

· 临床研究 ·

腔静脉后输尿管 14 例临床分析

Retrocaval ureter: an analysis of 14 cases

杨 庆¹, 王林辉¹, 孙颖浩¹, 高 莉², 王锡智¹, 侯建国¹, 杨 波¹

(1 第二军医大学长海医院泌尿外科, 上海 200433; 2 长海医院病理科)

[摘要] 目的: 提高对先天性畸形——腔静脉后输尿管诊治的认识。方法: 对 1995 年 1 月至 2003 年 4 月收治的 14 例腔静脉后输尿管患者, 联合应用相关影像学检查明确诊断, 治疗上采用输尿管离断复位矫形术, 恢复输尿管正常通道。结果: 14 例患者术前均明确诊断, 1 例行肾切除术, 13 例经手术矫形复位。术后随访 2 个月至 4 年, 右肾积水及输尿管上段扩张均明显减轻, 输尿管通畅, 吻合口无狭窄。结论: 腔静脉后输尿管需联合各种影像学检查明确诊断, 输尿管离断复位矫形术是主要的治疗方法。

[关键词] 畸形; 输尿管; 腔静脉

[中图分类号] R 693.11

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2004)07-0800-02

腔静脉后输尿管是较罕见的先天性疾病, 系胚胎期下腔静脉发育异常所致^[1]。我院于 1995 年 1 月至 2003 年 4 月共收治腔静脉后输尿管 14 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 14 例, 男 12 例, 女 2 例。年龄 23~54 岁, 平均(36.5±9.2)岁。病程 1 个月至 8 年。14 例均有右腰酸胀不适感, 伴胀痛或绞痛, 2 例有全程血尿, 2 例伴肾或输尿管结石。血尿素氮、肌酐均在正常范围内。

1.2 诊断 本组均行 B 超、腹部平片+静脉肾盂造影(KUB+IVU)检查, 8 例行逆行尿路造影检查, 6 例行磁共振水成像(MRU)检查。B 超提示右肾积水, 输尿管上段扩张, 其中 2 例伴右肾或输尿管结石。KUB 均显示右肾影增大。IVU 5 例右肾、输尿管未显影; 9 例显示右肾积水, 输尿管上段扩张, 右侧输尿管在第 3~4 腰椎前向中线移位, 迂曲成折, 呈典型“S”畸形。MRU 清晰显示右侧输尿管的走行, 右侧肾盂、输尿管明显扩张。对 5 例 IVU 未显影者行 ECT 检查, 4 例肾小球滤过率(GFR)和有效肾血浆流量(ERPF)证实患肾尚有保留价值, 1 例 52 岁男性证实右肾已无功能。

1.3 治疗 本组 14 例均行手术治疗。1 例右肾无功能者行右肾切除术, 余 13 例在连续硬膜外麻醉或全麻下行输尿管离断复位矫形术。在输尿管上段扩张部切断, 将输尿管复位, 切除腔静脉后输尿管段送病理检查, 断端修剪成斜面, 内置双 J 管后, 端端吻合, 合并结石者, 取出结石。术后常规抗感染对症治疗, 4~6 周拔除双 J 管, 随访 2 个月至 4 年。

2 结果

切除段病理检查为输尿管肌层有慢性炎症细胞浸润或平滑肌结构紊乱伴间质内胶原组织增生等。所有患者术后恢复良好。13 例行输尿管离断复位矫形者随访 2 个月至 4 年, B 超和 IVU 复查肾积水明显减轻, 无输尿管狭窄发生, 无特殊临床不适症状。

3 讨论

3.1 腔静脉后输尿管病因及发病情况 腔静脉后输尿管是

一种罕见的先天畸形, 发病率约为 1/500, 多于 30~40 岁间发病, 男性多于女性, 约 4:1。本病分为高髂型和低髂型 2 种, 高髂型腔静脉后输尿管部分和肾盂几乎在同一水平, 极为罕见, 往往无梗阻或梗阻很轻微, 一般不需手术; 而低髂型多位于上 1/3 部分, 在腰椎 3~4 水平与腔静脉交叉, 因常伴有中重度肾积水, 所以需要外科处理。本组 14 例均为低髂型。

