

·临床研究·

小儿单纯性肾囊肿临床分析

姚伟 陆毅群 阮双岁

【摘要】目的 通过分析小儿单纯性肾囊肿的发病规律、诊断和治疗方法,提高对该病的认识及诊疗水平。**方法** 回顾性分析 6 例单纯性肾囊肿患儿的临床资料。男 5 例,女 1 例,平均年龄 7.8 岁(13 个月至 13 岁)。均因腹痛、无痛性肉眼血尿、腹部包块而就诊。均经 B 超、CT 检查明确诊断。**结果** 2 例囊肿直径 < 4 cm,予保守治疗。4 例囊肿直径 > 4 cm,有明显临床症状,予经后腹膜腹腔镜肾囊肿去顶减压术,术后均放置负压引流管,其中 3 例于术后 2~4 d 拔除,1 例因肾周漏尿放置 46 d。6 例均康复出院。4 例手术患儿随访 2 个月至 5 年无异常,B 超检查无复发。2 例非手术患儿中,1 例随访 7 年,无腹痛、血尿等不适,B 超检查提示囊肿较发现时缩小约 60%,另 1 例 B 超随访 6 年,囊肿无明显变化。**结论** 小儿单纯性肾囊肿少见,以男性多见,具有囊肿大小与年龄无关、囊肿无增长趋势等特点,B 超、CT 等影像学检查可明确诊断,经后腹膜腹腔镜下肾囊肿去顶术是安全、有效的治疗方法。

【关键词】 肾, 囊性

单纯性肾囊肿又称为孤立性肾囊肿,是肾囊性疾病中最多见、症状最轻微的一种。发病率高达人群的 50%,但儿童罕见^[1]。我院 2000 年 2 月至 2007 年 8 月共收治单纯性肾囊肿 6 例,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

本组 6 例,男 5 例,女 1 例,平均年龄 7.8 岁(13

个月至 13 岁)。均为单发,其中左肾 2 例,右肾 4 例。囊肿位于肾上极 3 例,中极 1 例,下极 2 例。囊肿平均直径 3.95(3.2~4.9)cm。3 例出现腹痛不适,其中 2 例腹痛 1 次后自行缓解,1 例有反复间断性腹痛;1 例出现无痛性肉眼血尿 1 次;1 例产前 B 超检查发现腹部包块,于出生后复查确诊。全部病例体查腰、腹部均未扪及明显肿块。术前尿常规及肾功能检查均正常。详细资料见表 1。

表 1 6 例患儿临床资料

病例	年龄	性别	首发症状	囊肿直径(cm)	部位	治疗方法	随访结果
1	13 个月	男	无症状,产前 B 超发现	3.2	右肾下极	手术	无复发
2	6 岁	男	反复脐周痛	4.8	右肾下极	手术	无复发
3	7 岁	男	无症状,无意中 B 超发现	3.6	左肾上极	随访	无变化
4	9 岁	男	腹痛 1 次	3.5	左肾中极	随访	囊肿缩小为 2.1 cm
5	11 岁	女	腹痛 1 次	4.5	右肾上极	手术	无复发
6	13 岁	男	无痛性肉眼血尿	3.8	右肾上极	手术	无复发

二、诊断方法

本组均经 B 超、CT 检查明确诊断。3 例行腹平片(KUB)及静脉尿路造影(IVP)检查,其中 2 例有肾盏受压改变,1 例未见异常。1 例行同位素(DTPA)检查,可见放射性稀疏缺损,双肾分肾功能正常。

