

重度尿道下裂采用分期管形包皮岛状皮瓣术式与分期尿道板重建卷管术式治疗的效果比较

张鹏 简毓 赵法亮 苗向阳

(遵义医学院附属医院泌尿外科 贵州遵义 563003)

摘要:目的:分析重度尿道下裂采用分期管形包皮岛状皮瓣术与分期尿道板重建卷管术治疗的效果。方法:随机选取 2015 年 1~12 月进行治疗的重度尿道下裂患儿 64 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各 32 例。观察组采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗,对照组采用分期尿道板重建卷管术治疗,比较两组术成功率以及术后并发症发生率。结果:观察组术成功率 93.75%,明显高于对照组的 71.88%,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组并发症发生率 9.38%,明显低于对照组的 34.38%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:重度尿道下裂患儿采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗手术治疗成功率明显高于采用分期尿道板重建卷管术治疗,具有良好安全性,并发症发生率更低,术后外形更美观。

关键词:重度尿道下裂;分期管形包皮岛状皮瓣术;分期尿道板重建卷管术

中图分类号:R699.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.064

尿道下裂属于男性泌尿系统先天性缺陷,且患者大多合并阴茎向腹侧弯曲^[1-2]。相关报道指出,严重尿道下裂患儿一期手术治疗后,无论选择哪一种术式,仍存在较高几率发生尿瘘、尿道狭窄等并发症。当前临床治疗重度尿道下裂多采用分期手术^[3-4]。本研究对重度尿道下裂患儿采用分期管形包皮岛状皮瓣术和分期尿道板重建卷管术治疗的效果进行比较,以明确更适用于重度尿道下裂治疗的手术方式。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2015 年 1~12 月在我院进行治疗的重度尿道下裂患儿 64 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各 32 例。观察组年龄 2~8 岁,平均 (2.56 ± 2.15) 岁;对照组年龄 1.5~7.5 岁,平均 (2.34 ± 2.08) 岁。两组一般资料比较无显著性差异,具有可比性 ($P<0.05$)。患儿家属知情本研究并签署《知情同意书》;此次研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 对照组采用分期尿道板重建卷管术治疗。一期手术:(1)对包皮行环切,将阴茎弯曲予以矫正;(2)根据患儿尿道缺损的长度,把阴茎背侧包皮从正中间分开,旋转到阴茎腹侧进行缝合,将创面予以修复;(3)根据患儿恢复情况 8~12 个月内进行二期尿道建立。二期手术:(1)从尿道口方向沿阴茎头部切开 2 个间距为 1.2~1.4 cm 的平行切口,并在尿道口近端和成形尿道端相连成相对的 U 型切口;(2)把由切口而形成的原位阴茎皮条进行缝合成 4~6 cm 的尿道,用阴茎皮下筋膜或阴茎皮下组织将其覆盖,将创面予以修复;(3)建立尿道后在尿道内置入 F8 双腔导尿管,术后康复期根据患儿恢复情况予以拔除。观察组采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗。一期手术:(1)距离冠状沟 0.5~1 cm 对包皮进行环切,通过横断尿道板或阴茎背面一侧行白膜紧缩术对阴茎弯曲进行矫正;(2)查看患儿尿道所

缺损的长度,横向将阴茎背侧内外板相交部位包皮予以裁剪,做成有血管蒂的岛状皮瓣状后予以缝合,形成相应的皮管;(3)把缝合好的皮管转至阴茎腹侧位置,将其中一端通过阴茎下隧道穿越形成正位尿道口,另一端则在距离原尿道口 0.5~1 cm 位置建立尿道造口;(4)游离现有尿道造口与原来尿道口,将阴茎正中打开后将背侧皮肤对阴茎形成包绕后覆盖并对创面予以缝合,导尿管通过岛状皮管用于导尿;(5)手术 45 d 后将导尿管拔除,根据患儿恢复情况在 8~12 个月内进行二期尿道建立。二期手术:(1)从尿道造口与原尿道口间切出 2 个平行切口,并在原尿道口的近端与一期手术中已经成形的尿道末端连接成相对的 U 型切口,缝合后形成相应长度的尿道;(2)利用阴茎皮下组织或阴囊肉膜覆盖后,对阴茎皮肤切口予以缝合;(3)建立尿道后在尿道内置入 F8 双腔导尿管,术后康复期根据患儿恢复情况予以拔除^[5]。

