

38 例肾结核的临床及影像分析

王家平 方克伟 普成荣 袁曙光 李伟 姚发仙 童玉云

【摘要】 目的: 探讨肾结核的临床及影像诊断方法。方法: 回顾分析 38 例肾结核的临床表现及所有病例的 KUB 与 IVP、18 例 CT 检查。结果: 约 80% 的患者其临床症状不典型, X 线检查结果有特异性。结论: X 线影像是诊断肾结核的主要方法, 与临床症状相结合可使大部分病例获确诊。

【关键词】 肾结核 血尿 X 线影像学

肾结核是全身结核的一部分, 在我国是泌尿外科的常见病。近年来结核病的发病率有逐年增加的趋势, 加之结核病早期症状常常不典型, 更易导致误诊。本文收集了 1987 年 2 月~ 1999 年 12 月肾结核 38 例的 X 线及临床资料。

材料和方法

本组 38 例, 女 16 例, 男 22 例, 年龄 20~ 63 岁, 平均 43.1 岁, 其中 40 岁以上 21 例, 占 33%, 单侧结核 22 例, 双侧结核 5 例。

本组 38 例肾结核患者临床症状见表 1。

表 1 38 例肾结核患者临床症状特征

症状	例数	%
血尿	28	74
脓尿	27	71
尿频	25	66
尿痛	24	63
尿急	20	52
腰痛	8	15
发热	5	13

结 果

本组 38 例, 均行 KUB(腹平片) 及 IVP(静脉肾盂造影) 检查, 23 例行逆行造影, 18 例行 CT 检查。

KUB: 肾脏影像增大 14 例, 其中边界欠清 9 例, 边界清楚 5 例。肾缩小 8 例, 其中 7 例表现为边界欠清。肾实质钙化 13 例, 其中点状钙化 6 例, 片状钙化 2 例, 环状钙化 1 例, 混合钙化 4 例。

造影(包括 IVP 和逆行造影): 肾小盏轮廓不规则 12 例(31%), 一侧肾输尿管不显影 13 例(34%), 其中对侧合并肾积水 5 例。肾皮质变薄 11 例(29%) 其中一致性变薄 7 例, 局部变薄 4 例。形成脓疡空洞 14 例(37%), 其中空洞显示良好者 8 例, 空洞破坏肾盂并与之融合 6 例。多数肾小盏受到牵拉移位或相互聚拢改

变 19 例(50%)。肾大盏狭窄或梗阻 9 例(24%), 主要表现为肾大盏颈部僵硬狭窄呈刀割样或“鸟嘴塞”阻塞中断肾积水 16 例(42%)。肾大盏积液多表现为不均匀, 且肾盏积液明显, 而肾盂输尿管多不显影或轻度积水扩张。输尿管异常 13 例(34%), 其中由于积水增粗 6 例, 僵硬变细 2 例, 5 例呈“串珠状”改变。

CT: 肾轮廓增大 16 例, 边缘模糊, 密度不均呈较高混合密度影 17 例。增强后不均匀强化 15 例, 肾区钙化 9 例。肾功能低下 17 例, 病灶区无肾功能 11 例。

讨 论

肾结核的早期诊断是治疗的关键, 早期影像表现甚少, 10% ~ 15% 的患者 IVP 检查表现正常, 肾小盏轮廓不规则为早期表现^[1]。肾结核的临床表现往往缺乏特征性, 因此对有顽固性的慢性膀胱炎表现者, 应详细询问病史, 并作相应的 KUB、IVP 检查, 必要时行 CT 检查, 以进一步明确诊断。本组资料的回顾性分析表明: 绝大多数肾结核患者经过详细询问病史再加上 X 线的特征表现即能明确诊断。

