

10.1089/end.2010.0265

腔内泌尿外科中的争议案例：与广泛性子官切除术相关联的输尿管损伤

Dr. Brian R Matlaga MD, MPH

摘要：一名 55 岁妇女行开腹广泛子宫切除术，未发生任何术中事故。手术后第二天，患者抱怨左侧及下腹部疼痛而后缓解，并有引流量增加，高热及寒战。引流液分析证实为尿液。腹部及骨盆超声成像显示左侧泌尿道微有膨胀，右侧正常。行双侧顺行肾盂输尿管造影术，显示左下部输尿管完全阻塞、漏尿，与引流相通。右侧泌尿系统及输尿管正常。在穿越输尿管闭塞处时，导丝通过了引流管，无法通向膀胱。遂插入肾造瘘管引流左侧泌尿道。

10.1089/end.2009.0594

腹腔镜镜头雾化：起因及保持视野清晰方法的综述

Dr. Nathan Lawrentschuk MBBS, Dr. Neil E Fleshner, and Prof. Damien Bolton

摘要：腹腔镜外科手术在包括泌尿学在内的外科专业中越来越常见。在此类手术中，保持视野清晰对防止意外损伤以及提高精度、缩短手术时间极为重要。与颗粒状碎屑、血及烟积聚一样，镜头结露引起的腹腔镜镜头雾化(LLF)乃影响腹腔镜手术视野清晰的主要障碍。尽管有许多技术可用来改善腹腔镜视野，文献中仅有零星的关于其起因及改善视野的方法的可用资料。本综述旨在对现有的关于 LLF 的起因以及导致腹腔镜视野不佳的其他原因的文献进行总结，并对目前减少此现象的方法进行综述。总之，尽管已熟知 LLF 的发生是由于温度及湿度的差异所引起，还是缺少有关减少其发生的方法的重要资料。经常采用的那些方法中，大多数没有文献的支持，例如将灌注气体加温、湿润，或者完全缺乏资料，如抗雾化措施。

10.1089/end.2009.0662

泌尿学中的血管假性动脉瘤：临床特点及治疗

Dr. Douglas E Sutherland, Dr. Stephen Bentley Williams M.D., Dr. Dana Rice,

Dr. Thomas W. Jarrett MD, and Dr. Jason D Engel

摘要:

目的: 血管假性动脉瘤是动脉壁损伤后产生的一种并发症, 已有很多报道。在此我们对全部有关手术后及创伤后假性动脉瘤病例的泌尿外科文献报道进行综述。

方法: 对现有经过同行评议的血管假性动脉瘤文献进行全面的综述, 重点是临床表现及治疗方案。

结果: 血管假性动脉瘤是与动脉血管直接相连的高压血液积聚。依损伤的位置及大小, 临床表现各异, 可能会非常严重, 甚至危及生命。微创及腹腔镜术后假性动脉瘤的发生率可能增加。选择性及超选择性栓塞是血管假性动脉瘤的首选疗法。

结论: 血管假性动脉瘤是泌尿外科微创手术后重要但罕见的并发症, 有关报道逐步增加。它的诊断需要保持高度警惕性以及依靠灵敏的放射学方法。治疗方法随不同患者各异, 但选择性栓塞似乎是标准的治疗方法。

10.1089/end.2009.0670

监测对泌尿系结石的作用的系统综述

Dr. Andreas Skolarikos, Dr. Pilar Laguna, Prof. Gerasimos John Alivizatos BSc, MD, PhD, FEBU, Prof. Ali Riza Kural, and Prof. Jean De La Rosette

摘要:

概述: 不是所有的泌尿系结石都需要迅速进行治疗。我们研究的目的是识别那些可安全地进行主动监测的泌尿系结石。

材料和方法: 本文对泌尿系结石主动监测的自然病史及其作用进行了系统的综述。

结果: 37 项研究被纳入。监控过程中, 38-71%有症状的输尿管结石<4mm 者自动排出, 仅有 4.8%结石<2mm 者需要干预治疗。有必要每两周随访一次病程、体检、尿液分析及平片, 为期一个月。如果在此期间未能自主排出, 建议进行干预治疗。

