

بایدها و نبایدها

در

اعمال شایع اندوارولوژی

گردآوری و تألیف:

دکتر محمد مهدی حسینی

دانشیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

با همکاری:

دکتر شاهرخ جهان بینی

فلوشیپ اندوارولوژی

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز



- سرشناسه : حسینی، محمد مهدی، ۱۳۴۵ -
- عنوان و نام پدیدآور : بایدها و نبایدها در اعمال شایع اندوارولوژی / گردآوری و تالیف محمد مهدی حسینی با همکاری شاهرخ جهان بینی؛ ویراستاران ادبی منیژه عبدالمی، طاهره طالبی.
- مشخصات نشر : شیراز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس، ۱۳۹۵.
- مشخصات ظاهری : ۲۰۶ ص: مصور (رنگی).
- شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۹۱-۵۳-۳
- وضع، فهرست : فیا
- نویس : کتابخانه.
- داداشت : کتابخانه.
- یادداشت : نمایه.
- موضوع : اندوارولوژی
- موضوع : Endourology
- شناسه افزوده : جهان بینی، شاهرخ، ۱۳۵۱ -
- شناسه افزوده : دانش راه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
- رده بندی کنگره : ۶۱۰/۴۶۰۵۹۷ : ۱۳۹۵
- رده بندی دیویی : ۶۱۰/۴۶۰۵۹۷
- شماره کتابشناسی ملی : ۴۴۴۶۸۶

بایدها و نبایدها در اعمال شایع اندوارولوژی

(DVD همراه با کتاب)

گردآوری و تألیف:

دکتر محمد مهدی حسینی

با همکاری دکتر شاهرخ جهان بینی

ویراستاران ادبی: دکتر منیژه عبدالمی، طاهره طالبی

ناشر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

امور اجرایی نشر: ساراهاشمی - فاطمه علیشاهیان - فرزاد

صفحه آرای: اطلس دهقان

چاپخانه: اشراق با همکاری کانون تبلیغات اثر

چاپ اول: ۱۳۹۵ شمارگان: ۵۰۰ جلد قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال

ISBN: 978-600-6391-53-3

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۹۱-۵۳-۳

کلیه حقوق مادی و معنوی اثر متعلق به ناشر است و هر گونه تکثیر، بازنویسی، خلاصه برداری و یا برداشت به هر نحوی بدون اجازه کتبی از ناشر مجاز نبوده و منجر به پیگرد قانونی می باشد.

نشانی: شیراز - بلوار کریمخان زند - ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز - طبقه هفتم - اداره انتشارات دانشگاه

تلفن و هارنگار: ۰۷۱-۳۲۲۵۱۸۵۵

تلفن: ۰۷۱-۳۲۱۲۲۴۴۳

آدرس اینترنتی: <http://Nashr.sums.ac.ir>

پست الکترونیکی: Nashr@sums.ac.ir

به نام خدا

تقریظ:

کتابی که در دست شماست، حاصل چندین سال کار و تجربه‌ی علمی سخت می‌باشد که این معلم فرهیخته، بی‌ملاقه‌مند به آموزش، به رشته‌ی تحریر درآورده است. چنانکه مولف هوشمند نیز بیان فرموده، شروع به کار در این رشته، هم دارای منحنی فراگیری طولانی است و هم دقیق‌تر بسیاری از عمل‌های جراحی باز است. اگرچه کسب تجربه در این رشته تا حدی سخت‌تر است، تسلط بر آن جراح را از یادگیری روش باز بی‌نیاز نمی‌کند و هرچند جراح در این کار زبردست باشد، در مواردی لازم است به عمل باز متوسل شود.

مولف، با تسلطی که بر این کار دارد، تمام عارض را به‌خوبی شناخته و بیان نموده و توانسته به خواننده منتقل نماید. بنابراین، از عمق هدف تعالی برآمده است. استفاده از آموزش گام‌به‌گام برای فراگیران، کاملاً مفید است و بر ارزش این کتاب می‌افزاید.

روان‌بودن، مختصرنویسی و استفاده از تصاویر و توضیحات لازم، در هر قسمت درک مطلب را برای خواننده در هر سطح آسان می‌نماید. همچنین، یادآوری نکته‌های مهم و کلیدی، از مزایای این کتاب در یادگیری است. مولف، در درج مطالب این کتاب، از نگارش استاندارد پیروی کرده و محتوا را بنابر مرجع قرار داده و در فصل‌های جداگانه آورده است. گرچه مجموعه‌ی گردآوری شده کم‌حجم است، محتوای آن غنی، علمی و به‌روز علمی است.

اینجانب، همت این استاد علاقه‌مند را در تألیف این کتاب که قطعاً به نفع انتقال تجربه‌های خود به دیگران و در نهایت خدمت به بیماران است، می‌ستایم و به آن ارج می‌نهم و به مطالعه‌ی این دستاورد توصیه می‌نمایم.

دکتر عبدالعزیز خضری

استاد و مدیر گروه ارولوژی دانشگاه علوم

پزشکی شیراز

مقدمه

رشته‌ی تخصصی اورولوژی از چند دهه پیش، به عنوان رشته‌ای جدا در حیطه‌ی گروه جراحی، در مراکز دانشگاهی نیامده و طرح‌ها و بقیق شواهد تاریخی می‌توان ادعا کرد اورولوژی اولین رشته طب بوده، به طوری که در سمینار نامه‌ی بقرات نیز به آن اشاره شده است. اولین سیستم‌سکوپى بیش از صد سال پیش توسط آقای بیزن انجام شد از آن به بعد، عمل‌های اندوسکوپى، چه در بعد تشخیصی و چه درمانی، در بسیاری از رشته‌ها از جمله اورولوژی گسترش پیدا کرد، چنانکه اکنون اندوارولوژی از مهم‌ترین و موفق‌ترین رشته‌های تخصصی (فلوشیپ) اورولوژی است. اینجانب از ابتدای شروع دوره‌ی دستیاری در سال ۱۳۷۳، در بخش اورولوژی بیمارستان شهید فقیهی شیراز، عمل‌های اندوسکوپى و لاپاروسکوپى استاد ارجمندم، جناب آقای دکتر تدین را مشاهده می‌کردم. درواقع می‌توان ایشان را یکی از بنیانگذاران اندوارولوژی ایران نامید. علاقه‌ی خاصی به یادگیری جراحی‌های کم‌تهاجمی داشتم و هر کتاب و مقاله‌ای را که در این زمینه می‌یافتم به دقت مطالعه می‌کردم. همچنین، بیمارانی را که با این روش‌ها تحت درمان قرار می‌دیتند، پیگیری کرده و با بیمارانی که به روش سنتی باز درمان می‌شدند، مقایسه می‌کردم.

