

• 临床研究 •

经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗效果中的对比观察

陈亮

娄底市中心医院 湖南娄底 417000

摘要: **目的** 观察对比经皮肾镜与开放性手术治疗复杂性肾结石的效果。**方法** 利用电脑随机手段,将2017年06月--2018年06月来我院治疗的96例复杂性肾结石患者划分为常规组(n=48)与研究组(n=48),常规组患者接受开放性手术治疗,研究组患者接受经皮肾镜手术治疗。观察两组治疗效果。**结果** 所有患者的结石均成功彻底清除。研究组手术时间、手术切口长度、术中失血量、术后尿管撤除时间、住院时间等观察指标均优于常规组,组间差异显著(p<0.05);研究组术后感染率、复发率均低于常规组,组间差异显著(p<0.05)。**结论** 相较于开放性手术而言,复杂性肾结石患者经皮肾镜手术治疗具有微创、操作简单、出血量少、术后康复快、并发症少、复发率低等优势,值得临床进一步借鉴应用。

关键词: 经皮肾镜; 开放性手术; 复杂性肾结石; 治疗效果

中图分类号: R699

文献标识码: A

文章编号: 1009-6647 (2018) 07-062-02

肾结石属于临床常见病,是一种上尿路结石,以血尿、肾区疼痛为主要症状,复杂性肾结石与结石形状、大小、组成、性质、有无梗阻、肾功能受损情况密切相关^[1]。临床常见于鹿角形肾结石^[2]。临床诊断肾结石有实验室、既往病史、影像学检查以及体检等手段,也有很多种治疗方法,比如经皮肾镜碎石或取石术、开放性手术等^[3]。鉴于此,本文对96例复杂性肾结石患者进行分析,对比了开放性手术与经皮肾镜碎石或取石术治疗的效果。现做如下报道:

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

96例复杂性肾结石患者均于2017年06月--2018年06月收治,均通过临床检查予以确定;近12周内未用过激素类药物;在患者知情下签署研究同意书;满足伦理学要求。排除脑血管疾病、心血管疾病、恶性肿瘤、肝肾功能严重不全、精神异常、代谢紊乱、休克的患者。利用电脑进行随机分组,即常规组、研究组,两组各48例。研究组男性研究对象29例,女性研究对象19例,年龄24-59岁,平均(33.5±3.9)岁;常规组中男性研究对象30例,女性研究对象18例,年龄24-58岁,平均(33.9±3.5)岁。两组患者资料对比,结果P值>0.05,无差异统计学意义,可比性较大。

1.2 方法

研究组患者接受经皮肾镜碎石或取石术,方法为:全麻,常规消毒、铺巾,保持结石体位,利用膀胱镜,取5F输尿管导管置入患侧输尿管内,将导管头端尽量接近肾盂,取16F

尿管留置,并在尿管上妥善固定输尿管导管,患者变为俯卧,常规铺巾、消毒,考虑到术前影像学检查结果,经超声指导下,穿刺目标肾盏,术中围绕患者具体情况,通过输尿管导管注水,并形成人工肾积水,成功穿刺后,取J型导丝置入,经导丝指导,利用扩张器(F8-F18)予以扩张,留置外鞘(F20或F18),通过经皮肾通道,置入输尿管镜,进行气压弹道碎石,小碎石随着脉冲水流排出,若碎石块过大,用钳夹取出。

常规组患者接受开放性手术,方法为:全麻,常规消毒、铺巾,结合术前影像学检查结果,在11肋间行手术切口,切开肾盂,若有必要,将肾实质切开后,将结石取出。

1.3 观察指标

记录患者手术时间、手术切口长度、术中失血量、术后尿管撤除时间、住院时间,观察患者术后感染例数与复发率。

1.4 统计学分析

利用SPSS22.0软件统计分析本文中研究中获得的数据,以[n(%)]表示计数资料,用卡方检验两组数据之间的差异;以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,用t检验两组数据之间的差异。最后以P<0.05表示统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

研究组手术时间、手术切口长度、术中失血量、术后尿管撤除时间、住院时间等观察指标均优于常规组,组间差异显著(p<0.05)。见表1。

表1: 两组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

小组	病例	手术时间 (min)	手术切口长度 (cm)	术中失血量 (ml)	术后尿管撤除时间 (d)	住院时间 (d)
研究组	48	72.7±15.5	3.9±0.4	110.9±6.6	2.9±0.3	5.9±1.3
常规组	48	93.5±21.2	18.9±1.4	171.5±5.5	3.4±1.1	6.9±0.6
t	-	5.487	71.374	48.869	3.038	4.838
p	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后感染与复发率

研究组术后感染率、复发率均低于常规组,组间差异显著(p<0.05)。见表2。

3 讨论

肾结石属于泌尿系统疾病,在临床中较为常见且多发,

表2: 两组术后感染率、复发率比较 [n (%)]

小组	病例	术后感染率	复发率
研究组	48	2 (4.17%)	1 (2.08%)
常规组	48	7 (14.58%)	6 (12.50%)
t	-	6.377	8.032
p	-	<0.05	<0.05

