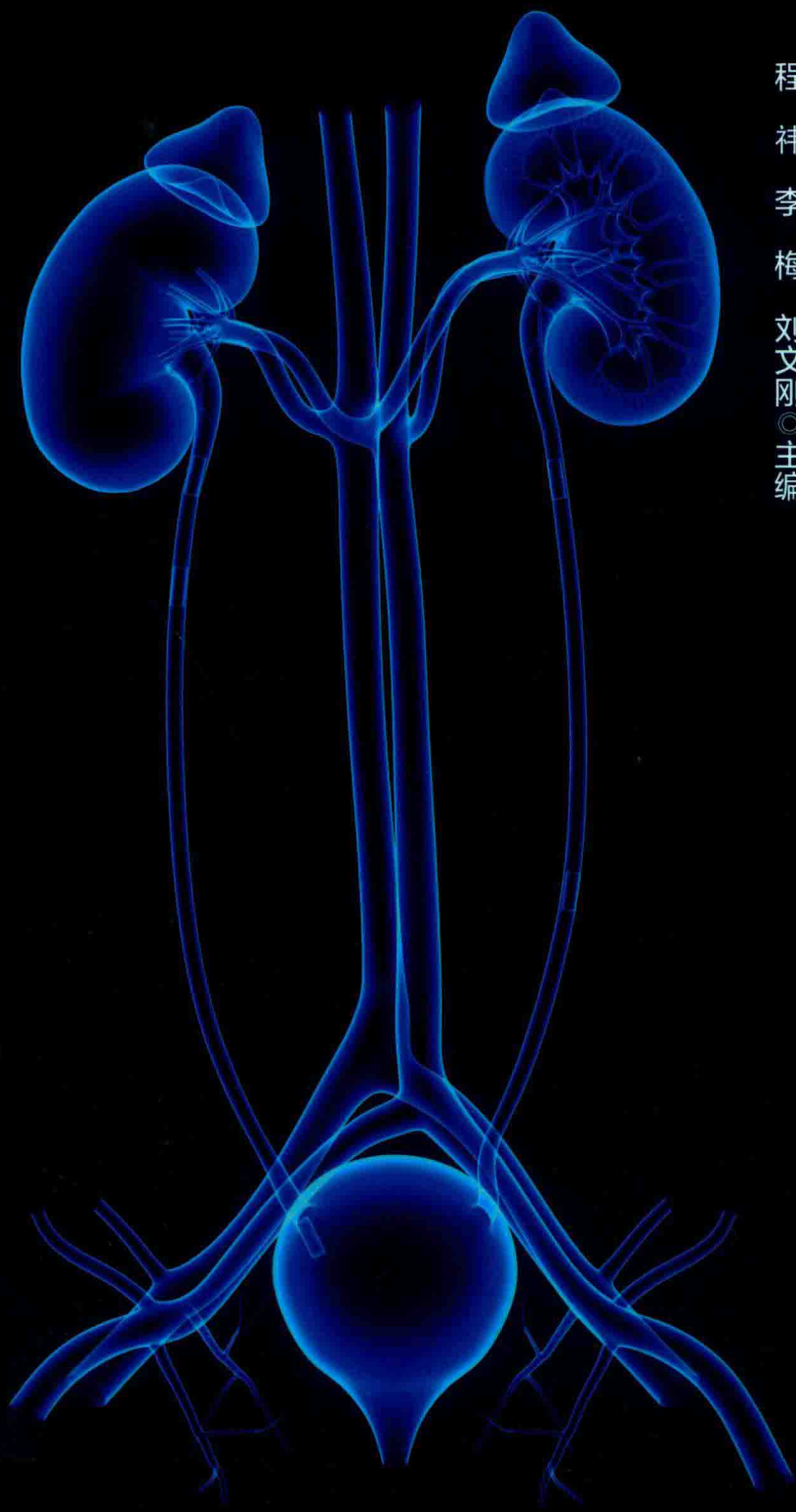


泌尿外科临床 诊疗实践

程 祎 李 梅 刘文刚◎主编



泌尿外科临床诊疗实践

程 祎 李 梅 刘文刚◎主编

图书在版编目（CIP）数据

泌尿外科临床诊疗实践 / 程祎, 李梅, 刘文刚主编
— 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6
ISBN 978-7-5578-4527-8
I. ①泌… II. ①程… ②李… ③刘… III. ①泌尿外
科学—诊疗 IV. ①R69

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第133398号

泌尿外科临床诊疗实践

主 编 程 祎 李 梅 刘文刚
出 版 人 李 梁
责任编辑 张 楠 郭 廓
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 130千字
印 张 6.75
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4527-8
定 价 30.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

近年来泌尿外科和男科的发展非常迅速,医学分工日益细化,理疗设备、器械和技术的不断发展,这就要求医务工作者需要不断学习和更新知识,接受新的诊断和治疗理念。鉴于此,我们特组织多位专家在参阅了国内外大量有关资料的基础上,结合自身多年的临床工作经验撰写了本书。

本书融医学新知识,新技术,新进展于一体,适应了现代泌尿外科不断转变的要求;突出实用性,指导泌尿外科医师解决临床上遇到的实际问题;突出新颖性,以层次分明的介绍展现疾病诊治的具体、可行方案;充分体现现代医学模式的转变;遵循临床思维的程序,给予临床医师运用全面的、动态的、辩证的思维方式应对不同疾病诊治的建议,强化临床思维能力的培养。综上所述,本书不失为一本覆盖面广、实践性强,可供外科医师及其他医务人员参考的泌尿外科书籍。

