

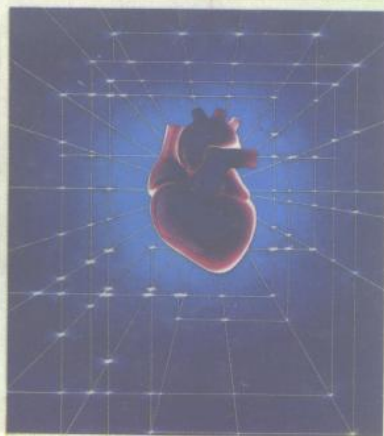
中西医诊疗方法丛书

吴阶平题



·主编 陈在贤 安 浚

泌尿男科分册



科学技术文献出版社

中西医诊疗方法丛书

泌尿男科分册

主 编 陈在贤 安 浚

编著者 (以姓氏笔画为序)

王 明 龙远适 杨光永

吕克潜 刘朝东 安 浚

吴小候 李旭良 陈在贤

苟 欣 严治林 何治亮

李家振 杜晓红 黄 华

科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

图书在版编目(CIP)数据

中西医诊疗方法丛书:泌尿男科分册/陈在贤等编著
--北京:科学技术文献出版社,1995
ISBN 7-5023-2585-9

I. 中... II. 陈... III. ①中西医结合-诊疗-中西医结合疗法-丛书②泌尿系统-男性生殖器疾病-诊疗-中西医结合疗法 IV. ①R2-031②R699

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 10161 号

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路 15 号 邮政编码 100038)

中国科学技术信息研究所重庆分所印刷厂印刷 新华书店重庆发行所发行

1995 年 12 月第 1 版 1995 年 12 月第 1 次印刷

850×1168 毫米 32 开本 18.25 印张 474 千字

科技新书目:370-87 印数:1-3000 册

定价:20.00 元

坚持“中西医并重”的方针 不断提高临床诊疗水平

(代序言)

在医学领域,诊疗疾病有赖于运用辩证唯物主义的观点进行科学的思维,选择有效的手段。作为临床医生,尤其是广大中青年医务人员,在掌握某些疾病的基本理论和诊疗技能之后,若仅凭症状、体征及辅助检查资料,生搬硬套地采取“对号入座”的办法,并非对疾病都能作出正确的诊断,也不可能进行有效的治疗。因此,具备诊疗疾病的科学思维方法和分析、解决临床问题的实际能力尤为重要。

“中西医并重”是我国卫生工作方针的重要组成部分。坚持中西医结合,中医、西医相互配合,取长补短,努力发挥各自的优势是我们中西医药工作者为之努力的方向。

当今世界,临床医学书籍之多,浩如烟海,且各具特色。但融中医诊疗方法学为一体的丛书,还为数不多,广大读者要想找到一套爱不释手的这类工具参考书也非易事。基于这些原因,编者编写了这套《中西医诊疗方法丛书》。

本丛书涉及内、外、妇、儿等11个学科,内容丰富,具有科学性、新颖性和实用性等特点,是众多中西医专家、学者群体智慧的结晶。本丛书对每一病证或病种,主要论述其概念、诊断和治疗,更

着重于方法,同时也分别列出了中医、西医两种体系的诊疗原理和方法,既突出了时代特色,又展现了传统风貌。鉴于知识更新的需要,本丛书还传递了不少的新观点、新理论、新成果、新技术和新经验,让读者有耳目一新之感。

科学技术文献出版社先于本书出版了《基层医生手册》一书,深受广大基层医务人员的喜爱。这两本书各有特色,相互辉映,可算得上是“姐妹篇”,都是值得一读的好书。

本丛书承蒙全国人大常委会副委员长、中国医学科学院院长吴阶平教授题写书名,国家卫生部原部长、中国中医药学会会长、中国中西医结合学会名誉会长崔月犁同志题辞,又蒙各位顾问的关心和指导,谨此一并致谢。

