

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

泌尿外科疾病 临床诊疗思维

主编 李虹 王建业

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

泌尿外科疾病 临床诊疗思维

主 编 李 虹 王建业

副 主 编 魏 强 王坤杰

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 伟 首都医科大学附属北京同仁医院
王 佳 四川大学华西医院
王 莉 四川大学华西医院
王坤杰 四川大学华西医院
王建业 北京医院
王建松 昆明医科大学第二附属医院
王显丁 四川大学华西医院
石 明 四川大学华西医院
卢一平 四川大学华西医院
朱育春 四川大学华西医院
刘 丹 首都医科大学附属北京同仁医院
刘志洪 四川大学华西医院
刘振华 四川大学华西医院
刘嘉铭 四川大学华西医院
李 珂 第三军医大学大坪医院
李 虹 四川大学华西医院
李 响 四川大学华西医院
李彦锋 第三军医大学大坪医院
杨 璐 四川大学华西医院
杨童欣 四川大学华西医院

沈 宏 四川大学华西医院
沈朋飞 四川大学华西医院
张 朋 四川大学华西医院
陈 山 首都医科大学附属北京同仁医院
陈志文 第三军医大学西南医院
范天勇 四川大学华西医院
林 涛 四川大学华西医院
金 涛 四川大学华西医院
柳良仁 四川大学华西医院
贺大林 西安交通大学医学院附属第一医院
黄中力 四川大学华西医院
黄鲁刚 四川大学华西医院
董 强 四川大学华西医院
程 跃 宁波医学院附属第一医院
曾 莉 四川大学华西医院
曾 浩 四川大学华西医院
廖邦华 四川大学华西医院
魏 强 四川大学华西医院
魏 鑫 四川大学华西医院
魏武然 四川大学华西医院

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

泌尿外科疾病临床诊疗思维 / 李虹, 王建业主编. —北京:
人民卫生出版社, 2014

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-19750-2

I. ①泌… II. ①李…②王… III. ①泌尿系统疾病—
外科学—诊疗 IV. ①R699

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 242946 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

泌尿外科疾病临床诊疗思维

主 编: 李 虹 王建业

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17 插页: 4

字 数: 435 千字

版 次: 2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19750-2/R · 19751

定 价: 59.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注意学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普通外科疾病临床诊疗思维 | 主编 姜洪池 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴福兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

前 言

《泌尿外科疾病临床诊疗思维》采用了一种区别于以往教科书的形式,每个泌尿外科常见病种以2~5例具有代表性的病例的形式表现其诊疗过程,并将在诊疗过程中临床医师的思维过程一并呈现于读者。这种独特形式的安排,不但可以巩固已有一定理论及临床实践水平的临床医学五年制、七年制、八年制高年级学生、泌尿外科研究生、住院医师及进修医师的理论知识,而且可再现每种疾病由病例资料收集、检验及检查结果分析并作出诊断、治疗的过程,这对于培养其临床主动思维能力与创造能力非常重要。

本书所选病例为四川大学华西医院、第三军医大学、西安交通大学、首都医科大学北京同仁医院等的真实病例,每个病例均为编者悉心收集,且大部分病例为本人亲自诊治。每个疾病病种参与编写者均采用高级技术职称医师与高年资的中级职称医师的搭配,该形式不仅可展现低年资医师在疾病诊疗中可能遇到的问题及可能走入的误区,警示读者在未来的临床工作中规避同样的错误,同时也可体现高年资医师在疾病诊疗中科学缜密的临床诊疗思维。由于诊治时条件或业务水平所限,有的病例可能不尽完善,敬候读者批评指正。

