

〔文章编号〕 1007-0893(2021)15-0105-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.048

腹腔镜下肾囊肿术不同术式的临床效果及术后复发观察

钟海歌 刘伟光 冯治平 温则强 王波

(佛冈县人民医院, 广东 佛冈 511600)

〔摘要〕 目的: 探讨腹腔镜下肾囊肿术中不同操作对预防术后复发的效果。方法: 纳选 2019 年 2 月至 2020 年 10 月于佛冈县人民医院行腹腔镜单纯性肾囊肿去顶术的 82 例患者, 计算机 1:1 随机数列分布分设对照组(残腔烧灼术)和观察组(残腔带蒂脂肪填充)各 41 例。分析两组患者术中术后相关指标、并发症发生情况及术后 6 个月、12 个月复发情况。结果: 两组患者手术时间、术中出血量相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患者引流管拔除时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者术后复发率为 0.00%, 较对照组的 12.20% 更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 腹腔镜下肾囊肿术中囊肿残腔用带蒂脂肪填充可有效缩短引流管拔除时间及住院时间, 于预防肾囊肿复发有显著增益效果。

〔关键词〕 单纯性肾囊肿; 腹腔镜; 肾囊肿术; 脂肪填充

〔中图分类号〕 R 699.2 〔文献标识码〕 B

肾囊肿为泌尿外科高发病症, 当囊肿肿胀程度过大时, 将对肾脏周围组织产生占位性影响, 出现肾功能损害、尿路梗阻、感染、腰痛、血尿等一系列肾实质压迫症候群。囊肿去顶手术为单纯性肾囊肿治疗金标准, 术中通过切除囊肿表层, 减少对肾实质压迫, 从而恢复正常肾脏功能。随着现代微创医学不断发展, 以腹腔镜为指引新型肾脏囊肿去顶术被推广至临床并广泛应用, 手术切口小是其明显特色。但肾囊肿术后患者仍有接近 10% 的复发率, 距离术后时间越长, 这一比例还将持续上升^[1]。为进一步降低术后远期复发率, 本院结合传统术式下囊肿残腔的解剖学结构特点, 特于术中引入带蒂脂肪填充措施, 旨在促进囊腔完全愈合, 消除囊肿复发可能。对此, 特选取本院 41 例腹腔镜下行单纯性肾囊肿的带蒂脂肪填充术的患者开展临床研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳选 2019 年 2 月至 2020 年 10 月于本院行腹腔镜单纯性肾囊肿去顶术的 82 例患者, 计算机 1:1 随机数列分布分设对照组和观察组各 41 例。对照组男 21 例, 女 20 例, 年龄 34~68 岁, 平均年龄(45.71±2.93)岁; 观察组男 22 例, 女 19 例, 年龄 35~67 岁, 平均年龄(44.96±2.49)岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 受试者均经影像学检查或计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查确诊为单纯性肾囊

肿, 且静脉尿路造影所示囊肿与肾集合系统相互独立; 知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 受试者临床诊断考虑为囊性肾癌; 为单纯性肾囊肿术后复发患者; 基础生命指征不稳定的; 血清学凝血指标异常; 合并心肝肾解剖学结构异常的; 认知、精神、意识障碍者。

1.2 方法

1.2.1 观察组 给予患者残腔带蒂脂肪填充, 具体方法如下: (1) 麻醉方式及体位调整: 气管插管全身麻醉, 指导患者健侧卧位并抬高腰部, 保证肾脏手术区域完全暴露;

(2) 置入戳卡: 于患者肋中线肋棘上 2~3 cm 处做 2.0 cm 切口, 钝性分离肌层, 并用示指分割出一腔隙后, 置入充气球囊, 充气状态下保持 5 min, 以便戳卡顺利置入。随后经该开口置入 12 mm 戳卡和腹腔镜, 缝密闭切口, 充入二氧化碳, 压力约为 1.5 kPa, 在镜下再分别于肋缘下腋前线交点处和腋后线交点处, 置入 5 mm 戳卡。(3) 肾周筋膜及脂肪囊分离: 使用超声刀沿着肾包膜分离上述结构, 直至清晰显示肾实质周围边界及囊肿表面;(4) 囊液吸除: 沿着肾囊肿表面吸除囊液即可;(5) 切除顶壁肾囊: 距肾实质边缘 0.5~0.8 cm 处使用超声刀环形切割即可;(6) 残腔带蒂脂肪填充: 于肾周组织处或肾周游离组织处寻找游离且具备囊腔相应填充体积的带蒂脂肪予以填充;(7) 脂肪瓣缝合: 使用 2-0 可吸收缝线沿着囊壁切缘予以缝合后打结固定;(8) 病理送检与止血: 关闭腹腔及留置引流管时需保证完全止血。

〔收稿日期〕 2021-06-24

〔基金项目〕 清远市科技计划项目课题(190827194565701)

