

经皮肾镜碎石术治疗无积水肾结石临床分析

李 萍 伍运筹 覃富强

邵阳学院附属第一医院泌尿外科 湖南邵阳 422001

摘要: **目的** 探讨经皮肾镜碎石术 (PCNL) 治疗无积水肾结石的临床疗效。**方法** 回顾性分析我院收治的无积水肾结石患者的临床资料, 依据不同的手术方法将其分为观察组和对照组, 其中观察组 83 例运用 PCNL 取石, 对照组 56 例运用传统的开放手术取石, 比较两组患者疗效和并发症情况。**结果** 观察组患者手术时间、术后住院时间及术后并发症发生率均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($t=-13.300$ 、 -4.162 ; $\chi^2=6.276$, $P<0.05$), 观察组术中出血量高于对照组, 但差异无统计学意义 ($t=-1.853$, $P>0.05$)。**结论** PCNL 治疗无积水肾结石效果显著, 具有手术时间短、术后恢复快及并发症少等优势, 值得在临床上推广。

关键词: 经皮肾镜碎石术; 无积水; 肾结石

中图分类号: R699

文献标识码: A

文章编号: 1009-6647 (2018) 06-051-02

肾结石是泌尿系统常见的疾病, 在我国南方发病率高于北方, 且多好发于男性, 其常导致患者出现不同程度的腰部胀痛、血尿等不适, 影响患者的生活质量^[1]。临床上常运用外科手术治疗肾结石, 既往传统的开放手术取石具有一定的效果, 但对患者的创伤大, 术后结石残留和复发率高进而影响整体治疗效果, 因此, 如何减少患者的创伤治疗无积水肾结石成为当年研究的一个热点, 而经皮肾镜取石术 (PCNL) 是目前临床上最常用的肾结石治疗方法, 其具有创伤小, 碎石效率高及并发症少等特点^[2]。本研究对比分析 PCNL 和传统开放手术治疗无积水肾结石的疗效和安全性。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回归性分析 2013 年 3 月—2018 年 3 月在我院就诊的无积水肾结石患者资料, 依据手术方式的不同, 将其分为采取 PCNL 碎石的观察组 (83 例) 和采用传统开放手术取石的对照组 (56 例), 其中观察组男 54 例 (65.06%), 女 29 例 (34.94%), 年龄 22~82 岁, 平均 (43.34±8.36) 岁, 结石直径 1.1~6.8cm, 平均 (3.33±1.26) cm; 对照组男 36 例 (64.29%), 女 20 例 (35.71%), 年龄 19~78 岁, 平均 (42.24±7.58) 岁, 结石直径 1.2~7.3cm, 平均 (3.26±1.32) cm。所有患者均为无积水肾结石且首次发生的患者且行泌尿系 CT 或泌尿系 B 超等相关检查确诊; 排除严重的心脑肺肝疾病者, 不能耐受手术的患者。两组患者在性别、年龄、结石直径等资料上差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

观察组患者采用腰硬联合麻醉, 取截石位, 输尿管镜引导下从患侧输尿管逆行插入 F5 的输尿管导管, 并予以生理盐水制造人工肾积水; 改俯卧位, 经 B 超定位下对肾盏进行穿刺, 运用斑马导丝引导和筋膜扩张器扩张, 建立经皮取石通道, 并予以气压弹道或钬激光碎石, 较大结石予以夹出, 术后留置肾造瘘管和双 J 管。

对照组采用全麻插管, 取健侧卧位, 取 11 肋间或 12 肋下切口, 依次切开皮肤、皮下、肌肉及肾周脂肪, 分离输尿管及肾盂, 探查结石位置后, 尖刀切开肾盂输尿管移行处, 用取石钳将结石取出, 并用生理盐水反复冲洗肾盂, 检查无残余结石后留置双 J 管, 肾周留置引流管, 并依次缝合各层。

1.3 观察指标

观察两组患者手术时间、术中出血量, 术后住院时间及术后并发症情况。

1.4 统计学分析

所有数据采用 SPSS19.0 进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组患者手术效果及并发症比较

观察组患者手术时间、术后住院时间及术后并发症发生率均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 而术中出血量虽高于对照, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。观察组术后出现 3 例血尿, 1 例发热, 对照组术后出现 3 例血尿, 3 例发热, 2 例肾实质损伤, 2 例结石残留。见表 1。

