



组编
上海市医师协会

医师 考核培训 规范教程

泌尿外科分册

主编 · 孙颖浩

- ★ 上海市医师定期考核唯一指定用书
- ★ 各类专科医师应知应会的基本知识与技能
- ★ 上海市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗工作规范



医 师 考 核 培 训 规 范 教 程

组编

上海市医师协会



泌尿外科

分册

主编 · 孙颖浩

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

医师考核培训规范教程. 泌尿外科分册 / 上海市医师协会组编; 孙颖浩主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2016. 4

ISBN 978-7-5478-2942-4

I. ①医… II. ①上…②孙… III. ①医师—资格考试—教材②泌尿系统疾病—医师—资格考试—教材
IV. ①R192.3②R69

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 322673 号

医师考核培训规范教程

泌尿外科分册

组编 上海市医师协会

主编 孙颖浩

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 14.5 插页 6

字数 300 千字

2016 年 4 月第 1 版 2016 年 4 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2942-4/R·1059

定价: 68.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换

丛书编委会

医师定期考核专家委员会

主 任 徐建光

委 员 (以姓氏笔画为序)

于布为 王兴鹏 孙兴怀 孙颖浩 李青峰 吴 凡 沈远东
迟放鲁 张长青 张志愿 陆一鸣 周 新 祝增珠 秦新裕
桂永浩 贾伟平 徐丛剑 梅长林 葛均波

医师考核培训规范教程·丛书编委会名单

总 编 黄 红 徐建光 章 雄

副总编 晏 波

成 员 (以姓氏笔画为序)

于布为 王兴鹏 孙兴怀 孙颖浩 李青峰 吴 凡 沈远东
迟放鲁 张长青 张志愿 陆一鸣 周 新 祝增珠 秦新裕
桂永浩 贾伟平 徐丛剑 梅长林 葛均波 谭 鸣

医师考核培训规范教程·丛书编委会秘书处名单

秘 书 长 谭 鸣

副秘书长 陆廷岚 贝 文 黄 鹃 田 红

执行秘书 陈 权 黄 平

编委名单

主 编 孙颖浩

顾 问 黄翼然 夏术阶

副主编 沈周俊 丁 强 叶定伟 徐丹枫

编 委 (以姓氏笔画为序)

王林辉 王 忠 刘 敏 许传亮 孙忠全 张忠云 张翀宇
陈海戈 金重睿 郑军华 姜 帅 姜昊文 秦晓健 徐明曦
高 旭 高晓峰 郭剑明 韩邦旻 傅 强 薛 蔚

编写秘书 李 尧

前 言

医师定期考核是一项国家法定工作,其根本目的在于改变医师执业终身制为年检制,促进医师在取得执业资格后不断更新知识、技能,提高专业技术能力和水平,保持应有的职业道德。所以它是一项医师管理的长效制度,对于加强医师执业管理,提高医师素质,保证医疗质量和医疗安全具有重要意义。为落实《中华人民共和国执业医师法》相关规定,上海市卫生和计划生育委员会将上海市医师定期考核管理办公室设在上海市医师协会,指导和管理全市医师定期考核工作。本市自 2013 年启动,并于 2014 年完成了首次医师定期考核工作,全市共 69 300 余名执业医师或执业助理医师参加了本次考核。上海市医师协会在市卫生和计划生育委员会的指导下对此项工作的开展进行了有益的实践与探索。

医师定期考核包括对医师业务水平、工作成绩和职业道德三个方面进行考核。目前全国大多数省市通行的类别考试(普考),即医师在执业类别范围内参加考试的内容完全一致,但这并不能有效针对医师当前专业岗位,考察其是否具有本岗位执业能力。医师对现行按类别考试接受程度普遍较低,希望能够按其执业专科进行考核。目前国外绝大多数国家的医师定期考核是按照专科进行的,此举有利于医师专注于本专科的继续教育,更符合医师职业规范和持续发展的要求。鉴于此,中国医师协会希望上海市医师定期考核工作能够先行先试,积极探索按专科进行考核的新路径。

