

用,因而可保护 β -内酰胺类抗菌药物免受耐药菌 β -内酰胺酶的水解破坏,二者合用时,具有明显的协同作用。有人指出头孢哌酮可引起严重的凝血功能障碍^[1-3],少数患者使用头孢哌酮后出现维生素 K 缺乏,这种现象可能与合成维生素 K 的肠道菌群受到抑制有关,营养不良、吸收不良(如肺囊性纤维化患者)和长期静脉输注高营养制剂的患者为高危人群。也有人报道头孢哌酮钠/舒巴坦钠导致血小板减少^[4-5]。因此,使用头孢哌酮钠/舒巴坦钠时,应监测上述患者以及接受抗凝治疗患者的 PT,必要时补充维生素 K,维生素 K 为形成活性凝血因子 II、VII、XI 和 X 所必需,人类维生素 K 的来源有 2 个方面:一是由肠道细菌合成,二是来自食物。维生素 K 从小肠吸收入入淋巴系统或肝-门静脉循环,吸收后与乳糜微粒结合,使之转运到肝脏,最后主要以尿液和粪便的形式排出。维生素 K 的吸收取决于正常的胰腺和胆道功能,凡能影响脂肪吸收的情况(如膳食矿物油、胰腺外分泌功能失调、胆汁淤滞等)都会损害维生素 K 的肠内吸收。王艳宁等^[6]认为对于高龄、体弱和有胃肠道疾病的患者应慎用头孢哌酮。本例患者的凝血功能检查提示 APTT 及 TT 正常,排出内源性因素及溶血;血小板计数及血红蛋白正常,排出溶血反应;患者 PT 延长,PT 反映外源性凝血系统功能,PT 延长主要见于先天性凝血因子 II、V、VII、X 减少,FIB 缺乏及获得性凝血因子缺乏。本例患者在入院后第 2 天查凝血功能,结果正常。既往无相应出血病史,排出先天性凝血因子缺乏;由于患者多次 FIB 及血小板检查结果均正常,暂不考虑获得性凝血因子缺乏中的弥散性血管内凝血及原发性纤溶亢进;患者无相应的黄疸表现,则维生素 K 缺乏为考虑因素。本例患者患有帕金森综合征,平时进食少,本次入院后出现腹痛,腹部彩超提示为“结石性胆囊炎”,给予禁食,这容易导致患者出现肠道细菌失调。食物在消化道内是引起

• 短篇及病例报道 •

Meigs 综合征 1 例的报道

江红丽¹,付 静²,徐 智^{3△}

(1. 威远县第二人民医院内科,四川内江 642450;2. 第三军医大学新桥医院心内科,重庆 400038;
3. 第三军医大学新桥医院呼吸科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.01.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)01-0112-02

1 临床资料

患者女性,58 岁,因“咳嗽 2 月余,气短半月”于 2012 年 2 月 5 日在第三军医大学新桥医院呼吸科住院治疗。入院前曾于当地医院按“肺部感染”予“头孢呋辛粉针、左氧氟沙星注射液”抗感染治疗 2 周,效果不佳。胸部 X 线检查提示:右侧大量胸腔积液,右下肺部分肺不张,见图 1 上,为进一步诊治转入第三军医大学新桥医院呼吸科。入院诊断为“右侧胸腔积液原因待查”。入院后查血清肿瘤标志物糖链抗原 125(carbohydrate antigen 125,CA125)为 807.30 U/mL(参考值: <35 U/mL);血常规、肝功能、肾功能、红细胞沉降率、血糖、痰抗酸杆菌、痰真菌、纤维支气管镜检查等均未见异常。分别 2 次胸腔穿刺进行胸腔积液检查,胸腔积液外观为草黄色,透明;生化常规检查提示为渗出液;胸腔积液的癌胚抗原(carcinoembryonic antigen,CEA)、腺苷脱氨酶(adenosine deaminase,ADA)及脱

胆汁分泌和排出的自然刺激物,禁食期间由于消化道缺乏食物刺激,可引起胆汁分泌的神经及体液因素作用下降,使胆汁分泌及胆囊排出胆汁减少^[7];这也容易导致肠道内酸碱失衡,更易导致菌群失调,肠道合成维生素 K 减少,缺乏维生素 K 时会使 TT 延长,引起出血。在患者停用头孢哌酮钠/舒巴坦钠,以及肌内注射及静脉推注凝血酶后尿尿停止。因此,对于此类患者,用药前后需注意凝血功能的情况,并注意复查。

参考文献:

