

- 中华肝胆外科杂志, 2001, 7(6): 331-333.
- [2] 王成峰, 邵永孚. 原发性脾占位性病变[J]. 实用癌症学杂志, 2001, 16(5): 537-539.
- [3] Walsh BM, Brody F, Brown N. Laparoscopic splenectomy for Lymphoproliferative disease [J]. Surg Endosc, 2004, 18(2): 272-275.
- [4] 田耘, 刘积良, 翁准, 等. 原发性脾肿瘤 21 例临床分析[J]. 实用临床医学, 2006, 7(5): 62-64.
- [5] Lindgren PG, Hagberg H, Eriksson B, et al. Excision biopsy of the spleen by ultrasound guidance [J]. Br J Radiol, 1985, 58(693): 853-857.
- [6] Civardi G, Vallisa D, Berte R, et al. Ultrasound-guided fine needle biopsy of the spleen: high clinical efficacy and low risk in a multicenter Italian study [J]. Am J Hematol, 2001, 67(2): 93-99.
- [7] Lieberman S, Libson E, Maly B, et al. Imaging-guided percutaneous splenic biopsy using a 20- or 22-gauge cutting-edge core biopsy needle for the diagnosis of malignant lymphoma [J]. AJR, 2003, 181(4): 1025-1027.
- [8] Sergio M, Peter G, Bairbre L, et al. US-guided core biopsy of the spleen in children [J]. Radiology, 2001, 218(1): 200-206.
- [9] Lucey BC, Boland GW, Maher MM, et al. Percutaneous nonvascular splenic intervention: a 10-year review [J]. AJR, 2002, 179(6): 1591-1596.
- [10] Lopez JI, Del Cura JL, DE Larrinoa AF, et al. Role of ultrasound-guided core biopsy in the evaluation of spleen pathology [J]. APMIS, 2006, 114(7-8): 492-499.
- [11] 高永艳, 李春伶, 王旻, 等. 超声引导下脾粗针穿刺活检的探讨性研究[J]. 中国医学影像技术, 2007, 23(7): 1049-1052.
- [12] Keogan MT, Freed KS, Paulson EK, et al. Imaging-guided percutaneous biopsy of focal splenic lesions: update on safety and effectiveness [J]. AJR, 1999, 174(4): 933-937.

[文章编号] 1000-2200(2010)06-0578-01

· 个案报道 ·

## 孪生姐妹患成人先天性巨输尿管症 1 例

李 博, 顾 恒

[关键词] 输尿管/畸形; 先天性巨输尿管症; 孪生, 单卵

[中国图书资料分类法分类号] R 693.13 [文献标识码] B

患者系孪生姐妹, 35 岁。均因反复腰痛、血尿、尿路感染为主要表现于 2004 年 7 月至 2005 年 3 月就诊我院。均行 B 超、尿路平片(KUB) + 静脉尿路造影术(IVU)、膀胱镜检查 + 输尿管插管逆行造影。其中姐姐 B 超示右侧输尿管扩张伴右肾中度积水; 妹妹 B 超示左侧输尿管扩张伴左肾重度积水、肾皮质变薄呈囊状, 且 KUB + IVU 示左侧肾脏不显影。姐姐行右侧输尿管剪裁输尿管膀胱吻合术, 妹妹行左肾、输尿管切除术, 手术顺利, 痊愈出院。病理报告: (输尿管功能性梗阻段) 管壁胶原组织增生。随访 4 年, 姐姐 B 超显示右肾积水减轻, 但于劳累后稍感腰部不适; 妹妹 B 超显示右侧肾脏代偿性增大; 肾功能检查均正常。

**讨论** 巨输尿管症在 1923 年首先由 Caulk 描述, 其主要原因是胚胎期输尿管发育速度快于肾脏上升速度, 输尿管外膜结缔组织增生, 使输尿管呈扭集、迂曲、扩张 引流不畅, 蠕动波传导至扭集点时减弱, 末端输尿管在下行尿液的牵张作用下, 发生逆向蠕动, 与顺行蠕动波重叠, 形成功能性梗阻, 病变进行性加重, 使肌层尤其是纵肌出现压迫性萎缩, 加之炎症细胞积聚, 胶原纤维增生, 最终使输尿管肾盂扩张积水。最常发生于 30 ~ 50 岁, 男性多于女性, 多为单侧, 双侧者约占 40%<sup>[1]</sup>。巨输尿管症的特点是没有机械性梗阻, 有不同程度的肾积水、输尿管扩张, 无下尿路梗阻及膀胱输尿管逆

流等病变, 临床以反复腰痛、血尿、尿路感染多见, 有时以腹部肿块就诊。超声、KUB + IVU、输尿管插管逆行造影等为主要检查手段。其中超声显像可根据输尿管扩张的程度、形态和范围, 结合输尿管蠕动和喷尿的声像图改变等诊断巨输尿管症, 还可排除输尿管末端的结石、肿瘤等机械性梗阻, 有助于鉴别诊断, 其诊断的符合率为 92.3%<sup>[2]</sup>。而磁共振尿路成像(magnetic resonance urography, MRU) 检查是近年尿路检查的一个重要进展, 具有无创、无 X 线辐射、无需碘造影剂等优点, 可减少感染机会, 尤其适用于经 IVU 造影肾脏不显影者。经 B 超、KUB + IVU 发现输尿管下段呈囊性膨大扩张, 经 MRU 或膀胱镜检查 + 输尿管插管逆行造影, 排除下尿路梗阻性疾病, 膀胱无逆流时, 诊断成立。本病的治疗以手术为主, 治疗原则是解除梗阻, 改善引流, 保留肾功能。治疗方法有肾穿刺造瘘术、巨输尿管折叠输尿管膀胱吻合术、输尿管剪裁输尿管膀胱吻合术、肾输尿管切除术和经膀胱镜扩张术。目前理想的手术方式是输尿管剪裁或折叠 + 输尿管膀胱吻合术。对于患肾功能严重受损, 而对侧肾功能正常者应行患侧肾、输尿管切除术。本组姐妹根据各自检查结果及临床表现, 分别行右侧输尿管剪裁输尿管膀胱吻合术及左肾输尿管切除术, 均获得满意效果。

### [参 考 文 献]

- [1] 何尚志, 曹裕丰, 史世源, 等. 成人先天性巨输尿管 11 例报告 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1981, 2(2): 222-223.
- [2] 王正滨, 丁荣生, 范玉英, 等. 先天性巨输尿管症的超声显像诊断 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 18(9): 539-541.

[收稿日期] 2009-06-22

[作者单位] 解放军第 123 医院 泌尿外科, 安徽 蚌埠 233015

[作者简介] 李 博(1980-), 男, 住院医师。