

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.25.052

罕见巨大升主动脉瘤 1 例报道

李家宇, 陶杰, 蒙俊, 孙毅

(昆明医科大学第一附属医院心血管外科, 昆明 650032)

[中图分类号] R654.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)25-3598-02

升主动脉瘤常继发于高血压、主动脉瓣二叶式畸形、马方综合征等疾病, 本文报道了 1 例主动脉广泛粥样硬化的罕见、巨大升主动脉瘤患者, 并就其外科治疗、预后等作一简要阐述。

1 临床资料

患者, 男, 39 岁, 因反复咳嗽 10 余年, 体检发现升主动脉瘤 1 周入院。患者否认有高血压、糖尿病病史。查体: 发育正常, 无狭长颅、近视和蜘蛛指、趾表现; 血压 115/64 mm Hg, 心界不大, 心率 78 次/分钟, 律齐无杂音。胸片示: 心外形正常, 纵隔影增宽, 双肺未见异常。心脏彩超示: 升主动脉瘤, 最大直径约 13.8 cm, 主动脉瓣环、窦部未见明显扩张, 瓣膜形态及功能正常, 见图 1。心血管 CT 血管造影(CTA)示: 升主动脉瘤样扩张, 最大直径约 12.1 cm, 主动脉弓增宽约 4 cm, 主动脉弥漫性钙化, 见图 2。生化检查血脂、血糖正常。入院诊断为: 升主动脉瘤。经完善术前准备后在本院行升主动脉并部分弓置换术。

正常, 主动脉瓣叶柔软, 对合良好。以 3-0 prolene 线连续缝合, 将 26 号直人工血管一端与近端升主动脉行端-端吻合; 逐渐复温的同时, 人工血管另一端修剪成一定斜面, 再与近端主动脉弓行端-端吻合(图 4)。心脏复跳后仔细检查吻合口, 止血、关胸。术毕生命征平稳。

患者术后恢复良好, 顺利出院, 3 个月后返院复查。CTA 示: 升主动脉并部分弓置换术后, 人工血管形态未见异常, 未见吻合口漏。心脏彩超示: 人工血管内血流正常, 未见狭窄, 心脏瓣膜结构及血流正常。

