

肾部分切除术治疗肾肿瘤患者对生存质量、肾功能的影响

唐云辉 杜柏栋

(吉林省东丰县医院 136300)

摘要:目的:研究肾部分切除术治疗肾肿瘤患者对生存质量、肾功能的影响。方法:选取我院 26 例肾肿瘤患者作为本次实验对象,随机将其分为对照组、观察组各 13 例,对照组予以开放性肾脏部分切除术,观察组予以腹腔镜下肾部分切除术,观察两组患者对生存质量、肾功能方面的影响。结果:术后 6 个月,观察组生存质量评分与尿肌酐(Cr)水平明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:为肾肿瘤患者予以肾部分切除术,可提高患者的生存质量,改善患者的肾功能。

关键词:肾部分切除术;肾肿瘤;生存质量;肾功能

肾肿瘤是泌尿系统中一类常见的肿瘤,临床上多数肾肿瘤属于恶性,严重对患者的健康以及生命安全造成影响。肾肿瘤的发病原因迄今为止尚未出现明确的定论,实践研究提出多与吸烟、职业等因素有关,患者临床的主要表现是腹内肿块、腰部疼痛等。目前,治疗肾肿瘤的主要方式是利用手术将癌病组织切除,这一治疗方法可帮助患者提高生存率,传统模式的开放性肾脏部分切除术虽然效果不差,但手术存在较大的创伤,术后容易出现并发症,严重影响患者术后的生存质量^[1]。在腹腔镜技术的飞速发展下,泌尿外科在临床中的应用较为广泛,虽然其疗效与肾脏部分切除术相近,但其手术创伤较小,可降低并发症,缩短患者术后恢复时间。本研究为验证这一优势,对本次选取的研究对象分别予以不同的手术方式,观察治疗效果,以下是治疗方案。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 26 例肾肿瘤患者作为本次实验对象,选取时间为 2019 年 2 月-2020 年 2 月,随机将其分为对照组、观察组各 13 例,对照组男女比例为 9:4,年龄 28~72 岁,平均(48.85 ± 4.89)岁;病程 1~5 年,平均(3.91 ± 0.92)年;观察组男女比例为 8:5,年龄 27~71 岁,平均(48.83 ± 4.82)岁;病程 1~6 年,平均(3.89 ± 0.91)年;两组患者的一般资料差异不显著($P > 0.05$),可对比。选取患者均知情,有签署的知情协议书为凭证,获取医学伦理委员会批准许可。

1.2 方法

对照组采取开放性肾脏部分切除术,为患者予以全麻后,取健侧卧位,予以常规消毒铺巾,以腰部第 11 或第 12 肋间为切口,逐层切开后到达腹膜后间隙,将肾周筋膜打开,在肾周脂肪外部完全将肾脏分离出,充分将肿瘤暴露出来,阻断肾动脉,使用冷刀将肿瘤切除,利用可吸收的线将创面缝合,缝合后松开肾蒂血管,及时帮患者止血。检查创面未出现流血后,将引流管常规放置,妥善予以固定,逐层将切口关闭。

观察组予以腹腔镜下肾部分切除术,为患者行全麻后,取健侧卧位,在髂嵴部位 2cm 处作切口 1cm,将肌肉分离到膜后腔,利用气囊对腹后腔予以扩张,在腋后线与肋下缘交界部位切开 0.5cm,在两者交界 10mm 的部位放置腹腔镜。随后在腰大肌前方将周筋膜打开,围绕肾周脂肪囊间隙与肾周筋膜实行锐性与钝性结合,将肾周组织分离出,将肾动静脉游离出使用 Hem-o-lok 加以处理。切除肿瘤后,严格做好止血工作,确保肾窝未出现活动性出血后,将引流管置入到腹膜后,妥善予以固定,逐层封闭切口。

1.3 观察指标

(1)观察两组患者生存质量评分,运用生存质量量表(QOL)对患者术前和术后 6 个月的生存质量展开评估,满分 60 分,低于 20 分为生存质量极差;21~30 分为差;31~40 分为一般;41~50 分为较好;51~60 分为良好,患者评分越高,生存质量越好。(2)观察两组手术前后的肾功能指标:血红蛋白(Hb)、尿肌酐(Cr)。

1.4 统计学分析

在 SPSS20.0 软件中录入本研究数据进行分析,行 t、 χ^2 检验

比较, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, t 表示计数资料。当 $P < 0.05$ 时说明组间差异显著。

2 结果

2.1 对比两组患者生存质量评分

手术前,两组患者生存质量差异不明显($P > 0.05$);术后 6 个月,观察组生存质量评分明显优于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 两组患者生存质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 手术前 | 术后 6 个月 |
|-----|----|--------------|--------------|
| 观察组 | 13 | 35.44 ± 7.53 | 51.26 ± 5.44 |
| 对照组 | 13 | 35.46 ± 7.56 | 43.23 ± 6.54 |
| t | | 0.007 | 3.403 |
| P | | 0.497 | 0.001 |

2.2 对比两组患者手术前后的肾功能指标

手术前,两组患者的 Hb、Cr 差异不明显($P > 0.05$);手术后,观察组患者的 Cr 明显比对照组高($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 两组患者肾功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | Hb (g/L) | | Cr (mmol/24h) | |
|-----|----|--------------|--------------|---------------|-----------|
| | | 手术前 | 手术后 | 手术前 | 手术后 |
| 观察组 | 13 | 136.1 ± 13.9 | 123.6 ± 13.3 | 6.1 ± 2.3 | 5.8 ± 1.2 |
| 对照组 | 13 | 136.2 ± 13.8 | 126.5 ± 13.8 | 6.1 ± 2.1 | 4.8 ± 1.2 |
| t | | 0.018 | 0.546 | 0.000 | 2.125 |
| P | | 0.493 | 0.295 | 0.500 | 0.022 |

3 讨论

影像学技术的日益更新下,肾癌的检出率越来越高,多数患者均可早期被发现,手术的操作也越来越安全,但不同的手术还是存在一定的差异,需慎重选择^[2]。

腹腔镜下肾脏部分切除术不仅与开放性肾脏部分切除术的效果相当,且创伤较小,并发症发生率低下,有助于患者预后,加速患者的机体恢复。这一手术可有效对热缺血时间进行控制,更好的保护肾脏功能,属于一类微创手段,不仅创伤较小,患者承担的痛苦也较小,有助于伤口的愈合,对肠道的恢复也具有助推作用^[3]。本研究部分患者应用这一手术后,结果显示,观察组患者的生存质量与肾功能明显优于对照组($P < 0.05$)。这一结果充分说明在这一技术的治疗下,可帮助患者改善肾功能,提高生存质量。

综上所述,为肾肿瘤患者予以腹腔镜下肾脏部分切除术,可提高患者生存质量,改善患者肾功能,效果优良。

参考文献:

- [1]李晓红.腹腔镜保留肾单位肾肿瘤切除术与根治性肾切除术对肾细胞癌患者术后肾功能及生存质量影响分析[J].临床误诊误治,2017,30(2):95-98.
- [2]庄炎,郭淑霞,牛福坤,等.透析治疗在双肾肿瘤切除后的临床效果及对生存质量的影响[J].国际医药卫生导报,2018,24(5):703-707.
- [3]董毅,王正,王辉,等.肾部分切除术与根治性肾切除术治疗老年 cT1~2 期肾肿瘤围手术期指标及肾功能随访分析[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(5):351-355.