

引用本文:袁文凤,史梦茹,李俊强,等.妊娠期慢性咳嗽致左侧乳糜胸1例并文献复习[J].安徽医药,2023,27(3): 512-515.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2023.03.019.

◇临床医学◇



妊娠期慢性咳嗽致左侧乳糜胸1例并文献复习

袁文凤¹,史梦茹²,李俊强¹,许鑫玥¹,蔡春华¹

作者单位:¹西南交通大学附属医院(成都市第三人民医院)妇产科,四川 成都610031;

²成都市龙泉驿区第一人民医院妇产科,四川 成都610100

通信作者:蔡春华,女,主任医师,研究方向产科危重症、围生医学,Email:545764207@qq.com

基金项目:四川省卫生和计划生育委员会科研基金(17PJ254)

摘要: **目的** 探讨妊娠期慢性咳嗽致左侧乳糜胸的诊治经验。**方法** 总结西南交通大学附属医院妇产科2021年5月收治的1例妊娠期慢性咳嗽致左侧乳糜胸病人的诊治经过并复习国内外文献,对该病相关的临床特征及诊治进行总结。**结果** 病人妊娠期咳嗽2月,未予治疗,于孕30周,出现气促胸闷,影像学提示左侧胸腔大量积液,胸腔穿刺引流出乳白色浑浊液体。保守治疗及终止妊娠均治疗效果不佳,行手术治疗后胸腔乳糜引流液逐步减少至停止,随访病人恢复良好。**结论** 妊娠期慢性咳嗽可导致乳糜胸,该病诊断依靠病史及相关辅助检查,手术治疗是关键。

关键词: 妊娠并发症; 咳嗽; 乳糜胸; 引流术

A case report of left chylothorax caused by chronic cough during pregnancy and literature review

YUAN Wenfeng¹, SHI Mengru², LI Junqiang¹, XU Xinyue¹, CAI Chunhua¹

*Author Affiliations:*¹Department of Obstetrics and Gynaecology, The Third People's Hospital of Chengdu, Chengdu, Sichuan 610031, China; ²Department of Obstetrics and Gynaecology, The First People's Hospital of Longquanyi District, Chengdu, Chengdu, Sichuan 610100, China

Abstract: **Objective** To explore the diagnosis and treatment experience of left chylothorax caused by chronic cough during pregnancy. **Methods** The diagnosis and treatment of a patient with left chylothorax caused by chronic cough during pregnancy admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology, Affiliated Hospital of Southwest Jiaotong University in May 2021 were summarized, and the literature at home and abroad was reviewed to summarize the clinical characteristics and diagnosis and treatment of the disease. **Results** The patient had cough for 2 months during pregnancy and was not treated. At 30 weeks of pregnancy, patient developed shortness of breath and chest tightness. Imaging showed a large amount of effusion in the left thoracic cavity, and milky white turbid liquid was drained by thoracic puncture. Conservative treatment and termination of pregnancy were ineffective. After surgical treatment, the thoracic chyle drainage was gradually reduced to stop, and the follow-up patients recovered well. **Conclusions** Chronic cough during pregnancy can lead to chylothorax. The diagnosis of the disease depends on medical history and related auxiliary examinations. Surgical treatment is the key.

Key words: Pregnancy complications; Cough; Chylothorax; Drainage

乳糜胸是指各种病因导致胸导管及其分支阻塞或破损,乳糜液在胸腔内聚集的疾病,乳糜液可压迫肺组织及纵隔,影响心肺功能,造成营养物质丢失,电解质紊乱,免疫下降,易被感染^[1]。妊娠期发生的乳糜胸临床罕见,国内外仅有个案报道,其诊断治疗都具挑战性。妊娠期发生的乳糜胸的病因复杂多样,而慢性咳嗽所致妊娠期乳糜胸尚无报道,也未形成公认的诊治规范。本研究报道1例妊娠期慢性咳嗽致左侧乳糜胸病例,回顾诊治经过,并结合国内外文献复习提供临床经验及思路。病

