

入院后复查血清 CA125 为 163 U/mL, CT 显示盆腔内包块未见明显缩小, 见图 1。2009 年 10 月 22 日因盆腔内肿块, 患者在本院核医学科行放射性¹²⁵I 粒子治疗, 在超声引导下, 经阴道用 18G 穿刺针送入放射性¹²⁵I 粒子, 左侧包块放置 18 颗, 右侧放置 16 颗, 共放置 32 颗, 每颗¹²⁵I 粒子治疗活度为 0.7 mCi。植入后 1 个月, 行 CT 复查, 左、右两侧包块明显缩小, 见图 2; 血清 CA125 为 158 U/mL。植入后 3 个月, 血清 CA125 降至正常水平。

2 讨论

恶性卵巢肿瘤是女性生殖器官常见肿瘤之一, 发病率为 10~20 例/10 万, 早期诊断率低, 一旦确诊, 大多数已属晚期, 且常伴有腹腔转移。卵巢恶性生殖细胞和恶性上皮性肿瘤的 5 年生存率分别为 10%、30%~40%, 恶性卵巢肿瘤的病死率居妇科肿瘤首位。其治疗的难点在于转移性肿瘤的治疗。

血清 CA125 水平不但对卵巢癌的病情监测有价值, 同样广泛用于宫颈癌及子宫内膜癌的预后判断和病情监测^[1]。该患者共行 3 次手术, 18 次化疗, 3 次伽马刀治疗, 每次化疗后血清 CA125 水平下降明显, 但由于没有相应敏感的化疗药物进行补充治疗, 治疗 3 个月后血清 CA125 仍升高。3 次手术后, 再考虑手术, 腹腔转移病灶与周围脏器粘连严重, 难以有效剥离肿瘤组织, 手术风险大。

放射性¹²⁵I 粒子植入是一种微创、高效的治疗方法, 是近距离体内放射治疗的一种, 将¹²⁵I 粒子种植在肿瘤组织内, 它能持续释放低能 γ 射线, 可直接杀死肿瘤细胞, 使肿瘤细胞完全丧失增殖能力, 从而达到治疗效果。在植入¹²⁵I 粒子后, 患者血清 CA125 水平下降不明显, 而术后 3 个月则迅速下降至接近正常值, 不同于化疗后血清 CA125 的变化规律, 其机制尚不清楚。血清 CA125 来源于各种体腔上皮组织, 手术创伤、气腹压力及¹²⁵I 粒子持续刺激腹膜等均可导致血清 CA125 短暂上升。本患者治疗结果提示, 采用 B 超¹²⁵I 粒子植入方法治疗复发性卵巢癌, 术后近期的血清 CA125 水平上升不能作为判断疗效及预后的指标。有学者认为术前血清 CA125 水平对判断肿瘤复发有价值^[2]; 也有研究认为术前血清 CA125 水平升高, 但它与肿瘤复发没有必然联系^[3]。患者术后 3 个月血清 CA125 降至正常水平, 这可能与¹²⁵I 粒子的持续作用有关, 说明¹²⁵I 粒子能够有效控制肿瘤细胞的生长。因此, 术后 3 个月血清 CA125 水平可作为判断妇科恶性肿瘤预后的有效指标。但仍需要大样本的随访研究。

术中植入放射性¹²⁵I 粒子, 可有效防止卵巢肿瘤复发或转

• 短篇及病例报道 •

移, 杀死局部残余肿瘤细胞^[4-5]。而采用 B 超引导经阴道穿刺植入放射性¹²⁵I 粒子治疗恶性肿瘤的方法少有报道, 其优点是仅需采用局部麻醉, 微创穿刺, 操作时间短, 患者痛苦小, 恢复快, 序贯治疗间隔时间短。植入操作在 B 超的监视下进行, 可以保证¹²⁵I 粒子的精确植入和放射剂量的空间分布, 可及时处理术中发生的出血、损伤等穿刺并发症, 安全可靠。与 CT 引导相比, B 超引导下放射性¹²⁵I 粒子植入减少了手术时间, 无辐射效应, 操作方便, 手术费用较低, 对体位要求不严, 在治疗各种类型的肿瘤中具有一定的优势。

