

输尿管结石 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_BE_93_E5_B0_BF_E7_AE_A1_E7_c22_303289.htm 名称输尿管结石所属科室泌尿外科临床表现 输尿管结石和肾结石的症状基本相似。结石的大小与梗阻、血尿和疼痛程度不一定成正比。在输尿管中、上段部位的结石嵌顿堵塞或结石在下移过程中，常引起典型的患侧肾绞痛和镜下血尿。疼痛可向大腿内侧、睾丸或阴唇放射。常伴有恶心、呕吐，有时血尿为肉眼可见。输尿管膀胱壁间段最为狭小，结石轻易停留。由于输尿管下段的肌肉和膀胱三角区相连，并且直接附着于后尿道，故常伴发尿频、尿急和尿痛的特有症状。在不影响尿流通过的较大结石，可仅有隐痛，血尿也轻。在孤立肾的输尿管结石阻塞或双侧输尿管阻塞，或一侧输尿管结石阻塞使对侧发生反射性无尿等情况，都可发生急性无尿，甚至肾功能不全。

诊断 输尿管结石的正确诊断不仅是肯定有无结石，还要确定结石的大小、位置，两侧肾的功能和肾积水的程度，有无感染等。典型的肾绞痛与血尿是诊断的重要线索。在疼痛发作时肋脊区有压痛、叩击痛。女性输尿管下端较大的结石能在**穹窿处触及。90%以上的输尿管结石在尿路平片上可被显示，草酸钙显示最佳，但需与腹腔淋巴结钙化、盆腔内静脉石、阑尾内粪石和骨岛角相鉴别。静脉尿路造影主要了解结石的部位和肾功能与有无积水，必要时行大剂量尿路造影及放射性核素肾图检查，均能进一步了解肾功能情况。膀胱镜检查与输尿管插管在结石处受阻，并拍平片钙化阴影在导管的同一平面，即能肯定输尿管结石的诊断。阴性结石用空气为对比剂作逆行造影摄片，则可显示结石的存在。另外CT

及B型超声检查有助于对X线平片不显影结石的诊断。治疗输尿管结石的治疗包括对症治疗、中药治疗、体外震波碎石与经内窥镜摘石、手术取石等。（一）对症治疗主要是控制肾绞痛，在明确诊断后可用阿托品0.5mg与杜冷丁50mg肌注，痛区亦可热敷或行针刺，腰部敏感区可作皮下普鲁卡因封闭（先做皮试）。亦可专心痛定或消炎痛栓剂塞肛。（二）中药排石治疗适于直径在1cm以内、外形椭圆、表面光滑的结石，肾盂造影无积水者。治则与用药：有清热利湿，如金钱草、海金沙等。清热解毒，如黄柏、银花、连翘等。活血化瘀、软坚化湿，如三棱、莪术等。补肾如肉桂、附子、肉苁蓉等。补气补血如党参、黄芪等。还有各种排石冲剂，应用方便。（三）体外震波碎石采用X线定位的Dornier型机治疗，已由上段输尿管结石扩大到输尿管中、下段结石。上段输尿管结石宜采用斜侧半卧位，对于髂骨翼重叠部位的结石应采用俯卧位；下段可采用半坐位，提高电压，均可取得一定的成功率。虽然输尿管全长各部位的结石可用体外震波粉碎，但在结石较小、体胖患者有时存在定位困难，部位深、耗能多等问题，与粉碎肾结石比较，粉碎输尿管结石的难度相对较高，总的效果比肾结石差。因此，必须加强震波时的定位准确性，有困难者同时作排泄性尿路造影或做膀胱镜逆行插管与造影，以协助定位。如能将结石推入肾盂再行震波，则最为理想。造影剂能通过结石者常易震碎与排出。相反，即使结石不大，而上面积水明显，尤其伴有输尿管四周炎，或逆行插管不能到达结石下方，震波碎石效果常不佳。对于输尿管下段较小的结石，可经膀胱镜进行输尿管扩张、套石、管口剪开。近年应用输尿管镜窥视下取石或激光、超声碎

石，虽然报告有40~78%的成功率，但值得注重的是术中可引起穿孔、撕裂等严重并发症。（四）手术切开取石适应证是：输尿管存在狭窄者；双侧或单侧输尿管结石嵌顿伴感染引起尿闭者；结石较大，肾积水严重，肾功能很差者；体外震波不能定位或震波失败者；临床不能除外肿瘤或结核；经济因素。手术前2小时须拍尿路平片定位。如为女性输尿管下段较大结石，有时经***穹窿部检查触及结石，经按摩使结石排出。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com