

腹腔镜鞘突管高位结扎治疗小儿鞘膜积液 125 例

廖桂榕 邓洪辉 蓝吉斌 李志星 莫东生

(广西南宁市第一人民医院小儿外科,南宁市 530022)

我院从 2004 年至 2006 年 12 月采用小儿腹腔镜鞘突管高位结扎术治疗小儿鞘膜积液 125 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组男性患儿 125 例。年龄 10 个月至 12 岁,其中 1 岁以内 10 例,1~5 岁 84 例,6~12 岁 31 例;双侧鞘膜积液 25 例,左侧 42 例,右侧 58 例;睾丸鞘膜积液 64 例,精索鞘膜积液 46 例,交通性鞘膜积液 15 例。术中发现对侧隐性鞘突管未闭 18 例。

1.2 临床表现 患儿一侧或双侧腹股沟或阴囊有不能还纳的囊性肿物,质韧、边界清、无压痛。体格检查:110 例患者平卧后挤压肿物不消失,透光试验阳性。15 例挤压肿物,囊内液体缓慢回流腹腔,肿物逐渐消退。站立或腹压增加后肿物又再次出现,反复发作,其中有 2 例半年前在院外手术后复发。

1.3 治疗方法 对小于 5 岁患者采用基础加单次骶管麻醉,大于 5 岁者则施行硬膜外麻醉。手术方法,患儿平卧,头低足高位,脐缘下皮肤切开 0.5 cm,插入 Veress 针入腹内,输入 CO₂ 气体建立气腹,气腹压力为 8~12 mmHg (1.07~1.33 kPa),从该切口置入 5 mm Trocar 和腹腔镜,观察两侧下腹部,镜下所见单侧或者双侧鞘突管未闭合,直径约为 0.2~0.6 cm,呈喇叭状,挤压患侧腹股沟或阴囊内肿物,可见少量积液或气泡从内环口处流出。右脐旁 3~5 cm 处切开皮肤 0.3 cm,置入 3.5 mm Trocar 和操作钳入腹,患侧鞘突管上方体表投影处腹壁皮肤切开 2 mm,刺入带线针入腹,线尾留在体表外,从内环口上方 12 点处腹膜下潜行围绕鞘突管内侧缝合半圈,于 6 点钟位置刺破腹膜并留线腹内,退针出体外,重新带线入原切口入腹内 12 点处,沿鞘突管外侧腹膜下缝合半圈至 6 点位置汇合,将留在腹内缝线套住,并带出体表,鞘突管被完整缝扎一圈,从体外收紧两端线尾打结,线结埋藏于皮下浅筋膜层,粘合皮肤。对位于阴囊或腹股沟区的肿物,取注射器从无血管区皮肤扎入肿物内,抽吸囊内积液,使肿物消失。腹腔镜下观察鞘突管被完全封闭,则排除腹内 CO₂ 气体,退出 Trocar 和操作钳腹腔镜,切口深层缝合一针。手术过程中,缝扎鞘突管时针尖不宜过深,潜行在腹膜下,并透过腹膜能见到缝针,避免损伤输精管和精索血管,带线针经过输精管和精索血管应从表面(不透过腹膜)跨越过,可减少不必要的副损伤。

2 结果

本组 125 例患者均在腹腔镜下施行鞘突管缝扎术,手术过程顺利,术中术后无出血,每侧手术时间为 13~15 min,平均 14 min。术中发现对侧隐匿型鞘突管未闭 18 例,一次完成两侧手术(不增加切口),双侧手术时间平均为 20 min。1 例退

出 Trocar 时,有大网膜从切口内突出,即刻将大网膜送回腹腔。术后 4 h 患儿麻醉清醒后可正常进饮食和下床活动,术后 3~4 d 出院。本组 125 例全部治愈,术后随访 105 例 3~18 个月,发现 1 例右侧腹股沟区有一 2 cm×2 cm 肿物,用注射器穿刺肿物,抽出 2.5 mL 淡黄色液体,向腔内注入醋酸强的松龙 10 mg,观察 8 个月以后未再复发。其余患儿均未见复发,无阴囊肿大、睾丸萎缩和医源性隐睾,睾丸组织与未手术小儿相比无异常,腹壁切口愈合好,无瘢痕。

