维普资讯 http://www.cqvip.com

240-241

第22卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.22 No.3
1997 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1997

小儿尿道粘膜脱垂

儿科学院沁尿外科 林 涛* 龚以榜 李旭良 魏光辉 何大维

提 要 本文报道了30年间收治的小儿尿道粘膜脱垂15例，探讨了其病因及治疗方法，作者等认为本病是在先天缺陷的基础上，因腹内压增高而发生本病。而粘膜箍扎术是治疗本病最安全、简单而有效的方法。

关键词 尿道粘膜脱垂；病因；治疗
中图分类号 R726.96

尿道粘膜脱垂是一种较为少见的泌尿系疾患。1973年Klaus总结1732～1970年英美文献也只有400例，包括成人和小儿。我院从1965～1994年共收治尿道粘膜脱垂15例，现报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 15例均为女孩，年龄最小2$\frac{3}{12}$岁，最大11岁，其中1～3岁1例，4～6岁3例，7)9岁9例，10～11岁2例。15例中有1例在院外曾以"尿道肿瘤"行"肿瘤切除"，术后尿道粘膜再脱垂入院。

1.2 临床症状 均有外阴肿块及外阴出血，肿块最小直径0.5cm，最大直径3cm，其中尿急、尿频、尿痛2例、外阴脓性分泌物3例，长期便秘8例。

1.3 临床体征 均在尿道口见到一红色或紫色环形或半环形的肿块，肿块中央有一凹陷，导尿管可由此插入膀胱。有3例肿块表面感染糜烂出现脓性渗出物。4例进行了血清性激素测定，均在正常范围内。根据外观将尿道粘膜脱垂分为4度：Ⅰ度，较小的环状或部分脱垂，无炎症，2例；Ⅱ度，环状脱垂伴水肿，6例；Ⅲ度，呈块状突出超过小阴唇伴充血水肿，4例；Ⅳ度，脱垂伴严重出血性炎症或坏死溃烂，3例。

1.4 治疗及效果 15例中4例(Ⅳ度3例，Ⅲ度1例)行脱垂粘膜环形切除术；10例(Ⅰ度1例，Ⅱ度6例，Ⅲ度3例)行脱垂粘膜箍扎术；1例(Ⅰ度)2$\frac{3}{12}$岁因年龄较小实行保守治疗。15例均获得半年以上随访无复发及排尿困难。但被误为尿道肿瘤行切除术后尿道粘膜再度脱垂者出现尿失禁。

2 讨论

2.1 发病年龄 尿道粘膜脱垂发病率较低，且常多发于儿童，一般以5－9岁占多数。也见于40岁以上，特别是绝经后的妇女。本组资料也显示此病好发于7岁左右的儿童(9例60%)与文献相符[1,2,3]。

2.2 病因 有关本病的真正病因还不很清楚，归纳起来大致与下列因素有关：

2.2.1 局部解剖上的缺陷 粘膜过多，粘膜下支持组织松驰或尿道周围粘膜下附着组织的先天性缺陷[5]。

2.2.2 神经肌肉功能失调，即逼尿肌与尿道之间神经肌肉运动障碍，失去平衡，造成尿道粘膜承受不正常的压力而导致尿道粘膜环形脱垂[6]。

2.2.3 内分泌紊乱 本病好发于小女孩和绝经后的妇女，所以有作者指出可能与雌激素分泌不足有关[1]。但在我们15例中4例也进行了雌激素测定，均在正常范围内。

2.2.4 外伤 有些病例确有外伤史，如外阴部的骑跨伤、跌伤、产伤等[4]。

2.2.5 腹内压增高 女性尿道短而管腔宽大，位置较垂直向下，当腹内压增高时，如咳嗽、便秘等。可使尿道粘膜承受较大的压力而致粘膜脱出[6]。本组病例中有8例长期便秘史，也支持此观点。

2.2.6 感染 Owens报告57例中有2例尿路感染，1例为化脓性阴道炎。本组15例中也有2例伴有尿路感染。就诊时所见的尿路感染是为致病的原因抑或发病后的继发病变，难以判断[3]。

