

微通道经皮肾镜取石术与标准通道经皮肾镜取石术治疗肾结石疗效及对患者肾指标的影响

屈 辉

宁远县人民医院 湖南永州 425600

【摘要】目的 研究微通道和标准通道经皮肾镜取石术在肾结石中的应用价值。**方法** 利用数字抽签法将2016年9月-2018年8月本院接诊的肾结石患者80例分成2组，A组40例接受微通道经皮肾镜取石术治疗，B组40例接受标准通道经皮肾镜取石术治疗。分析2组肾指标的改善情况，并对各组的术中出血量等指标作出比较。**结果** A组术后的Vmax、RI和S/D指标优于B组， $P < 0.05$ 。A组的住院时间短于B组，术中出血量少于B组， $P < 0.05$ 。**结论** 采取微通道经皮肾镜取石术对肾结石者进行施治，能够显著改善其肾指标，减少手术创伤，缩短住院时间。

【关键词】 微通道；肾结石；并发症；经皮肾镜取石术

【中图分类号】 R692.405

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 02-095-02

现阶段，对于肾结石的治疗，临床医师通常会采取经皮肾镜取石术^[1]。特别是在近几年当中，随着医疗技术的进一步发展，经皮肾镜取石术的适应症得到了进一步的拓展，但有报道称^[2]，标准通道经皮肾镜取石术在治疗肾结石中虽然能够取得比较理想的结石清除率，但该术式的创伤比较大，且术后并发症多，恢复慢，不利于患者肾指标的快速改善。为此，笔者将着重分析微通道和标准通道经皮肾镜取石术在肾结石中的应用价值，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2016年9月-2018年8月本院接诊的肾结石患者80例，按照数字抽签法分成A组和B组，每组各有40例。当中，A组的男女性别比为21:19，年龄为32-70岁，平均(45.83±6.97)岁；结石大小为1.5-4.1cm，平均(2.18±0.47)cm。B组的男女性别比为23:17，年龄为33-71岁，平均(45.62±6.83)岁；结石大小为1.4-4.2cm，平均(2.21±0.51)cm。患者对此研究知情，且在入院后经临床检查确诊符合肾结石诊断标准，经静脉肾盂造影和CT等检查无后位结肠及肠道包裹肾脏的情况。患者的临床资料完整，无手术禁忌症，获得医学伦理委员会批准。比较两组的结石大小等基线资料， $P > 0.05$ ，具有可比性。

1.2 排除标准^[3]

(1) 严重心脏疾病者。(2) 病历资料不全者。(3) 有肝、脑疾病者。(4) 未签署知情同意书者。(5) 合并其它肾病者。

1.3 方法

所有入组者术时均采取全麻法，并取截石位。于膀胱镜引导下将输尿管导管(F5)规范化的置入患者的患侧输尿管中，并按要求对F14导管进行留置。指导取俯卧位，利用软枕适当垫高患侧，并经输尿管导管将浓度为0.9%的氯化钠溶液规范化的灌入，

以建立起人工肾积水。利用超声对患者的结石大小和周围组织情况进行仔细的观察，待明确穿刺点后缓慢进针至结石表面(或者肾盏)，然后再将导丝规范化的置入。B组接受标准通道经皮肾镜取石术治疗，详细如下：于导丝引导下，利用筋膜扩张器将F8扩张到F16，然后再按要求置入输尿管镜，对Pe11Away鞘进行适当的调整，使之到肾盏处，并对其位置作出调整。将F16利用同轴金属扩张器扩张到F24，然后再对金属鞘进行留置。待缓慢置入肾镜后，利用气压弹道以及超声对结石进行粉碎，并将碎石取出，然后留置输尿管和造瘘管。A组接受微通道经皮肾镜取石术治疗，详细如下：将F8扩张到F18，并留Pe11鞘建立好通道，然后再将输尿管镜规范化的置入，对Pe11进行适当的调整。利用气压弹道对结石进行粉碎，并将碎石取出，然后再按要求留置输尿管支架和造瘘管。2组术后都予以尿培养检查以及抗感染等基础治疗。

1.4 评价指标

记录2组术后肾指标的变化情况，并对其作出比较，包括：RI(阻力指数)，Vmax(肾血流指标血流最高速度)，S/D(心脏收缩速度/心脏扩张速度)，尿素氮。对2组的术中出血量和住院时间进行分析比较。

1.5 统计学分析

用SPSS20.0软件分析数据，t检验计量资料($\bar{x} \pm s$)， χ^2 检验计数资料[n(%)]， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肾指标分析