目 录

病例 1	发热 2 日,加重伴意识恍惚 1 日	1
病例 2	尿道灼热感伴脓性分泌物 3 天	6
病例 3	尿频、尿急、尿痛 5 天	9
病例 4	尿频、尿急、尿痛 2 年,左侧腰痛 3 个月	12
病例 5	尿频、尿急、尿痛伴肉眼血尿 4 天,排尿中断 1 天	16
病例 6	反复左腰部疼痛 2 年余,加重伴肉眼血尿 1 周	19
病例 7	体检发现右肾结石 4 年余	27
病例 8	反复腰背部疼痛 6 月余,加重伴肉眼血尿 1 周	32
病例 9	体检发现双肾结石 6 年余	37
病例 10	反复右侧腰痛 1 年余,加重伴血尿 2 周	42
病例 11	左侧腰部胀痛不适 1 个月余	49
病例 12	右侧腰部胀痛 1 月余	54
病例 13	反复左侧腰痛 4 个月	60
病例 14	反复右腰部疼痛不适 5 天	65
病例 15	双下肢及面部水肿伴食欲缺乏 2 周	72
病例 16	反复右侧腰部胀痛不适 11 个月	77
病例 17	排尿困难 2 年余	82
病例 18	排尿困难 5 年余,加重伴不能排尿 2 日	85
病例 19	尿频、尿急 5 年余,体检发现 PSA 升高 1 周	88
病例 20	排尿困难半年,发现前列腺癌伴骨转移 20 余天	92
病例 21	发现前列腺癌 4 个月,内分泌治疗 3 个月	95
病例 22	反复无痛性全程肉眼血尿 3 个月	98
病例 23	体检发现左肾占位性病变 1 周	102
病例 24	发现肉眼血尿 9 天余	107
病例 25	右侧睾丸肿大 3 个月	112
病例 26	阴茎新生物 9 个月	120

病例 27	体重增加明显、月经不调 1 年	126
病例 28	四肢进行性乏力、夜尿增多 20 天	130
病例 29	血压升高,伴头痛,心悸,多汗	134
病例 30	血精两年余	138
病例 31	持续性血精半年余	143
病例 32	骑跨伤伴会阴部疼痛 4 小时	150
病例 33	车祸伤后不能站立伴排尿困难 8 小时	155
病例 34	前列腺电切术后排尿困难 5 年,加重 2 个月	162
病例 35	车祸伤后下腹部疼痛伴排尿困难 8 小时	166
病例 36	车祸后腹痛伴血尿 1 天	171
病例 37	右侧腰部高坠挤压后疼痛伴血尿 1 天	178
病例 38	脊髓损伤后排尿困难 6 年,尿失禁 2 年	184
病例 39	脊髓脊膜膨出术后尿失禁 12 年	190
病例 40	咳嗽时尿液不自主流出 10 年	193
病例 41	发现阴道脱出物伴排尿不畅 10 年	196
病例 42	婚后 2 年未生育	200
病例 43	久站后左侧阴囊坠胀 3 年余	205
病例 44	早泄 4 年余	209
病例 45	突发性勃起无力 3 个月	212
病例 46	右侧阴囊疼痛 5 小时余	216
病例 47	左侧阴囊包块 3 月余	220
病例 48	检查发现右肾积水 10 个月入院	224
病例 49	发现尿道开口异位 1 年半	228
病例 50	检查发现左肾积水 8 个月余	232
病例 51	间断腹痛 1 年余,检查发现左肾积水近 1 年	238
病例 52	生后发现双侧阴囊空虚 1 年余	243
病例 53	反复尿路感染 2 个月	246
病例 54	反复双下肢水肿伴血肌酐升高 10 个月	252
病例 55	肾移植术后 1 个月,腹泻 3 天,发现肌酐升高 1 天	256
病例 56	膀胱切除术后 2 年,尿道滴血 2 个月	260
病例 57	右侧阴囊空虚 3 年余	262
附:病例诊断结果		265

病例 1 发热 2 日,加重伴意识恍惚 1 日

患者女性,58 岁,于 2010 年 2 月 24 日急诊入院

一、主诉

发热 2 日,加重伴意识恍惚 1 日

二、病史询问

思维提示:患者主要表现为高热合并意识恍惚,首先考虑感染性疾病。常见感染部位包括呼吸道感染、泌尿系感染、消化系统感染,患者意识改变也不排除脑膜炎或感染性休克。因此问诊主要围绕患者既往病史、疾病诱因、发病时主要症状及特点、伴随症状、是否曾抗感染治疗及效果如何等问题展开,并兼顾重要鉴别疾病的临床表现,了解既往相关病史。

(一) 问诊主要内容及目的

1. 患者发热之前是否着凉、感冒或饮酒?

