

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

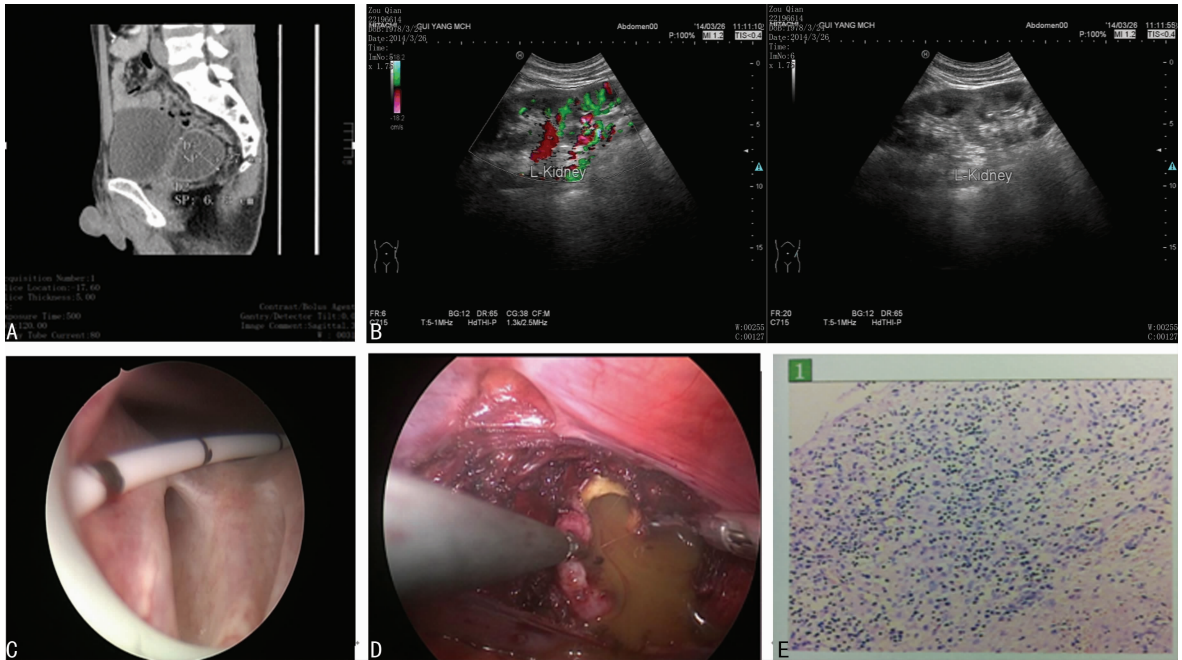
患者, 男, 36 岁, 已婚, 育有 1 子。因“尿频伴间断性乳白色尿液 1+ 月”入院。1 个月前患者无明显诱因出现尿频(7~8 次/天)伴间断性乳白色尿液, 期间并有洗肉水样尿液, 偶有下腹部不适。直肠指检: 前列腺正上方可触及一囊性包块, 触痛, 边界清楚, 位置固定。入院后 B 超提示: 左肾探及肾窦分为上下两团, 不相链接, 中间见实质样分格。前列腺上方探及范围约 8.1 cm×4.8 cm×7.9 cm 囊性病灶, 边界清晰, 壁厚, 其内透声差。盆腔增强 CT 提示: 前列腺上方可见 64 mm×53 mm

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:

盂畸形;(3)右侧输尿管管口开口异位。术后随访 1 年未复发。 见图 1。



A: 盆腔 CT; B: 提示左肾双肾盂畸形可能; C: 输尿管镜下尿道内口; D: 腹腔镜下切开囊壁黄色脓流出; E: 病变符合囊肿, 内壁附有大量急性慢性炎症细胞浸润。

图 1 临床相关病例资料

2 讨 论

2.1 病因 先天性精囊囊肿根据发生来源可分为精囊自身的囊肿和胚胎期副中肾管残端所形成的囊肿两类, 故后者常伴发其他泌尿系畸形, 如同侧肾缺如、输尿管发育异常、尿道下裂、输尿管开口异位、隐睾等^[2-3], 并以同侧泌尿系畸形多见。本例患者则不仅合并左侧双输尿管双肾盂畸形, 同时合并右侧输尿管管口开口异位, 临床上比较少见。后天性精囊囊肿多系射精管炎性梗阻所致。本例患者因同时合并左侧双输尿管双肾盂畸形、右侧输尿管管口开口异位, 故考虑为先天性精囊囊肿可能性大。

