

上海第二医学院

建院三十周年学术报告会

泌尿外科

论文摘要汇编

1982. 10

目 录

一、肾 脏

1. 对同种异体肾移植若干问题的看法 18- 1
2. 同种异体肾移植应用抗胸腺细胞球蛋白(ATG)的初步报告..... 18- 2
3. 同种肾移植后尿瘘的诊断和处理 18- 3
4. 肾移植异常血管的处理 18- 4
5. 同种异体肾移植20例21例次报告 18- 5
6. 同种肾移植21例次的几点体会 18- 6
7. 离体手术 4 例报告 18- 7
8. 肾体外手术 8 例报告 18- 7
9. 肾盂肿瘤27例临床分析 18- 8
10. 梗阻在成人多囊肾发病中的作用的初步探讨 18- 8
11. 腰干淋巴管或淋巴结静脉分流术治疗乳糜尿 18- 9

二、肾 上 腺

12. 120例原发性醛固酮增多症外科治疗总结..... 18-10
13. 嗜铬细胞瘤72例总结 18-11
14. 160例皮质醇增多症的外科治疗总结..... 18-11

三、输 尿 管

15. 原发性输尿管癌10例报告 18-13
16. 成人先天性巨输尿管11例报告 18-13
17. 匙状成形术治疗肾盂输尿管交界处狭窄 18-14

四、膀 胱

18. 人造膀胱和人工再生膀胱 18-15
19. 膀胱癌 18-15
20. 柯兴氏综合征的治疗 18-15
21. 加压、温热治疗膀胱肿瘤15例报告 18-16
22. 控湿、膀胱自动冲洗机的临床应用 18-17
23. I型自动控制、调温、膀胱冲洗机的研制与临床应用 18-18
24. II型控温膀胱自动冲洗机的结构性能简介 18-19
25. 213例膀胱肿瘤临床分析..... 18-20

26. 158例全膀胱切除迴肠代膀胱治疗膀胱癌并发症讨论	18-20
27. 膀胱颈部及前列腺段层切除治疗膀胱颈部肿瘤	18-21
28. 腹膜外迴肠膀胱术110例临床观察	18-21
29. 116例膀胱癌全膀胱切除术临床分析	18-22
30. 膀胱再生的动物实验	18-23

五、尿 道

31. 原发性女性尿道癌	18-24
32. 经尿道部分切割膀胱颈部治疗老年妇女膀胱颈部功能性梗阻	18-25
33. 经耻骨途径手术治疗难治性后尿道狭窄10例报告	18-25
34. 尿道下裂应用膀胱粘膜一期修补术	18-26
35. 耻骨后坠道套接吻合治疗复杂性后尿道狭窄	18-27

六、前 列 腺

36. 110例慢性前列腺炎分析报告	18-28
37. 上海市18所医院前列腺肿瘤253例临床分析	18-29
38. 154例耻骨后前列腺摘除术临床分析	18-29
39. 266例前列腺增生症手术治疗分析	18-30
40. 耻骨上前列腺摘除术的一些问题	18-31
41. 109例前列腺疾病的超声断层诊断	18-32
42. 75岁以上高龄前列腺增生手术治疗73例的体会	18-33

七、外生殖系统

43. 精索脂肪肉瘤二例报导	18-34
44. 巨大阴囊橡皮肿切除整复一例报告	18-34
45. 阴茎根部 Paget's 病一例报导	18-35
46. 附睾肿瘤	18-36

八、其 它

47. 自体大隐静脉移植的血液透析动静脉内瘘4例报告	18-37
48. 52例1225次动静脉内瘘血透析的应用	18-38
49. 2500例次血液透析的体会	18-39

一、肾 脏

对同种异体肾移植若干问题的看法

附属瑞金医院泌尿科

郑崇达 程一雄 凌建煜 王素娥

我院自1977年4月至1982年6月,共施行19例21次异体尸体肾移植,死亡5例、功能肾存活6个月以上者12/17(70.6%),1年以上者12/17(70.6%),3年以上者5/7(71.4%),4年以上者3/4(75%),5年以上者2例,虽病例不多,统计学的意义不大,但本组移植肾1年的存活率目前在国内外各肾移植后的统计中是最佳的。我们就不多的经验,对肾移植中若干问题提出一些看法,与同道磋商。

一、移植指征:目前同种异体肾移几乎没有反指征,但有一个基本指征,即终末期尿毒症。其具体标准为:内生肌酐清除率 <5 毫升/分,血肌酐值 >10 毫克%。我们认为不能为了提高病人的存活率而任意提早手术。

二、透析时间:慢性透析与肾移植的指征并不等同,在内生肌酐清除率 <15 毫升/分时可接受透析治疗,如 <5 毫升/分则可考虑接受肾移植,在肾移植之前必须接受足够的时间血透治疗,使其摆脱尿毒症的影响,恢复体质。一般需透析3—6个月。

三、免疫抑制剂的使用方法:

现在一致认为移植后采用小剂量免疫抑制剂,可减少并发症和死亡率,提高病人的存活率,如出现反复排异时,切除移植肾保全病人,但我们觉得目前的基本情况是:

(1)供肾来源困难,术前无充裕时间了解供受体间的组织相容性,只能了解红细胞型和淋巴细胞毒性试验,往往是红细胞型相符,其他无选择的余地。供受体间的组织相容性绝大多数很不理想。

(2)长期透析价格高昂,透析设备有限,透析和移植相辅交替治疗的安排不切合现实情况。

因此只有在组织相容性较好的情况下,采用小剂量免疫抑制治疗才是可取的。

本组病例术后1个月后的强的松剂量为25—45毫克/日(根据硫唑嘌呤的允许用量而定),3个月时间的剂量为20—35毫克/日,6个月以上为20毫克/日,2年以上为15—20毫克/日,3年以上为10—15毫克/日,硫唑嘌呤剂量为:3个月以内为3毫克/公斤体重/日,3个月以上为2.5毫克/公斤体重/日,1年以上为2毫克/公斤体重/日。我们不主张采用激素隔日疗法,因隔日与每日疗法去感染发生率方面无显著差异,而机体对移植物的排异在隔日疗法时将有所增强。