三、治疗方法

对囊肿直径 < 4 cm 及囊肿位于肾脏中极者,予

保守治疗,随访观察。对囊肿直径 > 4 cm 或有症状者行手术治疗。手术病例均采用全麻下经后腹膜腹腔镜肾囊肿去顶术。

手术方法: 患儿取健侧侧卧位,腰部垫高,在肋脊角取 1.5 cm 小切口(作为 A 点),钝性分开肌层及筋膜,食指伸入稍分离出一肾周腔隙,插入一自制气囊管,将气囊充气约 150 ml,撑开一腔隙作为操作空间,5 min 后放气,撤除气囊管,置 5 mm Trocar,与肌层荷包固定,充入 CO₂ (压力设在 2.0 kPa),目镜观察下分别在第 12 肋尖下(B 点)、髂嵴上(C 点)刺

作者单位: 复旦大学附属儿科医院外科 (200032), E-mail: duckboy2000200@citiz.net

入 2 个 5 mm Trocar, B 点置入 30° 腹腔镜, A 点和 C 点作为主操作通道, 直视下观察到腰大肌线、腹膜线, 据此辨认出 Gerotaps 筋膜并打开, 找到肾脏和囊肿, 充分游离出整个囊肿, 切开囊肿, 于距离肾实质边缘约 0.5 cm 处切除囊壁, 切缘妥善止血, 吸尽囊液, 填入肾周脂肪, 肾周均放置负压引流管, 放出 CO₂, 关闭切口。

结 果

4 例手术患儿术中发现囊肿直径约 4 ~ 5 cm, 腹腔镜平均手术时间 115 (70 ~ 180) min。除 1 例因肾周漏尿于术后 46 d 拔除负压引流外, 其余于术后 2 ~ 4 d 拔除引流管。术后病理诊断符合单纯性肾囊肿。所有病例住院期间无发热、尿痛、腹痛等不适, 治愈出院。手术患儿术后随访 2 个月至 5 年, 均无腹痛、血尿等不适, 无复发。2 例保守治疗患儿分别随访 6 ~ 7 年, 无不适, 1 例 B 超检查提示肾囊肿有进行性消退趋势, 最好 1 次随访时囊肿约 2.1 cm 大小, 为初诊时 (3.5 cm) 的 60%, 另 1 例随访 6 年, 囊肿大小无明显变化。

讨 论

单纯性肾囊肿好发于成人, 尤以 50 岁以上的老年人多见, 小儿罕见。相比成人, 小儿单纯性肾囊肿在发病规律、鉴别诊断及治疗方法上, 有自身的特点, 现讨论如下。

一、发病规律及病因

单纯性肾囊肿是常见的一种肾囊肿性疾病, 多见于男性, 绝大多数为单发, 具有发病率及囊肿大小随年龄的增长而增多、增大的趋势^[2]。相比成人, 小儿单纯性肾囊肿的发病率较低, 约 0.1% ~ 0.45%^[3], 男孩多见, 单发者常见, 常以单独疾病出现, 也可伴发染色体异常及 Will's 瘤等其它疾病。其发病率与年龄无明显相关性, 囊肿绝大部分不随年龄的增长而增大, 此是与成人肾囊肿发病规律的最大区别。由于产前 B 超检查的广泛开展, 胎儿期肾囊肿的检出率增加, 这些囊肿于出生前绝大部分能自行消失, 与成人及儿童肾囊肿多不能自行消退的自然病程有明显区别。本组男女比例为 5 : 1, 好发年龄 6 ~ 13 岁, 囊肿的大小与年龄无明显相关, 体现了小儿肾囊肿在发病规律上的特点。

单纯性肾囊肿的病因及发病机制目前还不完全

清楚, 但肾小管上皮增生、尿液贮留 (由上皮分泌)、肾小管基底膜退化, 以及由此引起的肾小管憩室样扩大, 并不与肾小管腔相交通而逐渐膨胀成囊, 被认为是肾囊肿形成及进展的可能原因^[5]。也有学者^[6]提出了局部炎症或缺血导致局部肾小管梗阻, 从而引起肾囊肿及肾盏憩室失去与集水系统的联系而形成囊肿等, 但未被证实。