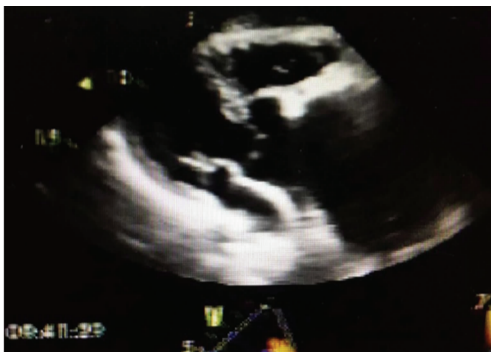


图 1 心脏彩超

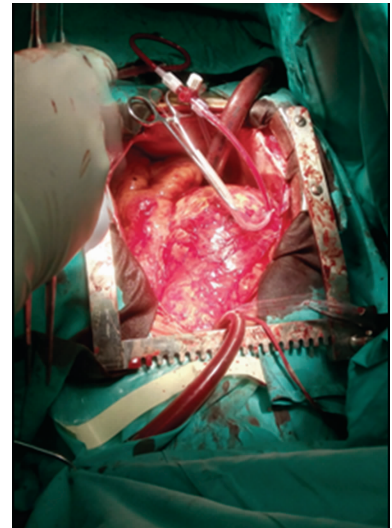


图 3 术中升主动脉呈巨大瘤样膨出

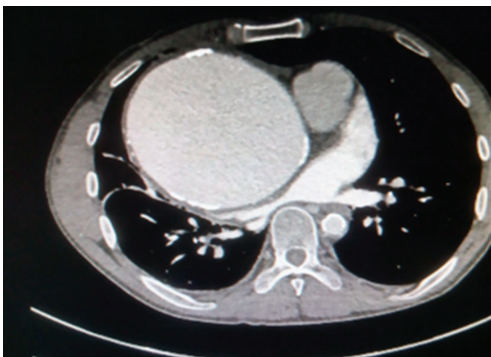


图 2 心血管 CTA

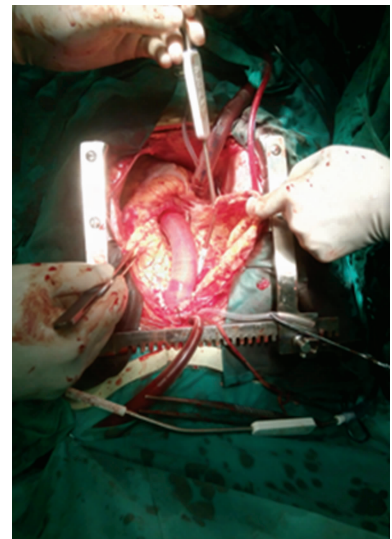


图 4 人工血管完成升主动脉及近端弓部替换

游离右侧股动脉, 插 24 号供血管。以胸正中切口入胸后, 探查见升主动脉异常增粗, 呈巨大瘤样膨出(图 3), 最大直径约 13 cm, 近端弓部扩张; 主动脉根部基本正常。右心房插入 32 号腔房管建立体外循环, 并行循环下充分游离瘤体远端及三大分支动脉, 无名动脉插 20 号供血管。鼻咽温 29℃, 于无名动脉与左颈总动脉之间阻断主动脉弓, 再阻断无名动脉近端, 纵行切开瘤壁, 灌注含血停跳液。探查见主动脉瘤壁明显增厚、僵硬, 弥漫性粥样斑块形成并严重钙化; 窦部及瓣环基本

2 讨论

胸主动脉瘤常见病因包括: 动脉壁中层囊性坏死或退行性变、马方综合征、动脉粥样硬化、主动脉夹层、创伤、炎症等^[1-4]。

其中马方综合征者多在 30~40 岁发病;动脉粥样硬化性动脉瘤则多见于老年患者,且常合并有冠心病、糖尿病、高血压等疾病^[5]。有研究认为缺乏维生素 D 可能与胸主动脉瘤相关^[6]。本病例年纪轻,无高血压、糖尿病、高血脂等危险因素,但病变严重,主动脉瘤极其巨大,术中所见与病检均证实为动脉粥样硬化性病变,实属罕见;患者在病史中有反复咳嗽症状,可能与巨大瘤体压迫有关。

多数学者认为升主动脉瘤直径大于 6 cm,发生瘤体破裂或主动脉夹层的风险急剧增加^[7],应积极手术。该病例升主动脉直径达 13 cm,及时手术非常必要^[8];动脉瘤累及了近端主动脉弓,故术式选择为升主动脉及部分弓置换,旨在更充分的切除瘤体^[9]。术中因血管壁质地条件差,病变范围广,治疗难度较大,存在吻合口出血、止血,病变血管置换不彻底等难题^[10];此外作者认为,因存在粥样斑块、附壁血栓脱落^[11]、栓塞^[12],动脉瘤再发,主动脉夹层等潜在危险因素,患者有再次手术的风险。

参考文献

[1] Cozijnsen L, Braam RL, Waalewijn RA, et al. What is new in dilatation of the ascending aorta. Review of current literature and practical advice for the cardiologist[J]. Circulation, 2011, 123(8): 924-928.
 [2] Albornoz G, Coady MA, Roberts M, et al. Familial thoracic aortic aneurysms and dissections—incidence, modes of inheritance, and phenotypic patterns[J]. Ann Thorac Surg, 2006, 82(4): 1400-1405.
 [3] Judge DP, Dietz HC. Marfan's syndrome[J]. Lancet, 2005, 366(9501): 1965-1976.
 [4] 黄震华. 胸主动脉瘤诊断和治疗进展[J]. 中国新药与临床·短篇及病例报道· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.25.053

床杂志, 2015, 34(3): 180-183.
 [5] Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease[J]. JAMA, 2000, 283(7): 897-903.
 [6] 王颖, 李洁. 升主动脉瘤的诊治进展[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(10): 1293-1294, 1297.
 [7] Akgun S, Atalan N, Fazlioullari O, et al. Aortic root aneurysm after off-pump reduction aortoplasty[J]. Ann Thorac Surg, 2010, 90(5): e69-70.
 [8] 念辉, 黄烽, 丁杭, 等. 升主动脉瘤样扩张采用改良包裹成形术治疗的早中期疗效[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2014, 21(6): 730-735.
 [9] Kirsch EW, Radu NC, Mekontso-Dessap A, et al. Aortic root replacement after previous surgical intervention on the aortic valve, aortic root, or ascending aorta[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2006, 131(3): 601-608.
 [10] 马琼, 张怀军, 孙立忠, 等. 主动脉根部替换术后出血的临床对策[J]. 中国分子心脏病学杂志, 2007, 7(2): 63-65.
 [11] Patel HJ, DG, Arch A. Natural history, and treatment[J]. Circulation, 2008, 118(2): 188-195.
 [12] Faxon DP, Creager MA, Smith SC, et al. Atherosclerotic vascular disease conference: executive summary; atherosclerotic vascular disease conference proceeding for healthcare professionals from a special writing group of the American heart association[J]. Circulation, 2004, 109(21): 2595-2604.

