

硕通镜与输尿管软镜联合治疗肾结石的临床观察

郭 魁 李 进 杨 翌

湘潭市中心医院泌尿外科 湖南湘潭 411100

[摘要] 目的 评价硕通镜与输尿管软镜联合治疗肾结石的临床疗效及安全性。**方法** 选取我院2017年10月到2018年10月,统计就诊的各型肾结石共72例患者,均采用硕通镜与输尿管软镜联合手术,手术时间(55.7 ± 24.1)分钟,术后住院(4 ± 2)天。术后第1天结石清除率为84.76%(61/72),术后1个月SFR为97.2%(70/72)。术后发热5.6%(4/72),石街形成2.8%(2/72),无严重脓毒血症、肾周血肿发生。**结论** 硕通镜与输尿管软镜联合治疗肾结石安全、有效。

[关键词] 硕通镜与输尿管软镜联合; 肾结石; 安全性; 并发症; 结石清除率

[中图分类号] R699.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)01-046-02

肾结石的微创处理是目前趋势,尤其是经自然通道的术式越来越受重视。本研究回顾性分析2017年10月—2018年10月72例采用硕通镜与输尿管软镜治疗肾结石患者的临床资料。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

住院肾结石患者72例,男56例,女16例,年龄28—79岁,平均年龄(52.6 ± 11.8)岁,阳性结石,结石最大径(18.03 ± 8.27)mm,其中单发肾盂结石27例,多发肾结石45例,有17例有肾下盏结石。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

患者均术前在局麻下行患侧输尿管支架置入,留置2周后再行手术治疗。全麻或腰硬联合麻醉下取截石位,将标准镜(F7.5/11.5)与硬性输尿管通道鞘(F11.5/13.5)组合在一起,在F3-4输尿管支架引导下,从患者尿道口置入,缓慢上行至肾盂口,缓慢退出标准镜,将硬性外鞘留置,在硬性外鞘末端连接负压吸引器,置入碎石镜,予钬激光光纤将结石粉碎,钬激光功率为8-30w(0.4-1j/20-30hz),使用负压吸引器将结石碎片和粉末吸出。对于无法直视看到的肾盂内的结石,退出碎石镜,在硬性外鞘内置入输尿管软镜进行碎石,使用负压吸引器将结石碎片和粉末吸出。缓慢退出碎石镜,通过硬性外鞘置入标准镜,将硬性外鞘与标准镜扣紧,缓慢退出硬性外鞘与标准镜的组合,并观察输尿管粘膜及肾盂的受损情况,留置F5/F7双J管和尿管。

1.2.2 观察指标

(1)手术中输尿管通道鞘置入的成功率。(2)术后第1天和术后4周分别复查腹部平片,评估结石清除率(SFR)(无残留结石或残留结石直径小于2mm且无临床症状定义为结石清除)。(3)术后观察有无发热(术后体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 定义为发热)、脓毒血症、严重血尿等并发症发生。(4)术中进镜和退镜时观察肾盂、输尿管粘膜损伤情况。

1.2.3 器械及设备

(1)硕通镜:包括标准镜((7.5/11.5F)、碎石镜(4.5/6.5F)、硬性输尿管通道鞘(11.5/13.5F)、硕通灌注吸引器(ST-APM)。(2)科医人钬激光机。(3)奥林巴斯及STORZ输尿管软镜。

2 结果

72例患者中手术均能顺利进镜完成手术。45例多发肾结石的患者中同时配合使用了输尿管软镜碎石,其余27例单发肾盂结石患者碎石后使用输尿管软镜检查有无残石。手术时间(55.7 ± 24.1)分钟,术后住院(4 ± 2)天。术后住院(4 ± 2)天。术后第1天结石清除率为84.76%(61/72),术后1个月SFR为97.2%(70/72)。术后发热5.6%(4/72),2例(2.8%)术后石街形成,行二期输尿管硬镜取石术。本组病例未出现严重血尿、严重脓毒血症、肾周血肿等。

3 讨论

目前,治疗直径2cm左右的肾结石主要有以下几种方法:开

放手术取石术(OS)、体外冲击波碎石术(ESWL)、经皮肾镜取石术(PCNL)、经输尿管软镜碎石取石术(F-URL)和各种综合治疗等。体外冲击波碎石术相对无创、经济,但其结石清除率偏低。经皮肾镜取石术结石取净率最高,但其存在大出血、感染、邻近器官损伤等严重并发症^[1,2]。经自然通道操作,相对微创、清石率高的输尿管软镜取石术近年来越来越受到重视,但目前依然存在一些不足:(1)输尿管软镜手术常规需留置输尿管通道鞘,放置过程是盲推,初学者置鞘常出现位置不合适、甚至无法置入等情况。(2)由于输尿管通道鞘盲置和退出,相对容易损伤输尿管壁与肾盂,出现输尿管或肾盂粘膜穿孔,甚至撕脱。(3)术中灌注压相对高,被动回流,术后发热及脓毒血症发生率较高。文献报道术后发热率和脓毒血症发生率分别为10.7%和3.4%。(4)术中击碎结石后,只能套石篮取出,或术后结石被动排出,既耗时,也容易在肾盂肾盏内残留碎石。而且,结石清除率随着结石增大明显降低。(5)长时间运用输尿管软镜,容易出现镜体损耗。

