DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.24.028
第25卷第24期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 24
2232 2003年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2003

论著

文章编号:1000-5404(2003)24-2232-02

输尿管镜技术治疗输尿管狭窄的疗效

李为兵,李龙坤,鄢俊安,龚 宇,宋 波,熊恩庆 (第三军医大学附属西南医院全军泌尿专科中心,重庆 400038)

提 要:目的 以输尿管镜治疗输尿管狭窄,观察其疗效。方法 以输尿管镜硬性扩张和冷刀切开治疗42例输尿管狭窄患者。结果 本组患者31例(73.8%)治愈,4例(9.5%)好转,7例(16.7%)无效或复发。结论 输尿管镜腔内治疗输尿管狭窄有其独特优势,值得推广。

关键词:输尿管镜;输尿管狭窄;手术
中图法分类号:R693.2;R699.4 文献标识码:A

Ureteroscopic treatment of urethral stricture

LI Wei-bing, LI Long-kun, YAN Jun-an, GONG Yu, SONG Bo, XIONG En-qing (Center for Urology of PLA, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical outcomes of ureteroscopic treatment of urethral stricture. Methods A total of 42 patients with urethral stricture underwent ureteroscopic treatment including mainly dilataltion and cold endoscopic incision. Results Cure improvement, and inefficiency or recurrence were found in 31 cases (73.8%), 4 cases (9.5%), and 7 cases (16.7%), respectively. Conclusion Minimally invasive ureteroscopic treatment for urethral stricture is effective and may have wide application in clinical practice.

Key words: ureteroscope; stricture of ureter; operation

输尿管狭窄是临床常见疾病,既往的治疗常需行开放手术。随着输尿管镜技术的推广,腔内治疗输尿管狭窄正日益受到推崇。我们在2001年5月至2003年5月采用输尿管镜技术治疗输尿管狭窄42例,手术效果良好,创伤小,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组42例,男23例,女19例,年龄6~61岁,平均38.5岁。狭窄部位于左侧输尿管21例,右侧18例,双侧3例;在输尿管上段18例,中段9例,下段15例。输尿管狭窄段长度为0.5~2.0 cm,其中1.0 cm以内者32例,1.0~2.0 cm者10例。24例为输尿管切开取石术后,3例为先天性UPJ狭窄,12例为输尿管结石行多次ESWL治疗后,3例为后腹膜手术后。36例均经静脉肾盂造影(IVU)或逆行肾盂造影检查明确诊断,6例行输尿管镜取石术时发现。所有患者狭窄侧肾脏内有不同程度的积水,其中24例为重度积水。

1.2 治疗方法

手术均采取硬膜外麻醉,截石位,根据患者输尿管狭窄长度及程度,分别采取输尿管镜硬性扩张及输尿管镜冷刀切开等方法进行治疗。对伴有结石者,可直接用气压弹道碎石机碎石后取出,或推入肾盂以后再行ESWL碎石。术后常规静脉或口服抗感染治疗。输尿管镜硬性扩张:所有患者均采用此方法治疗,如效果不佳,再结合冷刀切开治疗。应用德国StorzF10.5输尿管硬镜,在导丝引导下插入患侧输尿管,至输尿管狭窄部位时可见输尿管管腔缩窄和缺乏弹性,进镜明显受阻。此时首先将导管通过狭窄部位,有时导管难以通过,我们即采用斑马导丝反复试插,使之通过狭窄部位,然后再引导输尿管镜缓缓地硬性通过狭窄部位,使狭窄段扩张。向前推镜必须持续均匀,通过狭窄段后即见视野变阔,进镜阻力变小。一般可见狭窄环裂开,此时,输尿管镜头端在直视下再将裂口进一步扩开,并继续将输尿管镜向前推入,以使狭窄部能充分得到扩张。同时将输尿管镜留在狭窄部位约5 min,再慢慢地退出输尿管镜,留置双J管4~12周。