- [1] 郝坤坤,王乐秋,许晓义,等. 头孢哌酮钠致骨科围术期患者凝血功能障碍的分析[J]. 中国美容医学,2010(4):23-24.
- [2] 谭清武,李庆华. 头孢哌酮钠/舒巴坦钠致严重凝血功能障碍[J]. 药物不良反应杂志,2005(3):210-211.
- [3] 王莉,冯建明,孙志新. 头孢哌酮致成人获得性维生素 K 依赖性凝血因子缺乏症 1 例[J]. 临床荟萃,2006,21(19):1385.
- [4] 梁晓丽,宋建军,裴艺芳. 头孢哌酮钠-舒巴坦钠致血小板减少[J]. 药物不良反应杂志,2007,9(5):367-368.
- [5] 解桂珍,王宇彤. 头孢哌酮钠致血小板减少 1 例[J]. 中国医药学刊,2008(12):44-45.
- [6] 王艳宁,钟慧. 头孢哌酮舒巴坦钠致凝血功能障碍临床分析[J]. 中国药物应用与监测,2005(5):54-55.
- [7] 朱成贤,于吉人. 肝胆汁分泌的调节[J]. 生理科学进展,1985,16(2):126-129.

(收稿日期:2012-08-29 修回日期:2012-11-12)

落细胞学检查均无异常发现。胸腔镜检查发现右下侧壁层胸膜有 1 个绿豆大小白色结节;其余部位的壁层及脏层胸膜光滑,该白色结节病灶活检提示为肌纤维及脂肪组织。因诊断不明确,结合患者 CA125 明显增高,考虑妇科疾病可能,行阴道超声检查,提示子宫左后方有 1 个 123 mm×110 mm×75 mm 实性包块,形态不规则,边界欠清晰;其内可见多个大小不等的透声暗区,最大暗区 20 mm×19 mm;包块实质内可见点彩样血流信号。双侧卵巢未显示,盆腔内可见 80 mm×46 mm 游离液性暗区。复查胸部超声提示胸腔积液较入院时增多。遂请妇科会诊,行妇科检查:外阴及阴道正常,宫颈无糜烂、萎缩,子宫前位。根据阴道超声结果,高度怀疑“Meigs 综合征”,但也不除外“盆腔内器官恶性肿瘤伴胸膜转移”(又称假性 Meigs 综合征)。患者转入妇科行“腹腔镜下盆腔囊肿探查术”,术中见:左侧卵巢囊肿大小约 10 cm×10 cm,被膜光滑、

色白、质硬；转开腹行“子宫全切术联合左侧卵巢囊肿、输卵管及右侧附件切除术”，术后病理检查提示为左侧卵巢梭形细胞肿瘤(图 2)，免疫组织化学检查提示 Vimentin 阳性，支持卵泡膜细胞瘤诊断(图 3)，左侧输卵管及右侧附件无肿瘤。患者术后好转出院。1 个月后随访，胸腔积液完全消失，见图 1 下。该患者诊断为 Meigs 综合征。

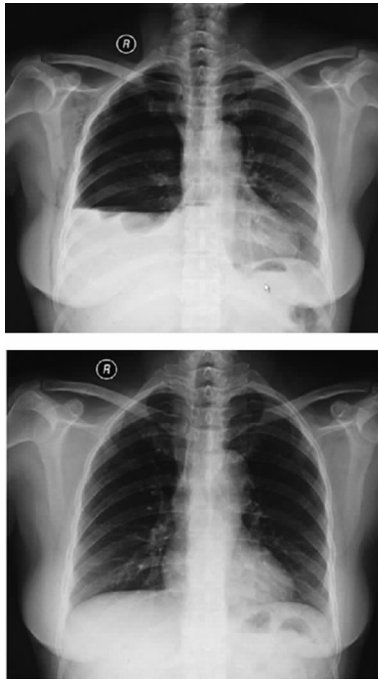


图 1 患者术前(上)及术后 1 个月(下)的胸部 X 线影像

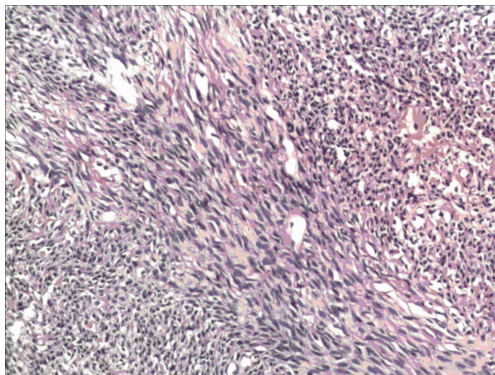


图 2 卵巢梭形细胞的形态学表现(苏木素-伊红染色×200)

