

· 临床研究 ·

输尿管阴道瘘患者 32 例疗效观察

李晓荣¹, 伍季^{2△}

(1. 四川省南充市身心医院外科 637700; 2. 四川省南充市中心医院/川北医学院第二临床学院泌尿外科 637000)

摘要:目的 探讨输尿管阴道瘘的病因及外科处理方法。方法 选择 2002 年 8 月至 2010 年 8 月四川省南充市身心医院和川北医学院第二临床学院输尿管阴道瘘患者 32 例,按治疗方法分成两组,A 组 8 例,采用内镜治疗;B 组 24 例,采用输尿管膀胱再吻合术治疗,比较两组患者的治疗效果。结果 I 期治愈率 A 组(50%)低于 B 组(95.8%), $P < 0.05$ 。结论 输尿管膀胱再吻合术效果明显优于内镜治疗。

关键词:输尿管阴道瘘;内镜;输尿管膀胱再吻合术

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.15.025

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)15-1513-02

Effective observation on 32 cases of ureterovaginal fistula

Li Xiaorong¹, Wu Ji^{2△}(1. Department of Surgery, Nanchong Physical and Mental Hospital, Yingshan, Sichuan 637700, China;
2. Department of Urology, Nanchong Central Hospital/Second Clinical College of North Sichuan Medical College, Nanchong, Sichuan 637000, China)

Abstract: Objective To investigate the causes and surgical therapy options of ureterovaginal fistula. Methods 32 patients with ureterovaginal fistula in our two hospitals from August 2002 to August 2010 were divided into the group A(8 cases) and B(24 cases). The group A was treated with endoscopes and the group B was treated with ureter and bladder re-anastomosis. The therapeutic effects were compared between the two groups. Results The one-stage cure rate was 50% in the group A, which was lower than 95.8% in the group B with statistical difference between the two groups($P < 0.05$). Conclusion The effects of ureterovesical anastomosis is obviously superior to the endoscopic treatment.

Key words: uretero-vaginal fistula; endoscopes; ureter and bladder re-anastomosis

输尿管阴道瘘是输尿管损伤的严重并发症,临床上大多数由妇科手术损伤输尿管所致,几乎 75% 的生殖泌尿道瘘或 90% 输尿管手术损伤发生于经腹全子宫切除术^[1]。近年来,随着腹腔镜技术在妇科手术中的广泛开展,输尿管阴道瘘的发生率有上升趋势。现将输尿管阴道瘘 32 例的疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2002 年 8 月至 2010 年 8 月四川省南充市身心医院和川北医学院第二临床学院输尿管阴道瘘患者 32 例,按治疗方法分成两组,A 组 8 例,采用内镜治疗,患者年龄 26~65 岁,平均(43.81±10.20)岁,其中子宫全切除术 3 例,子宫全切除加盆腔淋巴结切除术 2 例,广泛性子宫切除加双侧附件切除加盆腔淋巴结切除术 2 例,分娩 1 例;开放手术 2 例,腹腔镜手术 6 例;发生于右侧 5 例,左侧 3 例;出现阴道漏尿时间为术后 7~26 d,平均(14±6.52)d。B 组 24 例,采用输尿管膀胱再吻合术治疗,患者年龄 31~58 岁,平均(41.21±12.14)岁,其中子宫全切除术 8 例,子宫全切除加盆腔淋巴结切除术 9 例,广泛性子宫切除加双侧附件切除加盆腔淋巴结切除术 5 例,分娩 2 例;开放手术 5 例,腹腔镜手术 19 例;右侧 11 例,左侧 12 例,双侧 1 例;出现阴道漏尿时间为术后 3~27 d,平均(16.2±7.05)d。两组患者年龄、病程等比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 A 组:(1)即时经膀胱镜放置双 J 管,保留导尿管 2 周,3 个月无阴道漏尿拔除双 J 管;(2)经膀胱镜置管