پس از پایان دوره‌ی دستیاری، مهر ماه ۱۳۷۷ در دانشگاه علوم پزشکی جهارم مشغول خدمت شدم. در چند ماه اول حتی از داشتن وسایل اولیه محروم بودم و بیماران نیازمند به آن رابه استادان گرانقدر و دستیاران عزیز در شیراز ارجاع می‌دادم و منتظر جواب می‌ماندم. ولی دیری نپایید که به لطف الهی و کمک مدیریت آن دانشگاه تجهیزات اندوارولوژی در آن مرکز فراهم شد و مسئولیت سنگینی را احساس کردم که با آموخته‌های معمول دوره دستیاری قادر به انجام آن نیستم. بنابراین دوره‌ی بدون تحصیلات تکمیلی اندوارولوژی را در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در خدمت استادان بزرگوار، آقایان دکتر سیم فروش و دکتر بصیری وسایر

همکارانشان گذراندیم و پس از ماموریتی شش ماهه، سرشار از خاطرات شیرین و کسب تجربه های ارزنده، در خدمت استادان بزرگوار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بخش اندوارولوژی را در چهارم راه اندازی کردم. با کمک مدیریت و همکاران پرتلاش آقایان دکتر اینالو، دکتر یوسفی و دکتر حسن پور که به ترتیب به تیم ما پیوستند به عنوان مرکزی فعال در این زمینه در خدمت هموعان دردمند از نقاط مختلف کشور بودیم. امروز پس از گذشت ۱۳ سال از آن روز، بیمارستان موقوفه ی بیمانیه ی چهارم، همچنان در این زمینه پیشتاز می باشد و تاکنون بیش از ده هزار مورد جراحی از راه پوست کلیه^۱ و هزاران نمونه یورتروسکوپی و سایر عمل های ارولوژی به همت و کمک همکاران پر تلاش انجام شده است.

بخش اسوارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز با همت استادان دلسوز و پیگیری های مجدانه ی مدیر گروه، استاد بنامم جناب آقای دکتر خضری، و مساعدت رییس و معاونان محترم دانشگاه از سال ۱۳۸۵ جان اژه ای یافته و به عنوان اولین مراکز سنگ شکنی برون اندامی کشور، رسمیت یافت و همچنین، موفق به کسب جوایز و دستیار دوره ی تحصیلات تکمیلی در مهرماه ۸۹ گردید و امروز به لطف الهی و تلاش بی وقفه ی تیم آقایان دکتر ایرانی، دکترامین شریفی، دکتر حق پناه و دکتر اصلاحی از بخش های موفق در امرش، پژوهش و درمان است.

آنچه پیش روی شما خواننده عزیز، قرار گرفته، حاصل تجربه های چندین ساله و همچنین مطالعه و گردآوری از تألیفات بزرگان این رشته و آخرین راهنماهای مجامع معتبر بین المللی است که به صورت فشرده و به زبان فارسی، به رشته ی تحریر رسیده است.

اصول کلی این نوشتار بر اساس کتاب دستنامه ارولوژی برای دستاران^۲ است که مطالبی از سایر منابع معتبر از جمله کتاب کمپل و اندوارولوژی اسمیت و تجربیات های شخصی به آن افزوده شده است. همچنین ضمن سپاس از فراهم آورندگان کتاب دستنامه ارولوژی برای دستیاران، یادآوری می شود کلیه تصویرهای کتاب نیز از همین منبع برگرفته شده است. امید است در اولین گام بتواند روش های ساده شده ی جراحی را برای دستیاران توضیح داده و همچنین آن ها را از اشتباهات و عوارض شایع جراحی، آگاه سازد.

در این مجموعه روش های جراحی رایج و اصلی در یورولوژی را که تقریباً در هر بخش یورولوژی انجام می شود، خواهید یافت. در متن کتاب نیز نهایت دقت صورت گرفته تا متن فارسی ضمن حفظ اصالت علمی، از روانی و شیوایی کافی برخوردار باشد. عکس هایی نیز به

تناسب موضوع در پایان هر بخش اضافه شده است. سعی شده تصاویر طوری انتخاب شوند که قابلیت توضیح داشته باشند. برای هر عمل فیلم کوتاهی نیز در نظر گرفته شده که امیدواریم دستیار بتواند به خودآموزی عملی هم دسترسی داشته باشد.

ساختار کلی کتاب در هر فصل مشابه است و با اندیکاسیون ها، محدودیت ها، خطر ها و عوارض، شروع می شود، سپس روش جراحی گام به گام، توضیح داده می شود. عوارض شایع، بایدها و نبایدها و همچنین توصیه های ویژه، در ادامه آورده شده است.

در رشته های جراحی اساس کار این است که ابتدا نوآموز روش گام به گام جراحی استاد را روی صفحه ی نمایش، مشاهده می کند؛ سپس، تجربه هایش را با کار روی مدل های بازسازی شده، افزایش می دهد و سرانجام اولین جراحی را زیر نظر مستقیم استاد انجام خواهد داد. در اولین گام اندوورولوژی، برای ایجاد پایداری درست، امیدواریم دانشجویان با پرسش های درست از استادان و برقراری رابطه ای علمی با ایشان، نتوانی درستی درس دادن را به استادان بیاموزند.

