

2015 全国小儿泌尿外科学术会议纪要



马 学 黄鲁刚

为促进全国小儿泌尿外科临床技术的交流和发展,由中华医学会儿外科学分会泌尿外科学组和四川省医学会主办,四川大学华西医院与四川省人民医院协办的,2015 全国小儿泌尿外科学术会议及儿童尿道下裂个体化诊治与进展学习班于 2015 年 4 月 24 日至 26 日在四川省成都市举行。本次会议共有来自全国各省市自治区从事小儿泌尿外科工作的 200 余名代表参会,中华医学会儿外科学分会前任主任委员孙宁教授、候任主任委员张滩平教授以及黄澄如、陈绍基等老专家出席了会议。

会议由中华医学会儿外科学分会泌尿外科学组副组长、四川大学华西医院黄鲁刚教授主持,中华医学会儿外科学分会前任主任委员孙宁教授、中华医学会儿外科学分会小儿泌尿外科学组组长吴荣德教授以及四川省医学会领导分别致辞。本次大会以小儿泌尿外科临床技术为重点进行讨论交流,邀请了来自中国大陆及台湾地区的多名小儿泌尿外科专家及小儿内分泌专家,共设性发育异常,小阴茎/阴茎发育不良诊治,隐睾、隐匿阴茎与精索静脉曲张,尿道下裂个体化诊治与进展等 4 个专题,每个专题分为专家讲座、论文发言交流及专题讨论等形式;会议共收到论文投稿近 100 篇,其中 30 余篇论文被选为大会发言交流。

一、性发育异常专题

性发育异常(Disorders of Sex Development, DSD),既往被称为两性畸形,DSD 这一新的命名和分类于 2005 年由美国 Lawson Wilkins 儿科内分泌协会(Lawson Wilkins Padiatric Endocrine Society, LWPES)和欧洲儿科内分泌协会(European Society for Padiatric Endocrinology, ESPE)在联合召开的会议上提出。DSD 是一类基础病因复杂、临床表现多样的疾病,在新出生婴儿中发病率约为 1/5000。认为,该类疾病患儿内外生殖器模糊,染色体核型与男女童的社会性别不相符合,影响到患儿性与生殖发育以及相关心理和性行为异常等问题。中国医科大学附属盛京医院杨屹教授、重庆医科大学附属儿童医院熊丰教授和上海交通大学附属儿童医院/上海市儿童医院李焜教授,分别以“性别分化及性别发育异常分类”、“儿童性发育障碍诊断思路与方法”和“儿童 46,XY DSD 常见类型分析及诊治规范”为题进行了专题讲座,他们从不同角度阐述了正常性别分化与发育过程,DSD 的发生机制与新分类,DSD 的诊治思路、策略与规范;各位论文发言者也分别从 DSD 的诊断和治疗等方面总结了自己的临床经验和体会。大家一致认为,性发育异常是需要小儿内分泌科和小儿泌尿外科等多学科协作应对的一类疾病。建立正确的 DSD 诊断思路尤为重要,详细的病史询问、仔细全面的体格检查和临床检查可以帮助临床医师找到线索,基因诊断是 DSD 分型诊断上的终极目标;治疗策略上,应尽可能恰当地选择社会抚养性别与内外生殖器手术矫治方案,最大限度保存其性与生育潜能以及改善患者的心身健康与社会适应能力。

二、小阴茎/阴茎发育不良诊治专题

小阴茎与阴茎发育不良类疾病也是困扰小儿泌尿外科和小儿内分泌科医师的难题之一。中国医科大学附属盛京医院杨屹教授做了题为先天性小阴茎的专题讲座,从小阴茎的定义、病因、发病机制、诊断标准及临床治疗策略等方面进行了详细阐述;小阴茎病因复杂,由于促性腺激素分泌异常或睾酮分泌作用缺陷所致,诊断上应排除需要紧急处理的新生儿小阴茎、明确小阴茎的病因与合并的畸形或综合征,确定睾丸的功能和阴茎对雄激素治疗的反应与阴茎的生长潜能;生后 3~6 个月之内的垂体前叶功能、肾上腺功能以及睾丸功能的实验室检测与评价有助于诊断和治疗方案的选择。小阴茎的治疗包括非手术治疗和手术治疗,以达到良好的自身形象、正常性功能以及站立排尿等目标;非手术治疗的目的为纠正任何可能存在的可逆代谢异常,包括激素替代治疗、其他方法(阴茎延长器、注射、负重、真空吸引、肉毒素注射、物理治疗等)以及行为认知和心理支持治疗;但目前尚无足够证据表明某一种治疗方法比其他方法临床效果更好,激素治疗的选择更

