

● 诊疗经验 ●

后腹腔镜肾囊肿去顶减压术 33 例体会

黎锋云 周文荣

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:探讨后腹腔镜手术治疗肾囊肿的方法、疗效与处理要点。方法:33 例肾囊肿患者均在全麻下行后腹腔镜肾囊肿去顶减压术。结果:33 例手术均获成功,手术时间 50~120 min,平均 80 min;术中出血量 20~100 mL,平均 40 mL;术后住院天数 4~8 d,平均 5 d;无严重并发症;术后随访 5 个月以上未见复发。结论:后腹腔镜肾囊肿去顶减压术创伤小,恢复快,疗效佳,是肾囊肿的首选治疗方法。

关键词:肾囊肿;后腹腔镜;减压术

Abstract:Objective:To explore the techniques and efficacy of retroperitoneoscopic unroofing and decompression in the treatment of renal cyst. Methods:33 Patients were operated on under general anesthesia and underwent retroperitoneoscopic unroofing and decompression.Results:33 Patients underwent retroperitoneoscopic unroofing and decompression were successful. The operation time was 50~120 min (mean 80 min),the intraoperative blood loss was 20~100 mL (mean 40 mL).The postoperative hospital stay was 4~8 days (mean 5 days). During the follow-up of 5 months , no recurrence was found, and no severe.Conclusions:Retroperitoneoscopic unroofing and decompression is effective, safe, minimal invasive, rapid post-operative rehabilitation,and the first choice to treat renal cyst.

Key words:Renal cyst;Retroperitoneoscopy;Decompression procedure

中图分类号:R 692.12

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.056

单纯性肾囊肿是泌尿外科常见疾病,90%以上为良性病变,以往治疗多用开放手术和经皮穿刺囊内注射无水酒精的方法。开放手术治疗效果可靠,但创伤大,患者康复时间长。我院自 2006 年 7 月~2010 年 4 月采用后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿 33 例,疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 33 例,男性 14 例,女性 19 例;年龄 25~57 岁,平均 36 岁;其中单发性肾囊肿 27 例,多发性肾囊肿 6 例;左侧 20 例,右侧 13 例;位于肾上极 16 例,下极 14 例,中部 3 例;位于肾脏腹侧面 10 例,位于肾脏背侧面 23 例;囊肿大小为 4 cm× 5 cm~8 cm× 9 cm;病程 2 个月~10 年。其中 23 例有不同程度患侧腰腹部胀痛不适,10 例于体检时 B 超检查发现。全部患者术前均常规行静脉肾盂造影检查确定囊肿与集合系统不相通,CT 检查排除囊性癌的可能并明确囊肿部位及大小。所有患者均无患侧腹膜后手术史。

1.2 手术方法 所有患者均采用气管插管全身麻醉,取健侧卧位,腰部垫高。第一个穿刺孔于腋中线髭嵴上方 2.0 cm 处,做 1.5 cm 皮肤横形切口,血管钳钝性分离肌肉,切开腰背筋膜至腹膜后间隙,手指探入推开腹膜。置入自制水囊,注水 350~450 mL,保留 5 min 以扩张腹膜后间隙,置入直径为 10 mm 的 Trocar,建立观察通道,连接气腹机充气,CO₂ 压力设置为 1.6 kPa(12 mmHg)。导入腹腔间,直视下于肋缘下腋前线和腋后线分别穿入直径为 5 mm 和 10 mm 的 Trocar,建立两个工作通道。置入超声刀或电凝钩及分离钳,游离腹膜后脂肪,于腰大肌前

缘寻到肾脏,打开肾周筋膜及脂肪囊,根据 B 超及 CT 结果于肾脏相应部位寻找暴露肾囊肿,可见囊肿壁菲薄,呈现蓝色。尽量游离囊肿,剪开囊壁,吸尽囊液,距离肾实质 5 mm 处一圈切除囊肿壁,电凝创缘止血。仔细检查囊肿是否与肾脏集合系统相通。用特制标本袋将切除的囊壁取出送病理检查。术毕腹膜后常规放置引流管,排尽腹膜后间隙内 CO₂ 后拔除 Trocar,依次缝合切口。

