

泌尿系统

尿液检查

一、血尿

考点1：分类

- (1) 肉眼血尿：每升尿液中血 $> 1\text{ml}$ 。
- (2) 镜下血尿：每高倍视野 (HP) 下 $\text{RBC} > 3$ 个。

考点2：来源和特点

- (1) 肾小球源性：变形 $\text{WBC} > 80\%$ ；常见原发性肾小球疾病
- (2) 非肾小球源性：变形 $\text{WBC} < 50\%$ ，表示病变在肾小球以下部位

考点3：血尿所致疾病

- (1) 无痛全程瘤。
- (2) 终末刺激核(肾结核：终末血尿 + 膀胱刺激征)。
- (3) 疼痛血尿石(肾结石：疼痛 + 血尿)。

考点4：血尿部位

- (1) 初始血尿：**前尿道**病变----尿道结石，损伤等
- (2) 终末血尿(膀胱三角区收缩)：膀胱颈部(前列腺、精囊) **后尿道**病变。
- (3) 全程血尿：膀胱或其以上部位病变→肾小球肾炎、肾癌、膀胱癌。

二、蛋白尿

考点1：定义

正常人尿蛋白 $< 150\text{mg/d}$ 。

蛋白尿：尿蛋白 $> 150\text{mg/d}$

大量蛋白尿→**尿蛋白** $> 3.5\text{g/d}$ ：诊断肾病综合征的“金标准”。

尿蛋白 $< 3.5\text{g/d}$ → 肾炎。

考点2： 分类(记忆口诀：两肾一水一生理)

分类	特点
生理性蛋白尿	无器质性病，剧烈运动后，一过性：①功能性蛋白尿，②体位性蛋白尿
肾小球性蛋白尿	最常见类型，肾小球膜上两种屏障 ①电荷屏障→损伤后，尿中白蛋白为主，选择性蛋白尿、肾病综合征； ②分子屏障→非选择性蛋白尿，大分子蛋白为主，多见于糖尿病肾病
肾小管性蛋白尿	间质性肾炎，尿中出现β ₂ 微球蛋白(β ₂ MG) (记忆口诀：小2哥管店)
溢出性蛋白尿	尿中以小分子蛋白为主，又叫本周蛋白，轻链蛋白，常见多发性骨髓瘤

三、管型尿

- (1) 透明管型：正常人偶见，大量透明管型说明肾小管、肾小球有病灶。
- (2) **红细胞管型**：急性**肾炎**、急进性**肾炎**。
- (3) 白细胞管型：肾盂肾炎。
- (4) **上皮管型**：肾小管**坏死**。
- (5) 蜡样管型：慢性肾衰竭、慢性肾炎。
- (6) 脂肪管型：肾病综合征。

小结：

- (1) 正常人尿量 24h 为 1 000~2 000ml；

正常尿量 (ml/24h)	多尿	少尿	无尿
1000~2000	>2500	<400	<100 或 12h 无尿

- (2) 初始血尿前尿道出血。

终末血尿：尿道前列腺部、精囊、膀胱颈部、膀胱三角出血。

全程血尿：泌尿系肿瘤、出血部位在膀胱或其以上部位。

记忆口诀：终末前后精、初道全膀上。

- (3) 夜尿增多——成年人夜间排尿次数超过 2 次。

肾小球疾病

考点1： 发病机制

免疫介导的炎症疾病。

- (1) 形成循环免疫复合物：沉积在内皮和系膜上。
- (2) 原位免疫复合物：沉积在肾小球基底膜上。

- 考点2: **水肿**
- (1) 肾病性水肿: 机制是由于大量蛋白漏出形成低蛋白血症。
 - (2) 肾炎性水肿: 机制是 GFR (肾小球滤过率) 下降导致水钠潴留。
- 总结:

- (1) 血尿: 肾炎 100% 伴镜下血尿, 30% 肉眼血尿。
- (2) 蛋白尿: > 3.5g/d 诊断肾病, < 3.5g/d 诊断肾炎。
- (3) **肾病性**水肿:**低蛋白血症**, **肾炎性**水肿:**水钠潴留**。
- (4) 肾病诊断最好的检查:**肾活检**。

一、急性肾小球肾炎(急性肾炎)

