# 泌尿外科全新手术记录摘要

来源：网络 作者：雪海孤独 更新时间：2024-01-07

*第一篇肾脏手术（1）左肾盂切开取石术诊断：左肾盂输尿管移行区结石并左肾积水、原发性高血压2级，极高危组手术步奏：麻醉满意后，常规保留尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。患者取右侧卧位，选择左11肋间切口，长约15...*

第一篇

肾脏手术

（1）左肾盂切开取石术

诊断：

左肾盂输尿管移行区结石并左肾积水、原发性高血压2级，极高危组

手术步奏：

麻醉满意后，常规保留尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

患者取右侧卧位，选择左11肋间切口，长约15cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，局部止血，切开部分膈肌脚，向上推开胸膜，切开肋间肌，向前推开腹膜。切开肾周筋膜，在脂肪囊下游离肾脏中下份，所见肾实质色泽、质地正常。在肾下极平面找到输尿管，沿肾盂脂肪间隙向上将肾盂游离出来，肾盂为肾外型，输尿管上段不扩张。将肾盂纵形切开长约1.5cm，内见1枚桑葚样结石，大小约1.8×1.5×1.4cm，结石周围稍游离后将结石取出。并用生理盐水冲洗肾盂，反复检查未见结石残留。在导丝引导下经左肾盂切口于左输尿管内安置7Fr双“J”管一根，下端达膀胱内，上端达左肾下盏，用5-0可吸收线缝合肾盂。清点器械敷料无误后，创腔内留置创腔引流管一根，7号丝线分层“8”字缝合肌肉，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾与周围稍粘连，左肾盂输尿管移行部1枚约1.8×1.5×1.4cm大小的结石，肾盂轻度积水。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约80毫升，未输血，术后患者安全返回病房，取出结石交病员委托人，（2）左肾切开取石术

诊断：左肾结石

手术步奏：

麻醉满意后，常规保留尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。选择左11肋间切口，长约13cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，局部止血，切开部分膈肌脚，向上推开胸膜，切开肋间肌，向前推开腹膜，切开肾周筋膜，在脂肪囊下游离肾脏，将肾脏完全游离后，在肾下极平面找到输尿管，沿肾盂脂肪间隙向上将肾盂解剖出来，见肾盂为肾内型肾盂，无法取出结石。将肾动脉和肾静脉分别予以解剖出来，静脉输注肌苷0.8加5%葡萄糖50ml后，依次用哈巴狗钳阻断肾动脉及肾静脉，见肾脏颜色变苍白，在肾脏中份靠近肾盂始将肾实质放射状切开，长约2.5cm，切开肾盂，完整取出1枚直径约2cm结石、2枚小结石，反复检查无结石残留，用生理盐水反复冲洗肾盂，在导丝引导下输尿管内安置6Fr双“J”管一根，用5-0肠线间断缝合肾上盏盏颈切口后，依次松开肾静脉、肾动脉哈巴狗钳，见肾脏颜色变红润。再用2-0肠线全层缝合肾实质切口。肾实质切口表面覆盖泰陵止血纱布以防止出血。反复检查见肾脏表面无渗血，反复检查创腔无活动性出血，用稀碘伏反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，创腔内留置创腔引流管一根，7号丝线分层“8”字缝合肌肉，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾盂内一枚直径约2cm大小结石及2枚小结石，未见明显积水。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约50毫升，未输血，术后患者安全返回病房，取出结石交病员委托人

（3）右肾盂切开取石、右肾盂裁剪成型术

诊断：右肾盂输尿管移行部狭窄并右肾积水、右肾结石、左肾多发囊肿、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、原发性高血压3级

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置F16尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

取左第11肋间下斜切口，依次切开皮肤、皮下约14厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口，切开肾周筋膜及脂肪囊，于肾包膜外分离，显露肾脏。术中见：右肾形态、大小、质地正常，肾盂扩张约4\*3\*3cm，肾盂输尿管移行部狭窄。游离右肾盂及输尿管上段，沿肾盂边缘距肾实质1cm处裁剪去多余肾盂，用取石嵌取出6枚结石，并用生理盐水反复冲洗肾盂及各肾盏，未见明显结石冲出。用4/0肠线缝合肾盂上中份，输尿管断端纵行剖开1.2cm，将F7双“J”置入右输尿管，下端达膀胱内，上端达右肾下盏。用4/0肠线将肾盂下份与输尿管剖面“Y-Y”吻合。稀碘伏冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。细丝线缝合肾周脂肪及肾周筋膜，7号丝线“8”字缝合各肌层。1号丝线缝合皮下及皮肤。敷料覆盖切口。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（4）右侧经皮肾造瘘、右肾镜检结石超声、气压弹道碎石术

诊断：右肾多发结石、左肾结石

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，经尿道置入膀胱镜，见尿道通畅，膀胱内未见结石、新生物。经右输尿管口逆行置入Fr5输尿管导管26cm受阻，保留输尿管导管，拔出膀胱镜，尿道保留Fr16尿管，气囊注水15ml，固定输尿管导管于尿管上。

改变体位为俯卧位，腰背部消毒铺巾。经输尿管导管注水至右肾，使右肾肾盂、肾盏被动扩张，B超引导下用18G穿刺针经右腋后线12肋间穿刺至右肾中盏，留置引导导丝，筋膜扩张器逐级扩大通道至Fr18，并保留Fr18穿刺鞘。经该鞘置入Fr8-9.8输尿管镜，见：右肾盂、肾盏铸型结石，肾盂、肾盏无明显扩张，未见新生物。用气压弹道碎石探针将肾盂结石击碎，水泵加压将碎石冲出。检查肾盂、肾盏未见确切结石残留，拔出输尿管导管，导丝引导下右输尿管留Fr7双“J”管一根，下端达膀胱内、上端于右肾下盏。右肾造瘘口留Fr16造瘘管一根，深度10cm，缝线固定造瘘管。敷料覆盖切口，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约100毫升，术后患者安返病房

(5)经右侧经皮肾造瘘通道右肾结石超声、气压弹道碎石术(II期PCNL术）

诊断：双肾多发结石并左肾积水、肾功能不全、尿路感染、右下肺感染、中度贫血、呕血原因待查

手术步骤：

麻醉满意后，俯卧位消毒铺巾。沿着右肾造瘘管置入引导导丝，完整拔除右肾造瘘管，沿导丝扩张至F24，扩张深度约9cm，引入F22拨开鞘建立操作通道。以F19.5肾镜观察见拨开鞘进入肾盂，肾盂肾盏扩张，肾盂内可见输尿管双J管，肾盂内见黄色结石，大小约4.5×4.5×2.0cm，表面不光滑，肾盏内多发小结石。以超声吸附气压弹道碎石将结石击碎后吸出，结石质脆。探察肾盏内有小结石块，以超声气压弹道吸附碎石将结石击碎吸出。探查肾盂、其余肾盏和输尿管上段，未见残余结石，肾盂输尿管连接部无狭窄。退出置入的输尿管导管，在导丝引导下将8Fr的双J管置入输尿管内引流，将F18肾造瘘管置于肾盂，完整拔除F22拨开鞘，将F18肾造瘘管用缝线固定于皮肤。术毕清点器械敷料无误。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中失血300ml，补液3100ml，术毕病员安返病房

（6）左肾肿瘤（错构瘤）剜除术

诊断：左肾肿瘤伴出血

出血性休克

手术步奏：

麻醉满意后，暴露手术野，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

取11肋间切口，依次切开皮肤、皮下约13厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口。

术中见肾周筋膜下暗红色血肿形成。切开肾周筋膜，清理出大量血凝块，约2000ml。在肾脏中下极外侧见一类圆形实性占位，直径约5cm，已破裂，伴有活动性出血。肾包膜被血肿推开，肾实质裸露。取肿块部分送病理冰冻切片。游离肾脏至肾蒂，分离出肾血管及右输尿管。冰冻切片提示为“血管平滑肌脂肪瘤伴灶性坏死”，提示为良性肿瘤。

用心耳钳钳夹肾血管，在肿瘤包膜外用刀柄钝性完整剥离肿瘤。术中见肿瘤深入肾脏约1.5cm，无侵润性生长，未侵及集合系统。遂用2号肠线间断缝合肾脏，创面内用止血纱布填塞。缝合后松开心耳钳，见肾脏整体颜色红润，但表面多处渗血，遂再次用止血纱布及泰绫协助止血，必要处予以缝合止血。

彻底止血后，稀碘伏及灭菌注射用水冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，再次检查无活动性出血，无肿瘤组织残留于创腔后，清点器械敷料无误，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。细丝线缝合肾周脂肪及肾周筋膜，7号丝线“8”字缝合各肌层。1号丝线缝合皮下及皮肤。

术中见肾周筋膜下暗红色血肿形成，切开肾周筋膜后，清理出血凝块约2000ml。在肾脏中下极外侧见一类圆形实性占位，直径约5cm，已破裂，伴有活动性出血。肾包膜被血肿推开，肾实质裸露。分离肿瘤时见肿瘤深入肾脏约1.5cm，无侵润性生长，有包膜，瘤体未侵及集合系统。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约1000ml，术中清理出陈旧性积血约2000ml，术中输血4u，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（7）左肾切开取石术

诊断：双肾多发结石并双肾积水、尿路感染

手术步奏：

麻醉满意后，常规保留尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

选择以11肋间切口，长约15cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，局部止血，切开部分膈肌脚，向上推开胸膜，切开肋间肌，向前推开腹膜，切开肾周筋膜，在脂肪囊下游离肾脏，将肾脏完全游离后，在肾下极平面找到输尿管，沿肾盂脂肪间隙向上将肾盂解剖出来，见肾盂后面有直径约0.5cm的肾静脉经过，为肾内型肾盂，无法取出结石。遂在肾脏中下份交界处肾实质较薄处用电刀切开达肾盏，局部止血，取出多枚结石，最大约直径1.8cm，反复检查未见结石残留，用生理盐水反复冲洗肾盂肾盏，检查无出血后，在导丝引导下输尿管内安置7Fr双“J”管一根，用2-0肠线全层缝合肾实质切口。反复检查无活动性出血，用稀碘伏反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，创腔内留置创腔引流管一根，7号丝线分层“8”字缝合肌肉，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾与周围粘连，左肾中下份交界处实质变薄，最薄处约0.2cm，积水严重，左肾盂内一枚直径约1.8cm大小的结石及数枚小结石。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约200毫升，未输血，术后患者安全返回病房，取出结石交病员委托人，（8）右肾开放造瘘术（全麻）

诊断：双输尿管梗阻并双肾积水、急性肾后性肾功能衰竭，宫颈癌术后

手术步奏：

麻醉满意后，常规保留尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

选择右12肋下切口，长约10cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腰背筋膜、腹横肌，局部止血，向前推开腹膜，切开肾周筋膜，在脂肪囊下游离肾脏后面，将肾肾盂后面解剖出来后，纵形切开肾盂，选肾脏后面肾实质较薄处切开，安置18Fr的肾造瘘管一根，用生理盐水反复冲洗肾脏瘘管通畅，检查无出血后，用2-0肠线缝合肾实质切口一针并固定肾造瘘管，肾周脂肪覆盖肾实质切口以防止出血。反复检查无活动性出血，用稀碘伏反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，创腔内留置创腔引流管一根，肾造瘘管经切口中份引出，7号丝线分层“8”字缝合肌肉层，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：右肾盂、肾盏、输尿管扩张积水，右肾实质受压变薄，最薄处约0.5cm，右肾盂内未见结石及新生物。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约20毫升，未输血，术后患者安全返回病房，（9）左肾造瘘管置入术（II期更换造瘘管）（局麻）

诊断：

双肾结核、双输尿管梗阻并双肾积水、双肾造瘘术后、双肾实质萎缩

手术步奏：

患者取俯卧位，以左肾造瘘口为中心常规消毒铺巾，取1%利多卡因5ml局部注射。

用输尿管短镜沿着左肾造瘘口直视下进入，见左肾造瘘通道存在，直视下进入肾盏，见肾盏扩张明显，遂置入F20造瘘管1根，用7号丝线缝合固定之，无菌辅料包扎，手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约1毫升，术后患者安全返回病房

（10）右肾切除术

诊断：右肾结石

右肾多发囊肿（拟实施手术：右肾切开取石术）

麻醉满意后，常规留置尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

取11肋间切口，依次切开皮肤、皮下约13厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口，找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，推开腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾周筋膜后层与脂肪囊间分离，显露肾脏，见肾脏表面满布薄壁囊泡，直径约0.5-2cm大小，约数十枚，肾脏体积稍小，质硬，术中考虑肾结石合并多发囊肿，保肾风险较大，意义较小，再次与患方家属详细沟通后，患方选择肾切除术。遂游离肾脏至肾蒂，分离出肾动脉、肾静脉及右输尿管。用三把大弯血管钳钳夹肾血管，在远端两把之间剪断，用10号慕丝线双重结扎并缝扎动、静脉，切断输尿管，远端7号线结扎。取出肾脏。稀碘伏冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，检查无活动性出血，无结石残留于创腔，清点器械敷料无误后，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。细丝线缝合肾周脂肪及肾周筋膜，7号丝线“8”字缝合各肌层。1号丝线缝合皮下及皮肤。