2.2 临床表现 大多数精囊囊肿患者无临床表现, 只有精囊囊肿持续变大压迫周围组织、器官或继发感染、出血才会出现相应的临床症状, 如血精^[4], 下腹痛、腰骶部及会阴部疼痛不适, 尿频、尿急、尿痛, 排尿困难等下尿路症状。本例患者不仅出现尿频的常见症状, 还出现了少见的乳白尿液, 精囊囊肿临床表现为间断乳白色尿液目前尚未有报道。

2.3 检查 直肠指诊是诊断精囊囊肿必要检查, 可以了解囊肿的位置、质地及与直肠、前列腺情况。由于精囊囊肿临床表现无明显特异性, 诊断主要依靠影像学。超声诊断精囊囊肿特异性强, 准确高^[5]。泌尿系超声可明确诊断精囊囊肿伴发的各种泌尿系畸形, 肾缺如、多囊肾、睾丸异位等。尤其是经直肠超声检查 (TRUS) 可客观评价精囊囊肿的大小、部位, 可作为精囊囊肿患者的重要检查手段^[6]。CT 及 MR 可以准确地显示膀胱周围结构, 有助于区分实性或囊性占位性病变, 诊断准确性高。CT 典型表现为精囊区薄壁, 边界清楚, 其内为水样密度, 位置一般偏离中线, 多为单房囊肿。本例基本符合典型的 CT 囊肿表现。诊断精囊囊肿需与其他疾病相鉴别, 如前列腺囊肿、wolffian、Muller 管残余囊肿、包虫性囊肿、射精管憩室、巨大输尿管膨出等。本例精囊囊肿初期就误诊为前列腺囊肿, 主要是因为临床表现无特异性, 同时影像资料提示该囊肿基本位于膀胱壁正后方, 与前列腺位置接近。但如能结合患者入院 B 超并发左肾双肾盂畸形, 应可以排除前列腺囊肿可能。前列腺囊肿很少并发泌尿系畸形, 但精囊常并发泌尿畸形。术前考

虑行泌尿系造影, 但患者拒绝, 以至于无直观影像学证实泌尿系畸形, 只能于手术证实。

2.4 治疗 精囊囊肿治疗措施与精囊囊肿大小相关, 精囊囊肿较小或者无临床表现时, 无需特殊处理。经直肠、膀胱镜下穿刺抽吸, 采取经膀胱、腹膜后、经会阴或经尾骨后方手术切除, 经尿道射精管顶部剥离法等传统手术方式可用于精囊囊肿的治疗。和传统手术相比, 腹腔镜下精囊囊肿有很多优势, 术中可直接显示病灶, 视野暴露清楚, 可避开膀胱、前列腺、直肠、输精管等周围重要组织脏器, 术中术后出血少, 术后患者康复快, 痛苦少, 住院时间和愈合时间较开放手术明显缩短, 故腹腔镜可作为治疗精囊囊肿的首选方法^[7]。本例患者采取腹腔镜手术, 术后恢复良好, 随访疗效确切。

参考文献

- [1] Smith NR. Hydrocele of the seminal vesicle[J]. Lancet, 1872, 100(2564): 558-559.
- [2] 柳宏林, 肖智彬, 刘红军, 等. 先天性精囊囊肿伴同侧肾缺如、输尿管异位开口于精囊二例[J]. 中华外科杂志, 2012, 50(8): 763-764.
- [3] Manousakas T, Kyriakou G, Serafetinides E, et al. Partial vesiculectomy in an infertile man with seminal vesicle cyst, ipsilateral renal agenesis, and cryptorchidism[J]. Urology, 2002, 59(4): 602.
- [4] 张波, 王禾, 张更, 等. 精囊囊肿的诊断和治疗[J]. 中华外科杂志, 2003, 41(6): 433-435.
- [5] 汤玲, 李祥仁, 艾苏. 超声对精囊腺囊肿的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志, 2014, 30(7): 670-671.
- [6] 王彦彬, 徐智慧, 诸靖宇, 等. 经直肠超声检查在精囊囊肿中的应用[J]. 医药前沿, 2013(11): 136.
- [7] 张东旭, 徐丹枫, 崔心刚, 等. 腹腔镜手术治疗精囊囊肿 4 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(1): 74-75.