

SHIYONG MINIAO WAIKE
SHOUSHU CAISE TUPU

实用泌尿外科 手术彩色图谱

2

(日)大島博幸 北川龍一 等主编
郭时英 郭应禄 姚琦 主译

(日) 大島博幸 北川龍一 等主编
郭时英 郭应禄 姚琦 主译

实用泌尿外科手术

SHIYONGMINIAO 彩色图谱

CAISETUPU

②



辽宁科学技术出版社

· 沈阳 ·

主 译：郭时英 郭应禄 姚 琦

主译助理：郭姚瑶 郭时旭

译 者：(以姓氏笔画为顺)

孔垂泽 王 平 王 伟 王 佳 王廷华

孙志熙 向 军 安 康 刘 龙 刘屹立

朱生才 吴 斌 陈如山 陈兴华 宋永胜

洪 飞 周景春 姚 琦 郭时英 郭时旭

郭应禄 郭姚瑶 路振富

图书在版编目(CIP)数据

实用泌尿外科手术彩色图谱②/(日)大島博幸等主编,
郭时英等主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2003.5

ISBN 7-5381-3826-9

I. 实... II. ①大...②郭... III. 泌尿系统外科手术-图谱
IV. R699-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 096138 号

出 版 者：辽宁科学技术出版社

(地址：沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编：110003)

印 刷 者：沈阳新华印刷厂

发 行 者：各地新华书店

开 本：889mm×1194mm 1/16

字 数：1060 千字

印 张：33.25

插 页：4

印 数：1~3000

出版时间：2003 年 5 月第 1 版

印刷时间：2003 年 5 月第 1 次印刷

责任编辑：寿亚荷 许 平

封面设计：庄庆芳 丹 心

版式设计：于 浪

责任校对：李 雪

定 价：280.00 元

联系电话：024-23284370

邮购咨询电话：024-23284502

E-mail: lkzsb@mail.lnpgc.com.cn

http: // www.lnkj.com.cn

译者的话

《实用泌尿外科手术彩色图谱》是由著名的日本泌尿外科教授大島博幸、北川龍一、阿曾佳郎、吉田 修、熊澤淨一、三木 誠等 50 余位专家亲自操作、拍摄、执笔主编而成。它汇集了几十位日本最卓越的泌尿外科教授在各自的研究领域中几十年，甚至一生的成果和智慧。

全书共分 2 卷，是按泌尿外科各脏器的分类编排的。全书收集了近 70 种泌尿外科手术术式，涉及到普通泌尿外科及腔内、腔镜、修复成形、肾移植、体外碎石，介入放射的特殊造影和一些在我国尚未开展的疾病手术等，它演示了泌尿外科常见病、多发病以及少见病的手术治疗全过程。对每种疾病的影像学诊断、病理学诊断、电诊技术以及手术流程、手术操作等进行了详细的介绍，并配有精美的彩色图片。全书内容丰富，以全面、全新的角度将泌尿外科术前诊断、手术术式、手术操作步骤以及日本最规范的手术技巧展示给读者，而且图文并茂，图片质量精美，视野宽阔，使读者有如身临其境之感。本书不但可以提供给泌尿外科各级医生参阅，而且对具有临床经验的老专家也是颇具参考价值的，可以说是一本实用性较强、独具特色和指导意义的案头参考书。

本书是由留日十年的学者郭时英博士、姚琦女士和郭应禄院士共同主译。翻译此书，是为了学习、借鉴和引进国外的先进技术和知识，是为了开展我国医学尤其是泌尿外科学的国际学术交流，是为了给广大青年学者和老一代专家带来更多的信息。本书的译者经过多年的努力和酝酿，于 2000 年开始着手策划，终于在 2003 年实现了出版愿望。在出版过程中，得到了辽宁科学技术出版社领导和责任编辑寿亚荷、许平的鼎力支持。本书的英文版本已经问世，受到了欧美泌尿外科学者的赞誉。今天其中文版本的出版发行，一定能受到中国泌尿外科同行和学者的喜爱，同时，也是中国泌尿外科史上的先例，它将推动中、日及亚洲医学乃至世界医学的进一步发展。在此我们非常感谢著名的日本泌尿外科专家大島博幸、三木 誠、福井 巖、森田 隆、後藤修一、木原和德先生等人的关怀与帮助，同时非常感谢原版发行的日本住友制药株式会社及原版制作的 Intermedia 株式会社社长赤土正幸。

由于我们缺乏翻译如此大型书籍的经验，文学水平及专业知识有限，错误和不妥之处在所难免，敬请读者批评指正，以便再版时修正。

译 者

2003 年 1 月

监 著 者

北川龍一 阿曾佳郎 大島博幸 吉田 修 熊澤淨一 三木 誠

著者姓名・职称【按原出版顺序・当时职称】

顺天堂大学泌尿外科 教授	北川龍一	顺天堂大学泌尿外科 讲师	坂本善郎
东京医科齿科大学泌尿外科 教授	大島博幸	东京大学泌尿外科 助教授	東原英二
东京女子医科大学第三外科 教授	太田和夫	京都大学泌尿外科 助教授	竹内秀雄
东京女子医科大学泌尿外科 教授	東間 紘	高知医科大学泌尿外科 教授	藤田幸利
东京女子医科大学泌尿外科 助教授	高橋公太	岡山大学泌尿外科 教授	大森弘之
东北大学泌尿外科 教授	折笠精一	大阪医科大学泌尿外科 教授	岩動孝一郎
名古屋市立大学泌尿外科 教授	大黒田和生	京都大学泌尿外科 助教授	寺地敏郎
东京大学泌尿外科 教授	阿曾佳郎	和歌山县立医科大学泌尿外科 教授	大川顺正
日本大学泌尿外科 教授	岡田清己	德岛大学泌尿外科 教授	香川 征
北海道大学泌尿外科 教授	小柳知彦	癌研中心新泻病院 临床部長	坂田安之輔
北海道大学泌尿外科 讲师	野野村克也	癌研中心新泻病院泌尿外科 部長	小松原秀一
京都大学泌尿外科 教授	吉田 修	癌研中心新泻病院泌尿外科 部長	北村康男
京都大学泌尿外科 讲师	荒井陽一	癌研中心新泻病院泌尿外科 部長	渡边 学
名古屋大学泌尿外科 助教授	近藤厚生	北海道大学泌尿外科 讲师	関利 盛
名古屋大学泌尿外科 教授	三宅弘治	日本住友病院泌尿外科 部長	板谷宏彬
佐贺医科大学泌尿外科 教授	真崎善二郎	独协医科大学泌尿外科 教授	高崎悦司
九州大学泌尿外科 教授	熊澤淨一	浜松医科大学泌尿外科 教授	藤田公生
九州大学泌尿外科 助教授	上田豊史	浜松医科大学泌尿外科 助教授	鈴木和雄
东京慈惠会医科大学泌尿外科 教授	町田豊平	福井医科大学泌尿外科 教授	岡田謙一郎
东京医科大学泌尿外科 教授	三木 誠	东京慈惠会医科大学泌尿外科 教授	大石幸彦
兵庫医科大学泌尿外科 教授	生駒文彦	九州劳灾病院泌尿外科 部長	伊東健治
日本医科大学泌尿外科 教授	秋元成太	原三信病院泌尿外科 部長	山口秋人
东邦大学泌尿外科 教授	白井將文	九州大学泌尿外科 助教授	内藤誠二
北海道大学泌尿外科 助教授	富樫正樹	北里大学泌尿外科 助教授	内田豊昭
关西医科大学泌尿外科 助教授	松田公志	北里大学泌尿外科 教授	小柴 健
庆应义塾大学泌尿外科 教授	田崎 寛	国立癌研中心病院泌尿外科 部長	鳶巢賢一
鸟取大学泌尿外科 教授	宮川征男	国立癌研中心病院 院長	垣添忠生
三重大学泌尿外科 教授	川村壽一	东京医科大学泌尿外科 助教授	間宮良美
三重大学泌尿外科 助教授	栃木宏水	春日部市立病院泌尿外科 院長	根岸壮治
鹿儿岛大学泌尿外科 教授	大井好忠	藤沢市民病院研究部 部長	広川 信
广岛大学泌尿外科 教授	碓井 亞	东京都立府中病院泌尿外科 部長	押 正也
广岛大学泌尿外科 助教授	相模浩二	东京大学泌尿外科 教授	河邊香月

