

极深面可扪及直径约 1.5 cm 圆形质硬包块,包膜完整,与周围甲状腺组织有粘连,一并切除甲状腺下叶。送冰冻切片(苏木精伊红染色,HE)提示:甲状旁腺腺瘤,见图 4。术后复查血钙 1.92 mmol/L,PTH 6.58 pmol/L。

2 讨 论

甲状腺内异位甲状旁腺多位于右侧甲状腺下 1/3,可能是在甲状腺发育早期,甲状旁腺与甲状腺侧叶融合,从而发生甲状腺内异位^[2],此例异位腺瘤位于甲状腺左侧叶下极。甲状旁腺瘤是原发性甲状旁腺功能亢进的主要原因。甲状腺内异位甲状旁腺瘤临床甚为罕见^[3],定位和定性诊断困难。因临床医生对本病认识不足,再则本病并发症广泛而复杂,易导致误诊漏诊。目前国内外甲状旁腺手术前定位诊断的技术手段主要包括超声检查、颈胸部^{99m}Tc-MIBI SPECT 扫描及颈部增强 CT^[4]。有文献报道,SPECT/CT 影像融合技术检测甲状旁腺病变的敏感性比单纯 SPECT 提高 39%^[5]。^{99m}Tc-MIBI SPECT/CT 显像具有以下 3 个优点:(1)比^{99m}Tc-MIBI 双时相平面显像有更高的病灶检出率,特别是对于增生病灶的检出率明显高于平面显像;(2)在鉴别病灶源是甲状腺还是甲状旁腺时,SPECT/CT 具有一定的优势;(3)对于异位甲状旁腺腺瘤可提供正确的解剖位置,为手术方案制订提供重要依据^[6]。^{99m}Tc-MIBI 显像同时为亲肿瘤显像,研究表明^{99m}Tc-MIBI 亲肿瘤显像诊断甲状腺癌,其结果显示,灵敏度 73.81%,特异度 79.21%,准确性 77.62%^[7]。故甲状腺癌也可有类似显像表现,须结合 PTH 进行鉴别。本例患者初诊为“骨质疏松待查”,由于病变原发病灶在甲状腺内,不易触及,甲状腺超声提示甲状腺内低回声团,考虑腺瘤。后因右髋疼痛伴腰痛,实验室检查血钙异常,PTH 增高,才考虑甲状旁腺功能亢进,^{99m}Tc-MIBI 双时相加 SPECT/CT 断层融合显像检查发现甲状腺内高功能结节影,并经手术证实为甲状旁腺瘤。临床上凡有骨关节疼痛,骨密度检查提示骨质疏松、血钙持续升高,应考虑为

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.03.048

甲状旁腺功能亢进,需结合^{99m}Tc-MIBI 双时相加 SPECT/CT 断层融合显像及 PTH 进行定位和定性诊断。甲状腺内异位甲状旁腺腺瘤首选治疗方法是手术,术后多数患者可发生暂时性低钙血症,补充钙剂后会逐渐恢复,预后良好^[8]。

参考文献

[1] 张煜,张卧,丁金旺,等.甲状腺内异位甲状旁腺及腺瘤诊治分析[J].中华全科医学,2015,13(8):1374-1375.
[2] 闫红英,李尚明,王丽静.甲状腺内异位甲状旁腺腺瘤 1 例[J].中华内分泌代谢杂志,2016,32(5):422-423.
[3] ARNAULT V, BEAULIEU A, LIFANTE J C, et al. Multicenter study of 19aortopulmonary window parathyroid tumors; the challenge of embryologic origin[J]. World J Surg, 2010, 34(9):2211-2216.
[4] 胡亚,廖泉,牛哲禹,等.甲状腺内异位甲状旁腺病变的定位诊断和手术治疗[J].协和医学杂志,2013,4(3):299-303.
[5] SERRA A, BOLASCO P, SATTI L, et al. Role of SPECT/CT in the preoperative assessment of hyperparathyroid patients[J]. Radiologia Medica, 2006, 111(7):999-1008.
[6] 盛矢薇,朱瑞森,樊友本,等.^{99m}Tc-MIBI SPECT/CT 对原发性甲状旁腺功能亢进症的诊断价值[J].上海交通大学学报(医学版),2011,31(10):1423-1427,1435.
[7] 伍日照,黄斌豪,甄作武,等.^{99m}Tc-MIBI 甲状腺亲肿瘤显像临床价值探讨[J].中国医学创新,2013,10(14):73.
[8] 丁金旺,罗定存,雷志锴,等.甲状腺内异位甲状旁腺瘤伴甲状腺微小乳头状癌 1 例[J].实用医学杂志,2012,28(9):1583-1584.