特别是在当代经济不断发展的背景下,人们生活和饮食结构的改变,导致该病发病率逐步呈攀升态势。临床治疗肾结石的方法有很多,从以往的开放性手术到现今的微创手术,

作者简介: 陈亮,性别: 男,学历: 硕士研究生,单位: 娄底市中心医院,研究方向: 泌尿系肿瘤,泌尿系结石,前列腺增生,科室: 泌尿外科,职称: 中级。

都发挥了一定的治疗作用^[4]。尤其是经皮肾镜碎石或取石术,因为微创、术后康复快等优势,而在临床治疗肾结石患者中,得到了广泛应用。

王磊,徐学军,尹海军^[5]研究中对 90 例复杂性肾结石患者进行对照分析,比较开放性手术(对照组)与经皮肾镜碎石术(实验组)的治疗效果,报道指出,实验组手术时间(55.3±11.2)min、术中失血量(61.2±11.3)ml、术后下床时间(6.4±2.3)d、住院时间(11.2±2.1)d 均优于对照组(96.7±16.5)min、(137.2±20.2)ml、(15.6±3.3)d、(18.6±4.4)d,组间差异显著(p<0.05)。而在本文中,对照分析复杂性肾结石患者 96 例行经皮肾镜与开放手术治疗效果,实践证明,研究组手术时间(72.7±15.5)min、手术切口长度(3.9±0.4)cm、术中失血量(110.9±6.6)ml、术后尿管撤除时间(2.9±0.3)d、住院时间(5.9±1.3)d 等观察指标均优于常规组(93.5±21.2)min、(18.9±1.4)cm、(171.5±5.5)ml、(3.4±1.1)d、(6.9±0.6)d,组间差异显著(p<0.05)。除此之外,研究组术后感染率 4.17%、复发率 2.08% 也明显低于常规组 14.58%、12.50%,组间差异显著(p<0.05)。与国内学者奚晓龙,邴建勇,曹福华^[6]报道的观察组术后并发症 6.67% 少于对照组 16.00% 的研

究结果高度一致。

由此说明,复杂性肾结石患者予以经皮肾镜微创手术治疗效果更为突出,安全可靠,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 徐汉军,单勇.开放性手术与经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石的疗效分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(09):34-35.
- [2] 黄超,胡俊东.经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效体会[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(21):77.
- [3] 张龙金.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗中的对比[J].中外医学研究,2017,15(17):143-144.
- [4] 贾巍伟,张继仁,贾书雷.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗效果的对比研究[J].中国现代药物应用,2016,10(21):36-37.
- [5] 王磊,徐学军,尹海军,等.微创经皮肾镜钦激光碎石术与开放性肾切开取石术治疗复杂性肾结石临床疗效比较[J].中国内镜杂志,2014,20(01):72-75.
- [6] 奚晓龙,邴建勇,曹福华.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗效果的对比研究[J].中国医药指南,2013,11(01):191-192.

(上接第 59 页)

果,因此我们需要采取保守治疗结合手术治疗的方法对患者进行治疗。手术导致患者出现的死亡率较高,在患者手术过程中应积极采取必要的医护干预手段,提高患者治疗效果。

本院对 58 例上消化道患者进行对阵治疗,治疗有效率为 100%。因此在对上消化道患者治疗应以患者病情和患者出血严重程度为基础,优先采取保守治疗方法对症治疗,对于难以通过保守方法治疗的患者采取手术方法治疗。

参考文献

- [1] 念陈,黄玉红.肝硬化合并上消化道出血的临床治疗进展[J].临床医学研究与实践,2017,2(03):196,198.
- [2] 吴涛.奥曲肽联合凝血酶治疗肝硬化合并上消化道出血的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(02):121-122.
- [3] 李海霞.分析肝硬化门静脉高压症并上消化道出血的治疗现状[J].中国现代药物应用,2015,9(07):262-263.

(上接第 60 页)

26-27.

[4] 张智辉.新生儿败血症的临床治疗[J].中国伤残医学,2015,23(9):133-134.

[5] 曹香叶.新生儿败血症并发化脓性脑膜炎临床分析[J].临床医学,2011,31(7):90-91.

[6] 黄梦,李克诚,徐旭,等.新生儿败血症病原菌分布及耐药性 10 年回顾分析[J].临床儿科杂志,2014(9):855-858.

[7] 王兆莉,谢建宁,戴怡馨,等.新生儿医院感染败血症临床分析[J].中华医院感染学杂志,2014(21):5390-5392.

[8] 郝玲,王娜.败血症新生儿血拴调节蛋白和 D-二聚体的变化及意义[J].中国当代儿科杂志,2013,15(10):841-844.

(上接第 61 页)

病的价值。在临床中,一旦出现前列腺增生合并慢性前列腺炎时则应该先控制前列腺炎,之后再做手术,手术之后仍然需得治疗,为了防止疾病的再次发生,应当在手术前彻底的将结石清除,而这类操作,除使前列腺管道阻塞解除之外,且有利于当前患者病情的改善。

在本次研究当中,虽在手术当中采取电切术的治疗方式,但电切术治疗可能会出现并发症,患者有可能逆行射精的情况发生,采用电切术还能够对患者的性功能产生一定的影响,且术后的效果不确切,对此不应当采用电切术。在本次研究当中患者大多数有重度下尿路的症状,且有大量的结石,对此将结石清除之后则会有大量乳白色前列腺液而流出,那么则可以显示结石对当前的前列腺管道造成一定的阻塞,同时将结石清除则可有效的使得梗阻得到缓解,对此,在进行电

切术之前应当先处理结石。

参考文献

- [1] 尉庚昌.手术治疗良性前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎的效果[J].医学理论与实践,2016,29(9):1189-1190.
- [2] 黄珍林.高迁移率组蛋白 1(HMGB1)参与良性前列腺增生合并慢性前列腺炎的发生[D].郑州大学,2017,8(3):89-90.
- [3] 张延兵.良性前列腺增生合并慢性前列腺炎的临床分析[J].医药前沿,2016,6(26):233-234.
- [4] 黄国山,李云最,张华旦,等.良性前列腺增生合并慢性前列腺炎患者的临床特点分析[J].中国临床新医学,2016,9(4):329-332.
- [5] 秦锁炳.非那雄胺治疗良性前列腺增生症伴慢性前列腺炎 140 例疗效观察[J].医药卫生:文摘版,2016,5(10):245.