

# 第八部 泌尿生殖系疾病

吳軼羣譯

## 目 錄

腎周圍膿腫	第 1 頁
攝護腺膿腫	第 1 頁
生殖器之異形	第 2 頁
細菌性尿路感染(女性)	第 12 頁
細菌性尿路感染(男性)	第 13 頁
陰莖頭炎(非特殊性莖頭包皮灸)	第 15 頁
腎痠痛	第 16 頁
隱睾症	第 18 頁
副睪丸炎	第 20 頁
血管球性腎炎	第 22 頁
水囊腫	第 28 頁
不育症(男性)	第 31 頁
泌尿生殖器外傷	第 35 頁
腎下垂	第 38 頁
攝護腺肥大	第 38 頁
攝護腺(前列腺)炎	第 40 頁
急性腎功能衰竭(尿閉)	第 42 頁
腎結核	第 47 頁
泌尿生殖器腫瘤	第 50 頁
尿毒症	第 56 頁
尿道狹窄	第 59 頁
尿道炎	第 60 頁
尿石症	第 63 頁

# 腎周圍膿腫

## Perinephric Abscess

William W. Scott 與 Petter L. Scardino 二氏療法

### 症狀療法

若診斷確定之後擬用手術割治，則事前宜用嗎啡使病人鎮靜，每次 16 粒（半噸），必要時可加至每四小時一次。

### 外科療法

切開與排膿（只能住院施行）。

### 輔助療法

開刀前和開刀後治療如下：

青黴素可用肌肉注射，每八小時一次，每次 200,000 單位。

磺胺嘧啶與磺胺嘧啶合用，初次每種藥物各 1 克，以後每四小時各 0.5 克  
二氫鏈黴素 0.5 克肌肉注射，每八小時一次。

令病人攝取足量的液體（24 小時內至少 3000 毫，口飲或注射均可）。

# 攝護腺膿腫

## Prostatic Abscess

Edwin Davis 氏療法

### 姑息療法

有人對此病主張等待，希望膿腫能自動穿破潰入尿道。惟因種種原因此法不能作為常規之用。但在實際上確有許多小膿腫常能自動潰穿蝕入尿道而痊癒。故吾人初時可以允許用一短時期的姑息療法，惟對膿腫必須嚴密加以監視。

若疼痛劇烈而持續，並在不斷增加，同時小便有滯留現象，觸診時又發覺攝護腺周圍炎症正在繼續擴大，則此為病變深入與蔓延之表示，需要外科療法。

行姑息治療時所用的藥物療法與急性攝護腺炎同。

## 外科療法

若病人發熱，直腸部有痙痛，攝護腺腫大與變硬且觸痛異常劇烈，並有小便阻塞等情形，則診斷不難確定。

用持續性浮尾麻酔切開會陰將攝護腺解剖露出（手法與施行攝護腺剝出術時相同），然後作充分之引流術。

波動症狀發現之時甚少。此種手術需要熟練的技術與經驗，否則因攝護腺周圍炎症擴展至直腸之結果，偶一不慎，即有傷及直腸的危險。

於尿道內用器械試行將膿腫穿破有時雖然有效，但恐難避免尿道慢性流膿與膿尿症等後發病。

# 生殖器之異形

## Genital Anomalies

Meredith F. Campbell 氏療法

### 一般考慮

下部泌尿生殖道之外科療法，尤其施行尿道成形術時欲有滿意之成績，宜注意下列事項：（1）轉向排尿要絕對，止血要嚴密，以保證創口乾燥；（2）陰莖勃起能增加出血，能使〔縫合行〕裂開，故宜防止之；（3）要好好的預防與治療創口傳染；（4）在宣告病人痊癒之前，要確實證明小便無菌；（5）保證不產生手術後狹窄。

