

中下部被膜 喉返神经入喉处可保留背侧少量甲状腺腺体。此外 不宜使用超声刀大块夹持腺体组织 且注意功能刀头朝向应远离喉返神经、喉上神经 尽量非功能刀头贴近神经方向 使超声刀功能刀头和喉返神经、喉上神经、甲状旁腺的保持 5 mm 以上安全距离<sup>[5]</sup>。对甲状腺固有被膜后方疑为甲状旁腺的组织均予以保留。本组无甲状旁腺损伤表现 2 例出现饮水呛咳 3 例出现暂时性声嘶 均为单侧或双侧腺叶全切除病例 经保守治疗后 3 个月内恢复正常。其原因可能与超声刀功能刀头热损伤、术后炎性水肿以及瘢痕压迫等因素有关。

3.4 防止漏切病灶 腔镜甲状腺切除术与其他腔镜手术一样仍存在着一些不足 如术者对目标器官的直接触诊的丧失 有可能导致漏切病灶。我们的体会是 对超声提示多发灶的病例术前常规 CT 扫描对病灶的定位 有条件医院可选择术中 B 超检查证实切除后情况。如双侧叶结节性甲状腺肿可采用甲状腺全切除术治疗 术后应坚持口服甲状腺片 1~2 年。通过上述处理可减少术后病灶残留及复发机会。

总之 注意上述几点 加上进行了充分的术前准备 腔镜甲状腺手术也可取得与传统的甲状腺手术相同效果 且安全、微创、可行。相信随着经验的积累和操作水平的提高 基层医院仍可将其作为甲状腺手术的理想模式。

### 参 考 文 献

[1] 李永利,王存川,江奎,等. 31 例全乳晕径路的腔镜甲状腺切除术的体会[J]. 中国现代普通外科进展, 2010, 13(7): 581-582.

[2] Bellantone R, Lombardi CP, Raffaelli M, et al. Minimally invasive totally thyroid lobectomy[J]. Am J Surg, 1999, 177(4): 342-343.

[3] 雷练昌,李庆华. 经乳晕入路腔镜下行甲状腺切除术 32 例临床观察[J]. 广西医学, 2010, 32(5): 565-566.

[4] 王存川,陈鉴,胡友主,等. 内镜甲状腺切除术 150 例[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(11): 675-677.

[5] Maeda S, Shimizu K, Minami S, et al. Video assisted neck surgery for thyroid and parathyroid diseases[J]. Biomed Pharmacother, 2002, 56(Suppl): S92-S95.

(收稿日期: 2012-03-12 修回日期: 2012-04-30)

## 直视下输尿管镜扩张术联合筋膜扩张器治疗男性尿道狭窄

覃庆平 王伟 杨剑文 姚远 陈悦康

(广西柳州市人民医院泌尿外科 柳州市 545006)

**【摘要】** 目的 探讨直视下输尿管镜扩张术联合筋膜扩张器在成年男性尿道狭窄治疗中的临床疗效。方法 对 36 例男性尿道狭窄患者采用直视下输尿管镜扩张术联合筋膜扩张器治疗,术后口服抗生素,留置尿管 2~4 周后拔除,定期尿道扩张。结果 36 例患者有 33 例扩张成功(91.7%),术后随访 0.5~2 年,33 例患者均排尿通畅,最大尿流率 15.8~26.5 mL/s。结论 直视下输尿管镜扩张术联合筋膜扩张器治疗成年男性尿道狭窄具有创伤性小、安全性高、疗效确切等优点,且对医疗设备要求不高,值得推广。

**【关键词】** 男性尿道狭窄; 输尿管镜; 肾筋膜扩张器; 尿道扩张

**【中图分类号】** R 695.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2012)04-0380-03

尿道狭窄是泌尿外科常见疾病之一,多见于男性。而尿道扩张则是治疗尿道狭窄最简单有效的措施,但由于传统的尿道扩张具有盲目性,对于狭窄较严重的患者,应用较粗金属扩条往往难以通过,而应用较细金属扩条(12F 以下)则易造成海绵体损伤、尿道大出血、穿孔、假道形成等严重并发症。2008 年 6 月至 2011 年 8 月,我院采用直视下输尿管镜扩张术联合筋膜扩张器治疗成年男性尿道狭窄患者 36 例,疗效满意,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例均为男性患者,其中 13 例为曾

