

微创经皮肾造瘘取石术 46 例

阮贤球(广西壮族自治区武鸣县人民医院外科 530100)

【摘要】 目的 为探讨微创经皮肾造瘘取石术的临床疗效。**方法** 对 46 例肾输尿管上段结石患者采用微创经皮肾造瘘取石术治疗的结果进行总结分析。**结果** 其中肾结石 38 例,输尿管上段结石 8 例,结石取净率 85.7% (39/46),平均住院时间 9 d,无术中、术后并发大出血,无死亡病例。**结论** 微创经皮肾造瘘取石术具有安全、创伤小、出血少、恢复快等优点,值得基层医院推广。

【关键词】 肾结石; 输尿管上段结石; 微创经皮肾造瘘取石术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.035

中图分类号:R692.4

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)24-2751-01

微创经皮肾造瘘取石术,由于其安全性高、无切口、疗效好、恢复快,深受患者的欢迎。自 2006 年 5 月至 2009 年 5 月,本院使用微创经皮肾造瘘取石术治疗肾及输尿管上段结石 46 例,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 46 例,年龄 21~65 岁。男 28 例,女 18 例。肾结石 38 例,输尿管上段结石 8 例。肾单发结石 4 例,多发或铸型结石 34 例,结石直径 2.5~5.6 cm。输尿管上段结石 8 例。肾盂积脓 5 例。肾功能不全 3 例。所有病例均有不同程度的肾盂积水。

1.2 手术方法 硬膜外麻醉后,患侧输尿管逆行插管并留置。患者改俯卧位,术野消毒铺巾。选择 11 肋间或肋下腋后线至肩胛线之间的区域作为穿刺点,B 超定位下用 18 号专用肾穿刺针向所需肾盏穿刺,同时助手由留置的输尿管导管不间断注入生理盐水。B 超显示出穿刺路径与深度,到达穿刺深度后拔出穿刺针芯,有尿液或液体溢出为穿刺成功。置入斑马导丝,穿刺针进针处用尖刀切开皮肤 0.5 cm。用手固定斑马导丝,退出穿刺针。用筋膜扩张器从 8 F 依次扩张到 14~16 F,置入外鞘,退出扩张器,插入输尿管肾镜,直视下调整外鞘位置,进入肾盏或肾盂,退出斑马导丝。观察结石形态、数量及位置。高压灌注泵持续盐水灌注,保持视野清楚,直视下用弹道碎石将结石击碎,冲洗引出碎石片。稍大结石可用专用取石钳取出。取清结石后,在斑马导丝引导下插入 F6 双 J 管,同时退出输尿管导管。经外鞘置入 F14 肾造瘘管,取出外鞘后固定肾造瘘管。肾造瘘管常规留置 5~7 d,输尿管双 J 管为 4 周。如为肾盂积脓,则留置肾造瘘管,抗菌治疗 1 周后二期取石。如结石较大较多,或患者一般情况较差,手术时间过长,可分次取石(3 d 或 1 周后再次取石)。

2 结果

本组 46 例,一期取石 36 例;5 例脓肾作二期取石;3 例多发性结石,因结石较大,取石时间大于 4 h 仍未取完结石,改分次取石成功;2 例因术中出血较多,视野不清,置肾造瘘管压迫止血,二期取石成功;输尿管上段结石 8 例,均一期取石成功。本组患者术中、术后无大出血发生。术后随访,经 X 线和 B 超复诊,结石取净率为 85.7%。

3 讨论

微创经皮肾造瘘取石术已在临床上广泛应用^[1],渐代替了

开放性手术。本组 46 例患者接受微创经皮肾造瘘取石术治疗,取得满意疗效。通过临床总结,针对以下几个问题进行讨论。

3.1 穿刺通道的选择 微创经皮肾造瘘穿刺通道的选择,是手术成功的关键。选择穿刺的肾盏应选择在肾脏后外侧经中盏或下盏远离肾门的无血管区^[2],能最大限度地观察多个肾盏和尽可能取出其他肾盏内的结石,并避免观察角度过大引起肾实质、肾盏颈裂伤引起术中、术后出血不止,影响手术效果。术前了解 X 线等相关检查结果,有助于穿刺通道的选择。通常选择第十一肋间或十二肋下作穿刺点,穿刺肾中盏窝隆部,避免穿刺肾乳头导致出血不止,以确保操作空间够大,并且视野清楚,便于碎石和取石。本组患者多选择后组中盏进入,能兼顾多个肾盏结石的取出,提高了取石成功率。

3.2 定位方式的选择 成功建立工作通道有利于较好的定位。目前国内多采用 C 臂 X 射线机和 B 超两种定位方式,各有其优点^[3]。采用 B 超定位方式,避免了 X 线辐射对医务人员及患者的损伤,且操作方便。B 超可提供即时的三维立体信息,可提供肾脏的毗邻关系,肾实质厚度,肾脏的内部结构,结石与局部肾盏的关系。同时 B 超可显示出穿刺路径的结构及距离,可避免损伤肠道及重要血管等重要结构。B 超探头可随意调整,选择皮肤至肾脏最短距离,肾实质最薄的肾盏穿刺,其穿刺成功的可能性更大。超声定位能避开肾内较大的血管及盏间结构,从而有效降低了出血并发症的发生^[4]。选择用 B 超定位,都能较快地成功穿刺,无重要器官损伤及术中、术后大出血现象。

3.3 碎石和取石 术中找到结石后,用气压弹道将结石击碎,再用高压水冲洗或取石钳取出结石。可先取远离肾盂口的结石,使肾盂内易形成高压注水,使碎石块更易冲出。同时经输尿管导管注水形成高压水流冲出结石碎块。如果肾内出血较严重时,应及时沿斑马导丝向肾经皮肾通道插入 F16 筋膜扩张器,产生压迫止血,待止血后再夹除血块,继续手术^[5]。如仍不能止血,视野始终不清,没有把握或经验不足,最好停止手术^[2]。可安置肾造瘘管夹闭止血,结石可二期取石。如为肾内严重感染,特别是肾内有脓液时,应避免一期取石,以免引起大出血和全身感染、败血症等^[2]。应先行引流及抗菌治疗一周后再行二期取石。结石过大或鹿角形结石,手术时间过长,一次不能完全取石者,可分期取石^[6]或多通道取石^[7]。(下转第 2772 页)