

表 2 两组 Cobb 角比较 ($\bar{X} \pm S$) 度

组别	n	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 1 个月
试验组	40	20.1± 3.4	20.1± 3.3	20.1± 3.2
对照组	40	19.9± 3.5	17.4± 3.1	17.2± 3.6
t		0.26	3.77	3.81
P		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

骨质疏松是临床老年常见及多发疾病,随着老年化加剧及糖皮质激素的长期应用,其引起椎体压缩性骨折也呈逐年上升趋势^[3]。腰椎体压缩性骨折常伴有腰部持续性疼痛,行走不便,严重影响患者生活质量及心理健康。保守治疗和经皮椎体成形术是临床常用的治疗方法^[4]。老年患者常因惧怕手术而选择保守治疗,但治疗效果往往不理想。经皮椎体成形术是在影像增强设备监视引导下,将骨水泥等材料经椎弓根注入椎体,能够有效恢复椎体高度及抗压强度,进而防止椎体进一步塌陷和变形,具有创伤小、恢复快、安全性高等特点。

本研究结果显示,治疗 1 周及 1 个月后试验组

患者 VAS 评分下降程度低于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 Cobb 角无明显变化($P>0.05$),对照组患者 Cobb 角明显下降($P<0.05$);治疗后试验组 Cobb 角显著高于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,经皮椎体成型术治疗老年腰椎骨质疏松压缩性骨折疗效显著,能够有效减轻患者疼痛程度,保持椎体高度及脊柱稳定性,进而提高患者生活质量及治疗依从性,值得临床应用和推广。

参考文献

[1]信维伟,程光齐,冯宇,等.经皮椎体成形治疗陈旧性老年骨质疏松性椎体骨折[J].中国组织工程研究,2012,16(52):9 873-9 880
[2]杨春,朱裕成,王冰,等.两种不同方法治疗骨质疏松性胸腰椎骨折疗效比较[J].中国骨质疏松杂志,2012,18(2):148,149-152
[3]江红卫,崔学文,黄永辉,等.经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体骨折的临床疗效分 [J]. 现代预防医学,2012,39 (23):6 369-6 370, 6 374
[4]陈勇,应文魁,王锡宇,等.经皮椎体成型术治疗老年骨质疏松性压缩性骨折[J].中国医学创新,2013,10(4):130

(收稿日期: 2013-12-25)

中西医结合综合治疗输尿管结石疗效观察

刘德运 陈霞霞 柳泽坤 李国达
(甘肃省庄浪县人民医院 庄浪 744699)

摘要:目的:评价中西医结合综合疗法在治疗输尿管结石患者中的临床疗效。方法:采用随机对照临床观察的研究方法,对 126 例输尿管结石患者分组进行了为期 1 周、4 周的临床观察,所有患者均接受 ESWL、饮水疗法等治疗;治疗组除采用上述疗法外,还服用自拟的利尿通淋排石汤,每日 1 剂。结果:术后 1 周及 4 周均进行影像学检查。治疗组术后 1 周、4 周结石清除率分别为 80.0%(52/65)、90.8%(59/65),显著高于对照组 55.7%(34/61)、63.9%(39/61);且在结石排出时间、肾绞痛发生率、镇痛药物使用率、复震率(体外冲击波重复治疗率)和抗生素的使用率上均显著低于对照组($P<0.05$)。两组患者均未观察到明显的药物副作用($P>0.05$)。结论:中西医结合综合治疗可明显促进输尿管结石排出,缓解肾绞痛的发生,同时可减少镇痛药物和抗生素的使用,可以作为输尿管结石常规治疗中的一部分,从而获得满意的临床疗效。

关键词:输尿管结石;中西医结合疗法;综合治疗
中图分类号:R693.4 **文献标识码:**B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.014

