DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.1987.03.012

侧腰部直切口施行肾盂输尿管取石术

第二医院泌尿外科

杨光永、乔天恩、郑光天、张唯力、何士元

提要：本文报告30例共31侧肾盂，输尿管结石经侧腰部直切口施行了取石术。本切口适合于L_2下缘至L_5上缘之间输尿管结石和肾外型肾盂单个结石的手术处理。本切口系通过肌间隙解剖入路，具有损伤小，出血少，并发症少，大多数病人恢复迅速。对虚弱的双侧性结石患者更可以同期施行双侧取石手术。

关键词：肾盂；输尿管结石

肾盂、上段输尿管手术通常采用腰部斜切口施行，手术显露好，但组织创伤较大。采用侧腰部直切口进行肾盂，上段输尿管切开取石术，手术顺利，效果满意。

临床资料

自1979年以来我科共采用侧腰部直切口施行了30例31侧肾盂、输尿管切开取石术。其中肾外型肾盂单个结石二例，输尿管结石28例29侧，右侧16例，左侧11例，双侧1例。输尿管结石都位于L_2下缘至L_5上缘之间。2例输尿管结石于术中移至肾盂内，需斜行剪开11肋间，切开肾盂取出结石，手术时间分别为104分和125分钟。其余患者手术顺利，手术时间多在60分钟左右，最短42分钟。1例双侧上段输尿管结石伴有尿毒症的患者，同期施行了双侧取石术。全组病人术后都迅速康复，1—3日起床，8—10日出院，未发生神经痛。手术操作：

患者取侧卧位，患侧向上，对侧腰部垫枕使患者呈过伸位，增加显露。沿腋中线自12肋骨尖端至髂嵴上缘之间作纵行切口约8—10cm长。切开皮肤，皮下组织后显露背阔肌，腹外斜肌和其下份的腰下三角，从下向上钝性分离并牵开二肌肉，然后由下向上剪开腰背筋膜，注意保护两层腰背筋膜之间的T12神经。用手指钝性分离腹膜后脂肪，同时触扪结石，一旦找到结石可将两把输尿管钳放在结石上下端，控制结石，防止移位。然后行输尿管切开取石术。

讨论

长期以来对于肾盂、上段输尿管结石习惯上采用第11肋间或12肋下斜切口处理，显露好，但是创伤较大，恢复慢。近10多年来国内国外已开始采用腰背部直切口进行肾盂，上段输尿管手术。在文献中直切口有较广的涵义，如腰部直切口[1]、背部直切口[2]、改良腰部切口[3]、腰部近直切口[4]、腰背部直切口[5]等。这些切口基本上分属于经背部和侧腰部两大类。

我们的体会是经侧腰部直切口优于背部直切口和腰部斜切口。采用背部直切口患者必须取俯卧位，使病人尤其是体弱年迈患者感到呼吸困难，不易耐受。本取口取侧卧位，不会影响呼吸，较为舒适。腰部斜切口要切断肌肉、神经、血管，创伤较大。本切口通过肌间隙解剖入路，剪开的仅腰背筋膜，创伤小，操作简便，省时，而且术后康复快。本切口对于虚弱患者尤其有益，双侧患者更可以同期施行双侧手术。

侧腰部直切口的要点是准确分离肌间隙。通过肌间隙操作，创伤小(图1)准确分离

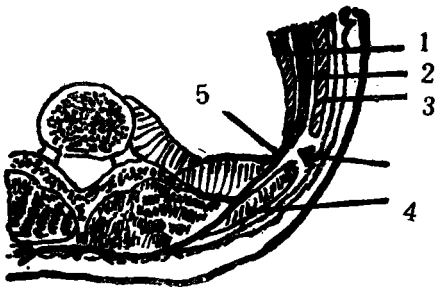


图1 经L_3断面箭头示创伤最小入路

1.腹横肌 2.腹内斜肌 3.腹外斜肌
4.背阔肌 5.腰背筋膜

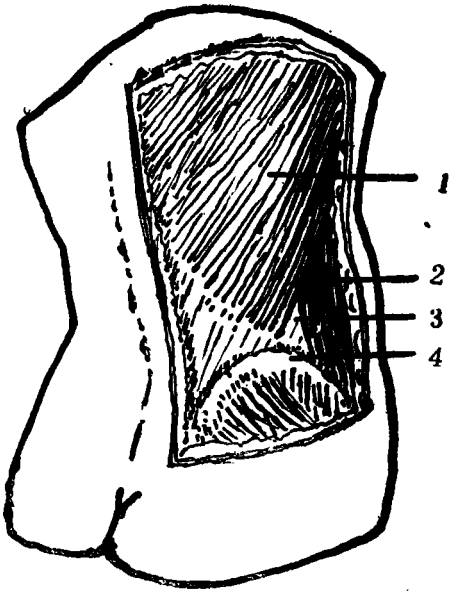


图2 右侧腰下三角局部解剖

1.背阔肌 2.腹外斜肌 3.腰下三角 4.髂嵴

肌间隙的关键在于(1)切口线要准确，应沿腋中线，自12肋骨尖端至髂嵴上缘之间纵行切开，如切口偏前或偏后，则切口可能和肌间隙不在同一线上，分离肌间隙可能发生困难。(2)应从腰三角入手。腰下三角位于切口下端(图2)，二肌肉在腰三角分离较远，且背阔肌已变成腱性组织，容易辨认，自可准确分离。

关于侧腰部直切口的应用病例问题。我们通过30例31侧肾盂、输尿管取石术体会到本切口的最佳应用病例是L_2下缘至L_5上缘之间的输尿管结石，因为该段结石正对切口，显露好。其次也适用于肾外型肾盂单个结石。严格掌握手术应用范围，手术当可顺利，省时。应用范围放得过宽，则取石困难，常常需要延长切口，不仅费时，而且创伤增大，失去本切口创伤小的固有优点。

侧腰部直切口对上段输尿管结石和肾外型肾盂结石的手术处理简便实用，值得推广。

参考文献

[1] 李运康，等. 中华泌尿外科杂志，1983；4：10
[2] 吴万春，等. 江苏医药 1979；(6)：40
[3] Gardiner RA, et al. Br J Urol 1979；51：256
[4] 高振强，袁子彦，中华外科杂志 1978；16：40
[5] 顾祥明，等. 中华外科杂志 1981；19：310

VERTICAL LATERAL LUMBAR INCISION FOR PELVI URETEROLITHOTOMY

Division of Urology, The Second Hosputal
Yang Guangyong et al

Through a vertical lateral lumbar incision 31 pelvi-ureterolithotomies in 30 patients were performed, the incision is suitable to ureteral stones located between the lower borber of L_2 and the upper borber of L_5 and to single extrarenal pelvic stones. This incision is made through the intermuscular space, with less trauma, less bleeding and less complication and most patients recovered quickly. This procedure is particularly useful for simultaneous bilateral lithotomy in those patients with poor general condition

KEY WORDS, Kidney pelvis; Ureteral calculi