

分析研究腹腔镜肾癌根治术治疗肾癌的临床价值

高祥 刘鹏 刘昕玥 周铭建*

(齐齐哈尔市第一医院 黑龙江 齐齐哈尔 161000)

摘要: 目的: 探究腹腔镜肾癌根治术治疗肾癌患者的临床疗效。方法: 对本院 2021 年 1 月到 2023 年 1 月间收治的肾癌患者展开研究, 共抽选出 74 例肾癌患者, 将其按照简单随机法分为对照组、观察组 (37 例/组), 对照组肾癌患者采取开放肾癌根治术, 观察组采取腹腔镜肾癌根治术, 对比两组肾癌患者术后 3d 肾功能指标、手术相关指标以及术后并发症发生率。结果: 和对照组相比较, 观察组患者术后 3d 炎症因子指标均低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者手术长度短于对照组, 手术时间短于对照组, 术中出血量低于对照组, 术后进食时间、下床活动时间、拔管引流时间均早于对照组, 而且观察组患者的住院时间短于对照组, 数据对比结果显示 ($P < 0.05$)。此外, 观察组患者并发症发生率为 5.41%, 低于对照组的并发症发生率 21.62%, 组间数据对比: $P < 0.05$ 。结论: 相较于开放肾癌根治术, 腹腔镜手术的创伤性较小, 不仅能够缩短患者的住院时间, 患者恢复速率快, 并发症发生率低, 安全且有效, 值得推荐。

关键词: 腹腔镜; 肾癌根治术; 开放性手术; 临床疗效; 并发症发生率

肾癌属于泌尿系统常见恶性肿瘤之一, 该疾病往往起源于肾小管细胞, 其发病率非常高, 仅次于膀胱癌^[1-2]。目前肾癌根治术被认为是治疗肾癌患者主要手段, 但是传统的开放性手术治疗切口约 20 厘米作用, 而且在手术治疗过程中, 可能还需要将腰腹部各层级切层, 会对患者造成极大的损伤, 由于患者的创伤性比较大, 因此患者的恢复速率非常缓慢, 对其身心健康均带来极大的损伤。随着我国外科技术高速发展进步, 腹腔镜手术具有低创伤性、恢复快等特点, 用于治疗肾癌患者取得令人满意的效果^[3-4]。本文中针对两种手术方式应用效果展开分析, 以下是详细报道。

3 资料与方法

3.1 基线信息

随机遴选出在本院接受手术治疗的肾癌患者, 共抽选出 74 例患者, 收治时间范围: 2021 年 1 月到 2023 年 1 月, 根据简单随机法将 74 例患者分为对照组与观察组, 每组各 37 例。前者采取开放性手术, 后者实施腹腔镜手术, 纳入标准: 所有患者均符合肾癌诊断标准, 经过 CT、腹部 B 超或 MRI 确诊, 患者肾癌分期类型: T1-T3a, 患者均对本次研究知情, 并签署同意书。排除标准: 排除患有严重凝血功能障碍、心脏、肺部、肝脏等器质性疾病患者、排除精神功能障碍、认知功能不全患者。

对照组的 37 例肾癌患者中, 男女性别分别为: 20 例、17 例, 患者的年龄范围在 42 岁至 80 岁之间, 组内年龄均值为 (55.9 ± 5.7) 岁, 左侧肾癌患者 21 例、右侧肾癌患者 16 例; 患者肿瘤平均直径: $4.4 \pm 0.3\text{cm}$ 。

观察组中, 男女性例数分别为: 22 例、15 例, 年龄范围: 42~80 岁, 平均年龄为 55.8 ± 6.2 岁, 左侧肾癌患者 20 例、右侧肾癌患者 17 例, 患者肿瘤平均值为: $4.5 \pm 0.4\text{cm}$ 。

两组患者上述基线信息没有显著差异性 ($P > 0.05$)。

3.2 方法

对照组患者采取开放性手术治疗: 对患者进行静脉复合气管插管全麻, 在患者腹部做一切口, 长度约 20cm, 使得腹腔充分的暴露, 探查肾脏组织并逐层切开, 在肋骨下做一切口, 逐层切开切不可损伤胸膜, 将肾动脉、静脉游离、结扎、切断, 并将肾脏切除^[5-6]。

