

术中切割组织表面温度不高,不产生电流,近乎无血切割,将前列腺组织气化后形成牢固的凝固层。因此 PVP 在有效预防短暂性尿失禁及继发性出血方面具有独特的优点。虽然 PVP 及 TUPKVP 因使用等渗生理盐水,切割温度低,不易形成焦痂,能有效降低 TUR 综合症及尿道狭窄等并发症发生的特点,但是本研究结果中,三组间在 TUR 综合症及尿道狭窄发生方面并未显示出明显的差异,推测这可能与手术时间、样本量等因素有关。

综上所述,TURP、TUPKVP、PVP 3 种手术方式对高危高龄 BPH 患者均有明确的临床疗效,但 TUPKVP、PVP 与 TURP 比较,术后恢复时间短及术中并发症发生率低,其中尤以 PVP 组最突出。因此 PVP 可能更有利于高危高龄 BPH 患者的手术治疗,但仍需要更大规模及更长时间的研究进一步观察其疗效及安全性。

〔参考文献〕

- 1 Reich O, Gratzke C, Bachmann A, et al. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients[J]. J Urol, 2008, 180(1): 246-249.
- 2 洪宝发,符伟军,蔡伟,等.经尿道选择性绿激光前列腺汽化术治疗高龄高危良性前列腺增生[J].中华泌尿外科杂志,2006,27(1): 43-45.
- 3 刘定益,顾炯,王健,等.经尿道等离子体双极电切术治疗前列腺增生[J].临床泌尿外科杂志,2005,20(5): 269-270.
- 4 王大伟,鲁军,夏术阶,等.经尿道前列腺等离子双极电切与 TURP 治疗 BPH 的疗效比较[J].临床泌尿外科杂志,2007,22(7): 520-522.
- 5 李先林,张世林,马进华,等.绿激光汽化术治疗高龄、高危前列腺增生症 280 例[J].临床泌尿外科杂志,2008,23(5): 398-399.
- 6 Capitán C, Blázquez C, Martín M D, et al. Green-Light HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial with 2-year follow-up[J]. Eur Urol, 2011, 60(4): 734-739.
- 7 李才,乔建国,尉庚昌,等.经尿道电切、汽化电切及双极等离子电切治疗 BPH 的比较[J].临床泌尿外科杂志,2008,23(10): 789-791.

(收稿日期:2013-07-22)

肾上腺嗜铬细胞瘤自发性破裂 1 例报告并文献复习

刘炜¹ 胡森¹ 童占表¹ 张栋邦¹

〔摘要〕 目的:探讨肾上腺嗜铬细胞瘤自发破裂的临床病例特征,提高对肾上腺嗜铬细胞瘤自发破裂的认识。方法:对 1 例肾上腺嗜铬细胞瘤自发破裂出血急诊患者的临床诊治及影像学特点结合相关文献进行分析。结果:以急腹症发病,表现为剧烈的腰、腹部疼痛伴高血压,同时有失血性休克表现;B 超、CT 检查提示肾上腺区肿瘤并破裂、肾周血肿。结论:肾上腺嗜铬细胞瘤可能会发生自发破裂而出血,B 超、CT 检查有助于诊断,治疗常需手术切除肿瘤、清除血肿。

〔关键词〕 肾上腺;嗜铬细胞瘤;自发破裂;影像学

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2014.04.025

〔中图分类号〕 R736.6 **〔文献标识码〕** A

肾上腺嗜铬细胞瘤瘤内出血常见而自发破裂极罕见,属于急症,容易误诊,死亡率高,我院 2013 年 3 月收治 1 例肾上腺嗜铬细胞瘤自发破裂出血患者,手术获成功,现结合文献报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,55 岁。因突发腰部及左上腹部疼痛 6 h 入院。入院时面色苍白,四肢湿冷,左腰部持续疼痛伴大汗,无恶心,呕吐。体检:血压 240/135 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏 138 次/min

