

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.13.022

文章编号: 1005-8982 (2018) 13-0119-03

临床报道

后腹腔镜肾被膜切除术治疗特发性 肾被膜下积液 6 例及文献复习*

王凯旋, 刘树坤, 唐超, 郭辉, 李法平, 侯宇川

(吉林大学第一医院 泌尿外科, 吉林 长春 130021)

摘要: **目的** 探讨特发性肾被膜下积液临床特点和治疗方法。**方法** 回顾性分析吉林大学第一医院 6 例特发性肾被膜下积液临床特点及治疗, 总结国内特发性肾被膜下积液治疗方法。**结果** 所有患者手术顺利完成, 平均随访时间为 10 个月, 没有 1 例出现肾被膜积液复发。国内特发性肾被膜下积液 60 例中行超声引导下穿刺 18 例, 肾被膜切除术 40 例, 保守治疗 2 例。**结论** 特发性肾被膜下积液治疗上以主要缓解症状和解除肾压迫为主。后腹腔镜下肾被膜切除术可以达到满意治疗效果, 长期随访未见复发。

关键词: 后腹腔镜; 肾被膜切除术; 特发性肾被膜下积液

中图分类号: R699

文献标识码: B

肾包膜是围绕肾脏实质的一层纤维膜, 容易与肾实质分离, 在病理状态下, 液体聚集在包膜和肾实质之间形成肾包膜下积液。临床上可分为特发性肾被膜下积液和继发性肾被膜下积液。临床上多以继发性常见, 多由外伤、结石、感染、肾血管病变、泌尿系梗阻等引起。特发性肾被膜下积液在临床上十分罕见, 且具体病因不明, 临床诊治方面经验不多。2008 ~ 2016 年吉林大学第一医院收治了 6 例特发性肾被膜下积液患者, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 6 例, 皆为女性, 年龄 35 ~ 72 岁, 平均 53 岁, 所有患者发病前体检, 无外伤、结石、感染、肾血管病变、泌尿系梗阻等病史。1 例患者因侧腹部胀痛不适至医院体检发现; 2 例无明显症状入院体检时发现; 3 例患者曾在外院行患侧超声引导下穿刺引流, 效果差。入院后所有患者均行彩超、计算机断层扫描证实患肾存在不同程度的肾被膜下积液以及肾实质受压 (见附图), 未发现结石、外伤、感染、肿瘤等疾病。

1.2 文献资料

检索 2005 ~ 2016 年中文文献, 排除术前合并外伤、结石、感染、肾血管病变、泌尿系梗阻等病史, 排除随访时间不超过半年的病例, 共 60 例符合条件。

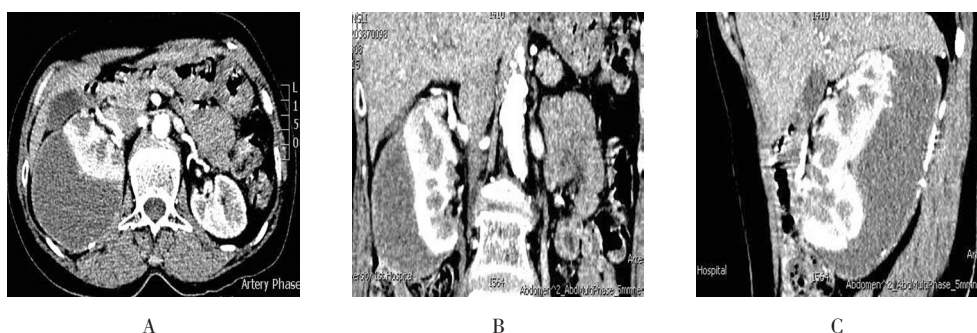
1.3 治疗方法

该组所有患者术前均诊断为特发性肾被膜下积液, 患者取侧卧位, 沿腋后线与肋脊角交汇处, 做 1 个约 15 mm 的切口, 做第 1 个操作孔。切开皮肤、皮下、钝性分开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌, 术者用食指分离腹膜后间隙, 将腹膜后扩张装置置入腹膜后腔隙内, 沿导管向气囊内注气 500 ~ 1 000 ml, 使腹膜后腔隙扩大, 放气后取出气囊。在食指的引导下, 在腋前线十一肋尖交汇处, 做第 2 个操作孔, 约 7 mm 大小的切口, 用 5 mm 的 TROCAR 边旋转边插入腹膜后腔隙内。同法在腋中线与髂嵴上 2 cm 交汇处做第 3 个操作孔, 该孔长为 12 mm, 并将 10 mm 的 TROCAR 进入腹膜后腔隙内。将腹腔镜光源从第 3 个操作孔引入腹膜后腔隙内, 充气制造人工气腹后, 在第 2 和第 3 个操作孔引入并使用腹腔镜分离钳和超声刀分离腹膜后腔隙, 切除腹膜外脂肪组织。将在肾周筋膜外分离, 在肾表面分离, 用超声刀切开积液腔, 并将积

