

“十二五”国家重点图书

住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王 宇 张淑文

实用泌尿外科 查房医嘱手册

主编 田 野 杨培谦

- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

“十二五”国家重点图书出版规划项目

泌尿外科学 泌尿系统 泌尿系统

中国医药出版社有限公司出版

实用泌尿外科 查房医嘱手册

主编：王 伟 副主编：王 伟



中国医药出版社有限公司

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

实用泌尿外科查房医嘱手册

主 编 田 野 杨培谦

副 主 编 (按姓氏笔画排序)

丰 郎	王文营	田 野	吉正国
刘 志	刘庆军	杜 雨	李 军
李玄昊	杨培谦	肖 荆	沈洪亮
宋 健	张峰波	陈永骞	邵 强
尚东浩	郝刚跃	郭宇文	韩天栋

北京大学医学出版社

SHIYONG MINIAO WAIKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

实用泌尿外科查房医嘱手册 / 田野, 杨培谦主编.
—北京: 北京大学医学出版社, 2012. 1

(住院医师查房医嘱手册丛书)

ISBN 978-7-5659-0278-9

I. ①实… II. ①田…②杨… III. ①泌尿系统疾病
—诊疗—手册 IV. ①R699-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 196856 号

实用泌尿外科查房医嘱手册

主 编: 田 野 杨培谦

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 安 林 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 10.75 字数: 312 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0278-9

定 价: 39.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

丛书主编 王 宇 首都医科大学附属北京友谊医院
外科主任医师、教授，首都医科大学普通外科学系副主任，北京市消化疾病中心首席外科专家，首都医科大学附属北京友谊医院
专家委员会委员

张淑文 首都医科大学附属北京友谊医院
感染暨急救医学内科主任医师、教授、博士生导师，首都医科大学
中西医结合系秘书长，中国中西医结合急救委员会副主任委员

编 委 (按姓氏汉语拼音排序):

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

编写秘书: 王海曼 刘 庚

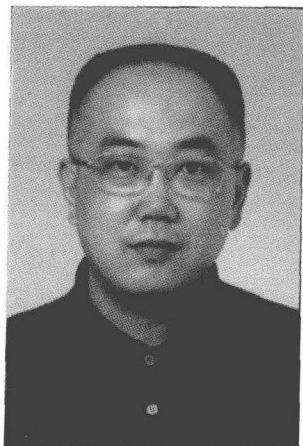
主编简介

田野，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师。现任首都医科大学泌尿科学系主任，北京市卫生局泌尿外科研究所所长，首都医科大学附属北京友谊医院泌尿外科主任。



曾于美国芝加哥 RUSH 医科大学器官移植中心、澳大利亚昆士兰理工大学公共卫生学院进修学习。目前主要从事泌尿外科疾病和肾脏移植的基础与临床研究，负责首都医学发展基金、北京市科委等科研项目 3 项，参加“863”、十一五科技攻关项目合作课题各一项及卫生部合作课题二项。共发表核心期刊及 SCI 论文 30 余篇，参与编写《药物不良反应》、《泌尿外科手术学》、《前列腺疾病的诊断与治疗》、《膀胱排尿功能障碍》、《新世纪肾脏移植学》、《肾脏外科学》、《肾移植手册》、《肾移植诊疗学》、《透析肾移植手册》、《泌尿外科疑难问题及对策》等 10 余部著作。

中华医学会泌尿科学分会委员，北京医学会泌尿外科专业委员会副主任委员。中华医学会器官移植学分会委员，北京医学会器官移植专业委员会副主任委。中国免疫学会移植免疫学分会委员。中国医师协会泌尿外科医师分会委员/移植专业学组 副组长。中国透析移植研究会移植免疫学专业委员会副主任委。《中华医学杂志》编委，《中华器官移植杂志》编委，《中华泌尿外科杂志》通讯编委，《北京医学杂志》编委。



