

〔文章编号〕 1007-0893(2020)16-0191-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.16.096

单纯性肾囊肿腹腔镜微创治疗的效果分析

刘耿峰

(揭阳产业转移工业园区人民医院, 广东 揭阳 515500)

〔摘要〕 目的: 探究传统三孔、单操作孔及单孔后腹腔镜下行肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿的效果。方法: 选取 2018 年 3 月至 2019 年 3 月在揭阳产业转移工业园区人民医院泌尿外科治疗的 90 例单纯性肾囊肿患者, 随机分为 A、B、C 三组, 每组 30 例, A 组使用传统三孔腹腔镜下肾囊肿去顶减压术, B 组使用单操作孔腹腔镜下肾囊肿去顶减压术, C 组使用单孔后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术, 比较三组的各项手术指标、并发症发生率、血清标志物水平变化。结果: A 组和 B 组的手术时间、术中出血量明显少于 C 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 而三组在术后卧床时间、住院时间上比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); C 组在感染、血尿、尿瘘等并发症发生率上明显少于 A 组和 B 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); C 组术后 48 h 的 C 反应蛋白 (CRP) 及内皮素 (ET) 水平明显低于 A 组和 B 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 单孔后腹腔镜下行肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿与传统三孔、单操作孔相比优势并不明显, 手术时间长, 出血量相对较多, 对操作技术的要求高, 但并发症发生率低, 术后炎症反应程度较轻, 临床可根据实际情况选择术式。

〔关键词〕 单纯性肾囊肿; 肾囊肿去顶减压术; 单孔后腹腔镜

〔中图分类号〕 R 699 〔文献标识码〕 B

单纯性肾囊肿是临床常见的肾囊性疾病之一, 多为单侧及单发, 双侧及多发较少见。对于直径超过 4 cm 的囊肿, 会压迫肾盂肾盏, 产生梗阻现象, 损伤肾功能, 表现为腰痛、肉眼血尿、尿路感染症状, 需要手术治疗^[1]。肾囊肿去顶减压术是治疗本病的基本术式, 临床根据入路及创伤不同, 分为开放性手术、传统三孔腹腔镜、单孔腹腔镜、单孔后腹腔镜等方法, 尤其是近年来后腹腔镜在泌尿系统手术中广泛开展, 获得了较好的临床效果^[2]。本研究进一步对比传统三孔、单操作孔及单孔后腹腔镜下行肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 3 月至 2019 年 3 月在本院泌尿外科治疗的 90 例单纯性肾囊肿患者, 随机分为 A、B、C 三组。A 组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 年龄 33 ~ 69 岁, 平均年龄 (42.8 ± 7.9) 岁; B 组 30 例, 男 15 例, 女 15 例, 年龄 31 ~ 69 岁, 平均年龄 (42.4 ± 8.1) 岁; C 组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 年龄 32 ~ 68 岁, 平均年龄 (42.2 ± 8.3) 岁; 所有患者均确诊为单纯性肾囊肿, 经 B 超、CT 及静脉肾盂造影等检查可见囊肿, 肾实质或肾盂肾盏有明显受压症状, 囊肿直径在 48 ~ 102 mm, 平均 (57.8 ± 9.2) mm; 按囊肿部位分类, 肾上极 21 例、肾中极 49 例、肾下极 20 例; 排除合并严重心肺疾病、凝血功能异常、难以纠正的高血压或糖尿病、严重尿路感染等; 比较三组患