امید است دانشجویان کلیه ی روش های جراحی را گام به گام و فهرست وار و همچنین عوارض ایجاد شده و راه های پیشگیری از آن را هم در ذهن و هم در کامپیوتر شخصی، خود ذخیره نمایند.

به هر حال به یاد داشته باشید وقتی جراحی های اندوورولوژی را به تنهایی انجام می دهید، در صورت کوچک ترین مقاومت در حین جراحی، عمل را متوقف کنید.

هر گونه استفاده ی نادرست از وسیله، می تواند یوروسپیسیس، انسداد دائمی مجاری ادراری ایجاد کند.

فراموش نکنیم که جراحی های کم تهاجمی در صورت سهل انگاری، عوارض جبران ناپذیری را به دنبال خواهد داشت.

در پایان از پیشگاه استادان، دستیاران و همکاران ارجمند عاجزانه تقاضای یاری در اصلاح و تکمیل این مجموعه ی ناچیز را دارم و امیدوارم با راهنمایی های شما بزرگواران گامی در جهت اعتلای آموزش پزشکی برداریم.

تا چه قبول افتد و که در نظر آید!

دکتر محمدمهدی حسینی

دانشیار گروه ارولوژی و مسئول بخش اندوورولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه.....	ط
فصل اول: مدل های آموزشی در اندویورولوژی.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۳
۲-۱ مدل های آموزشی.....	۳
۱-۲-۱ مدل اعضای مصنوعی.....	۴
۲-۲-۱ مدل اعضای طبیعی.....	۴
۳-۲-۱ سیستم آموزشی بر پایه کامپیوتر.....	۵
۳-۱ نکته های آموزشی.....	۶
فصل دوم: یورتروسیتوسکوپی در بزرگسالان (Adult Urethrocytoscopy).....	۱۳
۱-۲ مقدمه.....	۱۵
۲-۲ اندیکاسیون های اورتروسیتوسکوپی.....	۱۵
۳-۲ محدودیت ها و خطر ها.....	۱۶
۴-۲ موارد منع انجام سیستوسکوپی.....	۱۶
۵-۲ وسایل.....	۱۶
۱-۵-۲ وسایل سیستوسکوپ سخت (RIGID).....	۱۷
۲-۵-۲ وسایل رژید.....	۱۷
۶-۲ مزیت های دستگاه سیستوسکوپ سخت نسبت به قابل انعطاف.....	۱۸
۷-۲ وسایل سیستوسکوپ انعطاف پذیر.....	۱۸
۸-۲ مزیت های سیستوسکوپ انعطاف پذیر.....	۱۸
۹-۲ ویدئو اندوسکوپی.....	۱۹
۱۰-۲ مزایای ویدئو اندوسکوپ (انعطاف پذیر یا رژید).....	۱۹
۱۱-۲ آمادگی قبل از جراحی.....	۱۹
۱۲-۲ بی هوشی.....	۱۹
۱۳-۲ مهارت جراحی (گام به گام).....	۱۹
۱۴-۲ آماده سازی.....	۲۰
۱۵-۲ سیستوسکوپ رژید.....	۲۰

۲۰	۱۶-۲ استفاده‌ی بدون دید در مردان
۲۱	۱۷-۲ اندوسکوپی
۲۱	۱-۱۷-۲ دراورتروسکوپی
۲۱	۲-۱۷-۲ درسیستوسکوپی
۲۲	۳-۱۷-۲ بررسی‌های بیشتر
۲۳	۴-۱۷-۲ یافته‌های طبیعی
۲۳	۱۸-۲ سیستوسکوپ انعطاف‌پذیر
۲۳	۱-۱۸-۲ استفاده از وسیله
۲۳	۱۹-۲ بورتروسیتوسکوپی در بیماران زن
۲۴	۲۰-۲ نکته‌های جراحی
۲۴	۲۱-۲ ریه‌های پس از جراحی
۲۴	۲۲-۲ عوارض شایع
۲۵	۱-۲۲-۲ آریب‌های ریز اسفنکتر خارجی
۲۵	۲-۲۲-۲ سوراخ سدگ ریز یگون
۲۵	۲۳-۲ پیشرفت‌های جدید سیستوسکوپی مجازی
۳۳	منابع
۳۵	فصل سوم: اندوسکوپی سیستم دراز در دکان
۳۷	۱-۳ مقدمه
۳۷	۲-۳ اورتروسکوپی
۳۷	۱-۲-۳ اندیکاسیون‌های تشخیصی
۳۸	۲-۲-۳ اندیکاسیون‌های درمانی
۳۸	۱-۲-۳-۳ درمان آندوسکوپی
۳۸	۳-۳ کنترل اندیکاسیون‌ها
۳۸	۴-۳ آگاهی دادن به والدین و گرفتن رضایت ویژه
۳۸	۵-۳ وسایل
۳۹	۶-۳ مهارت (گام به گام)
۳۹	۷-۳ درمان آندوسکوپی
۳۹	۱-۷-۳ ریفلاکس
۴۰	۱-۱-۷-۳ اندیکاسیون‌ها
۴۰	۲-۱-۷-۳ محدودیت‌های اندیکاسیون (عدم اندیکاسیون)
۴۱	۳-۱-۷-۳ مهارت تزریق آندوسکوپی (گام به گام)
۴۱	۴-۱-۷-۳ نکته‌های مهم
۴۲	۵-۱-۷-۳ علت‌های شکست درمان
۴۲	۲-۷-۳ مثانه‌ی عصبی