失败立即做好术前准备,在连续硬膜外麻醉或全麻下行经尿道输尿管镜置入斑马导丝,沿斑马导丝置入双 J 管,保留导尿管 2 周,3 个月无阴道漏尿拔除双 J 管。B 组:在连续硬膜外麻醉或全身麻醉下,单侧输尿管损伤采用同侧下腹部斜切口,双侧输尿管损伤采用下腹部正中切口,术中于腹膜外将输尿管游离至损伤段,修剪输尿管远端形成约 1.5 cm 吻合面,膀胱侧壁切开浆肌层约 2 cm,于远端切开膀胱黏膜约 1.5 cm,4-0 薇乔线间断吻合输尿管及膀胱黏膜,并植入双 J 管,膀胱浆肌层包埋,术后保留尿管 1 周,3 个月无阴道漏尿拔除双 J 管。两组患者术后 3 个月拔除双 J 管并复查 B 超及静脉肾盂造影。

1.3 统计学处理 应用 SPSS17.0 软件进行统计学处理,两组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者均获随访,其中 A 组 8 例术后 3 个月有 2 例再次漏尿,2 例出现输尿管下段狭窄和中-重度肾积水;B 组 24 例术后 3 个月有 1 例再次漏尿,其余患者无明显肾积水;两组疗效比较见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	n	成功	不成功
A 组	8	4(50.0)*	4(50.0)*
B 组	24	23(95.8)	1(4.2)

*: $P < 0.05$,与 B 组比较。

3 讨 论

输尿管阴道瘘绝大多数为医源性的,可由妇产科手术、分娩及盆腔肿瘤化疗等引起,但后二者少见,由妇科手术所致者比例不断增加^[2]。近年来,腹腔镜技术在各级医院的妇科手术中广泛开展,由于开展初期技术的局限导致输尿管阴道瘘的发生率有所增加。输尿管阴道瘘是一严重的并发症,一旦发生将严重影响患者的身心健康。临床上输尿管阴道瘘的诊断并不困难,通过病史询问、B超、排泄性尿路造影(intravenous pyelography, IVP)、膀胱镜和膀胱内亚甲蓝试验等检查即可作出诊断,但应注意鉴别输尿管阴道瘘与膀胱阴道瘘,可通过 IVP 检查了解输尿管显影后有无造影剂外溢或输尿管与膀胱连续性中断,如为输尿管阴道瘘则膀胱内亚甲蓝试验阴性,膀胱镜检查在输尿管阴道瘘的诊断及鉴别诊断中起关键性作用,可了解膀胱内有无瘘口,同时结合亚甲蓝试验与膀胱阴道瘘鉴别。

输尿管阴道瘘常因妇产科手术中输尿管损伤未被及时发现,术后数天或数周当外漏尿液聚积到一定程度,冲破阴道残端经阴道流出而形成^[3]。本组 32 例输尿管阴道瘘患者发生原因中电凝伤和血运障碍 14 例(43.75%),直接损伤和输尿管缝扎 15 例(46.87%),说明输尿管阴道瘘的原因主要为术中输尿管的血供受损和输尿管的局部损伤所致。女性输尿管向前、向下、向内行进过程中,距子宫颈约 2.5 cm,从子宫动脉后下方绕过,在子宫阴道上部外侧约 2 cm 处向前行进,然后斜向内侧,经阴道前面至膀胱底,再斜行进入膀胱^[4]。由于这一特殊解剖关系,术中缝扎、钳夹或过分游离输尿管,操作不仔细即有可能造成输尿管的局部损伤或影响其血液供应。本研究发现,(1)腹腔镜手术中用双极电凝分离止血时由于解剖层次不清或大面积电凝导致输尿管电凝损伤;(2)术中游离输尿管损伤输尿管鞘膜,引起输尿管的缺血坏死;(3)术者经验不足,尤其是手术开展初期,对手术部位的局部解剖不熟悉或术中发生大出血时慌乱钳夹或大块缝扎止血时易损伤输尿管^[5];(4)由于子宫内异位症、肿瘤浸润等原因使输尿管发生解剖变异,术中误认为结缔组织而损伤。因此,本研究认为,妇科盆腔手术必须熟悉输尿管的解剖和毗邻关系,尤其与子宫动脉交界处,术中遇较大出血应沉着冷静地处理,必要时及时中转开腹手术,避免盲目追求微创给患者造成重创。本研究中就有 1 例术中出血后盲目强行止血造成一侧输尿管阴道瘘、一侧输尿管缺血后输尿管下段狭窄的严重后果。

