

儿童医源性睾丸下降不全 25 例临床分析

王利霞, 陆如纲, 马 耿

(南京医科大学附属南京儿童医院泌尿外科, 江苏 南京 210008)

[摘要] 目的:探讨小儿医源性睾丸下降不全的病因、治疗特点和防治措施。方法:回顾分析本院收治的 25 例医源性睾丸下降不全的患儿,其中腹股沟斜疝术后 17 例,鞘膜积液术后 6 例,腹股沟区局部药物注射治疗后 2 例。结果:所有病例均行再次睾丸下降固定术。术中见精索粘连严重,瘢痕化并短缩,其中 20 例存在不同程度的睾丸萎缩,经充分游离后 25 例均将睾丸下降固定于阴囊内。术后随访 16 例,睾丸均在阴囊内,未再萎缩。结论:不恰当的腹股沟区操作是医源性睾丸下降不全的原因,一旦发生应尽早行手术治疗。手术要点是将睾丸自正常组织向瘢痕处推进,注意保护睾丸血供,充分游离腹膜后精索长度。

[关键词] 医源性; 睾丸下降不全

[中图分类号] R726.9

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)12-1768-02

2004 年~2012 年本科收治的医源性睾丸下降不全患儿 25 例,分析报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

25 例患儿,其中左侧 8 例,右侧 10 例,双侧 5 例。住院时年龄 2 岁 2 个月~12 岁 7 个月,平均 7 岁 2 个月。再次住院距前次治疗的间隔时间最短 6 个月,最长 7 年,平均 2 年 7 个月。本组病例中因“腹股沟斜疝”行手术治疗后发生睾丸下降不全者 17 例,因“鞘膜积液”行手术治疗后发生者 6 例,因“腹股沟斜疝”行注射治疗后发生者 2 例。由其他医院治疗导致者 22 例,由本院治疗导致者 3 例。

所有病例均因治疗后出现患侧阴囊空虚就诊,有资料表明术前睾丸在阴囊内。入院后体检,反复多次仔细地触摸腹部腹股沟区,可扪及睾丸位于外环口处者 8 例,腹股沟区者 17 例,睾丸均较固定,边境不清,不可推入阴囊内。第 1 次手术后有 3 例在术后 1 个月内即发现患侧阴囊空虚,14 例在术后 1 个月~1 年内发现,8 例在术后 1 年后发现。

1.2 方法

经腹股沟区原手术切口行睾丸下降固定术。术中见腹股沟区解剖层次不清,精索盘曲并与周围组织粘连严重,部分精索粘连成团,难于辨认;药物注射治疗者精索呈灰白色或暗紫色,僵硬,弹性消失。疝囊高位结扎术后的睾丸一般仍保持其鞘膜囊的完整性,但睾丸鞘膜囊均与周围组织有粘连。在外院行鞘膜积液手术者,其中部分仅行“鞘膜翻转术”,

睾丸本身鞘膜囊已破坏,睾丸附睾与周围组织粘连严重,分离睾丸十分困难,极易损伤附睾及输精管。

术中估测或实测睾丸体积,与健侧相当者 5 例,约较健侧小 50%以内者 14 例,约较健侧小 50%以上者 6 例。因“腹股沟斜疝”行治疗者,再次手术发现 4 例疝囊未结扎完全,同时再行“疝囊高位结扎术”。其中有 1 例因“腹股沟斜疝嵌顿”行手术,1 例行“右侧疝囊高位结扎术”,1 例行“双侧疝囊高位结扎术”,另 1 例行药物注射治疗。1 例鞘膜积液行药物注射治疗者,鞘状突亦未闭合。6 例术中需要切开腹外斜肌腱膜,进一步游离腹膜后精索及输精管。

2 结果

本组 25 例,经再次手术,充分游离精索血管和输精管,松解睾丸后,均可将睾丸无张力地下降固定于阴囊内。术后随访 16 例,随访时间 6 个月~6 年 2 个月,平均 3 年,睾丸均位于阴囊内,未发现睾丸较术前萎缩,但随访者睾丸发育均较健侧差。

3 讨论

医源性睾丸下降不全主要是不规范的医疗操作使原来在阴囊内的睾丸上提到腹股沟部,睾丸不能纳入阴囊。多见于儿童的腹股沟斜疝和鞘膜积液手术,该两种疾病的病因是因为存在持续未闭或延迟闭合的鞘状突,需要外科手术处理,选用腹股沟路径。如果手术者没有充分注意睾丸位置(因手术而使睾丸上提,不能纳入阴囊内),可能造成医源性睾丸下降不全^[1]。2 例有腹股沟区药物注射病史。局部药

