



•论 著•

双镜联合治疗肾盂输尿管连接部梗阻合并肾盏结石的临床研究

徐 恒

(永州市省新田县同济微创外科医院 湖南新田 425700)

摘要：目的：探讨对肾盂输尿管连接部梗阻（UPJO）伴有肾盏结石的患者联用腹腔镜和输尿管镜手术的疗效。方法：回顾性分析医院2016年2月-2017年4月收治的25例采用肾镜和输尿管镜联合手术治疗的同侧UPJO合并肾盏结石患者的病历资料，总结手术操作方法和经验技巧，并观察手术时间、手术中失血量、术后下床活动和住院时间，对比术前和术后不同时刻最大尿流率和肾盂集合系统分离指数变化。结果：本组患者均顺利完成手术，其中手术时间、手术中失血量、术后下床活动和住院时间分别为（189.4±13.6）min、（176.5±32.3）ml、（2.4±0.5）d和（7.5±1.3）d；术后1个月、术后3个月和术后6个月最大尿流率均较术前远远升高（ $P<0.05$ ），且术后1个月、术后3个月和术后6个月最大尿流率两两比较差异无显著性（ $P>0.05$ ）；术后1个月、术后3个月和术后6个月肾盂集合系统分离指数均较术前远远降低（ $P<0.05$ ），且术后1个月、术后3个月和术后6个月最大尿流率两两比较差异无显著性（ $P>0.05$ ）。结论：对UPJO合并肾盏结石的患者联用腹腔镜和输尿管镜能够减轻创伤，改善最大尿流率和肾盂集合系统分离指数。

关键词：输尿管镜；腹腔镜；肾盂输尿管连接部梗阻；肾盏结石；肾盂集合系统分离指数

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)03-174-02

UPJO在临床上比较多见，多由于先天性原因发病，常见于中老年人群中。UPJO患者若得不到及时治疗，很有可能并发肾盂结石、肾盏结石、尿路感染等，加重患者的痛苦并且也增加其经济负担[1]。目前UPJO合并肾盏结石患者多采用分期手术或开放性手术，成效均不理想。我院自2016年2月对此类患者的术式进行改进，联合应用腹腔镜及输尿管镜治疗，取得满意的成效，特报道如下，以供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对医院2016年2月-2017年4月收治的25例采用肾镜和输尿管镜联合手术治疗的同侧UPJO合并肾盏结石患者的病历资料展开回顾性分析，均经X线和静脉肾盂造影检查确诊为UPJO合并肾盏结石，且均符合微创手术治疗指征，均有完整的手术和随访资料。25例患者中男性20例、女性5例，年龄区间25-56岁，平均（41.4±5.9）岁，单发结石22例、多发结石3例，结石直径为1.5-3.4cm，平均（2.7±0.5）cm。

1.2 方法

常规对患者进行麻醉后建立3个腹腔镜操作通道，首先借助腹腔镜的帮助对肾盂以及输尿管进行充分游离，暴露出梗阻部位后利用剪刀将部分扩张的肾盂剪开，以便顺利建立输尿管镜进镜通道。从操作孔置入输尿管镜并在斑马导丝的引导下将其小心送入目标肾盏，探查结石的位置，若结石位置与肾盂出口形成夹角则需要利用输尿管软镜进行手术。发现结石后利用钬激光碎石，并采用无菌生理盐水进行充分冲洗，在肾盂破口位置放置腹腔镜吸引器以便将碎石残渣彻底吸出，保持手术野干净。然后常规应用腹腔镜技术实施肾盂输尿管成形术以便能够有效解除梗阻，在腹腔中放置引流管，手术器械清点无误后常规逐层关闭手术切口。

1.3 观察指标

观察手术时间、手术中失血量、术后下床活动和住院时间，对比术前和术后不同时刻最大尿流率和肾盂集合系统分离指数变化，其中最大尿流率采用尿动力学检测系统测得；肾盂集合系统分离指数采用彩超检测，数据越小说明肾盂集合系统状态恢复越好，最大尿流率和肾盂集合系统分离指数分别在术前、术后1个月、术后3个月和术后6个月检测。