3 讨论

小儿鞘膜积液是小儿泌尿外科的常见病,我国新生儿期鞘突管尚未闭合发生率为 80%~94%,^[1]但可随着年龄增长逐渐闭塞,而出生后 6 个月以后闭合的可能性越来越小^[2]。1 岁以内婴儿如阴囊积液肿大较明显,则阴囊内压力较高,对睾丸、副睾组织产生一定压力,并且影响睾丸组织的血液循环,长时间可导致患侧睾丸萎缩,对这样的患儿要及时诊断,不到 1 岁也要早期手术治疗,以免成年后影响生殖功能。小儿鞘膜积液的传统治疗方法是切开腹股沟部位,找到鞘突管进行高位结扎。未闭合的鞘突管位于精索前内侧,为透明薄膜,管腔直径很细,大多数为 2~6 mm。手术中寻找细小的鞘突管往往比较困难,需仔细解剖才能辨认,精索前外侧有蔓状静脉丛,输精管和动脉在内,提睾肌在其四周,解剖分离时容易损伤精索血管、输精管、提睾肌,造成局部血肿,疤痕粘连,甚至导致睾丸萎缩^[3]。术中未能找到鞘突管或结扎位置不够高,则术后可以复发。2004 年以后,我们采用小儿腹腔镜作内环口鞘突管环行缝扎术治疗小儿鞘膜积液,手术方法简单,术后复发率及并发症少,手术成功率高。但是术中环形缝扎内环口,左右两个半圈交汇处时,不能留有间隙,否则可造成复发。缝合内环口鞘突管内侧半圈与外侧半圈出针处要重叠,完整将内环口环行缝扎,这样可减少术后复发。本组 125 例经腹腔镜手术一次治愈,术后随访 105 例,无复发及其他并发症,睾丸组织发育良好。我们体会是,该手术方式比传统开刀手术有明显优势,腹腔镜下寻找鞘突管无困难,如鞘突管细小,一时辨不清,挤压同侧阴囊或腹股沟肿物,可见内环口鞘突管内有少量液体和泡沫出现,即可确定。用带线针作腹膜下环行缝扎鞘突管,初学者容易掌握,手术时间不长(平均 14 min),腹腔镜下可清晰看到输精管和精索血管、腹壁下动脉,术中绕开上述重要管道,避免误伤。腹腔镜可一次探查双侧内环口,若发现对侧隐匿未闭合的鞘突管,可一次完成双侧鞘突管缝扎,不须增加切口,避免二次手术。本组有 18 例隐匿型鞘突管未闭占 14.4%。内环口环行缝扎,能真正做到高位结扎,术后不易复发,腹腔镜手术对患儿损伤小,疼痛少,康复快,并发症少,术后 4 h 清醒后即可进食或下床活动,住院时间

短。我们认为腹腔镜治疗小儿鞘膜积液是目前最佳的手术方式,值得临床推广应用。

参 考 文 献

1 李 正,王慧贞,吉士俊.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.1240~1242.

- 2 余亚雄主编.小儿外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1979.307~309.
3 姚 干,李宇洲,杨庆堂,等.腹腔镜下缝扎内环口治疗小儿鞘膜积液[J].中华小儿外科杂志,2004,25(4):302~303.

(收稿日期:2007-04-07 修回日期:2007-06-28)

微创手术治疗慢性硬膜下血肿 35 例分析

杨 松 兰 杰

(广西南宁市第一人民医院神经外科,南宁市 530022)

慢性硬膜下血肿(chronic subdural hematoma, CSDH)是神经外科的常见病,多发于老年患者,约占颅内血肿的10%,在硬膜下血肿中约占25%^[1]。我科2002年1月至2006年12月,应用微创手术(使用YL-1型一次性颅内血肿穿刺粉碎针及生化酶技术)对35例慢性硬膜下血肿患者进行手术治疗,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男28例,女7例,年龄60~83岁,平均64.5岁。血肿均为单侧,病程3周至5月。有明确外伤史20例。有头痛、呕吐29例,不同程度肢体无力,轻度偏瘫32例,病理反射阳性22例,进行性痴呆24例,失语16例,浅昏迷11例,脑疝6例,术前头颅CT平扫显示呈新月形或梭形稍高密度、等密度或高低密度混杂影,全部均有明显占位效应,中线均明显偏移,血肿量80~180 mL。

