维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

三种手术术式不同的复发的解剖部位的病例,占全部住院直肠癌手术1328例的百分比见表1。

表1 1328例直肠癌不同手术术式局部复发部位(n,%)

术式	复发部位				
	会阴	腹、盆腔脏器	直肠周围	吻合口	腹盆腔淋巴结
Miles	28(2.1)	12(0.9)	2(0.2)	0(0.0)	9(0.7)
Hartmann	1(0.1)	9(0.7)	13(1.0)	69(5.1)	24(1.8)
Dixon	0(0.0)	14(1.0)	15(1.1)	15(12.5)	30(2.2)

不同手术术式局部复发率和未复发率例数比较:Miles术式共手术407例,未复发的有356例,未复发率87.5%;Hartmann术式共手术470例,未复发的有354例,未复发率75.3%;Dixon术式手术的总病例有451例,未复发226例,未复发率50.1%。Miles术式和Hartmann术式未复发率与Dixon术式比较$P<0.05$,因此前种手术术式效果好(表2)。

表2 不同手术术式局部复发率和未复发率及例数

术式	例数(n)	未复发		复发	
		百分率(%)	n	百分率(%)	n
Miles	407	87.5*	356	12.5	51
Hartmann	470	75.3*	354	24.7	116
Dixon	451	50.1	226	49.9	225

*:与Dixon比较,$P<0.05$

3 讨论

术后局部复发部位因术式不同而异,Miles术后会阴部复发较多,这与会阴部切除不足有关。特别是术者怕损伤尿道前列腺及女性子宫阴道,造成会阴部软组织切除不足或根本不敢切除某些必须切除的毗邻器官,Hartmann术式术后复发以吻合口和盆腹腔淋巴结转移复发为多[2-3]。本文认为这与癌远近端肠管切除不足及盆腹腔淋巴结清除不足有关。Dixon术式术后复发以吻合口局部复发为多,这是由于术者为了保肛手术而癌远近端肠管切除不足。一个理想的保肛手术应该是在不影响生存期限的前提下,具有良好的排控便功能,才可称为真正地提高了生存质量。如果盲目地进行保肛手术,而癌灶周围切除不足造成术后复发,不仅不能改善生活质量,而且还影响了生存期限。作者认为:直肠癌标准的根治手术应该是必须切除足够多的复发病灶,而且应该切除原发病灶远近端一定长度的正常肠管,也要彻底清除直肠周围结缔组织(直肠系膜或韧带),才能根据不同情况选择是否保肛的术式。

直肠癌各种术式与局部复发关系:Miles术式术后复发率比Dixon术式术后复发率低($P<0.05$);Hartmann术式复发率居中(表2)。这与Miles术式切除可能复发组织比Dixon术式更加彻底有关[4]。直肠长10~14 cm,白线距齿状线2.5 cm,齿状线距肛提肌上缘0.5 cm,肿瘤切除后直肠距肛提肌至少需3 cm左右,因此,肿瘤切除直肠下缘距白线至少需6 cm以上才可进行保肛手术。由于吻合器的应用,中低位直肠癌保肛手术明显增多,但是,如果忽视根治彻底性这一原则,盲目片面追求术后生活质量,对肠管及直肠周围结缔组织(直肠系膜)淋巴结清扫不彻底,都是造成复发的原因。因此彻底根治手术延长病人生存期限是必须遵循的重要原则。本文认为:三种术式比较在彻底切除足够肠管、切除足够直肠周围结缔组织及清除足够的淋巴结后,Miles术式仍不失为最佳的第一选择手术术式。

[参考文献]

[1] 舒敬德,余彩香.中下段直肠癌术后局部复发的原因与预防[J].中国中西医结合外科杂志,2005,11(5):393-395.
[2] 于照祥,任天顺,吴德文.老年直肠癌264例临床特征及治疗[J].陕西医学杂志,2005,34(11):1422-1423.
[3] 王永忠,谢召平,徐书楷,等.直肠不同部位进展期癌的手术原则和方法[J].中国肿瘤临床,2004,31(10):575-576.
[4] 顾劲松,于海滨,赵明友.Dixon与Miles直肠癌根治术后局部复发率的比较[J].局解手术学杂志,2005,14(6):364-365.

(编辑:郭光金)

下腔静脉后输尿管的诊断与治疗(附7例报告)

Diagnosis and treatment of inferior retrocaval ureter (report of 7 cases)

余 帆,宋崇林,杨慎柯,肖 庆 (解放军520医院,四川 绵阳 621000)

[关键词] 下腔静脉后输尿管;诊断;治疗
[中图分类号] R693 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0251-02

下腔静脉后输尿管(retrocaval ureter)在临床上比较少见,是因下腔静脉胚胎发育异常引起的先天性疾病。临床症状无特异性,主要表现为输尿管梗阻症状,应与其他引起输尿管梗阻的疾病相鉴别。自1997年1月至2004年12月收治7例下腔静脉后输尿管患者,现将临床诊断和治疗情况报告如下。

[收稿日期] 2006-06-01 [修回日期] 2006-06-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组7例,男6例,女1例。年龄17~67岁,平均34岁。临床症状以右腰痛、胀为主6例,其中1例伴发右肾盂结石并血尿、肾绞痛。1例无临床症状,体检时B超发现右肾积水。7例均行B超、腹部平片(KUB)+静脉尿路造影(IVU)及逆行肾盂造影(RP)检查,其特征均为不同程度右肾积水及上段输尿管扩张。输尿管上段显倒置"J"型。1例右肾盂结石。右侧输尿管向中线移位呈"S"形,右输尿管与下腔静脉均在3、4腰椎水平交叉。由此确诊为下腔静脉后输尿管。

