

· 小儿外科 ·

## 13例小儿输尿管囊肿的外科治疗

李守林<sup>1</sup>, 董勤光<sup>2</sup>, 王军<sup>2</sup>

(1. 临沂医学专科学校外科学教研室; 2. 临沂市人民医院小儿外科, 山东 临沂 276002)

**[摘要]** 目的 探讨小儿输尿管囊肿外科治疗的有效方法。方法 13例输尿管囊肿患儿均行B超和静脉肾盂造影(IVU)确诊, 9例行上肾段和输尿管切除, 4例行囊肿切除、膀胱输尿管抗返流输尿管再植术。结果 术后11例获得随访, 随访时间6个月至4年。患儿临床症状消失, 无尿路感染; 排泄性膀胱尿道造影显示无输尿管返流; IVU显示输尿管、肾盂无扩张。结论 上肾段输尿管切除、囊肿切除和膀胱输尿管抗返流再植术是治疗小儿输尿管囊肿的有效方法。

**[关键词]** 输尿管囊肿; 手术治疗

**[中图分类号]** R693 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)06-0657-02

对输尿管囊肿的治疗既往多采用单纯囊肿切除术、经尿道囊肿切开或去顶术等, 术后易发生输尿管返流、尿路感染等并发症。本组13例, 采用不同术式, 效果良好, 报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

13例输尿管囊肿患儿, 男5例, 女8例, 年龄2~7岁, 平均3.8岁。其中右侧输尿管囊肿10例, 左侧输尿管囊肿3例。尿道外口脱出肿块4例, 均为女性。伴排尿困难5例(3例合并尿路感染)。单侧重肾重输尿管8例; 双侧重肾重输尿管合并左侧输尿管开口异位(尿滴沥)、右输尿管囊肿1例; 单纯型输尿管囊肿4例。B超和IVU检查均显示肾盂输尿管有不同扩张的程度。

#### 1.2 治疗方法

对9例重肾重输尿管患儿采用上肾段及输尿管切除术: 取患侧腹部横切口, 游离肾脏和输尿管, 暴露肾上极, 结扎上肾段的动、静脉, 切断上肾段输尿管, 在上、下肾段交界处浅沟上方约1 cm处切开肾包膜, 向下剥离包膜至浅沟处, 楔形切除上肾段, 行褥式缝合肾实质切面, 缝合肾包膜, 游离远段输尿管至膀胱处, 在膀胱外切除囊肿, 缝合膀胱裂口。

对单一输尿管囊肿者, 采用囊肿切除和膀胱输尿管抗返流输尿管再植术: 取耻骨上横切口, 纵行切

开膀胱前壁, 切除输尿管囊肿, 于膀胱内外游离出输尿管远端, 向外提出输尿管, 缝合膀胱裂口, 在原裂口上方行一小切口, 将输尿管引入膀胱, 在粘膜下做横行隧道, 长约2.5~3 cm处切开膀胱粘膜, 将输尿管自隧道内牵引至此切口, 插入支架管, 以5个0肠线缝合6~8针。

术中发现重肾重输尿管中2例重复输尿管远端输尿管共壁, 均行上肾段及其输尿管切除和输尿管抗返流再植术。1例双侧重肾输尿管, 术中见上肾极输尿管沿膀胱后壁下行, 囊肿位于膀胱颈外, 左侧异位开口前庭区, 此患儿先行右侧上肾段、输尿管及囊肿切除, 2个月后行左侧上肾段及异位输尿管切除。

### 2 结果

术后患儿临床症状消失, 排泄性膀胱尿道造影无输尿管返流。11例患儿随访6个月至4年, 均未发现输尿管、肾盂扩张及伴随尿路感染。

### 3 讨论

输尿管囊肿(ureterocoele), 是指膀胱内粘膜下, 输尿管末端的囊性扩张。膨出外层为膀胱粘膜, 中间为薄层肌肉胶原组织, 内层为输尿管粘膜, 膨出小者仅1~2 cm, 大者几乎充满膀胱腔成一薄壁透明

肿块,本病常伴重复畸形,膨出可开口于膀胱内或异位开口于膀胱颈或更远端<sup>[1]</sup>。输尿管囊肿常分为两种:①膀胱内型输尿管囊肿,肿块位于膀胱内,呈单一输尿管囊肿,无尿路重复畸形,或呈完全重复输尿管的上肾段输尿管囊肿,而下肾段输尿管囊肿较少见;②异位输尿管囊肿,部分囊肿位于膀胱颈或尿道内。