急性痛苦面容,神志清。左上腹压痛及局部肌紧张,左肾区扣击疼明显。既往患者有头痛、心悸、多汗及高血压病史,急诊腹部 B 超提示脾肾间隙近脾门部实性低回声包块,腹部 CT 示左肾周血肿并肾周筋膜增厚,内有多散在点状高密度(图 1,2),胸部 X 线片未见明显异常,以左肾破裂,左肾上腺嗜铬细胞瘤破裂? 3 级高血压收住院。

1.2 手术方法

经补液扩容,扩血管降血压,急诊行剖腹探查,取上腹正中探查切口,术中探及脾脏下级左肾上方腹膜后有一 15 cm×14 cm×12 cm 肿块,沿降结肠旁沟切开侧腹膜,见肾周筋膜下级左肾上腺部位有

¹ 青海红十字医院泌尿外科(西宁,810000)

通信作者:刘炜,E-mail: qhhszlw@163.com

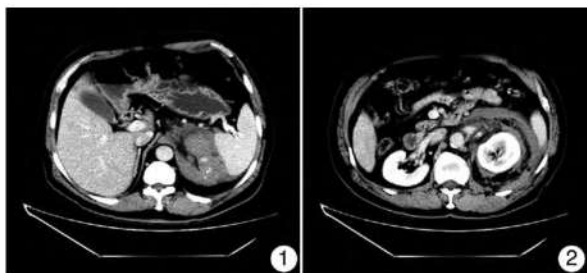


图1 左侧肾上腺区类圆形混杂密度肿块,边界清晰,增强后血肿无强化,点状高密度为新鲜血肿;图2 肿瘤出血渗到肾周形成血肿并肾周筋膜增厚,肾被膜完整

大量凝血块,清除血块,见左肾上级有一 $7\text{ cm}\times 6\text{ cm}$ 大小肿瘤,瘤体表面血管丰富,上级破裂,有包膜,碰触肿瘤,血压急剧上升,术中诊断左侧肾上腺嗜铬细胞瘤破裂,沿肿瘤包膜分离结扎肿瘤血管,术中血压波动明显,切除肿瘤患者血压急剧下降,术中经补液,应用肾上腺素后血压回升。手术时间4小时20分钟,失血量2 000 ml。术后患者血压平稳,未用降压药物,血压正常范围。

2 结果

术后病理活检(左侧肾上腺嗜铬细胞瘤)暗红色肿物 $6.5\text{ cm}\times 5.0\text{ cm}$,切面暗红色,中央大部出血,坏死,包膜不完整,囊壁呈淡黄色,印象左侧肾上腺嗜铬细胞瘤伴大片坏死,出血;肿瘤组织核分裂 $>20/10\text{ HPF}$,被膜有肿瘤侵及,不除外恶性。免疫组化:CK-,Vim-,CgA+,NSE-,Syn+,NF-,Ki67 70%。

3 讨论

肾上腺肿瘤自发破裂出血临床罕见,国内自发性肾上腺肿瘤破裂出血报道较少,至今文献报道仅30余例,大多以急腹症而就诊,临床容易误诊,本组1例以急腹症就诊误诊为左肾破裂,左肾上腺嗜铬细胞瘤破裂?剖腹探查发现肾上腺嗜铬细胞瘤破裂出血而确诊。嗜铬细胞瘤破裂的机制尚不甚清楚,可能是:①长期高血压造成血管功能较差;②肿瘤生长快,被膜压力大撕裂后血管破裂。剧烈运动、过度疲劳、血压一过性升高可能为其诱发因素^[1]。Tanaka等(1994年)认为肿瘤被膜内高压可能是肿瘤被膜撕裂的原因。诊断主要根据临床表现,实验室定性,影像学定位进行诊断。内分泌检查对功能性嗜铬细胞瘤的定性诊断有意义。嗜铬细胞瘤破裂出血属于急症,无法按常规进行检查,此类患者的诊断主要是依据病史,注意询问平时有无头疼,心悸,易出汗等交感神经兴奋表现,注意内出血及低血容量的同时可有明显的高血压。Maruyams等和Hanna等^[2,3]指出,肾上腺嗜铬细胞瘤自发性出血的症状缺乏特异性,常见为患侧腰

