

# 游离舌黏膜在儿童再次尿道下裂成形术中的应用

王 雪

十堰市人民医院 湖北十堰 442000

**摘要:** 目的: 探讨游离舌黏膜在儿童再次尿道下裂成形术中的应用。方法: 选取我院 30 例于 2019 年 7 月 -2022 年 7 月我院经 2 次及以上手术修复失败的尿道下裂患儿, 患儿均为男性采用游离舌黏膜的方式进行治疗。结果: 在一期治疗中 20 例治愈, 术后 8 例均出现不同程度的尿道狭窄, 包括尿流量不同程度减少、排尿困难、增加残余尿量、尿路感染等。持续对患儿进行 3~6 个月后排尿均通畅, 且各个症状消失。2 例术后出现感染情况。结论: 本次研究对多次手术失败的尿道下裂患儿采用游离舌黏膜重建尿道的方式, 能够显著提升治疗效果, 该种方式具有方法便捷、取材容易的特点优势, 在临床中值得推广应用。

**关键词:** 游离舌黏膜; 儿童; 再次尿道下裂成形术

现阶段, 我国尿道下裂发病率不断提高, 该疾病是男性小儿泌尿系统畸形尿道开口位置、局部发育情况等方面相关, 即便再好的医疗中心, 也无法确保尿道下裂手术能够 100% 成功, 一部分患儿必然需要进行多次手术<sup>[1]</sup>。再次尿道下裂手术也会不断增加手术难度, 所面临的问题与不足较多<sup>[2]</sup>。本次研究中, 选取我院 30 例于 2019 年 7 月 -2022 年 7 月我院经 2 次及以上手术修复失败的尿道下裂患儿, 患儿均为男性采用游离舌黏膜的方式进行治疗, 探究游离舌黏膜在儿童再次尿道下裂成形术中的应用, 报道如下:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究对象共选取 30 例于 2019 年 7 月 -2022 年 7 月我院经 2 次及以上手术修复失败的尿道下裂患儿, 患儿均为男性, 年龄: 2~10 岁, 中位值 (6.11 ± 1.17) 岁。

### 1.2 方法与护理

#### 1.2.1 方法

在本次研究中, 再次尿道下裂成形术的患儿均进行拼接尿道成形术, 舌头黏膜、颊黏膜联合进行手术。手术重建标准: 尿道口、龟头正常位置。在手术中, 医护人员需要对患儿阴茎皮肤进行脱套游离, 使其达到阴茎根部, 将阴茎腹侧纤维索带进行彻底切除, 在判断尿道狭窄段长度时, 需要通过术前造影的方式进行, 对患儿进行全身麻醉, 通过气管插管全身的方式开展本次手术, 在龟头出缝合牵引线, 在尿道内管状沟下 1.0cm 位置处, 注入碘伏消毒, 碘伏浓度

为 0.5, 环形切开包皮, 按照托套装游离将 BUCK 筋膜以皮肤至根部。引进弯曲程度: 60°。切除狭窄尿道等, 对弯曲引进彻底进行矫正, 对尿道全层切开, 切至粘膜正常位置, 对尿口缺口长度进行详细测量, 以此作为切舌黏膜长度的依据。将患儿头部、口腔进行彻底消毒铺单, 采用开口器将患儿口腔牵开, 切去舌体侧下位置社粘膜面积, 以 U 形进行标记, 将浓度为 0.5% 的利多卡因、以 1:100000 肾上腺素生理盐水浸润在患儿粘膜、舌肌间, 粘膜尽可能薄切, 完成薄切后进行缝合, 利用 5-0 可吸收缝线连续锁边, 取出舌粘膜, 将粘膜下组织剔除, 修剪粘膜片, 通过碘伏纱布填塞口腔。在尿道内置入导尿管, 连续缝合原劈开尿道一侧、舌粘膜, 将舌粘膜在阴茎腹侧白膜、海绵体上间断缝合进行固定, 通过良好、准确底层学工保证游离移植物存活效果, 支撑为导尿管, 连续缝合另一侧黏膜, 采用 5-0 可吸收缝线, 通过改种方式形成尿道, 缝合游离阴茎腹尿道两侧浅筋膜间断, 对新尿道进行覆盖。修剪阴茎后, 覆盖阴茎。间断缝合采用 5-0 可吸收线间。术后, 为避免阴茎勃起, 需要利用药物抑制。通过阴茎弹力绷带加压包阴茎, 通过 3~5d 使粘膜与组织紧贴。可利用漱口液进行。饮食方面: 次日即可摄入半流食, 患儿 3d 后可恢复正常饮食, 同时, 需要详细观察混入张口困难、肿胀等方面。术后 1 个月可将尿管拔出自行排尿。

