

· 短篇及病例报道 ·

输尿管阴囊瘘 1 例及文献复习

蔡运林, 张宗平, 王安果

(川北医学院附属第二临床医学院泌尿外科, 四川南充 637000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)09-0933-02

尿瘘是指生殖器官与泌尿系统之间形成的异常通道,表现为漏尿。尿瘘是输尿管切开取石术后最常见的并发症之一,输尿管结石行切开取石术后如果出现漏尿,其发生原因除了管壁本身发育、营养不良或缝合不当外,多数是由于切口下方输尿管引流不畅所致^[1]。由于结核、肿瘤等罕见原因致术后切口不愈合,漏出尿液沿精索向下进入阴囊,造成阴囊破坏,出现阴囊瘘者临床罕见。2010年3月本院收治1例因泌尿系统结核导致输尿管结石的患者,该患者行输尿管切开取石术后长期漏尿致阴囊瘘,现就其临床资料进行分析并结合文献进行讨论,报道如下。

1 临床资料

患者,男,19岁,因“左侧输尿管切开取石术后6个月,左阴囊坏死、缺如,漏尿3个月”入院。患者6个月前于某院诊断为“输尿管结石”,行输尿管切开取石术,术后引流管口间断有渗液流出,引流口未愈合。3个月前,阴囊出现液性包块,随后出现针眼样穿孔并渗液,后逐渐扩大裂开,致左睾丸外露,治疗无效,遂来本院就诊。既往有肺结核病史。查体:生命体征平稳;消瘦体型;左肾区叩击痛,输尿管走行区压痛;左阴囊坏死、缺如,左睾丸外露(图1);沿精索走行方向向下挤压,有渗液向外涌出。辅助检查:B超提示左肾轻至中度积水;静脉肾盂造影提示左肾不显影;左肾肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)为7.3 mL/min;逆行肾盂造影插管失败;磁共振成像检查提示左肾中度积水,以中、下盏为重,输尿管上段显影,中、下段不显影。左肾造瘘引出脓性分泌物;每日尿量约50 mL;经肾造瘘管造影检查提示中、下盏显影,上盏不显影;尿结核杆菌DNA检查提示阴性;胸片及腰椎正、侧位片检查未见异常。入院诊断为“左输尿管阴囊瘘,左肾无功能,左阴囊缺如,左输尿管切开取石术后”。病理检查提示:左肾及输尿管结核。治疗:左肾切除;术后给予抗结核治疗,术后阴囊创面无渗液流出;阴囊部经Ⅱ期植皮,治愈。



图1 左阴囊坏死、缺如,睾丸外露

2 讨论

输尿管切开取石术后3~4 d伤口渗尿是正常现象。超过12 d仍有伤口渗尿者,应按术后尿瘘处理。尿瘘的临床处理比较复杂,尤其是输尿管切开术后,如处理不善,后果极为严重,可损伤肾脏,甚至危及生命。外阴部由于长期受尿液的浸

渍,易继发感染。本例患者入院前3个月阴囊出现液性包块,随后出现针眼样穿孔并渗液,后逐渐扩大裂开,入院后左肾造瘘,引出脓性分泌物,表明泌尿系统已经继发感染。

文献报道输尿管切开取石术后尿瘘形成的原因有以下几种常见情况^[2]:(1)手术缝合不佳导致术后切口不愈合或坏死、穿孔;(2)取石操作过程中损伤黏膜;(3)术中输尿管游离过多致管壁缺血、坏死,导致切口愈合不佳;(4)缝合口下方有结石残留或狭窄;(5)并发息肉。本例输尿管切开取石术后漏尿导致输尿管阴囊瘘,后经肾切除手术治疗,病理检查证实左肾输尿管结核,因此,对于输尿管切开取石术后的尿瘘要警惕是否有其他罕见原因(如泌尿系统结核等)导致输尿管切开后切口长期不愈合。本例漏尿沿精索输尿管向下进入阴囊,造成阴囊破坏出现输尿管阴囊瘘,则属更为罕见。为避免或减少输尿管切开取石术后尿瘘形成,术中应尽量避免结石残留和黏膜损伤。双J管作为泌尿外科目前最常用的内引流装置,广泛应用于输尿管切开取石术。文献报道留置双J管可降低术后切口感染及尿瘘的发生率^[3-5]。但留置双J管后也会出现一些并发症,而且随着双J管留置时间的延长,并发症的发生率也逐渐增加^[6],由于异物刺激,输尿管黏膜易发生充血、水肿及溃疡等,置管时间愈长,输尿管黏膜病变愈明显^[7]。