中西医结合这一跨越世纪的使命,任重道远,尤其是两者在理论体系上的结合难度极大,还需要勇于探索、不断创新。此外,本丛书所列举的一些中医和西医的观点和方法并非完美无缺,有的还显得有些简单粗糙,不一定令人折服,有的甚至还会有遗漏;加之,编写此类丛书涉及面广,工作量大和经验不足,不足之处在所难免,望读者给予批评指正。

张泽普 冯涤尘

1995年6月

序

随着医学科学的发展,泌尿男科学专业也得到迅速的发展。70年代后,在泌尿外科疾病的诊治水平上有了较大的提高。80年代以来,在对本专业基础理论研究上,随着一些新的重大的科技成果在本专业疾病诊治的开发和应用,如B超、CT、MRI、多普勒、体外冲击波碎石术、腹腔镜技术、腔道泌尿学、经皮肾动脉扩张术、血液净化、肾移植,以及在男性生育调节、不育症及性功能障碍等方面均取得了前所未有的成就。

近十多年来,我国已形成了强大的泌尿男科学专业技术队伍。泌尿男科学方面的病人逐年增多,为了适应在改革开放的新形势下临床诊疗工作的需要,重庆市中西医临床泌尿男科学专业的专家、教授们撰写了中西医诊疗方法丛书中的《泌尿男科分册》一书。他们具有较深厚的理论基础和丰富的临床经验,并根据国内外的文献资料,结合自己在临床医疗、教学及科研工作中的心得体会和经验教训,理论联系实际,作了综合论述。全书约40余万字,重点论述了对疾病的诊断和治疗方法,同时还概括地叙述了疾病的定义、发病率、好发年龄、性别、病因、病理、分类及其预后等,反映了目前中西医临床方面新的诊疗技术。形式新颖,内容较全面系统,实用性强。读者对象主要是从事泌尿男科学的中西医医务人员、主治医师、住院医师,也适合于普通外科医师,以及医科学生参考之用。本书对临床诊疗工作具有较大的实用价值,是一本具有实用价值的参考书或工具书。

鲁功成

1995年1月于武汉

前 言

中医、西医各有所长,发挥其各自的优势来诊治疾病,可大大提高诊疗技术水平以造福于病人。为此,重庆市各医科大学、临床医院的中西医泌尿男科学专业的专家、教授们,为适应改革开放新形势下诊疗工作的需要,根据国内外大量文献资料,结合自己长期以来在临床医疗、教学及科研工作中的心得体会及经验教训,撰写了中西医诊疗方法丛书中的《泌尿男科分册》一书。

全书共133个病种,分十四个章节,包括了泌尿及男科学各个病种,吸取了当代国内外临床医学的新观点、新方法和新技术,理论联系实际,全面、系统、详细地论述了各疾病的诊断和治疗方法,同时也概括地叙述了疾病的定义、发病率、年龄、性别、病因、病理、分类及预后。形式新颖,实用性强,是一本专业性很强的参考书或工具书,对中西医临床工作具有很强的指导性和实用价值。

本书的读者对象主要是从事中西医临床的主治医师,也适用于住院医师、普通外科医师以及医科学生学习、工作参考之用。

由于篇幅限制,图表、照片等均未列出,仅用文字叙述。参考文献也从略。

本书因编写人员较多,水平有限,时间仓促,其中定有错误及不足之处,衷心希望读者给予批评指正,并提出宝贵意见,以利再版时纠正。

编著者

1995年1月

目 录

第一章 泌尿男生殖系先天性畸形	(1)
第一节 肾发育不全	(1)
第二节 肾盂输尿管交界部梗阻	(2)
第三节 输尿管开口异位	(5)
第四节 膀胱外翻	(8)
第五节 后尿道瓣膜症	(9)
第六节 前尿道瓣膜及憩室	(11)
第七节 包茎及包皮过长	(13)
第八节 鞘膜积液	(15)
第九节 隐睾	(17)
第十节 尿道上裂	(22)
第十一节 尿道下裂	(23)
第十二节 阴茎阴囊转位	(28)
第十三节 先天性阴茎弯曲	(32)
第十四节 小阴茎	(33)
第十五节 大阴茎	(35)
第十六节 隐匿阴茎	(36)
第十七节 睾丸发育不全症	(38)
第十八节 附睾、输精管及精囊异常	(39)
第十九节 男性假两性畸形	(41)
第二十节 女性假两性畸形	(43)
第二十一节 真两性畸形	(45)
第二章 泌尿男生殖系感染	(50)
第一节 急性肾盂肾炎	(50)
第二节 慢性肾盂肾炎	(55)