依赖于个体化的实际情况(如药物的可获得性、可控性与患者的意愿及依从性等);手术治疗目标为外形美观、阴茎无痛勃起(有或无假体)及保证满意的性功能与站立排尿等,但目前手术方式、时机、合并症及手术效果方面仍面临巨大挑战。

四川省人民医院陈绍基教授和首都医科大学附属北京儿童医院泌尿外科张淮平教授分别做了“尿道下裂合并阴茎发育不良的认识和处理流程的初步探讨”和“尿道下裂合并小阴茎的药物治疗”的专题讲座,并与现场各位代表进行了热烈讨论。陈绍基教授分享了 2011—2015 年 3 月收治的 48 例尿道下裂伴阴茎发育不良患儿的诊治经验,提出将该类患儿分为迷你青春期、6 个月至 1 岁、1~2 岁和 2 岁后四个阶段,分别采取内分泌功能及生殖道结构评价,物理按摩刺激(手法勃起)刺激阴茎生长,手法勃起联合雄激素促进阴茎生长以及性腺探查/切除及尿道下裂分期手术,青春期时根据激素水平可选择外源性雄激素补充治疗。

张淮平教授对尿道下裂合并小阴茎药物治疗的相关文献进行了分析,并介绍了短期口服小剂量十一酸睾酮胶丸治疗阴茎发育不良的疗效及安全性研究;认为术前使用激素的指征主要包括包皮较少、阴茎外观短小、阴茎头或尿道板不够宽以及再次手术的尿道下裂患儿,但目前应用尚不规范,对激素药物种类的选择、给药途径、剂量以及停药指征不一,临床效果及副反应也不十分明确;需要进一步系统的、规范的基础与临床研究才能明确激素的使用周期、最佳给药途径、确切的临床效果以及药物的中远期毒副作用。

三、隐睾、隐匿阴茎与精索静脉曲张专题

在隐睾、隐匿阴茎与精索静脉曲张专题,来自台湾地区的张北叶教授和四川大学华西医院泌尿外科的董强教授分别做了“对处理隐匿阴茎的认识”和“精索静脉曲张的显微外科治疗”的专题演讲。张北叶教授认为,对于诊断为隐匿阴茎的患儿是否需要手术宜在 3 岁后再作结论;真正的隐匿阴茎是由于胚胎期阴茎的 Darto's Fascia 发生纤维化所导致的先天异常,不会因成长到青春期而改善,并提出术中须尽量切除纤维化的 Darto's Fascia,阴茎根部与皮肤不需缝合固定,术后可辅以阴茎运动以刺激阴茎皮肤发育从而进一步改善外观。董强教授从精索静脉曲张(Varicocele, VC)的解剖学基础、发病与病理损害机制、临床诊断、手术指征与手术方式选择以及治疗效果比较等进行了详细阐述;国内青少年 VC 的患病率为 8.5%~19.8%,是成年后男性不育的重要相关因素之一,研究表明干预青少年 VC 可改善睾丸萎缩情况及精液质量参数;目前临床开展的 VC 手术方式主要包括开放手术、腹腔镜手术,介入栓塞治疗以及显微外科手术;显微外科手术的关键步骤是寻找和保护睾丸动脉和精索内淋巴管,具有创伤小、并发症少、术后复发率低、可明显改善精液质量及提高妊娠率等优势。