1.2 治疗方法 根据头颅CT片定好穿刺点,常规消毒、铺巾,1%利多卡因2 mL穿刺点局麻,用YL-1一次性使用颅内血肿穿刺粉碎针(长2 cm)在高速电钻驱动下钻透颅骨、硬脑膜后,拔出钻头、留下穿刺管,即见暗红色血肿液喷出,旋紧盖帽,接引流管,用20 mL注射器缓慢抽出暗红色血肿液,抽出原血肿的1/3左右,用生理盐水5~8 mL等量冲洗置换,初测脑压不高后可注入5 mL生理盐水接负压引流袋。若血肿凝块多或黏稠,先用针型粉碎针粉碎清除部分血肿,再注入含1~2万单位尿激酶的生理盐水5 mL,夹管2~3 h开放引流,术后复查头颅CT,根据血肿情况,指导治疗(用生理盐水5 mL加尿激酶每天冲洗1次)或拔出穿刺针。35例慢性硬膜下血肿治疗后1~5 d CT证实血肿全部或大部分清除,拔出穿刺针,缝合针口,防止脑脊液漏、颅内感染及气颅的发生。

1.3 结果 35例慢性硬膜下血肿微创手术1~5 d后复查头颅CT,33例血肿全部清除,2例大部分清除(残留血肿10 mL以下,无占位效应),全部患者术后颅内高压及偏瘫、失语、意识障碍迅速好转,脑疝消失。随访全部患者3~6月未见复发和并发症。

2 讨 论

慢性硬膜下血肿是指颅脑损伤后3周以上并表现出临床

症状的硬膜下血肿,常见于老年人及小儿,以老年男性多见,发病机制尚不十分明了。多数学者认为引起出血的常见原因可能是外力作用而前后或后前方向运动时,因有脑萎缩或脑组织在颅腔内移动度较大,脑及颅骨之间速度不同的相对运动,撕裂脑表面的桥静脉、静脉窦或蛛网膜颗粒,引发硬膜下的缓慢出血、聚集,形成血肿。而最新的研究表明^[2],血肿液高渗性及纤维蛋白降解产物增多,使纤溶系统亢进而促使出血的机制得到大多数学者的认可。

慢性硬膜下血肿症状常出现于伤后3周以后,或数月或数年。由于慢性硬膜下血肿的患者多为老年人,多数损伤往往轻微,病人常难以回忆其头部外伤史,加上老年人反应比青壮年人迟钝,有脑萎缩存在,颅内代偿空间相对较大,症状出现较轻、较晚,往往出现肢体乏力、偏瘫、失语、口角歪斜,甚至大便失禁和昏迷才到内科就诊。

慢性硬膜下血肿的头部CT检查能迅速作出诊断。一旦确诊,应尽早手术治疗,通常方法有开颅血肿清除术和钻颅冲洗引流术。开颅血肿清除术创伤大,并发症多;钻颅冲洗引流术治疗已广泛应用于临床,效果较好,但仍有继发性硬膜外血肿及术后血肿复发等严重并发症而影响其预后。而术后血肿复发的原因是:^[3,4]①血肿腔内血凝块或纤维条物质未能完全冲洗出;②因包膜厚,加之脑萎缩弹性差,脑实质膨起困难;③手术中误伤血肿包膜,导致包膜再出血;④引流不畅等。采用微创手术(使用YL-1型一次性颅内血肿穿刺粉碎针及生化酶技术)治疗慢性硬膜下血肿,通过手术抽吸血肿、反复冲洗引流不仅解除了高颅压,也缓解了血肿液的高纤溶状态;而尿激酶是纤维蛋白溶解药,能溶解血肿腔内残留血凝块和絮状物,使引流通畅、彻底,避免了因引流不畅等因素造成的术后血肿复发。该方法只需局麻,避免了全麻及复杂手术操作对患者身体的影响,操作简单、安全、损伤小^[6],尤其适合伴有其他严重疾患的老年人。在不开颅的密闭环境下用外径仅3 mm的穿刺针快速钻颅到达血肿腔行缓慢间断引流、冲洗治疗,避免了因引流过快而出现的脑组织不能及时复张而引起的低颅压、术后急性出血、脑组织移位过快而形成挫伤等早期并发症。采用的穿刺针为针钻一体,减少了以往锥颅后再置管的环节,且该针长短粗细已定,与颅骨固定紧密,避免了锥颅和