

肾图检查可以对双侧肾功能作出直接而客观的评价,帮助选择经皮肾造瘘侧别。单在受条件限制的情况下,也可根据临床经验确定,如肾区疼痛尤其叩击痛较重的一侧;B超、CT检查肾实质较厚、肾盂扩张较轻的一侧;输尿管插管有尿液引出的一侧^[2]。本组患者根据上述临床经验选择造瘘侧别,行单侧经皮肾造瘘术,术后肾功能恢复好。

3.3 手术技巧

一般来讲,经皮肾造瘘术定位可采取X线定位和超声定位,若使用X线定位,为显示肾集合系统,可在穿刺前静脉注入造影剂行排泄性尿路造影,亦可逆行输尿管插管造影。若肾盏扩张明显,可在超声定位下直接穿刺目标肾盏;若超声定位只能显示肾盂,可先行肾盂穿刺注入造影剂,以利下一步在X线下穿刺目标肾盏^[7]。因大部分恶性肿瘤致输尿管梗阻患者存在肾功能不全,无法行排泄性尿路造影;同时又是输尿管置管失败患者,无法行逆行输尿管插管造影,X线定位下穿刺困难。为挽救肾功能,临床选择B超、CT检查肾实质较厚、肾盂扩张较轻的一侧行肾造瘘,术侧目标肾盏扩张不明显,超声定位穿刺目标肾盏穹窿部也比较困难。理想的办法是超声定位穿刺集合系统注入造影剂,X线透视下穿刺目标肾盏穹窿部。我们采用术前常规行CT检查,根据CT片选择穿刺点,测量进针角度,测量目标积水肾盏到皮肤的距离进行穿刺,穿刺入集合系统后注入造影剂,X线透视下再穿刺目标肾盏穹窿部。14例行经皮肾造瘘术的患者均获得成功,无大出血、周围脏器损伤并发

症发生。

综上所述,恶性肿瘤致输尿管梗阻患者,膀胱镜下留置输尿管支架管术和经皮肾造瘘术两种微创外科技术可以有效解除输尿管梗阻。膀胱镜下留置输尿管支架管术可作为首选方法,对梗阻段输尿管较长、肿瘤浸润输尿管壁、多部位梗阻患者,膀胱镜下留置输尿管支架管引流不能有效解除梗阻,需行经皮肾造瘘术。

【参考文献】

- 1 王益鑫,黄翼然,邱丰,等. 42例急性上尿路梗阻性肾功能衰竭的临床处理体会[J]. 上海医学, 1997, 20(3): 166-167.
- 2 屠民琦,施国伟,何家杨. 肿瘤浸润或转移输尿管梗阻性肾功能衰竭的处理[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(4): 257-259.
- 3 左泽平,方军,宇洪涛,等. 输尿管镜技术对急性输尿管梗阻的处理[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(11): 1202-1204.
- 4 刘志红,何芳,周卫阳. 妇科肿瘤致输尿管梗阻的处理[J]. 医学临床研究, 2004, 21(7): 793-794.
- 5 黄翼然,邱丰,薛蔚,等. 肿瘤和浸润致输尿管梗阻性输尿管衰竭的临床处理[J]. 临床泌尿外科杂志, 1998, 13(8): 337-338.
- 6 Feng M I, Bellman G C, Shapiro C E. Management of ureteral obstruction secondary to pelvic malignancies [J]. J Endourol, 1999, 13(7): 521-524.
- 7 李逊. 经皮肾造瘘术[M]// 黄建,李逊. 微创泌尿外科. 武汉:湖北科学技术出版社, 2005: 199.

(收稿日期:2013-05-26)

腺性输尿管炎的临床诊断与治疗(附5例报告)

方克伟¹ 何进¹ 李志鹏¹ 邱学德¹ 李泽惠¹

【摘要】 目的:提高对腺性输尿管炎的认识。方法:总结经病理证实为腺性输尿管炎的5例患者资料,就其病理特征、临床表现、诊断及治疗方法等进行讨论。结果:2例行病变输尿管切除、输尿管端-端吻合术,1例行输尿管镜电灼术,2例因梗阻致肾严重积水、无功能而行肾输尿管切除术。5例患者均恢复顺利,随访7~140个月,未见复发,患侧肾积水无加重。结论:腺性输尿管炎的发病机理尚不清楚,其确诊依赖于病理检查;本病为良性病变,切忌盲目按输尿管肿瘤行肾切除术。

