

妊娠期尿石症诊疗体会

古 勇, 秦志明, 蒋 峥

作者单位: 530003 南宁, 武警广西总队医院泌尿外科

作者简介: 古 勇(1966-), 男, 主治医师, 研究方向: 泌尿系结石及前列腺疾病诊治。E-mail: guyong669911@163.com

【摘要】 目的 探讨妊娠期尿石症的诊断和治疗方法。方法 对 28 例妊娠期尿石症的临床资料及诊治过程进行回顾性分析, 结合文献讨论其临床特点和诊疗方法。结果 25 例 B 超检查发现有结石; 全部患者均先行保守治疗, 但有反复尿路感染并不完全梗阻, 肾绞痛反复发作行膀胱镜逆行置入双 J 管; 输尿管结石合并肾积水患者行经皮肾造瘘; 全部患者均足月分娩。结论 妊娠期尿石症的诊断首选 B 超检查, 治疗上以保守治疗为主, 不提倡创伤较大的治疗方法, 以避免出现流产或早产; 出现肾功能损害、尿路感染或保守治疗无效时, 应及时进行外科治疗, 主要是经膀胱镜逆行置入双 J 管、经皮肾造瘘和输尿管镜碎石。

【关键词】 妊娠; 尿石症; 诊断; 治疗

【中图分类号】 R 961.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)07-0735-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.28

Experience on diagnosis and treatment of urolithiasis during pregnancy GU Yong, QING Zhi-ming, JIANG zheng. Department of Urology, Guangxi Provincial Corps Hospital, Chinese People's Armed Police Forces, Nanning 530003, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the method of diagnosis and management of urolithiasis during pregnancy. **Methods** The diagnostic procedure and clinical data of 28 pregnant women with urolithiasis were retrospectively analysed. Its clinical characteristic and methods for diagnosis and management were retrospectively discussed in combination with related literatures. **Results** Twenty-five cases were diagnosed by ultrasonography at first; all patients were treated with conservative management, double J stent was subsequently placed under monitoring of cystoscopy if recurrence of renal colic or urinary tract infection caused by ureteral obstruction was confirmed; one case of ureterolithiasis complicating with nephrohydrosis was treated by percutaneous nephrostomy (PCN); no obstetric event related to urolithiasis was found. **Conclusion** Ultrasonograph is recommended as the first choice of diagnosis for urolithiasis during pregnancy. Conservative management is considered as first line treatment while invasive intervention is not advocated to avoid adverse obstetric events. Surgical intervention such as double J stent insertion, PCN or ureteroscopic stone removal is recommended when conservative management failed, renal function injury was detected or urinary tract infection was found.

【Key words】 Pregnancy; Urolithiasis; Diagnosis; Therapeutics

妊娠期尿石症在临床上少见, 而且在诊断上和治疗上有一定的难度和风险, 是孕妇疼痛入院治疗的最常见的非产科原因。妊娠期约 40% 的早产与尿石症有关。因此, 妊娠期尿石症的有效、正确的处理对保护孕妇和胎儿的生命安全意义重大。现将我科 2000~2008 年收治的 28 例妊娠期尿石症患者的诊治体会报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组 28 例, 年龄 22~33 岁, 平均 27.6 岁, 初诊时妊娠时间 11~37 周, 平均 29 周。其中妊娠早期(≤12 周)9 例, 占 32%; 妊娠中期(12~28 周)13 例, 占 46%; 妊娠晚期(>28 周)6 例, 占 21%。本组有 19 例就诊的原因为

肾绞痛或腹部疼痛, 4 例因尿路刺激症状就诊发现, 5 例为常规孕检 B 超发现。尿石症以肾绞痛为最常见的主诉, 但妊娠期的症状常常不典型, 表现为腹部的疼痛与子宫的收缩合并存在, 或伴有尿路刺激症状。体检时均有肾区叩击痛或输尿管行程压痛。妊娠前有尿石症的有 5 例, 有尿路感染的有 3 例。尿常规检查示 17 例有镜下血尿, 5 例有白细胞。25 例 B 超检查发现有结石。

1.2 治疗方法及结果 5 例常规孕检 B 超发现结石的患者进行密切观察并定期行 B 超复查, 未进行进一步的其他处理; 4 例尿路感染者予以抗感染及输液等治疗; 19 例因肾绞痛发作的患者应用解痉止痛药物及静脉输液等处理后疼痛

基本消失;4例反复尿路感染合并不完全梗阻、肾绞痛反复发作,予膀胱镜检查,逆行置入双J管;1例输尿管结石合并肾积水患者行经皮肾造瘘(PCN);9例病人结石自然排出,自然排出率为32%(9/28)。本组病人均足月分娩。