二、诊断

小儿单纯性肾囊肿的诊断并不困难, 通常因腹痛、血尿或其他腹部疾病而发现, B 超检查可确诊, 配合腹部 CT 检查, 诊断的准确率可达到 100%。B 超表现为无回声的液性暗区, 形状呈圆形或类圆形, 边缘清晰完整, 内部为均匀一致强回声并出现后方的囊壁。CT 表现为边缘光滑完整的圆形或卵圆形占位性病变, 密度均匀, CT 值与水接近, 不超过 15 Hu; 增强扫描时肾实质部位增强而囊肿不增强。辅以 IVP 检查可以了解囊肿对肾脏的压迫及对肾功能的影响程度, 并了解囊肿是否与集合系统相通。

单纯性肾囊肿需与其他肾囊性疾病, 如多囊肾相鉴别, 后者更为罕见, 两者在影像学上可通过 B 超及 IVP 进行鉴别。前者肾实质内有一边界清晰的圆形无回声区, 肾盂肾盏受压, 囊肿无显影, 后者肾脏增大, 造影剂在皮质及髓质的囊肿中滞留, 肾盂肾盏几乎不显影。另外, 通过 IVP 及增强 CT 检查肾脏囊性病损中是否与肾盂相通可以鉴别肾盏憩室, 并可鉴别肾脏肿瘤、重复上肾、肾积水等疾病。

三、治疗方法

小儿单纯性肾囊肿发展缓慢, 不一定损害肾脏功能, 可以定期随访和复查, 特别是对于囊肿直径小于 4 cm 或临床症状轻微的患儿。但对于反复出现血尿、腹痛等症状的肾囊肿, 囊肿直径大于 4 cm 者, 或怀疑存在泌尿系畸形的患儿, 应考虑手术治疗。

单纯性肾囊肿的手术方法包括传统的开放手术、B 超引导下穿刺引流硬化术及腹腔镜技术等。腹腔镜肾囊肿去顶术于 1992 年首次报道, 近年来, 随着腹腔镜在泌尿外科的广泛应用, 腹腔镜肾囊肿去顶减压术的开展越来越多。腹腔镜手术路径分为经腹腔内 (TP) 和经腹腔后 (RP) 两种。与传统的开放手术相比, 腹腔镜肾囊肿去顶减压术具有创伤小, 恢复快, 疗效确切的优点。本组所有手术病例均采用经后腹膜途径的腹腔镜肾囊肿去顶减压术, 除 1 例因早期手术经验不足及术后肾周漏尿、引流不充分使术后恢复时间长达 1 个半月外, 其余均顺利康复, 无发热、尿痛等并发症, 2 ~ 4 d 拔除负压引流后出院, 术

后随访均无复发。我们认为经腹膜后途径能很快直接进入手术野,不需放置胃管,视野清晰,操作简便,且无需打开后腹膜,对腹腔脏器的干扰小,对呼吸和循环的影响也较小,可减少并发症的发生。术中在开窗的囊肿中填入脂肪,对于术后囊肿的愈合及减少囊肿的复发有一定的作用。另外,经后腹膜途径手术,即使出现肾周漏尿或引流不畅,囊内液或尿漏也不易进入腹腔,只要改善引流,引流量会逐渐减少,不致引起积液及感染。

参 考 文 献

- 1 黄澄如. 肾发育畸形//实用小儿泌尿外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:185.
- 2 Ken Marumo, Yutaka Horiguchi, Ken Nakag Awa, Incidence and growth pattern of simple cysts of the kidney in patients with asymptomatic microscopic hematuria [J]. International Journal of Urology, 2003, 10: 63-67.
- 3 McHugh K, Stringer DA, Hebert D, et al. Simple renal cysts in children: diagnosis and follow-up with US[J]. Radiology, 1991, 178: 383-385.
- 4 Watkins, S L, Avner, E D. Renal dysplasia and cystic disease. In: Pediatric Nephrology, 3rd ed. Edited by M. A. Holliday, T. M. Barratt and E. D. Avner. Baltimore: Williams and Wilkins, chapt. 1994, 26, 467-490.
- 6 Gleason, DC, McAlister, WH, Kissane, J. Cystic disease of the kidneys in children[J]. AJR, 1967, 100: 135, 1.

