

病例中囊肿壁清晰光滑并具有同质性。前列腺和前列腺周围囊肿的鉴别见表 1^[4]。

一般较小而无症状的前列腺囊肿可采用观察治疗或保守治疗,但较大的囊肿或引起症状的前列腺囊肿仍然需要外科治疗。一般的外科治疗包括

囊肿造口或囊肿穿刺引流,但是由于局部腺泡的分泌,囊肿仍会复发。本病例采用经尿道 2 μm 激光 L 形前列腺汽化切除术(图 2),具有出血少、彻底切除及恢复快等优势,有望成为前列腺巨大囊肿的可选术式之一。

表 1 前列腺和前列腺周围囊肿的鉴别

疾病	位置	囊液性质	精子	结石	肾发育不良	外生殖器异常	发病年龄
卵圆囊囊肿	正中	浅黄色	—	—	—	伴尿道下裂、假两性畸形、隐睾	儿童
苗勒管囊肿	正中	棕色	—	+	+	—	30~40 岁
射精管或壶腹部囊肿(先天性)	正中旁	浑浊灰色	+	—	—	附睾增大	20~30 岁
精囊囊肿	侧面	血型	+	—	+	单侧附睾炎	30 岁左右
射精管囊肿(后天性)	侧面	含果糖	+	+	—	—	—
前列腺囊肿	侧面	清亮	—	—	—	—	50~60 岁



①为找到囊肿位置,②③④为术中囊肿正在切除,⑤为囊肿切除完成。

图 2 经尿道 2 μm 激光 L 形前列腺汽化切除术

参考文献

- [1] WIENBECK S, SEMJONOW A, JUERGENS K U. Lateral cyst of the prostate causing urinary retention and subileus[J]. Rofo, 2008, 180: 1005—1007.
- [2] PATEL B, GUJRAL S, JEFFERSON K, et al. Seminal vesicle cysts and associated anomalies[J]. BJU Int, 2002, 90: 265—271.

- [3] GARCÍA FIGUEIRAS R, SOUSA ESCANDÓN A, GARCÍA FIGUEIRAS A, et al. Unusual retrovesical masses in men[J]. Eur Radiol, 2000, 10: 1639—1643.
- [4] 章鱼曦, 宋永胜, 陈太权等. 巨大前列腺诊治体会[J]. 中国医科大学学报, 2003, 32: 472—473.

(收稿日期: 2011-12-26)

增强型体外反搏治疗包皮环切术后并发重度包皮及阴茎头坏死 1 例

张晓忠¹ 郭绍文¹ 杨青山¹ 贺飞¹ 宋明哲¹ 陈海¹ 梅骅¹

【关键词】 阴茎头; 包皮环切术; 体外反搏

【中图分类号】 R697 【文献标志码】 D 【文章编号】 1001-1420(2012)04-0318-03

患者,男,26 岁,未婚。因包皮过长于 2011 年 8 月 9 日在外院门诊行包皮环切术,术后出现伤口疼痛,并逐渐加重,术后第 3 天出现阴茎腹侧包皮、腹侧阴茎头发黑,在外院给予对症处理,效果欠佳,术后 37 天腹侧阴茎包皮坏死及阴茎头 25% 发黑,

转入我科(图 1①)。入院体检:精神紧张,生命体征正常,心肺腹无异常,阴茎头腹侧发黑肿胀,表面充满脓性黄色分泌物,无明显臭味。尿道外口区域发黑,无法观察到尿道外口,阴茎腹侧包皮发黑坏死,面积约 3.5 cm×2.5 cm,坏死深度无法判断,坏死组织边缘可见少许肉芽组织增生。排尿尚通畅,能正常勃起。入院后诊断为包皮及阴茎头部分坏死并感染。患者入院第 2 天出现尿潴,瘻口位于

¹ 深圳中山泌尿外科医院(广东深圳,518045)

