

尿道损伤 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\\_E6\\_8D\\_9F\\_E4\\_c22\\_303245.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_B0_BF_E9_81_93_E6_8D_9F_E4_c22_303245.htm) 名称尿道损伤所属科

室泌尿外科病因（一）尿道内损伤绝大多数是在应用经尿道

器械操作或排出异物（如结石）时发生损伤。少数性变态、

酒醉或精神病人用发针、铁丝，玻璃干之类异物插入尿道而

引起损伤，误注某些化学药物如硝酸银、硫酸铜、石炭酸等

可引起化学灼伤。经尿道行电切除术时可致尿道电灼伤。（

二）尿道外暴力损伤这种损伤较尿道内损伤为多见。可为贯

通伤或闭合伤。前者主要见于战场，尿道被火器或利器所穿

破。受伤部位大多在球、膜部。海绵体部和前列腺部则少见

。闭合性尿道损伤，在战时和平时均可见到。会阴部骑跨伤

或踢伤时受损部位多见于球部和膜部尿道，而伴骨盆骨折，

时常伴前列腺部尿道损伤。病理【病理改变】尿道损伤可仅

伤及粘膜或为尿道壁挫伤，但大多伤及全层而致尿道破裂，

这种破裂可为纵行也可为横断、可为部分裂伤也可完全割断

而使断端上下回缩，两端之间有一空隙和错位。尿道全层裂

伤后可有血尿外溢。血尿外渗的范围视尿道损伤的部位和程

度不同而各不相同，熟悉会阴部的解剖对了解血尿外渗的范

围有很大的帮助。临床上，尿道外伤后的尿外渗有三种类型

：正常\*\*\*、\*\*\*、筋膜解剖 \*\*\*部尿道损伤外渗（\*\*\*筋膜

完整）球部尿道损伤尿外渗（\*\*\*筋膜破裂）前列腺部尿

道损伤外渗（一）当尿道破裂在前尿道部在尿生殖膈之前时

，如\*\*\*固有筋膜尚完整，则尿外渗仅限于\*\*\*。（二）前尿

道损伤时，如\*\*\*固有筋膜也破裂，则尿液沿\*\*\*、\*\*\*、腹壁

下浅筋膜外渗到\*\*\*、\*\*\*、会阴浅层和腹部。因腹壁浅筋膜固

定于腹股沟韧带处，故尿液不会外渗到两侧股部。此种情况最为常见。（三）当尿道破裂发生在后尿道即尿生殖膈两层之间或此膈之后，尿液沿前列腺炎处而外渗到耻骨后间隙和膀胱四周。膀胱主要由膜部尿道固定于尿生殖膈。若尿道完全断裂时，膀胱常被外渗的血液和尿液推向上方。使尿道两断端相距一大间隙。如急诊时不及时复位固定，势必给后期修复带来困难。尿道破裂可并发尿道四周脓肿和尿瘘。晚期由于纤维瘢痕的形成，可产生尿道狭窄。临床表现尿道损伤的症状取决于致损伤的病因，尿道损伤的程度、范围和伴发的其它脏器损伤情况。常见有：（一）休克 见于严重的损伤，尤多见于伴有骨盆骨折的后尿道损伤。（二）疼痛 受损伤处有疼痛，有时可放射到尿道外口。疼痛尤其于排尿时更为剧烈。（三）尿道出血 如损伤在尿道膜部的远端，即使不排尿时也可见尿道外口滴血。如损伤在后尿道，则出血多见于排尿时，于排尿前或后有少量血液滴出。（四）排尿困难和尿潴留 尿道完全断裂时患者有尿潴留。尿道挫裂伤时可因疼痛而致括约肌痉挛而有排尿困难和尿潴留。（五）局部肿胀和瘀斑 受伤处组织出现肿胀和瘀血。如尿道骑跨伤可于会阴部、\*\*\*处可见肿胀、明显瘀斑。（六）尿外渗和尿瘘 尿道全层裂伤后，当患者用力排尿时，尿液可由裂口外渗到四周组织中。一旦继发感染致蜂窝组织炎，出现脓毒血症。如不予及时治疗，可致死亡。如为开放性损伤，则尿液可从皮肤创口、肠道或\*\*\*瘘口流出，最终形成尿瘘。诊断 根据病史、症状和体征，尿道损伤的诊断并不困难。前尿道损伤的征象一般较为明显，诊断较易。后尿道损伤的诊断较困难。导尿是检查尿道连续性是否完整的好方法。在无菌条件下，如能

