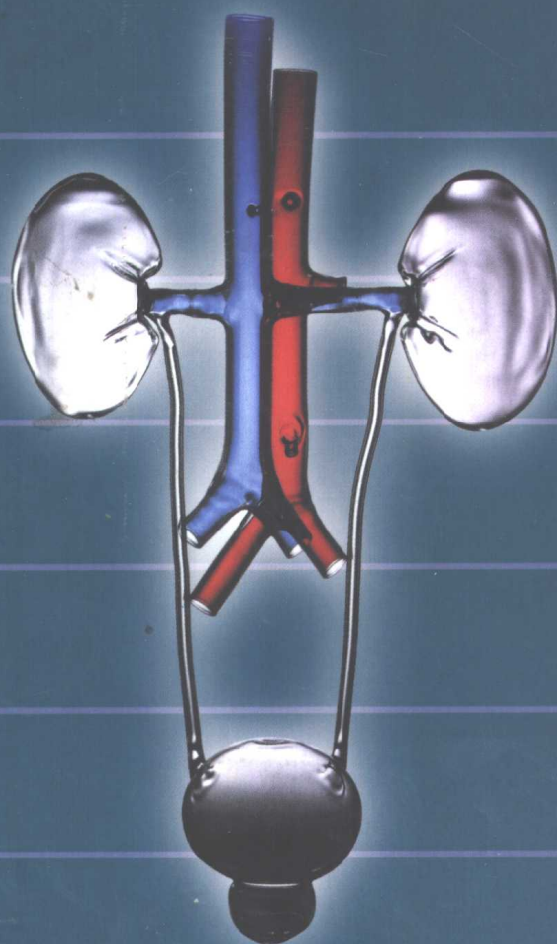


主编：曾令奇 甘卫东 陈金章
主审：孙则禹 那彦群

泌尿外科 诊疗决策

ALGORITHM FOR UROLOGY



第二军医大学出版社

泌尿外科诊疗决策

Algorithm For Urology

名誉主编 郭应禄

主 编 曾令奇 甘卫东 陈金章

主 审 孙则禹 那彦群

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书采用程序图与文字诠释相结合形式,阐述了泌尿外科各种病症的诊断和治疗思维流程。程序图就像主干,而文字诠释就像枝叶,读者既能很快地从程序图中掌握某种病症诊治关键,又能从文字诠释中了解到更多的相关内容。本书的作者都是有丰富临床经验的临床医师,他们将自己的最宝贵的经验,以最有效的方式提供给大家。

读者对象:泌尿外科及男科各级医师、研究生和进修生;临床医学专业医学生。

图书在版编目(CIP)数据

泌尿外科诊疗决策/曾令奇 等编著. —上海:第二军医大学出版社, 2001. 10

ISBN 7-81060-190-3

I. 泌… II. 曾… III. ①泌尿系统疾病—诊疗②临床思维—决策 IV. R769

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 068410 号

泌尿外科诊疗决策

主 编:曾令奇 甘卫东 陈金章

责任编辑:胡加飞

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 818 号 邮编:200433)

全国各地新华书店经销

江苏丹阳教育印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:17.5 字数:415 千

2001 年 10 月第 1 版 2001 年 10 月第 1 次印刷

印数:1~4 000

ISBN 7-81060-190-3/R. 135

定价:43.00 元(精)

谨以此书献给——

我们敬爱的导师 **孙则禹** 教授

曾令奇 甘卫东 周水根 薛 松

参 编 人 员 (按书中出现顺序排列)

- | | |
|-----|----------------|
| 曾令奇 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 甘卫东 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 鹿尔训 | 中国人民解放军海军总医院 |
| 张 犁 | 南京军医学院附属四一四医院 |
| 程继义 | 山东省省立医院 |
| 陈金章 | 南京长江医院 |
| 孙颖浩 | 上海第二军医大学附属长海医院 |
| 董德欣 | 海南省省立医院 |
| 熊晓明 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 孙西钊 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 杨宇如 | 华西医科大学附属医院 |
| 孙则禹 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 薛 松 | 南京军区南京总医院 |
| 戴玉田 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 那彦群 | 北京大学泌尿外科研究所 |
| 孙 光 | 天津市泌尿外科研究所 |
| 邢亚东 | 南京长江医院 |
| 周文泉 | 南京军区南京总医院 |
| 高建平 | 南京军区南京总医院 |
| 陈赐龄 | 苏州大学医学院附属医院 |
| 周水根 | 南京军区南京总医院 |
| 郭宏骞 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 魏 武 | 南京军区南京总医院 |
| 殷立平 | 南京军区南京总医院 |
| 林宁洲 | 南京长江医院 |
| 卫中庆 | 南京大学医学院附属鼓楼医院 |
| 余德才 | 南京大学医学院 |
| 陆曙炎 | 常州市第二人民医院 |

