



肾蒂淋巴管剥脱治疗重症乳糜尿

张格金 蔡维奇 马袖珍

乳糜尿是我国苏北地区比较常见的疾病,多数继发于班氏丝虫感染后,重症患者对机体影响大,可导致贫血,营养不良,以致丧失劳动力。我们自1992年12月~2001年12月,采用肾蒂淋巴管结扎治疗重症乳糜尿,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组92例,男44例,女48例,年龄32~66岁,平均42岁。均为重症乳糜尿,并发乳糜血尿者38例,均有乳糜尿凝块,伴肾绞痛10例,有尿潴留者14例。行膀胱镜检查双侧乳糜尿9例,单侧83例,左侧42例,右侧50例,并发肾结石2例。所有病例均行静脉肾盂造影检查。

1.2 手术方法 适当术前准备,贫血严重者给予输血,纠正低蛋白血症。全麻或硬膜外麻醉,采用11肋间切口,距肾门约2cm处游离肾动静脉周围脂肪纤维及淋巴组织,游离输尿管上段约5cm,术毕行肾下极与腰大肌固定,并发结石病例,肾周围淋巴管结扎后,行切开取石术。

2 结果

并发气胸6例,均予抽气后缝合胸膜。所有病例均有血尿,一般持续1周左右。本组随访68例,术后所有病例尿液均转清,尿乳糜检验阴性。患者全身症状明显好转,体重增加,贫血基本消失,2例在3月后复发,复查膀胱镜,1例来自术侧,但症状较轻,予中药治疗好转。1例为对侧,予手术后好转,随访1年未复发。

3 讨论

乳糜尿多数继发于丝虫感染后,其发病机理是丝虫寄生于淋巴系统内,机械性与过敏性炎症破坏,造成乳糜池、腰、肠总干附近淋巴管壁尤其是瓣膜的损坏失效,引起淋巴管迂曲扩张,瓣膜关闭不全,液体向远心端管腔内返流坠积,终至淋巴液返流至肾形成糜管与尿液混合,形成乳糜尿^[1]。乳糜尿诊断容易,一般根据尿乳糜试验阳性,尿中有脂肪颗粒即可诊断。

由于乳糜尿患者尿中有脂肪及蛋白的丢失,特别是重症

患者,易引起患者消瘦、贫血,甚至导致丧失劳动力,因此应予重视。乳糜尿发作的自然缓解率较高,对于初发时间短,间歇发作者,予卧床休息,低脂肪饮食多数可缓解。使用硝酸银等硬化剂肾盂灌注,对部分患者有效,但远期复发率较高。有人报告灌注硝酸银可导致急性肾衰竭。对发作间歇短,消瘦、贫血,经常有乳糜块堵塞引起肾绞痛,尿潴留或并发有肾结石者,我们认为手术治疗效果好。

手术方法很多,有分流性手术及阻断性手术^[2]。分流性手术即淋巴管与静脉吻合,此方法可以降低淋巴系统内压力,使乳糜尿减轻。但由于淋巴液流速较慢,淋巴管比较细,易致吻合口梗阻,故远期效果差。我们认为行阻断性肾蒂淋巴管结扎术效果好,由于隔绝淋巴尿路联系,促使侧支循环形成淋巴重新流通,使乳糜尿得以改善。

我们认为术前应行静脉肾盂造影及B超检查,了解对侧肾脏功能情况。由于乳糜尿是消耗性疾病,特别是重症患者体质较差,如不能解决尿内蛋白脂肪的丢失,病情就不能好转,故如无严重心肺疾病,应尽早手术。对于重症患者,单纯膀胱镜检查即可定位,不必行淋巴造影。双侧乳糜尿患者可选择较重的一侧手术,症状大多数能消失,如仍不好转,可择期再行对侧手术。对于熟练掌握该手术的外科医师并发症少见。仔细操作一般不会损伤肾蒂血管,术中应距肾门约2cm处分离肾蒂周围组织,沿血管表面分离淋巴管,两断端均应结扎以防淋巴管再通,同时避免结扎异位的肾血管。少数患者肾周有粘连,但和肾血管之间有界限,应沿肾血管表面游离。术后复发多为肾动静脉血管之间淋巴管漏扎所致,如果复发,再次手术困难。术后多数病人出现血尿,一般1周左右消失,主要为术中牵拉和挤压肾脏所致,故术中操作应轻柔,术毕做肾固定术,卧床1周以利肾脏与周围组织粘连固定。术后放置尿管引流,一般3天后拔除。在1个月内应避免高脂饮食以减低淋巴系统压力。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993: 372-374
- [2] 梅骅. 泌尿外科手术学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 749-752

作者单位: 江苏省宿迁市钟吾医院(张格金)

江苏省宿迁市人民医院(蔡维奇、马袖珍)

邮 编 223800 收稿日期 2003-09-02

应用,但是急性排斥反应的发生率仍高达50%~70%^[2]。一般来讲,急多发生于7~15天,我院5例中有3例分别于第7、10、12天发生了急性排斥反应,其诊断标准为患者出现不同程度的头痛、发热、精神萎靡、食欲减退,全身皮肤粘膜黄染,肝区疼痛,胆汁引流量减少且颜色变淡质变稀,血常规中白细胞增加,中性粒细胞、嗜酸性粒细胞百分比增加。肝功能中血清总胆红素增加,谷丙转氨酶、碱性磷酸酶升高,出凝血时间延长,免疫学检查中血清游离IL-2R升高,CD4/CD8比值、

抗体抗I类MHC抗体、粘附因子等均增加。肝穿刺活检均示急性排斥反应,即行甲基强的松龙1000mg冲击治疗3天后,症状缓解。

参 考 文 献

- [1] 郑树森, 范上达, 等. 肝脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 14: 327-328
- [2] Klintmalm BG, Nery JR, Husberg BS, et al. Rejection in Liver transplantation[J]. Hepatology, 1989, 10: 978-985