第三节	气肿性肾盂肾炎	(58)
第四节	黄色肉芽肿性肾盂肾炎	(60)
第五节	坏死性肾乳头炎	(63)
第六节	肾皮质脓肿	(66)
第七节	肾周感染	(70)
第八节	肾积脓	(74)
第九节	输尿管炎	(76)
第十节	急性膀胱炎	(79)
第十一节	慢性膀胱炎	(82)*
第十二节	腺性膀胱炎	(85)
第十三节	间质性膀胱炎	(87)
第十四节	尿道炎	(91)
第十五节	阴茎感染	(93)
第十六节	阴囊感染	(95)
第十七节	附睾炎	(98)
第十八节	睾丸炎	(102)
第十九节	前列腺炎	(104)
第二十节	精囊炎	(110)
第二十一节	乳糜尿	(112)
第二十二节	泌尿系血吸虫病	(117)
第二十三节	泌尿系阿米巴病	(119)
第二十四节	泌尿男生殖系真菌病	(121)
第二十五节	泌尿男生殖系放线菌病	(123)
第三章	泌尿男生殖系损伤	(126)
第一节	肾损伤	(126)
第二节	输尿管损伤	(133)
第三节	膀胱损伤	(136)
第四节	后尿道损伤	(141)
第五节	前尿道损伤	(146)
第六节	阴茎损伤	(150)

第七节	阴囊损伤	(153)
第八节	睾丸损伤	(155)
第四章	泌尿系结石	(157)
第一节	肾结石	(157)
第二节	输尿管结石	(164)
第三节	膀胱结石	(168)
第四节	尿道结石	(171)
第五章	泌尿男生殖系结核	(174)
第一节	肾结核	(174)
第二节	附睾结核	(179)
第三节	肾结核晚期并发症	(183)
第六章	泌尿男生殖系肿瘤	(187)
第一节	肾癌	(187)
第二节	肾母细胞瘤	(193)
第三节	肾错构瘤	(197)
第四节	肾盂癌	(200)
第五节	输尿管肿瘤	(203)
第六节	膀胱肿瘤	(205)
第七节	尿道肿瘤	(213)
第八节	阴茎肿瘤	(215)
第九节	睾丸肿瘤	(217)
第十节	附睾肿瘤	(222)
第十一节	精索肿瘤	(225)
第十二节	阴囊 Paget 氏病	(227)
第十三节	前列腺癌	(228)
第十四节	精囊肿瘤	(234)
第七章	尿路梗阻性疾病	(238)
第一节	尿潴留	(238)
第二节	肾积水	(241)
第三节	前列腺增生症	(245)
第四节	尿道狭窄	(262)

第八章 肾功能衰竭	(267)
第一节 急性肾功能衰竭.....	(267)
第二节 慢性肾功能衰竭.....	(285)
第三节 肾移植.....	(297)
第九章 泌尿系其他疾病	(338)
第一节 多囊肾.....	(338)
第二节 单纯性肾囊肿.....	(341)
第三节 海绵肾.....	(343)
第四节 肾血管性高血压.....	(344)
第五节 肾下垂.....	(350)
第六节 肾输尿管异物.....	(355)
第七节 尿道膀胱异物.....	(356)
第八节 膀胱憩室.....	(358)
第九节 尿道粘膜脱垂.....	(360)
第十节 女性尿道综合征.....	(362)
第十一节 男性尿失禁.....	(366)
第十二节 女性压力性尿失禁.....	(372)
第十三节 尿道肉阜.....	(377)
第十四节 遗尿症.....	(378)
第十五节 神经原性膀胱尿道功能障碍.....	(382)
第十章 男生殖系其他疾病	(387)
第一节 嵌顿性包茎.....	(387)
第二节 阴茎硬结症.....	(388)
第三节 精索静脉曲张.....	(391)
第四节 睾丸扭转.....	(394)
第五节 睾丸附件扭转.....	(398)
第六节 精液囊肿.....	(400)
第七节 阴茎阴囊象皮肿.....	(402)
第十一章 肾上腺疾病	(406)
第一节 肾上腺皮质醇增多症.....	(406)
第二节 原发性醛固酮增多症.....	(412)