顺利插入一导尿管，则说明尿道的连续性完整。如导尿管顺利插入膀胱，且经检查膀胱壁完整但伤员有尿外渗现象，应考虑有尿道损伤。但导尿必须在严格无菌条件和满足的麻醉下进行。最好能在手术室中进行。如一次插入困难，不应勉强反复试探，以免加重创伤和导致感染。应立即手术探查。急诊大剂量静脉造影待造影剂聚于膀胱后行排尿期膀胱尿道造影和经尿道作逆行尿道膀胱造影对确诊尿道损伤也有帮助。正常时，直肠指检可以在前列腺尖与肛括约肌之间触及尿道膜部，如直肠指检不能扪及该段尿道而直接接触及耻骨后缘，则膜部尿道已完全断裂。在直肠内指检时将前列腺向上推动，如前列腺固定，说明后尿道尚未完全横断，反之可以向上推动或前列腺由于失去支撑，被外渗血尿推向上方悬浮于盆腔内，则说明尿道和耻骨前列腺韧带均已断裂。故诊断后尿道损伤时，肛指检查也很重要。治疗首先应纠正休克，然后再处理尿道损伤。治疗尿道损伤的基本原则是引流尿液和尿道断端的重新衔接。

（一）引流尿液 在严格无菌和满足麻醉下如能顺利插入导尿管，说明尿道的连续性尚完整，如血肿和尿外渗不严重，则保留导尿10~14天以引流尿液并支持尿道，等待损伤愈合。如导尿失败应立即手术探查。如病情严重不答应较大手术，可单纯作耻骨上膀胱造口术。膀胱造口术可防止尿液外渗，减少局部刺激、感染，促进炎症、血肿和纤维组织吸收，从而减轻可能发生的尿道狭窄和四周疤痕的程度，为二期修复提供了方便。膀胱造口术也可用穿刺方法完成。适用于后尿道损伤病例。由于方法简便，尤宜于基层医疗单位。

（二）尿道修补术 1.经会阴尿道修补术 适用于骑跨伤等所致的球部尿道损伤。经会阴切口，显露球部尿

道。如尿道未完全断裂，则在直视和手指触摸下从尿道外口插入一导尿管至膀胱保留之。沿该管缝合裂口，一般横行的断裂比纵行的裂口更易导致术后狭窄。尿道严重挫裂伤或完全断裂时，可从尿道外口插入一导管找到远侧断端，压腹观察尿液流出或从耻骨上膀胱切口经尿道内口插入一导尿管找到近侧尿道断端，彻底清除坏死组织、血肿，然后用可吸收缝线间断外翻缝合两断端。吻合口应避免张力。并按解剖关系彻底引流外渗尿液，在尿外渗区作多个皮肤切口引流外渗尿液，切口应深达浅筋膜以下。术后保留导尿管至少3~4周。拔管后，如排尿通畅可再拔除耻骨上膀胱造瘘管。为预防术后尿道狭窄，术后可作定期尿道扩张。也可天天用10ml尿道灌注液灌注尿道1~2次，作为软扩张（灌注液配方：地塞米松0.15g，新霉素25g，普鲁卡因10g，5%尼泊金10ml，甘油400ml，吐温-805ml，加双蒸水至1000ml）。同时可辅以音频理疗预防狭窄。

2.经尿道会师术后尿道损伤时，常由于合并其它脏器严重外伤，病情危重，病人不能耐受大手术。此时可经耻骨上切口经膀胱作尿道会师术。由尿道外口和经膀胱尿道内口各置入一雌雄探杆，会师后再引入一气囊导尿管，气囊注水后牵引导尿管使两断端对合。如无雌雄探杆，也可用一手指从膀胱颈部插入后尿道，与从尿道外口插入的金属探杆会师。如张力较大，可在前列腺断端的两侧用尼龙线各缝1针，再用直针从会阴引出，在小纱布垫上结扎，以助牵引和固定的目的。2周后拆去缝线。术后虽仍有尿道狭窄的可能，但由于两断端的距离凑近，轴心一致，给二期修复带来了方便。

3.经耻骨上途径一期断裂尿道修复术 由於后尿道断裂多伴骨盆骨折，病人濒于休克，耻骨后及膀胱四周有大量

出血，如作修复术，要清除血肿，碎骨片，有可能导致更严重的出血，故有一定的困难。但如病人伤情答应、血源充沛，有经验的医生可以选用且可得到较好的效果。尿道损伤的预后，要害取决于急诊处理的正确与否。切忌反复试以导尿，加重损伤，甚至使部分尿道裂伤加重成完全性的尿道断裂。至于选用何种手术方法，应视病人全身情况，尿道损伤部位、程度、合并损伤情况、主治医师的经验和当时医疗条件而定，不应一概而论。尿道损伤无论经哪一种方法修复，术后均有瘢痕收缩而致尿道狭窄之可能。手术后的定期尿道扩张有时也未必有效。此外，感染和尿瘘也是常见的并发症。

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)