2 结果

33 例肾囊肿患者经后腹腔镜去顶减压手术均获成功,术后所有单发肾囊肿患者肾囊肿消失,多发囊肿患者大的囊肿消失。手术时间 50~120 min,平均 80 min。术中出血量 20~100 mL,平均 40 mL。患者均于术后第 2~3 天拔除负压引流管。术后住院天数 4~8 d,平均 5 d。所有切除的囊壁组织经病理检查均证实为单纯性肾囊肿。33 例中有 3 例发生腹膜损伤,6 例术后出现皮下气肿,未经任何特殊处理而自愈。所有患者获得 5 个月以上的随访,至今尚未发现复发。

3 讨论

单纯性肾囊肿是最常见的肾脏囊性疾病^[1]。囊肿多发生在肾皮质表浅部位,亦可位于皮质深层或髓质,但与肾盂肾盏不相通。囊肿较大时肾脏外形改变并压迫正常肾组织,1%~2%囊壁有恶变可能。单纯性肾囊肿通常 B 超即可以确诊,静脉肾盂造影检查可以了解囊肿是否与集合系统相通、囊肿对肾实质或集合系统的压迫以及对肾功能的影响程度,CT 及 B 超可满足定位。对于直径 <3 cm 的无症状性肾囊肿,可随访观察,无需处理;对于 3~5 cm 的

肾囊肿可在 B 超引导下经皮穿刺注射硬化剂(如无
水乙醇);而体积较大有压迫症状、穿刺可能损伤其
他器官或穿刺治疗无效者,则应采用手术治疗^[2]。

20 世纪 90 年代初腹腔镜在泌尿外科领域开始
应用后体现了良好的微创效果,腹腔镜下行肾囊肿
去顶术,在创伤、肠道功能及体力恢复等方面优于
开放手术,其止血效果好,出血少,不易遗漏囊内病
变,住院时间大大缩短,是单纯性肾囊肿治疗的最
佳选择^[3]。腹腔镜肾囊肿去顶减压术可经腹腔或腹
膜后入路。腹腔入路因进入腹腔,对腹腔脏器干扰
大,易引起腹腔内并发症,有发生腹腔内脏器损伤
的可能,对有腹腔内手术、外伤、感染等病史者的
使用受到限制^[4]。后腹腔镜手术最初由 Bartel 于
1969 年提出,直到 1992 年印度医生 Gaur^[5]发明了水囊扩
张术创建后腹膜腔再注入 CO₂ 维持空间后,腹膜后
腔镜手术才开始应用于临床。目前该途径已成为腹
腔镜治疗肾、肾上腺、上段输尿管病变的首选途径。

与经腹腔入路相比,经后腹腔途径入路直接,
对腹腔脏器干扰少,且后腹腔表面积小,对 CO₂ 的
吸收减少,对机体酸碱平衡影响较小^[6],但手术操
作空间狭小,解剖标志不够清楚,有损伤腹膜造成漏
气使腹膜后间隙形成困难的可能,不能同时处理双
侧肾囊肿,对于经验不足的操作者常常不能成功^[7]。
有研究报道,经后腹腔腹腔镜肾囊肿去顶术在手术
时间上虽可能稍长于经腹腔手术,在术后住院天
数、体力恢复等方面无明显差别,但患者术后疼痛
发生率低,肠道功能恢复较快,且肾囊肿位于后腹
膜间隙,目前认为经后腹腔途径更具有优势^[8]。也有
学者认为两种手术途径的手术时间、术中出血量、
手术并发症和术后住院时间无明显差异^[9]。因此术
前应按照 CT 或 MR 检查结果,根据肾囊肿的大小、
位置、单侧或双侧等因素决定采用经腹腔或腹膜后
途径。本组患者均采用经后腹腔入路。

