维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 4

后腹腔镜去顶减压术治疗单纯性肾囊肿

卓文利[1]，王安喜[1]，靳风烁[2]，李黔生[2]，聂志林[2]，陆晓哲[1]，黄 霆[1]（1. 解放军第81医院泌尿外科，江苏 南京 210002；2. 第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所泌尿外科，重庆 400042）

［摘 要］ **目的** 总结经后腹腔镜下囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿的经验，讨论手术适应证及手术要点。**方法** 回顾分析36例经腹膜后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿的临床资料。**结果** 36例中男21例，女15例，年龄33～67岁，平均51岁。病程1月～9年，平均5.5年，27例有患侧间断性腰腹部胀痛，3例伴高血压，囊肿直径5.5～7.8 cm。全部病例手术均获成功，无中转开放手术，未发生严重并发症，随访2～24个月，没有复发病例。**结论** 经腹膜后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗单纯性肾囊肿创伤小、康复快、安全有效，可作为单纯性肾囊肿治疗的首选术式。

［关键词］肾囊肿；后腹腔镜；减压术
［中图分类号］R692.12 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2007)04-0232-03

Retroperitoneoscopic unroofing and decompression in the management of renal simple cyst

ZHUO Wen-li, WANG An-xi, JIN Feng-shuo, LI Qian-sheng, NIE Zhi-lin, LU Xiao-zhe, HUANG Ting (Department of Urology, 81st Hospital of PLA, Nanjing Jiangsu 210002, China)

Abstract: Objective To explore retroperitoneoscopic unroofing and decompression of renal simple cyst. **Methods** The clinical data of 36 cases of renal simple cysts treated by retroperitoneoscopic unroofing and decompression were retrospectively analyzed. **Results** All patients were successful. Conversion from the laparoscopic procedure to laparotomy was never required. No severe complication occurred. 36 cases were followed up for 2 months to 24 months. No patient recurred. **Conclusion** Retroperitoneoscopic unroofing and decompression is a safe, effective and minimally invasive treatment for renal simple cyst. It should be the first choice for treatment of renal simple cyst.

Keywords: renal cyst; retroperitoneoscopy; decompression procedure

肾囊肿可对肾实质及集合系统造成压迫，引起肾功能损害及相应症状出现，一般认为直径大于4 cm时为手术适应症。以前治疗多采用开放手术去顶减压术，患者创伤大，术后恢复时间长。自1992年Gaur[1]首先报道后腹腔镜入路以来，经后腹腔镜治疗肾囊肿得到了广泛开展。2005年1月至2007年1月，我们采用后腹腔镜治疗单纯性肾囊肿36例，术后恢复好，随访2～24个月，无复发病例，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组36例中男21例，女15例，年龄33～67岁，平均51岁。病程1月～9年，平均5.5年，27例有患侧间断性腰腹部胀痛，9例无临床症状于体检时B超偶然发现，3例伴高血压。囊肿直径5.5～7.8 cm。囊肿位于左肾16例，右肾20例；肾脏上极12例，中部7例，下极17例。所有病例均经泌尿系B超、静脉肾盂造影及肾脏CT检查确诊。其中3例为注射硬化剂治疗后复发病例，肾盂旁囊肿2例。B超检查确定囊肿部位及大小，常规静脉肾盂造影检查确定囊肿与肾脏集合系统不相通，CT增强扫描明确囊肿和肾脏血管、肾脏集合系统之间的关系。

1.2 手术方法

患者采用气管插管全麻25例，采用硬膜外麻醉11例。均采用后腹腔镜方式完成手术，使用美国斯赛克腹腔镜。患者健侧卧位，在12肋缘下骶脊肌外缘作长约1.5 cm的纵行切口（A点），长弯血管钳分离到腹膜后间隙，放入自制气囊导管，注水500～800 ml，保留5 min去除水囊；在腋前线肋缘下作0.5 cm的切口（B孔），放入5 mm Trocar，在腋中线髂嵴上1.5 cm处作1.0 cm的切口（C孔），放入10 mm Trocar，A孔也放入10 mm Trocar。充入CO_2气体，气压维持在10～15 mmHg，C孔Trocar放入窥镜，A、B两孔放操作器件，超声刀切开背侧肾周筋膜，根据术前囊肿定位，钝性加锐性直接分离囊肿部位，游离囊肿，在距肾实质约0.5 cm处用超声刀切除囊肿顶壁，边缘超声刀低档止血，吸净囊液，减小CO_2压力至5 mmHg，检查无活动性出血，从C孔放入引流管，退出所有器械，结束手术。

