

附加肾合并巨大肾积水 1 例

姜 新 (南部战区海军第一医院泌尿外科, 广东湛江 524009)

摘 要: 附加肾是一种先天性肾脏发育畸形, 发病率低, 易误诊为肾囊肿。该文报道了 1 例左侧附加肾合并巨大肾积水患者行腹腔镜下附加肾切除术。

关键词: 附加肾; 肾积水

中图分类号: R 692.1⁺2

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610 (2023) 04-0478-02

A case of accessory kidney with giant hydronephrosis

JIANG Xin (Department of Urinary Surgery, First Naval Hospital of Southern Theater Command, Zhanjiang 524009, China)

Abstract: Accessory kidney is a rare, congenital renal malformation that is easily misdiagnosed as renal cyst. This paper reported one patient with left accessory kidney and giant hydronephrosis who underwent laparoscopic nephrectomy.

Key words: accessory kidney; hydronephrosis

附加肾是一种先天性肾脏发育畸形, 发病率低, 常见于左侧, 如合并肾积水, 易误诊为肾囊肿。所以在临床工作中, 如遇到肾囊肿尤其是巨大肾囊肿, 要考虑到附加肾合并肾积水的可能, 需进一步完善检查, 明确诊断, 以免误诊, 给患者造成痛苦。为总结附加肾合并巨大肾积水的诊疗经验, 现将 1 附加肾合并巨大肾积水病例报道如下。

1 病例

患者, 男, 69 岁, 因左腹部包块伴同侧腰腹胀痛 1 年余就诊。查体: 左腹可见一包块, 质硬, 囊性, 与周围分界清, 活动度差, 有压痛, 左肾区叩击痛。经门诊超声检查诊断为右肾巨大囊肿 (20 cm×14 cm), 入院拟行手术治疗。

入院后行电子计算机断层扫描 (LXCT) 检查提示: 双肾见类圆形低密度影, 增强扫描未见明显异常强化, 较大者位于左肾, 约 13.9 cm×13.1 cm×19.7 cm, 邻近脏器受压、移位; 左侧输尿管下段见分叉, 一条输尿管较细小, 排泄期见造影剂影, 一条输尿管下段扩张, 排泄期下段未见明显造影剂 (图 1)。膀胱镜检查发现左侧输尿管口位置、开口均正常, 未发现左侧双输尿管开口, 逆行造影示: 左输尿管中上段扩张、移位右侧。术前诊断为左侧附加肾合并巨大肾积水。完善术

前检查后行后腹腔镜下左侧附加肾切除术。术中所见: 左侧附加肾位于腰大肌前缘肾脏背侧表面, 剪开附加肾, 用吸引器吸出 2 800 mL 混浊液体。夹闭附加肾肾动脉后, 将附加肾与正常肾脏完全分离后切除。

2 讨论

附加肾是胚胎时期输尿管芽发育异常所致, 一般较正常主肾小, 可与主肾相连, 或独立存在。附加肾通常有完整的集合系统, 其输尿管可与同侧主肾的输尿



左肾附加肾积水 13.9 cm×13.1 cm×19.7 cm

图 1 LXCT 检查结果

收稿日期: 2022-05-16

作者简介: 姜 新 (1968-), 男, 本科, 主任医师, E-mail: mjwang@126.com

管融合,共用一个输尿管开口,也可完全重复,形成完全双输尿管^[1]。完全输尿管如开口至尿道,则会出现漏尿。附加肾如无并发症出现,一般不需要特殊治疗,通常并发症为梗阻导致的肾积水或感染,或两者兼之^[2]。需与肾脏囊性病变相鉴别,例如肾囊肿、囊性肾癌、肾脓肿等^[3]。该患者因附加肾近20 cm的肾脏积水致附加肾无功能,致LXCT加强时未能显影,且膀胱镜未发现异位输尿管开口,给诊断带来一定的困难。虽然附加肾的发病率低,但笔者认为,对于诊断为肾囊肿的患者,要考虑到附加肾的可能,必须完善泌尿系影像学检查,必要时行膀胱镜逆行造影,以免造成误诊。如果将

附加肾当做肾囊肿单纯行去顶减压,术后会造成尿外渗还需行二次手术,增加患者痛苦和费用。

参考文献:

- [1] 吴灵兰,符吉芬,吴海莲.不同孕周的胎儿泌尿系统畸形的三维超声产前诊断及预后评估[J].中国临床医学影像杂志,2021,32(1):33-36.
- [2] 陈海涛,马慧,李爽.腹腔镜重建性手术治疗小儿不完全型重复肾远端输尿管Y型异位开口合并尿失禁[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2021,15(6):530-534.
- [3] 杨晓春,李海洋,罗能钦.经皮肾穿刺引流治疗肾盂憩室合并感染的病例报道[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2021,15(5):444-445.

利用抓捕器成功取出肺动脉内断裂PICC管1例

覃文懿,张智*,陈正德,郑婉婷 (广东医科大学附属第一医院血管甲状腺乳腺外科,广东湛江 524001)

摘要: 经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)断裂是一种罕见的严重并发症。该文报道了在介入下利用抓捕器成功取出肺动脉内断裂PICC管1例及处理体会。

关键词: 中心静脉导管;肺动脉;导管断裂

中图分类号: R 654.2

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2023)04-0479-02

A case of successful removal of a ruptured PICC tube in pulmonary artery using a catcher

QIN Wen-yi, ZHANG Zhi*, CHEN Zheng-de, ZHENG Wan-ting (Department of Vascular, Thyroid and Breast Surgery, Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang 524001, China)

Abstract: Peripherally inserted central catheter (PICC) rupture is a rare and serious complication. This paper reports the successful removal of a ruptured PICC tube in pulmonary artery using a catcher.

Key words: central venous catheter; pulmonary artery; catheter rupture

因经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)可输入刺激性较强的药物而广泛应用于化疗及中长期输液患者^[1]。但随着置管时间的延长,其并发症也不容忽视^[2],尤其是导管断裂,其断端可随血流漂移到心脏或肺动脉,引起肺栓塞、心律失常等严重并发症而危及生命,需立即处理。我科收治1例乳腺癌化疗患者PICC导管断裂进入右心内的病例,并成功通过血管内介入异物抓捕技术取出断裂的PICC导管,现报道如下。

1 病例资料

患者,女,44岁。因乳腺癌化疗于2022年5月19日在右上肢贵要静脉置入PICC留置管(置入34 cm,外露6 cm),化疗结束后带管出院。2022年8月23日返院行第5周期化疗时发现,导管柄连接处近心端约8 cm处断裂,发现时拔出体外只剩下导管柄及约8 cm导管,发现异常后立即行床边彩超提示断端的近心端位于距PICC导管体表穿刺点约5 cm,并无明显位移,立即上止血带固定。进一步予X线透视检查结

收稿日期:2022-05-16

作者简介:覃文懿(1985-),男,硕士,主治医师, E-mail: 1600441312@qq.com

通信作者:张智(1979-),男,博士,主任医师, E-mail: zzworld2007@163.com