维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2007)02-0210-02

离断性肾盂成形双J管内引流术治疗肾盂输尿管连接部狭窄

张荣贵,张唯力,徐光勇,胡自力

(重庆医科大学附属第二医院泌尿外科,重庆 400010)

【摘 要】目的:探讨肾盂输尿管连接部(UPJ)狭窄的手术治疗方法。方法:采用 Anderson-Hynes 离断性肾盂成形双J管内引流术治疗肾盂输尿管连接部狭窄 58 例,常规采用双J管作支架内引流,留置导尿管 5~7 天,术后 4~8 周拔除双J管,3~12 个月行静脉肾盂造影复查。结果:58 例手术均获成功。肾盂积水好转,狭窄解除,吻合口通畅,近期并发症 5 例。随访 6 个月 ~2 年,未出现吻合口再狭窄、肾积水加重等远期并发症。结论:离断性肾盂成形双J管内引流术是治疗肾盂输尿管连接部狭窄的有效方法,术中使用双J管能减少术后吻合口狭窄的发生,提高手术的成功率。

【关键词】肾盂输尿管连接部狭窄;外科;手术

【中国图书分类法分类号】R693.2 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-09-04

Treatment of ureteropelvic junction stricture by anderson hynes pyeloplasty and double J tube internal drainage

ZHANG Ronggui, et al

(*Department of Urology, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objectives*: To evaluate the operative treatment for ureteropelvic junction (UPJ) stricture. *Methods*: A total of 58 cases of UPJ stricture had double-J tubes placed intraoperatively during Anderson-Hynes pyeloplasty. Urethral catheterization was maintained for 5~7 day, and the double-J tube was removed on cystoscopy 4 to 8 weeks after operation. The outcome was evaluated with ultrasonography or intravenous urography in 3 to 12 months postoperatively. *Results*: Success rate of management was 100%, stricture was relieved successfully in all patients, and hydronephrosis improved. Only 5 cases had complication in the near future. During follow-up of 6 months to 2 years, long-term complications, like stricture of the anastomotic mouth, and worsened kidney hydrocele, were not observed. all patients have been with satisfactory long-term results. *Conclusions*: Anderson-Hynes pyeloplasty was an effective method for the treatment of UPJ stricture. A double-J tubes in the operation could reduce the incidence of anastomotic mouth stricture and promote the success rate of operation.

【Key words】Ureteropelvic junction stricture; Surgery; Operation

离断性肾盂成形术是治疗先天性肾盂输尿管连接部狭窄的有效方法,1995 年 7 月 ~2005 年 12 月采用离断性肾盂成形术(Anderson-Hynes 术)治疗先天性肾盂输尿管连接部狭窄 58 例共 60 侧,常规采用双J管作支架内引流,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

男 41 例,女 17 例;左侧 35 例,右侧 21 例,双侧 2 例。年龄 7~45 岁,平均 31 岁。术前均行 B 超发现患肾肾影增大,不同程度的肾积水,KUB+IVU 检查提示输尿管不显影,患肾显影延迟,肾盂中度至重度积水。47 例术前行逆行肾盂造影检查。病例中 5 例合并有患肾旋转不良,12 例合并肾盂结石。

1.2 治疗方法

全部病例采用离断性肾盂成形术,术中切除肾盂输尿管连接部狭窄段及扩张的部分肾盂,输尿管端口纵行剪开约 0.8cm,肾盂成形后与输尿管端口行"网拍样"端端吻合,成形后肾盂和输尿管呈 Y,内置 F5~8 号双J导管。3 例年龄小于 12 岁者其中 2 例同时行肾造瘘,并将双J管与造瘘管相连;1 例合并有肾旋转不良及肾盂结石者同时行肾造瘘,将双J管与造瘘管连接,并矫正肾旋转不良,取出肾盂结石。其他合并肾盂结石患者术中一并取出结石。术前、术后常规使用抗生素,留置导尿管 5~7 天。术后 4~8 周经膀胱镜拔除或随肾造瘘管拔除双J管。

作者介绍:张荣贵(1976-),男,主治医师,讲师,
主要研究方向:泌尿系统疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结 果

所有患者切口如期愈合,5 例患者术后 1 周内切口漏尿,4 例拔除双 J 管后漏尿消失,1 例于漏尿 2 日后停止,此 5 例术后 6 个月均行 IVU 及 B 超,显示患肾积水好转,吻合口通畅。所有患者随访 6 个月~2 年, 平均 16 个月。术后 3 个月复查 B 超和肾功能,6 个月复查 IVU。本组患者中,症状均获改善或消失,肾功能正常,B 超及 IVU 检查未出现肾积水加重、吻合口再狭窄等并发症,输尿管显影良好。

