

• 临床研究 •

阴囊上缘单一小切口治疗腹股沟型隐睾 31 例

薛彦生 马 志 曾 海 史洪军

【摘要】 目的 探讨阴囊上缘单一小切口治疗隐睾的临床疗效。**方法** 对 31 例腹股沟型隐睾患儿采取阴囊上缘小切口完成睾丸下降固定术。观察其睾丸位置变化。**结果** 31 例中,30 例一次性完成睾丸松解固定术,1 例因精索过短予二期手术(原切口)。手术时间 20 ~ 45 min。术后恢复顺利,术后 3 d 伤口换药后出院,随访 3 ~ 6 个月无睾丸回缩及睾丸萎缩。**结论** 阴囊上缘单一小切口手术治疗腹股沟型隐睾切口隐蔽、损伤小、不影响疗效,是一种值得推广的治疗腹股沟型隐睾的新术式。

【关键词】 隐睾/外科学;外科手术,微创性

隐睾是小儿外科常见疾病,近年来其发病率有上升趋势。治疗上主要采取传统腹股沟区手术或腹腔镜手术,两种方法均需在阴囊底部做一固定睾丸的切口。黑龙江省牡丹江市医学院红旗医院在总结传统手术与改良小切口手术时发现有关阴囊部位切口的报道^[1]。遂尝试采取阴囊上缘单一切口来完成腹股沟型隐睾的手术,自 2010 年 1 月至今共完成 31 例(34 侧),效果良好,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

31 例(34 侧)患儿均在腹股沟区扪及睾丸,经彩超证实为腹股沟区隐睾,平均年龄 1.6 岁(11 ~ 30 个月)。单侧 28 例,双侧 3 例。性激素测定(雌二醇、睾酮、促黄体生成素、孕酮等)结果均正常。

二、手术方法

均采取阴囊上缘小切口手术治疗。采用静脉复合麻醉,于患侧阴囊与皮肤交界处作顺皮纹 1.5 ~ 2.0 cm 弧形切口,打开肉膜层,在腹股沟管内寻及精索,将其提至切口处,将睾丸端提出切口,打开睾丸鞘膜,将未闭的鞘突管与精索组织分开,钳夹后钝性游离其与周边的粘连,分离达到腹膜外脂肪处,予高位结扎。在保护输精管与精索血管的同时游离精索,使睾丸在无张力状态下可牵引至阴囊底。用中号止血钳将同侧阴囊底部预固定睾丸位置自切口处顶出,在预定位置肉膜层造穴,探查精索无扭转后,将睾丸固定在肉膜层中,还纳睾丸入阴囊内,用手在

阴囊外牵引睾丸,用 6-0 可吸收线缝合切口皮下筋膜层,皮肤用医用生物蛋白胶粘合。本组 1 例因精索过短,向上游离至腹膜后近脐位置,仍无法使睾丸无张力引至阴囊底,给予保留睾丸引带、睾丸出血试验阳性后切断精索血运,睾丸局部旷置,6 个月后进行二期睾丸固定术。其余病例均一次牵引成功。

三、观察指标

随访观察指标主要为患侧睾丸的位置,如睾丸可维持在同侧阴囊中部或以下水平,即为治疗有效,否则为治疗无效。其次为睾丸大小,如睾丸保持术前大小或增大,即为睾丸无萎缩,否则视为睾丸萎缩。另外,切口大小作为第三指标观察。

结 果

31 例中,30 例一次性完成睾丸松解固定术,1 例因精索过短予二期手术(原切口)。手术时间 20 ~ 45 min。患儿术后均恢复顺利,术后 3 d 伤口换药后出院,随访 3 ~ 6 个月无睾丸回缩及睾丸萎缩。

讨 论

隐睾在足月新生儿中发生率约为 3.7%,部分患儿睾丸可以继续下降,1 岁时隐睾的发病率约 1%^[2]。治疗方法包括手术治疗及内分泌治疗,手术治疗疗效确切,缺点是需要麻醉,有相应的手术打击;内分泌治疗虽然避免了上述缺点,但疗效不确定及其副作用是无法避免的问题。

有研究认为,内分泌治疗对于年龄较大的儿童隐睾效果较好,但睾丸在 1 岁以后开始出现曲细精管不同程度病变,远期可导致癌变并影响健侧睾丸,

故 1 岁以后发现的隐睾应及时治疗^[3]。激素治疗的时间建议在 1 岁之前^[4]。应用 HCG 治疗无效后应及时手术,将睾丸牵引至阴囊内,对于双侧隐睾,还应进行染色体及性激素检查。

