

# 分析无管化经皮肾镜取石术的可行性、安全性和疗效

槐元刚

宜良县第一人民医院 652100

**〔摘要〕目的** 探究无管化经皮肾镜取石术的可行性、安全性和疗效。**方法** 选取 2018 年 1 月-2019 年 6 月我院收治的 50 例尿结石患者，随机分成观察组与对照组，各 25 例。对照组执行传统经皮肾镜取石术治疗，观察组实施无管化经皮肾镜取石术，对比两组疗效。**结果** 观察组手术时长、住院时长、术后疼痛评分都优于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组清除结石率 96.00%，高于对照组的 80.00%；且并发症率 3.75%，低于对照组 24.00% ( $P < 0.05$ )。**结论** 应用无管化经皮肾镜取石术治疗尿结石，效果突出。

**〔关键词〕** 无管化经皮肾镜取石术；疗效；可行性；安全性

**〔中图分类号〕** R699 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 01-041-02

泌尿系统结石中常见结石种类就是输尿管结石，有许多因素会引发肾输尿管结石，严重影响患者健康。目前，治疗输尿管结石的主要方法包括经输尿管镜碎石术、经皮肾镜碎石术、体外冲击波碎石术、腹腔镜下输尿管切开取石术、输尿管切开取石术<sup>[1]</sup>。本文选择 2018 年 1 月-2019 年 6 月我院收治的 50 例尿结石患者作为观察对象，分析了无管化经皮肾镜取石术的可行性、安全性和疗效，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月-2019 年 6 月我院收治的 50 例尿结石患者，纳入标准：确诊为尿结石；没有输尿管畸形、扭曲、异位开口者；无手术及麻醉禁忌症者；患者签署知情同意书。排出标准：结石长径小于 1.0cm 或大于 3.5cm；伴同侧肾结石或输尿管畸形、输尿管扭曲者；伴同侧肾功能受损者；伴感染且治疗后没有控制者；存在手术或麻醉禁忌症者。随机分成观察组与对照组，观察组男 14 例，年龄 18~53 岁，平均 (40.4±4.7) 岁；病程 8-45 天，平均病程 (23.2±4.9) 天；结石长径 1.0-2.4cm，平均 (1.5±0.4) cm。对照组男 15 例，女 10 例；年龄 19~52 岁，平均 (39.5±3.9) 岁；病程 7-43 天，平均病程 (21.5±4.1) 天；结石长径 1.0-2.5cm，平均 (1.6±0.2) cm。两组一般资料对比，无差异 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

所有患者接受术前检查，对于肾功能不全者，实施造瘘引流，如果患者出现梗阻或感染现象，就首先留置肾造瘘管以利于引流，培养细菌，采取措施对抗感染。实施消毒后，让患者保持膀胱截石位姿势，借助膀胱镜，把输尿管放到患者肾盂，全麻下行经皮肾手术，穿刺部位选择为腋后线与肩胛下线，明确目标肾盏，穿刺成功后，置入斑马导丝置入，扩张筋膜，置入输尿管镜到工作鞘内，推送至肾盂与输尿管后，选择钦激光法实施碎石，彻底清除干净结石，放置双 J 管进行引流。

对照组执行传统经皮肾镜取石术治疗，术后放置并固定

1~2 根 14~18F 的肾造瘘管。术后 2-4 天，生命征平稳，X 线复查，支架管放置到位，无梗阻及明显残石，引流液转清，拔出肾造管。

观察组传统经皮肾钦激光碎石术，术后不留置肾造瘘管。穿刺造瘘成功后，植入硬性输尿管镜直到结石位置，观察结石与四周输尿管黏膜情况，插入激光传导光线直到结石处，设定钦激光碎石机功率为 0.8~1.5J/8~20Hz，粉碎取尽结石，应用钦激光切除存在的肉芽或息肉。

术后常规留置双 J 管于输尿管处 2-4 周，以利于自然排出结石。

### 1.3 观察指标

对比两组手术时长、住院时长、术后疼痛情况、结石清除情况与并发症状况。

采用视觉模拟评分法 (VAS) 评定术后疼痛情况，分值为 0-10 分，分数越高，代表疼痛程度更高。

### 1.4 统计学方法

运用 SPSS19.0 处理数据，以 % 表示计数资料， $\chi^2$  检验；以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计量资料，t 检验。 $P < 0.05$ ，说明差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组手术指标

