



· 临床研究 ·

输尿管上段结石采用微通道经皮肾镜碎石术治疗的临床效果观察

龙强¹ 种铁^{2*} (1 西安交通大学 陕西西安 710018 2 西安交通大学第二附属医院泌尿外科)

摘要:目的 微通道经皮肾镜碎石术(mPCNL)治疗输尿管上段结石的临床疗效。方法 按照随机数字法将2015年1月至2018年6月治疗输尿管上段结石的84例患者分为两组,甲组采用标准通道经皮肾镜碎石术(sPCNL)治疗,乙组采用mPCNL治疗,比较两组的临床治疗效果。结果 乙组患者手术时间、术中出血量、住院时间明显少于甲组,结石直径明显小于甲组,一期结石清除率、总结石清除率明显高于甲组,术后并发症发生率与A组,显差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 微通道经皮肾镜碎石术治疗上路尿结石,能有效减少术中出血量、缩短患者的住院时间,减少术后并发症的发生,提高结石清除率,适合在临床上推广。

关键词:上路尿结石 微通道经皮肾镜碎石术 疗效

中图分类号: R693.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 15-088-02

输尿管上段结石是泌尿外科中患病率较高的常见病,由于输尿管上段结石发病后腰腹部疼痛剧烈,严重影响患者正常的生活与工作^[1]。因此,及时采取科学、规范的治疗,对减轻患者的疼痛症状,改善患者的生活质量有重要的影响意义。目前,常用的治疗方法为标准通道经皮肾镜碎石术,但因术后出血量较多,且预后不佳^[2]。因而,近年来临床上逐渐以微通道经皮肾镜碎石术替代了传统的标准通道经皮肾镜碎石术。本研究通过对输尿管上段结石患者实施不同的手术治疗,比较患者的疗效差异,分析适合临床治疗的手术方案,具体研究内容,如下报道。

1 资料与方法

1.1 基本资料

研究选取2015年1月-2018年6月接收的84例输尿管上段结石患者为试验对象,将其随机分为甲、乙组,每组42例。甲组:24例男,18例女;年龄24-72岁,平均(43.6±5.2)岁;左侧20例,右侧22例;乙组:26例男,16例女;年龄25-74岁,平均(43.9±5.1)岁;左侧23例,右侧19例。研究纳入对象均经临床检查,确诊为输尿管上段尿结石;所有患者都已通过本院医学伦理委员会审核,且都签有知情同意书。排除合并有严重的心、肾、肝功能不全或有手术禁忌症的患者。

1.2 方法

所有患者入院后均采取全麻处理,取侧卧位,截石位输尿管镜置入5-7F输尿管导管,在超声引导下采取穿刺,并将安全导丝置入输尿管,使用金属扩张器做逐级扩张,甲组采用标准通道经皮肾镜碎石术治疗,术中金属扩张器扩至24F,建立经皮肾通道,在肾镜的观察下,通过超声气压弹道联合超声碎石系统进行碎石,术后还需密切观察留置于14F肾造瘘管与5-7F的D-J管,并使用抗生素进行防感染治疗,术后1个月可根据患者的病情状况,及时拔除D-J管。乙组采用微通道经皮肾镜碎石术治疗,将金属扩张器扩至16F,建立经皮肾镜通道,在肾镜下通过气压弹道碎石系统采取碎石,术后操作与甲组患者相同,还需留意14F肾造瘘管与5-7F的D-J管。

1.3 观察指标

研究对两组患者的手术时间、术中出血量、结石直径、住院时间、结石清除率(一期结石清除率、总结石清除率)进行观察和记录,以此判断患者的手术治疗效果。其中,结石清除率诊断标准以超声检测为依据。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS22.0处理各项研究数据,计数资料

用n(%)表示,计量数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,差异用 χ^2 和t检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术观察指标对比

乙组患者术中出血量、住院时间明显少于甲组,结石直径明显小于甲组,手术时间明显多于甲组,差异有统计学意义($P<0.05$),如表1。

表1: 两组患者的手术观察指标比较(n, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (n=42) (min)	术中出血量 (ml)	结石直径 (cm)	住院时间 (d)
甲组	96.4±12.3	19.3±4.4	4.1±0.4	8.6±1.3
乙组	118.6±17.8	12.8±3.4	3.2±0.3	6.1±1.2
t	6.65	7.58	11.67	9.16
P	0.00	0.00	0.00	0.00