明确有无诱因,呼吸道感染或肺炎患者常有一定的诱发因素,醉酒后的误吸可导致吸入性肺炎。

2. 提问患者发热之前是否有寒战,体温最高多少,体温是否有波动,变化有什么规律? 有助于了解是否为细菌感染,分析热型有助于疾病的诊断。

3. 是否伴有流涕、咳嗽咳痰、呼吸困难,是否有尿频尿急尿痛、腰痛,是否有腹痛腹泻,是否伴有头晕头痛、恶心呕吐?

明确感染部位。

4. 采取哪些治疗措施,转归如何?

有助于诊断及指导进一步治疗。

5. 既往病史:糖尿病? 高血压? 慢性感染病史? 手术外伤史? 药物过敏史?

某些慢性呼吸系统疾病发病可能是隐匿性的,但可在过程中急性加重,如肺结核等;慢性泌尿系感染,在一些诱因下急性发作;泌尿系、胆囊结石病史,急性梗阻可有寒战高热;是否有糖尿病史;是否有近期手术外伤史,有助于疾病诊断及治疗。

(二) 问诊结果及思维提示

问诊结果:患者 2 天前着凉后出现发热,伴头昏乏力(提示:上呼吸道感染? 需进一步提问有无呼吸道症状),腰部酸胀感,尿频,每次小便后不足 1 小时又产生尿意,尿道灼烧感,尤以排尿时为甚(提示:泌尿系感染?),体温最高达 40℃,伴寒战(提示可能存在细菌感染),并出现呕吐 2 次,呕吐为非喷射性,呕吐物为胃内容物,无咖啡样物质(提示:消化系统疾病?),无咳嗽咳痰,无胸痛胸闷,无腹痛腹泻,不伴血尿,无头痛,无意识障碍及二便失禁。自服退热药物效果不佳,体温进行性升高。入院前一天出现意识恍惚,呼之可睁眼,不能应答,极度烦躁(出现意识障碍),来我院就诊,查血压 60/40mmHg,血氧饱和度下降(出现休克),给予抗休克治疗,气管插管呼吸机辅助通气,患者生命体征趋于平稳,收入急诊内科 ICU 病房。既

往:2型糖尿病史10余年,使用胰岛素血糖控制不佳(糖尿病血糖控制不佳可能成为易感因素);高血压4年;双肾结石半年,2个月前行左侧经皮肾镜碎石取石术,术后恢复良好(有泌尿系统感染易感因素);否认外伤史;对青霉素过敏。

思维提示:患者着凉后出现高热,来急诊时血氧饱和度下降,不排除呼吸道感染;有尿频及尿道灼烧感,有肾结石病史、并有手术史,不排除泌尿系感染;患者寒战高热,意识恍惚,并出现休克表现,考虑感染性休克可能比较大,病情危重,需要严密监测生命体征;意识恍惚,并有呕吐,不排除脑膜炎等中枢系统感染。患者既往糖尿病史,血糖控制不佳,成为感染的易感因素,应严格控制血糖。

三、初步的体格检查

思维提示:患者病情危重,首先检查生命体征,意识状态。重点:观察患者呼吸运动,肺部听诊有无啰音;注意腹部查体,有无包块,有无压痛、反跳痛、肌紧张,肠鸣音;肾区有无叩痛;四肢血运及神经反射情况。

1. 生命体征 体温 36°C , 心率 105 次/分,呼吸 30 次/分,血压 110/60mmHg。神志:药物镇静状态。

2. 肺 呼吸急促,叩诊清音,双肺散在干湿啰音。

3. 腹部 外形膨隆,触压无痛苦表情,无肌紧张,移动性浊音(-),肠鸣音 3 次/分。

4. 肾区 未及明显包块,肾区叩击痛及输尿管走行区压痛检查不能配合。

5. 神经系统 四肢肌力可、双下肢不肿,生理反射正常,病理反射(-)。

根据结果进一步考虑到的可能疾病:患者经抗休克治疗,目前血压尚可,体温正常,心率、呼吸频率快,双肺散在干湿啰音,肺部感染可能大,应继续呼吸机辅助通气,进一步完善辅助检查;因患者气管插管,药物镇静中,泌尿系查体无法明确,应行相关辅助检查进一步明确。

