

体外震波碎石治疗 86 例急诊输尿管结石疗效分析

曾沃山

(广东省佛山市第二人民医院 佛山 528000)

关键词:体外震波碎石治疗;输尿管结石;急诊患者;疗效分析

中图分类号:R693.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.061

由输尿管结石所引发的肾绞痛,是急诊科常见性急腹症。患者主要临床表现为剧烈性疼痛以及尿路感染^[1]。临床治疗以镇痛药物治疗为主,但仅能暂时性缓解其症状,无法彻底根治,还存在无效、再次发作情况。同时,患者还需长期承受排石所带来的痛苦。我院自 2009~2012 年期间,共收治 86 例急诊输尿管结石患者,均行体外震波碎石术(ESWL)治疗,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选者均为我院门急诊患者,经 B 超、X 线检查(KUB、IVU)^[2]均确诊,总计 86 例。其中男 65 例、女 21 例,男女比例:3.1:1;患者年龄 21~53 岁,平均(34.45±6.30)岁;肾绞痛发作时间 0.5 h~2.5 d,平均(8.60±3.35)h;症状表现:腰腹部突发性绞痛、胀痛、恶心、呕吐等;结石大小:0.3 cm×0.6 cm~0.9 cm×2.0 cm。排除标准:凝血功能障碍、肾功能不全、同侧重度肾积水以及严重感染疾病合并症患者。为确保患者术前碎石适应症,术前均对其进行血常规、心电图、B 超以及出凝血时间检查。

1.2 方法 86 例急诊输尿管结石患者均采取 ESWL 治疗。选择 BYS 型-水囊式体外冲击波碎石机,进行手术碎石。患者输尿管上以及中上段,均行俯卧位姿势;输尿管中以及下段,均行仰卧位姿势。对患者进行≥0.5 h 的单次冲击操作,冲击次数控制在

用^[3]。笔者采用改良式脑室穿刺外引流,将传统的穿刺进针方向由外耳道连线中点修改为外耳道连线中点前 1 cm,使引流管置于室间孔附近符合脑室解剖特点。不仅利于脑室血肿溶解吸收,利于脑室室间孔通畅,恢复脑室的正常解剖,而且能迅速降低脑室内压力,缓解对脑室周围组织压迫,改善脑组织微循环。结合腰大池置管引流,符合脑脊液循环的生理,腰大池引流促进脑脊液循环,对脑脊液循环通路有冲刷力量,利于通路的畅通。尿激酶具有较强溶解血凝块和清除抑制因子纤溶作用,可加快血肿的溶解和吸收。

脑室积血的自然溶解吸收过程长,约需 3 周时间,大多数患者难以度过这段时间,而且增加颅内

700~2 400 次。与此同时,对患者进行 B 超定位、动态观察。本组患者 ESWL 治疗后,行中西医结合治疗。西药治疗:选择喹诺酮类抗生素,加入葡萄糖注射液(650 mg 以上),静脉点滴,连续用药 3 d;中药疗法:选择尿石通丸口服治疗,2 次/d,4 g/次,连续性口服 1~2 周为 1 个疗程,整个治疗共 2 个疗程。患者治疗中,应积极饮水,饮水量≥2 500 mL,鼓励并辅助以跑步、蹦跳运动为主。1 周后行 B 超复查,复查结果显示结石未碎者,需行 2 次碎石治疗,2 次碎石治疗后使用药物与首次相同,并进行复查。

1.3 疗效标准^[3] 治愈:治疗后,患者肾绞痛症状、体征均消失,经 X 线摄片检查,患者结石影完全消失。对其进行尿常规检查,连续性两次或两次以上均为正常;有效:治疗后,患者肾绞痛症状表现消失,其多数结石均顺利排出,经 X 线摄片检查,发现其结石下移,检查尿常规并无改善;无效:治疗后,以上疗效标准均未实现。

2 结果

本组 86 例急诊输尿管结石患者经 ESWL 治疗后,一次碎石排净率为 95.35%(82/86),二次碎石排净率为 100%(86/86)。治愈者 83 例(96.5%),有效者 3 例(3.5%),总有效率为 100%。

3 讨论

输尿管结石是泌尿系疾病的常见病、多发病,患者临床表现以腰背部胀痛、阵发性绞痛、血尿以及

感染机率,颅内感染也是脑室穿刺最严重的并发症。本组 81 例患者均为脑室出血铸型术后 3 d 头颅 CT 检查,脑室内血肿大部分消失,术后 7 d 头颅 CT 检查脑室积血全部消失。3 例发生颅内感染,从腰大池引流管每日注入头孢他啶 0.2 g,5 d 后治愈。

改良脑室穿刺联合腰大池双向引流,辅以尿激酶灌洗治疗重症脑室出血疗效确切,是安全可行的方法。

参考文献

[1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998.691-693
[2]李东升.脑出血所致水肿的发生机制[J].临床神经外科杂志,2004,1(1):47
[3]曹文军,田力学,田志刚.双侧脑室引流加尿激酶灌洗并腰穿脑脊液置换治疗重型继发性脑室出血[J].中华急诊医学杂志,2004,13(11):758-759

(收稿日期:2013-05-22)

输尿管镜在尿道断裂治疗中的应用体会

符骏

(北京京煤集团总医院 北京 102300)