背部、季肋部的剧痛,伴相应部位的压痛及叩击痛,可以因出血破至腹腔而出现压痛、反跳痛等急腹症表现,如出血量大可出现失血性休克。Tanaka等(1994年)指出嗜铬细胞瘤自发破裂患者常表现为患侧剧烈的腰、腹部疼痛,伴有头痛、头晕、恶心、呕吐、心悸、胸闷、大汗淋漓。部分患者血压明显升高,甚至并发高血压危象,某些病例中可出现休克。本组1例临床表现与文献报道结果相似。CT是诊断嗜铬细胞瘤破裂出血最有效的手段,表现为肿瘤内部密度不均,嗜铬细胞瘤由于血供丰富,病灶增强后通常较为明显,新鲜血肿为高密度,肿瘤组织为中密度,增强后血肿无强化。Machuca Santa Cruz等^[4]认为B超和CT检查对诊断嗜铬细胞瘤自发破裂具有十分重要的作用,可以准确地判断肿瘤和血肿的大小和范围。

肾上腺嗜铬细胞瘤自发破裂,发病急、病情重,如处理不当,可危及患者生命,手术切除肿瘤是最有效的治疗措施,但围手术期死亡率高,主要死因为低血容量、肺水肿、儿茶酚胺性心脏病、心律失常。本组1例虽术前积极扩容、扩血管,术中切除瘤体时肿瘤产生的儿茶酚胺进入血液循环引起血压剧烈波动,手术风险极高。Tanaka等(1994年)总结了15例嗜铬细胞瘤自发破裂患者,其中4例术中或术后死于肺水肿者均为急症手术,他们认为及时正确的诊断和充分的术前准备是降低病死率的关键。因此,如果怀疑肾上腺嗜铬细胞瘤破裂,术前应尽快补充血容量,充分扩容,并进行中心静脉压监测,中心静脉压维持在 $10\sim 15\text{ cmHg}$ ($1\text{ cmHg}=0.098\text{ kPa}$),同时给予 α 受体阻滞剂扩张血管,降低手术风险,补充血容量对保证断瘤后维持血循环稳定极为重要^[5];术中应尽量避免对肿瘤组织的挤压,清除血肿后沿肿瘤包膜分离结扎肿瘤内侧血管,以减少激素释放进入血液循环,并密切监测血压及中心静脉压,适时给予血管活性药物,防范血压剧烈波动,以降低急诊手术的术中风险;另外手术时机的选择上除大出血刻不容缓或保守治疗无效情况下可选择急症手术,否则应按嗜铬细胞瘤术前充分准备后再手术。术后需进行严密随访并行尿CA,VMA监测,以防复发和转移。Mundschenk等(1998年)报道恶性嗜铬细胞瘤的5年生存率为34%~60%。

综上所述,肾上腺嗜铬细胞瘤可能会发生自发破裂而出血,B超、CT检查有助于诊断,治疗常需手术切除肿瘤、清除血肿。

【参考文献】

- 1 Okutur K, Küçükler K, Öztekin E, et al. A rare cause of acute abdomen; ruptured adrenal pheochromocytoma [J]. Turk J Gastroenterol, 2010, 21(4): 467-469.
- 2 Maruyams M, Sato H, Yagame M, et al. Spontaneous

- rupture of pheochromocytoma and its clinical features; a case report[J]. Tokai J Exp Clin Med, 2008, 33(3): 110-115.
- 3 Hanna J S, Spencer P J, Savopoulou C, et al. Spontaneous adrenal pheochromocytoma rupture complicated by intraperitoneal hemorrhage and shock[J]. World J Emerg Surg, 2011, 6(1): 27.
- 4 Machuca Santa Cruz J, Julve Villalta E, Galacho Bech A, et al. Spontaneous retroperitoneal hematoma: our experience [J]. Actas Urol Esp, 1999, 23(1): 43-50.
- 5 Pacak K. Preoperative management of the pheochromocytoma patient [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2007, 92(11): 4069-4079.