四、进一步的检查

血常规+C反应蛋白(明确感染情况),血糖+糖化血红蛋白(明确血糖情况),尿常规、尿培养+药敏(明确有无泌尿系感染,指导药物治疗),便常规+OB+球/杆,痰涂片、痰培养+药敏,肺CT,24小时痰找结核分枝杆菌(明确有无呼吸道感染,指导药物治疗),上腹CT,头CT(排除脑部病变)。

1. 血常规 WBC $13.24 \times 10^9/\text{L}$, N 88.8%, Hb 96g/L(图 1-1~图 1-3)。

2. 肾功能 肌酐: $126\mu\text{mol}/\text{L}$ 。

3. 血气分析 PH 7.29, PCO_2 32.5mmHg, PO_2 33.7mmHg, SaO_2 52.8%。

4. 便常规 WBC(-), RBC(-), OB(-), 球杆比: 1:7。

5. 尿常规 WBC 10~15/HP, RBC 1~2/HP, 可见大量细菌(患者就诊时应关注是否已放置尿管,若已导尿,则该结果意义不大;若就诊后因患者昏迷需导尿则应在放置尿管时立即取尿液送检)。

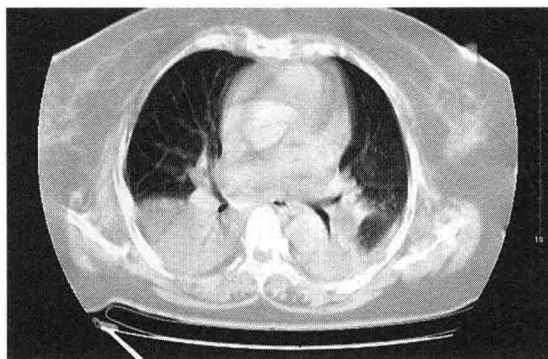


图 1-1 肺 CT 双侧胸腔中等量积液,双肺上叶后段及下叶背段,后基底段膨胀不全,伴炎症可能性大

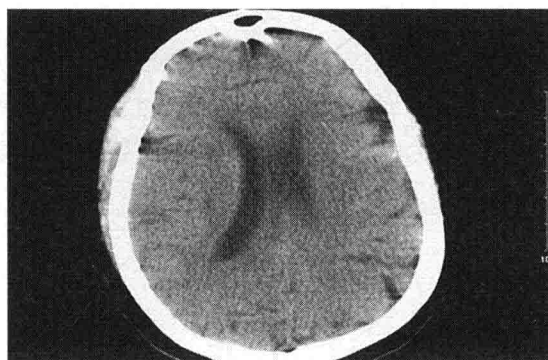


图 1-2 头颅 CT 双侧额顶颞叶脑组织明显肿大

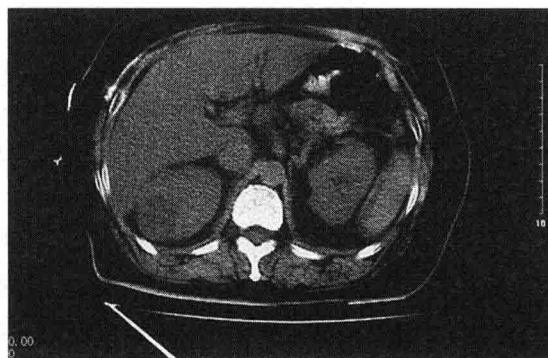


图 1-3 上腹 CT 左侧肾脏边缘欠光滑,肾周脂肪间隙欠清晰,肾前筋膜可见增厚,右肾后部实质内可见类圆形低密度影,肾周脂肪间隙清晰,肾前筋膜未见增厚

思维提示:肺 CT 可见多发片状影,伴中等量胸腔积液;上腹 CT 双肾未见明显异常,右肾低密度影考虑肾囊肿可能大,或扩张的肾盂;头颅 CT: 双侧额顶颞叶脑组织明显肿大。尿常规: WBC 10~15/HP, RBC 1~2/HP, 可见大量细菌。结合临床表现,考虑可能泌尿系或者呼吸道感染,后血行播散至全身,并可能进而播散至中枢神经系统,引起脑干功能障碍,并出现高热,呼吸障碍,意识障碍,循环障碍。

五、初步诊断

感染中毒性休克

急性肾盂肾炎

双侧肺炎

急性呼吸窘迫综合征?