2 讨论

2.1 妊娠期尿石症的发病率及发病机理 国外 Gorton^[1]报道妊娠期尿石症发病率为0.04%~0.50%。妊娠期尿石症的发病机理可能为妊娠期泌尿系统的解剖改变和磷酸钙代谢的改变是妊娠期尿石症形成的主要原因^[2]。妊娠期雌激素水平降低,而孕激素水平升高,结果是血钙升高,尿钙排出量相应增加;孕激素可使输尿管增粗,蠕动减弱,故孕妇患肾及输尿管结石的机会增多。泌尿道梗阻,扩张,尿流缓慢可以增加晶体形成,最终导致结石形成^[3]。同时,子宫增大压迫输尿管也易于形成结石^[2]。

2.2 妊娠期尿石症的诊断

2.2.1 B超诊断 目前,推荐首选的是B超检查,B超检查有对结石敏感性高,对胎儿无损伤,可反复使用的优点^[4]。但对于输尿管中段结石由于肠气的干扰,或结石较小,肾积水不明显及输尿管不扩张者,B超检查效果欠佳,阳性率只有34%~47%,不能区分生理性梗阻与结石的梗阻,结合尿常规检查可以提高检出率^[4]。

2.2.2 磁共振泌尿系水成像(MRU)检查 能显示扩张的集合系统,明确梗阻部位,还能评估肾功能,区分生理性与病理性的肾积水,是妊娠期理想的检查手段,但由于价格昂贵,在临床中的使用受限,可以作为孕妇检查结石的二线的方法。

2.2.3 X线检查 因X线对胎儿有潜在的致畸变作用,妊娠期尿石症患者禁用X线检查,包括腹部平片及静脉尿路造影(IVU)、CT检查。

2.3 妊娠期尿石症的治疗

《尿石症诊断治疗指南(2007版)》建议妊娠合并结石者首选保守治疗。应根据结石大小、梗阻部位、是否存在感染、有无肾实质损害及临床症状来确定治疗方法。治疗原则上对于结石较小、没有引起严重肾功能损害者采取综合排石治疗,包括多饮水、适当活动、输液、利尿、解痉止痛和抗感染等措施促进排石;如有肾功能损害、反复尿路感染或保守治疗无效时,应及时行外科处理,但不提倡创伤较大的治疗方法^[4]。

2.3.1 无症状妊娠期尿石症的处理 出于保护孕妇和胎儿的目的,而且有报道64%~84%的结石可以自行排出^[3],所以等待观察是最理想的选择。多数患者可以安全度过妊娠期,结石可在分娩后再行处理。我们的做法是适当活动,增加饮水量,保证充足的尿量,定期行尿常规、肾功能和B超检查,以了解泌尿系统有无感染及肾功能变化情况。如在观察期间出现肾绞痛发作、尿路感染或肾积水加重,应及时采取相应的外科干预。本组4例体检发现结石行等待观察未作处理,1例出现肾绞痛发作予解痉止痛及静脉输液后缓解。

2.3.2 肾绞痛发作的一般处理 常规给予解痉止痛、预防感染和静脉输液、卧床休息、多饮水,绞痛一般可以缓解^[5]。

止痛药中阿片制剂是第一线的选择,因为其他大部分的止痛剂如非甾体抗炎镇痛药有增加发生羊水过少、自发流产和心脏畸形的风险^[3]。本组19例采用上述方法治疗后,疼痛均能缓解。

2.3.3 尿路感染的处理 由于妊娠期尿液中存在白细胞是普遍的现象,不能作为孕妇尿路感染的指标^[6],但是,大概50%的孕妇尿石症有感染,且妊娠期无症状性菌尿,在无泌尿系结石的情况下,也可以突然转化为急性肾盂肾炎,所以此类患者需要预防性应用抗生素。对于有症状的尿路感染尤其考虑为肾盂肾炎者,需及时应用抗生素治疗。长期研究资料表明大部分抗生素对孕妇是安全的,如先锋类、青霉素类、大环内酯类和呋喃类,对妊娠期尿石症伴感染也是安全的^[3]。本组4例有症状尿路感染(有发热、膀胱刺激征)经抗生素治疗后尿路感染得到控制。

2.3.4 输尿管双J管的应用

有下列情形考虑放置双J管:(1)肾绞痛频繁发作或一般方法不能缓解者;(2)泌尿系梗阻合并尿路感染者。双J管可在表麻下经膀胱镜逆行放置,并每4~6周更换一次。本组4例因肾绞痛频繁发作或泌尿系梗阻合并尿路感染,行经膀胱镜逆行置入双J管,术后肾绞痛消失,无先兆流产,同时应使用抗生素控制尿路感染。

2.3.5 经皮肾造瘘(PCN) PCN可以避免对妊娠影响较大的碎石或取石操作,使梗阻的尿路得到充分的引流,还可以作为分娩后进一步治疗的通道^[7],减少流产或早产的机会。但是本操作属有创操作,易导致出血,易污染,需特别护理。研究者建议在妊娠22周以前选择PCN,之后选择输尿管支架。本组1例因反复出现尿路感染并输尿管结石肾中度积水的患者经B超引导下经肾穿刺造瘘术,术后症状消失,顺利分娩。