考点1: 病理类型

毛细血管内增生性肾小球肾炎: **内皮 C**、**系膜 C** 增生 (呈**小丘驼峰状**改变)。

考点2: 诱因

上呼吸道感染、皮肤感染, 致病菌为 **A组 β 溶血性链球菌**。

考点3: 临床表现

- (1) **血尿**: 100% 镜下血尿, 30% 肉眼血尿。
- (2) **水 肿**: ①肾病性水肿; ②肾炎性水肿
- (3) **高 血压**: 一过性, 占 80%, 利尿后恢复正常。
- (4) **蛋白尿**: 可以出现少量蛋白尿, **< 3.5 克**。

考点4: 实验室检查

- (1) 查补体 **C3 下 降**, **8 周恢复**。
- (2) 如果是链球菌感染, 抗链 O 升高。
- (3) 确诊:**肾活检**。

考点5: 严重并发症

循环充血、高血压脑病, 发生在 1~2 周。

考点6: 治疗

- (1) 首选休息对症治疗; 急性期**绝对 卧床**休息。
- (2) 清除链球菌:**青 霉 素**, 10~14 天。
- (3) 有高血压用 **ACEI**。
- (4) **禁 用**糖皮质激素。

二、急进性肾炎(助理不考)

考点1: 病理类型

超过 50% 有大新月体形成。

考点2: 免疫病理分型

分型		特点
I 型	抗肾小球基底膜型	(GBM 抗体), 原位免疫复合物为主, 免疫荧光线条样沉积
II 型	循环免疫复合物型	免疫荧光呈颗粒状→沉积于系膜、毛细血管壁
III 型	少免疫复合物型	有抗中性粒细胞胞质抗体, ANCA (抗胞质抗体) 阳性

考点3: 治疗

(1) 血浆置换→ I 型、III 型出现急性肾衰竭、肺出血肾炎综合征 (goodpasture) 首选。

(2) 激素冲击→ II 型、III 型首选→反复或疗效不明显, 加用免疫抑制剂 (不能单独使用)。

三、慢性肾小球肾炎

考点1: 病理类型

感染双侧肾小球, 病程 > 3 个月。

考点2: 诊断

(1) 由急性肾炎迁延 1 年以上而成的仅占 10%。

(2) 起病隐匿, 血尿可有可无, 蛋白尿在 1~3 g 之间

考点3: 临床表现

(1) 病程长, 肾功能逐渐加重恶化。

(2) 少尿、血尿、水肿 3 月 以上, 蛋白尿 1~3 g/d。

(3) 肾性贫血 (补充 EPO)。

(4) 晚期慢性肾衰竭 (导致我国慢性肾衰最主要原因——慢性肾炎)。

考点4: 治疗

(1) 治疗目的: 以 **挽救 / 延缓肾功能恶化**

(2) 低蛋白饮食 < 0.6 g/d, 有利于延缓肾功能恶化。

(3) 慢性肾炎是引起成人肾性高血压最常见的原因。

(4) 用 **ACEI 药物** 可控制血压、逆转蛋白尿。

(5) 通常血压控制目标为 **130/ 80 mmHg** 以下;

尿蛋白 $\geq 1 \text{ g/d}$ 的， 血压控制在 $125/75 \text{ mmHg}$ 以下。

(6) 尿蛋白治疗目标：争取减少至 $< 1 \text{ g/d}$ 。

四、 肾病综合征

考点1： 诊断

“金标准”：大量蛋白尿，尿蛋白定量 $> 3.5 \text{ g/d}$

“银标准”：血浆白蛋白 $< 30 \text{ g/L}$ ，水肿和高胆固醇血症。

考点2： 病理分型

分型	好发年龄	病理特点
微小病变型	儿童 < 18 岁	足突消失，对激素最敏感，不用免疫抑制剂 (记忆口诀：微不足道)
膜增生型		双轨状，分层状。分为：① IgA 肾病——以 IgA 沉积为主 ② 非 IgA 系膜增生性肾小球肾炎——以 IgG 或 IgM 沉积为主
膜性肾病	中老年 > 40 岁	钉突状，最易出现并发症——肾 V 血栓(腰痛、血尿)，尽早加用免疫抑制剂

考点3： 并发症

最常见：上呼 呼吸道感染；电解质紊乱：低钠。

栓塞并发症→最常见肾静脉栓塞(突然出现腰痛 + 血尿)

