

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0181-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.086

# 输尿管镜在治疗急性上尿路梗阻性肾功能衰竭中的临床价值

石双胜 刘新锋 叶梦儿 罗万里

(东莞市塘厦医院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 目的: 探讨应用输尿管镜在治疗急性上尿路梗阻性肾功能衰竭中的临床价值。方法: 选取东莞市塘厦医院 2016 年 3 月至 2018 年 3 月期间收治的 50 例急性上尿路梗阻性肾功能衰竭患者为研究对象, 所有患者均行输尿管镜治疗, 观察所有患者的治疗效果。结果: 所有患者均顺利完成手术, 无 1 例死亡或因输尿管穿孔转为开放性手术。随访 6 个月, 患者的肾功能恢复至正常水平, 术后血清尿素氮 (BUN)、血肌酐 (SCr) 分别为  $(4.03 \pm 0.58) \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 、 $(88.25 \pm 10.41) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ , 明显低于术前的  $(12.03 \pm 5.16) \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 、 $(170.13 \pm 10.32) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ , 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 有 2 例 (4.00%) 患者出现术后并发症, 分别为术后高热和反复血尿, 经过对症处理均得到改善。结论: 输尿管镜治疗急性上尿路梗阻性肾功能衰竭的临床价值较高, 能明显改善患者的肾功能, 且术后并发症少, 安全性高。

〔关键词〕 急性上尿路梗阻; 肾功能衰竭; 输尿管镜

〔中图分类号〕 R 693<sup>+</sup>.4 〔文献标识码〕 B

急性上尿路梗阻性肾功能衰竭是一种常见的泌尿外科急症, 引起患者上尿路梗阻的原因主要为输尿管结石。临床以腰痛、乏力、少尿或无尿、恶性呕吐等主要症状, 患者可能产生代谢酸中毒、高钾血症、氮质血症等<sup>[1]</sup>。治疗此病的原则为快速帮助患者解决尿路梗阻, 尿液引流, 保护肾功能<sup>[2]</sup>。开放性手术、透析治疗等方法会对患者产生不可逆的大创伤, 有可能加重肾功能损害, 手术效果不佳。输尿管镜手术为微创手术, 具有创伤小、手术成功率高等优点, 本研究给予 50 例急性上尿路梗阻性肾功能衰竭输尿管镜手术治疗, 发现效果良好, 详情报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究对象为本院 2016 年 3 月至 2018 年 3 月期间收治的 50 例急性上尿路梗阻性肾功能衰竭患者, 其中, 男性患者 30 例, 女性患者 20 例; 年龄 25 ~ 72 岁, 平均  $(50.13 \pm 5.21)$  岁; 病程 1 ~ 8 年, 平均  $(3.03 \pm 1.25)$  d; 双侧输尿管结石 14 例, 一侧输尿管结石 16 例, 一侧肾结石并一侧输尿管结石 8 例, 功能性孤立肾输尿管结石 7 例, 晚期肿瘤侵犯双侧输尿管 5 例; B 超显示结石大小  $0.5 \text{ cm} \times 0.7 \text{ cm} \times 1.1 \text{ cm} \sim 0.8 \text{ cm} \times 1.1 \text{ cm} \times 4.4 \text{ cm}$ ; 患者入院时无尿 12 例, 无尿时间 1 ~ 3 d, 平均  $(1.64 \pm 0.41)$  d; 少尿 22 例, 少尿时间 1 ~ 6 d, 平均  $(3.12 \pm 1.25)$  d。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 所有患者符合《肾损伤诊断治

疗指南》<sup>[3]</sup> 中急性上尿路梗阻性肾功能衰竭相关诊断标准, 且已经过 B 超、CT、输尿管造影等检查确诊; (2) 手术、麻醉耐受患者; (3) 患者均伴有不同程度的贫血、全身水肿、腰痛等症状; (4) 患者的年龄大于 18 周岁; (5) 患者及家属均同意参与研究, 配合度高; (6) 患者的临床资料齐全, 可进行随访; (7) 患者的认知、语言、感官等功能正常; (8) 首次接受手术患者。