本书撰写过程中,编者参阅了许多国内外参考文献,在此对原作者表示感谢,限于编者水平,所获资料有限,加之时间仓促,书中如有漏有误,尚望前辈和同道们批评指正,以使本书逐渐趋于完善。

目 录

第一章 泌尿外科疾病主要症状	(1)
第一节 疼痛	(1)
第二节 排尿异常	(2)
第三节 尿的异常	(4)
第四节 尿道分泌物	(5)
第五节 肿块	(5)
第六节 体格检查	(7)
第二章 肾上腺疾病	(12)
第一节 肾上腺无功能性肿瘤	(12)
第二节 皮质醇增多症	(13)
第三节 原发性醛固酮增多症	(19)
第四节 嗜铬细胞瘤	(23)
第五节 肾上腺髓质增生	(28)
第六节 肾上腺皮质癌	(28)
第七节 神经母细胞瘤	(30)
第三章 肾疾病	(33)
第一节 肾盂肾炎	(33)
第二节 肾结核	(36)
第三节 肾下垂	(42)
第四节 肾囊肿性疾病	(43)
第五节 肾血管性高血压	(46)
第六节 肾盂肿瘤	(48)
第七节 肾损伤	(50)
第八节 肾癌	(53)
第九节 肾结石	(59)
第四章 输尿管疾病	(82)
第一节 输尿管畸形	(82)
第二节 输尿管肿瘤	(90)
第三节 输尿管炎	(95)
第四节 输尿管损伤	(99)

第一章 泌尿外科疾病主要症状

第一节 疼痛

泌尿男生殖器官病变引起的疼痛可呈剧烈绞痛,也可以表现为隐痛或钝痛,呈持续性或间歇性。疼痛与泌尿男性生殖系统空腔脏器内压升高、实质器官包膜张力增加或平滑肌痉挛有关,主要见于尿路梗阻及炎症。由于泌尿男性生殖系统多受自主神经支配,疼痛定位往往不准确。

一、肾区疼痛

肾区痛一般局限于一侧肋脊角,呈持续性钝痛或阵发性绞痛,运动后疼痛可能加剧。钝痛多见于肾或肾周感染、积水或巨大占位病变等,因肾包膜扩张并受牵引所致。绞痛多见于结石引起上尿路急性梗阻,也见于血块、脱落组织等阻塞肾盂出口处或输尿管,引起输尿管平滑肌痉挛、肾盂内压力升高,表现为腰腹部突发性剧痛,呈阵发性。绞痛常放射至下腹部、脐部、腹股沟处、睾丸或大阴唇及大腿内侧。肾脏剧烈胀痛多见于肾脓肿、肾梗死、肾周围炎等急性炎症性疾病,常伴全身症状,如寒战、高热等。肾恶性肿瘤早期不引起疼痛,晚期可因梗阻和侵犯受累脏器周围神经而造成持续性疼痛。

由于腹腔神经节和肾邻近腹腔脏器受刺激,肾区剧痛时可合并消化道症状,如反射性恶心、呕吐、腹胀等。此时,右侧肾绞痛应与急性胆囊炎、胆石症、急性阑尾炎等疾病鉴别。不过,腹腔内脏器疼痛很少呈绞痛样,且多伴有腹肌紧张,并常向肩部放射,这是由于膈肌和膈神经受刺激的原因。 $T_{10} \sim T_{12}$ 肋间神经受刺激时产生的疼痛易与肾区疼痛混淆。这类疼痛表现为肋脊角针刺样疼痛,有时向脐周放射,且可随体位变化而得到改善。

二、输尿管疼痛

输尿管因剧烈蠕动、管腔急性扩张以及平滑肌痉挛均会引起疼痛,表现为突发性、多样性,如输尿管走行区的钝痛或绞痛。输尿管绞痛多为结石或血块堵塞输尿管后所致,向患侧腰部、

下腹部、股内侧和外生殖器部位放射。疼痛区域可提示输尿管梗阻的部位:输尿管上段梗阻时,疼痛可向外生殖器放射;输尿管中段梗阻时,伴患侧下腹部疼痛,右侧应与急性阑尾炎鉴别;输尿管下段梗阻表现为膀胱刺激征和耻骨上不适感,在男性可沿尿道反射至阴茎头部。

输尿管绞痛常伴发血尿,应仔细询问两者出现的时间顺序:绞痛先于血尿者,多见于上尿路结石;当血尿先于绞痛时,则可能由血块阻塞输尿管所致,应排除肾肿瘤等疾病。输尿管慢性、轻度梗阻一般不引起疼痛,有时可表现为钝痛。

三、膀胱区疼痛

细菌性或间质性膀胱炎患者表现为间歇性耻骨上区疼痛,膀胱充盈时更显著,同时伴有尿频、尿急或排尿困难,排尿后疼痛感可部分或完全缓解。膀胱颈口或后尿道结石引起急性梗阻时可出现耻骨上、阴茎头及会阴部放射性剧烈疼痛。膀胱肿瘤晚期或原位癌患者也可出现膀胱区疼痛,提示肿瘤已侵犯盆腔内组织,多伴有严重的膀胱刺激征。

排尿痛是部分膀胱炎患者典型的症状,呈烧灼样或针刺样,多在排尿初出现,排尿末加重,放射至尿道远端,常伴有脓尿及膀胱刺激征,甚至出现尿闭感。长期抗感染治疗的膀胱炎患者,如果疼痛不缓解,反而逐渐加重,应考虑膀胱结核。