۴۳	۱-۲-۷-۳ اندیکاسیون ها
۴۳	۲-۲-۷-۳ روش
۴۳	۳-۲-۷-۳ نکته ها
۴۴	۳-۷-۳ برش اندوسکوپی یورتروسل
۴۴	۱-۳-۷-۳ روش جراحی (گام به گام)
۴۴	۲-۳-۷-۳ نکته ها
۴۵	۳-۳-۷-۳ عوارض
۴۵	۴-۷-۳ درمان اندوسکوپی در پیچه ی پیشابراه خلفی
۴۵	۱-۴-۷-۳ درمان اندوسکوپی در پیچه (گام به گام)
۴۶	۲-۴-۷-۳ نکته ها
۴۶	۳-۴-۷-۳ عوارض
۴۷	۸-۳ شکل ها
۵۴	منابع
۵۷	فصل چهارم: یافته های رادیولوژی اندوسکوپی
۵۹	۱-۴ مقدمه
۶۰	۲-۴ شکل ها
۷۱	فصل پنجم یورتروتومی (Urethrotomy)
۷۳	۱-۵ مقدمه
۷۳	۲-۵ یورتروتومی
۷۳	۳-۵ پاتوژنز تنگی مجرا
۷۴	۴-۵ آمادگی پیش از جراحی
۷۴	۵-۵ بی هوشی
۷۴	۶-۵ اندیکاسیون
۷۵	۷-۵ یورتروتومی Otis
۷۵	۸-۵ اینترنال یورتروتومی با دید
۷۵	۹-۵ محدودیت ها و خطرها
۷۵	۱۰-۵ کنترل اندیکاسیون ها
۷۵	۱۱-۵ وسایل
۷۶	۱۲-۵ روش جراحی (گام به گام)
۷۶	۱-۱۲-۵ یورتروتوم Otis
۷۶	۲-۱۲-۵ اینترنال یورتروتوم زیر دید
۷۸	۳-۱۲-۵ نکته های جراحی
۷۸	۱۳-۵ مراقبت های پس از جراحی

۷۹	۱۴-۵ عوارض شایع.....
۸۰	۱۵-۵ یورتروتومی لیزری.....
۸۰	۱۶-۵ نتایج.....
۸۱	۱۷-۵ نکته‌های مهم.....
۸۱	۱۸-۵ شکل‌ها.....
۸۵	منابع.....

فصل ششم آناتومی جراحی مجموعه اسفنکتر پروستات (Surgical Anatomy of the Prostate Sphincter Complex)

۸۷	Complex).....
۸۹	۱-۶ مقدمات.....
۸۹	۲-۶ آناتومی.....
۹۰	۳-۶ عصب گری.....
۹۰	۴-۶ تشخیص.....
۹۰	۵-۶ آسیب به مجموعه اسفنکتر پروستات.....
۹۳	منابع.....

فصل هفتم رزکسیون پروستات از راه مجرای (TURP).....

۹۵	۱-۷ مقدمه.....
۹۷	۲-۷ آمادگی قبل از جراحی.....
۹۷	۳-۷ بی‌هوشی.....
۹۸	۴-۷ اندیکاسیون‌های اصلی جراحی.....
۹۸	۵-۷ اندیکاسیون‌های نسبی.....
۹۸	۶-۷ محدودیت‌ها و خطرهای.....
۹۹	۷-۷ کنترا اندیکاسیون‌ها.....
۹۹	۸-۷ وسایل.....
۹۹	۹-۷ مهارت جراحی (گام به گام).....
۱۰۱	۱۰-۷ نکته‌های جراحی.....
۱۰۳	۱۱-۷ مراقبت پس از جراحی.....
۱۰۳	۱۲-۷ عوارض شایع.....
۱۰۴	۱-۱۲-۷ سندرم TUR.....
۱۰۴	۲-۱۲-۷ عوارض پس از عمل.....
۱۰۵	۳-۱۲-۷ عوارض دیررس.....
۱۰۵	۱۳-۷ پیشرفت‌های جدید.....
۱۰۶	۱۴-۷ شکل‌ها.....

۱۱۱	فصل هشتم TURP با روش کم تهاجمی.....
۱۱۳	۱-۸ مقدمه.....
۱۱۳	۲-۸ بی‌هوشی.....
۱۱۳	۳-۸ اندیکاسیون ها.....
۱۱۴	۴-۸ وسایل.....
۱۱۴	۵-۸ مهارت جراحی (گام به گام).....
۱۱۴	۶-۸ نکته‌های جراحی.....
۱۱۴	۷-۸ مراقبت‌های پس از جراحی.....
۱۱۵	۸-۸ شکل ها
۱۱۹	فصل نهم رزکسیون تومور مثانه از راه مجرا (TURBT).....
۱۲۱	۱-۹ مقدمه.....
۱۲۱	۲-۹ اندیکاسیون.....
۱۲۱	۳-۹ کنترل اندیکاسیون.....
۱۲۲	۴-۹ آماده سازی پیش از جراحی.....
۱۲۲	۵-۹ بی‌هوشی.....
۱۲۲	۶-۹ وسایل.....
۱۲۳	۷-۹ پوزیشن بیمار.....
۱۲۳	۸-۹ مهارت جراحی (گام به گام).....
۱۲۴	۹-۹ روش جراحی Nesbit.....
۱۲۴	۱-۹-۹ محدودیت‌ها.....
۱۲۴	۲-۹-۹ خطر ها.....
۱۲۵	۳-۹-۹ نکته‌ها.....
۱۲۵	۱۰-۹ تراشیدن یک تکه‌ای به روش Maurer mayer.....
۱۲۵	۱-۱۰-۹ محدودیت‌ها.....
۱۲۵	۲-۱۰-۹ خطر ها.....
۱۲۶	۳-۱۰-۹ نکته‌ها.....
۱۲۶	۱۱-۹ نقشه کشی مثانه.....
۱۲۶	۱۲-۹ قبل از اتمام TURBT.....
۱۲۷	۱۳-۹ بعد از اتمام TURBT.....
۱۲۷	۱۴-۹ مراقبت پس از جراحی.....
۱۲۷	۱۵-۹ عوارض شایع.....
۱۲۷	۱-۱۵-۹ خون ریزی.....
۱۲۸	۲-۱۵-۹ سوراخ شدگی.....