序一

中国泌尿外科经过几代人的辛勤耕耘,已有很大的发展并取得了丰硕成果,各地同道积累了丰富的水平诊治经验,令人鼓舞。但是,我们国家幅员辽阔,各地条件及水平参差不齐,如何尽快把成熟的好经验用于临床造福病人,存在不少困难。中华医学会已在着手制定编写各学科疾病的规范诊疗指南。非常高兴地看到曾令奇、甘卫东、陈金章等医师编写的《泌尿外科诊疗决策》一书,使各地医师在诊治泌尿外科疾病时有所遵循。当然不能靠一本书把难题全部解决,请全国同道不断给予补充、修正。

感谢作者的辛勤劳动,也希望年轻医师们向他们学习,努力钻研、刻苦学习、勇于实践、认真思考和不断总结经验,在实现“泌尿外科2020年达到国际先进水平”目标中做出自己的贡献。

中 国 工 程 院 院 士
中华医学会泌尿外科分会主任委员 郭应禄
北京大学泌尿外科研究所所长

2001年8月

序二

临床医师是直接面对患者的。患者也将自己的健康乃至生命直接托付给了临床医师。临床医师的职责是为患者作出正确的疾病诊断和选择最好的治疗方案,使患者最大限度的康复。要达到上述目的,临床医师只有具备正确的思维方法和能力,才能利用自己扎实的基础和临床医学知识,对错综复杂的临床资料进行分析、综合及逻辑推理,最终确定疾病性质,并根据自己丰富的临床实践经验,实施治疗决策。因此,对临床医师而言,提高临床思维的能力和水平至关重要。

斗转星移,沧海桑田,人类已进入 21 世纪。站在这新世纪的门槛上,我们首先感受到的是新技术革命的浪潮成汹涌之势扑面而来。以电子、信息、生物技术及新材料为代表的高新技术迅猛发展,并取得了令人眼花缭乱的成果。这类发展成果从本质上已深刻地改变了人们的传统观念与现实生活。

在新技术革命浪潮的冲击下,高新技术的研究成果不断地渗透到医学的各个领域。在医学科学的各分支学科中,泌尿外科是最先受益的专科之一,这是因为泌尿系统有一个生理的通道,可以比较容易地将新的技术、新的材料及新的治疗手段输入进去。比如泌尿外科以往利用膀胱镜、尿道镜只能观察泌尿系腔内的疾病,有助于泌尿系疾病的诊断。现在,通过各种多功能的内镜技术,已可将电、激光、超声及机械力输入到整个泌尿系统腔道内,不仅可以诊断疾病还可以治疗疾病。而今,以腔内技术为代表的微创外科仍处在方兴未艾的发展时期。泌尿外科已成为医学科学中最为活跃的专科之一。

现代泌尿外科以高新技术为基础的诊断与治疗方法日新月异,许多疾病的诊疗原则发生了根本的变化。但日益增多的新技术又常常使医疗工作繁忙的临床医师感到有些烦恼。经典的临床思维在目不暇接的高科技成果面前变得似乎有些混乱。如何建立新的科学的临床思维程序 and 如何作出正确的诊疗决策,这是泌尿外科临床医师在新形势下面临的实际问题。

有鉴于此,曾令奇、甘卫东、陈金章等医师勇敢地面对了这新时代的挑战。他们在崎岖的科学道路上努力地攀登;他们在浩如烟海的巨著中苦苦探寻。经过艰苦的劳动,他们对泌尿外科 100 余种疾病,采用“决策树”的形式,结合当代医学科技的发展,分别作出诊断与治疗的科学分析和推理,编撰成书。该书体现了他们对国际泌尿外科发展的敏锐意识和自身良好的医学素养,也渗透着他们大量的心

血和汗水。由于著者都是在教学医院中长期从事泌尿外科专业的临床医师,兼有丰富的理论与实践经验,他们有能力 and 水平描绘出处理泌尿外科各种疾病的思维过程和逻辑程序。现在,他们终于如愿以偿。我相信,《泌尿外科诊疗决策》的出版,定会给泌尿外科临床的同道们以新的启迪。对初入临床的医学院学生和进修医师而言,在临床工作中也可以借鉴这本书的诊断和思维程序,这对他们能尽快地提高临床思维的能力和水平也极有益处。