目前随着输尿管镜的广泛应用和技术的发展,可采用输尿管镜处理上尿路结石术后的尿瘘^[8]。尿瘘治疗包括肾造瘘术、肾切除术、输尿管吻合术及输尿管修补术等。输尿管切开取石术后并发尿瘘者,有10%~20%需行肾切除术^[9]。

输尿管切开术后尿瘘如处理不善可出现极为严重后果,结合本例输尿管阴囊漏患者的临床资料,作者认为如输尿管切开取石术后发生尿瘘,须注意追溯既往病史,警惕有结核存在的可能,及早明确诊断。

参考文献:

- [1] 董志超,楼水鑫,黄以政,等.输尿管结石手术处理的若干问题[J].浙江医学,1998,20(8):31-33.
- [2] 夏明亮,陈斌,付小宁,等.上尿路结石术后尿瘘12例临床分析[J].实用临床医学,2009,10(7):59-60.
- [3] 杜广辉,杨为民,庄乾元,等.双J管在上尿路梗阻性疾病中的应用及其并发症[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(2):92-94.
- [4] Damiano R,Oliva A,Esposito C,et al. Early and late complications of double pigtail ureteral stent[J]. Urol Int, 2002,69(2):136-140.
- [5] 李恒,顾朝辉,廖贵益,等.鹿角状肾结石开放取石的术式选择[J].临床泌尿外科杂志,2007,22(7):489-490.
- [6] 李为兵,李龙坤,鄢俊安.双J管在泌尿外科中的应用(附1580例报告)[J].中国内镜杂志,2006,12(4):376-377.
- [7] 孙永昌,沈小东,向阳,等.腔内弹道碎石治疗输尿管结石732例并发症分析[J].中国误诊学杂志,2009,9(13):

3167.

[8] 黄明, 邹晓峰, 袁源湖, 等. 应用输尿管镜处理上尿路结石术后尿瘘[J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(1): 23.

[9] Mailliet PJ, Pelle-Francoz D, Leriche A, et al. Fistulas of

the upper urinary tract: percutaneous management[J]. J Urol, 1987, 138(6): 1382-1385.

(收稿日期: 2011-08-25 修回日期: 2012-02-07)

• 短篇及病例报道 •

献血员 B 亚型 1 例的报告

聂 锋

(安徽省宣城市人民医院输血科 242000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.044

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)09-0934-01

ABO 血型有数种亚型, 如 A 亚型(A1、A2、A3、Am、Ax 等)、B 亚型(B2、B3、Bm、Bx、Bel 等)及 AB 亚型(A1B、A2B 等)。目前检出的 B 亚型较 A 亚型少。作者最近在临床输血工作中发现 1 例 B 亚型无偿献血者, 其血清学特征符合 Bx 型, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 43 岁, 汉族, 血型初检为“O”型 Rh(D)阳性, 2010 年 11 月 15 日行左胫骨平台骨折术, 术中需输悬浮红细胞 2 U, 交叉配血复检血型时发现献血员为 B 亚型。血型复查、抗体筛查、交叉配血及直接抗人球蛋白试验均采用微柱凝胶法。微柱凝胶卡(血型卡批号 20100317, 配血卡批号 20100503)由长春博讯生物技术有限公司提供; 筛检细胞(批号 20105620)及反定型细胞(批号 20105325)由上海血液生物医药公司提供。患者血型复检, 正定型: “O”型 Rh(D)阳性, 反定型: “O”型; 献血员血型复检, 正定型: “O”型 Rh(D)阳性, 反定型: “B”型, 正、反定型不符。交叉配血主侧凝集, 次侧不凝集。患者“不完全抗体筛查”阴性, 献血员“直接抗人球蛋白试验”阴性。献血员血型鉴定, ABO 正定型: 抗 A 抗体(-), 抗 B 抗体(-), 抗 AB 抗体(+++), 抗 H 抗体(++++) ; ABO 反定型: A1 细胞(++++) , B 细胞(-), O 细胞(-)。取献血员洗涤后的压积红细胞与等量抗 B 血清混合, 4 ℃ 吸收 1 h, 洗涤后经酸放散, 取放散液与 Bc 反应, 结果为(++), 证实了红细胞表面有弱的 B 抗原存在。

