

伴有症状重复肾输尿管畸形 23 例诊治分析

张雄伟, 陈强文, 周练兴, 吴汉潮, 余承洸

作者单位: 542800 广西, 贺州市人民医院泌尿外科

作者简介: 张雄伟(1966-), 男, 大学本科, 学士学位, 副主任医师, 研究方向: 泌尿系结石、畸形、肿瘤。E-mail: zwx671002@yahoo.com.cn

[摘要] 目的 探讨重复肾输尿管畸形诊断治疗方法, 提高诊治水平。方法 回顾性分析 1998-03 ~ 2008-08 收治的 23 例重复肾输尿管畸形的临床病例资料, 其中男性 4 例, 女性 19 例, 年龄 9 ~ 36 岁, 症状分别为: 腰腹部胀痛或包块 10 例, 漏尿 5 例, 反复发热 4 例, 膀胱刺激征 4 例。辅助检查: 超声 23 例, 静脉肾盂造影(IVU) 23 例, 膀胱镜检查逆行肾盂造影(RPG) 13 例, CT 检查 16 例, 磁共振泌尿系水成像(MRU) 4 例。明确诊断重复肾输尿管畸形, 23 例均行个体化手术治疗。结果 23 例全部经手术治疗康复出院, 17 例获随访 6 个月 ~ 5 年, 其中 1 例出现后腹腔尿性囊肿, 经再次手术切除剩肾而治愈, 2 例仍出现轻度肾积水, 予观察肾积水未加重而未处理。结论 对于重复肾输尿管畸形的诊断, 临床表现结合超声、IVU 检查对部分病例可明确诊断, 而对肾积水严重、肾功能低下 IVU 显影淡薄或不显影, 仅显示正常肾管道系统, 易造成误诊或漏诊; RPG 可明确重复肾输尿管积水原因和部位, 但为有创检查; CT 检查快速、简便, 可显示重复肾输尿管畸形部位, 为手术方案和切口选择提供依据; MRU 诊断重复肾输尿管异位开口具有较高准确性和敏感性, 能对其作出较好诊断。治疗上应视畸形的病变部位及并发症严重程度采取个体化的手术治疗。

[关键词] 重复肾输尿管畸形; 诊断; 外科手术; 泌尿系

[中图分类号] R 691.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)04-0335-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.04.13

Diagnosis and treatment of 23 cases of duplex kidney and ureter with clinical symptoms ZHANG Xiong-wei, CHEN Qiang-wen, ZHOU Lian-xing, et al. Department of Urology, People's Hospital of Hezhou, Guangxi 542800, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the diagnostic methods of duplex kidney and ureter in order to improve diagnosis of this disease. **Methods** The clinical data of 23 patients with duplex kidney and ureter hospitalized in our hospital from March 1998 to August 2008 were retrospectively analyzed, of them 4 cases are male, 19 cases were female; the age ranged from 9 to 36, the symptoms included lumbar/abdominal pain or masses in 10 patients, leakage of urine 5 patients, irritative symptoms of bladder 4 patients. Accessory examination included ultrasonic diagnosis in 23 patients, IVU 23 patients, RPG 13 patients, CT 16 patients, MRU 4 patients, all 23 patients were diagnosed as duplex kidney and ureter, all 23 patients were treated by surgery. **Results** After operation all 23 cases were recovery, of them 17 cases were followed up for 6 months to 5 years, of them 1 case were found retroperitoneal urinary cyst, after operation this case were recovery; 2 cases were found mild uronephrosis and the symptom was stable. **Conclusion** The diagnosis of duplex kidney and ureter could be confirmed on the basis of clinical manifestation, ultrasonic diagnosis and IVU in some patients, but in the patient with severe uronephrosis and low renal function the poor result of IVU could lead to wrong diagnosis. RPG could find the reason and location of uronephrosis but it is an invasive examination. CT is a simple and fast examination, it could demonstrate the location of duplex kidney and ureter so it could provide useful information for operation. MRU examination has high accuracy and sensibility for the location of abnormal opening. The operation should be taken according to the location and complication of different patients.

