

微创经皮肾穿刺造瘘术的临床应用价值

李信众, 梁建波, 玉海, 刘刚, 韦华玉, 蓝志相

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院泌尿外科

作者简介: 李信众(1966-), 男, 副主任医师, 研究方向: 泌尿外科结石及肿瘤。

[摘要] 目的 探讨微创经皮肾穿刺造瘘术在上尿路梗阻性疾病(UUPO)诊断和治疗中的应用价值。方法 回顾分析 182 例上尿路梗阻患者的临床资料, 全部患者均在 B 超引导下采用 F7 深静脉穿刺导管施行经皮肾穿刺造瘘术。结果 182 例共 232 侧肾脏均一次穿刺成功, 无严重并发症发生。218 侧肾脏术后引流通畅; 6 例导管脱落重新置管成功。56 例尿毒症患者引流后肾功能改善; 80% (58/72) 重度肾积水患者引流后成功保肾。结论 微创经皮肾穿刺造瘘术操作简单、创伤较小、成功率高, 在上尿路梗阻性疾病诊断和治疗中具有重要的临床应用价值。

[关键词] 上尿路梗阻; 肾造瘘术

[中图分类号] R 691.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2008)01-0077-02

Clinical value of minimally invasive percutaneous nephrostomy LI Xin-zhong, LIANG Jian-bo, YU Hai, et al. Department of Urology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical value of minimally invasive percutaneous nephrostomy (MPCN) in patients with upper urinary tract obstruction(UUTO). **Methods** The clinical data of 182 cases of UUTO were retrospectively analyzed, F7 nephrostomy catheter were placed under B ultrasound guidance in all these cases. **Results** MPCN was successively performed in 182 cases (232 kidneys) at the first attempt and no severe complications occurred. 218 kidneys were relieved of obstruction; Catheter replacement was performed in 6 cases due to catheter fall off; renal function improved in 56 cases of uraemia. 80% (58/72) of suffered kidneys were preserved in serious hydronephrosis cases. **Conclusion** Ultrasound-guided MPCN is a simple, safe and effective procedure for patients with UUTO.

[Key words] Upper urinary tract obstruction; Percutaneous nephrostomy

上尿路梗阻性疾病(UUTO)是泌尿外科常见疾病, 常见病因为先天性肾盂输尿管连接部梗阻、术后疤痕狭窄、上尿路结石、肿瘤等, 常常并发感染、尿毒症, 需要及时进行病因诊断并解除梗阻, 婴幼儿、高龄及危重患者的处理特别棘手。2005-05~2008-05 我们采用微创经皮肾穿刺造瘘术诊治 UUTO 患者 182 例, 效果良好, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共 182 例, 其中男 112 例, 女 70 例, 年龄 18 个月~92 岁, 共 232 侧肾脏。重度肾积水 72 侧, 合并肾功能不全 56 例, 脓肾 22 例。合并心功能不全 12 例, 幼儿 3 例, 中晚期妊娠 2 例。

1.2 治疗方法 通常采用俯卧位, 患者腹部垫一小枕以减少患侧肾脏随呼吸运动的幅度。穿刺区域选在第 12 肋下、11 肋间隙或 10 肋间隙与腋后线到肩胛旁线之间的区域。全部患者采用局部麻醉。B 超定位, 测定皮肤至目标肾盏的距离, 将 18G 穿刺针经引导器穿入目标肾盏, 拔出针芯见有

尿液流出, 证实穿刺到位。置入导丝, 待导丝到达目标肾盏并见目标端稍呈盘状后, 撤除导向器及超声探头, 固定导丝, 退出穿刺针, 扩张至 F7, 然后置入 F7 深静脉导管, 缝合固定。如果术中发现尿液浓稠, 引流不畅, 则用筋膜扩张器由 F6、7 起依次扩张至 F16, 置入 Peel-away 鞘, 留置 F14 硅胶肾造瘘管。术后常规取尿液标本进行致病菌培养 + 药敏试验; 计量 24 小时引流量, 重度肾积水患者复查肾脏 B 超, 重新测量肾实质厚度, 部分患者复查 IVP, 评估患肾功能。根据需要进行逆行造影、细胞学检查等病因诊断, 最后采取相应的办法进行治疗。

2 结果

232 侧肾脏均一次穿刺成功, 218 侧肾脏术后引流通畅, 6 例导管脱落重新置管, 36% (8/22) 脓肾引流不畅, 采用经皮肾镜通道建立技术, 将通道扩张至 F18, 放置 F14~F16 造瘘管。56 例尿毒症患者引流 10~14 d 后, 肌酐降至 400 $\mu\text{g/L}$ 以下, 全身状况好转, 根据情况进行病因治疗; 细胞学检查发

