

肾周尿囊肿的临床治疗体会

叶琼香

(安徽省宿松县人民医院 宿松 246500)

摘要:目的:探讨肾周尿囊肿的诊断方法及治疗措施,提高对该病的诊治水平。方法:对 5 例 6 人次(1 例 2 次住院)肾周尿囊肿的临床资料进行回顾性分析。结果:5 人次经 B 超、逆行肾盂造影、静脉肾盂造影、CT 检查。1 例第一次入院仅行 B 超及 CT 检查误诊为肾挫裂伤伴肾周血肿行保守治疗,第二次入院加行逆行肾盂造影、静脉肾盂造影确诊治愈出院。手术治疗 4 例:囊肿去顶术加瘘管切除 3 例,单纯囊肿去顶减压术 1 例;1 例经皮穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗。术后随访 4 个月~5 年,囊肿无复发。结论:肾周尿囊肿经 B 超、静脉肾盂造影或逆行肾盂造影、CT 检查可明确诊断。早期发现且无输尿管梗阻者首选囊肿穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗,有瘘管或有输尿管梗阻者宜手术治疗原发病,同时处理囊肿并切除瘘管。

关键词:肾周尿囊肿;手术疗法;穿刺抽吸;硬化剂;囊内注射

中图分类号:R692

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0067-02

肾周尿囊肿是肾损伤后的晚期并发症,容易延误诊断,进一步发展则因囊内压力增高压迫肾实质引起肾缺血,导致肾性高血压或肾功能受损、肾积水等并发症。2000~2006 年我科共收治 5 例 6 人次肾周尿囊肿,现报告如下:

1 临床资料

本组 5 例,男 1 例,女 4 例;年龄 27~55 岁,平均 38 岁;囊肿位于左侧 1 例,右侧 4 例。4 例有腰部外伤史,外伤后当时有血尿 3 例,分别于伤后 1d~3 年,因伤侧腰部酸胀、肿块来我院就诊;另 1 例受伤当天拟肾挫裂伤入院,入院后行保守治疗 2 周症状无加重出院,2 年后因上腹胀痛伴包块再次入院治疗,诊断肾周尿囊肿经手术治疗痊愈。1 例无外伤史者

有右肾盂结石行体外冲击波碎石治疗术史。入院诊断:肾挫裂伤肾周血肿 1 人次,肾周尿囊肿 5 例。6 人次均行 B 超检查,示伤肾周围液性暗区,行 IVU 检查 5 例,3 例伤肾不显影;行逆行肾盂造影(RPG)检查 3 例,均见造影剂漏至肾周囊肿并见有瘘管;行 CT 检查 2 例,见肾周低密度积液,CT 值 -3~10HU,注射造影剂后囊肿不强化。本组 4 例行开放手术:囊肿去顶加瘘管切除 3 例,其中 1 例同时行右肾盂切开取石,单纯囊肿去顶 1 例。结果手术 4 例见囊壁厚 2~4 mm,术中均经静脉注射靛胭脂,3 例术中均见瘘管。另 1 例经皮穿刺抽吸囊液 360mL 后,注入无水酒精 90mL,保留 15min 后吸出。术后愈合均良好,无手术死亡与术后并发症。4 例手术病例术后

2.2.1 腹膜返折以上的直肠损伤 应尽早剖腹探查,修补破损。单纯的较轻的肠壁损伤或肠道经充分准备的医源性直肠损伤,腹腔污染不严重以及损伤时间在 4~6h 以内者,及时发现后修补肠壁,腹腔冲洗加骶前间隙充分引流,可不必行结肠造口。笔者认为有下列情况之一者应行粪便转流:(1)损伤时间 >6h;(2)直肠损伤严重(肠管裂伤超过其周径的 50%);(3)腹腔污染严重;(4)合并有严重腹内其他脏器伤;(5)合并有骨盆骨折或膀胱、尿道、阴道损伤;(6)年龄 >60 岁,全身情况较差者(伴有营养不良、糖尿病等疾病);(7)伴有休克者。主要手术方式为直肠创口清创修补,乙状结肠造口,造口远端肠管抗生素冲洗及骶前间隙引流。若中下段直肠严重损伤,可行损伤肠段切除,做 Hartmann 手术。本组腹膜返折以上的直肠损伤 15 例,12 例行经腹直肠 I 期修补(其中 1 例为肠镜检查时穿孔),其中 6 例加行结肠造口(2 例就诊时间超过 48h)及远端直肠冲洗,术后创口 I 期愈合 14 例,有 1 例发生盆腔感染。