(收稿日期:2013-08-26)

膀胱异物的诊治分析(附 63 例报告)

刘娇¹ 孔垂泽¹ 宫大鑫¹

【摘要】 目的:探讨膀胱异物原因、途径、诊断、治疗和预防。方法:总结我院诊治的 63 例膀胱异物患者临床资料,其中 13 例经膀胱切开取出异物,50 例经膀胱镜取出异物。结果:所有患者均痊愈出院,术后随访 3 个月,均未出现下尿路不适症状且未再出现血尿及尿路感染。结论:预防膀胱异物应从医源性和非医源性两方面着手,仔细询问病史,凡怀疑有膀胱异物的均应行膀胱镜检查。膀胱镜检查是最可靠的诊断方法,膀胱镜取异物是首选的治疗,建议对节育环之类的置入物应立卡管理。

【关键词】 膀胱;异物;诊断

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2014.04.026

【中图分类号】 R694.7 **【文献标识码】** A

膀胱异物种类繁多,虽并不常见,但需及时取出。若未能及时发现和处理,异物在膀胱内存留时间较长,可形成膀胱结石或引起泌尿系感染,给患者带来极大痛苦。我院于 2003 年 4 月~2013 年 4 月收治 63 例膀胱异物患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 63 例,男 47 例,女 16 例。年龄 15 岁~80 岁,平均 37.5 岁。病程 1 天~6 个月 39 例,6 个月以上 24 例。膀胱异物种类有:节育环 3 例;医用缝合丝线 20 例;双 J 管 12 例;气囊导尿管及膀胱造瘘管断端残留 16 例;塑料电线 2 例;树枝条 1 例;体温计 1 例;发卡 2 例;塑料管 3 例;火柴杆 1 例;细绳子 1 例;缝衣针 1 例。异物进入途径:经皮肤 4 例;3 例经临近器官内穿入;手术置入 20 例;36 例经尿道外口进入膀胱。有 40 例并发块状膀胱结石:丝线为中心形成结石 18 例;气囊导尿管断端为中心形成结石 11 例;金属(铁丝、缝衣针及节育环)为中心形成结石 3 例;双 J 管及塑料电线形成结石 8 例。其余患者中部分有不同程度细砂状结石形成。患者均有不同程度的肉眼血尿、尿路刺激症状(尿频、尿急和尿痛),伴有不同程度的尿路感染。

1.2 治疗方法

主要为经膀胱镜取出及膀胱切开取出异物。本组 50 例患者(79.4%)经膀胱镜取出,术后恢复快,但多为细小、柔软物品;余 13 例(20.6%)为膀胱切开取出异物。

2 结果

所有患者均痊愈出院,术后随访 3 个月,均未出现下尿路不适症状,且未再出现血尿及尿路感染。

3 讨论

引起膀胱异物的原因包括医源性及非医源性两方面。综合文献报道及本研究,异物进入膀胱主要有以下几种途径:①非医源性。经尿道进入膀胱,常为好奇、止痒、手淫、排尿困难或精神紊乱等所致(本组有 12 例,19.0%)^[1~3]。②医源性。因盆腔手术、膀胱手术或前列腺手术,将丝线、纱布及其他异物遗留于膀胱腔内(本组有 20 例,31.7%)^[4~6];膀胱造瘘管老化未及时更换(超过 3~6 个月)(本组有 4 例,6.3%);输尿管结石术后双 J 管脱落至膀胱内(本组有 12 例,19.0%);普通导尿管或气囊导尿管断入膀胱内(本组有 12 例,19.0%);外伤时骨盆骨折碎片、弹片等由临近器官或膀胱病理性穿孔进入(本组有 3 例,4.8%);宫内节育环穿入膀胱并形成结石(本组有 3 例,4.8%)(图 1①)。

膀胱异物最常见的并发症是膀胱炎和以异物为中心形成结石^[7],另外可引起膀胱慢性穿孔或并

¹ 中国医科大学附属第一医院泌尿外科(沈阳,110001)
通信作者:宫大鑫, E-mail: gongdaxin@sina.com