后腹腔镜肾囊肿去顶术注意事项:(1) 熟悉后
腹膜腔的重要标志,如腰大肌(其头端为肾脂肪囊
覆盖,可据此寻找肾囊肿)、前腹壁腹膜反折线和后
(上接第 41 页)外力传导下伤及眶内组织,气血逆
乱致气滞血瘀,水湿停聚则见眼底水肿、渗出,血液
不循常道则溢于脉外而出血,瘀血、水湿滞于目窍
而发为本病。故治疗本病当以活血化瘀、行气利水
为主。血府逐瘀汤出自清代名医王清任所著《医林
改错》。方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化
瘀;川牛膝祛瘀血,引血下行;柴胡、枳壳疏肝理气;
生地养血润燥;桔梗载药上行;加茯苓、车前子利水消
肿;三七粉、仙鹤草化瘀止血:全方共奏活血化瘀、

腹壁腹膜反折线、前 / 后腹壁肌(腋前 / 后线 Trocar
穿刺区)和腹膜区(其头端为肾脂肪囊,顶部为肝
脾,中部为结肠)3 个区域;(2) 明确肾囊肿的位置及
与周围血管、集合系统的关系,特别是肾盂旁囊肿,
术前 B 超、CT 检查定位极其重要;(3) 是尽量去除
游离的囊壁,一般去除囊壁应距肾实质 0.5 cm 左
右,不要为追求切净囊壁而距肾实质太近,否则易
损伤肾实质导致出血,同时常规电凝残余囊壁边缘
止血;(4) 防止未显露囊肿前将囊肿弄破,以免切除
不彻底而复发,切除的囊壁必须送检,以避免遗漏
恶变的患者,术中应仔细观察囊液的性质,切除和
剩余的囊壁是否光滑,必要时取可疑组织行快速病
理检查;(5) 对于囊底不能盲目电灼以免灼伤肾盂
引起漏尿,对是否与肾盂相通有疑问者,需耐心仔
细观察,可静脉注射亚甲蓝观察囊腔是否排蓝,也
可预先逆行放置输尿管导管于患侧肾盂,切除囊壁
后经输尿管导管注入亚甲蓝,观察囊壁底部有无蓝
染尿液流出;(6) 气腹压力过高时可压迫血管暂
时不出血,在降低气腹压力后应仔细观察并及时止
血。本组患者仅 3 例发生腹膜损伤,6 例术后出现皮
下气肿,均为术式开展早期发生,未经任何特殊处
理而自愈,所有患者均无严重并发症发生。

参考文献

[1]Lauck SP,McLachlan MSF.Aging and simple cysts of the
kidney[J]. Br J Rad,1981,54:12
[2]梅骅,陈凌武,高新.泌尿外科手术学[M].第 3 版.北京:人民卫生出
版社,2008.875
[3]那彦群,吴刚,郝金瑞.泌尿外科腹腔镜手术 141 例分析[J].中华外
科杂志,1998,36(3):143-145
[4]高鹏,裴军,黄海云,等.腹腔镜肾囊肿去顶、引流术二种入路的手术
体会[J].中国内镜杂志,2003,9(3):53-54
[5]Gaur DD,Agarwal DK,Purohit KC.Laparoscopic operative
retroperitoneoscopy:use of new device[J].J Urol,1992,148(4):1 137
[6]吴士良,那彦群,郝金瑞,等.腹腔镜二氧化碳腹腔镜内与腹膜外充气
的比较[J].中华泌尿外科杂志,1998,19(1):48-50
[7]郝金瑞,那彦群,张晓春,等.腹腔镜在肾囊肿治疗中的应用[J].中华
泌尿外科杂志,1996,17(11):657
[8]Stoker ME,Patwardhan N,Maini HS,et al.Laparoscopic adrenal-
surgery[J].SurgEndosc,1995,9:387-391
[9]张杰,陈永昌,孙利国,等.腹腔镜肾囊肿切除术两种不同路径的比
较(附 56 例报告)[J].中国临床医学,2005,12(5):854-855

(收稿日期: 2010-10-18)

止血、行气利水消肿之功。恢复期在活血化瘀的基
础上加枸杞子、菟丝子以滋补肝肾,通络明目,实为
缓则治其本。结合现代药理,方中药物有解除血管
痉挛、增加血流量、保护缺血组织耐缺氧、改善局部
微循环、消除水肿、促进瘀血吸收、加快视力恢复的
作用。

参考文献

[1]惠延年.眼科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.230
(收稿日期: 2010-08-26)