2 结果

本组用后腹腔镜治疗单纯性肾囊肿的36例病人，均顺利完成手术，无中转开腹，手术时间35～110 min，平均51 min，出血20～100 ml，平均50 ml，无输血病例。术后当日或次日胃

［作者简介］卓文利(1970－)，男，福建省福鼎市人，主治医师，博士，主要从事泌尿外科临床和基础研究。电话：(025)80864048，Email：zwli1970@hotmail.com

［收稿日期］2007-03-25 ［修回日期］2007-05-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

肠功能恢复,术后2~3 d拔除引流管,平均住院6.5 d。术后病理诊断为单纯性肾囊肿。随访2~24个月,平均10个月,B超复查未见囊肿复发。

3 讨论

单纯性肾囊肿是成人常见疾病。一般认为体积较小,而且没有症状的单纯性肾囊肿无须治疗。但当囊肿直径≥4 cm,有严重压迫症状,或并发有出血、感染、高血压、肿瘤或囊肿与肾盂肾盏相通等并发症时则需积极治疗[2]。处理方法主要有三种:①B超或CT引导下引流加硬化剂注射,此术式有近60年历史,因创伤小,曾一度广为应用,缺点是复发率较高,治愈率不足50%;②开腹手术,适用于肾脏各部位囊肿,效果可靠,缺点是创伤大、并发症多、住院时间长、费用高;③腹腔镜手术,具有创伤小、效果可靠、并发症少、复发率低的优点。经过多年探索与普及,腹膜后间隙入路已成为肾脏外科安全可靠的手术途径。张旭等[3]通过开放手术与腹腔镜手术治疗肾囊肿的对比,认为腹腔镜肾囊肿去顶减压术是肾囊肿治疗的最佳选择。

本文认为对于位于肾脏上极、肾脏腹侧面、肾盂旁的囊肿及多发性囊肿,穿刺困难,且有损伤胸膜、肾脏血管的危险,以往常规开放手术行囊肿去顶减压,虽疗效肯定,但手术创伤大,术后病人恢复慢,尤其适合于行后腹腔镜肾囊肿去顶减压术治疗。后腹腔镜肾囊肿去顶减压术具有创伤小、恢复快等优点,病人乐意接受[4]。本组36例患者采用后腹腔镜肾囊肿去顶减压术均获成功,无1例改开放手术,术中出血极少,手术在腹膜外进行,对肠功能影响很少,术后24 h即开始进饮食,术后恢复快,住院时间显著缩短,无明显并发症,随访2~24个月,无1例复发。

术前完善的检查对施行后腹腔镜肾囊肿去顶减压术非常重要。B超检查多在入院前完成,但B超有时不能确定肾脏的囊性变为肾囊肿或肾积水,静脉尿路造影则可进一步排除肾积水。CT对肾囊肿的定位较精确,增强片可明确有无与肾盂交通的情况。CT还可明确囊肿和肾脏的关系,如发现囊肿没有突出于肾脏表面,术中寻找囊肿往往十分困难,此类病例应当避免行后腹腔手术。我们认为,CT扫描应列为术前常规检查,有助于手术中定位。