人或其近亲属知情同意,本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1 病例资料

1.1 主诉、病史及体检检查 女,28岁,因“停经30周,咳嗽2月,加重4d,气促胸闷1d”于2021年5月收入西南交通大学附属医院。2月前受凉后出现干咳,无痰,不伴有胸闷、气促,无畏寒、发热,外院予对症治疗,咳嗽稍缓解。4d前咳嗽加重,1d前出现活动后气促胸闷,门诊行胸部CT:左侧胸腔大量积液,立即留置左胸引流导管,引流出乳白色浑浊液

体约 2 000 mL, 静置分层, 考虑“妊娠合并左侧乳糜胸”转入我院。病人无其他基础疾病史, 否认结核、外伤史及手术史, 否认到过牧区及疫区。

1.2 诊治经过 入院后查体: 体温: 36.0 °C, 脉搏: 87 次/分, 呼吸频率: 24 次/分, 血压: 96/56 mmHg, 胸廓对称, 左侧胸腔留置胸腔引流管, 未扪及胸膜摩擦感, 左侧胸腔叩诊浊音, 左呼吸音低, 右呼吸音增粗。予去脂饮食, 促胎肺成熟, 预防感染, 左侧胸腔闭式引流等治疗。入院后 24 h 引流量 1 070 mL, 引流液外观乳粉色, 浑浊, 比重 1.036, 苏丹Ⅲ染色(阳性), 胆固醇 5.21 mmol/L, 三酰甘油 70.1 mmol/L (6 210.86 mg/dL), 积液涂片未见瘤细胞、抗酸杆菌; 感染指标正常。促胎肺成熟完成后在腰麻下行子宫下段横切口剖宫产术, 胎儿身长: 42 cm, 体质量: 1 700 g, Apgar 评分: 9-10-10。术后予肠外营养, 预防感染等, 完善胸部 CT 提示左侧胸腔积液, 未见胸部结节病灶。剖宫产术后第 1~8 日引流量为 1 800 mL, 960 mL, 500 mL, 1 675 mL, 720 mL, 1 780 mL, 1 510 mL, 1 030 mL。剖宫产术后第 4 日在超声引导下行腹股沟淋巴结穿刺淋巴造影术, 淋巴管显影差, 未显影乳糜漏出位置; 病人连续数日引流量大于 1 000 mL, 多科会诊后有开胸手术指征, 于剖宫产术后第 9 日全麻下行左胸探查术, 胸腔内见乳糜胸水约 500 mL, 有絮状物, 取絮状物送培养, 胸膜未见病变, 壁层胸膜水肿, 未发现瘘口, 遂在食管下端膈上低位主动脉旁行胸导管主干双重结扎, 取下腔静脉旁淋巴结、壁层胸膜、下叶内基底段肺组织送病检, 纱布块摩擦壁层胸膜行胸膜固定术, 于左腋后线第 7 肋间留置 28 号引流管一根。术后转入重症监护室(ICU), 予全肠外营养, 维持内环境稳定, 抗感染等。开胸术后第 1~13 日, 引流量分别为 1 050 mL, 200 mL, 280 mL, 250 mL, 250 mL, 200 mL, 145 mL, 170 mL, 170 mL, 120 mL, 120 mL, 110 mL, 60 mL, 引流量逐步减少; 第 8 日低脂饮食; 第 13 日夹闭引流管, 停止肠外营养, 低脂饮食; 第 15 日胸部 CT: 左侧液气胸; 第 16 日开放左侧胸腔引流管, 24 h 引流量 20 mL, 拔除引流管; 第 19 日, 胸部超声: 左侧胸腔积液 2.4 cm。

2 结果

开胸术后第 20 日出院。术后病检“肺组织”查见中量淋巴细胞、浆细胞, 少量嗜酸性粒细胞浸润; “下肺静脉旁淋巴结”2 枚, 反应性增生; “胸膜”轻度慢性炎; 絮状物培养阴性。随访病人恢复良好。