1.3 观察指标 出院后对患儿跟踪随访 1~3 年,对比两组手术成功率以及术后并发症发生率。手术成功率的评判标准:依据《实用小儿外科学》有关标准,尿道口处于阴茎的正中,阴茎弯曲已矫正,矫正后站立排尿时尿液呈现出圆柱状,阴茎外观完整正常,不存在并发症。手术成功率=成功例数/患儿总例数 $\times 100\%$ 。统计两组出现尿瘘、尿道狭窄、尿道憩室等并发症发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.00 统计学软件对数据进行分析。计数资料用%表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术治疗成功率对比 观察组手术治疗成功 30 例,对照组 23 例,观察组手术治疗成功率 93.75%明显高于对照组的 71.88%,差异有统计学意义 ($\chi^2=3.952, P=0.047$)。

2.2 两组术后并发症发生比较 观察组术后并发

症发生率 9.38%，明显低于对照组的 34.38%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后并发症发生比较

组别	n	尿瘘(例)	尿道狭小(例)	尿道憩室(例)	总发生[例(%)]
观察组	32	2	1	0	3(9.38)
对照组	32	6	3	2	11(34.38)
χ^2					4.480
P					0.034 3

3 讨论

尿道下裂是小儿泌尿系统常见疾病，具有较高的发生率。近年来尿道下裂的发生呈逐渐上升趋势^{〔6〕}。根据阴茎弯曲矫正后新的尿道口位置把尿道下裂分成前型、中间型及后型。前型包含阴茎头型、冠状沟型以及冠状沟下型；中间型包含阴茎远段型，阴茎中段型以及阴茎近段型；后型包含阴茎阴囊型，阴囊型和会阴型三类，后型尿道下裂判定为重度尿道下裂^{〔7-8〕}。尿道下裂主要采取手术治疗，手术矫正主要包含以下几步：将阴茎矫正矫直，重新建立尿道，建立尿道口以及阴茎头，建立阴囊，使用皮瓣将缺损部位皮肤进行覆盖^{〔9〕}。治疗尿道下裂的手术方式多样，所取得的治疗效果有所不同。伴随医疗水平的不断发展，尿道下裂的修复方式也不断创新。尤其是对重度尿道下裂的治疗，临床从未停止过研究的脚步。

重度尿道下裂主要采用分期手术治疗，将阴茎弯的矫正和新尿道的建立分两次完成，将复杂手术分次，可提升临床治疗效果，减少术后并发症发生率。当前临床治疗重度尿道下裂主要采用分期包皮岛状皮瓣术与分期尿道板重建卷管术。若患儿阴茎头过小，采用分期尿道板重建卷管术治疗，患儿的尿道口只能开在冠状沟处，既影响美观，还容易出现尿

痿与伤口撕开等并发症。采用分期包皮岛状皮瓣术治疗，可改善因缺少血液供应而造成移植物坏死现象^{〔10〕}。该术式对弯曲阴茎矫正后，将阴茎正中打开，用背侧皮肤对阴茎形成包绕覆盖，并对创面予以缝合，将导尿管置入岛状皮管用于导尿。观察组手术治疗成功率 93.75%明显高于对照组的 71.88%，并发症发生率 9.38%明显低于对照组的 34.38%，提示采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿效果优于采用分期尿道板重建卷管术治疗。综上所述，采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿可有效降低术后并发症发生率，临床治疗成功率高。

