

非特异性输尿管炎的临床诊疗分析

樊文广^{1,2} 孙二琳¹ 袁亚光² 孙光¹ 韩瑞发¹

【摘要】 目的:探讨非特异性输尿管炎的诊断和治疗方法。**方法:**回顾性分析 1975 年 5 月~2010 年 6 月间我院收治的 25 例非特异性输尿管炎患者的资料。**结果:**25 例患者中,男 14 例,女 11 例。年龄 21~76 岁,平均 49 岁。临床表现:腰部胀痛占 72%(18/25),无痛性肉眼血尿占 12%(3/25),发热占 8%(2/25),体检发现占 8%(2/25)。病程 1~3 年,平均 16 个月。病变位于输尿管上段 3 例,中段 10 例,下段 12 例。行 B 超、IVU、MRU、逆行肾盂造影、CT、输尿管镜、放射性核素肾动态显像检查的病例分别为 25、24、17、16、13、8、6 例。手术治疗 19 例,行输尿管镜置入双 J 管 6 例。病理检查均证实为非特异性输尿管炎。术后患者症状消失,随访 24 例,9 个月~5 年,平均 34 个月,肾积水消失 9 例,减轻 14 例,无变化 1 例,无癌变及复发者。**结论:**非特异性输尿管炎临床表现以腰部胀痛为主,诊断方法主要是影像学 and 输尿管镜检查,确诊依靠病理检查。输尿管部分切除吻合术治疗效果良好。

【关键词】 输尿管炎; 诊断; 治疗

【中图分类号】 R693 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2012)04-0305-02

非特异性输尿管炎临床少见,为提高非特异性输尿管炎的诊断水平,我们回顾性分析总结 1975 年 5 月~2010 年 6 月收治的 25 例非特异性输尿管炎患者的诊断资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 25 例,男 14 例,女 11 例,年龄 21~76 岁,平均 49 岁。左侧 14 例,右侧 11 例。病变位于输尿管上段 3 例,中段 10 例,下段 12 例,均为单侧输尿管狭窄性病变,其中单处狭窄 21 例,多处狭窄 4 例。狭窄段长度 0.5~12.0 cm,平均 2.5 cm。病程 1~3 年,平均 16 个月。主诉腰部胀痛 18 例,占 72%(18/25);无痛性肉眼血尿 3 例,占 12%(3/25);发热 2 例,占 8%(2/25);无症状体检发现 2 例,占 8%(2/25)。既往病史:体外冲击波碎石治疗史 3 例,尿路感染史 2 例,患侧输尿管切开和患侧肾切除手术史各 1 例,30 年类风湿病史 1 例。体检:患侧肾区叩痛阳性 20 例。25 例术前、术后肾功能检查均正常。尿常规检查 25 例,有镜下血尿者 7 例,白细胞 10~15/HP、15~20/HP 各 1 例。尿细菌培养 3 例,均阴性;尿脱落细胞检查 23 例,查到肿瘤细胞 1 例,可疑肿瘤细胞 2 例,余阴性。24 h 尿沉渣抗酸杆菌检查 8 例,结果均阴性。

25 例患者均行 B 超检查。B 超示肾输尿管重度积水 7 例,中度积水 16 例,轻度积水 2 例。24 例患者行 IVP 检查(1 例患者因 25 年前已行患侧肾切除而未行 IVP 检查),IVU 示患肾及输尿管不显影 17 例,示患侧肾积水 7 例,其中输尿管扩张积水 5 例(考虑输尿管狭窄 3 例,梗阻处显示不清 2 例)。

16 例行膀胱镜逆行插管造影,膀胱均未见异常,逆行插管受阻 10 例,导管通过输尿管狭窄 6 例。12 例逆行造影成功,示输尿管狭窄 10 例,2 例显影不清。CT 检查 13 例,12 例示肾、输尿管扩张积水,梗阻处及周围无占位病变,1 例示右输尿管下段和膀胱壁内段占位性病变,考虑右输尿管肿瘤。17 例行 MRU 检查,均示肾、输尿管扩张积水,梗阻处示输尿管狭窄 15 例,显示不清 2 例。输尿管镜检查 8 例,示输尿管狭窄,黏膜呈炎症改变,取活检 4 例,冷冻病理检查 2 例。6 例行核素肾动态显像检查,显示患肾 GFR10 ml/min 以下 4 例,单侧正常参考值为(44.1±7.9)ml/min。