3 讨论

乳糜胸的病因分为创伤性与非创伤性两大类: 创伤性因素为其主要病因, 包括胸颈部手术、侵入

性操作、外伤等^[2-4]; 非创伤性病因相对复杂多样, 总结相关文献, 常见的非创伤性病因包括先天性淋巴管畸形、淋巴瘤、结核、丝虫、纵隔良性肿瘤等^[4-6], 罕见的非创伤性病因包括: 胸部放疗、左上肢静脉血栓、咳嗽、严重呕吐、缩窄性心包炎、抗排斥药物等^[6-8]。非创伤性乳糜胸在成人中少见, 在妊娠期更为罕见, 目前国内报道妊娠期乳糜胸病例的非创伤性病因有淋巴管平滑肌瘤、结节硬化综合征、左上肢静脉血栓、产时屏气^[9]。而关于慢性咳嗽导致妊娠期乳糜胸的病例目前尚无报道。

乳糜胸的临床表现以胸闷、气紧多见, 若合并感染, 可有发热, 大量体液丢失可伴有循环衰竭症状。另外, 孕期增大的子宫致膈肌上抬, 耗氧量增加致肺叶与胸廓活动度增大等原因, 胸腔积液更易出现肺叶及纵隔受压, 心肺功能受损, 严重危及母婴生命安全。乳糜胸的诊断方法依靠胸腔穿刺, 乳糜液的典型外观为乳白色, 但有超过一半的乳糜液外观呈血性或浆液性^[6]。脂蛋白电泳为诊断乳糜性积液的金标准^[10]。临床上也可通过检测胸水三酰甘油水平(大于 110 mg/dL), 胸水涂片(见淋巴细胞和脂肪球), 胸水苏丹Ⅲ染色(阳性)协助诊断^[11]。当乳糜液漏出位置在 T5 以下时, 导致右侧乳糜胸, 在 T5 以上时导致左侧乳糜胸, 在 T3~T6 之间时也可导致双侧乳糜胸^[4]。彩超、磁共振成像(MRI)等影像学检查, 有助于发现胸腔积液, 并在如淋巴瘤、纵隔良性肿瘤等存在病灶的乳糜胸病因方面有一定的诊断价值, 必要时可选择淋巴管造影或核素显像寻找乳糜漏出位置, 其中淋巴管造影对于乳糜胸也有一定治疗作用, 正电子发射断层成像(PET)-CT 可协助寻找病因及鉴别诊断^[10, 12-13]。

本例孕妇因受凉后咳嗽 2 月, 咳嗽持续时间大于 8 周, 符合慢性咳嗽的诊断标准, 慢性咳嗽的病因多种多样, 除感染后咳嗽、胃食管反流、支气管扩张、上呼吸道咳嗽综合征、气道软化症、嗜酸粒细胞性支气管炎、哮喘、血管紧张素转化酶抑制剂药物副作用等常见病因以外, 还存在颈椎病、悬雍垂过长、气管憩室、支气管内错构瘤、纵隔脂肪过多症、心脏副神经节瘤、舌下异位甲状腺等罕见原因^[14]。病人胸部 CT 提示左侧胸腔积液, 首次胸腔穿刺出大量乳白色浑浊液体, 胸水三酰甘油检测大于 110 mg/dL, 苏丹Ⅲ染色阳性, 可确诊为乳糜胸。病人无外伤及手术史, 多次肺部 CT 未见病灶, 开胸术后病理检查结果阴性, 基本能明确慢性咳嗽为其主要病因。病人为妊娠期女性, 受凉后发生呼吸道感染, 合并咳嗽症状, 因镇咳药物选择有限与顾及药物不良反应等原因, 未使用镇咳药物, 采用观察治疗, 使

