

尿道口处女膜畸形的诊断与治疗

唐 勇, 王植柔, 蒙清贵, 程继文, 白先忠

作者单位: 530021 南宁, 广西医科大学附属肿瘤医院泌尿外科

作者简介: 唐 勇(1975-), 男, 博士研究生, 研究方向: 泌尿系统疾病尤其是恶性肿瘤早期诊断及综合治疗方面。E-mail: cruisset@126.com, 电话: 13878893355。

[摘要] 目的 探讨女性尿道口处女膜畸形的临床特点和治疗方法。方法 回顾性分析我院 1998-12~2006-12 治疗的女性尿道口处女膜畸形 15 例患者的诊断和治疗资料。结果 所有患者均行手术治疗, 术后经 3~36 个月的随访, 治愈率及有效率分别为 86.7% 及 100.0%。结论 对于反复下尿路感染的女性患者, 应考虑为尿道口处女膜畸形, 不能忽视必要的专科检查, 一经明确诊断, 建议作外科手术治疗。

[关键词] 尿道口处女膜畸形; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 711.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2008)01-0024-02

Diagnosis and treatment of the deformity of meatal-hymen TANG Yong, WANG Zhi-rou, MENG Qing-gui, et al. Department of Urology, the Affiliated Tumor Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the diagnosis, clinical features and treatment of deformity of meatal-hymen. **Methods** Fifteen cases of deformity of meatal-hymen in our department from Dec. 1998 to Dec. 2006 were reviewed and analyzed. **Results** All patients were treated with surgical methods and had been followed up for 3~36 months. The curative and effective rate of surgical therapy was 86.7% and 100.0%, respectively. **Conclusion** Deformity of meatal-hymen should be taken into consideration in females patients with repeated lower urinary tract infection. Surgical intervention is recommended if the diagnosis has been confirmed.

[Key words] Deformity of meatal-hymen; Diagnosis; Treatment method

女性尿道口处女膜畸形是一组解剖结构异常疾病, 包括尿道口处女膜伞及尿道处女膜融合两种类型的畸形, 在女性各阶段均可发生, 以已婚妇女多见。主要临床表现有尿频、尿急、尿痛、排尿困难、耻骨上区及腰部胀痛等, 尿频较排尿不适症状更为明显, 有些患者伴有性交痛、排尿后下腹胀痛及排尿阻挡感, 而尿常规检查多数无异常或轻度异常, 病程长短不一。本院从 1998-12~2006-12 治疗女性尿道口处女膜畸形患者 15 例, 效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者共 15 例, 均为住院治疗患者, 年龄 31~60 岁(平均 39.4 岁), 均为已婚患者。其中尿道处女膜伞 13 例(86.7%), 尿道处女膜融合 2 例(13.3%)。所有患者均有反复发作、不同程度的尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状, 20.0%(3/15)的患者有间歇肉眼血尿, 26.7%(4/15)的患者有

耻骨上区或盆腔疼痛, 13.3%(2/15)的患者有腰背部疼痛症状, 6.7%(1/15)的患者有性交痛。病程持续 2 周~12 年(平均 38.2 个月)。辅助检查: 所有患者均行尿常规检查, 有 26.7%(4/15)的患者尿常规镜下见少许白细胞。均行 B 超、膀胱镜等检查排除泌尿系结石、肿瘤、畸形等器质性病变, 膀胱镜检查发现膀胱三角区粘膜充血、潮红者占 13.3%(2/15)。

1.2 诊断方法

1.2.1 尿道处女膜伞 尿道外口呈倒 V 字形, 处女膜呈伞状, 其上缘向上遮盖尿道口, 呈门槛样隆起, 用镊子从尿道口插入可见尿道远端 6 点钟处有一囊袋状凹陷。该种畸形通过典型症状及体检所见即可明确诊断, 但术前需排除泌尿系统其他器质性病变。

1.2.2 尿道处女膜融合 尿道口与阴道口互相靠

近,或处女膜与尿道外口融合,即尿道外口位于处女膜环上尿道口融合在处女膜环前端;尿道口与阴道间距缩短,小于 0.5 cm。

1.3 治疗方法

根据患者局部病变特点,因人而异的设计手术方案。患者取膀胱截石位,骶管或局部麻醉。

1.3.1 尿道处女膜伞 向尿道粘膜下注入 20 ml 生理盐水+1%肾上腺素约 0.5 ml,以减少剥离面渗血。分离尿道粘膜与粘膜下组织,沿尿道外口下缘与处女膜交界处作一弧形切口,长约 2 cm,于尿道、阴道间隙潜行分离,长约 1~1.5 cm。注意勿损伤尿道后壁及阴道前壁,彻底松解处女膜对尿道粘膜牵拉和依附。用 1/0 丝线将粘膜下组织由两侧向中线缝合(即纵行缝合)2~3 针,此时尿道口后唇粘膜过多,遂以后唇粘膜切缘为底边楔形切除一等腰三角形尿道粘膜,三角形底边 3~4 cm,高 3~4 cm,将尿道粘膜和处女膜切口用 4-0 可吸收线纵行缝合。

1.3.2 尿道处女膜融合 于尿道口后方相当于阴道前庭处沿尿道口后唇作一弧形切口,长约 2 cm,于尿道、阴道间隙潜行分离,深达 1.0 cm。注意勿损伤尿道后壁及阴道前壁,充分剥离的阴道壁环绕尿道口后唇,其余阴道壁纵行缝合,缝合时宜穿过深部组织,否则容易裂开,缝合后尿道口与阴道口间距为 1.0~1.5 cm。

