治疗1b及6a亚型慢性丙型肝炎的疗效[J]. 中国医学科学院学报, 2010, 32(3): 320-323.
[2] 彭劲松, 叶力, 张婷, 等. 阿片类药物的滥用与丙型肝炎病毒感染[J]. 中国药物依赖性杂志, 2008, 17(4): 263-266.
[3] Rifai M A, Gleason O C, Sabouni D. Psychiatric care of the patient with hepatitis C: a review of the literature[J]. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2010, 12(6): 1523.
[4] Lim J K, Cronkite R, Goldstein M K, *et al*. The impact of chronic hepatitis C and comorbid psychiatric illnesses on health-related quality of life[J]. J Clin Gastroenterol, 2006, 40(6): 528-534.
[5] Phillips F H, Prebis M, Grumbeck C, *et al*. Effects of recognizing depression with a standardized questionnaire (CES-D) versus patient reporting of depression after a single-standardized question on the outcomes of treatment for hepatitis C with pegylated interferon-α-2b and ribavirin[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2010, 22(12): 1435-1442.
[6] Lee B H, Kim Y K. The roles of BDNF in the pathophysiology of major depression and in antidepressant treatment[J]. Psychiatry Investig, 2010, 7(4): 231-235.
[7] Autry A E, Monteggia L M. Epigenetics in suicide and depression[J]. Biol Psychiatry, 2009, 66(9): 812-813.
[8] Yang J F, Kao Y H, Dai C Y, *et al*. Comparison of adverse effects related to pegylated interferon-based therapy for patients with chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in Taiwan[J]. Hepatol Int, 2010, 4(4): 732-740.
[9] 唐晓鹏, 赵洪雯, 余荣杰, 等. 小剂量干扰素α联合利巴韦林治疗肾移植术后继发丙型病毒性肝炎患者的疗效观察[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(2): 117-119.
[10] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 中华医学电子音像出版社, 2005: 105-108, 225-227.
[11] Bonkovsky H L, Woolley J M. Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. The Consensus Interferon Study Group[J]. Hepatology, 1999, 29(1): 264-270.
[12] 汪凯, 董毅, 王国颖. 重视躯体疾病与焦虑、抑郁共病的诊断治疗[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(45): 3169-3171.
[13] Lee H Y, Kim Y K. Plasma brain-derived neurotrophic factor as a peripheral marker for the action mechanism of antidepressants[J]. Neuropsychobiology, 2008, 57(4): 194-199.
[14] Chang S C, Ko W S, Wu S S, *et al*. Factors associated with quality of life in chronic hepatitis C patients who received interferon plus ribavirin therapy[J]. J Formos Med Assoc, 2008, 107(6): 454-462.
[15] Sinakos E, Gigi E, Lalla T, *et al*. Health-related quality of life in Greek chronic hepatitis C patients during pegylated interferon and ribavirin treatment[J]. Hippokratia, 2010, 14(2): 122-125.
[16] Sockalingam S, Abbey S E. Managing depression during hepatitis C treatment[J]. Can J Psychiatry, 2009, 54(9): 614-625.
[17] Raison C L, Broadwell S D, Borisov A S, *et al*. Depressive symptoms and viral clearance in patients receiving interferon-alpha and ribavirin for hepatitis C[J]. Brain Behav Immun, 2005, 19(1): 23-27.

(**收稿**:2011-05-21;**修回**:2011-08-01)
(编辑 栾 嘉)

文章编号:1000-5404(2011)21-2277-01

个案与短篇

原发性输尿管息肉的诊断与治疗

王天刚[1],孟庆军[2],朱海彬[2],高 瞻[2] (453000 河南 新乡,新乡医学院第一附属医院泌尿外科[1];450001 郑州 郑州大学第一附属医院泌尿外科[2])

[**关键词**] 原发性输尿管息肉;诊断;手术;腹腔镜
[**中图法分类号**] R693 [**文献标志码**] B

原发性输尿管息肉是一种良性肿瘤,临床少见,多无典型的临床表现,术前易误诊,导致不必要的输尿管及肾组织切除。因诊断较为困难,既往均采用开放手术。近年随着术前诊断水平提高,腹腔镜切除进入临床应用[1]。我们2000年9月至2010年1月共收治原发性输尿管息肉14例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者男性6例,女性8例,平均30(21~43)岁,病程1个月至15年。左侧8例,右侧6例;位于输尿管上段7例,中段4例,下段3例;间歇性下腹部不适或腰部疼痛7例,肉眼血尿4例,膀胱刺激征4例。均有腰部或下腹部压痛,其中1例女性患者经常出现尿道外口有长条息肉样物脱出,排尿后可缩回。

