



执业医师定期考核辅导用书

最新版

泌 尿 外 科

MINIAOWAIKE

李汉忠◇主编

北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

执业医师定期考核辅导用书

MINIAOWAIKE

泌尿外科

李汉忠 主编

北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

根据国家卫生和计划生育委员会《医师定期考核管理办法》的要求,我们组织泌尿外科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写本书。全书体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性 & 可操作性等特点。其既可作为泌尿外科医师定期考核辅导用书,也可作为泌尿外科医师临床指导用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目 (CIP) 数据

泌尿外科/李汉忠主编. —北京:中国医药科技出版社, 2014. 10

执业医师定期考核辅导用书

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6960 - 0

I. ①泌… II. ①李… III. ①泌尿外科学 - 医师 - 考核 - 自学参考资料

IV. ①R69

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 181281 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm¹/₁₆

印张 8

字数 143 千字

版次 2014 年 10 月第 1 版

印次 2014 年 10 月第 1 次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6960 - 0

定价 50.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



医师定期考核是一项法定工作。《执业医师法》明确规定要对医师实施定期考核。在我国医师执业管理体系的三项制度中，相对资格准入、执业注册的成熟开展，考核制度才刚起步。考核不是考试，也不是选拔，考核对于促进医师在取得执业资格后，不断更新知识、提高业务水平，尤其是不断提高医师的素质和道德修养起到重要的作用。

长期以来，由于我国医师行业只有准入机制，没有执行定期考核制度，给患者的就医安全和行业的信誉都带来了隐患。只有提高医疗技术水平和医务人员的素质才能保障医疗质量和医疗安全。因此，医师定期考核是医师准入后监管的重要机制和有效途径。

医师定期考核的实质就是实行执照管理，通过行业年检，维护和提高医师的执业能力。在深化医药卫生体制改革背景下，这项制度的建立和完善将有助于医师管理体制逐步从单位人过渡到社会人。

各级卫生行政部门对医师定期考核工作高度重视。目前，医师定期考核缺乏规范化的辅导用书，有鉴于此，我们按照国家卫生和计划生育委员会颁布的 18 个普通专科和 16 个亚专科分类，结合临床实际，编写了“执业医师定期考核辅导用书”，供相关机构和人员使用。

各专科分册根据临床学科发展情况，重点讲述各科医师应知应会的基本知识和基本技能，对各专科医师参加定期考核可起到很好的引导作用。

编者
2014 年 10 月

第一章 泌尿、男性生殖系统畸形 1

第一节 囊性肾病变	1
一、单纯性肾囊肿	1
二、多囊肾	1
三、肾盂憩室	2
四、肾盂旁囊肿和肾窦囊肿	2
第二节 肾缺如和肾发育不良	2
第三节 异位肾	3
第四节 马蹄肾	3
第五节 重复肾及输尿管	4
第六节 先天性肾盂输尿管连接部梗阻	5
第七节 异位输尿管、输尿管膨出和其他输尿管异常 ..	6
第八节 尿道上裂	7
第九节 尿道下裂	7
第十节 后尿道瓣膜	8
第十一节 男性外生殖器异常	9
一、包皮过长	9
二、包茎及包皮嵌顿	9
三、隐匿性阴茎	10
四、小阴茎	10
第十二节 隐睾症	11

第二章 泌尿、男性生殖系统非特异性感染 13

第一节 泌尿系统非特异性感染	13
一、急性肾盂肾炎	13
二、慢性肾盂肾炎	14
三、肾周围感染	15
四、急性膀胱炎	16
五、反复发作性膀胱炎	17
六、非特异性尿道炎	17
第二节 男性生殖系统非特异性感染	18
一、急性细菌性前列腺炎	18
二、慢性前列腺炎	19
三、附睾炎	20
四、急性化脓性睾丸炎	21
五、腮腺炎性睾丸炎	21
六、精囊炎	22