观察组手术时长、住院时长、术后疼痛评分都优于对照组 ( $P < 0.05$ )，如表 1。

表 1: 两组手术时长、住院时长分析 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	例数	手术时长 (min)	住院时长 (d)	术后疼痛 (分)
观察组	25	114.92±10.24	13.89±1.25	3.87±0.91
对照组	25	139.05±13.12	15.35±2.16	5.67±1.02
t		7.2493	4.9286	6.5841
P		0.0000	0.0000	0.0000

### 2.2 两组清除结石效果与并发症情况

观察组清除结石率高于对照组，并发症率低于对照组 ( $P < 0.05$ )，如表 2。

表 2: 两组清除结石效果与并发症情况分析 [n(%)]

分组	例数	全部清除结石	并发症率
观察组	25	24 (96.00)	1 (3.57)
对照组	25	20 (80.00)	6 (24.00)
$\chi^2$			4.1528
P			0.0416

作者简介：槐元刚，出生：1973 年 7 月 6 日，籍贯：云南石林，民族：汉族，职称：主治医师，学历：本科，主要从事工作：普外科，泌尿外科。

### 3 讨论

尿结石为常见的泌尿系统疾病，会出现血尿与肾绞痛症状，若治疗不及时或未对症治疗，会反复发作绞痛，致肾脏功能受到损伤，严重时并发泌尿系感染，脓毒血症危及患者生命。目前，治疗输尿管上段结石最常用的手段就是经皮肾镜手术，此方法可以缓解因开腹取石术所致的疼痛感，有效防止术后输尿管狭窄，降低术后感染发生率。

通常传统的经皮肾镜取石术优势是：在手术结束后，放入肾造瘘管进行引流，降低肾盂内压力，减少术后感染；压迫肾造瘘口，降低出血风险；加快穿刺通道的愈合；此外，若患者复查时，发现残留结石，可以沿着原有穿刺通道探入其中清除掉结石，无需再次进行穿刺。但是，相关研究指出，若给患者留置肾造瘘管，会引发腰部出现不适感，延长术后恢复时长，加大住院时长，增加住院费用，增加患者负担<sup>[2]</sup>。

无管化经皮肾镜取石术原理是术后，不给患者保留肾造瘘管，不会引发肾造瘘管摩擦肾脏，缓解患者疼痛，增加术后患者的舒适感。另外，手术完毕后，不需排除肾造瘘管，

加快康复速度，利于患者尽早恢复健康，既而减少住院时长，降低住院费用，减轻患者压力，加快创口愈合，利于身心尽快恢复<sup>[3]</sup>。本研究，观察组手术时长、住院时长、术后疼痛评分都优于对照组；且观察组清除结石率高于对照组，并发症率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

总之，无管化经皮肾镜治疗尿结石，效果突出，可缩短手术时长与住院时长，并发症率低。

#### [参考文献]

[1] 毛仕辉, 张旭, 许志宏. 无管化经皮肾镜与标准经皮肾镜取石术治疗上尿路结石的效果对比[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(13):138-140.

[2] 冯权尧, 杨云杰, 徐勋. 无管化微通道经皮肾镜碎石术对输尿管上段结石疗效的研究[J]. 临床医学工程, 2018, 25(11):1437-1439.

[3] 王滕滕, 陈少安, 尉春晓, 等. 无管化经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石的临床研究[J]. 泌尿外科杂志(电子版), 2018, 10(02):21-25.

(上接第 37 页)

可有效促进细胞因子的合成与分泌，提高淋巴细胞的生理学功能与细胞免疫功能，借助合成与分泌免疫细胞的过程，完全杀死结核杆菌感染的细胞，有效调整 Th1 与 Th2 细胞因子<sup>[5]</sup>。本研究显示：实验组总有效率 88.89%，比对比组的 68.89% 高；实验组肺结核症状消失时间与肺功能指标恢复时间均比对比组少，与相关研究结果一致。

总而言之，早期规则抗结核治疗老年糖尿病合并肺结核，可缩短患者的肺结核症状消失时间与肺功能指标恢复时间，提高患者的治疗效果。

#### [参考文献]

[1] 陆远炎. 糖尿病合并肺结核的临床分析[J]. 2017, 30(1):93-95.

