

Sugita 术式治疗儿童隐匿阴茎的临床观察

闻竹,曹永胜,王永明

(安徽省儿童医院泌尿外科,安徽 合肥 230051)

摘要:**目的** 观察 Sugita 术式治疗隐匿阴茎的近期疗效。**方法** 对住院的 92 例中重度隐匿性阴茎患儿实施 Sugita 术式治疗,观察其近远期手术疗效。**结果** 术后 4~5 d 拆除其阴茎包扎敷料同时拔除尿管,住院 5~6 d;所有病例随访时间为 10 个月至 2 年,平均随访时间为 12.4 个月;所有患儿排尿正常,12 例患儿出现包皮水肿,于术后 8~12 周完全消肿。所有患儿阴茎显露良好,家长对其手术疗效表示满意。**结论** Sugita 术式治疗小儿隐匿性阴茎,手术效果良好,并发症较少,术式设计佳,易于掌握。

关键词: 隐匿阴茎;诊断;Sugita 手术

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.02.032

Clinical observation in surgical treatment of concealed penis using Sugita method

WEN Zhu, CAO Yongsheng, WANG Yongming

(Department of Urology, Anhui Provincial Children's Hospital, Hefei, Anhui 230051, China)

Abstract:**Objective** To control the treatment level of concealed penis and observe the short-term curative effect using Sugita method for the treatment of concealed penis. **Methods** 92 children with severe concealed penis treated in our hospital were taken operative treatment with Sugita surgical method. Monitoring and analyzing the effect of operation, mastering the operative method and summarizing the recent and long-term clinical curative effect. **Results** Wound dressing and catheter were removed on 4th or 5th day. All patients were discharged on 5th or 6th day. All cases were followed up for 10 months to 2 years (an average of 12.4 months). 12 cases appeared foreskin edema and totally detumescence in 8 to 12 weeks. All cases of penis were in the good exposition and parents were satisfied with the surgical curative effect. **Conclusion** For pediatric concealed penis, the Sugita operation curative effect is good, which is with fewer complications, good surgical design, easy to master. It can be used as a good method for the treatment of congenital concealed penis.

Key words: Concealed penis; Diagnose; Sugita surgery

近年来,由于生活质量的提高,小儿先天性隐匿性阴茎逐渐被重视,其发病率在国内约为 0.68%^[1]。其发病原因目前认为是肉膜发育不良,伴有弹性差的纤维组织,将阴茎体牵拉至皮下组织内,以至于外观上只能显露很少的一部分阴茎体^[2]。现收集疑似隐匿性阴茎患儿 92 例,施以 Sugita 术式,并观察其手术疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 6 月—2015 年 10 月期间,因阴茎外观短小、包皮口上翘,或因包茎,无法外露龟头就诊于安徽省儿童医院,疑似隐匿性阴茎收治 92 例患儿,年龄 2.4~13 岁,平均年龄 6.3 岁。诊断标准:患儿阴茎外观似茶壶嘴样阴茎,腹壁表面仅能见包皮堆积,外观阴茎短小,用手按压阴茎根部后可见正常发育阴茎体,但放手后阴茎体

回缩,多数伴有包茎;排除肥胖儿(超过标准体质量的 20%)后,完善术前检查,无手术禁忌证后实施 Sugita 术式。

1.2 手术方法 所有患儿行静吸复合麻醉或加骶管麻醉,常规消毒铺巾后,上翻包皮直至显露狭窄环,在阴茎腹侧 6 点位置切开狭窄环,显露龟头,4-0 Prolene 线牵拉龟头;包皮系带下方自上而下纵行切开内外板,直至阴茎阴囊交界处。再于包皮内外板交界处环形切开包皮直至 Buck's 筋膜,可发现此层面覆盖筋膜上的纤维束带,予以切除并游离,将包皮脱套至阴茎根部,使阴茎完全显露,直至无牵引作用,阴茎体不再回缩。分别在 2 点及 10 点位上将阴茎根部 Buck's 筋膜与根部皮肤真皮层以 1 号丝线缝合固定。观察内板是否存在狭窄环后,于阴茎背侧 12 点位置切开内板,切开长度为可使该处内外板无张力对合即可,在 12 点位置缝合内外板后,将内板两翼从背侧向腹侧转移,并使其能在腹侧 6 点位置无张力缝合。重建阴茎阴囊角后,使包皮外板可在阴茎腹侧正中位置

无张力缝合,再适当修剪内外板后将其上下对合缝合,再次局部消毒后凡士林纱条、弹力绷带加压包扎阴茎体,并予以保留导尿。

2 结果

术后患儿 4~5 d 拆除阴茎体加压包扎敷料并拔除尿管,阴茎伸直满意,手术切口愈合良好,无感染患儿。所有患儿均得到随访,时间为 10 个月至 2 年,平均随访时间为 12.4 个月;所有患儿均排尿正常,无尿漏及尿道狭窄,12 例患儿出现包皮水肿,其中有 7 例轻度水肿,于 6~8 周自行消退,2 例水肿明显,龟头下方内板略显臃肿。所有患儿阴茎外观显露良好,阴茎阴囊成角满意,阴茎固定良好,无回缩阴茎,家长对其手术疗效表示满意。