四、死亡时间及原因、死亡大多发生在手术后3个月内,死亡原因主要有三个:(1)排异反应,(2)感染,(3)与手术有关的并发症,目前很少因手术操作不当而造成恶果,排异反应仍然是丧失肾脏及病人死亡的主要原因之一。目前所采用的组织相容性试验还不够健全,常出现组织相容性试验结果与临床表现不一致的情况,但移植肾的长期存活(2年以上)无疑与组织相容性关系密切。为此,早期识别排异极为重要。我们不采用所谓免疫抑制剂预防性

冲击,这可避免盲目过多地使用免疫抑制剂的弊端。

术后2个月内出现的发热和白细胞升高,难以判断是感染或排异反应时,可先采用抗菌素和皮质激素抗排斥共用一剂的治疗方法,排异反应者,发热可明显下降,如感染者其反应不显著。

五、饮食管理:移植后病人一般饮食的管理已众所周知,但我们发现:豆类、蜂蜜、人参及维生素B₆、鲨肝醇之类药物可增强免疫,促进排异反应,于术后早期(3个月内)应避免该类食物和药物。

以上一些看法,但是我们在有限的实践中的点滴体会,还有待进一步观察,才能得出较成熟的经验。

同种异体肾移植应用抗胸腺细胞球蛋白(ATG)的初步报告

附属瑞金医院泌尿科

郑崇达 王素娥 程一雄

本院共进行15例16次异体肾移植,11例应用ATG治疗,本文目的是介绍国产ATG临床应用情况。

ATG应用方案为移植术前6小时静脉滴注ATG8mg/公斤体重,术后第2—14天为7mg/公斤体重/天,第三周为隔天一次,第4周到3个月为每周应用二天。

11例中9例按上述方案治疗:4例完成计划,5例因发生付反应和并发症而中断,但都完成三周的治疗。另2例中1例采用肌肉注射,1例在手术二周后起用ATG。

ATG是一种特异性免疫抑制剂,抑制T淋巴细胞。在同种异体肾移植中应用ATG后能推迟术后第一次排异反应,减少排异反应的发生率,减轻排异反应的症状。ATG应用二周后淋巴细胞E玫瑰花环形成率被抑制最明显,但ATG是异种蛋白,应用时有一定的危险性,主要的付反应和并发症为过敏性休克、血清病和免疫复合物肾炎。文中提到施用ATG时9点注意事项。皮试(一)宜静脉滴注、用生理盐水溶解、每日观察尿量及肾功能、白血球血小板降低以及发生血清病时停用等。

同种肾移植后尿痿的诊断和处理

(附 3 例报告)

附属第三人民医院泌尿科

江 鱼 姚建国 钱家麒 吴家骏 王益鑫

肾移植后提高移植体的存活,除有效控制排异和防止感染外,避免技术性并发症亦是一个重要问题。尿痿的原因,除技术因素外受者的长期尿毒症状态,贫血,术后使用大剂量免疫抑制剂和输尿管末端供血不足,都是导致这一并发症的因素,本文对我院 23 例次同种肾移植后发生尿痿 3 例占 13% 报告于后。

病例摘要

病例一、王××男 34 岁,住院号 148012,1977 年 4 月 28 因尿毒症接受尸肾移植至髂窝。输尿管膀胱吻合采用经膀胱 Politano 法吻合,输尿管支架引流,膀胱切开处分两层缝闭,尿道留置导尿。术后第 2 天支架管尿量减少,切口渗出液增多,局部肿痛,渗出液细胞学检查与尿液成份相同,迅速作切口直压引流,3 天后切口渗液停止。

病例二、钱××男 29 岁,住院号 163424,1979 年 5 月 5 日因尿毒症接受尸肾移植至右髂窝,供肾输尿管再植膀胱作 Leadbetter-Nesbit 坑道式吻合,术后肾功能良好,第 3 天拔导尿管晚 C 病人作了数次较大弯腰动作,即发现切口渗液增加,尿量减少,再插尿道导尿管引流,切口扩创负压吸引,至第 8 天停止漏尿,14 天拔除导尿管。

病例三、周××男 49 岁住院号 176493,1980 年 8 月 15 日因尿毒症作尸肾移植至左髂窝,输尿管膀胱吻合按 Lead-better 吻合法,术后肾功能恢复良好,第 4 天拔支架管以后切口愈合不佳一直有少量渗出,一月后渗出增加,膀胱尿减少,术后 51 天耻骨上尿痿造影,发现移植输尿管下端狭窄,上端明显扩张(图示),手术探查见精索组织压迫输尿管引起部分坏死而尿成痿,作肾盂膀胱吻合重建尿路,术后恢复良好。

讨 论

一、发生原因及部位:输尿管血运缺乏是引起尿痿的主要原因,本组例一漏尿在术后第 2 天膀胱缝合仅二层,曾从膀胱注入美兰,创口出现兰色故膀胱痿无疑,例 2 漏尿与输尿管血运欠佳和术后早期剧烈动作,吻合裂开有关。例 3 与精索压迫及局部感染而引起输尿管坏死穿孔有关。

二、尿痿的诊断:最重要是与淋巴痿作鉴别诊断,除静脉注射靛胭脂方法来区别,亦可作渗出液的肌酐,尿素氮,及电介质测定,一般淋巴液与血浆成分相同,尿液浓度比淋巴液高,此外尚有静脉肾盂造影,膀胱造影或痿管造影,B 型超声扫描及同位素闪烁扫描均能提示尿外渗。