(收稿日期:2017-06-24 修回日期:2017-09-03)

肾蒂淋巴管结扎术后持续肉眼血尿 1 例报道

吴 涛,赵泽驹[△],罗 旭,付 逆,张 能,陈书练

(遵义医学院附属医院泌尿外科,贵州遵义 563000)

[中图法分类号] R699.2 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2018)03-0430-03

乳糜尿是泌尿系常见疾病之一,肾蒂淋巴管结扎术是主要的治疗方法。本院于 2015 年 10 月实施的 1 例肾蒂淋巴管结扎治疗乳糜尿患者,术后即出现大量肉眼血尿,持续 1 周,现报道如下。

1 临床资料

患者男,62 岁,因“间隙性排乳白色尿 10 年余,排尿困难 6 个月”于 2015 年 10 月 16 日入院。查体:精神差、消瘦,双肾区未触及包块,无压痛及叩痛。辅助检查:尿乳糜实验阳性;尿常规:白细胞 26 个/HP,红细胞 482 个/HP,尿蛋白(+++);泌尿系统造影(CTU)无泌尿系统及腹膜后占位等病变;逆行造影:肾盂、肾蒂淋巴管、静脉逆流现象,见图 1~3。膀胱镜检查

提示左侧输尿管开口喷乳白色尿液,见图 4。诊断为左侧乳糜血尿,行后腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术,术程顺利,术中出血约 20 mL。术后返回病房发现肉眼血尿,接持续膀胱冲洗呈淡血性,但阵发性颜色加深,血压升高时较为明显;血红蛋白较术前降低约 10 g/L,次日继续下降,急诊行 CT 检查未见术区积液、肾脏无明显异常,膀胱镜检查见手术侧输尿管开口喷血,见图 5,数字化减影血管造影术(DSA),未见肾动脉出血,见图 6,考虑为静脉性出血,由于患者无腰痛、腹胀等不适,生命体征平稳,血红蛋白持续下降较慢,每天约 5~8 g/L,继续保守治疗,术后第 4 天冲洗引流液颜色开始逐渐变淡,第 7 天血性引流液消失,后康复出院。随访 3 个月复查尿常规及尿乳糜实验阴性。