双侧胸腔积液

2型糖尿病

糖尿病肾病Ⅲ期

高血压病2级

双肾结石

思维提示:患者因发热就诊,入院即有休克表现,结合辅助检查初步诊断泌尿系感染及呼吸道感染,感染性休克,但仍需与以下疾病相鉴别:低血容量休克(有进食差,失血等病史);心源性休克(有冠心病、心梗等基础心脏病史);过敏性休克(突发起病,在接触过敏源后发病)。

六、初步治疗方案

思维提示:抗感染,扩容,营养支持,监控血糖,呼吸机辅助通气对症治疗。

患者入急诊内科ICU病房后仍有寒战高热,在未使用退热药物情况下降至正常,伴出汗明显,考虑引起脓毒血症的原因有局灶脓肿的可能性,患者全身皮肤未见明显脓肿,CT检查未见明显肝、肺、肾脓肿;血压波动较大,需要使用血管活性药物。痰培养:鲍曼不动杆菌。血培养:金黄色葡萄球菌。抗感染用药:美罗培南 1.0g,静脉滴注,每8小时一次,莫西沙星 0.4g,静脉滴注,每日一次。入院后查B超:双侧肾盂均轻度扩张,左侧 1.0cm,右侧 1.5cm。3天后复查泌尿系B超:左侧肾盂分离约 1.1cm,右侧肾盂肾盏分离,最宽约 2.6cm,右侧输尿管近全程扩张,内径约 0.9cm,下段腔内可见 1.8cm×0.6cm 强回声伴声影。泌尿科会诊,考虑右侧输尿管结石,右肾积水,急诊行膀胱镜下右侧输尿管支架管置入术。术中置入双J管即见脓性液体喷出。术后继续美罗培南 1.0g,静脉滴注,每8小时一次,4天后体温恢复正常,停用抗生素。之后行输尿管镜碎石取石,术后患者恢复良好,顺利出院。

七、随访内容和下一步的治疗计划

术后1个月门诊取出双J管。

思维提示:术后留置双J管目的:输尿管黏膜水肿,双J管起到支撑、引流的作用。

八、出院医嘱

术后1个月门诊取出双J管,定期复查。

思维提示:患者因发热、休克、精神恍惚入院,有呼吸衰竭,近期出现尿频尿急尿痛症状。首先考虑呼吸道感染或泌尿系感染。追问既往双侧肾结石病史。查体:双肺有干湿啰音,因患者气管插管药物镇静中,腹部肾区查体无法得到满意结果。因此仍不能明确原发感染部位,应完善相关辅助检查,同时积极抗休克治疗,采用广谱抗生素抗感染治疗,并留取血培养、分泌物培养加药敏以便选用敏感抗生素。患者入院后超声提示双侧肾盂轻度扩张,考虑到既往肾结石病史,严密监测,复查B超见右侧肾盂积水,输尿管扩张,证实存在输尿管结石,应尽早引流,如果双J管置管失败应行肾造瘘。充分引流后体温逐渐恢复正常。术后留置双J管应告知患者定期拔除(告知书应有患者及家属签字),以免长期留置诱发感染,或导管周围形成结石造成梗阻及取管困难。

患者就诊时根据症状及泌尿系结石手术史,应高度怀疑泌尿系感染可能。彩超是检查诱发尿路感染的结石及梗阻最简便,较准确的手段,应在急诊时优先采用,或可使患者获得更及时有效的诊治。

病例2 尿道灼热感伴脓性分泌物3天

患者男性,24岁,于2013年1月11日入院

一、主诉

尿道灼热感伴脓性分泌物3天

二、病史询问

思维提示:尿道灼热感和尿道口黏膜红肿、发痒、刺痛常提示尿道炎的可能性,初期仅发生在尿道口,随病情发展,黏膜红肿可延伸到整个前尿道。若起病较急同时伴有尿道脓性分泌物,需警惕淋菌性尿道炎。该病主要通过性接触直接传播,偶尔也由带淋病奈瑟菌的物体间接传播。因此,问诊主要围绕患者是否有不洁性接触史、感染后潜伏期(性接触后到发病的时间)、伴随症状等问题展开。

(一) 问诊主要内容及目的

1. 既往是否有不洁性接触史?

