

不同术式环切术治疗包茎和包皮过长的临床观察

刘志敏, 刘 波, 沈国球, 文瀚东, 涂 忠, 杨家荣, 郭 骏

【关键词】 包皮环切术; 包茎; 包皮过长
【中图分类号】 R 697.11 【文献标识码】 B

自 2000 年起作者医院共收治包茎和包皮过长患者 1503 例, 施行了剪刀法或袖套法的包皮环切手术, 现就 2 种术式环切术治疗包茎和包皮过长的临床观察, 结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 1503 例, 均为作者医院门诊就诊或住院患者, 年龄 16~70 岁, 平均 27.3 岁。其中包茎 285 例 (18.9%), 包皮过长 1218 例 (81.1%)。已婚者 500 例 (33.27%)。术前检查均排除阴茎发育异常、隐匿性阴茎和尿道下裂伴阴茎下屈畸形。

1.2 手术方法与术后处理

剪刀法包皮环切术 1133 例 (75.4%), 袖套法包皮环切术 245 例 (16.3%)。对于包茎、包皮口狭窄或包皮阴茎头有粘连者, 首选剪刀法^[1]包皮环切术。血管钳扩大包皮口或于包皮开口背侧剪开一小口, 将包皮翻转, 钝性分离包皮内板与阴茎头粘连, 清除包皮垢, 若包皮系带因粘连挛缩引起阴茎头下屈, 则切断系带, 矫正下屈畸形; 对部分包茎或不完全包茎 (包皮能外翻, 但感觉较紧) 亦可先行包皮口扩大术^[2], 待以后包皮能自如上翻时再行袖套法^[3]包皮环切术; 对包皮过长者, 可首选袖套法包皮环切术。阴茎根部阻滞麻醉, 皮肤切口用 5-0 可吸收线间断缝合, 外用浸润红霉素眼膏纱条加压包扎。常规服用抗生素及己烯雌酚。术后 3~4 天拆除包扎。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 10.0 进行数据分析, 结果用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

结果表明, 袖套法手术时间、出血量和术后创口疼痛时间与剪刀法比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。总并发症发生率为 23.42%, 其中剪刀法 30.10% (341/1133), 袖套法 4.49% (11/245), 差异有显著性意义 ($\chi^2 = 69.45, P < 0.01$)。总性生活满意度提高 212 例 (42.40%), 其中袖套法提高 47 例 (9.4%), 两术式比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 7.59, P < 0.05$), 除手术时间外, 袖套法优于剪刀法。

本组不同术式手术时间、术中出血量 (以浸透每块中号纱布为 5 ml 估算)、术后创口疼痛时间 (以主诉为准) 比较见表 1。不同术式术后并发症比较见表 2。已婚者性生活满意度调查见表 3。

表 1 手术时间、术中出血量及术后疼痛时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出 血量 (ml)	术后疼痛 时间 (h)
剪刀法	1133	23.78 ± 5.45	9.27 ± 3.15	40.13 ± 23.04
袖套法	245	45.23 ± 7.02**	4.98 ± 2.02**	22.67 ± 12.76**
t 值		52.86	20.43	11.48

注: 组间比较, ** $P < 0.01$

表 2 不同术式并发症比较 [$n(\%)$]

组别	例数	出血或水肿	伤口感染	阴茎水肿	包皮过长 或过短	并发症 发生率
剪刀法	1133	108 (9.53)	75 (6.62)	133 (11.74)	25 (2.21)	341 (30.10)
袖套法	245	0 (0)**	4 (1.63)**	7 (2.86)**	0 (0)**	11 (4.49)**
χ^2 值		-	9.28	17.40	-	69.45

注: 组间比较, ** $P < 0.01$

表 3 术后性生活满意度比较 [$n(\%)$]

组别	例数	性满意度 提高	性满意度 降低	性满意度 无变化
剪刀法	416	165 (39.66)	76 (16.27)	175 (42.07)
袖套法	84	47 (55.95)**	2 (2.38)**	35 (41.67)
χ^2 值		7.59	11.24	0.005

注: 组间比较, ** $P < 0.01$

【作者单位】 430070 湖北武汉, 广州军区武汉总医院泌尿外科 (刘志敏、刘 波、沈国球、文瀚东、涂 忠、杨家荣、郭 骏)

3 讨论

随着医学知识的普及,包皮环切术被越来越多地施行,手术年龄呈日趋低龄的趋势^[4],同时对包皮手术的要求也随之提高,不仅要求减少手术并发症,而且还要求术后阴茎外形美观。