复旦大学附属儿科医院毕允力教授介绍了 2014 年 2 月至 2014 年 7 月收治的 9 例腹腔镜下保留动脉及淋巴管的精索静脉高位结扎术经验,认为睾丸鞘膜囊内注射亚甲蓝能使精索淋巴管显色,为术中保留淋巴管作指引;保留精索淋巴管手术可能对保护睾丸功能有益,保留动脉手术可能存在增加 VC 术后复发的风险。重庆医科大学附属儿童医院魏光辉教授的团队介绍了隐睾的微创手术治疗经验和体会,认为与传统术式相比,对体表可扪及隐睾行经腹腔镜术式治疗,不破坏腹股沟管的解剖结构,具有创伤小、视野广以及有利于精索血管及输精管的游离等优势;经阴囊睾丸下降固定术(Bianchi 术)对在麻醉状态下能将睾丸推出外环口及以下的低位隐睾仅需做阴囊单一切口,且不破坏腹股沟管解剖结构,创伤更小;对体表不能扪及的高位隐睾,腹腔镜探查/睾丸下降固定术已被推荐为首选治疗方式。四川大学华西医院黄鲁刚教授的团队从指南制定背景与概述、隐睾的流行病学特点、隐睾的诊断与评估以及隐睾的临床治疗策略等方面对“2014AUA 隐睾症的评估与诊治指南”进行了详细解读;建议在出生后 6 个月(胎龄修正后)内仍无睾丸自主下降的患儿应到小儿泌尿外科专家处进行评估,并在 6~18 个月内完成手术治疗,不推荐使用激素治疗诱导睾丸的下降,对可回缩性睾丸的患儿应监测睾丸位置以评估有无获得性隐睾的存在;对该指南的深入理解将为进一步规范我国隐睾疾病的临床诊治及研究工作提供参考。在随后的论文交流中,代表们就各自在隐睾、隐匿阴茎、精索静脉曲张、睾丸扭转以及重复阴茎/重复尿道等疾病临床治疗中的经验进行了发言和交流。

四、尿道下裂个体化诊治与进展专题

手术是尿道下裂有效的治疗手段,但因其手术治疗的难度较大、并发症发生率较高,仍然是小儿泌尿外科领域的难点之一。尿道下裂的手术修复既是一门复杂精细的技术,也是一门需要深入研究的艺术;因此,针对不同类型的尿道下裂患儿采取个体化的诊治方案成为近年来该领域讨论和研究的重点和热点。

首都医科大学北京儿童医院孙宁教授阐述了对尿道下裂分期手术的再认识,从尿道下裂手术的历史发展及演变、基本原则和步骤、治愈标准、一期和分期手术的优缺点以及分期手术的适应证与手术要点等方面进行了详细讲解;并提出了尿道下裂领域值得思考的问题:彻底矫正阴茎下弯,不能期望用一二种术式修复所有尿道下裂,适当选择分期手术,术者对术式的理解和熟悉程度至关重要,须由经过专业培训的小儿泌尿外科医师完成,选择恰当的主观和客观评价方法以及重视远期效果和外形美观。台北长庚医院张北叶教授做了“尿道下裂:依解剖构造设计手术”的专题报告,提出即使仍有阴茎微弯,亦可不作背侧矫直缝合;术中需尽量延长阴茎,应尽量切除阴茎腹侧远端三角区的发育不良组织;包皮内板作为尿道修补材料时,不需过度强调其血管保护,沿 Collis Fascia 分离即可存活;应尽量避免龟头裂开的并发症发生,只有部分严重病例需要作阴茎阴囊转位的矫正;利用睾丸鞘膜可保护多次修补的尿道不再发生尿瘘;口腔黏膜是替代尿道的极佳材料,对合适病例可早期考虑选择。山东省立医院吴荣德教授报告了尿道下裂术后随访的经验和要点,强调如何更好的改善尿道下裂术后排尿功能、阴茎外观及青春期后对心理的影响,应是随访关注的重点;介绍了从尿道口位置、尿道口形状、阴茎头形状、阴茎皮肤形状以及阴茎轴线等方面评价阴茎外观的 HOPE 评分标准,提出随访时间应包括近期随访时间(术后 5 年内)和远期随访时间(青春期发育完成及成年后);并详细讲解了尿道下裂术后随访的各项指标、量表及应遵循的基本要素。郑州大学第一附属医院文建国教授介绍了尿道下裂的尿动力学评估要点,认为尿瘘、尿道狭窄与尿道憩室等常见并发症与尿道下裂术后排尿异常有关;尿道下裂尿动力学评估方法主要包括定性评估(尿线粗细等)和定量评估(自由尿流率/残余尿测定,膀胱压力容积测定,盆底肌电图测定,膀胱尿道同步测压,动态尿动力学检查等)两个方面。

