



经腹腔镜输尿管切开取石术不缝合输尿管的可行性及安全性评价

辛林健

桂林市人民医院泌尿外科 广西桂林 541002

【摘要】目的 评价经腹腔镜输尿管切开取石术不缝合输尿管的可行性及安全性。**方法** 选取在我院行腹腔镜输尿管切开取石术治疗患者 52 例, 将其按照输尿管是否缝合状况分为缝合组和未缝合组, 对两组患者镇痛药使用、手术时间及术后平均漏尿时间等并发症情况进行对比分析; 对本批患者术后进行随访工作。**结果** 所选取患者均手术完成顺利, 其中未发生脏器损伤及中转开放手术现象。未缝合组手术时间与缝合组相比, 短于后者 ($P < 0.05$), 两组术后镇痛药使用次数、住院时间及漏尿例数等均无统计学意义 ($P > 0.05$), 对本批 48 例患者成功进行随访工作, 其中缝合组输尿管狭窄 2 例, 治疗方法采用狭窄段丝状电极内切开术; 其余患者经彩超检查, 输尿管扩张程度与术前相比明显减轻, 肾积水症状明显好转, 未出现输尿管结石复发现象。**结论** 针对输尿管结石, 经腹腔镜采取输尿管切开取石术, 对输尿管不缝合操作, 不仅手术时间减短且安全有效, 其中对相应术后住院天数及漏尿情况均未出现明显增加, 乃是一种不错的治疗方法。

【关键词】 腹腔镜; 输尿管切开取石术; 不缝合; 可行性; 安全性

【中图分类号】 R699 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-091-02

1992 年腹腔镜在输尿管结石领域被应用, 对于那些不适合体内碎石及相关治疗失败患者提供了新的治疗途径。从相关文献研究中可知, 对于输尿管是否缝合问题上各界观点不一。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在我院行腹腔镜输尿管切开取石术治疗患者 52 例, 其中男性患者为 29 例, 女性患者为 23 例, 其年龄区间为 32—56 岁, 病程区间为 7 个月—5 年。其中 14 例患者有行输尿管镜碎石及 ESWL 治疗失败经历。对本批患者在术前均进行 IVU 及彩超病情确诊检查, 行 SCT 检查患者为 23 例; 对其诊查后诊断结果均为上段结石, 其中左侧结石患者为 27 例, 右侧结石患者为 25 例, 其结石直径区间为 1.2—3.1 cm; 其中伴有同侧肾脏多发结石合并患者为 5 例。患者结石上端输尿管均存在不同程度肾积水症状, 其相应输尿管直径区间为 0.6—2.3 cm, 患有明显性严重肾积水患者为 9 例。后将其按照输尿管是否缝合状况分为缝合组和未缝合组, 其中缝合组患者为 24 例, 未缝合组为 28 例。

1.2 治疗方法

对患者行全麻操作后, 行气管插管, 将患侧位置向上行侧卧位 $65^\circ - 75^\circ$ 。在肚脐水平腹肌周围外缘位置, 行切口穿刺气腹针操作, 并将其腹部注入 CO_2 , 促使人工气腹显现, 将其相应气压调整至 16 mmHg, 将 10 mm 套管行穿入操作, 将腹腔镜给与正确位置放入。另选择操作通道, 可将锁骨中线肋缘位置下方 3—5 cm, 呈锁骨中线肋缘上部位置 2—3 cm 水平状态下, 分别将 10 mm 及 4 mm 套管插入行后续操作^[1]。在结肠旁沟处, 将腹膜作切开操作, 然后从内侧将结肠推开。然后从腰大肌筋膜表面, 采取由近到远方法, 将输尿管找出, 然

后在肾盂处将深筋膜切开, 并对其采取向内侧分离方法寻找相应输尿管。发现结石后, 采用无损伤钳把结石附近的输尿管夹紧, 对于远端输尿管不进行过多的分离操作。然后将无损伤钳行上拉操作, 此时应对输尿管张力状况进行合理掌控^[2]。在结石上端对输尿管行纵向切开操作, 起开切开长度为 1.0—2.0 cm, 将钳游离结石行分离操作后, 将结石予以取出, 然后将双 J 管留置其中。对于未缝合组, 对其腹腔检查完毕后, 将引流管放置其中。缝合组采用 0—5 可吸收线, 对输尿管行缝合操作, 缝合针数控制在 3—6 针, 并将引流管留置其中。然后将套管拔除, 将腹部切口采用上述缝线给与缝合操作。术后将尿管在其中留置相应 4—8 d, 当观察引流管未出现漏尿状况 1—3 d, 可将其拔除。在术后 5—7 周后, 将双 J 管拔除^[2]。

1.3 统计学方法

对本次研究数据信息采用 SPSS15.0 统计学软件予以分析处理, 采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 对数据进行表示。采用 t 对其检验, 采用 χ^2 对两组并发症发生率比较进行检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

