

腹腔镜治疗儿童右侧外膀胱上疝一例

雷宇 刘钢 李龙

北京大学第一医院小儿外科(北京,100034)
中图分类号:R726.156.2 文献标识:D 文章编号:1009-6604(2003)01-0089-01

外膀胱上疝是一种少见的腹股沟疝,儿童更为罕见。最近我科采用腹腔镜明确诊断并成功治愈1例,现报道如下。

患儿男,10岁。因右侧腹股沟出现可复性肿物6年入院。6年来患儿在玩耍、用力活动时右侧腹股沟出现肿物,安静休息或睡眠时即可消失。肿物从未进入到阴囊内,患儿亦无任何不适感觉。入院查体:一般情况好,心、肺、腹未发现异常。站立时右腹股沟中部出现4cm×4cm×3cm肿物,质软,无触痛,透光试验阴性。轻轻向腹腔内推挤肿物,肿物可完全还纳消失。双侧睾丸位置及发育正常。常规实验室检查无异常。入院诊断:右侧直疝。

静脉全麻,气管插管,取头低仰卧位,右侧臀部稍垫高。使用德国鲁道夫(RUDOLF)公司ru0360-11/00型0°5mm腹腔镜进行手术。脐窝下缘切5mm弧形切口,分离至腹膜外脂肪,气腹针从切口穿入腹腔,注入CO₂形成气腹,气腹压力1.6kPa(12mmHg)。拔出气腹针,相同位置穿刺5mm直径套管,导入腹腔镜探查。见双侧腹股沟管内口已完全闭合,腹壁下动脉内侧与脐外侧韧带之间亦完整光滑(图1)。右脐外侧韧带内侧与膀胱右前外侧壁之间可见疝囊开口,直径1.5cm(图2)。腹膜从此处向外突出形成疝囊。故决定在左下腹及耻骨上方偏左侧各切5mm小切口,在腹腔镜监视下置入5mm直径套管,导入操作器械。沿疝囊内口以电刀环形切开疝囊,分离显示腹横筋膜缺损,以4号丝线连续缝合腹横筋膜缺损上下缘,抽紧丝线使疝环内口完全关闭。再于第一层缝合进针处外侧带腹膜连续缝合一层,使疝囊口关闭确切。排空气腹,取出套管,切口缝合肌层和皮下组织,皮肤不缝合,敷创可贴。手术时间35分钟。术后第1天患儿即可下地活动,术后3天痊愈出院。术后诊断:右侧外膀胱上疝。随诊1年6个月,疝无复发,腹壁无明显瘢痕。

讨 论

膀胱上疝形成于膀胱上窝,由脏器推顶此处的腹膜突向不同的方向形成。外膀胱上疝是其中一种,它起自膀胱上窝外侧,向前径直经腹壁向外突出。本病在临床上与直疝很难鉴别,其主要区别是疝囊开口的位置不同。直疝的疝囊开口于腹壁下动脉内侧与脐外侧韧带之间,而外膀胱上疝的疝囊则开口于脐外侧韧带内侧与膀胱右前外侧壁之间。由于二者内容物疝出腹壁的位置相近,通过查体明确诊断外膀胱上疝

万方数据

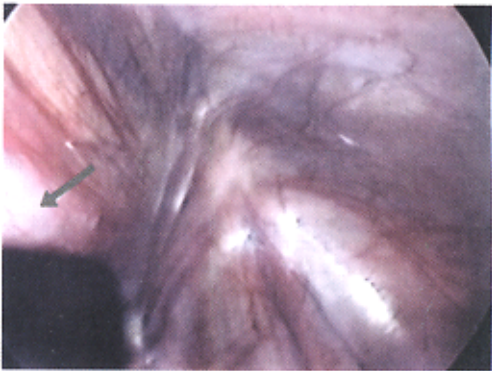


图1 右脐外侧韧带外侧腹膜光滑完整。
(箭头示右脐外侧韧带)

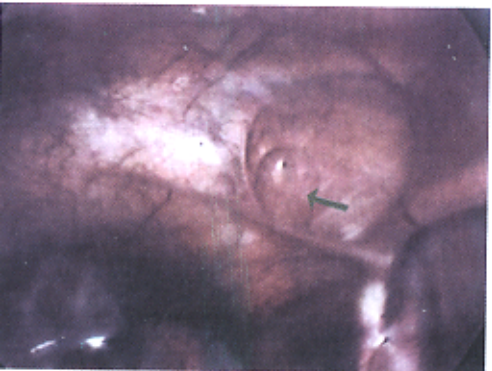


图2 箭头示疝囊开口,位于右脐外侧韧带
内侧与膀胱外壁之间。

非常困难,常会将其误诊为直疝。在本病例中通过腹腔镜在腹腔内观察疝囊开口的位置,非常容易地将二者区分出来,作出明确诊断。同时在腹腔镜下可以不损伤腹壁各层而确切地缝合关闭疝囊口以达到治疗的目的,创伤小且治疗效果确切。因此,腹腔镜手术在同时解决此类少见疝的鉴别诊断及手术治疗上有其独到的优越性,是一种非常好的手术方法。

(2002-11-22 收稿)
(2002-12-12 修回)