

经阴囊切口入路手术治疗小儿腹股沟管疾病 84 例

李延林 张宜琪 周晓春

【摘要】 目的 探讨经阴囊切口入路手术治疗小儿腹股沟管疾病的临床应用价值。 **方法** 自 2010 年 1 月至 2013 年 12 月,我们对 84 例腹股沟管疾病患儿,采用经阴囊切口入路手术进行治疗,其中鞘膜积液 45 例,腹股沟斜疝 31 例,隐睾 8 例,根据术中情况和术后 1 周、半年随访情况,评价疗效。 **结果** 84 例均手术顺利,平均手术时间 20 min,无并发症;术后 1 周无切口感染发生,切口愈合良好;半年后门诊复查阴囊切口外观满意,无明显瘢痕形成,无复发。 **结论** 经阴囊切口入路手术治疗腹股沟管疾病,安全可靠,术后切口隐蔽美观,在保证治疗效果的同时提高了病人满意度,值得临床推广。

【关键词】 阴囊;腹股沟管;疾病;外科手术;儿童

The clinical experience of scrotal incision operation in treating pediatric inguinal canal diseases. LI Yan-lin, ZHANG Yi-qi, ZHOU Xiao-chun. Lianyungang Dong Fang Hospital of Jiangsu, Lianyungang 222042, China

【Abstract】 Objective To evaluate the clinical application value of scrotal incision operation in treating pediatric inguinal canal diseases and improve patient satisfaction. **Methods** We performed the scrotal incision operation treatment in 84 cases with inguinal canal diseases in children, including 45 cases of hydrocele, 31 cases indirect inguinal hernia, 8 cryptorchidism. Treatment and healing of incision were followed up in a week and 6 months. **Results** The operations of 84 cases were successfully completed, the average operation time was 20 minutes and there was no complications and recurrence. No incision infection was found in a week follow-up and scrotal incision satisfactory appearance was well accepted by parents of children patients in 6 months. **Conclusion** The scrotal incision operation for inguinal canal disease operation is a worthy approach for its safety and reliability.

【Key words】 Scrotum; Inguinal Canal; Disease; Surgical Procedures, Operative; Child

鞘膜积液、腹股沟斜疝和隐睾是小儿常见疾病,绝大多数患儿需要手术治疗,传统手术方法采用经腹股沟区斜切口或下腹部横纹切口进行^[1]。近年来微创技术快速发展,小儿腹腔镜在临床广泛应用^[2-4]。但仍在患儿腹部留下瘢痕。我们自 2010 年至今采用经阴囊切口入路手术治疗腹股沟管疾病,疗效满意,切口瘢痕隐蔽,受到患儿家长的欢迎。现将方法和体会报告如下:

资料与方法

一、临床资料

2010 年 1 月至 2013 年 12 月我们收治小儿腹股沟管疾病 84 例,平均年龄 4.6 (1 ~ 12) 岁,包括:鞘

膜积液 45 例,其中交通性鞘膜积液 32 例,精索鞘膜积液 6 例,睾丸鞘膜积液 7 例,双侧病变者 9 例;腹股沟斜疝 31 例,其中左侧 5 例,右侧 21 例,双侧 5 例;隐睾 8 例,其中双侧 2 例,均为低位隐睾,睾丸位于外环口下方与阴囊上极之间。

二、手术方法

根据患儿年龄和体重采用氯胺酮基础麻醉加骶管麻醉、静脉全身麻醉或硬膜外麻醉,患儿取仰卧位,取患侧阴囊根部皮皱无血管区弧形切口,切口长约 1 ~ 2 cm。对于腹股沟斜疝患儿,切开皮下达精索表面,于浅筋膜深面向外上方潜行分离,然后由助手用皮肤拉钩向皮下环方向拉开,于皮下环下方显露精索,将精索稍作游离,并向下方轻轻牵拉,分开提睾肌,找到疝囊或鞘状突管,若疝囊仅达阴囊入口上下,可将疝囊完整剥除,然后行疝囊高位结扎及缝扎,对于较大疝囊达阴囊底部者,可将疝囊横断,近端高位缝扎,远端保留,不必强行剥离,以减少出血及水肿;游离中应将切口向上牵拉,将疝囊向下牵

拉,以实现高位结扎。

对于鞘膜积液,可沿积液部分向近端分离,若积液量大,可先穿刺减压,很容易找到鞘状突管,然后近端行高位结扎、缝扎,远端切除部分前壁鞘膜,使成椭圆形开口,便于充分敞开排液;对于隐睾患儿,同样取阴囊根部皮皱边缘横弧形切口,将睾丸挤压到切口处,提出鞘状突囊,切开暴露睾丸,游离鞘突囊后壁精索输精管,尽可能高位缝扎鞘突颈,松解精索,将睾丸无张力固定于阴囊底,尽量保留睾丸引带。阴囊切口以 6-0 可吸收细线皮内缝合。