所选取患者均手术完成顺利, 其中未发生脏器损伤及中转开放手术现象。未缝合组手术时间与缝合组相比, 短于后者 ($P < 0.05$), 两组术后镇痛药使用次数、住院时间及漏尿例数等均无统计学意义 ($P > 0.05$), 对本批 48 例患者成功进行随访工作, 其中缝合组输尿管狭窄 2 例, 治疗方法采用狭窄段丝状电极内切开术; 其余患者经彩超检查, 输尿管扩张程度与术前相比明显减轻, 肾积水症状明显好转, 未出现输尿管结石复发现象。见表 1。

表 1 2 组患者手术参数及并发症比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间	例数	漏尿	漏尿时间 /d	镇痛药使用次数	住院时间 /d	输尿管狭窄
未缝合组	52.3 $\pm$ 12.4	28	3	9.1 $\pm$ 5.7	0.7 $\pm$ 0.9	6.4 $\pm$ 1.2	0
缝合组	73.8 $\pm$ 11.6	24	2	8.2 $\pm$ 5.5	1.2 $\pm$ 0.4	6.2 $\pm$ 1.3	2
t	-6.124			1.754	-0.412	1.372	2.124
P	< 0.01			> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

表 2 不同 BMI 患者手术时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

BMI	手术时间 /min	
	未缝合组	缝合组
≥ 25	52.4 $\pm$ 12.3	72.1 $\pm$ 11.4
< 25	53.1 $\pm$ 12.7	72.6 $\pm$ 11.3
t	0.223	0.121
P	> 0.05	> 0.05

对本批 48 例患者成功进行随访, 随访期间为 0.6—2 年, 缝合组患者在术后 7 个月出现腰部疼痛状况, 通过检查发现

其肾积水出现恶化现象, 经 IVU 检查, 显示为输尿管狭窄导致, 治疗方法采用狭窄段丝状电极内切开术; 其中 3 例出现肾结石状况, 对其采取 ESWL 进行治疗, 其与患者经彩超检查, 输尿管扩张程度与术前相比明显减轻, 肾积水症状明显好转, 未出现输尿管结石复发现象。见表 2。

3 讨论

随着当今医学水平的发展, 当前很多泌尿系结石通常的治疗方法采用 ESWL、输尿管镜取石术及相应经皮肾镜取石术等方法。但是由于一些患者存在输尿管狭窄和扭曲现象, 需



要对其采取相应开放手术进行治疗^[4]。1992 年腹腔镜在输尿管结石领域被应用, 对于那些不适合体内碎石及相关治疗失败患者提供了新的治疗途径。采用腹腔镜输尿管切开取石术, 因其具有创伤较小并且住院时间较短等优势, 因此能够为那些采用其他手术失败患者提供有效选择性; 本研究所选取患者当中, 存在输尿管上段结石, 再停留时间上均为半年以上, 其中 18 例患者行 ESWL 治疗, 对于腹腔镜输尿管切开取石术指征, 均符合。采用腹腔镜输尿管切开取石术, 在对输尿管上段结石治疗成功率方面, 其能够达到 100%, 与此同时, 对于其术后并发症的发生率及安全性方面, 均具有较高的效能, 是一种比较有效、可行的临床治疗办法。腹腔镜手术方法简单易学, 并且对于腹膜部位不易造成损害^[5]。在手术中采用不缝合手术方法, 不仅能够缩短手术时间, 而且对于并发症及患者手术痛苦方面都具有很好的减轻效果。

综上所述, 针对输尿管结石, 经腹腔镜采取输尿管切开取石术, 对输尿管不缝合操作, 不仅手术时间减短且安全有效,

其中对相应术后住院天数及漏尿情况, 均未出现明显性增加, 乃是一种不错的治疗方法。

参考文献:

- [1] 魏森鑫, 孟庆军, 王继征, 等. 腹腔镜输尿管切开取石术不缝合输尿管的临床价值 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2013;38-41.
- [2] 郝海峰, 权昌益, 李刚, 等. 经脐单孔腹腔镜与传统腹腔镜肾盂输尿管切开取石术的对比研究 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2011, 26(9):648-651.
- [3] 徐红方, 童雪芳, 陆红全, 等. 腹腔镜下中上段输尿管切开取石术 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2007, 22(8):616-617.
- [4] Shpall AI, Parekh AR, Bellman GC et al. Tubeless percutaneous nephrolithotomy with antegrade stent tether: clinical experience [J]. Journal of endourology, 2007, 21(9):973-976.
- [5] 陈忠, 张旭, 宋晓东, 等. 腹腔镜后腹腔镜输尿管切开取石术 (附 10 例报告) [J]. 现代泌尿外科杂志, 2002, 7(1):14-15.