四川大学黄鲁刚教授介绍了 Koyanagi 手术的发展和改良,自 1984 年 Koyanagi 医生首次提出 Koyanagi 手术概念到经过近三十年的不断发展与改良,Koyanagi 手术已成为治疗重度尿道下裂的主要术式之一;改良 Koyanagi 手术明显简化了原手术的复杂程度,更加有效的保护了皮瓣、包皮和阴茎皮肤的血运,睾丸鞘膜瓣或阴囊肉膜瓣对新尿道的覆盖可有效减少尿瘘的发生;该术式适用于伴有重度阴茎弯曲、部分阴茎阴囊转位以及包皮量不丰富的重型尿道下裂的一期修复,与 Duckett-Duplay 手术一期修复重型尿道下裂相比较,可明显降低尿道吻合口狭窄的发生。四川省人民医院唐耘熳教授报告了尿道下裂包皮帽形态对术式选择的影响,从包皮帽的形成、结构、血供、形态与分型等方面做了详细解析,并据此提出不同包皮帽形态可影响尿道下裂修复重建手术(包括尿道成形术式与阴茎成形术式)的设计和选择。在最后的论文发言中,中山大学附属第一医院周李教授、浙江大学医学院附属儿童医院徐珊教授、武汉市儿童医院李爽教授、河北医科大学薛文勇教授以及泸州医学院附属医院刘铭教授等,分别就尿道下裂合并前列腺囊的诊断与治疗、尿道下裂术后阴茎下弯的再手术治疗、尿道下裂术后单纯尿道憩室的处理策略、应用舌黏膜修补重建尿道狭窄的疗效观察以及阴茎背侧纵形带蒂岛状皮瓣治疗儿童尿道下裂等交流了自己的临床经验。

本次会议期间,来自全国各地的小儿泌尿外科工作者积极发言,讨论热烈,学术氛围浓厚;大会各专题交流内容反映了当前我国小儿泌尿外科学界相关领域的热点和前沿,是一次高水平的学术盛会。

(上接第 253 页)

以便进行精确的切除,可达到减少出血和术后并发症,缩短手术时间的目的。不仅如此,除了手术过程 3D 画面同步外,现场涉及了场内和手术室的互动交流环节,主持人和学员与主刀医师现场交流和提问。医师一边利用娴熟的刀技掌控手术,一面为在场人员解答手术过程中的疑问。“感觉教授就在我们身边,带着我们做手术一样,收获良多,受益匪浅,印象深刻。”来自福建省妇幼保健院的医生方一凡发出感触。

在本次学习班上,湖南省儿童医院新生外科李碧香主任、周崇高副主任带领团队成功完成了一台胸腔镜下食管气管瘘结扎、食管端端吻合手术。胸腔镜下手术治疗先天性食管闭锁是目前小儿腔镜外科最具标志性、难度最大的微创手术,是小儿微创手术治疗的最高水准。而此次完成手术的患儿食管近端在第一胸椎水平,食管盲端位置很高,在胸腔镜下很难游离和缝合食管。目前国内尚未见有此类病例在胸腔镜下完成微创手术的报道。他们娴熟的操作、精湛的技艺,默契的配合,赢得了专家和代表的赞赏,会场响起了阵阵掌声。

三天的学术会议安排紧凑,手术演示一直持续到晚上 11 点,学术氛围浓厚,互动交流踊跃、讨论提问热烈。研讨会成功举办,必将促进我国小儿微创外科事业进一步发展。