本书内容新颖,条理分明,言简意赅,逻辑性强,是当代泌外科学领域中一本十分难得的好书。适值本书的出版,欣然修成此序,特向泌尿外科同道们真诚推荐。

中华医学会泌尿外科分会常务委员
江苏省医学会泌尿外科分会主任委员 孙则禹
南京大学医学院附属鼓楼医院泌尿外科主任

2001年7月

前言

单纯依赖经验做出临床决策的时代已经一去不返了,从全球范围内进行的临床研究成果所提供的最佳证据中寻找行动指南,已成为循证医学最基本的要求。当代的临床医师难以招架如海啸般涌来的各种医学信息;多数专著中冗长的论述使忙碌的医生不堪重负。因而,在令人目不暇接的专著与忙碌的临床一线医生之间多多少少存在着一个“信息灰带或信息断层”。泌尿外科也同样如此。

有鉴于此,我们试图写出一本独辟蹊径、不落窠臼的泌尿外科专著。我们希望它是目的明确的著作。我们的方法是让笔像一架摄影机,聚焦于某位医术高超的医生,对其正在处理患者的过程进行“一路跟拍”和“实况转播”,以患者病程中各种可能情况、医生的思维过程以及相应处置为枝干形成临床诊疗的决策树。本书是对各种临床情况制定和实施诊疗决策过程的缩影。其写作逻辑不是按疾病的病因、病理、临床表现、诊断以及治疗等内容形成板块样结构,而是医生处理患者的实际进程的一种记录;其信息焦点是疾病诊疗过程中的逻辑思维的程序。书中毫不含糊地告诉临床医师应该先做什么、后做什么或同时做什么。书中每一节的开始是所要处理问题的简要概述,随后给出诊疗程序,然后对程序进行必要的诠释和说明。

除总结南京鼓楼医院的经验以及我们个人的诊治体会外,本书力求容纳泌尿外科的最新信息。有些内容已与世界卫生组织(WHO)、美国泌尿外科协会(AUA)、美国全科医学协会以及英国泌尿外科协会等知名机构所颁布的行医指南相印证。书中所列的流程图均经过时间与实践的检验,证明是行之有效的。但我们仍希望读者将其视为诊疗建议并灵活运用,而不应将其视为教条。

本书的创意来自于长时间冥思苦想后的灵光一闪。幸运的是,我们的导师孙则禹教授独具慧眼,肯定了我们的想法并给予全力支持。他不仅在百忙之中不辞劳苦地审阅了全部书稿,还亲自承担了大量的组织工作。我们从他顽强拼搏的工作精神和渊深透辟的学术评论中获益颇丰。在此,我们要特别感谢他对我们多年的培养及为本书所作的极有价值的工作。

今年上半年,孙则禹教授就此书稿向郭应禄院士、那彦群教授等专家征求意见时,两位前辈一致表示赞赏。他们不但慷慨地挤出他们宝贵的时间仔细地审阅了书稿,郭院士还专为本书作序以资鼓励并欣然担任名誉主编,而那教授担任了本书的主审。对两位前辈为本书所倾注的时间和心血,我们表示衷心的感谢。第二军医大学出版社胡加飞博士以及社领导也对本书出版给予了鼎力支持。在此,也谨向他们表示衷心的感谢。

本书的编著者中既有我国泌尿外科界近年来崭露头角的青年才俊,更有德高望重的资深专家,从而保证了本书具有一定的权威性和学术水平。尽管如此,书中仍难免有疏漏,甚至谬误,敬请国内外同行不吝赐教。