1.2.2 排除标准 (1) 药物过敏患者; (2) 恶性肿瘤患者; (3) 精神疾病或意识障碍患者; (4) 其他原因导致的肾功能衰竭患者; (5) 血液、泌尿、免疫、循环等系统有严重疾病患者; (6) 心脑肝等器官有严重疾病; (7) 患者的生存期限低于 1 年; (8) 凝血功能障碍患者。

### 1.3 手术方法

所有患者均行输尿管镜手术治疗, 步骤: 患者入院完善急泌尿系 B 超、CT、血常规、尿常规、凝血功能、心电图、肾功能等检查。仪器为德国 storz 11278A1 纤维输尿管肾镜、Dornier 钬激光碎石机。所有患者取截石位, 常规消毒铺巾, 均行腰硬联合麻醉。将输尿管镜与灌注泵、电视摄像系统相连接, 将输尿管镜在直视下经尿道置入膀胱, 辨清输尿管的开口, 经 F4 输尿管导管的引导在患者患侧的输尿管内插入输尿管镜, 发现结石后使用钬激光碎石, 结石粉碎程度为 2 mm 以下, 可以使用钳夹将较大的碎块取出。同法处理另一侧病变。若是结石有炎性息肉组织包裹, 先将息肉使用钬激光或钳夹切除, 结石暴露后再予碎石。留置双 J 管, 结石碎块会自行排出。晚期肿瘤侵犯压迫输尿管, 使得输尿管

〔收稿日期〕 2020 - 08 - 03

〔作者简介〕 石双胜, 男, 主治医师, 主要从事外科工作。

管狭窄引起梗阻患者，使用斑马导丝小心通过狭窄、扭曲处，再于直视下置入输尿管镜，将导丝放置进肾盂，经导丝的引导置入内支架管。术后根据患者的病情留置支架管月0.5~3个月。若是患者输尿管内有血块阻塞，先清除血块，后留置支架管。术后监测患者的生命体征，给予患者抗炎、补液、纠正电解质紊乱治疗。

#### 1.4 观察指标及效果评价

于术前及术后6个月检测患者的肾功能指标，包括肌酐（serum creatinine, SCr）和尿素氮（blood urea nitrogen, BUN），术前指标改善程度越高，表示手术越成功。Scr正常值：44~133 μmol·L<sup>-1</sup>；BUN正常值：3.2~6.0 mmol·L<sup>-1</sup>。统计患者术后6个月并发症发生率，概率越低表示手术方法越安全。

#### 1.5 统计学处理

采用SPSS 20.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者术前术后 Scr、BUN 水平变化

术前，患者的Scr水平为（170.13 ± 10.32）μmol·L<sup>-1</sup>，术后为（88.25 ± 10.41）μmol·L<sup>-1</sup>，手术前后相比，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。术前患者的BUN水平为（12.03 ± 5.16）mmol·L<sup>-1</sup>，术后为（4.03 ± 0.58）mmol·L<sup>-1</sup>，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

### 2.2 患者并发症统计

50例患者中，有2例（4.00%）出现并发症，分别为术后高热和反复血尿，给予对症处理后患者均得到改善。

## 3 讨论

急性上尿路梗阻性肾功能衰竭病情急、症状复杂，此病会导致患者的肾小球过滤率快速下降，紊乱机体内环境，往往会伴有多系统损害<sup>[5]</sup>。梗阻是此病的主要矛盾，若是尿路梗阻不解除，会进一步加重肾功能损害，其他的治疗方法也难以起到良好的效果。因此，明确患者上尿路梗阻的病因、确定病变的位置是解除上尿路梗阻的关键点。急性梗阻使得患者无尿或少尿，需要在最短的时间内进行手术，尿路梗阻的时间越长，患者肾功能损害的程度越重。有研究表明<sup>[6]</sup>，若是患者急性上尿路梗阻的时间低于36h，通过手术后，患者肾功能完全恢复至正常的概率较高；若是患者上尿路梗阻的时间超过2周，患者术后恢复的程度约为50%；若是患者尿路梗阻时间超过6周，即便患者采取了手术治疗，肾功能基本无法恢复，需要进行肾移植手术或者终身接受透析治疗。所以，挽救患者肾功能的关键在于尽早解除上尿路梗阻。