۱۲۸	 ۱-۲-۱۵-۹ علتها
۱۲۸	 ۲-۲-۱۵-۹ نشانهها
۱۲۸	 ۳-۱۵-۹ سوراخ شدگی خارج پریتونئوم
۱۲۸	 ۴-۱۵-۹ سوراخ شدگی داخل پریتونئوم
۱۲۹	 ۵-۱۵-۹ تحریک عصب اوبتراتور
۱۲۹	 ۶-۱۵-۹ آسیب به سوراخ حالبی
۱۲۹	 ۱۶-۹ عوارض پس از جراحی
۱۳۰	 ۱۷-۹ پیشرفت‌های جدید
۱۳۰	 ۱۸-۹ توصیه‌ها
۱۳۱	 ۱۰-۱۸-۹ به یاد داشته باشید
۱۳۱	 ۲-۱-۹ بایدها
۱۳۱	 ۱۰-۱۸-۹ نبایدها
۱۳۲	 ۱۹-۹ شک‌ها
۱۴۵	 فصل دهم یورترو اسکوپ (Ureterorenoscopy)
۱۴۷	 ۱-۱۰ مقدمه
۱۴۷	 ۲-۱۰ آماده سازی پیش از جراحی
۱۴۷	 ۱-۲-۱۰ تصویربرداری
۱۴۸	 ۲-۲-۱۰ آمادگی بیمار
۱۴۸	 ۳-۲-۱۰ پوزیشن بیمار
۱۴۸	 ۳-۱۰ وسایل
۱۴۸	 ۴-۱۰ بی‌هوشی
۱۴۹	 ۵-۱۰ اندیکاسیون‌های یورترواندوسکوپی
۱۴۹	 ۱-۵-۱۰ سنگ‌های پایین حالب
۱۴۹	 ۲-۵-۱۰ میانه حالب
۱۴۹	 ۳-۵-۱۰ پروگزیمال حالب
۱۴۹	 ۴-۵-۱۰ سنگ‌های کلیه
۱۵۰	 ۶-۱۰ محدودیت‌ها و خطرهای
۱۵۰	 ۷-۱۰ کنترا اندیکاسیون‌ها
۱۵۰	 ۸-۱۰ یورترورنوسکوپ‌ها
۱۵۰	 ۱-۸-۱۰ URS سمی رژید
۱۵۱	 ۲-۸-۱۰ URS انعطاف‌پذیر
۱۵۱	 ۹-۱۰ وسایل شکستن و خارج کردن سنگ
۱۵۱	 ۱-۹-۱۰ سنگ شکن درون اندامی
۱۵۱	 ۱-۱-۹-۱۰ الکترو هیدرولیک

۱۵۲	۱۰-۹-۲ پنوماتیک
۱۵۲	۱۰-۹-۳ اولتراسوند
۱۵۲	۱۰-۹-۴ درمان با لیزر
۱۵۳	۱۰-۱۰-۱ خارج کردن سنگ
۱۵۳	۱۰-۱۰-۱-۱ دست کاری سنگ داخل حالب
۱۵۴	۱۰-۱۰-۲ درمان سنگ داخل کلیه
۱۵۴	۱۰-۱۱-۱۱ روش جراحی (گام به گام)
۱۵۴	۱۰-۱۱-۱ سی توسکوپ
۱۵۴	۱۰-۱۱-۲ درایسکوپ
۱۵۵	۱۰-۱۱-۳ رجا یورتروسکوپ
۱۵۵	۱۰-۱۱-۳-۱ شست و شو
۱۵۵	۱۰-۱۱-۳-۲ ورود به حالب
۱۵۶	۱۰-۱۱-۳-۳ اکسس شیت
۱۵۶	۱۰-۱۲-۱ درمان سنگ
۱۵۶	۱۰-۱۲-۱-۱ خارج سازی
۱۵۷	۱۰-۱۲-۲ شکستن سنگ
۱۵۷	۱۰-۱۳-۱ استنت گذاری پس از URS
۱۵۷	۱۰-۱۴-۱ نکته‌های جراحی
۱۵۸	۱۰-۱۵-۱ مراقبت پس از جراحی
۱۵۸	۱۰-۱۶-۱ عوارض شایع
۱۵۹	۱۰-۱۶-۱ عوارض پس از جراحی
۱۵۹	۱۰-۱۷-۱ شکل‌ها
۱۶۵	فصل یازدهم نفروستومی و نفرولیتوتومی از راه پوست (PCNL)
۱۶۷	۱۱-۱ مقدمه
۱۶۷	۱۱-۲ آمادگی پیش از جراحی
۱۶۷	۱۱-۳ بی‌هوشی
۱۶۸	۱۱-۴ اندیکاسیون‌ها
۱۶۸	۱۱-۵ کنترا اندیکاسیون‌ها
۱۶۸	۱۱-۶ وسایل
۱۶۹	۱۱-۷ روش جراحی (گام به گام)
۱۶۹	۱۱-۷-۱ قرار دادن کاتتر حالبی از پایین
۱۷۰	۱۱-۷-۲ اکسس از روی پوست
۱۷۰	۱۱-۷-۲-۱ موارد استثناء
۱۷۱	۱۱-۷-۳ درمان سنگ