曾令奇 甘卫东 陈金章

2001年9月

目 录

1 症状和体征	1
1.1 血尿	2
1.2 非肾小球性肾源性血尿	4
1.3 泌尿外科血尿	6
1.4 肾绞痛	8
1.5 乳糜尿	10
1.6 肾肿块	12
1.7 无痛性阴囊肿块	14
1.8 疼痛性阴囊肿块	16
1.9 附睾肿块	18
2 泌尿系损伤	21
2.1 肾脏损伤	22
2.2 医源性输尿管损伤	24
2.3 膀胱损伤	26
2.4 前尿道损伤	28
2.5 后尿道损伤	30
2.6 尿道狭窄	32
3 泌尿系炎症与感染	35
3.1 成人泌尿系感染	36
3.2 急性肾盂肾炎	38
3.3 男性尿路感染	40
3.4 女性尿路感染	42
3.5 泌尿系统念珠菌感染	44
3.6 间质性膀胱炎	46
3.7 泌尿系结核的诊断	48
3.8 泌尿系结核的治疗	50
4 泌尿系梗阻	53
4.1 尿路梗阻	54
4.2 肾盂输尿管连接部梗阻	56
4.3 特发性腹膜后纤维化	58
4.4 良性前列腺增生症	60
5 泌尿系结石	63
5.1 肾结石	64
5.2 输尿管结石	66
5.3 膀胱结石	68

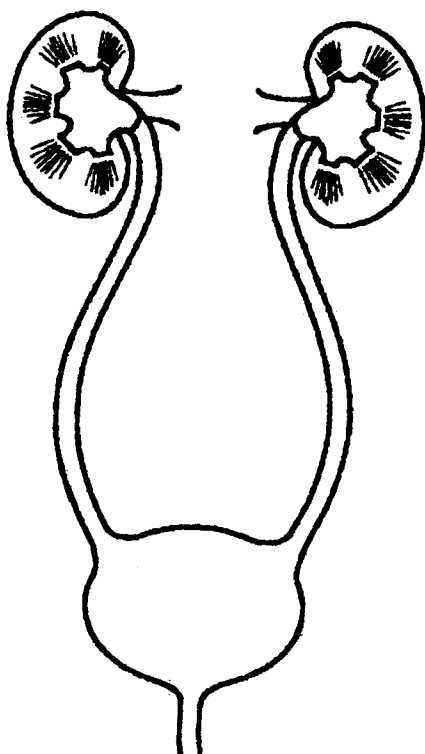
5.4	尿道结石	70
5.5	泌尿系结石的代谢评估	72
5.6	泌尿系结石的内科治疗	74
6	泌尿、男生殖系肿瘤	77
6.1	肾细胞癌	78
6.2	原发性腹膜后肿瘤	80
6.3	上尿路移行细胞癌	82
6.4	膀胱移行细胞癌	84
6.5	G ₃ 级 T ₁ 期膀胱癌	86
6.6	尿道癌	88
6.7	前列腺癌的诊断	90
6.8	前列腺癌的治疗	92
6.9	晚期前列腺癌的内分泌治疗	94
6.10	阴茎癌	96
6.11	转移危险度低的阴茎癌	98
6.12	转移危险度高的阴茎癌	100
6.13	睾丸生殖细胞瘤的诊断、分期	102
6.14	临床 I 期睾丸生殖细胞瘤	104
6.15	低肿瘤负荷的临床 II 期睾丸精原细胞瘤	106
6.16	临床 II 期睾丸非精原细胞性生殖细胞瘤	108
6.18	高肿瘤负荷的临床 II 期和 III、IV 期睾丸生殖细胞瘤	110
7	肾上腺疾病	113
7.1	皮质醇增多症的定性诊断	114
7.2	皮质醇增多症的定位诊断	116
7.3	肾上腺皮质瘤	118
7.4	原发性醛固酮增多症的定性诊断	120
7.5	原发性醛固酮增多症的定位诊断	122
7.6	儿茶酚胺增多症	124
7.7	肾上腺偶发瘤的处理	126
8	男科疾病	129
8.1	前列腺炎分类及症状指数	130
8.2	I 型前列腺炎	132
8.3	II 型前列腺炎	134
8.4	III a 型前列腺炎	136
8.5	III b 型前列腺炎	138
8.6	IV 型前列腺炎	140
8.7	生殖器糜烂和溃疡的诊断	142
8.8	睾丸扭转	144
8.9	阴茎异常勃起	146