【关键词】 输尿管;腺性炎症;诊断;治疗

doi: 10.13201/j.issn.1001-1420.2014.02.025

【中图分类号】 R693.3 **【文献标识码】** A

自2001年1月~2012年6月,我院收治腺性输尿管炎患者5例,就其病理特征、临床表现、诊断及治疗进行总结、讨论,现报告如下。

¹昆明医科大学第二附属医院泌尿外科(昆明,650101)
通信作者:方克伟, E-mail: fkw_waley@126.com

1 病例报告

例1,女,36岁,右腰部疼痛2年余于2001年1月入院。既往排尿正常,无膀胱刺激症及肉眼血尿,亦无其它泌尿系疾病史。查体:右上腹可触及增大的右肾,囊性感,轻压痛。B超、CT扫描均示

右肾体积增大、重度积水、肾皮质菲薄。IVU 检查右肾不显影、左肾及输尿管显影正常。右输尿管逆行造影显示右输尿管上段狭窄,长约 2.0 cm,狭窄段以上输尿管扩张,但输尿管导管及造影剂能通过狭窄段进入肾盂。肾图提示肾脏无功能,全麻下行右肾及狭窄以上输尿管切除术。术中见狭窄段输尿管增粗、僵硬,与周围组织有粘连。切开管壁,见黏膜粗糙、颗粒状,局部呈息肉样,血管少。术后病理报告为腺性输尿管炎、肾脏无功能。术后恢复顺利,随访 140 个月,未见复发;对侧上尿路及膀胱未见异常。

例 2,女,38 岁,左腰部疼痛不适 5 年余于 2002 年 9 月入院。5 年前因左输尿管上段结石多次体外冲击波碎石治疗,每次均有少许碎石排出但未排净,始终感左腰部持续胀痛,多次尿常规检查均有红细胞。查体:左肾区有叩击痛。B 超、IVU 示左肾中度积水,输尿管上段有数枚米粒大小结石影,左输尿管逆行造影显示左输尿管上段约 1.0 cm 狭窄段,狭窄以上输尿管扩张。行左输尿管探查术,术中见狭窄段输尿管增粗,与周围组织有明显粘连,剖开狭窄段输尿管,见输尿管黏膜长约 1.0 cm 不规则隆起,环绕该处输尿管,内有数枚米粒大小的结石嵌顿,部分结石碎末被黏膜完全包裹。行病变段输尿管切除及输尿管端-端吻合术。术后病理诊断为右输尿管上段结石并腺性输尿管炎。术后恢复顺利,随访至今 121 个月,右肾积水较术前明显减轻,成形输尿管通畅,未见复发。

例 3,男,68 岁,因反复无痛性肉眼血尿 1 个月于 2004 年 5 月入院。查体:左肾区有轻叩击痛。B 超示左肾轻度积水,IVU 示左肾盂、肾盏轻度扩张,距肾盂约 5.0 cm 处输尿管似乎有长约 0.5 cm 的狭窄,造影剂能通过狭窄段进入膀胱。右肾正常。行左输尿管镜检查,见后尿道、膀胱三角区黏膜充血,局部隆起鹅卵石状;狭窄段输尿管黏膜粗糙、充血,颗粒状,分别取上述病变组织送病理检查。经家属及患者同意并补签手术同意书后,行膀胱、后尿道等离子黏膜电灼术,输尿管处用自制工具进行电灼治疗。术后活检病理诊断为膀胱、后尿道及左输尿管腺性炎。术后行膀胱灌注化疗,左输尿管未行进一步治疗。术后 3 个月膀胱镜检,后尿道、膀胱黏膜如常;术后 6 个月行 IVU 检查,左肾盂、肾盏无扩张积水,同时行左输尿管镜检查,尿道、膀胱、左输尿管均正常,随访 96 个月均正常。

例 4,女,56 岁,因反复右腰痛 2.5 年于 2007 年 10 月入院。患者 10 年前因右输尿管结石行体外冲击波碎石,结石排尽;5 年前行右输尿管下段切开取石术;3 年前因右输尿管下段结石行输尿管镜取石术;2.5 年前感右腰疼痛不适。查体:右肾区有叩击痛。B 超示右输尿管上段扩张、右肾中度

