

假性动脉瘤或主动脉破裂。PAU 在发病后的第 1 个月内,需严密监测,当患者出现不可控制的疼痛、血流动力学不稳定、主动脉管径迅速扩大及有破裂倾向时,应及时手术或介入治疗^[11]。CT 诊断 PAU 征象为凸出于主动脉管腔外的造影剂充盈的龛影,伴/不伴 IMH。由 PAU 引起的 IMH 和 PAU 进展而来的 AD,因为周围动脉壁的纤维化和钙化而较局限,而典型的 AD、单纯的 IMH 往往累及范围更广泛^[11]。

【参考文献】

- [1] Vilacosta I, Roman JA. Acute aortic syndrome[J]. Heart, 2001, 85(4): 365-368.
- [2] 刘玉清. 主动脉夹层、壁间血肿和穿透性粥样硬化性溃疡:影像学发病机制探讨[J]. 中国介入影像与治疗学, 2004, 1(1): 3-6.
- [3] Castaner E, Andreu M, Gallardo X, et al. CT in nontraumatic acute thoracic aortic disease: Typical and atypical features and complications[J]. Radiographics, 2003, 23(S): 93-110.
- [4] Romano L, Pinto A, Gagliardi N. Multidetector-row CT evaluation of nontraumatic acute thoracic aortic syndromes[J]. Radio Med(Torino), 2007, 112(1): 1-20.

- [5] Macura KJ, Corl FM, Fishman EK, et al. Pathogenesis in acute aortic syndromes: Aortic dissection, intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic aortic ulcer[J]. AJR, 2003, 181(1): 309-316.
- [6] Evangelista A. Aortic intramural haematoma: remarks and conclusions[J]. Heart, 2004, 90(2): 379-380.
- [7] Evangelista A, Mukherjee D, Mehta RH, et al. Acute intramural hematoma of the aorta: A mystery in evolution[J]. Circulation, 2005, 111(8): 1063-1070.
- [8] Nienaber CA, Richartz BM, Rehders T, et al. Aortic intramural haematoma: Natural history and predictive factors for complications[J]. Heart, 2004, 90(4): 372-374.
- [9] Song JK. Diagnosis of aortic intramural hematoma[J]. Heart, 2004, 90(4): 368-371.
- [10] Ganaha F, Miller D, Sugimoto K, et al. Prognosis of aortic intramural hematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer: a clinical and radiological analysis[J]. Circulation, 2002, 106(3): 342-348.
- [11] Sueyoshi EJ, Matsuoka Y, Imada T, et al. New development of an ulcerlike projection in aortic intramural hematoma: CT evaluation[J]. Radiology, 2002, 224(2): 536-541.

编辑 井晓梅

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2008)02-0150-01

(9)X p13q34); 46, XY, 1qh +.

梗阻性无精症 40 例辅助生殖治疗前染色体核型分析及其意义

赵海波, 张建芳, 原巨强, 何娅绒, 李爱莉, 任菊霞
(第四军医大学西京医院妇产科, 陕西 西安 710033)

【关键词】无精 染色体 卵胞浆内单精子注射
【中图分类号】R321.33 【文献标识码】B

0 引言 无精症发病率在 6.5% 左右^[1], 近年发展起来的卵胞浆内单精子注射(ICSI)技术使部分无精症患者的生育成为可能。研究显示, 无精症患者染色体畸变率较高^[2]。我们对 40 例拟进行 ICSI 的梗阻性无精症患者做了染色体核型分析, 以探讨无精症患者辅助生殖治疗前遗传学检查的必要性及临床意义。

1 临床资料 2005-01/2007-10 西京医院妇产科不孕不育门诊病例, 经检查诊断为梗阻性无精症者 40 例, 年龄(28.2 ± 5.9)岁。梗阻性无精症诊断标准 ① 禁欲 3~5 d, 常规精液分析, 精子密度为 0 × 10⁹/L, 将精液离心后再次分析, 精子密度仍为 0 × 10⁹/L; 间隔 1 wk 复查, 至少检查 3 次, 精子密度均为 0 × 10⁹/L ② 睾丸活检: 可见成熟精子和/或各级生精细胞。常规消毒下每人取静脉血 2 mL, 肝素抗凝, 无菌操作下接种于 RPMI1640 培养基中, 37℃ 培养 72 h, 加秋水仙碱, 继续培养 2~2.5 h, 常规制片, 置胰酶中消化 0.5~1 min, 50 g/L Giemsa 中浸染 10 min, 80℃ 烘干, 镜下计数 30 个分裂相, 分析 5 个以上染色体核型。40 例无精症患者中, 染色体异常者 6 例(15%), 其核型分别为: 46, XY(Y ≥ 18); 46, XY, del(Y, q11); 46, XY, Yp+; 46, XY, rob(13, 14); 46, XY, inv

2 讨论 无精症分为梗阻性和非梗阻性无精症两种, 前者是指精液中找不到精子, 但睾丸活检显示睾丸内存在成熟精子和/或各级生精细胞。发生原因主要为感染等因素导致输精管梗阻或先天性输精管缺如。非梗阻性无精症是指不但精液中无精子, 睾丸内也无精子和/或生精细胞。发生原因主要是先天睾丸发育不良或各种原因引起的睾丸曲细精管上皮损伤。研究显示, 非梗阻性无精症患者染色体畸变率高, 尤其是性染色体, 其中最常见的是 47, XXY 核型^[3]。有关梗阻性无精症患者染色体变化的报道不多, 一般认为染色体正常或畸变率很低^[4]。本文 40 例无精症患者中, 染色体异常 6 例(15%), 较文献报道为高, 可能与病例选择有关。本文结果表明, 遗传缺陷也是梗阻性无精症发病的重要原因之一。随着辅助生殖医学的不断进展, 目前, 对梗阻性无精症患者可采取睾丸穿刺获得精子, 再利用 ICSI 技术使卵子受精, 以达到生育的目的^[5]。由于无精症患者染色体畸变率较高, 所以在进行 ICSI 治疗前, 一定要进行遗传学检查, 以便制定正确的治疗方案, 从而降低后代遗传缺陷的风险。

【参考文献】

- [1] Emokpae MA, Uadia PO, Mohammed AZ, et al. Hormonal abnormalities in azoospermic men in Kano, Northern Nigeria[J]. Indian J Med Res, 2006, 124(3): 299-304.
- [2] 王江平, 叶德立, 李焱萍, 等. 658 例无精症患者染色体核型分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2006, 14(9): 43-44.
- [3] Elghezal H, Hidar S, Braham R, et al. Chromosome abnormalities in one thousand infertile males with nonobstructive sperm disorders[J]. Fertil Steril, 2006, 86(6): 1792-1795.
- [4] Cerruto MA, Novella G, Antonioli SZ, et al. Use of transperineal fine needle aspiration of seminal vesicles to retrieve sperm in a man with obstructive azoospermia[J]. Fertil Steril, 2006, 86(6): 1764-1769.
- [5] Stipoljev F, Vujsic S, Parazajder J, et al. Cytogenetic analysis of azoospermic patients: karyotype comparison of peripheral blood lymphocytes and testicular tissue[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2006, 124(2): 197-203.

编辑 王雪萍

收稿日期 2007-12-14; 接受日期 2007-12-24

作者简介 赵海波, 博士, 副教授, 副主任医师。Tel: (029) 84775391

Email: zhuyudan@fmmu.edu