[Key words] Duplex kidney and ureter; Diagnosis; Surgery; Urinary system

重复肾输尿管畸形为泌尿系统较少见先天性疾病之一, 伴有症状者大多需要外科手术治疗, 我院自
万方数据

1998-03 ~ 2008-08 收治 23 例伴有症状重复肾输尿管畸形的患者, 采用个体化的手术治疗, 取得良好效

果。现作回顾性分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 23 例,男 4 例,女 19 例,年龄 9~36 岁,症状分别为:腰腹部胀痛或包块 10 例,漏尿 5 例,反复发热 4 例,膀胱刺激征 4 例。辅助检查:超声 23 例,确诊 6 例,误诊肾上极囊肿 6 例,单纯性肾盏积水 3 例,腹膜后囊性占位 5 例,漏诊 3 例;静脉肾盂造影(IVU)23 例,明确重复肾输尿管畸形 7 例,输尿管于中上段水平合并为 Y 形输尿管或重复肾输尿管下段梗阻,误诊肾上极占位 6 例,肾上盏重度积水 4 例,漏诊 6 例;膀胱镜检查逆行肾盂造影包括经输尿管异位开口插管造影(RPG)13 例,确诊 7 例,漏诊 6 例;CT 检查 16 例,确诊 9 例,误诊为肾上极囊肿 5 例、肾上极占位 2 例;磁共振泌尿系水成像(MRU)4 例,明确患肾上部多囊样结构,重复输尿管扩张积水并与其上部多囊样结构相通 3 例,误诊 1 例。诊断双侧重复肾输尿管畸形 5 例,单侧重复肾输尿管畸形 18 例,完全性重复肾输尿管畸形 17 例,不完全性重复肾输尿管畸形 6 例,重复肾上位肾重度肾积水并输尿管中下段狭窄 11 例,重复肾上位肾输尿管下段狭窄并结石 2 例,重复肾上位肾盂输尿管交界处狭窄 2 例,重复肾上位肾盂输尿管交界处狭窄并结石 1 例,重复肾上位肾输尿管异位开口并漏尿 5 例,重复肾上位肾输尿管口囊肿 2 例。

1.2 治疗方法 23 例均行手术治疗,其中重复肾上位肾输尿管切除术 6 例,行患侧肾脏输尿管全切除术 1 例,重复肾上位肾输尿管膀胱再植术 7 例,重复肾上位肾输尿管下段切开取石并输尿管膀胱再植术 2 例,重复肾上位肾输尿管口囊肿切除并输尿管膀胱再植术 2 例,重复肾上位肾输尿管与下位肾输尿管端侧吻合术 2 例,重复肾上位肾肾盂成形术 2 例,重复肾上位肾盂切开取石肾盂成形术 1 例。

2 结果

23 例全部经手术治疗康复出院,17 例获随访 6 个月至 5 年,其中 1 例出现后腹腔尿性囊肿,经再次手术切除剩肾而治愈,2 例仍出现轻度肾积水,予观察肾积水未加重而未处理。

3 讨论

3.1 病因 重复肾与双输尿管畸形的形成关系密切,迄今命名并没有一个统一的标准,所以临床上有时把重复肾与双输尿管畸形直接称为重复肾畸形^[1]。重复肾输尿管畸形是一种先天性泌尿系统畸形,其发生率约为 0.7%,常伴有异位输尿管开口、输尿管口囊肿、肾输尿管积水、结石或感染

等^[2]。由于重复肾从一个后肾发育而来,故肾实质多融为一体,并位于一个脂肪囊内。重复肾和输尿管畸形多发生于上肾部及其输尿管,以单侧多见,且常伴输尿管异位开口,重复肾输尿管可完全性或不完全性重复;可为异位开口,亦可为正常开口而不伴漏尿;异位输尿管开口常无正常输尿管功能,因狭窄致尿液引流不畅,输尿管扭曲、扩张,使相应引流的上肾部积水、感染、肾实质萎缩;异位开口一般非常微小,常开口于前庭即尿道与阴道间,有时隐蔽于尿道与阴道内,不易被发现。

