DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.03.023

个案与短篇

输尿管完全性梗阻三月余手术后肾功能恢复一例报告

蒋克钧 巨生产 杜涵毅*

（第二附属医院 泌尿外科）

我科收治一例“右侧输尿管中段切开取石术后输尿管完全性梗阻”达三月之久，经再次手术解除梗阻后，肾功能完全恢复，现报道如下：

病例报告

患者，男，37岁。住院号61661 。自1976年8月起在外院多次拍摄腹部平片及静脉尿路造影诊断为“右侧输尿管中段结石合并右肾积水”。于1983年11月8日在本单位职工医院施行右侧输尿管切开取石术。据称取出黄豆大小结石2颗，输尿管内还长了一块“肉”，病理检查为“炎性组织”；并放置导管于输尿管内以引流尿液。术后第9天无尿液流出，当即拔除导管。术后2周伤口愈合出院。出院后一周感右侧腰部胀痛，并感头晕，测血压150／100。同年12月同位素肾图显示右肾严重损害，左肾正常。静脉尿路造影：右肾不显影，左肾显影正常。12月29日在该院施行膀胱镜检查及逆行肾盂造影，导管插入右侧输尿管于15cm处受阻，逆行输尿管造影证明输尿管中段完全阻塞。

治疗经过：于1984年1月23日转入我院。血压130 ／92，同位素肾图复查：右肾严重损害，左肾正常，B型超声波检查右肾积水。大剂量静脉尿路造影，至三小时右肾始终不显影（图1）。于1984年2月22日在硬膜外麻醉下施行右肾及输尿管中段探查术。见肾脏外形、色泽、质地及大小均正常。输尿管中上段管壁增厚，且与周围粘连致密。切开梗阻上方的输尿管，向上插入F14号导尿管入肾盂，流出清亮尿液80ml 后，即无尿液流出。肾盂尿培养无菌生长，向下插F 5号输尿管导管于中段受阻。当即给予静脉注入速尿20mg ，观察20分钟，见导管有尿流滴出，唯流速极慢，乃决定保留肾脏。于是切除输尿管的闭塞段长约 2cm，将右 肾充分游离后下移，作输尿管端对端吻合术。切除之输尿管管腔完全闭塞。病理切片报告为“慢性炎症改变，为一段实心无管腔之纤维组织”。

术后观察：术后第1天右肾盂造瘘管引流出尿液390ml，第2天700ml。术后12天肾盂测压为14cmH_2O（正常为15cmH_2O）。术后第18天 通过造瘘管注入12.5%碘化钠40ml （图2）摄片检查，同时通过电视荧屏观察输尿管蠕动良好，但造影剂通过吻合口时蠕动稍慢，1$\frac{1}{2}$小时摄片，肾盂内造影剂全部排空。经夹管两天，患者无腰胀、发热，乃拔除肾盂造瘘管，痊愈出院。半年后作静脉尿路造影，两侧肾脏显影良好，但右肾轻度积水（图3）。已随访年余，患者健康情况良好，血压正常。

讨 论

根据动物实验，输尿管经结扎后一月以上，肾脏即自行萎缩，而本例输尿管切开取石术后肾功能仍能恢复，其原因：作者认为本例是在慢性部分性梗阻的基础上转为急性完全性梗阻，与实验动物的单纯急性完全性梗阻情况不同。前者的肾盂内压力慢性增加，肾盂扩张蠕动变弱，肾盂变薄，肾盂压仍不会过高；加上肾盂淋巴、肾盂静脉反流，肾盂内压力小于肾小管内压力。当输尿管完全梗阻后，由于上述原因肾盂压仍小于肾小管压，所以不至于迅速引起肾小管和肾实质完全萎缩。而后者是肾盂内压力突然升高，造成尿液急性返流入肾小管和肾实质，极易

*四川省渡口市建工医院外科

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

破坏肾小管上皮系统和肾实质急性压迫性缺血。因此，肾实质迅速萎缩。

输尿管切开取石术后发生完全性梗阻，此种情况甚为少见。作者认为结石长期嵌顿，可引起局部粘膜水肿、充血、溃疡以及肉芽肿形成。一旦结石取出，局部组织迅即瘢痕化愈合。本例第一次手术时，切开输尿管后，除取出结石外，并发现一小块"肉"自切口向外突出，可能就是肉芽组织。对于这种情况的处理，最好作肾盂造瘘，从造瘘口放两根导管，一根放入肾盂引流尿液，另一根放入输尿管，下行通过输尿管切口作为支架，然后缝合输尿管切口。