者的年龄、性别、囊肿大小及部位等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 A 组 行传统三孔腹腔镜手术, 全麻后取健侧卧位, 抬高并倾斜腰桥 30°, 主切口位于腋中线髭嵴上方 2 ~ 4 cm 处, 横向切 1.5 cm 左右, 钝性分离各层组织, 捅开腰背筋膜, 示指推开腹膜形成腔隙, 插入腹膜扩张气囊, 充气 500 ~ 800 mL, 扩张 3 ~ 5 min 后置入 10 mm Trocar 及腹腔镜, 之后于肋缘下腋前线和腋后线分别做一小切口, 置入 5 mm 和 10 mm Trocar, 连接气腹, 维持气腹压力在 12 ~ 14 mmHg, 用超声刀或电钩切开肾周筋膜和肾脂肪囊, 游离肾脏, 显露囊肿, 提起囊壁, 剪开囊肿, 吸尽囊液, 电灼囊肿切缘, 检查无活动性出血后放置引流管, 关闭切口^[3]。

1.2.2 B 组 行单孔腹腔镜手术, 全麻后取健侧卧位, 抬高并倾斜腰桥 60°, 切口选择在脐周 4 cm 处, 形成单孔通道, 置入 2 个 10 mm Trocar 和 1 个 5 mm Trocar, 进入腹腔后, 找到结肠旁沟, 超声刀切开腹膜, 显露肾周筋膜, 切开肾周筋膜和肾脂肪囊, 找到囊肿, 在距肾实质 0.5 cm 处提起囊壁并切开, 抽吸囊液, 电灼止血, 放置引流管, 结束手术^[4]。

1.2.3 C 组 行单孔后腹腔镜手术, 全麻后取健侧卧位, 抬高并倾斜腰桥 30°, 于腋中线髭嵴上 4 cm 处做一横切口, 长约 3 cm, 钝性分离各层组织进入腹膜后腔, 食指伸入腹膜向前推移, 在 Gerota 筋膜间形成腔隙, 置入扩张气囊, 充气 500 ~ 800 mL, 3 ~ 5 min 后取出气囊, 置入 Olympus

〔收稿日期〕 2020-06-03

〔作者简介〕 刘耿峰, 男, 主治医师, 主要研究方向是腹腔镜单孔, 三孔, 肾囊肿切除。

公司的Triport以及30°腹腔镜,通过操作通道置入腔镜用钳、剪及吸引器,于腰大肌表面切开Gerota筋膜及肾周脂肪囊,显露囊肿,提起囊壁,剪开囊肿,吸尽囊液,沿肾实质0.5 cm处环形剪除大部分囊壁,电灼囊壁边缘止血,检查无活动性出血后留置腹膜后引流管,关节切口^[5]。

1.3 观察指标

记录三组的手术时间、术中出血量、术后卧床时间、住院时间;统计术后感染、血尿、尿瘘等并发症发生率;术前术后检测血清C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)及内皮素(endothelin, ET)水平。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者各项手术及恢复指标比较

A组和B组的手术时间、术中出血量明显少于C组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),而三组在术后卧床时间、住院时间上比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 三组患者各项手术及恢复指标比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	术后卧床时间/d	住院时间/d
A组	84.2 ± 21.7	18.1 ± 5.2	1.6 ± 0.4	5.6 ± 1.3
B组	88.3 ± 22.4	17.9 ± 5.5	1.5 ± 0.3	5.4 ± 1.2
C组	103.5 ± 21.8 ^a	25.7 ± 6.4 ^a	1.1 ± 0.2	5.3 ± 1.1

与A组、B组比较, ^a $P < 0.05$

注: A组一行传统三孔腹腔镜手术; B组一行单孔腹腔镜手术; C组一行单孔后腹腔镜手术

2.2 三组患者手术前后CRP及ET水平比较

C组术后48h的CRP及ET水平明显低于A组和B组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 三组患者手术前后CRP及ET水平比较 ($n = 30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/mg · L ⁻¹	ET/ng · mL ⁻¹
A组	术前	5.6 ± 2.3	34.4 ± 5.8
	术后48h	17.1 ± 3.2	46.1 ± 4.2
B组	术前	5.4 ± 2.0	35.0 ± 5.6
	术后48h	16.7 ± 3.3	45.7 ± 3.9
C组	术前	5.8 ± 2.2	34.7 ± 5.4
	术后48h	12.4 ± 3.5 ^c	40.2 ± 4.5 ^c