3.2 临床表现 临床表现主要为腰腹部胀痛或包块、漏尿、反复尿路感染、发热、膀胱刺激征等症状。漏尿症状患者有正常排尿、同时排尿间歇期持续漏尿致尿湿内裤。对漏尿患者,寻找异位开口及逆行插管造影对诊断有肯定价值,通过开口插管造影,可显示异位开口侧肾脏。文献报道男性病例输尿管异位开口一般位于外括约肌近侧,通常不发生尿失禁^[3]。本组 5 例有漏尿症状者全为女性。但也有研究表明男性有漏尿症状者,发生概率似乎并不低于女性病例^[4]。男性患者输尿管异位开口多位于后尿道、精囊、附睾、输精管等处,因小儿精囊炎附睾炎发生率极低,一旦出现就要考虑到输尿管异位开口可能。

3.3 诊断 在诊断重复肾畸形时,超声检查为首选方法。因其检查简便、无创伤,可重复检查。肾区见到两个集合系统,部分能显示双输尿管影(对侧正常或有双输尿管影),即能诊断为重复肾^[5],并能了解重复肾盂积水及输尿管扭曲扩张情况;伴有积水重复肾,由于认识不足或检查不仔细,有时易将重复肾误诊为单纯性肾盏积水、肾囊肿、腹膜后囊性占位等。对输尿管末端囊肿患者,要仔细检查肾脏,因输尿管囊肿,多系重复肾所致^[6]。若超声检查发现存在输尿管口囊肿,临床医师应进一步明确该输尿管口囊肿究竟是单纯性还是异位性,因为异位性输尿管口囊肿一般均伴有重复肾输尿管畸形。有输尿管异位开口者,膀胱充盈和排空后,在膀胱后方患侧能见到输尿管形成无回声区,有时可见输尿管蠕动。IVU 是尿路成像技术中最基本的方法,IVU 检查一侧显示清楚的单肾盂或双肾盂影,则该侧肾及输尿管功能良好,对侧为下肾部肾盂显示清楚,但肾盂短小向下外移位,而上肾部肾盂有三种显示:(1)较清楚,但无正常肾盏结构;(2)模糊不清;(3)不显影。该侧多伴输尿管异位开口。上肾盂显示模糊或不显影,说明该侧重复肾及输尿管功能不良,部分 IVU

显示重复输尿管扭曲、扩张,示引流不畅,开口狭窄。本组病例研究提示我们,对于重复肾输尿管畸形的诊断,联合应用超声和 IVU 检查仍不能满足临床诊断需要。因伴有症状的重复肾输尿管往往显影不良或不显影,容易造成误诊或漏诊,即使可以作出定性诊断,但在了解重复肾盂输尿管积水原因和梗阻部位方面,IVU 存在较大局限性。RPG 包括异位开口及逆行插管造影对诊断有肯定价值,对于重复肾输尿管积水原因和部位诊断具有重要意义。本组病例中,对 13 例行 RPG 检查,7 例清晰显示出重复肾盂输尿管,并诊断上位肾盂输尿管交界处狭窄,输尿管口囊肿,输尿管异位开口。我们认为,对于需要明确重复肾输尿管扩张积水原因和部位,必要时可以选择 RPG 检查,但此检查病人痛苦而且有增加感染机会。CT 扫描不依赖肾功能丧失程度均能显示重复肾部分,而证实 IVU 所见肾上区占位为囊性密度,系积水肾脏,其大小与重复肾积水程度成正比,上极残留肾实质可被评估,囊状影下缘与正常显影的下段肾脏相连续,其分界处下肾段肾皮质被推压向外。本组病例中,4 例行 MRU 检查,3 例获得确诊,其中定位诊断肾盂输尿管交界处狭窄 1 例、输尿管下段狭窄 2 例、漏诊 1 例,结果提示,虽然 MRU 检查对于明确重复肾积水原因方面具有明显优势,但在定性诊断方面并不优于超声检查。但本组病例行 MRU 检查不多,有报道 MRU 对重复肾输尿管畸形诊断率可达 100%^[7]。因此,全面而正确的诊断重复肾输尿管畸形,需要多种影像学检查方法相互结合,相互补充,综合判断。

