

• 短篇报道 •

阴茎旋转撕拉离断一期异位寄养 二期再植一例

黄海东¹ 陈卫国² 李玉峰¹ 谷培俊¹ 何燕飞¹

【关键词】 阴茎离断伤 异位寄养 再植
中图分类号: R697.15 R622.1 文献标志码: B

1 病例介绍

患者 男, 31岁。因机器绞伤会阴部, 出血、疼痛2h入院。检查: 阴茎自尿道膜部及阴茎根部离断, 血管及神经自近端抽出6cm; 阴茎皮肤呈套状撕脱, 挫伤严重。毛发及油污附着, 污染严重。耻骨联合下及阴囊皮肤缺损6cm×6cm, 深部组织外露, 有少量活动性出血及尿液渗出。阴囊明显肿胀, 颜色暗紫, 张力较高, 有少量油污。离体阴茎缠绕于丝织物中, 常温保存。入院诊断: ①阴茎旋转撕拉离断伤; ②阴茎皮肤脱套伤; ③尿道损伤(膜部); ④阴囊挫裂伤。

入院后于硬膜外麻醉下行会阴部及离体阴茎清创, 耻骨联合上膀胱造瘘排尿。将阴茎移植于右大腿腹股沟下3cm处, 阴茎体包埋于下腹部皮下浅筋膜层内, 阴茎头外置, 前尿道放置尿管防止粘连。共吻合血管6根: 阴部外动脉与阴茎背动脉吻合, 旋髂浅动脉与阴茎深动脉吻合, 腹壁浅静脉、旋髂浅静脉分别与2根阴茎背浅静脉吻合, 股外侧静脉、阴部外静脉分别与2根阴茎背深静脉吻合。

伤后1个月行第2次手术。根据阴茎直径及皮肤厚度, 设计下腹部及髂嵴处大小为9.0cm×8.0cm及8.0cm×4.5cm的真皮下血管网皮瓣, 保留皮下脂肪厚度3mm, 联合包裹阴茎体。供区直接拉拢缝合。阴茎根部除大腿皮肤及6根吻合血管与大腿相连外, 阴茎体部已全部游离于体外。经抗感染、扩血管药物等对症治疗, 阴茎于大腿处成活良好。

伤后3个月行第3次手术, 将阴茎原位再植。仔细分离阴茎根部, 游离右阴部外动脉和静脉, 以及与之相吻合的阴茎背动脉和阴茎背深静脉, 长度达6cm, 不予切断; 左旋髂浅动、静脉, 右腹壁浅静脉及右股外侧静脉, 游离至股动静脉主干发出点, 血管蒂长度为4cm, 予切断, 待与供区吻合。于耻骨联合下行纵行切口, 分离尿道近端, 寻找左阴部内动脉及伴行静脉、左腹壁浅静脉、左阴部外静脉、耻骨联合处皮神经1根, 待与受区吻合。阴茎回植至耻骨联合下, 带4cm宽皮肤, 其中包括含

阴部外动脉及右阴部外静脉的血管蒂。插入导尿管行尿道会师术, 将尿道两端膜部用5-0肠线吻合。将供区与受区的4根血管、1根神经吻合, 阴茎原位回植完毕, 通血良好, 缝合皮肤。

术后伤口I期愈合, 阴茎成活良好。10d后伤口拆线, 14d拔除尿道导尿管, 自行排尿良好。留置膀胱造瘘管, 每天行夹管训练膀胱, 因尿道排尿逐渐困难, 考虑为尿道狭窄。予每10~15天定期尿道扩张, 3个月后尿道完全阻塞, 行5cm大隐静脉移植, 行尿道成形术。拔管后自行排尿良好。患者获随访1年, 期间因尿道结石阻塞尿道至外院行切开取石术, 排尿功能恢复。龟头感觉部分恢复, 有性欲及夜梦遗精, 无勃起功能。



图1 典型病例 (a) 术前 (b) 随访1年

2 讨论

阴茎旋转撕拉离断伤伴皮肤套状撕脱为罕见病例。因创面条件不允许, 不能一期再植。对于手术供区的选择, 我们认为应注意: ①需数量和质量适合的动静脉可供吻合, 以保证阴茎充足的供血。②需良好的皮肤覆盖, 有可吻合的神经, 以恢复感觉为佳。③供区切取后无严重功能丧失, 大腿内侧腹股沟处的血管分布特点及下腹部松弛的皮肤, 可同时满足以上要求。④在放大10倍手术显微镜下用11-0显微缝合线吻合血管, 以保证血管通畅率。2套动脉供血及4根静脉回流, 确保了离断阴茎充足的血运。⑤耻骨联合下阴茎背神经1/2外径的皮神经吻合, 术后可保留龟头部分感觉恢复。

(收稿: 2008-10-28 修回: 2009-03-17)
(本文编辑: 刘丹)

作者单位: 1 成都军区机关医院创伤显微外科(成都, 610081); 2 成都军区总医院泌尿外科

通讯作者: 黄海东, 副主任医师, 研究方向: 创伤与修复, E-mail: huanghaidongji@sina.com