与A组、B组比较, ^c $P < 0.05$

注: CRT—C反应蛋白; ET—内皮素; A组一行传统三孔腹腔镜手术; B组一行单孔腹腔镜手术; C组一行单孔后腹腔镜手术

2.3 三组患者并发症发生率比较

C组在感染、血尿、尿瘘等并发症发生率上明显少于A组和B组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 三组患者并发症发生率比较 ($n = 30$, 例)

组别	感染	血尿	尿瘘	总发生/n(%)
A组	2	2	1	5(16.67)
B组	1	2	1	4(13.33)
C组	0	1	0	1(3.33) ^b

与A组、B组比较, ^b $P < 0.05$

注: A组一行传统三孔腹腔镜手术; B组一行单孔腹腔镜手术; C组一行单孔后腹腔镜手术

3 讨论

肾囊肿去顶减压术是治疗单纯性肾囊肿的有效手段,无论是传统三孔腹腔镜、单孔腹腔镜还是单孔后腹腔镜,均可获得良好疗效。但传统三孔法容易发生术中穿刺伤,导致中转开腹几率较高。而单孔手术最大的优势是避免了多次穿刺,有效降低了穿刺风险,但单孔操作对于一些解剖结构较为复杂的患者来说手术难度较大^[6]。单孔操作分为经脐和经后腹两种路径,经后腹入路的解剖标志更清晰,立体解剖强,创伤更小,能够多角度、多方向调节器械,有利于术者判断操作距离及深度,器械进出及操作灵活。但后腹腔镜入路对术者的操作要求较高,需要更高的专注力及准确性,且器械在一个通道内操作,容易“打架”,也会影响腹腔镜的视野,导致盲区的产生,更需要术者熟练运用各个操作器械,减少操作器械的数量,增强主刀与助手之间的配合,减少器械碰撞^[7]。同时使用四面可弯曲的腹腔镜或软镜克服盲区问题,有经验的助手通过旋转30°腹腔镜也能解决这一问题^[8]。

综上所述,传统三孔、单操作孔及单孔后腹腔镜下行肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿的效果相当,单孔后腹腔镜对机体的损伤更小,并发症发生率更低,术后炎症反应也更轻,但操作相对复杂,手术时间较长,出血量较多,临床可根据患者的实际情况选择术式。

(参考文献)

- (1) 彭卫华,黎源,张中华,等.单孔后腹腔镜与传统后腹腔镜肾囊肿去顶减压术的对比研究(J).江西医药,2015,50(11):1188-1190.
- (2) 徐啊白,刘春晓,李虎林.经脐和经后腹膜入路单孔腹腔镜下肾囊肿去顶术的比较研究(J).实用医学杂志,2012,28(6):940-942.
- (3) 郭燕东,王德娟,黄文涛.单孔腹腔镜肾囊肿去顶术与传统腹腔镜手术的对比研究(J).中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2012,6(3):179-181.
- (4) 连乐林,张育周.单孔与传统后腹膜腔镜下肾囊肿去顶术治疗肾盂旁囊肿的对比分析(J).中国医药科学,2016,6(24):207-210.
- (5) 王共先,李煜,傅斌,等.经脐单孔腹腔镜与经后腹腔镜肾囊肿去顶减压术的临床效果比较(J).天津医药,2012,40(10):1067-1068.
- (6) 郑燕深,麦惠洪,李剑峰,等.后腹腔镜肾囊肿去顶减压术后患者应激相关指标水平变化及临床意义分析(J).河北医学,2019,25(2):307-313.
- (7) 张晓峰,常德辉,周逢海,等.单孔后腹腔镜与常规后腹腔镜肾囊肿去顶减压术的临床疗效比较(J).中国医学装备,2015,12(5):84-86.
- (8) 温星桥,王喻,黄文涛.单孔与传统腹腔镜下肾囊肿去顶术的对照研究(J).中国内镜杂志,2012,18(9):961-963.