目 录

CONTENTS

甲状旁腺手术

甲状旁腺腺瘤摘除术	1
甲状旁腺次全切除术（甲状旁腺增生）	14

膀胱手术

膀胱尿道全摘术 Indiana pouch	35
尿道·膀胱全摘及回肠导管造设术	56
kock pouch 的膀胱全摘术	77
保留神经的膀胱次全摘除、利用回肠膀胱再建术	98
经膀胱膀胱阴道瘘闭锁术	119
膀胱颈上抬术（Stamey 法）	132
膀胱憩室切除术	145

前列腺手术

前列腺全摘术	158
耻骨后式前列腺全摘术	171
耻骨上前列腺摘除术	188
耻骨后前列腺摘除术	201
经会阴前列腺摘除术	214
经尿道前列腺切除术（TUR-P）	231
经尿道前列腺激光切除术	252

阴茎及尿道手术

尿道下裂 I 期尿道成形术	265
近位型尿道下裂的 I 期尿道成形术	278
远位尿道下裂 I 期尿道成形术	291
阳痿膨胀性假体阴茎内植入术	304
阴茎部分切除术和全切术	317
外阴成形术（阴蒂成形术及阴道口成形术）	330

阴囊及其内容手术

去势术、高位除睾术、附睾摘除术	343
隐睾牵引固定术	361
睾丸鞘膜积液、鞘膜切除术	369
精索静脉高位结扎术（经腹部）	373
显微镜下输精管和输精管吻合术、附睾和输精管吻合术	386

其他手术

包括脐尿管的整块肿物切除术	403
下腔静脉癌性血栓摘除术	417
同时切除下腔静脉的后腹膜淋巴结廓清术	437
腹腔镜骨盆淋巴结廓清和精索静脉结扎术	450
动、静脉血管分流术（内、外瘻）	463
保留神经的腹膜后淋巴结廓清术	484
泌尿外科门诊手术	501
包茎的手术（包皮环切术）	502
输精管结扎术	510
泌尿外科紧急处置（经皮肾脏造口术、经皮膀胱造口术）	514
经皮肾脏造口术	515
经皮膀胱造口术	522

原发性甲状旁腺腺瘤

腺机能亢进症

H. T, 56岁, 女。

主诉: 血尿。

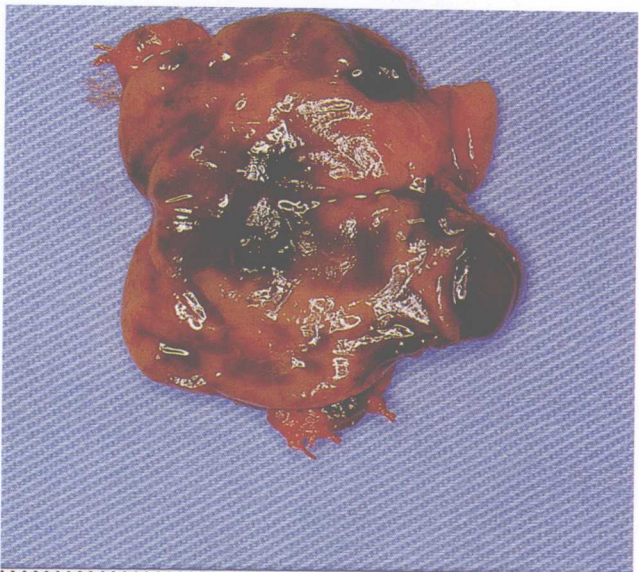
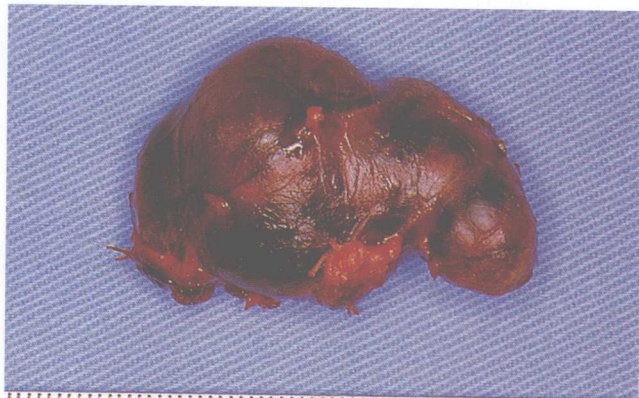
于1年前开始经常出现下腹部疼痛, 有时有肉眼血尿, 诊断为肾、输尿管结石。

次年9月在当地医院, 因血尿、蛋白尿进行进一步检查时, 发现两肾结石和高钙血症。根据内分泌学检查及影像学检查, 诊断为左下甲状旁腺腺瘤引起的原发性甲状旁腺腺机能亢进症, 同年12月住院。入院前口渴、多饮、多尿, 但未见到高血压、胰腺炎、消化道溃疡、病理性骨折。在血液生化学检查方面, 显示了血钙为11.7mg/dl的高值, 血磷为2.3mg/dl的低值。ALP 1382u/l, PTH-M (甲状旁腺激素) 2950Dg/ml, 两项都显著增高。



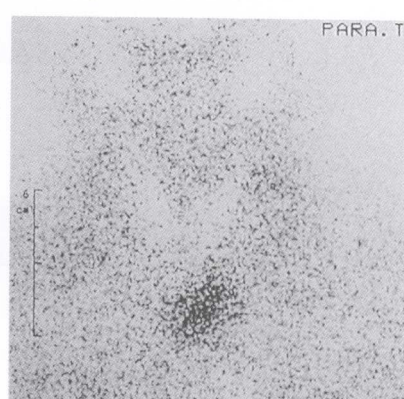
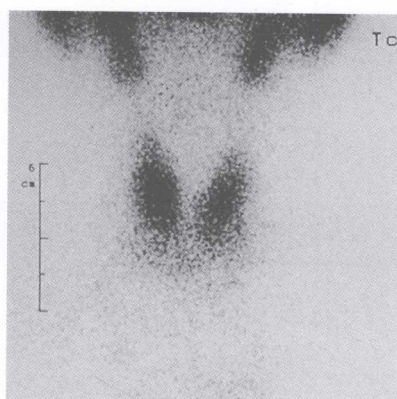
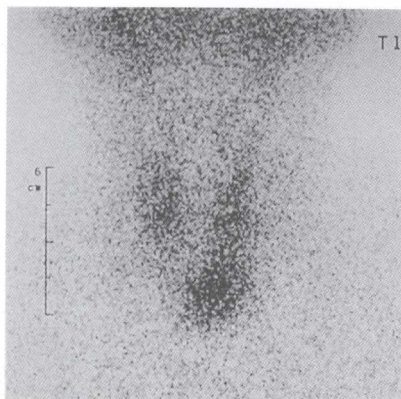
颈部 CT 像

