

42 例闭合性肾损伤患者的诊治体会

陈彤

闭合性肾损伤是常见的泌尿系统损伤性疾病,越来越多的研究表明,保守治疗在闭合性肾损伤中的适用范围正在扩大^[1],但迄今为止尚未达成统一的标准。现就本院近年收治的闭合性肾损伤患者的救治情况进行总结,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:42 例患者中男性 31 例,女性 11 例;年龄 14~55 岁,平均(31.8±12.5)岁。受伤脏器:左肾 21 例,右肾 20 例,双肾 1 例。致伤原因:车祸伤 14 例,高处坠落伤 8 例,钝器伤 4 例,摔伤 8 例,其他 8 例;合并其他器官损伤 14 例,其中颅脑损伤 2 例,肺挫伤 2 例,骨折 4 例,腹腔器官损伤 6 例;肉眼血尿 32 例,镜下血尿 2 例,无血尿 8 例。除合并伤症状外,患者均有伤侧腰部叩击痛,部分有伤侧腰部饱满;入院时 10 例患者并发休克,8 例腹部刺激征阳性。

1.2 诊断:结合外伤史、受伤部位、临床表现、血常规结果可初步诊断;经 B 超、CT 检查进一步确定损伤程度和范围。28 例行 B 超检查显示:腹膜后及肾包膜下血肿 25 例,肾破裂 19 例;34 例行 CT 检查显示:腹膜后及肾包膜下血肿 26 例,肾挫裂及肾破裂 22 例,肝破裂 1 例,脾破裂 2 例。

1.3 治疗:保守治疗 19 例,密切观察生命体征、血尿、腹部体征及肾区包块变化,维持水、电解质平衡,应用抗菌药物预防感染,以及止血、镇痛、镇静等对症处理;手术治疗 23 例,其中肾切除 18 例,肾修补术 5 例。1 例行选择性肾动脉造影加栓塞术后出血未控制,后行肾切除术。合并腹腔器官损伤患者均行相应手术处理;合并肺挫伤、骨折及颅脑损伤患者相应专科给予了处理。

2 结果

保守治疗的 19 例患者腹部体征及肾区包块 2 周左右消失,其中 18 例 2 周后复查 B 超显示肾周血肿明显吸收,4 周后 CT 显示肾脏形态良好;1 例伤后 2 周复查肾脏多普勒考虑肾动脉离断、左肾实质无动脉供应,伤后 18 d 磁共振血管造影(MRA)示左肾动脉起始部呈丘状显影,远侧分支不显影,伤后 1 个月 B 超示左肾体积缩小、无血流,肾图示左肾无功能。手术治疗的 23 例患者中除 1 例死于颅脑损伤外,其余均切口 1 期愈合出院。

3 讨论

交通事故、高处坠落甚至摔倒时常可出现肾损伤,本组 30 例(71.4%)患者由上述原因导致,与 de Mestral 等^[2]报道相近。综合患者外伤史、受伤部位、临床表现、血尿及尿液检查结果,可初步确定闭合性肾损伤的诊断。血尿是闭合性肾损伤最常见、最主要的临床症状,本组资料中有 34 例(81.0%)

患者出现血尿,与 Wong 等^[3]报告的发生率基本一致。但血尿与肾损伤程度并不成正比,部分存在血管损伤及肾盂输尿管断裂的患者可无血尿,应予以重视。

目前影像学检查对肾损伤的诊断具有重要价值,可提供有效证据及作出正确的诊断并明确损伤的程度和范围,是制定相应治疗方案的前提。B 超可作为肾损伤患者的首选筛查方法及随访的检查方法^[4-5],本组患者中 28 例行 B 超检查。腹部 CT 检查可有效评估肾脏损伤的程度及范围,其准确率达 100%^[6],同时还能准确进行损伤分类,可清楚显示血肿部位及范围,为及时制订有效、全面的治疗方案提供依据。

既往认为,闭合性肾损伤的保守治疗仅适用于血流动力学稳定的 I~III 级肾损伤患者^[7]。近年来大量的临床病例研究发现,除非患者输尿管完全断裂或血流动力学不稳,都应免于手术切除肾脏。但保守治疗过程中必须密切观察病情变化,积极预防并发症的发生并随时做好手术准备。数字减影血管造影(DSA)技术为肾内动脉超选择性栓塞治疗提供了可靠的依据,对单纯肾脏血管损伤或肾脏血管损伤合并无需外科手术处理的器官损伤者,能有效止血,避免开放手术引起的患肾切除,保留有功能肾组织^[8]。

总之,通过详细询问患者的病史,结合临床表现、实验室检查,可初步确定闭合性肾损伤的诊断,联合 B 超、CT 等影像学检查可对闭合性肾损伤进行准确诊断,及时制订出有效、全面的治疗方案。随着保守治疗适用范围的扩大,肾损伤大部分可采取保守治疗,尽量减少肾切除、保存有功能的肾组织,但需要严密监测病情变化;严重损伤者仍需手术治疗。

参考文献

- [1] van der Vlies CH, Olthof DC, van Delden OM, et al. Management of blunt renal injury in a level 1 trauma centre in view of the European guidelines. *Injury*, 2012, 43: 1816-1820.
- [2] de Mestral C, Dueck AD, Gomez D, et al. Associated injuries, management, and outcomes of blunt abdominal aortic injury. *J Vasc Surg*, 2012, 56: 656-660.
- [3] Wong KY, Brennan JA, Calvert RC. Management of severe blunt renal trauma in adult patients: a 10-year retrospective review from an emergency hospital. *BJU Int*, 2012, 110: E330.
- [4] Gourgiotis S, Germanos S, Dimopoulos N, et al. Renal injury: 5-year experience and literature review. *Urol Int*, 2006, 77: 97-103.
- [5] 施倩, 乔方, 陆成杰, 等. B 型超声对肾动脉断裂诊断的初步探讨. *中国危重病急救医学*, 2001, 13: 58.
- [6] Razali MR, Azian AA, Amran AR, et al. Computed tomography of blunt renal trauma. *Singapore Med J*, 2010, 51: 468-474.
- [7] Lynch TH, Martínez-Piñero L, Plas E, et al. EAU guidelines on urological trauma. *Eur Urol*, 2005, 47: 1-15.
- [8] Somani BK, Nabi G, Thorpe P, et al. Endovascular control of haemorrhagic urological emergencies: an observational study. *BMC Urol*, 2006, 6: 27.