

微通道经皮肾镜碎石术对上路尿结石患者碎石效果及并发症影响

邹德博

娄底市中心医院 湖南娄底 417000

【摘要】目的 探究分析微通道经皮肾镜碎石术对上路尿结石患者碎石效果及并发症影响。**方法** 选取2016年3月-2017年3月于我院就诊治疗的60例上路尿结石患者作为研究对象,将其随机分为两组,对照组患者采取标准通道经皮肾镜碎石术,观察组患者实施微通道经皮肾镜碎石术,观察记录两组方式的手术时长、出血量以及治疗时长,对比结石清除率和术后并发症发生率。**结果** 观察组的手术时长高于对照组($P>0.05$);观察组患者的治疗时长、出血量低于对照组($P<0.05$),组间差异具有统计学意义;观察组的结石清除率低(73.33%)于对照组(90.0%)($P>0.05$);观察组并发症发生率(3.33%)低于对照组(16.33%)($P<0.05$),组间差异具有统计学意义。**结论** 采取微通道经皮肾镜碎石术对上路尿结石患者进行取石治疗效果显著,可有效缩短手术时长,术后恢复较快,适宜取较小结石,但并发症较多,在临床上有一定的应用意义。

【关键词】 微通道经皮肾镜碎石术;上路尿结石;碎石效果;并发症影响

【中图分类号】 R699

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 09-107-02

标准通道经皮肾镜碎石术的通道较大,通道可扩张为24-26F,比较容易进行取石,但通道过大可能会对肝脏血管等脏器造成损伤,从而使得出血量增加。微通道经皮肾镜碎石术的研究较为早期,此种手术通道较小,在16-18F之间。在此手术方式开始进行时,受当时工作环境的影响,术野不充分,可操作空间小,且手术速度慢等缺点,而操作器械的发展和进步,使得其应用也变得广泛^[1]。因此,我院研究分析微通道经皮肾镜碎石术对上路尿结石患者碎石效果及并发症影响,所选取的患者资料,现报告具体如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年3月-2017年3月于我院就诊治疗的60例上路尿结石患者作为研究对象,将其随机分为两组,对照组患者采取标准通道经皮肾镜碎石术,观察组患者实施微通道经皮肾镜碎石术,观察记录两组方式的手术时长、出血量以及治疗时长,对比结石清除率和术后并发症发生率。本次研究经过医院伦理委员会批准同意,所有患者均知晓同意并签署知情同意书。对照组患者男16例,女14例,年龄为22-73岁,平均年龄为(44.12±3.18)岁。观察组患者男15例,女15例,年龄为21-70岁,平均年龄为(43.23±4.27)岁。两组患者在体重、文化程度等基线资料无明显差异,不具备统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法

对照组患者采取标准通道经皮肾镜碎石术,患者进行全麻操作,取卧位,采取截石位将输尿管镜放进输尿管导管固定之后,使用超声引导刺入然后安放安全导丝,扩张器从开始的5-7F宽度进行缓慢扩张至24F后,建立经皮肾通道,超声碎石装置配合超声代起压弹道辅助以肾镜碎石操作,术毕之后留置肾造瘘管(14F)以及D-J管(5-7F)。

观察组患者采取标准微通道经皮肾镜碎石术,患者进行全麻操作,取卧位,采取截石位将输尿管镜放进输尿管导管固定之后,使用超声引导刺入然后安放安全导丝,扩张器从开始的5-7F宽度进行缓慢扩张至16F后,建立经皮肾通道,超声碎石装置辅助以肾镜碎石操作,术毕之后留置肾造瘘管(14F)以及D-J管(5-7F)^[2]。

1.3 观察指标

观察记录两组方式的手术时长、出血量以及治疗时长,对比结石清除率和术后并发症发生率。

1.4 统计学分析

将研究所得的最后数据使用spss22.0统计学软件进行数据处理。在数据处理过程中,t值用以检验计量资料,卡方用以检验计数资料,组间差异经P值判定,以 $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的手术时长、出血量以及治疗时长,观察组的手术时长高于对照组($P>0.05$);观察组患者的治疗时长、出血量低于对照组($P<0.05$),组间差异具有统计学意义。如表1所示。