术中见见肾脏表面满布薄壁囊泡，直径约0.5-2cm大小，约数十枚，占据肾脏大部分实质，肾脏体积稍小，质硬。术后解剖肾脏见肾实质厚约0.5-0.7cm，皮质部大量囊肿形成，肾盂肾盏内可见结石20余枚，约0.3-3.0cm大小。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约800ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

第一篇

肾脏手术

（11）后腹腔镜下左肾囊肿去顶减压术

诊断：左输尿管结石伴左肾积水、左肾囊肿

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入生理盐水400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，推开腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜及脂肪囊，游离肾脏中上份，在肾上极腹侧找到囊肿。游离肾周组织至囊肿边缘后电刀切开囊壁，吸尽积液，完整切除囊顶，电灼止血。检查囊内无新生物，边缘无出血后，取出切除的囊壁，结束手术。清点器械敷料无误后，完整拔出套管针，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。

术中见左肾上极囊肿形成，直径约4.5×4.5cm大小。囊壁光滑，无新生物及出血。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约20ml，输液1300ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（12）后腹腔镜左肾切除术

诊断：左肾重度积水、左肾功能重度受损、双侧附件囊肿、宫颈囊肿、尿路感染

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

选左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，向前推开腹膜，经切口置入自制气囊，气囊注入空气400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，丝线缝合切口以防止漏气，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力。经腋中线Trocar放入腹腔镜，经腋前线、腋后线Trocar分别置入分离钳、电凝钩。清除腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾周筋膜后层与脂肪囊间分离，显露肾血管蒂，分别将肾动脉、肾静脉解剖出来，用两枚生物可吸收夹先后夹闭肾动脉、肾静脉，在靠肾脏侧用10号丝线结扎，在结扎线与生物可吸收夹之间剪断血管，在肾下极平面找到输尿管，尽量向下分离输尿管，电凝切断输尿管，输尿管残端电凝止血。反复检查创腔无活动性出血，用生理盐水反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，完整拔出套管针，适当扩大腋后线切口，完整取出肾脏，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，用丝线逐层缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾重度积水，约11.0×5.0×7.0cm，肾实质菲薄，约80%肾实质厚度约1~2mm，未见结石。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约250毫升，未输血，术后安全返回病房，切除组织交患者家属查看后送病理组织检查

（13）腹腔镜下右肾、输尿管根治性切除、开放性膀胱部分切除术

诊断：右输尿管癌并右肾积水、右肾萎缩并右肾功能重度受损、右输尿管癌膀胱转移

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

右腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入空气400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。清除腹膜外脂肪，沿肾后筋膜与腰大肌间分离，显露右肾动脉，生物可吸收夹3枚夹闭肾动脉。在靠肾脏侧2生物可吸收夹之间剪断肾动脉。在肾动脉下方分离出肾静脉，用3枚生物可吸收夹予以夹闭，在近肾脏侧2生物可吸收夹之间切断肾静脉。在肾周筋膜与腹膜之间分离，将肾脏同肾周筋膜一起整块切除。反复检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，将肾脏推向下方。用无菌注射用水反复浸泡创腔后经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。术毕再次清点器械敷料无误，包扎切口。

患者改仰卧位，再次消毒铺巾。取右下腹斜切口，长约9cm，依次切开皮肤、皮下、腹外斜肌腱膜、腹内斜肌、腹横肌，向内侧推开腹膜，将右肾及右输尿管提起，右输尿管下段增粗，见输尿管在髂血管平面下方2cm处与周围粘连紧密，向下继续游离输尿管至膀胱壁，用电刀在距输尿管周围约1.0cm处切开正常膀胱组织，并将切除之膀胱壁送冰冻病理切片，病理报告示移行上皮癌，再次将膀胱切口周围切除部分送冰冻病理切片直至提示未发现恶性细胞；将输尿管及右肾取出切口外，检查左输尿管口蠕动及喷尿未见异常，膀胱内未发现结石及新生物，用2-0肠线“8”字全层缝合膀胱切口。检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，留置创腔引流管一根。逐层缝合关闭切口。结束手术。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：右输尿管下段增粗，与周围广泛粘连，未见管腔，内见菜花状组织，其直径约1.8cm，以上输尿管、肾盂积水，肾实质受压变薄、右肾萎缩。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约250ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（14）右肾切除术

诊断：右肾挫裂伤并假性动脉瘤形成、右肾周血肿、出血性休克

手术步奏：

麻醉满意后，取左侧卧位，暴露手术野，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

取11肋间切口，依次切开皮肤、皮下约12厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口。

术中见肾周筋膜与周围粘连，其内可扪及一搏动性包块，约7×6×5cm。在分离肾周筋膜与周围粘连时，包块突然破裂，喷出鲜红色动脉血，迅速指压止血，并填塞纱布于瘤腔内，止血满意后仔细游离肾脏，见肾脏中份横断性挫裂伤，周围血肿粘连较重，肾脏包膜破损较重，修补难度极大，且动脉瘤随时可能大出血，遂决定行右肾切除术。经包膜下游离肾脏至肾门，切断肾包膜，大弯血管钳三把钳夹肾血管，远端两钳之间剪断肾血管及输尿管后取出肾脏，10号慕斯线双重结扎肾血管，7号丝线结扎输尿管。清理创腔内残留血块及陈旧性淤血，稀碘伏冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，彻底止血，必要处予以缝合止血，渗血严重处用止血纱布（泰绫）协助止血。

彻底止血后，再次检查无活动性出血，无血块及组织残留于创腔后，清点器械敷料无误，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。细丝线缝合肾周脂肪及肾周筋膜，7号丝线“8”字缝合各肌层。1号丝线缝合皮下及皮肤。

术中见肾周筋膜与周围粘连，其内可扪及一搏动性包块，包块位于右肾中份，右肾呈横断性裂伤，动脉瘤自裂口突出于肾周，约7×6×5cm。右肾周可见陈旧性血块，与周围粘连较重。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约700ml，术中输血2u，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（15）剖腹探查、左肾切除术

诊断：肾裂伤、血性腹膜炎、失血性贫血、面部软组织挫裂伤

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，会阴部消毒铺巾。

常规消毒，铺无菌巾。取左经腹直肌切口，约15厘米，依次切开皮肤、皮下，腹直肌前鞘、腹直肌、腹直肌后鞘及壁层腹膜，见腹腔内有血性液体，将其吸出，约300ml，逐渐探查肝脏、脾脏、空肠、回肠、胃、胰腺膀胱，见未见明显异常，左侧腹膜后血肿、水肿；将左侧降结肠往右牵开，显露左侧侧腹膜，用电刀将其切开，较多血液流出约400ml，血凝块约80g，钝性分离，将左肾游离，扪及左肾中下份不规则裂口3条，无法修补，左肾蒂直径约1cm，用手指夹住左肾蒂控制继续出血，用3把大弯血管钳钳夹肾蒂，在远端两把之间剪断，用10号慕丝线双重结扎并7号丝线缝扎肾蒂血管，在左输尿管距离左肾门约6cm处切断，7号线结扎左输尿管上段完整取出左肾。生理盐水冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，检查胸膜完整、无活动性出血，清点器械敷料无误后，经左下腹上方保留盆腔引流管、左肾窝引流管各一根，丝线固定。7号丝线间断缝合腹直肌前后鞘。1号丝线缝合皮下及皮肤。敷料覆盖切口，结束手术。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，未输血。术后安全返回病房，切除物交患者家属查看后送病理检查

（16）

B超引导下右肾造瘘、经皮肾镜右肾结石碎石取石术

诊断：右输尿管上段结石并右肾积水、右肾结石、左肾结石

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，经尿道置入膀胱镜，见尿道通畅，膀胱内未见结石、新生物。经右输尿管口逆行置入Fr5输尿管导管26cm受阻，保留输尿管导管，拔出膀胱镜，尿道保留Fr16尿管，气囊注水15ml，固定输尿管导管于尿管上。

改变体位为俯卧位，腰背部消毒铺巾。经输尿管导管注水至右肾，使右肾肾盂、肾盏被动扩张，B超引导下用18G穿刺针经右腋后线十一肋间穿刺至右肾中盏，留置引导导丝，筋膜扩张器逐级扩大通道至Fr18，并保留Fr18穿刺鞘。经该鞘置入Fr8-9.8输尿管镜，见：右肾下盏见数粒小结石，肾盂、肾盏无明显扩张，未见新生物，见输尿管上段数粒结石，最大直径约1.2cm，周围息肉生长。用气压弹道碎石探针将输尿管上段结石击碎，水泵加压将碎石冲出。检查肾盂、肾盏未见确切结石残留，拔出输尿管导管，导丝引导下右输尿管留Fr7双“J”管一根，下端达膀胱内、上端于右肾下盏。右肾造瘘口留Fr16造瘘管一根，深度10cm，缝线固定造瘘管。敷料覆盖切口，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约50毫升，术后患者安返病房

（17）左肾盂输尿管裁剪成形术（20岁）

诊断：左肾盂输尿管移行部狭窄并左肾积水

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置F16尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

取左第12肋下斜切口，依次切开皮肤、皮下约15厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口，切开肾周筋膜及脂肪囊，于肾包膜外分离，显露肾脏。术中见：左肾形态、大小、质地正常，肾盂扩张约4\*3\*3cm，肾盂输尿管移行部狭窄。游离左肾盂及输尿管上段，沿肾盂边缘距肾实质0.6cm处裁剪去多余肾盂，切除移行部狭窄段。用4/0肠线缝合肾盂上中份，输尿管断端纵行剖开1.2cm，将F7双“J”置入右输尿管，下端达膀胱内，上端达左肾下盏。用4/0肠线将肾盂下份与输尿管剖面“Y-Y”吻合。稀碘伏冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。细丝线缝合肾周脂肪及肾周筋膜，7号丝线“8”字缝合各肌层。1号丝线缝合皮下及皮肤。敷料覆盖切口。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查

(18)左肾切除术

诊断：左肾占位？左肾脓肿？中度贫血、乙肝病毒携带者

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，常规消毒，铺无菌巾。

作经左十一肋间切口，长约14cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，切开腹外斜肌、腹内斜肌、部分背阔肌、下后锯肌、切开腹横肌，局部止血，见左肾周吉氏筋膜、脂肪囊炎性样改变，前外侧覆盖之腹膜增厚，肾脏前外侧中份质地硬，与周围组织粘连严重，切取部分肾周组织送冰冻病理切片，报告回示：肾周组织化脓性炎伴脓肿形成。故考虑病员左肾感染并脓肿形成，拟切开引流。将肾脏游离出来后，见左肾中下份1个直径约8.0cm大小的包块，肾包膜与脂肪囊粘连，将该包块切开后，见肾实质内多发直径0.2-1.0cm大小的脓肿，整个包块大小超过左肾的2/3，由于脓肿为多房性，中间有分隔，故无法彻底引流脓液。将术中情况告知患者母亲，可行保肾手术，但由于脓肿为多房性，中间有分隔，术后可能脓肿引流不充分，感染无法控制，有再次手术的风险；术后可能漏尿及尿瘘形成等，患者母亲经仔细考虑后自愿要求行左肾切除术，并再次签字自愿要求行左肾切除术。遂将左肾血管蒂分离出来后，用三把大弯血管钳夹闭肾血管蒂后，在考肾脏两血管钳间切断肾血管，残端用10号丝线予以双重三结结扎后，再用7号丝线缝扎。

在肾下极平面找到输尿管，尽量向远端分离，用7号丝线结扎后，用电刀切断，断端用7号丝线结扎。完整取出肾脏。

用稀碘伏反复浸泡创腔后，反复检查创腔无活动性出血，清点器械敷料无误后，创腔内安置创腔管一根，逐层缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾中下份1个直径约8.0cm大小的包块，该包块肾实质内多发直径0.2-1.0cm大小的脓肿，整个包块大小超过左肾的2/3，肾包膜与脂肪囊粘连，肾外前方的腹膜增厚并与肾脏粘连，肾血管周围无肿大的淋巴结。、手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约100毫升，未输血，术后安全返回病房，切除组织送病理组织检查，（19）左肾肿瘤根治术

诊断：左肾肿瘤左肾静脉瘤栓形成、肺部转移？

右肾囊肿、肝功能异常、胃溃疡、L2压缩性骨折、慢性丙型病毒性肝炎、梅毒抗体阳性

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取平卧位，适当垫高患侧腰部，常规消毒，铺无菌巾。

作左肋缘切口，长约20cm，切开皮肤、皮下，局部止血，逐层切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌、腹直肌鞘、腹直肌、腹横筋膜、腹膜，进入腹腔，局部止血。

探查肝脏质地稍韧，未扪及包块，胆囊、胰腺、脾脏、及肠管、胃等均未发现异常。

在屈氏韧带左侧切开后腹膜，显露腹主动脉，相当于左肾静脉平面见一静脉血管横跨于腹主动脉前方，直径约2cm，该静脉血管跨越腹主动脉后分为两支，一支向盆腔左侧走行（考虑为左侧髂总静脉），另一支延续入肾门即左肾静脉，在左肾静脉后上方找到左肾动脉，并将左肾动脉游离出来，尽量靠腹主动脉用10号丝线三重三结结扎后，在靠肾脏两结扎线间切断肾动脉。在左肾静脉汇入左侧髂总静脉处，用10号丝线予以三重三结结扎后，在靠肾脏两结扎线间切断肾静脉。