泌尿系结石是泌尿外科常见病之一,在泌尿外科住院患者中占据首位。据报道输尿管结石占泌尿系结石的 33%~54%。而且输尿管结石易导致急性上尿路梗阻,梗阻可以导致感染和结石形成,所以如何选择安全有效的治疗手段成为泌尿外科临床医师考虑的重点。中西医结合疗法是我国的医疗特色,尤其在尿石症的诊治中应用广泛,且疗效确切。我院于 2010 年 10 月以来,采用中西医结合综合治疗输尿管结石疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 126 例,男 67 例,女 59 例,年龄 18~67 岁;结石直径 0.5~15 mm;结石单发 114 例,多发 12 例;结石位于右侧输尿管 61 例,左侧 65 例;合并患侧肾积水 126 例,泌尿系感染 31 例。全部患者接受泌尿系彩超、KUB 和静脉肾盂造影(IVU)检查,行非增强螺旋 CT 平扫 52 例,必要时行逆行肾盂造影检查;彩超提示肾盂分离 16~40

mm,造影或 CT 平扫提示输尿管阴性结石 13 例。126 例按照就诊先后顺序按随机数字表分为两组,其中治疗组(中西医结合)65 例,对照组(未给予中药)61 例。两组一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 (1)肾绞痛的处理:根据疼痛的程度选用双氯芬酸钠缓释片 0.1 g,口服,1~2 次/d,剧烈疼痛者可给予盐酸吗啡 10 mg 或盐酸哌替啶 50 mg 肌注,同时配合阿托品 0.5 mg 或 654-2 10 mg,肌注。(2)常规给予黄体酮 20 mg,肌注,1 次/d,如为输尿管下段结石,夜间口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊 0.2 mg,1 次/d。(3)抗感染治疗:根据血尿常规、肝肾功能、细菌培养结果,选用敏感药物控制感染。(4)饮水疗法:通过大量饮水,2 000~3 000 mL/d,增加尿量,冲刷尿路,促进结石排出。(5)ESWL:体外碎石机为 MJ-ESWL-200A 型(广东满江美健医疗器

械有限公司)。术中患者取平卧位（输尿管近段结石）或俯卧位（输尿管远段结石），X 线或 B 超双定位，治疗电压 10~15 kV（平均 12 kV），冲击 1 200~2 500 次（平均 1 800 次）。结石定位于双向 X 线中心射束的交叉点即监视器的十字标线上，有效地把冲击吸引入患者体内击碎结石。输尿管阴性结石 B 超定位。

1.2.2 治疗组 在对照组的基础上根据辨证给予自拟的通淋利尿排石汤。组方：茯苓 30 g，猪苓 30 g，泽泻 20 g，金钱草 30 g，海金沙 30 g，白茅根 30 g，车前子 10 g，厚朴 10 g，赤芍 30 g，当归 20 g，醋柴胡 20 g，炒枳壳 30 g，莱菔子 10 g。每日 1 剂。全部病例均于术后 1 周及 4 周复查 KUB 或 B 超了解结石清除情况。全部患者收集尿液，肉眼观察结石排出情况，每天询问病情变化，随访至结石排出为止。1 周观察结束后复查 B 超或 KUB，对结石仍未排出者采取再次 ESWL。治疗期间如出现难以控制的疼痛或肾积水明显加重，停止药物治疗，而采用外科干预，此后不纳入本试验。

1.3 疗效评价 根据术后 1 周及 4 周结石清除率、结石排出时间、肾绞痛发作次数和程度、镇痛药物（吗啡或哌替啶）使用次数和剂量、抗生素的使用剂量和天数、药物的不良反应发生率等情况进行评价。

1.4 统计学分析 采用 SPSS11.5 统计软件包进行统计分析，选择性采用 χ^2 检验和 t 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后 1 周及 4 周影像学检查：治疗组术后 1 周、4 周结石清除率分别为 80.0% (52/65)、90.8% (59/65)，显著高于对照组 55.7% (34/61)、63.9% (39/61)；且结石排出时间、肾绞痛发生率、镇痛药物使用率、复震率和抗生素的使用率也均显著低于对照组 ($P<0.05$)。两组患者均未观察到明显的药物副作用 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组病例治疗效果比较 ($\bar{X}\pm S$) 例(%)

指标	对照组(n=61)	治疗组(n=65)	P 值
术后 1 周结石清除	34 (55.7)	52 (80.0)	<0.05
术后 4 周结石清除	39 (63.9)	59 (90.8)	<0.05
排石时间(d)	11.5 $\pm$ 2.8	6.3 $\pm$ 2.5	<0.05
肾绞痛发生	47 (77.05)	32 (49.23)	<0.05
镇痛药物使用	45 (73.77)	30 (46.15)	<0.05
复震	23 (37.7)	9 (13.8)	<0.05
抗生素使用	49 (80.33)	28 (43.08)	<0.05
副作用发生	0	0	>0.05

