

外科名家专题系列

MINIAO WAIKE

泌尿外科

常见急症应对措施

主编◎李州利

CHANGJIAN JIZHENG YINGDUI CUOSHI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

最新实用临床指南

MINI WIKI

泌尿外科

常见急症应对措施

王卫 主编

《MINI WIKI 泌尿外科常见急症应对措施》

人民卫生出版社

泌尿外科常见急症应对措施

MINIAO WAIKE CHANGJIAN JIZHENG YINGDUI CUOSHI

主 编 李州利

副主编 袁 铭



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

泌尿外科常见急症应对措施/李州利主编. —北京:人民军医出版社, 2009. 10

ISBN 978-7-5091-3038-4

I. 泌… II. 李… III. 泌尿系统疾病:急性病—诊疗
IV. R699.059.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 162269 号

策划编辑:张利峰 **文字编辑:**黄维佳 **责任审读:**吴 然

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8700

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:京南印刷厂 **装订:**桃园装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:7.625 **字数:**192千字

版、印次:2009年10月第1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:30.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

本书是专门为泌尿外科医师编写的一本实用专著。作者分别对泌尿外科常见门(急)诊、外伤急症、围手术期急症的处理方法进行了介绍,并重点对泌尿外科医师最关注和容易混淆的有关症状及疾病的鉴别诊断要点、如何正确选择各种辅助检查、快速排除干扰因素做出正确诊断等内容进行了重点阐述。此外,作者在介绍了每个急症之后都会附上该急症的诊治流程图,以便于读者学习和应用。本书内容精练、可操作性强,是泌尿外科低年资医师必备的参考书。

前 言

泌尿外科急症发生率较高,病情复杂多变,是危害病人生命安全的重要因素,是否及时诊断和正确处理,对病人的预后至关重要。为了满足泌尿外科门(急)诊工作及病房值班医师的工作需要,提高泌尿外科医师对危急病人的诊断和治疗水平,我们以实用为宗旨,结合自身临床实践经验,参考国内、外的新进展、新技术和新成就,系统介绍了泌尿外科常见急症的处理方法和应对措施,并对其病因、临床表现、诊断要点、鉴别诊断和治疗方法等进行了阐述。本书内容精练、新颖,可操作性强,希望能对泌尿外科年轻医师临床实践能力的全面提高有所帮助。

主 编

2009 年 6 月

目 录

第 1 章 门(急)诊处理与应对措施	(1)
第一节 肾绞痛	(1)
第二节 急性尿潴留	(10)
第三节 尿道异物	(14)
第四节 睾丸扭转	(17)
第五节 急性附睾炎	(20)
第六节 急性细菌性前列腺炎	(23)
第七节 急性肾衰竭	(27)
第 2 章 外伤急症处理与应对措施	(40)
第一节 肾损伤	(40)
第二节 输尿管损伤	(50)
第三节 膀胱损伤	(56)
第四节 尿道损伤	(62)
第五节 包皮嵌顿	(69)
第六节 包皮系带损伤	(71)
第七节 阴茎损伤	(72)
第 3 章 围手术期急症处理与应对措施	(77)
第一节 肾移植	(77)
第二节 腹腔镜手术	(101)
第三节 肾上腺手术	(110)
第四节 肾脏手术	(117)

第五节	输尿管手术·····	(122)
第六节	膀胱手术·····	(128)
第七节	前列腺手术·····	(132)
第八节	尿道手术·····	(150)
第九节	膀胱镜检查及输尿管镜检查·····	(154)
附录 A	泌尿外科相关的专科化验检查·····	(159)
附录 B	泌尿外科医学名词汉英对照·····	(169)
附录 C	泌尿外科医学名词英汉对照·····	(213)
参考文献	·····	(236)

第 1 章

门(急)诊处理与应对措施

第一节 肾绞痛

肾绞痛(renal colic)是泌尿外科最常见的急症,有 40%~50%的病人都有间歇发作的疼痛史,一般是由于某种病因使肾盂、输尿管平滑肌痉挛或管腔的急性部分梗阻造成的。疼痛常位于肋脊角和腰部,也有少数病人表现为腹痛,多数呈阵发性发作,常突然发作、疼痛难忍、大汗淋漓,亦可表现为持续性疼痛。疼痛时,可能仅表现为腰部酸胀或不适,活动或劳动可促使疼痛发作或加重。疼痛可从患侧腰部开始,沿输尿管向下腹部、腹股沟、大腿内侧、睾丸或阴唇放射,可持续几分钟或数十分钟,甚至数小时不等。发作时,常伴有恶心、呕吐、大汗淋漓、面色苍白、辗转不安等症状,严重者可导致休克。一旦痉挛或梗阻解除,症状会很快缓解。

