

后腹腔镜加下腹部斜行小切口行肾盂癌根治术(附 12 例报告)

Laparoscopic radical resection of renal pelvic carcinoma: a report of 12 cases

徐丹枫, 崔心刚*, 郑军华, 任吉忠, 姚亚成, 高 轶, 阴 雷, 闵志廉

(第二军医大学长征医院泌尿外科, 上海 200003)

[摘要] **目的:**探讨后腹腔镜加下腹部斜行小切口行肾盂癌根治性切除术的手术方法,并对此术式的临床效果进行评价。**方**
法:回顾性分析 12 例行后腹腔镜加下腹部斜行小切口肾盂癌根治性切除术患者的临床资料及手术方法。**结果:**手术均成功,
无一例中转开放;平均手术时间为(155±61.5) min,术中平均出血量(102±53) ml;术后肠功能恢复时间平均为(26±13)h,术
后平均住院时间为(6±2.3) d。术中术后未发生明显并发症。随访 1~11 个月均未见肿瘤复发及转移。**结论:**后腹腔镜加下
腹部斜行小切口行肾盂癌根治术是一种安全有效的微创方法,与传统开放手术和其他术式相比,具有手术时间短、出血少、恢
复快、术后并发症少等优点。

[关键词] 肾盂;肾肿瘤;腹腔镜;下腹部斜行小切口

[中图分类号] R 737.11 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2006)08-0916-02

传统的肾盂癌根治术采取经腰和下腹部两个切口,将患
肾、同侧输尿管全程以及患侧的部分膀胱壁切除,存在手术
切口大、术后腰部切口并发症多等诸多问题。我科于 2004
年 8 月以来采用新型的后腹腔镜加下腹部斜行小切口术行
肾盂癌根治性切除术,至 2005 年 6 月我院共完成此类手术
12 例,经观察效果满意,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 12 例,男 10 例,女 2 例,年龄 52~74
岁,平均 63.8 岁;左侧 3 例,右侧 9 例,均为单发;无膀胱转
移,术前均出现无痛性血尿;尿脱落细胞学以及影像学检查
诊断为肾盂肿瘤。

1.2 手术方法 全麻,取健侧卧位,抬高腰桥,于腋后线肋
缘下(A点)切开皮肤 1.5 cm,用血管钳钝性分开腰背筋膜,
手指探入分离腹膜后间隙,经该切口放入自制扩张气囊,向
气囊注气 500~800 ml 扩张腹膜后间隙,维持 3~5 min,建
立后腹腔。左手从该点伸入后腹腔,在手指的引导下再分别
于腋中线髂棘上 2 cm(B点)、腋前线肋缘下(C点)分别置入
10 mm 套管。在 A 点置入 10 mm 套管并缝合密闭切口。经
B 点放入腹腔镜,CO₂压力为 14 mmHg。先在腰大肌前游离
出输尿管,用钛夹夹闭,并尽可能向下游离输尿管至骶髂关
节下缘处。肾门处找到肾蒂血管,游离肾动脉和肾静脉,用
hemo-lok 分别夹闭肾动、静脉,切断。推开腹膜外脂肪组织,
用超声刀在腹膜外分离肾周,直达肾门,完全游离肾脏。于
C 点置 1 根负压引流管至肾窝,缝合 3 个套管口。

改平卧位,取患侧下腹部斜切口,长约 5~6 cm,依次切
开各层组织,把腹膜推向健侧,游离下段输尿管至膀胱壁,袖
套状切除输尿管开口处的膀胱壁 1.5 cm。0 号肠线缝合膀
胱。从小切口取出患肾、输尿管。从切口下端另置 1 根负压
引流管,上端位于骶髂关节处。关闭切口。

术后 1 周行膀胱灌注化疗。

2 结 果

手术平均时间为(155±61.5) min,术中平均出血量

(102±53) ml。术后肠功能恢复时间平均为(26±13) h,平均
术后住院天数为(6±2.3) d,术中术后未发生明显并发症。
无一例转开放手术,患者术后 13~39 h 开始进食。两根引
流管术后 2~5 d 拔除,手术后 1 周拔除尿管,拔管前给予表
柔比星等膀胱灌注化疗。术后病理:均为肾盂泌尿上皮癌。
随访 1~11 个月均未见肿瘤复发及转移。