沿左结肠旁沟切开后腹膜，切断脾结肠韧带，向内侧掀开后腹膜、结肠。

在肾下极平面找到输尿管，尽量向远端分离钳夹并用电刀切断输尿管，断端用7号丝线结扎。

将左肾、肿瘤连同肾周脂肪囊一起与周围分离后，取出切口外。

反复检查肾窝无活动性出血后，将腹主动脉周围淋巴脂肪组织切除送病理组织检查。

反复检查创腔无活动性出血，用无菌注射用水浸泡创腔，清点器械敷料无误后，经腹膜外创腔内安置创腔管一根，肾窝放置泰陵止血纱布2张止血，用4号丝线间断缝合关闭后腹膜。再次清点器械敷料无误后，逐层缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾下份肾实质内有一直径约5.0cm大小的肿瘤，肿瘤包膜完整，切面淡黄色，左肾静脉内有瘤栓形成，肾门周围稍粘连，腹主动脉旁及肾血管旁无肿大淋巴结。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约

500毫升，未输血。输液3100ml。术后安全返回病房，切除组织送病理组织检查。

（20）后腹腔镜下左肾探查，开放左肾切除术

诊断： 左肾输尿管梗阻并左肾重度积水、左肾萎缩、肺部感染（拟实施手术：后腹腔镜下左肾切除术）

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入气体400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，推开腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾周筋膜后层与脂肪囊间分离，显露肾血管蒂，分离出肾动脉后Ho-m-loc夹3夹分别夹闭肾动脉，并于远心端夹间剪断之，同法处理肾静脉，再在肾脏表面游离肾脏，见肾脏重度积水，肾实质薄，肾脏周围粘连明显，肾周脂肪囊余周围分界不清，在分离肾脏时肾实质破裂，流出陈旧血性液，吸尽，再戳穿其他已分离肾表面，可见清亮液，吸尽。肾脏体积变小，继续分离仍然困难，且创面渗血明显，为避免其他损伤及大面积渗血，将家属讲明病情并征得家属同意后遂改为开放手术，关闭气腹，拔出Trocar，取11肋间切口，依次切开皮肤、皮下约13厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，继续切开肌层，暴露切口，钝锐结合游离肾脏，游离出扩张输尿管直至狭窄处并断之，直至切除肾脏，10号丝线再次结扎肾动静脉后，生理盐水反复冲洗创腔，检查无活动性出血及副损伤，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线原位缝合切口。

术中见左肾体积明显增大，肾实质菲薄，肾脏与周围直至粘连明显，分界不清，以肾脏前分及上份明显，后分分界较清楚，输尿管距肾门约9cm处狭窄，肌层变薄，输尿管扩张，以下输尿管正常，切开见肾盂及各肾盏积液，各盏颈狭窄，部分肾盏积陈旧血性液，部分为清亮尿液，未见正常肾实质。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中补液4100ml，出血约500ml，未输血，术后安全返回病房，切除组织送病理检查

第一篇：肾脏手术

（21）右肾肿瘤根治术

诊断：右肾肿瘤

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取平卧位，适当垫高患侧腰部，常规消毒，铺无菌巾。作右肋缘切口，长约23cm，切开皮肤、皮下，局部止血，逐层切开肌层、腹直肌鞘、腹直肌、腹横筋膜、腹膜，进入腹腔，局部止血。探查胆囊、肝脏、胰腺、脾脏、及肠管、胃等均未发现异常。沿右结肠旁沟切开后腹膜，切断肝结肠韧带，向内侧掀开后腹膜、结肠及十二指肠，显露下腔静脉及腹主动脉。在左肾静脉下方，下腔静脉和腹主动脉间找到右肾动脉，并将右肾动脉解剖出来，用10号丝线三重三结结扎后，在靠肾脏两结扎线间切断肾动脉。将右肾静脉分离解剖出来，予以钳夹切断，断端用10号丝线结扎。在肾下极平面找到输尿管，尽量向远端分离钳夹并用电刀切断输尿管，断端用7号丝线结扎。

将右肾连同肾周脂肪囊一起与周围分离后，取出切口外。反复检查肾窝无活动性出血后，将右肾血管周围淋巴脂肪组织切除送病理组织检查。将肠系膜上动脉和肠系膜下动脉间，下腔静脉后以及下腔静脉和腹主动脉间的淋巴脂肪组织切除送病理组织检查。反复检查创腔无活动性出血，清点器械敷料无误后，经腹膜外创腔内安置创腔管一根，用4号丝线间断缝合关闭后腹膜。再次清点器械敷料无误后，逐层缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：右肾中下份有两个直径分别约4.0cm、5.0cm大小的肿瘤，肾包膜完整，肿瘤侵及集合系统，肾实质内有直径约1.0cm大小的肿瘤，肿瘤与周围肾实质分界清楚，肾血管周围有直径约1.0cm大小的淋巴结。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约200毫升，未输血，术后安全返回病房，切除组织送病理组织检查

（22）左肾根治性切除术

诊断：左肾肿瘤

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，适当垫高患侧腰部，常规消毒，铺无菌巾。

作左腰部11肋间长约20cm斜切口，先用冷刀锐性切开皮肤，然后用高频电刀（CUT.45W/COAG.45W）逐层切开皮下、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌、腰背筋膜，进入后腹膜间隙。

探查见肾周筋膜增厚，粘连明显。

沿体壁腰大肌前方疏松脂肪间隙向深内方向分离，显露左肾肾门。

游离左肾动脉，小尿管牵开，在左肾动脉下方深面找到左肾静脉，并将左肾动静脉解剖出来，依次用10号丝线三重四结结扎后动静脉后，在靠肾脏两结扎线间切断肾动脉。向下分离暴露左输尿管上段，7号丝线结扎之。

在肾周筋膜外钝锐结合游离左肾。

在左肾周筋膜外将左肾连同肾周筋膜、脂肪囊连同侧左肾上腺一起与周围钝锐结合分离后，取出切口外。术中感肾脏与周围粘连较为明显。切取组织术中冰冻切片。

反复检查未见副损伤。

反复检查创腔有渗血，予以泰宁止血纱予以贴创面后再次检查未见渗血，清点器械敷料无误后，安置创腔内安置创腔管一根。

再次清点器械敷料无误后，逐层缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左肾形态失常，左肾上极实性占位，表面有完整包膜，肾周筋膜增厚，周围渗出、水肿明显，肿瘤挤压正常肾实质，切面观，肿瘤有大面积出血伴坏死改变，集合系统受压，出血坏死及压迫导致各手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约100毫升，未输血，术后安全返回病房，切除组织送病理组织检查

（23）左肾盂裁剪成形术

诊断：左肾盂输尿管连接部梗阻并左肾积水

手术步奏：

麻醉满意后，常规保留尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，充分暴露手术野，消毒铺巾。

选择左11肋间切口，长约15cm，依次切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，局部止血，切开部分膈肌脚，向上推开胸膜，切开肋间肌，向前推开腹膜，切开肾周筋膜，在腰大肌前方找到输尿管，游离至肾门处肾盂输尿管连接处及扩张肾盂，探查见输尿管于肾盂后方并高位连接于肾盂，肾盂积水，张力较大，刺激肾盂未见明显蠕动，紧邻肾盂连接处间断输尿管，肾盂断端输尿管以3-0可吸收线缝扎。输尿管有约0.5cm发育不良，予以切除，与肾盂相对面纵行切开输尿管长约1.5cm，在肾盂最低位及凸缘处切开肾盂长约1.5cm，适当裁剪少许，吸尽积液，检查肾内未见结石，以4-0可吸收线将肾盂切口最低位和输尿管切口最低位缝合，间断缝合后壁，在导丝引导下置入F7DJ管，下端入膀胱（有尿液返流），上端入肾盂，同法缝合肾盂输尿管前壁，检查吻合良好，无张力，创腔内无活动性出血，清点器械敷料无误后，留置创腔引流管一根，7号丝线分层“8”字缝合肌肉，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。手术顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，中出血约50毫升，术后安全返回病房

（24）右肾盂肾实质切开取石术

诊断：右肾多发结石并肾积水感染

手术步骤：

麻醉满意后，常规保留尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

选择以11肋间斜切口，长约20cm，切开皮肤，皮下，局部电凝止血，依次切开部分背阔肌、下后锯肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，局部止血，切开肋间肌，游离十二肋骨并部分切除，切开部分膈肌脚，向上推开胸膜，向前推开腹膜，切开肾周筋膜，在脂肪囊下游离肾脏，将肾脏完全游离后，在肾下极平面找到输尿管，沿肾盂脂肪间隙向上将肾盂解剖出来，见肾盂为肾内型肾盂，无法取出结石。将肾动脉和肾静脉分别予以解剖出来，依次静脉快速输注20%甘露醇125ml，肌苷2.0加10%葡萄糖100ml后，依次用哈巴狗钳阻断肾动脉及肾静脉，肾周填充冰渣，见肾脏颜色变苍白，在肾盂肾下盏走形线切开肾实质，切开肾盂、肾下盏，顺利取出肾盂、肾盏内结石，反复检查未探及结石，用生理盐水冲洗肾盂肾盏，在导丝引导下输尿管内安置8Fr双“J”管一根，用4-0肠线间断缝合肾盂肾盏切口后，2-0肠线8字原位缝合肾实质，依次松开肾静脉、肾动脉哈巴狗钳，见肾脏颜色变红润。但肾切口渗血，引流尿液鲜红，再次阻断肾动静脉，拆开肾实质缝线后，再用2-0肠线全层缝合肾实质切口。肾实质切口表面覆盖泰陵止血纱布以防止出血。依次松开肾静脉、肾动脉哈巴狗钳，见肾脏颜色变红润。再次快速静脉输注20%甘露醇125ml。反复检查见肾脏表面无渗血，尿管引流尿液为淡洗肉水色，反复检查创腔无活动性出血，用稀碘伏反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，创腔内留置创腔引流管一根，7号丝线分层“8”字缝合肌肉，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见：患肾为肾内型肾盂，右肾盂下盏内一枚直径约4.0cm×2.5cm×2.5cm大小的不规则铸型结石，肾盂肾上盏扩张积水，肾实质未见变薄。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约500毫升，未输血，术后患者安全返回病房，取出结石交病员委托人

第二章：输尿管手术

（1）后腹腔镜下:输尿管切开取石术、双J管置入术

诊断1：右输尿管上段结石并右肾积水、尿路感染

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

选左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，向前推开腹膜，经切口置入自制气囊，气囊注入空气400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、10mmTrocar，腋后线切口置入5mmTrocar，丝线缝合切口以防止漏气，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力。经腋中线Trocar放入腹腔镜，经腋前线、腋后线Trocar分别置入分离钳、电凝钩。纵行切开肾下方及输尿管上段筋膜，沿腰大肌表面，寻及右输尿管上段并稍游离，寻及结石段。在结石段中上部纵行切开，完整取出结石4粒，最大约1.2cmx0.6cm，最小直径约0.2cm，在导丝引导下置入F7双J管1根，下达膀胱、上达肾盂，用5-0可吸收线间断缝合输尿管切口2针，经腋前线穿刺孔处留置创腔引流管一根，用丝线缝合关闭切口，术毕再次清点器械敷料仍无误。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约30毫升，未输血，术后安全返回病房

诊断2：左肾输尿管结石伴左肾积水

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入气体400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，推开腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾下极平面向下游离，找到输尿管并发现输尿管局部膨大，触及结石感，电刀电凝切开输尿管全层，分离钳将结石与输尿管壁游离后取出结石，约2.8×1.5×1.5厘米。在导丝引导下顺利置入8Fr双“J”管一根。取出结石后，吸引器吸尽创腔内液体，原位缝合输尿管，检查输尿管结石段稍有渗血不宜电凝止血故予以泰绫止血纱处理后见无创面出血，无结石残留于创腔，清点器械敷料无误后，完整拔出套管针，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。

术中见扩张处见结石一枚，结石以上扩张积水，积尿稍显混浊，大小如上述，结石质地硬，表面粗糙，结石段输尿管与周围粘连重。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约30ml，术后安全返回病房。结石交予患方家属（2）左输尿管上段切开取石术

诊断：左输尿管结石并左肾重度积水、左肾实质萎缩、尿路感染、高血压病

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，会阴部消毒铺巾，尿道保留Fr18尿管一根，气囊注水15ml。

改变体位为右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。取右第12肋下斜切口，依次切开皮肤、皮下约10厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，在腰大肌表面找到左输尿管，暴露左输尿管上段。术中见：左输尿管上段相当于腰5平面一枚结石，约2.0×1×1cm，结石平面以上输尿管扩张积水、约2.5cm，输尿管与周围组织稍粘连。结石处切开输尿管，结石与输尿管粘连，息肉包裹结石。完整取出结石，引流出淡黄微浑浊尿液约100ml。经输尿管切口于左输尿管内留Fr7双“J”管一根，下端达膀胱内，上端于左肾下盏。5-0肠线间断缝合输尿管切口。吸引器吸尽创腔内液体，检查无活动性出血、腹膜完整，清点器械敷料无误后，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。7号丝线“8”字缝合各肌层，1号丝线缝合皮下及皮肤。敷料覆盖切口。结石交患者家属。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，术后安全返回病房。