考点4： 治疗

首选药物：糖皮质激素。

用药原则：起量足、缓减药、长维持。

(1) 激素治疗效果不佳，须加用免疫抑制剂→环磷酰胺

(2) 口服激素效果不佳，还可用泼尼松龙静脉注射。

(3) 不饱和脂肪酸饮食。

①用药后症状完全缓解：激素敏感型。

②用药缓解后又复发：激素依赖型，须加用免疫抑制剂。

③用药激素无效的：激素抵抗型，须加用免疫抑制剂—环磷酰胺。

④无须预防使用抗生素；白蛋白 $< 20 \text{ g}$ ，提示有高凝状态，必须用低分子

肝素预防抗凝。

考点5： 继发性肾病综合征

老年人——糖尿病肾病。

年轻人——过敏性紫癜、狼疮性肾炎、乙肝病毒性肾炎。

五、IgA 肾病(助理不考)

- (1) IgA 肾病是肾小球源性血尿**最常见**的原因。
- (2) 典型表现：无症状血尿；反复发作的血尿，蛋白尿可有可无，绝无水肿、高血压、肾功能恶化。
- (3) 检查和治疗：确诊首选：**肾 活检**。

泌尿、男性生殖道感染

一、概述

考点1：解剖

上尿路：肾脏和输尿管；下尿路：膀胱和尿道。

考点2：病因

最常见致病菌是**大肠杆菌**；95% 是上行感染；行**膀胱镜**后→**铜 绿假单胞菌**；尿路**结石**感染→**变 形**杆菌。

考点3：分类

- (1) **上尿路**感染→急性肾盂肾炎→以**全身**症状和 **WBC 管 型尿**为主。用药 14 天。
- (2) **下尿路**感染→以膀胱炎为主→**膀胱刺激征**为主要表现。

考点4：实验室检查

1. 区分上下尿路感染常用**白 细胞管型**；
2. 确诊：中段尿培养，看菌落计数：尿培养 G- 杆菌 $> 10^5$ 、G+ 球菌 $> 10^3$ 是诊断尿路感染的金标准。

考点5：治疗

首选：**喹 诺酮类**；

哺 乳期 、 孕妇、 18 岁以 下禁用喹诺酮类，用**三 代 头孢**。

二、急性肾盂肾炎、膀胱炎

共同表现：**膀胱刺激征**，尿频出现的最早。

肾盂肾炎：有发热 $> 38^{\circ}\text{C}$ 、**腰痛**等全身表现，疗程为 2 周。

膀胱炎：仅有**膀胱刺激征**，偶发热 $< 38^{\circ}\text{C}$ ，**无 全身症状**，疗程：3 日。

	肾盂肾炎	急性膀胱炎
致病菌	大肠杆菌	大肠杆菌上行感染
典型表现	膀胱刺激征(尿频、尿急、尿痛)+腰痛, 有发热>38℃, 尿白细胞管壁	膀胱刺激征
治疗	喹诺酮类, 疗程2周	喹诺酮类, 疗程3天

三、慢性肾盂肾炎

1. 急性肾盂肾炎迁延 **6个月**以上, 表现为反复**膀胱刺激征**。
2. 病因: 尿路结石梗阻、泌尿系畸形、糖尿病引起的抵抗力下降。
3. 部位: 肾小管肾间质的慢性化脓性炎症。
4. 三大诊断标准, 只要出现一个即可诊断
 - ① “金标准”: **静脉肾盂造影 (IVU)**: 肾盂变形变窄;
 - ② “银标准”: B超: 肾脏外形凹凸不平, 大小不等;
 - ③尿比重↓, 渗透压↓, 夜尿↑, 持续肾小管功能损害: **浓缩功能↓**。
5. 治疗: 抗生素分组轮流使用**4周**; 常用**三代头孢、氨苄西林或庆大霉素**, 肾功能不全者禁用庆大霉素。如反复发作, 则持续治疗**2~4个月**。

四、无症状细菌尿

患者有尿路感染, 有细菌尿但无任何临床症状。

三代头孢进行治疗: ①学龄前儿童; ②妊娠期妇女; ③需肾移植、有尿路梗阻等尿路有复杂情况者; ④糖尿病。其他的都不需要治疗。

肾功能不全

一、急性肾损伤(AKI) / 急性肾功能不全 / 急性肾衰 (ARF)

