

勇攀高峰,造福病患

——新泰市中医院泌尿外科2015年第二季度发展概述

新泰市中医院泌尿外科为“华东地区结石病防治基地-山东第三基地”,经过多年打造已经是一支团结奋进、开拓创新的团队,科室拥有前列腺电切镜、膀胱镜、输尿管镜、经皮肾镜、腹腔镜、瑞士EMS超声气压弹道碎石机、电磁式体外冲击波碎石机等大型医疗设备。泌尿系结石的治疗为新泰市中医院特色治疗,随着多种手段治疗结石病的进步,病人不断增多,同时,腔镜微创技术不断扩展,开创了新泰市中医院泌尿外科发展新时代。该科2015年4、5、6月份共住院病人203例,手术125例。随着业务开展,临床中遇到越来越多的复杂病例,该科因势利导,不断开展新技术,现将有代表性的6例病人总结如下:

1.肾结石合并肾囊肿病例(微创经皮肾镜下取石及肾镜下囊肿去顶减压术)

患者魏某,女,71岁。右侧腰腹部疼痛不适2月来诊,CT:实质内探及多个无回声,大者约 $5.4 \times 4.7\text{cm}$,部分外凸,集合系统内探及多个强回声,后伴声影,较大者范围约 $2.7 \times 0.6\text{cm}$ (图1)。

诊断:1.右肾多发结石;2.右肾多发囊肿

治疗及讨论:患者同时患有肾结石及肾囊肿,结石多发且大,肾囊肿 $>5\text{cm}$,均需治疗,分期手术住院时间长,费用高,病人不易接受,开放手术创伤大,讨论后该科医生选择微创经皮肾镜下取石及肾镜下囊肿去顶减压术。先选择避开囊肿部位穿刺肾中盏,扩张后肾镜下取石;然后向囊肿分别穿刺,扩张至24F鞘,电切镜切除肾囊肿壁,术后效果良好。该手术因肾囊肿导致取石难度加大,术中要保证肾穿刺的准确性,不能经囊肿进肾,否则术后易出现漏尿等严重并发症。对于囊肿的处理,以前常规腹腔镜下去顶减压术治疗,但该科医生查阅很多文献资料,选择应用经皮肾镜配合前列腺电切镜去顶减压,效果良好,创伤更小,为肾囊肿的治疗找到了一种新的更微创的方法。(图2)

2.膀胱癌T3期(膀胱根治切除并双侧输尿管皮肤造瘘)

患者路某某,男,74岁,排尿不畅3年,加重排尿困难并血尿2个月来诊。CT检查:膀胱充盈尚可,形态欠规则前壁不规则增厚见团块状高密度影,约 $5.0\text{cm} \times 4.1\text{cm}$,并突入膀胱腔内,膀胱周围脂肪间隙模糊,双侧精囊腺显示欠清,膀胱直肠间隙存在(图3)。

术前病理:浸润性尿路上皮癌。

诊断:1.膀胱肿瘤(T3);2.前列腺增生。

治疗及讨论:患者术前膀胱肿瘤诊断明确,属于T3期,单纯膀胱部分切除易复发,应行根治性切除,因病人体质弱,原位膀胱手术创伤大,恢复较慢,并发症多,与病人家属沟通后选择膀胱全切加双侧输尿管单纯皮肤造瘘。术中探查膀胱容积较小,膀胱前壁、右侧壁、尖部肿瘤约 $6.0 \times 5.0 \times 5.0\text{cm}$,基底固定,肿瘤浸透膀胱全层。前列腺增大,行全膀胱切除+输尿管腹壁造瘘术。术后患者恢复良好,住院19天,顺利出院。

3.输尿管结石合并多囊肾(经皮肾镜取石术、经后腹腔一腔镜下多囊肾去顶减压术)

患者陈某某,女,42岁,右侧腰腹部疼痛不适2月余。“左侧多囊肾”病史15年。CT提示:双侧肾脏对称,位于脊柱两侧,右肾盂内可见多发点状致密影,皮质内可见低密度影,左肾多发囊性低密度影,边界清。右侧上段输尿管内可见一片状致密影,此层面以上肾盂输尿管扩张,肾旁结构未见明显异常。(图4、5)