关键词:输尿管镜;尿道会师术;尿道断裂

中图分类号:R699.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.062

随着泌尿腔镜的推广使用,微创腔镜手术已广泛应用或尝试在泌尿外科手术各个方面^[1]。我院 2007 年 1 月~2012 年 8 月,对 21 例外伤性尿道断裂病人开展输尿管镜下尿道会师术。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 入组 21 例,男性,年龄 28~48 岁。其中车祸 11 例,挤伤 6 例,骑跨伤 2 例,高空坠落 2 例;7 例合并骨盆骨折,出现休克 3 例。就诊时间为伤后 1~36 h。患者均存在明确外伤史,临床表现均不能自主排尿、尿道及会阴部疼痛、尿道口滴血及尿潴留。入院后所有患者行试验性导尿均失败。5 例行尿道造影检查证实,其余在术中经过输尿管镜检查明确。其中尿道不完全断裂 5 例,尿道完全断裂 16 例。

1.2 手术方法 监测患者生命体征,予补液抗休克治疗,静点广谱抗生素抗感染治疗,除外其他合并外伤。准备消毒好的 F8/9.8 奥林巴斯(Olympus)

尿线中断为主。具体分析产生此情况的主要原因^[2]:输尿管结石梗阻,造成输尿管平滑肌痉挛收缩,提高肾盂以及输尿管内压力,最终对肾包膜引发的刺激所导致。因此,对于输尿管结石治疗的关键,即为消除尿管梗阻、疼痛以及保护肾功能。常规治疗中,采取的中西医结合治疗,虽然能够起到一定疗效,但患者承担的精神、心理痛苦也较为明显,且无法完全排除结石,存在疗效上的缺憾。

随着输尿管结石治疗工作的不断开展,ESWL 临床疗效已得到公认,打破了传统的切开取石手术,临床治疗中将此方法称为“上尿路结石治疗上的革命”。临床数据统计结果显示,ESWL 已经成为治疗泌尿系结石的首选。郑克立等^[4]报道 ESWL 治疗急诊上尿路结石成功率达到 100%,足以证明此方法的立竿见影效果。ESWL 治疗即便不能实现完全性粉碎的治疗目的,也可直接控制输尿管结石,对输尿管壁所引发的压迫、刺激情况,保证尿液从输尿管位置通过,进一步缓解其梗阻、平滑肌痉挛以及疼痛情况。ESWL 治疗后,会引发黏膜损伤炎症以及充血性水肿情况,所以应行抗生素治疗,达到修复效果。而尿石通丸能够实现清热利湿以及通淋

输尿管镜及液压灌注泵、3~4F 输尿管导管、膀胱穿刺造瘘套针及斑马导丝等。患者麻醉满意后取膀胱截石位,生理盐水冲洗,将输尿管镜自尿道外口插至外伤处。有 5 例证实尿道不完全断裂,其损伤部位均在尿道球部,直视探查发现部分尿道黏膜连续,在电视监视下输尿管镜沿未断的尿道黏膜轻柔进镜至膀胱内,置入斑马导丝至膀胱内,注冲洗液冲洗并充盈膀胱,观察膀胱内是否存在损伤,明确后退出输尿管镜。有 16 例证实尿道完全断裂,其损伤部位均在尿道膜部,视野被血块及出血遮挡,模糊观察不清。液压灌注泵加压冲洗,冲出血块及出血点,注意冲洗水压及时间。视野转清楚后,探查尿道近端损伤处,其中 5 例在高压冲洗下找到尿道近端断裂处,在输尿管导管引导下继续进镜,将输尿管镜缓慢推入膀胱,充盈冲洗膀胱,观察膀胱腔无异常,经输尿管镜工作通道置入斑马导丝至膀胱,后退出输尿管镜。其中 11 例未找到断裂尿道近端,

排石的效果。治疗过程中行 B 超动态观察,实现了全程监控,保证了碎石的成功率。同时,为了提高排石疗效,在治疗中嘱患者进行运动锻炼(跑步、跳绳、打球、蹦跳等)、饮水(2 500 mL 以上)辅助,保证了最佳治疗效果的实现。从上述结果来看,本组患者行 ESWL 治疗后,总有效率达到 100%。

综上所述,ESWL 治疗急诊输尿管结石,具有操作方法简单、疗效明确显著、经济花费低等临床优势,且在临床治疗中不会对患者的输尿管造成相对明显的损伤(仅有轻微血尿),更易被输尿管结石患者、手术医师所接受。因此,急诊 ESWL 是治疗输尿管结石患者的首选方法,能够在短时间内解除患者的痛苦、缩短治疗病程,并对肾功能进行最佳保护,具有临床推广应用价值。

参考文献

[1]袁鹤胜,郭旭明,任胜强,等.ESWL 致肾破裂出血休克 1 例[J].临床泌尿外科杂志,2010,15(6):287
[2]王谦,饶大彪.ESWL 致腹腔内大出血 1 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2009,30(4):270-272
[3]叶卫东.体外震波碎石联合尿石通治疗泌尿系结石 1 111 例疗效观察[J].新中医,2007,39(1):86-87
[4]郑克立.体外震波碎石机(FDAPLT-O1)治疗肾和输尿管结石 1 021 例[J].中华泌尿外科杂志,2010.14(1):1 989-1 990

(收稿日期:2013-06-05)