

梗阻性肾病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_A2_97_E9_98_BB_E6_80_A7_E8_c22_307232.htm 名称梗阻性肾病所属
科室肾内科病因 造成尿路梗阻主要原因有输尿管本身，以及
输尿管以外两大类。输尿管本身又分为腔内梗阻，以及输尿管
壁障碍所致两大类。结石为腔内梗阻最常见原因，可发生在
输尿管任何一处但以三处自然转折或狭窄处最多，也可在
肾内的小管腔内。肾内结石多由许多代谢障碍疾病引起，常
见于尿酸结晶或服用可溶性较差的磺胺药等。多发性骨髓瘤
中部分病例中含有大量本周蛋白可以沉着于肾小管造成阻塞。
部分肾乳头坏死病例坏死的组织可以脱落造成梗阻。此外
泌尿系统出血形成血块也可能阻塞尿路，后二者情况大多在
肾外为主。输尿管壁本身障碍有功能性及解剖性异常两大类。
前者在输尿管常因运行肌不能正常运行而致，可因输尿管纵
行肌或环状运行肌障碍，致使尿液不能正常下行。在输尿管
盆腔交界处较多，在小儿大多是双侧性，左侧肾常较严重，
因此表现常较突出。另一组为输尿管膀胱交界处障碍为主，
也以男性为多，大多为单侧性。上述两种情况中大多纵行肌
纤维缺乏而环状肌相对正常，既往曾有人认为其机制与巨肠
症相似，而目前大多数人认为二者机制并不相同。膀胱功能
障碍导致尿路梗阻的原因大多为神经病源性，可因先天性肌
肉发育不全或脊髓功能障碍等引起。后天性常见于糖尿病、
脑血管病变、多发性硬化症或巴金森病等。由解剖性病变造
成输尿管壁病变包括炎症、肿瘤等所造成的狭窄。尿路以外
造成梗阻常因生殖系统、肛肠系统，以及血管或后腹膜其他
病变引起。前列腺肥大或肿瘤常是男性发病的原因。女性则

很多因子宫、卵巢等病变引起。克隆氏病或胃肠其他肿瘤可以压迫输尿管而导致梗阻。腹膜后病变可因炎症、肿瘤（原发或转移等）引起。病理早期主要为肾小管管腔扩张，以集合小管及其他远端小管为主。其原因主要是管腔内压力增高而致。随着时间的延长，肾小管上皮细胞变为扁平并渐萎缩，病变由远端部分肾小管渐渐迁延到近端肾小管。肾小球在早期病变不明显，鲍曼囊可以扩张，以及肾小球四周渐渐出现炎症细胞浸润，纤维化形成。随着病变时间继续延长，肾脏病变变得较为复杂，小管间质慢性炎症细胞浸润可以更明显，小球部分可以完全榻陷，以及硬化样改变，肾血管也可产生类似改变。晚期因为有高血压等等许多因素参与，肾脏病理有时与其他慢性肾小球肾炎所诱至的病变很难区别。但由于本病大部分情况下两侧病变并不一致，因此可以作为病因诊断的依据。临床表现根据基本病因，以有梗阻程度，病程长短而有不同，下列几组症状经常可以出现：（一）疼痛典型的表现为肾绞痛，可以是持续性但常阵发性加剧并向会阴部放射。但在慢性逐渐产生的梗阻性肾病患者，有时疼痛不一定很突出，偶然仅表现为腰酸不适等。肾脏体积在急性原因引起的梗阻性肾病可以明显肿大，但慢性者则因为有不少纤维组织增生者，体积则不一定增大，不少病例病侧肾脏反而萎缩。（二）排尿障碍 双侧完全性梗阻可以造成无尿，但大部分本病患者梗阻并不十分完全，因此多呈多尿，其机制已于前述。在继续发作的病例有时可呈现在发作时可以无尿，发作间期多尿表现。在感染原因所致梗阻病例，可能出现膀胱刺激症状，由膀胱颈部阻塞引起者（例如前列腺肥大）则可有尿潴留表现。（三）高血压 相当常见，其机制可因

肾小管腔内压过高，或间质压过高等促使肾素分泌过多；也可以因肾对水、钠调节机制障碍，导致水、钠潴留而发生高血压。一般由侧肾脏病变导致本病而发生的高血压以肾素依靠型为多，双侧病变引起者则水钠依靠型则多数。梗阻解除后一般高血压可以好转。但假如病变时间已较长，则高血压有时可持续相当长时间。（四）红细胞增多症 主要由于肾盂积水刺激促红细胞生成激素分泌过多而致。在外科手术纠正梗阻后过高的血球压积可以下降。但临床上真正出现典型本症者并不一定很多。（五）酸中毒 主要因为影响肾小管对H⁺的分泌而致。部分病例可合并有血钾过高。诊断 尿常规、X线检查常不仅可以确立诊断，还可明确病因。尿液检查中尿量情况已于前述。常规中依病因不同也可不同。大多数病例有蛋白尿，但为量一般不多。红、白细胞常可观察到。由结石肿瘤等引起者，红细胞可以甚多，有时有肉眼血尿、合并感染则可有较多白细胞。肾乳头坏死引起者，尿中不仅可有较多红细胞，也多伴有较多白细胞。此时典型的尿液色呈“酱油”样，红纱布滤过后可看到坏死组织。管型检查常可提示病因，例如由磺胺糊药，尿酸等引起，其非凡结晶可附在管型上。合并感染者的病例，其尿pH常升高，假如经常值在7.5以上者大多提示梗阻时间已久，且病变已较慢性。B超检查除可测得肾脏大小外，还可探得肾盂积水情况，不少结石也可探得。假如检查中发现排尿后膀胱内潴尿仍然很多，则提示有前列腺肥大、肿瘤、或者神经源性造成。腹部平片可以探测出阳性尿路结石，由结核杆菌引起者则可在腹腔内及肾区可见到钙化灶，同时也可大致观察到肾脏大小。CT除可测得肾脏大小以外，还可检出有否集合管系统扩张的情况

。特点是假如由肿瘤（肾内或肾外）、腹腔后病变等引起者，则对确诊更为重要。少部分非凡病例需行逆行输尿管造影剂而造影。部分急性梗阻病例经静脉肾盂造影后可以帮助明确病因。治疗根据病因而定，结石可用震波碎石方法而去除，一般对结石7~15mm大小者较有效。在输尿管中下段结石经保守治疗（饮水、中药等）后仍无效者应采用在膀胱镜下逆行取石方法，有时明日影响肾功能或用上法不能成功者则需外科手术去除。抗生素经常需要同时使用，不少梗阻性肾病梗阻并不完全，但因继发感染造成水肿，炎症分泌物阻塞等可以梗阻变得更明显，经抗生素使用后，梗阻可以明显好转，但使用剂量及选择用药需依据培养及肾功能情况而加以调整。由肿瘤等原因引起者需应用化疗或外科手术处理。梗阻后所出现的多尿等造成水、电解质等障碍应及时予以纠正。

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