三、治疗:本组前二例用负压吸引很快痿口关闭,估计痿口较小只要能保持创口干燥,亦能自行闭合,如果不见好转应及时作造影明确痿管性质,位置,大小,例 3 手术探查作肾盂膀胱吻合痿管才闭合治愈。

《刊于:中华器官移植杂志 2:65,1982》

肾移植异常血管的处理

附属第三人民医院泌尿科

江 鱼 姚建国 袁寄立

附属第九人民医院泌尿科

宋宁家 许灿华 程伟民

自1972年11月至1980年12月我们共作肾移植31例次。其中异体肾移植21例次,自体肾移植10例次,异体供肾血管异常在21例中共遇11例次(52.4%),右侧6例次;左侧5例次。自体肾移植10例中共遇6次(60%),右侧2例,左侧4例。异体肾移植供肾有动脉异常者7例次,静脉异常者4例次。10例自体肾移植供肾动脉异常者6例次。

异体,自体肾移植17例次血管异常分布情况如下:

表1 17例次供肾血管异常分布情况

血 管	异 常 情 况		例 数
肾 动 脉	迷 走 动 脉	上 极	6△
		下 极	3×
	二 根 肾 动 脉		3
	三 根 肾 动 脉		2
	肾 动 脉 内 腔 硬 化		1
	肾 动 脉 腔 内 机 化 血 栓		1
肾 静 脉	二 根 肾 静 脉		2
	三 根 肾 静 脉		2

△一例与例10相重复。

×其中2例是与三根肾动脉相重复

在13例次动脉异常,除迷走动脉未作灌注外其余二根三根分支动脉均在取下后立即同时作常规动脉灌注,并用5—0双针无损伤尼龙线间断缝合,小于0.3cm的动脉用放大镜作显微外科缝合。

我国肾付动脉出现率较高,约39.6%。我们31例中有二根以上肾动脉者有11例,占35.5%,与国内统计数字相仿,因此在取肾时要注意保护迷走动脉,由于肾内动脉是终末动脉,在肾内彼此没有交通,强调对迷走动脉不能贸然结扎应进行重建血管以防止输尿管坏死,移植肾破裂,节段性梗死,术后高血压等,对直径<0.5mm的迷走上极血管在技术条件受限时可进行结扎处理。本组结扎6例肾脏上极小迷走血管,并无明显不良反应,但下极动脉原则上进行结扎以防破坏输尿管血运,引起输尿管坏死,本组3例均尽力作重建吻合,无一例引起输尿管坏死。对血管进行修复时基本原则是操作程序简单,吻合后血管内腔宽大,不延长肾的热缺血时间,在修复时显露和照明好。我们实践中体会,迷走肾动脉与主要肾动脉的端侧

吻合,两根肾动脉端的侧侧吻合合并成一根,应用供体血管分支移植搭桥形成单一动脉等均符合上述原则,适用于绝大多数异常血管的处理。这方法优点是:①操作简单,②能在最好显露和照明下正确完成动脉修复,必要时还可使用放大镜或手术显微镜,在细小血管之间吻合,③吻合后可仔细检查;④在整个操作期间肾脏保持冷却以保护肾功能,⑤移植时如同单一肾动脉而不增加温缺血时间。在遇有自主动脉和腔静脉直接发出的多根肾动脉或多根肾静脉或多根肾静脉时,采用 Carrel 主动脉片或腔静脉片较为方便。本组有 2 例采用 Carrel 腔静脉片与髂外静脉作连续缝合,仅费时 15 分钟左右。但此法对亲属肾或自体肾移植不宜采用。最后指出,在肾移植时遇到动脉内膜硬化时可采用动脉内膜切除技术,国内此种情况在肾性高血压患者遇见机会较多,我们为一例切除动脉内腔斑块约 0.2×0.3 ,为另一例取去肾动脉腔内 1cm 机化血栓,然后与髂内动脉吻合获得成功。

《刊于:中华器官移植杂志 1:20, 1982》

同种异体肾移植 20 例 21 例次报告

附属第三人民医院 江 鱼 姚建国 袁寄立 钱家麒 吴家骏 王益鑫
附属第九人民医院 宋宁家 许灿华 程伟民 张德星 田树敏

本文报导 21 例次同种异体肾移植的体会和教训,对肾移植后有关的一些问题进行探讨。

自 1972 年底到 80 年 8 月共作 21 例次,其中 1 例作了第二次移植术。其中男 17 例,女 3 例,平均年龄 34.9 岁。这些患者中 17 例患慢性肾小球肾炎,2 例慢性肾盂肾炎,1 例紫癜性肾炎。病人存活率占 28.5%,肾脏存活 47.6%。21 例次在移植前均作 ABO 血型配合,作淋巴细胞毒性试验 19 例,混合淋巴细胞培养 3 例。淋巴细胞毒性试验均为阴性,未分别作 T 淋巴细胞及 B 淋巴细胞毒性试验。HLA 测定 7 例,有一个位点相同者 6 例,均不相同 1 例。

21 例次同种异体肾移植后主要并发症:细菌,霉菌性败血症 DIC 2 例。肺部感染 5 例,切口感染 3 例。急性肾衰 4 例,尿漏 3 例。支架管堵塞 2 例,急性排异,肾血管破裂 1 例,血清性及中毒性肝炎各 1 例。

排异情况:21 例次共出现排异 133 次,超急排异 2 次。最多 1 例出现排异达 26 次。除超急性排异 2 例手术后即时及 2 天发生外,急性排异最早在术后第 6 天发生,最迟在术后 141 天发生,平均为 22.5 天。排异最多见症状:1. 体温升高。2. 移植肾肿大,局部胀痛。3. 尿量变少,血肌酐升高和肌酐清除率下降。4. 体重增加。5. 同位素肾图 B/K 比值的测定。6. 5 例排异时移植肾血管杂音减轻。