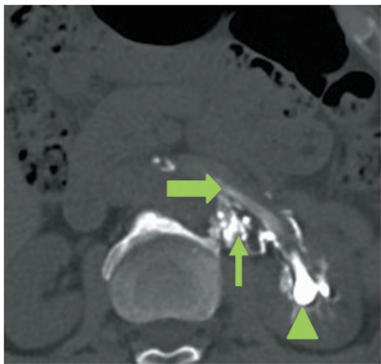


图 1 左肾静脉与淋巴管显影

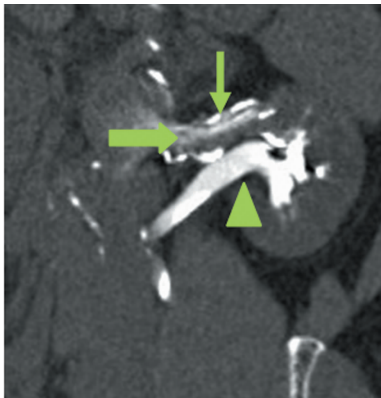


图 2 左输尿管逆行造影:肾盂、静脉、淋巴管显影

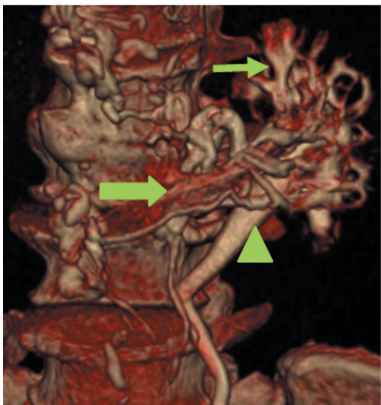


图 3 输尿管、肾血管、淋巴管三维重建



图 4 左侧输尿管喷乳白色尿

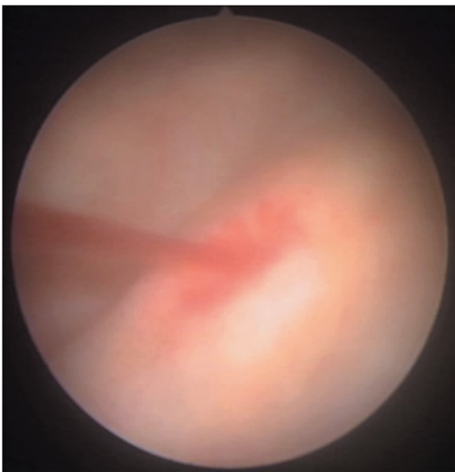


图 5 术后左侧输尿管喷血尿

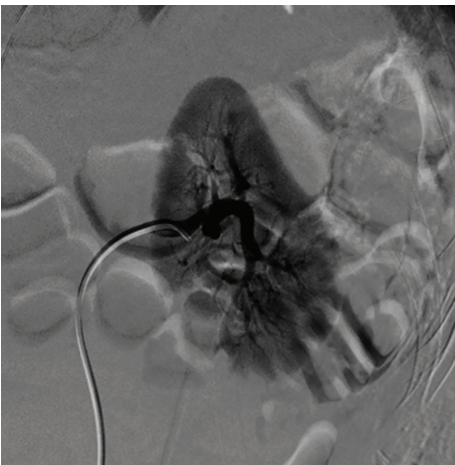


图 6 左肾术后 DSA

2 讨 论

乳糜尿是泌尿系常见症状之一,与腹膜后结核、肿瘤及班氏丝虫感染等有关,病变使乳糜池及其所属的主要淋巴管管壁、瓣膜功能受损,淋巴系统动力学改变,导致腰干、肾脏淋巴管、乳糜池的淋巴液回流障碍,甚至近心端的淋巴液逆流。随着时间的延长,肾蒂淋巴管的回流阻力增加、逐渐扩张、属支增多,肾盂穹窿部淋巴管壁较薄弱,在压力差或肾盂内外压变化过程中容易形成瘘,淋巴液进入肾盂,形成乳糜尿。同时,长期淋巴回流障碍与逆流,使淋巴液生成的微环境发生变化,毛细淋巴管起始部扩张,微循环的组织间隙内富含蛋白质与脂肪的淋巴液积聚,在高浓度蛋白与脂肪的侵蚀下,微静脉对组织间液回收相对增加的同时出现末梢扩张、微静脉壁受损,形成静脉曲张。当肾盂穹窿部瘘形成后,部分静脉血与淋巴液混合进入肾盂,形成乳糜血尿^[1]。临床上凡病程较长、症状较重、反复复发者尿常规检查几乎都可见大量红细胞,该患者便是如此。

我国乳糜尿患者多由班氏丝虫感染引起,身居河流附近的村镇居民发病率较高。基层医院以传统的中药及肾盂 1%硝酸银灌注治疗较多,远期效果较差,复发率高^[2]。目前公认的首选治疗方式是腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术^[3-5],该术式相对开放手术具有创伤小、术中视野清晰、出血少、术后并发症少、恢复快等优点。但无论何种手术方式,肾蒂淋巴管结扎术后肉眼血尿报道较少,相关文献的记录均未予以重视及专题讨论^[6-7];有学者认为与多支肾动、静脉变异有关^[8]。

本例患者术后出现持续肉眼血尿,时间较长,甚是少见。在术后经过检查最终判定为静脉性出血,非手术治疗得以缓解。因此,对于此类患者,笔者建议先行全腹 CT,排除术区是否存在活动性出血或血肿,切忌盲目直接探查;排除损伤性出血后行膀胱镜检查,如见手术侧输尿管开口喷血可进一步作肾脏 DSA 检查。基于对该例患者有效处置,结合相关文献^[9],分析其原因,可能为术前微静脉本身破损或痿较大、较多,术中肾脏游离使许多较小的肾静脉分支、淋巴管阻断,肾静脉压暂时升高,术后淋巴反流消失,本身存在痿的淋巴管及肾盂穹窿部原有压力降低,微静脉血液从高压处向痿口低压处快速渗漏,使术前本身存在的乳糜血尿在去除大量淋巴液后血尿更加突出,短时间内静脉、淋巴管与肾盂的压力差加大,肾脏自身的淋巴液于肾盂穹窿部痿较术前明显增加。术前输尿管、肾盂逆行造影观察的逆流现象吻合(图 1~3),也支持了术前肾静脉、淋巴管、肾盂穹窿部痿可以延续到术后的观点,并为排除肾脏挫伤、肾动脉损伤或动脉性出血后,术后肉眼血尿可以非手术治疗奠定了基础。随着术后康复时间延长,肾盂压力有效维持,中心静脉压低于肾盂压,有利于静脉回流,肾脏自身淋巴管术后可以再次重建回流,血管与淋巴管便逐渐修复、重建,血尿逐渐消失。

