

多囊肾病肾囊肿感染一例

· 病例报告 ·

柳文晶, 王伟

作者单位: 030001 山西, 解放军 264 医院肾内科

作者简介: 柳文晶(1974-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗慢性肾脏病。E-mail: xrfxfxf@126.com

[关键词] 多囊肾病; 感染

[中国分类号] R 692 [文章编号] 1674-3806(2016)03-0250-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.03.21

1 病例介绍

患者, 女, 45 岁, 发现“多囊肾”14 余年, 因“间断发热半年, 再发 5 d”入院。2014-09 初因“发热、腹痛”在外院诊断为“急性肾盂肾炎”, 当时尿培养为“粪肠球菌”, 9 月 10 日给予“头孢西丁、左氧氟沙星”治疗共 10 d, 发热缓解, 因 B 超提示“肝内胆管结石”, 9 月 21 日于当地医院行内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)取石术, 过程顺利。10 月 1 日再次发热, 伴寒战, 体温最高达 39.7℃, 于我院消化科诊治。查血常规: 白细胞 $6.78 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 88.71%, 血红蛋白 113 g/L, 血小板 $120 \times 10^9/L$ 。血沉 21 mm/h, C 反应蛋白 68.2 mg/L。尿常规、肝肾功能、离子、凝血正常, 肥达氏、外斐氏、布氏凝集试验均阴性, 自身抗体谱、类风湿系列阴性, 肝炎病毒系列、HIV 抗体检查阴性。血、尿、便、咽拭子培养阴性。胸片未见异常。腹部 CT:(1)多囊肾(双肾多发大小不一类圆形囊性低密度影, CT 值 9~28 HU。其间散在结节样、线形高密度影, CT 值 41~64 HU, 肾盂无扩张);(2)多囊肝;(3)肝内胆管结石, 胆总管多发结石。诊断:(1)胆总管结石;(2)肝内胆管结石;(3)胆道感染。再次行 ERCP 取石术。先后给予“头孢派酮/他唑巴坦, 左氧氟沙星、泰能”等药物治疗 1 周余, 发热缓解出院。10 月底再次发热反复, 体温最高达 41.0℃, 伴腹痛、腰痛, 无尿频、尿急、尿痛, 于当地医院行血培养提示“肺炎克雷伯杆菌”生长, 给予“舒普深”治疗 10 d, 症状缓解出院。之后的 3 个月仍反复发热, 曾于当地医院使用“去甲万古霉素、氟康唑、美罗培南”等治疗 10 d, 发热缓解, 停药 2 d 后又有反复, 自行使用“泰能、地塞米松”等药物体温可正常。2015-03 患者因“发热 5 d”入我科诊治。当时伴双季肋部疼痛、腰痛。追问其病史, 近 5 年来每年多有 3~5 次尿频、尿痛、尿急等

不适, 自服“氟哌酸”可缓解, 未正规诊治。查体: 血压高, 心肺听诊无特殊, 双季肋部压痛阳性, 双肾区叩击痛阳性, 右侧显著。腹部 B 超: 多囊肾(双肾实质内可见多个囊性暗区, 后壁回声增强, 部分囊内可见强回声, 部分囊内透声差, 可见不规则实性充填物。右侧最大囊肿 5.7 cm × 4.4 cm, 左侧最大 4.7 cm × 3.0 cm), 多囊肝。双肾增强 CT: 双肾多发低密度影增强后无强化。B 超定位下行双肾大囊肿穿刺, 左侧抽液呈咖色, 略黏稠, 共抽出约 40 ml, 右侧黄色微混, 共 60 ml, 同时行硬化治疗。左侧囊液细菌培养结果: 肺炎克雷伯杆菌生长。右侧囊液细菌培养未见致病生长。诊断:(1)多囊肾病伴肾囊肿感染,(2)多囊肝。依据药敏结果给予“左氧氟沙星 4 周, 序贯联合哌拉西林他唑巴坦 2 周, 舒普深 2 周,”体温持续正常而出院。目前病人门诊随访 6 个月余, 无发热反复。

2 讨论

常染色体显性遗传多囊肾病(ADPKD)是一种最常见的单基因遗传性肾病, 发病率为 1/1 000~1/400^[1]。泌尿系感染为 ADPKD 常见的临床表现, 其中肾囊肿感染的诊治较为棘手, 临床缺乏特异症状, 故诊断较困难。肾囊肿感染与急性肾盂肾炎都表现为发热、腹痛^[2], 肾盂肾炎尿培养阳性, 而肾囊肿不与集合系统相连, 临床可无脓尿, 尿培养通常阴性。肾盂肾炎也可以与肾囊肿感染同时出现, 由于 45% 未发生泌尿系感染的 ADPKD 患者也可以出现脓尿, 故尿中白细胞计数不能作为感染的证据^[3]。两者血培养均可阳性。常规超声和 CT 影像学诊断价值有限, 囊肿感染与囊内出血表现相似^[4]。因肾囊肿与集合系统不相通, 抗生素必须通过弥散等方式进入囊内, 因而肾囊肿感染需选用脂溶性抗生素, 且疗程多需 2 周以上, 有的甚至需要数月来彻底根除^[5]。