肾绞痛并非一种独立的疾病,而是一种症状。就发病规律而言,肾绞痛伴有血尿,大多由肾与输尿管结石引起,但这不是结石所特有的症状。有时结石在肾盂或输尿管中嵌顿,不一定出现肾

绞痛,但可以引起梗阻,导致不同程度的肾积水。久而久之,肾积水会日益加重,最后导致肾功能丧失。在此过程中,患者仅有轻微腰酸或没有明显的症状,容易被忽视。因此,肾绞痛发作缓解后,必须进一步检查病因并做相应的治疗。

【病因】

常见原因有上尿路结石、输尿管狭窄、先天性输尿管异常、肾下垂、肾及输尿管肿瘤、肾结核等,其中以上尿路结石引起肾绞痛最常见。上述原因导致肾盂、输尿管梗阻或受刺激引起平滑肌强烈痉挛,肾盂紧张度增高,肾内压力升高,富有感觉神经的肾包膜伸张,从而产生剧烈的疼痛。疼痛是患者迫切需要解决的问题,控制疼痛是急诊治疗的关键。

1. 肾、输尿管结石 系结石活动引起肾盂、输尿管平滑肌痉挛及结石阻塞部分管腔所致。患者肋脊角多有不同程度的叩击痛,尿中多有红细胞,肉眼血尿少见。

2. 体外冲击波碎石后 肾绞痛是体外冲击波碎石(ESWL)后较常见的并发症,尤其肾结石病人极易出现,有报道接受体外冲击波碎石治疗的病人,结石粉碎后发生肾绞痛者占45%。发生原因是由于粉碎的结石碎块或小血块沿肾盂、输尿管向下移动时,刺激肾盂、输尿管平滑肌引起平滑肌痉挛所致。

3. 肾盂、输尿管炎症 此炎症刺激和产生的脓块、脱落细胞引起的肾绞痛,以女性多见。除血尿外,尿中多有脓细胞,且常伴有尿路刺激症状。

4. 肾及肾盂或输尿管肿瘤 肿瘤侵入血管时破裂出血,或肾盂、输尿管肿瘤脱落等情况,血块及脱落组织引起输尿管急性梗阻导致肾绞痛。

5. 乳糜血尿 因尿中乳糜块刺激肾盂、输尿管而引起肾绞痛。

6. 狄特尔(Dietl)危象 为肾绞痛的一种,是由于肾下垂的病人在站立或跑跳后,肾骤然下垂,使输尿管及其邻近血管发生扭

曲。其特点为阵发性急性发作，时轻时重，时痛时止，间歇时间也不确定。

【临床表现】

肾绞痛是一种突然发生的剧烈疼痛，有如刀绞样，患者翻身难忍，多数伴有其他腔道梗阻的表现，如恶心、呕吐、心绞痛，甚至出现面色苍白、大汗淋漓、脉搏细数、血压下降等。疼痛常从患侧肋脊角开始，沿输尿管的走向向下腹部、腹股沟、大腿内侧、睾丸或阴唇放射，可持续几分钟或数十分钟，甚至数小时不等。绞痛后可转为钝痛持续数日之久。如结石或血块等排至膀胱或退回肾盂，疼痛可突然消失。患侧肾区有压痛、叩击痛，输尿管走行部位有压痛，尿液检查有红细胞，有时有肉眼血尿。一般而言，绞痛出现于病侧，偶有病变在一侧而疼痛出现在对侧，即所谓的“肾反射性疼痛”，此时应仔细了解对侧有无病变，以免误诊。

