

尿道狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E5\\_B0\\_BF\\_E9\\_81\\_93\\_E7\\_8B\\_AD\\_E7\\_c22\\_303237.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_B0_BF_E9_81_93_E7_8B_AD_E7_c22_303237.htm) 名称尿道狭窄所属科室泌尿外科临床表现 尿道狭窄可分为痉挛性和器质性；后者包括先天性和后天性两型。 一、痉挛性尿道狭窄 这是一种暂时现象，是由于尿道外括约肌的收缩所引起。诱发原因可为尿道炎、尿道结石，尿道内器械的应用或性欲异常等。有时亦可为会阴、直肠和盆腔内的病变反射性刺激，或完全由于精神因素所引起。尿道痉挛在膜部发生，故与球部和膜部器质性的狭窄难以区别。当一钝头器械在尿道内碰到阻挡时（如导尿管、膀胱镜）可连续施以轻便的压力。如尿道狭窄为痉挛性的，尿道常忽然放松而使器械通过。在麻醉下，痉挛性狭窄可完全松弛而不产生梗阻。膀胱尿道造影术对诊断颇有帮助。痉挛性狭窄应用综合治疗，包括解除诱因、热水坐浴、镇静止痛剂和抗痉挛剂等。膀胱过度充盈时可用针灸治疗。必要时，用导尿术。 二、器质性狭窄 在临床上较痉挛性多见。 1．先天性狭窄 常见于尿道外口有狭窄，常伴有包皮过长或包茎。尿道上裂或下裂的尿道外口也常较正常为狭窄。前尿道瓣膜常为间隔瓣膜而形成双腔前尿道畸形，而后尿道瓣膜常中心有一小孔，排尿滴沥。尿道腔狭窄多见于球部和膜部交界处和舟状窝的后端。 2．后天性狭窄 按原因可分成创伤性狭窄和炎症性狭窄。创伤是产生尿道狭窄最常见的原因。常见于会阴骑跨伤，骨盆骨折致膜部尿道损伤和器械操作所引起的尿道腔内损伤。当尿道受到较重的创伤累及粘膜下层和壁层时，尿道肌层及其四周筋膜有充血、水肿和出血等变化。在修复过程中，受伤组织形成纤维性变。当瘢痕

收缩时，尿道腔多狭窄，故尿道狭窄多在伤后数月出现。一般来说，纵行的创伤较少形成疤痕狭窄。炎症性狭窄见于淋病、尿道结核或非特异性尿道炎。急性尿道炎时，粘膜下层与腺体四周组织受到炎症浸润。在慢性期间，炎症逐渐吸收，形成纤维性变而引起尿道狭窄。故炎症性狭窄多在急性尿道炎1年或数年后发生。由炎症引起的尿道狭窄比创伤所致者范围较广泛，瘢痕组织更多，治疗困难。留置导尿管，尿道内异物、结石，憩室均可诱发尿道感染，包茎继发的包皮\*\*头炎时致尿道外口狭窄，常延误治疗，炎症可向后蔓延，产生前尿道长段狭窄，无论创伤还是炎症性尿道狭窄，在狭窄近端尿道由于积水而扩张，尿液感染而使纤维化严重，可加重尿道狭窄的程度和范围。尿道狭窄时尿道管狭小，但少数病人仍能顺利通过导尿管或尿道探杆，但由于四周疤痕的压迫，排尿困难，有人称之为rdquo。尿道狭窄的症状可因其程度、范围和发展过程而有不同，主要的症状是排尿困难。初起排尿费力，排尿时间延长，尿液分叉。后逐渐尿线变细，射程变短甚至呈滴沥状。当逼尿肌收缩而不能克服尿道阻力时，残余尿增多甚至充溢性尿失禁或尿潴留。尿道狭窄时常伴慢性尿道炎。此时尿道外口常有少量脓性分泌物，多在早晨发现，尿道口被1、2滴分泌物所封闭，称为rdquo。狭窄近端之尿道扩张，易因尿液滞留并发感染而致反复尿路感染、尿道四周脓肿、尿道瘘、前列腺炎和附睾炎。继而因梗阻而引起肾盂输尿管积水以及反复发作的尿路感染最后导致肾功能减退甚至出现尿毒症。诊断尿道狭窄的诊断，应根据病史、体征、尿道器械检查和尿道膀胱造影术而确定。尿道器械的应用，不仅可证实狭窄，并可确定狭窄的部位、数目、