收稿日期: 2017-08-11

* 基金项目: 吉林省卫生计生科研计划 (No: 2015Z029); 吉林省科技发展计划重点科技攻关项目 (No: 20150204064SF); 吉林省教育厅“十二五”科学技术研究项目 (No: 2015-510)

[通信作者] 侯宇川, E-mail: hou63@163.com; Tel: 13578637887



A、B、C 分别为横切面、冠状面、矢状面，显示右侧肾脏表面可见不规则囊性低密度影，肾脏严重受压

附图 典型病例

液抽取送检，尽可能将肾被膜沿肾表面切除，腹膜后放入 20 F 腹膜后引流管，并记录引流量。

2 结果

检索自 2005 ~ 2016 年国内特发性肾被膜下积液

共 60 例，手术治疗 40 例，经皮穿刺引流 18 例，保守治疗 2 例，行手术治疗术后随访至少半年未见复发，经皮穿刺引流共有 5 例复发，保守治疗至少随访半年，积液减少或消失。见表 1。

本组患者均行后腹腔镜下肾包膜切除术，术中

表 1 国内出版杂志特发性肾被膜下积液数据总结

发表时间	杂志名称	观察	手术	穿刺引流	总例数	穿刺引流复发
2005 年	中华外科杂志	0	2	0	2	0
2008 年	广东医学	0	1	0	1	0
2008 年	现代中西医结合杂志	0	13	4	17	2
2012 年	北京大学学报	1	1	8	10	1
2013 年	现代泌尿外科杂志	0	10	0	10	0
2016 年	现代泌尿外科杂志	1	6	2	9	0
2016 年	国际泌尿系统杂志	0	7	4	11	2
总数		2	40	18	60	5

引出 50 ~ 150 ml，呈淡黄色、或粉色液体，生化检查结果显示和血浆内成分基本相同，见表 2、3。术后病理提示，送检纤维囊壁样组织，纤维组织增生，伴玻璃变性、钙化及坏死，周边较多慢性炎症细胞浸润，未见类上皮细胞巢及多核巨细胞，特殊染色结果显示：抗酸（-，未见杆菌），术后引流 3 ~ 15 d，拔管时间 3 ~ 15 d，所有患者 1、3、6 及 10 个月随访，未见复发。

表 2 6 例特发性肾被膜下积液临床数据

编号	年龄 / 岁	积液最大直径 / cm	积液量 / ml	引流时间 / d
1	35	5.5	50	3
2	43	7.6	120	8
3	45	6.6	100	15
4	60	8.0	125	8
5	66	8.7	150	10
6	72	7.3	110	7

表 3 6 例特发性肾被膜积液分析数据

编号	钠 / (mmol/L)	钾 / (mmol/L)	尿素 / (umol/L)	肌酐 / (umol/L)
1	145	40	7.1	78
2	144	45	6.2	80
3	143	50	5.6	55
4	150	43	6.8	76
5	135	46	7.7	100
6	149	38	4.5	68

3 讨论

肾包膜下积液分为继发性肾包膜下积液和特发性肾被膜下积液。肾实质外包肌组织膜，由平滑肌纤维和结缔组织，在肌组织膜外包有纤维囊，通常肾纤维膜和肾实质表面的肌组织膜连接疏松，容易与肾实质分离，这种解剖特点为肾包膜下积液提供了病理生理学基础^[1]。

继发性肾包膜下积液,包括肾脏病变引起的出血外渗、结石引起梗阻、肾病综合征、外伤等都可以积聚在包膜下,严重时可形成肾周血肿、积脓、尿液囊肿^[2-8]。特发性肾包膜下积液指的是除外肿瘤、肾血管性疾病、炎症、血液病、肾结石、输尿管结石梗阻以及肾囊肿等疾病所致的肾包膜下积液。有关学者认为其发病原因是在各种致病因素作用下,肾实质毛细血管扩张,导致毛细血管通透性增加,毛细血管内水分的渗出增加,由于肾包膜下与肾实质表面轻松相连,当渗出大于局部吸收时,渗出液向肾包膜下积聚形成肾包膜下积液^[9],有学者认为与肾变态反应血管病变或近曲小管痙有关^[10]。但上述推测都未得到证实。临床上通常利用影像学方法来诊断^[11-12]。