急性尿潴留引起膀胱过度膨胀时,可导致膀胱区胀痛不适,此时下腹部能扪及包块。慢性尿潴留患者尿潴留和膀胱膨胀呈缓慢进展,即使残余尿超过 1000ml,也很少有膀胱疼痛不适。

四、前列腺、精囊疼痛

前列腺、精囊痛多因炎症导致前列腺水肿和包膜扩张所致。疼痛主要集中于会阴部或耻骨上区,向背部、腹股沟、下腹、阴囊、睾丸以及阴茎头等处放射。急性炎症引起的疼痛较重且伴有寒战、发热,同时合并膀胱刺激症状,直肠指诊时前列腺、精囊部位有明显触痛。慢性炎症引起的疼痛程度较轻,部位多变,且病史长,全身症状少见。严重的前列腺肿胀可造成急性尿潴留。

前列腺、精囊肿瘤引起的疼痛因肿瘤部位、大小及浸润情况而异。前列腺癌除了可以侵袭周围组织、骨盆、腰骶部和直肠等部位引起疼痛,还可引起一侧或两侧坐骨神经痛。癌性疼痛多剧烈且伴有消瘦等恶病质表现。

(孔广发)

第二节 排尿异常

可因泌尿系炎症、梗阻、排尿功能障碍引起。常见的有下列症状:

1. 尿频 即排尿次数增多。正常人白天排尿 4 或 5 次,夜间排尿 0 或 1 次,每次尿量约

300ml。尿频可由于总尿量增多或膀胱容量减少引起。前者见于糖尿病、尿崩症、醛固酮症、急性肾功能不全多尿期。后者见于：①膀胱炎。由于膀胱黏膜水肿、炎性浸润，刺激膀胱而致尿频。尿频与尿急、尿痛合称膀胱刺激症状。结核性膀胱炎时可发生膀胱挛缩，膀胱容量缩小，尿频持续存在，甚至出现尿失禁。②前列腺增生等所致尿路梗阻，残余尿量增加，膀胱有效容量缩小而出现尿频。③神经源性膀胱。由于膀胱逼尿肌反射亢进，使膀胱内压超过 1.47kPa ($15\text{cmH}_2\text{O}$)，引起尿频或急迫性尿失禁。④膀胱邻近器官的病变，如阑尾炎、盆腔脓肿、输尿管下端结石刺激膀胱或妊娠子宫、子宫肌瘤、子宫脱垂压迫膀胱，使其有效容量减少而致尿频。⑤精神紧张、焦虑、恐惧均可使排尿次数增加。此外，包皮过长、阴茎头包皮炎、尿道炎、前列腺炎等均可引起尿频。

2.尿急 指突然有强烈尿意而迫不及待要排尿，常伴有尿频、尿痛。见于尿路感染、前列腺炎、输尿管下端结石、膀胱癌(尤其是原位癌)、神经源性膀胱(逼尿肌亢进型)。

3.尿痛 指排尿时膀胱区及尿道疼痛。常见于尿道炎、膀胱炎、前列腺炎、膀胱结石、膀胱结核、异物、晚期膀胱癌等。尿痛性质为灼感或刺痛。尿道炎多在排尿开始时出现疼痛；膀胱炎常在排尿终了时疼痛加重；前列腺炎除有尿痛外，耻骨上区、腰骶部或阴茎头亦感疼痛；膀胱结石或异物多有尿线中断。

4.排尿困难 指排尿不畅，排尿费力。排尿困难的程度轻重不等，轻者排尿迟缓，尿线无力，射程短；重者尿线变细或滴沥不成线，排尿需用力，或用手按压小腹协助排尿，膀胱过度充盈，甚至完全不能排尿。见于尿道狭窄、前列腺增生症、尿道结石或异物、晚期膀胱癌、子宫肌瘤或子宫脱垂压迫膀胱颈、尿道外伤、神经源性膀胱功能障碍等。排尿困难常伴有残余尿增多。

5.尿潴留 指膀胱充满尿液而不能排出。分为急性尿潴留和慢性尿潴留。前者发病突然，耻骨上可触及膨胀膀胱，患者非常痛苦，常见于尿道创伤、尿道结石等；后者起病缓慢，历时长久，膀胱张力减少，患者无明显痛苦，常见于前列腺增生症、尿道狭窄、神经源性膀胱功能障碍。长期尿潴留可引起双侧输尿管及肾积水，导致肾功能受损。

6.尿失禁 由于膀胱括约肌损伤或神经功能障碍而丧失排尿自控能力，使尿液不自主地流出。有四种类型：①真性尿失禁。见于神经源性膀胱功能障碍或括约肌的严重损伤等。前列腺增生电切术如损伤尿道外括约肌可出现永久性真性尿失禁。②压力性尿失禁。由于尿道括约肌功能减退，于各种使腹压增加的活动(如咳嗽、喷嚏、跑步、搬动重物等)时出现尿失禁。多见于中年经产妇。③充盈性尿失禁。尿潴留时膀胱过度充盈，膀胱内压等于或大于尿道括约肌的阻力，尿液不断自动滴出。见于前列腺增生症、尿道狭窄、神经性膀胱功能障碍。④急迫性尿失禁。患者突然感到强烈尿意，并迫不及待地排出尿液，见于急性膀胱炎、急性前列腺炎，经尿道前列腺电切术后早期，亦可发生于上运动神经元所致不稳定膀胱。女性尿道括约肌功能相对较弱，精神紧张亦可出现尿失禁，属于此类。

