

· 临床研究 ·

阴茎腹侧及背侧皮肤 V 型插瓣矫正小儿隐匿阴茎

戚聿昌¹ 郝春生² 白东升² 吴 涛²

【摘要】 目的 探讨治疗小儿隐匿阴茎的简单术式及临床效果。方法 回顾性分析 2006 年 1 月至 2010 年 6 月作者收治的 30 例隐匿阴茎患儿临床资料,均采用阴茎脱套加筋膜转移术治疗。结果 所有手术均获满意效果。手术时间 25~40 min,平均 30 min。患儿均获得 6~12 个月随访,术后阴茎头均能自然显露,阴茎发育满意,外观效果良好,1 例短期内出现血管淋巴回流障碍性水肿。结论 阴茎脱套加筋膜转移固定,阴茎腹侧及背侧 V 型插瓣的术式是一种方法简单易行、效果切实满意、手术创伤小、成功率高的术式。

【关键词】 阴茎疾病;泌尿外科手术;男性;儿童

隐匿阴茎临床上并不少见,随着人们生活水平的提高及审美观念的改变,本病越来越受到重视。国内报道发病率为 0.67%,在阴茎畸形中仅次于包茎和包皮过长^[1]。2006 年 1 月至 2010 年 6 月作者共收治 30 例隐匿阴茎患儿,基于隐匿阴茎的病理特点及解剖特征,采用阴茎脱套松解加筋膜根部固定,阴茎腹侧及背侧内外板 V 型插瓣的方法治疗,获满意效果,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

30 例患儿年龄 2~10 岁,平均年龄 4.5 岁。临床表现为阴茎外观短小,平卧时阴茎呈小丘状突起,而阴茎海绵体发育正常,有包茎和阴茎皮肤缺乏,按压耻骨前脂肪或牵拉阴茎头,见阴茎长度有所增加。所有患儿睾丸发育及排尿正常。

二、手术方法

患儿均采用阴茎脱套筋膜转移固定,加内外板皮肤插瓣术,麻醉为气管插管全身麻醉。①患儿取仰卧位,常规会阴消毒,铺无菌巾单。②于 6 点位置纵切包皮外板约 1.5~2 cm。包皮口处环形剪开内外板,分离包皮筋膜组织到阴茎根部进行脱套。识别并切除阴茎背侧及腹侧发育不良的条索组织,使阴茎充分伸展,于 12 点处纵行切开包皮内板长约

1.5 cm,将皮下筋膜组织于 3 点、9 点缝合固定在 BUCK 筋膜上,使包皮筋膜附着于海绵体,留置 8 号 FOLLIPS 双腔尿管。③于阴茎腹侧背侧将内外板 V 型插瓣。5-0 可吸收线间断缝合内外板。术毕,阴茎显露良好,外观满意。美皮贴、吸水纱布及弹力胶布,包扎固定。术后使用抗生素治疗 3 d,7 d 后拆除敷料出院。

三、术后随访

所有患儿 3 个月 after 门诊复诊,个别电话随访 1 次,6~12 个月复诊 1 次,主要观察阴茎头外露情况、阴茎发育情况,有无功能障碍及并发症,包括家长的满意度。

结 果

30 例患儿切口均 I 期愈合,手术时间 25~40 min,平均 30 min,术前阴茎长度 0.5~1 cm,平均 0.8 cm,术后阴茎延长长度为 1.5~2.5 cm,平均延长 2.0 cm。术后随访 6~12 个月。阴茎显露满意,包皮自然上翻,无狭窄环,阴茎头裸露,外观满意,伸缩无障碍。患儿均无二次手术史,未出现排尿不畅、阴茎皮肤缺血、坏死、血肿及阴茎勃起、疼痛等并发症。1 例短期内出现血管淋巴回流障碍性肿胀,3 个月后自然消退,未见顽固性水肿。

讨 论

隐匿阴茎是一种阴茎体发育正常而显露异常的疾病^[2]。Keyes 于 1919 年首先描述本病^[3]。病因为阴茎皮肤没有正常附着于深层筋膜,而是呈松弛

状态,使阴茎隐匿于阴茎皮肤中。其解剖特点是肉膜发育不良,变成没有弹性纤维索带,阴茎肉膜与 BUCK 筋膜不附着,使阴茎不能较好在皮下滑动,阴茎伸缩受限制,大部分阴茎固定于耻骨联合下方,不能进入皮肤和包皮腔内^[4]。其临床特点是阴茎隐匿于皮下,外观短小,包皮口与阴茎根距离短。包皮似一鸟嘴包住阴茎,与阴茎体不附着,背侧短,腹侧长,内板多,外板少,用手握住阴茎同时后推包皮,可显示正常阴茎体^[5-6]。

