

泌尿外科腹腔镜手术并发症的临床观察

郑淑婷

甘肃省庆阳市西峰区人民医院 甘肃 庆阳 745000

摘要:目的:探讨分析在泌尿外科腹腔镜手术当中产生术后并发症的原因,并提出有效的解决方案。方法:选择我院泌尿外科于2020年3月—2021年8月收治的进行了腹腔镜手术的患者44例,根据患者的具体病情对患者选择不同的腹腔镜手术路径,其中27例患者使用经腹腔手术入路,有17例患者选择经后腹膜腔手术入路。结果:在进行了腹腔镜手术治疗的44例患者当中,所有的患者手术均顺利完成,其中8例患者出现了术后并发症,并发症的发生率为18.2%。结论:在泌尿外科腹腔镜手术治疗当中,加强对解剖结构的了解和手术的系统操作,可以有效的避免并发症的产生。

关键词: 泌尿外科;腹腔镜;手术;并发症;分析;措施

引言

泌尿肿瘤与结石等都是现阶段泌尿外科中十分普遍的病症,临床中大多借助手术对其实施治疗。近几年,各项腹腔镜技术都得到了十分迅速地进步,使得后腹腔镜逐步在泌尿外科患者中得到了十分普遍的运用,这一手术对比常规的手术而言,伤害更少,失血总量也不多,且恢复十分迅速,最大限度地提升了患者治疗最后的质量与其效果。但是,后腹腔镜手术依旧会引发部分并发症,对患者平日的生活质量带来了一定程度的影响^[1]。文章纳入2020年3月—2021年8月我院收治的44例患者实施分组,现将实际情况报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选择我院泌尿外科于2020年3月—2021年8月收治的需要进行手术治疗的44例患者,其中包括男性患者37例,女性患者7例;患者的年龄在10~68岁,平均年龄在(42.5±8.5)岁^[2];进行肾囊肿摘除术的患者6例,肾上腺腺瘤摘除术的患者12例,根治性肾切除治疗的患者4例,精索静脉曲张结扎术的患者12例,肾蒂淋巴管结扎术的患者10例。根据患者的自我意愿以及病情的严重程度等综合考虑,均进行了腹腔镜手术治疗。

1.2 方法

所有纳入研究者均行使常规气管插管全麻,对照组给予患者传统开放式手术治疗;后腹腔镜组给予患者后腹腔镜手术治疗,主要步骤内容如下。患者取健侧90°侧卧位,行腹膜后入路,患侧腰部腋后线-12肋下取2 cm纵向切口(视为B点),逐层切开直达肌层,钝性分离腰背筋膜、肌层入腹膜后,内侧推腹膜^[3]。腹膜自制后扩张气

囊,气囊从切口插入直到腹膜后间隙,气囊注入气体600 mL,扩张后形成腹膜后腔,压迫5 min,放气,取气囊;食指入腹膜后腔,腋前线肋缘下行1 cm纵切口(视为C点),观察孔置入Trocar^[4]。腋中线的髂嵴上方行1 cm横向切口(视为A点),于此置入直径为10 mm的Trocar, B点进Trocar入腹膜后腔, A点解气腹机制造CO₂人工气腹,气压范围12-15 mmHg, A点腹腔镜与摄像系统连接,仔细观察、分辨腹膜边缘、腰大肌等生理解剖结构标志,根据病情进行对应手术操作,最后留置引流管,逐层缝合切口。

1.3 疗效评价标准

以手术顺利完成,没有中途停止或者转为开腹手术,且达到此次手术治疗的目的表明手术成功。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行统计学分析,计数资料以n(%)表示,行 χ^2 检验;P < 0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

所有的患者手术均顺利进行,在实施了腹腔镜手术的44例患者当中,出现了手术并发症的病例有8例,其中手术当中出现的病例有3例,术后发生并发症的患者有5例。手术当中出现的并发症主要是术中出血2例,组织损伤1例^[5];术后出现的并发症主要有术后皮下气肿3例,术后感染2例。经腹腔手术入路出现并发症的患者2例,术中以及术后均出现1例;经后腹膜腔作为手术入路出现并发症的患者6例,术中出血2例,术后发生4例,所有患者在经过积极的对症治疗之后,病情得到了有效的控制,均已经好转。具体数据分析见表1。

表1 不同手术路径出现并发症的例数

手术路径	例数	并发症			
		术中		术后	
		出血	组织损伤	皮下气肿	感染
后腹腔镜	17	1	1	2	2
腹腔路径	27	1	0	1	0

3 讨论

后腹腔镜手术在运用到对泌尿外科患者实施治疗后,疼痛感较少,且恢复十分迅速,加之这一手术具有微创性,在临床中得到了十分普遍的运用。但是,后腹腔镜手术会被操作人员自己的经验、患者自身的免疫力等诸多因素所影响,无法避免地会引发许多并发症,且现阶段,腹腔镜技术的各项运用得到了开拓,使得其并发症的总发生率也逐步升高。后腹腔镜手术得到实施会因为被腹膜后间隙各生理结构所影响,其操作总体的范围较小,且分布了许多脂肪、小血管,所以,应先开展人工扩张^[6];另外,各后间隙解剖标识物不够突出,给手术提升了许多困难程度,且各类风险也有所增多,如果稍有不注意,就会引发损伤或是其余并发症,所以,对于泌尿外科后腹腔镜手术而言,具有相应的局限性。尽管后腹腔镜手术会引发并发症,但是,其并发症的总发生率依旧低于传统的开腹手术,这就是与后腹腔镜手术对机体带来的伤害较小相关。不过,为了最大限度地提升患者平日的生活质量,促进其尽早得到恢复,全方位地防范各类极有可能产生的并发症也是十分有必要的。