用尿道成形術製造新尿道或閉合尿管時，轉向排尿為必需的。轉向或用膀胱切開術，或用尿道外切開術用排尿管導尿均可。

於此等病例內，如於尿道內置一留置導尿管，則在施行手術時技術上常多困難。只有 Ombrédanne 氏的尿道成形術（割治尿道下裂的手術）是一例外。施行此手術時可在尿道內用留置導尿管排尿，結果甚為滿意。

### 勃起的控制（Control of Erection）

若不預防或抑制陰莖勃起，則男性病人的尿道成形手術難期有良好成績。據余之經驗，女性素（estrogenic substances）對此效力最佳。用藥宜於手術

前一日開始，連續四日至六日。如覺創口已癒合安全，腫脹甚少或完全消失，縫合處亦不緊張無裂開之處，方可停藥。余喜用甲位安息香酸女性甾醇（alpha estradiol benzoate）即保女榮 B（progynon B）。普通身材之六歲男孩，起初兩日注射10,000單位，以後每日改為5000單位，繼續用藥3日至5日。

### 創口感染的控制（Control of Infection）

大量應用抗生素，可以預防與治癒創口的細菌性感染。施行尿道成形術後（主要為割治尿道下裂與尿道瘻管），吾等目前已習慣常規的應用青黴素與鏈黴素以控制傳染。每日用油劑普魯卡因青黴素一次，劑量150,000單位至300,000單位（0.5至1坵），與鏈黴素二次，劑量150,000—300,000單位。此治療全程共歷一星期。自用此法後，在此種平常的傳染非常重的地區，一般已能保持清潔。若細菌對二藥或二藥之一有抗藥性，可改用金黴素。

若不設法使小便無菌，則任何泌尿器手術療法不算完全。換言之，若非小便內無菌，病人不能認為痊癒。

### 手術後的繼續檢查（Follow-up）

施行尿道成形術後，須定期檢查病人。檢查包括用探桿通入尿道，檢查有無手術後狹窄。此種狹窄以後可以引起尿道梗阻。

## 隱沒性陰莖（Concealed Penis）

### 1. 速用

尿道口切開術，或

用探桿行尿道擴張術，或

二者同施並用使尿道保持暢通。

2. 待陰莖發育和有充分組織可用時（約在6至8歲），用手術剝離與活動發育不全的陰莖，施行成形術重造陰莖。

## 重複陰莖（Double Penis）

割除無用或用處較少之陰莖（連同重複膀胱在內）。

## 陰莖扭轉（Torsion of the Penis）

無須治療。

## 黏着性陰莖 (Adherent or Webbed Penis)

活動與割除牽連的癢痕組織，施行成形術修復陰莖。

## 裂隙陰莖 (Cleft Penis)

普通無須醫治。有時可將其縫合。

## 陰莖短小 (未成熟陰莖，陰莖發育不全)

## Micropenis (Rudimentary Penis, Hypoplastic Penis)

多為全身幼稚性之一環。全身幼稚症療法見前 (見第七部內侏儒畸形)。

## 陰莖巨大 (Macropenis)

通常為副腎生殖腺過度男化 (adrenogenital masculinism) 現象之一。原因為腎上腺 (又名副腎) 皮質疾患，且例為腺瘤。

## 春機發動過早 (Precocious Puberty)

常隨睪丸，腎上腺皮質或腦垂體等的肥大症或贅瘤發生。

## 先天性包莖 (Congenital Phimosis)

1. 把黏連分開。
2. 將背部包皮切開。
3. 行包皮環截術 (常用)。

## 先天性尿道不生或閉鎖 (Congenital Absence or Atresia of Urethra)

1. 尿道外切開術。
2. 膀胱切開術。
3. 認為可能時，施成形術造一新尿道。

## 尿道口囊腫 (Cyst of Meatus)

1. 切開。
2. 割除 (常用)。

## 先天性尿道狹窄 (Congenital Stricture of Urethra)

1. 尿道口狹窄
  - a. 尿道口切開術。
  - b. 試用探桿行探桿擴張術。
  - c. 兩法並用。
2. 尿道狹窄
  - a. 用探桿擴張。
  - b. 尿道內切開術。
  - c. 尿道外切開術。