3.2 临床表现 本病临床表现主要为下腔静脉压迫输尿管引起的上尿路梗阻症状, 以右侧腰部不适或疼痛为主, 多为胀痛, 也可有绞痛, 可伴肾或输尿管结石、感染及血尿。严重者导致右肾功能丧失。本组 14 例均有右腰不适, 2 例血尿, 2 例伴肾或输尿管结石, 1 例右肾功能丧失。

3.3 诊断 腔静脉后输尿管的诊断主要依靠影像学检查。B 超简便易行, 检查表现为右肾积水, 输尿管上段扩张, 扩张的右输尿管向内侧(脊柱)方向迂曲斜行与纵行的下腔静脉相交。KUB+IVU 表现为右侧上段扩张的输尿管向中线移位, 甚至跨过第 3、4 腰椎, 呈“S”形, 下段输尿管常不显影或显影不清。逆行尿路造影能显示输尿管全程; 逆行造影时加摄 X 线斜位片, 可了解脊柱、输尿管与下腔静脉的关系; 曾有报道^[2]右侧输尿管插管同时行腔静脉造影确诊本病, 但为创伤性检查, 不宜常规应用。CT 增强扫描检查可有效区分低髂型与高髂型, 但梗阻段以下输尿管因缺乏造影剂通过, 常难以在 CT 片上显示出来, 因此可在逆行输尿管插管造影同时行 CT 检查^[3,4]。MRU 可清楚显示输尿管的走行与腔静脉的关系, 对于不愿行逆行造影的患者, 该检查是目前最好的无创性方法^[5,6]。本组 6 例行 MRU 检查确诊。

3.4 治疗 本病应根据肾积水及肾功能损害程度决定治疗方案。没有或仅有轻度肾积水而无明显临床症状和并发症者, 可保守治疗, 但应随诊。肾积水严重, 肾功能严重受损而对侧肾功能正常者, 可行肾切除术。其余病例应行输尿管离断复位矫形术, 使尿流恢复通畅。本组 13 例均行右侧输尿管

[作者简介] 杨 庆(1974-), 男(汉族), 博士, 讲师, 主治医师
E-mail: yq1974@medmail.com.cn

离断复位矫形术,随访2个月至4年,B超和NU复查肾积水明显减轻,无输尿管狭窄发生,疗效满意。我们的体会是:

(1)输尿管上段宜在扩张部最远端处切断,在保证血供前提下,尽量剪断扭曲处纤维束带,使吻合口无张力;(2)腔静脉后输尿管段应彻底切除:该段输尿管由于长期受压,组织变性,管壁平滑肌发育不良,弹性及蠕动能力差,即使探查时通畅,也应做切除,否则术后可能因管腔通而不畅继发梗阻和吻合口狭窄等并发症;(3)输尿管避免扭曲,两断端修剪成对应斜面,将近端内侧1/2及远端外侧无血管部位纵行切开约0.8 cm,使吻合口扩大呈长椭圆形,5-0肠线间断全层缝合,两端黏膜对合严密,避免术后漏尿及吻合口狭窄;(4)腔静脉后段输尿管宜行仔细锐性分离,避免盲目钝性分离。我们体会到腔静脉后输尿管周围组织多较疏松,无需将腔静脉后方和输尿管完全游离后再切断输尿管,可在扩张段输尿管末端切断后,用肾盂拉钩将腔静脉牵向外侧,保证一定张力情况下锐性解剖腔静脉后输尿管段;如分离不便,则可将该段输尿管旷置;(5)术后常规放置双J管防止漏尿和输尿管狭窄

发生,术中情况4~6周拔除;吻合口周围放置多孔引流管。

[参考文献]

- [1] 江 鱼 主编 输尿管外科[M]. 北京:人民卫生出版社,1983:45-47.
- [2] 程 伟 下腔静脉后输尿管3例报告[J]. 第三军医大学学报,2000,22(12):1178.
- [3] 薛波新,颜纯海,单玉喜 CT诊断下腔静脉后输尿管[J]. 江苏医药,2002,28(6):438-439.
- [4] 余绍逸,李 彤,何学军 下腔静脉后输尿管的诊断与治疗:附5例报告[J]. 中国综合临床,2003,19(3):271-272.
- [5] 陈 健,孙琼芳,董德欣,等 下腔静脉后输尿管诊治探讨[J]. 中华医学研究杂志,2002,2(11):979-980.
- [6] 应援宁,韩 悦,廉宗熹 磁共振尿路造影在临床泌尿道梗阻中的诊断价值[J]. 放射学实践,2002,17(2):133-135.