通信作者: 张晓忠, E-mail: szhxzh@sina.com

阴茎(近端)坏死区域的边缘,距离尿道外口约3.5 cm,远端尿道及覆盖该处的包皮发黑坏死,排尿尚通畅,因患者拒绝,未行膀胱造瘘术,采用局部暴露疗法,每天用0.05%碘伏液局部湿敷30~60 min后,用组织剪清除坏死组织(包括包皮及尿道海绵体),每天1次,每次清创深约0.1 cm左右(图1②)。为防止坏死进一步加重,我们采用杰派科技生产的增强型体外反搏机(EECP comfort GP-2000型)治疗,每次40 min,每天1次,压力为33.25~37.24 kPa,局部血液循环明显改善,阴茎坏死局部分泌物明显减少,坏死组织界限日渐清楚,主要局限于阴茎腹侧包皮,远端尿道海绵体及腹侧阴茎头,经过15天的清创及10天的EECP治疗,坏死组织被彻底清除,清创部位可见新鲜肉芽组织(图1③),最深约0.8 cm。原计划先行植皮手术,Ⅱ期行尿道成形术,但由于患者对手术恐惧及担心并发症的发生,要求暂时不手术,决定继续EECP治疗每天1次,每天用1:5 000高锰酸钾液浸泡15 min×2次,清洗后用生长因子(北京双鹭药业外用重组人碱性成纤维细胞生长因子35 000 IU/瓶)局部喷涂,每天2次,EECP治疗30天后,开始出现局部坏死缺损部位缩小(图1④、⑤),以后每天都有不同程度的改善,治疗60天时,局部缺损已较前减少约90%(阴茎头未增长),尿道缺损长度由3.5 cm减少到1.5 cm(图1⑥)。为防止尿道外口狭窄,给予留置F₁₆尿道外支架管支撑,待瘢痕软化后行尿道成形术。

讨论 众所周知,局部创面修复的基本环境是具有无菌、创面组织具有良好的血运、组织营养等,

反之便是局部创面的恶化。创面局部无菌、组织营养问题,临床上通过有效的抗生素及正氮平衡、有效局部清创很容易得到控制,但仍无法改变的是漫长的自然修复历程。而创面良好的血运是组织主动加快修复的最佳环境和条件,否则基本上是遵循生物组织的自然生理转归过程。由于末梢组织本身的血运条件,一旦缺损,修复无疑显得更加困难,所以阴茎包皮组织的重度缺损目前依靠的多是植皮手术。

目前局部血液循环的增加、改善治疗干预手段不多,而EECP是一种无创体外的用于减轻和消除心血管及脑缺血性疾病的治疗方法,利用患者自身的心电信号,进行固定触发,序贯地加压四肢和臀部,迫使血液返回主动脉,从而提高主动脉舒张压,心输出量也随之增加并可减少主动脉射血输出阻力,减轻心脏后负荷,改善了末梢的循环。在泌尿男科的应用主要在男性功能障碍方面,该技术可以提高男性器官局部血流灌注,对血管性(糖尿病、高血脂、动脉硬化等)引起的男性功能障碍,是目前治疗方面的一个突破^[1]。国外有学者应用EECP治疗ED患者后,彩色多普勒检测到阴茎海绵体动脉收缩期峰值血流速度增加明显,勃起功能明显改善^[2]。EECP可以改善血流动力及血管内皮功能,对病变组织尤其由于缺血组织的血管内皮功能改善,末梢动脉的血供增加提供了新的治疗手段。

植皮手术仍是皮肤坏死缺损最有效的治疗手段。由于其手术过程复杂等因素具有艰难的依从性。笔者曾采用阴茎创面植皮手术治疗1例重度包皮及阴茎头坏死的病例^[3],阴茎创面完全愈合,



①入院时情况;②清创后;③EECP治疗10天;④EECP治疗30天;⑤EECP治疗40天;⑥EECP治疗60天

图1 手术情况

获得了满意的疗效。但笔者同时也深深体会到此例患者的治疗艰难,尽管治疗结局良好,但患者决定植皮手术的巨大顾虑、严重的性心理负担、漫长的住院经历、加之昂贵的医疗费用等限制了患者治疗的依从性,同时手术是男性生殖器整形修复手术,难度大,精细程度高,并发症较多的特点,也限制了医生的治疗信心。所以用植皮的方法治疗重度包皮及阴茎头坏死具有其复杂的因素,具有艰难的依从性。