第三章 性传播疾病 23

第一节 淋菌性尿道炎（淋病）	23
第二节 非淋菌性尿道炎	24
第三节 尖锐湿疣	25
第四节 软下疳	27

第四章 泌尿、男性生殖系统结核 29

第一节 肾结核	29
第二节 肾结核对侧肾积水	31
第三节 男性生殖系统结核	32
一、附睾结核	33
二、前列腺、精囊结核	33

第五章 尿石症 35

第一节 肾与输尿管结石	35
第二节 膀胱结石	38

第三节 尿道结石	39
----------------	----

第六章 泌尿、男性生殖系统肿瘤 41

第一节 肾肿瘤	41
一、肾癌	41
二、肾血管平滑肌脂肪瘤	44
三、肾母细胞瘤	45
四、肾盂癌	46
第二节 输尿管肿瘤	47
第三节 膀胱癌	48
第四节 前列腺癌	50
第五节 睾丸肿瘤	57
第六节 阴茎癌	58

第七章 泌尿、男性生殖系统损伤 60

第一节 肾损伤	60
第二节 输尿管损伤	62
第三节 膀胱损伤	63
第四节 尿道损伤	64
第五节 阴茎损伤	66
第六节 阴囊及睾丸损伤	67

第八章 泌尿系统梗阻 69

第一节 肾积水	69
第二节 前列腺增生症	70
第三节 尿道狭窄	73
第四节 急性尿潴留	74

第九章 泌尿、男性生殖系统其他疾病 76

第一节 肾血管性高血压	76
第二节 肾下垂	78
第三节 神经源性膀胱	79

第四节	压力性尿失禁	83
第五节	精索静脉曲张	85
第六节	鞘膜积液	87
第七节	睾丸扭转	88

第十章 男性性功能障碍与男性不育 90

第一节	男性性功能障碍	90
一、	性欲障碍	90
二、	阴茎勃起功能障碍	91
三、	射精功能障碍	95
第二节	男性不育	98
一、	按导致男性不育的疾病发生部位分类	99
二、	按精液检查分类	99

第十一章 肾上腺外科疾病 104

第一节	原发性醛固酮增多症	104
第二节	皮质醇症	105
第三节	肾上腺髓质功能亢进症	108
第四节	肾上腺性征异常症	110
第五节	肾上腺皮质癌	111

第十二章 肾移植 113

泌尿、男性生殖系统畸形

第一节 囊性肾病变

囊性肾病变主要分为遗传性和非遗传性两大类。遗传性：多囊肾；非遗传性：单纯性肾囊肿；其他：髓质海绵肾、多房性肾囊性变等。

一、单纯性肾囊肿

绝大多数为非遗传性疾病，极少数为遗传性。

诊断标准

1. 临床表现

一般无症状，常被偶然体检发现。当囊肿长至一定大小或合并出血、感染、压迫临近器官时可引起症状。可有腰部、侧腹部疼痛及镜下血尿。

2. 辅助检查

影像检查 B 超为首选，典型表现是病变区无回声，囊壁光滑，边界清。B 超不能确定时，CT 有助于诊断。CT 表现为囊壁薄光滑、边缘清晰，边界清楚。增强扫描无强化。MRI 有助于鉴别囊内液体性质。

治疗原则

囊肿小于 5cm，且无明显症状的可观察随访。引起局部压迫症状、出血，则应予以处理。通常采用经腰部手术如腹腔镜，切除部分囊肿壁减压治疗。

二、多囊肾

多囊肾有家族性，分婴儿型和成人型。婴儿型，常染色体隐性遗传（RPK），定位 6 号染色体，常伴有肝、脾或胰腺囊肿，多早期夭折。成人型，常染色体显性遗传（DPK），定位于 16 号和 4 号染色体。

