

· 非血管介入 ·

介入法逆行置入双“J”管治疗输尿管狭窄

孔健 许林锋 梁惠民 郑传胜 郑金龙 冯敢生

【摘要】 目的 评价采用介入法逆行置入双“J”管治疗输尿管狭窄的疗效。方法 对 20 例不同部位、不同病因的输尿管狭窄患者采用介入法逆行置入双“J”管进行治疗。结果 全部病例采用介入法逆行置入双“J”管均获得成功,置管成功率为 100%。治愈率为 90%。疼痛、尿漏、伤口感染和出血等并发症显著减少,针对置管后对上尿路的影响,置管的适应证,置管引流的时间和并发症进行了讨论。结论 采用介入法逆行置入双“J”管治疗输尿管狭窄具有操作简单、创伤小、并发症少等优点,为治疗输尿管狭窄的一种安全、有效的方法。

【关键词】 治疗,介入性;狭窄,输尿管

Retrograde placement of Double-J ureteral stent with interventional therapy for the treatment of ureteral stricture KONG Jian, XU Linfeng, LIANG Huimin, et al. Department of Radiology, Union Hospital, Tongji University, Wuhan 430022, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the retrograde placement of Double-J ureteral stent with interventional therapy for the treatment of ureteral stricture. **Methods** Twenty patients with ureteral stricture of various causes were treated with retrograde placing Double-J ureteral stent by interventional therapy. **Results** The Double-J stent was successfully performed in all twenty patients. The successful rate of placing stent was 100%. The cure rate was 90% (18/20). The complications such as urinary leakage, wound infection, and bleeding were markedly decreased. The indication, duration of indwelling and complication of the indwelling stent were discussed. **Conclusion** Retrograde placing Double-J stent with interventional therapy is simple and less invasive. It is believed to be a safe and effective method for the treatment of ureteral stricture.

【Key words】 Therapy, interventional; Stricture, ureteral

多种输尿管、肾脏或腹膜后疾患均可导致输尿管狭窄、梗阻。传统外科手术治疗由于操作复杂,并发症较多而不易为患者所接受。现代介入放射学的兴起,为输尿管狭窄的治疗提供了新的方法,其疗效可达到甚或超过外科手术^[1]。介入治疗方案包括经皮肾造瘘内、外引流及逆行置入双“J”管内引流。由于医用材料的更新,使后者的操作更简化,并获得稳定的疗效。我科采用介入法逆行置入双“J”管治疗输尿管狭窄 20 例,取得满意的效果。现报告如下。

材料与方法

20 例输尿管狭窄、梗阻患者共行双“J”管内引流 21 次。男性 12 例,女性 8 例,年龄为 12~65 岁。其中肾盂输尿管移行部狭窄 5 例,输尿管中段狭窄

12 例,输尿管中下段狭窄 3 例。病因包括:先天性狭窄 2 例,术后狭窄 10 例,迷走血管压迫 2 例,感染性疾病 4 例,腹膜后肿瘤 1 例,腹膜后纤维化 1 例。上述患者术前检查提示有中~重度肾盂积水。临床症状为腰痛、乏力、血尿,少数患者伴有发热、寒战。尿常规、血生化检查提示有肾功能异常并感染性血象。

膀胱镜下行患侧输尿管插管直至有阻力感后,在透视下送入细导丝,退导管换 8~10F 扩张器扩张尿道及膀胱入口,沿导丝导入 5F 多用途导管,换入 0.035 寸超滑导丝在导管协助下多方位试探并通过狭窄段,使导管头端入肾盂内。采用导丝导管交换法导入双腔球囊导管扩张狭窄段数次后,沿导丝置入 8F 双“J”管(medi-tech 产品),调整双“J”管位置,使头、尾端于肾盂、膀胱内盘曲成形。

术中导入导管及扩张狭窄时,患者常自觉腰部胀痛,对症处理后症状消失。术后患者可步行回病房,常规行 5~7d 抗感染及对症处理。术后 1 周复查尿常规,尿中段培养及血生化诸项检查。置管术