诊断:1.右侧输尿管结石;2.左侧多囊肾。

治疗及讨论:患者术前诊断明确,右侧输尿管结石及左侧多囊肾同时存在,考虑左多囊肾对肾脏破坏较大,右侧输尿管结石发病后出现肾积水,对肾脏功能也有明显损害,为了保护好右肾功能,先行右肾经皮肾镜下碎石取石术,术中取石完全。术后5天,患者病情稳定后,为保护左肾残存肾功能,再次行镜后腹腔一左侧多囊肾去顶减压术。

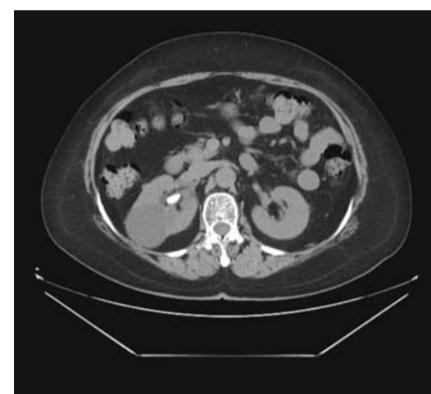


图1



图2



图3

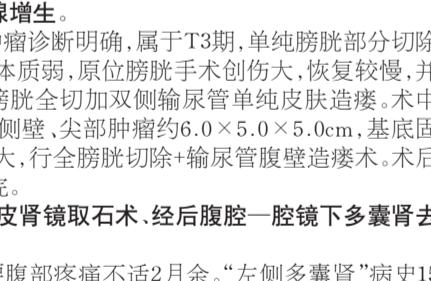


图4

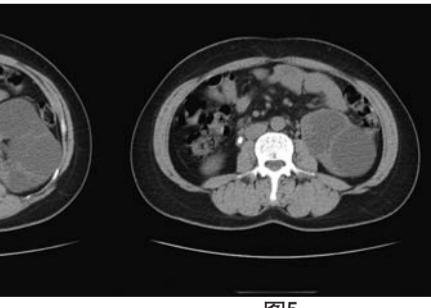


图5

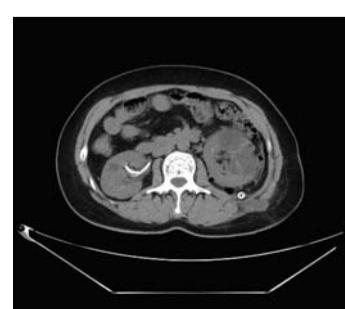


图6

减压术。术中探查左肾多囊肾,囊肿大者约 $6.0 \times 5.0 \times 5.0\text{cm}$,尽可能多的把囊肿去顶。术后患者恢复良好,共住院13天,顺利出院。该患者的手术治疗关键在于决定先取结石还是先行多囊肾去顶减压术,在遇到双肾同时有病变时,先行保护功能较好的肾或先行治疗发病较急的肾病变,全身各种因素综合考虑才能使患者最大受益。(图6)

4.输尿管上段结石合并输尿管狭窄(经皮肾镜取石术并狭窄部球囊扩张术)

患者郑某某,女,32岁。因右输尿管结石软镜下钬激光碎石术后反复腰痛发热半年来诊。患者1年前右输尿管上段结石,反复体外碎石3次无效,在外院行软镜下钬激光碎石,术后2次拔除双J管均出现腰痛高热,来新泰市中医院输尿管镜下探查及输尿管造影明确诊断:右输尿管残留结石并输尿管上段狭窄(图7)。

治疗及讨论:患者术前经过输尿管镜下探查及输尿管造影多种手段明确为右输尿管上段结石并部分狭窄,狭窄段约 1.5cm ,经过讨论,该科医生采取经皮肾镜取石术并狭窄部球囊扩张术进行治疗,手术经过右肾中组后盏穿刺,取出结石,然后选择COOK输尿管球囊扩张器将输尿管狭窄段扩张至18F,放置海马管引流。手术顺利,住院8天出院。(图8)该患者准确的治疗来源于术前仔细的分析及详细检查,同时借助于先进的扩张设备,输尿管狭窄的治疗较为棘手,应用球囊扩张治疗输尿管狭窄是目前最微创、安全、高效的治疗手段,该病例为新泰市中医院第一次开展此类手术,手术的成功开展为新泰市中医院泌尿外科的进步和发展增添了新的思路和方法。