2.2 两组患者的结石清除率比较

乙组患者一期结石清除率、总结石清除率明显高于甲组,差异有统计学意义($P<0.05$),如表2。

表2: 两组患者的结石清除率对比(n, %)

组别	例数	一期结石清除率	总结石清除率
甲组	42	30 (71.4)	35 (80.95)
乙组	42	38 (90.5)	41 (95.24)
χ^2		4.941	4.086
P		0.026	0.043

2.3 两组患者术后并发症发生率对比

甲组中感染、发热、尿外渗各2例,大出血1例,乙组中仅1例感染,乙组患者术后并发症发生率(16.7%, 7/42)明显低于甲组(2.4%, 1/42),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

输尿管上段结石在临床中属于较为常见的泌尿系统疾病,目前临床上治疗输尿管上段结石的方法主要为体外冲击碎石法,但清除结石的效果并不理想,尤其是嵌顿性输尿管上段结石,碎石效果较差^[3]。因此,临床上认为在内镜下进行碎石手术,如超声引导下微通道经皮肾镜取石术,可清晰探查肾脏内部结构,结石分布状况及皮质厚度等,可有效固定穿刺支架,能防止穿刺路线偏移。相较于传统的碎石手术,微通道经皮肾镜碎石术,穿刺通道较小,能降低对肾脏组织的损伤,可明显减少手术出血量,加快手术进程。

此次将输尿管上段结石患者作为观察对象,对其采取不同的治疗手段,结果显示采用微通道经皮肾镜碎石术治疗的乙组患者,手术时间明显多于采用标准通道经皮肾镜碎石术治疗的甲组患者,但乙组患者术中出血量、住院时间、并发症发生率明显少于甲组,结石直径明显小于甲组,一期结石清除率(下转第90页)

作者简介:龙强(1982.8),男,汉族,籍贯湖南省湘乡,硕士研究生,主治医师,研究方向:泌尿系结石。

* 通讯作者:种铁



[3]. 单纯的修补术和胃部分切除术是临床中治疗急性胃溃疡最为常见的治疗方式,两种术式各自具备其优势和适应症,其中,胃部分切除术进行治疗,将大部分胃切除后,可有效降低壁细胞和主细胞的数目,胃酸和胃蛋白酶的分泌速度也会迅速降低,可同时切除溃疡,达到彻底根治的目的,但其操作难度较大,术后恢复慢,严重影响患者的生活质量,本术式适用于24h内穿孔且存在幽门梗阻和表现出出血症状的患者;而单纯的修补术安全性高、操作简单,且手术时间和住院时间相对较短,但该手术的术后疾病复发率较高,且对溃疡病本身并没有起到根本治疗的作用,手术适用于出血症状较轻且无幽门梗阻症状的患者。

本次实验将66例急性胃穿孔的患者随机分为对照组和观察组,实验结果显示,采用单纯修补术的观察组的住院时间、活动时间以及手术时间均要明显低于对照组($P < 0.05$),说明单纯修补术的治疗效果要显著于胃部分切除术,其主要采用先清除脓液及溃疡面,然后缝合穿孔的方式进行治疗,手术操作简便且时间短,可有效帮助术后患者的肠胃功能恢复,但由于手术没有根除病灶,导致术后有较高的复发率,因此为了降低疾病复发率,提高远程疗效,患者在术后需要继续

服用质子泵抑制剂等抑制幽门螺旋杆菌持续滋生的药物,防治溃疡的复发,还应出院后的患者进行进一步随访观察,了解单纯修补术在治疗急性胃穿孔中的治疗价值,掌握该手术的关键,进一步确保手术的成功率^[5]。

综上所述,单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床效果要明显显著于胃部分切除术,且操作简单,利于患者的术后恢复,值得临床推广采用。

参考文献

- [1] 于年华. 急性胃穿孔行单纯修补术与胃部分切除术的临床价值分析[J]. 中国保健营养旬刊, 2013, 23(7): 3564-3565.
- [2] 薛玉龙, 刘建洛. 单纯修补术与胃部分切除术治疗急性胃穿孔临床分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(7): 75-76.
- [3] 方建武. 单纯修补术与胃部分切除术治疗急性胃穿孔临床疗效分析[J]. 基层医药论坛, 2015, 19(3): 333-334.
- [4] 杨振华. 胃部分切除术与单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床效果对比[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(1): 167-168.
- [5] 韩玉立, 赵梦泉. 胃部分切除术与单纯修补术治疗急性胃穿孔的疗效比较[J]. 临床医药研究与实践, 2016, 34(8): 2387-2388.

