

# 后腹腔镜肾脏手术 22 例报告

郑 勇 刘利权 杨 猛 金 川 刘汉云 杨 军 李 程

(眉山市第二人民医院泌尿外科, 眉山 620010)

**【内容提要】** 2004 年 4 月~2005 年 2 月, 我院行后腹腔镜手术治疗肾脏疾病 22 例。其中肾结核 3 例, 重度肾积水 4 例, 肾萎缩继发高血压 1 例, 行单纯性肾切除术; T<sub>2</sub> 期肾孟癌 2 例, 行根治性肾输尿管全切除术; 单纯性肾囊肿 12 例, 行肾囊肿去顶减压术。手术全部成功, 无严重并发症, 疗效满意。

**【关键词】** 腹腔镜; 肾脏; 手术

中图分类号: R699.2

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)02-0148-02

2004 年 4 月~2005 年 2 月, 我院行后腹腔镜手术治疗肾脏疾病 22 例, 效果满意, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 22 例, 男 9 例, 女 13 例。年龄 26~78 岁, 平均 52 岁。肾结核 3 例, 左侧 1 例, 右侧 2 例; 尿 PCR 查结核杆菌, 1 例阳性, 2 例阴性; 术前常规三联(异烟肼、利福平、吡嗪酰胺)抗结核治疗 2 周。肾结石并重度肾积水 3 例。输尿管上段结石并重度肾积水 1 例。肾萎缩合并继发性高血压 1 例。肾孟癌 2 例, 左、右侧各 1 例, 均为 T<sub>2</sub> 期, B 超、X 线片、CT 等检查均无腹腔淋巴结转移, 无肝、肺等脏器转移。单纯性肾囊肿 12 例, 左肾 5 例, 右肾 7 例; 肾上

极 3 例, 中部 4 例, 下极 5 例; 病程 1~8 年, 平均 3 年, 均有患侧腰痛, 囊肿直径 4~8 cm, 平均 6 cm。

病例选择标准: 囊肿直径  $\geq 4$  cm, 腰部疼痛。术前泌尿系统 B 超、静脉尿路造影、肾图、肾脏 CT 平扫及增强检查, 患侧肾无功能或重度受损, 对侧肾脏功能正常。

### 1.2 方法

全麻。健侧卧位, 建立后腹腔操作空间。12 例采用开放小切口手指分离法<sup>[1]</sup>, 10 例采用 IUPU 法(the Institute of Urology Peking University, 北京大学泌尿外科研究所)<sup>[2]</sup>。首先辨认腰大肌, 识别腹膜外脂肪、腹膜、肾周筋膜, 于腰大肌和肾周筋膜间分离, 肾周筋膜背侧剪开, 依次分离肾脏背侧、肾上下极、输尿管, 然后分离肾脏与腹膜间隙, 最后分离肾蒂, 解剖出肾动静脉

脉。若重度肾积水,皮质戳一小孔,排放部分液体,便于操作。肾门处大号钛夹分别夹闭肾动、静脉,切断,近端置 2~3 枚钛夹,若肾动静脉粗大,先用 7 号丝线分别结扎,再置钛夹切断。单纯性肾切除,在输尿管中上段上钛夹后切断。肾盂癌常规肾切除后,输尿管尽量向下分离,改仰卧位,下腹部做斜切口 11 6~8 cm,腹膜外游离输尿管下段,袖套状切除,经切口取出肾脏及全段输尿管。单纯性肾切除,水平延长腋后线至第 12 肋下缘做切口 4~5 cm,取出肾脏及部分输尿管。肾结核取出标本后,过氧化氢、生理盐水 500 ml 冲洗,腹膜后间隙和切口给予链霉素粉 1 g。肾囊肿,根据 CT 检查结果,确定囊肿位置、与周围血管关系,分离相应部位肾脏,囊肿中央戳孔吸除囊液,提起囊肿壁,距肾实质 0.5 cm 切除囊壁,电凝,囊底不做处理,经镜鞘切除取出囊壁。置乳胶管引流 2~3 d。

