·个案与短篇·

双侧重复肾、双输尿管畸形并右肾输尿管重度积水 1 例报告

颜加强,刘元丰,杨 阳,胡 威,孙丹宁 (解放军第 324 医院泌尿外科,重庆 400020)

[关键词] 泌尿生殖系畸形;肾积水;输尿管积水
[中图分类号] R692.12 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0698-02

肾盂输尿管重复畸形是最常见的泌尿系畸形,发病率约为 1/125,女性是男性的 2 倍,单侧较双者多 6 倍[1],本文就临床中收治的 1 例双侧重复肾、双输尿管畸形并右肾输尿管重度积水患者,将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

患者,女,40 岁,因右侧腰部胀痛 1 个月入院。在我院行彩超提示"右肾重度积水,右侧双输尿管畸形伴全程扩张"。泌尿系磁共振水成像(MRU)提示"右肾盂输尿管重复畸形并肾盂积液、输尿管扩张,以上部肾盂为著;右输尿管下端囊肿"。静脉肾盂造影(IVP):"右肾输尿管未显影、左侧不完全性双肾盂双输尿管畸形(Y 型输尿管)"(见图 1a);右侧逆行肾盂造影示"右侧重复肾、双输尿管畸形伴重度积水"(见图 1b)。膀胱镜检查见左输尿管开口正常,右侧双输尿管开口,其中靠内、下为上输尿管开口,上开口闭锁并囊状扩张,下输尿管开口位于外、上,开口大小正常但被上输尿管口顶向外上。经检查诊断为"右侧完全重复肾双输尿管伴重度积水,左侧不完全重复肾输尿管畸形",患者右肾无功能,总体肾功能正常,最后在全麻下行右肾、输尿管切除术。

2 结果

手术顺利切除右侧重复肾、双输尿管(见图 1c),术后 7 d 伤口拆线出院,术后随访 3 个月症状消失,肾功能正常,左肾、输尿管未见异常。

a:静脉肾盂造影显示左侧不完全性重复肾、双输尿管畸形;b:逆行肾盂造影显示右侧完全性重复肾、双输尿管畸形伴重度积水;c:右侧重复肾、双输尿管切除标本

图 1 双侧重复肾、双输尿管畸形并右肾输尿管重度积水影像及照片资料

3 讨论

重复肾、双输尿管畸形为胚胎期输尿管芽过度分支异常所形成,可分为完全性或不完全性,有异位开口或正常开口[2]。多数成年重复肾输尿管者无明显症状,多因常规体检时发现,少数因并发结石、感染或积水后出现发热、腰痛以及腹部包块等症状而就诊。该疾病根据临床症状、体征及临床常用检查方法包括 B 超、IVP、逆行肾盂造影、CT、MRU 等多可确诊。因为 B 超无创而首选,当重复肾有明显积水及输尿管扩张时容易发现双肾盂、双输尿管,肾盂及输尿管无积水时易漏诊。IVP 是一种常规检查方法,有功能的重复肾、双输尿管能清楚显示其形态,如本组病例 IVP 检查发现左侧不完全性重复肾、双输尿管畸形(见图 1a),当重复肾已无分泌功能时 IVP 不显影,进一步行逆行肾盂造影 可清楚显示其形态(如图 1b),在膀胱镜下行逆行插管时可直视下了解输尿管开口的情况,输尿管异位开口常须行膀胱镜检查才能发现。另外 CT 平扫具有良好的空间和密度分辨率,但在立体空间多维扫描方面较差,但 CTU(CT 尿路三维成像)可弥补其在立体空间显示上的不足。MRU 诊断输尿管

[收稿日期] 2012-06-05 [修回日期] 2012-06-27

异位开口有很高的敏感性和准确性,并且 MRU 无 X 线辐射,同样也能得到泌尿系统全程图像并可测定肾脏皮质厚度、直观显示上下肾脏、输尿管的改变和走行。全面、正确地诊断重复肾输尿管畸形,往往需要多种影像学检查方法相互结合、相互补充。重复肾、双输尿管畸形无临床症状及并发症者无需治疗,定期观察和随访即可,并发积水、结石、感染等可行相应治疗。体外震波碎石、输尿管镜碎石取石及经皮肾镜碎石取石术等微创治疗方法是重复肾、双输尿管畸形并发结石的有效治疗方法[3];如半肾重度积水或萎缩无功能可行半肾输尿管切除或整形,如全肾萎缩、积水、功能丧失、对侧肾功能正常,可行肾输尿管切除,手术方式有开放手术与腹腔镜手术。本例患者双侧重复肾、双输尿管畸形,其中右侧完全重复肾、双输尿管重度积水、肾皮质萎缩,肾功能已丧失而行右肾输尿管切除。该患者膀胱镜下见右侧上输尿管开口闭锁并呈囊状扩张,下输尿管开口大小正常但被上输尿管口囊状顶向外上,术后解剖上半肾呈囊状扩张,下肾萎缩伴积水,双输尿管均全程重度扩张,考虑因上输尿管开口异常并输尿管口狭窄逐渐引起上肾、输尿管重度积水、囊性扩张,扩张之上输尿管压迫下输尿管开口继发下输尿管梗阻致下半肾萎缩、积水,如该患者能早期发现、早期处理有可能挽救部分肾功能。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:498 - 501.