本组 20 例中死亡 14 例占 70%,5 例排异不能逆转肾功能衰竭。其余 9 例除 2 例超急排异,移植肾切除后尿毒症死亡外均死于败血症,肝炎,过敏性休克,精神失常等。

本文最后重点讨论三点:1. 急性排异的诊断与鉴别诊断:文中谈到我们体会要点:(1)移植肾局部体征:移植肾增大变硬压痛占 66.9%。移植肾血管杂音改变亦不可忽视。(2)尿量减少:要与受肾者有否肾前肾后及尸肾缺血损伤相区别。(3)体温:排异与感染的发烈易

混淆区别关,有否肾功能同时下降。(4)肾功能减退:须与巨细胞病毒感染区别。(5)同位素肾图变化。2. 移植后感染:分析本组感染原因及致死因素。3. 移植效果的分析:指出急性排异不能逆转的移植肾应果断及时处理,及时回入血透析治疗,控制感染才能提高受者存活率。有3例存活一年以上因不重视随访,及时治疗,致延误病情死亡。

同种肾移植21例次几点体会

附属瑞金医院泌尿科 郑崇达 程一雄 王素娥

本院自1969年至今共施行同种肾移植20例22次。由于1969年1例在当时各方面条件均不具备的情况下进行的,临床正式开展该项工作于1977年,故本文以1977年4月至1982年6月的病例共19例21次手术为基础的。迄今为止,还存活者14例,已死亡者5例,存活者的肾功能都良好(血肌肝值在2毫克%以下)或比较良好(血肌肝值在2.5毫克%左右)。活着的14例中2例尚未满1年。本组病例总的1年存活率(病人存活和功能肾存活率相同),为12/17(70.6%)。存活已超过4年者5例,5年者2例。本文就提高移植肾存活率试行探讨。

1. 病人选择:50岁以下终末期尿毒症都可接受肾移植,本院考虑,对有严重的心衰,体内有感染灶者,不可控制的糖尿病,对皮质激素试验无反应者都不考虑手术。

2. 术前准备,病人准备充分与否,直接关系到手术效果,血液透析6个月时接受手术最为理想,因经半年的准备,病人体积已接近正常人,对手术及药物的耐受力较强,治疗前血色素一般为4~5克%,6个月中输血量约需2000毫升,应输同型的新鲜血为宜。

3. 供肾条件:供肾无血管痉挛,热缺血时间在10分钟以内,冷缺血时间在6小时以内者手术效果满意,术后很少发生急性肾功能衰竭,由此而发生的并发症也减少。本组病例的供肾附合上述三条件者,无一例发生急肾衰,故病人在就地手术既效果好,总的费用也小。

4. 免疫抑制治疗:按目前条件,我们感到硫唑嘌呤+皮质激素+ATG的效果佳。不采用激素预防性冲击,不选择激素隔日疗法。抗急性排异的效果以皮质激素最好,如病人不适宜应用者,可选用更生霉素,其次才是环磷酰胺和局部照射。免疫抑制剂的维持量为:硫唑嘌呤1年以上为2毫克/公斤体重/日。强的松6个月以上为20毫克/日,2年为15~20毫克/日,3年以上为10~15毫克/日。

5. 早期识别排异:先期,由于缺乏临床洞察急性排异的能力,把希望寄托于各类实验室免疫学指标,结论是可靠性不大或不及时,还是依靠临床观察细微的变化及尿钠的排量变化等及早作出判断和处理。不能等待肾脏明显增大和按痛,血肌肝、尿素氮上升、尿量锐减等后期症状出现才作处理,使肾脏受损,在不能鉴别感染与排异时,可同时应用抗菌素和免疫抑制剂冲击一剂,体温及血细胞显著降低者为排异。

6. 长期存活因素:供受体间的组织相容性,是保持移植物的长期存活(5年以上)的重要因素,本组于1977年的3例,2例已超过5年,1例5年缺3个月,这3例的组织配型都较好。死亡的5例中,2例的死亡原因与组织相容性有关,排异不能控制。第2个因素是就地手术,热缺血时间短以外,冷缺血时间都超过6小时。但有1例超过13小时,术后肾衰,排异不能控制发生移植肾自发性破裂而摘除肾脏。第3个因素是免疫抑制剂的应用,在组织相

容性不理想或无法明确的病例，不采用现行的小剂量的维持量。第四个因素是生活管理，生活管理，生活有节制和规律，避免感冒或感染。本组 1 例术后 9 个月在旅游中传染肝炎而死亡。主张不吃易致敏或促进免疫的食物。

离体肾手术四例报告

附属瑞金医院泌尿科 郑崇达

本院在 1979 年至 1980 年对四例从肾原位取净结石的病人施行离体肾手术，获得良好的结果。四例中一例系复发性结石，伴有肾盂输尿管交界处及肾上大盏颈部狭窄，取用游离腹膜片进行移植修复扩大狭窄部。四例离体肾手术都获得良好效果。

文中提及离体肾手术中的若干技术问题：如麻醉中不使病人发生低血压；游离肾脏之前肾蒂部用普鲁卡因注射浸润；阻断肾血管之前动脉内注射酚妥拉明 5mg 等防止肾血管痉挛。足够的液体补给，取肾前及移植肾血流重建之前注射甘露醇和速尿，使肾脏处于利尿状态。取净结石后拍 X 光片，预防有残余结石等。本文还讨论了离体肾手术的优缺点。