积水,IVU 示右肾显影稍迟缓,肾盂、肾盏中度扩张,右输尿管下段距膀胱约 4.5 cm 处全段狭窄,造影剂线样通过狭窄段进入膀胱。行右输尿管镜检查,见狭窄段输尿管黏膜息肉样突向输尿管腔,狭窄段约 4.5 cm,活检病理诊断为右输尿管腺性炎并部分上皮增生活跃。1 周后行病变输尿管切除、膀胱瓣输尿管成形术。随访 61 个月,恢复尚顺利,右肾积水有所减轻,右输尿管成形处无狭窄。

例 5,男,43 岁,体检 B 超发现右肾重度积水、肾皮质菲薄 7 天于 2012 年 6 月入院。2 年前 B 超发现肾结石,自服中药排石 10 天后未进一步复查、就诊。查体:右肾区有叩击痛。B 超、IVU 示右肾重度积水,输尿管上段(L3 水平)有 2.5 cm×1.5 cm 大小结石,对侧正常。行右肾经皮穿刺引流为脓性,肾图提示肾脏无功能。全麻下行右肾及结石以上输尿管切除术。术中见结石处输尿管增粗、僵硬,与周围组织有粘连。切开管壁,见黏膜粗糙、颗粒状,局部呈息肉样,血管少。术后病理报告为右肾脏无功能、右腺性输尿管炎(部分上皮增生活跃)。术后恢复顺利,随访 6 个月,未见复发;对侧上尿路及膀胱未见异常。

2 讨论

尿路上皮同属移行上皮,在性质上可发生类似病变,尿路腺性炎症以膀胱多见,腺性输尿管炎少见,国内仅见数例个案报道。丁华野等^[1]将泌尿道腺性炎症分为三种组织学类型:①移行上皮型:上皮灶性分布 Brunns 巢,大部分巢内有腺样化生。②肠上皮型:化生腺体和结肠腺体类似,含杯状细胞。③前列腺上皮型:腺上皮呈立方或假复层,形态类似前列腺腺泡。本组 4 例为移行上皮型,1 例为肠上皮型。本病发病原因有很多推测,包括先天因素、尿内毒性物质刺激、慢性感染、机械性刺激、梗阻、结石等^[2~4],但确切发病机理尚不清楚。目前认为感染和梗阻等慢性刺激是主要病因^[2]。但相对下尿路而言,发生逆行感染的机会较少,故结石可能为重要的诱因。本组 5 例患者均有结石或有结石史,2 例同时伴有输尿管狭窄,5 例患者均有明显诱因。腺性尿道炎、腺性膀胱炎被认为是癌前病变,但腺性输尿管炎与输尿管癌的关系目前尚不清楚^[5]。本组资料尚未发现二者关系。本组病例女性多见,是否与性别有关,是否为一独立疾病有待进一步临床观察、研究。目前研究基本可以认为炎症是其重要的发病因素^[6,7],在本组 5 例患者中,均有各种原因导致的炎症反应。

腺性输尿管炎的临床表现主要取决于病变大小及所导致的梗阻程度。早期腺性输尿管炎往往病损较小,可无任何症状;病变较大导致梗阻明显,或同时有结石、感染、狭窄等导致肾脏积水而出现肾积水的症状,常见的有梗阻以上尿路扩张、积水,

从而出现患侧腰部不适、胀痛;并发感染者,同时还伴有发热,尿常规有白细胞;合并结石的患者也可能以肾绞痛为主要表现。腺性输尿管炎病损较重时,IVU示肾积水、甚至不显影,逆行造影可见患侧输尿管狭窄、充盈缺损,但插管时一般能顺利通过狭窄处,不同于炎症狭窄及肿瘤病变。本组例2、例3及例4均如此;而例1、例5则在体检时B超发现肾脏积水,入院进一步检查方得已确诊。B超、CT扫描对本病无确诊价值,其意义不如逆行造影。诊断时需与输尿管肿瘤、息肉及输尿管阴性结石等鉴别。但术前在未获得病理诊断之前,鉴别往往非常困难,有条件时可作输尿管镜直接检查病变,输尿管镜检查不但可明确病变部位,还可取活检明确病变性质。本组例3、4即经输尿管镜获得确诊。