• 病例报告 •

先天性肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良 1 例

马继东 冯翠竹 马强 包楠 苏芸

先天性肥厚性幽门狭窄是小儿外科常见疾病,但合并肠旋转不良者较少见,本院近期收治 1 例,现报告如下。

患儿,女,57 d。因间断呕吐 20 余日、逐渐加重入院。呕吐物为奶及奶瓣,无胆汁样物,吐后饥饿感明显。体格检查:发育营养中等,无明显脱水貌,腹软,进食后可见胃型及蠕动波。剑突下偏右可触及坚韧的橄榄样包块,具一定活动度。超声检查:幽门长 28 mm,直径 13.8 mm,肌层厚 5.5 mm;肠系膜上静脉(SMV)位于肠系膜上动脉(SMA)的前方稍偏左。钡餐造影:胃扩张,蠕动增强,造影剂排空延迟,幽门管细长;十二指肠及近端空肠位于右腹部。以上检查结果均支持先天性肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良的诊断。行幽门环肌切开术、Ladd's 手术及阑尾内翻结扎术。手术所见:幽门增大,肌层肥厚、水肿。回盲部位于上腹部,肠系膜窄,粘连,无扭转,大部分结肠位于左上腹。手术后 3 d 开始喂奶,偶溢出少许黄色液体,5 d 后未再发生呕吐。1 周后痊愈出院。

讨论 先天性肥厚性幽门狭窄病因尚未完全明了,有人认为是与激素水平失调有关。患儿因幽门肌肥厚,导致管腔狭窄而发生呕吐,呕吐物不含胆汁是其特点。先天性肠旋转不良系胚胎期肠管发育过程中以肠系膜上动脉为轴的肠管回转变发生障碍,使肠管位置变异,肠系膜附着不全及异常腹膜索带压迫十二指肠,半数以上患儿可发生肠扭转。间断、胆汁性呕吐为其常见临床表现^[1]。虽然以上两种疾病在新生儿外科常见,但因胚胎发育并无明显关联,因此合并发生者非常少见。

国内齐新^[2]报告 1 例先天性肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良。该患儿临床体检和钡餐造影支持肥厚性幽门狭窄的诊

断,却因呕吐胆汁样物,引起作者注意,术中探查,发现合并肠旋转不良。本例患儿临床表现似先天肥厚性幽门狭窄,呕吐物不含胆汁,如按“触及包块者即不再做影像学检查”的惯例,此患儿将漏诊。常规开腹幽门环肌切开手术因切口小也难以做到进一步探查。本院腹腔镜下幽门环肌切开术也无探查腹腔的常规。本例因发病年龄晚、母亲为高龄初产妇(39 岁)而进行超声检查,并正确做出了先天肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良的诊断。


超声检查对先天肥厚性幽门狭窄的诊断价值已得到公认,而对于肠旋转不良诊断的应用尚不广泛。本院已于 2000 年报告超声诊断肠旋转不良^[3],认为超声检查无创、快捷、易行,建议作为肠旋转不良首选和常规的诊断方法。当发现 SMV 位于 SMA 左侧时应高度怀疑肠旋转不良,SMV 位于 SMA 前方者也应考虑本症,并加做放射学检查确诊。一旦出现“漩涡征”提示合并中肠扭转,应尽快手术,防止发生肠坏死。

基于本例的诊治经验、循证医学理念的导入以及目前我国行医环境的改变,作者认为,即使对于先天性肥厚性幽门狭窄这样的“简单”病例,除临床检查外也应考虑在手术前通过影像学检查确诊,并发现可能存在的其它畸形。超声检查为首选的检查方法。

参 考 文 献

- 1 张金哲,潘少川,黄澄如,主编. 实用小儿外科学[M]. 第 1 版. 浙江科学技术出版社, 2003. 697-713.
- 2 齐新,李敏,李建民. 新生儿先天性肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良[J]. 中华小儿外科杂志, 2005, 26(3):131.
- 3 张玉林,马汝柏,王峥嵘,等. 超声诊断小儿肠旋转不良[J]. 中华超声影像学杂志, 2000, 9(4):225-227.