在甲状腺左叶的下方, 气管的外侧前面, 可以看到甲状旁腺的巨大肿瘤。左颈总动脉被压向后方。



摘出标本及切面

肿瘤重量为9.5g。肿瘤大小为40mm × 28mm × 16mm。切面为黄褐色, 一部分由于出血为暗赤色。病理组织学诊断为腺瘤。

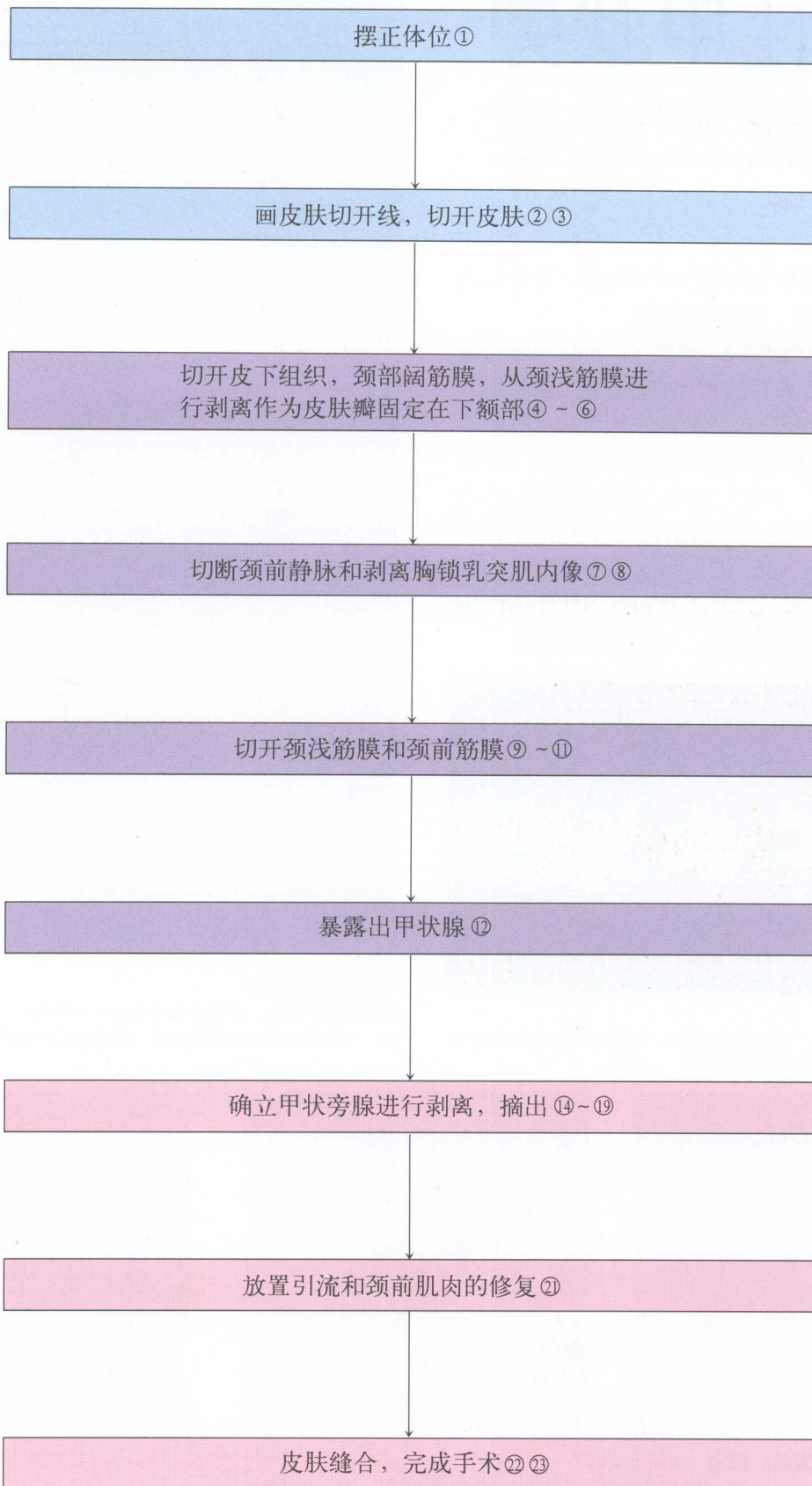


甲状旁腺同位素 (闪烁) 扫描 (scintigraphy)

^{201}Tl 同位素扫描 (scintigraphy), 可见甲状腺及左下甲状旁腺集积像 (左图)。 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 同位素扫描可见甲状腺上集积像 (中央图)。根据将这两个进行的 subtraction, 能够描出甲状旁腺肿瘤 (右图)。

流程图 / FLOW CHART

* 数字是图片（照片·说明图）的序号



体位和皮肤切开

术前准备和一般手术是同样的。因为脱水可加重高血钙血症，所以，术前应该进行充分地补液。要注意颈部的过度伸展，防止其后发生肩部的疼痛。

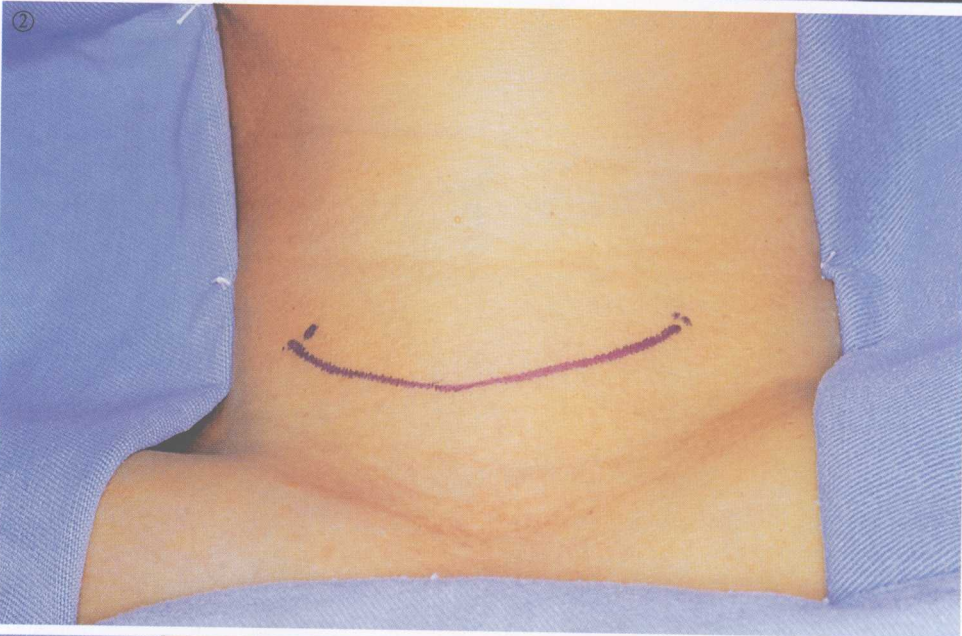
① 气管内插管的全麻满意后，在患者的肩下放置低枕，让颈前部轻轻地伸展。在颈后部放置环状枕，使头部稳定。颈前部的过度伸展要注意由此而产生的术后肩部疼痛。

术者站在患者的右侧，左侧为第一助手和第二助手。不仅仅是颈部，包括上颞部、胸部上方均进行充分的皮肤消毒。

② 铺术巾，用缝线进行固定。特别是颈部的侧方容易被污染，所以敷布要固定好，不要滑落。用标记笔画好皮肤切开预定线。其线从胸骨上缘上1.5~2.0横指，两侧到达胸锁乳突肌的内缘外方1.0~2.0cm的弧形线。

