

# 后腹腔镜输尿管上段切开取石术 12 例报告

周国洋 缪玉龙 高宏生 陈 峭

(江苏省射阳县人民医院泌尿外科, 盐城 224300)

中图分类号: R693<sup>+</sup>.4

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)10-0928-02

2006 年 5 月 ~ 2008 年 5 月, 我们为 12 例输尿管上段结石行后腹腔镜输尿管上段切开取石术, 疗效满意, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 12 例, 男 8 例, 女 4 例。年龄 33 ~ 69 岁, 平均 45 岁。9 例有急性肾绞痛发作史, 3 例无剧烈疼痛病史。术前均经 B 超、KUB + IVU 或逆行输尿管肾盂造影检查, 均为 X 线阳性结石。均为输尿管上段结石。左侧 5 例, 右侧 7 例。结石最小 13 mm × 10 mm, 最大 20 mm × 15 mm。结石远段输尿管均通畅。肾积水轻度 2 例, 中度 8 例, 重度 2 例。8 例术前有 1 ~ 3 次体外震波碎石 (ESWL) 碎石史, 均无碎石排出。

选择病例标准: ESWL 治疗失败, 结石位于输尿管上段, 结石嵌顿有炎性息肉包裹者。禁忌证: 有腹膜后手术史及肾周感染史, 伴有全身出血性疾患。相对禁忌证: 过于肥胖。

### 1.2 方法

术前清洁灌肠, 常规 KUB 定位。全麻, 取健侧卧位, 腰部垫高。腋中线髭嵴上 2 cm 做横行 2 cm 切口 (B 点), 血管钳戳开肌层及腰背筋膜, 示指证实进入腹膜后间隙并推开腹膜, 置入自制气囊 (手套中指绑扎普通导尿管), 充气 600 ml 维持 5 min, 建立腹膜后操作空间, 再于腋前、后线肋缘下在示指引导下分别穿刺置入 10 mm 及 5 mm trocar (A 及 C 点)。经 B 点置入腹腔镜, 维持 CO<sub>2</sub> 压力 10 ~ 12 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。以腰大肌及肾下极为标志, 在肾下极水平找到输尿管, 扩张输尿管与正常输尿管交界处可见膨隆的结石, 在结石段上方以电剪切开输尿管并剪开扩大输尿管切口, 分离并以勾状钳取出结石, 7 例有炎性息肉, 经活检证实, 未作处理。经输尿管切口置入 F<sub>6</sub> 双 J 管, 以 4-0 可吸收线缝合输尿管切口 3 ~ 4 针, 后腹膜腔放置橡胶引流管自 A 点 (腋前线肋缘下穿刺孔) 引出。术毕留

置导尿。

## 2 结果

12 例手术均获成功, 手术时间 70 ~ 160 min, 平均 96 min。术中出血量 20 ~ 60 ml, 平均 45 ml。肠功能恢复时间 16 ~ 30 h。术后 1 例发生漏尿, 经引流 2 周自愈。术后住院 7 ~ 16 d, 平均 11 d。1 个月后经膀胱镜拔除双 J 管。12 例随访 3 ~ 16 个月, 平均 12 个月。B 超及 IVU 检查证实肾积水改善, 无肾积水 3 例, 轻度 6 例, 中度 2 例, 重度 1 例。无输尿管切开处狭窄, 结石无复发。

## 3 讨论

后腹腔镜输尿管上段切开取石手术指征: ESWL 或输尿管镜及经皮肾镜等治疗失败; 结石较大、质硬, 位置较高使用输尿管镜易退回肾盂者<sup>[1]</sup>; 局部滞留时间过长, 有炎性息肉包裹及伴有肾盂输尿管病变需手术治疗者<sup>[2,3]</sup>。

后腹腔镜输尿管上段切开取石术的难点与体会: 经后腹腔途径已成共识<sup>[2,3]</sup>, 本组 12 例均经后腹腔途径手术。我们自 B 点分离进入后腹腔间隙而不从 C 点, 主要考虑防止血管钳戳伤体积增大的肾脏及将主操作孔留在右利手的位置, 这样减少了可能的副损伤, 方便操作。采用气囊扩张, 是出于担心自制气囊一旦破裂, 后腹腔间隙不致像充气破裂那样难以吸尽而水汪汪一片影响操作视野。参照 KUB 平片于肾下极寻找结石段输尿管通常并不困难, 如同开放手术一样从结石上方固定并切开输尿管, 我们用电剪切开后剪开至约结石大小, 取出结石后以勾状钳从主操作孔均顺利取出体外。对炎性息肉术中活检证实后我们认为一般不必处理: ①因为输尿管切口在结石上方, 而在输尿管镜下观察时可见炎性息肉主要是在结石下部包裹支托, 故不可能处理干净; ②炎性息肉是结石滞留输尿管所致, 结石取出后多可逐步消退, 我们 6 个月后的 IVU 显示均

(下转第 934 页)

(上接第 928 页)

未见狭窄及充盈缺损可以证明之;③过度的电灼有致输尿管狭窄之虞。当然如术前发现有输尿管狭窄则另作处理。通常我们用剪开头端的输尿管导管向下插入输尿管切口,再从导管内插入斑马导丝入膀胱,再退出输尿管导管,沿斑马导丝推入双 J 管<sup>[4]</sup>。斑马导丝软端是公认最易通过输尿管者,输尿管导管辅助可使其在腹腔镜下更易插入输尿管。术前不留置导尿,这样置入双 J 管进膀胱后可见尿液从管孔溢出,由此可判定双 J 管位置正确。上端双 J 管直接钳夹置入并无困难。这样放置双 J 管较为方便,未发生放置困难。输尿管切口我们一般缝合 3~4 针,均无漏尿;一例漏尿者因为过于肥胖,仅勉强缝合了一针。与文献报道主张可靠的内引流 + 可靠的缝合以防止漏尿的观点一致<sup>[3~6]</sup>。

后腹腔镜输尿管上段切开取石术具有一次取尽结石,创伤小,出血少,安全高效,术后疼痛轻、恢复快、住院时间短等优点,但也有技术要求高、对同一

部位结石复发者不便重复治疗的缺点。因此必须强调尽可能预防结石复发。

## 参考文献

- 1 李飞平,卢子文,孙方许,等. 输尿管镜治疗输尿管结石 185 例. 中国微创外科杂志,2006,6(9):701-702.
- 2 郭应禄. 泌尿外科内镜诊断治疗学. 北京:北京大学医学出版社,2004. 243-244.
- 3 张旭,朱庆国,马鑫,等. 后腹腔镜输尿管切开取石术 26 例. 临床泌尿外科杂志,2003,18(6):327-329.
- 4 杨江根,方烈奎,尹朝晖,等. 经腹与经腹膜后腹腔镜输尿管切开取石术的比较. 中国微创外科杂志,2006,6(11):883-885.
- 5 韩子华,翁志梁,余志贤,等. 后腹腔镜输尿管切开取石术 20 例报告. 临床泌尿外科杂志,2004,19(12):723-724.
- 6 邹晓峰,黄明,袁源湖,等. 后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术(附 81 例报告). 中华泌尿外科杂志,2004,25(9):613-615.

(收稿日期:2008-12-02)

(修回日期:2009-02-09)

(责任编辑:王惠群)