肾体外手术八例报告

附属第三人民医院泌尿科 江 鱼 吴家骏 王益鑫 姚建国 印志良

附属第九人民医院泌尿科 宋宁家 许灿华 程伟民

铜陵市人民医院外科 章崇志

自 1977 年以来应用肾体外手术治疗肾血管性高血压及肾巨大鹿角形结石伴多发性结石共 8 例。

临床资料：男性 7 例，女性 1 例。年龄最大 52 岁，最小 23 岁。6 例为肾巨大鹿角形结石伴多发性小结石；2 例为肾血管性高血压，其中，1 例由于肾动脉狭窄并伴有多根肾动脉分枝，另一例肾动脉主干呈纤维化条索状狭窄需作体外血管整复。

手术方法：(1)取 60 度侧卧位，由腰部第 11 肋间切口进入肾窝，在解剖肾蒂时用 0.5% 普鲁卡因和氯丙嗪 12.5 毫克作局部浸润封闭，以免血管痉挛。主要的肾付动脉应保留。(2)将切口延长至髂窝，暴露髂内动脉及髂外静脉。(3)切取肾脏前 15 分钟，静脉快速滴注 20% 甘露醇 250 毫升，然后切断肾动静脉，并立即于肾动脉内注入含肝素 2000 单位和苄氨唑啉 10 毫克之生理盐水 20 毫升。将肾置于体外工作台上，进行冷灌注。(4)灌注液采用 4℃ 的 Sack's I 号溶液，灌注压力维持在 90~100 厘米水柱(肾付动脉均需灌注)(5)剥净肾动静脉周围纤维组织，如有多枝肾动脉则需吻合整复。肾实质切开摘除结石或去除病灶，为避免残留小结石，可作体外肾 X 线摄片检查。(6)肾剖面切断之小血管用 5-0 锦纶线作 8 字形缝合。5-0 肠线关闭肾盂肾盏。(7)将已修复的肾脏移植于同侧髂窝内。用 F₂₂ 号单导管作肾造瘘。用 2-0 肠线作放射形褥式间断缝合。(8)切断输尿管用 Politano 法作输尿管膀胱抗逆流吻合。如输尿管不切断者则可将移植肾倒置。(9)切口充分止血后，放置卷烟引流，缝合切口。(10)术后待肾造瘘管内引流尿液清晰后即可拔除造瘘管，一般为 7~10 天左右。

治疗效果：本组8例肾脏缺血时间，由1小时55分到6小时28分不等，移植肾恢复排尿时间最短为3小时，最长6天。2例肾血管性高血压术后血压均恢复正常。术后肾图、静脉肾盂造影及肾血流量测定证明8例移植肾功能都恢复良好。6例多发性巨大鹿角形肾结石全部取尽，术后近期内无复发现象。

讨论：肾脏体外手术的优点是由于肾脏经4℃低温的冷灌注后，不但使肾脏对缺血的耐受时间大大延长(最长时间为12小时)为在无血情况下进行复杂细致的手术创造了有利条件，而且术中操作方便，止血精确，出血减少，有助于较为彻底地除尽病变，从而减少疾病的复发率。其适应症为(1)不能用原位手术修复的肾动脉分枝病变引起的高血压(2)双侧肾或孤立肾的血管病变以及局限于肾脏中部或两极之肿瘤(3)复发性鹿角形肾结石或伴有多发性肾结石之鹿角形结石，但伴有明显感染者应列为禁忌(4)肾损伤伴有其他脏器严重损伤者。作者认为凡能用原位手术治疗且效果相仿者均不考虑作肾体外手术。手术探查发现肾脏或肾蒂有严重炎症，肾切除困难，可导致血管痉挛，肾灌注不良者以及髂动脉有严重粥样硬化，大动脉炎或后腹膜纤维化疾病侵犯到髂静脉者，均应列为手术禁忌症。

《刊于：中华外科杂志 9:563, 1981》

肾盂肿瘤—27例临床分析

附属瑞金医院泌尿科 吴瑜璇 郑崇达

本文总结了本院泌尿科自1961—1980年20年间收住的肾盂肿瘤27例，占同期98例肾脏肿瘤的28%。

本组中男19例，女8例。最小年龄24岁，最大82岁，其中41—70岁者共21例，占78%。右侧9例，左侧18例，无双侧者。临床表现主要以血尿为主，19例为无痛性血尿，1例腹部扪及肿块。诊断主要依靠静脉肾盂造影及逆行肾盂造影。手术方法，单纯肾切除7例，肾、大部输尿管切除4例，肾、输尿管全切除7例，肾、输尿管、部分膀胱切除6例，肾、输尿管、全膀胱切除1例，肾盂切开1例，肾活检1例。病理所见移行细胞乳头状癌23例，鳞状细胞乳头状癌2例，葡萄簇肉瘤1例，息肉1例。随访结果，移行细胞乳头状癌预后较好，鳞癌2例均于1年内死亡。手术方法中肾、输尿管全切除(包括输尿管口和部分膀胱)预后最好，而肾切除及肾、部分输尿管切除术后易复发膀胱肿瘤或输尿管残余肿瘤。

本文报导了一例肾盂葡萄簇肉瘤，对其临床表现和病理所见进行了描述。

本文在诊断方面提出了在血尿病人膀胱镜检查时，如膀胱内阴性，则要高度怀疑上尿路病变；如在发现上尿路肿瘤时，术前要作膀胱镜检查，排除膀胱内可能存在的病变，再决定其手术方案。