小儿单纯性肾囊肿临床分析

作者: 姚伟, 陆毅群, 阮双岁
作者单位: 复旦大学附属儿科医院外科, 200032
刊名: 临床小儿外科杂志 
英文刊名: JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY
年, 卷(期): 2008, 7 (2)
被引用次数: 3次

参考文献(5条)

1. Watkins, S L; Avner, E D [Renal dysplasia and cystic disease](#) 1994
2. McHugh K; Stringer DA; Hebert D [Simple renal cysts in children: diagnosis and follow-up with US](#) 1991
3. Ken Marumo; Yutaka Horiguchi; Ken Nakagawa [Incidence and growth pattern of simple cysts of the kidney in patients with asymptomatic microscopic hematuria](#) 2003 (2)
4. 黄澄如 [肾发育畸形](#) 2006
5. Gleason, DC; McAlister, WH; Kissane, J [Cystic disease of the kidneys in children](#) 1967

相似文献(10条)

1. 期刊论文 向华, 丁伟, 刘芳, 任国平, 王照明, 朱雄增, Xiang Hua, Ding Wei, Liu Fang, Ren Guo-ping, Wang Zhao-ming, Zhu Xiong-zeng [肾混合性上皮间质肿瘤和成人囊性肾瘤的临床病理学观察 - 中华病理学杂志](#) 2009, 38 (7)
目的 探讨肾混合性上皮间质肿瘤 (MEST) 和成人囊性肾瘤的临床病理学特点、免疫表型和鉴别诊断。方法 通过HE和免疫组织化学染色 (EnVision法) 分析5例MEST和4例囊性肾瘤, 并复习有关文献。结果 5例MEST均为女性, 中位年龄45岁; 囊性肾瘤中男性3例, 女性1例, 中位年龄41岁; 临床表现为腰痛或血尿。大体观察: MEST界清无包膜, 切面未见明显出血坏死, 其中3例早实性, 1例呈囊实性, 另1例呈多囊性其间为厚的纤维分隔; 囊性肾瘤有包膜, 切面呈多囊性, 囊壁薄, 无实区和坏死区。镜下观察: MEST由不等量增生、囊性扩张的腺上皮与不同排列方式的梭形间质细胞混合组成, 两种细胞成分无明显异形, 2例局部衬覆子宫内膜样或输卵管样上皮; 囊性肾瘤为多房囊腔组织, 囊壁薄, 内衬单层上皮。免疫表型: 9例上皮细胞CKpan、上皮细胞膜抗原 (EMA) 均呈阳性表达; MEST间质梭形细胞波形蛋白 (5/5)、平滑肌动蛋白 (SMA, 3/5)、结蛋白 (4/5)、CD10 (5/5)、ER (4/5) 和PR (4/5) 呈阳性表达, HMB45、CD34、CD117和S-100蛋白呈阴性; 囊性肾瘤间质成分波形蛋白 (4/4)、SMA (4/4)、结蛋白 (1/4) 阳性, ER (3/4) 和PR (1/4) 少量细胞阳性, CD10、HMB45、CD34、CD117和S-100蛋白呈阴性。结论 (1) MEST和囊性肾瘤均是少见的肾脏肿瘤, 大多为良性。(2) MEST间叶细胞呈不同程度的平滑肌或肌纤维母细胞分化; 2例有Maüerian管上皮分化特征。(3) MEST和成人囊性肾瘤在形态学和免疫表型上有很多相似性, 可能为位于同一肿瘤谱系两端的肿瘤。
2. 期刊论文 吴泽涌, Wu Luo-yong [巨大多房囊性肾瘤及肾癌类肿瘤CT鉴别诊断 - 中国临床医学影像杂志](#) 2006, 17 (6)