现尿路上皮癌 2 例;72 例重度肾积水患者中,58 例术后患肾 24 小时引流尿液 >200 ml,B 超提示肾实质厚度增加,部分患者行 IVP 检查,可见患肾显影,成功实施保肾手术,其余 14 例行患肾切除术;89.56% (163/182) 患者通过造瘘管造影或联合逆行插管造影,明确梗阻部位及长度。2 例孕妇持续引流至产后手术取石解除梗阻;22 例脓肾患者引流 2 周后顺利实施 PCNL,除 1 例肾功能损害加重外,其余病例治疗效果良好,无严重并发症发生。

3 讨论

UUTO 的主要病因是先天性肾盂输尿管连接部梗阻、结石梗阻、开放手术后疤痕狭窄、腹膜后纤维化及上尿路肿瘤等,表现为不同程度的患肾积水。双侧病变或单功能肾梗阻可导致肾功能衰竭,可并发感染甚至脓肾,严重者可出现败血症,是泌尿外科常见急症之一,需及时解除梗阻,有效控制感染,保护肾功能。传统方法是膀胱镜逆行插管,急诊开放肾造瘘或肾盂、输尿管切开取石,必要时血透后手术治疗,对患者打击较大,死亡率高^[1],不适于危重患者、孕妇及婴幼儿。微创经皮肾造瘘术由于通道较小,术中损伤血管的概率较小,方法较传统经皮肾造瘘术简单^[2,3]。经过几年的临床应用,我们体会到 B 超定位微创经皮肾穿刺造瘘术具有明显的优越性,采用临床广泛应用的 F7 深静脉穿刺套针,无需购置特殊导管;B 超定位准确,可实时观察进针情况;B 超定位还可以避免 X 线对胎儿的影响,适用于孕妇^[4];操作简单、容易掌握、创伤小,绝大多数患者可以在局麻下完成,危重患者甚至可以在床边实施;及时充分引流有利于控制感染,留取引流液进行细菌培养+药敏试验,可指导临床准确应用抗生素;通过统计每天造瘘管引流量,可以客观判断患肾功能;上

尿路梗阻后往往出现肾积水、肾实质变薄、肾盂压力增大,IVP 检查往往提示患肾无分泌功能,穿刺引流后肾实质回缩,肾盂压力下降,此时进行 IVP 检查可以更准确判断患肾的分泌功能,决定是否可以进行保肾手术。本组 72 例重度肾积水患者中,80.56% (58/72) 患者成功保留肾脏;经造瘘管顺行造影联合逆行插管造影,可以获得更满意的影像学资料,更清晰地显示上尿路梗阻部位、程度和性质;如造影显示可以充盈缺损,通过留取引流液进行尿细胞学检查可以协助诊断上尿路肿瘤;充分引流后患者尿毒症缓解,全身状况好转,为进一步治疗做好更充分的准备。本组 6 例术后出现导管脱落,主要原因是固定不善或放置深度不足,引流后积水减少,肾脏回缩而导致造瘘管逃逸;8 例脓肾患者因尿液浓稠引流不畅,经通道扩张并更换为 F16 造瘘管后引流效果好,无一例出现大出血等并发症。由此可见,B 超定位微创经皮肾穿刺造瘘术操作简单,容易掌握,对患者的损伤小,在上尿路梗阻的急诊处理、术前准备及病因诊断中具有较高的临床应用价值。

参考文献

- 1 蒋红光,黄循. 综合治疗肾后性急性肾衰 38 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志,2004,14(9):103-105.
- 2 梅 骅,陈凌武. 泌尿外科手术学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,2008:789.
- 3 李 逊,曾国华. 微创经皮肾穿刺造瘘术治疗上尿路疾病[J]. 中华泌尿外科杂志,2004,25(3):169.
- 4 林建寨,陈月英,黄 宏. 超声引导皮肾穿刺造瘘术临床价值探讨[J]. 中国医师杂志,2005,7(7):961.

[收稿日期 2008-10-11][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

巧用输液及时贴制作医疗废物标签

·小经验·

孙淑梅

作者单位:261021,山东潍坊市市立医院

按照医院感染管理办法及医疗废物管理条例,医疗废物需分类收集、包装,并粘贴标签。然而临床各医院尤其是基层医院很少能单独制作专用标签,实行起来有一定难度。我院从 2008-05 开始,巧用大输液箱内厂家附带的及时贴代替医疗废物标签,既方便实用,又节约成本。

使用方法:在大输液的及时贴上填写产生废物的科室、废物名称(感染性、病理性、药物性、损伤性等)。每袋医疗废物封口后,贴上标签,并进行分类后即可送废物暂存或处置处处理。实践证明效果很好。