۱۷۱	۸-۱ نکته‌های جراحی
۱۷۲	۹-۱۱ مراقبت‌های پس از جراحی
۱۷۲	۱۰-۱۱ عوارض شایع
۱۷۳	۱۱-۱۱ عوارض نادر
۱۷۴	۱۲-۱۱ PCNL در حالت سوپاین
۱۷۵	۱۳-۱۱ شکل‌ها
۱۸۱	فصل دوازدهم جراحی لاپاروسکوپی (بیضه‌ی پایین نیامده)
۱۸۳	۱-۱۲ مقدمه
۱۸۳	۲-۱۲ اهمیت دادن به بیمار و گرفتن رضایت نامه
۱۸۴	۳-۱۲ آمادگی پیش از جراحی
۱۸۴	۴-۱۲ بی‌هوشی
۱۸۴	۵-۱۲ اندیکاسیون‌ها
۱۸۴	۶-۱۲ محدودیت‌ها و منع‌ها
۱۸۴	۷-۱۲ کنترااندیکاسیون‌ها
۱۸۵	۸-۱۲ وسایل مخصوص
۱۸۵	۹-۱۲ مهارت جراحی (گام به گام)
۱۸۵	۱۰-۱۲ جاگذاری و درآوردن تروکارها
۱۸۶	۱۱-۱۲ لاپاروسکوپی تشخیصی
۱۸۷	۱۲-۱۱ اورکیوپکسی اولیه (فرآیند یک مرحله‌ای)
۱۸۷	۲-۱۲ فولر استفان، مرحله‌ی نخست (بستن عروق اسپلماتیک)
۱۸۸	۳-۱۲ فولر استفان مرحله‌ی دوم (اورکیوپکسی ثانویه)
۱۸۸	۴-۱۲ اورکیکتومی
۱۸۹	۱۵-۱۲ نکته‌ها
۱۸۹	۱۶-۱۲ مراقبت پس از جراحی
۱۸۹	۱۷-۱۲ عوارض
۱۹۰	۱۸-۱۲ آنچه باید انجام دهید
۱۹۰	۱۹-۱۲ آنچه نباید انجام دهید
۱۹۱	۲۰-۱۲ شکل‌ها
۱۹۷	منابع و مأخذ
۲۰۵	واژه یاب

فهرست تصاویر

عنوان	صفحه
شکل ۱-۱: مدل مصنوعی برای رزکسیون پروستات.....	۶
شکل ۲-۱: مدل مصنوعی ارگان برای یورترئوسکوپی.....	۷
شکل ۳-۱: اعضای واقعی برای یورترئوسکوپی.....	۷
شکل ۴-۱: سیستم هدایتگر یورترئوسکوپی.....	۸
شکل ۵-۱: بیمار، جاز، اندوارولوزی بر اساس بیمار واقعی.....	۸
شکل ۶-۱: هدایتگر فعال جراحی مجازی.....	۹
شکل ۷-۱: ابزارهای مختلف و اشیاء بازی.....	۹
شکل ۸-۱: فایل جزییات، مدل، اشیاء، و اشیاء.....	۱۰
شکل ۹-۱: هدایتگر جهت انجام رزکسیون از راه پوست.....	۱۰
شکل ۱-۲: سیستم اسکوپ سخت (رزکسیون).....	۲۵
شکل ۲-۲: سیستم اسکوپ قابل انعطاف.....	۲۶
شکل ۳-۲: هدایتگر سیستم اسکوپ قابل انعطاف.....	۲۶
شکل ۴-۲: ویدئو اندوسکوپی.....	۲۶
شکل ۵-۲: سنگ مجرا.....	۲۷
شکل ۶-۲: سنگ مجرای ادراری به همراه مسیر کاذب.....	۲۷
شکل ۷-۲: خارج کردن سنگ مجرا.....	۲۸
شکل ۸-۲: دهانه حالب با سوند.....	۲۸
شکل ۹-۲: التهاب مثانه ناشی از اشته.....	۲۹
شکل ۱۰-۲: نخ بخیه باقی مانده در مثانه پس از جراحی بی‌اختیاری.....	۲۹
شکل ۱۱-۲: نخ بخیه به همراه تشکیل سنگ.....	۳۰
شکل ۱۲-۲: نمای اندوسکوپی ایلئوم جایگزین شده بجای حالب.....	۳۰
شکل ۱۳-۲: مسیرهای کاذب در مجرا.....	۳۱
شکل ۱۴-۲: نمای تومور مثانه در NMR.....	۳۱
شکل ۱۵-۲: سیستم اسکوپ مجازی (Virtual) تومور مثانه.....	۳۲
شکل ۱-۳: یورترئوسل: نمای اندوسکوپی و تصویر سونوگرافی.....	۳۷
شکل ۲-۳: نمای یورترئوسل حین عمل جراحی.....	۳۷
شکل ۳-۳: دریچه پیشابراه: VCUG یافته همراه: برگشت ادرار در طرف چپ.....	۴۸
شکل ۴-۳: دریچه پیشابراه خلفی.....	۴۸
شکل ۵-۳: دریچه پیشابراه خلفی پس از درمان اندوسکوپی.....	۴۹