表1: 两组相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时长(min)	出血量(ml)	治疗时长(d)
观察组	30	120.15±18.13	13.56±3.76	6.13±1.32
对照组	30	95.86±14.01	19.87±4.51	8.40±1.35

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 观察组的结石清除率(73.33%)高于对照组(90.0%)($P>0.05$);观察组并发症发生率(3.33%)低于对照组(16.33%)($P<0.05$),组间差异具有统计学意义。如表2所示。

表2: 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	例数	结石清除率	并发症发生率
观察组	30	73.33 (22/30)	3.33 (1/30)
对照组	30	90.0 (27/30)	16.33 (5/30)

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

随着人们生活水平的不断提高,结石病的发病率也随之上升。结石病可按发病部位将其分为上、下路尿结石,上路尿有输尿管、肾脏;下尿路则有尿道、膀胱。两者的结石组成成分不同,上路尿结石多为磷酸镁铵和草酸钙,可用激光进行碎石、药物治疗、冲击波碎石术、微通道经皮肾镜碎石、标准通道经皮肾镜碎石以及手术方式等治疗^[3]。而微创技术的发展也是的微通道经皮肾镜碎石技术得以在临床上广泛应用,特点是效率高、创口较小以及减轻了肾脏损伤和并发症发生率,总体治疗效果显著^[4]。

微通道经皮肾镜碎石术的研究较为早期,此种手术通道较小,在16-18F之间。在此手术方式开始进行时,受当时

作者简介:邹德博,男,本科,研究方向:泌尿系肿瘤、泌尿系结石,泌尿外科。

(下转第110页)

之外, 血浆BNP水平可以将肺动脉栓塞、慢性阻塞性肺病以及缺氧等病症反映出^[7]。

本次研究中, 观察组患者的血浆BNP水平、LVEF水平以及PAP水平同对照组相比, 均有明显差异存在, $P < 0.05$; 心功能为I级患者的血浆BNP水平较II级、III级与IV级患者低, 组间有明显差异存在, $P < 0.05$ 。该研究结果表明, 患者的心功能同血浆BNP水平之间有显著的关联存在, 由于心力衰竭的呼吸困难症状同左室舒张末压之间有密切关联存在, 而左室舒张末压和血浆BNP的浓度为正相关关系。目前临床中诊断左心功能不全的主要措施即为心脏彩超, 但是该项诊断措施无法准确的检出心功能短期变化。此外, 该研究结果表明, 临床可以血浆BNP水平降低为标准, 对心力衰竭的临床治疗进行指导, 以提升临床疗效, 将患者的预后改善, 此外, 该指标可用于临床用药调整和治疗方案的调整, 有重要价值。

总而言之, 血浆BNP水平可以对患者的心功能状态进行准确的反映, 是目前临床对心力衰竭进行诊断的有效指标, 同时该指标可以对患者的预后效果进行有效的反映, 应用价值较高, 值得在今后临床中进一步推广实施。

参考文献

[1] 许琴, 淡利军. 血浆BNP水平在慢性心衰患者诊疗中

的价值研究[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(26):35-36.

[2] 闫杰亮, 黄瑞霞, 李敬宁, 等. 对急性心力衰竭患者进行血浆BNP水平检测的意义[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(21):66-67.

[3] Beltrami M, Palazzuoli A, Ruocco G, et al. The predictive value of plasma biomarkers in discharged heart failure patients: the role of plasma BNP[J]. Minerva Cardioangiologica, 2015, 64(2): 147-56.

[4] 韩宝华, 吕珊珊, 罗晓婷, 等. 扩张型心肌病慢性心力衰竭患者血浆脑利钠肽水平的临床意义[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(23):4576-4578.

[5] Hu D, Liu Y, Tao H, et al. Clinical value of plasma B-type natriuretic peptide assay in pediatric pneumonia accompanied by heart failure[J]. Experimental & Therapeutic Medicine, 2015, 10(6):2175.