复发性低分化恶性卵巢肿瘤的生物行为特殊, 影像学表现多变。对于多次采用手术联合化疗方案后, 不能耐受再次手术治疗的患者, 采用 B 超引导下放射性¹²⁵I 粒子植入方法治疗局部肿瘤的复发或转移, 疗效明显, 不失为一种有效的治疗方式, 可作为临床治疗恶性卵巢肿瘤的新方法。

参考文献:

- [1] Davelaar EM, van de Lande J, von Mensdorff-Pouilly S, et al. A combination of serum tumor markers identifies high-risk patients with early-stage squamous cervical Cancer [J]. *Tumour Biol*, 2008, 29(1): 9-17.
- [2] Zivanovic O, Sima CS, Iasonos A, et al. Exploratory analysis of serum CA-125 response to surgery and the risk of relapse in patients with FIGO stage III C ovarian cancer [J]. *Gynecol Oncol*, 2009, 115(2): 209-214.
- [3] Mahner S, Woelber L, Jung S, et al. Prognostic significance of CA-125 in the management of patients with recurrent epithelial ovarian carcinoma selected for secondary cytoreduction [J]. *Anticancer Res*, 2009, 29(7): 2817-2821.
- [4] Kumar VJ, Nin CY, Kuei LY, et al. Survival and disease relapse in surgical stage I endometrioid adenocarcinoma of the uterus after adjuvant vaginal vault brachytherapy [J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2010, 20(4): 564-569.
- [5] Moreau-Claeys MV, Brunaud C, Hoffstetter, et al. High dose rate vaginal brachytherapy in endometrial Cancer after surgery [J]. *Cancer Radiother*, 2011, 15(3): 169-175.

(收稿日期: 2012-08-06 修回日期: 2012-11-12)

自发性肾周血肿 3 例并文献复习

肖 德

(重庆市第七人民医院泌尿外科, 重庆 400054)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.01.049

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)01-0118-03

自发性肾周血肿是一种少见的肾脏出血性疾病。最常见的症状为腰、腹部疼痛, 仅少数患者发生肉眼或镜下血尿, 有

11% 的患者因为严重腹膜后出血导致低血容量性休克。自发性肾周血肿发病率较低, 文献多为个案报道。由于自发性肾周

血肿发病原因较多,准确的病因诊断对于制定适宜的治疗方案至关重要。本院 2008 年 5 月至 2011 年 3 月收治了 3 例自发性肾周血肿患者,现报道如下。

1 临床资料

例 1,女,46 岁。因“突发右侧腰、腹部疼痛 3 h”于 2008-05-10 入院。查体:贫血貌,血压 80 mm Hg/50 mm Hg,脉搏 115 次/min,呼吸 25 次/min;右侧腹部压痛,可触及肿块;右侧腰部饱满,右肾区叩痛。B 超提示右肾形态失常,肾区可见一大约 12 cm×9 cm 的混合回声占位性病变。CT 检查提示右肾增大,形态不规则;右肾中、上极类圆形混合密度灶,CT 值为 -71~-10 Hu,大小 12 cm×10 cm;右肾外缘可见新月形高密度影,CT 值为 40~70 Hu;增强扫描后,右肾肿块内网条状轻度强化,为血管、肌肉组织;低密度脂肪灶的 CT 值为 -80 Hu;右肾外缘高密度影,无强化;考虑为“右肾血管平滑肌脂肪瘤破裂,右肾周血肿”。血常规:血红蛋白 52 g;尿常规:隐血(+++)。鉴于患者血流动力学指标不稳定,经积极术前准备,在全身麻醉下行急诊剖腹探查术。术中发现右肾中、上极实性肿块,大小为 12 cm×10 cm,破裂出血;右肾下极残留约 1/3 外观正常的肾组织,肾周巨大血肿;肾脏破损严重,无法修复,行右肾切除及血肿清除术。术后病理检查提示为血管平滑肌脂肪瘤。术后随访 2 年,患者总体肾功能正常。