考点1: 病因分类

分类	特点
肾前性	和 血容量减少 有关
肾后性	和 泌尿系统梗阻 有关
肾实质性(肾小管坏死)	和 毒物药品 (如庆大霉素、氨基糖苷类)、造影剂有关, 肾本身有关的最常见: 急性肾小管坏死 (有毒物质导致)

考点2: 临床表现

- (1) 严重电解质紊乱—**高钾磷镁**, 钙钠氯低;

(2) 高钾血症是少尿期的主要死亡原因。 (≥ 6.5 —透析治疗)

记忆口诀：美林冰箱价格高。

二、慢性肾衰(CRF)

考点1：定义

ARF 持续 **3个月**以上，或 $GFR < 60\text{ml/min}$ 超过 3 个月。

考点2：病因

我国为慢性肾炎；病情突然加重原因：感染。

考点3：分期

1. (CKD)分期：根据 GFR 值

分期	GFR 值 (肾小球滤过率) [$\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$]
1	≥ 90
2	60~89
3a	45~59
3b	30~45
4	15~29
5	< 15 或透析

2. 慢性肾衰竭(CRF)分期：血肌酐 CR 正常值 $76\sim 88 \mu\text{mol/L}$

(1) 代偿期： $177 \mu\text{mol/L}$ 为 CKD2 期。

(2) 失代偿期： $178\sim 442 \mu\text{mol/L}$ 又名：氮质血症期，为 CKD3 期。

(3) 肾衰期 $442\sim 707 \mu\text{mol/L}$ ，为 CKD4 期。

(4) 尿毒症期 $> 707 \mu\text{mol/L}$ ，为 CKD5 期。

考点4：临床表现

(1) 电解质紊乱：高钾、磷、镁；低钠、钙、氯，酸中毒，水中毒。

(2) 最早：消化系统：食欲缺乏，恶心，呕吐。

(3) 最主要死因：心脑血管疾病(急性的是高血钾)。

(4) 血液系统：肾性贫血 \rightarrow EPO 缺乏(肾性贫血补充 EPO)。

(5) 周围神经：出现手套感、袜子感、不宁腿综合征。

(6) 肾性骨病：发病原因：继发性甲旁亢(软化性骨病：缺乏维生素 D3、铝中毒)。

(7) 尿毒症脑病：出现昏迷、惊厥，血肌酐 $> 707 \mu\text{mol/L}$ 。

考点5：实验室检查

- (1) 首选 B 超：见双肾明显缩小。
- (2) 尿比重固定在 **1.010**（原尿的比重）。

考点6：治疗

1. 早诊断，治疗原发病，去除恶化因素。

- (1) 优质低蛋白饮食
- (2) 血钾 $\geq 6.5 \text{ mmol/l}$ → **透析**
- (3) 控制血压：<130/80mmHg，首选 **ACEI**，**Cr > 265 $\mu\text{mol/L}$** 禁用。
- (4) 营养支持治疗。
- (5) 控制蛋白尿：0.5g/日以内
- (4) 最重要治疗：血液透析。

2. 透析指征：

- ① $\text{BUN} > 28.56 \mu\text{mol/L}$ ；②血肌酐 $> 707.2 \text{ mmol/L}$ ；③血钾 $> 6.5 \text{ mmol/L}$ ；④毒（尿毒症）血（贫血）钾（高钾 $> 6.5 \text{ mmol/L}$ ）留（水钠潴留）酸（代谢性酸中毒）。

肾结核

考点1：临床表现

肾结核=低热、盗汗、乏力+ 终末血尿 + 膀胱刺激征+腰部疼痛不适
最典型：**慢性膀胱刺激征**（最早表现尿频）。

考点2：来源

肺结核 → 肾结核 → 附睾结核（**串珠样改变**）

考点3：转归

- (1) 肾自截：肾自截是肾结核的晚期表现。
- (2) 膀胱挛缩：膀胱缩小，容量不足 50ml。
- (3) 肾积水。

考点4：实验室检查

- (1) **尿结核杆菌培养**
- (2) 静脉尿路造影（IVU），有**虫蛀样**改变；确定部位，范围反应功能。

考点5：治疗

- (1) 药物：结核治疗（首选），疗程 6~9 个月。

- (2) 药物无效者，术前必须抗结核治疗 **2周**，术后抗结核 **6个月**。
- ①结核病灶清除术： 病灶局限，与肾盂不通
 - ②肾部分切除： 病灶位于肾的一极
 - ③患肾切除术： 一侧肾结核破坏严重，另一侧肾正常
 - ④肾造瘘： 一侧肾结核，另一侧肾积水尿毒症
 - ⑤膀胱扩大术： 膀胱挛缩