观察组患者则采取腹腔镜手术治疗: 在手术治疗前, 指导患者做好常规禁食禁水以及肠道而准备, 手术当天静脉滴注抗生素, 对患者进行全麻, 健侧卧位, 在患者脐部穿刺第一个孔, 肠肠道大约 1~1.5cm, 置入气腹针后, 使用二氧化碳建立人工气腹。再次进行穿刺, 置入腹腔镜套管及腹腔镜。探查患者腹部具体情况, 并在腋下、锁骨中线、腋中线分别置入 5、12、5mm Trocar, 将气腹调整在 12~15mmHg。将操作空间不断扩张, 逐渐切开结肠旁沟侧腹膜, 将结肠牵开, 使肾脏游离, 将肾动脉和静脉充分显露, 将 2 血管夹阻断血流, 并将肾脏周围组织完整的切除, 尽量向下游游离输尿管, 并在髂血管处将其切断, 随后将游离的肾脏置入标本袋中, 将套管穿刺、延长至孔 5~8cm^[7]。

3.3 观察指标

观察对比 2 组手术患者手术指标、术后并发症、术后炎症指标。

3.4 统计学分析

评定本文研究结果使用 SPSS22.0 进行, 计量数据经由 ($\bar{x} \pm s$) 表述, t 检验获取处理结果, 计数资料经由 (%) 表述, χ^2 检验获取处理结果, 通过分析如果 P 值 < 0.05 , 则表示具有影响。

4 结果

4.1 对比 2 组肾癌患者手术相关指标

观察组肾癌患者手术相关指标与对照组相比较均存在统计学差异性: $P < 0.05$ (见表 1)。

表 1 对比两组肾癌患者手术相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术切口长度 (cm)	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后进食时间 (h)	术后拔引流管时间 (d)	术后下床时间 (d)	术后住院时间 (d)
对照组	14.59 ± 3.95	122.49 ± 10.49	155.40 ± 11.65	69.45 ± 4.95	4.59 ± 1.93	74.43 ± 3.40	8.50 ± 1.49
观察组	8.95 ± 2.10	101.48 ± 10.33	54.05 ± 10.34	33.30 ± 2.50	2.10 ± 1.32	32.23 ± 2.19	5.65 ± 1.10
t	6.605	24.436	43.526	22.384	5.593	9.259	5.510
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比 2 组患者术后 3d 炎症指标

术后 3d 观察组患者的炎症指标均低于对照组肾癌患者, 组间数据对比: $P < 0.05$ (见表 2)。

表 2 对比两组患者术后 3d 炎症指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	WBC ($\times 10^9/L$)	CRP (mg/L)	BUN (mmol/L)	Cr ($\mu\text{mol/L}$)
对照组	10.38 ± 0.36	18.82 ± 2.39	4.89 ± 1.10	70.39 ± 4.67
观察组	8.62 ± 0.12	11.30 ± 2.03	4.01 ± 1.03	64.06 ± 3.30
t	6.571	8.948	4.159	9.054
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组肾癌手术患者术后并发症发生率

观察组肾癌患者术后并发症发生率为 5.41%, 与对照组肾癌手术患者并发症发生率 21.62%, 数据对比结果: $P < 0.05$ (见表 3)。

表 3 对比两组肾癌手术患者术后并发症发生率 (n/%)

组别	术后出血	切口感染	深静脉血栓	泌尿系统感染	并发症发生率
对照组	2 (5.41)	2 (5.41)	2 (5.41)	2 (5.41)	8 (21.62)
观察组	0 (0.00)	1 (2.70)	1 (2.70)	0 (0.00)	2 (5.41)
卡方值	-	-	-	-	7.868
P	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

自从肾癌根治术在临床上被提出, 该治疗方式就取得了令人非常满意的效果^[8]。尤其是传统的开放性肾癌根治术, 被临床上认为是局限性肾癌患者治疗金标准^[9]。但是传统的开放性手术存在一定的缺点, 就是术中出血量较大, 还会对患者的胸膜造成损伤, 部分患者术后感染率也非常高, 对患者预后恢复同样产生较大的影响。此外, 开腹手术过程中, 为了充分的暴露出手术视野, 需要将多个肌层切开, 使得患者术后疼痛感明显, 术后恢复速率下降^[10-11]。

近年来, 腹腔镜技术得以在临床上广泛推广应用, 腹腔镜技术目前已经逐渐完善, 而且通过腹腔镜技术可以清晰的观察到患者肾脏的具体情况, 视野直观且非常精准, 能够充分的暴露出肾静脉以及相关游离组织, 使得手术精准度增加, 有助于降低术中以及术后出血量^[12]。