3 讨论

隐匿阴茎的发病机制并未被大家广泛认识。从早期认为包皮口束缚,到中期认为尿生殖窦发育不全,再到近年来主要考虑是由阴茎肉膜的发育异常引起^[3]。手术方法的选择也从包皮环切术至单纯的阴茎体固定式,直至目前的脱套阴茎肉膜同时白膜与皮下组织缝合^[4]。

隐匿阴茎的分类目前尚无准确的标准。Maizels 等^[5]认为隐匿性阴茎应分为埋藏阴茎、蹼状阴茎以及小阴茎几类;这种分类方法不仅在病理生理学上容易理解,在病因学上也是合理的。Casale 等^[6]认为隐匿阴茎应分为先天性隐匿性阴茎、由于手术瘢痕所致的隐匿阴茎以及某些原因所致肥胖的隐匿阴茎。我们认为这种分类方法实用且方便。由于我国基本不执行新生儿包皮环切术,故第二种类型基本在我国不存在。此次收集病例全部归类为第一种类型。李波涌等^[7]评判隐匿阴茎中重度的标准为:重度为外观上完全无法看见阴茎体,腹壁平面只能扪及包皮存在;中度为阴茎体大部分隐匿于皮下,牵拉龟头,阴茎大部分可外露,放手后很快恢复成原状者。

隐匿阴茎是否需要手术治疗? Radhakrishnan 等^[8]曾报道关于隐匿阴茎保守治疗的情况,他们认为如果 2~3 岁还未自愈的患儿需要手术治疗,因为患儿可能会因该疾病不愿直立排尿。Herndon 等^[9]报道大多数父母认为手术治疗隐匿阴茎是一种积极的治疗方式,仅依靠青春期荷尔蒙的分泌来改善隐匿阴茎通常不满意,而手术治疗效果往往可以得到认可^[10]。因成人也存在隐匿阴茎这一疾病,故我们不能认为隐匿阴茎为可自愈性疾病。同时文献^[11]报道长期隐匿可对阴茎的发育产生不利的影响,我们也认为如果隐匿阴茎已导致患儿在同

龄人中有所尴尬或出现排尿困难等不适时,应建议积极手术治疗。

目前治疗隐匿阴茎已存在多种术式。由于皮肤和阴茎之间存在移行异常肉膜纤维是牵拉阴茎的主要病因,术中切除其纤维及阴茎体的完全脱套是手术重要步骤。结合患儿往往以阴茎短小或包茎为病因就诊,包茎的存在和阴茎包皮外板的缺乏为手术纠治的首要目的,术后阴茎皮肤需以内板覆盖,故内板不能裁剪较多,以免造成显露后的阴茎皮肤不足。然而内板较多易形成术后包皮水肿。国内治疗隐匿阴茎的方法目前多为改良的 Shiraki 术式^[12]、Devine 术式^[13]及 Sugita 术式^[14]。Shiraki 于包皮内外板处松解狭窄环(多选择 2 点、6 点及 10 点)后嵌插缝合,术后可见阴茎似 W 的瘢痕,美观欠缺。Devine 术式取阴茎背侧正中切口松解狭窄环,因腹侧未予处理,易造成阴茎阴囊角的蹼状皮肤存在,同时若狭窄环严重,背侧正中切口可能对阴茎固定造成困难,影响固定。Sugita 术式使切口位于阴茎腹侧,不易发现,有效的避免了这种不甚美观的手术切口^[15]。同时由于选择腹侧正中切口直至阴茎阴囊交界,一并解除了蹼状阴茎,适当裁剪后重塑阴茎阴囊成角^[16]。针对内板水肿情况,由于 Sugita 术式是将包皮内板自背侧成两翼覆盖至腹侧,适当保持松弛的张力,以帮助淋巴液回流,缓解术后水肿情况。有学者报道采用包皮转移技术^[15],也有学者使用转移皮瓣从而弥补阴茎皮肤不足^[17],Sugita 术式同样存在包皮皮瓣的转移,该术式转移皮瓣基底部较宽,血供良好,不易出现皮瓣坏死现象,在本组研究中,未出现皮肤坏死现象。

我们采用 Sugita 术式治疗先天性隐匿阴茎,发现该术式的近期疗效良好,并且患儿及家长对其外观愈后也普遍满意。该术式相较于 Shiraki、Devine 等经典术式,操作相对简单,同时该术式主要切口选择为正中腹侧,不易发现,美观程度上存在明显优势。并发症的报道中,阴茎腹侧水肿是最常见的,即淋巴回流不畅,因为沿着 Buck's 筋膜脱套后,是将背侧内板强行拉至腹侧环状缝合的。但肿胀可逐步消退;在某些研究中二次隐匿的发生率是最小的。在本组研究中,因淋巴回流不畅造成水肿最迟于 12 周消退,并未再次行手术纠治。结合笔者体会,需要注意的是,阴茎内板向腹侧转移后的直径需和外板口径一致,以免人为造成轻度狭窄环,以致内板淋巴回流不畅,从而造成水肿。如术中觉得内板较厚,可根据个人经验,在保证皮肤血供的前提下,适当削减内板处肉膜,避免术后水肿严重。