尿路结石

一、上尿路结石(肾、输尿管结石)

考点1： 结石分类特点

分类	特点
草酸钙结石	最常见，桑葚状
磷酸盐结石	最容易引起尿路感染、梗阻，多为变形杆菌感染，结石呈鹿角状，也叫鹿角结石，能够引起严重的上皮恶变，多与感染有关
胱氨酸结石	蜡样结石，最少见，家族遗传性，用卡托普利可以预防
尿酸结石	X线不显影，主要见于痛风患者，治疗用别嘌醇，预防多喝弱碱性水或碳酸氢钠可碱化尿液

考点2： 临床表现

输尿管结石= 肾绞痛 + 活动后血尿 (疼痛在腹部、可向同侧、睾丸放射)

肾结石=活动后血尿 + 肾区、肋脊角叩击痛

考点3： 实验室检查

(1) **首选 B 超**；次选 **X 线** (常用于鉴别尿路结石和腹腔钙化灶)； 内镜适用于平片未显示结石，静脉尿路造影有充盈缺损而不能确诊用。

(2) 评价肾功能受损和恢复：放射性核素肾显像；次选静脉尿路造影。

考点4： 治疗

	肾结石	输尿管结石
<0.6cm	药物排石	药物排石
0.6≤结石≤2 cm	体外冲击波碎石(ESWL)	上段：体外冲击波碎石 中、下段： 输尿管镜取石术 输尿管软镜(次选)
<2 cm	输尿管软镜	----

=2 cm	经皮肾镜碎石取石术(PCNL)	----
>2cm	经皮肾镜碎石取石术(PCNL)	腹腔镜输尿管取石术(LUL)

以上治疗无效，选择手术。

治疗原则：一侧肾结石，一侧输尿管结石——必须先处理输尿管结石。

二、下尿路结石(膀胱结石)

1. 最主要：尿酸结石。
2. 病因：年轻人营养不良、低蛋白饮食；老年人泌尿梗阻、前列腺增生。
3. 临床特点：排尿突然中断，变换体位或活动后恢复；向阴茎头放射。
4. 治疗：①直径 ≤ 3cm，膀胱镜取石；②直径 > 3cm，耻骨上膀胱切开。

泌尿系统梗阻

一、前列腺增生

1. 前列腺解剖

移行带(增生好发)、中央带、外周带(癌好发)。

2. 临床表现

最典型表现：**进行性排尿困难**；充盈性尿失禁。

最早表现：**尿频**；加重：急迫性尿失禁。

其梗阻症状取决于增生的部位，诱因：多在**饮酒**、**受凉**后发生排尿困难。

3. 实验室检查

首选：直肠指诊。

首选影像学检查：B超。

确诊：前列腺穿刺活检。

尿流速：< 15ml/s → 排尿不畅；< 10ml/s → 梗阻严重。

4. 治疗

(1) 症状轻，无尿潴留，首选药物治疗。

①一代药：**α受体阻滞剂**：酚妥拉明、特拉唑嗪 → 降低尿道阻力。

②二代药：**5α还原酶抑制剂**：保列治(尿潴留禁用) → 使前列腺变小。

(2) 手术：首选**经尿道前列腺切除术** / TURP。 → 药物保守治疗无效

二、肾积水

1. 辅助检查

首选——B超；明确发病位置——造影。

2. 判断肾功能

放射性核素检查，静脉尿路造影

3. 治疗

- (1) 若是肾盂输尿管狭窄导致——肾盂成形术。
- (2) 前列腺增生导致——经尿道前列腺切除。
- (3) 不能手术的——肾造瘘。

三、急性尿潴留

1. 最常见病因：前列腺增生

2. 临床表现

排尿困难 + 耻骨联合上方出现半球形浊音 = 急性尿潴留

3. 首选检查：B超

4. 治疗：首选导尿术，如无效选用耻骨上膀胱造瘘术。

泌尿、男性生殖器损伤

一、肾损伤

考点1：分类

分类	特点	处理
肾挫伤	最轻的，镜下血尿 轻微肾损伤	可自愈，无须治疗，绝对卧床2~4周
肾部分裂伤	明显肉眼血尿 伤到肾质，肾周血肿	绝对卧床休息2~4周，不手术
肾全层裂伤	肉眼血尿 + 休克 + 尿外渗 + 肾水肿 (腹肌征)	立即手术
肾蒂损伤	最严重，容易死亡 腹膜炎，休克，无尿	

