

比较 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路及侧卧位前路经腹入路腹腔镜肾上腺手术的临床效果

龙金¹ 马重文¹ 陈滢³ 张耀文¹

(1 贵州医科大学第二附属医院 556000; 2.贵州省雷山县人民医院泌尿外科)

摘要: 目的: 比较 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路及侧卧位前路经腹入路腹腔镜肾上腺手术的临床效果。方法: 本次研究从 2020 年 7 月开始, 至 2021 年 7 月为止, 通过电脑随机抽选的方式选择我院经腹入路腹腔镜肾上腺手术患者 112 例作为入组成员, 将其分为了两个组别, 分别为通过侧卧位前路经腹入路腹腔镜进行治疗的对照组共 25 例, 以及通过 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路进行治疗的观察组共 26 例, 对比两组患者的并发症概率和手术时间及术者操作舒适度。结果: 观察组的并发症概率明显低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组的手术时间小于对照组, 术者操作舒适度高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对于经腹入路腹腔镜进行肾上腺手术的患者, 70° 斜侧卧位肋弓下缘入路与侧卧位前路经腹入路相比较, 前者的手术视野更加清晰, 手术后患者出现的并发症概率更低, 手术所用时长更短, 手术操作者的舒适度更高。
关键词: 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路; 侧卧位前路经腹入路; 腹腔镜肾上腺手术

腹腔镜肾上腺手术是在最近几年的时间内国内外广泛进行应用与发展的一种比较新型的手术方法^[1]。为了保证在对患有肾上腺疾病的患者实施更具有安全性与高效性的治疗, 需要对腹腔镜手术入路方式进行探讨^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从 2020 年 7 月开始, 至 2021 年 7 月为止, 通过电脑随机抽选的方式选择我院经腹入路腹腔镜肾上腺手术患者 112 例作为入组成员, 将其分为了两个组别, 分别为通过侧卧位前路经腹入路腹腔镜进行治疗的对照组共 25 例, 以及通过 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路进行治疗的观察组共 26 例, 在本次研究的对照组中含有的男女比例分别为 13 例和 12 例, 29 岁至 66 岁为该组患者的年龄范围, 均值 (42.24 ± 5.34) 岁; 在观察组中含有的男女比例分别为 28 例和 28 例, 14 岁至 11 岁为该组患者的年龄范围, 均值 (42.54 ± 5.62) 岁。将两组患者的基线资料进行比较, 没有差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对于本次研究过程中被归类于对照组的患者, 对其通过侧卧位经腹前路进行手术治疗, 让患者保持在健侧卧位, 首先在脐水平、腹直肌外侧缘做一长约 1cm 切口 (A 点), 气腹针穿刺置入腹腔, 确认进入腹腔后, 置入 10 套管, 维持腹腔内压力 15Hg, 置入 30° 腹腔镜, 观察腹腔, 未见腹腔内脏器损伤; 于腋前线、腋前线脐前上棘上约 3cm 处 (B 点) 做一 5 切口, 置入 5 套管; 于腹直肌外侧缘肋缘下 (C 点) 做一 10 切口, 置入 10 套管; 在腹腔镜下调整各套管深度, 缝针予以妥善固定。在腹腔镜监视下置入手术器械 (超声刀、分离钳), 在距结肠旁沟 0.5—1.0cm 处切开侧腹膜、结肠融合筋膜, 直达肾周筋膜表面, 沿肾周筋膜表面的疏松、无血管“外科层面”采取“推-切”钝锐联合方式逐步分离, 背侧游离至腰肌前平面, 腹侧游离至肾静脉主干及肾上腺中央静脉表面, 使胰腺及

脾脏向内向头侧移动, 显露肾上腺-脾脏面; 随后在肾上极打开肾周筋膜、切开肾周脂肪囊, 直达肾包膜表面, 在肾包膜-脂肪囊之间的疏松、无血管层面游离, 建立肾上腺的肾脏面, 在脾脏面和肾脏面之间的组织中找到肾上腺及其病灶, 然后将肾上腺的中央静脉成功分离出来, 在该部位用“He-m-lock”集束结扎, 然后将肾上腺的中央静脉切断, 之后将瘤体或者肾上腺切除, 通过 A 点戳孔将其取出。

1.2.2 观察组

在本次研究的过程中处于观察组的患者, 对其通过 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路进行手术。首先在双侧肋弓最低处连线与腹直肌外缘交点处做一长约 10 切口 (A 点), 气腹针穿刺置入腹腔, 确认进入腹腔后, 置入 10 套管, 维持腹腔内压力 15Hg, 置入 30° 腹腔镜, 观察腹腔, 未见腹腔内脏器损伤; 在患者的腋前线肋缘下位置处 (B 点) 做一 5 切口, 置入 10 Trocar, 并在患者的腹直肌旁肋缘下这一部位 (C 点) 处做一 10 切口, 置入 10 Trocar, 手术中的具体操作与对照组的一致。