◇ 药物与临床 ◇

米索前列醇与卡前列素氨丁三醇预防剖宫产 产后出血的效果比较

石巍

(郑州大学第三附属医院妇产科,河南 郑州 450000)

摘要:目的 比较米索前列醇与卡前列素氨丁三醇预防高危产妇剖宫产产后出血的价值。方法 选择有产后出血倾向的高危孕妇 113 例(包括瘢痕子宫、前置胎盘、双胎、巨大儿、羊水过多),按随机数字表法分为观察组 58 例和对照组 55 例,观察组给予 0.4 mg 米索前列醇塞肛治疗,对照组给予肌肉注射卡前列素氨丁三醇 250 μ g。比较两组产后出血发生率、产后 2 h 和 24 h 的出血量、输血率、止血时间、近远期并发症等。结果 两组产后出血率比较差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组产后 2 h 及 24 h 出血量、输血率、止血时间及子宫切除率均低于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 与米索前列醇相比,卡前列素氨丁三醇在剖宫产术后出血的防治效果更优,可减少产后出血量和输血率,减少并发症的发生。

关键词:米索前列醇;卡前列素氨丁三醇;产后出血;高危因素

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.02.033

Comparing therapeutic effects of misoprostol and carboprost tromethamine in the prevention of postpartum hemorrhage after cesarean section

SHI Wei

(Department of Obstetrics and Gynecology, The Third Affiliated Hospital of
Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan 450000, China)

综上所述,Sugita 术式治疗隐匿阴茎,设计简单,易于操作,外观良好,并且适用于所有阴茎皮肤不足的隐匿阴茎。此术式并发症少,短期疗效令人满意,可视为治疗隐匿阴茎的较好方法。

参考文献

- [1] 梁朝朝,王克孝.合肥地区 5172 名男性青少年外生殖器疾病的流行病学调查[J].中华医学杂志,1997,77(1):15-17.
- [2] DEVINE C. Comment. In: Hinman F Jr, ed. Atlas of urologic surgery[M]. Philadelphia: WBSaunders, 1991: 549-551.
- [3] 陈于明. 隐匿阴茎问题的再认识[J]. 中华小儿外科杂志, 2000, 21(6): 379-380.
- [4] 李波涌,张国富,王欢,等. 隐匿阴茎不同术式的疗效比较[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31(2): 128-130.
- [5] MAIZELS M, ZAONTZ M, DONOVAN J, et al. Surgical correction of the buried penis: description of a classification system and a technique to correct the disorder[J]. J Urol, 1986, 136(1 Pt 2): 268-271.
- [6] CASALE AJ, BECK SD, CAIN MP, et al. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment[J]. J Urol, 1999, 162(3 Pt 2): 1165-1168.
- [7] 李波涌,张国富,王欢,等. 隐匿阴茎不同术式的疗效比较[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31(2): 128-130.
- [8] RADHAKRISHNAN J, RAZZAQ A, MANICKAM K. Concealed

penis[J]. Pediatr Surg Int, 2002, 18(8): 668-672.

- [9] HERNDON CD, CASALE AJ, CAIN MP, et al. Long-term outcome of the surgical treatment of concealed penis[J]. J Urol, 2003, 170(4 Pt 2): 1695-1697.
- [10] BRISSON P, PATEL H, CHAN M, et al. Penoplasty for buried penis in children: report of 50 cases[J]. J Pediatr Surg, 2001, 36(3): 421-425.
- [11] REDMAN JF. Buried penis: congenital syndrome of a short penile shaft and a paucity of penile shaft skin[J]. J Urol, 2005, 173(5): 1714-1717.
- [12] 范登信,蔡盈,曹永胜,等. Shiraki-Devine 术治疗儿童隐匿阴茎的临床观察[J]. 安徽医科大学学报, 2012, 47(8): 1005-1006.
- [13] 魏辉,梅骅,谢家伦,等. 隐匿阴茎的分类和手术治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(2): 102-103.
- [14] SUGITA Y. Surgery for concealed penis. 9th Annual Meeting of the Asia Pacific Association of Paediatric Urologists (APAPU) [C], Shanghai, 2007: 25.
- [15] DONAHOE PK, KEATING MA. Preputial unfurling to correct the buried penis[J]. J Pediatr Surg, 1986, 21(12): 1055-1057.
- [16] 杨华军,徐哲明,唐达星,等. Sugita 法治疗重度隐匿阴茎[J]. 中华小儿外科杂志, 2010, 31(6): 480-482.
- [17] GILLET MD, RATHBUN SR, HUSMANN DA, et al. Split-thickness skin graft for the management of concealed penis[J]. J Urol, 2005, 173(2): 579-582.

(收稿日期:2016-09-22,修回日期:2016-10-24)