第三节	嗜铬细胞瘤.....	(417)
第四节	肾上腺性征异常症.....	(423)
第五节	肾上腺囊肿.....	(426)
第十二章	性传播性疾病.....	(429)
第一节	淋病.....	(429)
第二节	非淋病性尿道炎.....	(435)
第三节	尖锐湿疣.....	(441)
第四节	生殖器疱疹.....	(444)
第五节	腹股沟淋巴肉芽肿.....	(447)
第六节	梅毒.....	(449)
第七节	软下疳.....	(453)
第八节	腹股沟肉芽肿.....	(455)
第九节	疥疮.....	(457)
第十节	滴虫病.....	(459)
第十一节	阴虱病.....	(461)
第十二节	艾滋病.....	(463)
第十三章	男子性功能障碍.....	(471)
第一节	性欲低下.....	(471)
第二节	性欲亢进.....	(476)
第三节	早泄.....	(478)
第四节	不射精.....	(483)
第五节	逆行射精.....	(488)
第六节	遗精症.....	(491)
第七节	阴茎异常勃起.....	(495)
第八节	心理性勃起功能障碍.....	(498)
第九节	内分泌性勃起功能障碍.....	(508)
第十节	血管性勃起功能障碍.....	(518)
第十一节	神经性勃起功能障碍.....	(527)
第十四章	男性不育症.....	(537)

第一章 泌尿男生殖系 先天性畸形

第一节 肾发育不全

肾发育不全(Renal hypoplasia)是指胚胎时期血液供应障碍或其它因素使生肾组织未能充分发育,形成细小的原始幼稚型肾脏。其表面呈分叶状,肾盏粗短,肾盂狭小,肾动脉发育不全伴硬化,使肾组织缺血,临床出现高血压,患肾功能极差,尿量极少,对侧健肾代偿性增大。常常并发泌尿生殖系统其它畸形,如输尿管开口异位、肾异位、肾血管及输尿管畸形、双子宫、双阴道畸形等。该病临床中不多见,发病率约为2%。双侧肾发育不全者多在婴幼儿期死亡,临床所见者常常为单侧,以右侧多见。该病多在泌尿系统的特殊检查发现。如对侧肾功能良好,将患肾切除,高血压可恢复正常,预后良好。

【诊断】

1. 本病以青少年期发病多见。
2. 高血压:肾发育不全中部份病人可出现高血压,是由于患肾缺血,肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性增强引起,血压增高呈持续性、进行性发展。降压药物无明显的效果。另外可有腰部持续性钝痛或不适。
3. 尿常规检查可有轻度蛋白和少量红、白细胞。
4. B超:患肾缩小,对侧肾代偿性增大。
5. 肾图:血管段及分泌段均呈低平曲线。
6. 尿路造影:(1)静脉尿路造影:患肾影小,实质变薄,肾盂窄

小,呈三角形,肾盏粗短,呈杵状直接与肾盂相连。(2)逆行肾盂造影:适应于患肾在静脉尿路造影中不显影者。

【治疗】

1. 观察:对无明显症状者观察、随访。
2. 单侧肾发育不全伴有高血压者,在对侧肾功能良好的情况下可行患肾切除术,术后血压可恢复正常。

第二节 肾盂输尿管交界部梗阻

肾盂输尿管交界部梗阻(Obstruction of pelviureteric junction)是与先天发育有关的梗阻性病变。可导致尿从肾脏排出受阻、尿液蓄积,液压增高,肾盂和肾盏逐渐扩张,是小儿及青少年期肾积水常见的原因,但成年患者也不少见。男性患者占 2/3,双侧患者占 20%。梗阻的原因有:连接部壁层因异常的胶原纤维使肌细胞失去正常的排列,阻断了正常蠕动的传送,此为最常见的原因;其他还有异位血管或纤维索带的压迫、高位肾盂输尿管连接、连接部狭窄或瓣膜等。本症若能及时治疗,多能治愈。如不能及时治疗,最终将导致肾功能减退或肾功能完全丧失、肾实质萎缩。发生感染时则可导致肾积脓或脓肾而危及生命。