得治疗效果不佳,咳嗽迁延不愈,长期咳嗽使得胸导管及其分支内压力升高,发生破裂,导致乳糜液外漏,在胸腔聚集,形成乳糜胸^[15]。

妊娠期乳糜胸的治疗目前因缺乏大样本的研究,尚无特定的治疗方案推荐。因此,主要参照非孕期乳糜胸处理方案,分为保守治疗及手术治疗。保守治疗适用于乳糜液每日产生量小于500 mL时,原则是减少乳糜液的产生,期待淋巴管破口自发愈合^[12]。具体包括禁食、肠外营养或以中链脂肪酸为主的饮食以减少乳糜液生成;使用生长抑素类药物抑制乳糜液分泌;如依替福林的拟交感神经药物可对平滑肌产生收缩作用,导致淋巴管破口缩小、封闭;也可使用四环素、博来霉素等药物或滑石粉形成胸膜炎以封闭胸膜腔,达到治疗目的;还需胸腔穿刺引流缓解症状,抗生素预防感染等^[10,16-17]。手术治疗的指征包括保守治疗两周,引流量超过1 000 mL/d;伴有营养和代谢并发症;乳糜胸分隔成房^[18-19]。而目前多数研究倾向在保守治疗3~5 d后,引流量每日仍持续大于1 000 mL,无减少趋势,即采取手术治疗,因乳糜液过长时间引流,导致营养物质丢失,免疫低下,内环境紊乱,循环衰竭,危及病人生命^[4,20-21]。手术方式主要为胸导管结扎术,为保证成功率,需在横膈水平结扎胸导管^[22]。手术具体方法:在胸腔积液侧进胸,一般可在胸导管走行根据渗液位置寻找到漏口,若未见明显渗液可经静脉滴注或经胃管注入脂肪乳协助寻找瘘口,确认瘘口后,在瘘口两端双重结扎胸导管,并在膈上低位结扎胸导管,以保证手术成功率,若瘘口位置仍无法确定,也可直接在膈上低位胸导管结扎^[10]。胸膜粘连固定术、胸腹腔转流术等也可用于治疗乳糜胸^[23]。随着微创技术的发展,手术路径也可选择经胸腔镜进行^[21,24]。

与顾彧等报道病例相比,其发病孕周为26⁺周,主要采用全胃肠外营养支持及定期胸腔穿刺抽液治疗(1 500~2 300 毫升/次/4天),于孕34⁺3周时剖宫产终止妊娠,术后每日仍引出约500 mL胸腔积液,转胸外科行胸导管结扎术后痊愈^[9]。在本例中,病人孕30周发病,基于妊娠晚期发病、保守治疗效果不佳等原因,在完成促胎肺成熟后即行剖宫产终止妊娠,剖宫产术后引流量仍多次大于1 000 mL/d,有行胸导管结扎术指征,结扎术后引流液逐步减少,直至痊愈,本例病人之所以较顾彧等报道病例提前4周终止妊娠,避免发生长期保守治疗的并发症,得益于近十余年来新生儿医学的进步。对比两例病人诊治经过及查阅相关文献,妊娠期乳糜胸保守治疗的方案主要以肠外营养及胸腔穿刺引流为主,治

疗效果不佳,仍需选择手术治疗。而妊娠期乳糜胸治疗方式的临床抉择特殊,需同时考虑孕妇及胎儿情况,因该病发病孕周不一,手术治疗时机的选择尤为重要,制定治疗方案需考虑胎儿孕周及产后存活等因素。早期有文献报道妊娠期乳糜胸在确诊后多数随即终止妊娠^[25],而随着医疗技术的发展,目前对于晚期妊娠病人,根据孕周,保守治疗的同时完成促胎肺成熟,评估胎儿出生后能存活时,即可选择行剖宫产的同时进行胸导管结扎术,避免剖宫产术后保守治疗失败再次开胸手术;而早中期妊娠的病人,理论上也可选择先行胸导管结扎术后继续妊娠,但目前尚无相关文献报道。