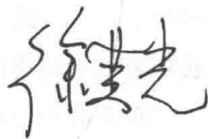
在上海市卫生和计划生育委员会的指导和支持下,我们制定并通过了《2016 年上海市医师定期考核按专科进行业务水平测评工作方案》。2016 年度上海市将有 11 个临床类别的专科和 4 个中医类别的专科试行按专科进行业务水平测评。为此,我们成立了 11 个临床类别专科和 4 个中医类别专科的专家编委会,由编委会负责编写各专科考试大纲、教材并建立相关的题库。考纲及教材的主要内容为各专科最基本的定义、标准、原则等本专科医师必须掌握的知识,强调

基本理论、基本知识、基本技能,以及对本专业新进展的认知。

本着内容精炼概括、力求全面覆盖,理论联系实践、循序渐进指导,专业衔接紧凑、避免重复脱节,体现学科发展、力求知识更新的编写原则,在各专科专家的共同努力下,这套“医师考核培训规范教程”与广大医师朋友见面了。希望这套丛书不仅作为医师定期考核指定用书,而且还能成为专科医师学习应知应会的基本知识与技能的参考书,以及各类医疗机构医务人员掌握日常诊疗工作规范用书。

由于这是我们第一次编写医师的规范教程,经验有限,难免有不足之处,真诚欢迎广大医师不吝指正。随着定期考核工作的纵深发展和临床医学知识的不断更新,我们将在今后对丛书不断进行修订和补充,以期不断完善,满足广大医师学习和工作的需求。

最后,衷心感谢参与本书编写、审查的各位领导和专家,衷心感谢上海市卫生和计划生育委员会对定期考核工作的大力支持和指导。



上海市医师协会
上海市医师定期考核管理办公室

2015年10月

编写说明

为了深入实施《中华人民共和国执业医师法》《医师定期考核管理办法》，适应我国医药卫生事业的迅速发展及泌尿外科医师技能水平和专业素质不断提升的需要，更好地服务于人民群众日益增长的健康需求，培养高素质、高水平、应用型的泌尿外科临床人才，在上海市医师协会、上海市医师协会泌尿外科分会的指导下，编写了《医师考核培训规范教程·泌尿外科分册》。

本书共分十三章，为实用性较强的泌尿外科工具书，强调规范化诊治；以病种为单元编写，便于查阅。本书涉及泌尿系统损伤、感染、结石、肿瘤、良性前列腺疾病、排尿功能障碍、男科疾病、泌尿外科基本操作等，涵盖面广，内容层次分明，深度适中。既包括了常见疾病的诊疗原则，也体现了泌尿外科领域的最新发展现状以及循证医学的原则，是一本值得拥有的泌尿外科工具书。

本书立足临床思维及临床实践技能，突出泌尿外科特点，既注重体现泌尿外科知识的系统性、完整性，又注重理论联系实际，切合临床需求，凸显实用性，反映了国内外泌尿外科领域的新理论、新技术、新方法、新成果，同时贯彻“少而精、精而细”的精神，把握教材内容的广度和深度，注重教材总体的优化，精选教材内容进行编写。

本书既可作为泌尿外科专科医师定期考核培训教材，也可作为住院医师规范化培训考核、专科医师规范化培训考核以及各级各类本科生、研究生和相关科室医务工作者的参考教材。

本书编写人员都是长期奋斗在临床、教学一线的资深专家，具有极高的理论素养、丰富的临床实践经验和心得，他们为本书的编写付出了艰辛的劳动，在此向全体参编同道致以最诚挚的感谢。在编写过程中，得到了上海市医师协会、上海市医师协会泌尿外科分会及各编写单位各级领导的大力支持和帮助，在此一并致以诚挚的感谢。

本书是我国首次以泌尿外科专业医师定期考核培训为目的而编写的泌尿外科教材,加之时间紧、任务重,错误与疏漏之处在所难免,敬请同道不吝斧正,以使教材更臻完美。

《泌尿外科分册》编委会

2016年3月

目 录

第一章 泌尿系统损伤 1

- 一、肾损伤 / 1
- 二、尿道损伤 / 6
- 三、输尿管损伤 / 11
- 四、膀胱损伤 / 13
- 五、睾丸扭转 / 15

第二章 泌尿系统感染 21

- 一、复杂尿路细菌感染和抗生素耐药细菌感染 / 21
- 二、泌尿生殖系统结核 / 26
- 三、前列腺炎 / 33
- 四、膀胱炎 / 36
- 五、非特异性附睾炎 / 40