梗阻在成人多囊肾发病中的作用的初步探讨

附属新华医院泌尿外科 叶敏 曹裕丰 蒋鹤鸣

多囊肾是肾脏囊性疾病中的一种类型，从遗传学观点将其分为婴儿型和成人型两类。尽管人们对成人型多囊肾的临床特征知道得较多，但其发病机理尚不十分清楚。国外不少学者

提出了种种假设,如原始集合小管和肾单位不联接,肾单位进化障碍,尿路梗阻,肾毒性代谢物影响和小管腔内梗阻等,但尚有争议。我们在多年来去顶减压治疗成人多囊肾的基础上,近两年进行了基础理论研究工作。我们对18例病人的20个肾脏去顶减压治疗时,取囊肿壁和邻近肾组织作光学显微镜和透射电子显微镜观察,并在原位测定囊肿压力。发现:(1)多数囊肿压力升高,提示囊肿肾单位远端有梗阻存在。(2)囊肿上皮细胞退化、变性、多脱落。小管腔内充满蛋白性液体和细胞脱屑形成之管型。(3)囊肿和扩张肾小管周围肾间质纤维组织增生,胶原纤维和成纤维细胞增多,有时使小管腔缩小,有时使其扭曲。(4)囊肿壁和小管壁有局灶性上皮细胞增生和息肉形成,部分地阻塞管腔。上述各种因素,造成不同程度的管腔梗阻,管内尿流阻力增大,小管逐渐扩张,最后肉眼可见的囊肿形成。囊肿形成和进一步扩大,又可压迫邻近组织,造成新的梗阻。这样恶性循环,进行性的囊肿形成,功能性肾单位减少,最终出现肾功能衰竭。我们的研究提示,肾小管腔外纤维组织增生和管腔内上皮细胞增生和息肉形成,这种梗阻因素在成人型多囊肾发病中起重要作用。是否还有其他因素参予囊肿形成,上皮细胞增生和息肉形成的原因是什么,还有待进一步深入研究和探讨。

腰干淋巴管或淋巴结静脉分流术治疗乳糜尿

附属第三人民医院泌尿外科 江 鱼 王益鑫 印志良

1964~1978年我院应用腰干淋巴管精索(卵巢)静脉吻合术治疗乳糜尿共28例,随访4~10年,19例(占74%)完全治愈。当淋巴管直径在2毫米以下时,与精索或卵巢静脉吻合较为困难,自1966年开始,我们对腰干淋巴管较细无法与静脉进行吻合的病例采用淋巴管丛切开与静脉套接吻合5例,1980年又开始应用腰部淋巴结切开与静脉套接分流共6例,同样获得良好效果。

本组病例特点为病程长,症状严重,经尿乳糜试验,膀胱镜检查、淋巴造影证明双侧肾盂有淋巴管破裂或输尿管喷乳糜5例,单侧性为5例,这些病例都经长期非手术治疗无效而致术前贫血,血浆蛋白低、全身营养不良。

本文详细描述了腰淋巴丛切开与静脉套接分流,以及腰淋巴结静脉分流的手术方法,都是采用12肋腰切口,沿腰大肌内侧找出曲张的淋巴丛或淋巴结,剪开0.5厘米,见大量淋巴液涌出,用近心端之精索(卵巢)静脉套接吻合,吻合方法是7—0锦纶线间断缝6~7针。

手术后,随访有8例术后1~10天尿色转清,乳糜尿消失,仅一例术后半年又复发,但休息和低脂饮食后乳糜尿就消失。

本文讨论了乳糜尿发病原理,是淋巴管办膜受血丝虫机械性及炎症性损伤,破坏,引起淋巴管曲张,淋巴液郁滞。因此采用淋巴静脉分流术,使淋巴液不断朝负压的静脉内回流,使肾内淋巴管在分流情况下,立即起减压作用,乳糜很快消失,只有2例术前乳糜尿较严重,经分流后乳糜不能立即消失,但血块乳糜明显减少。随访中有一例术后三个月作淋巴造影复查,发现造影剂流入肾乳头穹窿部,但尿内乳糜试验阴性,说明造影剂与肾盂肾盏不通,肾内之淋巴瘘已愈合。

二、肾上腺

120例原发性醛固酮增多症外科治疗总结

附属瑞金医院泌尿科

郑崇达 顾百胜 程一雄

本院从 1975 年至 1980 年共手术治疗原发性醛固酮增多症 120 例。

一、临床资料

性别与年龄：男性 62 例，女性 58 例，男女发病机会几乎相当。

病程：最短半年，最长 20 年，病程超过 3 年占 90%。

肾上腺病变性质：120 例中肿瘤为 103 例，占 85.8%，双侧肾上腺皮质增生 14 例，另有 3 例一侧肾上腺萎缩，对侧未手术探查。左侧肾上腺肿瘤 49 例，右侧 52 例，双侧性 1 例，右侧腺癌 1 例。

肿瘤大小和重量：肿瘤直径最小 0.5 厘米，最大 2.8 厘米，最轻 0.8 克，最重 9.9 克。大多肿瘤大小为 1~2 厘米，重 3~5 克。

血压：血压在 160/270/100~160，多数病人为 190/110。

生化测定：血钠在 130~155 毫当量/升，血钾在 1.2~3.4 毫当量/升，二氧化碳结合力在 51~79.5 容积%，尿 PH 在 6~9。尿醛固酮测定 107 例，其值 <10 微克/24H 者 5 例，最高值为 95 微克。

同位素肾上腺扫描和 r 照象：检查 66 例，扫描与手术结果的相符率为 89.4%，误错率 10.6%。

腹膜后充气造影的肿瘤检出率为 32%。

二、手术效果

肿瘤：肿瘤摘除后症状消失，电解质恢复正常，2 例血钾仍低于 4 毫当量/升，21 例血压 >150/90。

结节样增生，切除一侧肾上腺后，9 例中 4 例血钾 <4 毫当量/升，8 例血压 >150/90。

一般增生：切除一侧肾上腺后，5 例中 1 例血钾 <4 毫当量/升，2 例血压 <150/90。

文中讨论了术中要点。对结节样增生病例，应作肾上腺大部切除或次全切除。

嗜 铬 细 胞 瘤 72 例 总 结

附属瑞金医院泌尿科 郑崇达

本院自1958年至1980年共手术治疗嗜铬细胞瘤72例。

临 床 资 料

(一) 发病例：男性46例(64%)，女性26例(36%)，最小年龄9岁，最大72岁，72例病人共患81个肿瘤。肾上腺肿瘤53(73.6%)61个：左侧21例21个，右侧28例31个肿瘤，双侧肾上腺肿瘤4例9个。肾上腺外肿瘤19例20个。

