

· 临床论著 ·

小切口治疗小儿腹股沟嵌顿疝 26 例报告

江 涛 周旭坤 李 平 李 忠 刘顺顺

(新疆阿克苏农一师医院外二科, 阿克苏 843000)

【摘要】 目的 探讨采用腹横纹小切口径腹股沟管行疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟嵌顿疝的疗效。 方法 26 例小儿腹股沟嵌顿疝在氯胺酮麻醉下行手法复位, 采用腹股沟区沿皮肤横纹切口行疝囊高位结扎术。 结果 手术时间 20 ~ 40 min, 平均 30 min。 术后住院 1 ~ 3 d, 平均 2.5 d。 24 例随访 6 ~ 24 个月, 平均 20 个月, 无阴囊血肿及医源性隐睾, 无复发。 结论 经腹横纹小切口治疗小儿腹股沟嵌顿疝是一种行之有效的方法。

【关键词】 腹股沟嵌顿疝; 手法复位; 小切口; 小儿

中图分类号 R726.1; R656.2⁺1

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)12-0963-02

我院 2002 年 11 月 ~ 2005 年 5 月采用腹横纹小切口径腹股沟管行疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟嵌顿疝 26 例, 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 26 例, 均为男性。 年龄 1 ~ 7 岁, 平均 2.8 岁。 发病至手术时间 < 6 h 8 例, 6 ~ 12 h 15 例, 12 ~ 16 h 3 例。 入院前均有哭闹不安及恶心、 呕吐、 腹胀、 肛门停止排气等症状, 伴腹股沟肿块、 压痛。 血常规检查 WBC < $10 \times 10^9/L$ 12 例 ($10 \sim 13$) $\times 10^9/L$ 10 例 ($13 \sim 16$) $\times 10^9/L$ 4 例。 病例选择标准: 年龄 < 10 岁, 无血便、 阴囊皮肤充血发红, 无全身情况差及肠坏死征象, 查腹肌无紧张, 全腹无压痛及反跳痛。 入院后肌注地西洋(安定)行手法复位不能还纳。

1.2 方法

1.2.1 特殊手术器械 把 1 把小平镊做成 1 对特制小拉钩, 一端宽约 0.7 cm, 另一端宽约 0.2 cm。

1.1.2 手术方法 氯胺酮麻醉。 排除肠坏死征象, 轻柔地将腹股沟肿块还纳腹腔。 选择腹横纹切口, 长约 1 cm, 切开皮肤, 钝性分离皮下脂肪组织, 平行切口方向切开浅筋膜, 平行腹股沟管方向切开腹外斜肌腱膜, 钝性分离腹外斜肌腱膜外侧。 牵拉睾丸随之运动的肌肉为提睾肌, 平行腹股沟管钝性分离较薄的提睾肌, 找到精索组织, 特制小拉钩拉开提睾肌, 暴露术野。 术者用手指挤压中腹部, 在精索组织的内前方见一膨起的囊性物, 平行切口方向切开前壁证实为疝囊, 将其提出切口外, 蚊式钳分离、 横断疝囊后壁, 注意保护输精管及精索血管。 向上分离疝囊见腹膜前脂肪, 行“8”字缝扎疝囊颈部, 切除近

端多余疝囊, 向下牵拉睾丸将精索组织及疝囊远端复位, 间断缝合腹外斜肌腱膜、 浅筋膜及皮下脂肪组织, ρ 号缝合线“U”字皮内缝合 1 针。

2 结果

手术时间 20 ~ 40 min, 平均 30 min。 术中出血量 4 ~ 10 ml。 术后无须拆线。 术后 1 ~ 3 d 出院, 平均 2.5 d。 24 例随访 6 ~ 24 个月, 平均 20 个月, 无阴囊血肿及医源性隐睾, 无复发。

3 讨论

小儿腹股沟疝均是斜疝, 几乎没有直疝^[1]。 腹膜鞘状突未闭是小儿腹股沟疝形成的主要原因, 只行疝囊高位结扎术就能达到满意的治疗效果。 小儿腹股沟疝 1 岁前有自愈的可能, 2 岁后自愈的几率明显下降, 并且 2 岁后随着活动量的增加, 疝嵌顿的几率也增大。