7.少尿、无尿、多尿 正常人每天尿量约 1000ml 。24小时尿量在 400ml 以下为少尿； 100ml 以下为无尿或尿闭。少尿和无尿提示肾功能不全或濒于衰竭状态。其原因有：①严重脱水、大出血、休克、大面积烧伤等。②肾脏本身病变，如肾小球肾炎、多囊肾、慢性肾盂肾炎

等。③双侧输尿管梗阻。多尿指 24 小时尿量超过正常尿量,少者 2000ml 以上,多者 5000~6000ml。见于糖尿病或尿崩症、急性肾功能不全多尿期。

8.漏尿 指尿液经尿道口以外的部位排出体外。见于外伤、产伤、手术、感染、肿瘤等所致的尿道瘘、尿道阴道瘘、膀胱阴道瘘、尿道直肠瘘、输尿管阴道瘘以及先天性输尿管异位开口、膀胱外翻、脐尿管瘘等。应与尿失禁相鉴别。

9.遗尿 指 3 岁以上儿童睡眠时不自主排尿。4~12 岁儿童 10%~15% 有遗尿,随年龄增大逐渐减少。

(孔广发)

第三节 尿的异常

许多泌尿外科疾病都可引起尿的异常,常见的改变有血尿、脓尿、细菌尿、乳糜尿、结晶尿和气尿等。

1.血尿 即尿中带血。正常人尿镜检每高倍视野可见到 0~2 个红细胞,离心后每高倍视野红细胞如超过 2 个即为不正常。血尿程度决定于尿内出血量多少。出血多时,肉眼可见,称为肉眼血尿,其颜色呈浅粉红色至深褐色不等,甚至有血凝块。出血少时肉眼看不出血色,仅在显微镜检查时发现红细胞数超出正常数字,称为镜下血尿。

临床上根据血尿在排尿过程中出现的情况分为尿道溢血、初血尿、终末血尿和全程血尿四类。可用尿三杯试验区别。根据血尿出现的情况,可初步判断病变的部位:①尿道溢血,血由尿道口不自主地流出,与排尿无关。病变在尿道括约肌以下。②初血尿,排尿开始时尿内有血,以后逐渐转清。病变多在尿道或膀胱颈。③终末血尿,排尿终了时尿内有血或血色加深。病变多在膀胱三角区、膀胱颈或后尿道。④全程血尿,血尿多来自膀胱颈以上病变。

血尿常见的病因,国内统计的顺序为:泌尿系感染、结石、肿瘤、前列腺增生、损伤及结核等。

2.脓尿 即尿内有脓细胞。常见原因有非特异性感染与特异性感染两类。非特异性感染包括肾盂肾炎、肾积脓、膀胱炎、前列腺炎或脓肿、尿道炎及邻近器官炎症(如盆腔脓肿)等。常见细菌为大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌等。特异性感染主要为结核和淋病。

3.细菌尿 指尿内存在细菌。应做尿细菌定量培养以鉴别尿中细菌是感染还是污染。经无菌采取清晨第一次中段尿做培养,如每毫升尿中细菌计数在 10 万以上,认为是感染;在 1 万以下为污染;介于 1 万和 10 万之间,为可疑感染,此时,应重复培养。

4.乳糜尿 指尿内含有乳糜或淋巴液。尿呈乳白色,含脂肪、蛋白质、红细胞及纤维蛋白原。表明肾内存在尿路淋巴管瘘。常见原因是丝虫病,其他有腹膜后肿瘤、创伤、结核等。乳糜易溶于乙醚,借此与脓尿、结晶尿相鉴别。

(孔广发)

第四节 尿道分泌物

尿道分泌物是指在不排尿动作时经尿道口自然流出黏液性、血性或脓性分泌物。正常尿道口应无分泌物,只是在性冲动时由尿道口流出白色清亮的黏液。

一、血性尿道分泌物

血性尿道分泌物包括尿道出血和血精。尿道出血多来自尿道外伤或尿道、精阜肿瘤,患者常在无意中发现内裤上有陈旧性血迹。血精是前列腺、精囊疾病的特征性表现,病因以炎症、肿瘤或结核为多见。

二、脓性尿道分泌物

脓性分泌物多见于淋病奈瑟菌性尿道炎,表现为尿道流脓,并伴有急性尿道炎症状及尿道口红肿,挤压尿道近端后可见淡黄色脓液自尿道外口流出。淋病性尿道炎的诊断,可取少量脓液涂片行革兰染色,常在白细胞内查到革兰阴性双球菌。非特异性尿道炎的分泌物量较少,呈稀薄状或水样黄色。非特异性尿道炎的常见致病微生物为大肠埃希菌、链球菌、葡萄球菌、沙眼衣原体、解脲支原体等。

三、黏液性分泌物

黏液性尿道分泌物见于性兴奋及慢性前列腺炎。性兴奋时,前列腺充血,腺泡分泌增加及腺管扩张,当腹压增高或会阴部肌肉收缩时,前列腺液便从尿道口流出。慢性前列腺炎患者常在清晨从尿道口流出少量色清的黏液性分泌物,或分泌物将尿道外口黏合。患者如果在大小便后,发现有少量乳白色、黏稠分泌物流出尿道外口时,俗称“滴白”,显微镜下检查可见较多的白细胞和脓球。

(孔广发)