于外院或我院门诊行常规金属尿道探子扩张失败者;患者年龄 20~79 岁,平均 48.6 岁。病程 1 个月至 3 年,平均 8 个月。引起尿道狭窄的病因:骨盆骨折 8 例,骑跨伤 2 例,尿道会师术后 6 例,耻骨上经膀胱前列腺切除术后 8 例,经尿道前列腺电切(TURP)术后 6 例,炎性尿道狭窄 4 例,原因不明 2 例。前尿道狭窄 20 例,后尿道狭窄 16 例。狭窄长度 0.4~1.5 cm,平均 0.8 cm,狭窄段内径 0.1~0.3 cm。已行膀胱穿刺造瘘 6 例,合并尿路感染 20 例,尿道结石 4 例,膀胱结石 4 例,高血压病 7 例,糖尿病 3 例,双肾积水并肾功能不全 1 例。术前最大尿流率 4.2~12.1 ml/s,平均 5.8 ml/s,膀胱残余尿量 55~480 mL。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 入院后常规检查尿常规明确有无尿路感染;行泌尿系 B 超及 KUB 了解有无上路扩张、积水及

作者简介:覃庆平(1973~),男,本科,主治医师,研究方向:泌尿外科。

尿路结石形成,并行尿道造影及尿流动力学检查以明确诊断。合并肾功能不全者可先行膀胱穿刺造瘘引流尿液;术前控制感染,同时调整血压、血糖平稳后再手术。

1.2.2 麻醉方式 视具体情况可先采用尿道黏膜表面麻醉,患者不能耐受再改用腰麻或静脉复合麻醉;或直接选择后者。

1.2.3 手术方法 患者取截石位。采用 WOLF 8/9.8 硬性输尿管镜,直视下经尿道外口进镜至尿道狭窄处,仔细辨别正确尿路通道。从输尿管镜工作通道插入斑马导丝,经狭窄段细小孔道送入膀胱,在斑马导丝引导下以输尿管镜镜体作扩张器,直视下扩张进入,通过狭窄段后继续进至膀胱。观察了解狭窄段前后方尿道有无错位及狭窄段长度,退出输尿管镜,并保留斑马导丝软头端于膀胱内。向尿道内注入 10 mL 无菌石蜡油,并用石蜡油充分润滑肾筋膜扩张器表面,从 10F 开始,将斑马导丝插入筋膜扩张器中央通道,在导丝引导下向前推进筋膜扩张器扩张尿道狭窄段,然后每次递增 2F。如能通过 18F 筋膜扩张器,则改用 WOLF F21 膀胱尿道镜直视下继续扩张尿道进入膀胱,停留约 10 min。用大号针头在导尿管前端的尖端戳一小孔,以便循导丝置入 F18 或 F20 导尿管,气囊注水 10 mL 固定。若不能扩张至 18F,选择尿管的型号要略小于已经扩张的筋膜扩张器型号。合并膀胱或尿道结石者视术中情况行腔内碎石术或二期手术处理。

1.3 术后处理 口服抗生素治疗 3~5 d,尿管留置 2~4 周。拔管后定期在门诊行尿道扩张,扩张开始阶段隔 1 周扩张 1 次,连续 4 次,再隔 2 周 1 次,连续 4 次。此后隔 1 个月 1 次,坚持 6~15 个月。

## 2 结果

本组 36 例患者有 33 例扩张成功(91.7%),其中首次扩张尿道达 21F 者 6 例,18F 者 15 例,16F 者 12 例。2 例因尿道狭窄处接近闭锁,导丝无法置入而失败;1 例球部狭窄患者因狭窄处多发假道形成,未能寻到正常通道亦放弃。33 例扩张后仅有尿道少量出血,无尿道热、假道形成、尿道穿孔、尿失禁等并发症。手术时间 18~50 min,平均 32 min。术中出血 5~20 mL。术后随访 0.5~2 年,患者均排尿通畅,复查最大尿流率 15.8~26.5 ml/s,平均 21.3 ml/s。膀胱残余尿量 0~20 mL。

## 3 讨论

尿道狭窄的病因有外伤、尿道反复感染、尿道手术及操作等<sup>[1]</sup>,因其病情复杂多样,加之尿道特殊的解剖位置,尿道狭窄治疗效果往往不能令人满意<sup>[2]</sup>。目前常用的治疗方法包括单纯尿道扩张、直视下直接扩张、直视下尿道狭窄冷刀切开、电刀切开、激光切开、尿道内放置支架及各种开放性手术如狭窄段切除端端吻合术、尿道成形术等<sup>[3]</sup>。传统的尿道扩张术具有盲目性,尿道探子往往难以通过狭窄部