腺性输尿管炎的本质是输尿管黏膜腺性增生或化生性病变,临床上本病具有不同于一般的感染性炎症的临床特点:①常规治疗效果不好,特别是按感染的大量抗生素治疗没有效果或收效甚微;②常常具有患侧病变以上尿路的梗阻,本组5例患者全部具有梗阻的症状和体征;③病变反复,经久不愈,本组患者均具有复发发作、反复就医的病史;④病变不断加重,本组5例患者全部都具有该特点。因此,对于具有上述临床表现的患者,要加以注意,需考虑到本病的可能。

临床诊断和治疗时需注意:①诊断腺性输尿管炎时,别忽视下尿路。例3同时有下尿路的腺性输尿管炎症;②注意与肿瘤、息肉及阴性结石相鉴别。特别是与肿瘤的鉴别,既不能漏诊肿瘤,又不能把腺性输尿管炎诊断为肿瘤。有条件者,行输尿管镜检查;③本病的确诊依赖于病理检查,术前难于确诊;④对于病变局限、梗阻不严重、患侧肾积水不明显者,排除肿瘤后可严密观察;一旦患侧肾积水加重,立即外科干预治疗。本组例1因延误诊断,致

使右肾巨大积水被切除;⑤手术方式的选择:患侧肾脏尚有功能者,行病变输尿管切除及输尿管成形术;患侧肾脏已无功能者,行肾脏、病变输尿管切除。本组有2例行病变输尿管切除及输尿管成形术,效果满意;对于病变表浅、范围小者可行输尿管镜切除及电灼术但输尿管镜操作较复杂,病变不易根治,术后容易复发,需随访观察。本组例4经输尿管镜电灼术后,效果较满意;⑥腺性输尿管炎为良性疾病,切忌盲目按输尿管肿瘤而行肾切除术。

总之,腺性输尿管炎的治疗,最重要的是消除感染、梗阻及结石等慢性刺激因素,再根据病变类型、部位及范围采用相应的治疗方法。

[参考文献]

- 1 丁华野,皋岚湘,田玉旺.腺性膀胱炎与膀胱移行细胞癌关系的形态学观察[J].诊断病理学杂志,1994,1(2):83-84.
- 2 方克伟,李泽惠,邱学德,等.腺性尿道炎二例报告[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(11):764.
- 3 方克伟,李泽惠,徐鸿毅,等.女性腺性膀胱炎组织病理学特点与临床诊治(附601例报道)[J].国际泌尿系统杂志,2013,33(4):492-495.
- 4 Li A, Liu S, Lu H, et al. Clinical character of cystitis glandularis accompanied with upper urinary tract obstruction[J].CUAJ,2013,7(1):11-12.
- 5 Yin G, Liu Y, Gao P, et al. Male urethritis glandularis: case report[J].CMJ,2007,120(16):1460-1461.
- 6 Ichii O, Otsuka S, Namiki Y, et al. Molecular pathology of murine ureteritis causing obstructive uropathy with hydronephrosis[J].PLoS One,2011,6(11):e27783.
- 7 Grover S, Srivastava A, Lee R, et al. Role of inflammation in bladder function and interstitial cystitis[J].Ther Adv Urol,2011,3(1):19-33.

(收稿日期:2013-05-30)

欢迎订阅 2014 年《临床泌尿外科杂志》

(邮发代号 38-124)

《临床泌尿外科杂志》(刊号:ISSN 1001-1420,CN 42-1131/R)是中华人民共和国教育部主管,华中科技大学同济医学院附属协和医院和同济医院联合主办的泌尿外科学专业学术期刊,1986年7月创刊,至今已有27年,属于老牌名刊,深受国内临床泌尿外科医生的欢迎。主要刊登泌尿外科学及男科学的相关科技学术论文,辟有专家论坛、临床研究、实验研究、流行病学调查、综述、研究报告、病例报告、国外医学新进展等栏目。现为大16开本(208 mm×295 mm)80页(2014年已增加至92页),封面为157 g铜版纸四色封塑,内芯为105 g铜版纸彩图精印。每期订价13.00元,半年价78.00元,全年价156.00元。欢迎全国泌尿外科医生及相关研究人员到当地邮局订阅,切记邮发代号38-124。

订阅《临床泌尿外科杂志》可以在第一时间掌握国内泌尿外科学的最新研究动态,了解最新专业信息。欢迎全国泌尿外科医生及相关人员订阅!

《临床泌尿外科杂志》编辑部