【诊断】

1. 临床表现:肾积水可没有症状,或仅有腰部钝痛。肾积水达一定体积时,可出现腰腹部肿块,如系间歇性肾积水,腹部肿块可自然缩小或消失,缓解时排出大量尿液。合并感染者,出现全身中毒症状和膀胱刺激症状,如寒颤发热、腰痛、尿频、尿急、尿痛、脓尿等。双侧病变或独肾者可发生肾功能衰竭症状。

2. B 型超声检查:方法简便、诊断明确、无痛苦,是首选检查方法。可显示肾积水程度及大小,用于区别肾积水与肾囊肿及实质性肿瘤。

3. 利尿肾图:简便、安全,可测定有无梗阻,但不能诊断梗阻的原因和部位。肾图为梗阻曲线者,加用速尿后,梗阻消失表明机械性梗阻,梗阻曲线不全下降为部分梗阻,曲线无变化为完全梗阻。

4. 静脉尿路造影:可显示梗阻部位、范围、程度和肾功能情况。早期肾盏杯口变钝、拉直、消失,晚期肾盏肾盂明显扩张,皮质变薄。通过观察显影时间和精晰度,可了解肾实质的功能状态,若60分钟肾不显影,提示肾功能损害严重,此时作延时造影或大剂量尿路造影,可能取得满意效果。而急诊静脉尿路造影(肾绞痛发作48小时内造影)或利尿性静脉尿路造影(造影过程中加用速尿,利尿后肾盂容积较利尿前增加22%被认为有梗阻存在)对诊断早期或间歇性肾积水者有帮助。

5. 经皮肾穿刺造影:可清晰显示积水和梗阻情况,用于静脉尿路造影显影不佳而逆行肾盂造影因输尿管导管无法插入肾盂者。方法:患者取俯卧位,一般采用20号腰穿针,参照X线片中所显示的肾位置或在B超引导下进行肾穿刺。穿刺针进入肾盏肾盂即有尿流出,注入造影剂后务使尿与造影剂混合才能达到良好显示的目的。偶可发生尿漏,因此有作者主张宜用细针穿刺。此外还应注意预防感染。

6. 逆行尿路造影:适用于静脉尿路造影不显影或显示不满意者。有机械性梗阻者,输尿管导管不易通过梗阻部位,而功能性梗阻者导管则能顺利通过梗阻部。可清楚显示病变部位和梗阻程度,但可能由此诱发严重感染,必须严格无菌操作,并在造影剂中加入抗菌素,切忌两侧同时进行逆行造影,造影后应较充分引流肾盂尿后再拔除输尿管导管,以防继发感染。

7. 尿流动力学检查:(1)持续肾盂灌注测压(Whitaker试验):用生理盐水恒速充盈肾盂(10ml/min),同时记录肾盂、膀胱压力,如二者压力差 $<1.47\text{kPa}$,提示无梗阻, $>2.16\text{kPa}$ 则为梗阻表现。(2)美蓝液灌注测压法:用美蓝液恒速充盈肾盂,通过留置于膀胱的导尿管观察有无美蓝排出,有美蓝排出时的肾盂压如 <1.96

