子宫体和 2 个宫颈,阴道也完全分开,左右侧子宫各有单一的输卵管和卵巢,亦有双子宫、单宫颈、单阴道^[1]。双子宫作为不常见的苗勒管畸形(MDAs)的类型之一,约占所有 MDAs 的 8.3%,双子宫的患病率为 1/30 000~1/10 000,双子宫双侧宫腔同时妊娠的发病率约为 1/100 万^[2-3]。双侧子宫妊娠时可同期受孕,也可异期复孕,早孕期可超声检查亦可辅助检查^[4]。

大多数双子宫患者可能无任何症状,当伴有阴道纵隔时可能出现性交困难或痛经,一般在人工流产、产前检查、甚至分娩时会偶然发现^[1]。专科检查时可扪及子宫呈分叉状,目前相对于有创检查如宫腔镜、腹腔镜、子宫输卵管造影及磁共振检查等,三维多平面超声用作一种无创检查方法来确定子宫解剖结构结果较为准确,其冠状切面会显示 2 个完整的子宫体,各自有独立的内膜、宫壁和宫颈,一般 2 个宫体大小一致^[5]。双子宫患者如无生育要求,则无须特殊的临床处理,也有一些研究报道,未经治疗的双子宫女性生育力优于其他 MDAs 女性^[6]。当患者存在反复流产、早产等情况时,临床医生需高度怀疑患者双子宫畸形可能,故行专科检查时注意是否同时存在双阴道双宫颈,当专科检查结果不理想时建议患者行三维超声以明确诊断,以便后期妊娠指导。若行早期人工流产术建议术中超声监测以防误刮于未孕侧子宫,造成胚胎漏刮;无论单侧或双侧宫腔妊娠均需注意流产、早产等发生风险;分娩后需严密观察子宫收缩情况,减少产后出血等风险。

由于双子宫双侧妊娠病例较少,目前没有推荐终止妊娠的具体途径,有研究显示,双子宫双侧妊娠也可成功自发阴道分娩,因此双子宫双侧妊娠患者并非是剖宫产手术的绝对指征^[2]。但更可能是因胎位不正或难产而选择剖宫产,其次是由于子宫解剖结构的异常,怀孕难度及危险度较正常子宫增加,这类患者多数是在人工生殖技术和胚胎移植的辅助下成功怀孕,因此胎儿较为珍贵,故而放宽剖宫产指征。分娩的时间和方式应根据产前随访情况而确定。

双子宫双胎妊娠较为罕见,研究发现双子宫妊娠(多为单胎妊娠)与各种产科并发症有关,特别是流产、胎位不正、早产等发生率较高,此外容易发生胎膜早破、子宫破裂、子宫扭转、产后出血、产后感染等高危并发症,常合并胎儿宫内生长受限、宫内窘迫及新生儿窒息,围生期死亡率增加等风险^[7-9]。因此当双子宫双胎妊娠时,几乎所有并发症的风险都会增加,故应加强妊娠期的监管。

本例患者妊娠期间出现早产,一侧子宫腔内胎儿经阴道成功分娩,而另一侧子宫腔内因胎儿胎位不正综合考虑后选择剖宫产,2 个新生儿均存在窒息情况,

既往发生自然流产 1 次。通过分析本例患者的诊疗过程,笔者认为应该对有先兆早产患者,尽早使用宫缩抑制剂等保胎药物,延长孕龄,促进胎儿发育,必要时辅以氨基酸及改善微循环等措施^[10],虽然宫颈功能不全不是畸形子宫发生早产的主要原因^[8],但有研究发现双子宫畸形并不常见宫颈功能不全,因此不建议例行宫颈环扎术,除非在妊娠期间通过临床检查或超声检查有宫颈功能不全或扩张的证据,存在反复流产、早产病史的双子宫患者可考虑行宫颈环扎术^[6]。由于双子宫患者的宫腔形态、大小都不同于正常子宫宫腔,因此对存在胎位异常的患者,前期可以不考虑纠正,于分娩时可适当放松剖宫产指征^[11]。对于发生无症状性流产征兆的双子宫患者,有研究表明这可能与另一侧未孕子宫蜕膜变性出血有关,这种情况则不需要相关的保胎治疗^[12];若发生与子宫内膜形成不良、黄体功能不全等相关的流产,可考虑予以黄体酮等相关药物对症治疗^[8];对于出现不孕或反复流产的双子宫患者时,陶光实^[13]认为行子宫畸形纠正术后并没有改善患者生殖能力,还可能导致宫颈功能不全或狭窄,但有研究认为行子宫畸形纠正术是可行、安全、有效的方法,是可以改善双子宫患者妊娠结局的^[14],因此是否行子宫畸形纠正术仍存在争议。由于双子宫的宫腔形态及血管分布都不同于正常子宫,妊娠期间子宫肌层及胎盘血液供应不良,直接影响胎儿的生长与发育,从而导致胎儿宫内发育迟缓,出生后易发生中、重度窒息^[15-16],因此妊娠期间需要密切监测胎儿宫内生长情况,目前临床主要是通过超声监测胎儿的头围、腹围、体质量及彩色多普勒超声监测血流动力学指标等评估胎儿宫内生长情况,每日胎动次数也可提示胎儿宫内有无缺氧等情况,此外分娩时必须做好新生儿的抢救准备工作。

