

43256

醫師臨床手冊

符盧姆主著
朱清生譯

血尿及其臨床意義

白雲山社出版

А. Фрумкин

Гематурия и её клиническое значение

Перевод Чжу Бин-шэнь

Шанхай

Экспресс

1949

• 醫師臨床手冊 •

血尿及其臨床意義

著作者 符肅姬金 翻譯者 朱濱生
發行者 姜椿芳 總發售 時代出版社

上海(11)南京東路三七七號 電話九一二四三
電報掛號：五二〇〇〇— EPOCHPUBCO

北京分社：北京東交民巷十八號

電話：(5)一六六〇

電報掛號：五二〇〇

杭州分店：杭州延齡路二六九號

電話：一四〇二

電報掛號：二五一四

南京分店：南京中山路三三六一至三八號

電報掛號：二五一四



(49, 11, 3000 冊)

目 次

緒言.....	3
一 初血尿.....	5
炎性疾患：淋病及尿道梅毒.....	6
新生物——息肉及尿道肉阜.....	7
尿道惡性瘤.....	9
尿道外傷性損害.....	10
二 終血尿.....	13
急性主質性前列腺炎.....	13
膀胱頸炎.....	15
膀胱結石.....	16
膀胱瘤.....	17
三 全血尿.....	19
血色蛋白尿.....	19
膀胱疾患：出血性膀胱炎.....	22
膀胱結核.....	23
膀胱結石.....	25
前列腺肥大.....	27

前列腺癰腫·····	28
膀胱皮下外傷·····	29
膀胱腫物·····	31
膀胱靜脈曲張·····	30
膀胱子宮後屈·····	40
腎疾患·····	41
腎之皮下破裂及火器創·····	41
腎結核·····	48
腎及輸尿管結石症·····	49
腎硬瘤·····	51
腎囊腫性變質·····	53
急性血管球性腎炎·····	55
特發性血尿·····	7
出血性素質·····	58
四 假性血尿 ·····	60
結語 ·····	62

緒 言

血尿是含有血液的尿的排出。這是許多泌尿系統疾患中最多見的症狀。這個症狀的正確估計在多數病例內可以決定患者的命運。

血尿診斷上的錯誤大都是由內科醫師在大部份病例內往往寧可把血尿看做所謂腎臟的內科疾患；相反，外科醫生則往往先把血尿這個症狀，從泌尿系統外科病理學觀點方面加以考慮。

同樣在內科學教本中，血尿主要被敘述為腎血管球系統疾患的症狀之一。相反，在外科的泌尿學上，這一類疾患所佔據的位置非常低下；主要的注意力集中在需要專門性器械檢查法及外科療法的許多疾患上。

實驗室、器械及X光綫檢查法的現代的發展無形中使人誤認為這些方法在泌尿器官疾患的診斷上具有獨佔的意義。自然任何人都不能否認這些方法的重要診斷價值，但在使用之前，必須先事詳細蒐集既往症並檢討藉簡易臨床檢查及觸診所得的結果。

每一個醫師不拘他的專門是什麼，在他的實際工作中，都能遇見伴有血尿的各種不同疾患。

對於引起不同血尿型的最多見疾患的認識，無疑可以幫助闡明血尿的主要原因，並避免許多有時致命的診斷錯誤。

隨出血來源的定位，可以區別三種血尿：初血尿（initial hematuria），此時尿的最先部份染有顯著的血液色澤，其餘部份照常透明；終血尿（terminal hematuria），此時尿的最先部份並不混有血液，僅排尿將終時，從尿道射出血液數滴；全血尿，此時全部的尿都平均染有血色。

除此以外，還應該區別一種顯微鏡性血尿，其中尿內的血液必須藉精密的顯微鏡檢查才能證明。

最近醫學實際工作上所養成的首先檢討尿檢查結果的習慣使我們失去充分估計血尿的可能。在上記幾種血尿型場合，顯微鏡檢查結果的描寫將毫無區別：「每一顯微鏡野內都滿佈着赤血球」，這種結論絕不足以說明血尿的性質和程度。