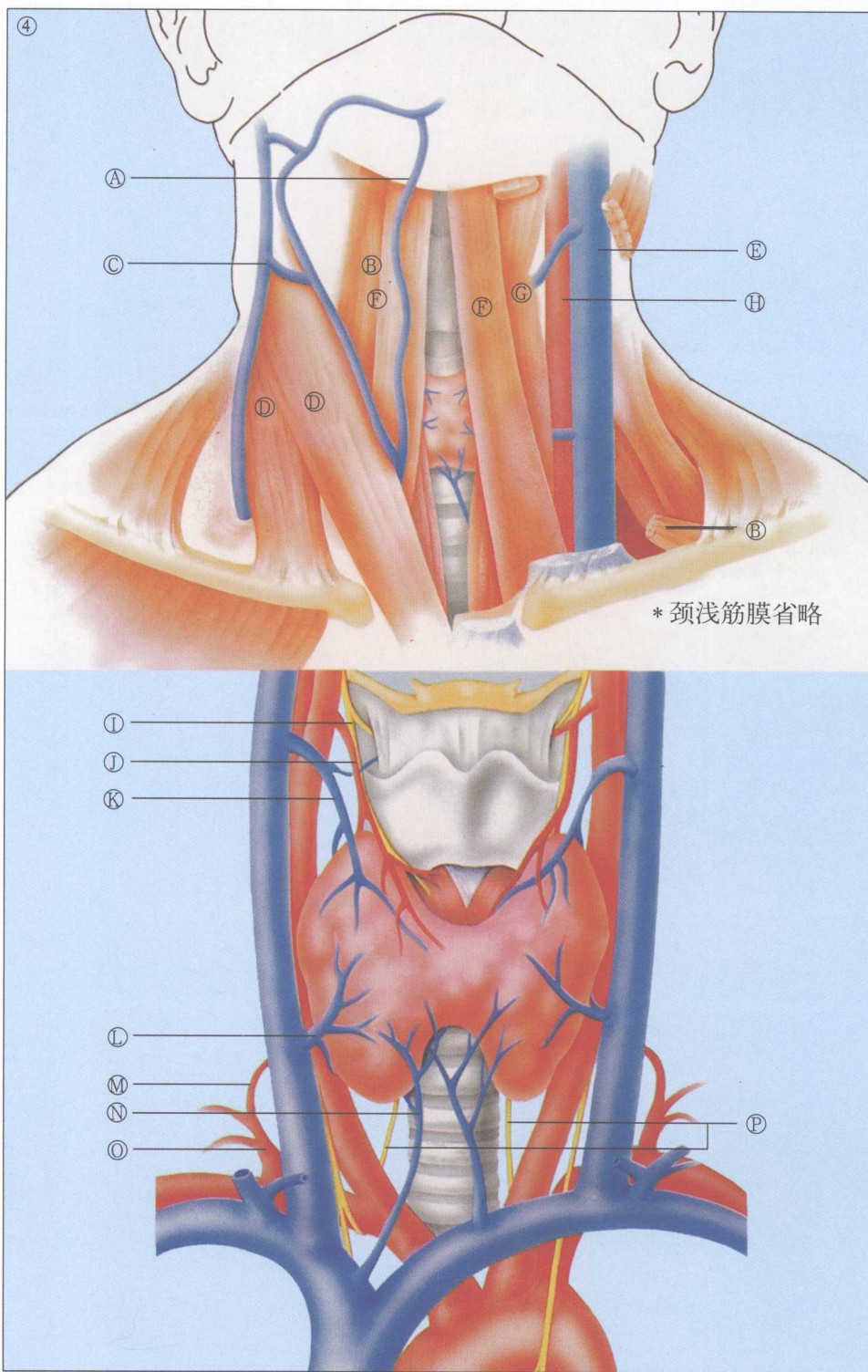
需要注意的是，颈部的皮肤切开线，在立位和仰卧的颈部伸展位，其位置是不同的。也就是说第②图的皮肤切开线，若是立位的话，向靠近胸骨上缘的方向移动。

③ 沿着前述的切开线，弧形地进行皮肤切开。



切开颈前肌群和暴露甲状腺

在暴露甲状腺的时候，首先就甲状腺前肌群的解剖和进入甲状腺动、静脉进行说明，显示剥离的顺序。



④为了暴露出甲状腺，切开颈阔肌，胸骨舌骨肌，胸骨甲状肌是必要的。即使对胸锁乳突肌和肩甲舌骨肌不进行切开，用肌肉拉钩的话，也能充分地暴露甲状腺。

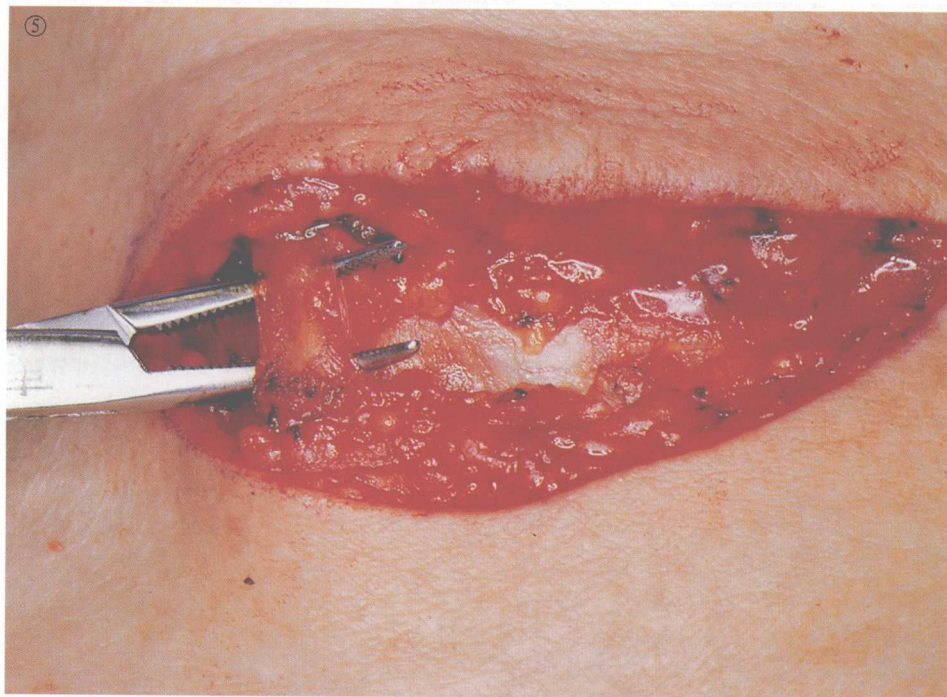
在甲状腺的外后方，是颈内静脉，其内侧有颈总动脉走行。甲状腺方面，一般地由甲状腺上动脉和甲状腺下动脉进入甲状腺。前者的起始部往往是颈外动脉或者是颈总动脉分叉处。后者是从锁骨下动脉出来的甲状颈干动脉的分支之一。

喉返神经存在于颈动脉的再内侧，穿过甲状腺下动脉的分支之间，进入喉头。

另外，往往有喉上神经与甲状腺上动脉伴行。在进行处理甲状腺上、下动脉时，注意不要损伤这些神经。

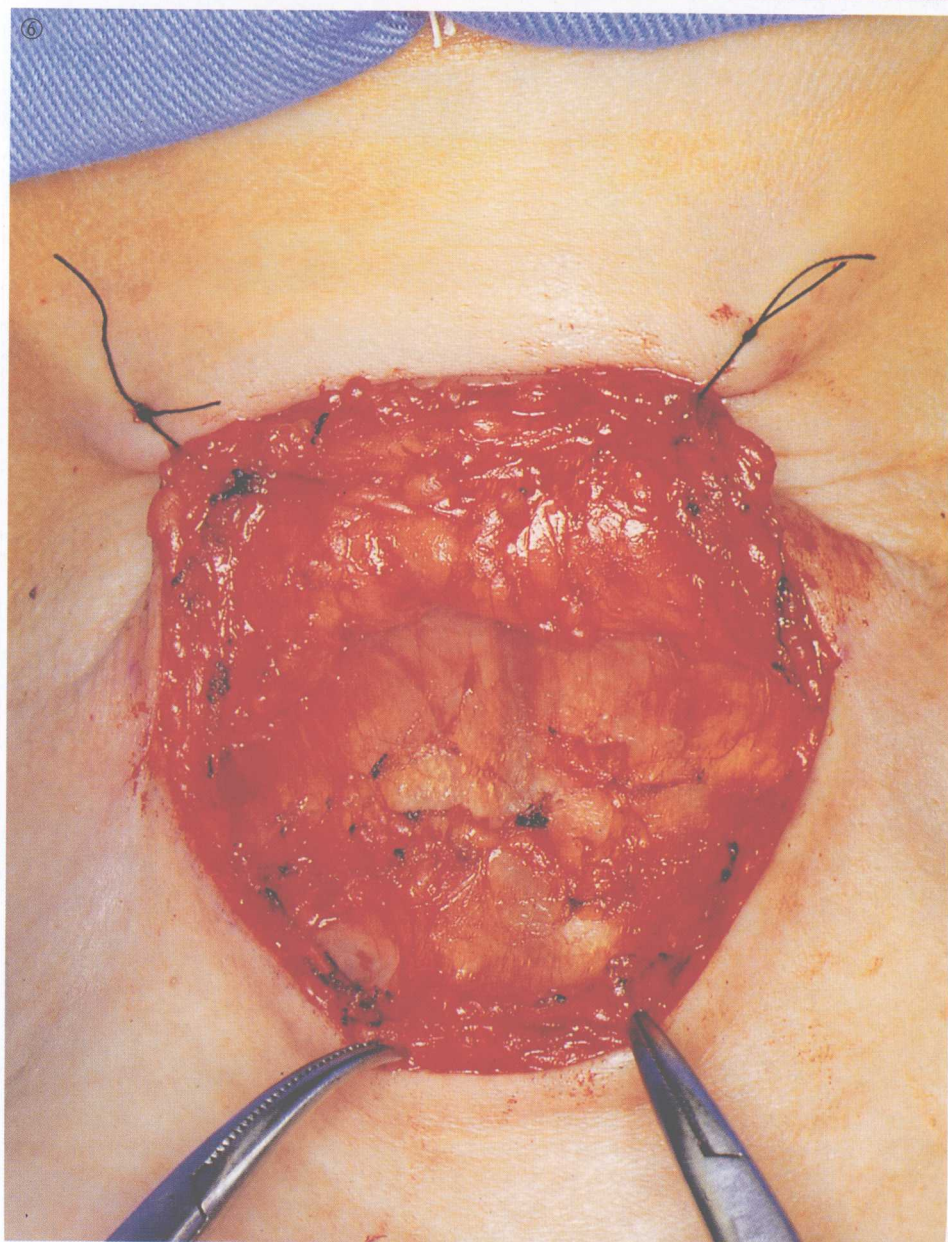
① ant. Jugular v. ② omohyoid m. ③ ext. jugular v. ④ sternocleidomastoidm. ⑤ int. Jugular v. ⑥ sternohyoid m. ⑦ sternothyroid m. ⑧ common carotid a. ⑨ sup. Laryngealn. ⑩ sup. thyroid a. ⑪ sup. thyroid v. ⑫ middle thyroid v. ⑬ inf. thyroid a. ⑭ inf. thyroid v. ⑮ thyrocervical trunk. ⑯ recurrent laryngeal n.