淋菌性尿道炎属性传播疾病,主要通过性接触传播,偶尔通过带淋病奈瑟菌的毛巾、浴盆、衣裤等间接传播,因此有必要明确是否有不洁性接触史。

2. 感染后潜伏期

了解患者不洁性接触后到发病的时间。淋病奈瑟菌急性感染后,一般经过2~5日发病,以此与非淋菌性尿道炎鉴别(1~5周)。

3. 尿道分泌物性状

了解患者尿道分泌物性状。起病初期尿道分泌物可能为稀薄黏液,但随着疾病的进展,分泌物逐渐黏稠,脓液可呈深黄色或黄绿色。如在排尿后或便后有白色分泌物自尿道口流出,可能为慢性细菌性前列腺炎,俗称“尿道口滴白”;非淋菌性尿道炎也可表现为尿道口分泌白色稀薄液体。

4. 是否有伴随的全身症状和其他泌尿生殖系统症状?

了解患者是否有发热、寒战、尿频、尿急、尿痛、血尿、血精、会阴部疼痛不适等症状。

5. 是否有泌尿生殖系统以外的其他部位症状?

泌尿生殖系统以外的症状多见于非阴道性交(如口交、肛交),了解患者是否有咽痛、咽干不适、里急后重、脓血便等症状。虽然此类症状少见且无特异性,但追问病史后,可支持淋病的诊断。

(二) 问诊结果及思维提示

患者3天前无明显诱因出现排尿灼热感,伴尿道口红肿、尿道大量深黄色脓性分泌物,无发热、尿频、尿急、尿痛、血尿、血精,院外未行相关检查,自服抗生素阿莫西林治疗3天,效果不佳。既往身体健康,5天前有不洁性接触史。

思维提示：患者有明确的不洁性接触史，2天后出现尿道灼热感伴尿道口红肿、尿道脓性分泌物，且自服抗生素治疗效果不佳。综上考虑尿道炎的可能性。下一步应在查体时注意分泌物性状、泌尿生殖系统情况，并通过实验室检查寻找病原体以支持淋菌性尿道炎的诊断。此病需与非淋菌性尿道炎、慢性前列腺炎鉴别。

三、体格检查

（一）重点检查内容和目的

考虑淋菌性尿道炎的可能性，查体时除了检查尿道局部情况以外，还需关注生殖系统、局部淋巴结病变（如触诊双侧睾丸、附睾、前列腺、腹股沟淋巴结），查看阴茎与包皮是否存在皮损，全面评估感染范围、程度。如有咽炎或肛门分泌物，需检查相应部位。

（二）体格检查结果及思维提示

T 36.5℃，P 85次/分，R 20次/分，BP 130/75mmHg。尿道口稍红肿，挤压尿道可见尿道口有黄色脓液流出；双侧腹股沟未触及肿大淋巴结；双侧睾丸、附睾未触及异常；前列腺大小、质地正常。

思维提示：结合患者病史和体格检查，临床诊断考虑淋菌性尿道炎。双侧睾丸、附睾、腹股沟、前列腺未触及异常，提示病变尚未波及生殖系统、腹股沟淋巴结，故暂不行生殖系统彩超。下一步实验室检查主要是尿道分泌物涂片、培养，其目的是明确病原学，为治疗提供依据。