3 讨 论

肾盂输尿管连接部狭窄是一种常见的先天性疾病,其主要的病理改变为扩张的肾盂和肾盂输尿管连接部肌细胞间的连接发育异常,肌细胞间的电活动不能正常传递而致病变部位蠕动障碍,是一种功能性狭窄[1]。

离断性肾盂成形术是目前治疗肾盂输尿管连接部狭窄的主要方法之一,切除部分扩张的肾盂和连接部狭窄段, 肾盂成形后与输尿管端端吻合,使其功能得到恢复。经过手术,我们的体会是:1.充分切除肾盂输尿管连接部,切除过多之肾盂,尽量缩小肾盂容积;2.重建肾盂输尿管漏斗状连接,输尿管剪成斜形,纵形劈开,加大肾盂输尿管吻合口直径,使肾盂输尿管连接部呈漏斗状,此时还应注意吻合时输尿管不能扭曲或旋转;3. 输尿管吻合于肾盂最低位;4.肾盂输尿管吻合时应力求粘膜、肌层对合准确;5.确保吻合口无张力,可将肾脏游离向下固定或游离部分输尿管。6.肾周要引流充分,避免渗出液积聚引起感染,出现尿漏及再梗阻。

离断性肾盂成形术成功率一般在 80%~90%,术后再狭窄是其主要并发症。术后输尿管连接部、周围组织及管腔内瘢痕组织增生、肉芽形成,造成狭窄或闭锁,尿漏或用丝线缝合是手术失败的主要因素[2,3]。我们在术中采用可吸收线全层连续缝合,在分离肾盂或裁剪肾盂时保留旁边的脂肪组织,覆盖于缝合口上,尽量减少尿漏的发生。术中留置双 J 管不仅起内引流,解除输尿管炎症、水肿造成的暂时性梗阻,减少尿漏发生的作用,同时还可在漏尿时起外引流和持续扩张的作用。Dorothea 等[4]通过观察一组再狭窄病人的病理变化,认为吻合口尿漏引起周围致密纤维组织增生是再狭窄的主要原因。而双 J 管内引流能减少吻合口尿漏。内支架管还可防止因术后早期输尿管扭曲引起的再梗阻[5]。双 J 管表面经硅化处理后对组织刺激小,局部反应轻,作为支架有利于吻合口的愈合。但放置双 J 管后患侧存在膀胱输尿管返流, 可能增加上尿路感染的机会,排尿时可能产生肾盂内高压而影响吻合口的愈合。我们采取术后常规留置导尿 5~7 天,半卧位,以保证膀胱内低压, 避免了术后早期发生肾盂内高压,肾盂尿可顺利及时地引流到膀胱,进一步减少了吻合口漏尿的机会。双 J 管放置时间的长短既取决于吻合口愈合通常所需的时间,也取决于手术中吻合的满意程度,故我们认为肾盂成形术后宜置管 4~8 周,但最长一次置管不宜超过 3 个月。临床上有双 J 管放置后回缩到输尿管腔内的报告,为避免该情况的发生,Finney[6]认为至少应有 4cm 的双 J 管在膀胱内, 故我们在插双 J 管前常先用输尿管导管测量吻合口至膀胱的准确距离, 然后根据该距离将双 J 管插向膀胱, 证实在膀胱内后再向下插管 3~4cm,以防双 J 管术后回缩移位, 采用该方法后尚未发生一例双 J 管回缩移位。对于回缩到输尿管内的双 J 管应使用输尿管镜将其取出,无需开放手术。本组中术后使用有效抗生素、患者多饮水,所有病例未见明显感染发生。另外,本组中 5 例漏尿患者,4 例拔除双 J 管后漏尿消失, 考虑可能与双 J 管头部位置不当引起。

综上所述, 离断性肾盂成形双 J 管内引流术是治疗 PUJ 狭窄的有效方法,术中使用双 J 管能减少术后再狭窄的发生,提高手术成功率。

参 考 文 献

[1] 吴阶平.泌尿外科[M].济南:山东科学技术出版社,1993.

[2] 田 军,黄澄如,白继武,等.肾盂成形术后梗阻的治疗[J].中华泌尿外科杂志,1999;20(9):557.

[3] 黄澄如,主编.小儿泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.86-101.

[4] Dorothea R,Howard MS,John WD,et al.The operative management of recurrent ureteropelvic junction obstruction[J].J Urol,1997;158(3pt2):1257-1259.

[5] Stevan BS.Ureteroplevic junction obsruction:open operative intervention[J].Urol Clin North AM,1998;25(2):331-341.

[6] Finney RP. Experience with new double J ureteral catheter stent[J].J Urol,1978;120(6):678-681.