#### 1.2.2 护理

构建护理小组。本次研究建立专门护理小组, 该小组成员由病区主任为小组组长, 责任护士、安全管理员均为成员。

在组长监督下,对小组成员定期进行专业培训,各司其职,明确各自责任,将护理小组优势、作用充分发挥,为患儿提供高质量、高效率的护理服务。除此以外,在护理过程中,小组成员需要完善制定相关制度。(2)查房护理:护理人员需要充分掌握病了解患儿具体疾病情况,对其开展评估工作,根据患儿实际情况制定合理地护理干预方案,相关负责人需要对方案进行审核、签字,充分落实该项工作。(3)护理干预实施计划:①健康教育。对本次研究患儿实施一户一体健康宣教。在乎你阶段中,需要根据各项护理规范对患儿进行有效地护理,按照可是不同类型的临床路径表,需要有效结合患儿实际需求,根据具体情况合理安排宣教计划。患儿家属确认相关方案后与护理人员共同实施。健康宣教工作需要通过医师、护理人员共同进行,对宣教方式进行灵活运用,在宣教阶段中,可利用宣传手册发放给患儿及其家属,或是通过多媒体宣教的方式提高患儿的积极性,也可通过床边宣教的方式对患儿一对一进行宣教,提高患儿、家属对相关知识的认知能力,有效降低患儿负面情绪,缓解患儿家属的情绪,构建良好的护患关系,使患儿及其家属能够更加信赖护理人员。②心理护理。在开展心理护理过程中,护理人员需要采用语言、肢体的方式对接触、抚慰患儿,使患儿不良情绪得到显著改善。为减少患儿不适感,需要转移患儿注意力,可通过儿歌、动画片等方式进行。③疼痛护理。术后3d内,需要密切观察患儿疼痛反应,针对不同疼痛程度的患儿开展不同的方式,针对疼痛感强烈的患儿需要按照遗嘱采用止痛药进行阵痛。加强术区保护,规避摩擦,使患儿能够提升睡眠质量,利于患儿康复。④引流管护理。加大患儿日常饮水量,避免尿管堵塞。采用冲洗液、呋喃西林生理盐水对尿管进行冲洗。为避免过度牵拉引流管,防止引流管出现脱落、扭曲,需要尽量减少引流管受压,确保患儿的舒适感,减轻疼痛。⑤会阴部护理。术后,通过支架将被子架起,使患儿会阴部位呈现裸露,保持干燥、清洁。患儿排便后,需要对肛门以及周边皮肤进行擦拭,可采用生理盐水及时进行擦拭并更换敷料,确保皮肤位置的整体清洁。拔除引流管、支架后,对患儿龟头颜色进行密切观察,该位置避免发生肿胀、发紫等异常情况。⑥饮食护理。术后,患儿以流食为主摄入,避免大便硬结撕裂伤口,增加患儿的疼痛感。另外,每日营养需要均匀摄入,禁食规律,摄入以多种维生素、蛋白质等易消化食物为主,养成合理饮食习惯。⑦排便、排

护理。将正确排尿姿势对患儿进行指导,可通过神经反馈疗法诱导排尿。将引流管拔除前,需要将膀胱功能锻炼正确指导患儿,提高饮水充足性,有效扩张膀胱,使患儿能够形式排尿定时放射的习惯。⑧预防并发症护理。由于感染、疼痛是导致伤口出血、尿道狭窄甚至新尿道残废的普遍因素。需要通过选择合适的护架,避免服装接触伤口导致发生疼痛、感染情况。确保引进干燥、清洁,及时将尿道口分泌物进行清除,通常,术后需要连续3d通过红外线等对伤口进行照射,按照医嘱采用抗生素对尿道感染情况有效预防。术后,需要对进行常规性尿液细菌学培养+敏感指导用药。尿道下裂术后易发生疼痛、膀胱痉挛的症状,主要是由于手术创伤刺激患儿发生疼痛,引流管刺激导致膀胱痉挛。通常情况下,术后1~3d是该症状显著的时间,需要通过药物进行有效控制,在此基础上通过心理支持减轻相关症状。加强心理支持疗法,对患儿紧张情绪进行换届。针对较大的儿童,需要严格按照医嘱对其进行适量镇静剂、雌激素,避免术后阴茎勃起。术后,需要留置硬外镇痛泵2~3d,对患儿术后早期疼痛进行有效减轻。⑨出院指导。叮嘱患儿及其家属,出院后,需要有效清洁外生殖器以及会阴部位,并观察尿线粗细、是否发生排尿困难等各种症状。一旦发生尿线变细、排尿困难时,可能存在尿道狭窄的问题。发生漏尿可能是尿道瘘;尿路刺激症状可能发生尿道狭窄等情况,需要及时到院进行复查,必要的情况下,需要再次进行手术或定期扩张尿道等治疗。术后一年,患儿需要避免骑跨硬物,避免剧烈运动、骑车,防止挤压或是重力作用导致新尿道发生损伤,确保尿道局部清洁,并关注排尿情况,冲洗尿路。做好小儿心理护理,定期对花儿进行门诊随访。

