

尿路結石症

院長 大塚 光二郎

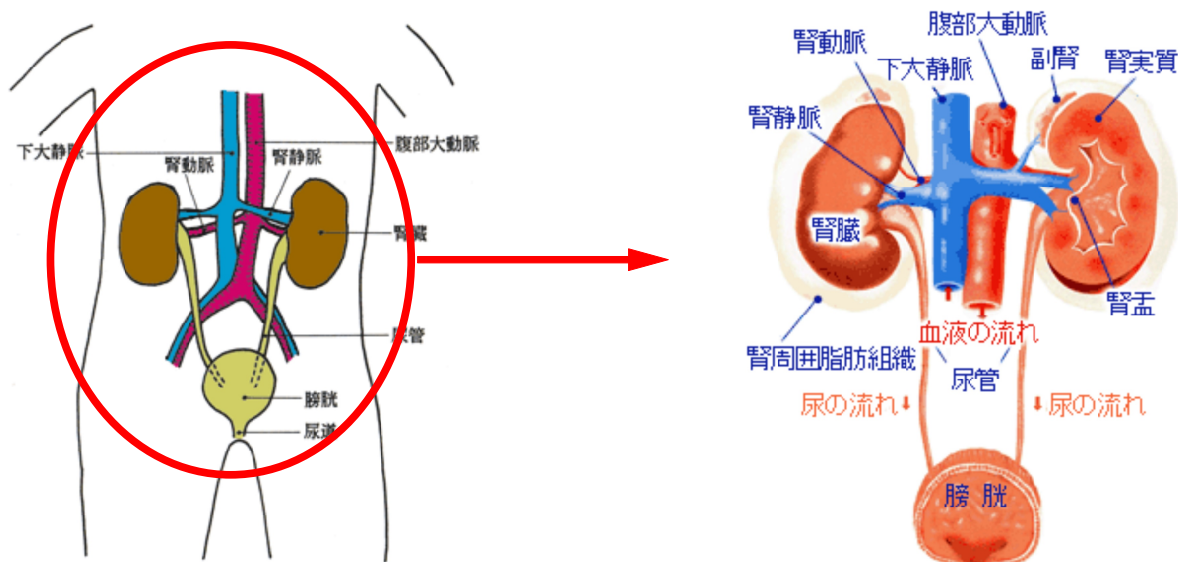
最近1ヶ月程の間で激しい腹痛で当院へ受診された患者さんのうち、5例が尿管結石症でしたので、急性腹症に係わる医師として、この疾患について少し皆様に説明したいと思います。実は私自身も約35年前、尿管結石症に罹患しました。「医師自身、万病を患うのが望ましい。何故なら、あらゆる病気の苦悩、苦痛の経験から、患者の立場が理解できるから」などと言われていますが、とにかく痛い病気である実感はよく理解できます。この疾患は30%の人は再発しますが、ありがたい事に私は今のところ再発していません。以下尿路結石症の概要を列記します。

尿路結石症は結石の存在部位によって、腎結石、尿管結石、膀胱結石に分けられます。日本人では95%以上が腎か尿管結石です。広い腎内（腎盂）に結石が留まっていれば良いのですが、尿管へ流れ出て細く狭い位置で結石が詰まると腎盂や腎盞の内圧が急激に上昇します。これに尿管の収縮や蠕動運動が加わり耐え難い痛みになるわけです（通常時の内圧が20倍以上の事もあります）。

発作時の痛み止めとして経口薬を使うのですが、患者さんによっては吐き気を伴う症例もあります。このような時は積極的に注射で対応します。しかしこの内圧上昇によって尿生成が止まり、結石の上流の尿管や腎盂は拡張したまま安定した状態になります。この平衡に至る数日間、いつ疼痛発作が起きるか判りませんので入院をした方が安心ともいえます。

診断は画像では腹部レントゲン、超音波、CTなどを用います。診断のつかない時は、排泄性尿路造影（DIP）を行う場合もあるのですが、造影剤は人によりショックを起こします。MRを用いた尿路撮影（MRU）はこの心配もなく、当院では積極的に行っています。

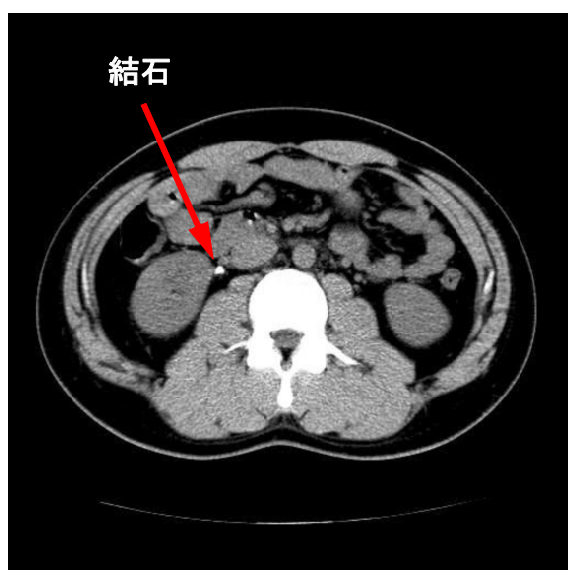
痛みが無くなっても、拡張したままの尿路系を長期間放置しますと腎臓の実質が薄くなって、機能が低下します。したがって結石が存在しないことを画像診断で確認しなければいけません。