临床上将腹腔镜肾癌根治术分成经腹腔镜、经腹膜两种手术路径, 经腹膜操作手术的优势在于手术操作空间大, 能够定位清晰, 而且技术操作要求相对容易掌握, 但是缺点在于术后容易导致肠梗阻、腹腔感染等并发症发生。经腹膜后入路手术不会对腹腔镜脏器功能产生影响, 但是操作空间相对比较小, 容易导致解剖标志不明

(下转第 16 页)

(上接第13页)

显,无法顺利定位^[13]。因此在肾癌患者实施治疗期间,需要根据患者的实际情况,选择合适的治疗手段。但是无论是哪种腹腔镜手术方案,和传统开放性手术相比较,其安全性、有效性、快速康复性均较为明显^[14-15]。

在本文中,观察组肾癌患者接受腹腔镜手术治疗后,其术后康复速率均优于对照组,而且观察组患者术后并发症发生率小于对照组,数据对比结果: $P < 0.05$ 。

总的来说,腹腔镜手术在治疗肾癌患者中能够取得满意的治疗效果,对改善患者病情,缩短患者住院时间,减少并发症发生率、提升预后康复等方面具有积极意义。

参考文献:

[1] 罗涵云,王元林,徐述雄,等. 后腹腔镜肾部分切除术在小肾癌患者中的应用价值[J]. 西部医学,2023,38(1):111-114,120.

[2] 张秀智. 早期肾癌腹腔镜下肾部分切除术中后腹腔与经腹腔入路的效果对比[J]. 中国实用医药,2023,18(2):60-62.

[3] 朱爱,张爱荣,张慧玲,等. 艾司氯胺酮联合椎旁阻滞在腹腔镜肾癌根治术后镇痛中的应用效果[J]. 医学理论与实践,2023,36(1):79-81.

[4] 刘职民,耿擎天,李思盈. 全麻气管插管后超声引导弓状韧带束上腰方肌阻滞的腹腔镜肾癌根治术患者术后镇痛效果观察[J]. 山东医药,2022,62(30):64-66.

[5] 谭劲德,陈禹杰,田永华,等. 腹腔镜下两种术式治疗 T2N0M0期肾癌的临床疗效分析[J]. 重庆医学,2022,51(18):3126-3131,3136.

[6] 徐辉,尤校雷,谷峪,等. 舒芬太尼静脉自控镇痛对腹腔镜肾癌根治术患者镇痛效果、免疫功能和应激反应的影响[J]. 河北医药,2022,44(14):2133-2137.

[7] 高雪松,贾卓敏,王毅,等. 腹腔镜肾部分切除术式与肾癌根治

术式对老年肾癌(T1 期)患者的疗效及康复作用比较[J]. 中华保健医学杂志,2022,24(3):186-188.

[8] 晏琦旻,阎倩,魏晓. 腹腔镜肾部分切除术和肾癌根治术治疗 T1b 期肾癌患者的临床效果比较[J]. 国际泌尿系统杂志,2022,42(4):620-623.

[9] 晏琦旻,阎倩,魏晓. 腹腔镜肾部分切除术和肾癌根治术治疗 T1b 期肾癌患者的临床效果比较[J]. 国际泌尿系统杂志,2022,42(4):620-623.

[10] 陈家财,曾宾华,李金雨,等. 腹腔镜下肾动脉阻断肾部分切除术治疗 cT1 期肾癌的疗效及对肾功能的影响[J]. 临床外科杂志,2022,30(2):121-124.

[11] 张瑞,王航,任梦梦,等. 腹腔镜下肾部分切除术对局限性肾癌患者患侧肾脏 GFR、血清 Cr 及生活质量的影响[J]. 实用癌症杂志,2022,37(11):1882-1885.

[12] 罗辰颖,黄媛媛,庄君龙. 网络健康干预应用于机器人辅助腹腔镜下肾癌根治术后免疫治疗的效果观察[J]. 国际泌尿系统杂志,2022,42(3):470-473.

[13] 刘梅,黄佳莉. 压力接种训练联合结构式心理干预在局限性肾癌患者后腹腔镜根治性肾切除术围术期的应用[J]. 国际护理学杂志,2022,41(19):3520-3524.

[14] 张雨涵,苏杨,王立伟. 个体化呼气末正压对后腹腔镜肾癌手术老年患者术中肺通气效果及术后谵妄的影响[J]. 国际麻醉学与复苏杂志,2022,43(7):673-677.

[15] 冷雪艳,臧佳宁,孙岩. 局限性肾癌患者腹腔镜下肾部分切除术后发生深静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2022,14(2):70-75.

通讯作者:周铭健、男、1994.05.29、医生、本科.