诊断标准

1. 临床表现

早期无任何症状，大多在 40 岁左右才出现症状。因梗阻、感染、出血时可引起肾

区疼痛。常见镜下或肉眼血尿，原因尚不明。感染、肾结石是多囊肾的常见并发症。病变发展到晚期可出现肾功能严重受损。高血压也为常见症状。

2. 辅助检查

静脉尿路造影可见双肾影明显增大，肾盏挤压变长，肾功能不良可延迟显影或不显影。B超、CT可见肾实质多发大小不等的囊性变。

治疗原则

对于较大的单个囊肿，局部症状明显，可采用囊肿减压，包括穿刺抽液注入硬化剂，手术去除囊壁等。

三、肾盏憩室

肾盏憩室是肾实质内覆盖移行上皮细胞的囊腔，经过狭窄通道与肾盂或肾盏连通。病因尚不清楚，结石继发感染、梗阻、漏斗狭窄均可以引起肾盏憩室。

诊断标准

1. 临床表现

多数肾盏憩室可无表现，憩室继发感染、结石时，可出现血尿、腰痛等症状。

2. 辅助检查

主要依靠B超、IVP和CT。超声上特异性表现为液性暗区，在位置上肾盏憩室比肾囊肿更靠近集合系统。IVP、CT对明确诊断和确定肾盏憩室位置有帮助。

治疗原则

无症状无需特殊治疗，持续疼痛、尿路感染、血尿、结石患者需手术。

四、肾盂旁囊肿和肾窦囊肿

肾盂旁囊肿一般指位于肾盂和肾窦周围的囊肿。肾窦囊肿指的是肾门内其他囊肿，即那些不是来源于肾实质，而是来源于肾窦其他结构，如动脉、淋巴等的囊肿。

诊断标准

1. 临床表现

多数可无表现，憩室继发感染、结石时，可出现血尿、腰痛等症状。

2. 辅助检查

CT检查对诊断极有帮助、可以帮助鉴别肾盂旁囊肿和肾窦囊肿，超声价值略低。

治疗原则

无症状无需特殊治疗，持续疼痛、尿路感染、血尿、结石患者需手术。

第二节 肾缺如和肾发育不良

通常因发育不良引起。新生婴儿中，双肾缺如占3/10000，单侧肾缺如占

1/1000。

诊断标准

1. 临床表现

单侧肾缺如多无临床表现，多在体检时发现。肾发育不良可有腰痛、高血压等症状。

2. 辅助检查

影像检查如B超、CT。

治疗原则

由于某种疾病需切除一侧肾脏时，应排除对侧肾缺如、肾发育不良。肾发育不良可伴有高血压，但对侧肾功能良好，切除病肾后血压可正常。

第三节 异位肾

胚胎发育中，原先在骨盆的肾未能到达腰部，形成异位肾。单侧异位肾常见，偶有双侧，发育较差，常伴旋转不良。

诊断标准

1. 临床表现

可无任何症状或引起所在部位的压迫症状，如临近直肠可引起便秘等。

2. 辅助检查

B超、IVU、CT可明确异位肾的部位。

治疗原则

如无临床症状、或压迫症状不明显可不做处理。如合并严重感染、积水等，则需手术切除，通常手术复位困难。

第四节 马蹄肾

马蹄肾又称蹄铁形肾，是融合肾畸形中最常见的一种。马蹄肾是双肾下极在脊柱大血管之前互相融合。80%合并肾积水，易继发结石、感染。

诊断标准

1. 临床表现

多数患者因神经丛、血循环或输尿管受压迫而发症状。有上腹部、脐部或腰部疼痛，慢性便秘及泌尿系统症状，如慢性肾炎、肾盂炎、肾积水和结石等。

2. 辅助检查

(1) B超 可清楚显示两肾下极相连，横过下腔静脉和腹主动脉前方。

(2) KUB 和 IVP 根据两侧肾影靠近脊柱及低位,长轴相互平行或上极向外倾斜而下极向内靠近即可怀疑马蹄肾,有时可见连接的肾下极的峡部轮廓。尿路造影可明确诊断,最明显的征象是下肾盏指向中线,肾盂肾盏长轴上端向外下端向内呈倒“八”字形,输尿管向中线靠近。

(3) CT 可直接显示两肾下极融合部即峡部横过主动脉前方,且由于肾旋转不良,肾盏位于肾前方,输尿管越过峡部两侧前方向下行。但马蹄肾位置一般较低,需扫描到较低位置才能确定诊断。

(4) MR 和肾图 可以从冠状位显示两肾下极融合情况。

治疗原则

无症状者无需治疗,有合并症者需要根据具体情况处置。有尿路梗阻伴严重腰肋疼痛等症状,影响工作和生活者,可行输尿管松解,峡部切断分离两肾及肾盂输尿管成形固定术。

第五节 重复肾及输尿管

重复肾是常见的泌尿系畸形,在正常的输尿管芽上方形成副输尿管芽,后者开口于正常输尿管下内方,到达膀胱以外,如前列腺、阴道前庭或外括约肌以远的尿道。重复输尿管可分为完全重复和部分重复。