输尿管镜冷刀切开:16例患者采用此方法,其中7例在第1次硬性扩张治疗后狭窄环仍存在,另9例在输尿管镜硬性扩张后见输尿管狭窄段无明显裂开。用冷刀在狭窄段10点或2点处切开1~2刀,然后将输尿管镜通过狭窄段。冷刀切开前亦应将导丝通过狭窄部位,并在导丝引导下切开。此时应加大冲水,以保持视野清晰,尽量切开狭窄壁全层,直至见到黄色发亮的脂肪组织为止。狭窄严重上镜困难时,选用气囊导丝插过狭窄段行气囊扩张,再上镜扩张置管;狭窄较长细小时;周围无明显血管搏动感,改用10%GS灌注冲洗后,自制钢丝接高频电刀或用钬激光行疤痕内切开后顺利上镜置管内引流;对炎性肉芽组织采用钳取、电凝或用钬激光烧灼。切开狭窄后再将输尿管镜通过狭窄处并停留5 min,然后拔出,留置双J管4~12周。

1.3 疗效判定标准

①治愈:症状消失,B超及IVU示肾积水明显减轻;②好

作者简介:李为兵(1964-),男,重庆市人,硕士,副主任医师,副教授,主要从事泌尿尿动力学及泌尿系结石方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023)68754186

收稿日期:2003-09-16;修回日期:2003-11-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

转: 症状基本消失或明显好转, B 超及 IVU 示肾积水有所减轻或经过较长时间观察肾积水无进一步加重; ③ 无效: 症状无缓解或很快又重新出现, B 超及 IVU 示肾积水无减轻甚至加重。

2　结果

本组 42 例, 经 2 个月至 2 年随访, 治愈 31 例; 好转 4 例; 无效 7 例; 腔内技术治疗成功率 83.3%, 治愈率为 73.8%(31/42), 好转率为 9.5%(4/42), 无效 16.7%(7/42)。患者术后除出现轻度肉眼血尿及尿急、尿频、尿痛外, 未发生其它并发症。

3　讨论

输尿管狭窄常由于 ESWL、先天性、手术创伤等原因引起, 造成尿路梗阻, 导致肾积液。肾盂压力增高, 肾血流降低, 造成肾细胞萎缩与坏死。梗阻时间长且合并感染者, 将加剧肾功能损伤。解除梗阻是治疗的关键, 开放手术切除狭窄段, 重新作输尿管吻合或肾盂输尿管成形术[输尿管肾盂连接处(Ureteropelvic junction, UPJ)狭窄患者], 但存在创伤大、愈合慢、并发症较多。自 1979 年 Perez-Castro 首先使用输尿管肾镜后, 输尿管镜技术迅速发展[1]; 近年来对输尿管狭窄多应用输尿管镜下行扩张、腔内切开内引流治疗。其中 UPJ 狭窄输尿管镜下内切开引流有效可达 90%以上, 与开放手术相等[2]。本组资料显示, 输尿管狭窄的腔内扩张治疗, 遗免了开放手术的痛苦, 和恢复时间长的弊端。对于狭窄段短、狭窄程度轻. 能通过导丝的输尿管狭窄的治疗。本院在未开展输尿管镜以前, 采用过腔内气囊扩张术, 此法效果尚可, 但操作复杂, 需多科合作在 X 线下进行, 故未广泛开展。输尿管镜直接扩张, 具有在直视下进行, 可同时排除其它疾病、操作简单, 可重复进行, 特别是输尿管下段狭窄可在局麻下进行等优点[3]。因此在熟练掌握了输尿管镜技术的单位, 对于狭窄段短(1.5~2.0 cm 以内), 狭窄程度较轻, 能通过导丝的输尿管狭窄, 建议首选输尿管镜直接扩张术。

腔内手术的适应证是单纯的良性输尿管狭窄, 不适合于狭窄段过长(>2 cm)、合并严重肾积水、粘连或外部压迫所致的狭窄。输尿管镜腔内切开术的关键在于必须把狭窄段输尿管全层切开。如切开不完全, 则狭窄难以消除。切开时应在持续水压灌注下保持视野清晰, 选择后外侧切口可避免损伤异位血管和周围组织, 通过来回移动输尿管镜, 用冷刀把狭窄处输尿管全层切开, 直至见到黄色发亮的脂肪组织为止。切开后再将输尿管镜通过狭窄处并停留 5 min, 使狭窄处充分扩张。