腹横纹小切口径腹股沟管行疝囊高位结扎术是目前国内治疗小儿腹股沟疝最佳术式之一, 但采用该术式治疗小儿腹股沟嵌顿疝报道较少。 传统的小儿腹股沟嵌顿疝手术时, 由于组织水肿, 解剖层次不清, 创面渗血较多, 有损伤输精管及精索血管的可能, 易引起术后阴囊血肿及睾丸萎缩等并发症^[2]; 另外, 疝修补术后患儿活动不便, 须拆线后出院, 延长住院时间。 本术式有效地避免上述缺点, 简化手术操作, 皮内缝合可避免因拆线引起的患儿惊恐和剧烈哭闹(严重者可导致疝复发)。

在进行嵌顿疝手术时, 因疝囊组织水肿、 脆弱、 不易分离, 并因小儿疝囊本身就菲薄, 水肿后更易撕裂, 致使术后容易复发^[3]。 故以往小儿腹股沟嵌顿疝入我院时, 经肌注地西洋手法复位后 2 ~ 3 d, 局部

水肿消退再行疝囊高位结扎术。以后我们发现,手法复位失败的嵌顿患儿在氯胺酮麻醉下手术时,部分嵌顿疝仍可成功手法复位。

与成人比较,小儿的疝囊颈和疝环比较柔软,腹壁肌肉及筋膜组织薄弱,腹股沟所受腹肌压力较小,肠系膜血管弹性也较好,故发生肠管绞窄坏死者少见,而且血液循环障碍至静脉回流受阻、淤血、水肿发展至肠坏死的过程相对缓慢^[4]。因此,小儿嵌顿疝可在氯胺酮麻醉下手法复位成功后行本术式。行手法复位时动作应轻柔,切忌使用暴力。我们认为只要在麻醉下手法复位得当,损伤肠管的可能性很小,此时手术较为安全可靠。

术前应通过详细询问病史和查体以排除睾丸及睾丸附件扭转,待确诊嵌顿疝且无肠坏死方可实施本术式,否则应行腹股沟探查术。但需注意以下情况不可手法复位:①他人手法复位失败者;②阴囊皮肤充血发红者;③已有血便及全身情况差,高度怀疑肠绞窄及肠破裂者;④女孩嵌顿物常为卵巢或输卵管^[1]。此外,WBC 数值明显增高也不可手法复位。

患儿应术前排尿以防因手术层次不清,寻找疝囊困难,延误手术时间致膀胱充盈而误伤膀胱。必要时可在术中放置尿管。在分离及横断疝囊后壁时勿将疝囊提起太高使睾丸进入腹股沟管,以致医源

性隐睾,尤其是肥胖儿易发生。在分离横断疝囊的同时,要注意睾丸位置,并且在高位结扎疝囊后要检查睾丸。

术中经手法复位打开疝囊时,剪一块小纱布条从内环口置入腹腔一段时间后取出,观察纱布条上是否有血性液或肠液,以此判断有无腹腔脏器损伤。术中如高度怀疑肠管损伤,应及时剖腹探查,有条件的医院可行腹腔镜探查进一步确证,避免术后出现严重并发症。

本术式治疗小儿嵌顿疝虽有较多优点,但术中不能探查睾丸有无梗死,故对于手术顺利、术中出血少而术后却出现阴囊肿胀的患儿,手术者要考虑有无睾丸缺血坏死的可能。

参考文献

- 1 余亚雄,主编.小儿外科学.第3版.北京:人民卫生出版社,1997. 184,188.
- 2 王果,李振东,主编.小儿外科手术学.北京:人民卫生出版社,2000. 390-391.
- 3 李正,王慧贞,吉士俊,主编.实用小儿外科学(上册).北京:人民卫生出版社,2001. 534-535.
- 4 李福年,周荣祥,李杨,主编.腹壁与疝外科学.北京:人民卫生出版社,2004. 220-221. (收稿日期 2006-02-07)
(修回日期 2006-05-22)