(二) 肿瘤大小和性质：肿瘤直径在2~10公分占85%，最小肿瘤1公分；重量在20~100克占83%，最重肿瘤>3500克。

恶性肿瘤9例11个：肾上腺4例6个、肾上腺外肿瘤5例5个。

(三) 临床表现：69例有高血压(94%)：发作性占52%，持续性占48%，腹块4例(5.5%)，心律失常28例(38%)，便秘36例(50%)，糖尿病21例(29%)，无明显症状3例(4.2%)。

(四) 相关病变：甲状腺髓样癌(MEA₂)1例，家族性一对(父与子)，十二指肠溃疡1例，对侧肾上腺球状带腺瘤1例。

(五) 手术效果：随访到56例良性肿瘤：其中2例再生肿瘤第二次手术切除；2例因其它病死亡，1例有未能找到的残余肿瘤，死亡于高血压危象，其余治愈。9例恶性肿瘤尚存活者5例。手术死亡1例，死亡率为1.39%。

160例皮质醇增多症的外科治疗总结

附属瑞金医院泌尿科 郑崇达 张祖豹 程一雄

在1980年底以前的25年内，我院共手术治疗皮质醇增多症(皮质醇症)160例。

一、临床资料：

(一) 发病率：男性39例，女性121例；男：女=21：3。病人最小年龄2岁，最大59岁，21~40岁占65%。

(二) 病变性质：1.双侧肾上腺皮质增生101例(63.1%)，2.皮质腺瘤55例(34.3%)，左侧33例，右侧21例，单个肿瘤51例，单侧多发肿瘤3例，两侧多发腺瘤1例。3.皮质癌4例(2.5%)，全部女性，右侧3例，左侧1例。

(三) 病程：平均病程：皮质增生3年3个月，腺瘤1年7个月，癌肿1年2个月。

(四) 诊断: 全部病例由内分泌确诊, 肿瘤定位诊断包括二项: 腹膜后充气造影47例, 阴性31例, 阳性率66%。同位素肾上腺扫描16例的肿瘤检出率为93.7%。

(五) 手术:

1. 手术切口: 7例上腹部横切口, 153例经11肋间腰切口。

2. 手术方式:

(1) 皮质增生:

① 肾上腺全切除9例, 随访7例中3例发生Nelson氏症。

② 切除一侧肾上腺共11例。症状都未改善。

③ 切除一侧肾上腺加垂体照射, 共4例, 观察4~19年, 均未见复发。

④ 肾上腺次全切除共12例。1例发生肾上腺功能不全, 按全切除处理, 3例症状获得控制, 5例复发, 3例失访。

⑤ 肾上腺次全切除加垂体照射共71例, 失访17例, 3例复发, 8例发生肾上腺功能不全, 其中2例发生Nelson氏症。43例症状控制。

⑥ 肾上腺全切除, 腺组织碎块肌肉种植共3例, 1例效果佳, 不须补充激素, 1例失访, 另1例3年后出现Nelson氏症。

(2) 皮质腺瘤:

腺瘤摘除或患侧肾上腺切除, 大多数病人半年后痊愈, 少数病人超过1年才痊愈。

(3) 皮质腺癌:

切除肿瘤2例, 1例已3年多未见复发, 1例的失访; 另2例术中肿瘤已转移和浸润其他器官而未做切除, 术后都在3个月内死亡。

3. 并发症:

术后近期死亡3例(3周内), 均系严重的增生病例, 脾损伤3例, 胰尾损伤2例, 横结肠肝曲损伤1例, 伤口感染6例, 伤口血肿5例, 下肢静脉血栓形成1例。

二、讨论:

本组女性发病率三倍于男性, 肾上腺病变以双侧皮质增生为主, 约占80%。但本组病例皮质肿瘤有59例, 占36.9%, 高于一般文献报导。

皮质肿瘤分泌皮质醇是自主性的, 切除肿瘤后可以治愈。增生的发病机制不明, 采取各种治疗方式, 效果都不理想。本组的增生型病例疗效满意的仅66.6%, 即有1/3病人未能摆脱病痛。目前增生型皮质醇症的治疗仍有争论。我们回顾25年来对治疗增生型皮质醇症的疗效观察, 结合现在可行的条件, 设想开展三项治疗方案:

1. 对症状轻型的年龄病例, 如皮质为一般增生, 切除一侧肾上腺加垂体照射, 如为结节样增生, 作肾上腺次全切除加垂体照射。

2. 肾上腺全切除, 腺组织肌肉种植。

3. 开展经蝶骨选择性垂体微腺瘤切除, 此将由神经外科医师完成。

三、输尿管

原发性输尿管癌10例报告

附属新华医院泌尿外科 叶 敏 蒋鹤鸣 曹裕丰

我院自1972年5月以来收治10例原发性输尿管癌。男性8例，女性2例。年龄42—72岁，平均59.2岁。原发性输尿管癌以下段最多，占70%。病理诊断均为移行细胞乳头状癌。临床症状中，肉眼血尿占100%，腰痛50%，尿路刺激症状占10%。放射学检查主要发现为肾脏不显影，肾积水，输尿管充盈缺损和梗阻。尿细胞学检查阳性率50%。膀胱镜检查输尿管口肿物隆起和输尿管口喷血尿。治疗前行程平均23.4个月，术前明确诊断输尿管肿瘤者6例，其余病例均经手术探查和病理检查明确诊断，得到及时治疗。10例中7例作肾、输尿管全切除加输尿管入口处膀胱袖状切除：1例III级C期病人术后2½年死于癌肿腹腔转移，6例存活无复发。3例作局部输尿管节段切除：1例术后7年无复发，1例术后半年死于宫颈鳞状细胞癌，另1例术后4年2个月肿瘤复发，再行肾输尿管全切除，至今情况良好。