第五节 肿块

由于泌尿系器官解剖位置较隐蔽或不甚注意,当这些器官出现肿块时,往往已存在一定时间。肿块多因肿瘤、畸形、感染、外伤、梗阻性疾病等所致。

一、腹部、腰部肿块

上腹部两侧或腰部发现肿块时,都应与健康肾脏相鉴别。体型瘦长的人,深呼吸时可触及正常肾脏下极,故肾下极肿块较上极更易扪及。当肾脏肿块可以触及时,应仔细触摸肿块的大小、质地、活动度、坚硬度,有无结节等。肾肿瘤多为实性,质地坚硬,表面光滑或呈分叶状。肿瘤早期时,有一定的活动度;晚期时肿瘤浸润周围组织而固定,此时多有局部剧痛的症状。肾中下极巨大肿瘤可越过腹部正中线。脓肾或肾周感染之肿块可有明显的腰痛、叩击痛,患者向患侧弯曲的体位以减轻疼痛。肾囊肿和肾积水形成的肿块表面光滑,多有囊性感。

多囊肾一般是双侧性的,两侧上腹可触及巨大肾脏,表面呈囊性结节样。小儿腹部肿块常见于肾母细胞瘤和巨大肾积水,质地明显不同。肾损伤引起的肾周围血肿及尿外渗时,在患侧腹部和腰部可触及痛性肿块,如出血未控制,肿块可进行性增大。肾下垂者,肾移动范围明显增大,坐位和侧卧位时均较易触及。

二、下腹部肿块

下腹部触及肿块时,首先应排除尿潴留。最可靠的方法是超声检查,其次是导尿术,如果导尿后肿块消失,并引流出大量尿液,表明肿块是膨胀的膀胱。

膀胱、盆腔内恶性肿瘤以及隐睾恶变等患者都可以在下腹部耻骨上触及肿块。脐部常见肿块为结核性腹膜炎所致的粘连性包块,肠系膜淋巴结结核或肿瘤,横结肠包块及蛔虫团等;左下腹常见肿块为乙状结肠肿瘤、血吸虫病、左侧卵巢或输卵管包块;右下腹常见肿块为盲肠、阑尾的炎性病变、肿瘤及右侧卵巢或输卵管肿块;下腹部常见包块为膨胀的膀胱、膀胱肿瘤、妊娠子宫及子宫肿瘤等。盆腔肿块除腹部检查外,还应经直肠或阴道进行双合诊,确定肿块大小、位置和活动度。

三、腹股沟区肿块

腹股沟触及肿块时,首先应考虑疝,肿块多可回纳入腹腔,咳嗽时出现。如果疝内容物为大网膜时,触及为实性,应与淋巴结、精索囊肿或隐睾等相鉴别。

腹股沟肿大淋巴结多为炎性或阴茎癌转移。炎性淋巴结表现为压痛明显,活动度大,而癌性淋巴结多相互融合,质坚硬,活动度差,确诊需进行活检。如果阴囊空虚,在腹股沟处触及肿块时,首先应考虑隐睾。

四、前列腺肿块

前列腺部触及肿块应注意区别肿瘤还是非特异性炎性结节、结核或结石。早期前列腺癌

可以在前列腺表面触及孤立的硬结节;晚期时,癌肿占据整个前列腺,向直肠腔凸出,质地坚硬,表面结节感,不光滑,与周围界限不清。

(孔广发)

第六节 体格检查

体格检查是全面、系统了解身体状况的一组最基本的检查方法,与病史采集同等重要。泌尿系统解剖位置较深,检查有一定困难,就更应该认真、有序地进行,以便对泌尿外科疾病进行合理、准确的诊治。

一、全身情况检查

体格检查首先必须认识正常体征,才能发现异常体征,同时掌握查体的基本方法。体格检查的基本要求就是有序、全面、认真,避免遗漏临床体征。

营养状态与食物的摄入、消化、吸收和代谢等因素密切相关,最简便的方法是观察皮下脂肪的充实程度,如前臂曲侧或上臂背侧下 1/3。当体重减轻至低于正常的 10% 时称为消瘦,极度消瘦者称为恶病质,常见于肿瘤晚期患者。当体重超过标准体重的 20% 以上者称为肥胖。肾上腺皮质功能亢进(Cushing 综合征)所致的内源性肥胖,表现为向心性肥胖,满月面容、腹部皮肤紫纹等。相反,皮肤色素沉着伴消瘦者,应考虑肾上腺皮质功能低下。

凹陷性水肿指局部受压后可出现凹陷;非凹陷性水肿指局部组织虽然有明显肿胀,但受压后并无明显凹陷,如黏液性水肿和象皮肿(丝虫病)。外生殖器和下肢水肿提示心功能不全、肾衰、肾病、盆腔或腹膜后淋巴梗阻等。

浅表淋巴结检查时,如果发现淋巴结肿大,应注意其部位、大小、数目、硬度、压痛、移动度,局部皮肤有无红肿、瘢痕及瘰管等。腹股沟淋巴结肿大可继发于阴茎、尿道恶性肿瘤或性传播疾病。全身性淋巴结肿大常见于急、慢性淋巴结炎,淋巴瘤,各型急、慢性白血病等。

内分泌疾病、长期酗酒、肝硬化失代偿期或因前列腺癌接受内分泌治疗后,男性患者会出现乳房发育异常。

腹水一般在 1000ml 以上才能扣出移动性浊音叩诊。腹膜炎三联征包括压痛、反跳痛和腹肌紧张度增加。多发性大动脉炎的狭窄病变部位可听到收缩期杂音,肾动脉狭窄时常在上腹部或腰背部闻及收缩期杂音。