1.2 手术方法

输尿管镜检查后 6 例置入双 J 管(其中 2 例行输尿管气囊扩张);2 例因输尿管镜无法对狭窄段进行有效扩张和置入双 J 管引流,改开放手术切除输尿管狭窄段,行输尿管端端吻合+双 J 管引流术。开放手术治疗 19 例(包括输尿管镜检查后中转开放手术 2 例),术中均行冷冻病理检查显示输尿管炎性改变和黏膜上皮增生。其中输尿管狭窄段切除后,行输尿管端端吻合术 9 例,输尿管膀胱再植术 3 例;肾、输尿管切除术 6 例(远端超过输尿管病变段);残余输尿管切除术 1 例(患侧肾 25 年前已切除)。

2 结果

术后随访 24 例,9 个月~5 年,平均 34 个月。肾积水消失 9 例(7 例已行肾输尿管切除),减轻 14 例,无变化 1 例。术后病理检查显示 25 例均为黏膜上皮增生伴明显慢性炎症,8 例局部有轻中度或中重度非典型增生,7 例有 Brunner 巢形成,5 例有平滑肌组织增生,3 例有血管增生,14 例有固有膜纤维组织增生伴慢性炎症,7 例有结构不良,3 例有淋巴滤泡形成。无复发及癌变者。

¹天津医科大学第二医院泌尿外科 天津市泌尿外科研究所 (天津,300211)

²内蒙古医学院附属医院泌尿外科

通信作者:韩瑞发,E-mail: han_ruifa@hotmail.com

3 讨论

非特异性输尿管炎病因不明,分析可能与以下因素有关:继发于泌尿系非特异性急性感染,未治愈而迁延至慢性增生性炎性病变;输尿管损伤、曾行输尿管周边手术、尿路结石长期刺激;机体免疫异常等。本组病例中有 30 年类风湿病史 1 例,同侧肾切除和输尿管切开手术史各 1 例,尿路感染史 2 例,曾患有同侧肾结石 3 例。本病好发于输尿管中下段,病变范围大多局限,病变范围 2~15 cm。本组病例中病变部位在输尿管上段 3 例、中段 10 例、下段 12 例。狭窄段长度 0.5~12.0 cm,平均 2.5 cm。病理学观察可见除有浆细胞、淋巴细胞和纤维母细胞等慢性炎症细胞浸润外,还有黏膜上皮增生或非典型增生,Brunn 巢形成,平滑肌、血管、纤维组织增生。病理上慢性炎症细胞浸润和增生特点有几个特殊类型:囊性输尿管炎,滤泡性输尿管炎,肉芽肿性输尿管炎,腺性输尿管炎。本病大多数患者缺乏特异性的临床表现,患者主要表现为上尿路梗阻症状。临床表现主要为患侧腰部胀痛,占 72%(18/25);无痛性肉眼血尿、发热、无症状分别占 12%(3/25)、8%(2/25)和 8%(2/25)。