不論尿的化學和顯微鏡檢查結果如何詳盡，最重要的還是尿的肉眼檢查。

所以在一切尿內混有血液的病例內，必須實行所謂二或三玻璃盃試驗（患者在診察室內，當場排尿在二或三隻玻璃盃內）。最好使用圓錐形玻璃盃。尿內各種不同的含有物迅速沉澱到盃底裏去；又在圓錐形盃中，尿各層的混濁程度可以更加顯明看出。

肉眼檢查之後，再查詢患者的自訴症狀，並檢查他的全身狀態，然後方始可以注意到尿的實驗室檢查結果：尿的化學反應、比重、數量不一的蛋白質的含有、沉渣中具形成份——腎上皮、腎圓柱、赤血球、白血球及尿鹽類——的存在，凡此一切應該僅僅乎對於已有的患者認識作為一種補充的參考材料而已。

初 血 尿

在初血尿場合，尿的最先部份染有深淺不一的血液色澤；尿的第二部份或者完全透明，或者略呈粉紅色。在三玻盃試驗時，第三盃內的尿絕不染有血液的色澤。

初血尿是尿道末梢部病理機轉存在的證據。往往與初血尿同時，從尿道的外口自動流出血液；這個現象見於尿道外傷性損害，尿道下垂部份的息肉或乳頭狀瘤，及婦女尿道肉阜場合。

婦女通常在坐桶中排尿而祇能看見已經排出的尿，所以她們往往自訴尿內含血而且給醫師以似乎是全血尿的印象。在檢查的時候，這類病例內可以確定婦女尿內血液的混有是由尿道病理機轉所引起，所以實際上這時的血尿是初血尿。

就是男子有時也不注意到尿射出時的色澤而因此看不見從尿道外口流出的血液。所以在採取患者的尿之前，必須仔細檢查尿道外口。如果尿道外口發見痂皮狀的血液凝塊，或者婦女尿道裏面發見懸垂在外面的血液凝塊，就可知道有相當程度的出血。

炎性疾患：淋病及尿道梅毒

炎性疾患足以維持尿道內的出血；尿道出血最多見於急性淋病的重篤病型內。此等病例內，可見十分顯著的尿道外口玻璃樣浮腫；從尿道內流出多少不一的膿血樣液體。

在急性淋病性尿道炎的出血型中，除尿道外口浮腫之外，炎性浸潤沿着尿道的下垂部份逐漸蔓延，同時陰莖後壁皮膚也腫脹發赤。

急性淋病中，尿道內血液的流出有時可由陰莖勃起而發生；這是因為陰莖勃起場合，發炎浸潤的尿道粘膜破裂之故。

如果僅前尿道被侵，收集在二、三盞中的尿，第一盞中含血和膿；第二和第三盞中的尿是透明的。

如果尿道全部被侵，則三盞中的尿都混濁。此等尿道炎病型中常見終血尿（見下文）。

婦女方面，尿道內的炎性機轉，尤其是慢性期中，往往伴有尿道旁腺的化膿性疾患；這個疾患足以助長尿道粘膜的玻璃樣浮腫和輕度的出血性。祇要用手指輕壓尿道後壁，就可以證明這事。

同樣可以用觸診法察知男子尿道經路上的許多個別浸潤竈，如加以壓迫就很容易引起出血。

尿道梅毒場合也發生初血尿。本病中血尿往往成為引起患者注意而使其求治之惟一症狀。

第一期潰瘍通常位於舟狀凹 (fossa navicularis) 中；此時潰瘍很容易被發見。若干例內，梅毒性潰瘍可能位於很深的部位；行尿道觸診的時候，引起像軟骨似的限局結節感覺。

粘膜上發生出血性潰瘍的尿道結核非常少見。此等現象發生的時候，同時必定已有很重篤的膀胱和腎臟結核性病變。

尿道出血最多的原因是男子的尿道乳頭狀瘤和婦女的尿道肉阜 (ur thral caruncle)。

尿道肉阜場合，祇要用手指撥開陰唇，就可以發見從尿道突出的青赤色新生物，有時竟然充塞了尿道內腔的全部。此等新生物的狀態好像充血而部份破裂的痔核，表面附有凝固的血塊。

