

儿童输尿管扭曲纤维包裹并多发性息肉 2 例

姚立欣, 倪俊, 刘军

[关键词] 输尿管梗阻; 输尿管扭曲; 息肉

中图分类号: R726.93 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)05-0443-02

1 病案摘要

例 1, 男, 9 岁。因发作性左侧腰痛 2 年就诊。患儿反复无诱因发作典型的左侧肾绞痛, 一般经 0.5~1 h 可自行缓解, 解痉剂常无明显效果。发作后尿常规: RBC 1~2/Hp, WBC 0~1/Hp。腹部平片(KUB)未见异常, 静脉尿路造影(IVU)示右侧肾盂输尿管无异常, 左肾显著积水, 左输尿管不显影。加倍剂量 IVU 同时压迫健侧输尿管, 透视下观察, 20 min 后见造影剂通过梗阻段瞬间左侧输尿管全长显影: 梗阻段起自 L₃, 长约 1 个椎体+1 个椎间隙, 盘曲, 输尿管内有“串珠样”充盈缺损, 上段输尿管明显扩张, 下段输尿管正常。手术探查时可见该段输尿管被一薄层纤维包裹成团, 形若蚕茧, 长约 5 cm。切开纤维膜, 见该段输尿管呈扭结状, 仔细游离并切开, 发现输尿管折返 1 次, 旋转 1 周, 长 8 cm, 上半段扩张明显, 直径约 1 cm, 向下逐渐变细直至连接正常输尿管。从扩张段下端向下纵行切开输尿管, 立即有葡萄串样息肉涌出, 息肉大小不等彼此连接 6 枚, 直径 0.5~0.8 cm, 表面灰白色, 光滑完整, 蒂呈系带样, 较游离, 肉眼观无炎症。切除有息肉蒂附着段输尿管 4 cm, 置 4F 双猪尾管(D-J 管), 对端吻合输尿管。病理报告: 疏松结缔组织, 血管丰富, 轻度淋巴细胞浸润, 上覆移行上皮, 输尿管壁轻度纤维化。术后 1 周出院, 2 个月拔除 D-J 管。术后半年复查 IVU: 患肾显影正常, 轻度积水。

例 2, 男, 6 岁。因反复发作典型的左侧肾绞痛 1 年 6 个月就诊。在多次就诊中患儿父亲发现汽车颠簸往往能缓解疼痛。入院后 IVU 显示左肾大量积水, 右肾中等积水。输尿管延迟显影, 左侧输尿管 L₄ 平面以下呈“串珠样”充盈缺损, 长 2 cm, 上方输尿管扩张, 下方正常; 右侧输尿管 L₃ 平面有梗阻。分期分侧手术。探查左侧输尿管 L₅ 平面处被一薄层纤维包裹成蚕茧状, 长约 4 cm。切开纤维膜, 见

该段输尿管扭结折叠, 切开后长约 6 cm, 上半段扩张明显, 直径 0.8 cm 向下逐渐变细连接正常输尿管。触摸该段输尿管内有柔软团块, 切除输尿管 3 cm, 检查两残端无异常, 置入 3F D-J 管, 对端吻合输尿管。剖开切下之输尿管, 内有大小不等彼此连接息肉 4 枚, 直径 0.4~0.6 cm, 表面灰白色, 光滑完整, 蒂呈游离系带状。病理报告: 疏松结缔组织, 血管丰富, 上覆尿路上皮, 输尿管壁轻度纤维化。1 个月前行右侧输尿管探查, 同样发现病段输尿管被覆纤维膜样组织, 扭曲, 未形成完全折叠。切除纤维鞘切开输尿管, 发现原扭曲成角处狭窄, 上方扩张。切除狭窄输尿管 1 cm, 触摸并查看上下输尿管残端未发现息肉或增生性病变。病理报告: 输尿管纤维增生。术后半年 IVU 显示双肾排泄正常, 左肾轻度积水。

2 讨论

严重输尿管扭曲并伴息肉导致儿童输尿管梗阻并不常见, 同时被输尿管纤维膜包绕的更为少见。1970 年 Campbell^[1]报道在 12 080 例儿童尸体解剖中发现 2 例输尿管扭曲并扭转, 认为是胚胎期输尿管未随肾脏旋转造成。本组 2 例患儿均有典型的肾绞痛表现, IVU 显示患侧输尿管扭曲和“串珠样”充盈缺损。手术探查时发现病变段输尿管折叠被覆薄层纤维膜成蚕茧状, 输尿管腔内成串的非炎症性息肉。有报道描述婴儿中此类异常包括输尿管黏膜冗长臃余, 输尿管迂曲甚至折叠造成貌似螺旋状而非真正扭转, 多数会随着生长发育消失, 一般不导致梗阻, 不出现症状。少数情况下迂曲的输尿管被纤维膜包裹最终导致明显梗阻^[2]。