（3）左肾镜检、左输尿管切开取石术

诊断： 双输尿管结石并双肾积水、双输尿管下段狭窄、左肾实质萎缩、肾功能不全、尿路感染、2型糖尿病。（拟实施手术：经右侧皮肾造瘘通道右输尿管上段结石碎石取石术）

手术步奏：

麻醉满意后，取俯卧位，取右侧肾造瘘口为中心，常规消毒铺巾。

右肾造瘘管内置入导丝，拔除右肾造瘘管，在导丝引导下置入筋膜扩张器（带剥皮鞘），稍扩张后，用输尿管镜直视下镜检，仔细检查，未寻及肾通道，考虑肾造瘘管异位于肾外，征求患者家属意见后改开放手术行左输尿管切开取石术。

改变体位为右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。取左第12肋下斜切口，依次切开皮肤、皮下约8厘米，电凝切开腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌，进入腹膜后间隙，钝性推开腹膜，在腰大肌表面找到左输尿管，暴露左输尿管上段。术中见：左输尿管上段相当于腰3平面一枚结石，约1.3×0.7×0.6cm，结石平面以上输尿管扩张积水，输尿管与周围组织粘连。结石处切开输尿管，结石与输尿管粘连，息肉包裹结石。完整取出结石，引流出淡黄微浑浊尿液约50ml,取F8导尿管置入肾盂，用生理盐水冲洗后。经输尿管切口于左输尿管内留Fr7双“J”管一根，下端达膀胱内，上端于左肾下盏。5-0肠线间断缝合输尿管切口。稀碘伏冲洗创腔，吸引器吸尽创腔内液体，检查无活动性出血、腹膜完整，清点器械敷料无误后，经髂嵴上方保留创腔引流管一根，丝线固定。7号丝线“8”字缝合各肌层，1号丝线缝合皮下及皮肤。敷料覆盖切口。结石交患者家属。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，术后安全返回病房。

（4）膀胱镜检、右输尿管双J管调整术

诊断：右输尿管双J管移位

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，留置小尿管。输尿管镜在电视监视下顺利进入膀胱。

见尿道通畅，双输尿管口清晰，蠕动及喷尿未见异常，膀胱内未见结石及新生物，未见输尿管双J管。经右输尿管口插入导丝，导丝引导下顺利进镜，在右输尿管壁内段见双J管下端；用输尿管异物钳将其牵拉入膀胱，术后保留F18双腔尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中无明显出血，术后患者安返病房

（5）输尿管镜检+双J管置入术

诊断1：右输尿管结石并右肾积水、左肾结石、尿路感染（压力60cmH2O)

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，留置小尿管。输尿管镜在电视监视下顺利进入膀胱。

见尿道通畅，双输尿管口清晰，蠕动及喷尿未见异常，膀胱内未见结石及新生物。经右输尿管口插入导丝，导丝引导下顺利进镜，在右输尿管上段距离肾盂约8cm处见息肉生长明显，管腔稍狭窄；稍扩张后继续向上检查，检查至右肾盂，未见结石，考虑结石可能冲入肾盂；未见活动性出血，遂保留导丝，退出输尿管镜，在导丝引导下输尿管内安置F7.0的双“J”管一根。术后保留F18双腔尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约2ml，术后患者安返病房，诊断2：右输尿管下段狭窄并右肾积水、右输尿管下段结石、双肾结石、左附件囊肿

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，留置小尿管。输尿管镜在电视监视下顺利进入膀胱。

见尿道通畅，双输尿管口清晰，蠕动及喷尿未见异常，膀胱内未见结石及新生物。经右输尿管口插入导丝，导丝引导下顺利进镜，在右输尿管下段右输尿管开口约5cm处见管腔稍狭窄，黄褐色、不规则状结石1枚，直径约0.2cm，质硬；稍扩张后继续向上检查，以上输尿管管腔扩张，检查至右肾盂，未见结石及活动性出血后，遂保留导丝，退出输尿管镜，在导丝引导下输尿管内安置F7.0的双“J”管一根。术后保留F18双腔尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约3ml，术后患者安返病房，（6）后腹腔镜下左肾切除术、开放左输尿管切除、膀胱部分切除、左髂血管旁淋巴结清扫

诊断：左输尿管肿瘤

麻醉满意后，常规留置尿管，取右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入生理盐水400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾周筋膜后层与脂肪囊间分离，显露肾血管蒂，分离出肾动脉、肾静脉及左输尿管。见肾动脉为两支，肾盂积水，肾脏体积缩小，约7×4×3cm大小，输尿管与周围有粘连。用10号慕丝线依次三重三结结扎动、静脉，在远端两个线结之间剪断血管，用7号丝线结扎输尿管。将肾脏完全游离后，用灭菌注射用水反复冲洗创腔，检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，完整拔出套管针，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。

患者改仰卧位，再次消毒铺巾。取左下腹斜切口，长约9cm，依次切开皮肤、皮下、腹外斜肌腱膜、腹内斜肌、腹横肌，向内侧推开腹膜，在髂血管处找到左输尿管，见输尿管在髂血管平面下方2cm处与周围粘连紧密，其下方输尿管增粗增厚，与盆壁组织紧密相连，内侧腹膜无法分开，考虑输尿管肿瘤与盆壁浸润。沿腹膜后向上游离左输尿管至肾脏，在髂血管上方双重结扎输尿管，用电刀在两结扎线间切断，将左肾及上段输尿管拿出切口外。打开髂血管鞘，将髂血管及闭口神经周围淋巴组织整块切除送病检。因肿瘤组织包裹髂内动脉并浸润腹膜，故受肿瘤浸润的部分髂内动脉及部分增粗增厚的腹膜予以切除，髂内动脉两断端用7号丝线结扎。向下继续游离输尿管至膀胱壁，输尿管口周围膀胱壁质硬、增厚，用电刀将质硬的部分膀胱壁及周围2.0cm正常膀胱组织一块切除送病理组织检查。检查右输尿管口蠕动及喷尿未见异常，膀胱肋未发现结石及新生物，用2-0肠线“8”字全层缝合膀胱切口。用4号丝线间断缝合关闭腹膜切口。检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，留置创腔引流管一根。逐层缝合关闭切口。结束手术。术毕清点器械敷料仍无误。

术中见左输尿管上段增粗，中下段输尿管增粗增厚，实性，管壁与周围粘连，髂血管周围淋巴结增大并粘连成结，包绕髂内动脉。左输尿管开口周围膀胱壁有明显增厚。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约300ml，术后安全返回病房，切除组织送病理检查。

（7）左输尿管镜检及左输尿管结石气压弹道碎石术

诊断：左输尿管下段结石并左肾积水、尿道口狭窄、原发性高血压Ⅲ级、脂肪肝、痔疮

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾。见尿道外口狭窄、其前方见一盲端，将尿道外口稍剪开，后经尿道顺利置入输尿管镜，见：尿道通畅，双输尿管口清楚，膀胱内未见结石、新生物。右输尿管喷清亮尿液，左输尿管开口隆起，开口处见黄色结石，用碎石探针将结石击碎部分后在导丝引导下经左输尿管口逆行置入Fr8-9.8输尿管镜，见：左输尿管末段多粒结石，最大约直径0.5cm，用碎石探针将结石击碎至直径约0.1-0.2cm，结石排入膀胱，结石平面以上输尿管扩张，尿液微浑浊，其上未见新生物、及结石。导丝引导下左输尿管内留置Fr7双“J”管一根，上端达左肾盂、下端于膀胱内。尿道保留Fr18尿管一根，气囊注水15ml。结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血2毫升

(8)左输尿管松解

膀胱瓣输尿管膀胱再植术

诊断：左输尿管下段狭窄并左肾积水

尿路感染

2型糖尿病

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，常规消毒，铺无菌巾。

选左下腹原切口为手术切口，切开皮肤、皮下，局部止血，切开腹外斜肌腱膜，切开腹内斜肌和腹横肌及其建膜，局部止血，向内侧推开腹膜,因粘连重无法分开腹膜,遂切开腹膜,松解结肠与左侧腹壁的粘连后，显露髂血管，在髂血管平面找到扩张的左输尿管,见输尿管与周围组织瘢痕粘连明显，逐步将输尿管向下游离达近壁前段,因粘连重无法向下分离,遂于该处切断输尿管,近端充分游离输尿管仍然短,约差3cm长,遂充溢膀胱,于膀胱左侧角游离窃取基底约3cm,长约4cm膀胱瓣,用2-0肠线将膀胱瓣缝合呈管状，切开输尿管长约0.5cm,以5-0可吸收线将输尿管与管状膀胱带输尿管予以端端吻合,经膀胱切口于输尿管内内置F7J管内引流,2-0肠线将膀胱缝合,反复检查创腔无活动性出血，用生理盐水反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，输尿管切口旁保留创腔引流管一根，另端出体表并固定，腹侧壁贴泰绫纱2张防粘连.丝线逐层原位缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左输尿管从跨髂血管处开始,远端输尿管与周围粘连明显，输尿管扩张,直径约1cm,探查段输尿管未见结石结石。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约150毫升，未输血，术后安全返回病房

（9）左输尿管切开取石术

诊断1：左输尿管下段结石并左肾积水

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取平卧位，常规消毒，铺无菌巾。

选左下腹斜切口，长约8.0cm，切开皮肤、皮下，局部止血，切开腹外斜肌腱膜，切开腹内斜肌和腹横肌及其建膜，局部止血，向内侧推开腹膜，显露髂血管，在髂血管平面找到扩张的左输尿管，并稍向下探查达结石处，将结石段输尿管分离出来，在结石上2/3纵行切开输尿管长约1.5cm，完整取出结石，F10尿管探查输尿管远近端通畅，在导丝引导下输尿管内安置7Fr的双J管一根，下入膀胱约10.0cm，用3-0维乔原位缝合输尿管切口，切口覆泰宁止血纱,反复检查创腔无活动性出血，用生理盐水反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，输尿管切口旁保留创腔引流管一根，另端出体表并固定，丝线逐层原位缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：左输尿管结石在左髂外血管平面下方约5.0cm处，大小约3.0x1.5x1.0cm及1.5X

0.8

X

0.8

cm结石两枚，结石与输尿管壁粘连，结石平面以上输尿管扩张积水，输尿管直径约1.5cm，输尿管与周围粘连明显，结石段输尿管壁增厚,分离时渗出明显。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约50毫升，未输血，术后安全返回病房

诊断2：右输尿管中段结石并右肾积水

麻醉满意后，常规留置尿管，取平卧位，常规消毒，铺无菌巾。

选右下腹斜切口，长约8.0cm，切开皮肤、皮下，局部止血，切开腹外斜肌腱膜，切开腹内斜肌和腹横肌及其建膜，局部止血，向内侧推开腹膜，显露髂血管，在髂血管平面找到扩张的右输尿管，并稍向下探查达结石处，将结石段输尿管分离出来，在结石上2/3纵行切开输尿管长约1.5cm，完整取出结石，F10尿管探查输尿管远近端通畅，在导丝引导下输尿管内安置7Fr的双J管一根，下入膀胱约10.0cm，用5-0肠线原位缝合输尿管切口，反复检查创腔无活动性出血，用生理盐水反复冲洗创腔，清点器械敷料无误后，输尿管切口旁保留创腔引流管一根，另端出体表并固定，丝线逐层原位缝合关闭切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：右输尿管结石在右髂外血管平面下方约2.0cm处，大小约1.5x1.0x1.0cm及0.8X

0.8

X

0.8

cm结石两枚，结石与输尿管壁粘连，结石平面以上输尿管扩张积水，输尿管直径约1.5cm，输尿管与周围粘连明显，结石段输尿管壁增厚。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约10毫升，未输血，术后安全返回病房

（10）左输尿管镜检

诊断：左输尿管梗阻并左肾积水

手术步奏：

麻醉满意后，患者于截石位，常规消毒铺巾，甘油润滑尿道后顺利置入F10尿管，内镜进入膀胱,见尿道通畅,膀胱血管纹理清晰,膀胱内未见结石及新生物,双输尿管口清晰,左侧未见喷尿,导丝进入左输尿管口约2cm受阻,翻转镜体巡导丝进入输尿管并达受阻处见该处呈针孔状,导丝不能通过狭窄,遂放弃镜检,留置尿管一根结束手术。

手术经过顺利，术毕平安回房

第二篇：输尿管手术

（11）后腹腔镜下双输尿管切开取石术

诊断：双输尿管结石伴双肾积水、尿路感染

手术步奏：

麻醉满意后，常规留置尿管，取左侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。

右腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入生理盐水400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，清除腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾下极平面找到输尿管，见输尿管与周围粘连，输尿管在肾下极平面下方约2.0cm处有一结石，将结石段输尿管分离出来后，纵形切开输尿管，完整取出一枚结石，反复检查无结石残留，探查输尿管远近端通畅后，在导丝和输尿管导管引导下输尿管内安置7Fr的双J管一根，3-0可吸收线缝合输尿管切口。反复检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，输尿管切口处覆盖泰绫止血纱布两张，完整拔出Trocar，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。