四、实验室检查

（一）初步检查内容及目的

1. 尿常规 明确尿路感染及严重程度。
2. 尿道分泌物涂片、培养，淋病奈瑟菌 DNA 检测 明确病原体。

（二）检查结果及思维提示

1. 尿常规 WBC(++)，BLD(-)。
2. 尿道分泌物涂片、培养，淋病奈瑟菌 DNA 检测 细菌涂片查见 G- 双球菌，沙眼衣原体(-)，解脲支原体(-)，淋病奈瑟菌 DNA 实时荧光检测(+)。

思维提示：尿道分泌物涂片、革兰染色镜检、淋病奈瑟菌 DNA 实时染色镜检及培养是确诊淋菌性尿道炎的重要检查。根据患者的病史，结合实验室结果其中一项为阳性，即可按淋菌性尿道炎进行处理：①禁止性生活，污染物彻底消毒，防止交叉感染；②及时、规律、足量的抗感染治疗，避免病情迁延不愈；③配偶同时治疗。

五、治疗方案及理由

1. 方案 头孢曲松 250mg，立即肌内注射；头孢地尼 0.1g，口服，每日三次，疗程 7 天，7 天后复诊。

2. 理由 患者初步诊断为淋菌性尿道炎,结合体格检查与实验室检查,未发现合并生殖系统和其他部位感染,且沙眼衣原体、解脲支原体均(-)。治疗上暂给予头孢曲松单次肌注,随后口服头孢地尼抗感染治疗,疗程一般为7~14天。

六、治疗效果及思维提示

经头孢曲松肌注+头孢地尼口服治疗1周后门诊复查,患者尿道灼热感消失,查体:尿道口无红肿,尿道分泌物减少、稀薄。复查尿常规正常,尿道分泌物细菌涂片(-),淋病奈瑟菌DNA检测(-)。

思维提示:患者初诊时诊断为淋菌性尿道炎,未合并生殖系统或其他部位感染,未合并非淋菌性尿道炎。由于近年来我国淋病奈瑟菌分离株对青霉素的耐药性较为普遍,而对第三代头孢菌素敏感性较高,因此对于该病例的治疗方案是在单次肌注头孢曲松的基础上,给予头孢地尼口服治疗。若病情较重,或合并生殖系统、其他部位感染,应适当延长抗菌药物的疗程,必要时可能需要外科干预。

七、对本病例的思考

1. 淋病是性传播疾病的主要病种之一,通常是以泌尿生殖系统的化脓性炎症为首发表现,其潜伏期短、传染性强,如不及时治愈,可出现严重的并发症和严重长段尿道狭窄等后遗症,导致感染者生理上和心理上的不良后果。

2. 淋病治疗期间应禁止性生活,污染物彻底消毒,防止交叉感染,配偶需同时治疗。

3. 淋菌性尿道炎与非淋菌性尿道炎可以在同一患者、同一时期中发生双重感染,且症状相似,临床上应仔细鉴别,如不能排除非淋菌性尿道炎,需同时使用抗沙眼衣原体或支原体药物。

4. 淋菌性尿道炎的抗感染治疗应做到及时、足量、规则,防止继发生殖系感染或使疾病慢性化,避免病情迁延不愈。

病例3 尿频、尿急、尿痛5天

患者男性,29岁,于2013年2月10日入院

一、主诉

尿频、尿急、尿痛5天

二、病史询问

思维提示:尿频、尿急、尿痛(膀胱刺激征)是泌尿系感染的典型症状,泌尿系统任何部位感染都可能引起膀胱感染及膀胱刺激征,所谓“膀胱是泌尿系统的代言人”。问诊时需重点了解感染部位(上尿路、下尿路)、感染途径(血行感染、上行感染)、有无诱因(梗阻、医源性、机体抵抗力下降)、是否伴随全身症状、既往治疗情况等问题。

(一) 问诊主要内容及目的

1. 尿频、尿急、尿痛出现的时间及程度?

膀胱炎时尿痛多出现在尿中及尿后期。了解患者尿频、尿急、尿痛是同时出现,还是顺序出现,如起病缓慢且先有尿频,再出现尿急、尿痛,需警惕泌尿系结核的可能性;症状的严重程度对提示病变部位有一定意义,如尿道炎症状不如膀胱炎明显。

2. 是否有血尿?