参 考 文 献

1. Shapiro SR, et al:Recovery of renal fenal function after prolonhed unilateral ureteral obstruction. J Urol 1976; 115:136
2. Noakes JE, et al: Ureteral entraprnenf injury in blunt pelvic trauma: A case report. J Urol, 1982; 127:764

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

肠动静脉畸形引起下消化道出血（2例报告）

（正文见第285页）

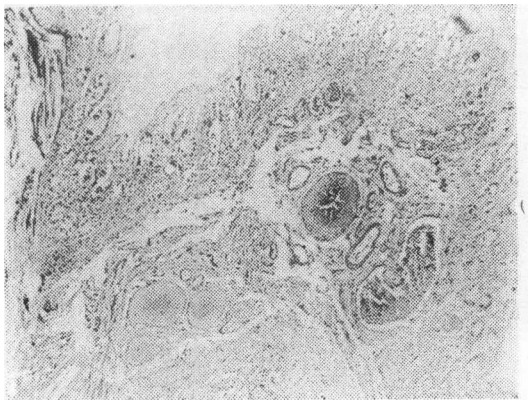


图1、结肠粘膜固有层及粘膜下可见密集而扩张的毛细血管与小静脉。HE×45

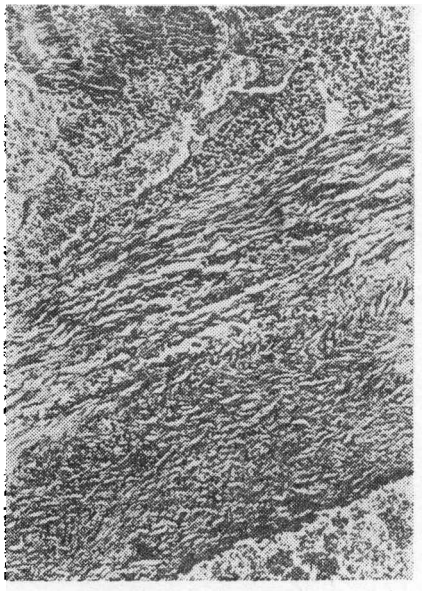


图2、小肠粘膜下与肌层均有扩张的血管。HE ×45

输尿管完全性梗阻三月余手术后肾功能恢复一例报告

（正文见第306页）

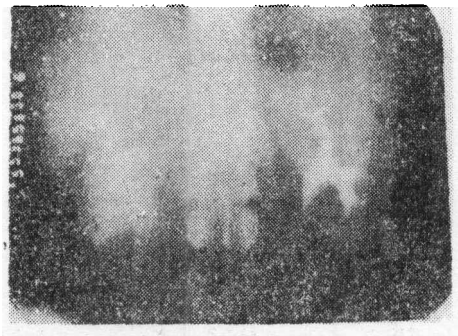


图1、术前大剂量静脉尿路造影，右肾不显影，左肾显影正常。

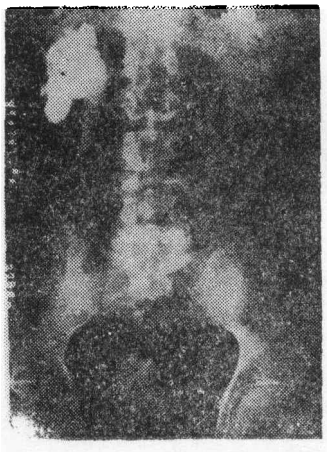


图2、术后18天经肾盂造瘘管注入12.5%碘化钠40ml，通过电视银屏观察输尿管蠕动良好，但造影剂通过吻合处较慢。

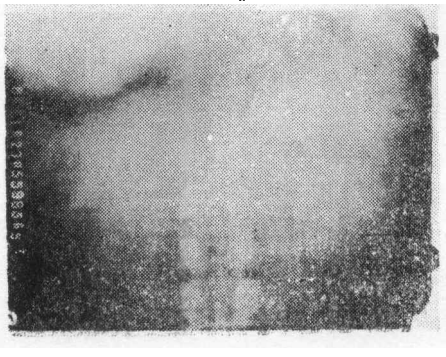


图3、术后半年静脉尿路造影，两肾显影良好，唯右肾轻度积液。

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