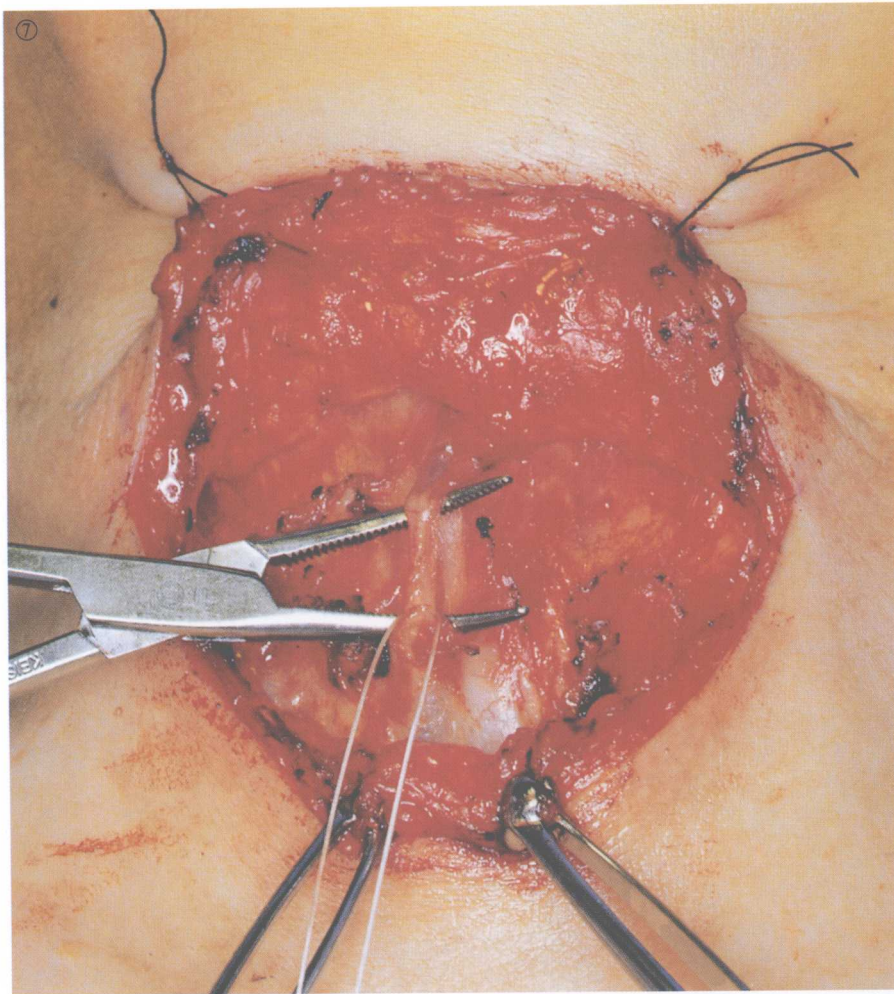
⑤沿着皮肤切开，继续用电刀切开颈阔肌。颈阔肌上2/3比较厚，下1/3比较薄，另外，女性没有男性发达。