杨培谦，医学博士，主任医师，教授。现任《中国医刊》编委、《现代泌尿外科杂志》和《中华临床医师杂志》特邀审稿专家、北京市高级职称评审专家库成员。

1988年获首都医科大学医学士学位；2004年获首都医科大学临床医学硕士学位；2008年获首都医科大学临床医学博士学位。自大学本科毕业后，一直在首都医科大学附属北京友谊医院泌尿科从事临床医疗、教学和科研工作。擅长泌尿外科常

见病、疑难疾病，特别是肾脏肿瘤的诊断及治疗。

曾获北京市卫生局技术改进二等奖，科研课题获北京市卫生局青年科研基金、首都医科大学基础与临床联合科研基金和首都医学发展科研基金资助。先后在《中华泌尿外科杂志》、《中华外科杂志》、《临床泌尿外科杂志》、《国外医学泌尿外科分册》、《中华器官移植杂志》、《现代泌尿外科杂志》、《Chinese Medical Journal》、《Cancer Investigation》等专业杂志发表专业论文20余篇。主编专著《肾脏外科》和《泌尿外科临床常见疑难问题及对策》，参编专著4部。

序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临床学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，其二为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

丛书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im，肌内注射；iv，静脉注射；ih，皮下注射；iv gtt，静脉滴注；po，口服；prn，必要时；sos，需要时（限用1次）；st，立即执行1次；qd，每日1次；bid，每日2次；qid，每日4次；q6h，每6小时1次；qn，每晚；tid，每日3次；qod，隔日1次。

本书在编写的过程中，各科均参考大量文献资料，又结合本单位的临床经验，尽量做到简明扼要又紧扣临床。但由于水平有限，难免会出现漏洞及不尽如人意之处，敬请读者批评与指正。

王 宇 张淑文

前 言

本书涉及泌尿外科的常见病、多发病和疑难病的诊断、鉴别与治疗，主要以住院病历为模型，内容包括疾病概述、入院评估、病情分析、治疗计划、术后观察及处理、出院小结和案例教学。全书共分4章21节，分别讲述肾上腺疾病、肾疾病、输尿管及膀胱疾病和生殖器疾病。

撰写本书的初衷是帮助泌尿科住院医师、外科轮转医师、全科医师、临床博士、硕士和实习学生了解、掌握泌尿外科住院患者的诊断与治疗，如门诊资料分析、病史询问、体格检查、疑难病例的查房准备、正确术前及术后医嘱的设立、出院患者的随访和处理等，全面锻炼他们综合的临床思维和独立处理泌尿外科住院患者医嘱的能力。

由于我们的经验和知识水平有限，真诚希望广大医务工作者对书中错误和不妥之处提出批评、指正，以便我们今后改进。

编著者

2011年10月于北京

目 录

第 1 章 肾上腺疾病	1
第一节 肾上腺皮质疾病	1
第二节 肾上腺髓质疾病	28
第三节 其他肾上腺疾病	43
第 2 章 肾疾病	57
第一节 肾恶性肿瘤	57
第二节 肾良性肿瘤	73
第三节 肾囊性疾病	77
第四节 肾结石	91
第五节 鹿角状结石	102
第六节 肾感染疾患	107
第七节 肾畸形	129
第八节 其他肾疾病	150
第 3 章 输尿管及膀胱疾病	171
第一节 输尿管肿物	171
第二节 膀胱癌	186
第三节 输尿管及膀胱结石	198
第四节 输尿管及膀胱畸形	211
第五节 输尿管及膀胱损伤	226
第六节 其他膀胱疾病	232
第 4 章 生殖器疾病	240
第一节 前列腺疾患	240
第二节 男性尿道狭窄	257
第三节 阴茎疾患	268
第四节 阴囊及其内容物疾患	287
第五节 女性外生殖器疾患	317