## 重複尿道 (Double Urethra)

割去異形尿道。或於局部使用90%之石炭酸使其閉塞(或用其他類似藥物)。

## 副尿道或尿道副管，或兩種異形同時存在 (Accessory Canal and or Para-urethral Ducts)

1. 割除與閉塞瘻管(通常須用尿道外切開術轉向排尿)。
2. 倘生在陰莖頭部，則用剪，小刀或電割器割斷其小管隔。

## 尿道上裂 (Epispadias)

### 男 人

1. 若尙能控制排尿，則：
    - a. 施 Young 氏手術；或
    - b. 施 Thiersch 氏手術。
  2. 如果小便失禁，則：
    - a. 先用 Young 氏手術。若未成功則用
    - b. 輸尿管與乙狀結腸吻合術(先決條件爲直腸應有正常控制機能)。
- 著者不能用股薄肌或腹直肌移植術製造新的括約肌而獲得良好成績。

### 女 子

1. 有或無小便失禁——Young 氏手術。
2. 若仍不能獲小便自制機能，則行輸尿管乙狀結腸吻合術。

## 尿道下裂 (Hypospadias)

行尿道口切開術或探桿擴張術，使尿道能暢通排尿。

1. 如果下裂在龜頭部，則除上述手術外，毋須治療。

2. 如果下裂在陰莖幹：例如陰莖陰囊部或陰囊部或會陰部：，則：

a. 待年齡達12月時，先矯正先天性之痛性陰莖勃起。

b. 待年齡達4至6歲或陰莖與附近皮膚之發育已能施行手術時，用下法之一行尿道成形術，例如：

Browne 氏手術

Ombredanne 氏手術

Bucknall 氏手術

Thiersch 氏手術。

## 尿道憩室(先天性的或後天性的) (Urethral Diverticulum, Congenital or Acquired)

1. 用下法造一相對口排尿：

a. 膀胱造口術，或

b. 尿道外切開術。

2. 割除憩室囊，用靠近尿道一側割膜的黏膜內翻閉合憩室進入尿道的通口，然後將外方組織縫合。施術時不可遺下血腫。

## 先天性尿道囊腫與攝護腺囊腫 (Congenital Urethral and prostatic Cysts)

1. 經由尿道行電刺法 (transurethral electrocoagulation)。

2. 經由尿道行電割除術。

## 先天性尿道瘻管 (Congenital Urethral Fistula)

1. 行膀胱切開術或尿道外切開術造一相對口排尿，至瘻管痊癒為止 (10至14日)。

2. 閉合瘻管，方法見上憩室條。

3. 用探桿擴張尿道。

## 先天性尿道直腸瘻管 Congenital Urethrorectal Fistula

1. 施行Whitehead-Young-Stone氏手術，用膀胱切開術造一相對口排尿。
2. 若施行上法時能同時活動移開直腸，則毋須施行結腸造瘻術，否則
  - a. 施行結腸造瘻術（倘不能移開直腸，則行上述 W. Y. S. 手術與其他方法時均有此需要）。待尿道瘻已癒癒得堅固以後（約需四星期），則閉合結腸瘻口。

## 尿道陰道瘻管(Urethrovaginal Fistula)

1. 在生後第二年時割治。
2. 施行恥骨上膀胱切開術，至瘻管癒合為止（10至14日）。
3. 從陰道閉合瘻管。施術時宜特別注意利用尿道側的瘻管黏膜套入（Invaginate）尿道閉合瘻管的入口。
4. 手術後6星期與三月各用探桿試通尿道一次，探試手術處有否產生狹窄（需要時多試探幾次亦可）。

## 先天性尿道瓣 (Congenital Urethral Valves)

1. 若有尿路傳染或腎功能低落，則先用下行排尿術：
  - a. 在尿道內安放留置導尿管
  - b. 膀胱切開術（常用）
  - c. 醫治其傳染
2. 截除尿道瓣
  - a. 用小型器械經由尿道行電截除術（最好用 Stern-Mc Carthy 氏攝護腺截除器的 Nesbit 氏改良型，F16號）。
  - b. 經由會陰行切除術（成績較差）