本组4例囊肿自尿道外口脱出(均为女性),1例位于膀胱颈外,呈现排尿困难,发生残余尿,易合并尿路感染。9例重复肾输尿管均发生在上肾段输尿管下端,上肾段发育差,存在肾实质瘢痕化(B~C级)。李宁忱等<sup>[2]</sup>报道28例成人输尿管囊肿中14例合并肾、输尿管、囊内结石(50%),8例合并尿路感染(28.6%)。本组未发现有结石患儿,而以尿道梗阻表现较突出(38.5%),患侧输尿管均有扩张;尿路感染也较成人低(23.1%)。因此,尿路梗阻、感染、肾功能损害、结石是输尿管囊肿病情进展的结果。该病的治疗应早期解除尿路梗阻,防治尿路感染,保护肾功能。Pesce等<sup>[3]</sup>提出输尿管囊肿的治疗应从新生儿期开始,经内窥镜囊肿切开为首选,可保护患肾,但术后患儿易合并输尿管返流(膀胱内型17%、异位型62%)。Blyth等<sup>[4]</sup>对此术式进行改进:①膀胱内型:在膀胱颈的上方,囊肿前壁的下方做一小的横切口,不能距膀胱颈过近,以防膀胱颈收缩时压迫切口处,引起尿液引流不畅,而切口过高易

引起瓣膜梗阻;②异位型:纵行切开尿道部的囊肿并将切口经过膀胱颈向上延伸至膀胱内,应保护膀胱颈收缩时不影响尿液引流;或在囊肿的尿道部或膀胱部的低位分别做一小的切口,从而降低二次手术率(膀胱内型7%、异位型50%)。

近年来,随着产前检查技术的提高,使一些患儿出生前即可以明确诊断。笔者认为对输尿管囊肿应早期诊断,争取在新生儿期行Blyth的术式,利于尿液引流,保护患肾。伴有尿液返流者,可二期行囊肿切除抗返流输尿管再植术;合并重复肾输尿管、且上段肾发育不良或功能严重受损或丧失者,宜行上肾段及输尿管切除。

### 【参 考 文 献】

- [1] 黄澄如. 小儿泌尿外科学 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996, 122-163.
- [2] 李宁忱, 潘曙光, 潘柏年, 等. 输尿管囊肿的诊断与处理 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(9): 522-523.
- [3] Pesce C, Musi L, Campobasso P, et al. Endoscopic and minimal open surgical incision of ureteroceles [J]. *Pediatr Surg Int*, 1998, 13(4): 277-280.
- [4] Blyth B, Passerini-Glazel G, Carnuffo C, et al. Endoscopic incision of ureteroceles: intravesical versus ectopic [J]. *J Urol*, 1993, 149(10): 556-560.

(本文编辑: 俞燕)

## 新书《循证医学: 临床证据的产生、评价与利用》征订启示

由《实用医学杂志》编辑部主任、常务副主编李强主编、中国科学院科学出版社出版的《循证医学: 临床证据的产生、评价与利用》一书已于2001年7月出版, 全书52万字, 350页, 16开, 共分以下14章: 第一章 循证医学; 第二章 如何正确开展临床诊断性研究; 第三章 如何正确开展临床疗效研究; 第四章 如何正确开展临床病因学研究; 第五章 如何正确开展疾病的预后研究; 第六章 临床经济分析; 第七章 临床科研数据的统计分析; 第八章 临床医学科研选题; 第九章 临床科研成果的申报; 第十章 医学文献查找方法; 第十一章 如何利用网络获得最新医学文献; 第十二章 如何撰写医学论文; 第十三章 如何选择医学期刊投稿; 第十四章 临床医生投稿指南。本书以临床各科医生、科研管理人员、医学期刊编辑及审稿人为读者对象。本书邮购价45元, 有意购买者请通过邮局汇款至广州市惠福西路进步里2号之4《实用医学杂志》编辑部李强收, 邮政编码510180, 电话: 020-81872080, 13503076159, E-mail: lqth@163.net, lqthabc@sina.com.cn