例 2,女,71 岁。因“突发左侧腰痛 5 h”于 2011-03-05 入院。既往有多发性硬化症病史 2 年,长期激素治疗,目前以泼尼松 5 mg,1 次/d 维持。查体:生命体征平稳,腹软,未触及包块,左肾区叩痛。血常规:血红蛋白 89 g;尿常规:隐血(-)。B 超提示左肾形态正常,左肾外缘可见均匀强回声区。CT 检查提示左肾轮廓增大,左肾外缘可见新月形高密度影,密度不均匀,CT 值约 30~65 Hu,增强扫描后无明显变化。行保守、对症治疗,卧床休息,监测生命体征、尿液及血红蛋白变化;1 周后,患者突发上消化道出血,血常规:血红蛋白 46 g;复查上腹部 CT 示右肾区血肿无扩大,较前次比较有一定吸收。行急诊胃镜检查,胃窦区见一活动性出血,伴糜烂性胃炎,予内镜下止血,止血彻底。术后停用泼尼松,予抑酸、对症治疗,患者恢复顺利。出院诊断为“自发性肾周血肿、上消化道出血、多发性硬化症”。出院随访 1 年,血肿吸收完全,两侧肾功能正常。

例 3,男,50 岁。因“左侧腰痛 1 周”于 2010-09-10 入院。查体:生命体征平稳,左肾区叩痛,左输尿管路径的中、上段压痛;尿常规:隐血(-)。B 超检查提示左肾形态大致正常,左肾外缘可见不规则回声区。CT 检查提示“左肾周血肿,左肾上极可疑占位”。给予保守治疗、卧床休息、抗感染等对症治疗,住院 15 d 后好转出院,出院诊断为“自发性肾周血肿,左肾肿瘤待排除”。3 个月后复查 CT 提示左肾周血肿已吸收,左肾上极实质内可见圆形低密度灶,直径 3 cm,边界清楚;增强扫描提示左肾功能正常,正常肾实质呈均匀强化,病灶轻度强化,考虑肾癌可能。于 2010-12-20 在硬腰联合麻醉下行“左肾部分切除”。术中发现左肾上极一直径为 3 cm 的肿块,在距瘤体边缘 1 cm 的正常肾脏组织处,完整切除肿块。术后病理诊断为“左肾透明细胞癌”。术后随访 1 年,未见肿瘤复发、转移。

2 讨论

自发性肾周血肿是指无创伤病史或仅有不足以引起注意的微弱外力作用后,发生的肾脏破裂出血。出血积聚在肾包膜

与肾周筋膜之间,形成血肿(包括肾实质与肾包膜之间形成的自发性包膜下血肿)。肾周血肿大小不一。

自发性肾周血肿的发病率较低,文献多为个案报道,无规范的诊疗指南,诊断主要依靠病史及影像学诊断。根据相关文献报道,男性发病率与女性发病率基本相当,两侧肾脏发病率也相当。最常见的症状为腰、腹部疼痛(占 83%~100%),仅少数患者发生肉眼或镜下血尿(占 0%~19%),有 11% 患者因为严重腹膜后出血导致低血容量性休克^[1-2]。自发性肾周血肿发生的原因很多,常见的有良、恶性肿瘤(占 57%~66%)、血管性疾病(占 17%~26%)、特发性出血(占 6.2%)和感染(占 2.4%)。血管平滑肌脂肪瘤和肾细胞癌分别是导致自发性肾周血肿最常见的良性和恶性肿瘤,分别占有病例的 24%~33% 和 30~33%。肿瘤破裂出血的原因可能是由于新生血管形成和组织坏死所致^[3]。另有报道称自发性肾周血肿是妊娠期的一个少见并发症,严重时,表现为肾脏破裂,尿路梗阻是原因之一^[4]。

鉴于其病因多样,因此,准确的病因诊断对于制定适宜的治疗方法至关重要。患者就诊时,应该详细询问病史,细心地进行体格检查,并判断患者血流动力学指标是否稳定。自发性肾周血肿所致的腰痛常难以与肾绞痛症状鉴别,因此,在明确诊断前,慎用镇痛药物。