3.4 治疗 治疗选择主要依据重复肾、输尿管病变情况及并发症而采取不同方法:当重复的上位肾积水严重包括输尿管开口异位、输尿管下段狭窄引起肾功能丧失或功能低下及感染而正常的下位肾功能尚可时,可行重复肾输尿管全程切除,本组有 6 例行此手术。手术应注意:首先,清楚的暴露肾门结构,仔细分离下位肾与上位重复肾血管,不可漏扎重复肾动脉血管和误扎下位肾血管。由于血管变异的存在及术中重复肾小动脉辨认不清,漏扎重复肾动脉血管可能会导致术后残存的重复肾盂粘膜组织泌尿。其次,重复肾与正常肾交界处的肾盂粘膜组织手术中不易彻底切除,可用碘酒烧灼该组织并周围脂肪及筋膜组织填塞,以防泌尿,本组 1 例患者行重复肾输尿管切除术后持续泌尿致后腹腔尿性囊肿,经再次手术切除剩肾而治愈。在明确对侧肾功能正常或有足够的代偿能力而患侧肾脏无保留价值时,

可行患侧肾脏输尿管全切除术,本组有 1 例行此手术。对于重复肾还可以采取微创手术治疗。徐忠华等^[8]报道了腹腔镜下重复肾切除术。吴荣德等^[9]对重复肾输尿管分型并提出相应的腹腔镜手术要点。国外用腹腔镜研究该疾病的治疗报道较国内早且较多^[10,11]。若患者肾功能失代偿则考虑透析及肾移植治疗。重复肾并发其它畸形、结石、尿路感染而影响到患侧肾功能并且临床症状明显时,若肾脏尚有保留价值,应在尽量保留肾功能的前提下行手术治疗:如并发结石可按上尿路结石行手术,同时处理畸形,本组有重复肾上位肾输尿管下段切开取石并输尿管膀胱再植术 2 例,重复肾上位肾盂切开取石肾盂成形术 1 例;对重复肾输尿管异位开口并漏尿或重复肾输尿管下段狭窄可行重复肾输尿管膀胱再植术,本组有 7 例重复肾上位肾输尿管异位开口并漏尿或重复肾上位肾输尿管下段狭窄行重复肾输尿管膀胱再植术;若重复肾输尿管口囊肿畸形,肾脏尚有保留价值可行输尿管口囊肿切除并输尿管膀胱再植术,本组有 2 例行重复肾上位肾输尿管口囊肿切除并输尿管膀胱再植术;不完全性重复肾输尿管畸形而输尿管剩余长度不足以行输尿管膀胱移植术的可行上输尿管与下输尿管端侧吻合,本组有 2 例重复肾上位肾输尿管与下位肾输尿管端侧吻合术;对于重复肾肾盂输尿管交界处狭窄可行肾盂成形术,本组有 2 例行肾上位肾肾盂成形术。有资料表明,对于重复肾肾盂内及输尿管上段的结石行开放手术较内镜下碎石更安全,成功率更高^[1]。对重复肾重度肾积水施行手术,术中应分清楚输尿管梗阻还是膀胱输尿管返流,前者可由输尿管腔内狭窄及管周的病变压迫输尿管等引起,后者由膀胱输尿管抗返流机制丧失引起,手术方式前者以解除输尿管梗阻后者以输尿管膀胱抗返流吻合术为主,也可将病变的输尿管与同侧正常的输尿管吻合;重复肾输尿管异位开口施行手术时应充分游离输尿管远端,并注意避免损伤前列腺、尿道、前庭和阴道。输尿管囊肿若引起肾积水时单纯的囊肿切开术后多有膀胱输尿管返流^[3]。巨大囊肿可引起对侧肾积水、肾功能损害,在明确对侧肾脏无其它病变并切除囊肿后对侧肾功能可逐渐恢复。

参考文献

- 1 彭世波,曾甫清,汪良,等.重复肾双输尿管畸形的手术治疗[J].临床泌尿外科杂志,2007,22(1):8-10.
- 2 周永昌,郭万学.超声医学[M].第3版.北京:科学技术文献出版社,2003:1003-1004.