新生物——息肉及尿道肉阜

尿道新生物 (乳頭狀瘤) 在男子和女子方面均能看見，不過女子方面比較多見。

婦女的尿道很短，大小不一的乳頭狀瘤的個別絨毛從尿道外口伸出，所以診斷並無困難。男子方面，僅在乳頭狀瘤位於尿道外口後面舟狀凹內場合，可用肉眼看見。如果乳頭狀瘤的位置較深，則必須要用尿道鏡檢查法。

伴發初血尿的尿道息肉和乳頭狀瘤最多見在精阜 (colliculus seminalis) 部。所以尿道鏡檢查法更為需要。

尿道息肉為甚易出血的鮮紅色蠕蟲狀新生物，其位置最多在精阜部。在後尿道顯著鬱血現象場合，或者由於前列腺的慢性傳

染，息肉顯著膨脹，開始出血。出血量通常很少，並且在二、三玻璃盃試驗場合，僅第一盃中的尿染有血色。

除孤立的息肉外，還可以看見類似葵花的乳頭狀瘤。每個絨毛可能達到相當的體積，這樣的新生物可能分佈在尿道的全部經路上。乳頭狀瘤，即使碰到非常輕微的外傷，也很容易出血。出血量通常甚微，在內衣上遺留細小的血點，並且僅使尿的最先部份染血。

但是此等病例內初血尿原因的闡明非常重要；在未下正確診斷之前，止血劑的處方需要十分審慎，因為如此足以減少患者與醫師與患者對這一種最初經過十分良好性的尿道疾患的注意。

女子的息肉通常位於尿道側壁或後壁上，這時可以用肉眼窺見。若干病例內，息肉體積可能很大而突出尿道外口之外，呈鮮紅或紫紅色。向外突出的息肉部份很容易遭受外傷而出血。息肉蒂的位置較高時，其尖端類似球形乳頭，充塞尿道的內腔。

由於長時間的非特異性的經毒性傳染，漸漸發生所謂尿道的加答爾性炎症，此時尿道的玻璃樣浮腫粘膜突出於外而包圍尿道外口。腫脹的粘膜（尤其是突出外面的部份）很容易出血而引起初血尿現象。此等狀態往往容易與尿道真性息肉和惡性腫瘤混淆。又尿道肉阜也容易與惡性腫瘤混淆；尿道息肉在組織學上是被尿道粘膜覆被的靜脈怒張性結節。是由原因不同的鬱血現象而引起此等結節的膨脹以及少數血管的破裂和出血的。值得注意的一點，是尿道肉阜往往見於同時患痔的婦女。

尿道惡性瘤

尿道惡性瘤（癌腫）多見於女子；男子方面多數例內是生在尿道包皮囊或頭或後尿道部（來自前列腺）。

女子方面，癌腫也像息肉似的多侵犯尿道的末梢段。這是一個堅硬的丘狀新生物，浸潤尿道壁的全層。癌腫通常沿尿道壁向膀胱方面蔓延而引起排尿障礙。

此等例內，行尿道觸診時，可以察知特徵的尿道壁堅硬與隆起。迅速發生的突出尿道外口的腫瘍部份的局部崩潰對於正確的診斷可以給予極大的幫助。

尿道壁變硬和崩潰應該與尿道的炎性浸潤區別；粘膜的剝脫或覆有纖維膜狀苔的尿道血管腫破裂結節往往很容易被誤認為崩潰的癌腫。

在有疑難的病例內，應當割下一塊組織作切片檢查。但是必須知道組織的切除可能引起尿道的大量出血。出血部份應常用熱燒灼器燒灼，如能用電氣凝固法，自然更好。如果兩法都不可能，另有一個良好的止血方法，就是用蘸有三氯化鐵（*ferrum sesquichloratum*）藥物溶液的棉花球貼於出血處。事前尿道周圍應當用凡士林塗布，以免流下的藥液灼傷陰唇和陰道的粘膜。

燒灼和切除療法祇適用於出血性和妨礙排尿的息肉。尤其有適應的是尿道肉阜。尿道肉阜手術中，常發生大量出血；此等新

生物又很容易復發。如果採用針對大多數例內所見的尿道或尿道旁腺炎症機轉的保守療法及一般衛生措施，如溫熱乳酸溶液（注洗器內加入30%乳酸溶液——湯匙）注洗及尿道周圍緩和或用an-aesthesia軟膏塗布，更能得到良好的效果。