(上接第 88 页)

现病变, 血小板发生粥样斑块凝结, 加大血栓形成风险, 血栓脱落以后, 远端血压会发生受阻, 进而会导致脑梗塞发生。因此, 临床治疗中, 脑梗塞患者进行血小板凝聚治疗时还需要重点关注血液黏稠度, 氯吡格雷属于二磷酸腺苷受体阻滞剂, 可以促进糖蛋白受体同纤维蛋白进行结合, 有效抑制血小板聚集, 相比阿司匹林来说, 更能高效抑制新发缺血发生^[4]。氟伐他汀属于羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂, 能够有效抑制内源性胆固醇合成, 减少肝细胞胆固醇水平, 进而减少血液粘稠程度。联用上述两种药物治疗脑梗塞, 能够抑制血小板聚集, 改善血液循环, 降低血液黏稠度, 控制脑梗塞病情发展^[5]。本研究数据表明, 氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞, 治疗有效率高达 89.3%, 临床疗效显著, 同时还能有效改善患者的神

经功能, 能够提升患者生活质量, 值得临床上推广应用。

参考文献:

- [1] 彭刚生, 蒋福平, 柏承春等. 氯吡格雷与氟伐他汀联合治疗脑梗塞患者的临床效果分析 [J]. 大家健康: 学术版, 2015(12):164-165.
- [2] 江玉玲. 氯吡格雷联合氟伐他汀在脑梗死治疗中的临床疗效探讨 [J]. 临床医学, 2016, 36(5):37-39.
- [3] 李淞. 氟伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死临床疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(9):105-106.
- [4] 李晓玲, 陈艳, 张紫寅等. 氟伐他汀联合氯吡格雷治疗脑梗死的疗效观察 [J]. 浙江临床医学, 2013, (6):807-809.
- [5] 曹家驹, 洪晓燕, 冯土旭. 氯吡格雷联合氟伐他汀治疗脑梗塞临床观察 [J]. 黑龙江医药, 2016, 29(5):897-899.

(上接第 89 页)

反应, 改变肺泡膜的结构和功能, 有利于抗生素渗透到细胞组织中, 提高抗生素的穿透作用, 发挥抗感染作用; 另外, 药物能够改善患者氧合作用, 提高患者的免疫功能, 最终有利于消灭炎症细菌, 降低肺部感染发生率。

综上所述: 在多重耐药细菌性肺炎患者的临床治疗上, 大剂量沐舒坦的应用具有显著疗效, 可以有效降低患者死亡率, 改善患者的临床病症, 减少患者的住院时间, 值得在临床治疗上推广应用。

参考文献:

- [1] 阳文新, 宗晓福, 王跃华, 等. 大剂量沐舒坦治疗多重耐药细菌性肺炎的体会 [J]. 临床肺科杂志, 2014, 1(12):2195-2198.

[2] 陈庆, 陈丽娟, 刘跃进. 雾化吸入阿米卡星联合静脉抗感染治疗多重耐药革兰阴性细菌感染的医院获得性肺炎临床分析 [J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(4):114-117.

[3] 李梅玲, 黄洁, 赵昱瑾, 等. 重症监护病房多重耐药菌交叉感染降阶梯防控策略的临床应用研究 [J]. 中国感染与化疗杂志, 2015, 15(6):552-556.

[4] 王铮, 王昱. 伏邪理论在老年患者多重耐药铜绿假单胞菌肺炎治疗中的意义 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(11):2075-2077.

[5] 赵利民. 多重耐药菌株的临床应用 [J]. 中国实用医药, 2014, 1(32):257-258.

[6] 段丽. 多重耐药菌医院感染肺炎危险因素的多中心调查 [J]. 现代养生月刊, 2016, 21(5):294-294.

(上接第 90 页)

组 40 例患者, 骨质疏松性骨折率为 42.5%, 可见阿法骨化醇在防治骨质疏松症患者骨量流失的效果较为显著, 能够有效降低骨质疏松性骨折率。从骨代谢生化指标来看, 观察组患者 BALP、VDR 等指标均得到明显改善, 分析认为, 正是通过抑制骨吸收和提高骨密度, 才减少了骨质疏松症患者发生骨折的风险。

综上所述, 阿法骨化醇治疗骨质疏松的效果明显优于单用钙剂, 对骨质疏松性骨折的有很好的防治作用, 是较为理想的一线用药, 临床应用价值值得肯定。

参考文献:

- [1] 李洪超, 张心科, 金雪晶, 等. 阿法骨化醇治疗骨质疏松的疗效——基于骨密度、生化指标和骨折率的 Meta 分析

[J]. 中国药物经济学, 2011, 10(3):76-78.

[2] 周臻臻, 朱秀英, 周萍, 等. 伊班膦酸钠 (艾本) 治疗老年重度骨质疏松症的临床试验 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2012, 11(3):260-262.

[3] 李霞绯, 吴娟. 阿仑膦酸钠与阿法骨化醇对骨质疏松老年女性患者动脉硬化参数的影响 [J]. 重庆医学, 2013, 25(6):2955-2958.

[4] 李德梅, 蔡莉莉, 徐剑刚. 阿仑膦酸钠联合阿法骨化醇治疗老年慢性阻塞性肺疾病患者骨质疏松症 [J]. 实用老年医学, 2014, 11(3):226-229.

[5] 袁峰, 袁荣霞, 刘枝成. 阿法骨化醇对老年女性骨质疏松性髋部骨折骨代谢和骨密度的影响研究 [J]. 疑难病杂志, 2012, 10(2):754-756.