

• 病例报告 •

宫腔型节育器异位膀胱伴结石 1 例

张长胜¹ 党乾元¹ 孙天明¹

[关键词] 膀胱结石; 宫腔型节育器

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2014.09.033

[中图分类号] R694 [文献标识码] D

患者,女,29岁。因“尿频、尿急、尿痛1年,肉眼血尿1个月”于2013年3月28日入院。该患者于8年前(21岁)顺产一女婴,产后2个月于当地卫生院放置宫内节育器,术时及术后无不适及其他异常,再未进行任何检查。1年后患者意外怀孕,也未到医院进行检查,足月后又于当地卫生院顺产一子。产后1个月当地计生部门认为是带器妊娠,随之进行双侧输卵管结扎术,术前及术后未行腹部超声检查,也未明确节育器的下落。患者在入院前1年反复出现尿频、尿急、尿痛症状,就诊于当地卫生院按照“尿路感染”行抗炎治疗,症状改善不明显。本次入院前1个月,患者出现肉眼血尿,随之就诊于我院。我院门诊B超检查发现膀胱内多发结石,尿常规检查提示红细胞360个/ul,白细胞1200个/ul。随后以“膀胱多发结石、泌尿系感染”收住院。入院后行腹部平片检查示膀胱内有两枚结石,结石内有异物(图1①)。术前行中段尿培养及细菌学检查,根据细菌敏感试验结果术前抗炎治疗3天,然后于连续硬膜外麻醉下行经尿道膀胱结石钬激光碎石、膀胱内节育器取出术。术中见膀胱内有两枚结石(图1②),分别为5.4 cmX3.8 cm及4.2 cmX3.0 cm大小,膀胱黏膜水肿,随后用钬激光将结石击碎。碎石过程中发现结石内有一宫腔型节育器(图1③),手术顺利。术后继续抗炎治疗,同时放置F₁₆双腔气囊导尿管,第2天予以拔除。排尿明显改善,无尿频、尿急及尿痛,第3天出院。随访半年,无尿路不适,尿常规检查未见异常,膀胱B超检查未见结石复发。



①腹部平片所见;②术中所见;③术后所见
图1 术前、术中及术后所见

讨论 异物可形成膀胱结石,如导管、缝线、子弹头、蜡块、发卡、电线等均可作为核心而形成结石^[1]。但异物为宫腔型节育器者罕见。宫内节育器异位的发生率为1/2 500,各种宫内节育器发生子宫穿孔的发生率为0.4/1 000~1.1/1 000,子宫穿孔是宫内节育器异位最为严重的并发症之一^[2]。该患者在同一所卫生院放置宫内节育器并分娩,并且在出现排尿不适后按照“尿路感染”行抗炎治疗,在症状未见缓解的情况下,也未引起足够重视。分析其原因主要有:①术者未按照常规操作,技术不熟练,动作粗暴,对子宫的位置及宫腔大小判断不清,手术时造成宫内节育器异位。②产后哺乳妇女宫壁薄、软、脆,放置过程中极易造成子宫损伤,特别是宫内节育器的型号和宫腔大小不相符合时,极易造成宫内节育器下移和变形,加之哺乳期妇女子宫经常处于收缩状态,更易造成渐发性异位。由于该患者为宫腔型节育器,渐进式穿透子宫异位膀胱可能性非常小,若是M型或T型宫内节育器可能性很大,因为M型或T型宫内节育器的设计特点,环形的两臂在受力后可向前产生一定的推动力,使得节育器逐渐穿透子宫壁向膀胱内游走成为一种可能。游走置入是一个渐进式过程,反复的应力和长时间炎症刺激,宫内节育器在前两者的作用下缓慢穿透子宫壁、膀胱壁而进入膀胱,膀胱内出现异物后,宫内节育器表面钙盐沉积而逐渐形成结石^[3]。③直接经尿道于膀胱置入宫内节育器。这主要是手术者的技术水平、责任性不强等因素所致。该患者在同一地点分娩、上环、分娩、双侧输卵管结扎、就诊,均未引起重视,主要是基层卫生院医护人员医疗技术水平参差不齐,责任性不强,以致于宫内节育器误置,对患者身心健康造成损害。我们认为,手术操作者需经过严格培训并在获得资格证书后方可进行此类手术。术后嘱患者定期复查,以免发生相关并发症,争取早发现、早治疗。

[参考文献]

- 1 吴阶平主编. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2005:790-791.
- 2 古伟文. 宫内IUD安全性研究新进展[J]. 国外医学计划生育分册,1993,12(4):194-196.

¹定西市人民医院泌尿外科(甘肃定西,743000)
通信作者:张长胜,E-mail:zhangcs79@163.com

3 陶洪飞. 膀胱内 M 型节育环合并结石 1 例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25(8): 598-598.