1.4 统计学分析

使用SPSS19.0软件为统计学分析工具，重复计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）采用方差分析，两样本计量资料采用t检验， $P<0.05$ 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术相关指标统计

本组所有患者均顺利完成手术，手术时间为154-267min，平均为（189.4±13.6）min，出血量为24-280ml，平均（176.5±32.3）ml；术后下床活动时间为1-4d，平均（2.4±0.5）d；术后住院时间为5-12d，平均（7.5±1.3）d。

2.2 不同时刻最大尿流率比较

术后不同时刻最大尿流率均较术前远远升高（ $P<0.05$ ），且术后1个月、术后3个月和术后6个月最大尿流率两两比较差异无显著性（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 不同时刻最大尿流率比较（ $\bar{x} \pm s$ ；ml/s）

时间	n	最大尿流率
术前	25	16.1±1.2
术后1个月	25	22.6±2.0a
术后3个月	25	22.8±2.1a
术后6个月		22.7±2.0a
F值		18.543
P值		0.000

注：与术前比较，a $P<0.05$ 。

2.3 肾盂集合系统分离指数比较

术后不同时刻肾盂集合系统分离指数均较术前远远降低（ $P<0.05$ ），且术后1个月、术后3个月和术后6个月最大尿流率两两比较差异无显著性（ $P>0.05$ ），见表2。

表2 不同时刻肾盂集合系统分离指数比较（ $\bar{x} \pm s$ ；ml/s）

时间	n	分离指数
术前	25	55.4±5.2
术后1个月	25	32.8±4.4a
术后3个月	25	32.5±4.2a
术后6个月		32.3±4.1a
F值		19.331
P值		0.000



注:与术前比较, $aP < 0.05$ 。

3 讨论

UPJO 合并肾盂结石危害严重, 主要由于长期输尿管梗阻诱发肾盂和肾盏出现积水, 进而肾脏内部可沉积大量的大分子物质, 增加肾盂结石的发生风险[2]。若是单纯的 UPJO 患者, 目前常采用腹腔镜微创手术疗法在保证减轻手术创伤的同时解除输尿管梗阻, 但是对于合并有肾盂结石的 UPJO 患者来说, 临床治疗的难度增大, 且利用腹腔镜很难直接对肾盂结石进行有效处理, 而采用开放性手术的创伤较大, 且术后恢复缓慢、并发症多[3]。因此临床医生需要积极探讨针对 UPJO 合并肾盂结石患者的有效手术方案。

本研究结果发现, 采用腹腔镜联合输尿管镜治疗的 UPJO 合并肾盂结石患者手术时间、手术中出血量、术后下床活动及住院时间分别为 (189.4 ± 13.6) min、 (176.5 ± 32.3) ml、 (2.4 ± 0.5) d 和 (7.5 ± 1.3) d, 可知双镜联合手术治疗此类患者的创伤小, 操作简便且术后恢复快; 此外, 术后不同时刻最大尿流率均远高于术前, 且肾盂集合系统分离指数均远低于术前, 可知利用腹腔镜联合输尿管镜对 UPJO 合并肾盂结石患者进行治疗能够改善最大尿流率和肾盂集合系统分离指数, 即有效解除梗阻, 改善肾盂集合系统功能。输尿管镜和腹腔镜联合应用能够弥补腹腔镜难以直接对肾盂结石进行有效处理的不

足, 并且还可与腹腔镜紧密配合提高手术成功率和结石清除率[4], 相较于开放性手术能够有效减轻创伤, 缩短术后恢复进程, 并且还可显著减少并发症, 优势极其明显。

综上所述, 建议对 UPJO 合并肾盂结石患者联合采用腹腔镜和输尿管镜手术治疗, 以期能够减轻创伤, 促进术后恢复, 并且还可有效解除输尿管梗阻, 改善肾盂集合系统的分离功能, 在临床上借鉴及推广的价值均较高。

参考文献:

