1 例巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并多并发症的综合诊疗案例

黄丽群

（南方医科大学顺德医院附属杏坛医院妇产科主治医师，广东 佛山，528308）

【摘要】本文总结 1 例 16 岁女性巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并泌尿系感染、肥胖症、脂肪肝等 7 种并发症的综合诊疗案例。患者经腹腔镜下右侧输卵管系膜囊肿剔除术＋输卵管固定术治疗，术后予抗感染、止血、纠正电解质紊乱等对症干预。住院 5 天后顺利出院。出院时患者腹痛、尿频等症状完全缓解，手术切口甲级愈合，复查血常规恢复正常，C 反应蛋白（CRP）降至 46.43 mg/L，治疗效果显著，随访期间未出现并发症复发。采用综合诊疗的方案治疗巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并多系统并发症患者可提高治疗效果，改善患者预后。

【关键词】输卵管系膜囊肿；蒂扭转；多系统并发症；腹腔镜手术；青少年

输卵管系膜囊肿是妇科常见良性肿瘤，多发生于生育年龄女性，当囊肿体积较大时易发生蒂扭转，引发急性腹痛，若延误治疗可能导致囊肿坏死、腹膜炎等严重后果[1-2]。青少年患者合并多种基础疾病及并发症的病例临床相对少见，诊疗过程需兼顾手术治疗与并发症管理，对临床决策提出较高要求。本文结合 1 例 16 岁巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并多并发症患者的诊疗经过，探讨其综合治疗策略，为临床类似病例提供参考。

1　临床资料

1.1　一般资料

人口学信息：患者 A，女性，16 岁，汉族，未婚。患者身高 160 cm，体重 80 kg，BMI 31 kg/m^2。

主诉与现病史：患者因“腹痛 17 天，加重 2 天”于 2024 年 4 月 23 日 03 时 09 分急诊入院。患者平素月经不规则，2024 年 4 月 6 日无明显诱因出现中下腹持续性胀痛，程度较轻可忍受，伴尿频、尿急，无尿痛、肛门坠胀感等不适，当日于当地诊所按“肠胃炎”对症处理后症状稍缓解，未进一步检查。2024 年 4 月 21 日下午腹痛突然加重，伴呕吐 2 次，次日未进食，遂至我院急诊科就诊，急诊完善相关检查后以“腹痛查因”收入院。患者起病以来精神、食欲、睡眠一般，大小便如常，体重无明显改变。

既往史：既往体健，否认高血压、心脏病、血液病等慢性病史，否认肝炎、结核等传染病史，无外伤、重大手术及输血史，否认药物、食物过敏史，预防接种史不详。

1.2　查体与辅助检查

体征：体温 36.7 ℃，脉搏 86 次 /min，呼吸频率 20 次 /min，血压 123/62 mmHg（1 mmHg=0.13 kPa）。神志清楚，精神尚好，急性痛苦面容，自主体位，查体合作。腹平软，中下腹有压痛及反跳痛，脐下 1 横指可触及一包块，左界位于左侧锁骨中线，右界位于右侧锁骨中线外 1 cm，肝脾肋下未触及，肠鸣音正常，4 次 /min。外阴发育正常，阴道口见少许咖啡色分泌物流出，无异味，三合诊触诊不清。