對於有蒂或根部粗大的乳頭狀瘤適用電凝固法。此等例內，也應仿照膀胱乳頭狀瘤的辦法，除凝固蒂和根部之外，新生物周圍的健康粘膜也要同樣處置。

尿道惡性瘤場合，必須在健康組織區域內行尿道切除手術。此等例內，我們會採用電凝固法而得到良好的效果。這時被切除的部份包括陰蒂。女子尿道遠端四分之三的切除並不會引起小便失禁。因為使用了電刀，所以手術中絕未出血。但鼠蹊部淋巴腺的全部摘出及去勢手術，我們從來沒有採用過。根據許多醫家的意見，這種嚴重而毀損的手術並不能阻止惡性瘤的迅速復發。此外，鼠蹊部淋巴腺摘出後發生的淋巴漏（lymphorrhea），在若干病例內，會引起重篤的合併症，結果患者往往因敗血症而死亡。尿道的廣大切除和續行的鼠蹊部淋巴腺X光綫照射療法最能產生良好的效果。

尿道外傷性損害

除新生物之外，血尿也能發生在尿道的外傷性損害場合，這種外傷性損害可能是手淫或器械檢查時的尿道粘膜損害、尿道挫傷、尿道的部份或完全破裂。

尿道的無創性外傷可以在下列場合看見：會陰與鞍橋撞擊、直立硬物上的跌墜（鐵軌、板等）、骨盆骨折時的骨盆壓碎、或骨盆環右半部或左半部外傷場合的轉位。尿道的破裂部位通常在球狀部與膜狀部的交界處。在重篤的恥骨上枝和坐骨骨折病例內，尿道可能完全脫離膀胱。

尿道壁破裂的時候，包皮蜂窩組織中往往發生嚴重出血。一部份血液印入蜂窩組織中，一部份凝結成大小不一的血塊而積聚在組織間隙中，形成滿貯血液的腔。破裂處的血液凝塊更加擴大尿道破裂端的分離。

隨尿道損害的部位，血腫蔓延到會陰皮下蜂窩組織、陰囊及前腹壁，若干病例中，甚至蔓延到陰莖的皮下蜂窩組織中。

大致說來，尿道外傷性損害的診斷相當簡易。最習見的症狀是尿道內血液的流出和尿瀰留。但是確定損害的程度和性質往往相當困難。

尿道內血液的流出和尿瀰留在尿道單純挫傷及尿道與膀胱完全脫離場合，同樣多見。

在外傷發生後最初數小時內無須從事修正診斷。尿道導管插入術不但是一個危險的方法，而且並不絕對能夠判明受損尿道的實際狀態。我們過去曾看見若干發生尿瀰留的尿道完全破裂的病例內，第一次導尿時，導管很容易進入膀胱，可是以再三導尿時，導管每次進入尿道周圍的血腫裏面，使出血加劇而終於引起血腫的化膿。

尿道出血、會陰部血腫及尿瀰留是三個非常特徵的症狀，如同時存在就可以毫無疑義地斷定尿道破裂。骨盆諸骨骨折的確定更加鞏固了診斷的正確性。

若干醫家認為血尿必須與尿道出血嚴格區別。實用上這種區別並沒有什麼特殊根據，因為任何血尿之前必定發生出血。尿射出時帶走尿道裏的血液，隨出血程度的輕重，可以看見尿內混血、排尿間隔時尿道自動出血。

尿道破裂時，最理想的手術是膀胱的恥骨下切開術。如環境條件不容許行此手術，則應該用一根細針（不可以用套管針）行膀胱穿刺，然後把患者送到可以行手術的地方。

二

終 血 尿

終血尿是最後數滴尿同時，或排尿終了後血液的流出。這是膀胱頸疾患主要症狀之一，在男子和女子方面，發生的頻度相同。

急性主質性前列腺炎

在男子方面，終血尿發生在急性前列腺炎，尤其是在急性主質性前列腺炎場合。後者不一定是化膿性或淋病性尿道炎的結果。在許多全身性傳染病，如流行性感冒、肺炎、腸傷寒等之後，往往可以發生轉移性前列腺炎。在急性濾泡性咽峽炎或不時增惡的慢性扁桃腺炎之後，轉移性咽峽炎尤其多見。再有足部的着冷也能使過去已經存在，但呈潛隱性經過的前列腺炎發生惡化。