腹膜后腹腔镜技术是一种治疗泌尿外科治疗的微创技术,对患者的伤害很小,不会对患者的腹部组织造成损害,大大减少了肠道内不良现象的出现。另外,应用此法手术患者,其伤口小、出血少,所以患者患并发症的可能也相应降低,恢复时间显著加快。它有助于促进患者的康复并降低腹腔内粘连和感染的风险。但是,患者并不是完全没有患并发症的可能。注意对患者的心理护理,可以明显地提高患者治疗的依从性。以患者为首,了解患者所想,满足患者所需,鼓励患者积极乐观地面对疾病。在腹腔镜手术中,需要建立CO₂气腹。临床常将并发症分为5类:①脏器损伤;②气体栓塞、气胸、皮下气肿、纵隔气肿、高碳酸血症等CO₂气腹引起的并发症;③血管损伤疾病,如腹壁血管、腹膜后大血管和手术区血管;④切口并发症,如切口疝和切口感染;⑤其他系统并发症,如神经损伤^[7]。

血管损伤也是后腹腔镜手术的并发症之一,因为后腹腔中具有许多小血管、下腔静脉,加之对侧肾血管损

伤的可能,使得手术所具有的操作空间更少,例如,在对肾脏内侧肿瘤实施切除期间,因为其生理解剖部位较深,会对各项操作给予许多困难。所以,在对肿瘤实施分离期间,要先借助观察镜全方位地检测局部结构,保障处于清楚视野的前提下实施手术;对已产生小血管、下腔静脉损伤的患者而言,要处于腹腔镜的直视下,对这类小血管加以夹闭,运用十分普遍的腔静脉阻断工具主要就包括了血管动脉夹,同时,防范气体进至血管中,医护人员也可以依据相关的情况来降低气腹压。为了尽可能地防范这类并发症的产生,医师还要持续地开展学习,巩固各类理论与经验,全方位地把握泌尿系统与其周围组织各生理解剖结构,在开展操作期间,医护人员也应更为紧密地进行配合与协作。

该手术很容易由气腹穿刺位置不当而引起皮下气肿。经大量实验数据证明,患者的手术时间、气腹压力、心肺状态都会影响到患者的康复进度。同时,手术中大多数血管的损伤是因手术方法和用具使用不当导致的。错误的穿刺方法或是腹腔镜器械的错误使用,是造成患者体内器官受伤的主要原因。泌尿外科手术器官损伤在泌尿外科手术中很少见,术中无法及时发现症状,手术后才被发现,因此患者大多还需要再次进行手术。腹腔镜手术一般在气腹状态下展开,此方法会致手术视野较小。当患者明显经常出现心情烦躁、易疲劳的状态时,很有可能是因患了高碳酸血症。此时,护理人员要尽可能地排出患者腹腔内的CO₂。出现了皮下爆裂、瘀伤和肩部疼痛的患者,一般会皮下气肿,所以要尽力掌握住患者体内的气压,对其进行不间断的低流供氧,适当进行按摩;帮助患者抬头,降低高位;如果患者有临床表现,如脉率加快、血压下降和腹膜刺激,应立即进行探查。检查患者有无肠道受损或腹内出血;术前,护理人员应对所有用具进行灭菌,并在手术期间严格执行无菌操作。我们每一个人都必须要在乎自己的身体健康,现今社会越来越多的人培养起了养生意识,身体是革命的本钱。因此,为了在最大程度上降低患者在腹腔镜的术后并发症发生率,具体制定了以下防治措施:①腹腔镜手术训练后,熟悉腹腔镜手术原理、使用仪器,熟悉各种形式的腹腔镜器官,在手术过程中密切注意眼睛和手的配合;②熟悉腹腔镜下局部组织解剖,根据解剖层次分离;③掌握腹腔镜手术适应证;④有良好、扎实的开放手术基础;⑤操作过程中手术区域不清晰时,调整光学显微镜与物体之间的距离,或擦拭镜头;⑥当需要正常手术时,很难实施腹腔镜手术;⑦了解腹腔镜并发症的特点、预防,及时发现和积极对症治疗。

结束语

总之,进行有效的预防和对症处理,加强对解剖结构的了解和手术的系统操作,可以更好的避免术后并发症的产生。

参考文献

- [1] 刘竞,邱明星.达芬奇手术机器人辅助腹腔镜技术在泌尿外科的应用[J].实用医院临床杂志,2015,12(1):26-31.
- [2] 杨瑜,陈明,朱伟东,等.泌尿外科医院感染危险因素与病原菌耐药分析[J].海南医学院学报,2016,22(1):120-122.
- [3] 袁建林,孟平.机器人辅助腹腔镜手术在泌尿外科的应用[J].临床泌尿外科杂志,2015,30(1):5-8.

[4] 张海民,鄢阳,许云飞,等.泌尿外科腔镜术后尿源性脓毒血症的预后影响因素分析[J].临床与病理杂志,2015,35(4):587-592.

[5] 杨爱民.从泌尿外科视角审视肾动态显像的价值[J].现代泌尿外科杂志,2015,20(2):74-79.

[6] 林茂虎,朱晓应,苗芮,等.泌尿外科住院患者医院感染危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(11):2561-2563.

[7] 唐桂良,周毅,骆振刚,等.腔内泌尿外科手术尿路感染危险因素分析[J].中华全科医学,2016,14(1):64-65.