

后腹腔镜肾癌根治术治疗 30 例肾癌的临床观察

谭伟发 张 军

长沙市中医医院（长沙市八医院） 湖南长沙 410100

[摘要] 目的 研究分析后腹腔镜肾癌根治术治疗肾癌的临床效果。**方法** 回顾性选择特定研究时段（2013 年 9 月至 2017 年 3 月）内我院泌尿外科接收的 30 例肾癌患者为对照组，将（2014 年 10 月至 2017 年 10 月）内我院泌尿外科接收的 30 例肾癌患者为观察组，对照组患者实施的为传统开放肾癌根治术，观察组患者实施的为后腹腔镜肾癌根治术；对比分析两组患者手术相关指标和术后并发症发生率。**结果** 观察组手术时间、留置引流管时间、术中出血量、住院天数、拔除引流管时间、术后肠道功能恢复时间均缩短于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组术后并发症总发生率 3.33% 显著低于对照组的 20.00%（ $P < 0.05$ ）。

结论 在对肾癌患者的治疗中实施后腹腔镜肾癌根治术能够获得良好的近期疗效，而且并发症发生风险较小。

[关键词] 后腹腔镜肾癌根治术；开放肾癌根治术；肾癌；临床观察

[中图分类号] R737.11

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561（2018）07-079-02

肾癌（RCC）属于常见泌尿系统恶性肿瘤，起源于肾实质肾小管上皮系统，男性患者多见，目前尚不明确其发病原因。开放肾癌根治术为传统标准治疗方案，但具有创伤较大、出血量较多，康复时间较长等缺陷。后腹腔镜肾癌根治术是目前在临床上应用率极高的一种手术方式，创伤及出血量均较小。本文回顾性选取特定时段内的 60 例患者，分别实施了不同的治疗措施，旨在探讨后腹腔镜肾癌根治术的疗效及预后，现将研究内容作如下报道：

1 临床资料

1.1 一般资料

回顾性选取 2013 年 9 月至 2017 年 3 月的 30 例患者为对照组，2014 年 10 月至 2017 年 10 月的 30 例患者为观察组，对照组：男女比例为 15:15，年龄 38-68 岁，平均（48.6±7.9）岁，观察组：男女比例 20:10，年龄 39-70 岁，平均（49.5±6.8）岁；两组患者性别、年龄、病灶部位、B 超检查结果、CT 检查结果等一般资料进行对比，差异不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有一定可比性。

1.2 方法

观察组：实施后腹腔镜肾癌根治术：术前禁食，静脉复合气管插管全身麻醉，健侧卧位，稍垫高腰桥；在腰部分别做 3 个穿刺孔：（1）1 孔，腋中线与髂嵴相交处上方约 2.0cm 处，做一横行切口，长度 1.5cm，需能将示指探入，术者手持长弯血管钳采取钝性分离肌层和腰背筋膜，在示指引导下，由下至上和由后向前逐步分离腹膜后间隙，向前推移腹膜；送入自制扩张气囊，注入气体 400-600ml，持续 3-5min，排出气体，并拔除自制气囊。（2）2 孔、3 孔，腋前、后线与肋缘下和第 12 肋下交界处分别做一切口。在 3 个穿刺孔分别置入 Trocar；其中当患者左侧卧位时，2 孔切口长度 12mm，3 孔切

口长度 5mm，右侧卧位时，2 孔切口长度 5mm，3 孔切口长度 12mm；置入监视镜，注入 CO₂ 建立气腹，保持 13mmHg 气压；切除腹膜外脂肪组织，将肾周筋、腹膜前后反折处显露在术野中，将肾周筋膜从腰大肌处分离开，找到肾动脉，剥离血管鞘后分离肾动脉，Hemolock 夹闭后离断肾动脉，脂肪囊外游离患侧肾脏；分离肾静脉后同动脉处理方法处理，切除肾脏。标准法清扫淋巴结和处理肾上腺，置于标本袋内并取出，确认无出血，常规留置引流管，缝合切口。

对照组：行静脉复合气管插管全身麻醉，健侧卧位，手术切口为经 11 肋间，必要时切除第 12 肋，经皮向下逐层切开、分层切开肌肉，推开腹膜，进入腹膜后间隙，余处理方法同后腹腔镜。