3 讨论

目前治疗输尿管结石的方法有 ESWL、输尿管肾镜碎石术、腹腔镜及开放手术、溶石治疗和药物治疗。绝大部分输尿管结石通过 ESWL 和输尿管肾镜碎石术 (URL) 治疗均可取得满意的疗效^[1]。但 URL 技术难度大，成本投入多，难以在基层医院开展。ESWL 与其比较具有非侵入性、损伤小、易操作、无严重并发症、治疗费用低、手术方便、可在门诊进

行等特点，是当前治疗输尿管结石应用最广泛的方法之一。但 ESWL 治疗后排石时间较长，且常出现肾绞痛、部分患者需多次反复治疗，本组研究 ESWL 术后 1 周结石清除率 55.7%。虽然 ESWL 为非侵入性，但并不是完全无创，研究表明 ESWL 可以导致大部分接受治疗的肾脏发生形态和功能的改变，并可导致输尿管水肿以及输尿管周围纤维化^[2]。所以我们的治疗经验是：ESWL 定位要精确，不确定结石不碎石，电压不超过 15 KV，冲击次数不超过 2 500 次，两次碎石间隔时间绝对大于 7 d。

虽然输尿管结石的治疗方法较多，但没有一种方法可以保证达到结石完全清除的目的。因结石的排出过程受以下因素影响：(1) 结石大小、成分；(2) 输尿管的生理狭窄；(3) 输尿管蠕动；(4) 感染、水肿；(5) 结石所在部位输尿管平滑肌痉挛等。在这些因素中，结石的成分和输尿管的解剖是不可改变的，而上尿路感染、平滑肌痉挛、结石刺激和 ESWL 后局部黏膜水肿等因素认为是可以改变的^[3]。而且结石的排出过程最主要的两个条件在于提高输尿管结石上方的静水压和降低结石所在部位的阻力。基于这一认识，我们采用中西医结合综合治疗输尿管结石。输尿管结石属中医“石淋”范畴，多由嗜食肥甘厚味，湿热下注；或情志不畅，郁而化火，火热郁结，煎熬水液，炼津成石，郁阻尿路，导致气滞血瘀，不通则痛。如《诸病源候论·石淋候》“石淋者，淋而出石也。肾主水，水结则化为石，故肾客沙石。肾虚为热所乘，热则成淋。其病之状，小便则茎里痛，尿不能卒出，痛引少腹，膀胱里急，沙石从小便道出。甚则塞痛，令闷绝。”自拟方中茯苓、猪苓、泽泻、车前子健脾利湿，金钱草、海金沙、白茅根清热利水通淋，柴胡、赤芍、枳壳、莱菔子、厚朴疏理气机，赤芍配当归活血止痛。全方共奏清热利水通淋、理气活血止痛之功。

本研究表明，中西医结合综合疗法可有效提高输尿管结石的清除率，其原因是所选用的中药具有利尿通淋、清热泻火、抗菌消炎的作用，进一步缓解了结石所在部位输尿管水肿，可能同时解除了输尿管痉挛的发作，从而减轻了结石所在部位的输尿管阻力。而且从 ESWL 术后肾绞痛发作率和镇痛药物使用率上体现了明显的优势，尤其在减少抗生素的使用率方面体现出显著疗效，避免了长期使用抗生素致耐药性的发生。我们认为，中西医结合综合疗法可作为输尿管结石常规治疗中的一部分，从而获得更满意的临床疗效。

参考文献

[1]那彦群.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2007.169-172
[2]周高峰,刘继红,章传华,等.复杂性输尿管上段结石的微创治疗方法比较[J].临床泌尿外科杂志,2008,23(2):88-89
[3]Propiglia F, Destefanis P, Fiori C. Role of adjuvant medical therapy nifedipine and delfazacort after shock wave lithotripsy of ureteral stones[J]. Urology, 2002, 59(6): 835-838

(收稿日期: 2013-10-09)