

可视化穿刺经皮肾镜联合软性输尿管镜治疗复杂性肾结石

何泉芳 蓝丽香

龙岩人民医院 福建龙岩 364000 龙岩市第三医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 探究复杂性肾结石治疗中, 实施可视化穿刺经皮肾镜、软性输尿管镜联合手术治疗的效果。**方法** 收治若干名复杂性肾结石患者, 询问其意见后有128例患者同意参与研究, 平均分两组, 每组各64例, 对照组实施单纯经皮肾镜手术, 观察组加用软性输尿管镜, 对比两组治疗结局。**结果** 术中出血量两组相比, 观察组出血量更少($P < 0.05$)。手术切口长度相比, 观察组更短($P < 0.05$)。两组手术、住院时间相比, 观察组时间显著缩短($P < 0.05$)。观察组、对照组并发症总发生率分别为4.69%、15.63%, 差异明显($P < 0.05$)。**结论** 给予复杂性肾结石患者经皮肾镜、软性输尿管镜联合治疗, 出血量少且治疗时间短, 术后并发症显著减少。

【关键词】 复杂性肾结石; 经皮肾镜; 软性输尿管镜**【中图分类号】** R699.2**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2020) 01-036-02

血尿、腰痛系肾结石患者常见症状, 男性是复杂性肾结石高发人群, 近年来我国复杂性肾结石发病率逐渐上升, 目前已超出20%。夏季是复杂性肾结石高发季节, 调查显示30-50岁男性有很大几率患者复杂性肾结石。现代医学技术相当发达, 碎石取石术多样化, 传统开腹取石术逐渐被微创手术取代, 有效改善患者术后恢复慢的弊端^[1]。本次分析重点为经皮肾镜碎石取石术与软性输尿管镜碎石取石术, 前者使用的单一通路, 结石清除率较低, 输尿管软镜正好弥补这一缺点, 加之软管柔软度高, 不会损伤患者尿道, 较之硬镜能更加深入到结石位置, 保证其清除率, 因此受到患者大力欢迎。鉴于此本研究探讨上述两种手术方式联合治疗效果, 详细如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收治若干名复杂性肾结石患者, 有128例患者同意参与研究, 患者按照手术方式不同分为对照组、观察组各64例, 患者均在2017年9月-2019年9月来院治疗。对照组男性、女性比例约为1:1, 观察组男性、女性分别为44例、20例, 患者最大65岁, 最小28岁, 平均 (54.32 ± 2.25) 岁; 患者结石直径均在25mm以下, 临床资料完整, 基线资料具有同质性($P > 0.05$), 可对比。

1.2 方法

两组均行手术前准备, 包括: 检查患者泌尿系统是否正常, 无感染者需保持外阴清洁, 感染者提前1周用抗生素进行治疗; 术前半小时内给予所有患者抗生素, 防止感染; 采用硬膜外麻醉方式, 患者仰卧沿尿道插管, 将输尿管置留在患者体内,

同时静脉滴注生理盐水; 在患者腰下垫软枕。

对照组单纯实施经皮肾镜碎石术, 尽量保证神经视野清晰, 一次性取出结石, 复查时注意看患者体内有无结石残留。若患者1周复查中发现残留结石, 需进行二期经皮肾镜碎石术, 若仍未清除干净, 实施体外碎石术。

观察组实施经皮肾镜、软性输尿管联合手术, 步骤如下: B超引导下实施穿刺, 选用18号穿刺针, 在11肋、12肋之间标记穿刺位置, 完成穹隆部穿刺, 观察到穿刺针到达肾盏表示穿刺成功。将斑马导丝沿穿刺通道缓慢送入, 对通道进行逐级扩张, 留置工作鞘, 至此经皮肾通路建立完成。将肾镜置入行钬激光碎石术, 探查后夹取大块结石。变肾镜为B超探查, 患者体内有残余碎石直接由前期留置的输尿管软镜引流出来。

1.3 观察指标

(1) 统计切口长度、术中出血量, 统计时间指标, 包括手术、下床及住院时间。(2) 记录患者术后发生的并发症种类及例数。

1.4 统计学分析

SPSS20.0分析数据, 计量资料、计数资料行t检验、 χ^2 检验对比。 $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 患者术中、术后指标对比