1.2 诊断方法

尿常规显示RBC,WBC ± ~ + +。彩超显示均有病变部位以上输尿管扩张及不同程度肾积水,其中5例提示输尿管占位;静脉尿路造影(intravenous urography, IVU)示患肾不显影2例,显影不良5例,不规则充盈缺损6例,未见明显异常1例。12例进一步行SCT平扫及增强检查,示肾盂输尿管连接部狭窄3例,提示输尿管显示单个或多发低密度软组织影7例(其中3例考虑输尿管占位,4例考虑良性息肉),输尿管扩张2例。6例IVU或SCT提示输尿管占位者为术前明确手术范围,进一步行输尿管镜检,见其息肉表面光滑、灰白色、条索状,其中4例活检,病理结果均提示输尿管上皮性息肉。术前诊断输尿管占位2例,输尿管息肉9例,输尿管息肉伴有肾盂输尿管连接处狭窄(UPJO)3例。

1.3 手术方法

根据影像学检查,较大(长度>3 cm)及多发息肉,术前疑似输尿管占位,输尿管息肉合并UPJO,及输尿管下段息肉(于膀胱距离过小)均采用开放手术。而单发,或多发但长度<3cm,术前活检为良性者采用腹腔镜手术。①选取3例多发息肉,3例合并UPJO及3例较为复杂者行开放手术:肾盂输尿管连接处息肉及上段输尿管占位采用腰部12肋下切口;术前性质

(下转2289页)

[**通信作者**] 孟庆军,E-mail:mqj11@yahoo.com

956.
[3] 陈如冲, 赖克方, 刘春丽, 等. 辣椒素咳嗽激发试验方法的建立及其安全性评价[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(11): 751-754.
[4] 马千里, 龙舟, 张巧, 等. 慢性咳嗽患者的咳嗽激发试验的意义[J]. 中华内科杂志, 2011, 50(8): 668-671.
[5] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南: 2009版[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
[6] 龙舟, 唐咸军, 黄赞胜, 等, 慢性鼻炎/鼻窦炎、胃食道反流与咳嗽高敏感性[J]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2010, 3(6): 408-411.
[7] Ferrari M, Olivieri M, Sembenini C, *et al*. Tussive effect of capsaicin in patients with gastroesophageal reflux without cough[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1995, 151(2 Pt 1): 557-561.
[8] 程晓明, 曹国强, 戴晓天, 等. 慢性咳嗽临床诊治的多中心回顾性研究[J]. 解放军医学杂志, 2011, 36(2): 181-183, 187.
[9] Tatar M, Plevkova J, Brozmanova M, *et al*. Mechanisms of the cough associated with rhinosinusitis[J]. Pulm Pharmacol Ther, 2009, 22(2): 121-126.
[10] Pecova R, Vrlik M, Tatar M. Cough sensitivity in allergic rhinitis[J]. J Physiol Pharmacol, 2005, 56 Suppl 4: 171-178.
[11] Gordon S B, Curran A D, Fishwick D, *et al*. Respiratory symptoms among glass bottle workers--cough and airways irritancy syndrome?[J]. Occup Med (Lond), 1998, 48(7): 455-459.
[12] Morice A H, Lowry R, Brown M J, *et al*. Angiotensin-converting enzyme and the cough reflex[J]. Lancet, 1987, 2(8568): 1116-1118.
[13] Doherty M J, Mister R, Pearson M G, *et al*. Capsaicin responsiveness and cough in asthma and chronic obstructive pulmonary disease[J]. Thorax, 2000, 55(8): 643-649.

