

58 例肾损伤的诊治分析

熊有志(重庆市秀山县人民医院泌尿外科 409900)

【摘要】 目的 探讨肾损伤的诊断与治疗。**方法** 对 2007 年 9 月至 2010 年 3 月对 58 例闭合性肾损伤临床资料进行回顾性分析,其中合并伤 19 例(32.7%),据 CT 和 B 超及手术证实:肾挫伤 20 例,肾挫裂伤 34 例,肾横断伤 4 例。保守治疗 48 例,手术治疗 10 例。**结果** 肾损伤均有不同的外伤史,临床表现中休克发生率 29.3%,血尿为 86.4%,腰痛 93.5%,CT 阳性率为 97.2%,B 超阳性率 92.1%,治愈率 100%,平均住院时间 21 d。**结论** 闭合性肾损伤诊断一般并不困难,受伤后有血尿及腰痛,CT 检查不但能迅速、准确地确定诊断,而且能明确显示肾损伤的类型及范围。治疗关键取决于病情:肾挫伤、轻度撕裂伤一般可通过保守治疗治愈,对较严重的裂伤,尽量采用保守治疗,动态观察病情变化。肾碎裂伤应紧急手术探查。

【关键词】 肾损伤; 治疗方法; 病例分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.047

中图分类号:R691.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)20-2261-02

闭合性肾损伤 B 型超声 CT 诊断和治疗,近几十年来肾损伤明显增加,及时、准确的诊断对于治疗非常重要。从 2007 年 9 月至 2010 年 3 月,本院共收治闭合性肾损伤 58 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例 58 例,其中男 35 例,女 23 例,年龄 10~72 岁,平均 31 岁;肾损伤分布,右侧肾 34 例,左侧肾 21 例,双侧肾 3 例;肾挫伤 20 例,肾挫裂伤 34 例,肾碎裂 4 例。伤后距就诊时间 30 min 至 30 d,平均 48 h,临床表现,血尿 52 例(89.6%),伴休克 16 例(27.5%),患侧肾区疼痛 54 例(93.1%),伴有腹胀及腹膜刺激征 10 例(17.2%),腰部肿块 11 例(18.9%);有合并伤者 19 例(32.7%),其中 15 例合并 2 处及 2 处以上损伤,合并伤分别为肋骨骨折及右侧尺桡骨骨折 3 例,右侧髌骨骨折 2 例,胸椎及腰椎压缩性骨折 3 例,左侧胫腓骨骨折和脾破裂 4 例,肠损伤 2 例,颅脑损伤及左股骨干骨折 1 例。

1.2 诊断方法 CT 确定诊断 56 例,确诊率 96.5%,B 超确定诊断 43 例,确诊率 91.3%。

2 结果

本组病例采用保守治疗 48 例;手术治疗 10 例,其中行肾切除 8 例(13.7%),行肾修补及肾周引流 2 例。58 例病例全部治愈,住院时间最短为 7 d,最长时间 78 d,平均住院时间 21 d。

3 讨论

闭合性肾损伤在诊断上应注重判断肾损伤的程度(分类)以及是否有合并伤的存在,确定合适的治疗方案,由此可提高治愈率,降低切肾率,最大限度地保存具有功能的肾组织。Sargenr 将肾损伤分为 4 类:肾挫伤(I 类伤);肾裂伤(II 类伤);肾碎裂伤(III 类伤);肾蒂伤(IV 类伤)。闭合性肾损伤的诊断一般依据外伤史、症状及体征、尿液检查、影像学检查。肾损伤多有明确的外伤史,本组 58 例均有不同程度的外伤。肾损伤的临床表现颇不一致,由于肾组织破坏的程度不一,所造成的病理变化以及产生的临床症状差别也很大,同时许多患者常因伴有其他内脏损伤而使肾损伤的症状被遮蔽。休克:本组发生率 29.3%,本研究观察肾脏破裂极为严重才出现休克,有时肾脏虽然破裂较重,但大血管一般不易撕断,加上肾周有大