经治愈的妊娠期乳糜胸产后也需定期随访,因有在产后一年确诊淋巴管平滑肌瘤的病例报道^[25]。本例临床资料提示慢性咳嗽为妊娠期乳糜胸的发病原因之一,对于孕期出现咳嗽的病人,需积极寻找咳嗽病因,除对因治疗外,还应对长期咳嗽不能缓解的病人进行多学科会诊,权衡利弊选择镇咳药物及以物理疗法、语言病理治疗为主的非药物镇咳方式进行有效镇咳^[14]。

参考文献

- [1] HVASS M, FRANSEN JL, BRUUN JM. Chylothorax[J]. Ugeskri Laeger, 2017, 179(51): V05170429. PMID: 29260693.
- [2] RUNGE T, BORBÉLY Y, CANDINAS D, et al. Bilateral chylothorax following neck dissection: a case report [J]. BMC Res Notes, 2014, 22(7): 311-314.
- [3] BRINKMANN S, SCHROEDER W, JUNGGEBURTH K, et al. Incidence and management of chylothorax after Ivor Lewis esophagectomy for cancer of the esophagus [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2016, 151(5): 1398-1404.
- [4] 何彦侠,薛兵,赵淑敏,等. 乳糜胸的病因、临床特点及诊治进展[J]. 海南医学, 2015, 26(6): 850-852.
- [5] 康宁,周永慧,陈鸿志,等. 非创伤性乳糜胸三例并文献复习[J]. 国际呼吸杂志, 2021, 41(5): 384-390.
- [6] 徐凯峰,胡晓文,田欣伦,等. 乳糜性浆膜腔积液 123 例临床分析[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(7): 464-468.
- [7] CANDAS F, YILDIZHAN A, GORUR R, et al. Is bilateral chylothorax possible after simple cough? Yes [J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2015, 23(4): 471-473.
- [8] NOVIKOV VA, GALSTIAN GM, SHAVLOKHOV VS, et al. A case of pontaneous chylothorax complicating pregnancy [J]. Ter Arkh, 2012, 84(7): 84-88.
- [9] 顾彧,李笑天,程蔚蔚,等. 妊娠期自发性乳糜胸一例报告及分析[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(12): 821-822.
- [10] BENDER B, MURTHY V, CHAMBERLAIN RS. The changing management of chylothorax in the modern era [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2016, 49(1): 18-24.
- [11] GIBBONS SM, AHMED F. Chylothorax diagnosis: can the clinical chemistry laboratory do more? [J]. Ann Clin Biochem, 2015, 52(1): 173-176.

- [12] LUISI F, TORRE O, HARARI S. Thoracic involvement in generalised lymphatic anomaly (or lymphangiomatosis) [J]. *European Respiratory Review*, 2016, 25(140):170-177.
- [13] 刘定益,夏维木,王键,等. 淋巴管造影在指导创伤性乳糜漏诊治中的研究[J/CD]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2019, 13(11):817-821. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2019.11.004.
- [14] 赵凌云,李宏云. 慢性咳嗽的治疗新进展[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(8):930-940,946.
- [15] KANG SY, WON HK, SANG ML, et al. Impact of cough and unmet needs in chronic cough: a survey of patients in Korea [J]. *Lung*, 2019, 197(5):635-639.
- [16] 巩海红,蒋庆贺,于文成. 胸内淋巴管瘤诊治进展[J]. *国际呼吸杂志*, 2019, 39(4):294-299.
- [17] 黄英,朱炜,庄德义. 生长抑素辅助治疗新生儿乳糜胸10例临床分析[J]. *实用临床医学*, 2019, 20(11):43-44.
- [18] 孙衍庆. *现代胸心外科学* [M]. 北京:人民军医出版社, 2000:536.
- [19] SRIPRASIT P, AKARABORWORN O. Chylothorax after blunt chest trauma: a case report [J]. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*, 2017, 50(5):407-410.
- [20] 褚翔宇,高志,李杰,等. 非直接外伤性乳糜胸1例[J]. *首都医科大学学报*, 2019, 40(2):318-319.
- [21] 闵红,张彦萍. 新生儿乳糜胸4例的诊断和治疗[J]. *安徽医药*, 2013, 17(6):972-973.
- [22] SENDAMA W, SHIPLEY M. Traumatic chylothorax: a case report and review [J]. *Respir Med Case Rep*, 2015, 14:47-48.
- [23] 段寄平. 自发性乳糜胸五例的诊断和治疗[J]. *实用医技杂志*, 2021, 28(1):89-90.
- [24] 刘灿辉,王康,杨楠,等. 经右胸入路胸腔镜下胸导管结扎术治疗乳糜胸18例[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2017, 24(3):243-246.
- [25] BRUNELLI A, CATALINI G, FIANCHINI A. Pregnancy exacerbating unsuspected mediastinal lymphangiomyomatosis and chylothorax [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 1996, 52(3):289-290.