辅助检查：2024 年 4 月 23 日我院彩超示右下腹区液性包块，大小 11.2 cm×9.4 cm×11.0 cm，位于右侧卵巢右上方；盆腔积液，子宫前方无回声区深 2.7 cm，子宫后方无回声区深 2.1 cm；子宫内膜厚 1.0 cm；子宫、双侧卵巢、双肾暂未见异常。尿人绒毛膜促性腺激素（HCG）阴性，尿隐血（BLD）（+++），白细胞（LEU）（+），酮体（KET）（±）。血常规：白细胞计数（WBC）13.8×10^9/L↑，中性粒细胞比例（NEUT#）11.56×10^9/L↑，C 反应蛋白（CRP）88.30 mg/L↑，超敏 C 反应蛋白（hs-CRP）>5.0 mg/L↑。尿酸 550 μmol/L↑。全腹 CT 平扫＋增强示中下腹－盆腔内巨大团块状病变，大小为 12.2 cm×12.0 cm×11.7 cm，考虑右侧附件来源可能性大，囊腺瘤或囊肿合并蒂扭转？腹腔、盆腔积液；脂肪肝；考虑胆汁淤积。经腹经直肠 B 超示右侧盆腹腔内液性包块，来源待定（附件来源或肠管来源），未排除扭转；盆腔积液；子宫未见异常；双侧卵巢可见。彩超肝胆脾胰示考虑脂肪肝，胆、脾暂未见异常。阴道分泌物培养示热带假丝酵母生长。尿液培养示细菌总数 10^3 cfu/mL，有革兰氏阳性球菌、革兰氏阳性杆菌、革兰氏阴性杆菌生长。

1.3 诊断

右侧输卵管系膜囊肿并蒂扭转；泌尿系感染；肥胖症；脂肪肝；高尿酸血症；急性局限性腹膜炎；低钠血症；外阴阴道假丝酵母菌病。

2 临床干预

2.1 患者评估

患者为青少年女性，否认有性生活史，病程长达 17 天，前期误诊为肠胃炎，延误诊治后病情加重。囊肿体积巨大（直径约 12 cm）并蒂扭转 720°，已出现出血性梗死及急性局限性腹膜炎，同时合并泌尿系感染、肥胖症、脂肪肝等多种并发症，手术指征明确。患者 BMI 31 kg/m^2，属于肥胖，增加手术操作难度及术后感染风险；术前存在低钠血症、高尿酸血症，需在围手术期纠正电解质紊乱及代谢异常，整体诊疗需兼顾急症处理与基础疾病管理。

2.2 干预重点难点问题

术前需联合普外科会诊鉴别诊断，通过体格检查及影像学结果排除外科相关性疾病，避免误诊影响手术方案；囊肿巨大且蒂扭转时间较长，可能已发生组织坏死，需紧急手术切除，同时避免术中血管、神经及周围脏器损伤；合并多种感染（泌尿系感染、外阴阴道假丝酵母菌病、腹膜炎），抗感染治疗需覆盖多种病原体，避免感染扩散；患者存在电解质紊乱、代谢异常，围手术期需及时纠正，降低麻醉及手术风险；肥胖导致手术视野暴露困难，术后易出现肠粘连、切口愈合不良等并发症，需加强术后护理及康复指导。

2.3 干预措施

⑴术前准备与对症治疗

①完善相关检查：术前急查血常规、凝血四项、肝肾功能、电解质、心电图、胸片、全腹 CT 等，明确患者整体状况及手术禁忌证；②抗感染治疗：术前 30 min 予注射用头孢呋辛钠 1.5 g 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中静脉输注，每日 2 次，预防手术感染；③对症支持治疗：予禁食、解痉、补液治疗，静脉输注复方氯化钠注射液 500 mL、钠钾镁钙葡萄糖注射液 500 mL、转化糖电解质注射液 250 mL，纠正脱水及电解质紊乱；予间苯三酚注射液 80 mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 500 mL 中静脉输注，缓解腹痛症状；④术前请普外科会诊：普外科医师通过详细体格检查，结合全腹 CT 平扫 + 增强、经腹经直肠 B 超等影像学结果，重点评估包块与肠管、阑尾的解剖关系、血供来源及腹腔内有无其他外科病变征象，最终排除外科相关性疾病；同时，针对输卵管系膜囊肿蒂扭转与卵巢囊肿蒂扭转的鉴别难点，共同分析影像学特征、实验室检查结果及临床症状，输卵管系膜囊肿多位于卵巢旁，与卵巢界限清晰，而卵巢囊肿蒂扭转时包块与卵巢紧密相连，结合本例患者彩超示“右侧卵巢右上方液性包块，双侧卵巢可见”、CT 提示“右侧附件来源可能性大，囊壁分层强化”等特征，进一步排除卵巢囊肿蒂扭转，明确诊断为右侧输卵管系膜囊肿并蒂扭转，为手术方案的制订提供关键依据；⑤术前准备：备皮、备血，向患者及其家属告知病情及手术相关风险，签署手术同意书及输血同意书。

