

静脉血管异常致肾输尿管积水四例

杨春

【中图分类号】R692.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)05-0458-01

静脉血管异常致肾输尿管积水少见,临床症状及体征不典型,术前确诊困难,现将我院经 X 线检查、手术证实的 4 例静脉异常致肾输尿管积水报告分析如下。

病例资料 本组病例男、女各 2 例,年龄 19~46 岁,平均 33 岁。病史最长者 8 个月,1 例体检中发现。全部病例均有不同程度的腰部不适或胀痛感,2 例有间隙性血尿史,1 例有尿路感染史,1 例合并双肾结石。

全部病例采用双倍剂量静脉尿路造影,3 例加做逆行尿路造影,1 例行肾穿刺造影,在电视监视下动态观察对比剂显影及排泄情况,并多方位观察输尿管狭窄处,常规摄腹部正位像并予以延时摄影,酌情辅以斜位及侧位摄片。

所有病例均有不同程度肾积水。2 例腔静脉后输尿管静脉尿路造影显示狭窄前输尿管扩张呈反“J”状,狭窄段向内上行并靠近脊柱中线后下行、与扩张的近侧输尿管呈横“S”形,逆行尿路造影见输尿管自上而下呈“S”状,远侧输尿管沿椎体右 1/2 中部迂曲下行,狭窄处平 L₄ 椎体(图 1)。1 例异位肾静脉分支压迫者并双侧肾结石,静脉尿路造影仅显示肾重度积水,肾穿刺造影见右输尿管中段狭窄并水平向向后直角下行,术中发现

狭窄处外径约 0.2cm,肾静脉分支呈“S”形跨越,张力大,拉力紧。1 例异位肾静脉分支压迫者逆行造影显示右输尿管平 L₄ 椎体处有一无对比剂压迫带(图 2)。

讨论 血管异常压迫输尿管属先天变异,其发病率较低,而肾静脉分支压迫者更为罕见^[1]。骑跨于输尿管的血管机械性阻碍尿液的排泄,并随年龄的增长,血管壁逐渐硬化而加重了这种机械性压迫,加之肾脏有一定的活动度,而血管位置固定,肾脏移动的牵拉作用和扩大的肾盂输尿管又可推挤受压输尿管近侧端至血管压迫水平以下而造成扭曲,进而加重梗阻^[2]。本组病例均在成年后发病,年龄最大者 46 岁,3 例狭窄近端输尿管扩张并低于狭窄处。

本组病例受压输尿管狭窄处约平 L₄ 椎体高度、距肾盂 5~17cm。2 例腔静脉后输尿管在尿路造影片中显示狭窄段前扩张的输尿管呈“S”状和/或反“J”状。1 例变异肾静脉分支压迫者术前误为腔静脉后输尿管,但仔细观察狭窄段呈水平向向后直角下行,与腔静脉后输尿管环行相伴、显影柔和应有所区别。另 1 例变异肾静脉分支压迫者缺乏典型 X 线征象,逆行尿路造影仅示右输尿管有一无对比剂压迫带,狭窄段输尿管无扭曲和成角,术前仅提示性诊断。异常静脉压迫输尿管应与迷走动脉、纤维索带、输尿管先天性狭窄、输尿管瓣膜症、输尿管扭曲及腹膜后肿块等疾病相鉴别,它们均可表现为肾输尿管积水、输尿管扭曲及无对比剂的压迫带,但迷走动脉、纤维索带、输尿管瓣膜及输尿管狭窄等先天性疾病所致者压迫带位置较高,一般位于肾输尿管交界处,受压的输尿管多不表现为“S”状,与本组病例有所区别;腹膜后肿块所致者,一般缺乏本组病例狭窄前扩张的“S”征或反“J”征,一般鉴别不难。对缺乏典型征象者,可做 CT 检查或血管造影,增强 CT 扫描对腔静脉后输尿管具有确诊意义^[3]。

静脉异常致肾输尿管积水的诊断主要依据输尿管的形态及位置变化,传统的静脉尿路造影因肾积水而难以显示输尿管全程,我们在实际工作中对肾积水者常规给予双倍剂量造影并辅以其它造影方法;结合本组病例并复习文献^[1,2],笔者认为静脉异常致肾输尿管积水诊断的关键为显示输尿管全程,大剂量静脉肾盂造影,电视监视下动态观察,加延时摄片,辅以逆行肾盂造影或肾穿刺造影是诊断本症的基本方法,诊断困难时,可做 CT 增强扫描或血管造影。

参考文献

- 1 吴恩惠.泌尿系统影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1990.224-225.
- 2 上海第一医学院.X 线诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1982.1196-1198.

(2001-10-30 收稿 2002-01-23 修回)

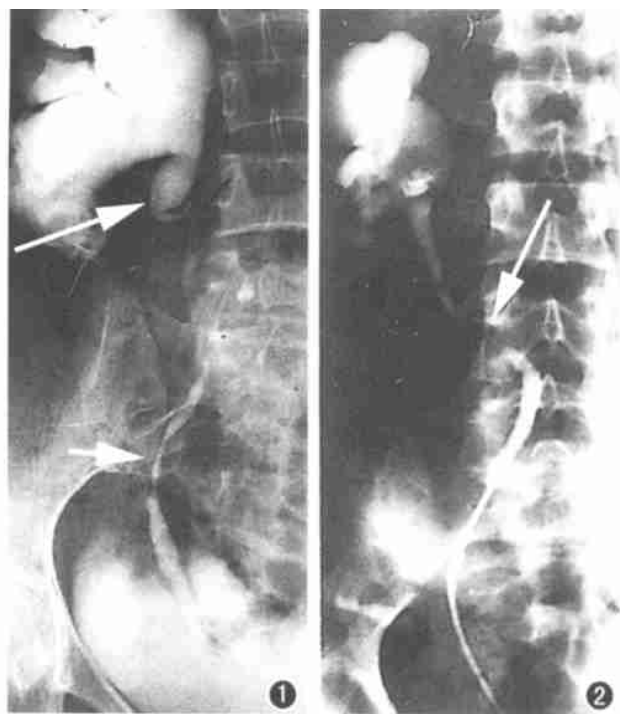


图 1 右肾 III° 积水,逆行造影显示狭窄前扩张的输尿管(长箭)和沿椎体右 1/2 中部迂曲下行的狭窄后输尿管呈“S”状(短箭)。

图 2 右肾 IV° 积水,输尿管中段局限性无对比剂压迫带(箭)。

作者单位: 621900 四川省,绵阳科学城医院放射科
作者简介: 杨春(1963~),男,四川广汉人,副主任医师,主要从事影像诊断工作。