## 先天性尿道脊肥大 (Congenital Hypertrophy of the Verumontanum)

除通過尿道從尿道脊切除一塊深長的組織外，外科療法與先天性尿道瓣同。

## 膀胱出口先天性攣縮 (Congenital Contracture of the Bladder Outlet)

其療法基本上與先天性尿道瓣同。輕症病例用探桿作週期性的擴張，擴張



時須達最大限度至尿道管不能忍受爲止。若擴張後病人仍不能完全排清膀胱內的小便，則

- a. 通過尿道用電割法切除引起梗阻的組織
- b. 通過尿道施行小型洞截術 (miniature punch) 除去攣縮組織。
- c. 從恥骨上入路通過膀胱將攣縮組織作楔形切除。割時或用電刀，或用刀或用剪。

## 膀胱外翻 (Exstrophy of Bladder)

割治最適宜年齡爲 8 至 12 月，此時直腸括約肌已有充分機能。

手術。(1) 用縫合範圍最小的第一號 Coffey 氏手術或其修正手術。(2) 移植輸尿管，先移植右管，10—12 日後移植左管。若在技術上容易辦到且病人情況許可，則在一次手術時移植兩管。至於膀胱的部分截除術，可待至第二次手術時或稍遲舉行。(3) 待病人長至四或五歲；或待生殖器發育至相當程度而輸尿管乙狀結腸吻合術在解剖學與機能上亦能有滿意成績時，則可用成形術修復生殖道並施行陰莖再造術。

## 假兩性畸形 (Pseudohermaphrodisism)

1. 待年齡達二歲後認清病人之真正性別。必要時開腹探索。
2. 按照病人真實性別，矯正其先天性畸形。

## 兩性畸形 (Hermaphrodisism)

割除比較佔劣勢的性器官。若兩性性器官發展程度相同，則施行手術保存其從前已經習慣了的性別。

## 類宦官型 (Eunuchoidism)

可小心試用睪丸酮 (testosterone)。

1. 丙酸睪丸酮 (testosterone propionate) 肌肉注射。體重每五公斤約用 1 粒，每星期兩次。視適應情形，增減其劑量。

2. 甲烷睪丸酮。

a. 舌含片 (含口內溶解讓其吸收)，體重每公斤日量用 1 粒，視適應情形增減其劑量。

b. 吞下便在腸內吸收；體重每公斤每日用 2 粒，視適應情形增減其劑量。

## 先天性水囊腫 (Congenital Hydrocele)

1. 不可穿刺吸液與注入苛性藥 (可能引起腹膜炎)。
2. 施水囊腫剷除術。若發現同時有先天性赫尼亞 (約佔80%)，於一次手術中矯正之。剷治年齡最好兩歲。若等待太久，則囊內液體有壓迫睾丸使其萎縮的可能。

## Samuel A. Vest 氏療法

### 女人的先天性異形 (Anomalies in the Female)

#### 陰 道

先天性陰道閉鎖或陰道不生，為女性稀少之先天性異形。其他異形為完全性重複陰道 (原因：已併合的 Müller 氏管中隔吸收不全)，無孔處女膜和由其所引起的陰道經血滯留，有尿道天然成形不全的尿道下裂與尿道上裂等。治療為外科的。