诊断标准

1. 临床表现

大部分重复肾畸形患者无特异临床表现,多为体检或偶然就诊发现。输尿管异位开口和输尿管囊肿常合并存在。重复肾畸形应与附加肾相鉴别,重复肾畸形中的两肾多数不能分开,而附加肾是完全独立的第三个肾。

2. 辅助检查

(1) B 超 典型的 B 超表现为肾区可见 2 个集合系统,即 2 个相邻的肾盂影像,部分 B 超还可显示双输尿管。

(2) 静脉尿路造影 (IVU) 是诊断的重要手段,可以显示重复肾畸形及输尿管异位开口及输尿管囊肿。必要的时候可以使用双倍造影剂及延缓拍片法。合并有输尿管囊肿的 IVU 的典型表现为膀胱区内可见蛇头样改变或膀胱区内有类圆形充盈缺损。

(3) CT 尿路造影 (CTU) CT 扫描诊断重复肾畸形敏感性优于超声检查和静脉尿路造影,CT 扫描常能清楚显示重复肾畸形的双肾及双输尿管,能判断尿路是否有梗阻存在,并有助于确定重复肾的输尿管开口是正常位置或是异位开口。同时,CT 扫描可评估重复肾的肾实质厚度和肾积水程度。

(4) 磁共振水成像 (MRU) 适合于明确引起肾脏和输尿管结构改变的原因和部位。对于不适合做静脉尿路造影的患者(肾功能损害、造影剂过敏、妊娠妇女等)可

考虑采用。特别是在诊断伴有并发症的重复肾畸形，MRU 优于其他影像学检查。

治疗原则

无症状者，无需处理。如重复肾盂梗阻积水、重度感染、异位开口导致尿失禁，可以行肾重复部分切除或重复输尿管移植。

第六节 先天性肾盂输尿管连接部梗阻

先天性肾盂输尿管连接部梗阻（UPJO）定义为，因先天性肾盂输尿管连接部发育不良、发育异常或受到异位血管纤维索压迫等因素引起肾盂输尿管连接部梗阻，导致肾盂内尿液向输尿管排泄受阻，伴随肾集合系统扩张并继发肾损害。

诊断标准

1. 临床表现

儿童期患者可出现上腹、脐周或腰部胀痛，血尿及尿路感染，并可伴有恶心、呕吐。可在出现腹部包块或体检时发现。输尿管狭窄部扭曲、成角或合并肾结石可出现肾绞痛，“间歇性肾积水”发作。自发破裂可表现为急腹症。肾内血管受压缺血，继发肾素增高，可引起高血压。肾积水晚期致肾功能不全，可引起患儿生长发育迟缓、喂养困难。

2. 辅助检查

（1）B 超 产前 B 超在妊娠第 28 周发现肾盂增大而不伴输尿管扩张，需考虑 UPJO 可能。出生后 B 超检查时应观察：肾盂径线、肾盏扩张程度、肾脏大小、肾实质厚度、皮质回声、输尿管、膀胱壁以及残余尿量。新生儿推荐在 48 小时后行 B 超检查，但对于严重病例如双肾积水、孤立肾、羊水过少等，应出生后立即行 B 超检查。

（2）肾图 是评价肾脏排泄功能受损严重程度最常用的诊断方法。利尿肾图有助于鉴别功能性排泄缓慢与器质性梗阻。

（3）膀胱尿道造影 当患儿 B 超发现肾盂积水伴输尿管扩张或双侧肾积水时应进行该检查。

（4）静脉肾盂造影（IVU） IVU 可显示扩张的肾盂肾盏，当 UPJO 合并肾结石时，应进行 IVU 检查。

（5）CT 血管造影（CTA） 当考虑施行 UPJ 内镜下切开术时，应进行 CTA 检查以明确是否存在异位血管。

（6）MRU 与 MRA 可以显示尿路扩张情况，对诊断异位血管骑跨 UPJO 准确性达 86%。特别适合于肾功能不全、对碘造影剂过敏或上尿路解剖结构复杂者。

治疗原则

1. 产前治疗

胎儿期肾积水定量评估有助于预测出生后是否需要干预治疗。

2. 非手术治疗

控制感染，密切随访，一旦肾功能受损进行性加重或肾发育不良，就需要手术。

3. 手术治疗

目的是解除梗阻，最大限度恢复肾功能和维持肾脏发育。梗阻轻者，肾盂肾盏扩张不严重时，行单纯矫形手术。梗阻严重者，应切除狭窄段及扩张肾盂，再做吻合手术。梗阻很严重者，肾实质残留很少，应行肾切除术。

