

## 经尿道电切术治疗成人输尿管囊肿 20 例报告

孙 洵<sup>1)</sup>, 王丽军<sup>1)</sup>, 王剑松<sup>2)</sup>

(1) 昆明市第一人民医院暨昆明医科大学附属甘美医院泌尿外科, 云南 昆明 650011; 2) 昆明医科大学第二附属医院泌尿外科, 云南 昆明 650101)

[关键词] 输尿管囊肿; 经尿道电切术; 成人

[中图分类号] R693 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 08-0139-02

输尿管囊肿又称为输尿管膨出, 是指膀胱壁内段输尿管所形成的囊性扩张, 是一种临床上较少见的泌尿系疾病. 昆明市第一人民医院自 2007 年 7 月至 2013 年 5 月应用经尿道电切法 (TUR) 治疗成人输尿管囊肿累计 20 例, 疗效满意, 现报告如下.

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组病例共 20 例, 男性 8 例, 女性 12 例, 年龄 23~55 岁, 平均 38 岁. 囊肿位于左侧 11 例, 右侧 7 例, 双侧囊肿 2 例. 其中 16 例均伴有不同程度的同侧肾脏积水, 4 例患侧输尿管下段局部扩张性改变. 其中 4 例伴有囊肿内结石, 其中 1 例囊肿内多发结石. 患者主要症状为患侧腰部胀痛 14 例, 无痛性肉眼血尿 2 例, 伴尿频、尿急者 4 例. 20 例患者均行 B 超、静脉尿路造影及膀胱镜检查. B 超检查, 16 例患侧不同程度的肾积水, 诊断输尿管囊肿者 15 例, 其中 1 例误诊为膀胱肿瘤, 2 例单纯报告为输尿管末段结石梗阻并积水, 另外 2 例膀胱区局部隆起样改变, 性质待排. 静脉肾盂造影检查 12 例有典型“蛇头征”, 4 例提示输尿管口囊肿内结石梗阻伴同侧肾积水. 20 例患者均行膀胱镜检查, 均发现输尿管开口部位膨出, 其中 2 例为双侧, 呈球形或卵圆形囊肿样改变, 表面尚光滑, 呈节律性膨胀和回缩, 其上可见细小的输尿管开口 13 例, 最后确诊为单纯输尿管囊肿, 直径为 1.8~5.2 cm, 平均 2.80 cm.

#### 1.2 治疗方法

本组 20 例患者均在连续硬膜外腔阻滞麻醉下

行 TUR. 使用 HAWK 电切镜, 环形电极, 电切功率 120 W, 电凝功率 80 W, 连接显示器影像系统并在直视下切开输尿管突起囊肿壁, 即输尿管囊肿切开术. 其中 13 例囊肿直径 <3 cm, 行囊肿壁部分切除术; 5 例囊肿直径 ≥3 cm, 行低位横向囊肿壁切除术, 切开长度 3~5 mm, 2 例囊肿直径 ≥5 cm, 行输尿管膀胱再植术. 4 例囊肿内伴结石者有 3 例切开囊壁后同时配合输尿管镜弹道碎石及异物钳取出结石, 1 例行输尿管膀胱再植术中取出结石. 术后留置导尿管 3~5 d, 平均 3.3 d, 3 例伴囊肿内结石者进行碎石后及 2 例行输尿管膀胱再植术的患者术后留置 10~14 d 输尿管支架管. 术后常规应用抗生素预防感染.

### 2 结果

本组患者均采用连续性硬膜外麻醉, 囊肿病变均获得成功手术切除. 术中、术后无出血. 单纯手术时间为 10~32 min, 平均 20.6 min. 术后病理检查均提示所切除组织符合输尿管囊肿改变. 术后平均住院 2.8 d. 17 例获随访 7~15 个月, 平均 12 个月. 患者腰痛及血尿等临床症状明显减轻或消失, 术后 1 个月复查 IVU 及 B 超提示输尿管囊肿消失, 患侧肾脏积水获得明显改善或消失. 术后 3 个月行膀胱造影及膀胱镜检查, 均未见囊肿复发及膀胱-输尿管反流, 手术效果好.

### 3 讨论

临床将输尿管囊肿分为单纯输尿管囊肿和异位输尿管囊肿两型. 单纯输尿管囊肿成年人多见, 异

[作者简介] 孙洵 (1970~), 女, 四川绵阳市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事泌尿外科临床工作.