改右侧卧位，垫高腰桥，常规消毒，铺无菌巾。左腋后线12肋下作长约2.0cm的切口，切开皮肤、皮下，钝性分开肌层及腰背筋膜，推开腹膜，置入自制气囊，注入生理盐水400ml，压迫5分钟后完整取出。分别在腋中线髂嵴上方、腋前线肋缘下穿刺置入10mm、5mmTrocar，腋后线切口置入10mmTrocar，CO2 人造气腹，保持14mmHg压力，经腋中线Trocar放入腹腔镜，另外两通道分别置入分离钳、电凝钩。找到肾周筋膜及其上方的腹膜外脂肪，清除腹膜外脂肪，纵行切开肾周筋膜，在肾下极平面找到输尿管，见输尿管与周围粘连严重，输尿管在肾下极平面下方约3.0cm处多发结石，将结石段输尿管分离出来后，纵形切开输尿管，完整取出结石，反复检查无结石残留，探查输尿管远近端通畅后，在导丝和输尿管导管引导下输尿管内安置7Fr的双J管一根，3-0可吸收线缝合输尿管切口。反复检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，输尿管切口处覆盖泰绫止血纱布两张，完整拔出Trocar，经髂嵴上方切口保留创腔引流管一根，丝线缝合切口。术毕再次清点器械敷料无误。

术中见：双侧输尿管均与周围粘连严重，右输尿管在肾下极平面约2.0cm处有一约1.0

cm×1.0cm×1.0cm大小结石，结石表面粗糙，与输尿管粘连，结石平面以上输尿管扩张积水。左输尿管在肾下极平面约3.0cm处有直径约0.5

cm-1.5cm大小结石数枚，结石表面粗糙，与输尿管粘连，息肉形成，结石平面以上输尿管引流出脓液尿液。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中生命体征平稳，术中出血约50ml，术后安全返回病房，取出结石交病员委托人

（12）左输尿管狭窄段切除、输尿管膀胱移植术、双“J”管植入术

诊断：1.左输尿管下段狭窄并左肾积水、2.子宫肌瘤、3.尿路感染

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，会阴部消毒，尿道保留F18硅胶尿管一根，气囊注水15ml。

下腹部消毒铺巾。选择左下腹大阑尾切口，长约10厘米，依次切开皮肤、皮下，电刀依次切开腹外斜肌腱膜、腹内斜肌、腹横肌，推开腹膜，暴露右髂外血管。在跨髂外血管处找到左输尿管。术中见：左输尿管上、中、下段与周围粘连严重，分离困难，左输尿管下段近膀胱处狭窄，离断输尿管，见输尿管内径针尖大小，狭窄段输尿管切除送病检，输尿管全段扩张积水，直径约1.0cm，尿液脓苔形成。输尿管远端7号丝线结扎。输尿管近断端剖开约1.0cm，呈“Y”形，膀胱左后壁斜行切开肌层约1.5cm，在导丝引导下置入F7双“J”管一根于左输尿管内，上端达左肾内,下端经膀胱切口置入膀胱内。4-0可吸收线间断缝合输尿管下端于膀胱切口处，呈“Y-Y”吻合。稀碘伏冲洗创腔，留置创腔引流管一根，福迪止血纱布覆盖创面。清点器械无误。7号丝线分层“8”字缝合肌肉及腹外斜肌腱膜，1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约100毫升，术后患者安返病房

第三章：膀胱手术

（1）膀胱穿刺造瘘术（局麻）

诊断：尿道损伤；急性尿潴留

手术步奏：

膀胱充盈满意后，取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

以耻骨联合上方两横指与腹中线交界处为穿刺点，于穿刺点1%利多卡因逐层浸润麻醉，5ml空针回抽可见淡黄色尿液。穿刺点处纵形切开约2cm，依次切开皮肤、皮下、腹直肌前鞘。穿刺针垂直皮肤进针，缓慢逐层穿刺进入膀胱，感落空感后，见淡黄色尿液溢出，再进入1cm-2cm。经穿刺针置入F14膀胱造瘘管一根，完整拔出穿刺针，气囊内注入生理盐水5ml。见造瘘管引流通畅，引流出淡黄色尿液约600ml。检查无活动性出血，妥善固定造瘘管，无菌敷料覆盖切口。.手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约1毫升，术后患者安全返回病房

（2）膀胱探查、膀胱修补、膀胱造瘘术

诊断：尿道损伤、膀胱破裂

手术步奏：

沿着普外科腹部正中切口往下延长切口至耻骨联合上约3cm，依次切开皮肤、皮下、腹直肌鞘，钝性分开腹直肌，耻骨后间隙约150ml血性渗液及血凝块，组织水肿明显，吸引器吸出渗液及血块。剪开部分腹膜，见：膀胱顶壁一约2cm裂口，扪及左耻骨支断端，膀胱左侧壁一约1cm裂口。切开膀胱前壁，吸尽尿液及血块，检查膀胱内及尿道内口无活动性出血。用3-0肠线全层缝合膀胱裂口，膀胱前壁处置入F24膀胱造瘘管，膀胱内注入生理盐水100ml，缝合口未见渗漏，后由普外科医师继续手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术后给予持续生理盐水膀胱冲洗

（3）开放性耻骨上膀胱造瘘术

诊断1：尿道狭窄并尿潴留

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

取耻骨联合上2厘米处纵切口，长约4厘米，依次切开皮肤、皮下、腹直肌鞘，钝性分开腹直肌，将腹膜反折向上推开，暴露膀胱前壁。用止血钳戳开膀胱前壁全层，吸尽尿液。见：膀胱壁厚约1.0cm，内壁光滑，前列腺突入膀胱，膀胱内无结石及新生物。取26Fr蕈形尿管置入膀胱，2-0肠线“8”字缝合膀胱全层。清点手术物件无误，7号丝线缝合腹直肌鞘，1号丝线缝合皮下及皮肤，7号丝线固定造瘘管。冲洗造瘘管未见出血。敷料覆盖切口，结束手术。

手术顺利，术中麻醉效果好，术中出血约5ml，安返病房。

诊断2：前列腺增生

神经源性膀胱

手术步奏：

麻醉满意后，常患者于平卧位，常规消毒铺巾。下腹正中切口，长约4.0cm，切开皮肤、皮下并止血，切开腹直肌鞘，钝性分开腹直肌后向上推开腹膜，空针穿刺膀胱抽出淡红色尿液后，于膀胱顶部切开膀胱壁约2.5cm，探查膀胱内见约50g血凝块，予以清除，未见结石及新生物，置入F24蕈型膀胱造口管，1-0可吸收线原位缝合膀胱。耻骨后间隙留置皮片引流条一根。清点纱布器械无误后，原位关闭切口。固定膀胱造口管，敷料并再次固定。

手术经过顺利，术中失血约10ml（4）膀胱切开取石

诊断：膀胱多发结石、尿路感染、神经源性膀胱，褥疮

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

取耻骨联合上2厘米处纵切口，长约3厘米，依次切开皮肤、皮下、腹直肌鞘，钝性分开腹直肌，将腹膜反折向上推开，暴露膀胱前壁。5ml空针穿刺确认后切开膀胱前壁全层，吸尽尿液。见：膀胱壁厚约0.8cm，内壁光滑，膀胱内4枚约结石，最大约直径3.5cm，未见新生物。取出结石，留置Fr22膀胱造瘘管1根，检查无残留结石后2-0肠线间断缝合膀胱全层。清点手术物件无误，4号丝线缝合腹直肌鞘，1号丝线缝合皮下及皮肤，敷料覆盖切口。尿道保留Fr8尿管一根，气囊注水3ml，结束手术。

手术顺利，术中麻醉效果好，术中出血约20ml，安返病房

（5）B超引导下左肾囊肿穿刺抽液术、经尿道膀胱病灶切除病检术

诊断：慢性膀胱炎（腺性膀胱炎？）、左肾囊肿、尿路感染

局麻后，常规消毒铺巾，在B朝引导下选择左腰部12肋下合适穿刺点，穿刺进针，进针深度约7cm，达到左肾囊肿，抽出淡黄色液体约45ml，后用95%酒精20ml注入囊腔，保留约5分钟后抽出约10ml。用碘伏消毒后无菌辅料包扎固定。

改膀胱截石位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾用盐酸丁卡因胶浆行尿道表面麻醉。

电切镜在电视监视下顺利进入膀胱，见尿道通畅，膀胱三角区见多发滤泡样新生物、膀胱三角区粘膜毛躁，双输尿管口清晰，喷清亮尿液，余膀胱粘膜血管纹理清晰，膀胱内未见结石。

用电切环将膀胱颈口及膀胱三角区滤泡样新生物切除，边切边电凝止血，创面彻底电凝止血后，再次检查无活动性出血后，退出电切镜，经尿道安置20Fr的三腔尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，术中麻醉效果好，术中无明显出血，术后清点手术物件无缺失，安返病房

（6）膀胱尿道镜检查及经尿道腺性膀胱炎病灶粘膜电切术

诊断：腺性膀胱炎

手术步奏：

麻醉显效后，取膀胱截石位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

电切镜在电视监视下顺利进入膀胱，见尿道通畅，膀胱颈口及膀胱三角区见多发滤泡样新生物，双输尿管口被滤泡样新生物覆盖而无法看清，余膀胱粘膜血管纹理清晰，膀胱内未见结石。

用电切环将膀胱颈口及膀胱三角区滤泡样新生物切除送病理组织检查，边切边电凝止血，创面彻底电凝止血后，用Ellik冲出组织块，再次检查无活动性出血后，退出电切镜，经尿道安置20Fr的尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，术中麻醉效果好，术中出血约10ml，术后清点手术物件无缺失，安返病房。切除组织送病理组织检查

（7）膀胱镜检、经尿道腺性膀胱炎电切

诊断：腺性膀胱炎

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾，见：尿道外口略狭窄，不能通过F24电切镜，于6点钟位切开尿道外口。经尿道置入F24电切镜，尿道通畅，前列腺不增生，前列腺部尿道、膀胱颈口、膀胱三角区及后壁遍布0.1-2cm结节及滤泡，双输尿管口被新生物覆盖。用电刀将结节及滤泡完全切除，深达粘膜下层，创面电凝止血，双输尿管开口清晰，喷清亮尿液，组织送病检。保留F20尿管一根，气囊注水15ml，生理盐水持续冲洗膀胱，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血50毫升，术后患者安返病房

（8）经尿道膀胱颈息肉电切术

诊断：膀胱颈息肉（粘膜白斑）

手术步奏：

麻醉显效后，取膀胱截石位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

电切镜在电视监视下顺利进入膀胱，见双输尿管口清晰，蠕动及喷尿未见异常，膀胱内未见结石及新生物。膀胱颈口多发息肉，膀胱颈9点位可见一约0.5cm带蒂息肉，此予以电切除送检，余息肉予以针状电极予以切除。检查无活动性出血后，退出电切镜，经尿道安置20Fr的尿管一根，结束手术。

手术经过顺利，术中麻醉效果好，术中基本无出血，术后清点手术物件无缺失，安返病房。切除组织送病理组织检查

(9)根治性膀胱全切、阑尾切除术、输尿管腹壁造口术

诊断：膀胱低级别乳头状尿路上皮癌

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，术前留置尿管。充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

做下腹正中切口，长约12cm，逐层切开皮肤、皮下、腹直肌鞘，钝性分开腹直肌，暴露腹膜。

切开腹膜进入腹腔。探查腹腔内各脏器未见异常。剪开右侧后腹膜，向下游离右输尿管到近膀胱处，切断，结扎远端，近端输尿管置F7输尿管单J管作支架管，丝线固定后接引流袋。同法处理左输尿管。

分离膀胱腹膜间隙，将两侧输精管切断结扎，提起膀胱及两侧输精管远端，在膀胱后壁与直肠前壁间分离狄氏筋膜至前列腺尖部，游离、切断、缝扎膀胱侧韧带和前列腺侧韧带。分离膀胱耻骨间隙至前列腺部，切开盆侧筋膜，切断耻骨前列腺韧带，于耻骨后前列腺尖部缝扎阴茎背深静脉并切断。游离前列腺尖部尿道并切断，完整取出膀胱标本，缝扎尿道远端。

探查盆腔及闭孔淋巴结未及肿大。清除双侧闭孔、髂外淋巴结及脂肪组织。在腹膜后钝性游离出一隧道，将左输尿管从腹膜后拖至右侧，并适当游离，使其能无张力无旋转拖出腹壁。

术中分别送检双输尿管残端、后尿道残端，冰冻切片未见癌细胞。

于阑尾系带游离并钳夹剪断，7号丝线结扎，在阑尾根部约0.8cm钳夹并剪断阑尾，消毒阑尾近端，7号丝线结扎，荷包缝合包埋阑尾残端入回盲部。

在右侧麦氏点处皮肤做圆形切口，直径约2.5cm，依次切除皮肤皮下，腹外斜肌腱膜，钝性分离腹内斜肌、腹横肌，将双侧输尿管拖出造口外约3.0cm，丝线固定至皮下软组织。将输尿管向对面剖开约2.0cm，可吸收线相对吻合，远端可吸收线固定于皮肤。另行丝线缝合固定双侧单J管。