(收稿日期: 2016-03-11 修回日期: 2016-05-26)

左侧精囊巨大囊肿合并左侧双肾盂双输尿管畸形、右输尿管开口异位 1 例

张 洋, 孙 发[△], 唐开发[▲], 钟传华, 王鹏飞
 (贵州医科大学附属医院泌尿外科, 贵阳 550004)

[中图分类号] R697 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)25-3599-02

精囊囊肿由 Smith 于 1872 年首先报道, 发病率较低, 约为 0.005%^[1]。精囊囊肿可分为先天性和后天性, 以先天性为多见。先天性精囊囊肿常伴有其他泌尿系畸形。双输尿管双肾盂畸形是肾和输尿管先天发育畸形, 其主要病理基础是胚胎早期有 2 个输尿管芽进入一个肾胚基所造成, 但肾质仍融合为一体。输尿管开口异位是指输尿管开口于膀胱外, 常发生在重复肾和重复输尿管。2014 年 3 月本院收治 1 例先天性精囊囊肿、先天性左侧双肾盂双输尿管畸形和右输尿管管口开口异位的患者, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 36 岁, 已婚, 育有 1 子。因“尿频伴间断性乳白色尿液 1+ 月”入院。1 个月前患者无明显诱因出现尿频(7~8 次/天)伴间断性乳白色尿液, 期间并有洗肉水样尿液, 偶有下腹部不适。直肠指检: 前列腺正上方可触及一囊性包块, 触痛, 边界清楚, 位置固定。入院后 B 超提示: 左肾探及肾窦分为上下两团, 不相链接, 中间见实质样分格。前列腺上方探及范围约 8.1 cm×4.8 cm×7.9 cm 囊性病灶, 边界清晰, 壁厚, 其内透声差。盆腔增强 CT 提示: 前列腺上方可见 64 mm×53 mm

类圆形囊性结构, 壁薄而光滑且呈轻度强化, 其内液性成分未见强化。血常规、尿常规、凝血功能、心电图等各项检查未见明显异常。术前诊断: 前列腺囊肿; 左侧双肾盂畸形。麻醉后术中患者取截石位, 经尿道置入 F18 行膀胱镜检查, 找到左输尿管开口, 未见右输尿管开口。于尿道内口上方 5 点和 7 点方向分别可见直径约 0.6 cm 大小的楔形裂口, 换用输尿管镜, 在黑色输尿管导管引导下进入左侧输尿管, 进镜约 20 cm, 见肾盂样结构, 留置黑色输尿管导管, 上至肾盂, 退镜。在红色输尿管导管引导下输尿管镜进入左侧楔形裂口, 进镜约 20 cm, 可见末端肾盂样结构, 未见黑色输尿管导管。再次在红色输尿管导管引导下输尿管镜进入右侧楔形裂口, 进镜约 20 cm, 可见末端肾盂样结构, 未见黑色输尿管导管退镜。证实前列腺上方占位未与膀胱, 输尿管相通。于膀胱内留置 F18 双腔尿管一根, 气囊注水 20 mL。患者取头低足高仰卧位, 于腹腔镜下行精囊囊肿部分切除术。术中切开囊壁, 吸净囊内黄色脓性液体约 100 mL, 切除囊壁 3.5 cm×3.0 cm 大小的囊壁壁送检。术后病理诊断: 病变符合囊肿, 内壁附多量急性慢性炎症细胞浸润。术后诊断: (1) 左精囊囊肿并感染; (2) 先天性左侧双输尿管双肾

作者简介: 张洋(1987—), 医师, 硕士, 主要从事泌尿系肿瘤研究。doc.tangkf@hotmail.com。

[△] 通讯作者, E-mail: sfguizhou@163.com。 [▲] 通讯作者, E-mail: