

经尿道输尿管镜置双 J 管治疗精囊囊肿感染 1 例

乔着意 孙丹宁* 康元上 刘 剑

(解放军 324 中心医院泌尿外科, 重庆 400020)

中图分类号: R697⁺.4

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2010)10-0900-02

精囊囊肿是较为少见的男性疾病, 我院 2007 年 2 月收治 1 例, 经尿道输尿管镜冲洗精囊, 并置双 J 管引流, 术后随访 2 年, 恢复良好, 报道如下。

1 临床资料

患者男, 21 岁, 未婚未育, 无冶游史, 因反复下腹胀痛, 尿道疼痛, 血精 3 年, 加重伴血尿 3 d 入院。入院检查: 一般情况良好, 心、肺、腹未见特殊异常, 阴茎、阴囊、双侧睾丸附睾均发育正常。指肛检查: 前列腺正常大小, 有轻压痛, 中央沟存在, 未及明显包块, 指套无血染。尿常规: 潜血 4+, 白细胞 3+, 蛋白质 1+。精液常规: 脓细胞满视野, 红细胞 +/HP, 精子偶见, 精液革兰氏染色查见大量 G⁺ 球菌, 抗酸染色阴性。B 超: 肝胆胰脾双肾未见异常, 膀胱后方探及 6.4 cm × 3.3 cm × 4.2 cm 边界清晰的实性包块。CT: 右侧精囊区可见类椭圆形低密度影, 边界清晰, 5 cm × 3 cm × 5 cm 大小, 内部密度均等, CT 值 23 Hu 左右, 报告: 右侧精囊腺区占位, 囊肿可能。其余系统检查如血常规、生化、心电图、胸片等均未见异常。术前诊断: 尿路感染, 右侧精囊囊肿。

患者入院后使用头孢曲松联合左氧氟沙星抗感染治疗 1 周疗效欠佳, 症状缓解不明显, 复查尿常规: 潜血 3+, 白细胞 3+, 蛋白质 1+。遂输尿管镜行尿道膀胱检查, 镜体进入尿道至精阜位置, 从精阜开口进入前列腺小囊, 观察见囊内黏膜充血明显, 嘱病人排便样用力, 见前列腺小囊右侧壁下方近开口处有脓液溢出, 找到脓液出口以 F₄ 输尿管导管插入, 而后沿导管插入输尿管镜至精囊, 见精囊壁及其分隔广泛充血水肿, 组织结构完好, 未见活动出血。

引流出黄褐色稀薄状脓液约 70 ml, 有恶臭, 生理盐水 + 庆大霉素 + 甲硝唑反复冲洗, 判断脓液确经射精管口流出。精囊内留置 F₅ 双 J 管, 远端引出尿道, 检查前列腺膀胱无其他异常, 膀胱内留置 F₁₆ 双腔尿管, 将双 J 管和尿管于尿道外捆绑固定, 无菌纱布包裹双 J 管远端并每日更换, 术后行抗感染治疗 1 周。2 周后拔除尿管和双 J 管。

2 结果

术后诊断: 右侧精囊囊肿合并感染。脓液行细菌培养报告无细菌生长, 抗酸染色阴性。术后 1 周复查 B 超提示囊腔明显缩小约 3.0 cm × 2.4 cm × 2.4 cm 大小, 其内可见双 J 管环形影。2 周后复查尿常规, 潜血 2+, 白细胞 ±, 包裹双 J 管纱布清洁, 未见双 J 管有液体引出, 除轻微尿道疼痛外, 各项症状均明显缓解, 遂拔除尿管和双 J 管出院。出院后随访 24 个月, 每 6 个月复查精液常规及腹部 B 超, 精液质量逐渐好转, 术后最近一次 (2009 年 1 月) 精液常规: 精子密度 45 × 10⁶/ml, 活动力 B 级, 白细胞 +/HP。B 超示囊腔体积略微缩小约 2.3 cm × 2.3 cm × 2.0 cm。期间偶有少量血精, 术后 8、14 个月 2 次出现轻微尿路感染症状, 门诊口服抗炎药物后均于 1 周内缓解, 未再出现腹部或会阴部疼痛不适。术后 1 年结婚, 配偶妊娠 3 个月。