第七节 异位输尿管、输尿管膨出和其他输尿管异常

异位输尿管、输尿管膨出和其他输尿管异常为遗传性疾病，多由于输尿管开口、结构等异常所致。异位输尿管分为外侧异位开口及远侧异位开口，输尿管膨出分为膀胱内型输尿管膨出及异位型输尿管膨出。

诊断标准

1. 临床表现

(1) 尿频、尿急、尿痛 由于尿液的抗返流机制受影响及尿液引流进入其他部位(如男性引流入前列腺尿道和膀胱颈)，引起尿路感染，可出现尿频、尿急、尿痛症状。

(2) 阴道分泌物 由于输尿管异位开口于阴道，表现为阴道总是有分泌物。

(3) 腹部包块 患者可触及包块，为肾积水体征。而异位的输尿管膨出可能会脱出尿道形成阴道包块。

(4) 尿失禁 患者存在不同形式的排尿障碍，包括尿急、尿失禁。

2. 辅助检查

(1) B超 在双集合系统中可发现分离的肾盏，而肾盏的扩张积水亦可由B超发现。

(2) IVU 排泄性膀胱尿路造影可显示输尿管膨出的大小和位置以及是否存在膀胱输尿管反流，能够提供输尿管开口位置线索。

(3) CT及MRI MRI适合发现和定义被液体充盈的结构，此外还能提供内生殖器结构异常的信息。CT扫描的延迟相，能够发现其他检查所不能发现的上肾。

(4) 膀胱尿道镜检 可在进行相关检查时发现异位开口，并进一步行逆行造影证实。

治疗原则

- (1) 异位输尿管多采用上肾切除术，可以选择开放肾部分切除，或者腹腔镜肾切除或肾部分切除术。
- (2) 上肾仍有部分功能时可行肾盂输尿管吻合术。
- (3) 输尿管膨出切除和输尿管膀胱再植。
- (4) 对症处理，合并有泌尿系统感染时可采取抗炎等处理。

第八节 尿道上裂

尿道上裂是一种先天性的阴茎发育畸形，尿道自开口至耻骨联合在阴茎背侧呈一沟槽，包皮在背侧裂开，阴茎头呈扁平状，阴茎体较小。

诊断标准

阴茎头型很少发生尿失禁，阴茎型和阴茎耻骨型，尿失禁的发生率各为 75% 和 95%。尿失禁通常是尿道括约肌发育不良，还可出现远端阴茎弯曲。耻骨分离常合并膀胱外翻，尿道上裂认为是膀胱外翻的一种较轻形式；严重的尿道上裂常并发膀胱外翻。

治疗原则

1. 非手术治疗

主要依赖于尿道扩张，即使手术治疗后的病例也应定期扩张，预防再次狭窄。尿道扩张不宜在尿道有急性炎症时进行，并应在良好麻醉和严格无菌条件下进行。

2. 手术治疗

非手术治疗失败的尿道狭窄患者可选用合适的手术治疗。一般实行尿道上裂整形术，包括阴茎伸直和尿道成形术。伴有尿失禁的患者，如括约肌成形术失败，再考虑尿流改道手术。

第九节 尿道下裂

尿道下裂是泌尿系统最常见的先天畸形，男性多见，发生率在 0.2% ~ 0.4% 之间。分为 4 型。①阴茎头型：尿道开口在冠状沟腹侧中央。此型除尿道开口较窄外，一般不影响排尿和性交功能。②阴茎型：尿道外口开自于阴茎腹侧，需手术矫正；阴茎阴囊型：尿道开口于阴囊阴茎交界处，阴茎严重弯曲。③阴囊型：尿道外口位于阴囊，除具有尿道下裂一般特征外，同时阴囊发育差，可有不同程度对裂，其内有时无睾丸。④会阴型：尿道外口位于会阴，外生殖器发育极差，阴茎短小而严重下曲，阴囊对裂，形如女性外阴。