2.2.2 腹膜返折以下的直肠损伤 尽可能在充分麻醉和扩肛的情况下,修补直肠破口,以便局部止血和减轻直肠周围间隙的污染。损伤距肛门 6cm 以上者,因解剖困难,手术创伤大,不必勉强修补,但直肠周围间隙引流一定要通畅,另加近端结肠造口。合并周围脏器损伤时,应同时修补损伤脏器,修补后常规行直肠周围间隙引流术。本组腹膜返折以下直肠损伤的 14 例均行会阴部彻底清创引流,同时行乙状结肠造瘘 6 例(破口与肛门距离在 6cm 以上 4 例)。

2.2.3 肛管损伤 肛提肌以下的肛管损伤,多为表浅开放性

撕裂伤。若损伤发现及时、创口小、污染轻,经肛行创口修补,局部引流。若合并肛门括约肌损伤,彻底清创后,用可吸收线将括约肌断端按层次 I 期缝合,局部橡皮片引流,若创面污染重,并血肿感染,先清创充分引流,术后每日可用 1:5 000 高锰酸钾液坐浴,术后感染可拆除缝线,伤口敞开引流,3~6 个月行 II 期修补。

2.2.4 抗感染治疗 术后感染是肛管直肠损伤的严重并发症之一。肛管直肠是细菌集聚处,大肠内有 20 多种需氧菌,50 多种厌氧菌,故损伤后易发生感染,且易蔓延。因此,我们认为伤后应尽早使用抗生素,伤后 6h 内处在污染阶段时应用抗生素效果更佳。对损伤超过 6h 入院的患者应在处理局部损伤的同时,术前、术中全身应用抗生素。由于肛管直肠内的细菌种类繁多,所以,我们主张选用第三代头孢类抗生素(如头孢曲松钠)以及甲硝唑等防治感染。同时采用高蛋白、高热量、高维生素饮食,促进伤者恢复。本组患者经上述方法治疗后,未发生严重的感染。

参考文献

[1]蔡海,孟荣贵,黄士勇.肛管直肠损伤 37 例治疗分析[J].中国中西医结合外科杂志,2002, 8 (6):411~412
[2]田洪裕,林建江,张宏志.直肠肛管损伤的特点及诊治[J].中华创伤杂志,2004, 20 (4):253
[3]Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG, et al.Civilian rectal trauma: a changing perspective[J].Surgery, 1999, 126: 693~698
[4]Robertson HD, Ray JE, Ferrari BT, et al.Management of rectal trauma[J].Surg Gynecol Obstet, 1982, 154:161~164
[5]曹志宇,蒲永东,何建苗.外伤性直肠肛管损伤的诊治体会[J].创伤外科杂志,2003, 5 (6):455

(收稿日期:2007-01-11)

双管闭式引流治疗COPD 合并张力性气胸的体会

蔡其桂 曾贱庚 李林
(江西省吉安市中心人民医院 吉安 343000)

关键词:COPD;张力性气胸;双管闭式引流
中图分类号:R 561.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)04-0068-02

我科自 2001 年 3 月~2005 年 3 月共收治 17 例慢性阻塞性肺病(COPD)合并张力性气胸患者,均行上下胸腔引流管闭式引流,13 例效果良好。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 17 例,男 16 例,女 1 例;年龄 47~81 岁,平均 61.2 岁;COPD 病史 11~43 年;气胸首次发作 15 例,二次发作 2 例;10 例合并急性肺部感染,4 例高血压,3 例肺心病,3 例糖尿病,2 例冠心病,2 例陈旧肺结核,1 例支扩。胸片提示单侧肺压缩 50%~90%。所有患者根据病史、体检、胸片诊断为 COPD 合并张力性气胸。

1.2 方法 6 例入院后急行胸穿抽气缓解症状,随后行双管胸腔闭式引流,余 11 例均同期行双管胸腔闭式引流。插管部位为患侧锁骨中线第 2、3 肋间和腋中线第 6、7 肋间,上述部位若存在粘连,另选择气胸明显处肋间或上一肋间插管,常选用细管引流,同时给予吸氧、解痉平喘、化痰、抗炎等处理。4 例 2 周后仍漏气,其中 2 例向胸腔注入粘连剂使胸腔粘连,余 2 例 2~3 周后行开胸手术。