肾上腺疾病

第一节 肾上腺皮质疾病

原发性醛固酮增多症

概述

原发性醛固酮增多症（primary aldosteronism, PA 简称原醛症）是指以体内醛固酮分泌增多和引起肾素分泌被抑制为主要表现的综合征。醛固酮分泌是自主性的或部分自主性的，肾素分泌受抑制则是继发于醛固酮分泌的增多。临床以高血压、低血钾为特征，占高血压症的 0.4%~2%。发病年龄高峰为 30~50 岁，女性较男性多见。包括产生醛固酮的肾上腺腺瘤、肾上腺皮质癌、原发性肾上腺增生、特发性醛固酮增多症、糖皮质激素可治愈的醛固酮增多症和异位产生醛固酮的肿瘤六种类型。最常见的是发生在肾上腺皮质球状带并产生和分泌醛固酮的良性肿瘤，称醛固酮瘤，占原发性醛固酮增多症的 60%~80%，大多数为单个腺瘤，左侧多见。其次有双侧肾上腺皮质增生，又称为特发性醛固酮增多症，占 20%~30%。少见原因有地塞米松可抑制性醛固酮增多症、醛固酮癌、异位分泌醛固酮的肿瘤。这类肾上腺肿瘤在泌尿外科较为常见，其导致肾上腺皮质增生病因尚不清楚。

入院评估

一、病史采集要点

1. 高血压是患者最主要和最先出现的症状，一般血压维持在中等或偏高水平，多为进展缓慢的良性高血压。血压水平一般在 (22.7~24.0)/(13.0~14.7) kPa (170~180)/(100~110) mmHg，常规降压药疗效不佳，但眼底变化发展缓慢，病程长者可出现肾、心及脑部并发症。

2. 高血压患者出现自发性低血钾或出现促发低血钾时要首先考虑此病,此时患者多为原醛症后期表现。出现低血钾的原因是由于大量醛固酮促进尿钾排泄过多所致,患者可有肌肉无力、麻痹、软瘫,甚至吞咽和呼吸困难,心电图示低血钾表现,有时出现心律不齐。长期低血钾可造成肾远曲小管空泡变性,肾浓缩功能下降,患者出现口渴、多尿、夜尿增多和低比重尿等表现。

3. 患者随后出现肌无力、周期性瘫痪和昼夜尿量颠倒。一般说来血钾愈低,肌肉受累愈重。常见诱因为劳累,或服用氢氯噻嗪、呋塞米等促进排钾的利尿药。麻痹多累及下肢,严重时累及四肢,也可发生呼吸、吞咽困难,麻痹时间短者数小时,长者数日或更长,补钾后麻痹即可暂时缓解。

二、体格检查要点

患者除有高血压和时有肌无力表现外,常无明显阳性体征。

三、门诊资料分析

一些患者为体检发现肾上腺占位,无临床症状;部分患者在门诊已经有一段时间的降压治疗,效果不佳并且血液生化检查出现低血钾的表现,心电图呈低血钾图形,较常见者为室性早搏或阵发性室上性心动过速,最严重时可出现室颤。门诊B超或CT检查已发现肾上腺占位。

四、继续检查项目

1. B超检查:腺瘤型增生者可表现为一侧腺瘤或肾上腺增大,特发性增生者多为双侧肾上腺增大。当瘤体小于1cm时,B超检出率明显降低。

2. CT检查:肾上腺平扫+增强扫描,必要时行薄层(2mm)扫描,可以清楚显示肾上腺的内、外侧支的图像,是目前诊断肾上腺占位的重要手段。

3. 血生化检查:大多数病例血钾低于正常,一般在 $2\sim 3\text{mmol/L}$,严重者更低,低血钾往往呈持续性,也可为波动性,少数病人血钾正常,血钠一般在正常高限或者略高于正常,由于缺钾时胰岛的释放减少,作用减弱,约半数患者可出现糖耐量减低。血液内分泌检查:血皮质醇(8am、4pm),血浆肾素-血管紧张素-醛固酮(卧、立位),儿茶酚胺。站立位血浆肾素活性低

于 $2.46\text{mmol}/(\text{L} \cdot \text{h})$ ，血浆醛固酮浓度/血浆肾素活性比值大于 20。

4. 地塞米松抑制试验：当实验室检查支持原醛症而影像学表现为增生，并伴有家族史，应怀疑为糖皮质激素可控制的原醛症，可进行地塞米松抑制试验，试用地塞米松 $2\text{mg}/\text{d}$ ，3 周后病人血钾恢复正常，醛固酮分泌量也恢复正常，则可以确诊。