表 1: 观察组和对照组患者手术效果及并发症比较

组别	数量 (例)	手术时间 (min)	术后住院时间 (d)
观察组	83	82.73±9.54	7.14±2.57
对照组	56	106.32±11.24	9.27±3.46
χ^2/t		-13.300	-4.162
P		0.000	0.000
组别	数量 (例)	术中出血量 (ml)	并发症发生率 (n, %)
观察组	83	105.38±8.67	4 (4.82%)
对照组	56	99.24±7.96	10 (17.86%)
χ^2/t		1.853	6.276
P		0.066	0.012

3 讨论

肾结石是临床多发疾病, 其病变程度与结石部位、大小以及有无感染及梗阻存在一定的关系, 临床上治疗的目的是解除梗阻, 减轻痛苦及恢复肾功能^[3]。对于无积水肾结石的手术治疗, 其难度较大, 传统的开放手术创伤大, 术后并发症多, 不易对中老年体质较弱的患者行该手术。而行 PCNL 术, 虽无积水肾结石能增加肾穿刺的难度, 但由于其创伤小, 术后恢复快逐渐在临床中得到广泛运用。

本研究发现观察组手术时间、术后住院时间及并发症均低于对照组, 一般来说, 微创手术可降低机体对手术的应激反应, 减少创伤和减轻患者疼痛等, 且 PCNL 术中视野清晰, 建立经皮肾通道时间较短, 这可缩短手术时间及术后住院时间, 由于 PCNL 创伤小, 术后恢复快及碎石效率高, 这可降低其术后并发症的发生率, 这与相关研究结果一致^[4]。观察组术中出血量高于对照组, 但差异无统计学意义, 这可能与无积水肾结石患者肾皮质较厚, 行肾穿刺时易出血有关。

参考文献

- [1] 杨文增, 王佳荣, 赵春利, 等. 利用双 J 管膀胱持续逼 (下转第 53 页)

3 讨论

近年来,由于多种因素的交互作用,导致痔疮具有较高的发病率。痔疮指肛门黏膜静脉丛及直肠底部发生曲张形成的静脉团^[9]。该病为人类特有多发病,严重影响患者健康和正常生活。患者中,以中老年人居多,且不具有性别特征。在该病的诱因方面,主要有各种原因导致的便秘、患者有酗酒不良嗜好、具有刺激性食物爱好等。一般的药物治疗方式难以取得明显的效果,仅仅从表面可以消除痔体,但无法从实际上和根本上解除患者的症状。因此,针对该病主要实施手术治疗。既往应用 PPH 手术进行治疗,该手术无需切除肛垫,且具有安全、无痛、诊疗范围大等特点,效果比较明显。但研究证明,PPH 术后患者疼痛感强烈,部分患者出现肛门狭窄、坠胀、尿潴留等并发症,严重影响患者预后^[10]。TST 术式以痔的生理结构及形成机制为基础,利用肛门镜形成特殊的开环式窗口,对痔核进行有效锁定,针对性更强^[11]。本研究表明,该手术方式可以取得与 PPH 相对一致的临床疗效。PPH 主要以切除一段直肠黏膜以实现提升脱垂肛管直肠的效果,而 TST 则通过切除下移肛垫上方黏膜以及组织,从而实现悬吊和断流的目的。两种手术方式均可以显著改善脱垂症状。但 TST 技术具有更高的精准性和微创性,操作简单、无痛,患者术后恢复快^[12]。TST 通过对 PPH 技术的改进,有效降低患者肛门不适感,促进患者康复。本研究中,对照组均予以吻合器痔上黏膜环切术(PPH)治疗,研究组均予以开环式微创痔吻合术(TST)治疗。完成相应治疗后,研究组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、术后愈合时间以及术后疼痛评分情况等均显著低于对照组($P<0.05$)。研究组并发症发生率仅为 3.33%,显著低于对照组的 21.67%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。这证明了针对痔疮患者积极实施吻合器痔上黏膜环切术(PPH)治疗的科学性和有效性。