#### 陰 蒂 (Clitoris)

陰蒂可全缺或萎縮或肥大。通常與某些內分泌障礙有關。內分泌障礙或為卵巢腫瘤，或為腎上腺腫瘤。常見的為腎上腺肥大。

**療法** 剝離黏着與縮復包皮，其手法一如為男性施行手術時所為者。肥大陰蒂有時需用手術截除。

#### 假兩性畸形

有時見於女性。一般體格，體毛肌肉等之發育均同男性。陰蒂肥大異常，無陰道或陰道向後尿道開孔，有或沒有所謂女性攝護腺的形成。許多這種小孩被當作男孩撫育。性別尚未闡明以前，不宜動輒截斷陰蒂。須用手術行生殖器的活體檢查，以鑑定真正的性別。此種女性的假兩性畸形通常從出生時起，即有男性化現象，常與腎上腺皮質肥大有關。若病孩出生以後方纔開始男性化，悉多半由於能使病人男性化的卵巢或腎上腺腫瘤所致，而非由於腎上腺皮質肥大之故。

## 男性的異形 (Anomalies in the Male)

#### 辜 丸 (Testes)

辜丸，生殖器與身體上某些典型性徵的發育不全，為類宦官型的標識。偶然亦有因春機發動期降臨過遲，致被誤斷為類宦官型者。春機發動期最遲可遲

至18歲始行發生。但在大多數男孩，若至十五歲仍無春機發動徵象，恐怕已屬於真正的類宦官型。

**療法** 用內泌素。用性腺激動物質刺激舉丸通常無效。最適宜的辦法，為用男性內泌素作更代療法。

男性內泌素中，以丙酸舉丸酮最為有效。開始用油劑25毫肌肉注射，每星期二三次，或用壓製堅固的結晶性舌含片，含口內溶化，每日30至40趟，代替注射。治療應續至生殖器，毛髮與全身肌肉發育成熟時為止。大約在18或21歲，各種發育已完全，骨髓已合攏，此時可換用一種維持劑量。早年若用性素過多，則在某些幼兒能產生過度手淫，過度的攻擊性與不良的個性變遷等變化。若有此等情形，則宜於一段較長時間內改用小量。

### 排精管 (Ejaculatory Ducts)

排精管先天性畸形之位置多在管之末端。正常出口在後尿道或尿道脊。畸形出口（一側或兩側的）則在輸尿管或膀胱或前尿道。若畸形出口引起病徵，則須用膀胱鏡治療或施行外科手術。

### 包 莖 (Phimosis)

此種陰莖異形頗為常見，認識亦易。

**療法**。大多數病例宜行環莖術，尤其在老年人。理由：保持清潔。出生後即將包皮截除可以免生陰莖癌。包皮不過長而能縮退者，不一定需行手術。可由小孩的父母小心訓練包皮使停留於縮退位置。訓練宜在兒童不懂事時開始，否則小孩若注意父母在其陰莖上所為的動作，可能在心理產生不良影響。

### 尿 道 下 裂

若小兒有任何程度之尿道下裂或痛性勃起，則不宜隨便施行環切術。陰莖背部包皮將來可用之掩蓋陰莖的下側或在施行成形術時加以利用。尿道下裂須用手術矯正。若痛性勃起不著，則最好待至春機發動期或稍後施行手術。此時陰莖已長大，施術較易。但有些病例，因對於正在發育的兒童心理上有影響，手術矯正須在十歲以前舉行。

若陰莖太小，則須用男性內泌素（丙酸舉丸酮）刺激使陰莖長大，然後再行手術。

若痛性勃起過甚，須在舞齡時即與矯正，使陰莖海綿體能發育正直。陰莖

下方尿道與海綿體未生長處之纖維性組織宜用手術剷除，使陰莖能完全伸直，及使海綿體亦有伸直發育機會。年齡達兩歲後即須及早剷治，愈快愈好。

### 尿道上裂

有兩種手術可用。若兩側恥骨枝分開的距離不太遠，並有纖維組織相連，那末可以施行成形手術閉合膀胱與尿道領蓋。同時要擊摧外括約肌造成一個陰莖。若兩側的腹直肌與恥骨枝離開太遠，則因縫合行缺少支持力量承受不住腹內壓力，常在陰莖恥骨部位（penopubic area）裂開生成瘻管。