5. 螺内酯试验：螺内酯能拮抗醛固酮对肾小管的作用，每日 $320\sim 400\text{mg}$ （微粒形），分 3~4 次口服，历时 1~2 周，可使本症病人的电解质紊乱得到纠正，血压往往有不同程度的下降，如低血钾和高血压是由肾疾患所致，螺内酯往往不起作用。此试验有助于证实高血压、低血钾是否由于醛固酮过多所致，但不能鉴别是原发性或继发性醛固酮增多症。

6. 低钠、高钠试验：对疑有肾疾患的患者可做低钠试验。每日钠摄入限制在 20mmol ，醛固酮增多症患者可在数日后尿钠下降到接近摄入量，同时低血钾，高血压症状减轻；而肾疾患的患者因不能有效地潴钠，则出现失钠、脱水、低血钾，高血压则不易纠正。对病情轻，低血钾不严重的患者，可行高钠试验，每日摄入钠 240mmol ，如为轻型原发性醛固酮增多症，则低血钾变得更明显，对血钾已明显降低的本症状病人，不宜行此试验，对同时有高血压和低血钾的患者，应考虑本症。

病情分析

一、初步诊断

原发性醛固酮增多症的诊断依靠患者典型的临床表现：即高血压、低血钾、碱中毒、肌无力、常伴有昼夜尿量的颠倒，同时血液内分泌检查显示血醛固酮升高伴肾素降低（但肾素降低并非原醛症所特有，约 30% 的原发性高血压患者的肾素水平低于正常水平）。最常见的腺瘤型原发性醛固酮增多症，彩超可见肾上腺的占位，多为低回声；在患者 CT 片上可见明确的肾上腺占位，可以清楚显示肾上腺的内、外侧支，腺瘤多为单侧、圆形或卵圆形，平扫 CT 值为等密度或低密度，增强扫描可有轻度强化。

二、鉴别诊断

1. 首先需鉴别患者是原发性高血压还是继发性高血压。原发

性高血压者较少出现恶性高血压，经心内科降压治疗后血压控制平稳，很少出现低血钾或周期性瘫痪等临床表现，亦不出现昼夜尿量颠倒。

2. 影像学检查有肾上腺占位时，应考虑以下疾病的可能：

(1) 皮质醇增多症：可表现为高血压、糖尿病、向心性肥胖（满月脸、水牛背、近端肌肉无力、皮肤菲薄、带腹纹的悬垂腹）、伤口难以愈合以及精神症状等。以上症状变化较大，和病情的长短及严重程度有关。24 小时尿皮质醇测定是最敏感的试验。

(2) 肾上腺嗜铬细胞瘤：高血压为主要临床表现，50%为持续性高血压，其余为继发性高血压，其他症状和体征包括额部头痛、多汗、心悸、面色苍白、焦虑和高血糖。头痛、心悸、出汗三联征加上高血压对诊断有很大预测价值。此外，血生化检查：静态血浆儿茶酚胺水平 $>2000\text{pg/dl}$ 时，可以确诊嗜铬细胞瘤。

(3) 神经鞘瘤：女性多见，为无功能性肿瘤。来源于肾上腺的交感神经纤维，病理与发生在其他部位的神经鞘瘤相似，大小不一，有包膜。多为实质性肿瘤，但常伴有黏液变性，出血或囊性变。光镜检查可见透明变性的厚壁血管，梭形细胞构成的漩涡状结构。影像学检查可以定位，但很难找到充分的证据作出术前诊断。文献报道该肿瘤多为肾上腺区实性占位，呈圆形或类圆形，肿瘤密度低、均匀。多数学者认为肾上腺神经鞘瘤有典型良性肿瘤的表现，同时有神经类肿瘤的特点。

(4) 节细胞神经瘤：由节细胞和神经鞘细胞组成的良性肿瘤，常发生于交感神经链走行区，约 30%发生于肾上腺。任何年龄均可发病，多在 10 岁以后，临床上无症状，少数患者因内分泌异常而出现高血压、慢性腹泻或腹痛。该肿瘤生长缓慢，手术切除可治愈。光镜检查肿瘤主要由成熟的神经轴突、神经束和纤维组织构成，其间散在成熟的节细胞、Schwann 细胞。此外，还可以见到分化较差的成分，如神经母细胞瘤样成分。