第三章 泌尿系统结石 43

- 一、肾结石 / 43
- 二、输尿管结石 / 46
- 三、膀胱及尿道结石 / 49

第四章 | 泌尿系统肿瘤 51

- 一、肾肿瘤 / 51
- 二、肾盂癌与输尿管癌 / 57
- 三、膀胱肿瘤 / 62
- 四、前列腺癌 / 71
- 五、睾丸肿瘤 / 77
- 六、阴茎癌 / 83

第五章 | 良性前列腺增生症 91

第六章 | 肾上腺疾病 96

- 一、皮质醇症(皮质腺癌) / 96
- 二、肾上腺皮质癌 / 99
- 三、原发性醛固酮增多症 / 100
- 四、儿茶酚胺症 / 104

第七章 | 肾脏囊性疾病 109

- 一、多囊肾病 / 109
- 二、单纯性肾囊肿 / 112
- 三、获得性肾囊肿 / 114

第八章 | 排尿功能障碍 116

- 一、神经源性膀胱 / 116
- 二、女性压力性尿失禁 / 124
- 三、膀胱过度活动症 / 129

四、膀胱疼痛综合征及间质性膀胱炎 / 132

附录 1 排尿日记 / 136

附录 2 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表(简表) / 137

附录 3 常用压力性尿失禁分型方法 / 138

附录 4 女性盆底疾病 POP-Q 评分表 / 138

附录 5 盆腔痛和尿频、尿急患者症状评分表 / 139

第九章 | 男科疾病 140

一、勃起功能障碍 / 140

二、男性不育 / 146

第十章 | 泌尿系统先天性疾病 153

一、尿道下裂 / 153

二、肾盂输尿管连接部梗阻 / 156

三、隐睾 / 159

四、原发性膀胱输尿管反流 / 163

第十一章 | 男性外生殖器及阴囊内疾病 167

一、鞘膜积液 / 167

二、精索静脉曲张 / 169

三、阴茎海绵体硬节症 / 170

四、包皮疾病(包茎、包皮过长) / 171

第十二章 | 其他泌尿系统疾病 173

一、尿道炎 / 173

二、生殖器疣 / 175

三、精囊疾病 / 177

四、胡桃夹综合征 / 182

五、肾动脉狭窄 / 185

六、尿道肉阜 / 187

第十三章 | 泌尿外科基本操作 189

一、导尿术 / 189

二、膀胱镜检查术 / 191

三、尿道扩张术 / 194

四、耻骨上膀胱切开造瘘术 / 197

五、耻骨上膀胱穿刺造瘘术 / 199

六、肾脏穿刺造瘘术 / 201

七、双“J”形管置入及拔除术 / 203

八、膀胱灌注治疗术 / 205

九、体外震波碎石术 / 206

十、尿流动力学检查 / 208

十一、尿道造影 / 211

十二、输尿管逆行造影术 / 212

十三、前列腺穿刺活检术 / 213

十四、前列腺指诊及前列腺按摩 / 215

第一章

泌尿系统损伤

一、肾损伤

肾脏位于腹膜后脊柱两侧,位置较深,周围受到骨骼及较厚肌肉组织的保护,但在遭受直接或间接暴力打击下,脆弱的肾脏可发生不同程度的损伤。根据损伤的肾脏是否通过皮肤与外界相通可分为开放伤和闭合伤两大类型。开放伤常为锐器刺戳伤及枪弹伤,后者战时多见。开放伤占全部肾损伤的15%~20%;闭合伤最常见于高处坠落、交通事故及运动受伤。有病变的肾脏更易遭受外伤。肾损伤常合并其他脏器损伤,应注意合并伤的诊治。肾损伤的分类目前尚无统一意见,但大多倾向于按损伤病理分为挫伤、裂伤、碎裂伤、肾蒂伤。根据临床特点和病理分型,可将肾损伤分为轻、中、重3种类型,以指导临床的诊断和治疗。美国创伤外科协会(AAST)建立的肾损伤分级系统目前被广泛应用(表1-1,图1-1)。