1.3 疗效评价标准

1.3.1 对比两种手术方式下两组患者手术时间、留置引流管、术中出血量、住院天数、拔除引流管时间、术后肠道功能恢复时间等六个方面来比较；

1.3.2 对比两组患者术后并发症发生率，主要从切口感染、肺感染、血尿、休克^[2]等四个方面来比较；

1.4 统计学方法

此次对比治疗中产生的所有数据，应用 SPSS23.0 软件进行计算，t 检验，用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示；计数资料用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者手术相关指标

观察组手术时间稍延长于对照组，数据差异无统计学意义， $P > 0.05$ ；观察组留置引流管时间、术中出血量、住院天数、拔除引流管时间、术后肠道功能恢复时间均缩短于对照组，数据差异具有统计学意义， $P < 0.05$ ；详见表 1。

表 1：两组患者手术指标进行对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间（min）	留置引流管（d）	术中出血量（ml）	住院天数（d）	拔除引流管时间（d）	术后肠道功能恢复时间（d）
对照组（n=30）	88.25±14.12	5.25±1.35	152.69±7.56	7.35±1.52	4.25±0.85	3.45±1.25
观察组（n=30）	95.21±15.05	3.85±1.02	145.12±7.55	6.50±1.45	3.55±0.65	2.85±0.45
t	1.8473	4.5320	3.8807	2.2162	3.5831	2.4737
P	0.0698	0.0000	0.0003	0.0306	0.0007	0.0163

表 2：两组患者术后并发症发生情况对比 [n（%）]

组别	切口感染	肺感染	血尿	休克	总发生
对照组（n=30）	2（6.67）	3（10.00）	1（3.33）	0（0.00）	6（20.00）
观察组（n=30）	1（3.33）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	1（3.33）
χ^2	—	—	—	—	4.0431
p	—	—	—	—	0.0444

2.2 对比两组患者术后并发症发生情况

观察组术后并发症总发生率 3.33% 显著低于对照组的 20.00%，数据差异具有统计学意义， $P < 0.05$ ；详见表 2。

3 讨论

肾癌在临床上并不少见，其主要临床表现包括体重下降、体温异常升高、高血压等，但以血尿、疼痛和腰腹部肿块为主要临床特征。肾癌多经手术治疗，传统标准治疗方案为开放式手术^[3-4]。后腹腔镜根治术是手术方案的一种，其优势在于对解剖层次清晰及消化道影响较小，有利于术后尽早恢复胃肠道功能，而且手术切口较小，对皮下组织以及肌肉方面的受损程度较低，降低组织粘连风险，有助于促使患者尽快康复，减少并发症发生风险。

本次研究中，观察组使用后腹腔镜根治术、对照组为开放手术进行治疗；结果显示，观察组手术时间（95.21±15.05）min 稍延长于对照组（88.25±14.12）min，但 $P > 0.05$ ，无统计学意义，提示两者无差异。但留置引流管时间（3.85±1.02）d、术中出血量（145.12±7.55）ml、住院天数（6.50±1.45）d、拔除引流管时间（3.55±0.65）d 及术后肠功能恢复时间（2.85±0.45）d 均缩短于对照组的（5.25±1.35）d、（152.69±7.56）ml、（7.35±1.52）d、（4.25±0.85）d、（3.45±1.25）d，且 $P < 0.05$ ，有统计学意义，提示两种术式有差异。观察组术后并发症总发生率 3.33%，显著低于对照组的 20.00%， $P < 0.05$ ，有统计学意义。综合上述研究数据证实，后腹腔镜根治术相对于开放式手术

而言，其手术相关指标更为理想；与陈洪波，江克华，胡晓晖等人^[5]研究结果相似。但由于微创手术技术要求较高，组织粘连过于严重分离困难、肿块较大时严重影响操作、标志物有限等，提示微创手术无法完全取代开放手术。

本研究提示后腹腔镜肾癌根治术相对于传统开放手术在手术并发症及术后恢复等有一定的优势，但该术式仍存在一定的局限性，故在临床工作中，建议根据患者实际情况选择合适的手术方式。