本组患者引流液成分和血浆成分较为相似,提示漏出液可能性大,考虑肾脏本身或血管病变导致血管或肾周组织损伤引起组织通透性增加引起,漏出液增多,这种致病因素也可能是全身性的,但没有发现其他部位有积液,因此发病机制需要进一步探索。

特发性肾被膜下积液无特异性的临床表现,大部分患者无明显症状仅仅因体检时发现,或者以腰腹部胀痛为主要临床表现,有的则以血压升高为主要表现^[13-14]。鉴于本病主要为良性病变,治疗目的是缓解症状,解除压迫,挽救肾功能;对于积液量少,且无明显症状可随访观察;如果需要外科介入,首选穿刺引流,如果持续引流良多,每天超过 500 ml,长时间引流效果差,可考虑行腹腔镜下肾包膜切除术,如无出血等因素,应切至肾蒂^[15],通过切除肾包膜,一方面可以减少病变的肾包膜产生积液量,另一方面消灭了肾与肾包膜的自然腔隙,同时积液也可以被肾周及腹膜后脂肪吸收。有学者曾尝试去除后以大网膜包裹,也取得良好手术效果^[16]。

特发性肾被膜下积液临床较为罕见,治疗上主要以缓解症状和解除肾脏压迫为主,结合文献和本组研究,腹腔镜手术在该病治疗上可去得满意效果,如果引流量大且持续时间长,可优先选择腹腔镜手术。

参 考 文 献:

- [1] LIM J H, KIM B, AUH Y H. Anatomical communications of the perirenal space[J]. Br J Radiol, 1998, 71(844): 450-456.
- [2] 王笑芳,王振林,孙美红,等. 输尿管梗阻致肾包膜下积液 8 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006(10): 727-728.
- [3] 程远合,王文生,李麦玲,等. 急性肾包膜下积液的诊断与治疗[J]. 中国临床医学, 2003(2): 186-187.
- [4] 韩韬,曲江磊,王友宝. 双侧肾被膜下积液积血引发的 Page 肾 1 例报告[J]. 泌尿外科杂志:电子版, 2016, 8(1): 56-57.
- [5] 杨立,肖玉坤,杨银桂,等. 上尿路梗阻致肾包膜下积血或积脓诊治体会(附 3 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2010(9).
- [6] YALCIN A U, AKCAR N, CAN C, et al. An unusual presentation for nephrotic syndrome. Bilateral perirenal subcapsular fluid collection[J]. Nephron, 2002, 92(1): 244-245.
- [7] ZHANG J Q, FIELDING J R, ZOU K H. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis[J]. J Urol, 2002, 167(4): 1593-1596.
- [8] 刘敏,肖日海,邹晓峰,等. 肾包膜下积液 25 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2012(3): 93-96.
- [9] 张荣明,沈周俊,张翀宇,等. 肾包膜下积液的临床分析(附 14 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(5): 329-330.
- [10] KIRSH G, KURSH E D, RESNICK M I. Re: Spontaneous subcapsular renal hematoma: diagnosis and management[J]. J Urol, 1989, 141(4): 959.
- [11] BELVILLE J S, MORGENTHAU A, LOUGHLIN K R, et al. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US, and angiography[J]. Radiology, 1989, 172(3): 733-738.
- [12] SEBASTIA M C, PEREZ-MOLINA M O, ALVAREZ-CASTELLS A, et al. CT evaluation of underlying cause in spontaneous subcapsular and perirenal hemorrhage[J]. Eur Radiol, 1997, 7(5): 686-690.
- [13] 王慕文,傅强,王法成,等. 特发性肾包膜下积液并高血压[J]. 山东医药, 2004, 44(18): 65-66.
- [14] BAISHYA R K, DHAWAN D R, SABNIS R B, et al. Spontaneous subcapsular renal hematoma: A case report and review of literature[J]. Urol Ann, 2011, 3(1): 44-46.
- [15] 周林玉,陈昊,孙友文,等. 特发性肾包膜下积液二例[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(18): 1223.
- [16] 刘俊敏,李青. 大网膜包裹治疗肾包膜下积液[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(1): 38-40.

(张西倩 编辑)