与观察组进行前瞻性对比, 冲击波碎石术治疗肾下盏结石的结石排净率(28% vs 17%)、对额外治疗的需要(15% vs 21%)以及到全科医生处就诊的需求(18.5% versus 20.8%)无差异。观察中的患者可能需要更多的介入性操作, 更可

能遗留>5mm 的结石残片(58% vs 30%)。单独的、非尿酸性<4mm 的结石可能更适于主动监测。建议每年进行体检、尿液分析及 CT 扫描，为期 2 或 3 年，再进行干预。只要患者充分知情，可以通过每年交替进行超声及 CT 扫描，<10mm 的肾下结石进行主动监测。

冲击波及经皮碎石术后分别有高达 58.6%及 43%的患者随访期间可能产生症状，随访中或需要干预治疗。非感染的、无症状的、体外碎石后<4mm、经皮手术后<2mm 的碎片，可逐年随访，结合医学治疗。

结论：主动监控对泌尿系结石患者的治疗具有一定的作用。成功与否很大程度上取决于结石大小、位置、成分以及诊断后时间。观察期间必要的医学治疗是有益的。

10.1089/end.2009.0571

体位：俯卧位或仰卧位是经皮肾镜取石术的一个话题

Dr. Roberto Miano, Dr. Cesare Scoffone, Dr. Cosimo De Nunzio, Dr. Stefano Germani, Dr. Cecilia Cracco, Dr. Paolo Usai, Prof. Andrea Tubaro, Dr. Fernando J. Kim, and Dr. Salvatore Micali

摘要：

概述：25 年多以来，俯卧位一直被认为是经皮进入肾脏的唯一体位，尽管仰卧位早在 80 年代后期即有描述，但近来才开始获得认可。最近，有报道描述了 Galdakao 改良仰卧位。但是，经皮肾镜取石术的最佳体位尚未取得共识，目前仍取决于医生的偏好。

材料与方法：本文对俯卧位、仰卧位及改良的仰卧位进行描述，指出各项技术的优缺点及结果。

结果：仰卧位相对于俯卧位的许多优点已有报道：心血管变化少；患者无需变换体位（中枢及外周神经系统损伤的关联风险少）；医生的 X 射线暴露少；结肠损伤风险小。最近有报道称 Galdakao 改良仰卧位可使医生顺行及逆行到达肾盂，对复杂性肾结石，或并发的肾及输尿管结石进行一期治疗。此外，使用软输尿管镜可行内窥镜穿刺以更好地到达肾脏。

结论： 俯卧位仍为经皮接近肾脏的标准体位，其他体位应当与其进行比较。但是，仰卧位或改良的仰卧位对患者和医生都有潜在的重要优点，今后需要在大量的随机试验中进行研究，以便确定其相对于传统俯卧位的优势。

10.1089/end.2009.0395

输尿管镜超声技术测量肾结石碎片尺寸：在猪模型中使用微型探针对其原理进行证实

Dr. Mathew D. Sorensen and Dr. Anup R Shah, Mr. Michael Canney, Dr. Oleg A. Sapozhnikov, and Dr. Joel Teichman, and Dr. Michael R. Bailey

摘要

目的： 验证输尿管镜术中使用的一种基于超声的原型探针用于体外测量猪肾中结石碎片尺寸。

方法： 将十五颗由 3 种不同成分组成的人结石置入猪肾集合系统的深处。使用一只 2-MHz, 1.2 mm (3.6Fr) 针状水听器发送并接收超声脉冲，测量结石尺寸。将计算所得结石粒径与卡尺测得值进行对比。

结果： 全部三种类型结石的超声测得粒径与卡尺测得值相关性良好 ($r^2 = 0.90$, $p < 0.0001$)。全部 15 颗结石的测量值均准确至 1mm 之内，10 颗准确至 0.5mm 之内。

结论： 3.6Fr 超声探针可用于测量猪肾结石碎片尺寸，准确度达 1mm 之内。

10.1089/end.2009.0569

扩大的盲肠粘膜在氨基乙酰丙酸己酯'蓝光'荧光膀胱镜下显粉色

Hussein Tuffaha MBBS, Greg L Shaw, and Tim P Briggs

摘要： 氨基乙酰丙酸己酯 (Hexa ALA) '蓝光'荧光光诊断逐渐成为重要的检测粘膜上皮细胞变化的方法，泌尿外科中用于检测移行细胞癌 (TCC) 及膀胱原位癌。也有研究将 Hexa ALA 用于检测结肠中癌前/癌性病变[1]。所有应用中，异常组织对化学物质的摄入均使其在蓝光下观察时出现粉色。我们提出这样一个病例，使用 Hexa ALA 荧光膀胱镜对预先置入膀胱行膀胱扩大术的盲肠粘膜进行评价。就我们所知，这是迄今首次对 Hexa ALA 荧光膀胱镜下膀胱扩大的影像进行的描述。