表1-1 美国创伤外科协会(AAST)肾损伤分级系统

分级	类 型	描 述
1	挫伤	肉眼或镜下血尿而影像学检查正常 局限性被膜下血肿不伴有肾实质裂伤
2	血肿	肾周血肿局限于后腹膜;肾皮质裂伤深度<1 cm,不伴有尿外渗
3	裂伤	肾皮质裂伤深度>1 cm,不累及集合系统,不伴有尿外渗
4	裂伤(血管伤)	裂伤累及肾实质髓质及集合系统 肾脏主要动脉或静脉损伤伴局限性出血
5	裂伤(血管伤)	肾段动脉栓塞不伴有肾实质裂伤 肾脏粉碎性裂伤;肾门损伤致肾脏失去血供(创伤性肾动脉破裂、创伤性肾动脉栓塞)

(一) 轻型肾损伤

【概述】

轻型肾损伤占肾损伤的70%以上。其致伤原因多为腰部遭受直接或间接暴力所致,如跌倒、

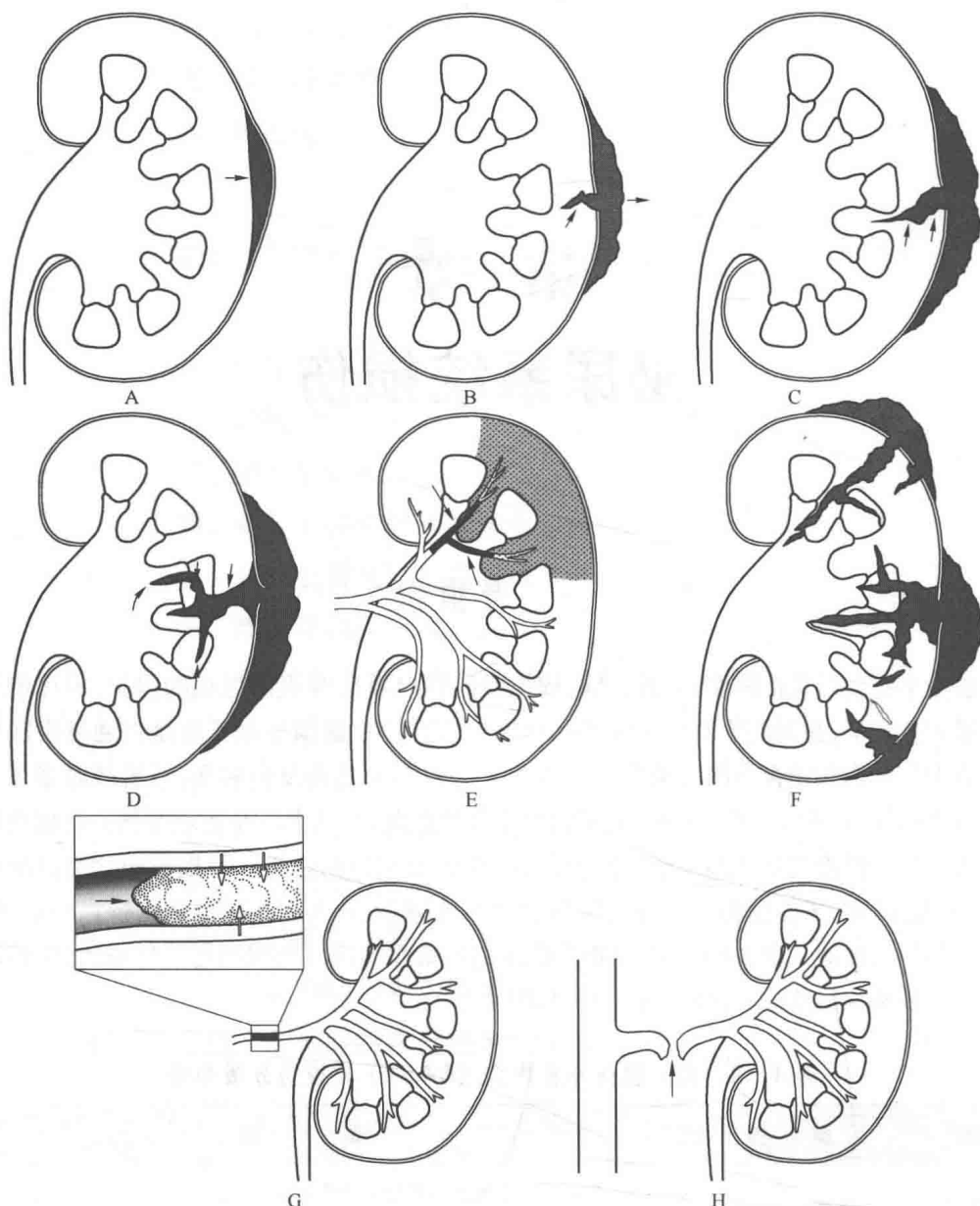


图 1-1 美国创伤外科学会 (AAST) 肾损伤分级系统

注: A. 1 级: 被膜下血肿(箭头所示); B. 2 级: 表浅肾脏裂伤(箭头所示)伴有肾周血肿(短箭头所示); C. 3 级: 深度肾挫伤(箭头所示)不累及肾脏集合系统; D. 4 级: 肾实质损伤, 深度裂伤(直箭头所示)累及肾脏集合系统(弯箭头所示); E. 4 级血管损伤: 肾段动脉分支栓塞(箭头所示)导致肾段梗死(阴影区域); F. 5 级肾实质损伤: 多发深度裂伤导致肾脏碎裂; G. 5 级肾脏血管损伤: 血管内膜损伤导致肾主动脉堵塞(实心箭头所示), 远端肾动脉栓塞形成(空心箭头所示); H. 5 级肾动脉血管损伤: 肾动脉撕裂

腰部撞于硬物上、车祸时腰部或上腹部受到大力撞击、体育运动中腰部被踢伤, 或腰腹肌强烈收缩挤压肾脏等。刺戳伤或肾穿刺活检有时也可造成肾皮质浅度裂伤。根据损伤原因及病理特征可分为 3 种类型。

1. 肾挫伤 肾实质的淤血或微小的裂伤, 肾被膜和肾脏集合系统完整, 有时可出现肾被膜下小血肿。