⑵手术治疗

患者于 2024 年 4 月 23 日 15 时 30 分在气管插管全身麻醉下行“腹腔镜下右侧输卵管系膜囊肿剔除术 + 右侧输卵管固定术”。术中探查见盆腔血性液体约 200 mL，子宫前位，正常大小，边界清；右侧输卵管明显增粗增长，壶腹部下方见直径 12 cm 囊肿，以输卵管壶腹部为蒂扭转 720°，右输卵管至伞端包括囊肿均呈紫蓝色；右侧卵巢增大，大小为 7.5 cm×4 cm×4 cm；左侧卵巢增大，大小为 8 cm×5 cm×4 cm，左侧输卵管过长，长约 20 cm。手术过程顺利，术中出血 5 mL，补液 700 mL，尿量 600 mL，手术历时 110 min，于 17 时 20 分结束。

⑶术后治疗与护理

①抗感染治疗：术后继续予注射用头孢呋辛钠 1.5 g，加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中静脉输液，每日 2 次，疗程 5 天（2024 年 4 月 23~28 日）；针对外阴阴道假丝酵母菌病，予氟康唑片口服，具体剂量根据病情调整，疗程至症状缓解；②止血治疗：予氨甲苯酸注射液 200 mg 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 中静脉输液，每日 1 次，疗程 3 天（2024 年 4 月 23~25 日）；③纠正电解质紊乱：针对低钠血症，予静脉输注钠钾镁钙葡萄糖注射液 500 mL、转化糖电解质注射液 250 mL，每日 1 次，监测电解质变化，至血钠恢复正常；④抗凝治疗：根据 Caprini 评分表评分为 3 分，属于血栓高危人群，予那屈肝素钙注射液皮下注射，每日 1 次，疗程 5 天（2024 年 4 月 24~28 日）；⑤对症治疗：术后患者出现尿频、尿急、尿痛，予碳酸氢钠片 1 g 口服，每日 3 次，黄酮哌酯片 0.2 g 口服，每日 3 次，疗程 3 天；出现腹胀，予开塞露 20 mL 外用，缓解排便困难；⑥护理措施：术后予心电监护、中流量吸氧（3 L/min），腹部压砂袋；留置导尿接床边袋，术后第 1 天拔除导尿管；予红外线治

疗（TDP），每日 2 次，照射腹部伤口，促进切口愈合；指导患者术后早期下床活动，预防肠粘连；予低脂流质饮食，逐渐过渡至半流质饮食，最后改为低脂饮食，指导科学减重。

3 结果

患者术后恢复顺利，住院期间未出现严重并发症。术后第 1 天体温 38 ℃，予对症处理后恢复正常；术后第 2 天肛门排气，可进食半流质饮食，尿频、尿急症状缓解；术后第 3 天腹胀缓解，自解大便 1 次；术后第 5 天（2024 年 4 月 28 日）无腹痛、发热、尿频、尿急等不适，大小便正常。查体：生命体征平稳，心肺未闻异常，腹平软，无压痛及反跳痛，手术切口甲级愈合，肠鸣音正常，卫生垫上少量血迹。复查血常规：WBC、NEUT 等指标恢复正常；CRP 46.43 mg/L↑（较术前明显下降）；血钠 134.8 mmol/L（恢复正常）。患者于 2024 年 4 月 28 日 11 时 00 分顺利出院，总住院天数 5 天。出院后遵医嘱全休 30 天，禁性生活、盆浴 1 个月，定期复查，随访 1 个月无并发症复发。

