

单孔与传统后腹腔镜下肾囊肿去顶术的对比研究

陈炳 吴海如 俞加法 章华

肾囊肿是最常见的肾囊性疾病之一,其发病率在肾囊性疾病中居首位。长期以来,一直采用开放手术和经皮穿刺硬化方法治疗肾囊肿,但这两种方法都有明显的不足之处。随着微创外科的发展,腹腔镜肾囊肿去顶术已成为一种广泛应用的手术方式^[1]。本次研究分别采用单孔腹腔镜和传统腹腔镜两种手术方法治疗肾囊肿560例,比较两种手术方法的优缺点,探讨肾囊肿手术方法的最佳选择。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析浙江省舟山医院自

2007年1月至2013年10月行后腹腔镜下肾囊肿去顶术的560例患者的临床资料。纳入标准:①囊肿直径>4 cm;②均有不同程度的患侧腰、腹部疼痛,病史>3个月;③均行B超、CT检查确诊为单纯肾囊肿;④均无手术治疗肾囊肿史。其中男性332例、女性228例;年龄25~76岁,平均(55.26±7.68)岁。患者在被告知两种手术方法优缺点后自愿选择手术方法,所有患者均签订知情同意书。560例患者分为单孔后腹腔镜组和传统后腹腔镜组。两组患者性别、年龄和肾囊肿大小、位置等见表1,两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	年龄/岁	囊肿直径/cm	囊肿位置/例		
					肾上极	肾中极	肾下极
单孔法后腹腔镜	366	229/137	57.42±7.58	6.32±1.26	102	122	142
传统法后腹腔镜	194	103/91	61.56±6.24	5.93±1.65	63	59	72

注:后腹腔镜为后腹腔镜。

1.2 方法 单孔后腹腔镜手术组患者采用单孔法后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术:在患者麻醉及常规体位准备后,手术者于腋中线髭嵴上两横指处作1 cm切口,从切口处将气腹针刺入腹膜后间隙,充入2 L CO₂,提起腹壁,从原切口处穿刺进入10 mm Trocar,置入德国Wolf 20°腹腔镜(型号8912.40)。在工作通道内用特制长操作钳打开Gerota筋膜,再用自制的气囊扩张腹膜后间隙。分离暴露肾囊肿后,用镜面钝性分离肾囊肿。肾囊肿游离后,以电钩切开囊肿,观察并吸净囊液。然后,在肋缘下距肾囊肿最近位置穿刺置入特制鱼钩状穿刺针后挑起囊壁并旋转。沿囊壁边缘用长电钩切除囊壁。囊腔内注

入无水酒精保留5 min后吸净。观察手术野无明显出血后放置引流管引流。传统后腹腔镜手术组患者采用传统法后腹腔镜肾囊肿去顶减压术:手术者于腋中线髭嵴上方2 cm处切开皮肤约2 cm,利用自制气囊建立后腹腔。伸入手指,在其引导下分别于腋后线肋缘下及腋前线肋缘下穿刺置入10 mm与5 mm Trocar。髭嵴上曲卡连接气腹机、注入CO₂气体,插入腹腔镜。其余操作同单孔腹腔镜后腹腔镜途径。

1.3 观察指标 观察记录两组手术时间、术中出血量、住院时间等。随访6个月,观察术后并发症及预后。

1.4 统计学方法 应用SPSS 19.0进行统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两个样本均数比较用 t 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术式治疗单纯性肾囊肿均获成功,无明显手术并发症。单孔组术中无中转传统腹腔镜病例。所有患者术后均完成随访,随访6个月,均无复发病例。单孔腹腔镜组术后切口美观,瘢痕较少,患者对美容效果更满意。

2.2 两组患者手术时间、出血量、住院时间比较见表2

表2 两组患者手术时间、出血量、住院时间比较

组别	手术时间 /min	出血量 /ml	住院时间 /d
单孔后腹腔镜组	60.56 ± 25.63	25.44 ± 6.74	5.93 ± 1.51
传统后腹腔镜组	55.35 ± 20.04	17.86 ± 5.23	5.31 ± 1.48

注:后腹腔镜为后腹膜腔镜。

由表2可见,两组患者手术时间、出血量、住院时间比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.14、0.76、0.27, P 均>0.05)。

