

· 腹部疾病 ·

自发性肾盂破裂出血的影像学表现及临床预后 (1例报告)

1. 广州中医药大学附属深圳市中医院介入科 (广东 深圳 518033)

2. 广州中医药大学附属深圳市中医院消化科 (广东 深圳 518033)

陈少媚¹ 陈 斌¹ 张竞超² 林 敏¹ 谢宗贵¹

【关键词】肾盂破裂; 体层摄影术; X线计算机; 肾结石

【中图分类号】R73; R44

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.05.016

1 病例资料

患者女性, 44岁, 主诉右侧腰部疼痛3天, 伴尿频尿急、肉眼血尿。于2014年8月23日入院, 发病前无外伤史, 既往有泌尿系结石病史, 曾行体外碎石治疗。查体: 右肾区叩击痛, 右输尿管走行区压痛。心肺未见异常。血常规: 白细胞 $12.97 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $10.14 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $70g/L$ 。尿常规: 白细胞(++), 潜血(++++) , 红细胞 $632/\mu l$, 白细胞 $20/\mu l$ 。泌尿系B超: 右肾多发结石(最大者约 $30 \times 15mm$)、右肾积水; 左肾多发结石(较大者 $6 \times 4mm$)。腹部CT平扫: 右肾明显增大, 右侧肾门处见一大小约 $7.1 \times 6.4 \times 9.0cm$ 的类圆形高密度影, 边界清晰, 其内密度均匀, CT值约64HU, 右肾下盏见一大小约 $2.5 \times 2.2cm$ 的类圆形结石影。右侧边缘模糊不清, 右侧肾周筋膜增厚, 肾周脂肪间隙内见渗出影, 右侧输尿管上段显示不清。左侧肾盏内见几个斑点状高密度影, 其中较大的一个直径约5mm, 左肾未见明显积水征象。CT诊断: 右肾破裂出血并肾周感染, 双肾结石。患者持续血尿, 决定给予肾动脉DSA检查及相应介入治疗。2014年8月24日行右肾动脉造影术。DSA显示右肾动脉下极分支向外推压移位, 肾影向外上方移位。肾动脉主干及分支未显示异常, 未见出血征象。DSA实质期右肾中下极边缘不光滑, 考虑肾周血肿挤压所致。右肾上腺动脉及肾盂动脉显影, 无明显出血征象。主动脉造影未见其他动脉分支向右肾

供血。DSA考虑肾动脉分支无出血征象, 肾实质无破裂, 放弃肾动脉分支栓塞治疗, 建议继续临床观察或手术探查。

2014年8月25日复查腹部CT: 血肿较前增大, 右肾结石, 右肾及右侧输尿管上段积水, 右肾功能受损。血常规提示血红蛋白持续下降, 考虑出血持续存在, 合并感染。决定手术治疗。于当日下午行右肾切除术, 术中见肾脏明显肿大并向上移位呈横行, 下方肾盂明显扩张、周围有血性液体和血凝块, 沿着肾包膜表面分离, 在游离肾脏下极时发现肾盂输尿管交界处并不扩张, 肾盂后方有破口, 血块从肾盂流到肾周。压迫肾蒂后清除血块约600ml, 发现其中有拇指头大结石一枚。肾包膜充血水肿, 见有少量点状坏死灶。考虑右肾盂破裂出血合并感染, 保留肾脏可能导致严重感染, 经术中讨论并告知患者家属同意, 决定给予右肾切除。仔细清除肾周血肿, 冲洗后清楚暴露肾蒂, 阻断肾血流后规范切除右肾。术后送病检报告为右肾组织、部分肾小管内弥漫性红细胞分布, 肾盂粘膜下层较多量淋巴细胞及浆细胞浸润, 伴广泛出血, 肾盂内、肾门外脂肪内血肿形成及纤维间质反应性增生。术后诊断: 右侧肾盂破裂出血, 肾盂内结石游离。术后患者恢复良好, 未出现术后感染。住院9天后康复出院。