[6] 宋婷婷, 崔蕊, 国强华, 等. 老年高血压合并射血分数保留的心衰患者血浆BNP、同型半胱氨酸、C反应蛋白水平变化的关系及意义[J]. 标记免疫分析与临床, 2017, 24(2):200-203.

[7] 高阿妮. 慢性心力衰竭患者血浆BNP、IL-27水平及其临床意义[J]. 心脑血管病防治, 2017, 17(1):23-25.

(上接第107页)

工作环境的影响, 术野不充分, 可操作空间小, 且手术速度慢等缺点, 而操作器械的发展和进步, 使得其应用也变得广泛。标准通道经皮肾镜碎石术的通道较大, 通道可扩张为24-26F, 比较容易进行取石, 但通道过大可能会对肝脏血管等脏器造成损伤, 从而使得出血量增加^[5]。

为此, 我院研究分析微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者碎石效果及并发症影响结果: 观察组的手术时长高于对照组 ($P > 0.05$); 观察组患者的治疗时长、出血量低于对照组 ($P < 0.05$), 组间差异具有统计学意义; 观察组的结石清除率高于对照组 ($P > 0.05$); 观察组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 组间差异具有统计学意义。

综上所述, 采取微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者进行取石治疗效果显著, 可有效缩短手术时长, 术后恢复较快, 适宜取较小结石, 但并发症较多, 在临床上有一定的应用意义^[6]。

参考文献

[1] 高江涛. 微通道经皮肾镜碎石术对上尿路结石患者碎石效果及并发症分析[J]. 罕少疾病杂志, 2017, 24(03):59-63.

[2] 李新伟. 微通道经皮肾镜碎石术与标准通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石的效果对比研究[J]. 黑龙江医学, 2018, 42(04):334-335.

[3] 董传江, 谢宗兰, 张路生, 胡敬祖, 陈晓波, 董自强. 输尿管软镜与微通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石的疗效比较[J]. 临床泌尿外科杂志, 2016, 31(05):453-455.

[4] 勇超, 周览, 王金善, 陆佳荪. 微通道与小通道经皮肾镜碎石术治疗肾结石疗效及安全性比较[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(03):283-285.

[5] 亚明, 张明华. 微通道经皮肾镜取石术联合输尿管镜碎石术治疗长段输尿管上段结石街的研究[J]. 中国临床医生, 2013, 41(06):46-48.

[6] 李佳和, 牛丽珠. 微通道与标准通道经皮肾镜取石术治疗肾结石的临床疗效[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(35):61-63.

(上接第108页)

3 讨论

高危儿的出现, 无论是对于家庭还是对于社会来说, 都带来了不小的压力, 尤其是比较严重的高危儿, 可能患有运动障碍、智力低下、语言障碍、癫痫、多动、学习困难、自闭、行为异常等后遗症发生。可能会留下后遗症, 这是大家都不愿意看到的结果。而造成这一现象的原因是多方面的, 主要有: a. 母亲因素, 孕母患有某种疾病或者是不良的生活习惯; b. 胎儿期, 指的是在胚胎期受到了一定的伤害; c. 分娩期, 在分娩的时候出现难产或者其它造成窒息/缺氧等; d. 新生儿期, 即在出生后属于多胎、新生儿肺炎或脑缺氧等^[2-3]。

本次研究结果主要表明, 综合管理模式的出现, 提高了

高危儿的恢复率, 是广大高危儿患者的福音, 是对高危儿随访效果有促进作用的, 不仅可以提升高危儿的体格发育合格率, 更可以提高高危儿心理的发育程度, 给了更多的高危儿以光明的前途, 是一件非常有意义的事情, 值得在临床进行推广。

参考文献

[1] 罗淑媛, 周静, 周莉. 高危儿神经行为发育监测及早期干预的研究进展[J]. 中国康复, 2011, 26(2): 139—141.

[2] 郭雯, 俞洁, 陆峰, 等. 早期综合干预对高危儿生长发育近期影响的研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(8): 1163—1165.

[3] 毛景霞, 刘超. 北京市顺义区高危儿早期干预综合管理效果分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(5): 543—545.