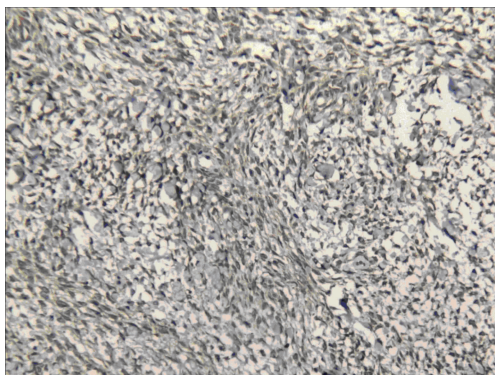


图 3 卵巢梭形细胞中 Vimentin 的表达(免疫组织化学染色×200)

2 讨论

Meigs 综合征是一种少见的妇科合并症，当患者卵巢肿瘤被切除后，其胸、腹腔积液可迅速消失^[1]。而由其他部位(如乙状结肠、乳腺等)的恶性肿瘤转移至盆腔而形成肿瘤，并合并胸、腹腔积液的病例均被定义为“假性 Meigs 综合征”^[2-3]。

本病例经纤维支气管镜、胸腔镜及多次胸腔积液检查，均未明确病因。结合该女性患者的 CA125 明显升高，考虑有妇科肿瘤的可能性，遂行阴道超声检查，提示子宫左后方实性包块。复查胸部超声提示胸腔积液增多。及时转妇科手术治疗，术后病理确诊为“卵泡膜细胞瘤”，术后 1 个月复查胸部 X 线，提示胸腔积液完全消失。该患者符合 Meigs 综合征的诊断标准。

血清 CA125 是诊断恶性卵巢肿瘤的重要指标，当患者出现盆腔占位性病变更合并胸、腹腔积液及血清 CA125 升高时，许多临床医师通常会认为卵巢恶性肿瘤伴胸膜转移的可能性大。但该患者术后病理检查结果提示为卵泡膜细胞瘤，属于卵巢性索间质瘤，为妇科良性肿瘤。Meigs 综合征合并血清 CA125 增高较少见，曾有人报道了 3 例卵巢纤维瘤合并血清 CA125 升高的病例^[4]；近年来也有一些关于卵巢硬化性间质瘤伴胸、腹腔积液及 CA125 升高的报道。相关研究证实血清 CA125 并非来源于肿瘤本身，而是来源于腹膜间皮细胞，但其确切机制有待进一步研究^[5]。

综上所述，Meigs 综合征极为少见，发病率低，常以胸、腹腔积液为首发症状，临床易误诊、漏诊。该病例提示：(1) 女性患者出现胸腔积液，常规检查无法明确病因时，如患者伴有腹、盆腔积液，要考虑妇科肿瘤的可能，尤其合并 CA125 升高的患者更应及时进行妇科相关检查，以免漏诊及延误治疗，一旦确诊应及时手术，术后疗效较好。(2) 对于盆腔占位性病变更伴胸、腹腔积液及血清 CA125 明显升高的女性患者，不要盲目认定为卵巢恶性肿瘤，以免造成扩大手术范围给患者带来生活上的困扰，要根据术中冰冻活检结果选择手术范围。

参考文献：

- [1] Kaiser BL, Baumann LC. Perspectives on healthy behaviors among low-income Latino and non-Latino adults in two rural counties[J]. Public Health Nurs, 2010, 27(6): 528-536.
- [2] Saito H, Koide N, Miyagawa S. Pseudo-Meigs syndrome caused by sigmoid colon cancer metastasis to the ovary[J]. Am J Surg, 2012, 203(1): e1-3.
- [3] Kawakubo N, Okido M, Tanaka R, et al. Pseudo-Meigs' syndrome associated with breast cancer metastasis to both ovaries; Report of a case[J]. Surg Today, 2010, 40(12): 1148-1151.
- [4] Patsner B, Mann WJ, Chalas E. Predictive value of CA 125 for ovarian carcinoma in patients presenting with pelvic masses[J]. Obstet Gynecol, 1988, 71(6 Pt 1): 949-950.
- [5] Benjapibal M, Sangkarat S, Laiwejpithaya S, et al. Meigs' Syndrome with Elevated Serum CA125: Case Report and Review of the Literature[J]. Case Rep Oncol, 2009, 2(1): 61-66.