2. 闭合性肾浅度裂伤 肾实质小裂口, 通常肾被膜完整, 可形成肾被膜下血肿或肾内血肿,

肾脏集合系统完整。

3. 开放性肾浅度裂伤 由较浅的刺戳伤所致肾皮质裂伤,肾被膜同时有裂伤,可形成肾周血肿,但肾集合系统完整。

【临床表现】

1. 疼痛 受伤侧腰部疼痛,局限于脊肋角,呈持续性,活动或咳嗽时加重,可放射至肩部或腰骶部。

2. 血尿 短暂轻微的肉眼血尿,或仅有镜下血尿。

【诊断要点】

(1) 依据受伤史、典型症状和体征。

(2) 实验室检查(镜下血尿)。

(3) 辅助检查如大剂量静脉尿路造影检查(IVU)正常或肾脏轮廓增大,边缘不整齐;肾脏超声、CT检查可为正常影像,也可有肾实质或肾被膜下小血肿和肾脏体积增大。

【治疗方案及原则】

治疗原则为非手术治疗。

持续监测生命体征、血红蛋白含量、红细胞比容及血尿程度的变化。同时给予镇静止痛、止血剂和抗生素治疗,鼓励患者多饮水。绝对卧床休息>2周,2个月内避免参加重体力劳动。

(二) 中型肾损伤

【概述】

中型肾损伤通常是指肾实质深度裂伤,可有肾盂肾盏黏膜破损和严重血尿。约占肾损伤的20%。其致伤原因多为腰部遭受直接暴力所致肾实质破裂。常见原因包括车祸伤、腰腹部钝器击伤、跌倒时腰腹部撞击硬物伤等。较深的刺戳伤也可致肾实质全层裂伤。根据损伤原因及病理特征可分为以下两种类型。

1. 闭合性肾实质深度裂伤 肾实质一处或多处深达集合系统的裂伤,可形成肾周巨大血肿和尿外渗,肉眼血尿严重。

2. 开放性肾实质深度裂伤 肾实质一处或多处锐器伤或火气伤,可伴有伤口出血,肾周血肿或严重血尿。

【临床表现】

1. 休克 早期由于损伤剧烈疼痛可导致原发性休克,随后由于大量出血所致低血容量性休克,晚期可由于感染致中毒性休克。

2. 疼痛 受伤侧腰部疼痛,活动时加重。若凝血块沿输尿管下行导致梗阻可引起肾绞痛。肾周血肿和尿外渗可导致较广泛的腹痛,如腹膜破裂,血液和尿液进入腹腔可引起腹膜炎样腹痛。