诊断标准

1. 临床表现

- (1) 排尿异常，主要表现为尿线细，尿流自下无射程，排尿时打湿衣裤。
- (2) 阴茎勃起时明显向下弯曲。

2. 辅助检查

严重的阴茎阴囊型或会阴型，可作染色体与性激素测定，并进行直肠指检、B超及CT检查，排除两性畸形的可能。

治疗原则

手术治疗：手术目的是矫正阴茎弯曲，使尿道口恢复或接近在阴茎头的正常位置，归纳其手术方法主要为一期成形术及分期成形术两大类。一期成形术是矫正阴茎下曲畸形和重建尿道于一次手术完成；分期手术是先矫正阴茎下曲畸形，并作好包皮皮肤的转移，待6~12个月后，再施行尿道重建的手术。尿道成形术的方法很多，一般是利用阴茎腹侧的皮肤或阴囊的皮肤形成尿道。也有采用游离的膀胱黏膜或口腔黏膜形成尿道。

第十节 后尿道瓣膜

后尿道瓣膜通常位于前列腺尿道的远端，瓣膜为黏膜皱褶形成，外形像一层很薄的膜。尿道黏膜皱襞肥大、粘连或发育异常，突入尿道腔内，导致尿流排出障碍性疾病。后尿道瓣膜在婴儿和新生儿是最常见的尿道梗阻疾病。此病仅发生于男性患儿，排尿时，瓣膜可引起不同程度的梗阻。

诊断标准

1. 临床表现

常有尿线无力、排尿中断、淋漓不尽、尿路感染。严重的梗阻可以引起肾积水，并在下腹部触及胀大的膀胱。少数患者可在两侧肋腹部触及积水的肾脏。多数患儿出生后发育迟缓，除慢性疾病体征外体检可无其他发现。

2. 辅助检查

- (1) 实验室检查 血清肌酐、尿素氮及肌酐清除率是反映肾功能损害程度的最好指标。
- (2) 超声波检查 超声波检查可以发现肾输尿管积水及膀胱扩大。
- (3) 器械检查 在全身麻醉下行尿道镜检和膀胱镜检，可见膀胱小梁小房形成，少数还可见憩室，以及膀胱颈、三角区肥厚，并在前列腺尿道远端可直接看到瓣膜而明确诊断。
- (4) IVU 可发现肾浓缩功能差及肾输尿管积水。

治疗原则

(1) 其治疗目的主要是除去瓣膜,手术方法的选择需根据梗阻程度及患者健康状况而定。对于轻、中度梗阻伴有轻度氮质血症者,可选用经尿道电灼瓣膜,疗效满意。少数患者,可通过插入导尿管、膀胱镜,或经会阴部切开尿道插入尿道探子破坏瓣膜,扩张尿道。

(2) 梗阻严重引起不同程度的肾积水,出现脓毒血症和氮质血症的患儿,应给予抗菌药物,留置导尿管和纠正和电解质平衡紊乱等治疗,膀胱输尿管反流及肾发育不良的患儿,应行膀胱造瘘术。

第十一节 男性外生殖器异常

一、包皮过长

包皮过长是指包皮覆盖尿道口,但能上翻,露出尿道口和阴茎头。

诊断标准

1. 临床表现

包皮过长可分为真性包皮过长和假性包皮过长。真性包皮过长是阴茎勃起后龟头也不能完全外露;假性包皮过长是指平时龟头不能完全外露,但在阴茎勃起后龟头则可以完全外露。

2. 辅助检查

勃起时包皮仍包着龟头不能露出,但用手上翻时能露出龟头的,就是包皮过长。

治疗原则

包皮过长应行包皮环切术。对于不发炎的包皮过长,只要经常将包皮上翻清洗,也可不必手术。

二、包茎及包皮嵌顿

包茎是指包皮口狭窄或包皮与阴茎头粘连使包皮不能上翻,不能露出尿道口和阴茎头。包皮嵌顿是指包皮上翻至阴茎头上方后未复位,包皮口紧勒在冠状沟处,将循环阻塞,影响淋巴及静脉回流而引起水肿。

诊断标准

1. 临床表现

(1) 包茎 包皮口狭小,呈针孔样,可引起不同程度的排尿困难,尿流缓慢、细小,排尿时包皮膨起。包皮垢,呈白色小肿块。阴茎头包皮炎,炎症时包皮口红肿,有脓性分泌物。