浅感觉包括痛觉、触觉及温度觉。深感觉包括运动觉、位置觉及震动觉。复合感觉是指皮肤定位感觉、两点辨别觉和形体觉等,也称皮质感觉。皮肤划痕试验时,如白色划痕持续较久,超过 5 分钟,提示交感神经兴奋性增高。如红色划痕迅速出现且持续时间长,提示副交感神经兴奋性增高或交感神经麻痹。

刺激皮肤或黏膜引起的反应称为浅反射。腹壁反射可以反映脊髓完整情况,如上部腹壁

反射消失,提示胸髓7~8节病变,中部腹壁反射消失定位于胸髓8~10节病变,下部腹壁反射消失定位于胸髓11~12节病变,上、中、下腹壁反射消失见于昏迷或急腹症、肥胖、老年人,经产妇。一侧腹壁反射消失见于同侧锥体束病损。双侧提睾反射消失见于腰髓1~2节病变;一侧反射减弱或消失见于锥体束损害多或少、老年人及局部病变(腹股沟疝、阴囊水肿、睾丸炎)。

二、泌尿外科体格检查

泌尿生殖器官多具有对称性,体检时应特别注意左右对比,这样可以排除一些假象的干扰并减少主观性。许多男性外生殖系疾病仅靠体检即可作出诊断。

(一)肾脏检查

1. 检查方法

(1)视诊:首先应观察两侧肾区及上腹部是否对称,有无局部隆起,有无脊柱侧凸及皮肤异常。新生儿或小儿患者,通过透光试验常可鉴别肾的含积液疾病(积水或肾积脓)与实质性病变。

(2)触诊:肾脏双手合诊时,可取仰卧位,屈髋屈膝,置于腰背部的左手向上推挤肾脏,右手触摸。正常情况下,肾脏常不能触及,偶可触及右肾下极。肾脏肿大、下垂、异位或肾脏肿块时,则可被触及,此时应注意大小、质地、活动度及表面情况等。

(3)叩诊:左手掌贴于脊肋角区,右拳叩击左手背,如引发疼痛,提示该侧肾脏或肾周围炎症、肾结石或肾积水。叩诊时避免暴力,尤其对肾外伤等患者。

(4)听诊:听诊不常用。肾动脉狭窄、肾动静脉瘘或肾动脉瘤患者中,有时可在上腹部肋弓下方与腹直肌外缘交界处的肾动脉投影区听到吹风样血管杂音。

2. 异常发现 较大的肾脏肿瘤、肾积水、肾囊肿可在患侧上腹部、腰部见到圆形隆起。急性肾周围炎时可见腰部凸向健侧。输尿管结石引起肾绞痛发作时,该侧肾区可有叩击痛。小儿肾区肿块多为囊性或良性,如肾积水、肾多发性囊肿;恶性肿瘤主要有Wilms瘤和成神经细胞瘤。

(二)输尿管检查

1. 检查方法 输尿管位于腹膜后脊柱两侧,视诊很少有阳性发现,经前腹壁也无法触及。当输尿管有病变时,腹直肌外缘可有深压痛。着重检查输尿管压痛点:上输尿管压痛点位于腹直肌外缘平脐水平;中输尿管点位于髂前上棘与脐连线中外1/3交界内下1.5cm处,下输尿管点,直肠指诊时位于直肠前壁、前列腺外上方处;女性行阴道双合诊,位于阴道前壁穹隆部侧上方。输尿管点压痛,提示输尿管病变。

2. 异常发现 当有结石或其他炎性病变时,沿输尿管径路可能有深压痛,但无反跳痛。输尿管下段较大结石可以通过阴道或直肠触及。如果患者消瘦,输尿管有较大结石或肿块时,偶可触及索条状、质硬包块。

(三)膀胱检查

1. 检查方法

(1)视诊:患者取仰卧位,充分暴露全腹部。下腹正中看到明显隆起时,膀胱容量通常已超

过 500ml。

(2)触诊:多采用双合诊,即检查者一手放于膀胱区,另一手示指经直肠或阴道行触诊。该方法可以了解膀胱肿瘤或盆腔肿瘤大小,浸润范围,膀胱活动度,以及判断手术切除病灶的可能性。如有压痛,提示膀胱有炎症、结核或结石。当尿液量 $\geq 150\text{ml}$ 时,膀胱可在耻骨联合水平上被触及;尿液量 $\geq 500\text{ml}$ 时,耻骨联合上区可触及球状包块,囊性感。

(3)叩诊:膀胱叩诊应从紧邻耻骨联合上缘开始,逐渐向上,直到叩诊音由浊音变为鼓音为止,此时为膀胱的上缘。叩诊是诊断膨胀膀胱的主要方法。

2.异常发现 患者仰卧位时如果触及充盈膀胱,排尿后包块消失为正常,排尿后不消失为慢性尿潴留。如果患者有开放性脐尿管瘘,经膀胱注入亚甲蓝后可见脐部漏尿。先天性膀胱外翻时,在下腹部正中可见腹前壁及膀胱前壁缺损,并可见双输尿管口间歇性喷尿,尿道上裂及阴茎畸形。腹壁薄软等条件下,双合诊有时能触及膀胱内结石或肿瘤。