综上所述,腹腔镜下肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿是微创、安全、有效的,术后出现肉眼血尿或乳糜试验阳性,在排除手术本身因素及解剖异常外,可以视为术前症状的延续,非手术治疗有望康复。

参考文献

[1] 干思舜,高轶,徐丹枫,等. 经后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术

治疗乳糜尿(附 21 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2011,26(6):441-442,444.

[2] 许振强,庄志明,庄乾元,等. 后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿[J]. 华中科技大学学报(医学版),2011,40(3):351-353.

[3] 李明,单卫民,等. 后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿临床效果观察[J]. 中国现代医药杂志,2014,16(3):48-50.

[4] 陈勇,张海滨,刁伟霖,等. 后腹腔镜与开放肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿疗效分析[J]. 临床泌尿外科杂志,2011,26(2):121-123.

[5] 金亿里,汪朔,周长春,等. 后腹腔镜与开放式肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿的疗效比较(附 46 例报告)[J]. 中国微创外科杂志,2011,11(11):995-997.

[6] 何贫,余先,林杰,等. 肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿 136 例疗效观察[J]. 四川医学,2014,35(2):233-235.

[7] 曾涛,孟栋良,王金根,等. 经后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿[J]. 江西医药,2011,46(2):97-99.

[8] ZHANG C J, CHEN R F, ZHU H T, et al. Retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria in presence of complex renal vasculature[J]. Urology, 2012,80(6):1273-1276.

[9] 王珍,邱晓明,等. 泌尿系 CTU 及 MRI 诊断乳糜尿 1 例[J]. 临床放射学杂志,2014,33(12):1943-1944.

(收稿日期:2017-06-21 修回日期:2017-08-28)

(上接第 425 页)

[10] HAGHIGHI M J, SHAHDADI H, MOGHADAM M P, et al. The impact of evidence-based practices on postoperative pain in patients undergoing gastrointestinal surgery in amiralmomenin hospital in zabol during 2014 — 2015 [J]. J Clin Diagn Res, 2016,10(7):IC1-4.

[11] GUZYS D, DICKSON-SWIFT V, KENNY A, et al. Gadamerian philosophical hermeneutics as a useful methodological framework for the Delphi technique[J]. Int J Qual Stud Health Well-being, 2015,10:26291.

[12] PURRAN A, WELLER G, KERR C. Evaluation of a PICC care training programme[J]. Nurs Stand, 2016,30(20):45-50.

[13] AYELLO E A, BARANOSKI S. Nursing 2014 survey results: wound care and prevention[J]. Nursing, 2014,44(4):32-40.

[14] CAMPBELL J L, COYER F M, OSBORNE S R. The skin

safety model: reconceptualizing skin vulnerability in older patients[J]. J Nurs Scholarsh, 2016,48(1):14-22.

[15] 桂园园,范玲. NICU 新生儿医用黏胶相关性皮肤损伤的风险评估及预防措施[J]. 中华护理杂志, 2016,51(8):979-983.

[16] O'NEIL A, SCHUMACHER B. Application of a pectin barrier for medical adhesive skin injury (epidermal stripping) in a premature infant[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2014,41(3):219-221.

[17] KING A, STELLAR J J, BLEVINS A, et al. Dressings and products in pediatric wound care[J]. Adv Wound Care (New Rochelle), 2014,3(4):324-334.

[18] CUTTING K F. Impact of adhesive surgical tape and wound dressings on the skin, with reference to skin stripping[J]. J Wound Care, 2008,17(4):157-158,160-162.

(收稿日期:2017-07-18 修回日期:2017-10-26)