多數病例內腹直肌與恥骨枝均距離甚遠。合理手術為膀胱摘除與輸尿管移植。這種手術的施行年齡須稍遲。現代外科技術進步，於病人二三歲時即可使小便轉向腸內排泄。

### 水囊腫 (Hydrocele)

與腹腔腔有溝通交通之先天性水囊腫，宜及早切除並將先天性赫尼亞修復。水囊腫若不過巨或赫尼亞不生病徵，則除警告其母留意急性腸絞窄外，最好待至一歲或一歲以上施行手術。不通腹腔之單純性水囊腫可施行吸液療法（有時須吸液多次）。對於極幼兒之精索水囊腫亦然。吸液後可用尿素或魚肝油酸鈉注入，使囊壁互相黏着。這種方法必須確知無先天性赫尼亞時始准施行。施術者必須經驗豐富。

水囊腫的位置通常在睪丸之前，睪丸被擠至後方。若水囊腫甚大，則剷治宜早，否則恐睪丸受壓萎縮。治療水囊腫前必須把牠和赫尼亞，睪丸之囊樣腫瘤，陰囊血腫與老年人之精液囊腫互相鑑別。

### 精索靜脈曲張 (Varicocele)

大多數精索靜脈曲張不示症狀。若有曲張過大，疼痛過度，睪丸開始萎縮等情形，即有剷治之適應。無徵精索靜脈曲張的單獨存在，雖無其他意義，但有時能引起病人永存性神經官能病（凸出徵候常為關於性方面的）。

### 睪丸扭轉 (Torsion of the Testis)

若能於短時間內用手矯正，則或能避免睪丸發生梗塞形成與萎縮。不過扭轉能再度復發，故最好用手術矯正其扭轉原因。

### 睪丸異位 (Ectopia of Testis)

用手術使睪丸在陰囊中復位為惟一療法。出生後六月即須施行。

## 細菌性尿路感染 (女性)

### Bacterial Infection Of Urinary Tract (Female)

#### Houston S. Everett 氏療法

婦女最常見之尿路感染為急性膀胱炎。病徵為尿意頻數，排尿刺痛與小便內含膿細胞。初期能發現肉眼即能見到的血尿。倘欲準確的辨識膿尿，則在女性病人須檢查用導尿管排出的小便。於滅菌狀態下導出的小便宜分出一部送實驗室作細菌培養。

#### 化學療法

磺胺化合物醫治可以立即施行。大多數病例無論用磺胺嘧啶磺胺噻唑或磺胺甲噻唑（每日四次，每次 0.5 克，三餐飯後各一次，臨睡一次）均能治癒。每次宜用重碳酸鈉 1 克與磺胺化合物同服。每日至少飲水 3000 毫。普通服藥五日便能將病治癒。

孟德立酸製劑 (Mandelates)。若細菌培養證明病原菌為甲種糞鏈球菌 (alpha streptococcus faecalis)，則磺胺化合物無效。此時用孟德立酸鈣或鉍可得較好成績。劑量：每日 12 克，分四次服。服此藥時，液體供給每日不可超過 1500 毫。每日用 nitrazine 試紙測驗小便氫游子指數 PH。PH 必須在 5.5 以下，治療始有效力。若用孟德立酸製劑單獨不足維持此種有效酸度，則宜服足夠氯化鉍（每日三次，每次 1 克飯後服），以減低 PH (PH 低則酸度高，反之則鹼度高)。治療應續一星期。停藥一星期後，常有再作一星期治程之必要。

對於其他大腸桿菌屬與葡萄球菌，孟德立酸製劑亦有效，但用磺胺化合物治療較為合宜。

#### 頑抗性感染之治療 (Treatment of Resistant Infections)

若上述療法不迅速生效，宜將病人住院，細心檢查有沒有傳染病灶，腸以及婦科疾患或泌尿器異形如尿路梗阻，結石或腎盂腎炎等。這種檢查宜由一有訓練的泌尿科醫師執行。治療除化學療法或抗生療法外宜同時用泌尿科手術矯正上述疾患。腎盂腎炎需用較大劑量的磺胺化合物治療——每日四次，每次一克。