kPa 者为无梗阻, 2.16~3.92kPa 者为部分梗阻, >3.92kPa 者为完全梗阻。

8. 积水肾功能的评估: 术前对肾功能的评价很重要, 特别是对静脉尿路造影不显影的患者尤其重要。患肾是否有保留价值, 以下检查有助于判断: (1) 影像学检查: 如 B 超、CT、MRI 等检查, 积水肾实质大多数厚度超过 0.5cm 者, 肾有保留价值。(2) 巨大肾积水 (积水容量 > 1000ml) 者预后不良。(3) DMSA (Dimercaptosuccinic acid) 吸收率测定: 积水肾 DMSA 吸收率低者预后不佳。(4) 积水肾尿分析: ①FE_{Na}测定: 一般认为其值 < 3% 时, 肾功能恢复较好。②pH 值测定: pH 值 6 以下恢复好。③NAG 及 β_2 -MG 测定: 尿中无这些成份时, 表明肾单位完全破坏, 二者在尿中含量高较好。

综上所述, 患者早期多无症状, 此时静脉尿路造影对诊断有价值。晚期由于肾功能大部或完全丧失, 应行逆行尿路造影或经皮肾穿刺造影, 但应注意避免感染。对积水肾功能的评估较困难, 应该根据多种检查结果和手术中发现综合判断。

【治疗】

1. 对症治疗: 有感染者应给予抗生素控制感染, 全身情况差者应行输液、输血等支持治疗。

2. 手术治疗: 是本病的主要治疗方法, 应根据病变的性质和梗阻程度采取相应的手术方法。有感染者应在感染控制后 3 月再行手术治疗。

(1) 离断式肾盂输尿管成形术: 适用于巨大肾盂积水者。术中应充分切除输尿管肾盂连接处发育不全的组织和扩张的肾盂, 输尿管斜形吻合于肾盂, 吻合面应尽可能大一些, 成形后的肾盂应呈漏斗状, 输尿管开口于肾盂下端。本术式现已被广泛采用。

(2) 肾盂 Y-V 成形术: 适用于输尿管肾盂高位连接、肾盂扩张不明显、肾盂输尿管连接部狭窄在 2cm 以内者。其方法是在肾盂输尿管交界处作一个 Y 形切口, Y 形的下支切在输尿管上, Y 形

的上面两支切在扩张的肾盂上,切口完成后,再将其作成 V 形缝合,这样就扩大了肾盂输尿管连接部,可解除狭窄,但因未能切除发育缺陷的组织 and 扩张严重的肾盂,而使部分患者疗效受到影响。

(3)输尿管下肾盂吻合术:适用于梗阻病变位于肾窦内,输尿管一段缺损或曾施行吻合手术失败,而无法进行肾盂输尿管吻合手术者。

(4)输尿管狭窄处纵行切开术:适用于近肾盂的输尿管狭窄过长或经肾盂成形术修补失败者。纵行切开狭窄输尿管后置支架导管,缺损部通过全层再生修复。手术要点在于注意保留输尿管周围血液供应,要充分切开狭窄部。

(5)切除粘连纤维索带或小的异位血管法:适用于管腔本身无狭窄而梗阻确为管外因素所致的病例。此种情况较少见。对较粗的异位血管不能切断,可采用输尿管带袖移植术加以解决或者游离后悬吊在附近组织上。

(6)肾盂输尿管连接部皮瓣成形术:可根据肾盂和输尿管呈钝角或直角而分别采取螺旋式或垂直式皮瓣成形术。适用于输尿管处于肾盂最低位,肾盂输尿管连接部狭窄在 2cm 以上者。

(7)肾切除术:仅适用于对侧肾正常,患肾经术前检查和术中判断肾功能确已严重损害,术后肾功能的恢复能力极为有限者。

综上所述,由于此病早期多无临床症状,一旦出现症状,多为较严重的肾积水。一旦诊断确定,应早期进行治疗,根据梗阻病因及积水程度应用相应的整形手术,尽力保留患肾,促进肾功能的恢复。肾功能破坏十分严重而对侧肾正常者,可作肾切除。

第三节 输尿管开口异位

输尿管开口异位(Ectopic ureter)是由于胚胎发育反常,从而导致的输尿管开口于膀胱外。约 80% 患者伴有重复肾和双输尿管畸形,此时,开口异位的输尿管总是来源于上半肾的输尿管。女性