⑥在切开线的头侧，把皮下组织和颈阔筋膜与皮肤一起作为皮肤瓣，边向上牵引，边沿着颈浅筋膜进行剥离。

该疾患的特征是皮肤瓣和颈浅筋膜之间的剥离比较容易地进行。在充分地剥离结束后，把皮肤瓣翻转，在下颏的皮肤处用丝线进行固定。

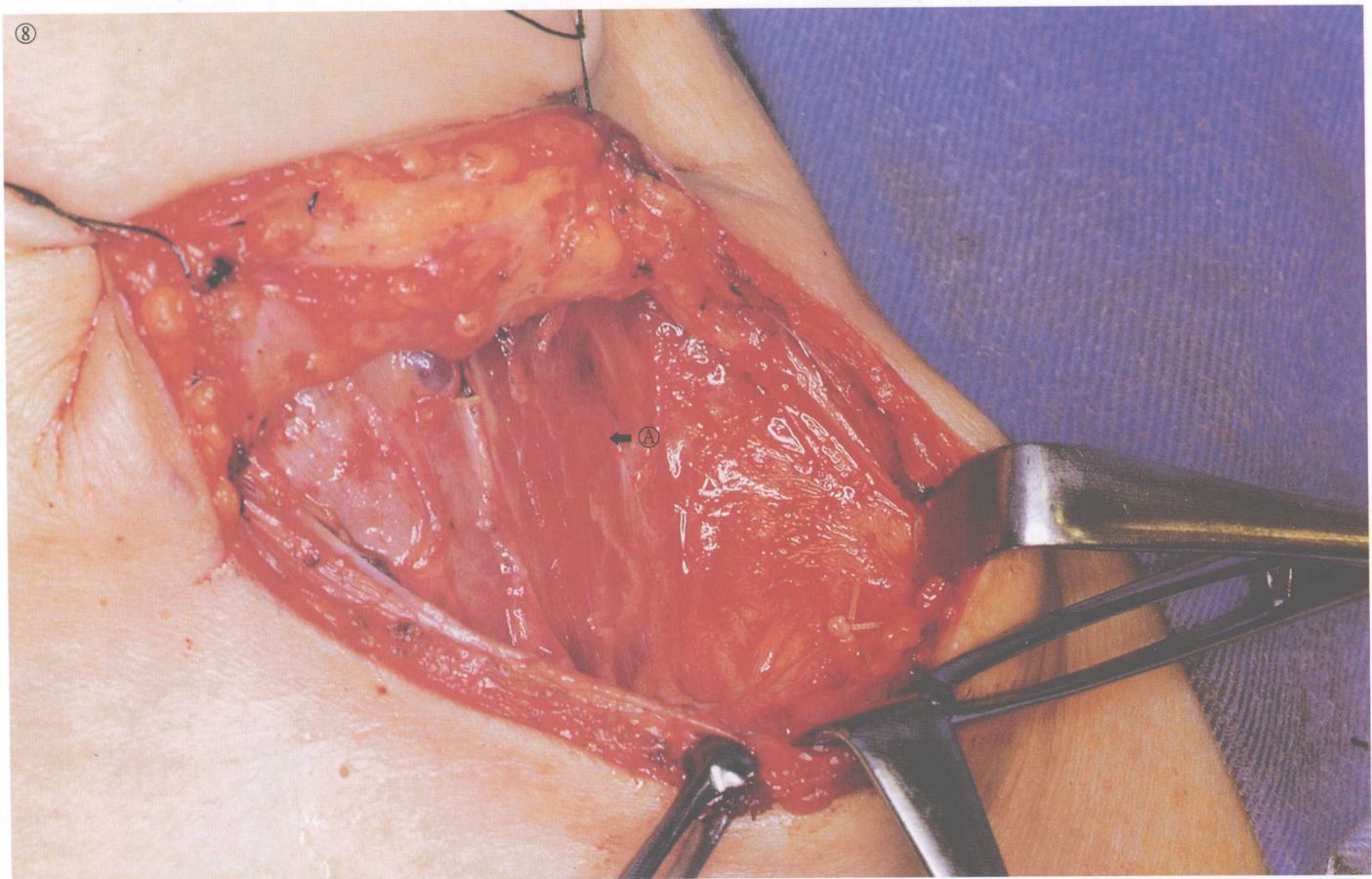




⑦ 颈浅筋膜进行充分地剥离后，在其筋膜近正中部分，能看到几根较粗的静脉。这是颈前静脉。认真地进行剥离，用 3-0 丝线结扎后切断。

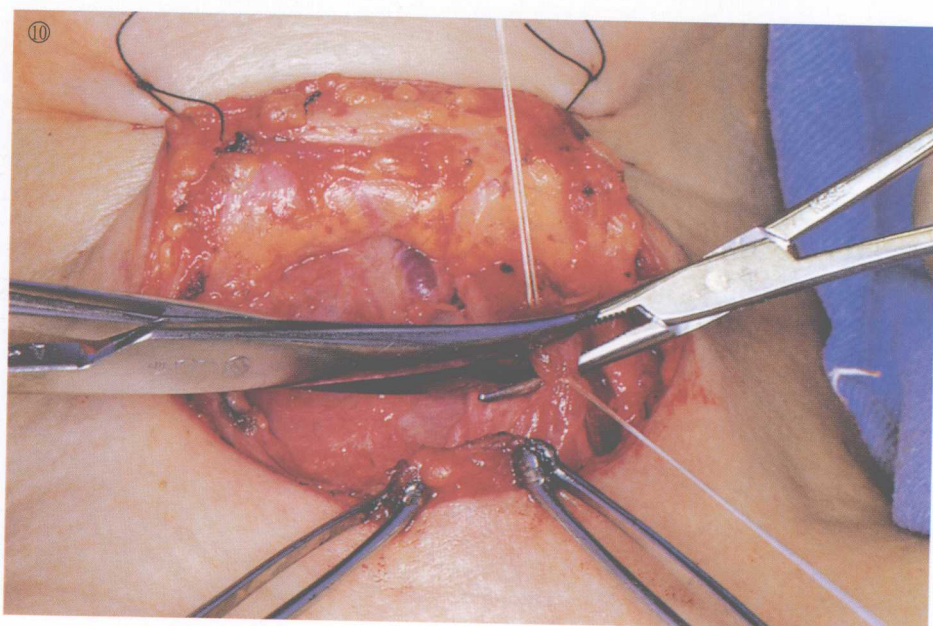
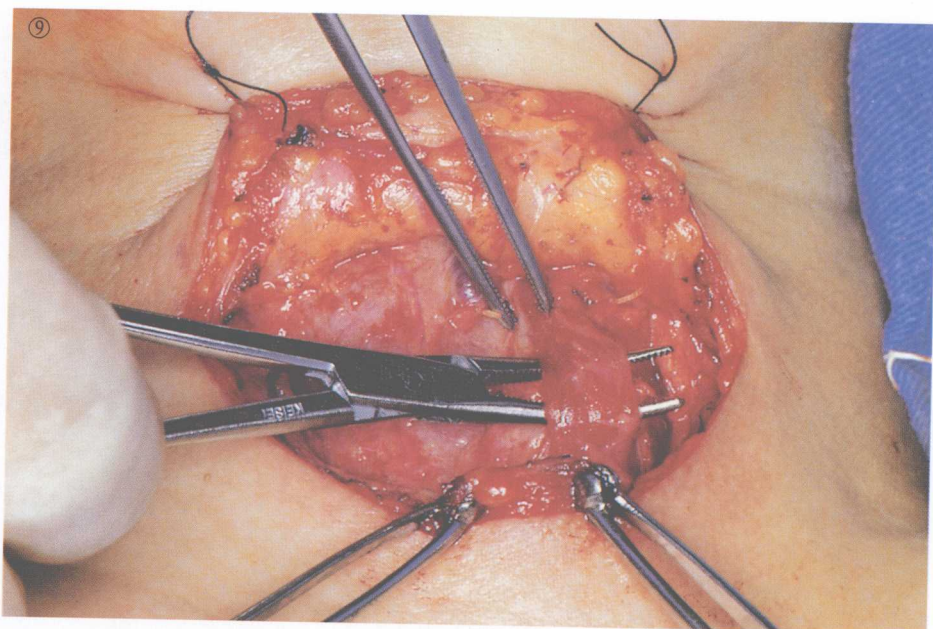
⑧ 沿着左胸锁乳头肌前缘切开颈浅筋膜，把胸锁乳突肌内侧暴露出来。