既往认为隐匿阴茎的矫形时机以学龄期前后为宜,年龄过小,护理困难大,年龄过大,存在着反复包皮阴茎头炎、尿路感染,包皮清洁困难,若不及早手术治疗可能影响阴茎发育,造成心理障碍,并影响手术效果。因此,作者认为只要诊断明确应及早治疗。手术是治疗隐匿阴茎的有效手段,手术方法千差万别。目前比较常用的手术方法,如 SHIRIKA、DEVINE 改良术等。作者在 DEVINE 的设计思路加以改进,主要优点在于:①采用腹侧大切口,切开外板,内外板交界处环形剪开包皮,内板背侧 12 点处切开,腹侧、背侧双倒“V”型切口,内外板皮瓣插瓣缝合,缝合后皮肤平整,外观美观,5-0 可吸收线只需 1 根,方法简单易行,用时短,经济。②此种方法与冠状沟环形切口比较,皮肤修剪少,有效解决了隐匿阴茎皮肤短缺的问题。同时内外板交界处(即包皮口)血管少,此处环形剪开包皮,出血少,损伤小,③自腹侧大切口脱套暴露充分,脱套时在 BUCK 筋膜浅层进行,避免出血过多及神经血管的损伤,减轻

术后包皮水肿,同时充分松解发育不良的纤维索条组织,使阴茎充分伸展。④3 点、9 点皮下肉膜固定于阴茎根部 BUCK 筋膜上,使皮下筋膜附着于海绵体。恢复皮下筋膜与海绵体正常解剖关系,同时在一定程度上防止海绵体回缩。⑤术后加压固定 1 周,使创面充分粘连固定,也是保证术后阴茎不再回缩的重要步骤。

本组经验证明,阴茎腹侧背侧皮肤 V 型插瓣的术式,可以纠正隐匿性阴茎的多种解剖异常,操作简单易行,疗效确切,成功率高,术后阴茎功能及外观满意,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 梁朝朝,王克孝,陈家应,等. 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 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.
- 3 张金哲,潘少川,黄澄如. 实用小儿外科学[M]. 杭州:浙江科学技术出版社出版,2003:954
- 4 罗琦,张天德,田华,等. 隐匿性阴茎的诊断与治疗分析[J]. 中国修复重建外科杂志,2006 20(3):241-245.
- 5 黄澄如,孙宁. 实用小儿泌尿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社出版,2006:362.
- 6 陈于明. 隐匿性阴茎问题再认识[J]. 中华小儿外科杂志,2000,21(6):379-380.

(上接第 206 页)

端时应尽量靠近胆总管与胰管交界处。对于囊状胆总管囊肿远端狭窄看上去像盲袋,很难辨认清楚,切除至胰胆管交界处,避免在胰腺内形成囊肿,梭形扩张的胆总管囊肿远端仍然很宽,如切除不恰当,术后胆总管远端遗留在胰腺内的可能性很大,应避免损伤胰腺组织,切除囊肿远端时应距十二指肠壁 0.5 cm 处结扎胆总管囊肿远端,以减少胰管的损伤。

参考文献

- 1 Ando H, Ito T, Watanabe Y, et al. Spontaneous perforation of choledochal cyst[J]. J Am Coll Surg, 1995,181:125-128.
- 2 Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst: analysis of 1433 patients in the Japanese literature[J]. Am J Surg, 1980,140:653-657.
- 3 陈亚军,张金哲,王燕霞,等. 小儿先天性胆总管囊肿自发

- 性穿孔的临床分析[J]. 中华普通外科杂志,2002 年. 17(2):102-103
- 4 施诚仁. 小儿外科学. 第 4 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2009. 353-358.
- 5 Abbas Banani A, Bahador A. Idiopathic perforation of the extrahepatic bile duct in infancy: Pathogenesis, Diagnosis and management[J]. J pediatric surg, 1993. 28(7):950.
- 6 李龙,张金山,孙海林,等. 先天性胆总管扩张症合并共同管内蛋白栓的诊断和处理[J]. 中华小儿外科杂志,2009,30(9):664-667.
- 7 卞红强,刘军,张蔚英,等. 小儿胆总管囊肿穿孔与巨细胞病毒感染关系的初步探讨[J]. 数理医药学杂志[J], 2006,19(6):599-600.
- 8 董蓓. 小儿肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005. 383-386.
- 9 许芝林,王龙,安群,等. 小儿先天性胆总管囊肿穿孔的诊断与手术选择[J]. 中华普通外科杂志,2005, 20(3):194.