## 2 结果

22 例均获成功。肾盂移行细胞癌 2 例行根治性肾输尿管切除术;肾囊肿 12 例行去顶减压术;余 8 例行单纯性肾切除。4 例术中侧腹膜穿孔,未做处理,术后无不适。皮下气肿 3 例,自行吸收消失。伤口感染 1 例。12 例肾囊肿去顶减压术手术时间 30~60 min,平均 40 min;出血量 10~80 ml,平均 35 ml,术后腰痛消失,10 例随访 3~6 个月,B 超复查囊肿无复发。肾盂癌 2 例做根治性肾输尿管切除,手术时间分别为 200 min,240 min;病理检查均为移行细胞癌;术后常规膀胱灌注卡介苗,随访 4~6 个月,均无复发转移。8 例单纯性肾切除中,前 3 例肾切除手术时间 240~300 min,后 5 例手术时间 120~180 min;出血量 80~400 ml,平均 160 ml。肾萎缩并继发性高血压 1 例切除术后 2 个月血压降至正常;肾结核 3 例术后三联(异烟肼、利福平、吡嗪酰胺)抗结核治疗 9 个月,2 例肾结核随访 1~3 个月复查,腰痛、膀胱刺激症状消失,肝功、肾功正常,另 1 例失访;肾结石并重度肾积水 3 例,随访 3~6 个月,肾功能正常;输尿管上段结石并重度肾积水 1 例,术后随访 4 个月肾功能正常。

## 3 讨论

腹腔镜肾脏手术具有创伤小,痛苦小,恢复快等优点,广泛应用于临床。腹腔镜肾脏手术有经腹腔和后腹腔 2 种途径,经腹膜后径路手术,不干扰腹腔内脏器,无污染腹腔的危险,减少了胃肠道反应及术

后腹腔感染粘连的机会<sup>[3]</sup>;而且对呼吸循环干扰相对较小,更适合伴有呼吸循环系统疾病患者<sup>[4]</sup>。本组 22 例均采用后腹腔途径,建立人工气腹采用开放小切口手指分离法和 IUPU 法。我们体会 IUPU 法比开放小切口手指分离法手术时间短 5~10 min。术中估计肌肉厚度,控制 trocar 穿入深度,有落空感停止穿刺,镜杆分离后腹膜间隙,几乎不出血,视野清晰,缩短了建立腹膜后腔的手术时间,安全可靠,易于掌握<sup>[5]</sup>。建立人工气腹后首先确认腰大肌位置,辨认肾周筋膜、腹膜、腹膜外脂肪,肾脏背侧切开肾周筋膜<sup>[6]</sup>,近腰大肌处分离肾输尿管,近肾门处分离出肾动静脉。无功能肾的肾血流量减少,肾动静脉直径相应缩小,用大号钛夹,可以牢固夹闭肾动静脉断端。对直径较粗大动静脉,可用丝线结扎动静脉后再置钛夹。本组 2 例用此法处理肾动静脉,均取得成功。肾盂癌根治术时,下腹部做一小切口,既能使输尿管下段袖套状切除,达到根治术目的,取出标本,又使整个手术操作在腹膜后间隙进行。肾囊肿根据 CT 等检查,确定囊肿位置,分离相应部位肾脏,避免分离范围过大。距肾实质 0.5 cm 切除囊壁,避免切入肾实质,引发出血、漏尿等并发症,囊底不做处理。郭和清等<sup>[7]</sup>认为对囊壁的处理不一定追求距肾实质 0.5 cm 切除,适当多留一些囊壁,可以减少肾腔出血和损伤<sup>[7]</sup>。我们体会,在腹腔镜下视野清晰,可准确识别囊壁与实质,应距肾实质 0.5 cm 切除囊壁,残留囊壁适当电凝即可止血,又可破坏囊壁上皮细胞,减少复发机会。

## 参考文献

- 1 张旭,叶章群,陈忠,等.腹腔镜与开放手术行根治性肾切除手术的效果比较.中华泌尿外科杂志,2002,23:97-99.
- 2 郭应禄,主编.泌尿外科内镜诊断治疗学.北京:北京大学医学出版社,2004.222-224.
- 3 侯小飞,马路林,黄毅,等.腹膜后腹腔镜手术治疗 35 例肾囊肿.中国微创外科杂志,2005,5:67-68.
- 4 那彦群,吴刚,郝金瑞,等.泌尿外科腹腔镜手术 141 例分析.中华外科杂志,1998,36:144-145.
- 5 周利群,张宁,那彦群.第六届全国腔内泌尿外科及 ESWL 学术会议纪要.中华泌尿外科杂志,2004,25:422-423.
- 6 张旭,叶章群,宋晓东,等.腹腔镜与开放性肾囊肿去顶减压术的比较.临床泌尿外科杂志,2000,16:220-221.
- 7 郭和清,周高标,汪洋厚,等.后腹腔镜与开放性两种肾囊肿去顶术的比较.临床泌尿外科杂志,2003,18:744-745.

(收稿日期:2005-03-25)

(修回日期:2005-08-19)