4 讨论

输卵管系膜囊肿是由输卵管系膜内的中肾管残留组织发展而来，多数体积较小，无明显症状，当囊肿直径超过 5 cm 时，蒂扭转风险显著增加，与卵巢囊肿蒂扭转容易混淆。本例患者囊肿直径达 12 cm，为巨大囊肿，且扭转 720°，导致输卵管及囊肿出血性梗死，同时引发急性局限性腹膜炎，病情危急，需紧急手术干预。腹腔镜手术具有创伤小、术后恢复快等优势，已成为妇科良性肿瘤手术的首选方式，本例患者采用腹腔镜下囊肿剔除术 + 输卵管固定术，既完整切除病灶，又保留输卵管功能和固定其位置，避免再次出现扭转情况，符合青少年患者的生育需求 [3]。

本例患者的诊疗难点在于术前明确盆腔包块性质及来源、保证其生育能力，同时合并多种并发症，包括泌尿系感染、外阴阴道假丝酵母菌病、肥胖症、脂肪肝、高尿酸血症、低钠血症及急性局限性腹膜炎，涉及感染、代谢、电解质等多个方面。通过术前联合普外科会诊，精准评估包块与肠管、阑尾的解剖关系及血供来源，排除了外科相关性疾病；并基于输卵管系膜囊肿和卵巢囊肿蒂扭转的影像学特征差异，进一步明确诊断，避免误诊影响手术方案制订，为精准治疗提供关键依据。在治疗过程中，我们采取了“急症优先、综合管理”的原则：首先通过手术解除囊肿蒂扭转这一核心急症，避免组织进一步坏死；其次针对多种感染，选用头孢呋辛钠覆盖细菌感染，氟康唑针对性治疗外阴阴道假丝酵母菌病，确保抗感染治疗的全面性；同时及时纠正低钠血症、予抗凝治疗预防血栓形成，兼顾代谢异常的初步干预。

肥胖症是本例患者的重要基础疾病，不仅增加了手术操作难度，还与脂肪肝、高尿酸血症等并发症密切相关 [4]。术后通过饮食指导（低脂饮食）、康复训练（早期下床活动）等方式，为患者制订科学减重计划，有助于改善代谢指标，降低远期并发症风险。此外，患者术前存在月经不规律，出院时医嘱建议下次月经来潮时查性激素六项、胰岛素等检查，进一步明确月经紊乱的原因，实现对患者的长期健康管理。

综上所述，对于巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并多并发症的青少年患者，需制订个体化的综合诊疗方案：术前充分评估病情，完善相关检查，及时纠正可逆性危险因素；术中选择微创、保留功能的手术方式，精准操作，减少创伤；术后加强抗感染、对症支持治疗，重视并发症管理及康复指导，同时关注基础疾病的长期干预，以提高治疗效果，改善患者预后。

参考文献

[1] 姚斌 . 输卵管系膜囊肿与卵巢囊肿的临床表现与 CT 表现研究 [J]. 中国医疗器械信息 ,2023,29(7):77-79.

[2] 朱小华 , 王颖 , 王雪峰 , 等 . 巨大输卵管系膜囊肿蒂扭转合并坏死一例 [J]. 国际妇产科学杂志 ,2017,44(5):533-534.

[3] 费圣贤 . 腹腔镜手术联用药物对输卵管卵巢囊肿患者激素水平及疼痛症状的改善效果观察 [J]. 中国处方药 ,2019,17(10):151-152.

[4] 郑秋潼 , 陈青松 , 蒋柳权 , 等 . 超重 / 肥胖与血脂异常的交互作用对高尿酸血症的影响 [J]. 现代预防医学 ,2024,51(12):2294-2299.

• 利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

• 知情同意：已获患者知情同意。