我们应用的硕通镜,有以下优势^[3,4]。(1)手术成功率高:硕通镜分为标准镜和碎石镜。手术操作时,首先用标准镜和硬性输尿管通道鞘组合后,使用和常规硬性输尿管镜的相同操作,直视上镜,避免盲入输尿管粘膜损伤及穿孔的风险。输尿管鞘置入成功率高,在前期置入输尿管支架扩张的情况下,有输尿管镜操作基础者均顺利置至目标部位。在体外沿导丝置输尿管通道鞘时,对输尿管内情况无法了解,在遇到阻力时,初学者容易出现置鞘失败,或无法判断留置深度,导致未能准确放置在目标位置的情况。(2)副损伤相对较少:负压组合专用的硬性输尿管通道鞘是和标准镜同时进退,整个过程都是在直视下完成,最大限度地避免了通道鞘对肾盂、输尿管壁的损伤。碎石过程中通过负压吸引使得碎石颗粒和粉末主动从鞘内吸出,保证了视野的清晰,也可减少术中钬激光或套石篮导致的副损伤。(3)术后发热率较低:术后发热,甚至严重脓毒血症,是腔道内手术最严重,也是临床医生最担心的并发症之一。负压组合镜采用可控负压吸引器,由术者在术中主动控制吸引力的大小,最大限度地降低了肾盂内压力。本组术后发热率为5.6%,未发生严重脓毒血症,大部分患者术后2-3天即可出院。(4)结石清除率高:清石效率较高,软镜使用时间较短,由于术中采用负压主动吸引,在碎石的过程中,碎石颗粒和粉末可在输尿管通道鞘内直接吸出,达到碎石清石一体化,同时节约了手术时间。本组术后第1天结石清除率为84.76%(61/72),术后1月结石清除率为97.2%(70/72)。2例患者术后石街形成均再次行常规输尿管硬镜取石术,顺利取净结石。(5)经济性好:硕通镜为国产器械,总价相对输尿管软镜较低,不易损坏,学习曲线低,降低了手术成本及医师学习成本,易于在基层医院大力推广。

综上所述,硕通镜与输尿管软镜联合治疗肾结石安全、疗效确切,是经自然通道处理肾结石的一种改良方案。

【参考文献】

[1] 唐浩,陈松宁,杨水华.经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光

(下转第47页)

膝关节注射几丁糖治疗膝关节骨性关节炎的临床效果观察

唐欣 赵伟 张亚莉

首都医科大学石景山教学医院北京市石景山医院 100043

[摘要] 目的 分析膝关节注射几丁糖治疗膝关节骨性关节炎的临床效果及体会。**方法** 回顾性分析我院收治的58例膝关节骨性关节炎患者的临床资料,将其随机分为观察组与对照组29例,其中对照组采用关节内注射玻璃酸钠的方法进行治疗,观察组则采用注射几丁糖的方法进行治疗,比较两组患者的临床效果。**结果** 观察组临床总有效率为93.1%,对照组临床总有效率为82.76%,观察组临床总有效率显著高于对照组,差异具统计学意义($\chi^2=4.629$, $P<0.05$)。**结论** 针对膝关节骨性关节炎患者膝关节内注射几丁糖可显著改善治疗效果,具有较高的临床应用价值。

[关键词] 膝关节骨性关节炎; 膝关节注射几丁糖; 效果观察

[中图分类号] R684.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)01-047-01

膝关节骨性关节炎是由于多个因素导致关节软骨退化损伤、关节软骨边缘反应性增生引起的退行性骨关节病变,其主要表现为关节肿胀、僵硬、疼痛、畸形等,随着病程的延长会使患者活动能力受限,严重影响其生活质量。几丁糖关节内注射可有效保护患者关节软骨,缓解疼痛。本研究以58例膝关节骨性关节炎患者为研究对象,分析膝关节内注射几丁糖的临床效果及体会。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析我院收治的58例膝关节骨性关节炎患者的临床资料,其中男36例,女22例,年龄51~70岁,平均年龄60.4岁;病程2~13年,平均病程7.4年;58例患者中43例为单膝病变,余者15例为双膝病变;合并关节积液者6例,关节屈曲功能受限者41例。所有患者均符合膝关节骨性关节炎诊断标准,年龄在50岁以上70岁及以下,对本次研究知情、同意,并签署知情同意书。排除合并严重膝关节畸形者,排除膝外伤者,排除合并皮肤病、化脓性关节炎、肝肾功能障碍者,排除1个月内接受激素治疗或免疫疗法者。将58例患者随机分为观察组29例与对照组29例,两组患者的一般资料差异不显著($P>0.05$),可以比较。