(四)尿道检查

1.检查方法 男性尿道位于阴茎腹侧,外口位于阴茎头中央。观察尿道外口的位置与大小。

2.异常发现 尿道下裂的尿道外口位于阴茎腹侧。从阴茎根部开始依次触压阴茎腹侧尿道至尿道外口,如有尿道结石,可触及局部硬物;如有脓性分泌物,应收集送检。

(五)阴茎检查

1.检查方法 观察阴毛分布、阴茎发育和包皮情况。常态下成年人阴茎头外露,阴茎长 $7.4(4.0\sim 14.5)\text{cm}$,直径约 2.6cm ,勃起时长度可增加1倍($14\sim 21\text{cm}$)。阴茎长度与身高无关。包皮过长者检查完毕应将包皮复位,以免造成包皮水肿或嵌顿。

2.异常发现 小阴茎表现为阴茎短小但外形正常,常温下短于 3cm 。多见于先天性睾丸发育不良等。包皮过长是指阴茎头不能外露,但包皮可以上翻;包茎是指包皮口狭小致使包皮不能上翻,但4岁以前小儿的包皮不能退缩至冠状沟属正常。阴茎癌几乎均发生于包皮过长或包茎者,常伴有腹股沟淋巴结肿大。阴茎头肿块及新生物常为阴茎癌或尖锐湿疣,糜烂或溃疡可能为疱疹或梅毒。阴茎触诊时,可用拇指和示指旋捏阴茎干,如有结节及压痛,提示阴茎海绵体硬结症。

(六)阴囊及其内容物检查

1.检查方法

(1)视诊:观察阴囊的颜色以及两侧的对称性,注意有无溃疡、炎症、结节、瘘管及湿疹样病变。阴囊肿块或精索静脉曲张也能在视诊中被发现。

(2)触诊:阴囊内容物触诊时首先检查睾丸,然后是附睾及索状结构,最后是腹股沟外环。检查时应用大拇指、示指和中指来完成。注意睾丸存在与否、体积、形状、硬度以及有无结节和压痛等。测量睾丸体积的标准方法是应用睾丸模型进行对照式测量。附睾纵向贴附于睾丸的后外侧。检查时应自上而下依次触诊头、体和尾部,注意有无压痛、肿大和结节。输精管是否存在、有无结节。触诊精索时,受检者应采取直立位,注意有无精索静脉曲张,精索内有无结节,怀疑精索静脉曲张时还应采用 Valsalva 方法检查,即患者站立,屏气增加腹压,可以触摸

到曲张的静脉。

2.异常发现 对于阴囊内肿物,均应例行透光试验。用手电筒紧抵阴囊后侧并向肿块照射,检查者通过纸筒在阴囊前壁观察,如有红色光线透过,表明肿块为鞘膜积液;如不透光则为实质性肿块,提示睾丸炎症或肿瘤。

正常成人睾丸体积约为15~25ml。小而软的睾丸表示其发育功能不良。睾丸肿瘤时,睾丸有沉重感,肿块多呈无痛性、实性、形状不规则。阴囊空虚提示睾丸下降不全,睾丸多数位于腹股沟内环附近,检查时一手示指通过阴囊轻轻伸向腹股沟外环处,另一手置于内环附近,两指轻轻对挤式触摸腹股沟管内睾丸。不宜用单手触诊,这样易将睾丸推回腹腔,导致漏诊,或将腹股沟淋巴结误认为未降睾丸。睾丸附件扭转时,可透过阴囊皮肤观察到因淤血而呈淡蓝色的睾丸附件,即“蓝斑征”。

附睾肿块绝大多数为良性病变。急性附睾炎所致的附睾肿大以附睾头部为主,患者常因疼痛而抗拒触诊;附睾结核肿块常位于附睾尾部,质地坚实,结节状,欠光滑,压痛不明显,输精管可呈串珠样改变。精液囊肿位于附睾头部,触之有囊性感,但张力较低。

牵拉睾丸时,如感精索疼痛,即为精索牵拉痛征阳性,提示精索炎。10~20岁的青少年如果出现睾丸疼痛,并伴有局部肿胀,疼痛向腹股沟和下腹部放射,则可能发生睾丸扭转。发病早期尚能触到睾丸上提至外环处并呈横位,精索增粗并有肿痛。睾丸托举试验有助于鉴别诊断,方法是检查者用手向上托起患者睾丸时,如果痛感加重(Prehn征阳性),则提示精索扭转,这是由于托举睾丸时,扭转的精索遭受进一步的挤压所致;如果疼痛减轻,则表明睾丸附睾炎可能性大。精索静脉曲张时,阴囊皮下的静脉曲张成团,使阴囊呈“蚯蚓袋”样外观,多见于左侧,Valsalva征阳性,平卧并抬高阴囊后静脉曲张逐渐减轻,但若曲张的静脉仍不消失,说明可能系腹膜后肿瘤压迫引起的高位回流受阻。

(七)直肠指诊

1.检查方法 检查前患者排空膀胱,取膝胸位、侧卧位和直立弯腰位。检查者戴上橡皮手套,将示指缓缓滑入肛门。首先应注意肛门括约肌功能,再在示指所及范围内检查有无新生物。在直肠前壁依次触摸前列腺的左侧沟、左侧叶、中央沟、右侧叶和右侧沟及前列腺尖部下方的膜部尿道。检查前列腺大小、形态、质地、表面是否光滑、是否有结节及压痛、中央沟是否存在及变浅。精囊在正常情况下触不到。正常前列腺栗子形大小,表面平滑,质地柔韧似橡皮。