其后，进行剥离胸锁乳突肌的内面，用钩向外侧拉开后，在其里面能够确认颈内静脉。对侧也进行同样的操作。



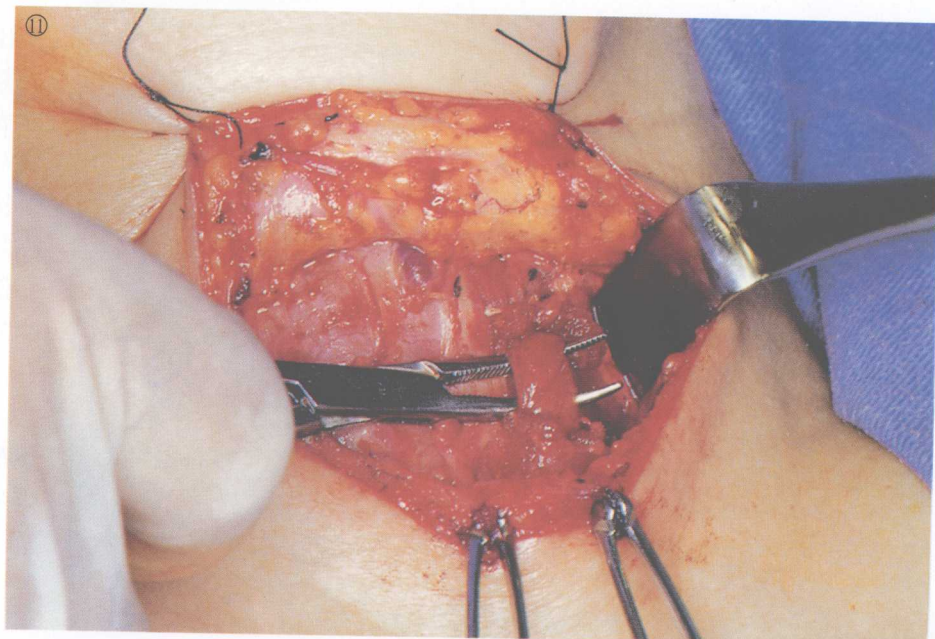
Ⓐ sternocleidomastoid muscle

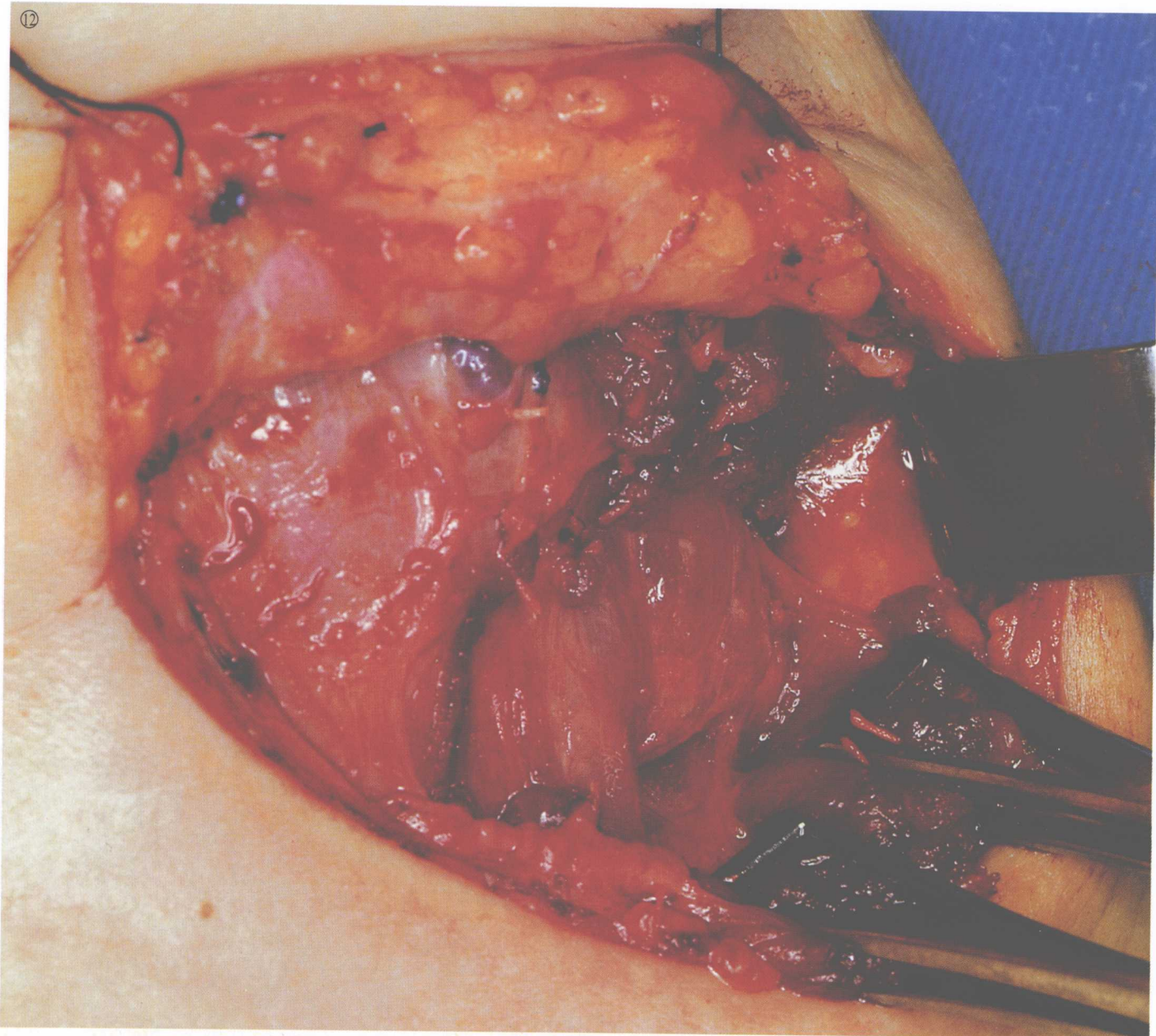
⑨⑩在颈浅筋膜正中，追加向上下进行切开后，将胸骨舌骨肌用弯止血钳分离出的同时，用3-0丝线结扎、切断。也可以使用电刀进行。



⑪胸骨舌骨肌切断后，胸骨甲状肌也用同样的方法结扎、切断。

在此时必须十分注意的是甲状腺和胸骨甲状肌之间的剥离和切断。





⑫ 将颈前的肌肉断端上下翻转后，暴露出甲状腺。在颈前肌肉与甲状腺之间，有数根细的血管进行交通。将其结扎，切断或者进行电凝后切断。另外，胸骨甲状腺肌与甲状腺下方的气管前脂肪组织之间，要认真地、仔细地剥离是非常重要的。依靠此操作，也能够确立甲状腺下动脉。该病例，在此部位看到了较大的甲状旁腺瘤的上缘。

⑬ 因为本病例经术中触诊，甲状旁腺瘤的位置在甲状腺左叶的下方，其中大部分存在于锁骨内面，所以，在正中部追加了皮肤的纵行切开。

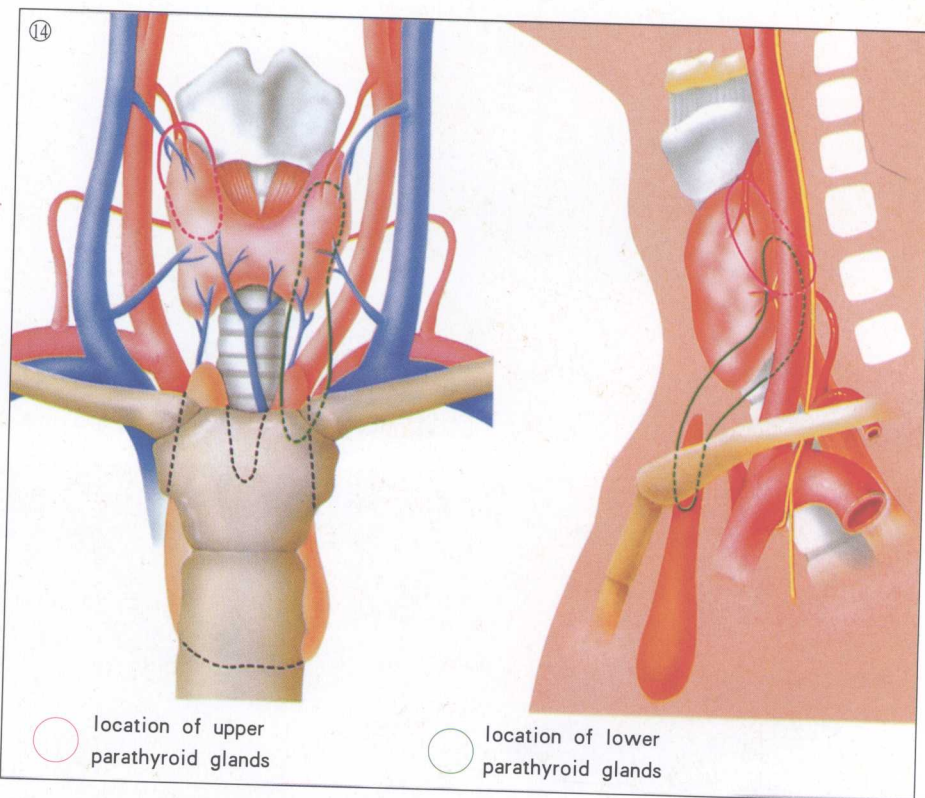
确认甲状旁腺及进行剥离、摘出

经过对甲状旁腺的检查后,有必要对甲状旁腺的存在范围以及喉返神经和血管的关系进行了解。

⑭ 上甲状旁腺发生于第四对咽囊远端的背侧部甲状旁腺原基(甲状旁腺IV);下甲状旁腺发生于第三对咽囊远端的背侧部甲状旁腺原基(甲状旁腺III)。

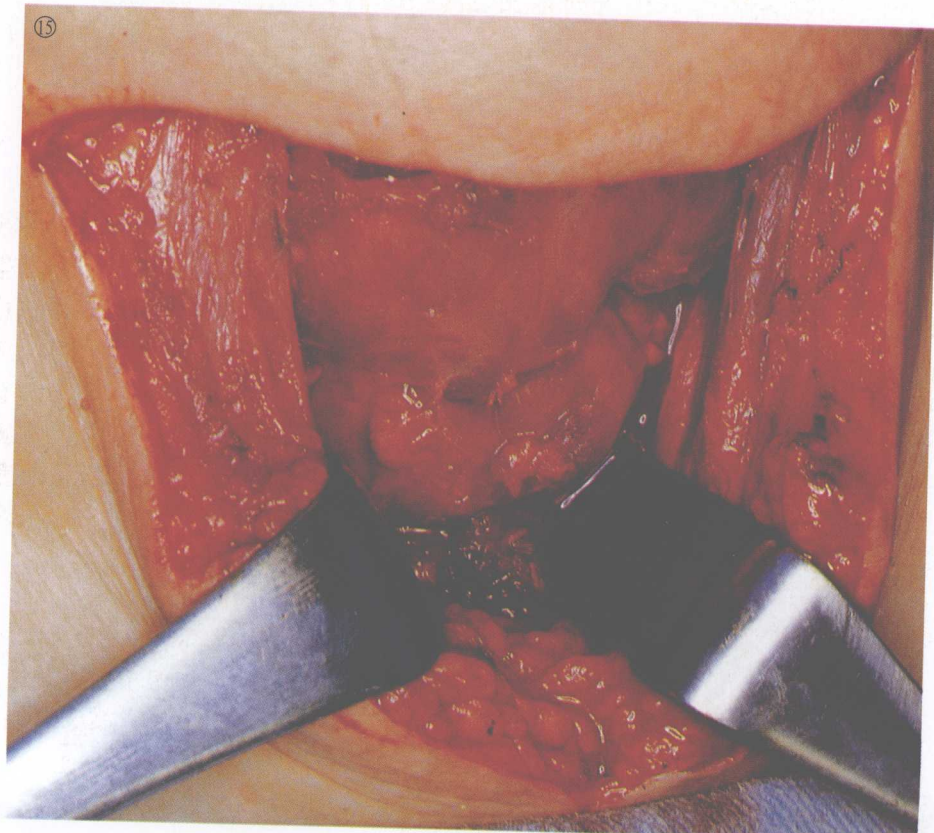
上甲状旁腺位于甲状腺下动脉和喉返神经的交叉部略靠近头侧。如果包括甲状腺上极后面的话,近90%存在于这一附近。有时也存在于甲状腺内侧深处,气管与食管之间。