肾结核的临床表现不典型者多(约 80%)。据李彦峰^[2]等回顾分析 96 例不典型表现患者, 依次为腰痛 53 例(55. 2%), 血尿 46 例(47. 9%), 尿频 26 例(27. 4%), 与典型肾结核的常见症状尿频、尿痛、血尿等有差异。而逐渐加重的尿频、尿痛或伴有血尿的表现, 是肾结核诊断的主要线索^[2]。因此大多数病人在得到泌尿系统结核的诊断之前都被按“泌尿系感染”治疗数月乃至数年之久, 各种抗生素无效。因此, 临床上不应轻易满足慢性膀胱炎的诊断, 而应进一步查寻引起慢性膀胱炎的原因^[3]。尤其在肾结核不典型症状有增多趋势。单靠临床症状显然很难作出准确诊断, 还必须借助现代影像学检查。

X 线检查在肾结核的诊断中历来占据主导地位^[2]。常用的有 KUB、IVP、CT 及逆行造影等, 通过这些检查可以明确病变的部位、程度与范围, 对诊断肾结核有决定性意义。肾结核患者行 KUB 检查可了解肾、

作者单位: 650101 云南省, 昆明医学院第二附属医院放射科
作者简介: 王家平(1971~), 男, 云南保山人, 主治医师, 主要从事介入放射学临床及研究。