参考文献

[1]覃道锐,唐耘熯,王学军,等.阴茎头海绵体减容技术在中重度尿道下裂修复手术阴茎头成形中的应用[J].中国修复重建外科杂志,2018,32(11):1454-1457
[2]景登攀,马建琦,王子林,等.保留尿道板横截包皮岛状皮瓣卷管法治疗重型尿道下裂[J].中华男科学杂志,2018,24(9):855-856
[3]林国雄,林海,王玉芸.分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿的临床研究[J].中国地方病防治杂志,2018,33(3):348,350
[4]陈小朋,杨艳芳,李骥,等.分期管形包皮岛状皮瓣术式和分期尿道板重建卷管术式治疗重度尿道下裂的效果对比[J].中国医学工程,2017,25(10):98-100
[5]宋晋秋,叶辉,郝春生,等.改良 Duckett 法加 Duplay 法治疗中 - 重度尿道下裂合并小阴茎畸形临床分析[J].北京医学,2017,39(7):681-683,755
[6]李昌,郭俊斌.重度尿道下裂术后尿道狭窄的尿道扩张治疗[J].生物医学工程与临床,2017,21(1):42-44
[7]张斌,毕允力,陆良生,等.分期 Duplay 术治疗合并阴茎阴囊转位的重度尿道下裂[J].临床小儿外科杂志,2016,15(5):443-446
[8]王捷,廖凤文,梁彪,等.改良包皮岛状皮瓣尿道成形术对小儿重度尿道下裂预后的影响[J].中国妇幼保健,2016,31(19):4074-4076
[9]刘玉刚,刘鹏.一期手术和分期手术治疗重度尿道下裂的预后分析[J].广西医科大学学报,2016,33(4):688-690
[10]安妮妮,吴谋东,占雄.耦合法尿道成形术在中重度阴茎下弯的阴茎体型尿道下裂的应用[J].发育医学电子杂志,2016,4(2):103-105
(收稿日期: 2019-04-03)

复发性流产患者应用宫腔镜及B 超评估宫腔因素的价值研究

陈孟循 马文敏 杨美琼
(广东省佛山市妇幼保健院 佛山 528000)

摘要:目的:探讨宫腔镜及B超对复发性流产患者宫腔因素的评估价值。方法:回顾性分析 2016 年 6 月~2018 年 12 月在广东省佛山市妇幼保健院接受治疗的 162 例复发性流产患者的临床资料,分析不同检查方式对宫腔异常情况的检出结果情况。结果:162 例患者宫腔镜检查显示,正常宫腔占 48.15%,子宫内膜炎占 12.96%,子宫内膜息肉占 8.64%,宫腔粘连占 19.75%,子宫畸形占 3.09%,宫腔偏小占 1.85%,鞍状子宫占 5.56%;以宫腔镜检查结果为“金标准”,B超对于子宫畸形、宫腔偏小的诊断结果与宫腔镜的对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);B超对于子宫内膜炎、子宫内膜息肉、宫腔粘连、鞍状子宫的检出率低于宫腔镜,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:宫腔镜可对复发性流产患者宫腔因素给予有效评估与处理,但B超检查具有可反复操作、无创伤等优势,易于患者接受,可在一定程度上为复查与治疗提供评估依据,但宫腔镜检查仍为宫腔异常诊断金标准。

关键词:复发性流产;宫腔镜;B超;宫腔因素

中图分类号:R714.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.065

复发性流产为育龄期妇女发病率较高的一种疾病,发生原因尚未完全明确,可能与母体生殖道异常、染色体异常、遗传性血栓倾向、母体内分泌失调、免疫功能异常等因素存在一定关联。复发性流产可

对患者生育功能产生不同程度的影响,严重者可导致不孕,进而对患者身心健康以及生活质量造成严重影响^{〔1-2〕}。宫腔是胚胎种植的重要场所,宫腔异常也是复发性流产发生的重要原因。分析宫腔情况并