8.10	勃起功能障碍的病史分析	148
8.11	勃起功能障碍的诊断	150
8.12	勃起功能障碍的治疗	152
8.13	男性不育的诊断(WHO 标准)	154
8.14	无精子症	156
8.15	无精液排出或少量射精	158
8.16	精子活力不足	160
8.17	多项精液变量异常	162
8.18	血精的诊断	164
9	小儿泌尿外科	167
9.1	小儿尿路感染	168
9.2	小儿排尿异常	170
9.3	儿童尿失禁	172
9.4	小儿急性尿潴留	174
9.5	遗尿症	176
9.6	婴幼儿原发性腹膜后肿块	178
9.7	肾母细胞瘤	180
9.8	神经母细胞瘤	182
9.9	隐睾症	184
9.10	男性假两性畸形的诊断	186
9.11	婴幼儿间性体的诊断	188
10	肾脏移植	191
10.1	活体供肾者的评估	192
10.2	肾移植受者的评估	194
10.3	移植肾功能延迟恢复的处理	196
10.4	移植肾周围积液的处理	198
10.5	移植肾尿路梗阻的处理	200
10.6	透析的外科径路选择	202
11	尿失禁	205
11.1	尿失禁的初步处理	206
11.2	尿失禁的诊断	208
11.3	男性尿失禁	210
11.4	女性尿失禁	212
11.5	压力性尿失禁	214
11.6	急迫性尿失禁	216
11.7	尿失禁的治疗	218
11.8	前列腺切除术后尿失禁	220
12	HIV 感染	223
12.1	成人 HIV 感染的诊断	224

12.2	小于 18 月龄幼儿 HIV 感染的诊断	226
12.3	HIV 感染临床阶段的划分	228
12.4	HIV 感染的治疗	230
12.5	HIV 消耗综合征	232
12.6	医学工作者接触 HIV 后的处理	234
13	其 他	239
13.1	肾血管性高血压	240
13.2	肾囊性病变	242
13.3	膀胱阴道瘘	244
13.4	尿道直肠瘘	246
13.5	球囊排放困难的 Foley 导尿管的处理	248
14	附 录	251
附录 1	本书常用英文缩写	252
附录 2	前列腺癌的 TNM 分期	258
附录 3	器官局限性前列腺癌病变概率的预测	259
附录 4	睾丸生殖细胞瘤的 TNM 分期与临床分期	260
附录 5	阴茎癌的临床分期	261