2.异常发现 良性前列腺增生时前列腺增大且坚韧,中央沟变浅、消失或隆起;重度增生时手指不能触及其上缘。前列腺癌特征性表现是腺体内有坚硬如石的不光整结节。前列腺增生时两侧叶常对称性增大,质韧。急性前列腺炎时,不宜做前列腺按摩和取前列腺液,可能导致细菌沿输精管扩散,继发附睾炎,甚至出现败血症。前列腺如有波动感时,应考虑前列腺脓肿,可以穿刺吸脓或外科引流。慢性前列腺炎则有肿胀感,必要时可按摩前列腺液送检。检查完毕注意有无指套染血。

检查肛门张力是一项很重要的项目。肛门松弛和痉挛程度可以反映尿道括约肌的状态,又因肛门和尿道括约肌受共同神经支配,引发球海绵体反射,对于诊断神经源性膀胱功能障碍

有一定意义。

(八)女性外生殖器和尿道外口检查

1.检查方法 男性泌尿外科医生给女患者进行盆腔检查时,切记要有女医生或护士陪伴。开始时检查外阴和阴唇,要特别注意外阴的萎缩性变化、分泌物和溃疡等。尿道口检查是否有囊肿、黏膜脱垂、黏膜增生、肿瘤和肉阜等。接着嘱患者腹部加压,观察是否有膀胱或直肠脱垂。双合诊可以用来检查膀胱、子宫和附件。

2.异常发现 尿道触诊可检出结节样变化,如炎症和肿瘤。触诊可发现尿道憩室,憩室有感染时,可从尿道挤压出脓性分泌物。女性尿道旁腺囊肿表现为尿道口肿物,肿大疼痛,腺管开口红肿,挤压有脓性分泌物。前庭大腺感染为淋病最常见的并发症。子宫全部脱出阴道口以外称为子宫脱垂。

(九)神经系统检查

1.检查方法 感觉检查要求患者清醒、合作,并力求客观。先让患者闭目,嘱受到感觉刺激后立即回答。可取与神经径路垂直的方向(四肢环行,躯干纵行),自内向外或自上向下依次检查;各关节上下和四肢内外侧面及远近端均要查到,并两侧对比。检查球海绵体肌反射时,检查者一个手指戴上指套伸进患者肛门,另一只手捏患者的阴茎头,或用钝针去刺阴茎头,正常情况下会引起患者肛门括约肌强烈收缩,肛门里的手指会感觉到此种收缩。

2.异常发现 感觉障碍可有减退、消失和过敏之分。若同一区域内某些感觉减退,而其他感觉保留(如触觉),称分离性感觉障碍。感觉障碍的主观症状可有疼痛、发麻、蚁行感、烧灼感等,可为自发性或在激惹后引起,后者如压痛、牵引痛等,系感觉通路的刺激性病变所致。感觉障碍分布形式因病变损害部位可有周围型(神经末梢型)、脊髓节段型(根型)、传导束型和皮质型之分。球海绵体肌反射阴性,提示存在支配勃起功能的神经障碍。

(孔广发)

第二章 肾上腺疾病

第一节 肾上腺无功能性肿瘤

肾上腺无功能性肿瘤,指不产生或少产生肾上腺皮质激素,不分泌或少分泌儿茶酚胺,临床上不表现肾上腺皮质功能亢进的症状和体征,或不存在以高血压为主的儿茶酚胺血症一系列临床表现的肾上腺肿瘤。

【分类】

根据肿瘤分布部位,常分为3类。

1.肾上腺皮质无功能性肿瘤 指不产生大量糖皮质激素、盐皮质激素和性激素的肾上腺皮质肿瘤,临床上无皮质功能亢进的症状和体征,常因肿瘤本身引起的症状而就诊。肾上腺皮质无功能性肿瘤以恶性为多见。肿瘤细胞分化不良,瘤细胞侵入包膜和血管。不少病例就诊时肿瘤已扩散至区域淋巴结和邻近器官。

肾上腺皮质无功能性肿瘤患者常因腹部肿块、发热和疼痛而就诊,在恶性肿瘤,这三种症状常同时存在。晚期病例常出现乏力、消瘦、食欲缺乏等症状。

B超和CT检查能做出正确诊断,并判断肿瘤对周围器官和血管的侵犯程度。静脉肾盂造影作为常规检查是有必要的,它能显示患侧肾被压迫推移或被侵蚀的程度,有助于鉴别诊断和估计手术范围,并且能证实对侧肾的健全与否,为手术时是否切除肾提供指征。

手术切除肿瘤是首选治疗方法。因肿瘤较大且往往侵入周围脏器,所以经腹切口的安全性和手术彻底性优于经腰切口,必要时需采用胸腹联合切口。

对于手术未能切除或未能完全切除的病例,联合应用化疗药物和放疗有姑息治疗作用。

2.肾上腺髓质无功能性肿瘤 常见有下面3种。

(1)非功能性嗜铬细胞瘤:肾上腺髓质肿瘤多数分泌儿茶酚胺,即多巴胺、去甲肾上腺素和肾上腺素,称嗜铬细胞瘤(或癌)。临床表现取决于儿茶酚胺分泌到血液循环中的浓度。临床表现多种多样,高血压是其突出症状。嗜铬细胞瘤还可以分泌多种生物活性物质,引起和儿茶酚胺无关的症状,如Cushing综合征、水样腹泻、低钾血症、便秘、肢端肥大等。

手术是首选的治疗措施。但对任何肾上腺无功能性肿瘤,怀疑或不能排除嗜铬细胞瘤者,均应做好相关的术前充分准备,术中严密监护心脏及血压变化。