治疗急性上尿路梗阻性肾功能衰竭的方法多样，如开放性手术等，其术式手术时间长，危险性高，对患者产生的创

伤不可逆，术后易出现感染、血尿等并发症，且患者的术后恢复时间慢，甚至患者不能耐受手术，因此手术应用效果不能达到理想的状态。随着医学理念、医学技术的不断发展，患者的生理舒适度成为治疗的重要关注点之一，手术治疗既要保证临床效果，又要减小患者受到的创伤，以促进患者的预后。输尿管镜取石术是微创手术，多使用软性输尿管镜，其由特殊的材质制作，质地柔软、纤细，可弯曲，其能完全经过人体的自然腔道，是真正意义上的“微创”<sup>[7]</sup>。患者术后尿量会明显增加，能快速改善肾功能，有效改善水肿等症状。对于较大的结石，尤其是对于输尿管上段位置的结石，通过适当的碎石，然后将随之退回至肾盂，放置双J引流管后结束手术，等待患者的肾功能恢复至一定程度，全身症状得到明显改善后进行体外冲击波碎石，能减少对于患者机体的干扰，尿路疏通后能使患者Scr、BUN等肾功能指标得到有效的改善。因此，在本研究中，经过随访，50例患者术后的Scr、BUN指标较术前有明显的下降，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），这与孙延荣等人<sup>[8]</sup>的研究结果相近。除此之外，输尿管镜手术还具有以下优点：（1）此术式只对结石起作用，不会对周围的组织产生热效应，因此在碎石的过程中，周围组织不会遭受任何的损失，也不会出现穿孔、出血危险和传统手术带来的并发症。在本研究中，仅有2例患者出现并发症，症状较为轻微，经过处理后已得到恢复。

（2）输尿管镜是一种经尿道插入膀胱的高度精密仪器，可以使用碎石机或钳夹击碎结石并取出，使患者避免了开刀的痛苦，术后不会有疤痕出现。（3）此术式较为简单，只需要30~50min，患者术后恢复快，住院时间短，一般在术后1~2d即可出院，不会影响患者的日常生活，能降低其住院费用。（4）此术式相对于传统的开放手术更高效，能通过电视清晰观察病变，确定结石的位置、大小、形状，能彻底取石，可以大大降低患者输尿管结石的发生率<sup>[9]</sup>。

综上所述，给予急性上尿路梗阻性肾功能衰竭患者输尿管镜手术，能改善患者无尿或少尿等症状，改善肾功能指标，促进患者尽快康复，且安全性较高，患者并发症少，预后效果佳。

## 〔参考文献〕

- 梁建，凌晨. 肾衰梗阻时的急诊处理（J）. 世界最新医学信息文摘，2016，16(42): 48.
- 李科苑. 输尿管镜钬激光碎石术治疗输尿管结石并发急性梗阻性肾功能衰竭患者的护理（J）. 护理实践与研究，2017，14(9): 67-68.
- 中国医刊编辑部. 肾损伤诊断治疗指南（J）. 中国医刊，2010，45(2): 94-95.
- 王红宇，汪飞，程蔚蔚，等. 肾内科急性肾后性肾功能衰竭的临床观察分析（J）. 临床医学研究与实践，2016，1(22): 94，96.
- 谢清灵，李逊，何永忠. 输尿管逆行置管联合枸橼酸氢钾钠治疗上尿路阴性结石所致急性肾功能衰竭的疗效观察

- (J). 海南医学, 2017, 28(8): 1253-1255.
- (6) 杨其顺, 张琳, 姜伟. 输尿管镜治疗急性上尿路梗阻性肾功能衰竭临床研究 (J). 临床军医杂志, 2016, 44(12): 1259-1260, 1264.
- (7) 李建华. 双侧上尿路结石梗阻并发急性肾功能衰竭的诊断与治疗研究 (J). 安徽卫生职业技术学院学报, 2016, 15(3): 53-54.
- (8) 孙延荣, 周逢海, 王剑锋, 等. 输尿管硬镜结合纤维输尿管软镜在治疗急性梗阻性肾衰竭中的临床应用 (J). 西北国防医学杂志, 2017, 38(3): 166-169.
- (9) 邓月云, 李秀宁. 输尿管镜在急性梗阻性肾功能衰竭中的效果分析 (J). 中国当代医药, 2017, 24(7): 88-90.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0183-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.087