本病术前诊断主要依靠影像学 and 输尿管镜检查,输尿管镜结合 MRU 有助于诊断,确诊靠病理。需要与输尿管癌和特异性输尿管炎,如单纯局限性结核性输尿管炎等鉴别。影像学检查中 B 超只能显示继发性梗阻病变:肾、输尿管扩张积水,但由于肠道的影,输尿管的局部病变一般显示不清。IVU 检查在患肾功能良好时,可以显示肾、输尿管扩张积水,大多不能显示梗阻病变情况,多数患侧肾、输尿管不显影,但能显示分肾功能情况,这有助于治疗方式的选择。逆行造影可能插管受阻,可示部分输尿管病变部位较规则的节段狭窄,一般无充盈缺损。CT 检查对排除输尿管周围病变导致梗阻有帮助。MRU 检查无侵袭性、不依赖肾功能、无放射性,能显示肾、输尿管积水,对排除输尿管癌病变有帮助,输尿管炎症其断端形态多为杯口或鸟嘴状,局部管壁稍增厚或不厚,炎性狭窄多为渐进性,腔内腔周多无异常^[1,2];而恶性梗阻者(原发性输尿管癌)多为管腔突然截断或偏心性狭窄,局部管壁不规则增厚或见结节状或分叶状肿块^[3]。LEE 等^[4]研究得出 MRU 与逆行肾盂造影和/或输尿管镜在上尿路恶性肿瘤中诊断效果中的敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 63%、91%、60%、92% 和 53%、97%、83%、88%,它们之间差异无统计学意义,认为 MRU 的高阴性预测值支持它作为非侵袭性检查手段在排除上尿路恶性肿瘤的应用。尿细胞学检查对判断梗阻病变的性质有重要价值,也要注意假阳性。尿细胞沉渣抗酸染色对鉴别单纯结核性输尿管炎和非特异性输尿管

炎有重要意义,笔者曾诊治 1 例输尿管下段环形狭窄患者,长度约 0.6 cm,无明显膀胱刺激征,患侧肾功能正常,尿细胞沉渣抗酸染色阳性,行狭窄段切除吻合术,病理证实结核诊断,患者预后良好。ECT 对准确评估双侧肾功能,决定手术方式有帮助。术前无法明确诊断时,行输尿管镜检查及活检或手术探查术中冷冻病理检查可确诊。

本病病理改变是输尿管黏膜局部上皮增生、明显慢性炎症,这引起尿路梗阻,进而导致梗阻以上积水,使同侧肾脏功能损害甚至失去功能。治疗方案根据输尿管病变情况(部位、长度和程度)、患肾受损程度、分肾功能和患者身体情况及其治疗意愿等决定。目的是尽可能保护和恢复患肾功能,尽量避免行肾输尿管切除。我们认为治疗应遵循以下原则:①客观检查证实患肾功能丧失,而对侧肾功能正常者可行患肾输尿管切除,范围包括输尿管病变段。②狭窄段<3 cm、梗阻轻、患肾功能正常者,可行输尿管镜电烧治疗或钬激光治疗。腔内气囊扩张及放置双 J 管加合适的抗生素治疗也是治疗方法之一^[5,6]。③狭窄段<5 cm、梗阻重,患肾功能不良者,可行狭窄段切除,输尿管端端吻合或输尿管膀胱再植术,如吻合长度不够,可行输尿管替代手术如行回肠代输尿管,膀胱壁瓣输尿管再植等。④狭窄段>5 cm,梗阻很重,患肾功能不良者,可行狭窄段切除,回肠代输尿管、输尿管皮肤造口或肾造瘘等保肾手术;若患者年龄较大,对侧肾功能正常且患者强烈要求也可行患肾输尿管切除。⑤术前或术中明确诊断后,应客观准确地评价双侧分肾功能,尽量行保肾手术。

参考文献

- [1] BLANDINO A, GAETA M, MINUTOLI F, et al. MR urography of the ureter [J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179: 1307-1314.
- [2] 赵耀瑞, 孙光, 韩悦, 等. 磁共振尿路成像在泌尿外科疾病诊断中的应用[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(6): 556-558.
- [3] 曾涛. 磁共振水成像对上尿路梗阻的诊断价值[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(1): 18-19.
- [4] LEE K S, ZEIKUS E, DEWOLF W C, et al. MR urography versus retrograde pyelography/ureteroscopy for the exclusion of upper urinary tract malignancy [J]. Clin Radiol, 2010, 65: 185-192.
- [5] 范本祎, 曾向阳, 齐范, 等. 非特异性输尿管炎 5 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17: 183-184.
- [6] SORIA F, SANCHEZ F M, SUN F, et al. Comparative study of ureteral stents following endoureterotomy in the porcine model: 3 VS 6 weeks and 7F VS 14F [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2005, 28: 773-778.

(收稿日期: 2011-08-09)