目的: 探讨巨大多房囊性肾瘤的CT特征与巨大肾癌类肿瘤的CT鉴别诊断。方法: 回顾性分析经手术病理证实的3例巨大多房囊性肾瘤和13例巨大肾癌类肿瘤的CT资料。结果: 巨大多房囊性肾瘤CT表现是肿瘤壁完整, 内为多房样囊肿和分隔组成。巨大肾癌类肿瘤主要CT表现以破坏肾实质为主。结论: 巨大多房囊性肾瘤呈多房样囊性改变排列有序, 囊壁清晰光滑无结节, 与正常肾组织边界清楚。而巨大肾癌类肿瘤, 因肿瘤巨大瘤内多发大的坏死囊变区, 与残存正常肾组织分界不清, 是与巨大多房囊性肾瘤的鉴别要点。
3. 期刊论文 范磊, 王秀林, 李子平, 黄兆民, 何文艳, 李冰, 郭燕, 刘明娟 [多房性囊性肾瘤的影像学表现与病理对照 - 临床放射学杂志](#) 2003, 22 (12)
目的 提高对多房性囊性肾瘤的影像学的认识。资料与方法 报告2例经手术病理证实, 且临床与影像学资料完整的多房性囊性肾瘤。分析其B超、IVU、CT、MRI检查所见征象, 并与手术、病理所见对照, 结合文献复习, 对多房性囊性肾瘤作深入讨论。结果 影像学表现为肾区单发、多房性囊性病灶; 囊肿边界清楚, 与肾盂不相通, 肾脏被挤压变薄, 未受累区的肾脏正常; 囊内均匀或不均匀; 囊间隔的密度比正常肾实质低, 分隔完全且厚薄不一, 可强化, 但强化程度不及正常的肾组织。术后病理证实为多房性囊性肾瘤。结论 CT、MRI最能反映多房性囊性肾瘤的病理基础, 是术前诊断该病的最佳方法, 术前完善的影像学检查对该病的治疗方案及预后至关重要。
4. 期刊论文 时春艳, 金燕志, 陈倩, 周世梅, 柳平 [胎儿肾囊性疾病的超声诊断和预后 - 中国优生优育](#) 2001, 12 (2)
目的 探讨胎儿肾囊性疾病的超声诊断和预后。方法 回顾性分析1998年8月~2000年7月3 158例孕妇产前超声诊断的4例胎儿肾囊性疾病的超声特点, 预后判断及新生儿情况追踪。结果 4例胎儿肾囊性疾病中无羊水1例行中期引产, 尸解病理证实为双侧多囊性肾发育不良; 羊水过少1例为死产, 尸解病理证实为双侧肾盂输尿管接口处狭窄; 2例羊水量正常足月分娩, 1例已健康生存1年零1个月, 生后半年超声检查右肾仍呈多囊状, 但体积缩小, 左肾囊肿消失, 形态及肾功能正常; 1例出生后染色体检查为21-三体, 生后2个月超声检查双肾囊肿消失, 左肾盂轻度扩张。4例病例1例在妊娠23周诊断, 其余3例均在孕晚期诊断。结论 孕中、晚期超声检查有利于胎儿肾囊性疾病的检出; 羊水的多少及有无染色体异常与胎儿预后有关; 胎儿肾囊性疾病发生后有可能消失或缩小。
5. 期刊论文 刘岩, 张春阳, 张大田, 盛玉文, 张振铭, Liu Yan, Zhang Chunyang, Zhang Datian, Sheng Yuwen, Zhang Zhenming [多房性囊性肾瘤2例分析 - 辽宁医学院学报](#) 2009, 30 (1)
目的 探讨多房性囊性肾瘤的诊断与治疗方法。方法 回顾性分析2 例多房性囊性肾瘤患者的临床资料, 并总结其诊断和治疗经验。2 例中, 1例腹部肿块, 1 例无症状。B超与CT均诊断为多房性囊性肾瘤。肿瘤发生于右侧1 例, 左侧1例, 2 例均行肾部分切除术。结果 术后病理检查证实均为多房性囊性肾瘤。术后随访6个月和5 年, 无肿瘤复发。结论 影像学检查是多房性囊性肾瘤的重要检查手段, 保留肾单位的肿瘤切除术是本病的首选治疗方法。
6. 期刊论文 万广生, 邵结英, 彭树柏, 李梅娣 [多房性囊性肾瘤的声像图表现 - 影像诊断与介入放射学](#) 2005, 14 (3)
目的 探讨多房性囊性肾瘤的声像图特点及超声检查对多房性囊性肾瘤的诊断价值。方法 收集经手术病理证实的5例多房性囊性肾瘤的声像图, 结合文献对其作回顾性分析。结果 5例声像图均表现为肾内多房性囊性病变: 在无回声暗区内有数量不等的高回声分隔, 1例在囊性病变内显示实性回声, 其余4例在囊性病变内未见实性结节; 彩色多普勒超声扫查: 4例病灶内部或周边未发现血流信号, 1例在病灶周边及分隔内显示低速血流信号。结论 多房性囊性肾瘤声像图表现具有特征性。超声检查有助于对多房性囊性肾瘤作出正确诊断。
7. 期刊论文 龚佩, 赵增喜, 吕天敬, 金杰, Gong Kan, Zhao Zeng-xi, L (U) Tian-jing, Jin Jie [CD2相关蛋白和肾质在](#)