腹腔镜手术治疗肾囊肿有经腹腔和经腹膜后途径两种。前者具有视野大、解剖标志清楚,可同时处理两侧病变及腹腔合并症等优点,但是操作受腹腔脏器的影响,需4~5个穿刺孔,并有可能发生腹腔并发症,对位于肾脏背侧的囊肿处理有一定难度。后者一般仅需3个穿刺孔,可避免腹腔并发症。但因后腹腔空间小、解剖标志不清,增加了手术定位和操作难度[5]。我们体会是只要穿刺点选位恰当,可避免损伤腰大肌和腹膜,同时有利于术中操作;以腰大肌为标志,靠近腰大肌纵行切开Gerota's筋膜,可避免损伤腹膜,如不慎损伤腹膜,腹膜后间隙变小,会影响操作,可立即在腹腔镜下进行缝合修补,避免大量气体进入腹腔;如已有大量气体进入腹腔,可行腹腔穿刺,放出气体减压。根据术前定位,在相应部位游离肾脏及囊肿,但不要广泛游离肾脏;囊肿切除顶壁时,切缘不宜太靠近肾实质,距肾实质0.5 cm作切除较安全,切缘可用超声刀低档或电凝止血或缝扎止血。对于并发感染的囊肿,可用甲硝唑液冲洗囊腔或庆大霉素加生理盐水冲洗术野,减少污染。对于肾盂旁囊肿,朱方强等[6]认为手术成功要注意如下几点:①Tocar选位恰当,A孔不宜太靠后,否则易损伤腰大肌,导致出血;B孔不宜太靠前,以免Tocar损伤腹膜;C孔一般距髂嵴1.5 cm较适宜。②肥胖患者宜清除一定范围的肾周脂肪,减少腹膜损伤的机会。③以腰大肌为识别标志,纵行切开Gerota筋膜,可避免损伤腹膜。④根据CT定位,沿肾动脉分离到肾门寻找肾盂旁囊肿壁,也可以从肾下极向肾门分离,注意识别肾盂与囊肿,避免损伤肾血管,防止发生大出血,尽量不要为囊肿而广泛游离肾脏,增加创伤。本文认为根据术前CT检查确定囊肿与肾血管、肾盂的关系,以肾血管为标志,分离到肾门,暴露肾盂旁囊肿的部分顶壁,钳住顶壁,放出囊内液,再钝性分离囊肿,将囊肿壁尽量牵出肾门,超声刀切除囊壁,特别小心避免损伤肾盂、肾血管[7-8]。

肾周血肿是术后并发症之一[9]。由于CO_2的压力,术中小血管破裂可不出血,手术结束时应减小压力至0.66 kPa左右,检查有无活动性出血。本组36例均无出血性并发症。另一常见并发症为皮下气肿,本组仅2例,均在2 d后自行吸收,此手术积气量一般较少,多不必特殊处理。

总之,我们认为后腹腔镜肾囊肿去顶减压术是一种难度小,出血少,并发症少,恢复快,住院日短的手术,应成为单纯性肾囊肿治疗的常规、首选方法。

[参考文献]

[1] Gaur DD. Laparoscopic operative retroperitoneoscopy:use of a new device[J]. J Urol,1992,148(4):1137-1138.

[2] Bartholomew TH, Solvis TL, Kroovand RL, et al. The sonographic evaluation and management of simple renal cysts in children[J]. J Urol,1980,123(5):732-736.

[3] 张 旭,叶章群,宋晓东,等. 腹腔镜与开放性囊肿去顶术的比较(附30例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志,2001,16(4):220-

维普资讯 http://www.cqvip.com

221.
[4] Munch LC, Gill IS, McRoberts JW. Laparoscopic retroperitoneal renal cystectomy[J]. J Urol,1994,151(1):135-138.
[5] 徐忠华,崔先泉,胡三元,等.后腹腔镜手术治疗肾囊肿22例[J].山东大学学报(医学版),2003,41(6):716-718
[6] 朱方强,江 军,靳凤烁,等. 后腹腔镜治疗肾盂旁囊肿[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(10):625-626.
[7] 李 文,徐友明,余建华,等. 经后腹腔腹腔与开放性肾囊肿去顶术疗效比较[J].临床泌尿外科杂志,2002,17(6):321-322.
[8] 王缉胜,何 健,覃广清,等. 肾脏囊性病变的CT诊断(附180例报告)[J].广西医学,2001,23(6):1477-1478.
[9] 赵 军,鞠 文,曾甫清,等.经腹膜后腹腔镜囊肿去顶术治疗肾囊肿的初步体会[J].临床泌尿外科杂志,2002,17(12):646-647.