操作时应注意: ①必须保持输尿管上皮和管壁的完整性; ②保持输尿管血供; ③狭窄处输尿管必须充分、彻底切开全层; ④适当引流尿液, 以减少尿外渗造成输尿管周围瘢痕形成; ⑤输尿管支架管直径要适当[4]。本操作需在输尿管镜或经皮肾镜窥视下完成, 技术要求高, 基层医院开展暂有困难。对于输尿管口或壁段狭窄可直接在膀胱镜下剪开输尿管口或壁段后再行扩张, 操作较为简单。

对于支架引流管的应用应注意: ①单纯扩张后留置支架引流管一般需 7~10 d, 单 J 导管或普通输尿管导管即可, 取管较为简单。行输尿管内切术后、输尿管壁段切开术后或扩张后局部损伤较重有明显尿外渗者最好留置双 J 导管, 一般于术后 4~6 周经膀胱镜取出。②支架引流管直径的选择既要考虑原来输尿管内径大小, 又要考虑扩张后狭窄解除的满意程度。支架引流管太细, 被扩张的输尿管修复后难以形成足够的管腔, 太粗则可能压迫输尿管壁导致缺血甚至坏死[5]。临床上常用的支架引流管型号一般在 5~10F, 可根据具体情况选择应用, 必要时可放两根双 J 管。

腔内技术治疗输尿管狭窄可能出现的并发症有输尿管穿孔、腹膜后尿囊肿或脓肿形成、狭窄复发或出现新的狭窄, 顺行扩张还可能引起出血[6]。因此应注意: ①操作要认真仔细; ②治疗方法由简单到复杂; ③一次治疗不满意者可分次治疗; ④支架引流管直径要适度; ⑤合理应用抗生素。总之, 输尿管狭窄的扩张治疗创伤小、恢复快、效果好, 门诊即可进行, 可作为治疗多种原因引起的输尿管狭窄的首选方法, 对于疗效不理想或复发者可重复治疗, 也可在输尿管镜或经皮肾镜窥视下行内切开后再行扩张治疗, 即使失败也不影响以后开放手术的治疗效果, 而且还可作为开放手术治疗输尿管狭窄失败后的一种补救措施。

腔内治疗有其自身的优越性。使用输尿管镜腔内治疗输尿管狭窄, 较之常规的开放手术治疗有较多优势: ①减少了手术所致的局部炎症水肿, 瘢痕形成, 减少了术后再发狭窄的可能性; ②手术失败可再次反复操作, 手术机会多; ③手术创伤小; ④缩短了手术时间。

参考文献:

[1] Harmon W J, Sershon P D, Blute M L, *et al*. Ureteroscopy: current practice and long-term complications[J]. J Urol, 1997, 157(1): 28-32.

[2] Gerber G S, Kim J C. Ureteroscopic endopyelotomy in the treatment of patients with ureteropelvic junction obstruction[J]. Urology, 2000, 55(2): 198-203.

[3] Scarpa R M, Cossu F M, De Lisa A, *et al*. Severe recurrent ureteral stricture: the combined use of an anterograde and retrograde approach in the prone split-leg position without X-rays[J]. Eur Urol, 1997, 31(2): 254-256.

[4] Bagley D, Erhard M. Use of the holmium laser in the upper urinary tract [J]. Tech Urol, 1995, 155(1): 25-30.

[5] Killeen K P, Bihrle W. Ureteroscopic removal of retained ureteral double-J stents[J]. Urology, 1990, 35(4): 354-359.

[6] Lojanapiwat B, Soonthonpun S, Wudhikarn S. Endoscopic treatment of benign ureteral strictures[J]. Asian J Surg, 2002, 25(2): 130-133.

(编辑　薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net