1.2 方法

对照组采用关节内注射玻璃酸钠的方法进行治疗,患者取仰卧位,屈膝采用2%利多卡因进行局部麻醉,穿刺后于关节腔内注射玻璃酸钠注射液(日本生化学工业株式会社高萩工厂,国药准字:H20100373),每次25mg,每周1次,共治疗5周;观察组则于关节腔内注射医用2%几丁糖凝胶溶液[上海其胜生物制剂实业公司,国药监械(准)字2006第3640002号],每次2ml,每2周1次,共治疗2~3次。

上述治疗穿刺完成后使用无菌敷贴覆盖穿刺点;针对合并关节积液者先将积液抽取干净再注射药物。

1.3 效果评价标准

患者经过治疗膝关节肿胀情况完全消失,疼痛缓解90%以上,关节积液全部消失,膝关节活动度在110~130度评价为显效;膝关节肿胀情况基本消失,疼痛缓解度在30%~90%,膝关节活动度在90度及以上,但低于110度,关节积液基本消除评价为有效;达不到上述标准者则评价为无效。临床总有效率为显效率与有效率之和。

1.4 统计学处理

将所有研究数据录入SPSS19.0统计学软件进行分析, $P<0.05$ 视差异具统计学意义。

2 结果

观察组临床总有效率为93.1%,对照组临床总有效率为82.76%,观察组临床总有效率显著高于对照组,差异具统计学意义($\chi^2=4.629$, $P<0.05$)。见表1。

表1: 观察组与对照组临床效果比较

组别	例数	显效		有效		无效		总有效率
		例数	比例	例数	比例	例数	比例	
观察组	29	13	44.83%	14	48.28%	2	6.90%	93.10%
对照组	29	11	37.93%	13	44.83%	5	17.24%	82.76%
χ^2								4.629
P								<0.05

3 讨论

膝关节骨性关节炎是临床常见疾病,其可能会引起软骨面消失及下板暴露、骨质增生、滑膜肿胀粘连等病理改变,不仅会影响患者的膝关节功能有较大影响,且病程越长患者致残率就越高。膝关节骨性关节炎的治疗以保护膝关节软骨及膝关节功能为主要原则,并缓解患者疼痛,提高其生活质量。常规治疗以制动、理疗、封闭、止痛、应用抗炎药物、关节腔内注射药物等为主,严重者需手术治疗,其中关节腔内注射药物效果更加显著,不仅可以缓解疼痛,且有利于延缓、改善关节软骨的磨损。几丁糖是一种属于蛋白多糖类物质,是一种天然的多糖成分,其粘度近似于滑液,在关节腔内注射可起到有效的润滑作用;并且膝关节骨性关节炎患者蛋白多糖严重减少引起软骨细胞与基质成份代谢异常,关节软骨的结构及功能也会受到影响,而膝关节骨性关节炎可改善患者软骨基质代谢,保护关节软骨,缓解患者疼痛。本研究中观察组在患者关节腔内注射几丁糖治疗膝关节骨性关节炎,其临床效果显著优于对照组。综上所述,针对膝关节骨性关节炎患者膝关节内注射几丁糖可显著改善治疗效果,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 李尚城, 范海涛, 张斌. 膝关节腔内注射医用几丁糖治疗膝关节骨性关节炎的效果观察[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016, 8(11):84-87.
- [2] 姜秀凤, 姜德华, 梁春霞. 氨基葡萄糖联合玻璃酸钠关节腔内注射治疗膝关节骨性关节炎的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015, 22(24):66-68.

(上接第46页)

碎石术治疗复杂性肾结石的临床疗效分析[J]. 安徽医药, 2016, 20(2):341-343.

[2] 郑云, 祖雄兵, 贺书云, 等. 经皮肾镜下超声气压弹道碎石清石系统与钬激光处理复杂性肾结石的对比研究[J]. 中国内镜

杂志, 2016, 22(2):24-27.

[3] 甘澎, 周均洪, 廖芝健, 等. 负压组合镜治疗肾结石的临床观察[J]. 临床外科杂志, 2017, 25(2):106-106.

[4] 王树声, 翁湘涛, 周均洪, 等. 硬镜治疗上尿路结石的有效性、安全性[J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38(9):671-674.