- شکل ۳-۶: دهانه حالب مبتلا به برگشت ادرار ۴۹
- شکل ۳-۷: نمای آندوسکوپی یک مجرا پس از جراحی ترمیمی با مخاط دهان ۵۰
- شکل ۳-۸: دهانه حالب در پاچ مانیز II ۵۰
- شکل ۳-۹: نمای آندوسکوپی یک التهاب مثانه غددی (Cystitis glandularis) ۵۱
- شکل ۳-۱۰: سیستیت ائوز و نوفیلیک ۵۲
- شکل ۴-۱: فرم شدید یورتريت غير اختصاصی ۶۰
- شکل ۴-۲: تنگی مجرای بولبر ۶۰
- شکل ۴-۳: تنگی مجرای مامبرانو پس از عمل پروستات ۶۱
- شکل ۴-۴: اورتریت شدید پس از عمل TURP ۶۱
- شکل ۴-۵: احتباس حاد ادرار پس از TURP بعلت باقی ماندن لوب چپ ۶۲
- شکل ۴-۶: گردن مثانه در بیمار مبتلا به شیتستوزومیا ۶۲
- شکل ۴-۷: التهاب مثانه همراه با ترابیکولاسیون ۶۳
- شکل ۴-۸: ابتلا، مثانه د سیستوم زوم (متاپلازی اسکواموس و لوکوپلاکيا) ۶۳
- شکل ۴-۹: پلیپ بزرگ در مجرای شیتستوزوم ۶۴
- شکل ۴-۱۰: کیستهای متعدد در قاع مثانه در التهاب مثانه نوع Cystis cystica ۶۴
- شکل ۴-۱۱: B, A تومور پایپلاری در مثانه مبتلا به شیتستوزوم ۶۵
- شکل ۴-۱۲: مثانه مبتلا به شیتستوزوم زخم برداشته و سیستیت cystis ۶۵
- شکل ۴-۱۳: رشد تومور در مثانه مبتلا به شیتستوزوم همراه متاپلازی و لوکوپلاکيا ۶۶
- شکل ۴-۱۴: ندول شیتستوزوم در لیه میانی دهانه حالب چپ ۶۶
- شکل ۴-۱۵: آدنوکارسینوم مثانه در بالای گردن مثانه در ناحیه تنگ ۶۷
- شکل ۴-۱۶: مجموعه زخمهای حاد و مزمن در عفونت شدید شیتستوزوم ۶۷
- شکل ۴-۱۷: تومور مثانه حاوی بافت‌های کراتین (verrucous squamous carcinoma) ۶۸
- شکل ۴-۱۸: تومور باقیمانده پس از رادیوتراپی همراه با سیستیت ناشی از انزال ۶۸
- شکل ۴-۱۹: مثانه با سابقه پارگی که یک دیورتیکول کاذب را نشان می‌دهد ۶۹
- شکل ۴-۲۰: تومور درون دیورتیکول مثانه ۶۹
- شکل ۴-۲۱: مثانه در یک بیمار فلج (پاراپلژیک) که مدت طولانی سوند ادراری داشته است (دیورتیکول و زخم) ۷۰
- شکل ۵-۱: چگونگی تشکیل تنگی مجرا ۸۱
- شکل ۵-۲: پورتروتوم Otis ۸۲
- شکل ۵-۳: دو نوع پورتروتوم با اجزاء مربوطه ۸۲
- شکل ۵-۴: نمای آندوسکوپی یک تنگی مجرای بولبر ۸۲
- شکل ۵-۵: پورتروتومی زیر دید مستقیم با تیغه سرد ۸۳
- شکل ۵-۶: وضعیت تشریحی عصب ۸۳
- شکل ۵-۷: تنگی گردن مثانه ۸۴
- شکل ۵-۸: نحوه برش دادن تنگی گردن مثانه ۸۴

- شکل ۶-۱: تصور غلط از اسفنگتر خارجی. ۹۱
- شکل ۶-۲: نمایش واقعی اسفنگتر ارادی مجرای آقایان. ۹۲
- شکل ۶-۳: نمای اسفنگتر ارادی مجرای آقایان (نمای سائیتال). ۹۲
- شکل ۷-۱: نمای سه بعدی نشانه‌های آناتومیگ پروستات برای TURP. ۱۰۶
- شکل ۷-۲: مرحله اول: شروع TURP در ساعت ۶ از گردن مثانه تا وروماتونوم. ۱۰۶
- شکل ۷-۳: مرحله دوم: رزکسیون لب چپ. ۱۰۷
- شکل ۷-۴: مرحله سوم: رزکسیون لب راست. ۱۰۷
- شکل ۷-۵: مرحله چهارم: رزکسیون قسمت قدامی آدنوم. ۱۰۷
- شکل ۷-۶: مرحله پنجم: رزکسیون نوک پروستات. ۱۰۸
- شکل ۷-۷: مرحله ششم: رزکسیون بافت‌های باقیمانده در قسمت خلفی گردن مثانه. ۱۰۸
- شکل ۷-۸: نته‌داشتن غلاف رزکتوسکوپ با دست غیر غالب. ۱۰۸
- شکل ۸-۱: بافت، باقی مانده در سه ربع قدامی. ۱۱۵
- شکل ۸-۲: چرخش لوپ قرار دادن آن در ساعت ۱۲. ۱۱۵
- شکل ۸-۳: شروع رزکسیون در ساعت ۱۲. ۱۱۶
- شکل ۸-۴: پایان رزکسیون و باز شدن مجرای. ۱۱۶
- شکل ۸-۵: کامل شدن رزکسیون از ساعت ۱ تا ۱:۳۰. ۱۱۷
- شکل ۸-۶: رزکسیون پروستات از راه مجرای به روبرو که تهاجمی. ۱۱۷
- شکل ۹-۱: ابزارهای لازم جهت TURB. ۱۳۲
- شکل ۹-۲: وضعیت لیتوتومی و ترتیب قرار گیری ابزارها در حین و تیم جراحی. ۱۳۲
- شکل ۹-۳: تومور پاییلاری بزرگ با قاعده پهن. ۱۳۳
- شکل ۹-۴: رزکسیون تومور پاییلاری. ۱۳۳
- شکل ۹-۵: برداشتن اولین برش از یک لبه تومور آغاز می‌شود. ۱۳۴
- شکل ۹-۶: پایان برداشتن قطعه (برش) اول. ۱۳۴
- شکل ۹-۷: خارج کردن کامل لبه‌های برش اول. ۱۳۵
- شکل ۹-۸: نمونه برداری از کف و لبه‌های محل تومور. ۱۳۵
- شکل ۹-۹: سوزاندن محل تومور با الکتروود تویی شکل. ۱۳۶
- شکل ۹-۱۰: تومور بزرگ با قاعده پهن: رزکسیون با لوپ صاف از کف با برداشتن مخاط. ۱۳۶
- شکل ۹-۱۱: ادامه رزکسیون تا عضله دترسور. ۱۳۷
- شکل ۹-۱۲: رزکسیون تا برداشتن کاف عضلانی. ۱۳۷
- شکل ۹-۱۳: برش آخرین چسبندگی‌های تومور به سطح مثانه. ۱۳۸
- شکل ۹-۱۴: برداشتن کامل تومور و سوزاندن کف محل تومور. ۱۳۸
- شکل ۹-۱۵: پاییلایهای کاذب مخاطی. ۱۳۹
- شکل ۹-۱۶: ضایعات متعدد صافی مخاطی (پا پیلو ماتوز). ۱۳۹
- شکل ۹-۱۷: همانوزیوم کاورنوزوم مثانه. ۱۴۰
- شکل ۹-۱۸: کارسینوم درجا (CIS). ۱۴۰
- شکل ۹-۱۹: کارسینوم درجا با التهاب. ۱۴۱
- شکل ۹-۲۰: تومور کاذب التهابی. ۱۴۱