量脂肪填入裂口,与凝血一起形成自然的压迫止血,故休克在单纯肾损伤的患者当中并不多见。因此,如果伤后发生休克,应多考虑是否合并其他内脏损伤。血尿:本组统计为 89.6%,其中肉眼血尿为 85.5%,血尿是肾损伤的主要症状之一,血尿的程度并不能说明肾损伤轻重与肾出血的多少,50%左右的肾蒂伤无血尿^[1]。如果是严重的肾破裂伤,大量的出血流入肾周,不能从肾盂到输尿管逆流而下,临床血尿症状也就表现很轻。另外,当肾实质深度撕裂伤,开始可出现大量肉眼血尿,如发生凝血块堵塞肾盂或输尿管,血尿可以突然停止。而肾盏撕裂伤,虽伤情不重,也可出现大量肉眼血尿,而且持续时间较长。伤侧腰痛,本组统计为 93.1%。腹胀及腹膜刺激征多系肾被膜下出血及腰部挫伤所引起,也可因后腹膜水肿压力过高后,腹膜通透性增加,血尿渗入腹腔所致。或者有脊神经损伤、结肠挫伤、腹膜后出血继发感染引起肠麻痹所致腹内胀气现象。在此作者体会到:腹腔穿刺抽出少量血性液,不是绝对的手术指征,应该注意鉴别合并腹腔脏器损伤所引起的腹膜刺激征及腹腔内出血。腰部肿块:本组发生率 18.9%,系肾破裂时血和尿的外渗所致,如肾周筋膜完整,肿胀比较局限,如肾周筋膜破裂,渗出的血和尿液可沿腹膜后间隙蔓延,形成广泛性肿胀。尿液检查:必要时须重复多次,血尿增减一般能代表肾脏出血是在进行或逐渐自行停止。肾损伤后早期尿液检查发现有脓细胞,多说明原有感染或其他疾病。影像学检查:能判断肾损伤的程度(分类)及了解对侧肾情况,帮助拟定治疗措施,是必不可少的检查方法。随着超声检查和 CT 的普及应用,传统的 X 线平片和静脉尿路造影术(IVU)应用于肾损伤的诊断正日益减少。超声检查具有无创性、价廉、操作简便、可作床旁检查的优点,可作为肾损伤的首选和随访的检查手段。CT 诊断肾损伤具有较高的敏感性、特异性和准确性,在肾损伤的诊断中起着极其重要的作用,是目前诊断肾损伤的常规检查方法。但 B 超、CT 检查发现必须结合患者的临床表现,以便更好地制订出治疗方案。

3.1 CT 能明确显示肾损伤的类型和范围,准确地对肾损伤进行分类,还可发现胸腹部其他脏器受伤情况,是诊断肾损伤最重要的检查方法。本组 CT 定性诊断为 97.2%。CT 可以发现(1)挫伤:血及尿外渗到肾实质内,可观察到肾组织内呈点状“泥泞样”改变;(2)血肿:包膜下血肿及肾周血肿,后者

浸润到脂肪表现为条纹状或泡状,肾内血肿密度低于肾组织,但新鲜血肿则密度高;(3)可观察到不同程度的裂伤情况。

3.2 B超 可区分肾挫伤和肾裂伤,了解有无肾周围血肿并估计出血量的多少,但腹膜后血肿较大者则难以区分肾损伤的情况。最有诊断价值的是肾周血肿、尿液外渗或尿性囊肿,可作为常规检查,且可对保守治疗的患者进行动态观察。

3.3 静脉肾盂造影 仍是判断伤肾和健肾功能的重要检查手段。放射性核素扫描:对肾蒂伤有诊断价值,肾裂伤可出现“冷区”,可发现尿外渗,肾碎裂则肾轮廓变形。

3.4 近来也有腹腔镜探查诊断肾损伤的报告,它可直观了解肾损伤的程度,提高手术探查的准确性。闭合性肾损伤的治疗,应依患者的全身情况,肾损伤程度以及是否合并其他内脏损伤和程度而定。治疗的目的是最大限度地保存具有功能的肾组织,肾血循环非常丰富,因此有巨大的应变能力、代偿功能和修复功能,在出血停止后常可自行愈合,同时肾损伤的本身很少危及患者生命。本组 58 例采用保守治疗病例 48 例,占 82.7%,平均住院时间 21 d,治愈率 100%。肾挫伤、轻度撕裂伤一般可通过保守治愈,对于较严重的裂伤,只要无继续活动性出血及严重的尿外渗,尽量采取保守治疗,密切观察病情变化能够最大限度保留肾组织。在保守治疗过程中,除给予止血防治感染及必要时止痛、输血治疗外,要特别强调患者应绝对卧床休息至少 2~3 周,下床活动后,应强调 2~3 个月不参加剧烈运动,防止已愈合的伤口裂开。在本院收治肾损伤病例中曾有 2 例患者伤后 1 周病情已平稳,血尿停止,就是因为过早下床,导致大量血尿,并伴有休克发生的病例。