〔作者简介〕 钟海歌, 男, 副主任医师, 主要研究方向是泌尿外科疾病诊疗。

1.2.2 对照组 予以残腔烧灼术治疗,步骤(1)~(5)与观察组完全相同,但须在残余囊腔内涂抹适量碘酊烧灼,止血及病理送检措施均一致。

两组患者术后均常规服用抗菌药物抗感染;手术过程中详细记录术中出血量及手术时间以供研究开展。

1.3 观察指标

(1) 两组患者手术相关指标比较:包括手术出血量、术中出血量、引流管拔除时间、住院时间;(2) 两组术后复发率比较:术后两组均随访1年,统计术后复发患者例数。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0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 两组患者手术相关指标比较

两组患者手术时间、术中出血量相比,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者引流管拔除时间、住院时间均短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者手术相关指标比较 ($n = 41, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	引流管拔除时间/d	住院时间/d
对照组	35.21 ± 6.72	24.25 ± 1.27	1.82 ± 0.52	5.31 ± 1.05
观察组	36.12 ± 7.83	24.31 ± 1.36	1.35 ± 0.38 ^a	4.54 ± 1.32 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者术后复发率比较

观察组患者术后复发率为0.00% (0/41),较对照组的12.20% (5/41)更低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

因肾囊肿切除术后患者肾囊壁表面仍残留一定量上皮细胞,其具备生理学分泌活性,易产生而积聚于残腔中,影响预后^[2]。术中通过置入引流管促进术后分泌物充分引流,降低残腔囊液集聚几率,从而降低肾囊肿二次复发可能,但不论采取何种术式,仍存在着因引流不畅而复发的风险。

为减少术后肾囊肿二次复发,一方面术中需尽量保证较大的顶端开窗面积,以便减少术后囊壁粘连可能。传统开放式手术中,要求切口距囊壁切缘距离较近, < 0.5 cm 以内,以减少残留上皮细胞数,考虑到不同操作者手术技术有所区别,易在分离囊壁时出现损伤肾实质诱发术中大出血现象发生^[3]。但在腹腔镜指引操作下,则要求囊壁切缘应 > 0.5 cm,为缝合固定提供足够组织结构支持,且在术中不易伤及肾实质。影响术中出血量的因素另一方面可能与游离肾周脂肪时动作轻柔性不佳有关^[4]。剥离术中尤其易损伤上段输尿管与肾下极囊肿结构,操作不当极易出现组织误伤,

影响预后。本研究结果显示,两组患者术中出血量相比差异无统计学意义($P > 0.05$),表明了腹腔镜手术中不同操作对手术出血量无显著影响。但术中仍需认清肾实质与囊肿壁间的界限,避免诱发术中大出血;为减少并发症发生率,缩短住院时间,提升预后质量,本研究特应用腹腔镜后侧入路术,虽然术中较为影响手术视野,但较小的密闭空间同样具备着较强固定作用,空间体积一定,器官压迫脂肪填充部位,强化了带蒂脂肪的固定作用,且不易影响腹腔中部器官组织,渗血也将随着重力作用向下渗透,引流更为彻底^[5]。本研究中,观察组患者引流管拔除时间短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组患者手术时间相比差异无统计学意义($P > 0.05$),提示带蒂脂肪填充可满足临床诊疗需求。

本研究表明,随访1年后,观察组患者术后复发率为0.00% (0/41),较对照组的12.20% (5/41)更低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因与观察组术中填充带蒂脂肪操作措施有关,取血运及生理活性均正常的肾周游离带蒂脂肪填充,易于固定且可充分占据囊腔剩余空间,后期不易脱落。术后残腔上皮细胞所产生囊液也可被充分吸收,随着血液循环及机体代谢而排出体外,从而缩短了引流管拔除时间;免疫系统对机体自身组织排异反应低,填充脂肪结缔组织可逐步生长并与周围囊壁发生粘连而形成生长整体,最终完全填塞残腔,囊液停止分泌从而消除复发可能。分析对照组患者解剖学复发位点为肾脏上极及中极。分析原因与肾囊肿的生长位置有关,(1) 体位因素,导致患者易出现引流不畅而有少量积液残存于囊腔;(2) 生长因素,若术后囊壁边缘重新与肾周组织相连,则面临着将未引流囊液封闭的风险,形成新的囊肿。尽管术中应用碘酊烧灼破坏囊壁细胞正常生理功能,但用药剂量难以把控,剂量过少易出现复发,剂量过高易对肾脏集合系统造成损伤,影响肾脏正常生理功能^[5]。相关研究表明^[6],术后并发症发生是延长住院时间的关键因素。而本研究中对照组部分患者因术后碘酊烧灼量过多,出现机体不适故适当延长了住院时间。

综上所述,腹腔镜下肾囊肿术中带蒂脂肪填充可有效缩短引流管拔除时间及住院时间,于预防肾囊肿复发有显著增益效果。

[参考文献]

- (1) 周云飞,任选义,师鑫,等.后腹腔镜去顶减压脂肪瓣填塞和经皮穿刺硬化治疗肾囊肿的疗效比较(J).中华实验外科杂志,2019,36(3):573-574.
- (2) 吴晨光,郭君其,谭建明.后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术后囊肿复发的预防方法研究(J).国际泌尿系统杂志,2019,38(3):395-398.
- (3) 管杨波,农绍军,蔡晓晴,等.后腹腔镜下肾囊肿去顶术联合不同方法预防术后复发的效果(J).江苏医药,2019,42(1):55-57.
- (4) 郭伟钊.后腹腔镜肾囊肿去顶术残余囊壁与肾周脂肪缝合