【诊断要点】

1. 病史分析

(1)病史中应注意有无外伤、血尿、脓尿、排石史及乳糜血尿病史等。

(2)根据肾绞痛发作时伴随的症状进行分析。

①先发生肾绞痛后出现血尿，可能为肾和输尿管结石；若肾绞痛同时伴有尿频、尿急、排尿困难者，可能为输尿管末端结石。

②先表现为无痛性血尿，后有肾绞痛发作，可能为肾或输尿管肿瘤。

③肾绞痛伴有脓尿，可能为上尿路感染。

④肾绞痛后出现少尿、无尿者，可能为一侧或双侧肾、输尿管结石。

⑤外伤后出现血尿并伴有肾绞痛，可能为肾损伤。

⑥腰部持续性胀痛并伴发作性肾绞痛，可能为输尿管梗阻。

⑦服用大量磺胺药后发生少尿或无尿，并伴有肾绞痛，应考虑

磺胺结晶阻塞的可能。

⑧先发生肾绞痛,后经平卧疼痛缓解,且排出大量尿液,可能为肾下垂。

(3)依据肾绞痛放射的部位进行分析。

①肾盂、上段输尿管梗阻时,肾绞痛放射部位由肋脊角开始,沿输尿管的走向放射至髂嵴上方和腹外侧。

②中段输尿管梗阻时,肾绞痛由腹外侧放射至下腹部、睾丸(女性为阴唇)和大腿内侧。

③下段输尿管梗阻时,肾绞痛放射至会阴部,同时有尿频、尿急、尿痛和排尿困难等症状。

2. 体格检查 体格检查应注意以下几点。

(1)发病时,肋脊角有无触痛或肾区叩击痛。

(2)腰肌有无紧张、压痛等急性腰扭伤的体征。

(3)脊柱有无变形、压痛,如脊柱结核等。

(4)有无腹肌压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜炎体征。

3. 辅助检查

(1)尿液检查:常规多可见红细胞(+~+++),特别在绞痛后出现,合并感染时有白细胞、脓细胞及轻度蛋白尿。

(2)B超检查:可明确结石的存在和了解肾积水情况,尤其对于阴性结石有帮助。

(3)X线检查

①尿路X线平片:可发现90%以上肾或输尿管结石。

②静脉尿路造影:有助于查明原因及病变部位。一般认为,应在绞痛缓解后再考虑造影检查,因在绞痛期间有部分患者患肾不显影,从而导致患侧肾无功能的错觉,易产生误诊。

③CT检查:对X线平片不显影的阴性结石及肿瘤等诊断较好,但一般不作为首选方法。

【鉴别诊断】

诊断肾绞痛时需要认真做好鉴别诊断,特别是与急性阑尾炎

的鉴别。临床工作中,将右侧肾绞痛误诊为急性阑尾炎而施行阑尾切除术者并不少见,因此对此类误诊应引起足够重视。需与肾绞痛相鉴别的疾病如下。

1. 腹部外科疾病

(1)急性阑尾炎:典型急性阑尾炎有上腹部不适,2~3h后转移至右下腹,呈持续性疼痛;右下腹有压痛、反跳痛,腹肌抵抗明显。尿常规检查一般无红细胞,少数后位阑尾累及输尿管时,尿中有少量红细胞,但较少见。腹部X线平片无泌尿系统结石影像。

(2)胆石症、急性胆囊炎:呈阵发性右上腹痛,向右肩部放射。检查右上腹有压痛、反跳痛与肌紧张,有时可触及增大的胆囊,或有典型的墨菲征,伴肝区叩击痛。有时有寒战、高热、黄疸。血液化验检查白细胞增高,但尿常规呈阴性。

(3)胆道蛔虫症:儿童和青少年多见,呈上腹部剑突下偏左侧剧烈的阵发性绞痛,有向上钻顶感。间歇期几乎无症状,检查无明显阳性体征,尿常规呈阴性。

(4)急性胰腺炎:有上腹部急性剧痛,向肩部或腰背部放射,伴恶心、呕吐。可有胆道疾病史,或与饮食有关。检查有上腹部压痛。尿常规检查呈阴性,但血、尿淀粉酶增高。

2. 女性患者还须与以下疾病相鉴别

(1)卵巢囊肿蒂扭转:下腹部绞痛,伴恶心、呕吐,多有下腹部肿块史。下腹部或阴道指诊局部有压痛并可触及肿块,可活动,并呈囊性和半实质性。

(2)宫外孕:下腹部突然剧烈的撕裂样疼痛,伴阴道出血及休克表现。多可询问出有停经史。体检下腹部或全腹部有压痛及反跳痛、移动性浊音。妇科检查,后穹饱满,宫颈举痛,后穹穿刺可抽出不凝血液。

(3)急性输卵管炎:下腹两侧疼痛,有压痛、反跳痛。常伴有体温升高。妇科检查附件区有明显的压痛,血液化验检查白细胞

升高。

【治疗方法】

肾绞痛的治疗首要是对症治疗,目前常用的对症治疗方法有镇静、解痉、镇痛、局部封闭及中医中药治疗等。为快速止痛,多采用上述方法的联合运用。其次是病因治疗。

1. 对症治疗 在确诊肾绞痛后,应根据患者就诊时的疼痛程度、伴随症状(如恶心、呕吐)及对止痛药物的反应做相应治疗。处理时不要过激,在应用解痉、镇痛药物时,一定要了解病人的一般情况,如果病人呕吐多次,有可能存容量不足,解痉和镇痛多次,会引起血压下降,甚至心搏骤停。

