

专科文献

在线投稿 稿件查询 期刊阅读

搜索: 请输入您想要的信息 搜索 高级搜索

您当前位置: 首页 >> 专科文献 >> 泌尿外科

泌尿外科

Anderson-Hynes术治疗肾盂输尿管连接部狭窄36例

发表时间: 2011-10-19 17:04:14 来源: 创新医学网医学编辑部推荐

作者: 齐军,刘致中,黄学宏,李建新,岳长久,梁 作者单位: 内蒙古医学院第三附属医院泌尿外科, 内蒙古包头

【摘要】目的: 探讨肾盂输尿管连接部狭窄的治疗方法。方法: 采用Anderson-Hynes术, 术中置双J管引流。结果: 术后3~12个月分别行B超、IVP检查, 结果肾积水明显减轻, 吻合口通畅, 随访12~24个月, 术后病人症状消失。结论: Anderson-Hynes术是治疗肾盂输尿管连接部狭窄的有效方法, 成功率高;双J管能起到引流通畅及内支架管的作用, 缩短了住院时间, 使用安全可靠。

【关键词】 肾盂输尿管连接部狭窄;外科;手术

我院自1997年2月以来, 共收住肾盂输尿管连接部狭窄43例, 36例采用Anderson-Hynes术, 术中置双J管内引流, 疗效满

意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组36例, 男24例, 女12例, 年龄10~52岁, 平均31岁。左侧肾盂输尿管连接部狭窄20例, 右侧肾盂输尿管连接部狭窄14例, 双侧肾盂输尿管连接部狭窄2例。以腹部包块就诊者9例, 体检发现肾积水者12例, 以血尿就诊者6例, 以肾绞痛就诊者2例, 并发肾盂结石者2例。术前行B超、腹部X平片(KUB)、静脉肾盂造影(IVP)及逆行肾盂造影确诊, 其中8例普通IVP不显影, 4例肾图患侧呈无功能曲线。

1.2 手术方法

成人取侧卧位, 第11肋间或经12肋斜切口;儿童患者取仰卧位。患侧季肋下垫高, 切开皮肤、皮下、肌层后, 打开肾周筋膜, 充分游离扩张的肾盂及肾盂输尿管连接部(UPJ)梗阻病变处, 适当游离输尿管上段, 应注意尽量少游离肾脏。游离输尿管时可用F8号尿管提起输尿管, 注意避开并保存连接部的变异血管, 以免引起肾节段性缺血或高血压。术中检查发现: 局部狭窄18例, 高位连接10例, 纤维索带压迫5例, 变异血管压迫3例, 术中观察肾皮质厚度在放出积水后均>0.8cm, 色泽红润, 均适合行Anderson-Hynes术。切除狭窄段及过多的肾盂, 有结石者取出结石, 并切除纤维索带, 调整输尿管和迷走血管的位置关系以解除病因。输尿管端口纵剪0.8~1.0cm, 内置双J管(儿童用4-5F, 成人用6-7F)内引流, 输尿管与肾盂下缘用6-0 Dexon线间断缝合, 吻合口成漏斗形, 位于肾盂最低位, 肾盂上部间断或连续缝合关闭, 不做肾造瘘, 腹膜后置橡皮引流管。术后2~3天腹膜后引流管内无引流后拔除, 持续导尿5~7天, 术后4~6周拔除双J管。

2 结果

特色服务 Serves

- 在线投稿
- 投稿指南
- 绿色通道
- 特色专区
- 服务流程
- 常见问题
- 编辑中心
- 期刊阅读

期刊约稿

- 中国社区医师
- 吉林医学
- 按摩与康复医学
- 临床合理用药杂志
- 内蒙古中医药

推荐期刊

中国社区医师



- 期刊介绍
- 在线阅读
- 在线订阅
- 在线投稿

学术编委 风采展示



本组病例于术后7~9天折线,切口愈合佳,拆线后出院。于4~6周后来院拔除双J管。术后3~12个月分别行B超、IVP、肾图检查,结果患者肾盂积水明显好转,肾功能恢复,吻合口通畅,随访12~24个月,症状消失,无不适。术后病检均为管腔狭窄,管壁僵硬无弹性,多数可见纤维组织增生,炎性细胞浸润。