1

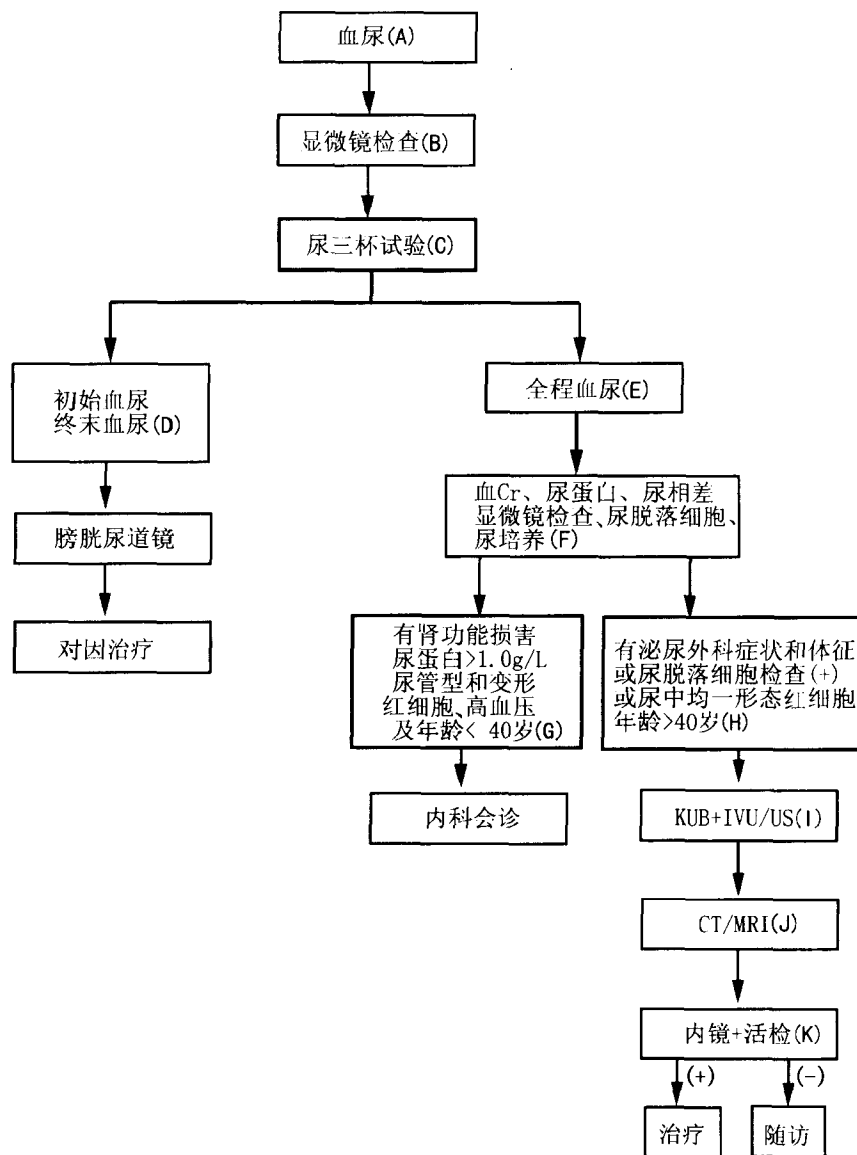
症状和体征



1.1 血尿

血尿是指尿中含有数量异常的红细胞,通常分为肉眼血尿和镜下血尿。尿液在显微镜下每高倍视野中红细胞计数在3个以上即为血尿。

诊疗程序:



诊疗程序诠释

- A** 注意应将血尿与血红蛋白尿、色素尿和尿道溢血相区别。
- B** 对镜下血尿应与肉眼血尿同样重视,两者的鉴别诊断范围应视为基本相同。
- C** 将初、中、末三段尿样分别进行显微镜检查。如第一杯尿液异常而且程度最重,为初始血尿,说明病变可能在前尿道;第三杯尿液异常而且程度最重,为终末血尿,说明病变可能在膀胱颈或后尿道;三杯均异常,为全程血尿,病变部位应在膀胱颈以上。
- D** 初始血尿、终末血尿的患者均应做膀胱镜检查。
- E** 全程血尿按病因可分为:①肾小球性血尿:通常见于内科疾病;②非肾小球性血尿:可见于内科(肾小管间质病变以及全身性病变等)疾病,也可见于泌尿外科疾病。
- F** 利用相差显微镜观察尿中红细胞形态可大致鉴别上述两类血尿。
- G** 肾小球性血尿有变形红细胞或红细胞管型,常合并肾功能损害、尿蛋白 $> 1.0 \text{ g/L}$ 、高血压,多数患者年龄 < 40 岁。在 40 岁以下的单纯性无症状镜下血尿患者中,仅约 1% 有泌尿系异常,而且仅有 0.1% 的恶性病变发生率。
- H** 泌尿外科血尿为非肾小球性血尿,无变形红细胞和红细胞管型,多无严重的蛋白尿,多数患者年龄 > 40 岁,常合并相应症状或体征。年龄、性别和伴随症状对分析病因也极有帮助。在 40 岁以上的无症状镜下血尿患者中,有资料显示约 20% 以上有泌尿系病理改变。其中半数恶性肿瘤,最多见为膀胱肿瘤,其次为肾细胞癌;年轻患者血尿多因结石、感染、畸形和外伤所致;女性血尿可能与尿路感染、妇科疾病或月经污染有关;男性一般较少发生血尿,一旦出现,须引起重视,尤其应防止漏诊泌尿系恶性病变。血尿伴肾绞痛多为尿石症;而无痛性血尿应高度怀疑泌尿系肿瘤之可能。
- I** 腹部平片(KUB)可显示大多数泌尿系阳性结石以及肾脏大小和形态。如患者血肌酐(Cr) $< 266 \mu\text{mol/L}$ (3 mg/dl),可行静脉尿路造影(IVU)检查。其最大特点是,能同时清晰显示上尿路形态和分肾功能,并用于诊断泌尿道管腔内病变(如结石)、管壁病变(如肿瘤及结核)、管外病变。如患者 $\text{Cr} > 266 \mu\text{mol/L}$ (3 mg/dl),应以超声为首选检查。B超(US)可检出 1 cm 以上的占位病变,还可鉴别囊性或实质性包块、诊断 X 线透光性结石、显示肾积水、膀胱肿瘤及前列腺增生等疾病。
- J** 计算机断层扫描(CT)能检出 0.5 cm 以上的肿块,磁共振成像(MRI)能检出 1.5 cm 以上的肿块。在定位和诊断血管内瘤栓方面 MRI 优于 CT。
- K** 如诊断仍不能明确,应行内镜检查。可在直视下观察泌尿系腔内肿瘤和炎性肉芽肿等病变,必要时作逆行造影及活检,更有助明确诊断。经过多种检查仍未能明确病因的血尿称为特发性血尿,应保持随访。

(曾令奇 甘卫东 鹿尔训)