多房囊性肾细胞癌中的表达 -中华医学杂志2009, 89(8)

目的 探讨CD2相关蛋白(CD2AP)及肾质(nephrin)在成人多房囊性肾细胞癌中的表达及意义.方法 收集多房囊性肾细胞癌标本28例、肾透明细胞癌标本32例和单纯性肾囊肿标本13例,采用免疫组化方法 检测CD2AP在上述组织中的表达.从上述3组组织蜡块中每组各随机抽取5例共15例,重新切片,用CD2AP和肾质,做免疫组化染色对照实验.结果 在多房囊性肾细胞癌的肿瘤细胞中CD2AP表达较强,尤其在囊壁的内层上皮表达强度明显增加. CD2AP在肾透明细胞癌中有弱表达,在单纯性肾囊肿中没有表达.肾质和CD2AP在3种组织的对照实验结果 中染色强度和部位完全一致.结论 CD2AP在多房囊性肾细胞癌中的表达具有特异性,其表达与肾透明细胞癌和单纯性肾囊肿有显著差异,对于多房囊性肾细胞癌的鉴别诊断有重要意义. CD2AP和肾质在多房囊性肾细胞癌中分布一致的特点,以及上述两种蛋白的足细胞特异性对于多房囊性肾细胞癌的形成原因具有重要提示.

8. 期刊论文 喻智, 申雪萍, 熊锐华, 刘春龙, 阮维莲, YU Zhi, SHEN Xue-ping, XIONG Rui-hua, LIU Chun-long, RUAN

Wei-lian 多房性囊性肾瘤的超声表现及诊断价值 -实用医技杂志2008, 15(11)

目的:探讨多房性囊性肾瘤的超声表现,以及超声检查对多房性囊性肾瘤的诊断价值,提高对该病的认识.方法:回顾性分析4例多房性囊性肾瘤患者的超声资料,结合文献讨论本病的超声表现及诊断价值.结果:4例超声表现均为肾内边界清楚的多房性囊性病变:各囊大小不等,囊内液体表现为无回声或近似无回声,无回声暗区之间有数量不等、强度不一的高回声分隔;彩色多普勒超声检查:3例在肿瘤内部及周边未见血流信号,1例在肿瘤周边及间隔内显示低速低阻的血流信号.结论:多房性囊性肾瘤在超声检查中具有特征表现,超声检查有助于提高多房性囊性肾瘤的正确诊断.