1.2 治疗方法

7例均采用右输尿管复位矫正术,于距下腔静脉较近处的输尿管扩张部切断,游离下腔静脉后输尿管,切除下腔静脉后病变输尿管2~3 cm,输尿管两端修剪成斜面,复位后行端端吻合。1例因下腔静脉后输尿管与下腔静脉粘连严重,未能切除,行下腔静脉两侧输尿管切断,复位后端端吻合,1例同时行肾盂切开取石术,输尿管内置双J管行内引流。创口放置引流管。

2 结果

7例患者术后恢复良好,未发生漏尿等并发症,术后2~4周拔除双J管。术后随访2个月~18个月,患者右侧腰痛症状消失,B超、KUB+IVU检查显示右肾盂积水较术前明显减轻,吻合口无明显狭窄。

3 讨论

下腔静脉后输尿管是下腔静脉胚胎发育异常引起的少见的先天性疾病。正常时肾脏平面以下的下腔静脉由右侧上主静脉形成,此静脉位于输尿管后内侧,位于输尿管前方的下主静脉退化。若上主静脉退化,由下主静脉形成下腔静脉,则形成下腔静脉后输尿管。本病一般发生在右侧。

Bateson等[1]根据X线表现将下腔静脉后输尿管分为两型,I型(低襻型),是常见的类型,IVU表现为右侧输尿管扩张,然后弯向中线形成一个倒置的"J"或鱼钩状,同时可伴有重度或中度的肾积水。逆行输尿管造影呈"S"型。输尿管通常在第3、4腰椎水平与中线交叉。II型(高襻型),逆行输尿管造影时下腔静脉后输尿管部分和肾盂几乎在同一水平显倒置"J"或镰刀状,肾脏正常或轻度积水,此型罕见,易与肾盂、输尿管连接部畸形相混淆。本组7例均为I型。

下腔静脉后输尿管临床症状无特异性,主要表现为输尿管梗阻症状。如腰痛、腰胀等,长期的梗阻并发感染时可有发热、脓尿等,并发结石时,可出现血尿,或肾绞痛,部分患者可无任何症状,偶在体检时发现[2]。本组6例表现出腰痛、胀,其中1例有血尿肾绞痛,1例无症状。

下腔静脉后输尿管的诊断主要依据影像学检查。包括B超、KUB+IVU、RP检查,以及近年采用的CT扫描及MRU(磁共振尿路水成像)。B超检查可发现右肾积水,KUB+IVU可显示右肾及输尿管上段扩张、积水,在IVU检查中可见输尿管上段显倒置"J"型,应高度警惕下腔静脉后输尿管的诊断。逆行肾盂造影可使肾盂输尿管全程显影,显示右输尿管上段向中线移位,覆盖在第3、4腰椎上,然后又回到脊柱外侧,下行而形成"S"型,或镰刀状弯曲,多数病例可由此确诊,是诊断该病的主要方法[3]。MRU采用T2加权,腹内脏器信号被压低,而尿液保留高信号,从而达到清晰显示尿路形态的造影效果。诊断准确率高,被认为是目前诊断下腔静脉后输尿管较好的无创性检查方法[4]。

下腔静脉后输尿管一旦确诊,多采用手术治疗。手术方式较多,以前的肾切除术、下腔静脉离断术现已多不采用。目前大多数病例采用输尿管复位矫正术。通过手术,使输尿管复位,解除压迫,且可同时处理一些并发症,如取出结石,肾盂输尿管整形术等。

输尿管复位矫正术主要有肾盂离断复位矫正术和输尿管离断复位矫正术。前者的优点是吻合口宽大,不会发生吻合口狭窄,特别适用于并发肾结石患者,但术中要求完全游离出下腔静脉后的输尿管,有损伤邻近静脉危险。如下腔静脉后输尿管存在狭窄则不宜行此术式。后者于距下腔静脉较近处的输尿管扩张部切断,游离下腔静脉后输尿管,切除下腔静脉后之病变的输尿管2~3 cm,输尿管复位后行端对端吻合。但对于下腔静脉粘连严重难以分离者,可旷置该段输尿管。在下腔静脉外侧面及前面分别切断输尿管,复位后行输尿管端对端吻合。该术式出现吻合口狭窄的可能性相对较大。吻合端采用斜面吻合,无张力,可减少吻合口狭窄的机率。术中留置双"J"管和创口引流管可避免漏尿和局部粘连,双"J"管起着局部扩张和引流的双重目的,也可减少吻合口狭窄的发生机会。本组7例均采用输尿管复位矫正术,术中留置双"J"管,创口放置引流管,术后恢复良好,症状消失,肾积水有不同程度改善,吻合口无狭窄,治疗效果满意。

[参考文献]

[1]Bateson EM, Atkinson D. Circumcaval ureter: a new classification[J]. Clin Radiol, 1969,20(2):173-177.

[2]陈昭毅,安黎明,赵俊华,等.下腔静脉后输尿管手术治疗方法探讨[J].浙江医学,2000,22(8):502-503.

[3]李吉昌.泌尿男性生殖系统影像诊断学[M].济南:山东科学技术出版社,2000.188-188.

[4]赵耀瑞,孙光,韩悦,等.磁共振尿路成像在泌尿外科疾病诊断中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(9):556-558.

(编辑:余汇洋)