三、会诊

部分患者由于血压控制不佳，或由于高血压时间较长难以短期内控制在较稳定的水平，需要请心内科会诊。必要时需行头颅

多普勒超声及超声心动检查,以便了解心、脑血管和心脏自身的形态改变,做好充分的术前准备。

四、病因分析

引起原醛症的病因很多:包括肾上腺腺瘤、肾上腺皮质癌、原发性肾上腺皮质增生、特发性醛固酮增多症、糖皮质激素可治愈的醛固酮增多症和异位产生醛固酮的肿瘤。导致肿瘤发生的原因尚不清楚,但这些肿瘤共同的特点都是分泌醛固酮,引起高血压、低血钾、周期性瘫痪、糖耐量异常等进而导致靶器官功能损害。因此,去除引起体内醛固酮异常增多的因素,切断其引起靶器官损害的途径,是治疗的首要目的。

治疗计划

一、治疗原则

1. 药物治疗:①术前准备;②特发性肾上腺皮质增生宜用螺内酯治疗,用法同手术前准备,长期应用螺内酯可出现男子乳腺发育、女性月经不调等不良作用,可改为氨苯蝶啶或阿米洛利,以助排钠潴钾;③拒绝手术或对手术有禁忌的腺瘤型原醛症;④皮质癌;⑤糖皮质激素可控制的原醛症,应用地塞米松治疗,每日约1mg。

2. 手术治疗:症状明显或无临床症状,但经过影像学检查确诊明确的肾上腺皮质肿瘤。

二、治疗方法

1. 手术治疗适应证:经过药物治疗,患者血压和血钾正常,颠倒的昼夜尿量恢复正常。此时以下情况可以行手术治疗:原发性肾上腺增生做一侧肾上腺切除或肾上腺次全切除,肾上腺皮质腺瘤做腺瘤剜除术,皮质癌及异位产生醛固酮的肿瘤做肿瘤切除。

2. 术前准备(全身准备及专科准备):全身检查,心、肺、肝、肾等重要器官无明显异常,术前口服螺内酯(安体舒通),剂量为120~480mg/d,2~6周,使血钾和血压得到控制(血钾高于4.0mmol/L,舒张压低于90mmHg),CO₂CP恢复到正常值,可以减少手术风险。此外,当血压和血钾控制不良时,合用血管紧张素转换酶抑制剂和钙离子拮抗剂可以控制血钾和血压。

3. 手术入路及特点: 传统的手术切口为经 11 肋间切口, 但是目前对于肾上腺的手术治疗, 后腹腔镜或经腹腔的腹腔镜肾上腺肿瘤切除有很多优点, 只需要在体表做数个很小的切口, 很容易达到深部的结构, 对于开放手术无法直视的术野也能显示清晰, 方便进行很精细的操作。目前, 腹腔镜手术已基本取代了开放手术, 成为治疗肾上腺肿瘤的金标准。

三、术前医嘱示范

(一) 长期医嘱

- + 泌尿外科护理常规
- + 二级护理
- + 普食 (无糖尿病者)
- + 早、晚测血压
- + 分记昼夜尿量
- + 若低血钾则口服 10% 氯化钾 10ml tid 或补达秀口服 1g tid, 同时服用螺内酯, 剂量为 120~480mg/d, 同时监测血钾变化

(二) 临时医嘱

- + 血常规+血型+红细胞沉降率
- + 尿常规
- + 血生化全套检测
- + PT+APTT (出凝血时间)
- + HIV-AB (艾滋病抗体)
- + HCV-AB (丙肝抗体)
- + RPR (梅毒抗体)
- + CRP (C 反应蛋白)
- + 乙肝两对半
- + 血皮质醇 (8am、4pm)
- + 血浆肾素-血管紧张素-醛固酮 (卧、立位)
- + 血儿茶酚胺
- + 申请 X 线腹平片+静脉肾盂造影
- + 肾上腺薄层 (2mm) CT 平扫+增强
- + 心电图