[2] 党 洋,蒋 政,刘光久. 右肾双输尿管伴左闭孔动脉变异 1 例[J]. 局解手术学杂志,2011,20(1):5.

[3] 沈寅洲,温机灵,陆佳荪,等. Y 型输尿管畸形并输尿管结石的微创治疗[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2011,5(2):38 - 40.

(编辑:周小林)

保留骨骼的胎儿全身及胎盘血管联合铸型标本的制作

李长征[1],**余海松**[1],**钟光明**[2] (1. 福建中医药大学人体解剖学教研室,福建 福州 350108;2. 中山大学中山医学院人体解剖学教研室,广东 广州 510080)

[**关键词**] 铸型标本;胎儿;全身血管

[**中图分类号**] R323.4;R322.1 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2012)06-0699-02

由于胎儿骨骼的组成成分上,有机质大大超过无机质,胎儿保留骨骼的血管铸型标本制作,比常规的保留骨骼铸型标本难度大。为了清楚地显示胎儿、胎盘脉管系的立体构造和整体性,以及胎儿血管与骨骼的毗邻关系,我们在前期成功制作胎儿全身血管铸型标本的基础上[1],选择妊娠晚期的胎儿标本,用改良自凝牙托材料为填充剂[2],饱和 $Ca(OH)_2$ 的乙醇碱液腐蚀[3],制作了保留骨骼的胎儿全身血管及胎盘血管联合铸型标本,效果良好,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 材料

妊娠 32 周的引产胎儿胎盘标本(脐带未剪断);自凝牙托粉、自凝牙托水、邻苯二甲酸二丁酯、枸橼酸钠、生理盐水、饱和 $Ca(OH)_2$ 的乙醇碱液;止血钳、手术刀、手术剪、镊子、腐蚀槽、玻璃插管、塑料注射器和适量的红、蓝油画颜料等。

1.2 插管灌注

将胎盘胎儿置于盛水的方盘内,沿着脐带,在近胎儿处分离脐静脉,在近胎盘处分离 2 条脐动脉中的其中 1 条,并分别朝向胎儿和胎盘方向双向插管。剪开胎盘边缘血管,向脐静脉插管处灌注 5% 的枸橼酸钠生理盐水冲洗,直至脐动脉插管处及胎盘周缘流出的液体较清澈为止,结扎胎盘周缘剪开的血管。根据胎儿血液循环特点,往脐动脉插管处灌注蓝色自凝牙托材料填充剂,脐静脉插管处灌注红色自凝牙托材料填充剂。

1.3 腐蚀与保存

标本灌注好后,放入盛水的容器中以保持胎儿的正常形态,待填充剂充分固化后,把胎儿腹部、背部、臀部、颈部的皮肤均匀划破,将标本放在有孔的有机玻璃板上,平行置于饱和 $Ca(OH)_2$ 的乙醇碱液,6 ~ 8 h 后取出冲洗,再放入碱液中腐蚀,反复冲洗、腐蚀,直至将软组织全部腐蚀,再放入 10% 福尔马林溶液与 5% 过氧化氢混合液中漂白固定。用酸液中和、晾干,用 10% 福尔马林溶液封瓶保存。

2 结果

胎儿、胎盘血管的完整性和连贯性好,立体感强,充分显示了胎盘、胎儿血管的走行途径;头面部、颈部血管铸型清晰,部分填充剂渗漏至脑室;手部和足部的血管铸型稀疏;内脏器官的血管被充分铸型出来,轮廓清晰,铸型支细密;胎盘及脐带的血管被充分铸型出来;胎儿股骨、胫骨、腓骨、肱骨、桡骨、尺骨、掌骨、跗骨、下颌骨被完整保留下来。椎体静脉丛、肋间动脉铸型清晰,椎骨、肋骨及枕骨保留完整,见图 1。

[**收稿日期**] 2012-06-23 [**修回日期**] 2011-06-30