A组术前的肾指标同B组比较无显著差异， $P > 0.05$ 。A组术后的Vmax、RI和S/D指标优于B组， $P < 0.05$ ，但2组的尿素氮水平比较依旧无统计学意义($P > 0.05$)。如表1。

表1: 两组肾指标的对比分析表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Vmax (cm/s)	RI	尿素氮 (mmol/L)	S/D
A组 (n=40)	术前	69.25±4.97	0.73±0.12	6.59±0.84	2.82±0.56
	术后	74.82±7.31	0.69±0.14	6.83±1.39	3.21±0.69
B组 (n=40)	术前	69.14±4.85	0.75±0.23	6.31±1.01	2.79±0.68
	术后	68.21±9.46	0.78±0.11	6.64±0.87	2.88±0.74

2.2 其它指标分析

A组的住院时间比B组短，术中出血量比B组少， $P < 0.05$ 。如表2。

表2: 两组其它指标的对比分析表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
A组	40	13.97±3.18	102.31±11.46
B组	40	29.16±4.95	155.59±17.01
t		16.3289	16.4294
P		0.0000	0.0000

3 讨论

目前，肾结石在我国临床上具有高发病率，能够对人们的身体健康造成比较大的损害。而标准通道经皮肾镜取石术则是本病的一种重要治疗方法，具有结石清除率高等特点，但手术创伤比较大，术后恢复慢，并发症多。微通道经皮肾镜取石术为比较现代化的一种术式，具有并发症少、术后恢复快、预后效果好以及手术创伤小等特点，能够显著改善患者的肾指标，缩短住院治疗时间。相关资料中提及^[4]，微通道经皮肾镜取石术的术野比较小，虽会受到通道的限制，使得取石的速度明显变慢，但输尿管的应用能够显著提高结石清除的效率以及灵活性。此研究中，A组的住

(下转第100页)

型的发生率增高。在现阶段临床诊断中，S/D已经成为子痫前期患者胎儿宫内安危的重要检测指标之一^[6]。在此次研究中：50例实验组子痫前期患者中，其S/D水平与血液流变学的各项指标水平均高于对照组健康妊娠产妇，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。同时，根据所得数据显示，S/D水平与血液流变学水平呈现正相关性，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；而在两组产妇围产儿不良结局发生率中，实验组患者围产儿不良结局发生率为50.00%，远高于对照组的6.00%，组间存在统计学差异（ $P < 0.05$ ）。

综上所述，子痫前期患者脐动脉血流指数与血液流变学呈现正比关系，且S/D异常患者其围产儿不良结局的发生率也会随之提高，需要提前采取有效的治疗措施。

参考文献

[1] 孙茜, 刁路明. 重度子痫前期患者脐动脉血流指数 (S/

D) 与血液流变学对妊娠结局的影响 [J]. 中国卫生产业, 2017, 33(03):182-183.

[2] 王国华, 金钧, 王立俊. 子痫前期患者脐动脉血流指数与血液流变学指标的相关性及对妊娠结局的影响 [J]. 山东医药, 2016, 54(10):41-43.

[3] 许玉钗. 子痫前期患者脐动脉血流指数与血液流变学变化的关系及妊娠结局研究 [J]. 血栓与止血学, 2015, 21(04):246-248.

[4] 贾克娟. 重度子痫前期患者脐动脉血流指数 (S/D) 与血液流变学对妊娠结局的影响 [J]. 中国伤残医学, 2015, 12(04):101-102.

[5] 周白鸽, 陈梅. 重度子痫前期患者脐动脉彩色多普勒超声检测与妊娠结局分析 [J]. 中国实用医刊, 2016, 39(07):10-11.

[6] 杭中霞. 重度子痫前期患者胎盘组织中 MMP-9 的表达与脐动脉血流指数及围产儿结局的相关性研究 [J]. 郑州大学, 2016, 14(26):241.

(上接第95页)

院时间比B组短， $P < 0.05$ ；A组术后的肾指标优于B组， $P < 0.05$ ；A组的术中出血量比B组少， $P < 0.05$ 。提示相比较于标准通道经皮肾镜取石术，微通道术式在治疗肾结石中具有更高的应用价值，建议将之在临床上进行推广和使用。

参考文献

[1] 阳旭明, 马子芳, 资小龙等. 标准通道辅助微通道经皮肾镜取石术联合 EMS 治疗鹿角形肾结石合并脓肾的经验总结 [J]. 中

国内镜杂志, 2017, 23(12):106-110.

[2] 周立. 标准通道与微通道经皮肾镜取石术对肾结石患者术后感染的影响 [J]. 中国医药科学, 2017, 7(19):243-245.