(收稿日期: 2013-12-09
修回日期: 2014-05-04)

异位嗜铬细胞瘤致肾萎缩 1 例

谷军飞¹ 张勇¹ 任立新¹ 王晓路¹ 霍红旭¹ 张素静¹

[关键词] 肾肿瘤; 异位嗜铬细胞瘤; 诊断; 治疗

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2014.09.034

[中图分类号] R737.11; R736.6 [文献标识码] D

患者,女,60岁,因体检发现左肾门肿瘤1个月于2012年6月入院。外院CT平扫加强化扫描提示左肾实质萎缩变薄,左侧肾门可见较大类圆形软组织密度影,CT值约40HU,增强扫描动脉期病变呈明显强化,静脉期及延时期强化程度稍减低。左肾动脉、静脉受压移位。双侧肾上腺大小形态未见异常。考虑为左侧肾门区富血供肿物伴左肾萎缩(图1)。既往高血压病史6年,血压最高达190/100mmHg(1mmHg=0.133kPa)。口服酒石酸美托洛尔片25mg/次,每天2次;硝苯地平片20mg/次,每天2次,血压控制在130~150/85~95mmHg。入院后测心率94次/min,血压194/105mmHg,泌尿外科查体未见异常。肾动态显像(ECT)示左肾显影浅淡,肾皮质可见少许核素分布,右肾显影清晰,肾皮质摄取及清除显像剂速率正常。左侧GFR为10.35ml/min,右侧GFR为51.74ml/min,提示左肾门区占位病变,皮质功能受损,仅肾内侧上极残留少量功能肾皮质。右肾功能未见明显异常。血浆肾上腺激素检查结果示肾素活性(立位)为12.79ng·ml⁻¹·h⁻¹,血管紧张素AⅡ(立位)为174.93pg/ml,醛固酮(立位)为0.30ng/ml,儿茶酚胺肾上腺素为23.3pg/ml,去甲肾上腺素为14380pg/ml,多巴胺为83.3pg/ml。临床诊断为“左肾门肿瘤(异位嗜铬细胞瘤),左肾萎缩”。给予口服盐酸酚苄明片10mg/次,每天3次,待血压控制在120~130/75~85mmHg,心率在80次/min左右,术前5天给予扩容。完善术前相关检查,在全麻下行后腹腔镜左肾门肿瘤加左肾切除术。术中于左肾中部可见肿瘤,大小约6cm×5cm×5cm,上极包绕肾蒂,触及肿瘤时,血压升至230/110mmHg,给予硝普钠静脉滴注控制血压。将左肾门肿瘤及左肾一并切除,手术时间2.5h,术中失血量约800ml,输血400ml。术后患者血压平稳,维持在125/80mmHg左右。术后病理检查结果:(左)近肾门处嗜铬细胞瘤,免疫组织

化学检查显示CgA++,NSE+,Syn+++ ,CK-,Ki-67+<1%;肾小球纤维化、玻璃样变。术后随访20个月,未见肿瘤复发及转移,血压维持在正常水平。

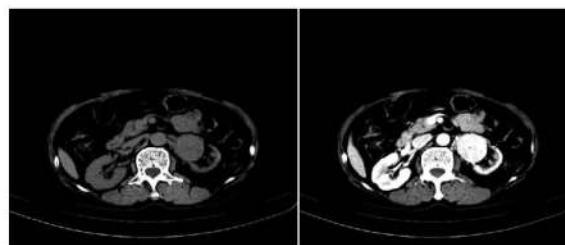


图1 左肾门肿瘤平扫加强化图像

讨论 嗜铬细胞瘤来源于肾上腺素能系统的嗜铬细胞,主要发生在肾上腺髓质,也可发生在肾上腺外的交感神经系统。发生在肾上腺外的称之为异位嗜铬细胞瘤。既往认为嗜铬细胞瘤呈现10%的规律性,即生长于肾上腺外者占10%,恶性者占10%。但最近研究报道表明,嗜铬细胞瘤患者中成人肾上腺外的发病率为15%~25%,超过既往认为的10%^[1,2]。由于主动脉旁和肾门附近嗜铬组织较丰富,因而异位嗜铬细胞瘤多见于腹膜后主动脉旁区域,包括膈肌和肾下极之间、肾门周围、肾下极与腹主动脉分叉之间、Zuckerkandl器^[3]。本例异位嗜铬细胞瘤位于肾门周围。

嗜铬细胞瘤具有内分泌功能,主要分泌去甲肾上腺素、肾上腺素和少量多巴胺,而异位嗜铬细胞瘤缺乏苯基乙醇胺-N-甲基转移酶,无法将体内去甲肾上腺素转化为肾上腺素,因此,仅分泌去甲肾上腺素常常是异位嗜铬细胞瘤的特点^[4]。本例患者血浆中去甲肾上腺素为14380pg/ml,远高于参考值(参考值<600pg/ml)。

异位嗜铬细胞瘤的定位诊断主要依据B超、CT、MRI和I¹³¹-MIBG等影像学检查。CT平扫+强化在对肿瘤形态大小和内部结构显示上有一定的优势,应看作异位嗜铬细胞瘤的首选检查方

¹河北医科大学第二医院泌尿外科(石家庄,050000)
通信作者:张勇,E-mail: gjffjg123456@163.com