临床实践中,有效的手术方式还需要紧密结合对应的护理干预,才能产生明显的效果。针对手术治疗的痔疮患者而言,重点应当从以下几个方面开展护理干预:在实施手术治疗前,医护人员要积极与患者进行交流,对患者的心理情况进行深入了解,帮助患者消除紧张、怀疑等心理,引导患者纠正对就诊、手术治疗以及治疗效果的怀疑态度。根据患者心理状态进行针对性的心理干预,打消患者存在的顾虑。引导患者正确面对疾病,为其介绍手术治疗的方法以及基本原理,帮助患者树立治疗信心。在患者决定接受手术治疗后,帮助情况实施尿常规以及血常规等检查,积极进行肠道杀菌剂、消炎、抗感染、清洁肠道等常规准备。指导患者术前禁食禁饮,防止术中误吸。在完成手术治疗后,医护人员要严密进行观察,重点是伤口是否出现渗血、出血、肿胀等,针对疼痛患者予以镇痛处理。给予广谱抗生素,定时更换辅料,教育患者学会保持会阴清洁,防止发生感染;引导患者合理饮食,术后予以流质食物,严禁烟酒以及辣椒等刺激性食物,次日起逐渐食用半流食、普食;

对伤口分泌物进行严密观察,定期更换辅料。引导患者避免过早下床活动,排便时注意力度,防止用力过度。在患者完成相关治疗出院后,要积极开展出院指导。引导患者多吃水果、蔬菜、纤维类食物等,尽量避免剧烈运动,定期排便,便后清洁肛周皮肤。要避免久坐,进行适当运动,防止疾病复发。

综上所述,开环式微创痔吻合术(TST)是一种安全、有效的微创术式。具有操作简单、易恢复、并发症少的特点。该方式可以作为治疗重度内痔的首选方案。但是,本研究中所纳入的患者数量还相对较少,可能对结果产生一定的影响,这还需要在今后的临床实践中,进一步加大患者样本数量开展研究。

参考文献

- [1] 尤明辉.采用开环式微创痔吻合术为 90 例混合痔患者进行治疗的临床疗效观察[J].当代医药论丛,2014,12(07):285-286.
- [2] 林夏冰,陈志华,阮宁.开环式微创痔吻合术治疗重度内痔 368 例护理体会[J].福建医药杂志,2012,34(05):163-164.
- [3] 张敏,唐孝良.开环式微创痔上黏膜切除吻合术对痔疮的治疗效果及围手术期护理方法[J].河北医药,2014,36(19):3015-3016.
- [4] 封书德,王业皇,陆春明,等.开环式微创痔吻合术对脱垂性痔病术后肛管口径变化的影响[J].江苏医药,2014,40(10):1170-1172.
- [5] 吕艳冰,杨日高,李林,等.开环式微创痔上黏膜环切术围术期的治疗和护理模式探讨[J].中国医药导报,2015,12(06):120-122+127.
- [6] 咸春静,肖莹,杜鹏,等.开环式微创痔吻合器治疗痔病的围手术期护理[J].吉林医学,2012,33(19):4234-4235.
- [7] 王业皇,章阳,严进,等.开环式微创痔吻合器治疗痔病的临床效果[J].江苏医药,2010,36(11):1249-1252.
- [8] 张智伟,王宇光.评价开环式微创痔上黏膜切除吻合术治疗痔的围术期护理[J].中国保健营养,2013,4(07):1887.
- [9] 侯辉.开环式微创痔吻合术与吻合器痔上黏膜环切术治疗痔病的临床效果比较[J].中国当代医药,2016,6(03):43-45.
- [10] 张选军,王凯辉,何斌.开环式微创痔上黏膜切除吻合术(TST)与外切内扎术治疗痔疮临床效果比较[J].现代诊断与治疗,2015,5(22):5043-5045.
- [11] 叶妮,王业皇,杨旭,等.开环式微创痔吻合术治疗脱垂性痔病对比研究[J].辽宁中医药大学学报,2014,12(11):156-158.
- [12] 石健,李晓博,卢灿省,等.选择性痔上黏膜切除吻合术与吻合器痔上黏膜环切术治疗痔病的临床疗效对比观察[J].安徽医药,2015,6(08):1528-1529.

(上接第 51 页)

流灌注施行经皮肾镜取石术治疗无积水肾结石的疗效观察[J].中国全科医学,2011,14(36):4212-4213.

[2] 左立.代谢综合征环境下肾结石形成机制的初步实验研究[D].苏州:苏州大学,2014:32-34.

[3] 曾国华,钟文,陈文忠,等.微创经皮肾镜取石术治疗孤立肾结石的疗效分析[J].中华泌尿外科杂志,2011,32(1):14-16.

[4] 李培育,温天奋,黄宗谋.微创经皮肾取石术治疗无积水肾结石临床研究[J].中国医药科学,2016,6(4):118-120.