综上所述,双子宫患者妊娠常引起诸多不良的妊娠结局,因此对于初次就诊的患者,临床医生应该详细询问患者孕产史,提高临床医生专科检查水平,对于存在反复流产、早产等病史者应该考虑双子宫畸形可能,建议患者首选三维彩超检查以明确诊断;对于孕期发现有双子宫畸形的患者应该进行高危妊娠管理,密切监测胎儿生长情况及宫颈状况,根据患者情况选择最佳分娩方式。虽然双子宫双侧同时妊娠的发生率不高,仅约百万分之一,一旦发生,妊娠期及分娩期的风险将进一步增加,产科医生应高度重视,目前关于双子宫双侧同时妊娠的相关文献非常有限。因此,需要进行更多的研究,积极收集相关的病例资

料及前瞻性数据,以便临床医生能够充分建议和护理患者。

参考文献

- [1] 谢幸. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:274.
- [2] Al YAQOUBI H N, FATEMA N. Successful vaginal delivery of naturally conceived dicavitary twin in didelphys uterus: a rare reported case[J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2017, 2017: 7279548.
- [3] 徐丽萍, 赵郑, 侯建青, 等. 双子宫双侧妊娠 1 例[J]. 滨州医学院学报, 2019, 42(3): 239-240.
- [4] 江洪, 陈素清, 刘照贞, 等. 双子宫双胎异期分娩 1 例报告并文献复习[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(3): 237-238.
- [5] 鲁红. 先天性子宫畸形临床表现与超声诊断[J]. 浙江医学, 2021, 43(3): 233-237.
- [6] REZAI S, BISRAM P, LORA ALCANTARA I, et al. Didelphys uterus: a case report and review of the literature [J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2015, 2015: 865821.
- [7] POST R J, TEMPLEMAN C L, BENOIT R M. Twin gestation in a uterus didelphys with only one functional cervix: a case report[J]. Case Rep Womens Health, 2019, 22: e00118.
- [8] 张敏敏, 顾江红. 双子宫相关临床问题分析[J]. 浙江中西医结合杂志, 2017, 27(9): 822-825.
- [9] 周军英, 孙金龙. 双子宫畸形助孕及保胎方案研究(附病案一例)[J]. 中国优生与遗传杂志, 2010, 18(12): 122-123.
- [10] 刘兴会, 尹如铁, 刘华友, 等. 畸形子宫成功妊娠的临床经验[J]. 华西医科大学学报, 2002, 33(2): 326-327.
- [11] 杨艳红, 姚元庆. 女性生殖道畸形对妊娠及分娩的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(8): 459-460.
- [12] 李丽美, 孙维峰. 双子宫不完全阴道纵隔合并子宫肌瘤早孕 2 胎 1 例[J]. 广东医学, 2012, 33(10): 1469.
- [13] 陶光实. 子宫发育异常对妊娠分娩的影响[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(9): 521-523.
- [14] ALBORZI S, ASEFJAH H, AMINI M, et al. Laparoscopic metroplasty in bicornuate and didelphys uteri: feasibility and outcome [J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(5): 1167-1171.
- [15] 韩文莉, 马乐. 子宫畸形与妊娠结局的关系及处理[J]. 医学综述, 2017, 23(2): 286-289.
- [16] 陈清冉. 双子宫畸形双胎同期妊娠病例一例报道[J]. 医学信息(中旬刊), 2011, 24(2): 516.