3. 血尿 可发生严重肉眼血尿,甚至血块淤积于膀胱内导致排尿困难。伤后因感染而发生继发性出血可致再次肉眼血尿。需注意血尿程度与肾损伤的严重程度并不完全平行,不能仅依据血尿程度确定处理方案。严重者可由于输尿管血块梗阻或无尿等原因,表现为血尿较轻或无血尿。

4. 叩痛及压痛 受伤侧腰部压痛或叩痛明显。如属于血肿或尿外渗所致腹膜后刺激,可发现同侧腹部轻度压痛、反跳痛和肌紧张。

5. 包块 受伤侧腰部可扪及包块。包块大小可随血肿或尿外渗范围而发生变化。肌肉发达

者包块可能扪及不清。

【诊断要点】

1. 病史 依据受伤史、典型症状和体征。

2. 尿液检查 可发现肉眼血尿或镜下血尿。应动态观察尿液颜色深度和血红蛋白定量,对于排尿困难或昏迷伤员,应留置导尿管,并同时排除合并的尿道损伤。记录每小时尿量可对休克状况和肾功能状况的判断提供帮助。

3. 血常规检查 动态观察血红蛋白和红细胞比容。通过判断肾脏出血程度和变化过程,对指导治疗具有重要价值。

4. 超声检查 为影像学检查的首选方法,观察肾脏被膜的完整性、肾周血肿或尿外渗、肾盂内血块等,可初步判断肾脏的损伤情况,但不能判断肾功能,对集合系统损伤判断也存在一定的困难。

5. X线检查 在伤员无休克或休克得到纠正,生命体征稳定,伤情允许时均应行X线检查。肾、输尿管和膀胱X线腹部平片检查(KUB)应在伤后早期尚无腹胀情况下进行。肾被膜下血肿可发现肾影增大,肾周血肿或尿外渗时可见腰大肌影模糊,膈肌上升,脊柱突向健侧。IVU检查一般采用大剂量,常规剂量的造影剂常显影不清晰。该项检查对肾损伤的诊断准确率达90%以上。肾脏的中度和重度裂伤可出现显影迟缓、肾盂被挤或中断、部分肾脏显影不清晰、造影剂外渗、肾盂充盈缺损等。由于CT的普及和检查较为方便,近年来有逐步代替IVU检查的趋势。

6. CT或MRI检查 CT检查可清楚观察到不同程度的肾损伤、肾被膜下和肾周血肿、肾盂内积血、肾集合系统黏膜是否完整等,增强CT扫描可判断伤肾和健侧的功能状况,造影剂有无外渗,对肾血管有无损伤也可初步提示。CT及MRI检查对肾损伤的诊断准确性可达98%,并可以指导临床治疗。对其他脏器合并伤也有较大的诊断价值。

【治疗方案及原则】

1. 全身治疗

(1) 绝对卧床休息,密切观察病情。若病情好转,应继续绝对卧床2周以上,3个月内不参加重体力劳动和激烈运动,以防肾脏裂口再次破裂后继发性出血。

(2) 抗休克治疗,如保暖、止痛、镇静、输液及输血。如输血>1 000 ml血压仍难以稳定,说明有持续性活动性出血,常是急症手术的指征。

(3) 抗感染治疗。

2. 手术治疗

(1) 手术指征:中度肾损伤具有以下指征时,应及时行手术治疗。

1) 静脉尿路造影或增强CT扫描有造影剂明显外溢或肾脏不显影者。

2) 并发腹腔脏器损伤者。

3) 非手术治疗过程中肾区肿块不断增大,疼痛加剧,肉眼血尿持续不止,短期内出现严重贫血者。

4) 经抗休克治疗后血压不能回升或升而复降,特别是输血>1 000 ml血压仍不稳定者,提示有活动性大出血,需紧急手术。

5) 肾周感染、积脓,有高热、败血症表现者。

6) 开放性肾损伤。