作者单位:430022 华中科技大学同济医学院附属协和医院放射科(孔健现在深圳市人民医院,许林锋现在中山医科大学附二院)

后 3~6 个月于膀胱镜下取出导管并行造影检查,视扩张情况,酌情行再次置管术或进一步治疗。

结 果

疗效评价标准为:1. 治愈:症状消失,影像学检查结果示肾盂积水明显减轻。2. 好转:症状基本消失或明显好转,肾盂积水有所减轻或较长时间观察无进一步加重。3. 无效:症状无缓解或很快重新出现,肾盂积水无减轻或加重,本组患者经 4 个月至 1 年随访,治愈率为 90%,好转率为 10%。双“J”管置入成功率为 100%。所有患者经内引流后,梗阻消除,感染得以控制,肾功能逐步恢复正常(见图 1~4)。

讨 论

逆行置入双“J”管过去常为外科医生采用。由于缺乏影像技术定位,导丝过软,导管材料易老化等



图 1 左侧肾盂输尿管逆行造影提示左肾输尿管移行部狭窄

原因,使操作成功率低。近年来,由于双“J”管材料更新,多种不同硬度的超滑导丝广泛使用,配合透视下介入法置入双“J”管,操作成功率及疗效大为提高。

介入法逆行置入双“J”管的适应证为:1. 因腹膜后纤维化,后腹膜肿瘤致输尿管压迫,梗阻;2. 输尿管、肾盂输尿管移行部狭窄或其它成形术后;3. 内窥镜检查所致输尿管水肿,损伤等;4. 肾盂、输尿管手术损伤大,估计术后可能产生尿漏;5. 输尿管移植及输尿管端端吻合术后。

在此项操作中,经膀胱镜插管成功为前提。超滑导丝于多用途导管配合下通过狭窄段为关键。球囊扩张,置入双“J”管为治疗要点。整个过程,有以下几点需重视:1. 由于存在输尿管生理狭窄,特别是膀胱入口处,首先采用 8~10F 扩张器预扩张很重要。此操作有利于减轻患者痛苦并构成超滑导丝进入输尿管的路径;2. 男性患者由于存在尿道生理狭窄,操作者须将阴茎拉紧、绷直,于助手协助下,边旋转边推导管,避免损伤尿道及输尿管壁;3. 所有进入腔内器械均用消毒石蜡油涂抹;4. 损伤中可通过导管向管腔内注入 1%利多卡因,减轻患者痛苦,解除痉挛,利于导丝通过狭窄段;5. 球囊大小的选择上一般而言,扩张的球囊直径至少大于正常管径 2mm。输尿管狭窄可采用 4~6mm 球囊,肾盂输尿管移行部采用 6~10mm 直径球囊,每次扩张维持 30~60s,共扩张 5~8 次。直至球囊“腰部”消失^[2]。6. 双“J”管长度应适中,合适的选择可有效防止导管移位、脱管及膀胱刺激症。我们常使用尿路平片上第二腰椎到耻骨联合上 2cm 直线距离作为双“J”

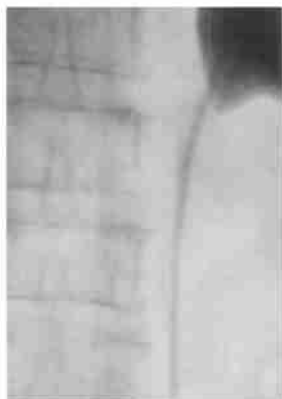


图 2 通过导丝导管交换法,5F 多用途导管超过狭窄段,导管头端进入肾盂内



图 3 采用 6mm 直径的球囊导管扩张狭窄段



图 4 双“J”管头、尾端于肾盂、膀胱内盘曲成形

管直线段长度或直接选用 22~28cm 长的成品双“J”管。直径常选择 5~8F。7. 双“J”管尾端可通过侧孔穿入一丝线并对折留于体外,推送器送入双“J”管过程中,可略向肾盂内多送入 2~3cm,随后通过线段回拉,直至导管于膀胱、肾盂内稳定、成形。