更换为三腔尿管，加压固定，检查创腔无出血，无异物残留后，安置止血纱布6张，留置创腔引流管一根，逐层关闭创口，无菌敷料包扎，结束手术。

术中见膀胱多发肿瘤，膀胱三角区、右侧壁、前壁、左侧壁多发菜花样新生物，肿瘤直径0.2cm-2.2cm，部分肿瘤基底宽，双侧输尿管口被肿瘤侵犯。

手术顺利，术中麻醉效果好，出血约1300ml，术中输入红细胞悬液2U，输血过程顺利，无不适。术后清点手术物件无缺失，患者安返病房

（10）膀胱镜检及膀胱肿瘤电切术

设备：F24

OYMPUS

可循环电切镜，电切150W、电凝60W，注射用水，压力

60cmH2O，用量

20升

诊断：膀胱肿瘤、血小板减少症

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾。电切镜在电视监视下顺利进入膀胱，见：前尿道通畅，前列腺左、中、右三叶均轻度增生，膀胱内广泛小梁小室形成，膀胱右侧壁带蒂菜花样新生物，双侧输尿管清晰可见，膀胱内未见结石及其他新生物。

用电切环完整切除肿瘤及周边2cm组织，创面彻底电凝止血后，检查膀胱内无组织残留，创面无出血。保留Fr20三腔尿管一根，气囊注水30ml，灭菌注射用水持续冲洗膀胱，结束手术。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血2毫升，术后患者安返病房

第四篇

前列腺手术

（1）膀胱尿道镜检及TURP

诊断1：前列腺增生、原发性高血压、乙肝病毒携带者、血小板减少症

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾。经尿道置入Fr24电切镜，见：前尿道通畅，前列腺三叶增生，约Ⅲ度、突入膀胱明显，膀胱内壁梁状改变，膀胱内未见结石、新生物及憩室。

于6点钟位开始电切，形成标志沟，顺序切除中叶、右侧叶、前联合、左侧叶，深达包膜层，远端达精阜平面，创面彻底止血。观察后尿道通畅，ELLIKE冲洗出组织块约80g，送病检。保留Fr20尿管一根，气囊注水30ml，生理盐水持续冲洗膀胱，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血100毫升，术后患者安返病房

诊断2：前列腺增生并尿潴留

尿路感染

器械：F24

OYMPUS 循环式电切镜，电切150W、电凝50W，5%甘露醇溶液，压力

60cmH2O，用量

15升

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，抽出气囊注水后完整取出尿管，会阴部消毒铺巾。稀碘伏冲洗尿道，甘油润滑尿道后经尿道直视下置入F24电切镜，见：前尿道通畅，精阜标志明确，前列腺三叶增生，中叶增生明显，前列腺部尿道呈裂隙状改变，双输尿管口清晰，膀胱广泛小梁及小憩室形成，未见结石及新生物。

遂用电刀于中叶开始电切，切除腺组织达包膜，远端达精阜平面，并以此为界面顺时针切除右左侧叶，边切边止血，修整创面并切除精阜旁组织使之呈孤岛状，ELLIKE冲洗出组织块，内镜下再次止血并观察未见出血。保留F20尿管一根，气囊注水30ml，气囊包裹泰宁止血纱，稍加压牵拉，接生理盐水冲洗并观察约15分钟冲洗引流通畅，引流清亮，结束手术，将患者平安送回病房，回房冲洗清亮。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血100毫升，切除组织约35g

（2）经耻骨上前列腺切除术

诊断：前列腺增生并尿潴留

手术步奏：

麻醉满意后，患者取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

作下腹正中切口，长约12cm，逐层切开皮肤、皮下组织、腹直肌鞘，止血。钝性分开腹直肌，切开锥状肌。向上推开腹膜，充分显露膀胱前壁并电切开之，吸尽尿液，见膀胱壁无明显增厚，双侧输尿管口喷尿好，膀胱内未发现新生物及结石，前列腺突入膀胱约2.5CM，后唇明显抬高。

术中弧形切开膀胱颈后唇达前列腺腺体表面，血管钳适当钝性分开前列腺腺体与包膜后，食指经该切口进入，紧贴腺体表面游离，先后叶，再左右侧叶，最后前叶，达前列腺尖部，因尖部尿道捏断困难，予以组织剪剪断，完整取出腺体，约6.5×6.0×6.0cm大小，质韧，表面欠光滑，未扪及确切硬结。予双氧水纱布三块填入前列腺窝压迫止血。

5分钟后，显露膀胱颈后唇，适当修剪抬高的后唇后用1-0可吸收线间断“8”字缝合膀胱颈后唇止血，同法缝合膀胱颈3至9点位，见膀胱颈无明显活动性出血，取出填塞纱布三块，“8”字横行缝合膀胱颈前唇缩小膀胱颈口，使之可轻松容纳术者一食指。

消毒尿道外口，插入20Fr三腔气囊尿管一根入膀胱，气囊注水35ml，牵拉尿管压迫膀胱颈止血，于尿道外口处纱布加压固定，0.9%NS持续膀胱冲洗。

1-0可吸收线间断“8”字缝合膀胱前壁切口，经尿管持续0.9%NS膀胱冲洗，见经尿管引流出淡红色冲洗液。

清洁创腔，检查创腔无明显活动性出血及渗血，留置创腔引流管一根，置于耻骨后间隙，自切口旁引出固定。逐层关闭切口，局部覆盖敷料包扎固定。

手术顺利，术中患者出血，约500ml，术中补液共1700ml，尿量无法估计。术后病员安返病房

（3）

膀胱镜检术+膀胱血块清除术+开放血块清除术

器械：24Fr循环式电切镜，电切150W，电凝60W，5%甘露醇，压力

60cmH2O，用量

50升

诊断：.前列腺增生术后出血

手术步奏：

麻醉成功，取截石位，松解气囊后完整拔除尿管，常规消毒、铺巾。经尿道顺利置入万用镜，见前列腺窝附着血块，膀胱内血块形成并充盈膀胱，膀胱内广泛小梁及憩室改变，未见活动性出血及新生物。术中先将前列腺窝血块推入膀胱后，于膀胱壁与血块间放出膀胱内液体，并使膀胱尽量空虚后用ELLIC冲洗膀胱内血块，冲洗中有冲洗液自膀胱切口渗出，膀胱内血块无法冲出，遂改为开放血块清除。患者于平卧位，重新常规消毒铺巾，沿原切口拆线并逐步拆开膀胱，缝线，清除膀胱内陈旧血块，检查前列腺窝未见活动出血，双输尿管口清晰后，重新留置F20三腔尿管一根，气囊注水30ml，2/0可吸收肠线8字缝合膀胱前壁，并于膀胱顶留置F22膀胱造口管一根。经腹膜外可见腹腔有积液，5ml空针穿刺可抽出淡血性液体，遂在膀胱顶腹膜返折处剪开腹膜约4cm，放出淡血性液约1500ml，NS液1000ml冲洗腹腔冲洗液明显变淡，遂留置腹腔烟卷引流条，管壁腹膜。检查耻骨后等创面未见渗出，清点纱布器械无误后，原位关闭切口。敷料固定。再次清点纱布器械无误。手术过程顺利，输液2900ml,术中失血约50ml，清除血块约500克，术中及术后输入红细胞悬液共6个单位，无输血反应，术毕平安回病房

（4）膀胱镜检术+膀胱血块清除术

器械：24Fr循环式电切镜，电切150W，电凝60W，5%甘露醇，压力

60cmH 2 O，用量

50升

诊断：.前列腺增生术后出血

手术步奏：

麻醉成功，取截石位，松解气囊后完整拔除尿管，常规消毒、铺巾。

经尿道顺利置入万用镜，见前列腺窝附着血块，膀胱内血块形成，未见活动性出血。

经尿道顺利置入24Fr循环式电切镜，所见如上述，术中先低压冲洗出膀胱内血凝块，电刀将前列腺窝血块推向膀胱内并显露前列腺创面，再次冲出血凝块后检查，精阜标致明确，前列腺创面未见活动性出血及渗血，双输尿管口清晰。保留三腔气囊尿管一根，0.9%NS持续膀胱冲洗，冲洗引流液清亮。

手术过程顺利，输液1100ml,失血约100ml，清除血块约200克，术中输入悬浮红细胞2U，无输血反应，术毕平安回病房，六篇：尿道手术

（1）后尿道狭窄段切除、端端吻合、尿道结石取出、尿道重建术（全麻）

诊断： 后尿道狭窄、膀胱造瘘术后、尿路感染（拟实施手术： 尿道狭窄段切除端端吻合术）

麻醉满意后，取截石位，会阴部消毒铺巾。

取会阴部倒“U”形切口，长约12.0cm，逐层切开皮肤、皮下、球海绵体肌，钝性游离球部及球部以远部分尿道海绵体。经尿道置入F22金属尿道探子，探及尿道狭窄处位于后尿道膜部。完全切除尿道疤痕组织，见疤痕完全闭锁，长约2.0cm。12点钟位纵行切开膜部尿道断端0.5cm，6点钟位纵行切开尿道远端断端1.0cm，扩大吻合口径，用3-0可吸收线间断缝合断端粘膜，使其外翻；经尿道顺利置入Fr18硅胶尿管至膀胱内，气囊注水15ml。用3-0可吸收线间断无张力缝合尿道两断端（共8针）。彻底止血，清点器械无误，用1-0丝线将游离之尿道缝合至周围组织，逐渐缝合皮下组织以关闭死腔，用可吸收线垂直褥式缝合皮肤。敷料加压包扎切口。膀胱造瘘口保留Fr18造瘘管，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，出血30毫升，术后患者安返病房

（2）尿道癌根治术（女）

诊断：尿道癌

手术步奏：

麻醉成功后，将患者置于截石位。以下腹部正中为中心，常规消毒、铺巾。

外阴、阴道前壁及全尿道切除： 腹部手术组分离膀胱时会阴手术组行外阴切除，阴蒂上方至阴道后方，沿小阴唇外侧取梭形切口，切开皮肤，直达筋膜层，将皮肤及脂肪组织从筋膜表面分离，结扎、切断从耻骨联合处下行入阴蒂的血管，继续分离阴唇，切断并结扎位于阴唇下1/3处的会阴血管，于阴道入口处环形切阴道后半，使其与小阴唇分离，在两侧壁处将阴道切像近侧延长至穹窿部附近。于此位置横断阴道后壁，将会阴部压向后方，用刀柄在耻骨联合后方作钝性分离，直达腹部手术时所分离出的平面。切断所有与盆腔相连的组织，将整块组织从会阴切口取出（包括膀胱、子宫及附件、会阴），用灭菌蒸馏水冲洗创面。

膀胱、子宫及附件切除： 取下腹部正中切口长约20cm，依次切开皮肤、皮下筋膜、腹直肌前鞘，壁层腹膜。在骨盆沿切开后腹膜，达卵巢漏斗韧带。分离、切断结扎右侧卵巢血管，将腹膜切口向右侧圆韧带方向延长，结扎并切断圆韧带，同法处理左侧。将两侧的输卵管、卵巢拉向中线，互相结扎在一起。用皮肤钳钳住子宫底，牵拉之，于阔韧带基部切开腹膜，切口横过子宫直肠上方，用手指于子宫颈后方作钝性分离，将子宫颈及阴道上部与直肠分开；分离阔韧带及主韧带，靠近盆壁将其钳夹、切断，用7号丝线作贯穿结扎，直达阴道与直肠交界处的后穹窿。游离膀胱前壁，将膀胱上动脉切断结扎。将膀胱顶部、后壁分离，直达膀胱底部；在膀胱底两侧近髂血管处分离双侧输尿管下段，距输尿管入膀胱处切断输尿管，其远端双道结扎，近端先旷置，分别将1根F7号单J管插入双侧肾盂，留作支架管之用，见有尿液流出，将两侧髂内动脉结扎切断；继续分离膀胱两侧侧韧带，靠近膀胱壁将其钳夹、切断并牢靠结扎；于膀胱颈周围游离后，在膀胱颈部上方钳夹、切断耻骨尿道韧带，用4-0丝线线缝扎止血；沿着膀胱后壁的后方与直肠前壁前方之间的间隙游离，注意避免损伤直肠，出血点一一结扎止血。

阴道重建： 用2-0肠线将阴道后壁两侧缘内翻缝合，缝合外阴部皮肤切口，并将阴道下端与皮肤创缘缝合。盆腔置F22多孔橡皮引流管，从阴道前方的皮肤切口引出。

盆腔淋巴结清扫： 术中未发现明显淋巴结肿大及盆底其它转移灶，行盆腔淋巴结清扫术：沿左侧髂外血管切开血管鞘，自髂总动脉分叉处纵行切开，直至旋髂动脉，在动脉外膜与淋巴组织间用直角钳细心分离，直至完整显露髂外动静脉，在髂外动静脉远侧分别结扎、切断旋髂动静脉。将表浅的脂肪组织和淋巴组织向下牵拉，分离腹下动脉、予以结扎和切断；将髂血管旁的淋巴组织钝性分离，直至全部清除髂外血管外组淋巴结；剥离髂血管内侧的淋巴组织，自上而下，达到闭孔窝，见闭孔神经和闭孔动脉，将闭孔动脉挑起后结扎、切断。同法处理右侧。