手术治疗后睾丸所处的位置及大小是判断治疗效果的主要指标。以睾丸位于阴囊中部或偏下方为治疗有效,否则为无效。术后睾丸的大小与术前相同或增大视为无萎缩,否则即为术后睾丸萎缩。

大多数腹股沟型隐睾术前依靠体格检查及彩超检查多能确诊,本组 31 例(34 侧)均于术前经彩超检查诊断为腹股沟型隐睾,并于术中得到证实。目前阴囊内肉膜囊内睾丸固定是国内外应用最多的术式,此种术式的睾丸回缩率仅 3%,睾丸大小正常率为 73%,优于其它几种术式,但此种术式腹部及阴囊切口有明显的手术瘢痕,能否在保留此术式优点的同时,有效避免术后切口瘢痕,做到“微创精准”是医学努力的方向^[5]。本组手术切口选在阴囊与正常皮肤交界的区域,此处层次简单,易于暴露腹股沟及阴囊,可避免睾丸固定术两个切口的弊端,切口层次简单、表浅,更趋于微创化。

手术注意事项:①选择年龄小于 3 岁的患儿,年龄大于 3 岁者局部游离精索达脐水平较为困难,不易操作。②术中切开皮肤后,纵向切开皮下浅、深筋膜,使皮肤切口与皮下筋膜层呈交叉“十”字形,解决了横行切开浅、深筋膜后局部肿胀严重的弊端。

隐睾的治疗方法经过多年发展,目前主要是激素与手术两种方式。激素治疗对幼儿疗效不明显^[6],虽然对大龄儿童有效果,但此时睾丸已经出现功能改变,故对儿童隐睾的治疗,手术仍为首选方

法。隐睾患儿大部分为腹股沟型,而不可触及的腹腔型隐睾用腹腔镜治疗已得到公认,对于大多数腹股沟型隐睾,目前仍采用腹股沟区切口结合阴囊底部切口来完成手术。如何在保证医疗质量及效果的前提下减少损伤及体表切口是目前医学需要解决的问题,作者在总结以往腹股沟斜切口、腹股沟顺皮纹小横切口术式的基础上,设计了这种切口位置隐蔽、损伤小、不影响疗效的术式,经过一段时间的应用,效果显著,是一种值得推广的治疗腹股沟型隐睾的新术式。

参考文献

- 1 Dayanc M, Kibar Y, Irkilata HC, et al Long-term outcome of scrocal incision orchiopexy for undescended testis[J]. Urology, 2007, 70(4):786-788.
- 2 Berkowitz GS, Lapinski RH, Dolgin SE, et al. Prevalence and natural history of cryptorchidism[J]. Pediatrics, 1993, 92(1):44-49.
- 3 Thonneau PF, Gandia P, Mieusset R. Cryptorchidism: incidence, risk factors and potential role of environment, an update[J]. J Androl, 2003, 24(2):155-162.
- 4 Mathers MJ, Sperling H. The undescended testis: diagnosis, treatment and long-term consequences[J]. Dtsch Arztebl Int, 2009, 106(33):527-532.
- 5 李龙, 张金哲. 微创精准小儿外科技术理念及思考[J]. 中华小儿外科杂志, 2010, 31(10):725-727.
- 6 赵海腾, 何蓉. 绒毛膜促性腺激素治疗婴儿期隐睾的随机对照研究[J]. 中华小儿外科杂志 2010, 31(10):797-799.

• 消息 •

《儿童实体肿瘤诊疗指南》发行

受中华医学会小儿外科学分会和中国抗癌协会委托,我国首部全面总结阐述儿童实体肿瘤诊疗规范的实用工具书—《儿童实体肿瘤诊疗指南》于 2011 年 6 月由人民卫生出版社出版发行。

本书得到了中国工程院张金哲院士、郝希山院士的大力支持,由重庆医科大学附属儿童医院金先庆教授、上海交通大学医学院附属新华医院施诚仁教授担任主编,全国 30 余名专家学者共同执笔,得到了 13 个专业儿童医院、大型儿童诊疗中心的积极响应,历经 3 次全国学术会议讨论修订,终获出版,其学术价值得到了国内有关专家、学术带头人的肯定。

全书共 31 万字分 14 个章节,面向广大儿童肿瘤工作者、小儿内科医师、成人肿瘤科医师和相关专业研究生,系统总结了国内近 30 年的临床经验,并大量吸收国外优秀成果。全书全面介绍了十类常见儿童实体肿瘤的诊断治疗原则和研究进展,强调科学性、实用性、先进性和完整性,对倡导我国儿童肿瘤规范化诊疗,促进多学科合作救治,推广个体化治疗,提高儿童肿瘤治愈率,将起到积极的作用,也为组建中国儿童肿瘤规范化诊疗协作组打下了坚实的基础。