(收稿:2011-06-08;修回:2011-07-27)
(编辑 邓强庭)

(上接2277页)

不能明确者,输尿管下段息肉及多发息肉采用下腹部旁正中切口。术中暴露肾盂或输尿管病变段,充分游离输尿管,避免张力过大,距离息肉约1 cm处离断输尿管。单发息肉者行单纯输尿管息肉切除;多发息肉者行病变段切除及断端吻合术,其中伴UPJO行肾盂成形术。②选取单发息肉及经输尿管镜活检示良性者共5例行腹腔镜手术:健侧卧位。建立气腹,在直视下分别于平脐腋前线及剑突下约3 cm处置入10 mm及5 mm Trocar套管。以电钩打开侧腹膜,切断脾(或肝)结肠韧带,将腹腔内容物推向内侧。于腰大肌内侧缘寻及输尿管。以超声刀处理肾周脂肪囊。沿输尿管向上寻及肾门,必要时以结扎锁处理血管,裁剪成形后,置入DJ管,缝合输尿管断端。术中3例单发息肉行单纯输尿管息肉切除,2例多发息肉行病变段切除及断端吻合术。

2 结果

开放手术术中平均出血量100 ml,平均手术时间2 h;腹腔镜手术术中平均出血量60 ml,平均手术时间1.8 h。术后恢复顺利,平均住院时间10 d,无明显外科并发症。术中快速冰冻均为输尿管息肉,与术后病理结果一致。术后随访3~18个月,仅1例发生患肾轻度积水,腰部时有胀痛。

3 讨论

原发性输尿管息肉发病原因尚不明确,可能是感染、创伤、慢性刺激、激素失衡甚至先天性发育不良等多因素使输尿管上皮增生或化生[2]。多无典型临床症状,梗阻输尿管时可有腰腹疼痛、膀胱刺激征。表皮糜烂出血时出现血尿。合并肾重度积水时可触及包块。甚至输尿管下段息肉从尿道外口脱出而就诊。其诊断比较困难,术前主要依靠影像学和输尿管镜检。影像学方法难以鉴别输尿管良恶性,术前活检或术中病理检查才能确定手术范围和方式。输尿管镜可直视下观察肿瘤的大小、形态、部位等,初步判断肿瘤性质,取活检明确性质。原发性输尿管息肉主要与输尿管恶性肿瘤鉴别。近年FISH作为一种无创性检测,具有较高的灵敏度和早期诊断特异性,为术前鉴别诊断的首选[3]。

治疗以手术切除局部病灶为主,根据息肉大小、数量、梗阻程度、镜检情况采用不同术式。单发息肉,若蒂窄、连接于输尿管的内径范围小,可行单纯息肉切除加基底电灼或激光。近年来采用钬激光治疗单纯输尿管息肉,取得满意疗效,但对于蒂宽较大息肉的处理有待探讨,有报道认为此方法容易引起息肉复发或输尿管狭窄,故一般认为应采用腹腔镜或开放手术切除息肉[4]。多发息肉,蒂宽,累计范围较大应行输尿管病变段切除并断端吻合术。合并UPJO应行病变段切除加肾盂成形术。若合并肾脏重度积水或无功能,则行输尿管及肾脏切除术。由于本病比较少见,目前国内对于腹腔镜手术治疗本病仅有极少量报道,输尿管息肉的长度和数量具体值,适合采用何种术式还没有统一的标准。笔者认为,受输尿管长度、吻合部位及吻合后输尿管张力的限制,若单发长度<3 cm或多发息肉部位集中,可采用腹腔镜手术治疗。若输尿管息肉数目较多,基底部较宽,长度较长,一般采用开放手术治疗。术中注意保留输尿管壁的血供和减小输尿管张力。本组14例采用开放或腹腔镜手术均顺利完成。

原发性输尿管息肉为良性,术后很少复发,预后良好;而老年患者易发生恶变,应按恶性肿瘤行患侧肾脏及输尿管切除术[5]。手术切除是治疗的主要方法,其中腹腔镜手术创伤小,恢复快,疗效满意,是治疗本病的理想方法。

参考文献:

[1] Sun Y, Xu C, Wen X, *et al*. Is endoscopic management suitable for long ureteral fibroepithelial polyps?[J]. J Endourol, 2008, 22(7): 1459-1462.
[2] Menon P, Kakkar N, Rao K L. Antenatal hydronephrosis: ureteral polyp causing ureteropelvic junction obstruction[J]. Eur J Pediatr Surg, 2004, 14(5): 345-347.
[3] 王鹏,靳风烁,叶锦,等. 荧光原位杂交检测尿脱落细胞染色体异常诊断膀胱肿瘤的研究[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(10): 948-951.
[4] Carey R I, Bird V G. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter[J]. Urology, 2006, 67(2): 413-415.
[5] Kijvikai K, Maynes L J, Herrell S D. Laparoscopic management of large ureteral fibroepithelial polyp[J]. Urology, 2007, 70(2): 373.e4-373.e7.

(收稿:2011-04-05;修回:2011-05-11)
(编辑 龙 亮)