3 讨论

单纯性肾囊肿是泌尿外科的常见疾病之一,通常为单侧和单发,但也有多发和双侧发生情况。囊肿可逐渐增大压迫肾盂、肾盏及肾实质,可导致肾功能损害,或合并血尿、腰痛及囊肿外凸引起输尿管梗阻。近年来随着B超、CT等影像学的诊断水平的提高,单纯性肾囊肿的发现率亦不断增加^[1]。治疗方法有:①B超引导穿刺引流,该法受囊肿解剖位置的影响往往难以操作,且容易复发。②肾囊肿开放去顶减压术,虽疗效肯定,但创伤太大,术后患者体力活动影响大。③传统腹腔镜下肾囊肿去顶减压术,创伤与传统腹腔镜手术相似,切口欠美观。④采用经皮肾造瘘肾囊肿内切开引流减压,术治疗肾囊肿常有术中出血、视野模糊、操作难度大,且受囊肿解剖部位的限制,术后并发症如复发、感染及尿瘘等多^[2]。

随着腹腔镜手术在泌尿外科的发展,单纯肾囊肿去顶减压术已逐渐被标准腹腔镜手术取代。近几年来,有学者提出“腹壁无疤痕手术”,其主要分为经自然腔道内镜手术和单孔腹腔镜手术。因此,本次研究也将单孔后腹膜腔镜手术首先应用于肾囊肿去顶术,结果发现单孔后腹膜腔镜手术在手术时间、术中出血量、住院时间方面与传统后腹膜腔镜术式相比,无明显差异(P 均>0.05)。这说明对于治疗肾囊肿,单孔后腹腔镜与传统后腹腔镜在手术创伤、手术操作难度和术后恢复时间方面不存在明显差异,但单孔法因其创伤小,具有良好的美容效果。与传统后腹腔镜手术相比,单孔后腹腔镜技术也有其不足^[3]:①单孔后腹腔镜违反了传统的“三角分布”原则,术中器

械容易碰撞,表现为所谓“筷子效应”。②单孔后腹腔镜因其不能增加额外套管,使其操作视野不尽如人意,尤其在肥胖患者或肾囊肿位于肾上级、肾腹侧,影响操作。③单孔后腹腔镜其手术器械都经单一通道,易造成拥挤现象。手术中各手术器械之间角度很小,处理腹侧囊肿时,由于囊肿距离较远,同时需要充分游离肾脏方可暴露囊肿,手术器械相互之间干扰较大,此时手术操作难度将明显增大。

此前文献报道均涉及单纯性肾囊肿小样本的试验研究^[4,5],验证了单孔后腹腔镜治疗肾囊肿的可行性。本次研究报道了较大样本的对比研究,亦得到一致结果。因此,本次研究建议单孔后腹腔镜不应局限于肾囊肿的手术应用中,肾切除、肾部分切除、肾上腺切除、肾盂输尿管成形等手术均可以采用此种手术方法。为了更好地解决美观及手术操作中器械摩擦的问题,亦可以选择经脐切口的单孔技术,此种方法经自然通道,切口愈合后更不易发现瘢痕。经脐切口的腹腔镜技术为经腹腔途径,可增加了手术空间。虽然有肠道的干扰,但文献表明,经腹腔途径进行泌尿外科腹腔镜手术并不明显增加肠道意外损伤等并发症的发生^[6]。前列腺癌及全膀胱切除术在分离前列腺时需充分暴露前列腺背侧,需更宽的三角操作关系,所以认为更适合传统腹腔镜手术或达芬奇操作系统。

本次研究表明单孔后腹腔镜法治疗肾囊肿其在手术时间、出血量、住院时间与传统后腹腔镜相似,两组具有相同的治疗效果,但其微创、美容效果更明显。

参考文献

- 1 吴阶平.泌尿外科学[M].济南:山东科技出版社,2004.1715-1718.
- 2 许小明,陈炳,刘晓明,等.单孔法后腹膜腔镜下肾囊肿去顶术[J].中华泌尿外科杂志,2007,28(5):325-327.
- 3 孙颖浩.单孔腹腔镜在泌尿外科的发展现状及展望[J].中国微创外科杂志,2010,10(1):23-24.
- 4 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.
- 5 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.
- 6 Rassweiler JJ, Teber D, Frede T. Complications of laparoscopic pyeloplasty[J]. World J Urol, 2008, 26(6):539-547.

(收稿日期 2016-03-07)

(本文编辑 蔡华波)