术后 2~3 d 出院,术后 1 周和半年门诊复诊了解术后恢复及切口愈合情况。

结 果

84 例均顺利完成手术,无并发症,手术时间 10~35 min,平均 20 min,麻醉清醒后可正常进食。15 例患儿术后出现阴囊水肿,3~7 d 后水肿逐渐消退;术后 1 周门诊复诊,切口愈合良好,无切口感染发生。术后半年门诊复诊,84 例患儿阴囊切口外观满意,无明显瘢痕形成,未出现复发疝、睾丸鞘膜积液或医源性隐睾,隐睾患儿术后睾丸发育好,活动度正常。

讨 论

针对小儿鞘膜积液、腹股沟斜疝和隐睾,传统手术方法采用经腹股沟区斜切口或下腹部横纹切口进行,腹股沟区斜切口因切口明显、不美观,临床已基本不再选择,更多采用经外环口投影部下腹横纹切口,实施疝囊高位结扎、鞘状突高位结扎及睾丸下降固定术,手术简单,损伤小,术后瘢痕小,目前已在临床广泛应用。近年来随着微创技术的普及,腹腔镜下内环口缝扎术治疗腹股沟斜疝也得到了很好的开展,但是腹腔镜手术需在全麻下完成,还需人工气腹,手术费用高,技术要求高,普遍费时较长,并不能大范围推广应用,特别是基层单位,条件难以具备。且这两种手术方式均在患儿腹部留下瘢痕,影响美观,导致患儿家长的忧虑和遗憾。有报道采用经阴囊手术治疗腹股沟斜疝等疾病获得良好的疗效^[5-7]。阴囊部皮肤有皱褶,以此作为手术入径位置隐蔽,我们在保证手术效果确切的前提下采用经阴囊隐匿切口,满足患方的需要。

通过 84 例经阴囊切口入路手术的结果分析,我

们发现此入路手术方法安全可靠,无明显并发症,而且避免了传统手术和腹腔镜手术的腹部瘢痕,从疾病治疗和美观考虑都效果满意。从手术实施角度分析,对于腹股沟斜疝患儿,术中取患侧阴囊上部边缘切口稍向上牵拉就可到达外环口处,年龄越小的患儿切口与皮下环距离越近,更容易将切口拉至外环口平面,由于小儿腹股沟管较短,手术可充分游离鞘状突或疝囊,稍加牵拉即可全部拉出,缝扎切断后残端很快退入内环口处。同时可根据情况剥除全部或部分囊壁,不破坏腹股沟管,完全可以实现高位结扎,使之达到高位、完全结扎的目的;对于各型鞘膜积液患儿,选择阴囊根部隐匿切口,手术处理鞘状突及远端开窗更为便利,可沿着积液部分向近端分离,若积液量大,可先穿刺减压,很容易找到鞘状突管,然后近端行高位结扎、缝扎,远端切除部分前壁鞘膜,使成椭圆形开口,便于充分敞开排液。对于隐睾患儿采用这种切口也是出于美观考虑,仅适用于睾丸位于阴囊入口上下的低位隐睾,无需打开腹股沟管,通过上牵下拉,可以充分松解精索睾丸,将睾丸固定于阴囊底部肉膜内。

但采用经阴囊边缘切口入路手术并非适合所有腹股沟管疾病,我们的体会是:对于各型鞘膜积液均可以采用此方法,特别是交通性鞘膜积液,对于精索囊肿甚至可经此切口完全剥除,此切口对于远端鞘膜囊开窗也更为便利,优于腹横纹入路手术;对于大多数腹股沟斜疝患儿也适合此入路手术,此方法的优势主要是切口更为隐蔽,对于可能存在对侧隐疝者则更适合经腹腔镜手术,嵌顿性疝和部分难复性疝须解剖腹股沟管,并松解外环口,也不适宜采用此切口。对于隐睾患儿采用这种切口,仅适用于睾丸位于阴囊入口上下的低位隐睾,无需打开腹股沟管,通过松解精索睾丸,将睾丸固定于阴囊底部肉膜内,无需另外在阴囊底部切口固定睾丸,对于中高隐睾则不宜选择此切口,经腹腔镜行睾丸下降固定术更为合适可靠。

本组 15 例患儿术后出现阴囊水肿,我们分析是由于距离皮下环过远开始剥离,剥离面过大所致,解决对策是在手术中要用皮肤拉钩向皮下环方向拉开,于皮下环下方约 1 cm 处再显露精索,在此寻找疝囊或鞘状突,尽量减小剥离范围以减少阴囊水肿的发生。

参 考 文 献

- 1 施诚仁,金先庆,李仲智. 小儿外科 (下转第 536 页)