关于输尿管阴道瘘的手术方法选择,目前主要主张选择输尿管膀胱再吻合术,内镜治疗也取得了一定的疗效^[6-8]。本研究中两组 I 期手术治愈率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),输尿管膀胱再吻合术远期效果明显优于内镜治疗。因此,本研究认为,对于能耐受手术的输尿管阴道瘘患者可考虑首选输尿管膀胱再吻合术,与胡佩胜等^[9]观点一致,但对于全身或局部情况较差患者可考虑先于内镜下输尿管内置双 J 管,置管失败及术后复发患者可行经皮肾穿刺造瘘后 3 个月再行膀胱肌瓣输尿管膀胱再吻合术或膀胱肌瓣输尿管吻合术。

输尿管阴道瘘手术时机的选择目前尚有争议^[10]。有研究认为,应于妇产科手术 3 个月后再行输尿管手术修复,也有学者主张一经确诊应及时修复。主张立即修复的观点认为:(1)延迟手术存在输尿管梗阻并极易导致输尿管狭窄^[11],进一步

发展有导致肾功能丧失的危险;(2)患者在等待手术期间存在心理和经济负担,也可能增加医患纠纷的风险;(3)早期修复与延迟修复的手术成功率相等。目前,众多学者赞同早期行修复手术,这样可避免长期漏尿,使患者肾功能及早恢复^[12-15]。

总之,输尿管阴道瘘是妇科手术的严重并发症,应于术前充分预见,术中加以防范,一经确诊积极处理。输尿管膀胱再吻合术远期效果明显优于内镜处理,但应根据患者具体病情拟订个体化的治疗方案,无论采用何种治疗方案,都应以力争达到恢复正常排尿通路及保护患侧肾脏功能为原则。

参考文献:

- [1] Hurd W, Chee SS, Gallagher KL, et al. Location of ureters in relation to the uterine cervix by computed tomography [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184(3): 336-339.
- [2] 郑秀惠,李力,郭建新,等. 妇科手术致输尿管阴道瘘 6 例处理分析[J]. *重庆医学*, 2007, 36(19): 2009-2010.
- [3] Gerber GS, Schoenberg HW. Female urinary tract fistulas [J]. *J Urol*, 1993, 149(2): 229-236.
- [4] 梅骅,苏泽轩,郑克立. 泌尿外科临床解剖学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- [5] 梅骅,杜维成. 膀胱阴道瘘并发输尿管阴道瘘诊治研究(附 11 例报告)[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2005, 20(11): 34-35.
- [6] 葛飞,刘东胜,田孝华. 输尿管阴道瘘 11 例诊治体会[J]. *中国临床实用医学*, 2010, 4(8): 222-223.
- [7] 黄伟华,颜海标. 输尿管阴道瘘外科处理的时机与对策[J]. *广西医科大学学报*, 2003, 20(6): 929-930.
- [8] 涂仁泉,张龙,黄承智,等. 输尿管镜技术治疗输尿管阴道瘘 26 例[J]. *中国基层医药*, 2007, 14(11): 1913-1914.
- [9] 胡佩胜,刘晋峰,陈海军,等. 早期输尿管镜检术加 D-J 管置入术治疗输尿管阴道瘘[J]. *现代泌尿外科杂志*, 2010, 15(4): 316-317.
- [10] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2005.
- [11] Selzman AA, Spirnak JP, Kursh ED. The changing management of ureterovaginal fistulas [J]. *J Urol*, 1995, 153(3 Pt 1): 626-628.
- [12] 周新惠,金悦,蒋鹏. 妇产科手术后并发输尿管阴道瘘 5 例报告及文献复习[J]. *中华妇产科杂志*, 2007, 42(4): 266-267.
- [13] 冯静,李小伟. 腹腔镜辅助阴式子宫切除术泌尿系损伤 5 例报告[J]. *中国微创外科杂志*, 2007, 7(3): 230-232.
- [14] 伍季,何林. 腹腔镜子宫切除术后输尿管阴道瘘原因分析及外科处理[J]. *中国微创外科杂志*, 2011, 11(3): 220-221.
- [15] Eilber KS, Kavalier E, Rodriguez LV, et al. Ten-year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition [J]. *J Urol*, 2003, 169(3): 1033-1036.