程度和类型。通常用的器械有导管、丝状探条、尿道探杆等。尿道器械的探查必须在严格无菌和良好的麻醉下进行。如患者已作耻骨上膀胱造口术，可经膀胱切口从尿道内口同时置入一尿道探杆。摄侧位X线片可以估计尿道狭窄的长度和部位。尿道探杆如能通过狭窄段，可改用较粗的尿道探杆进行尿道扩张，也是一种有效的治疗手段。一般先用F 20左右开始为宜。如不能通过则改用较细的探杆。但用细的尿道探杆行探查时尽管可用一手指在直肠内引导，但仍易发生穿破尿道壁或形成假道的危险。故切忌使用暴力。并可采用丝状探条作为引导置入尿道探杆。膀胱尿道造影尤适用于狭窄段口径细小或不能通过尿道探杆的病例。逆行尿道造影是由尿道外口边注入造影剂边摄侧位片，此时显示狭窄段远端较清楚。造影剂注入膀胱后，让病人一边解尿一边摄尿道侧位片（即顺行膀胱尿道造影），能较清楚地显示狭窄段近端。如患者已作膀胱造口术，可由造瘘管注入造影剂，然后在患者排尿时摄尿道侧位片。膀胱尿道造影尚可鉴别痉挛性还是器质性尿道狭窄，并可显示尿瘘。经尿道镜可以从尿道内观察到狭窄段的远端情况

### 治疗

#### 一、非手术治疗

非手术治疗主要依靠于尿道扩张，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。扩张忌用暴力。必要时以一手指在直肠内引导以防穿入假道甚至直肠内。扩张必须逐渐从小号探杆依次递增大一号探杆，切忌急躁。过快的扩张易导致尿道管壁的裂伤，继之疤痕形成而加重狭窄。一般男性扩张到F24为宜。每次尿道扩张后，尿道充血、水肿。约经2~3日才告消退，故不宜在4日内连续扩张。二次间隔时间

一般从1周左右开始，逐渐延长。经尿道注入尿道灌注液可以预防尿道狭窄再发生。起到软扩张的效果。音频和碘离子透入等理疗方法可以加速疤痕软化，巩固扩张的效果。

## 二、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。手术治疗方法很多，如何选择尚依靠于医生的经验，患者狭窄的情况和所具有的医疗条件。

1. 尿道外口切开术 适用于尿道外口狭窄病例。多见于包皮\*\*\*炎、部分\*\*\*截除术后或尿道下裂修补术后的患者，可于尿道外口的腹侧纵行切开，以形成一轻度的尿道下裂，切开的两侧尿道粘膜与\*\*\*头部的皮肤缝合以止血。
2. 尿道内切开术 如尿道狭窄长度甚短，甚至是一膜状狭窄，可在尿道镜直视下用特制冷刀切开狭窄环。切开术可在插入一细输尿管导管作为引导下进行。必要时可再用电刀切除多余的疤痕组织。如狭窄的后尿道完全闭塞，但长度不长则可切开膀胱，以一手指在膀胱内作引导，用电切镜或尿道探杆凿通。然后置入电切镜，切除疤痕，形成一通道。然后长期留置导尿管（20天或更久），以待愈合。也有人主张术后留置几根细硅胶管于尿道内3个月，病人排尿时尿液从硅胶管之间隙解出，同时起一水扩张的作用，得到较好的结果。多发性长段的尿道狭窄如能置入Otis内切开刀，则作内切开。切开的深度是可以控制的。
3. 尿道狭窄段切除重吻合术 无法作内切开的病例，应选择合适的切口，在良好的暴露下，切除狭窄段尿道及其四周疤痕组织，严格止血，在无张力的情况下用可吸收缝线作尿道两断端的外翻缝合术。创面应彻底引流，术后保留导管2~3周左右。保留导尿管必须选用刺激较小的硅胶导尿管，后尿道狭窄可选择经腹部耻骨上切口，必要时可切除部分耻骨联合部以达到

良好的显露。球膜部尿道可选用经会阴弧形或直切口。手术时应尽量减少对四周正常组织的损伤，以免术后形成更多的疤痕和阳痿。为了减少吻合口的张力，可游离远侧尿道，甚至直达冠状沟处。但近侧尿道不宜游离过长。后尿道狭窄切除吻合困难可用长直针在经腹会阴创口中进行吻合，也可把远端尿道断端用一肠线固定在导尿管上，拖入膀胱，使两端断对合，并固定导尿管作支架以达到对合的目的。

4. 狭窄段尿道切开术 适用于\*\*\*段尿道狭窄或较长难以一期修复的尿道狭窄。切开狭窄段尿道或切除狭窄段尿道并另作远侧和近侧尿道断端的造口术以形成一尿道下裂。3个月后按照尿道下裂进行修复。\*\*\*段尿道狭窄如作一期切除重吻合常可发生尿道皮肤瘻。难修复的后尿道狭窄也可经会阴凿通后利用一会阴或\*\*\*的皮肤瓣拖入通道缝合于膀胱颈部，形成一会阴形的尿道下裂，以后再二期修复。

5. 尿道成形术 缺损的尿道可用自身膀胱粘膜、带蒂膀胱瓣。带蒂皮瓣/或中厚层皮片成形修复。

6. 尿流改道术 一般尿道狭窄手术均需同时作膀胱造口术以引流尿液，使手术获得成功。手术失败病人可维持膀胱造口，以待再次手术或作为永久性的处理。尿道狭窄手术是一种较困难的手术。术前必须充分预备，手术方案必须确切设计，必须定期扩张随防才能达到良好疗效。术后再发生狭窄、尿瘻形成、阳痿、尿失禁等是较常见的并发症。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)