9. 期刊论文 方文革, 关超, 徐卫强, 许海斌, 谷明利, 郭园园, 谢海龙, FANG Wen-ge, GUAN Chao, XU Wei-qiang, XU Hai-bin, GU Ming-li, GUO Yuan-yuan, XIE Hai-long 后腹腔镜治疗肾囊性疾病36例临床分析 -蚌埠医学院学报

2011, 36(1)

目的:探讨后腹腔镜治疗肾囊性疾病的手术技巧,并观察临床疗效.方法:应用后腹腔镜去顶减压术治疗肾囊性疾病36例,其中单纯性肾囊肿32例,多囊肾3例,肾盂旁囊肿1例.结果:36例手术均获成功,无一例中转开放手术.手术时间单纯性肾囊肿30~90 min,多囊肾90~120 min,肾盂旁囊肿约110 min.单纯性肾囊肿出血<30 ml,多囊肾和肾盂旁囊肿出血<50 ml.住院时间单纯性肾囊肿3~6天,多囊肾6~8天,肾盂旁囊肿7天.随访3~12个月无复发病例;3例多囊肾患者术后腰部胀痛缓解,1例肾功能不全患者术后肾功能明显改善,1例术前高血压术后血压降至正常.36例均未发生严重并发症.结论:后腹腔镜治疗肾囊性疾病具有疗效好、创伤小、恢复快、住院时间短等优点,是治疗肾囊性疾病的首选方法,值得临床推广应用.

10. 期刊论文 丁建国, 周建军, 周康荣 多房囊性肾瘤的影像学表现 -中华放射学杂志2004, 38(8)

目的探讨多房囊性肾瘤的影像学特征及相关的多房囊性病变的鉴别诊断.方法回顾性分析8例经手术病理证实的多房囊性肾瘤的CT和MRI资料.结果8例多房囊性肾瘤均为单侧,直径从2.5~7.5 cm不等. CT或MR扫描显示有完整囊壁,内由多个小囊腔和分隔构成,其中2例囊内分隔显示清晰,4例显示尚清晰,另2例显示不清,边缘模糊.所有囊腔间无交通,囊壁和囊内分隔有不同程度的强化,但均未见实质性结节.4例MR扫描在T1WI上呈低信号, T2WI为高信号,延迟增强扫描囊壁和囊内分隔显示较同步的CT扫描清晰.组织病理学显示所有病例的包膜和分隔内衬扁平或立方上皮.结论多房囊性肾瘤是肾脏的少见病变,CT和MRI能准确地显示病灶的形态学特征,并提供相应的诊断依据,但在和多房囊性肾瘤等病变鉴别时仍有一定的难度.

引证文献(3条)

1. 吴书其, 李瑾, 李佳宁, 傅宏亮, 邹仁健, 顾振辉, 王辉 8例儿童单纯性肾囊肿的99mTc-EC肾动态显像分析[期刊论文]

-放射学实践 2010(2)

2. 陈荟竹 小儿囊性肾病的影像学表现[期刊论文]-中华妇幼临床医学杂志(电子版) 2010(5)

3. 洪小杨, 封志纯 经腹途径腹腔镜小儿肾囊肿去顶术一例[期刊论文]-中华腔镜泌尿外科杂志(电子版) 2008(3)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200802013.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: b379fa51-fc01-409e-a5ed-9ed40093642d

下载时间: 2011年4月29日