• 短篇及病例报道 •

2 讨 论

B 亚型血和 B3 亚型血的区别在于 B 亚型血凝集成一个大的凝集块, B3 亚型血为混合外观; B2 亚型血的凝集强度介于 B 亚型血和 B3 亚型血之间; Bx、Bm、Bel 亚型血的区别是三者均与抗 A 抗体、抗 B 抗体不凝集, 而 Bx 亚型血与抗 AB 抗体发生凝集, Bm、Bel 亚型血都不与抗 AB 抗体发生凝集^[1-2]。由于亚型红细胞抗原性弱, 容易造成误判, ABO 血型鉴定时应按照临床输血技术的规范要求, 采用正、反定型法, 同时加抗 H、抗 AB 血清试剂, 辅以吸收放散试验, 以避免将亚型血误定为 O 型血。B 亚型血较 A 亚型血少见, 凡红细胞上显示为较弱的 B 特异性者, 统称 B 亚型(或弱 B)。周冰^[3]报道 382 361 名无偿献血者中检出 B 亚型 51 例, 其中 Bx 型仅 1 例, 这说明了该种血型极为罕见。

参考文献:

- [1] 李勇, 杨贵贞. 人类红细胞血型学实用理论与实验技术 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999: 214-267.
- [2] 杨天楹, 杨成民, 田兆嵩. 临床输血学 [M]. 北京: 北京医科大学, 中国协和医科大学联合出版社, 1993: 48-77.
- [3] 周冰. 无偿献血人群中 B 亚型的调查 [J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(5): 1163-1164.

(收稿日期: 2011-09-08 修回日期: 2012-01-22)

外阴恶性纤维组织细胞瘤 1 例及文献复习

蔡慧华, 王雪峰

(南方医科大学附属珠江医院妇产科, 广州 510280)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.045

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)09-0934-02

1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 因发现外阴肿物 4 个月于 2011 年 3 月 8 日入住本院妇产科。查体: 心、肺无异常, 阴阜偏左处皮下可扪及一大小约 4.0 cm×3.0 cm×3.0 cm 的隆起肿物, 表面无红肿及破溃, 无波动感, 质硬、边界清, 无触痛, 蒂较宽、根部较深, 活动度差, 左侧腹股沟区可扪及另一肿物, 大小约 4.0 cm×2.0 cm×1.0 cm, 质韧、活动度好, 疑为淋巴结肿大。彩色多普勒超声检查提示左侧外阴皮下 2~30 mm 处实性非均质光团,

大小约 42 mm×23 mm×35 mm, 边界清, 内部回声强弱不均, 未见明确旋涡状结构, 周边及内部均探及丰富血流信号; 双侧腹股沟区可见条状略低回声, 左侧范围约 36 mm×3.6 mm×12.0 mm, 右侧范围约 13.0 mm×3.5 mm×6.8 mm。心电图、胸部 X 线片、泌尿系统及消化系统彩色多普勒超声检查均未见异常。患者要求仅行外阴肿物切除术, 无论术中冷冻切片检查结果如何, 拒绝扩大手术范围。患者于 2011 年 3 月 10 日在硬膜外麻醉下行外阴肿物切除术, 术中见单发性肿物, 与周围组织有分界, 但无完整包膜, 基底部部分组织深入肌层, 切面呈