包皮环切术术式的选择,应视患者具体情况而定。对于包茎、包皮口狭窄、系带挛缩或包皮阴茎头粘连者,作者主张首选剪刀法,对包皮长期感染,包皮增厚,粘连严重及包皮远端有病灶需切除者,最好施行剪刀法包皮环切术,如采用血管钳法包皮环切术,因难以摸清阴茎头位置易造成阴茎头损伤。本组 285 例包茎患者中,行剪刀法包皮环切术效果良好。对于包皮过长患者,可选用袖套法环切术,本组共 245 例行袖套法包皮环切术。作者认为袖套法包皮环切术尽管手术时间较长,但术后效果明显优于剪刀法包皮环切术。对于成人包茎或包皮口狭窄,不伴有包皮阴茎头粘连及包皮增厚者,亦可行包皮分离扩张术,本组 46 例包茎患者经该方式治疗获得满意效果。

包皮环切术虽是泌尿外科常见手术,但处理不当易引起术后继发出血、感染、切除过多或过少,影响外观等并发症。本组剪刀法术后并发症发生率为 30.10%,而袖套法仅 4.49%。作者体会:①术中注意解剖层次,操作精细、耐心,避免伤及阴茎背浅静脉和包皮系带内小动脉是预防出血的最佳方法。剪刀法或血管钳法包皮环切术,虽然手术时间较短,但在切除多余的包皮内外板及其肉膜时,可能切断动静脉而发生回缩,术后因阴茎勃起造成继发性出血及血肿形成。术中止血时,可向阴茎根部推拉皮肤获得良好暴露,用止血钳准确钳夹血管,电凝止血即可。本组显示,袖套

法术中出血量、术后出血或血肿均明显少于剪刀法。②术中注意保护皮下血管及淋巴网结构是预防阴茎水肿的关键。无论手术损伤包皮内板的静脉或是淋巴回流,远侧包皮内板的水肿,均需较长时间回流,系统重建方可消失。本组袖套法患者术后阴茎基本无水肿,远低于剪刀法。③为避免伤口感染,一是要有精湛的手术技巧,切除内外板或皮肤时,充分保留皮下浅层血管及淋巴网结构,减少术后创口血肿、水肿;二是严格术式选择,切口尽量远离尿道口,减少尿道口下方的包皮系带处污染^[5]。④包皮或包皮系带切除过多或过少也是不容忽视的并发症之一。包皮切除过多,阴茎勃起受限或疼痛,影响性生活^[6];切除过少,包皮仍覆盖阴茎头,易造成感染。本组剪刀法术后包皮过长或过短达 2.21%,袖套法未发生包皮过长或过短。⑤剪刀法在适应症选择上偏重于包茎、包皮口狭窄、系带挛缩或包皮阴茎头粘连者,此种患者多有阴茎头部及包皮局部炎症、水肿,术中分解粘连时出血相对较多,是剪刀法并发症发生率较高的原因之一。

参 考 文 献

- [1] 章宗武. 209 例不同术式环切术治疗包茎和包皮过长[J]. 中国男科学杂志, 2007, 21(9): 40-43
- [2] 肖新民. 包皮扩张治疗包茎之我见[J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 18(1): 62
- [3] 张春影, 付宜鸣, 张海峰, 等. 改良切口的袖套式包皮环切术和包皮背侧切开术[J]. 中华男科学杂志, 2006, 12(8): 701-705
- [4] 苏 刚, 刘贵麟, 刘洲禄. 改进的包皮环切术 200 例及其并发症的预防[J]. 新乡医学院学报, 2005, 22(2): 150-151
- [5] 陈海燕. 包皮环切术后医院感染原因分析及护理对策[J]. 中华现代护理学杂志, 2007, 4(6): 326-328
- [6] Senkul T, Iserl C, Sen B. Circumcision in adults: effect on sexual function[J]. Urology, 2004, 63(1): 155-158

(2010-06-08 收稿 2010-08-26 修回)

(上接第 158 页)

- [7] Liu LX, Zhu AL, Chen W, *et al.* The effect and mechanism of arsenic trioxide on hepatocellular carcinoma[J]. Chin J Surg (Chinese), 2005, 43(1): 33-36
- [8] 华海清, 秦叔逵, 王锦鸿. 三氧化二砷抗肿瘤血管形成研究[J]. 世

界华人消化杂志, 2004, 12(1): 27-31

- [9] 陈昌南, 潘岐作, 黄活勋, 等. 皮下植入中人氟安联合静滴亚砷酸治疗晚期肝癌临床研究[J]. 现代肿瘤医学, 2008, 16(2): 243-244

(2010-12-29 收稿 2011-01-14 修回)