位而使尿道扩张失败;另外,还容易损伤尿道黏膜,加重狭窄程度,甚至有可能造成假道、尿道直肠瘘等并发症;同时对尿道狭窄部位、扩张后有无损伤,也没有一个精确的诊断,现已较少应用。开放手术给患者带来较大的损伤和痛苦,可能引起尿瘘、阴茎勃起功能障碍等并发症,且术后再狭窄的处理更为棘手。随着腔内泌尿外科及器械的不断发展,输尿管镜直视下行尿道扩张术应用渐广。输尿管镜直视下进镜,配合输尿管导管或斑马导丝,避免了手术的盲目性<sup>[4]</sup>。同时筋膜扩张器由聚乙烯制成,质地较柔软,具有可弯曲性,在斑马导丝引导下用其进行尿道扩张,对尿道黏膜的损伤较小,不会进入假道而损伤、穿透尿道,而且较容易通过位于耻骨下弯的球、膜部尿道,相对安全<sup>[5]</sup>。在手术操作方面,作者体会如下:①术中为保持视野清晰,需持续灌注泵冲水,故未行膀胱造瘘者可在耻骨上腹中线刺入一大号针头作引流,避免膀胱过度充盈;②以筋膜扩张器扩张尿道时如遇阻力,可采用旋转式扩张,必要时可用另一手食指伸入直肠前壁感知扩张器方向,并协助其通过后尿道;③扩张器型号以 2F 递增,依次扩张,循序渐进,以免骤然增大型号而加重尿道损伤。每次停留所能通过扩张器 5 min,最后一次停留约 10 min,利于充分扩张狭窄段;④留置尿管困难时,可在斑马导丝引导下置入;⑤Steenkamp 等<sup>[6]</sup>认为,狭窄段 <2 cm 者可选用尿道内切开或单纯尿道扩张术,故狭窄段较长(超过 2 cm)的患者,应考虑采用其他方法治疗。

尿道扩张术是治疗尿道狭窄的一种简单、有效的方法,通过探子的扩张,使瘢痕软化,局部狭窄部敞开而达到治疗目的<sup>[7]</sup>。术后定期尿道扩张能够明显降低狭窄的复发率<sup>[8]</sup>。值得注意的是,尿道扩张开始阶段间隔时间以 7 d 为宜,此时尿道扩张后狭窄段尿道黏膜水肿与充血逐步消退。多次扩张后,狭窄部瘢痕软化,最终达到狭窄段敞开并稳定的目的。Steenkamp 等<sup>[6]</sup>报道尿道狭窄术后 6 个月最容易发生再狭窄,而 1 年后复发的可能性明显下降。本组 33 例患者术后坚持尿道扩张 6~15 个月,均排尿通畅,治疗效果满意。

本方法具有简便又可重复的特点<sup>[9]</sup>,对其他处理方法失败者仍可选用<sup>[10]</sup>,而且对医疗设备要求不高(如不需要钬激光、电切镜、冷刀等内切开器械),尤其适合在基层医院应用推广。

## 参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 855.
- [2] Morey AF, Mcaninch JW. Reconstruction of posterior urethral disruption injuries: outcome analysis in 82 patients [J]. J Urol, 1997, 157(2): 506-510.
- [3] 周凤昌, 陈桥志, 陈 煦. 内窥镜直视下直接扩张治疗尿道狭窄 [J]. 临床泌尿外科杂志 2005 20(11): 693-694.
- [4] 文瀚东, 潘铁军, 李志强, 等. 输尿管镜在治疗尿道狭窄中的应用 [J]. 临床外科杂志 2005 13(2): 114, 115.

- [5] 杨小杰,何辉,张越,等. 输尿管镜联合筋膜扩张器在男性尿道狭窄治疗中的应用 - 附 12 例报告[J]. 现代泌尿外科杂志, 2008, 13(2): 147-148.
- [6] Steenkanp JW, Heyns F, Kock MLS. Internal urethrotomy versus dilatation as treatment for male urethral strictures: a prospective randomized comparison[J]. J Urol, 1997, 157(1): 98-101.
- [7] 韦华玉,梁建波,何大光. 窥镜直视下硬性扩张治疗尿道狭窄[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(3): 75-76.
- [8] Tunc M, Tefekli A, Kadioqlu A, et al. A prospective randomized protocol to examine the efficacy of postinternal urethrotomy dilations for recurrent bulbomembranous urethral strictures [J]. Urology, 2002, 60(2): 239-244.
- [9] 韩聪样,谢庆祥,朱显钟,等. 筋膜扩张器改良尿道扩张术治疗尿道狭窄[J]. 医学临床研究, 2009, 26(4): 709-710.
- [10] 陈志权,罗立旷. 双窥镜会师术治疗复杂性后尿道狭窄闭锁[J]. 临床泌尿外科杂志, 2001, 16(1): 31-32.