输尿管腹壁造口术： 自乙状结肠系膜根部起于骶骨岬前方钝性游离一间隙，将左侧的输尿管自此间隙拖至右侧。于右髂前上棘至脐连线中外1/3交界处作一“十”形切口，将左、右输尿管并排顺利自此孔引出腹壁并外露2cm，两输尿管末端行端侧吻合1#丝线间断缝合输尿管浆肌层和腱膜以固定输尿管，3-0可吸收缝线间断缝合两输尿管以固定之，3-0可吸收缝线及1#丝线间断缝合输尿管和皮瓣的皮下组织以固定之。4号丝线间断缝合两皮瓣的基底以固定之，将输尿管末端与皮瓣顶端缝合并妥善固定输尿管支架管，并接引流袋。用灭菌蒸馏水浸泡盆腔，确认术腔内无活动性出血后用1号丝线间断缝合关闭盆底腹膜，盆腔内另外留置1根F22多孔橡皮引流管从右下腹引出。

预防性阑尾切除术： 因为术后若患者患阑尾炎，手术难度及风险增大，征求患者家属意见，行预防性阑尾切除术，患者家属同意后行阑尾切除术：沿着右侧结肠带往下寻及阑尾，见阑尾长约6cm，与结肠稍粘连，采用逆行切除方法，逐断钳夹、切断、结扎阑尾系膜，于靠近回盲部约1cm处切断阑尾，残端用电刀烧灼，4号丝线结扎近端，用4号丝线行8字缝合回盲部浆肌层，将阑尾完全包埋，清点手术器械无误后逐层关闭壁层腹膜、腹直肌后鞘、前鞘、皮下组织、皮肤。无菌敷料覆盖固定。术中出血约2000ml，输入红细胞悬液6U，输液6700ml，尿量900ml，术中生命征平稳，切除物送病理检查，患者安返回病房。

（3）阴茎下曲畸形矫正、包皮岛瓣尿道成形术（17岁）

诊断：先天性尿道下裂(阴茎型)

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

取F14导尿管，剪去气囊部位及远端，安置F14尿管一根，阴茎头部缝合1针牵引，见尿道外口位于阴茎腹侧，距离尿道外口约1cm，阴茎背侧皮肤堆积，距离阴茎冠状沟1cm处环形切开皮肤、皮下，达深筋膜层，腹侧切断尿道板，于切口近端深筋膜层，显露白膜，将阴茎脱套，剪去尿道远端未正常发育的尿道约1cm，可见正常尿道海绵体，阴茎伸直，尿道外口距离阴茎头约5cm；将阴茎背侧皮肤展开，于偏右侧纵行裁剪5cmx1.8cm带蒂皮瓣,于蒂中份戳开1孔，将阴茎穿过此孔，皮瓣转移至阴茎腹侧，皮瓣近端与尿道外口用6-0可吸收线间断缝合，皮瓣绕F14导尿管卷成管状，6-0可吸收线连续缝合；将阴茎头腹侧纵行切开，直至阴茎头尿道外口凹陷，将成形的尿道皮管远端与阴茎头尿道外口凹陷处周围皮肤吻合，使尿道外口正位开口。仔细止血，将阴茎背侧多余皮肤顺时针转移至腹侧用5-0可吸收线间断缝合至包皮内板及背侧皮肤右侧。用无菌敷料、弹力绷带稍加压包扎。清点器械无误，检查无出血，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约10毫升，术后安返病房

（4）膀胱粘膜代尿道成形术

诊断：先天性尿道下裂(阴茎型)

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

安置F10尿管一根，阴茎头部牵引，见尿道外口位于阴茎阴囊交界处，沿尿道外口近端游离尿道约1.5cm，剪去已皮肤上皮化的尿道外口约2mm。于尿道外口处阴茎腹侧，阴茎皮肤与阴茎海绵体之间钝性分离出一宽敞通道，直至阴茎头尿道外口始基，使尿道外口正位开口，见尿道缺损长约5.0cm。

取耻骨联合上方2厘米处纵行切开约5.0厘米，依次切开皮肤、皮下、腹直肌鞘，钝性分开肌肉，湿纱布将腹膜反折向上推开，暴露膀胱前壁，膀胱内注水180ml。依次分离浆膜层、膀胱肌肉层、剥离膀胱粘膜约5.0cm×1.5cm，切取膀胱粘膜，组织钳夹起膀胱全层，吸尽尿液，见双输尿管口清晰，蠕动及喷尿未见明显异常，膀胱内未见明显新生物。生理盐水冲洗膀胱，反复检查无明显活动性出血，2-0可吸收线“8”字间断缝合膀胱全层，安置F24膀胱造瘘管一根。再次检查无活动性出血，耻骨后间隙安置橡皮引流条一根，7号丝线缝合腹直肌鞘，1号丝线缝合皮下及皮肤。

以F10尿管作为支架，膀胱粘膜围绕尿管用6/0可吸收线缝合成尿道，将成型后尿道连同支架拖入阴茎腹侧的隧道内，尿管置入膀胱，远端与原尿道开口6-0可吸收线间断缝合，远端与阴茎头开口创缘5-0可吸收线间断外翻缝合成形尿道，见尿道无张力、无狭窄、无扭转，1-0可吸收线间断缝合阴茎阴囊处皮下、皮肤，遮盖吻合口。阴茎外用尼龙布适宜加压固定。清点器械无误，检查无出血，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约30毫升，术后安返病房

（5）尿道外口肉阜切除术

诊断：尿道外口肉阜

手术步奏：

麻醉满意后，患者取膀胱截石位，常规消毒，铺无菌巾，常规留置双腔尿管，充分暴露手术野。

再次消毒会阴部，检查尿道见肉阜呈肉芽样，位于尿道口4-7点位，有广基连接于尿道粘膜。皮钳牵出新生物，用5-0可吸收缝线“8”字缝合肉阜蒂部，边缝边剪除新生物，彻底结扎后将剪除肉阜送病检，检查无出血后结束手术，术后保留尿管18Fr尿管一根，气囊注水10ml。

术中麻醉效果好，患者生命征平稳，出血约2ml,术后安返病房

（6）尿道外口息肉切除术

诊断：尿道外口息肉、血小板减少症

手术步奏：

麻醉满意后，患者取膀胱截石位，常规消毒，铺无菌巾。尿道外口2个新生物约1.0x2cm，分别位于5-6,6-8点钟处，暗红色，表面光滑。用皮钳牵拉新生物至尿道口外，用5-0可吸收缝线“8”字缝合新生物基底部，边缝边切除新生物，至完整切除新生物。检查无出血后，保留18Fr尿管一根，气囊注水15ml，结束手术，尿道外口用碘伏纱布压迫止血。

术中麻醉效果好，患者生命征平稳，出血约5ml,术后安返病房

（7）前尿道结石取出术（6岁）

诊断： 前尿道结石、尿路感染（全麻，拟实施手术：膀胱尿道镜检、碎石术）

手术步奏：

麻醉满意后，取截石位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

术中见尿道舟状窝处一枚结石，直径约0.6cm，用无菌甘油充分润滑，用蚊氏嵌夹取结石，结石部分被夹碎成结石颗粒，取出，最大直径约0.4cm检查无明显残石及出血后留置F8导尿管1根。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，出血约1毫升，术后安返病房

（8）阴茎外伤清创缝合、尿道外口成形术

诊断：阴茎切割伤

手术步奏：

麻醉满意后，取平卧位，会阴部碘伏消毒铺巾。

用小尿管于阴茎根部略加压套扎，阻滞血流。术中见:阴茎离断，残端长约3.5cm，远端未见。

将阴茎背侧血管断端、包皮出血点用1号丝线结扎止血；将残端阴茎海绵体远端切除约0.5cm，以使断端平整，尿道海绵体超出阴茎海绵体约1cm，用7号丝线将阴茎白膜纵向间断缝合，松开阴茎止血尿管，将阴茎皮下筋膜1号丝线纵向间断缝合，1号丝线将皮肤间断缝合，见无出血。将尿道外口横向切开约1cm以敞开尿道外口，用1号丝线将尿道外口外翻缝合至阴茎皮肤，使尿道外口成形。见尿道外口不狭窄，尿道外口直径约0.7cm。置入F18双腔导尿管1根，检查无明显出血，后用无菌敷料包扎伤口，结束手术。

手术顺利，术中麻醉效果好，出血约40ml

（9）尿道膀胱镜检及膀胱结石气压弹道碎石、尿道扩张

诊断：尿道狭窄并尿潴留

尿路感染

尿道结石

前列腺增生

手术步奏：

麻醉满意后，患者于截石位，常规消毒铺巾，甘油润滑尿道后，内镜直视下见前尿道通畅,膜部尿道狭窄并右一结石嵌顿,导丝经结石与尿道壁间通过,内镜下扩张狭窄并将结石推入膀胱，置入碎石探杆并逐步将结石击碎后冲尽，检查无结石残留后退出内镜，以F5.5、6.0、6.5尿道扩张器将尿道扩张后,在尿管导芯引导下保留F18尿管一根，气囊注水15ML。

手术经过顺利，术毕平安回房，术后处理见医嘱。

术中见：前尿道通畅，前列腺轻度增生，膀胱颈后唇稍抬高，膜部尿道狭窄并右一结石嵌顿,大小约0.6x0.4cm结石一枚，表面光滑，蜡黄色，质地脆，膀胱内广泛梁状改变及小憩室，未见新生物，双输尿管口清晰，喷尿正常

第七篇：阴茎阴囊手术

（1）包皮环切术

诊断：包皮过长

手术步奏（1）：

患者取平卧位，暴露手术部位。碘伏消毒，铺无菌巾。

取2%利多卡因5ml稀释至10ml后行阴茎根部神经阻滞。麻醉满意后，检查见包皮过长，牵起包皮口四周，在12点位纵行切开约1.5cm，内板达冠状沟0.5cm处时改为横向剪开，两侧分别至包皮系带处，钳夹出血点，细丝线结扎。取5-0可吸收缝线全层缝合创缘。缝合后检查无出血及血肿。无菌敷料包扎，结束手术。

手术顺利，术中麻醉效果好，术中出血约2ml，术后安返病房

手术步奏（2）

麻醉满意后，取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

于包皮远端腹侧、背侧正中分别用2把止血钳钳夹，包皮腹侧包皮正中纵形剪开，距离冠状沟约1cm，腹侧包皮与龟头粘连严重，阴茎系带无法辨认，将粘连部分尽量分离；包皮背侧正中纵形剪开至距离冠状沟约1cm，距离冠状沟约1cm处将包皮远端环形切除，用5-0可吸收线仔细结扎止血，后用5-0可吸收线间断缝合包皮内外板，检查无活动性出血后，碘伏消毒，无菌纱布加压包扎固定。

术中见：导尿管引流通畅，引流出淡黄色尿液，包皮口直径约0.5cm，包皮远端增厚，炎性水肿，易出血。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约30ml，术后患者安全返回病房，(2)左侧睾丸固定术（12岁）

诊断：左侧睾丸不全扭转

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择以左侧阴囊中部横切口，长约2.5厘米。依次切开皮肤、皮下筋膜、肉膜、睾丸鞘膜壁层。将左睾丸鞘膜翻转，用4号丝线间断缝合鞘膜切缘，检查精索未受压迫，检查睾丸未扭转，将左睾丸内侧部分白膜用4号丝线缝至阴囊中隔，将左睾丸底部分白膜缝至阴囊底肉膜，外侧白膜部分缝至外侧肉膜；仔细检查未见明显出血后用1号丝线缝合肉膜层及皮肤。无菌敷料包扎伤口。

术中见左侧睾丸大小约2.7cmx1cm，睾丸附睾颜色正常，附睾头部与鞘膜有粘连，质地中等，未见新生物，仔细探查鞘状突已封闭。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约5毫升，术后安返病房

（3）左侧隐睾探查，左侧隐睾松解固定术+包皮环切术（18岁）

诊断：左侧隐睾(睾丸缺如?)（成人），包茎、无精症

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

选择左腹股沟斜切口，长约4cm，依次切开皮肤、皮下，局部电凝止血，切开腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，见左侧睾丸位于腹股沟管内，见左睾丸约2.5x1.2x1.0cm，将隐睾连同鞘膜囊提起，分离切断鞘膜囊附着处，切开鞘膜囊，探查见鞘状突已关闭，充分松解精索血管及输精管，使睾丸能在无张力状态下牵引到阴囊内。用手指伸入阴囊右侧，形成一隧道，在阴囊左侧横形切开皮肤，用血管钳在阴囊皮下和肉膜间分离出一腔隙，阴囊肉膜切开一小口，将右睾丸经隧道及该小口拖入阴囊肉膜下腔隙内，确认精索无扭转后，用1号丝线将睾丸固定在阴囊肉膜与皮下的腔隙内。用5-0可吸收线缝合阴囊切口。反复检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，逐层缝合关闭腹股沟斜切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