10.1089/end.2009.0444

种用于经皮肾穿刺取石术中肾下盏肾盂系统的真空清洁器

Mohammed Lezrek MD, Dr. Abdelmounaim Qarro, Dr. Khalil Bazine, Dr. Mohammed Najoui, Dr. Mohammed Asseban, Dr. Mohammed Benjelloun, Dr. El Hassane Kasmaoui, and Dr. Mohammed Alami

摘要： 去除小块结石、碎片及碎屑、凝块或成群的小结石麻烦且耗费时间。我们研发了一项技术，在 PCNL 过程中使用抽吸的方法从肾脏中清除碎片。将抽吸管装入肾镜操作通道内，把肾镜用作真空清洁器。直观地通过肾镜工作通道将碎片迅速地吸出。这项技术提供了一种好的方法，使得患者排净结石，甚至是纤细的砂性碎片。

10.1089/end.2009.0456

单径路及多径路经皮肾穿刺取石术（PCNL）治疗鹿角形结石的效果比较

Dr. Tolga Akman MD, Dr. Erhan Sari, Dr. Murat Binbay, Dr. Emrah Yuruk MD, Dr. Abdulkadir Tepeler, Dr. Mehmet Kaba, Prof. Ahmet Yaser Muslumanoglu, and Dr. Ahmet Tefekli

摘要：

目的： 分析单径路及多径路经皮肾穿刺取石术（PCNL）治疗鹿角形结石的早期结果。

方法： 对 413 例接受 PCNL 的鹿角形结石患者{完全者 223 例（54%），部分者 190 例（46%）}的记录进行回顾性综述。共有 244 例（59%）通过单径路进行治疗（组-1），同时有 169 例（41%）必须通过多径路，所采取的径路数量范围为 2 至 6（组-2）。比较两组的围手术期发现及术后效果，并分析与患者及结石相关、影响治疗径路数量的因素。

结果： 组-2 中平均经皮径路数为 2.42 ± 0.74 （范围为 2-6）。组-2 的平均透视持续时间及手术持续时间显著长（分别为 $p = 0,002$, $p < 0,0001$ ）。组-2 中 30.7%需要肋上径路，组-1 中为 6.9%（ $p = 0.001$ ）。经过一期的 PCNL 后，组-1 中 70.1%、组-2 中 81.1%获得了成功（ $p = 0.012$ ）。两组中最常见的并发症为出血，组-2 出血发生率高（ $p < 0,0001$ ）。组-1 术前及术后肌酐平均浓度分别为 1.03 mg/dL

及 1.08 mg/dL，组-2 分别为 0.9 mg/dL 及 1.03 mg/dL。组间肌酐浓度变化均值在统计学上差异不显著 ($p = 0.16$)。

结论：使用单或多径路管行 PCNL 对肾功能的影响相似，且为暂时性的。鹿角形结石的治疗中，多径路 PCNL 成功率高，并发症也相当多。

10.1089/end.2009.0437

钬激光软输尿管肾镜治疗肾盂憩室结石的功效

Dr. Majed Sejiny, Dr. Saeed Al-Qahtani MBBS, Dr. Benoit Molimard, Dr. Abdel Elhaous, and Prof. Olivier Traxer

摘要：

目的：本文旨在评价钬激光软输尿管肾镜（F-URS）微创治疗肾盂憩室结石的效果。

患者及方法：我们对 2003 至 2009 年间 38 例行钬激光 F-URS 诊治有症状肾盂憩室结石患者进行了回顾性综述。症状为肾绞痛、尿路感染或出血。有 30 例患者（78.9%）在使用冲击波碎石术（SWL）失败后换用 F-URS。2 例患者重复进行了两次 F-URS。1 例患者的指征为结石破碎不完全。另一例患者是由于未能识别憩室。随诊 4-6 周，行尿路平片（KUB）及肾超声或 CT 平扫（NCCT）之一。