术中出血量两组相比, 观察组出血量更少($P < 0.05$)。手术切口长度相比, 观察组更短($P < 0.05$)。两组手术、住院时间相比, 观察组时间显著缩短($P < 0.05$)。见表1。

表1: 患者术中、术后指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	手术切口长度 (cm)	下床时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	64	158.25 ± 5.37	165.38 ± 3.57	3.52 ± 0.67	5.56 ± 0.67	12.35 ± 0.50
观察组	64	135.45 ± 3.69	124.31 ± 3.21	4.63 ± 0.58	4.82 ± 0.50	7.65 ± 0.85
t		27.994	68.437	10.021	7.081	38.128
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 患者并发症发生情况对比

观察组、对照组并发症总发生率分别为4.69%、15.63%, 差异明显($P < 0.05$)。见表2。

3 讨论

复杂性肾结石是临床上常见疾病, 尤其在中年人群中具有较高发病率, 随着饮食结构、生活方式的改变, 本病逐渐有年轻化趋势。复杂性肾结石诱因较多, 其中最主要原因: 尿液中成石物质溶解度降低, 物质在尿液中过度饱和导致有晶体析出, 众多晶体析出后通过长期积聚形成结石。在传统治疗中, 以开腹取石术为主, 取石彻底但创伤大, 不利于患者术后恢复。在内镜技术的不断发展下, 经皮肾镜碎石取石术

第一作者: 何泉芳 (1989-) 男, 龙岩人, 硕士研究生, 从事泌尿外科。

第二作者: 蓝丽香 (1990-) 女, 龙岩人, 大学本科, 检验师, 从事检验科方面工作。

逐渐代替开腹取石术,但其仍存在缺陷^[2]。单通道穿刺取石存在盲区,需反复多次手术才能彻底清除结石,且患者术后发热、输血、血管栓塞等并发症发生率明显提升,本研究显示,观察组术后并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

为保证结石清除彻底,本研究提出经皮肾镜碎石取石术、软性输尿管镜手术联合方式。手术采用截石-仰卧位,在经皮肾镜基础上使用输尿管软镜,柔软度极佳,其弯导光纤束角度能可随意转换,范围是 $185^{\circ} \sim 275^{\circ}$,弥补经皮肾硬镜无法在体内转角的问题,软管功能齐全,有辅助弯曲、主动弯曲功能,进入肾盂基本无阻碍,不对肾周围组织产生损伤,有效加深对复杂性结石的探查深度。与单纯经皮肾镜穿刺取石术相比,联合手术创伤更小,患者术中出血量更少,结石清除率大大提升,有效降低结石二次清除率。本研究显示,

观察组术中出血量低于对照组,伤口长度短于对照组,治疗时间短于对照组($P < 0.05$),可见经皮肾、输尿管软镜联合手术效果显著^[2]。此外,减少二期手术发生率,有助于降低患者感染风险。碎石取石术实施期间需注意,要提前检测患者尿道是否有狭窄情况,及时对通道进行扩张,同时留置工作鞘,防止碎石取石时对尿道造成机械性损伤。术后还应给予患者全面的护理干预,巩固手术效果的同时减少其术后并发症的发生。

综上所述,在复杂性肾结石患者治疗中,实施经皮肾镜、软性输尿管镜联合手术,能缩小创伤且减少患者术中出血量,降低术后并发症发生率,因此临床实践中推荐使用联合碎石取石术。

表2:患者并发症发生情况对比[n(%)]

分组	例数	腹腔积液	发热	血管栓塞	增加抗生素	输血	总发生率
对照组	64	2 (3.13)	4 (6.25)	2 (3.13)	1 (1.56)	1 (1.56)	10 (15.63)
观察组	64	1 (1.56)	0 (0.00)	1 (1.56)	0 (0.00)	1 (1.56)	3 (4.69)
χ^2							4.195
P							0.041

参考文献

- [1] 梁苏东,吕高飞,阮亚石,等.输尿管软镜碎石术与经皮肾镜碎石术对肾结石患者炎性因子、氧化应激及应激激素水平的影响[J].海南医学院学报,2017,23(20):2783-2786.
- [2] 汪彬,许景东,项华.经皮肾镜联合输尿管软镜治疗

对复杂性肾结石 BMG、BUA 的影响及临床疗效分析[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(1):60-63.