于包皮远端腹侧、背侧正中分别用2把止血钳钳夹，包皮腹侧包皮正中纵形剪开，距离冠状沟约1cm；包皮背侧正中纵形剪开至距离冠状沟约1cm，距离冠状沟约1cm处将包皮远端环形切除，用5-0可吸收线仔细结扎止血，后用5-0可吸收线间断缝合包皮内外板，检查无活动性出血后，碘伏消毒，无菌纱布加压包扎固定。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约20毫升，术后清点各手术物品无误，患者安返病房

（4）右隐睾下降固定术（15岁）

诊断：右隐睾

麻醉满意后，取平卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

选择右腹股沟斜切口，长约4cm，依次切开皮肤、皮下，局部电凝止血，切开腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，见右侧睾丸位于腹股沟管外环处，将隐睾连同鞘膜囊提起，分离切断鞘膜囊附着处，切开鞘膜囊，探查见鞘状突未关闭，高位横断鞘膜囊，在内环处用4号丝线缝扎鞘状突。充分松解精索血管及输精管，使睾丸能在无张力状态下牵引到阴囊内。用手指伸入阴囊右侧，形成一隧道，在阴囊右侧横形切开皮肤，用血管钳在阴囊皮下和肉膜间分离出一腔隙，阴囊肉膜切开一小口，将右睾丸经隧道及该小口拖入阴囊肉膜下腔隙内，确认精索无扭转后，用1号丝线将睾丸固定在阴囊肉膜与皮下的腔隙内。用5-0可吸收线缝合阴囊切口。反复检查无活动性出血，清点器械敷料无误后，逐层缝合关闭腹股沟斜切口。术毕再次清点器械敷料仍无误。

术中见：右睾丸位于右腹股沟管外环上方，约3×2×2cm大小，鞘状突未关闭。

手术经过顺利，麻醉效果好，术中患者生命体征平稳，术中出血约20毫升，未输血，术后患者安全返回病房

（5）右睾丸松解固定及右斜疝修补术（40岁）

诊断：右睾丸下降不全并右腹股沟斜疝

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择以右耻骨结节与右髂前上嵴连线中点上方1厘米处为起点，斜向耻骨结节切开约6厘米。依次切开皮肤、皮下，分离至腹外斜肌腱膜，在腹外斜肌腱膜中点处切开一点，钝性分离后沿切口方向剪开腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，检查髂腹下神经及髂腹股沟神经无损伤。切开提睾肌，松解精索，上至内环口，下至外环口。提起精索，在睾丸鞘膜外松解睾丸。

术中见精索及睾丸周围粘连较重，睾丸形态大小尚可，体积约3×2×2厘米。

在精索前内侧解剖出疝囊，将其切开并离断，近端游离到内环口处，在内环口内侧可扪及搏动的腹壁下动脉。将疝内容物完全回纳入腹腔后用7号丝线在内环口处缝扎，并切除多余鞘膜。远端敞开，并将鞘膜翻转后缝合，缝合后检查精索无受压表现。提起精索，在其下方用7号丝线将腹内斜肌、腹横肌筋膜下缘及联合腱缝合在腹股沟韧带上，共缝合三针以加强后壁。

将松解好的睾丸放入同侧阴囊，确定精索无张力及扭转。在阴囊右侧中下份确定固定位置，切开皮肤至肉膜层，钝性分离皮肤与肉膜，制造一间隙，丝线缝合睾丸白膜与该肉膜处，1号丝线两侧分别固定睾丸及精索。

7号丝线间断缝合腹外斜肌腱膜，重建腹股沟管，外环口处留一食指尖大小。1号丝线缝合皮下及皮肤。无菌敷料包扎伤口。

术中麻醉效果好，手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约50毫升，未输血

(6)双侧睾丸松解固定术（2岁）

诊断：双侧隐睾

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择以右耻骨结节与右髂前上嵴连线中点上方1厘米处为起点，斜向耻骨结节切开约4厘米。依次切开皮肤、皮下，分离至腹外斜肌腱膜，沿切口方向剪开腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，在腹股沟管中份找到右侧睾丸及附睾。术中见睾丸体积约1×0.6×0.6厘米，精索较短。切断睾丸引带，游离精索，切开睾丸鞘膜，在精索部分将精索鞘膜完全从精索上钝性剥离，使精索充分游离，将精索鞘膜向上游离至内环口处，4号丝线结扎并缝扎，剪去多余鞘膜。在阴囊右侧中份确定固定位置，切开皮肤至肉膜层，钝性分离皮肤与肉膜，制造一间隙，在食指引导下用血管钳在肉膜中间戳一小孔并穿出切口，将睾丸附睾一并牵入皮肤肉膜间隙，确定睾丸无扭转，精索无张力后，用细丝线缝合三针将睾丸鞘膜固定在肉膜上。7号丝线间断缝合腹外斜肌腱膜，外环口处留一指尖大小，1号丝线缝合皮下及皮肤。

同法处理左侧隐睾，术中见左侧睾丸较右侧小，约0.6×0.4×0.4cm。无菌敷料包扎伤口。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约10毫升，术后安返病房

（7）右睾丸切除术（18岁）

诊断：右侧隐睾

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择以右耻骨结节与右髂前上嵴连线中点上方1厘米处为起点，斜向耻骨结节切开约3.5厘米。依次切开皮肤、皮下，分离至腹外斜肌腱膜，在腹外斜肌腱膜中点处切开一点，钝性分离后沿切口方向剪开腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，检查髂腹下神经及髂腹股沟神经无损伤。切开提睾肌，鞘膜囊，见睾丸萎缩，约2x2x1cm大小，将其挤出切口，提起精索，游离出输精管，靠近睾丸将其切断，用7号丝线结扎断端，其余精索分两股分别切断，7号丝线结扎，睾丸引导切断，断端用7号丝线结扎。用电刀止血，仔细检查未见活动性出血后，清点手术器械无误后逐层关闭切口。

术中麻醉效果好，手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约5毫升，未输血

（8）右隐睾切除、右鞘状突高位结扎术（11岁）

诊断：右侧隐睾

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

以右耻骨结节与右髂前上嵴连线中点上方1厘米处为起点，斜向右耻骨结节切开约3厘米。依次切开皮肤、皮下、腹外斜肌腱膜，显露腹股沟管，在腹股沟管近外环口处找到右侧睾丸及附睾。术中见：睾丸体积约2.5×2×1.5厘米，附睾形态正常，精索较短，游离出右腹膜鞘状突，见其已经闭合于高位用4号丝线将其结扎2道。切断睾丸引带，断端用4号丝线结扎止血，游离输精管，切断并用4号丝线结扎断端，用7号丝线及4号丝线双重结扎右精索血管。取出隐睾送病检，清点器械无误，4号丝线间断缝合腹外斜肌腱膜，1号丝线缝合皮下，1-0丝线间断缝合阴囊皮肤及皮内缝合腹股沟皮肤，敷料覆盖切口，结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，出血约10毫升，术后安返病房

（9）双侧睾丸切除术

诊断1：前列腺癌并尿潴留、原发性高血压3级，中危组、高血压性心脏病

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择耻骨联合前方正中，水平切开约4厘米。依次切开皮肤、皮下，向两侧分离至外环口处，挤压右侧睾丸至切口处，钝性分离出睾丸，切断睾丸引带，近端7号丝线缝扎，在内环口附近分离出输精管，近端7号丝线结扎后剪断，将剩余精索钳夹、剪断，7号丝线缝扎并结扎。同法切除左侧睾丸。术后检查结扎牢固，创面无出血。1号丝线缝合皮下及皮肤，无菌敷料包扎，阴囊处加压包扎。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约5毫升，切除组织送病理检查。患者安返病房

诊断2：前列腺癌并尿潴留、原发性高血压3级，中危组、高血压性心脏病

手术步奏：

麻醉满意后，取仰卧位，充分暴露手术野，常规消毒，铺无菌巾。

切口选择耻骨联合前方正中，水平切开约4厘米。依次切开皮肤、皮下，向两侧分离至外环口处，挤压右侧睾丸至切口处，钝性分离出睾丸，切断睾丸引带，近端7号丝线缝扎，在内环口附近分离出输精管，近端7号丝线结扎后剪断，将剩余精索钳夹、剪断，7号丝线缝扎并结扎。同法切除左侧睾丸。术后检查结扎牢固，创面无出血。1号丝线缝合皮下及皮肤，无菌敷料包扎，阴囊处加压包扎。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血约5毫升，切除组织送病理检查。患者安返病房

诊断3：前列腺腺癌并尿潴留、双肾结石、慢性阻塞性肺疾病、尿路感染、原发性高血压1级

手术步奏：

麻醉后成功后,下腹部及会阴部消毒铺巾，取阴囊正中切一约3.0cm纵切口，切开皮肤，向阴囊右侧挪开切口，逐层切口各层筋膜及睾丸鞘膜。将右睾丸挤出切口外，切开睾丸白膜，完整剔除曲细精管等内容物，彻底止血。4号丝线连续缝合白膜，将睾丸还入阴囊。向阴囊左侧挪开切口，逐层切口各层筋膜及睾丸鞘膜。将左睾丸挤出切口外，切开睾丸白膜，完整剔除曲细精管等内容物，彻底止血。4号丝线连续缝合白膜，将睾丸还入阴囊。1号丝线缝合皮下、皮肤。敷料固定切口结束手术。

手术顺利，术中患者生命体征平稳，术中出血10毫升，术后患者安返病房

腹腔镜下左肾癌根治术

（1)后腹腔镜手术可拆除Trocar后，从髂嵴穿刺孔伸入止血钳到腋后线的穿刺孔后，拉入引流管从髂嵴的穿刺孔引出，从背部的穿刺孔用手指固定

（2）沿着左侧腰大肌分离平面，肾动脉在上方，肾静脉在下方

（3）留置双J管，可用导丝抵双J管的盲端，先将盲段用推杆推到输尿管的切口处，取出导丝后，用钳送导丝，一般位于L3上缘的结石距离肾脏集合系统位置很近。

腹腔镜下右输尿管结石切开取石术

(1)术前准备，F5.6双J管内衬小儿尿管的内芯，制作气囊，制作拾物袋

（2）腹膜后空间的分离，一般经过手指的分离及气囊的扩张后，肾旁脂肪背离断，背侧的筋膜组织为侧锥筋膜及肾周筋膜，紧贴腰方肌的外侧缘切开，可进入肾周脂肪

（3）上下纵行切开分离肾周筋膜，下方几乎达到最下Trocar的垂直位（90°垂直视野），后期的缝合往往也是在这一视野下进行，在肾周脂肪内上下延伸充分显露下方几乎到达垂直位，紧贴腰大肌的表面游离，到几乎完整游离出腰大肌的轮廓，在腰大肌的内侧缘浅面的脂肪堆中可以找到粘连的输尿管结石，切开后取出结石。

（4）置入双J管，先下端，后上段，最后拔除内芯后，缝合，有时前方有肾旁脂肪的遮挡，故肾旁脂肪操作时候清楚肾旁脂肪也是很有必要的。

腹腔镜下精索静脉曲张高位结扎术

（1）Trocar位置

脐上缘

耻骨联合上

及两点中点建立Trocar

后腹腔镜下肾囊肿去顶减压术

（1）手术结束前用纱布破坏肾囊肿内皮及脂肪组织填塞囊腔，减少术后复发几率

腹腔镜下保留肾单位手术（NSS)

(1)术前评估肾脏血供，如果为两支血管供应，可以试行阻断一根血管，如果阻断一根血管可以行NSS就不需要阻断两根血管

（2）肾脏下极的肿瘤切除难度较其他部位难度大，故为了缝合的方便及病灶的处理，需要充分清理肾旁脂肪，充分游离肾脏，让肾脏在游离状态下处理是最理想的腹腔镜下大隐静脉曲张深静脉交通支离断术

交通支：CockettI

CockettII

CockettIII

Boyd

（皮肤湿疹溃疡）

Trocar位置：小腿中上段内侧靠近胫骨侧为trocar腹腔镜视野位置

其内侧稍下方为超声刀Trocar位置

气腹压力20mmHg，腹腔镜镜头推挤制造视野及空间

腹腔镜下小儿疝高位结扎术

（1）脐部上建立10mmTrocar观察镜，2mm穿刺套管置入器械，小儿疝的穿刺套管针

（2）脐部建Trocar可以在拟切开部位两侧缝线做对称牵拉，以便切开穿刺置入Trocar

PCNL术

（1）彩超定位探头，探头位于肾脏背侧，穿刺的目标肾盏自然是肾脏的背侧盏

（2）背部薄膜铺巾时候两张，贴一张，撕下来的纸张粘贴压在薄膜的一侧，用两张就可以了

（3）穿刺针传入肾脏集合系统需要明确牢记穿刺针的深度，筋膜扩张器扩张时候手指定位在大致的深度位置然后往肾脏方向推进，原则是宁浅勿深

（4）见到结石开始碎石时候尽量在鞘内见到结石行碎石，以免击坏肾镜或者输尿管镜

（5）建立第二通道时候可以在肾镜直视下建立比较稳妥

（6）彩超定位穿刺穿刺针一般位于探头的头端与凸形探头成一定的角度以便穿刺针位于凸形扫描扇面的中央，穿刺时候一般是纵切面扫描，筋膜扩张时候一般是横断面扫描了解筋膜扩张的深度

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！