超声检查是最常用的影像学检查手段。肾周血肿的声像图表现为肾脏周围可见透声较差的无回声区,其内有雾点状低回声;无回声区的形态与出血量的多少、出血时间和病因有密切关系。超声造影不仅能清晰显示肾包膜下出血的位置、范围,还可判断是否存在活动性出血。超声的局限性主要在于:(1)在患者合并麻痹性肠梗阻或肠道胀气时,超声检查很难准确判断肾脏外形是否完整;(2)发生肾脏裂伤时,超声不能准确评估其深度及宽度,并且无法获得与肾脏功能相关的信息。有研究发现,当肾脏损伤的严重程度增加时,超声诊断的敏感性下降^[5-6]。尽管如此,超声仍因其方便、快捷的特性而作为一种有效的筛查措施,它有助于筛查需要接受进一步有创影像学检查的患者。CT 检查结果是自发性血肿患者影像学评价的金标准,CT 诊断肾周血肿的准确性接近 100%,发现潜在肿块的敏感性和特异性分别为 57% 和 82%^[1]。CT 能够对整个腹膜后区域及所有血肿进行观察,能同时检查腹部及盆腔;能了解肾脏被血肿推移的程度,准确地对肾脏损伤进行定位;较易发现挫伤和失活的肾段;对于既往有的肾脏病变的患者,CT 的诊断价值尤为重要^[7]。CT 影像所表现出来的血肿面积在评价肾脏损伤程度时具有重要作用,血肿大小的变化可以指导治疗。在对肾脏进行 CT 检查时应静脉给予造影剂,增强 CT 是诊断自发性肾周血肿时最重要的影像学方法,尤其是超声或 CT 平扫提示腹膜后血肿时。据报道,应用目前最新的 CT 诊断系统诊断自发性肾周血肿病因的准确性可达 92%^[8],而超声的敏感性和特异性分别为 11% 和 33%。增强扫描后,能了解受压肾脏的功能及对侧肾脏功能;部分患者需要做延迟期肾盂显影,在肾盂显影期,如果出现肾脏血肿内或肾脏损伤处增强,则提示存在尿漏;损伤肾脏无增强显影是肾蒂损伤的标志性表现。当患者不能使用静脉增强剂或无法进行 CT 检查时,可以考虑行磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查。MRI 可以准确诊断肾周血肿,可以发现既往已经存在的

肾脏病变,评估肾脏损伤组织的活性^[9]。MRI 的局限性主要在于耗时长、费用高,并且在检查过程中无法近距离接触患者。

自发性肾周血肿的治疗原则与肾脏损伤相同。保守治疗作为首选方案,而肾脏切除术则是最后可选择的方案。首先通过静脉输液、输血及血浆制品维持患者血流动力学指标的稳定。对于血流动力学稳定的患者可采用卧床休息,监测生命体征和血红蛋白的变化情况。当梗阻导致肾脏破裂时,最好的方法就是留置双 J 管解除梗阻;如果不能置管,可以选择经皮肾造瘘,根据梗阻原因采取相应治疗措施^[4]。对于血流动力学不稳定或反复输血后血红蛋白仍然下降的患者,可行诊断性动脉造影和选择性栓塞术。如栓塞无效,才考虑行开放性肾切除术。对于孤立肾或诊断明确,易于发现的外生性小肿物(直径小于 4 cm),可选择肾部分切除术^[10-11]。据统计,有 7% 伴发肿块的血肿患者接受了早期肾部分切除术^[1],但目前尚无局部复发的数据。保守治疗(包括栓塞治疗)有效的患者,可行住院观察及对症治疗,在生命体征和血红蛋白稳定达 24 h 以及肉眼血尿停止后,患者可以逐渐下床活动。有 25% 的患者可能伴有潜在恶性肿瘤,因此在 1~3 个月内应该复查腹部 CT。如果发生自发性肾周血肿,或随访时发现肾癌,应积极采取适宜的手术方案。

总之,自发性肾周血肿的发病率较低,无规范的诊疗指南,诊断主要依靠病史及影像学诊断;增强 CT 是诊断自发性肾周血肿时最重要的影像学方法。自发性肾周血肿的治疗与肾脏损伤相同,保守治疗作为首选方案,而肾脏切除术则是最后可选择的方案。应定期随访,避免漏诊潜在恶性肿瘤。

参考文献:

- [1] Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH, et al. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage; a meta-analysis[J]. J Urol, 2002, 167(4): 1593-1596.
- [2] Pereverzev AS, Shchukin DV, Iliukhin IuA, et al. Spontaneous ruptures of renal tumors[J]. Urologiia, 2005(2):

21-24.