- 填塞治疗肾囊肿 76 例分析 (J). 现代泌尿外科杂志, 2020, 18(3): 304-305.
- (5) 朱汝健, 陈安屏, 汪官富, 等. 后腹腔镜带蒂脂肪填塞防止肾囊肿去顶术后复发 (J). 中国内镜杂志, 2019, 16(12): 1300-1302.
- (6) 袁令兴, 娄庆艳, 徐英民, 等. 后腹腔镜肾囊肿穿刺硬化联合去顶术治疗单纯性肾囊肿的疗效分析 (J). 中国现代医学杂志, 2020, 30(1): 120-123.

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0107-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.049

局部止痛联合静脉镇痛对老年人多发骨折的应用效果

刘晓刚 郑 惠

(郑州大学附属郑州中心医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 研究局部止痛联合静脉镇痛在老年多发骨折患者中的应用效果。**方法:** 选取 2017 年 6 月至 2019 年 6 月郑州大学附属郑州中心医院老年多发骨折患者 137 例, 按镇痛方案不同分观察组 (69 例)、对照组 (68 例)。均根据患者骨折部位行相应复位内固定术治疗, 对照组采用静脉镇痛泵进行术后镇痛, 观察组采用术中局部浸润止痛联合术后静脉镇痛泵镇痛。比较两组患者术后 3 h、6 h、12 h、24 h、48 h 视觉模拟评分法 (VAS) 评分、术后 48 h 内舒芬太尼使用量、不良反应发生率。**结果:** 观察组患者术后 3 h、6 h、12 h、24 h、48 h VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后 48 h 内观察组舒芬太尼使用量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组不良反应发生率为 5.80%, 低于对照组的 19.12%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在术后静脉镇痛基础上联合使用局部浸润止痛可显著提高老年多发骨折患者术后镇痛效果, 减轻疼痛程度, 同时有效减少镇痛药物用量, 减少不良反应。

〔关键词〕 多发骨折; 局部止痛; 静脉镇痛; 老年人

〔中图分类号〕 R 683 **〔文献标识码〕** B

骨质疏松症、全身系统性疾病可导致老年群体抗骨折能力急剧降低, 易使其在低能量外力作用下发生多发性骨折, 影响患者活动自主性及生活质量, 同时加重家庭及社会负担。及时实施手术治疗是改善老年多发骨折患者运动功能的主要手段, 但手术创伤可对患者机体造成二次打击, 使患者产生一系列应激反应及痛感, 进而导致机体内环境紊乱、功能失调, 影响手术效果及术后康复^[1]。术后镇痛在骨折治疗中具有重要病理生理学意义, 其中静脉镇痛泵给药是目前临床实施术后镇痛的主要方式, 可抑制痛觉神经传导过程, 缓解术后疼痛, 但部分患者效果欠佳^[2]。局部浸润止痛属新型镇痛方式, 已在人工关节置换术中广泛应用, 效果确切, 但其对老年多发骨折患者的镇痛效果尚缺乏研究^[3]。本研究选取本院收治的老年多发骨折患者 137 例, 分组研究局部止痛联合静脉镇痛在老年多发骨折患者中的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 6 月至 2019 年 6 月本院老年多发骨折患

者 137 例, 按镇痛方案不同分观察组 (69 例)、对照组 (68 例)。观察组男 32 例, 女 37 例; 年龄 61~73 岁, 平均 (67.34 ± 2.71) 岁; 骨折情况: 2 处骨折 31 例, 3 处骨折 24 例, 3 处以上骨折 14 例; 体质指数 $17.7 \sim 26.3 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 平均 $(22.82 \pm 1.07) \text{ kg} \cdot \text{m}^2$; 手术持续时间 $74 \sim 129 \text{ min}$, 平均 $(92.83 \pm 8.32) \text{ min}$; 对照组男 31 例, 女 37 例; 年龄 61~73 岁, 平均 (66.79 ± 2.84) 岁; 骨折情况: 2 处骨折 30 例, 3 处骨折 23 例, 3 处以上骨折 15 例; 体质指数 $17.9 \sim 25.8 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 平均 $(23.06 \pm 1.13) \text{ kg} \cdot \text{m}^2$; 手术持续时间 $77 \sim 124 \text{ min}$, 平均 $(94.67 \pm 8.51) \text{ min}$; 两组患者性别、年龄、骨折情况、体质指数、手术持续时间等基础资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 均经 X 线片、计算机断层扫描 (computer tomography, CT) 检查确诊为多发骨折, 同时明确骨折部位; 均可行相应复位内固定术治疗; 美国麻醉医师协会 (American society of anesthesiologists, ASA) 分级^[3] \leq II 级。

〔收稿日期〕 2021-05-06

〔作者简介〕 刘晓刚, 男, 副主任医师, 主要研究方向是重症医学方面。