严重肾损伤

考点2：辅助检查：

筛选：尿常规

确诊：CT

考点3：治疗

1. 紧急治疗：防休克，输液输血

2.手术方式选择

- (1) 一侧肾下极严重裂伤：肾部分切除术。
- (2) 一侧肾严重积水或出现碎裂， 另一侧正常：患肾切除术。
- (3) 一侧肾血管动脉损伤， 另一侧正常：血管动脉修复术。

二、尿道损伤

1. 分类

记忆口诀：骑跨球， 骨盆膜

分类	外伤	特点
前尿道损伤	骑跨伤	最易损伤球部：出现典型的尿道口渗血尿外渗到会阴阴囊处（见会阴阴囊血肿）
后尿道损伤	骨盆骨折	后尿道膜部， 极易休克， 诊断首选——骨盆挤压实验或分离实验， 尿外渗到前列腺周围， 如出现尿生殖膈断裂也可到会阴阴囊部

2. 前尿道损伤的治疗

原则：止血抗休克。

- (1) 尿道**完全断裂**， 经会阴做**尿道断端吻合术**， 术后导尿引流 2~3 周。
- (2) 无或部分不全尿道断裂， **首选导尿**， 引流 2 周后尿道损伤的治疗：

止血抗休克。

①首选导尿， 如无效就耻骨上膀胱造瘘 3 个月后再行尿道重建手术； ②并发直肠损伤的——先修补， 暂时做直肠造瘘术； ③并发尿道直肠瘘——抗感染 3~6 个月后修补。

男性生殖道感染

一、前列腺炎

考点1：感染途径：

多为**大肠杆菌**上行感染。

考点2：分类

- 1.急性：全身感染重 + 会阴部肿不适， 首选：喹诺酮类。 **不按摩不导尿。**
 - 2.慢性：全身无感染症状 + 尿道口滴白； 首选：红霉素、多西环素。
- 发热 + 膀胱刺激征 + 会阴部肿、疼痛 = 前列腺炎。

考点3： 首选检查：

直肠指检； 确诊： 前列腺按摩及**穿刺 活检**。

二、 附睾炎(助理不考)

- (1) 感染途径： 多为输精管局部感染。
- (2) 临床表现： 全身感染重 + 阴囊部肿、疼痛 = 附睾炎。

泌尿男性生殖系统先天畸形及其他疾病

一、 隐睾(助理不考)

题眼： 阴囊内空虚； 睾丸在腹股沟管内。

治疗： (1) < 1 岁： 观察(可以自行下降)。

(2) ≥ 1 岁： 药物干预：**HCG**， 如果无效：**睾丸下降固定术**。

(3) > 2 岁： 先尝试睾丸下降固定， 无效或者恶变→**睾丸切除术**。

二、 鞘膜积液

1. 分类

- (1) 睾丸鞘膜积液： 最常见， 睾丸摸不到、摸不清。
- (2) 精索鞘膜积液： 可以摸到睾丸。
- (3) 交通鞘膜积液： 站立时阴囊肿大、卧位时消失。

2. 诊断： 一照、二卧、三摸。

步骤： 一照二卧三摸	
分型	交通性： 透 (+) + 阴囊立大， 平缩
	睾丸性： 透 (+) + 【圆形或卵圆形】 阴囊平不缩 + 未触辜
	精索性： 透 (+) + 阴囊平不缩 + 可触辜
	睾丸精索性： 透 (+) + 【梨形】 阴囊平不缩 + 未触辜
鉴诊	睾丸肿瘤： 透 (-)， 硬，
	腹股沟斜疝： 透 (-)， 软， 可回纳

3. 治疗

- (1) 绝大部分可以自行吸收不需要治疗。
- (2) 体积较大、影响生活和行走：**鞘膜翻转术**。
- (3) 如积液是乳糜状(是丝虫感染)：抗丝虫治疗。

三、精索静脉曲张

1. 特点

好发于**左侧精索静脉**；与长期站立无关。

2. 诊断治疗

站立位做 Valsalva 动作曲张加重可诊断；治疗：**手术**。