(收稿日期:2021-12-10,修回日期:2022-01-19)

引用本文:邓文超,郭鹏,杨伟鹏,等. 伴免疫球蛋白G沉积原发性膜性肾病人疾病缓解影响因素及与肾小球免疫球蛋白G4表达强度的关系研究[J]. *安徽医药*, 2023, 27(3):515-519. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2023.03.020.



◇临床医学◇

伴免疫球蛋白G沉积原发性膜性肾病人疾病缓解影响因素及与肾小球免疫球蛋白G4表达强度的关系研究

邓文超,郭鹏,杨伟鹏,杜江蕾,王红艳

作者单位:山西省运城市中心医院肾内科,山西 运城 044000

通信作者:王红艳,女,主任医师,研究方向为肾小球疾病,Email:lyj8532@163.com

摘要: 目的 探讨伴免疫球蛋白(Ig)G沉积原发性膜性肾病(PMN)病人疾病缓解影响因素及与肾小球IgG4表达强度的关系。方法 回顾性纳入山西省运城市中心医院2014年1月至2020年1月收治伴IgG沉积PMN病人共500例,根据有无IgG4表达和表达强度分组,分析临床病理及随访预后资料,采用单因素和多因素Cox回归模型评价伴IgG沉积PMN病人疾病缓解独立影响因素。结果 阳性组24h尿蛋白量和M型磷脂酶A2受体(PLA2R)表达强度比例显著高于阴性组($P<0.05$);弱阳性组、中阳性组及强阳性组血浆白蛋白、IgG1强度比例及IgA强度比例比较差异有统计学意义($P<0.05$);阴性组、弱阳性组、中阳性组及强阳性组随访3个月(30.0%比17.3%比15.9%比9.5%)和6个月(38.4%比30.6%比26.5%比13.0%)累积缓解率比较差异有统计学意义($P<0.05$);Cox回归模型单因素和多因素分析结果显示,IgG4阳性高强度、男性、基线高24h尿蛋白量均是伴IgG沉积PMN病人疾病未缓解独立危险因素[RR=1.33,95%CI:(1.05,1.61);RR=1.80,95%CI:(1.17,3.04);RR=1.51,95%CI:(1.09,2.80)。 $P<0.05$]。结论 伴IgG沉积PMN病人疾病缓解效果与IgG4表达强度、性别及基线24h尿蛋白量密切相关;而肾小球IgG4表达强度可作为PMN治疗反应性潜在评估指标加以应用。

关键词: 肾小球肾炎,膜性; 蛋白尿; 受体,磷脂酶A2; 免疫球蛋白G; 疾病缓解; 性别

Influencing factors for disease remission and its relationship with glomerular IgG4 expression in PMN patients with IgG deposition

DENG Wenchao, GUO Peng, YANG Weipeng, DU Jianglei, WANG Hongyan

Author Affiliation: Department of Nephrology, Shanxi Yuncheng Central Hospital, Yuncheng, Shanxi 044000, China

Abstract: **Objective** To investigate the influencing factors for disease remission and its relationship with glomerular IgG4 expression in primary membranous nephropathy (PMN) patients with IgG deposition. **Methods** A total of 500 PMN patients with IgG deposi-