本组 2 例患儿可能是因为扭曲的输尿管被增生的输尿管纤维层包绕, 限制了生长中的输尿管纵向伸展而扭曲加重直至折叠, 同时原本冗长的黏膜形成上皮完好的长蒂息肉串, 梗阻加重最终出现症状。IVU 在输尿管梗阻时往往显影延迟或不能显示输尿管, 其实在非完全梗阻的情况下总会有尿液通过, 只

是每次输尿管蠕动所排泄的尿液较少,一旦越过梗阻段便很快排入膀胱,图像不易捕捉。我们采取压迫侧输尿管减少造影剂“流失”,透视下观察的方法,当伴随输尿管蠕动波的尿流经过狭窄段时立即点片,即可得到满意的图像资料。从而避免了不必要的逆行造影等有创检查,尤其在小儿患者。况且顺、逆行造影和磁共振水成像等未必能够很好地显影整个病变段及不扩张的输尿管。

有效的治疗唯有尽早手术。由于患侧输尿管迂曲,松解游离后会显得过长,切除病变段及多余部分

输尿管即可,一般不会有吻合困难。

【参考文献】

- [1] Campbell MF. Anomalies of the Ureter [M]//Campbell MF, Harrison JH. Urology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1970: 1512.
- [2] Schlusell RN, Retik AB. Ectopic ureter, ureterocele, and other anomalies of the ureter [M]//Walsh PC. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2002:2037.

(收稿日期:2010-01-26)

(本文编辑:黄攸生)

妊娠合并皮炎 1 例

胡文星,车敦发,管海宏,邓德权

【关键词】 皮炎;妊娠

中图分类号:R593.26 文献标志码: B 文章编号:1672-271X(2010)05-0444-02

1 病案摘要

患者,女,38岁,因面部红肿伴四肢酸痛、乏力4个月入院。既往体健,育有1女,再次怀孕28周时无明显诱因出现面部红色皮疹,无明显痒痛,于当地医院就诊,考虑过敏,建议产后再行治疗。以后患者病情逐渐加重,皮疹逐渐蔓延至颈前、后背和双上臂,皮疹颜色由红转黑,并逐渐出现颈部、四肢酸痛乏力,抬头、举手、上台阶困难,同时伴有自觉发热。2009年6月底患者分娩一健康女婴。产后患者皮疹和肌肉酸痛乏力症状仍无缓解,于当地人民医院诊治,查血生化示谷丙转氨酶、乳酸脱氢酶、 α -羟丁酸脱氢酶、磷酸肌酸激酶均高于正常,患者到我科门诊就诊,考虑皮炎,于2009年7月6日入院。皮肤科检查:面部、眼睑浮肿,见对称性水肿性紫红斑,颈前、后背及双上臂见褐色色素沉着,点状色素脱失,点状角化等皮肤异色病样改变,四肢肌肉无明显压痛,肌力为4级左右。实验室及辅助检查:血、尿、粪常规无异常。抗核抗体(滴度)1:320,抗M₂阳性。谷丙转氨酶35 U/L,谷草转氨酶56 U/L,乳酸脱氢酶281 U/L,磷酸肌酸激酶187 U/L,磷酸肌酸激酶同工酶11 U/L。肿瘤抗原10项无明显异常。心电图提示肌源性受损。消化系统和泌尿系统超声无异常。超声示:宫颈囊肿。心电图示:窦性心律、

低电压趋势。X线胸片示:心影增大。入院后给予甲泼尼龙40 mg 静滴1次/d及其他对症支持治疗,入院1周后患者自觉肌肉酸痛症状无好转,面部仍肿胀,复查血生化示:谷草转氨酶41 U/L,乳酸脱氢酶497 U/L,磷酸肌酸激酶同工酶19 U/L。将甲泼尼龙加量至80 mg/d,加用泼尼松20 mg/d(3 d后停用泼尼松)。激素加量后患者自觉四肢及颈部肌力稍改善,晨起面部肿胀和双上睑红肿稍消退,复查乳酸脱氢酶352 U/L,其余肌酶均在正常范围,于2009年7月21日出院。

2 讨论

皮炎是以红斑、水肿为皮损特点,伴有肌无力和肌肉炎症、变性的疾病,主要累及皮肤和血管,常伴有关节、心肌等多器官损害。妊娠合并皮炎非常罕见,国内文献仅检索到2篇,其中1例为确诊皮炎10年后妊娠的。国外文献关于妊娠合并皮炎的报道大致分为三类:确诊皮炎后妊娠、妊娠期间确诊皮炎和分娩或流产后出现典型皮炎症状的。妊娠期间确诊皮炎的报道中,有部分病例在分娩或流产后症状迅速消退。关于妊娠合并皮炎的胎儿预后,有些作者认为当妊娠期间首次确诊皮炎的患者,其胎儿的前景不容乐观。另外一些作者认为胎儿的预后与母体疾病的活动是平行的^[1]。最近一些病例显示了一个好的结果的趋势,这也许与口服糖皮质激素有关。本文报道的患者既往体