- [1]王福利, 杨力军, 刘飞, 等. 机器人辅助腹腔镜联合输尿管软镜治疗合并肾结石的肾盂输尿管连接部梗阻[J]. 微创泌尿外科杂志, 2017, 6(2):78-81.
- [2]张志明, 邱建新. 腹腔镜下肾盂成形联合纤维软镜肾盂取石术的临床疗效观察[J]. 现代泌尿外科杂志, 2017, 22(3):198-200.
- [3]周可义, 杨文增, 崔振宇, 等. 经皮肾镜同期治疗肾盂旁囊肿合并肾盂输尿管连接部狭窄的临床观察[J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(6):30-33.
- [4]姬仲, 叶文彬, 孟庆军. 肾盂成形术联合输尿管软镜取石术治疗输尿管梗阻合并肾脏结石的疗效观察[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(4):455-455.

(上接第 173 页)

数脉, 说明大多患者属于本虚标实的情况。

3 讨论

慢性前列腺炎与糖尿病、高血压、心绞痛等一起被视为影响居民生活质量严重的慢性疾病, 约有一半的男性曾患有慢性前列腺炎。由其引发的其他相关性疾病的几率也不断增加, 其中以合并性功能障碍较为普遍。

随着慢性前列腺炎对男性身心健康的影响越来越大, 相关的研究也越来越多。有研究认为, 慢性前列腺炎患者主要存在焦虑不安、抑郁及身体化等方面, 同时也认为情绪异常变化与前列腺炎的症状呈正相关。本研究调查 SAS 评分显示, 所有纳入患者都有不同程度的抑郁存在, 其中轻度抑郁占 28.81%, 中度抑郁占 55.93%, 重度抑郁占 15.26%。抑郁程度与患者文化程度呈正相关($P < 0.05$), 文化程度越高, 抑郁程度也越高。导致这一现状产生的原因有很多, 文化程度越高, 知识面越泛, 就更容易对家庭、事业及社会关系等方面产生顾虑, 更易产生抑郁心理。现在生活节奏加快, 使得人们心中的痛苦不能得到及时有效的宣泄, 使抑郁情况加重, 最终导致性功能障碍。

同时情绪性因素与性功能障碍密切相关。许哲[2]等认为, 慢性前列腺炎患者性功能下降并非由于前列腺组织的器质性病理改变所引起, 而是由于其他器质性或心理性原因导致了。会产生不同程度焦虑, 继而焦虑势必就会影响性功能。本次问卷调查发现抑郁程度越重, 勃起功能障碍程度就越重, 呈现正相关($P < 0.05$)。在 IIEF 问卷中几

乎所有患者均有不同程度的性欲低下、性满意度降低, 性快感缺乏。故从性功能障碍类型分布看, 性功能障碍以性欲低下、性满意度下降、早泄等为主, 可能是其在抑郁情况下进行性压抑和性回避的结果。周玉海等认为, 慢性炎症可引起心理精神障碍, 植物神经功能紊乱亦可能与性功能下降有密切的关系。此外还与配偶性生活满意度有关。

综上所述, 慢性前列腺炎患者均会产生不同程度的抑郁, 然而抑郁又是导致性功能障碍较为常见的原因, 所以说慢性前列腺炎所导致不同程度的抑郁是造成慢性前列腺炎性功能障碍的主要因素。此外, 肾藏精、主骨生髓, 抑郁会消耗肾的物质基础。慢性前列腺炎合并功能性性障碍本质为肾虚。故临床治疗慢性前列腺炎时, 可以增加补肾固精之药, 力求标本兼治。

参考文献:

- [1]黄宇峰, 李宏军主编. 实用男科学. 北京: 科学出版社, 2009: 525.
- [2]许哲, 杨卫民, 李光昭, 等. 慢性前列腺炎与勃起功能障碍的关系. 中国综合临床, 2006, 22(1): 57-59.
- [3]周玉海, 梅如冰, 赵升田, 等. 慢性前列腺炎患者性功能及患者与其配偶性生活质量状况临床调查. 中华男科学杂志, 2010, 16(4):336-340.

作者简介: 向必林, 男, 出生 1971 年 11 月, 1992 年 6 月毕业于湖南省中医学院。中医主治医师, 工作单位: 湖南省怀化市沅陵县妇幼保健院。主要研究方向: 生殖保健、不孕不育等治疗。