DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.07.032

出血，1例为未按要求定期随访、行眼底荧光造影及激光治疗者，另1例为术后血糖控制不良，视网膜病变加重，未及时处理后再出血，其余病例病情稳定。

3.4 不同病因的玻璃体积血治疗结果分析

本组资料提示术后Eales病组功能成功率较高，且视力恢复0.3以上占50%，考虑和病变往往位于视网膜周边部，黄斑较少受累有关。视网膜静脉阻塞视力预后与阻塞部位及病情程度有关，虽功能成功率较高，但因为往往黄斑受累，黄斑水肿，术后视力0.3以上者较少。糖尿病患者因视网膜新生血管膜形成，牵引性视网膜脱离，视网膜新生血管或黄斑水肿，故解剖成功受影响，功能成功率低[7,8]。

参考文献：

[1] 惠延年. 玻璃体出血的原因[A]. 见：李鸣凤 主编. 眼科全书中册[M]. 1996. 2417-2420.
[2] 胡玉章，杨 蓉，曾继红. 玻璃体积血144例病因分析[J]. 中华眼底杂志，1999，15(3)：134.
[3] 曹永葆，潘松杨. 玻璃体切除术治疗玻璃体积血的临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志，2001，23(4)：435-436.
[4] 王文吉. 玻璃体积血及手术治疗[J]. 中华眼底病杂志，1997，13(3)：177-178.
[5] 穆 翔，赵秉水. 玻璃体切除联合眼内激光治疗玻璃体积血临床报告[J]. 临床眼科杂志，2001，9(1)：76-77.
[6] Atmaca L S, Batioglu F, Atmaca S P. A long-term follow-up of Eales' disease[J]. Ocul Immunol Inflamm, 2002, 10(3): 213-221.
[7] Potter M J, Myckatyn S O, Mabeeley A L, *et al*. Lee vitrectomy for pars planitis complicated by vitreous hemorrhage: visual outcome and long-term follow-up[J]. Am J Ophthalmol, 2001, 131(4): 514-515.
[8] 吕 林，高汝龙，李春芳. 糖尿病性玻璃体积血与其他非创伤性积血的手术对比研究[J]. 中国实用眼科杂志，1998，16(8)：466-468.

（编辑 汪勤俭）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2004)07-0636-01

后腹腔镜去顶减压术治疗肾囊肿的疗效

Retroperitoneoscopic unroofing and decompression in the management of renal cysts

朱方强，江 军，靳凤烁，王洛夫，李彦锋 （第三军医大学大坪医院野战外科研究所泌尿外科，重庆 400042）

我院自2000年12月到2003年6月，采用后腹腔镜治疗肾囊肿26例，术后恢复好，随访2~29个月，无复发。现报告如下。

1 资料与方法

本组26例，男性12例，女性14例，年龄32~72岁。均选择肾上极、肾脏腹侧面、或肾盂旁，直径大于6 cm囊肿以及多发性囊肿，经B超引导穿刺治疗困难者。其中右侧10例，左侧14例，双侧2例，肾盂旁囊肿6例，多发性囊肿4例。B超检查确定囊肿部位及大小，常规IVP检查确定囊肿与肾脏集合系统不相通。肾盂旁囊肿行CT扫描。

采用美国斯赛克腹腔镜。均采用后腹腔镜方式完成手术。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0.8 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+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，从C孔放入引流管，结束手术。

2 结果

本组用后腹腔镜治疗肾囊肿的26例病人，全部手术成功，无1例改开放手术，手术时间35~110 min，平均51 min，出血20~40 ml，无1例并发症发生。术后1 d拔除引流管，平均住院6.5 d。随访2~29个月，平均10个月，无1例复发。

3 讨论

单纯性肾囊肿发病率较高，一般囊肿直径超过4 cm可考虑治疗。直径6 cm以下，位于肾脏中部或下极的囊肿，采用B超诱导囊肿穿刺注射硬化剂的方案，治疗安全、创伤小、疗效较为肯定，而囊肿直径超过6 cm，采用穿刺治疗方案，囊肿复发率较高，尤其肾脏上极、腹侧面、肾盂旁囊肿及多发性囊肿，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[1]。后腹腔镜肾囊肿去顶减压术具有微创小、恢复快[2]等优点，病人乐意接受。本组26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

（下转639页）

作者简介：朱方强(1965-)，男，四川省长宁县人，主治医师，讲师，主要从事腔道泌尿外科及器官移植方面的研究，发表论文10余篇。电话：(023)68757344

收稿日期：2003-07-01；修回日期：2004-03-09

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

检查显示有少量残余分流, 5 例 PDA 患者即刻造影有少量缝隙分流, 但 15 min 后复查缝隙分流消失; 无并发症发生。进一步证明用 Amplatzer 封堵器治疗 ASD 与 PDA 安全、有效, 有着较好的临床应用前景。