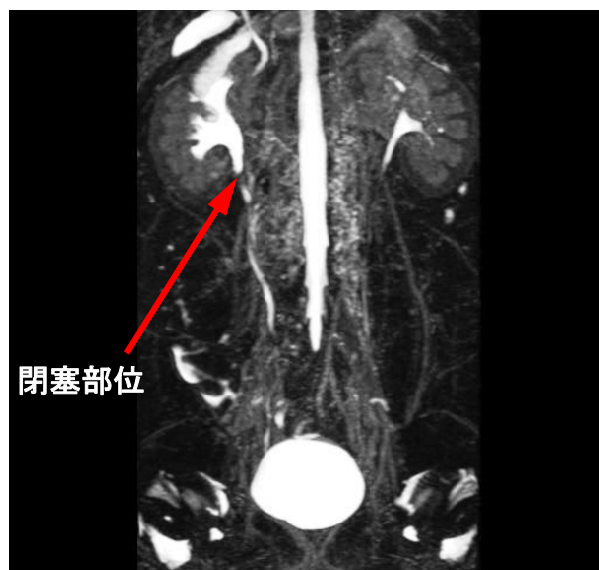
発症原因は、副甲状腺機能亢進症、痛風、感染、酵素異常などの一部以外は原因不明です。治療は結石が5mm以下の場合、自然排石が期待されますので、経過観察とします。これより大きな石で、一定期間経過を診て、排石が無理と判断した時は、第一選択として、体外衝撃波碎石術（ESWL）が行われます。その他は内視鏡を使用する経尿道的尿管碎石術（TUL），経皮的腎碎石術（PNL）があります。

予防としては、①食事以外に飲水量を1日2000ml以上摂取、②バランスの取れた食事内容と就寝直前に食事をしない、③尿路結石を発症しやすい基礎疾患の治療（副甲状腺機能亢進症、痛風、尿路感染症の予防）などに留意します。いずれにしても排石後も食生活を含めた日常生活の摂生と画像診断を含めた丁寧な経過観察が必要とされています。

<症例A>

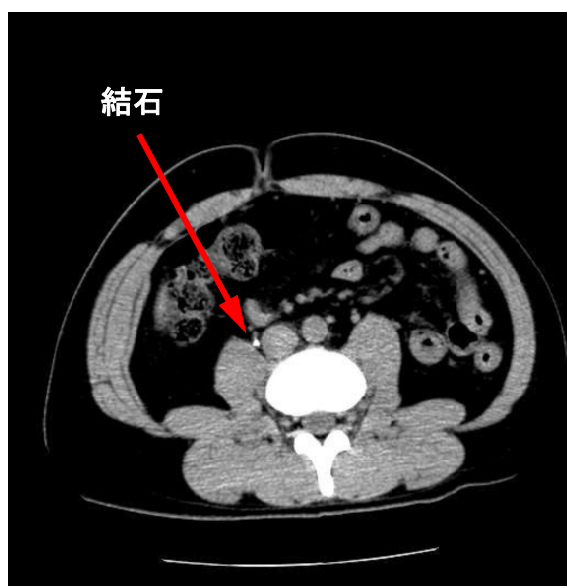


CT像

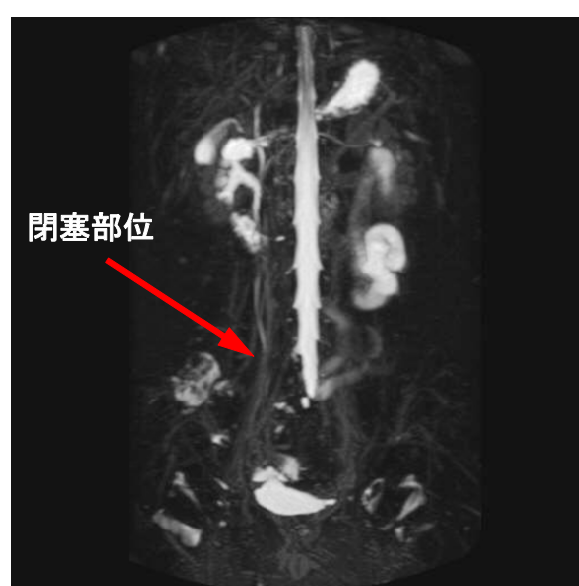


MRU像

<症例B>



CT像



MRU像