- 3 吴阶平,主编. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社,2005:498-500.
- 4 李文成,李 兵,韩晓敏,等. 伴有临床症状的重复肾重复输尿管畸形诊断要点分析[J]. 临床泌尿外科杂志,2008,23(5):333-335.
- 5 王常林,五宪刚,赵国贵,等. 小儿输尿管疾病超声诊断[J]. 中华泌尿外科杂志,1996,17(12):728-730.
- 6 陈云超,张青萍,邓又斌. 重复肾重复输尿管的超声诊断探讨[J]. 中国临床医学影像杂志,2001,12(5):327-329.
- 7 方锦标,谢家伦,莫家聪. 小儿重复肾畸形 38 例临床分析[J]. 新医学,2003,34(4):229-230.
- 8 徐忠华,陈修德,刘照旭,等. 腹腔镜肾部分切除术[J]. 腹腔镜外科杂志,2005,10(2):101-102.
- 9 吴荣德,马 睿,于启海,等. 重复肾输尿管畸形的大体病理特点及腹腔镜手术治疗[J]. 中华小儿外科杂志,2005,26(5):242-245.
- 10 Polascik TJ,Pound CR,Meng MV,et al. Partial nephrectomy: technique, complications and pathological findings. [J]. J Urol,1995,154(4):1312-1318.
- 11 Rassweiler JJ,Abbou C,Janetschek G,et al. Laparoscopic partial nephrectomy. The European experience [J]. Urol Clin North Am, 2000,27(4):721-736.
- [收稿日期 2009-11-16][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

临床研究

液基薄层细胞学联合阴道镜在宫颈病变中的应用价值

虞善芝, 马 刚, 吴吉芳

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院妇产科
作者简介: 虞善芝(1971-),女,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:宫颈环形电切术治疗宫颈病变。E-mail:gxlqqj@163.com

[摘要] 目的 探讨液基薄层细胞学检测(TCT)联合阴道镜下宫颈活检在宫颈病变中的临床应用价值。方法 选择近年来在本院接受宫颈病变筛查的患者1 685例,所有患者均行TCT检测,细胞学分类采用TBS分类标准,对其中128例TCT检查阳性者行阴道镜下多点活检。结果 细胞学异常阳性检出率为7.60%(128/1 685),其中不典型鳞状上皮细胞(ASCUS)56例(3.32%),低度鳞状上皮内瘤变(LSIU)42例(2.49%),高度鳞状上皮内瘤变(HSIU)26例(1.54%),宫颈鳞癌(SCC)3例(0.18%),宫颈腺癌(ACC)1例(0.06%)。阴道镜下病理诊断慢性炎症48例,轻度不典型增生(CIN I)41例,中度不典型增生(CIN II)17例,重度不典型增生及原位癌(CIN III)18例,宫颈鳞癌3例,宫颈腺癌1例。结论 TCT检查应用于宫颈病变的筛查,明显提高了宫颈病变的阳性检出率,联合阴道镜检查及镜下活检,能提高宫颈病变的诊断率,及时发现宫颈早期病变及癌变。

[关键词] 液基薄层细胞学; 阴道镜; 宫颈病变
[中图分类号] R 446.63 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2010)04-0338-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.04.14

The application value of thin-layer liquid-based cytology combined with colposcopy in cervical lesions YU Shan-zhi,MA gang,WU Ji-fang. Department of Gynecology and Obstetrics, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region,Nanning 530021,China

[Abstract] Objective To investigate the clinical value of thin-layer liquid-based cytology (TCT) combined with colposcopy cervical biopsy in cervical lesions. Methods Choosing 1 685 cases received screening of cervical lesions in our hospital in recent years,all patients underwent TCT testing,cytology was classified using TBS classification criteria, of them 128 cases with TCT positive line were checked multiple biopsy under colposcopy. Results The rate of abnormal cytology-positive detection was 7.60% (128/1 685),in which atypical squamous cells (ASCUS), 56 cases (3.32%);low-grade squamous intraepithelial neoplasia (LSIU),42 cases (2.49%);high-grade squamous intraepithelial neoplasia (HSIU),26 cases (1.54%);cervical squamous cell carcinoma (SCC),3 cases (0.18%);