结果：本研究中包括的患者总数为 38 例；女性 22 例，男性 16 例（平均年龄 45.7 岁，范围在 18 至 72 岁之间）。F-URS 后，21 例（55.3%）取净结石（SF），10 例（26.3%）有临床上不显著的残余碎片（粒径小于 4mm）（CIRF），发现 7 例（18.4%）有残余碎片（RF）。SF 或 CIRF 视作治疗成功，共计 31 例患者（81.6%）。术后总计 34 例患者（90%）症状消失。

结论：钬激光 F-URS 是很有效的微创技术。它可能是治疗肾盂憩室结石、特别是那些冲击波碎石术失败者的最佳选择。小型化软输尿管镜的巨大发展使得治疗成功率提高、发病率降低，且缩短了住院时间。

10.1089/end.2009.0340

完全机器人辅助腹腔镜治疗上尿路移行细胞癌的效果

Dr. Jonathan Andrew Eandi, Dr. Rebecca Nelson, Dr. Timothy G Wilson, and Dr. David Y. Josephson

摘要:

背景及目的: 治疗上尿路移行细胞癌 (TCC) 的金标准为肾输尿管切除术。对于远端输尿管 TCC, 一种治疗选择是远端输尿管切除并输尿管再植入术。多种微创技术被引入用以替代这些开放性手术。当前, 关于使用机器人辅助腹腔镜 (RAL) 治疗上尿路 TCC 的文献极少。我们对使用 RAL 治疗上尿路 TCC 的经验进行了评价。**患者及方法:** 对所有在我院接受完全 RAL 肾输尿管切除术或远端输尿管切除并输尿管再植入术的患者进行回顾性分析。**结果:** 11 例平均年龄 67.4 岁的患者接受了 RAL 肾输尿管切除术。平均手术时间为 326min (范围 243 至 470min), 估计失血量 200ml (范围 100 至 400ml), 平均住院时间 4.7 天。平均随访时间 15.2 个月 (范围 2 至 31 个月), 4 例患者复发, 2 例最终死于转移性疾病。4 例平均年龄为 73.5 岁的远端输尿管移行细胞癌患者接受了 RAL 远端输尿管切除并输尿管再植入术。平均手术时间 311min (范围 225 至 446min), 估计失血量 200ml (范围 100-350ml), 平均住院时间 4.7 天。平均随诊时间 30.5 个月 (范围 12 至 48 个月), 仅 1 例患者其病理学显示输尿管周围组织有原位癌变, 需要对复发的疾病进行辅助治疗。**结论:** 治疗上尿路 TCC 患者, 选用 RAL 肾输尿管切除术及远端输尿管切除术并输尿管再植入术是可行的, 其短期肿瘤学结果值得期待。

10.1089/end.2009.0535

采用单通道腹腔镜手术 (LESS) 行肾上腺切除术的可行性及安全性评价: 初步经验

Dr. Luca Cindolo, Dr. Stefano Gidaro, Dr. Fabio Neri, Dr. Fabiola Raffaella Tamburro, and Prof. Luigi Schips

摘要:

背景及目的: 单通道腹腔镜手术 (LESS) 是最引人注意的外科进展之一。我们完成了 3 例 LESS 肾上腺切除术, 评定其可行性、安全性及围手术期效果。

患者及方法：3 例非功能性肾上腺肿块患者行 TriPort™ 肾上腺切除术。搜集人群、围手术期和病理记录以及术后资料。通过一个 3-cm 的肋下切口，插入 10mm 30°腹腔镜主镜及两个 5mm 器械来使用 TriPort™。标本经由一个 10mm 袋子而不是经由主镜取出。

结果：全部病例均成功完成 TriPort™ 肾上腺切除术。平均手术时间为 200min（平均失血量 40ml）。未发现围手术期并发症。病理学检查证实 1 例为腺瘤，1 例为肺癌转移，1 例为髓脂肪瘤。

结论：LESS 肾上腺切除术可行、安全，围手术期及短期效果好。它在技术上比标准腹腔镜检查更富有挑战性，但需要高超的手术技术。需要进行前瞻性研究才可得出进一步的结论。