前列腺肥大、變硬、觸診時有壓痛。覆蔽膀胱頸及底部的粘膜也被牽連在炎性機轉內。粘膜呈櫻紅色，變脆而容易出血。

由於膀胱頸的炎性刺激，起先尿意略形頻數，以後逐漸變為

非常頻數，在重篤的病例中，往往與寒急後重交替。此時患者經常感到膀胱的不完全撤空，因而引起其肌肉的痙攣性收縮，於是當括約肌每次收縮時從變脆而顯著充血的粘膜壓出血液，這血液隨着排尿時的最後幾滴尿射出尿道之外。

若干病例內，膀胱肌肉的痙攣性收縮同時引起輸精管的逆蠕動而使傳染從後尿道竄入睪丸附件，因之引起兩側急性睪丸炎。後者更加證實了前列腺炎的存在。行兩盞試驗時，兩盞中的尿或都因混有膿液而渾濁，或者雖然透明，但含有細小膿屑。僅最後一部份尿染有血色。

轉移性前列腺炎或慢性前列腺炎增惡的發生往往伴有惡寒及高熱。此時尿道及膀胱的任何器械檢查都絕對禁忌。

此時應當採取一切足以消除急性炎症現象的措施。此等病例內，非常有效的一種治療方法是溫熱的灌腸，用西洋苦菊花（*Flores Chamomillae*）浸液——玻璃盃，內加安替必林 0,5—1,0；每天用橡皮球行這樣的灌腸二三次。事前液體的溫度應該按照每個患者的忍受力而加以調節。可以叫患者用手指伸入盃內試一試液體的溫度，如果太熱，加入涼開水，如果太涼，則加一些沸水，直到獲得對於患者最適宜的溫度為止。此時用橡皮球吸起盃內的液體而徐徐注入直腸，令患者儘可能留置在體內。經過灌腸後，患者應取半坐半臥位置；為實現此事，可以使患者坐在一只大的安樂椅中或者斜靠在床上，背後及後項部用枕頭墊起。

藥物療法：熊葡萄葉（*Folia uvae ursi*）浸劑 15:200,0，

內加大麻酊 (T-ra cannabis indicae) 3,0, 水楊酸鈉及優洛諾品 4,0--6,0; 每隔三小時, 服一湯匙。同時每日服紅色 streptocoid (prontosil) 四、五次, 每次 0,3--0,5。(目今又可以用磺胺類製劑及青黴素。譯者附註)。

急性炎症現象漸漸減退, 尿意頻數也減輕, 因之終血尿也就歸於消失。

膀胱頸炎

急性膀胱頸炎現象場合的終血尿也能在女子方面見到。在全部過度皺襞周圍, 發生粘膜急性水腫, 粘膜上面滿佈假性息肉性增殖, 粘膜下層內有多數溢血。呈孤立點或會合斑狀的溢血可能散佈於膀胱全部粘膜上, 主要在底部及膀胱頸, 較近過渡皺襞的地方。

本病的原因可能是流行性感冒, 煽起尿路內已有傳染之下流或下半身重要感冒。此等例內女子方面的終血尿伴有急性排尿困難現象; 後者往往在用冷水洗滌下部後發生。

溫坐浴、會陰部及膀胱部溫電法、大量飲料(茶、牛乳)及上述各種藥物的處方, 足以迅速引起輕快, 若干病例內, 甚至足以完全消除薦骨部、下腹部及向兩側鼠蹊部放散的疼痛; 十分頻數的尿意漸次變稀而接近常態。終血尿也就此消失。

除由非特異性傳染機轉引起的膀胱頸及底部急性炎性轉機, 終血尿也可見於前列腺及膀胱頸附近的慢性結核性損害場合。此