3 讨 论

传统的肾盂癌根治术需要经腰部斜切口行肾脏、输尿管
上段切除和下腹部斜切口行输尿管下段及膀胱部分切除术。
手术切口长、机体损伤大,术后恢复慢,并发症多。根据我科
以往经验,此类手术术后患者住院约 9~15 d 左右,全身情况
差的患者需要更长时间的恢复治疗。因此,损伤小、恢复快、
疗效好的微创手术越来越受到临床医师和患者的欢迎。

腹腔镜技术在泌尿外科的应用越来越广泛,国外最新的一
项调查证明,73% 的美国泌尿外科专科医师表示会尽可能
用腹腔镜的方法来处理肾盂肿瘤,说明微创治疗肾盂肿瘤已
经成为国外泌尿科医师的共识^[1]。腹腔镜实施肾盂肿瘤根
治术的方法各单位也有所不同。张旭等^[2]报道采用后腹腔
镜联合尿道电切镜治疗 26 例肾盂肿瘤患者取得良好疗效,
先用电切镜进入膀胱,环形切除输尿管膀胱开口。肾脏经过
扩大的 A 点切口取出。Yoshino 等^[3]在 2003 年报道了后腹
腔镜肾盂肿瘤切除术 23 例,采用后腹腔镜切除肾脏,不离断
输尿管,直接分离到膀胱,用胃肠吻合器直接离断输尿管全
长及部分膀胱壁。手术平均时间 4.8 h,随访结果与常规手
术无明显差别。

我科从 1999 年开始,开展了各种腹腔镜手术约 700 余
例,从 2004 年 8 月尝试腹腔镜加下腹部斜行小切口行肾盂
癌根治术,取得良好的效果,无论术中还是术后都得到比较
满意的效果。本术式主要不同点是:腹腔镜切除肾脏前,先

[作者简介] 徐丹枫,副主任医师,副教授。

* Corresponding author. E-mail: cuixingang@163.com

用钛夹闭合输尿管,防止肿瘤细胞在切除肾脏过程中沿输尿管种植,切除患肾后,直接将穿刺点切口缝合,避免腰部切口的诸多并发症。下腹部5~6 cm小切口,对处理输尿管下段以及膀胱壁很有利,特别是输尿管下段肿瘤,也可以完整地切除。避免电切镜行输尿管开口袖套状切除后,抽拉输尿管时造成的输尿管断裂、残留。我院在袖套状切除术式中有2例输尿管断裂发生。下腹部小切口还可以将膀胱切口缝合,术后避免漏尿发生,而且止血可靠,减少了肿瘤转移,加快了手术速度,方便患肾的取出。术后,留置三腔尿管必要时给予冲洗,术后一周拔除,拔除前常规膀胱灌注化疗,方法同膀胱肿瘤。部分病患可以同时予以全身化疗。

国内外采用后腹腔镜治疗肾盂癌的时间不长,缺乏长期随访的结果。Kobori等^[4]曾报道1例腹腔镜肾盂癌根治术后穿刺口转移的病例,术后CA19-9升高至6 720 U/ml。本组患者随访1~11个月未发现复发和转移病例。尽管腹腔镜手术穿刺口肿瘤转移的发生率不高,但也应该引起足够重视,术后应定期复查膀胱镜。

本组研究表明后腹腔镜加下腹部斜行小切口行肾盂癌根治术是一种安全有效的微创方法,与传统开放手术和其他

术式相比,具有手术时间短、出血少、恢复快、术后并发症少等优点。

[参考文献]

- [1] Razdan S, Johannes J, Cox M, et al. Current practice patterns in urologic management of upper-tract transitional-cell carcinoma[J]. J Endourol, 2005, 19: 366-371.
- [2] 张旭,叶章群,何延瑜,等. 腹腔镜根治性肾输尿管切除术治疗上尿路肿瘤[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18: 653-655.
- [3] Yoshino Y, Ono Y, Hattori R, et al. Retroperitoneoscopic nephroureterectomy for transitional cell carcinoma of the renal pelvis and ureter: Nagoya experience[J]. Urology, 2003, 61: 533-538.
- [4] Kobori Y, Shigehara K, Amano T, et al. Port site metastasis of primary adenocarcinoma of the renal pelvis after a laparoscopic nephrectomy: a case report[J]. Hinyokika Kyo, 2005, 51: 105-108.

[收稿日期] 2006-03-26

[修回日期] 2006-07-03

[本文编辑] 贾泽军