术后均留置气囊导尿管 3~5 d,术后用抗生素治疗 1 周,1:5000 高锰酸钾溶液坐浴,禁性生活 3 个月。

2 疗效观察

术后随访 3~36 个月,平均 22 个月。13 例尿道处女膜伞患者中 12 例(92.3%)症状完全缓解,1 例(6.7%)症状减轻。2 例尿道处女膜融合患者中 1 例症状完全缓解,1 例症状减轻。总的治愈率及治疗有效率分别为 86.7% (13/15) 及 100.0% (15/15)。术后随访,所有患者均无尿失禁及尿道狭窄发生,完全缓解患者未见再发。

3 讨论

3.1 女性尿道口处女膜畸形是一种临床表现复杂多变,症状不典型且易反复发作的泌尿生殖系疾病。一般临床医师在对此类患者的诊治过程中,常易忽视该病,多数患者被诊断为普通的下尿路感染,患者口服抗生素后症状可得到缓解,但常反复发作,致使患者长期反复就诊。本组病程最长者为 12 年,平均病程为 38.2 个月,提示该病在临床上易被忽视,非泌尿外科专科医师易漏诊,给患者工作及生活造成了极大不便。故在临床上遇到反复发生尿路刺激症状的已婚妇女,使用常规抗生素治疗后反复发作者,应考虑为女性尿道口处女膜畸形的可能。

3.2 在诊断上,本病有以下特点:(1)多见于已婚女性,本组

均为已婚女性患者。(2)以膀胱刺激征为主,抗生素治疗可缓解症状,但在性生活后或饮水减少等诱因下易反复发作,病程较长。(3)专科检查可见尿道口与阴道口距离过短(一般<0.5 cm)。(4)尿道外口处残留处女膜或疤痕部分遮挡尿道外口。(5)实验室检查阳性率低,尿常规检查或中段尿细菌培养可无异常。仔细的生殖器检查一般均可做出初步的诊断,诊断关键是排除泌尿系统原发性感染、梗阻、结石、肿瘤、神经源性膀胱或不稳定膀胱等疾病,最好术前行尿流动力学检查,否则易造成手术治疗后患者症状无明显缓解。本组 13 例尿道处女膜伞患者中有 1 例手术治疗后效果欠佳,拟行进一步检查,但患者未予配合,未能明确治疗欠佳原因。

3.3 手术治疗是治疗本病的有效方法。处女膜上翻呈伞状遮盖尿道外口时,即出现排尿不畅,尿液返流,细菌易于在此滋生,同时也影响尿道分泌物的排出,导致尿道综合征和下尿路感染。尿道阴道间距过短者,性交时尿道口可滑入阴道内,尿道口粘膜易受损伤引起炎症,同时,阴道内分泌物易逆流入尿道,从而加重尿道口处女膜伞引起的下尿路症候群。手术治疗的目的是纠正这一解剖异常,即切除尿道口梗阻组织,松解处女膜对尿道粘膜的牵拉,延长尿道阴道口间距,保持尿道口足够宽敞和光滑平整,从而保证尿流通畅,消除细菌的滋生地。尿道外口周处女膜伞切除可以消灭尿道外口袋状凹陷,消除分泌物及残余尿停留场所及细菌的滋生地,这是手术成功的关键之一。阴道前庭延长则是另一个决定手术成败的重要因素。一般来讲,以阴道前庭延长到 1.5~2.0 cm 为宜。术后鼓励病人多饮水,保持局部清洁。本组总的治愈率及治疗有效率分别为 86.7% 及 100.0%。我们认为,对于大多数尿道口处女膜畸形患者,手术是一种简单有效的治疗方法。

3.4 对于病程较长的患者,要注意患者病程越长,症状改善效果可能愈差。原因是病程长,易形成膀胱慢性炎症,且易引起尿流动力学因素的改变。但对于此类患者还是应该进行手术治疗,以解除下尿路梗阻因素,否则病情还可能加重。由于尿道处女膜伞的发生是诱发不稳定膀胱的因素之一,应在手术的基础上辅以托特罗定等药物治疗^[1]。手术治疗后症状未能明显缓解的患者,可考虑给予口服黄酮哌酯片进行辅助治疗^[2],同时应积极查找是否有其他伴发病,如霉菌性阴道炎、糖尿病等,经对这些伴发病进行治疗后,部分患者仍可获得满意的疗效^[3]。尿道口处女膜畸形患者由于长期膀胱刺激征反复发作,部分病人可出现精神紧张、焦虑或神经衰弱等症状,术后对此类患者给予适当的心理治疗和其它辅助治疗,可收到较好的效果。

参考文献

- 1 朱喜山,李文坚,张正林,等.手术治疗尿道处女膜融合症的临床探讨[J].现代泌尿外科杂志,2008,13(3):232-233.
- 2 陈 馨,张大当.尿道口处女膜融合症的临床诊治(附 78 例报告)[J].现代泌尿外科杂志,2005,10(2):108.
- 3 陈 松,向紫兵.尿道口处女膜病的诊断与治疗(附 33 例报告)[J].中华医学实践杂志,2007,6(5):456.

[收稿日期 2008-08-26][本文编辑 谭 毅 黄晓红]