[2] 刘彦娟. 肺结核合并糖尿病临床特征和预后的多因素分析[J]. 中国基层医药, 2018, 25(24):3158.

[3] 张红梅. 抗痨药物联合免疫调节剂治疗老年肺结核合并糖尿病的效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(9):168-169.

[4] 赵艳君, 孟桂云, 柯丽芸, et al. SGA 与 NRS2002 对糖尿病合并肺结核患者营养调查的分析与研究[J]. 新疆医科大学学报, 2016, 39(12):1576-1579.

[5] 韦向明. 肺结核合并糖尿病 83 例临床分析[J]. 医药前沿, 2016, 6(5):384-385.

(上接第 39 页)

加强近视的宣传力度，合理化增强父母和教师对学生的不正确读写姿势的提醒频次，增多视力检查频次，以达到纠正学生不合理用眼情况。有效结合近视的影响因素针对性的开展相应的宣传教育活动，控制和降低近视的发病率。

#### [参考文献]

[1] 郑淞, 王宗平. 防控学生近视, 学校体育何为. 中国学校体育, 2018-11:12

[2] 韦琬, 王育良. 青少年不同体质与近视发生以及心理倾向的相关性研究, 成都中医药大学学报, 2014, 37(1): 60-70

[3] 曹殿霞, 胡亭. 2015 年北京市延庆区城区高三学生近视情况及影响因素分析, 中国妇幼保健研究, 2017 年第 28 卷(医学荟萃) 4: 124-125

[4] 王硕, 吴立娟, 刘丽娟, 郭寅, 田飞飞, 桑榆鉴, 郭秀花. 北京市初中一年级学生高度近视现状及影响因素分析, 现代预防医学, 2019 年 46 卷 147:2567-2571

(上接第 40 页)

发的，患儿发病后的症状表现为面色与四肢颜色改变等，如果没有得到及时有效的治疗，会出现严重并发症，如胆红素脑病等，对患儿的生命健康造成不利影响<sup>[4]</sup>。

临床通常采用蓝光照射的方式对新生儿黄疸进行治疗，此种方法会发射 425-475nm 的光线波长，胆红素可吸收此类波，进而使体内胆红素排出体外，使患儿病情在根本上得到改善，但新生儿的相关功能没有完全发育，尤其是排热功能，持续性蓝光照射极易出现一定不良反应，如发热以及皮疹等，对患儿造成伤害，导致治疗效果不佳。间歇性蓝光照射治疗使皮肤和蓝光照射接触时间减少，使蓝光照射对患儿的不良反应明显减少<sup>[5]</sup>。本研究结果显示：实验组总有效率为 97.56%，高于对比组的 78.05%；治疗后两组患儿血清胆红素水平均低于治疗前，并且实验组患儿治疗后血清胆红素水平比对比组低；对比组不良反应发生率 24.39%，高于实验组的 7.32%，

与相关研究结果一致。

总之，间歇性蓝光照射治疗新生儿黄疸的治疗效果高于连续性蓝光照射治疗，可使血清胆红素水平与不良反应发生率有效降低。

#### [参考文献]

[1] 曾卫刚. 恒温箱不同蓝光照射方式对新生儿黄疸治疗效果的影响[J]. 医疗装备, 2018, 31(2):8-9.

[2] 常晓. 间歇性和持续性蓝光照射治疗新生儿黄疸的疗效观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(10):47-48.

[3] 彭泽良. 间歇性及连续性蓝光照射治疗新生儿黄疸疗效及安全性对比研究[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(34):4815-4816.

[4] 蔡晓东, 李炎芳. 两种蓝光照射方式治疗新生儿黄疸的疗效评价[J]. 中国实用医药, 2017, 12(7):10-12.

[5] 宋艳. 间歇性及连续性蓝光照射治疗新生儿黄疸的疗效及安全性对比研究[J]. 临床医学工程, 2017, 24(9):1243-1244.