大腸桿菌感染 (Escherichia = Bacterium coli infections)。慢性或屢次復發之大腸桿菌感染，用琥珀酸磺胺噻唑 (succinylsulfathiazol) (每

日12克四次分服)或酞醯磺胺噻唑(phthalylsulfathiazol)(每日4克,分四次服)治療,其成績較普通磺胺化合物為佳。若病人同時患消化管疾患如便秘或結腸炎,則成績尤佳。治療宜繼續三星期。在頑固慢性病例,酞醯磺胺噻唑可以長期應用,不生副作用。

**青黴素**。青黴素只偶然應用於球菌,尤其葡萄球菌感染。治療須用大劑量,至少50,000單位一次,肌肉注射,每三小時一次,廣續至細菌培養變為負性或治療已顯然不能生效為止。

**鏈黴素**。鏈黴素價昂,有潛在毒性,故只在其他療法無效的大腸桿菌感染病例用之。最初二日用大量,每日四克,分八次肌肉注射(即每三小時一次)。第三日每日用三克,最後二日每日用二克(均分8次注射)。此歷時五日之治程,普通足達目的。若用重碳酸鈉鹼化小便,則效果更佳。雙氫鏈黴素對第八腦神經毒性較小,今日多用以替代普通鏈黴素。

**金黴素與氯黴素**。對某些頑固病例,上述各種療法均無效。此時用金黴素或氯黴素有時或許尚能生效。二藥對大多數革蘭氏陰性桿菌有同等效力。但氯黴素似對變形桿菌與綠膿桿菌(*Ps. pyocyanea*),而金黴素則對革蘭氏陽性球菌更為有效。兩藥皆用口服。金黴素劑量為每四小時250毫。氯黴素初量:體重每公斤60毫,此後24小時用同劑量分六次口服。因此兩種抗生素目前產少價貴,所以最好只限於用其他療法失敗並會作精密之泌尿學檢查的病例中用之。

**注意**。若小便內發現膿細胞,而細菌培養負性,則此病例即有結核病嫌疑,應當作全套泌尿學上的檢查。

## 細菌性尿路感染 (男性)

### Bacterial Infection Of Urinary Tract (Male)

William W. Scott 與 Peter L. Scardino 二氏療法

#### 症 狀 療 法

用 Ward 氏膀胱炎合劑每隔6小時服5毫。其處方如下:

檸檬酸鉀酞

黑黃菊酞 (*Tet. hyoseyamus*)

乙醇

各30毫 (1英兩)

12毫 (3英錢)

水

合成180塊(6英兩)

吡里啉嘧(pyridium Merek) 0.1克片。每六小時用一至二片口服。  
熱坐浴，每八小時一次。勿着冷，勿受潮濕！

## 梗阻性疾患

用外科療法矯正後，內科療法方能奏效(只能住院治療)。

## 結核性疾患

若尚有可為，則須用手術療法(只能住院治療)。

## 非梗阻性疾患

或為血原性，尿路發生性，淋巴發生性或為上行性細菌感染。療法與細菌種類有關。

### 細菌感染

用通氣或絕氣培養與革蘭氏染色法鑑別病原菌。其次測定細菌對藥物的感受性。

化學療法(視細菌研究結果而定)(診所或住院均可施行)

磺胺化合物的劑量

磺胺嘧啶

磺胺嘧啶

速服兩藥各0.25克，以後每6小時亦服各0.25克。

青黴素 200,000單位肌肉注射，每八小時一次。

雙氫鏈黴素每八小時一次，每次0.5克。

金黴素初服250粒，以後每四小時一次，每次250粒；康續二日後，改為每六小時一次，劑量同。

## 治療尿路細菌感染藥物的選擇

說明：1.最有效 2.有效 3.價值可疑

病 原 菌	藥 物			
	磺胺化合物	青 黴 素	雙氫鏈黴素	金 黴 素
大腸桿菌	2		2	1
產氣桿菌	3		2	1

淋病雙球菌	2	1		
軟下疳鏈桿菌	1		1	
所有一切感染性肺炎雙球菌	1	2		
變形桿菌	2		1	
綠膿桿菌	2		1	
志賀氏赤痢桿菌	1		1	
卡他奈瑟氏菌		1		
葡萄球菌	2	1		
糞鏈球菌			2	1
所有感染性鏈球菌(包括厭氣的)		1		
溶血性鏈球菌	2	1		
結核菌			1	