1.3 观察指标

在对两组患者通过两种不同的方式进行手术治疗后, 需要对患者出现的并发症概率进行比较, 在治疗过程中出现的并发症包括大血管损伤、腹腔血肿、周边皮下气肿以及腹胀; 同时对手术时间及术者操作舒适度进行比较。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 经 t 检验, 计数资料经 χ^2 检验, 以 (%) 表示, 差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组患者的并发症概率度

观察组的并发症概率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 对比两组患者的并发症概率[n (%)]

组别	例数	大血管损伤	腹腔血肿	周边皮下气肿	腹胀	并发症率
观察组	25	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
对照组	26	0 (0.00)	2 (7.69)	3 (11.54)	3 (11.54)	8 (30.77)
χ^2						4.191
P						0.040

2.2 对比两组患者的手术时间及术者操作舒适度

观察组的手术时间小于对照组, 术者操作舒适度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 对比两组患者的手术时间及术者操作舒适度 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术者操作舒适度 (分)
观察组	25	77.24 ± 15.31	86.34 ± 5.31
对照组	26	215.34 ± 14.36	67.69 ± 7.64
χ^2		33.238	10.084
P		0.000	0.000

3 讨论

在目前的临床研究中对于微创外科技术的研究不断深入, 其中对于腹腔镜而言在泌尿外科中应用相对更加广泛, 这也使得在对患有肾上腺疾病的患者进行治疗的方法上有了较大的变化^[3-4]。腹腔镜手术有着非常良好的优点, 其中就包括手术产生的创伤较小, 患者恢复速度较快等, 但是就目前而言并没有一种统一公认的手术方式标准^[5-6]。经腹入路腹腔镜肾上腺手术具有一些特点, 包括了手术操作更加简洁、方便、进行手术的操作空间更大、手术的视野更加清晰等^[7-8]。在通过腹腔镜对患者进行手术的过程中, 有着较多种类的手术入路方式, 不同的入路方式在手术操作的过程中存在一定的差异性^[9]。

(下转第 13 页)

(上接第 11 页)

在本次研究的结果中显示,对于处于观察组通过 70° 斜侧卧位肋弓下缘经腹入路进行治疗,与通过侧卧位前路经腹入路进行手术治疗的对照组而言,观察组患者在手术过后出现的并发症概率要明显低于对照组^[10]。这表明了通过观察组的手术方式对患者进行治疗,患者能够拥有更加理想的治疗效果,患者在手术治疗后能够更快恢复健康体魄。

综上所述,对于经腹入路腹腔镜进行肾上腺手术的患者,70° 斜侧卧位肋弓下缘入路与经腹侧卧位前路相比,前者的手术视野更加清晰,手术后患者出现的并发症概率更低,应该将这种方法投入到临床实际使用中并进行大力推广。

参考文献

[1]赵佳晖,姜永光,罗勇,等. 经腹腔及腹膜后入路机器人辅助腹腔镜治疗肾上腺腺瘤临床对比研究[J]. 中华腔镜外科杂志: 电子版, 2019,012(003):4-4.

[2]周亚松,朱家红,王旭,等. BMI 对经后腹腔入路腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术患者围术期指标及预后的影响[J]. 实用癌症杂志, 2019,034(006):3-3.

[3]王羽宏. 经腹与经后腹腹腔镜解剖性肾上腺切除术效果比较[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019,029(024):2-2.

[4]张东旭,殷玮琪,贾晓龙,等. 经腹膜后入路腹腔镜下肾上腺血管瘤切除术的临床经验分享[J]. 腹腔镜外科杂志, 2020,025(004):4-4.

[5]陈小增,霍庆祥. 经腹腔入路腹腔镜肾上腺切除术治疗肾上腺肿瘤临床效果评价[J]. 山西医药杂志, 2019,48(02):56-57.

[6]彭家银,黄长青,高绍青,等. 经后腹膜和经腹腔手术入路行腹腔镜肾上腺手术的效果比较[J]. 广东医科大学学报, 2019,37(3):3.

[7]黄泽宝,李晓铭,刘耿锋. 比较腹腔镜肾上腺切除术同侧经腹腔与经后腹腔入路的差异[J]. 中国医药指南, 2020,18(10):2.

[8]孙超群. 经腹膜后与经腹腔入路腹腔镜下肾上腺手术效果比较[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019,29(1):2.

[9]何笑凯. 经腹腹腔镜解剖性肾上腺切除术和经腹腹腔镜肾上腺切除术的优劣差异[J]. 医药与保健, 2019,027(001):38-39.

[10]杨福利,魏鑫. 探讨经腹腔镜手术治疗复发肾上腺肿瘤的手术疗效和技巧[J]. 中国医疗器械信息, 2021,27(10):2.