- [3] 黄晨,盛明,徐煜宇,等.输尿管软镜下钬激光治疗2.4~4cm肾结石的新进展[J].现代泌尿外科杂志,2017,22(11):882-885.

(上接第34页)

对小儿高热惊厥采取有效的治疗措施极为重要。临床研究表明,对小儿高热惊厥采取苯巴比妥联合地西洋治疗能够有效改善患儿的症状且提高治疗有效率。苯巴比妥是长效巴比妥类药物之一,具有较强的抗惊厥、抗癫痫、镇静等功效。在临床治疗当中可有效控制患儿惊厥症状。但是,长期用药对患儿具有一定程度的副作用,影响患儿的生长发育。地西洋与苯巴比妥联合使用可减少不良反应发生率,可有效缓解患儿肌僵直症状以及肌肉痉挛症状等,提高治疗有效率。

我院将80例高热惊厥患儿分为对照组和研究组。对照组给予单纯苯巴比妥治疗,研究组实施苯巴比妥联合地西洋治疗,对两组高热惊厥患儿临床疗效、惊厥消失时间、退热时间、住院时间以及不良反应发生情况进行比较。结果显示,研究组患儿惊厥消失时间、退热时间以及住院时间少于对照组,临床疗效高于对照组,并发症发生率均少于对照组, $P < 0.05$ 。

(上接第35页)

替卡韦与护肝药物联用在临床中的使用优势十分明显。

结语:

针对患有慢性乙肝肝硬化的患者治疗方式选择而言,让其在服用护肝药物的基础上同时接受恩替卡韦治疗的效果会更好,两药联用值得在临床中推广。

参考文献

- [1] 周煜.恩替卡韦联合微生态制剂对乙肝肝硬化患者肝功能及预后的影响[J].医学信息,2019,32(22):132-134.
- [2] 李南方.恩替卡韦联合护肝药物治疗慢性乙肝肝硬化

综上所述,对高热惊厥患儿采取苯巴比妥联合地西洋治疗可缩短症状消失时间以及住院时间,提高治疗有效率,临床效果更显著,值得推荐应用。

参考文献

- [1] 李琼,葛娜,张菲菲,张旭.咪达唑仑联合苯巴比妥、地西洋治疗小儿惊厥性癫痫持续状态的临床研究[J].临床误诊误治,2019,32(09):31-34.
- [2] 罗玉兰.苯巴比妥联合地西洋治疗小儿热性惊厥的效果分析[J].当代医药论坛,2019,17(16):166-167.
- [3] 陈杰.地西洋联合苯巴比妥治疗小儿发热性惊厥的效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2019,4(17):91-92.
- [4] 张登科.地西洋联合苯巴比妥对热性惊厥患儿血清NSE、S-100 β 、BNDF水平的影响[J].系统医学,2019,4(03):93-95.
- [5] 狄勇,孙晋山.苯巴比妥与地西洋联合治疗小儿热性惊厥的疗效分析[J].中国医药指南,2018,16(19):104-105.

的疗效观察[J].基层医学论坛,2019,23(32):4601-4603.

- [3] 杨冬冬,祐红瑞,李雅.安络化纤丸联合恩替卡韦治疗乙肝肝硬化的临床价值分析[J].四川解剖学杂志,2019,27(03):62-63.

[4] 高志荣,李青松,滕晓生.复方甘草酸苷片联合恩替卡韦治疗乙肝肝硬化患者的疗效观察[J].中国药物与临床,2019,19(09):1490-1492.

- [5] 郑岳,杨丽敏,王晋升.复方甘草酸苷片联合替比夫定治疗乙肝患者早期肝硬化临床研究[J].陕西医学杂志,2018,47(09):1174-1177.