3.2　用 Amplatzer 封堵器介入治疗 ASD 与 PDA 的几点体会

①术前及术中反复行心脏超声检查, 是 ASD 介入治疗成功的前提与保证。由于房间隔缺损的结构特点及其毗邻结构的特殊性, 术前要求了解 ASD 的大小及缺损周缘情况, 术中既要准确判断封堵器的形态、位置、是否完全加在房间隔上, 又要了解是否影响心脏瓣膜活动及有无残余分流, 这些均要靠心脏超声检查来完成。一般认为, 对于有经验的心脏超声检查人员来说, 不需借助食道超声即可可完成。李寰等[7] 的经验证明, 在指导 ASD 介入治疗时, 经胸超声完全可以取代食道超声。本组 17 例 ASD 患者进行封堵时, 除 5 例术中借助了食道超声外, 其余均在经胸心脏超声指导下完成。②对 PDA 直径≥12 mm 者可采用 Amplatzer 房间隔封堵器进行治疗。Amplatzer 蘑菇伞型封堵器是专为封堵 PDA 而设计的, 适合于各种类型 PDA 的封堵, 但因目前所用的 Amplatzer 蘑菇伞型封堵器最大直径为 16/14 mm, 故不适用于内径较大的 PDA 封堵治疗。根据我们对 1 例 PDA 直径 12mm 患者用 Amplatzer 房间隔封堵器封堵成功的体会, 建议对 PDA 直径≥12 mm 者可采用 Amplatzer 房间隔封堵器进行治疗。③在行 PDA 封堵时, 若经肺动脉端通过 PDA 困难, 应及时改经主动脉端插管, 建立导丝轨道, 完成手术操作。本组 31 例中有 13 例是按这种程序完成的, 包括 1 例 3 岁女性患儿。④ASD 封堵能否成功的关键在于 ASD 周边是否有足够的房间隔组织, 一般要求 ASD 距二尖瓣环至少 7 mm, 距上、下腔静脉及房间隔顶部的边缘应不少于 4 mm。⑤心脏超声检测的 ASD 大小与球囊测量的结果有一定差距, 一般相差 5mm 左右, 此与测量球囊对 ASD 周围软边的挤压及 ASD 形状不规则有关。而成年人 ASD 由于其周缘相对较硬, 此差距较小。这些均可作为选择 Amplatzer 封堵器时的参考。

参考文献:

[1] Masura J, Walsh K P, Thanopoulous B, *et al*. Catheter closure of moderate to large sized patent ductus arterisous using the new Amplatzer duct occluder: immediate and short-term results[J]. J Am Coll Cardiol, 1998, 31(4): 878－882.

[2] Zanchetta M, Dimopoulos K, Rigatelli G, *et al*. Patent ductus arteriosus closure using the new Amplatzer Duct Occluder. Preliminary results and review of the literature[J]. Minerva Cardioangiol, 2001, 49(6): 369－376.

[3] Faella H J, Hijazi Z M. Closure of the patent ductus arteriosus with the Amplatzer PDA device: immediate results of the international clinical trial [J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2000, 51(1): 50－54.

[4] De L J S, Medina A, Romero M, *et al*. Effectiveness of percutaneous device occlusion for atrial septal defect in adult patients with pulmonary hypertension[J]. Am Heart J, 2002, 144(5): 877－880.

[5] Losay J, Petit J, Lambert V, *et al*. Percutaneous closure with Amplatzer device is a safe and efficient alternative to surgery in adults with large atrial septal defects[J]. Am Heart J, 2001, 142(3): 544－548.

[6] Omeish A, Hijazi Z M. Transcatheter closure of atrial septal defects in children & adults using the Amplatzer Septal Occluder[J]. J Interv Cardiol, 2001, 14(1): 37－44.

[7] 李　寰, 张玉顺, 张　军, 等. 经胸 B 超指导 Amplatzer 封堵器在治疗成人房间隔缺损中的应用[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2003, 11(2): 71－72.

（编辑　王　红）

（上接 636 页）

快, 住院时间显著缩短, 无明显并发症。随访 2～29 个月, 无 1 例复发。

我们手术体会是: 穿刺点选位恰当, 避免损伤腰大肌和腹膜, 同时要便于术中操作; 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, 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; 囊肿感染, 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; 肾盂旁囊肿要根据术前 CT 检查确定囊肿与肾血管、肾盂的关系[3], 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。

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。广泛开展该手术可训练腹腔镜手术基本技巧, 为在泌尿外科中普及腹腔镜技术打下坚实基础。

关键词: 后腹腔镜; 肾囊肿
中图法分类号: R692.12　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 张　旭, 叶章群, 宋晓东, 等. 腹腔镜与开放性肾囊肿去顶术的比较(附 30 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志 2001, 16: 220－221.

[2] Munch L C, Gill I S, McRoberts J W. Laparoscopic retroperitoneal renal cystectomy[J]. J Urol, 1994, 151(1): 135－138.

[3] 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: 321－322.

（编辑　张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net