了解患者发病时有无血尿、血尿的程度(镜下血尿、肉眼血尿)、血尿出现在排尿过程中的不同阶段(初始或终末血尿提示出血在后尿道,全程血尿提示出血部位可能在膀胱或上尿路)。

3. 是否有发热、寒战、腰痛、恶心、呕吐等全身症状?

了解患者是否伴有全身症状。如起病后伴突发的全身症状,常提示上行性感染,考虑急性肾盂肾炎的可能性,此时常伴有膀胱炎;如细菌由潜在感染灶血行播散至泌尿生殖器官,初期常出现发热等全身症状,而后出现膀胱刺激症状,有时膀胱刺激症状甚至不明显。单纯膀胱感染一般无发热症状。

4. 是否有结石、梗阻等诱因?

如患者由相关诱因导致尿路感染,需在应用抗菌药物的同时,处理诱发尿路感染的病因,必要时需手术纠正。若诱因持续存在,则不易治愈,甚至产生耐药性菌株。

5. 是否有尿道分泌物?

若急性尿频、尿急、尿痛同时出现尿道分泌物,应排除急性尿道炎的可能。

6. 既往是否患过其他系统的结核?

泌尿系统结核早期常表现为尿频、尿急、尿痛,尿频往往最早出现,随着病情进展,可出现终末血尿。如果患者有肺结核或其他部位结核的病史,则需警惕泌尿系统结核的可能性。

7. 既往是否应用抗生素?

了解患者既往是否应用抗生素,以及抗生素的种类、疗程、疗效。

8. 既往是否有不洁性接触?

有不洁性接触可能导致泌尿系淋病奈瑟菌或支原体/衣原体等特殊感染,产生上述症状。

(二) 问诊结果及思维提示

患者5天前无明显诱因相继出现尿频、尿急、尿痛,每日排尿约15次(夜间排尿5~6次),每次尿量约50~100ml,无高热、寒战、腰痛、血尿、腰骶部不适、性功能减退。入院前未使用抗生素治疗。既往身体健康,无不洁性接触,无泌尿系结石、糖尿病、肺结核以及长期服用免疫抑制剂史。

思维提示:患者无明显诱因出现尿频、尿急、尿痛,无高热、寒战、腰痛、血尿、腰骶部不适、性功能减退。诊断应考虑下尿路感染,急性膀胱炎可能性大。查体时注意检查肾区有无叩痛、膀胱区有无压痛、尿道有无分泌物。下一步实验室检查目的是寻找尿路感染的证据。患者为青年男性,需注意排除细菌性或非细菌性尿道炎、慢性前列腺炎等可能。患者伴有明显发热及会阴部疼痛者应排除急性前列腺炎。

三、体格检查

(一) 重点检查内容和目的

泌尿系统查体主要检查肾区有无叩痛、双侧输尿管走行区有无压痛、膀胱区有无压痛、尿道有无分泌物,同时需检查男性生殖系统(如睾丸、附睾、前列腺),排除尿道炎、睾丸附睾炎、前列腺炎。

(二) 体格检查结果及思维提示

T 36.2℃, P 80次/分, R 20次/分, BP 125/75mmHg。双肾区无叩痛,双侧输尿管走行区无压痛,耻骨上膀胱区轻微压痛,尿道口无异常分泌物,双侧睾丸、附睾、前列腺未触及异常。

思维提示:结合病史及体格检查,进一步提示急性膀胱炎的可能。尿道口无异常分泌物,双侧睾丸、附睾、前列腺未触及异常,提示未伴发尿道炎、睾丸附睾炎、前列腺炎。下一步实验室和影像学检查的主要目的是明确诊断,寻找诱因及病原学证据,为治疗方案提供依据。

四、实验室和影像学检查

(一) 初步检查内容及目的

1. 血常规、尿常规 明确有无感染。
2. 泌尿系彩超。
3. 尿细菌培养 明确病原菌。

(二) 检查结果及思维提示

1. 血常规 正常。
2. 尿常规 WBC(+++), BLD(+).
3. 泌尿系彩超 膀胱壁呈弥漫性增厚。
4. 尿细菌培养大肠埃希菌,菌落计数 $\geq 10^5$ CFU/ml。