综上所述，作者体会不论是先天性缺陷或雌激素分泌不足等诸多因素，都不能单一解释本病的发生，而可能是几种因素综合作用的结果，即在先天性缺陷的基础上，因腹内压增高如咳嗽、便秘、癫痫发作，泌尿道感染时发生本病。本组患儿多数均有便秘等腹内压增高的表现，支持这种观

* 男，1965－01出生，讲师

维普资讯 http://www.cqvip.com

点。

3 诊断

尿道粘膜脱垂最基本的表现是外阴肿块，其次为外阴出血。本组病例均有外阴肿块与外阴出血，3例肿块表面有糜烂出血，主要是脱垂粘膜受到裤裆摩擦损伤所致。2例尿路感染者可能继发于糜烂的粘膜面。本病的诊断主要根据局部所见，但应与尿道肉阜、尿道息肉、输尿管囊肿脱垂和尿道肿瘤或膀胱内肿瘤脱出等鉴别。鉴别的要点在于尿道粘膜脱垂的肿块呈环形或半环形，中央有一"凹陷"经此凹陷可插入探针或尿管。本组1例在基层医院被误诊为尿道肿瘤。造成了严重的后果。

4 治疗

4.1 保守治疗 包括热敷、坐浴、手法复位、保留导尿管、抗感染等，但一般不容易治愈。本组只有1例$2\frac{3}{12}$岁的患儿经保守治愈。手法复位者常复发。近来Venugopal.S报道对月经初潮前女孩尿道粘膜脱垂试用坐浴和雌激素局部应用有一定疗效[7]。

4.2 手术治疗 是主要手段。最简单的方法是箍扎术。扩张尿道后，插入最大管径硅制导尿管，用丝线于尿道口底部将脱垂组织环扎于导管上，待组织坏死后连同导尿管一起脱落。本组10例采用此法，获得了满意效果。导管脱落时间最短3天，最长7天，平均5.33天。作者等体会箍扎术是治疗本病最简单、安全、方便的方法。但应注意若导管过小，有可能导致日后尿道口狭窄，导尿管留置时间过长，也可导致泌尿系感染，本组4例行手术治疗者系将脱垂之粘膜边切除边缝合，也取得了较好效果。切缘应严密扣锁缝合，避免术后出血，手术时仅将脱垂粘膜切除即可，不必为防止复发而将尿道内未脱垂粘膜也拖出加以切除，以免导致术后尿道过短而引起尿失禁。本组有1例被院外误诊为尿道肿瘤，因而过多的切除了组织，最后导致膀胱壁脱垂，尿失禁。此外也有用电灼切除脱垂粘膜，创口予以缝合或不缝合。电灼者其创口完全愈合需4周左右，故较少被临床采用。激素失调可能是本病发生的病因之一，局部试用雌激素可能有一定疗效，可在术前试用。

参 考 文 献

1.Klaus.H.Pediatric 1973;52:645.
2.龚以榜.重庆医药.1981;3:21.
3.Owens.S,B.JUrol.1968;100:171.
4.Kamat M.H.Am.J,Dis child.1060;118:691.
5.Iaqer R.P.Am.J Dis children.1957;94:196.
6.骆毅,等.女性泌尿科学.北京，人民卫生出版社.1987;第一版.
7.Venugopal S.et al.Pediatr Surg Int.1995,10:115

(收稿日期 1997-01-23)

Urethral prolapse in children

Lin Tao, et al

Department of Surgery,The college of pediatrics

Fifteen cases with urthral prolapses were treated in the past 30 years.One case received conservative treatment,4 cases had circular urethrectomy and 10 cases had surgical treatment with Campbell's method.All of them recovered satisfactorily.We consideer that the etilolgy and pathongenesis of this disease are congenital defect combined with increased intra-abdominal pressure.It is concluded that Campbell's methodis a simple, safe and effecive procedure.

KEY WORDS Urthral Prolapses; Etiology; Pathongenesis; Treatment.