

腹腔镜一期治疗腹股沟型隐睾伴腹股沟斜疝

穆仙清 彭 旭 周福金 宋 平

【摘要】 目的 探讨腹腔镜一期治疗腹股沟型隐睾伴腹股沟斜疝(以下简称腹股沟型隐睾伴斜疝)的可行性。**方法** 对 48 例腹股沟型隐睾伴斜疝患儿采取一期腹腔镜下疝囊高位结扎+睾丸牵引固定术。年龄 1~5 岁(平均 2.3 岁),左侧 16 例,右侧 32 例,双侧 2 例。**结果** 48 例获有效随访,B 超随访 6~12 个月,无睾丸萎缩及回缩,无腹股沟斜疝复发。**结论** 腹股沟型隐睾伴斜疝患儿可行腹腔镜一期疝囊高位结扎、睾丸牵引固定术,此手术方法简单,损伤小,恢复快,成功率高,出血量、手术时间、住院时间及并发症少,值得临床推广。

【关键词】 腹腔镜; 疝,腹股沟; 隐睾

隐睾是小儿常见的泌尿生殖系畸形,早产儿发病率为 30%,足月儿 4%,1 岁时为 0.66%^[1]。隐睾患儿中约 20% 体表无法触及睾丸,以往主要通过 B 超 CT、激素测定等确诊,腹腔镜手术具有微创、安全、高效等优点,腹腔镜在腹腔型隐睾的诊疗中得到广泛应用,成为腹腔型隐睾治疗的金标准^[2]。本文探讨腹腔镜一期治疗小儿腹股沟型隐睾伴腹股沟斜疝的临床效果,现报道如下:

资料与方法

一、临床资料

2000 年 1 月至 2012 年 12 月我们收治腹股沟型隐睾伴腹股沟斜疝 48 例,术前均经 B 超检查确诊,年龄 1~5 岁,平均年龄 2 岁 4 个月,左侧 16 例,右侧 32 例,双侧 2 例。不包含睾丸回缩、睾丸缺如及睾丸发育不良,睾丸嵌顿及扭转坏死的病人。

入院时通过体查及彩超明确睾丸的位置、大小,然后选择如下手术情况:①腹股沟型隐睾伴斜疝,睾丸活动度小,且不能挤压至阴囊上极者,行腹腔镜下疝囊高位结扎睾丸固定术;②腹腔镜一期操作难或家长要求传统手术时,可选经腹股沟疝囊结扎睾丸固定术。

二、方法

采取全身麻醉气管插管,患儿取仰卧位,头低足高 15°~20°,经脐插入 5 mm Trocar 固定,注入 CO₂,建立气腹压达到 10~12 mmHg,进气量 2~3 L/

min,置入腹腔镜,床向对侧倾斜约 15°~20°,同时评价精索血管及输精管发育情况。于脐下两指腹直肌旁,分别置入 5 mm Trocar 插入抓钳、电钩或剪刀,将疝囊内容物推入腹腔内后,从内环到接近肾下极充分分离精索血管及输精管表面的后腹膜,再由内环口游离至外环口(尽可能保留腹股沟管完整性),注意保护好精索、输精管及腹壁下动静脉和精索及输精管交汇处的结缔组织和筋膜组织。沿着精索向远端游离,患侧睾丸拖入腹腔内,至对侧内环口,用弯钳从腹内做达患侧阴囊底的通道,在弯钳的指引下切开阴囊皮肤,约 1 cm,同时用止血钳从通道将睾丸牵引并固定于已做好的阴囊皮下肉膜囊内^[4];确切缝扎内环口,可做荷包缝合或间断结节缝合,确切缝扎过程中,避免损伤输精管和精索血管及髂腹股沟血管,远端的睾丸引带多主张切断,以防睾丸回缩及复发。

结 果

48 例中,左侧 16 例,右侧 34 例,双侧 2 例,手术时间 50~120 min,平均 80 min,术后睾丸均位于阴囊底部,术后恢复顺利,住院时间 5~6 d,B 超随访 6~12 个月(平均 8.3 个月),睾丸无萎缩及回缩,无腹股沟斜疝发生。

讨 论

隐睾患者行睾丸固定术有利于改善生育能力,防止睾丸扭转及尽早发现恶变^[5]。腹股沟可触及睾丸,占临床隐睾病人的一半以上,腹腔镜手术对于

非腹腔型隐睾的治疗具有明显的优势^[6]。隐睾从低位到高位的治疗由阴囊辜丸固定术,到经腹股沟辜丸固定术,后又由开腹探查辜丸固定术到腹腔镜治疗未触及的辜丸,对于可触及的腹股沟隐睾的腹腔镜手术报道也不少,最早由 Docimo 等^[7]于 1995 年报道。