### 非細菌感染

1. 宜作適當的細菌檢查，以便確知非結核病。
2. 目前尙未知此病的特殊病原菌。
3. 治療可在門診部或診所施行，醫生不一定要受過專門訓練。用氧苯砷（又譯福齡砷——mapharsen）靜脈注射，初次50 釐，以後隔日60 釐，注射四次，前後共五次。

### 治療後繼續檢查 (Follow-up)

若用上列各種特效藥物無不良反應，則治療須行至連續數日之小便培養變為陰性為止。

## 陰莖頭炎 (非特殊性莖頭包皮灸)

### Balanitis (Nonspecific Balanoposthitis)

#### Leander W. Riba 氏療法

非特殊性莖頭包皮灸，乃因包皮過長，致引起續發性細菌傳染之結果。病原菌多為球菌與包皮垢桿菌屬。包皮過長能妨礙包皮腔之洗滌與衛生。包皮灸可在任何年齡發生，或為急性或為慢性。

### 急性莖頭炎

留家或住院治療均可。在外生殖器用熱濕敷料。若能包皮孔不過窄，可用



1:4000之過氧化錳溶液沖洗包皮腔，每日三次。同時用磺胺嘧啶或磺胺嘧啶口服(每日劑量為體重每公斤0.086克)。亦可用青黴素肌肉注射，每日300,000單位，至炎症消失為止。

頑固病例有時須先在背側剪開過長包皮，俟稍遲再行環截術。麻醉或用本妥他納(戊硫巴比士納，pentothal sodium)靜脈注射，或用1%普魯卡因溶液作陰莖體局部遮斷麻醉(regional corpus block)。

**花柳病傳染(veneral infection)**。若包皮過長包住莖頭而傳染生殖器花柳病時，則常先產生莖頭包皮炎。淋菌性尿道炎，包皮的硬性或軟性下疳，腹股溝或花柳性肉芽腫等均能誘致發化膿性莖頭包皮炎。故在可疑的性交後，必須考慮花柳病可能為包皮炎的幕後原因。若包皮無法縮退，則宜切開背側包皮，檢視有無潰瘍存在。即使在抹片中查出淋病雙球菌，仍可能有包皮潰瘍。切開背側包皮使吾人能對包皮腔作一次詳細檢視。若發現潰瘍，則宜小心檢查有否梅毒螺旋體，杜克雷氏桿菌(軟性下疳)或朵諾凡氏體(Donovan bodies)等。在慢性莖頭炎病例中，常能發現弧菌與梭狀桿菌。待原發性局部病害痊癒後，施行環截除術割去包皮(住院：用本妥他納作全身麻醉)。

## 慢性莖頭炎

用環截除術割治(本妥他納靜脈麻醉法)。

# 腎 痠 痛

## Renal Colic

### Wyland F. Lead better 氏療法

腎與輸尿管痠痛為一種治療上之急症。典型徵候：劇烈的絞痛或刀割似疼痛，出發點常通為肋脊柱角，常放射至側腹部，腹股溝，睪丸或陰唇等處。

治療：迅速在外部應用施熱療法，同時服鎮靜劑和解痙劑。治療可在家中由家庭醫生執行。

### 施熱療法(Heat)

最好用熱水浴，將浴缸盛滿熱水(只要病人能耐受，愈熱愈好)，使病人坐入其中或採取半蹲姿式。時時滲入熱水以保持水內溫度。經一刻鐘至半小時後