2 讨 论

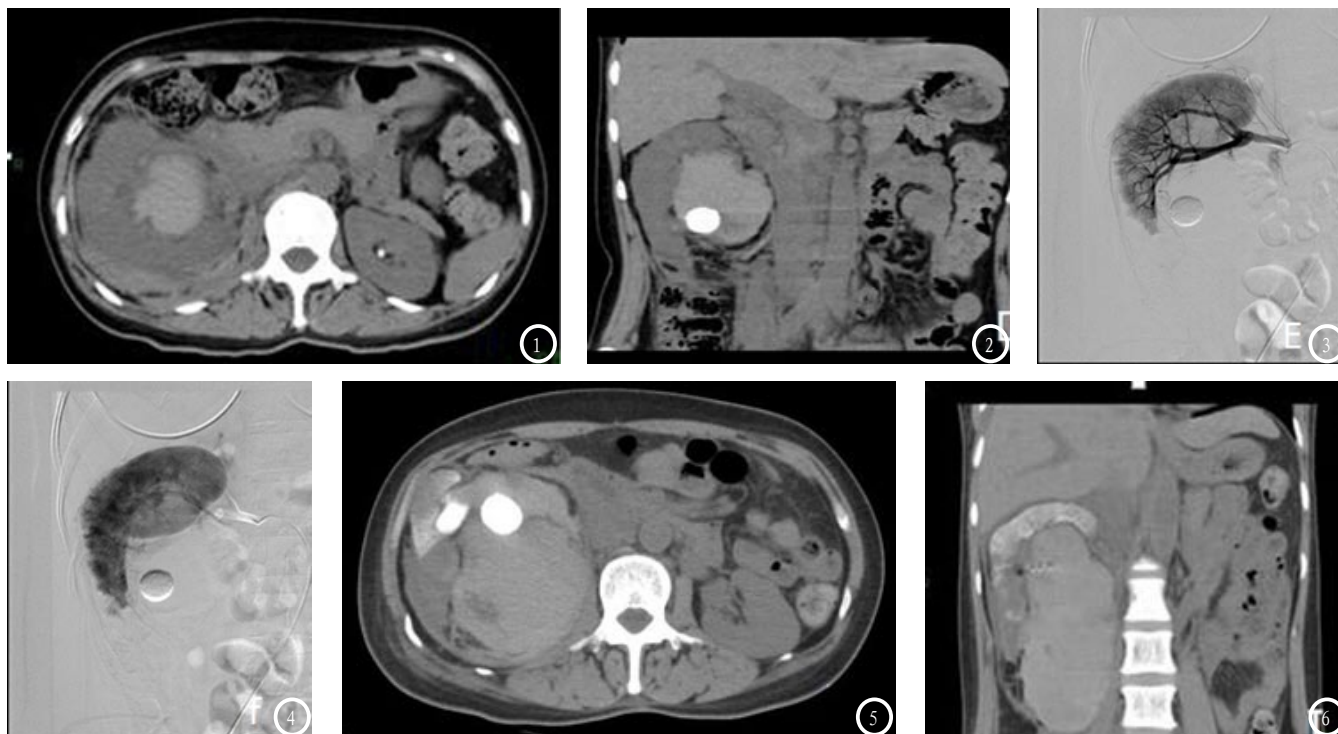


图1-2 右肾体积增大，肾门区见血肿，肾下盏见结石，肾周渗出。

图3-4 右肾动脉造影未见造影剂外溢，肾实质旁结石影。肾下极外缘轮廓不光滑。

图5-6 CT复查血肿明显增大，肾实质、肾盏、肾盂及输尿管上段受压移位，肾盂及输尿管上段扩张，肾实质内见造影剂残留。

自发性肾破裂出血在临床上少见，是指在无创伤情况下发生的肾实质、肾集合系统或肾血管破裂，由Wunderlich于1856年首先提出本病，通常发生在本身有病理性损害的肾脏。其病因复杂多样，主要有肾实质性病变、肾盂病变、肾结石积水、肾血管性病变、血液病、抗凝治疗后、先天发育异常及慢性肾衰竭维持性血液透析等，其中最为常见是肾脏肿瘤，特别是肾癌、肾血管平滑肌脂肪瘤。本例除了肾结石外，不存在上述因素，结合患者既往病史、CT检查表现及DSA所见，考虑为结石对肾盂的直接压迫引起局部组织坏死、出血。术后回报的病理结果也证实了术前诊断。通常肾结石所引起的阻塞是不完全性的，尿液可通过结石的周围而流入输尿管；肾盂或肾盏的壁可以肥厚并纤维化，因此很少发生扩张，当压迫长期存在或内压骤然升高引起上皮脱落、溃疡致最终破溃。此外，合并感染也是引起破裂的重要诱因，感染可使肾发生替代性脂肪变，增加了破裂的风险。

肾破裂出血诊断主要依赖影像学检查，IVP、逆行造影及CT增强扫描能准确做出诊断，即发现含有对比剂的尿液经破口流入肾周。由于本例为急诊病例，

未行增强扫描，故未能显示对比剂外溢现象；行右肾动脉血管造影时，由于本例不存在肾血管性病变，亦未能见造影剂外溢。对于自发性肾破裂多先采取保守治疗，可根据实际情况采用选择性肾动脉造影及栓塞术，不仅可准确判断病变部位、范围及血管形态，还能迅速止血，但本例为肾盂部位破裂出血，肾实质完整。肾盂动脉供血细小，出血为缓慢渗出，无法采用选择性插管和栓塞治疗。由于肾周出血多、合并感染，为减少严重感染的发生，行肾周血肿清除和肾右切除术。术后病情稳定，十一天后痊愈出院。

参考文献

- [1] 荣独山主编. X线诊断学第二册腹部, 第二版, 上海科学技术出版社1993:343.
- [2] 马敏聪,等.输尿管结石继发肾盂破裂1例[J].中国医学影像技术,2002,18(11):1121-1123.
- [3] 张洪叶,等.自发性肾破裂CT诊断价值[J].医学影像学杂志,2011,21(10):1520-1522.

【收稿日期】2015-07-10