3 讨论

3.1 肾盂输尿管连接部的平滑肌是由螺旋状的相互交错的股纤维组成,内层肌纤维束走向陡峭,外层螺旋状偏向平坦,形成内纵外环的区分。先天性肾盂输尿管连接部狭窄的病人,就是在生长发育过程中出现异常,从而导致管壁肌肉的发育异常而形成管腔狭窄,造成梗阻。生理状态下,输尿管黏膜内有胶原纤维和少量的弹力纤维,但在病理情况下,原发性皮质广泛纤维化和继发性炎症缺血,局部纤维组织增生变性,均可导致连接部管壁纤维僵硬、扭曲或成角,阻碍输尿管蠕动波的往下传替而引起梗阻。

肾盂输尿管连接部是输尿管生理性第一狭窄处,平均直径为2mm。如果发生异常,如肌肉发育异常、管壁纤维化变性、炎症性息肉以及先天性瓣膜形成等都可引起管径的进一步狭小而造成梗阻。Anderson-Hynes形成术就是切除了发育异常的狭窄段行重新吻合,从而达到治疗目的。由于已切除了狭窄段,因此从肾盂传至输尿管的蠕动波可经过肌原性的传导,使吻合下的输尿管蠕动呈同步(电镜观察4周后肌肉代替瘢痕才能实行同步)。因此以Anderson-Hynes为代表的整形术在临床上被广泛地应用, Brediu认为除肾内肾盂外可适用于一切病例。手术的关键为吻合时应使输尿管处于肾盂的最低位,保持漏斗状,同时应解除外在梗阻因素。

3.2 以往的Anderson-Hynes术后,常规放置支架管及肾造瘘管,以利引流,防止吻合口扭曲。但常见并发症为感染、漏尿,促使炎性瘢痕形成而导致吻合口狭窄,使手术失败。我们采用双J管引流,可起到内支架管及引流管的双重作用,且双J管表面经硅化处理,对组织刺激小,局部反应轻,作为支架有利于吻合口愈合,减少了尿漏及再狭窄的机会,并发症少[1]。但双J管的放置因破坏了输尿管膀胱壁内段的瓣膜作用,可能引起尿液返流,而致上尿路感染,对此我们采取术后常规留置尿管5~7天,并采取半卧位,以保证膀胱内低压,术后使用有效抗生素。本组病例明显缩短了住院时间,使用安全可靠。但要注意,双J管尤其是国产双J管,放置时间不易超过2个月[2],以免双J管表面钙盐沉积,形成微小结石,导致拔管困难。本组术后28~42天拔除J管,未见明显结石形成。

【参考文献】

[1]温晖,齐琳.双J管在肾盂输尿管连接部狭窄术中的应用[J].中国现代医学杂志,1999,9(8):57-59.

[2]郝斌,朱国鸿,王友志.双J管表面结石形成至拔管困难的处理[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(11):484.

最热点击



考试宝典·高分练兵场



揭秘论文“低价”根源



医学编辑中心



邮箱投稿视频教程

相关文章

► Anderson-Hynes术治疗肾盂输尿管连接部狭窄36例

2011-10-19

★ 加入收藏夹

复制给朋友

分享到外站

评论内容

请文明上网,文明评论。

发表评论

重置

▲ 上一页

当前第1页, 共1页

▼ 下一页



创新医学网
www.yixue360.com

[关于我们](#) | [合作伙伴](#) | [特色服务](#) | [客户留言](#) | [免责声明](#) | [学术团队](#) | [学术动态](#) | [项目合作](#) | [招贤纳士](#) | [联系方式](#)

电话: 400-6089-123 029-68590970 68590971 68590972 68590973 传真: 029-68590977

服务邮箱: vip@yixue360.com QQ: 1254635326 (修稿) QQ: 545493140 (项目合作)

Copyright © 2007 - 2012 www.yixue360.com , All Rights Reserved 陕ICP备:08003669号



匿名交谈