物注射治疗腹股沟斜疝或鞘膜积液,其目的是通过化学药物所产生的无菌性炎症、纤维增生,使疝囊(鞘状突)闭塞。但药物常导致精索的粘连纤维化、缩短,使睾丸上移粘连,形成医源性睾丸下降不全。目前已被弃用。

医源性睾丸下降不全要积极手术处理,因睾丸所处环境改变可影响睾丸发育、外伤机会增加,阴囊空虚影响儿童心理,甚至癌变机会明显增加^[2]。

对于腹股沟区的手术,术者需熟悉小儿腹股沟区的解剖,此类手术还是尽可能由泌尿外科实施为好。医源性睾丸下降不全不可能自愈,一旦确诊,具有明确的手术指征^[3]。本文的经验是:①手术时机:再次手术应选择在前次手术操作半年以后,待腹股沟区瘢痕组织软化之后;②注意保护睾丸血供:为了保护睾丸,鉴别解剖标志,先向睾丸下极探查,使睾丸从正常组织向瘢痕处推进。游离出睾丸后,再逆向游离纤维化的精索,切不可在瘢痕中强行剥离精索和睾丸。为了不损伤精索,可以连带精索侧面和中部的正常组织一并游离下来;③无张力复位固定睾丸:在游离过程中,充分暴露腹股沟管,分离精索粘连,延长精索长度,是手术成功的关键。对于无弹力的精索有必要从内环口上方游离以增加长度^[4],而且本文认为术中切开腹外斜肌腱膜和腹内斜肌,

进一步游离腹膜后精索和输精管,是延长精索长度十分有效的操作;④对萎缩睾丸的判断和处理:准确测量睾丸体积有困难,本组采用术中估测和术前超声检查相结合的方法进行判断。本组中 80%医源性睾丸下降不全患儿术中证实存在不同程度的睾丸萎缩,体积小,质地软,均详细记录在案。本组内发生不同程度萎缩的睾丸均给予睾丸固定术,术后加强随访。术后随访 16 例,睾丸均在阴囊内,未见萎缩病例,但发育较健侧差。

[参考文献]

- [1] Karaman I, Karaman A, Erdogan D, et al. The transscrotal approach for recurrent and iatrogenic undescended testes [J]. *Eur J Pediatr Surg*, 2010, 20: 267-269
- [2] 施诚仁, 金先庆, 李仲智. 小儿外科学[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 405
- [3] Capello LJ, Giorgi J, Kogan BA. Orchiopexy practice patterns in New York state from 1984-2002 [J]. *J Urol*, 2006, 176(3): 1180-1183
- [4] Al-Mandil M, Khoury AE, El-Hout Y, et al. Potential complications with the prescrotal approach for the palpable undescended testis? A comparison of single prescrotal incision to the traditional inguinal approach [J]. *J Urol*, 2008, 180: 686-689

[收稿日期] 2012-04-23

(上接至 1767 页)

一方面和患者本身肾功能不全,全身营养状况差,肺发育不良,电解质紊乱相关,另一方面和膀胱输尿管反流,长期尿潴留相关。膀胱输尿管反流是影响预后的重要因素。手术中需注意减少手术时间,避免长期膀胱内高张力,术后留置导尿可有效缓解膀胱输尿管反流,减少感染的发生。留置导尿时间长的患者需注意定期更换导尿管。

留置导尿对于 PUV 的治疗非常重要。瓣膜切除前给予导尿管引流可解除尿路梗阻,缓解长期远端梗阻造成的膀胱功能的损害,减少膀胱输尿管反流,挽救肾脏功能。本组中术前血肌酐增高,出现耻骨上包块、腹水,双侧输尿管膀胱反流患儿术前常规留置导尿,等待肾功能恢复后给予手术治疗。对于术后留置导尿,则根据术中瓣膜切除情况决定,本组患

儿平均留置导尿时间(11 ± 7)d,一方面可以扩张尿道避免术后尿道狭窄,另一方面可以持续引流继续缓解远端梗阻对膀胱造成的长期损害。

[参考文献]

- [1] Ruano R, Duarte S, Bunduki V, et al. Fetal cystoscopy for severe lower urinary tract obstruction—initial experience of a single center [J]. *Prenat Diagn*, 2010, 30(1): 30-39
- [2] 邵鹏飞, 居小兵, 孟小鑫, 等. 尿道瓣膜病的临床诊治 [J]. *江苏医药*, 2011, 37(1): 103-104
- [3] Babu R, Kumar R. Early outcome following diathermy versus cold knife ablation of posterior urethral valves [J]. *J Pediatr Urol*, 2012, [Epub ahead of print]
- [4] Caione P, Nappo SG. Posterior urethral valves: long-term outcome [J]. *Pediatr Surg Int*, 2011, 27(10): 1027-1035

[收稿日期] 2012-05-27