

# 脐尿管囊肿的超声诊断(附 17 例分析)

汪丽和<sup>1</sup> 朱雪莲<sup>2</sup>

(1 浙江省永嘉县人民医院 永嘉 325100;2 温州医学院附属一院 浙江温州 325000)

关键词:脐尿管囊肿;超声诊断;临床分析

中图分类号:R 445.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0066-01

脐尿管囊肿在临床上较为罕见,多见于男性。现回顾性总结我院自 2001 年 10 月以来 17 例脐尿管囊肿病变的临床及超声表现,以期提高对本病的认识,并以探讨对其超声显像的特点及诊断价值。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 17 例自 2001 年 10 月~2004 年 9 月均经手术病理证实,均为我院住院患者。年龄 16~65 岁,17 例中只有 1 例为女性。临床表现为下腹疼痛,有些患者伴有尿频、尿痛,个别患者伴脐部流黄白色脓液及发热(一般为低热),脐下方可触及包块或局部肿胀,排尿后包块的大小无改变。病理分类包括单纯性囊肿 9 例,伴感染 7 例,癌变 1 例。

1.2 方法 使用 ATL 超 9 型超声诊断仪,探头为 3.5~7.0MHz 变频探头。平卧,膀胱充盈适度,于耻骨联合上方至脐部行横切口和纵切,着重扫查包块的部位、大小、形态、内部回声及其与膀胱壁的关系,腹式深呼吸观察包块与呼吸的关系。检查发现者记录进行 CDFI 检查鉴别,同时追踪及手术病理检查结果。

### 2 超声图特征

17 例脐尿管囊肿患者术前 B 超检查发现囊肿最大者 36mm×68mm×23mm,最小者 13mm×16mm×10mm;9 例呈椭圆形,4 例呈囊袋状,3 例呈梭形,1 例呈哑铃状,均表现为下腹自脐部至膀胱中线部位可探及囊性包块,位于腹壁内。9 例囊壁簿,囊腔内无回声,透声性良好,囊肿清晰、整齐、壁光滑整,排尿时囊肿大小无改变,不随体位变化,位于表浅与腹壁关系密切;7 例合并感染,囊肿声像图表现有囊壁增厚 2~4mm,而且粗糙,囊腔内无回声染透声差,其中 3 例囊内出现散在细小回声,4 例出现絮状低回声,另加多普勒血流影像显示包块周围及内部无明显血流信号。本组 17 例术后病理证实。17 例脐尿管囊肿中伴感染 7 例,腺癌 1 例。

### 3 讨论

脐尿管属于腹膜外结构,是连结脐和膀胱之间的管道,位于腹横筋膜和腹膜之间的 Retzius 间隙。本病之病理学及

于胚胎期限 10~24 周(一般为 5 周),膀胱尚未扩大至脐部,其后膀胱则沿前腹壁下降,在下降过程中一细管与尿囊相通。此管道逐渐变细、闭塞期间疏松结缔组织内形成一纤维条数,自脐部连于膀胱前壁。如两端闭塞,中间部分未全闭锁则有形成囊肿之可能。因脐尿管有分泌功能,都是引起感染出血,如长期慢性感染刺激,本病也可癌变。脐尿管腺癌是本组中的 1 例,男性,48 岁,无痛性尿尿非全程性,无尿痛、尿急,无腰背疼痛等症状。超声声像图表现:膀胱前壁近尖部见一大小约 22mm×24mm×21mm 低回声团,块边界欠清;内部回声不均匀,其内可探及血流信号。肿块压破膀胱壁,膀胱壁黏膜尚完整。提示为脐尿管肿瘤。CT 表现膀胱前壁肿瘤。术中发现脐尿管末端膀胱前壁肿块 30mm×20mm,质硬呈哑铃状,病理检查报告脐尿管腺癌。

对于典型的脐尿管囊肿诊断不十分困难,但必须与下列病变相鉴别:(1)腹壁疝图象。与以上相同,但可以还纳入腹腔,而脐尿管囊肿则不能。(2)肠系膜囊肿或卵巢囊肿。两者都在腹腔内,呼吸时与腹壁有相对运动多数活动度好。而脐尿管囊肿则位于腹横筋膜与腹膜之间(RETZIUS 间隙)的疏松结缔组织内,不随体为变动。(3)结合性腹膜炎。多数腹腔内有囊液或积液有结核症状。(4)皮脂腺囊肿。不与脐相通。但脐尿管囊肿与脐相通。因此必须利用超声提示出的解剖结构物理信息,早期诊断脐尿管囊肿及病变以减少误诊,为临床提供确切诊断依据。因此超声诊断检查不失为一种简便、有效、廉价、安全、无创伤,无痛苦的方法,是诊断脐尿管囊肿的主要手段,具有较好的临床意义。

### 参考文献

[1]李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2001,9  
[2]Kamel R,Ounaies A,Saadani H,eta.,Urachal cyst,Report of 3 cases [J] Prog Urol,2001,11(2):314~318  
[3]张岐山,廖应禄.泌尿系超声诊断治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2001.233~234

(收稿日期: 2004 -10-28)

(上接第 44 页)直接对端吻合、静脉补片等。

2.3 胰瘘的预防 胰十二指肠切除后主要致命并发症是胰瘘。因此,为预防术后胰瘘的发生,已有种类繁多的胰肠吻合方法应用于临床,而胰空肠吻合一直被大多数外科医师施行,我们前期亦采用胰肠套入法,结果有 7 例发生胰瘘(13.7%),后期 11 例更新了技术,采用彭淑牖教授介绍的捆绑式吻合法,结果无 1 例发生胰瘘。笔者认为该法可行,传统的胰肠套入式吻合法无法消除吻合过程中两针之间留有的空隙,这应该是发生胰瘘的“突破口”。而捆绑式吻合由于胰残端用肠粘膜缝合时,不穿过浆膜层,浆膜面无针眼,而不易

发生胰瘘。此外,够长的空肠浆膜肌鞘与胰腺紧贴,再加上粗丝线绕空肠结扎,彻底消除了二者之间的空隙,肠内积液几乎没有可能从这里渗出,此吻合式操作简单,我们认为在预防胰瘘发生上有确切的临床推广应用价值。

### 参考文献

[1]彭淑牖,刘颖斌,牟一平,等.捆绑式胰肠吻合术—150 例的临床应用[J].中华医学杂志,2002,82(6):368  
[2]骆明德,张一楚.胰腺癌的扩大切除术[J].中国实用外科杂志,2001,21(1):54

(收稿日期: 2004 -11-02)