伴有斜疝的腹股沟型隐睾一期腹腔镜治疗并没有使部分低位隐睾,可经阴囊切口行辜丸固定术的病人手术复杂化。本病 48 例选择腹腔镜下一期疝囊高位结扎辜丸固定术实现了腹股沟型隐睾伴斜疝的微创治疗,对于合并斜疝者采用内荷包缝扎内环口,也有国外学者提出先一期微创治疗疝气,择期行隐睾手术^[8]。这种情况在国内会给患者增加额外的经济和心理负担。

此手术方法优点在于:①容易操作;②最大程度地避免损伤辜丸及输精管血运供应;③提高美观度;④可同时完成双侧手术,特别适用于双侧隐睾,需注意的是不论哪种手术,术中尽量少用电钩,使用电钩时远离精索及输精管,腹股沟段精索血管易损伤,精索血管短,有张力情况下辜丸勉强固定于阴囊是术后辜丸萎缩的原因,在选择腹腔镜一期治疗腹股沟型隐睾伴斜疝的病例中应选择腹股沟内环口无明显水肿的病例。疝无长时间嵌顿,精索血管不短,辜丸发育可,可无张力牵引固定的病例。腹腔镜一期治疗腹股沟型隐睾伴疝气的优点在于术中对精索及输精管表面的后腹膜及鞘突管大部分游离,不过

度游离筋膜组织可使精索及输精管的血运影响降到最低,降低辜丸萎缩发生率,同时一期内环口缝扎,也减轻了患者二次手术带来的经济负担。

参 考 文 献

- 1 李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:12-36.
- 2 郑健.腹腔镜治疗非腹腔型隐睾的临床研究[D].重庆:重庆医科大学,2008:5.
- 3 郝春生,叶辉,李龙.白冬升等腹股沟可触及辜丸的隐睾的微创治疗[J].中国微创外科杂志,2009,9(3):223.
- 4 林涛,于文涛,穆林松,等.微型腹腔镜下辜丸下降固定术 40 例[J].临床小儿外科杂志,2013,12(6):475-477.
- 5 黄澄如.实用小儿泌尿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2006,385.
- 6 彭潜龙.腹腔镜治疗小儿非腹腔型隐睾的临床疗效评价[J].腹腔镜外科杂志,2013,18(7):546.
- 7 DocimaSG, Moore RG, Adams J, et al. Laparoscopic orchiopepy for high palpable undescended testis preliminary experience[J]. Juro,1995,154,1513-1515.
- 8 Riquelme M, Aranda A, Rodriguez C, et al, incidence and management of the inguinal hernia during laparoscopic orchiopepy in palpable cryptorchidism[J]. Preliminary report pediatri surg int,2007,23,301-304.

(上接第 253 页)

膜、黏膜下层及浆膜层构成,说明患儿胚胎早期胃壁已出现平滑肌发育障碍。本组病例均已进食母乳,考虑食乳后胃内压增高,是造成胃穿孔的一个诱因。有报道部分患儿合并肠旋转不良,这种胃排空障碍同样会引起胃内压增高,亦是穿孔的一个危险因素^[3,4]。

本病无前驱症状,产前诊断不能发现胃壁发育异常,穿孔前无明显临床症状,难以明确诊断。因此新生儿进食母乳后突然出现腹胀、腹膜炎体征及休克等时要高度怀疑本病。如立位腹部平片中见大量膈下游离气体,胃泡影消失或减小,液气腹,是诊断的重要依据。由于是因胃壁肌层缺损引发的穿孔,往往穿孔面积较大,穿孔后胃液及乳汁大量进入腹腔,引起化学性腹膜炎。如就诊过晚,细菌繁殖,则会出现化脓性腹膜炎,重者出现感染性休克。因此,

入院后需立即进行抗休克、抗感染及胃肠减压等治疗,同时积极进行术前准备。术中需彻底切除胃壁异常组织,修复穿孔。本病治疗的关键是早期诊断,尽早治疗。完善的术后护理,充分胃肠外静脉营养,可提高手术成功率。

参 考 文 献

- 1 曹慧,张宏伟,刘丰丽,等.新生儿先天性胃壁肌层缺损胃穿孔 25 例[J].临床小儿外科杂志,2010,9(5):369.
- 2 施诚仁.新生儿外科学[M].上海:科学普及出版社,2002,519-520.
- 3 张敬悌,王琪,葛文安,等.新生儿胃穿孔合并肠旋转不良三例[J].中华小儿外科杂志,2004,25(1):91-92.