置入双“J”管后,常见的并发症有:1. 尿路刺激症:为双“J”管长度过长,刺激膀胱三角区或后尿道所致;2. 再梗阻:为最常见并发症,发生率约 8%^[3]。其原因为:肾功能不良时,双“J”管于肾内留置过长,刺激肾脏,影响滤过率,尿液减少,尿中沉淀物,粘液阻塞双“J”管^[4]。术后强调患者多饮水,口服抗生素,碱化尿液,可明显减少梗阻的发生。本组病例,由于采取了积极的治疗及预防措施,未出现再梗阻;3. 输尿管返流:由于置入双“J”管后,尿液不断引流,肾盂输尿管圆锥部失去了充盈刺激,致输尿管蠕动减弱、消失。尿流方向取决于肾盂、膀胱间压力差,输尿管开口的抗返流机制消失。当膀胱过度充盈,并下尿路梗阻时或腹内压增高,可形成输尿管返流。因此,下尿路梗阻,肾内或膀胱内严重感染时,禁用双“J”管。同时嘱患者增加排尿次数并立位排尿。术后可常规导尿数日,积极预防返流的发生。

介入法逆行置入双“J”管的目的在于解除梗阻,

预防狭窄,保护肾功能,减少术后尿漏及术后并发症。其优点为:1. 方法简单、易行、于基层医院可广泛开展此业务;2. 缩短住院时间,减轻患者经济负担;3. 避免肾造瘘术的诸多并发症;4. 术中创伤少,患者痛苦小。由于此操作简单,疗效可靠,患者易于接受,可作为解除输尿管狭窄的首选治疗方案。

参考文献

1. Banner MP. Interventional radiology in the uring tract. Current Imaging, 1989, 1:10.
2. 段忠华,郑宝坤. 腔内技术治疗输尿管狭窄. 中华泌尿外科杂志, 1997, 4:211-212.
3. 梁惠民,冯敢生. 输尿管梗阻的介入治疗. 临床放射学杂志. 1998, 17, 3:165-167.
4. Erich K. Lang, Lawrence W, Glorioso. Antegrade transluminal dilatation of benign ureteral strictures: Long-term results. AJR 150: 131-134.
5. Gerald LA, Bettmenn MA, Garnick MB, et al. Indwelling double-J ureteral stents for temporary and permanent. J Urol, 1984, 131: 239.
6. Docimo SG, Dewolf CW. High failure rate of indwelling ureteral stents in patients with extrinsic obstruction: experience at 2 institutions. J Urol, 1989, 142:277.

(收稿日期:2000-01-17)

消息

首届全国骨与关节及外周血管介入技术学术大会召开

“首届全国骨与关节及外周血管介入技术学术大会”于 2000 年 4 月 19~22 日在江苏省扬州市召开,此次会议由中华放射学杂志编委会主办,东南大学医学院(原南京铁道医学院)附属医院和附属扬州医院(扬州市第一人民医院)共同承办。举办这次会议的目的是积极稳妥地开展骨骼系统和外周血管介入技术,缩短与国际先进水平的差距,促进和推动我国介入放射学在这一领域的发展。与会代表 600 余名。

会议期间除内容丰富的专家讲座外。还利用当地电视台的转播设备,成功地进行了手术演示实时转播。转播的图像十分清晰,会场代表可同步与手术者对话,使远在 6 公里外的手术者与代表们犹如

同处一室。作为本次会议的中心主要议题之一的介入技术标准化及规范化问题受到与会专家的重视。会上由东南大学医学院附属医院滕皋军教授提出经皮腰椎间盘突出术标准化、规范化草案,并向与会代表和专家征询意见,可望在年内推出正式推荐方案。《中华放射学杂志》总编辑高玉洁教授对此予以高度评价,并希望其他介入技术也能逐步推出标准化、规范化方案。

参会的厂商中,引进国外生产线制造国产导管等介入器材的微创公司的产品受到与会同道的重视。体现出代表们对振兴民族工业的爱国热情。

(上海市静安区中心医院 曹厚德供稿)