



肾移植术后尿瘘的原因及处理

范礼佩 赵 明 黄先恩

第一军医大学珠江医院器官移植科(广州 510282)

肾移植术后并发尿瘘不多见,但如果处理不好,容易出现继发性感染和肾功能减退,严重时导致患者死亡。近3年来我院进行628例次肾移植术,发生尿瘘12例,发生率为1.9%,分析了尿瘘发生的原因,总结了尿瘘的处理经验和工作中预防的要点,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组12例尿瘘患者,男10例,女2例,年龄31~55岁,术前诊断均为慢性肾功能衰竭,尿毒症、慢性肾炎,均为第1次行肾移植术,手术方式均采用肾动脉、静脉与髂外动脉、静脉端侧吻合,供肾输尿管与膀胱黏膜肌层吻合并作隧道式包埋,不留双J支架管。

1.2 供肾及组织配型 供肾年龄在20~35岁,取肾方法:整块取肾,采用高渗枸橼酸盐腺嘌呤溶液灌洗与保存。ABO血型均相同,PRA均为阴性,HLA配型:HCA-A、B及DR配型要求至少3个位点相同。

1.3 免疫抑制剂方案 12例患者均采用强的松(Pred)+环孢霉素A(CsA)+霉酚酸酯(MMF)方案。术前用药:CsA按10mg/kg,在术前分两次口服;术中和术后连续3d静点甲基强的松龙(按8mg/kg);Pred按30mg/d顿服,MMF为500mg,口服,3次/d。CsA根据浓度、肝肾功能结果调整。

1.4 术后检测、检查 肾移植术后定期检测血、尿常规、血生化、CsA浓度。行移植肾B超检查监测移植肾大小、形态、结构及肾周情况,对于移植肾周积液或者切口渗液应留取标本,测定其尿素氮、肌酐,并与血浆、尿液的生化结果比较。对于不明原因的腹水增加,可抽取腹水作生化分析,并与血浆、尿液的生化结果对比。必要时行移植肾同位素肾图、膀胱

造影或者IVP检查。

2 结果

尿瘘发生的时间:8例为术后1~4d,表现为切口引流液时增多,最多1例与尿量的比例达到1:1。4例为术后7~10d出现。发生的部位:7例为吻合口瘘,3例为输尿管远端坏死,2例为输尿管远端损伤穿孔,1例穿孔表现为尿源性腹膜炎。经腹水生化检查、膀胱造影确诊。12例均行手术探查,5例行输尿管与膀胱再吻合术、5例行吻合口修补术,均应用双J管。2例单纯留置双J管。12例患者未出现感染,均治愈出院。

3 讨论

吻合口瘘是最常见的尿瘘病因,在我们12例患者中,吻合口瘘为7例,占58%。吻合口瘘的原因是吻合技术、包埋技术差导致的。输尿管与膀胱吻合时要注意不要单纯与膀胱黏膜吻合,因为黏膜薄,易撕裂。最好带有黏膜下少量肌层。包埋时过紧会导致梗阻,过松易形成尿瘘。

输尿管远端损伤和坏死引起尿瘘,是在取肾过程中损伤输尿管或者输尿管的血供。另外在修肾时若损伤输尿管或者修肾时,肾门、肾下极、输尿管周围的组织剔除太多,损伤输尿管动脉或者损伤肾下极迷走动脉,影响输尿管远端的血供。本组中有3例为输尿管远端缺血坏死,2例为输尿管远端损伤。共5例,占41.7%。排斥反应导致尿瘘,可能是由于排斥反应造成输尿管血供障碍而引起输尿管坏死。本组未发现此类患者。

对于术后早期的尿瘘首先要留置尿管,注意观察切口引流液量的变化,在观察期间要注意保持尿管的通畅,因为若尿管不通会加重尿瘘。

对于尿瘘患者观察发现无好转时要手术探查,本组12例尿瘘患者均行手术治疗,效果良好。手术探查的时机要因人而异,手术后即出现的尿瘘,可观察1~2d,待患者内环境好转,病情稳定时探查。而对于术后1周后出现的尿瘘,要立即手术探查。手术探查处理的方式:①吻合口瘘:对于吻合口瘘严重的应留置双J管,并进行吻合修补。对于不严重的吻合口瘘,可纵形切开输尿管约1cm,单纯留置双J管。本组12例中,5例行吻合口修补术,均应用双J管。2例单纯留置双J管。②输尿管远端损伤或坏死时要切除损伤、坏死段,重新吻合。如果输尿管足够长,可重新与膀胱吻合,并留置双J管。本组12例中,5例行输尿管与膀胱再吻合术。如果输尿管过短,可与受者输尿管端端吻合,并留置双J管。

尿瘘的预防方法:①提高取肾技术,确保供肾质量,保护输尿管血管,输尿管及周围组织应尽可能地保留,避免撕扯、牵拉;修肾时要注意保护肾下极及肾门,肾蒂“三角区域”。②当移植肾开放血流后,注意观察输尿管的血供情况,对于活动性出血应结扎,结扎时应不影响远端血供。③膀胱黏膜下隧道式输尿管-膀胱吻合时应注意:输尿管远端剪为V型切口,长约1cm;输尿管应和膀胱黏膜肌层间断缝合;隧道式包埋约2~2.5cm,不宜过紧,避免梗阻;在隧道式包埋的外口应将输尿管系膜与浆肌层固定。

总之,对于尿瘘首先要注意预防,在取肾、修肾时就要注意保护输尿管;只有做好了各项预防工作,并提高手术技术,才能减少尿瘘的发生;而一旦出现尿瘘要根据不同情况及时处理。

(收稿日期:2002-09-13)

关于随机化原则

随机原则是医学论文在“材料与方法”中首先应介绍的重要内容。从理论上讲,对未经随机化抽样与分配所得到的试验结果进行统计检验是毫无意义的。有一部分作者对随机的含义并不理解。对某作者对老年人胃癌术后并发症进行分析,并与青壮年患者进行对比,在“材料与方法”中却写到“收集本院××年至××年胃癌住院手术患者139例,随机分为老年组(>60岁)47例和非老年组92例。”此作者是将患者按年龄分组,而不是随机分成老年组和非老年组。又有某些作者用静注丙种球蛋白治疗新生儿HIE,并与常规处理做对照,文中写到“为观察丙种球蛋白对HIE的治疗效果,将1995年入院的部分患儿用丙种球蛋白治疗,接受丙种球蛋白治疗的观察组,常规处理的为对照组”。这是作者在总结病例资料进行的分类分组,正确的做法应该是在接受治疗前将患儿进行随机分组。有部分作者在“方法”中试验设计和随机化缺失情况比较常见。一些作者即使提到了随机抽样,也往往是只提及随机分成几组,很少涉及抽样和分配的具体方法,这就很难保证结论的可信性和科学性,应引起足够重视。

本刊编辑部