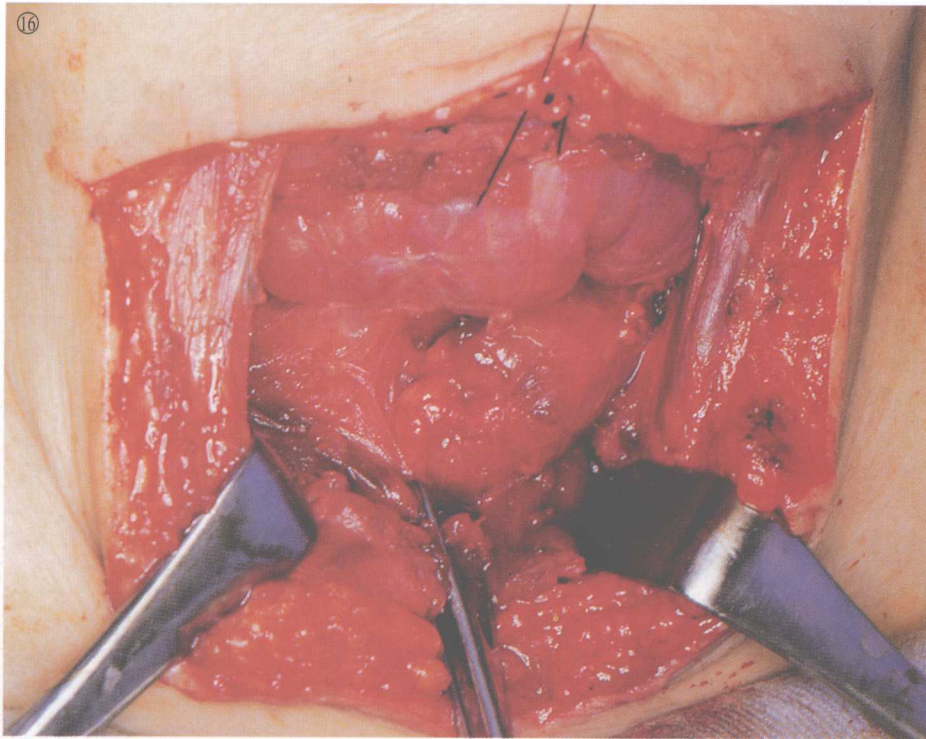
另一方面,下甲状旁腺,由于在胎生期,与胸腺一起下降的同时共同移动,广范围的存在于不同位置。必要时,在颈部把胸腺向上提拉,也可能找到。



⑮ 将皮肤切开向下方延长后,再进一步剥离甲状腺左叶的下方后,甲状旁腺肿瘤就显现出来了。

甲状旁腺通常是不同于脂肪的,具有独特的黄褐色光泽。

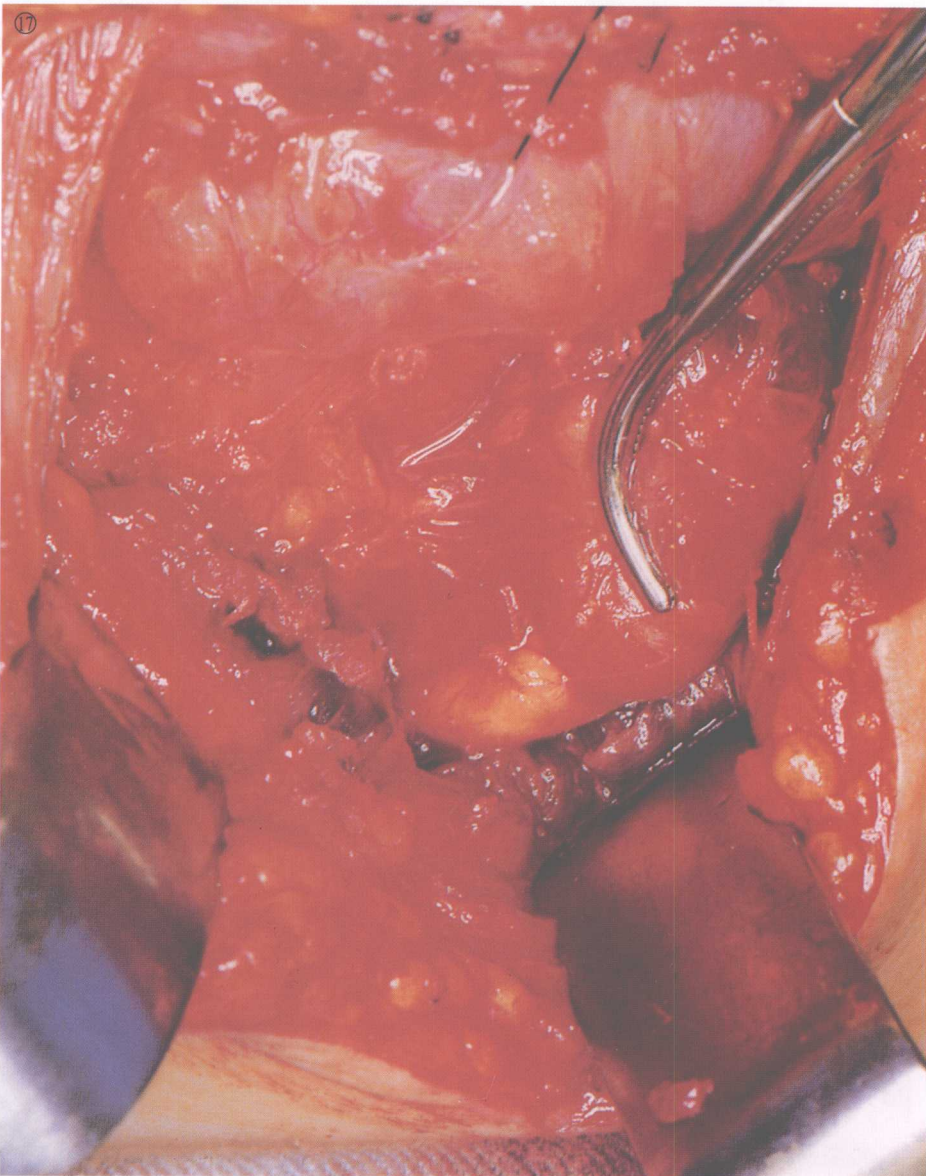




⑩ 在甲状腺上以3-0丝线缝合后,轻轻地向上牵拉的同时,进行剥离甲状腺下缘和甲状旁腺肿瘤之间。

这样进行后,逐渐的甲状旁腺肿瘤的全貌就更加明确。

在甲状旁腺肿瘤完全的位于甲状腺内的情况下,将甲状腺中静脉结扎、切断,向内上方牵拉甲状腺进行检查。



⑪ 进行剥离甲状旁腺和周围组织。从前面容易进行的地方开始。决不能在直视下不能确认的地方进行操作。

对于小血管用4-0丝线结扎切断。甲状旁腺一侧的结扎线不要切断,用其作为甲状旁腺的牵引。

本病例,由于甲状腺下静脉妨碍手术野,所以将其结扎、切断。