

# 腹腔镜下经腹单纯性肾切除术 4 例报告

徐 旻 徐雪良 李志江 舒亦斌 王志敏 程新登

(浙江省龙游县人民医院泌尿外科, 龙游 324400)

【内容提要】 2004 年 12 月~2005 年 7 月, 我院采用腹腔镜经腹行单纯性肾切除术 4 例。4 例手术均获成功。无术中、术后并发症。手术时间 112~186 min, 平均 154.4 min。术中出血量 35~150 ml, 平均 90.3 ml。切除肾脏大小为 9.0 cm×4.5 cm×5.0 cm~22.0 cm×15.2 cm×12.4 cm。术后住院时间 7~12 d, 平均 8.5 d。2 例术后均随访 6 个月, 肾功能检查正常, 无腹腔感染及肠粘连; 余 2 例分别随访 0.5、3 个月, 无继发出血、切口感染、切口疝等。腹腔镜下行肾切除术可行, 创伤小, 出血少, 术后恢复快。

【关键词】 腹腔镜; 单纯性肾切除

中图分类号 R699.2

文献标识码 B

文章编号 1009-6604(2006)07-0560-01

自 1990 年 Clayman 等<sup>[1]</sup>成功施行腹腔镜肾脏切除手术以来, 腹腔镜技术在泌尿外科得到广泛应用。我院 2004 年 12 月~2005 年 7 月开展腹腔镜经腹行肾脏切除术 4 例, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 4 例。例 1, 女, 61 岁, 右肾感染萎缩; 例 2, 女, 55 岁, 右输尿管上段结石伴肾积水; 例 3, 男, 68 岁, 左输尿管中段结石伴肾积水; 例 4, 女, 58 岁, 右肾盂输尿管交界处狭窄伴肾积水。例 1 在 4 年前行输尿管下段经腹膜外取石手术, 术后反复出现右侧腰痛伴畏寒发热。其余 3 例均因患侧腰背部疼痛就诊, 病程 0.5~3 年。术前静脉尿路造影 (intravenous urography, IVU) 检查均未见患肾显影, 对侧肾功能正常, CT 或磁共振尿路造影 (magnetic resonance urography, MRU) 检查示患肾有重度积水, 皮质菲薄或肾萎缩。所有患者均无开腹手术史, 但有肾切除指征。

### 1.2 方法

30° Storz 腹腔镜及手术操作器械。手术前夜清洁灌肠, 术前插胃管, 留置导尿。气管插管全身麻醉。患侧抬高 80° 体位。脐下插入气腹针, 建立 CO<sub>2</sub> 人工气腹, 压力 12~15 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。置入 10 mm trocar 及腹腔镜。腹腔镜直视下相当于患侧腋前线与脐水平处、锁骨中线肋缘下方分别置入 10 mm 及相应腹腔镜操作器械, 视术中需要在患侧肋下腋前线处增加 1 个 5 mm trocar。沿结肠旁沟及肝曲 (或脾曲) 打开, 将结肠向腹中线侧前拉, 暴露腹膜后肾周筋膜。切开肾周筋膜, 游离肾脏下极, 分离输尿管, 钛夹钳夹后切断。沿近段输尿管分离至肾盂水平处后, 向内侧钝性分离显露肾门血管, 分别游离肾动静脉, 肾动脉保留端用 4 号丝线结扎一道后予双重钛夹, 切除端单次钛夹后切断。同法结扎切断肾静脉。游离肾脏外侧及中上极, 切除肾脏放入自置标本袋, 在患侧下腹部 (相当于麦氏点处) 做 3~4 cm 斜行切口, 取出肾脏。创面无活动性出血后缝合切口。腋前线平脐操作孔放置引流管。

## 2 结果

4 例均获成功。手术时间 112~186 min, 平均 154.4 min。无术中并发症发生。术中出血量 35~150 ml, 平均 90.3 ml。切除肾脏标本大小 9.0 cm×4.5 cm×5.0 cm~22.0 cm×15.2 cm×12.4 cm。术后次日拔胃管及导尿管, 2~3 d 肠功能恢复后进食流质。术后住院 7~12 d, 平均 8.5

d。术后诊断为输尿管结石肾脏重度积水 2 例, 肾积水、肾盂输尿管交界处狭窄 1 例, 萎缩肾 (慢性肾盂肾炎) 1 例。2 例术后均随访 6 个月, 肾功能检查正常, 无腹腔感染及肠粘连; 余 2 例分别随访 0.5、3 个月, 无继发出血、切口感染、切口疝等。

## 3 讨论

为减少手术并发症及手术时间, 我们在经腹腔途径时直接采用侧卧位, 并在气腹针置入困难的情况下选择腹壁切开直达腹腔, 直视下放入第 1 个 trocar<sup>[2]</sup>, 有效地避免腹腔内脏器损伤。腹腔镜单纯性肾切除手术入路有经腹腔和经后腹腔途径。李虎林等<sup>[3]</sup>认为选择腹腔途径手术空间大, 解剖标志清楚, 有利于肾门血管的分离, 虽然经腹腔途径有肠麻痹、肠穿孔、腹腔感染等可能, 但我们认为只要术中保持清晰的视野, 反复观察, 动作轻柔是可以避免上述并发症的。

在开放手术中, 我们常规先使肾脏完全游离, 最后处理肾门血管; 在腹腔镜肾切除手术中, 我们认为先处理肾门血管, 后游离肾脏, 使手术变得相对容易。该手术成功的关键是肾门血管的处理。我们按先易后难的原则常规先分离结扎切断输尿管, 上提近段输尿管和肾盂, 便于肾门血管的显露分离。在肾门上方依据腰大肌侧寻找肾动脉可以避开肾静脉的遮挡, 较从腹侧分离肾动脉及肾静脉容易, 避免大出血的可能。对于术中肾积水巨大影响肾门血管分离的 3 例, 我们切开局部肾实质后吸出积水, 使肾脏轮廓变小后分离切除。

腹腔镜手术有严格的适应证和病例选择标准, 目前尚不能完全替代开放手术, 但对于不同医生的手术经验和熟练程度而言, 适应证是相对的<sup>[4]</sup>。

## 参考文献

- 1 Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J Urol, 1991, 146(2): 278-282.
- 2 肖克峰, 杨江根, 尹朝辉, 等. 腹腔镜下肾切除术 26 例临床报告. 中国微创外科杂志 2004, 4(2): 91-92.
- 3 李虎林, 刘春晓, 郑少波, 等. 经腹腔途径腹腔镜根治性肾切除术 (附 7 例报告). 中国内镜杂志 2004, 10(2): 73-74.
- 4 马路林, 那彦群. 减少腹腔镜手术并发症, 推动我国腹腔镜泌尿外科发展. 中国微创外科杂志 2004, 4(2): 89-90.

(收稿日期 2005-08-16)

(修回日期 2005-09-26)