## 抗病毒、干扰素药物联合治疗乙型肝炎 HBeAg 阳性疗效

王震

(濮阳市人民医院, 河南 濮阳 457000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨抗病毒、干扰素药物联合方案在乙型肝炎 e 抗原 (HBeAg) 阳性患者中的治疗效果。**方法:** 选取濮阳市人民医院 2017 年 8 月至 2019 年 6 月期间收治的 80 例 e 抗原阳性慢性乙型肝炎患者, 按照 1:1 比例随机分组, 40 例患者纳入观察组, 给予抗病毒、干扰素药物联合方案, 对照组 40 例患者则单纯给予抗病毒治疗, 比较两组患者临床治疗效果。**结果:** 观察组治疗后免疫球蛋白 (Ig) G、IgA、IgM 水平均明显低于对照组; 乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸 (HBV-DNA)、HBeAg 水平均优于对照组; 肝功能指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)] 水平优于对照组, 组间比较, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者用药期间不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 抗病毒、干扰素药物联合方案临床治疗效果明显, 可提高乙型肝炎 HBeAg 阳性患者疗效, 改善免疫及乙型肝炎表面抗原水平及多种指标, 促进患者预后。

〔关键词〕 乙型肝炎 e 抗原阳性; 乙型肝炎; 抗病毒; 干扰素

〔中图分类号〕 R 512.6<sup>+</sup>2 〔文献标识码〕 B

乙型肝炎是比较常见的肝病, 发病率高, 具有传染性, 对患者身心健康有明显影响。随着医学诊疗技术的不断进步, 目前乙型肝炎临床治疗效果确切, 且患者用药方便。但是, 很多患者治疗疗程尚未完全确定, 很难停药, 患者治疗期间容易产生耐药性, 对总体治疗情况造成一定影响<sup>[1]</sup>。临床多采用抗病毒、干扰素药物联合治疗方案, 可取得良好的治疗效果。本研究对联合用药治疗乙型肝炎 e 抗原 (hepatitis B e antigen, HBeAg) 阳性患者的临床疗效进行分析, 选取 2017 年 8 月至 2019 年 6 月本院收治的 80 例患者加以探讨, 报道内容如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2017 年 8 月至 2019 年 6 月期间收治的 80 例患者乙型肝炎 HBeAg 阳性患者, 病情明确, 且患者治疗期间意识清晰, 无交流障碍。观察组 40 例患者, 男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 20~76 岁, 平均年龄 (55.21 ± 4.45) 岁。

对照组 40 例患者, 男性 23 例, 女性 17 例, 年龄 20~78 岁, 平均年龄 (55.24 ± 4.25) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 治疗依从性高; (2) 满足诊断和治疗标准; (3) 能够与医护人员正常交流; (4) 成年人; (5) 心肺功能正常<sup>[2]</sup>。根据 1:1 比例随机分组,

1.1.2 排除标准 (1) 中断本院治疗; (2) 合并内外科严重疾病; (3) 合并严重感染症状; (4) 药物过敏或治疗不耐受情况; (5) 肝硬化失代偿期; (6) 其他原因引起的肝病或肝损伤; (7) 合并甲状腺功能紊乱<sup>[3]</sup>。

#### 1.2 治疗方法

两组患者均常规药护肝降酶类药物, 口服益肝灵滴丸 (朗天药业湖北有限公司, 国药准字 Z20123080), 每次 900 mg, 每日 1 次。与此同时, 口服联苯双酯滴丸 (万邦德制药集团股份有限公司, 国药准字 H33021305), 每次 12 mg, 每日 1 次。在上述治疗基础上, 给予患者抗病毒治疗, 选用恩替卡韦片 (中美上海施贵宝制药公司, 国药准字

〔收稿日期〕 2020-07-18

〔作者简介〕 王震, 男, 主治医师, 主要研究方向是肝病、传染病。