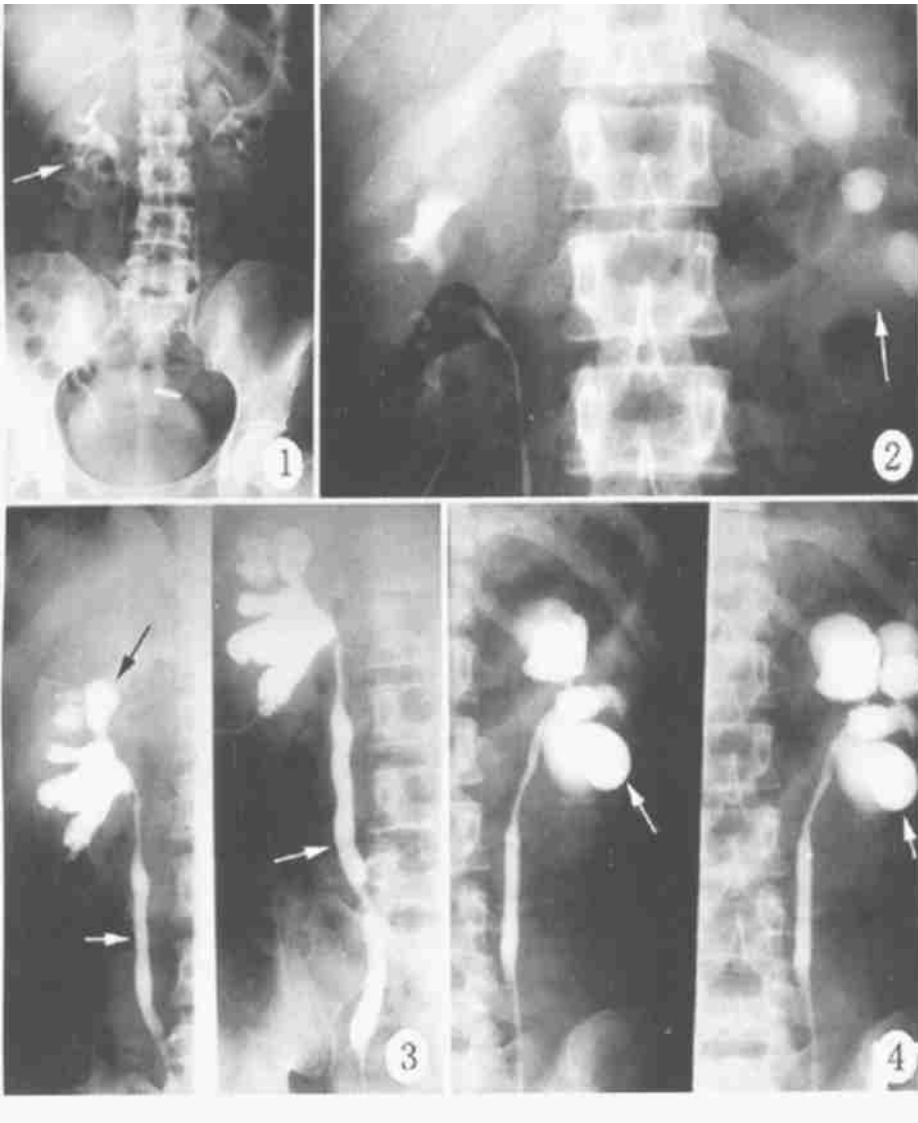


图 1 右肾上盏轻度破坏,局部肾皮质变薄,中盏轮廓不规则。图 2 左肾肾盏积液不均匀,肾盂及输尿管不积水。图 3 右肾造瘘造影示:右肾上盏形成脓腔空洞,右肾积水,输尿管增粗并呈“串珠状”改变。图 4 左肾逆行造影示:肾盂肾盏积水扩张,肾盏边缘不规则,颈部变细,输尿管僵硬。

输尿管钙化情况,以作诊断证据之一。本组肾实质钙化 13 例,行 IVP 等检查后均证实为肾结核,且已发展至中晚期。

分离性、不平衡性肾积水是肾结核的典型 IVP 征象。肾结核时,输尿管腔内有干酪样组织、脓血块阻塞、纤维化,引起狭长或闭塞。使肾内压力增高,导致肾积水。本组有肾积水表现者 16 例(42%),主要有两种表现:①分离性肾积水,表现为肾小盏、大盏重度积水。而肾盂、输尿管不积水或仅轻度积水、扩张。②不均匀性肾积水,即肾小盏、大盏积水程度在不同部位表

现严重程度不一致。部分肾小盏、大盏明显扩张积水,而其他部分为轻度积水扩张或正常,亦或相互聚拢甚至不显影。赵震奇^[6]有同样报道,在一组 17 例显影的肾结核病例中有 14 例表现为不平衡性肾积水(占 82%)。表现上述征象的病理基础主要是病变范围广泛,肾盏纤维增生程度不一致。

IVP 作为诊断肾结核的主要方法,也常出现不显影者,这证明肾脏功能严重受损,多见于肾实质及肾盂广泛破坏,形成多数相互沟通、汇合的脓腔即脓肾^[5]。本组有 13 例(34%)。若用大剂量静脉造影仍不显影,可以选用逆行造影或 CT 检查。由于输尿管大多有梗阻,逆行肾盂造影常不可能成功,因而对这种病例应首选 CT。CT 检查能清楚显示扩大的肾盏、肾盂空洞、钙化,亦可见纤维化管壁增厚的肾盂及输尿管,这种病理变化,现有的其它检查方法都不能反映出来^[4]。CT 还可观察到肾实质的厚度,显示结核破坏的程度,亦可了解肾周围的病变情况,有利于制定正确的治疗方案^[6]。由于 CT 的空间分辨率不及平片和 IVP,对 IVP 显示肾小盏杯口模糊等的改变,CT 不一定能显示,对肾结核早期病变的检查以 IVP 为优^[7]。

参考文献

- 1 Kenney PJ. Imaging of chronic renal infection. AJR, 1990, 155: 485-494.
- 2 李彦峰, 方玉华, 靳凤烁, 等. 96 例不典型肾结核临床特征及诊断分析. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14(3): 104-106.
- 3 吴阶平. 泌尿外科学. 济南: 山东科学出版社, 1993. 342-349.
- 4 马腾骧. 现代泌尿外科学. 天津: 天津科学技术出版社, 2000. 697-706.
- 5 方昆豪, 黄兆民, 邓星河, 等. 泌尿生殖系统疾病影像诊断图谱. 广州: 广东科技出版社, 1998. 218-229.
- 6 赵震奇. 肾结核 X 线诊断若干问题之探讨. 实用放射学杂志, 1991, 5: 288.
- 7 Becker TA. Renal tuberculosis urol radio. 1988, (10): 25-30.

(2001-02-13 收稿)