- [3] Hora M, Hes O, Klecka J, et al. Rupture of papillary renal cell carcinoma[J]. Scand J Urol Nephrol, 2004, 38(6): 481-484.
- [4] Oesterling JE, Besinger RE, Brendler CB. Spontaneous rupture of the renal collecting system during pregnancy: successful management with a temporary ureteral catheter[J]. J Urol, 1988, 140(3): 588-590.
- [5] 王正滨,唐杰,杨斌,等.泌尿生殖系统疾病超声诊断与鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2010:145-148.
- [6] Goldman SM, Sandler CM. Urogenital trauma: imaging upper GU trauma[J]. Eur J Radiol, 2004, 50(1): 84-95.
- [7] Ichigi Y, Takaki N, Nakamura K, et al. Significance of hematoma size for evaluating the grade of blunt renal trauma[J]. Int J Urol, 1999, 6(10): 502-508.
- [8] Sebastià MC, Pérez-Molina MO, Alvarez-Castells A, et al. CT evaluation of underlying cause in spontaneous subcapsular and perirenal hemorrhage[J]. Eur Radiol, 1997, 7(5): 686-690.
- [9] Ku JH, Jeon YS, Kim ME, et al. Is there a role for magnetic resonance imaging in renal trauma[J]. Int J Urol, 2001, 8(6): 261-267.
- [10] Sutherland SE, Resnick MI, MacLennan GT, et al. Does the size of the surgical margin in partial nephrectomy for renal cell Cancer really matter[J]. J Urol, 2002, 167(1): 61-64.
- [11] Ljungberg B, Cowan NC, Hanbury DC, et al. EAU guidelines on renal cell carcinoma: the 2010 update[J]. Eur Urol, 2010, 58(3): 398-406.

(收稿日期:2012-09-18 修回日期:2012-11-19)

(上接第 74 页)

相结合,疗效满意,该方案有进一步推广的价值。

参考文献:

- [1] Głowiczki P, Głowiczki ML. Evidence on efficacy of treatments of venous ulcers and on prevention of ulcer recurrence[J]. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther, 2009, 21(4): 259-268.
- [2] 朱家源,李新强,唐冰,等.糖尿病足溃疡的创面处理:“创面床准备”[J].中国实用内科杂志,2007,27(7):494-497.
- [3] 李新强,朱家源,陈东,等.应用“创面床准备”方案局部处理糖尿病足溃疡的效果分析[J].中国临床康复,2006,10(24):48-51.
- [4] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版,北京:人民卫生出版社,2008.

- [5] 朱家源,唐冰,朱斌,等.下肢静脉性溃疡综合处理的效果分析[J].中华外科杂志,2006,44(19):1340-1341.
- [6] 王深明,姚陈.下肢慢性静脉功能不全的药物治疗[J].中国实用外科杂志,2011,31(12):1080-1082.
- [7] 宋飞,简华刚.糖尿病足溃疡创面床准备及清创处理[J].创伤外科杂志,2011,13(2):180-182.
- [8] 李琴,唐国瑶.皮肤黏膜难愈性溃疡的分子机制[J].临床口腔医学杂志,2009,25(11):692-693.
- [9] Douglass J. Wound bed preparation: a systematic approach to chronic wounds[J]. Br J Community Nurs, 2003, 8(6 Suppl): S26-34.
- [10] 毛一雷,徐海峰.创口的处理与难点[J].中国实用外科杂志,2011,31(1):69-71.

(收稿日期:2012-08-13 修回日期:2012-11-11)