[收稿日期] 2003-12-12

[修回日期] 2004-04-28

[本文编辑] 曹 静

· 临床研究 ·

经颅视神经管减压治疗外伤性视神经损伤

Optic canal decompression through transcranial approach in treatment of traumatic optic nerve injury

于明琨,卢亦成,王玉海,楼美清,薛亚军,张在金,陶英群,陈怀瑞

(第二军医大学长征医院神经外科,上海 200003)

[摘要] 目的:总结经颅视神经管减压治疗外伤性视神经损伤的经验。方法:分析2003年5月至2004年1月间收治的5例颅脑损伤合并视神经损伤患者的临床特点,比较经颅视神经管减压手术前后的视力变化。结果:患者受伤至手术时间为伤后6 h至14 d,均有视神经管骨折(7眼),视神经明显水肿(6眼),视力眼前手动至眼前指数,或无光感。5例(7眼)术后1个月视力均得到改善,无术后并发症。结论:经颅视神经管减压治疗外伤性视神经损伤安全有效,应尽早施术并灵活掌握手术指征。

[关键词] 视神经损伤;颅脑损伤;视神经管减压

[中图分类号] R 651.15

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2004)07-0801-02

[1] 颅脑损伤后视神经损伤的发生率约0.5%~8%,如不及时治疗视力障碍往往难以恢复。2003年5月至2004年1月,我们对5例(7眼)颅脑损伤合并视神经损伤患者进行手术治疗,效果满意,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 全组5例均为男性,年龄18~48岁,平均30岁。术前GCS评分8分1例,14分1例,15分3例;3例为车祸伤,1例为高处坠落伤,1例为坠落钢管砸伤。着力部位:额部、额眶部、顶部各1例,额颞部2例。临床表现:患者意识清醒4例,昏迷1例;清醒患者中患眼视力明显下降,其中2例(3眼)视力眼前手动至眼前指数,2例无光感。患眼瞳孔中度或重度散大,直接对光反射消失,间接对光反射存在;双侧视力障碍者直接、间接对光反射均消失或微弱。眼球突出2例(4例)。均存在前颅底骨折,术前经CT证实视神经管骨折2例(3例)。单侧视神经损伤3例,双侧视神经损伤2例。合并伤:额叶或额颞叶脑挫裂伤4例(4例),额颞部硬膜下血肿1例单侧,颞部硬膜外血肿1例单侧,额骨粉碎性骨折1例(2

例),眶板粉碎性骨折3例(5例)。

1.2 手术方法 眶额入路3例(3例),额下入路1例(2例),眶上锁孔入路1例(2例)。其中单侧入路3例,双侧入路2例。眶额入路与额下入路均采用冠状皮肤切口,眶上锁孔入路采用眶上直切口。同侧额部或额眶开颅,首先清除额眶碎骨片,依次用双氧水、生理盐水反复冲洗后,清除颅内血肿,于同侧额叶前下方硬膜外轻轻抬起额叶,用小号金刚钻磨除视神经管上壁,剔除视神经管内的游离骨折片,磨除视神经管内侧壁,再磨除视神经管上外侧壁,视神经管顶部开窗横径约5 mm,切开背侧视神经鞘与颅口硬膜反折,显露出管段与颅口处视神经。3例患者在磨除上壁后视神经自管内膨出。2例眼球突出患者同时行眶上裂上壁磨除减压。

[基金项目] 全军医药卫生科研“十五”规划攻关课题(01Z062)。

[作者简介] 于明琨(1961-),男(汉族),博士,副教授,硕士生导师

E-mail: yumingkun@eastday.com