5.肾上腺肿瘤(经后腹腔一腔镜下肾上腺肿瘤切除术)

患者阎某某,男,52岁。因查体发现右侧肾上腺占位2周来诊。腹部强化CT:右侧肾上腺见囊性低密度影,最大截面约 $2.2\text{cm} \times 2.0\text{cm}$,形态不规则,增强扫描未见明显强化。左侧肾上腺大小、形态正常,增强扫描未见异常强化(图9)。血儿茶酚胺正常值。

诊断:右侧肾上腺肿瘤。

治疗及讨论:患者术前完善各项检查,常规肾上腺肿瘤术前准备10天,经过术前讨论,选择经后腹腔一腔镜下肾上腺肿瘤切除术。手术常规腰部三孔法,术中探查肿瘤 $2.0 \times 2.0 \times 2.5\text{cm}$ (图10),术中未出现血压剧烈波动。该病例术前检查全面,综合分析肿瘤为嗜铬细胞瘤可能性不大,但该手术术前常规准备10天左右,术前充分扩容准备和手术麻醉科的严密监测和果断处理保证了手术的安全性,该科以前通常采用开放手术,但随着新泰市中医院腹腔镜设备的完善和腔镜技术的发展,该科正逐步向微创化发展,腔镜手术创伤小,恢复快,即将成为新泰市中医院泌尿外科主流手术。

6.肾错构瘤(经腹腔一腔镜下肾部分切除术)

患者赵某某,女,48岁。因发现右肾占位半年来诊。患者半年前脑垂体瘤手术史,患有左肾萎缩、右下肢深静脉血栓、高血压、冠心病等多种疾病,身体素质差,半年前查体发现右肾上极占位,上级医院会诊不排除肾癌可能,选择新泰市中医院手术,腹部CT:右肾上极结节影,部分呈高密度,边界尚清(图11)。

诊断:1.右肾占位 2.左肾萎缩 3.右下肢深静脉血栓



图7



图8

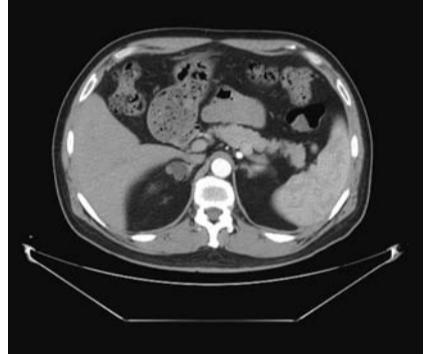


图9



图10

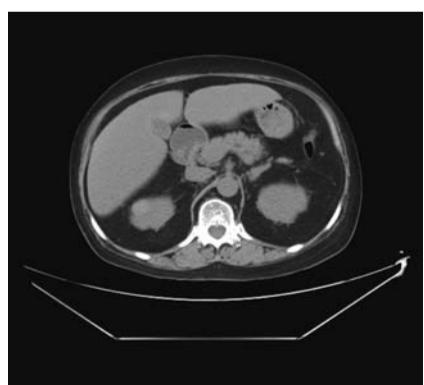


图11

治疗及讨论:患者术前完善各项检查,常规术前准备,术前经过讨论,病人体质差,对侧肾萎缩,选择经腹腔一腔镜下肾部分切除术,手术中切除肾上极肿瘤约 $2.2\text{cm} \times 2.0\text{cm} \times 2.5\text{cm}$ 肿瘤,术后恢复良好,7天出院。该病例术前曾经考虑为肾恶性肿瘤,但考虑肿瘤 3cm 以下,对侧肾功能不好,综合分析后选择经腹腔一腔镜下肾部分切除术,该手术比该科医生以前做的腹腔镜下肾切除手术风险更大,难度更高,但这样选择手术会避免良性病变误切肾脏,会給病人带来更多的机会,术后病理提示为肾错构瘤,充分证实了新泰市中医院泌尿外科医生的选择是对病人负责的。