- شکل ۹-۲۱: تومور توپر یوروتلیال مثانه..... ۱۴۲
- شکل ۹-۲۲: نفوذ تومور بدخیم تخمدان از خارج به داخل مثانه..... ۱۴۲
- شکل ۹-۲۳: ضایعه التهابی نفوذی بدخیم مثانه (بیماری کرون روده بزرگ)..... ۱۴۳
- شکل ۹-۲۴: عارضه TURB، پارگی خارج صفاقی مثانه..... ۱۴۳
- شکل ۱۰-۱: نحوه قرار گیری لگنجه نسبت به انفندیبول کالیس تحتانی و زاویه آنها جهت تصمیم گیری درمان ضایعات قطب تحتانی یا یورتروسکوپي..... ۱۵۹
- شکل ۱۰-۲: چیدمان ایده آل اتاق عمل جهت یورترو رنوسکوپي..... ۱۵۹
- شکل ۱۰-۳: یورتروسکوپ سمی رژید جدید با کانال کاری و شستشوی جداگانه..... ۱۶۰
- شکل ۱۰-۴: نوک یورتروسکوپ سمی رژید..... ۱۶۰
- شکل ۱۰-۵: یورترو رنوسکوپ قابل انعطاف با حداکثر خم شدگی ۲۷۰ درجه..... ۱۶۰
- شکل ۱۰-۶: حداکثر خم شدگی نوک یورتروسکوپ قابل انعطاف استاندارد ۱۷۰ درجه و مدرن ۲۲۵ درجه..... ۱۶۱
- شکل ۱۰-۷: ررتروسکوپ سمی رژید به همراه پنس سنگ..... ۱۶۱
- شکل ۱۰-۸: یورتروسکوپ قالب انعطاف به همراه بسکت نیتینول باز شده بدون نوک..... ۱۶۱
- شکل ۱۰-۹: دهانه آب که سیله گاید وایر به شکل چادر درآمده تا عبور یورتروسکوپ براحتی صورت گیرد..... ۱۶۲
- شکل ۱۰-۱۰: ست، حامل، که ماند وایر از کنار آن عبور کرده است..... ۱۶۲
- شکل ۱۱-۱: تعبیه رتروگراپی و مسدود کردن ناحیه UPJ و تزریق ماده حاجب جهت ایجاد هیدرونفروز مصنوعی و تسهیل در یونکته، کالیس..... ۱۷۵
- شکل ۱۱-۲: چیدمان اتاق عمل جهت نفروسکوپ و PCNL..... ۱۷۵
- شکل ۱۱-۳: یونکسیون کالیس تحتانی یا سر: نفروستومی شماره ۱۸ تحت هدایت سونوگرافی..... ۱۷۶
- شکل ۱۱-۴: ایجاد تراکت نفروستومی پوست دیلاتوری برای آنتن شکل..... ۱۷۶
- شکل ۱۱-۵: تعبیه غلاف نفروستومی به داخل دنجه..... ۱۷۶
- شکل ۱۱-۶: وارد کردن نفروسکوپ و سنگ شکن اولتراسونیک..... ۱۷۷
- شکل ۱۱-۷: خارج کردن قطعات سنگ با گیره مخصوص..... ۱۷۷
- شکل ۱۱-۸: در انتهای عمل کل سیستم را باید اندوسکوپي نمود..... ۱۷۷
- شکل ۱۱-۹: در انتهای عمل از روی گاید وایر (سیم راهنما) نفروستومی را به داخل کالیس فوقانی هدایت می‌کنیم..... ۱۷۸
- شکل ۱۱-۱۰: سنگ شکن کالیس‌های متعدد در سنگ شاخ گوزنی..... ۱۷۸
- شکل ۱۱-۱۱: قطعات سنگی که با نفروسکوپ رژید قابل دسترسی نیستند را می‌توان با نفروسکوپ قابل انعطاف خارج نمود (لیزر یا بسکت)..... ۱۷۸
- شکل ۱۲-۱: ابزار مینی لاپاراسکوپي جهت استفاده در کودکان..... ۱۹۱
- شکل ۱۲-۲: برش کوچک در زیر ناف و بالا کشیدن پوست اطراف ناف (کلاسیک)..... ۱۹۱
- شکل ۱۲-۳: بعنوان روش جایگزین می‌توان برش را تا وارد شدن به حفره صفاقی ادامه داد (هاسن)..... ۱۹۲
- شکل ۱۲-۴: حلقه داخلی مغبنی بطور طبیعی بسته است..... ۱۹۲
- شکل ۱۲-۵: حلقه داخلی مغبنی بطور غیر طبیعی باز و عروق اسپرماتیک و وازدفران وارد آن شده اند..... ۱۹۳
- شکل ۱۲-۶: حلقه مغبنی داخلی چپ به همراه بیضه داخل شکمی با اندازه طبیعی..... ۱۹۳
- شکل ۱۲-۷: آپلازی داخل شکمی بیضه راست که عروق و ولز دفران بصورت blind-end هستند..... ۱۹۴