

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_ti2020/305/2021_2022__E8_BE_93_E5_B0_BF_E7_AE_A1_E7_c22_305938.htm 名称输尿管结石所属科室泌尿生殖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，对于肋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症，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