原发性输尿管癌的诊断，主要依靠临床症状，放射学，尿细胞学和膀胱镜检查。有肉眼血尿病史，放射学检查有肾脏不显影、肾积水或输尿管充盈缺损，尿细胞学检查阳性即可作出诊断。充盈缺损应与透光结石等症进行鉴别。本症常易延误诊断，下列措施可作早期诊断：①造影时使输尿管充盈良好；②联合应用腹膜后充气造影，断层摄片和输尿管逆行造影；③应用利尿剂后插管收集尿液作细胞学检查；④发现输尿管充盈缺损者，作逆行擦刷活检。

原发性输尿管移行细胞癌的传统治疗是肾、输尿管全切除，包括输尿管入口处膀胱袖状切除。其合理性在于：①移行细胞癌常为多发性，多中心；②术前鉴别肿瘤分化和浸润程度较为困难；③局部切除有癌细胞溢出种植的危险；④肾和输尿管部分切除后，输尿管残端肿瘤复发率高。但近年来许多作者主张局部切除。主要适应于肾功能不全、孤立肾或双侧性肿瘤的患者，其次为低度恶性病变。本组10例中7例行肾、输尿管全切除，3例行输尿管局部切除术，均获良好效果。因此，我们认为治疗方法的选择应取决于肿瘤性质、双肾功能和病人全身情况。术后病人应定期膀胱镜复查和膀胱内化疗，以及时发现和治疗术后发生的膀胱肿瘤。

成人先天性巨输尿管11例报告

附属新华医院泌尿外科 何尚志 曹裕丰 安世源 蒋鹤鸣 杨 荣

成人先天性巨输尿管是先天性输尿管扩大，而无输尿管膀胱出口以下的机械性排尿梗阻，它是继发于一小段输尿管远端弛缓造成的功能性梗阻。此病较少见，女性较多于男性，约3:2，双侧病变患者约占40%左右。

本文报告11例，并对其病理、诊断及治疗的各种方法的指征选择进行了讨论，提出了水

囊扩张术的非手术治疗方法,及水囊扩张合并使用输尿管口切开术,以及不同治疗方案选择的原则,和输尿管剪裁整形的手术方式。

接受手术治疗病例,通过手术前后尿路造影和同位素肾图对照说明,已基本达到缓解输尿管功能性梗阻、控制顽固性感染、稳定或改善肾功能和肾、输尿管积水的稳定等手术治疗的目的。

《刊于:中华泌尿外科杂志 2:(1), 1981》

匙状成形术治疗肾盂输尿管交界处狭窄

附属第三人民医院泌尿外科

江 鱼 王益鑫 吴家骏 戴胜国 杨 堃 陶海炎

1960年以来,我科收治肾盂输尿管交界处狭窄60例,其中10例输尿管多处狭窄而作回肠代输尿管术,肾外肾盂部位严重瘢痕狭窄不能作成形术而致作输尿管和肾下盏吻合术4例,巨大肾盂积水近于失功而作肾切除术12例,单纯输尿管周围粘连松解术3例,匙状输尿管肾盂成形术20例,其他各种成形术11例。本文主要分析讨论匙状成形术20例,取得良好效果。

匙状成形术20例中,男性16例,女性4例,年龄最小13岁,最大45岁。经手术及病理证实,肾盂输尿管交界处狭窄由粘膜慢性炎伴管壁纤维组织增生16例,管腔内息肉形成伴管壁纤维组织增生4例,输尿管狭窄段长度1~1.5厘米14例,3~3.5厘米5例,6厘米1例。术前合并肾盂结石6例。静脉肾盂造影及肾图都显示梗阻及肾功能减退现象。

手术方法,是游离肾脏、肾盂及输尿管上段,并切除扩张部分肾盂及肾盂输尿管交界处的狭窄段,将输尿管断端外侧缘切开0.6~1.5厘米,然后用5—0号肠线将输尿管切开的匙状口与肾盂间断吻合,F9号硅胶管作吻合口支架,直达膀胱,F26号覃状导管作肾造瘘,肾内伴有结石者则同时摘除结石,吻合口完成后的口径分别为0.6厘米~1.2厘米,并作肾固定术。

术后肾造瘘管直接引流,不作冲洗,4~6周拔除支架管,拔支架管前一周开始口服强的松5毫克,每日三次,拔支架管后即开始夹住肾造瘘管,连续3天,无尿酸,漏尿,发热等估计吻合口通畅,再作肾盂测压及造瘘管造影。20例中15例术后测压在17厘米水柱以下。4例在18~25厘米之间,说明吻合口不很通畅而继续服用强的松及消炎药物2~4周后测压已降到17厘米以下。另1例测压一直在25厘米以上,由于该例手术时发现是巨大肾积水达1700毫升,虽作肾盂输尿管成形术,但肾盂肾盏张力很差,这一例由于以后伴有感染而作肾切除术。

术后效果及随访,20例中住院期间没有1例产生漏尿,19例手术成功,根据静脉肾盂造影及肾图检查,肾功能及肾盂积水得到改善者14例,有尿路感染及结石复发2例,3例失去随访情况不详,只有一例巨大肾积水于术后50天改作肾切除术。以上结果与以往采用Foley—Y等其他成形术比较有较好的手术效果。