(1) 药物解痉

① 抗胆碱能类药

阿托品:肾绞痛发作时单独使用或与其他镇痛药物联合应用。常用剂量为口服 0.3~0.6mg,每日 3 次,或 0.5~1mg 肌内注射或静脉滴注。

山莨菪碱:作用强度、不良反应都比阿托品小。常用剂量为口服 5~10mg,每日 3 次,或肌内注射 5~10mg。能松弛多种内脏平滑肌,对输尿管平滑肌也有较强的解痉作用。

复方颠茄片:常用来缓解胃肠道平滑肌痉挛或不太严重的肾绞痛。常用剂量为,口服 1~2 片,每日 3 次。

本类药物为临床最常用,也是肾绞痛治疗的基础用药。有口干、视物模糊、面部潮红等不良反应多能耐受,少部分可致尿潴留。青光眼、前列腺增生患者不宜使用。

② 钙通道阻滞药:常用硝苯地平 10~20mg,嚼碎后舌下含服,以后根据情况每 4~6h 可重复给药一次。治疗肾绞痛疗效确切、起效快、给药方便,高血压病人尤为适用。常有头痛、面部潮红及轻微血压下降等不良反应,但多能耐受。其治疗肾绞痛的机制为:通过抑制钙离子进入细胞内使平滑肌收缩力减弱,解除肾脏、输尿管痉挛;能减弱肾内前列腺素的合成;具有抗交感作用,可降

低交感神经的兴奋性。

③黄体酮:黄体酮 20~40mg, 肌内注射, 每日 1~2 次。黄体酮是一种孕激素, 主要作用于 β 受体, 使输尿管平滑肌松弛, 从而起到解痉止痛的作用, 其作用强于阿托品, 并且还有溶质性利尿作用, 使尿量增加、尿流量加大, 有利于结石排出; 另外, 黄体酮还能松弛平滑肌, 对交感神经活动有抑制作用, 减少肾、输尿管交感传入纤维的痛觉冲动, 从而起到镇痛作用。

④维生素 K 类药物: 维生素 K_1 20mg, 肌内注射, 每日 2 次, 或加入 50% 葡萄糖溶液 20ml 中静脉缓慢注射; 维生素 K_3 4~8mg, 每 8h 肌内注射 1 次, 或 16mg 加入 10% 葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注, 每日 1 次。常作为临床止血药, 尚具有温和而持久的平滑肌松弛作用, 可减轻或阻止肾脏、输尿管管壁细小血管渗血, 达到止血和缓解疼痛的目的。

⑤硫酸镁: 25% 硫酸镁 20ml 加入 5% 葡萄糖溶液 500ml, 以 3~4ml/min (每分钟 40~60 滴) 速率滴注, 2~3h 内滴完, 使患者收缩压下降 10~20mmHg 为宜。每日 1 次, 连用 3~5d。应注意观察心率、呼吸、血压和膝反射, 以防呼吸抑制。静脉应用硫酸镁可从多方面松弛输尿管平滑肌, 抑制输尿管痉挛, 并具有中枢镇静、镇痛、解痉的作用。

(2) 药物镇痛

①非阿片类: 常用非甾体抗炎药, 如蒙洛英(双氯芬酸+对乙酰氨基酚) 2ml, 肌内注射; 吡罗美辛(消炎痛) 25~50mg, 口服, 缓解后可 25mg 每日 3 次, 连用 3d, 或吡罗美辛栓 50~100mg 置肛; 双氯芬酸(扶他林) 25~50mg, 口服或肌内注射; 布桂嗪(强痛定) 100mg, 肌内注射, 镇痛作用中等。

曲马朵 100mg, 肌内注射, 为非阿片类中枢性镇痛药, 其镇痛强度与哌替啶(杜冷丁) 一致, 起效较快, 用药后 0.5h 起效, 1~2h 产生峰效应, 吸收较好, 持续时间为 5~6h。