(收稿日期: 2012-03-11 修回日期: 2012-05-17)

## 早期乳腺癌保乳手术在基层医院的临床应用

黄星炯 苏常山 顾安信 潘勇泉

(广西南宁市武鸣县妇幼保健院, 南宁市 530100)

**【摘要】** 目的 探讨早期乳腺癌保乳手术在基层医院的临床应用价值。方法 对 15 例早期乳腺癌保乳手术病例, 采用肿瘤周边注射亚甲蓝, 行肿瘤局部扩大切除术、前哨淋巴结活检术 (SLNB) 和(或) 腋窝淋巴结清扫术 (ALND) 治疗临床单发的、肿瘤直径 < 3.0 cm 的女性乳腺癌患者, 术后辅助放疗、化疗及内分泌治疗。结果 在示踪剂引导下的保乳手术病例均实施综合治疗, 保留乳房美容效果基本满意率达 93.3%, 无局部复发和远处转移。结论 通过技术协作, 在基层医疗单位开展早期乳腺癌保乳手术可以取得满意的临床和美容效果, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 早期乳腺癌; 保乳手术; 综合治疗; 临床应用

**【中图分类号】** R 737.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2012) 04-0382-03

乳腺癌是妇女最常见的恶性肿瘤之一。随着诊断、诊疗水平的发展、防癌普查开展及自我保健意识的提高, 发现早期病例逐渐增多, 患者渴望形体美及提高生存质量的要求趋于强烈。目前, 保乳手术已成为早期乳腺癌治疗的首选。基层医院与上级医院的技术协作, 促使早期乳腺癌保乳手术在基层医院的推广应用成为可能。现结合我院 2006 年 3 月至 2010 年 11 月期间, 施行早期乳腺癌保乳手术 15 例, 报告如下。

### 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 患者均为女性, 共 15 例, 年龄 34 ~ 58 (平均 43) 岁; 术前经临床触诊检查、B 超及(或) X 线检查, 确定肿瘤为单发, 肿瘤直径 1.5 ~ 3.0 cm; 肿瘤位于外上象限者 11 例, 内上象限者 2 例, 外下象限者 2 例; 绝经前 14 例, 绝经后 1 例。根据国际抗癌协会 TNM (第 6 版 AJCC) 分期: 全组患者中 T1N0M0 为 8 例, T2N0M0 为 5 例, T1N1M0 2 例。手术切除标本的病理组织学检查均提示切缘阴性, 标本的病理检查证实: 乳腺导管内癌 13 例, 浸润性导管癌 1 例, 乳头状癌 1 例; ER 受体阳性者 13 例, ER 受体阴性者 2 例(均为绝经前患者)。

### 1.2 方法

**1.2.1 病例选择** 病例均符合早期乳腺癌诊断标准。肿瘤直径 < 3.0 cm, 活动度好, 距乳头、乳晕的距离 > 3.0 cm; 彩色 B 超和(或) X 线提示为孤立单发病灶, 不伴有乳腺内弥漫性微小钙化; 腋淋巴结阴性或单个, 活动好, 直径 < 2 cm。该组病例均要求保留乳房, 经济能力较为宽裕, 愿意并积极配合医师诊治, 接受终生随访。

**1.2.2 手术方式** 术前 5 ~ 10 min, 沿原发肿瘤周边注射 1% 的亚甲蓝 2 ~ 6 mL 到正常乳腺皮下组织。取以乳头为中心标志的放射状切口或弧形切口, 如肿瘤位于上方, 取以乳头为中心的弧形切口; 如位于下方, 取以乳头为中心的放射状切口; 如肿瘤位于乳房外上象限, 在外上象限近腋窝处做放射状切口并可延长。手术切缘距肿瘤  $\geq 2$  cm, 于切缘周边各点: 上、下、内、外缘及基底部乳与头方向, 分别做缝线标记, 送冰冻切片检查, 要求各切缘均达阴性。若切缘阳性, 则扩大切除范围, 直至切缘阴性, 即镜下无癌浸润。行乳房肿瘤扩大切除手术后, 于低位腋窝处, 取平行于腋褶线斜切口, 前端达胸大肌外侧缘, 后端达越背阔肌外侧缘。在胸大肌外侧缘, 第 3 肋间处仔细解剖分离, 寻找蓝染淋巴管, 沿淋巴管道向远端解剖, 寻找染色淋巴结, 即前哨淋巴结 (SLN), 将其完整切除, 并快速冰冻病理检查。如 SLN 为阳性, 常规行腋窝淋巴结清扫术; 如阴性者, 经综合评定后选择是否行淋巴结清扫术。