闭合性肾损伤的治疗原则是最大限度地保存有功能的肾组织,尽量减少并发症、后遗症和切肾率^[7]。对肾挫伤、表浅肾裂伤及中度肾损伤病情平稳者应采取保守治疗,主要包括:(1)绝对卧床休息 2 周,1 个月内不参加剧烈活动。密切观察生命体征的变化、腰部肿块的出现及大小变化。(2)积极抗休克治疗,补充血容量,维持水电解质平衡。明确胸腹部脏器损伤时可给予止痛剂。(3)应用广谱抗生素预防及控制感染。(4)有肉眼血尿者给予一定的止血药。严重的肾损伤(伴有或不伴有尿外渗的深度裂伤及碎裂伤)病情急重,出血、血尿难以控制,

传统治疗方法是在保守治疗无效时需做外科急诊处置:修补或全肾切除,肾切除率常高达 50%以上,显然,对患者来说不仅痛苦大、创伤大、花费多、住院时间长,而且是一种终身损害。有学者指出,对拟行肾切除的患者除了注意到留存肾必须完全正常外,还需要注意其他问题。因为肾切除后,在不同患者其代偿增大的程度有相当大的差别,有的患者肾切除后,到老年因留存肾动脉硬化引起慢性肾功能不全,甚至死亡,因此对严重肾损伤只要排除了肾蒂损伤及需手术处理的其他脏器损伤,均应力争非手术治疗,最大限度地保存肾组织。

参考文献

[1] 吴阶平,马永江.实用泌尿外科学[M].北京:人民军医出版社,1991:273

[2] 王宾,程跃.腹腔镜在肾损伤中的诊断价值[J].创伤外科杂志,1999,1(2):102-103

[3] 宋武,程文,胡佩玉,等.肾损伤的诊断与治疗[J].临床泌尿外科杂志,1999,14(6):331-332.

[4] 侯松江,汪季华.B型超声、排泄性尿路造影和 CT 在闭合性肾损伤诊断中的价值[J].医学理论与实践,2004,17(9):1079-1080.

[5] 王国平,周先勇,陈培友,等.肾损伤的 CT 诊断及其临床价值[J].临床放射学杂志,2000,19(5):231-233.

[6] 张绍增.严重闭合性肾裂伤的非手术治疗[J].临床泌尿外科杂志,2000,15(5):228-229.

[7] Carrol PR, Mcaninch JW, Wong A. Outcome after temporary vascular occlusion for the management of renal trauma[J]. J Urol, 1994, 151: 1171-1173.

[8] 秦荣良,王凤,邵国兴,等.肾损伤的诊断和治疗[J].中华泌尿外科杂志,1995,16(6):10-12.

[9] 王一镗.急诊外科学[M].北京:学苑出版社,2000:399-340.

(收稿日期:2010-04-17)

临床研究

121 例女性泌尿生殖道支原体感染分析

张 玲¹,赵思阳^{2△},吴林伯²(1.四川省达州市通川区妇幼保健院 635000;
2.四川省达州市中心医院 635000)

【摘要】 目的 了解本地区女性泌尿生殖道支原体感染的状况及药物敏感性。**方法** 用培养法检查支原体并进行药敏试验。**结果** 121 例培养呈阳性的标本中真正属于支原体感染的只有 115 株占 95%,研究发现敏感性较高的抗生素有强力霉素、四环素、原始霉素、交沙霉素,而环丙沙星、氧氟沙星耐药率达 97%以上。**结论** 支原体在女性泌尿生殖道感染中比例高,同时耐药性也高,因此临床诊治中应高度重视病原学检查和药敏试验,合理选用抗菌药物以减少耐药株的产生。

【关键词】 支原体感染; 泌尿生殖道; 药物敏感性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.048

中图分类号:R711.23 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2010)20-2262-02

衣原体属是一类缺乏细胞壁、呈高度多形性的最小原核微生物,分布广泛,多为腐物寄生。解脲支原体(Uu)、人型支原

体(Mh)常寄居人、动物的泌尿生殖道黏膜,是引起女性的子宫内膜炎、卵巢炎等疾病的重要病原之一,可导致流产、不孕不

△ 通讯作者。