②阿片类药物: 常用有哌替啶 50~100mg, 肌内注射; 或

吗啡 5~10mg,皮下注射,镇痛作用强、起效快、止痛效果确切,但此二药对泌尿系统平滑肌有兴奋作用,宜与平滑肌解痉药联合使用。其不良反应有胃肠道反应、药物成瘾、呼吸抑制,而且再痛发生率高,需要进一步用药的可能性较大。与抗胆碱能药物联用时,会增加尿潴留的发生率。对良性前列腺增生症者慎用。

(3) 针灸疗法:取足三里、肾俞、三阴交等穴位,采用强刺激手法。

(4) 指压止痛:指压患侧骶棘肌外缘及 L₃ 横突处压痛点。

(5) 急诊行体外碎石,可达到立竿见影的止痛效果。

(6) 必要时,可逆行输尿管插管,解除梗阻,以求止痛。

(7) 有些时候不做处理,痉挛的输尿管平滑肌也会慢慢松弛,疼痛缓解。

解痉、止痛是肾绞痛的主要处理原则。解除平滑肌痉挛为基础,使用镇痛药为辅助,为尽快达到满意止痛效果可联合用药。在上述保守止痛治疗的同时,可配合静脉输液、抗感染等措施。尽管上述用于治疗肾绞痛的方法或药物很多,但根据循证医学理论,即便是最好的治疗方法也不可能适用于每一个病人,这就需要临床医师从临床实践角度和病人的具体情况出发,客观地判断和取舍。

此外,肾绞痛的处置不能仅仅满足于缓解症状,而是要在明确诊断的前提下,要对肾功能及全身状况做出综合评估,并向患者说明病情,提出建议及下一步诊疗方案。

2. 病因治疗 消除肾绞痛的根本措施是病因治疗。在确定为肾绞痛后,应做进一步检查。在明确诊断后,针对病因进行治疗,方能获得彻底治愈。

肾绞痛的具体诊治流程可参考图 1-1。

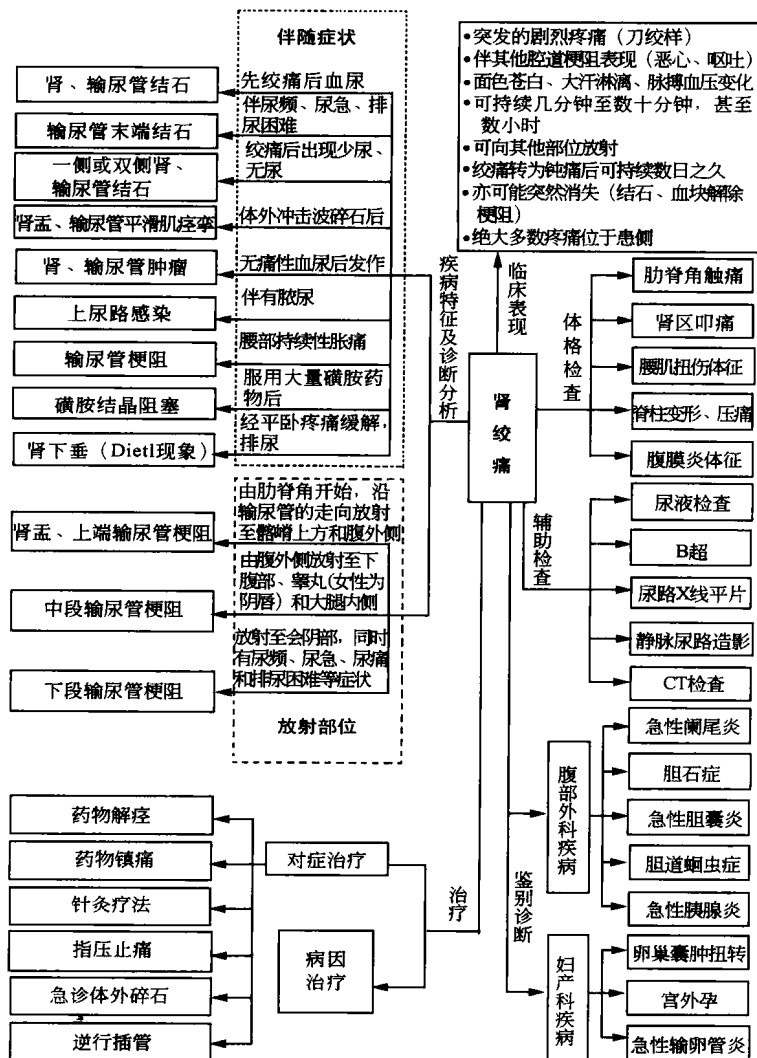


图 1-1 肾绞痛的诊治流程图

(柏宏伟 李州利)