病理检查囊壁为纤维肉芽组织、无内衬上皮。随访 4 个月~5 年,均无腰部酸胀,保留肾脏 5 例 B 超复查均无囊肿复发。

2 讨论

2.1 尿囊肿形成条件 肾周尿囊肿因肾及输尿管上段慢性尿外渗而形成包绕性假性囊肿,多为外伤或手术所致。当肾及输尿管上段损伤后,尿液经破裂处溢至肾周组织,肾周脂肪在尿液刺激下液化,2~5d 后由纤维组织包裹形成。因此有肾假性囊肿、肾旁假性囊肿、输尿管假性囊肿、肾周囊肿、肾脏水囊肿之称。本病的形成有 3 个基本条件:(1)有能产生尿液的正常肾脏,(2)肾集合系统损伤后尿液外渗至肾周组织,(3)存在输尿管梗阻因素。临床常不易发现梗阻因素,外伤后输尿管内血块引起的梗阻或腔外血肿压迫是常见原因,此外也有输尿管结石引发输尿管破裂,形成肾周尿囊肿的报道。本组 4 例有外伤、血尿史,1 例有肾盂结石史,均存在输尿管梗阻因素,具备形成尿性囊肿的基本条件。

2.2 形成时间 尿囊肿的形成约在伤后 1 个月~9 年^[1]。对肾挫裂伤者在外伤 4 周后应警惕本病的发生,并注意病人腰腹部症状、体征及行 B 超、CT 复查。本组 5 例 6 人次有 1 人次入院时仅诊断为肾挫裂伤,行对症治疗症状好转即出院,2 年后出现包块伴上腹胀痛,再次入院经重新检查诊断肾周假性尿囊肿手术治愈。其余病例均在伤后 1 年以上才得以就诊,往往对肾实质造成一定损害。

2.3 诊断 由于囊内积液张力高,IVU 检查时伤肾往往不显影或造影剂不能进入囊肿,也不能发现瘘管,对本病诊断作

1.3 结果 除 2 例胸腔注药行胸膜粘连术和 2 例行开胸术患者外,余肺破口闭合停止漏气时间分别为 1~21d,平均 7.6d。

2 讨论

COPD 合并张力性气胸为胸外科常见急诊,随着人口老龄化,此类患者日趋增多,且起病急骤凶险,抢救不及时可致死亡。此类患者因存在 COPD 及其它慢性肺病,肺弹性差,肺基础功能差,气胸发作前往往存在肺功能不全,单侧肺压缩 20%时,就存在明显的呼吸困难和呼吸功能不全^[2],若存在胸膜粘连、胸膜肥厚和支气管狭窄时,则肺破口不易闭合^[3],持续开放,或形成活瓣,产生张力性气胸^[4],此时胸穿抽气仅为急救处理,仍需置胸管引流^[5]。采用上下双管胸腔闭式引流,排气快且充分,能使肺尽快复张,缓解症状快^[6]。对于存在胸膜粘连的患者,因肺萎陷时牵拉肺破口,导致破口持续开放和持续漏气,充分复张肺,有利于破口闭合;对于合并支气管狭窄和支气管哮喘患者,因缺氧时会反射性引起支气管痉挛,形成恶性循环,加重缺氧,尽快复张肺,改善缺氧症状后,支

用不大。而逆行肾盂造影检查(本组 3 例)均见到瘘管并显示囊肿,结合 CT 检查囊肿为低密度影且不随注射造影剂而强化,从而可明确诊断。通过 CT 值测定或增强扫描可以与肾周血肿、肾周积脓等疾病相鉴别。文献报道尿性囊肿 CT 值一般在 -10~20 HU,而血肿 CT 值为 20~80HU,肾周脓肿常有气体且囊肿异形、囊壁不规则^[7]。左侧肾周尿囊肿应与胰腺假性囊肿相鉴别。我们体会肾挫裂伤病人伤后 1 个月须复查 B 超,一旦发现肾周液性暗区宜进一步作 IVU、RPG、CT 或 MRI 等检查,以早期确诊及时采取措施。

2.4 治疗 本病的治疗应根据有无输尿管梗阻及就诊早晚分别处理。对外伤后早期发现并且无输尿管结石等梗阻者可以穿刺抽吸加囊内硬化剂注射治疗。对外伤后确诊有瘘管者和无外伤史但有输尿管梗阻疾病如输尿管结石、肿瘤等疾病继发的肾周尿囊肿,宜手术治疗,在去除病因的同时处理囊肿,囊肿处理包括囊肿切除、囊肿去顶、囊壁与后腹膜袋行缝合。为预防术后囊肿复发,可在肾周脂肪置皮管引流。术中应尽量保留有功能的肾脏,并通过静脉注射靛胭脂找到瘘管予以切除或充分肯定瘘管已闭塞。

参考文献

[1]韩振藩,李冰清.泌尿外科手术并发症[M].北京:人民卫生出版社,1993.37~50
[2]Sorgman JA, Langevin E, Banks PA.Urinoma masquerading as pancreatic pseudocyst[J].Inter J Pancreatolgy,1992,11: 195~198

(收稿日期: 2007-01-30)