[3] 张伟, 祖雄兵, 齐琳等. 微通道与标准通道经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的比较 [J]. 中国内窥镜杂志, 2015, 21(1):34-36.

[4] 张国盛, 杨沛华, 黄安余等. 标准通道与微通道经皮肾镜取石术治疗肾结石的临床疗效观察 [J]. 当代医学, 2016, 22(2):71-72.

(上接第96页)

细胞的损伤，对恢复患者肝功能具有显著效果^[6]。

综上所述，在肺结核合并乙肝病毒感染患者治疗过程中应用恩替卡韦治疗方式临床效果比较显著，能够促进患者肝功能恢复，进一步提高了患者生活质量，具有较高的临床应用价值，值得推广。

参考文献

[1] 陈彩兰, 苏广普. 恩替卡韦对肺结核合并乙肝病毒感染患者治疗的影响 [J]. 中国实用医药, 2018, 13(33):95-97.

[2] 俞如期. 恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎合并肺结核的临床效果分析 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(06):113-115.

[3] 王印伟, 董红艳, 刘芳, 等. 恩替卡韦治疗高病毒量 HBV 感染并肺结核肝损害的临床观察以及护理干预 [J]. 数理医药学杂志, 2016, 29(7):1093-1094.

[4] 彭伟明, 杨勇, 于强, 等. 恩替卡韦联合双环醇片防治肺结核合并慢性乙型肝炎的临床疗效观察 [J]. 首都食品与医药, 2017, 24(8):87-88.

[5] 孟继坤. 恩替卡韦治疗肺结核合并慢性乙型肝炎的临床观察 [J]. 心理医生, 2016, 22(36):120-121.

[6] 张宝柱. 恩替卡韦在慢性乙肝合并肺结核患者治疗中的应用分析 [J]. 河南医学研究, 2016, 25(9):1665-1666.

(上接第97页)

查得知，调查中所用的抗真菌类药物在对念珠菌性阴道炎进行治疗时较为合理，至于怎样用药能将治疗作用发挥得更好，还须作进一步研究。

参考文献

[1] 刘敏, 曾元, 张玲华, 等. 女性生殖道感染流行病学调查和阴道分泌物病症处理探索项研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2002, 23(6):422-426.

[2] 刘凯波, 沈汝, 何芳, 等. 妊娠念珠菌性外阴阴道炎危险因素及对妊娠结局的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(1):40-41.

[3] 国家药典委员会. 临床用药须知 (化学药和生物制品卷) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:599-600.

[4] 赵继芳, 贾铮. 念珠菌性阴道炎及抗菌药物的研究进展 [J]. 中外医学研究, 2013, 11(2):152-154.

[5] 宋莲, 唐扣明. 抗真菌类药物治疗念珠菌性阴道炎的用药分析 [J]. 当代医学, 2010, 16(33):138-139.

(上接第98页)

损伤控制技术进行治疗，并与常规手术治疗患者作对比，结果发现，研究组临床总有效率、凝血功能各项指标均优于对照组，由此可见在严重多发伤合并骨与关节损伤患者治疗中，损伤控制技术的应用可以提高临床疗效，对患者凝血功能恢复有促进作用，使患者死亡风险概率降低，降低并发症发生率，可以起到显著临床价值，值得推广及应用。

在急诊治疗严重多发伤合并骨与关节损伤中应用损伤控制技术效果确切，可改善患者凝血功能，具有较高的有效性以及可行性。

参考文献

[1] 程永涛, 唐映利, 袁生华, et al. 急诊严重多发伤合并骨与关节损伤应用损伤控制技术治疗的效果分析 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(11):1167-1170.

[2] 李海兵. 损伤控制外科技术在急诊外科多发伤救治中的临床应用 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(21):128-129.

[3] 何道辉, 胡涛, 吴铭涛, et al. 损伤控制骨科技术在骨折合并严重多发伤治疗中的可行性探讨 [J]. 重庆医学, 2017, 46(19):2705-2707.

[4] 张德刚, 张锴, 王志刚, et al. 骨科损伤控制在严重多发伤合并股骨骨折治疗中的应用 [J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25(02): 119-122.

[5] 曹峰, 陈佳楠, 王曙光, et al. 严重多发伤合并腹部创伤性损伤控制性外科技术治疗的效果研究 [J]. 中国现代医生, 2017, 55(22): 49-52.

[6] 张发, 李承宁, 陈维忠. 浅谈损伤控制外科技术在急诊外科多发伤救治中的应用 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(13): 149-150.