本例我们早期清创时皮肤及尿道缺损较多,并有逐步扩大的趋势,运用 EECP 技术是希望改善局部血液循环,减少坏死组织的增加,由于患者对植皮手术及 II 期尿道成形术较为恐惧及担心,就坚持行体外反搏治疗长达 30 天,治疗 30 天后发现原来坏死创面有所缩小,就决定暂时不行植皮手术治疗。继续采用体外反搏治疗至 60 天时,原坏死创面已较前缩小约 90% (阴茎头未增加),尿道缺损由 3.5 cm 减少到 1.5 cm,将原计划分期手术的方案,改为一期手术。为下一步手术治疗提供了便利条件。减少患者分期手术的痛苦,降低手术难度及并发症的发生,医疗费用下降。

EECP 治疗可以增加阴茎的血流量,早期减少

局部坏死的进一步发展,30 天后开始逐步出现新的肉芽组织形成,局部应用生长因子促进修复原来的缺损组织,阴茎头未能修复的原因可能为,阴茎头位于循环的最末梢,阴茎头的组织较致密,修复困难。而尿道及包皮则易于修复。EECP 治疗减少了手术的风险及难度,该方法简便、安全、无副作用、经济(80 元/天/次,可以医保)值得推广。

值得一提的是,包皮环切术虽然为泌尿外科门诊小手术,但应予重视,仔细操作,防止严重并发症的发生。

参考文献

- [1] 王固新,玄绪军,夏利萍,等. 增强型体外反搏治疗阴茎勃起功能障碍临床分析[J]. 中国临床实用医学, 2008, 2(6): 63—64.
- [2] FROSCHMEMAIER S E, WEMER D, LEIKE S, et al. Enhanced external counterpulsation as a new treatment modality for patients with erectile dysfunction[J]. Urol Int, 1998, 61: 168—171.
- [3] 张晓忠, 黄英, 邹绍文, 等. 包皮环切术后并发重度包皮与阴茎头坏死的处理[J]. 临床泌尿外科杂志, 2009, 24(6): 471—473.

(收稿日期: 2011-11-26)

网上投稿注意事项

本刊采用远程投稿处理系统,请登录“<http://www.whuhzss.com>”投稿。注册用户名上传文章后,投稿系统一旦收到稿件,即自动发回“收稿回执”并通知编号。作者可根据此编号上网查询稿件处理情况。凡寄给个人的稿件,本刊一律不予受理。凡通过 E-mail 投寄的稿件均不算正式投稿(编辑部通知除外)。

请另寄纸质稿件存档。纸质稿件一份为计算机打印稿,要求字迹清楚,附单页标注第一作者联系电话(手机)及 E-mail 信箱。英文摘要及参考文献应隔行打印。特殊文种、上下角标符号、字母大小写及需排斜体等应予注明。照片图要求有良好的清晰度和对比度,不可用复印件,黑白图、彩色图(要求刊印彩色图者需另附彩色图印刷工本费)均可;图中需标注的符号(包括箭头)请用另纸标上,不要直接写在图片上,每幅图片的背面应贴上标签,注明图号、作者姓名及图的上下方位,图片不可折损。线条图应墨绘在白纸上,以计算机制图者应提供激光打印图样。病理照片要求注明染色方法和放大倍数。图中各种标志均应打印。每幅图、表各占 1 页,并连带图、表说明集中附于文后,分别按其在正文中出现的先后顺序连续编码。

来稿均须附单位推荐信及 50 元审稿费。推荐信应注明稿件无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等内容。作者中如有外籍作者或论文系作者在国外进修、学习、工作后撰写,还应附有国外所属工作单位同意在本刊发表的函件。

本刊再次强调:在审阅中的稿件,作者如欲改投他刊,请立刻与本刊联系说明原因,如发现一稿两投的情况,视为学术不端,我们将严肃处理,通报所有相关杂志和该作者单位,并予以披露。本刊一般不退原稿,请作者自留底稿。

如有疑问,请拨打编辑部电话咨询,咨询电话:(027)85726342—8015。