2.3.6 输尿管镜腔内碎石治疗 近10年来,随着输尿管镜器械和技术的进步,输尿管镜腔内碎石因为可以去除结石,成为保守治疗无效后的一种选择,在国内外均有成功的报道。输尿管镜腔内碎石可采用钬激光碎石、气压弹道碎石,有效率为70%~100%^[7]。输尿管镜碎石的禁忌症包括结石大于1cm、多发性结石、脓毒症、移植肾、输尿管镜经验和设备不足、独肾(相对禁忌证)^[8]。但输尿管镜手术可以增加流产、早产的机会,故不应作为首选的治疗方法。

2.3.7 体外冲击波碎石术 冲击波对胎儿有影响可能导致死胎,为绝对的禁忌证。

2.3.8 开放手术 一般不主张,仅在有明显的脓毒症且对其他治疗无反应,无腔内治疗经验和设备时考虑。

参考文献

- 1 Gorton E, Whitfield HN. Renal calculi in pregnancy[J]. Br J Urol, 1997, 80(suppl):4-9.
- 2 Aubert J, Dore B, Moreau P, et al. Pregnancy and lithiasis of the upper urinary tract: Clinical aspects and therapeutic management[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris), 1985, 14(1):77-84.
- 3 陈解萍,陈碧影,黄健玲.妊娠合并泌尿系结石22例分析[J].中国妇幼保健,2004,19(11):42-43.

- 4 那彦群. 中国泌尿外科疾病治疗指南(2007 版). 北京:人民卫生出版社,2007:177-178.
- 5 Parulkar BG, Hopkins TB, Wollin MR, et al. Renal colic during pregnancy: a case for conservative treatment [J]. J Urol, 1998, 159 (2): 365-368.
- 6 王笑芳, 孙蔚, 陈维萍, 等. 孕妇肾结石并发肾绞痛的处理[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(5): 304-384.
- 7 Srirangam SJ, Hickerton B, Van Cleynenbreugel B. Management of urinary calculi in pregnancy: a review [J]. J Endourol, 2008, 22 (5): 867-875.
- 8 Semins MJ, Trock BJ, Matlaga BR. The safety of ureteroscopy during pregnancy: a systematic review and meta-analysis [J]. J Urol, 2009, 181(1): 139-143.
- [收稿日期 2009-03-26][本文编辑 宋卓孙 章柯滔]

经验交流

58 例产后出血的观察与处理

陈 卫

作者单位: 545006 广西, 柳州市柳州医学高等专科学校第二附属医院妇产科

作者简介: 陈 卫(1967-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病诊疗与教学。E-mail: chenwei2281586@163.com

[摘要] 目的 分析产后出血的相关因素及防治措施。方法 回顾性分析 58 例产后大出血病例的临床资料。结果 同期产后出血发生率 3.18%, 56 例经保守治疗获痊愈, 2 例行子宫切除术, 无一例死亡。结论 准确判断出血原因, 争取及时正确有效的防治措施是处理产后出血的关键。

[关键词] 产后出血; 危险因素; 防治措施

[中图分类号] R 714.461 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)07-0737-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.29

Observation and treatment on 58 cases of postpartum hemorrhage CHEN Wei. Department of Obstetrics and Gynecology, Second Affiliated Hospital to Liuzhou Medical College, Liuzhou 545006, China

[Abstract] Objective To analyses the related factors of causing postpartum hemorrhage and the preventive measures and treatments. Methods Retrospective analysis on the clinical data of 58 cases of postpartum hemorrhage were performed. Results Over the same period, the incidence of postpartum hemorrhage was 3.18%, 56 cases were cured by conservative treatment, two cases were treated by hysterectomy, there was no case of death. Conclusion The key of the prevention of postpartum hemorrhage is to find the causes of bleeding accurately and timely take right and effective preventive measures and treatments.

[Key words] Postpartum hemorrhage; Risk factor; Preventive measures and treatments

为了探讨产后出血的相关因素, 笔者对我院 2006-01~2008-12 58 例产后出血的原因, 进行了回顾性分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院自 2006-01~2008-12 共分娩 1 824 例, 其中阴道分娩 1167 例, 剖宫产 657 例, 在此期间共发生产后出血 58 例, 出血发生率 3.18%。

1.2 方法 产后出血标准按胎儿娩出后 24 h 内, 出血超过 500 ml^[1]。阴道分娩者, 胎儿娩出后, 立即将聚血盆予产妇臀部, 剖宫产者手术中刺破胎膜后用吸引器尽快吸净羊水并计量, 术毕再记吸引器内容量, 两者之差为出血量, 术中所用纱布、布巾按称重法计量, 顺产者在产房由助产士按压宫底

记血量, 产后 2h 送回病房及剖宫产者术毕回房后交待产妇及家属相关注意事项及由医师、助产士、护士巡回观察, 三方共同计量 24 h 出血量。

2 结果

产后出血的相关因素 主要为宫缩乏力(63.79%), 其次为胎盘因素(20.69%)。见表 1。

表 1 产后出血相关因素构成

出血因素	例数(n)	构成比(%)
宫缩乏力	37	63.79
胎盘因素	12	20.69
软产道裂伤	7	12.07
DIC	2	3.45
合计	58	100.0