(编辑:蒋登金)

腓肠神经滋养血管皮瓣蒂部解剖要点

沈运彪,叶祥柏,王锡华,石东文,陈忠勇 (兰州军区乌鲁木齐总医院烧伤整形科,新疆 乌鲁木齐 830000)

[关键词] 腓肠神经;皮瓣;滋养;解剖
[中图分类号] R62;R322 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0234-01

腓肠神经滋养血管皮瓣是整形外科应用越来越广泛的一个优良皮瓣,它损伤代价小,应用灵活,转移距离长,皮瓣面积大小可灵活掌握,成活率高。皮瓣解剖成功与否的关键在于蒂部的解剖,解剖学和一系列手术学均无该皮瓣的解剖阐述,现就我院所做的24例腓肠神经滋养血管皮瓣足踝部和小腿下段软组织缺损的蒂部解剖技巧与同行探讨。

1 解剖要点

皮瓣设计根据创面大小,超过创面直径2~3 cm,要上宽下窄。蒂部旋转点在踝上4.5~5 cm,蒂部宽约4 cm,原则上越宽越好,皮瓣最上端可达腘窝下5 cm。首先行皮瓣远端切开,皮肤皮下切开后止血,同时切开深筋膜,将深筋膜与皮下缝合固定以防止皮瓣组织层次分离。于深筋膜下找到腓肠神经、小隐静脉,游离后切断结扎。沿深筋膜深面向下游离,将肌肉组织小心分离,至皮瓣近端时,蒂部与皮瓣接壤处只切开皮肤,务必保留深筋膜和皮下组织的完整性。沿蒂部中间切开皮肤,小心向两侧剥离皮肤,保留皮下和深筋膜,直至两侧设计线。自皮瓣两侧深筋膜向下用组织剪沿深筋膜纤维方向剪开深筋膜,小心分离深筋膜与深部组织,尽可能保留深部血管穿支和交通支,尤其是踝上5 cm附近的血管。

2 手术注意事项

手术成功必须注意:①皮瓣蒂部要比皮瓣与创面间的距离长约1.5 cm,必要时转移时可以行明道转移。②蒂部设计要尽量宽,游离时防止锯齿样切开蒂部两侧,这样才能保证皮瓣血运。③皮瓣大小基本能够满足足部缺损的修复需要,设计时长度可以适当放宽,但宽度要保守些。

3 讨论

采用带腓肠神经滋养血管蒂岛状皮瓣修复足踝部和小腿下段软组织缺损,具有血供好,厚薄适中,行走时稳定,局部耐磨擦等优点,且神经血管蒂解剖恒定,位置表浅,手术操作简单,不牺牲主要动脉,不影响肢体远端血运。缺点是腓肠神经切断后,足跟外侧麻木,感觉障碍需数月才有不同程度恢复[2]。因足部、胫前区软组织少的解剖特点,以腓肠神经滋养血管为蒂的岛状皮瓣修复术后肿胀反应重,不仅易发生静脉和动脉危象而且发生率也较其它部位高,故术后应严密观察皮瓣血运情况。术后皮瓣一般有轻微水肿,这是手术创伤所致的正常组织反应,一般术后数天后逐渐改善无需特殊处理,若皮瓣肿胀明显或出现水泡时应及时处理。毛细血管充盈反应是早期发生动静脉危象的简单有效的监测手段,可用棉杆棒在皮瓣表面轻轻划痕或用小指指腹压迫移植皮肤呈苍白。压迫物移去后皮色应在1~2 s内转红润,若超过5 s或反应不明显时,应警惕有循环障碍存在[3]。

[收稿日期] 2007-02-10 [修回日期] 2007-04-16

[参考文献]

[1] 姜炳春,张 昆,朱海心,等.腓肠神经营养血管蒂逆行岛状皮瓣的临床应用[J].局解手术学杂志,2005,14(2):84-85.
[2] 程世茂,岑文广,谢 军. 带腓肠神经滋养血管蒂岛状皮瓣的临床应用[J]. 广西医学,2006,28(10):1657.
[3] 韦宏文. 以腓肠神经滋养血管为蒂岛状皮瓣术后观察及护理[J].广西医学,2002,24(2):286.

(编辑:左艳芳)