同时较大囊肿的感染(5 cm)多需结合抽液治疗。该例患者病初肾盂肾炎诊断明确,考虑当时合并肾囊肿感染,因治疗不彻底,导致反复发热。最终依据囊液细菌培养结果选用敏感抗生素治疗 4 周,同时配合抽放感染囊液治疗,发热方根除。通过该病例,我们认识到对于 ADPKD 患者的下尿路感染应及时治疗,防止病菌进一步逆行感染,导致肾盂肾炎或囊肿感染。对发热、季肋部疼痛的 ADPKD 患者,当常规抗感染疗效差时,应警惕肾囊肿感染可能,完善 CT、MRI 等检查,以发现感染的囊肿,行囊肿穿刺术,抽放囊液并行囊液细菌培养及药敏试验,依据药敏试验结果选择脂溶性抗生素,疗程 2 周以上,疗程结束加强门诊随访。

参考文献

- 1 Watson ML, Torres VE. preface// Watson ML, VE. Polycystic kidney Disease[M]. Oxford: Oxford University Press, 1996: v-xii.
- 2 Rizk D, Chapman AB. Cystic and inherited kidney disease[J]. Am J Kidney Dis, 2003, 42(6): 1305-1317.
- 3 Sklar AH, Caruana RJ, Lammers JE, et al. Renal infection in autosomal dominant polycystic kidney disease[J]. Am J Kidney Dis, 1987, 10(2): 81-88.
- 4 梅长林, 叶朝阳. 肾囊肿疾病[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2002: 155.
- 5 Gibson P, Watson ML. Cyst infection in polycystic kidney disease: a clinical challenge[J]. Nephrol Dial Transplant, 1998, 13(10): 2455-2457.

[收稿日期 2015-11-11][本文编辑 蓝斯琪]

低场 MRI 诊断右侧颌面部巨大蔓状血管瘤一例

· 病例报告 ·

詹孔才, 邹艳, 周伟强

作者单位: 643020 四川, 自贡市第五人民医院放射科

作者简介: 詹孔才(1977-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 磁共振影像诊断。E-mail: 502464997@qq.com

[关键词] 磁共振成像; 颌面部; 蔓状血管瘤

[中图分类号] R 445 [文章编号] 1674-3806(2016)03-0251-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.03.22

1 病例介绍

患者, 男, 27 岁, 临床以右侧颌面部肿物、进行性生长的搏动性肿块为主诉入院。入院查体可见右侧颌面部至下颌角处见 19 cm × 17 cm 大小肿物, 边界不清楚, 未与表面皮肤粘连, 表面皮肤呈不规则突起, 皮肤呈暗红色, 部分皮肤呈紫色。鼻腔、口腔及咽部均可见瘤体, 触诊肿物质软呈囊性并有搏动和震颤, 听诊有吹风样杂音, 体位移动试验(+), 压缩试验(+). 磁共振成像(MRI)扫描方法及参数: 采用鑫高益 0.5T 永磁开放式型磁共振, 序列采用横断面 T2WI、T1WI、FLAIR, 数字采集矩阵 256 × 256, 扫描厚度 8 mm, 层间隔 1 mm, 视野 24 cm × 24 cm。MRI 示右侧颌面部隆起, 见不规则团块状异常信号, 大小约 15.3 cm × 8.4 cm × 12.0 cm, T1WI 呈等或稍高信号, T2WI 及压脂呈高信号, 信号不均匀, 其内见多个点条状、蚓状血管流空影(图 1(a), (b)), 病灶上

缘累及右侧颞肌、眼眶, 内侧累及颞下窝, 右侧上颌窦外后壁, 咽旁间隙, 并突入上颌窦腔、鼻腔, 致右侧上颌窦腔变小, 下界达下腭水平(图 c), 扫描层面脑组织未见异常信号。本例经病理确诊并做介入治疗, 病灶范围明显缩小。

2 讨论

2.1 发病机制 软组织血管瘤主要由血管内皮细胞构成, 是介于错构性畸形与真性肿瘤间的良性血管疾病。病灶无包膜, 手术后且易复发。病理学上软组织血管瘤分为真性血管瘤和血管畸形两类, 蔓状血管瘤属血管畸形, 又称葡萄状血管瘤, 其特点是血供相当丰富、且颌面部容易发生。临床上患者局部皮肤常表现为暗红色, 压之退色或可压缩, 肿块时大时小。

2.2 检查方法 一般来说, 临床对血管瘤不做活组织检查, 亦不主张盲目穿刺及探查, 否则可引起大出血, 目前确诊蔓状血管瘤最可靠的方法是血管造影