3 讨论

精囊囊肿是比较少见的泌尿生殖系疾病, 分为先天和后天两型, 前者常伴有同侧肾脏发育异常或缺如, 输尿管异位, 尿道下裂, 两性畸形等其他泌尿生殖系统异常; 后天继发性精囊囊肿常为单侧, 多因

* 通讯作者, E-mail: jzk324@163.com

为射精管梗阻、逆行感染、前列腺增生、尿道手术等引起^[1]。国外有精囊结核性冷脓肿的个案报告^[2],但尚无细菌感染致精囊脓肿的报告。本例囊液呈典型的化脓样改变,而非结核性冷脓肿,此类病例非常罕见。该病例入院检查精液中存在大量革兰氏阳性球菌,而术中引流脓液细菌培养却为阴性,一方面与术前使用抗生素有关,另一方面,可能术中留取标本存在问题,因为输尿管镜采用浸泡消毒,留取标本时镜鞘内仍残留有消毒物或抗菌药物。根据胡金树等报道^[3],结合该病例精液检查结果,考虑金黄葡萄球菌和表皮葡萄球菌可能较大。该病例标本抗酸染色呈阴性,结合病史、胸片等检查可以排除精囊结核的可能。

精囊囊肿的手术治疗包括经皮穿刺引流、开放手术切除、腹腔镜手术切除、经尿道去顶引流、经尿道精阜切除等方法^[4,5],近期有应用输尿管镜诊治精道疾病的报道:李龙坤等^[6]报道 14 例精囊炎采用输尿管镜冲洗治疗取得良好效果。从我们的实践看,在正常精阜内寻找射精管开口仍存在一定困难,而精囊病变的患者常由于合并射精管开口异常可能还相对容易寻找。我们采用精囊内双 J 管留置优点在于:精囊囊腔内有足够空间,能使双 J 管近端弯头悬挂固定不易脱落;质地柔软不会损伤组织,适合较长时间留置,而且侧孔多引流充分,但存在的缺点是侧孔太多,无法行术后冲洗,而且容易发生逆行感

染,有待进一步改进。

精囊对男性性功能和生殖功能非常重要,应尽量保留^[5]。相对其他手术方式,该治疗方法未损害精囊及精道结构,创伤小,必要时还可考虑重复治疗。本病例随访 2 年后精液质量基本正常,配偶妊娠。因此,我们认为对未育精囊囊肿患者不宜做精囊切除时,可考虑应用该治疗方法作为首选。

参考文献

- 1 Giglio M, Medica M, Germinale F, et al. Renal dysplasia associated with ureteral ectopia and ipsilateral seminal vesical cyst. *Int J Urol*, 2002, 9(1): 63-66.
- 2 Dewani CP, Dewani N, Bhatia D. Case report: tubercular cold abscess of seminal vesicle: minimally invasive endoscopic management. *J Endourol*, 2006, 20(6): 436-442.
- 3 胡金树, 吴伟华, 李新盟. 241 例前列腺炎的细菌病原学和耐药谱分析. *中国实验诊断学*, 2009, 5(13): 678-679.
- 4 姚友生, 王涛, 蔡奕川, 等. 经尿道射精管切开术治疗远端射精管梗阻引起的精囊囊肿. *中华男科学杂志*, 2008, 6(14): 521-523.
- 5 杨春明, 孔垂泽, 孙志熙, 等. 精囊囊肿 12 例诊治分析. *中华男科学杂志*, 2007, 13(1): 80-81.
- 6 李龙坤, 李为兵, 鄢俊安, 等. 经尿道逆行性输尿管镜技术诊治远端精道疾病: 一种新术式. *临床泌尿外科杂志*, 2006, 11(21): 808-810.

(收稿日期: 2010-01-19)

(修回日期: 2010-06-04)

(责任编辑: 李贺琼)