### 1.3 观察指标

观察患儿手术以及术后情况。

### 1.4 统计学分析

EpiData3.1进行数据录入,采用SPSS20.0软件统计、分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差描述,t检验,计数资料用例数、百分比描述,卡方检验, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

## 2. 结果

本次研究中,患儿均顺利完成手术,手术时间平均:100~140分钟。一期治疗中,治愈患儿为:20例,且术后患儿排尿通常。术后,不同程度尿路狭窄:8例,包括:尿路感染、排尿困难,尿道光扩张通过表面粘膜麻醉进行。

起初,每周1次,1个月后2~3周进行1次。保持3~6个月后患儿排尿通畅,各症状均消失。术后感染:2例,发现患儿出现尿道瘘、移植粘膜部分坏死,半年后再次进行尿道瘘修补术后痊愈。再次复诊时,通过尿道镜检查,愈合效果良好,未出现狭窄、糜烂。患儿恢复效果良好。

### 3. 讨论

对于儿童尿道下裂情况,目前尿道下裂手术仍然是个严峻的挑战,通过手术为了让患者使阴茎伸直、从而提高显著的效果,使患者能够正常站立排尿<sup>[3]</sup>。尿道下裂手术方式较为多样,需要根据患儿的实际病情选择不同的治疗方式,尿道下裂手术能够促进患儿手术效果,促进预后[4-5]。本次研究中,在一期治疗中20例治愈,且患儿均排尿通常,术后8例均出现不同程度的尿道狭窄,包括尿流量不同程度减少、包括:尿路感染、排尿困难,尿道扩张通过表面粘膜麻醉进行。起初,每周1次,1个月后2~3周进行1次。保持3~6个月后患儿排尿通畅,各症状均消失。术后感染:2例,发现患儿出现尿道瘘、移植粘膜部分坏死,半年后再次进行尿道瘘修补术后痊愈。再次复诊时,通过尿道镜检查,愈合效果良好,未出现狭窄、糜烂。患儿恢复效果良好。说明通过采用游离舌黏膜治疗的方式能够改善患儿尿道下裂预后。

综上所述,通过利用游离舌黏膜在儿童再次尿道下裂成形术中的效果显著,值得在临床中推广应用。

### 参考文献

[1]熊小秀,李虹霖,朱丹,等.尿道下裂围术期患儿疼痛躁动制动睡眠管理培训指标体系的构建[J].军事护

理,2022,39(10):72-75.

[2]洪琛,周丽珠.超声诊断先天性肾上腺皮质增生症伴尿道下裂畸形1例[J].中国临床医学影像杂志,2022,33(11):834.

[3]方一圩,宋宏程,孙宁,等.近端型尿道下裂治疗现状及近期预后分析的多中心研究[J].中华小儿外科杂志,2022,43(8):685-690.

[4]罗思思,吴奇,李养群,等.口腔黏膜预构尿道在成人复杂型尿道下裂修复中的应用[J].中华整形外科杂志,2022,38(8):887-891.

[5]沈一丁,赵冬艳,孙珑,等.尿道下裂术后患儿学龄前期的排尿异常表现和阴茎外观满意度[J].中华泌尿外科杂志,2022,43(8):603-606.

[6]周广伦,江鉴群,徐万华.间置尿道成形术治疗特殊形态阴茎头型尿道下裂和单纯性严重阴茎弯曲[J].中华实用儿科临床杂志,2022,37(3):196-199.

[7]朱圣媚,陈懿.医护一体化护理干预在尿道成形术治疗小儿先天性尿道下裂中的应用效果[J].中国医药导报,2022,19(13):194-196,后插1.

[8]黄锡琳,田晶,易丽芳.基于FTS理念的递进式目标护理在小儿先天性尿道下裂尿道成形术中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(22):156-158.

[9]席玲,罗丹,田晓娟.加盖岛状包皮瓣尿道成形术治疗患儿阴茎型尿道下裂的美学效果及护理体会[J].中国美容医学,2022,31(7):70-72.