[通讯作者] 王丽军. E-mail:wlj\_7768@163.com

位输尿管囊肿相对少见,多合并重复肾及输尿管的畸形。囊肿壁分三层,从外至内依次为膀胱黏膜、肌肉胶原组织及输尿管黏膜,张晓忠等学者认为其形成的原因可能与胚胎发育异常有关<sup>[1]</sup>。陈羽等认为输尿管囊肿形成的后天因素主要体现在输尿管开口狭窄同时伴有输尿管口周围鞘膜的先天性薄弱,加之尿流的不断冲击而导致其形成<sup>[2]</sup>。

输尿管囊肿临床症状主要表现为患侧腰部酸胀疼痛,反复尿频尿急,也可伴有间歇性肉眼血尿及下腹部坠胀不适。由于输尿管囊肿多伴有狭小开口,故患侧上尿路可出现不同程度的积水和扩张。B超是诊断输尿管囊肿最常用、简单无创的检查方法,其无痛苦、简单易行特点,可作为输尿管囊肿首选的筛查方法。B超图像可以显示输尿管末端膨大,呈囊肿样改变,并能显像是否合并结石及积水。腹部平片及静脉肾盂造影(KUB+IVU)是诊断输尿管囊肿最重要手段,可见患侧肾盂输尿管全程扩张情况,如囊肿开口狭小或合并结石梗阻严重,患侧上尿路因压力高而出现不显影或显影延迟。膀胱壁内段的输尿管末端可见环行透光带,呈典型“蛇头”样改变,即“蛇头征”。若囊肿内伴有结石可见输尿管末端结石影像,同时可显示是否合并上尿路畸形及积水情况。本组12例可见典型蛇头征。所有患者患侧输尿管口囊肿以上尿路均出现不同程度扩张积水,其中有4例合并囊肿内结石,造影剂排泄延迟,考虑与输尿管囊肿开口纤细及结石引起梗阻所致。膀胱镜检查是诊断输尿管囊肿的最可靠方法,镜下可见输尿管开口呈囊性突起肿物,输尿管口喷尿时囊肿壁会随之舒缩蠕动。膀胱镜检查是确诊输尿管囊肿的重要方法,也是了解囊肿具体位置及大小、鉴别膀胱内占位的最重要手段<sup>[3,4]</sup>。本组1例B超检查提示膀胱肿瘤,2例单纯报告结石合并积水及膀胱内输尿管末端局部隆起样病变性质待定病例最终经膀胱镜检查确诊,考虑与检查医师经验与技术有关。

解除梗阻、防止反流、保护肾功能是治疗输尿管囊肿的最大目的,内镜下切除手术是输尿管囊肿主要且安全的治疗方式<sup>[5,6]</sup>。笔者经验是:

(1) 囊肿直径 $\leq 2.0$  cm,可行囊肿切除术;对囊肿直径 $> 2$  cm、 $< 5$  cm可行囊壁部分电切除术,即低位横向囊壁切除术,主要是将囊肿壁的下半部分作 $1/2$ 的切除,使其上端残留囊壁起到了抗返流的作用,避免了膀胱内尿液大量返流;对于较大囊肿,囊肿直径 $\geq 5$  cm,笔者建议囊肿切除加输尿管膀胱抗返流吻合;(2) 术中操作时应尽量不用电凝,可有效防止术后输尿管口再次狭窄。如果术中因为囊肿电切除后出血适当电凝后有必要留置输尿管支架管,时间不少于2周;(3) 术后常规留置尿管3~5 d,防止感染及返流发生;(4) TUR术后没必要常规留置输尿管支架管,如有碎石并输尿管末端粘膜损伤者可酌情留置支架管,期间应嘱咐患者勿憋尿,避免剧烈运动,以防止输尿管支架管移位及出血。

总之,B超结合IVU、膀胱镜检查是诊断输尿管囊肿的主要方法。经尿道输尿管囊肿电切术是一种安全、有效的治疗方法,微创电切治疗输尿管囊肿具有创伤小、痛苦小,术后恢复快等优点,可作为输尿管囊肿治疗的首选方法。

#### [参考文献]

- [1] 张晓忠,梅骅,魏辉,等. 输尿管囊肿的影像学诊断与早期处理[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(2):79-80.
- [2] 陈羽,邱少鹏,戴宇平,等. 输尿管膨出44例报告[J]. 临床泌尿外科杂志,2003,18:601.
- [3] 范海涛,王伟华,张慕淳,等. 经尿道膀胱镜下钬激光治疗成人输尿管囊肿(附15例报告)[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(5):437-438.
- [4] ESFAHANI S,KAJBAFZADEH A. Precise delineation of ureterocele anatomy:virtual magnetic resonance cystoscopy [J]. J Abdom Imaging,2011,110(11):9 695-9 697.
- [5] 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,2004:499-500.
- [6] BOUCHER A,CLOUTIER J. Is an initial endoscopic treatment for all ureteroceles appropriate [J]. Journal of Pediatric Urology,2012,10(9):1 016-1 019.

(2013-05-09 收稿)