【参考文献】

- [1] 敏书琪，王芳平，丁克雄，等. 后腹腔镜肾癌根治术治疗局限性肾癌临床效果观察 [J]. 临床医学研究与实践，2016，1(7):11-12.
- [2] 徐洋涛，潘岩，孙志青，等. 后腹腔镜下肾癌根治术和开放性肾癌根治术的临床效果及对患者神经内分泌功能的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘，2016，16(20):13-14.
- [3] 刘亚伯，张富勋，于建宏，等. 后腹腔镜肾癌根治术后联合中药治疗的临床疗效及安全性研究 [J]. 国外医学医学地理分册，2016，37(2):141-144.
- [4] 宁忠运，丁辉，包军胜，等. 经腹腔镜和后腹腔镜与开放性肾癌根治手术的疗效比较 [J]. 临床泌尿外科杂志，2017，22(5):348-352.
- [5] 陈洪波，江克华，胡晓晖，等. 后腹腔镜下肾癌根治术与开放手术治疗肾癌的对比研究 [J]. 微创泌尿外科杂志，2014，3(6):377-379.

（上接第 77 页）

导致，同时多次人工流产会使子宫受到严重损伤，使宫颈受到炎症的蹊蹇，局部分泌物急剧增多，长期浸润宫颈，引发糜烂，从而导致癌症的发生。对于 II b-IV a 期宫颈癌患者来说，放疗能够直接对患者的 DNA 细胞造成损伤，阻止患者肿瘤细胞的增殖和转移，但单纯的放疗对患者来说较为痛苦，内脏等器官可能收到连累，引发其他并发症，因此患者接受程度较低^[3]。近年来临床上提出了同步放化疗治疗宫颈癌的方式，在放疗的同时对患者加以化疗治疗，提高了患者的临床治疗效果。化疗药物中，顺铂是一种传统抗癌药物，具有一定的破坏肿瘤细胞细胞膜的作用，而且能够通过抑制肿瘤细胞的 DNA 复制，达到控制病情的目的。伊立替康则是一种酶抑制剂，能够有效的抑制患者 S 期肿瘤细胞的活性，影响肿瘤细胞正常的新陈代谢功能，阻止肿瘤细胞的分裂和繁殖，从而发挥特异性抗肿瘤作用。黄倩羽^[4]研究结果显示，接受以伊立替康为主的同步放化疗治疗的患者治疗总有效率显著高于仅接受放疗治疗的患者，本研究研究与之完全一致。本研究结果显示，两组患者治疗后不良反应发生率无显著差异，符合赵阿敏^[5]研究结果。

（上接第 78 页）

- [1] 刘月英，王永杰，贡旭楠等. 血液净化在高脂血症性重症急性胰腺炎的治疗体会 [J]. 吉林医学，2015，(12):2563-2564.
- [2] 石瑜珍，刘淑芳，林胜阳等. 多种血液净化装备在高脂血症性重症急性胰腺炎患者中的应用效果 [J]. 中国医疗器械信息，2017，23(16):106-107.

综上所述，伊立替康联合顺铂同步放化疗治疗 II b-IV a 期宫颈癌效果确切，临床价值较高，值得推广使用。

【参考文献】

- [1] 李倩，刘巧玲，武渊，等. 伊立替康联合卡铂辅助化疗对宫颈癌患者血清叶酸和 CA125 水平的影响 [J]. 现代生物医学进展，2016，16(33):6481-6483.
- [2] 李东方，肖凤仪，方恋. 伊立替康联合顺铂与紫杉醇联合顺铂在宫颈癌新辅助化疗中的应用比较 [J]. 临床和实验医学杂志，2017，16(19):1957-1960.
- [3] 伍立群，李波，肖凤仪，等. 伊立替康联合卡铂辅助化疗对宫颈癌患者血清叶酸、SCC-Ag 水平及临床疗效的影响 [J]. 标记免疫分析与临床，2017，24(6):676-678.
- [4] 黄倩羽，潘毅贞. 伊立替康联合顺铂与紫杉醇联合顺铂治疗宫颈癌的临床效果观察 [J]. 中国现代药物应用，2017，11(12):110-111.
- [5] 赵阿敏，刘成. 伊立替康及顺铂联合化疗在局部晚期宫颈癌临床中的应用效果及安全性研究 [J]. 数理医药学杂志，2017，30(7):1049-1050.

- [3] 吴克艳，徐文浩，刘玉等. 多次血液灌流联合连续性肾脏替代治疗救治高脂血症伴重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征 1 例 [J]. 中国中西医结合急救杂志，2014，(1):74-76.
- [4] 朱明丽，黄峰云，马建萍等. 血浆置换治疗妊娠期高脂血症性重症急性胰腺炎患者的护理 [J]. 中华现代护理杂志，2013，19(27):3365-3366.