(上接第86页)

参考文献

- [1] 陈杰. 环乳晕切口手术方式治疗乳腺纤维腺瘤患者的疗效分析[J]. 中华全科医学, 2016, 14(1): 60-62.
- [2] 闫存礼, 夏秀林, 侯林都, 等. 环乳晕切口行乳腺纤维腺瘤切除

术的效果观察[J]. 广西医学, 2016, 38(8): 1169-1170.

- [3] 张英辉. 环乳晕切口和传统放射状切口治疗乳腺纤维瘤的临床对比[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(6): 678-681.
- [4] 张明亮, 金功玉, 钱军. 改良式双环乳晕切口在多中心乳腺纤维腺瘤中的应用优势探讨[J]. 临床肿瘤学杂志, 2017, 22(6): 553-556.

(上接第87页)

床上的应用率明显降低。本研究应用的亦为生物型假体。

研究结果发现, 观察组患者的术中出血量多于对照组, 手术时间也较对照组有所延长, 组间差异显著($P < 0.05$); 观察组患者的关节功能优良率显著好于对照组, 组间差异显著($P < 0.05$)。上述结果提示全髋关节的手术难度更大, 患者的手术时间更长, 术中出血量更多, 手术风险更高, 但全髋关节置换术可改善患者的肢体功能, 提高患者的康复质量。

股骨颈骨折具有极大的危害性, 选择合理的治疗方式有助于提升患者的预后质量, 半髋关节置换术的手术风险小, 安全性高, 但患者的预后质量差, 而全髋关节置换术的预后质量好, 术后并发症发生率低, 稳定性更佳。总之, 临床医师可根据患者的实际情况选择合理的治疗方式, 而对于术后活动量较大的患者则首先推荐应用全髋关节置换术治疗。

参考文献

- [1] 鲁保华. 全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果[J]. 中国医药导报, 2015, 12(03): 37-40.
- [2] 詹世安, 丁晟, 宋国全, 等. 全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(5): 475-477.
- [3] 申凯. 全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 医学理论与实践, 2014, 11(33): 1330-1331.
- [4] 李文字. 全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 中国医药指南, 2016, 14(29): 182-183.
- [5] 许小青. 全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(20): 78-80.
- [6] 刘贤奎. 应用全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 11(24): 786-787.

(上接第88页)

率、总结石清除率则明显高于甲组, 结果表明上尿路结石患者采用微通道经皮肾镜碎石术治疗, 能有效减少术中出血量, 缩小结石直径, 提高结石清除率, 促进患者术后恢复。微通道经皮肾镜碎石术属于微创手术, 是在传统的标准通道经皮肾镜碎石术基础上发展而来, 能降低术中对肾脏组织的损伤程度, 可明显减少术中出血量, 有利于患者术后恢复^[4]。而且, 微通道经皮肾镜碎石术切口较小, 对患者的身体创伤小。主要原因在于微通道经皮肾镜碎石术, 在16F-18F建立通道, 实施扩张与穿刺时能减轻对肾实质的损伤, 能有效降低患者术后出血的风险, 因此, 有助于促进患者术后恢复^[5]。

综上所述, 输尿管上段结石患者采用微通道经皮肾镜碎石术治疗, 可明显减少患者的手术出血量, 缩小结石直径, 提高患者的结石清除率, 缩短患者术后住院时间, 有利于患

者术后康复。

参考文献

- [1] 景光远. 微通道经皮肾镜取石术治疗输尿管上段结石43例临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(84): 79-80.
- [2] 袁军. 微通道经皮肾镜与输尿管软镜治疗输尿管上段结石的疗效比较[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(19): 2668-2669.
- [3] 张尧, 袁鹤胜, 陈伟伟. 输尿管镜与微通道经皮肾镜治疗输尿管上段结石疗效研究[J]. 浙江医学教育, 2017, 16(01): 42-43+47.
- [4] 虞学助, 张守浩, 黄奕良, 陈钦迁. 探讨输尿管软镜与微通道经皮肾镜软激光碎石术在治疗输尿管上段结石中的临床效果[J]. 浙江创伤外科, 2018, 23(04): 683-684.
- [5] 郝宗耀, 曾国华, 刘明, 樊松, 王建忠, 徐汉江, 梁朝朝. 输尿管软镜与微通道经皮肾镜碎石术治疗输尿管上段结石的对照分析[J]. 外科研究与新技术, 2017, 6(04): 246-249+267.