压力差变大,容易使破裂的动脉瘤再次破裂出血。谢明祥等[6]认为收缩压控制在 60 ~ 80 mmHg。我们认为收缩压控制在 100mmHg 左右较为合适,本组病例均控制在此范围,无动脉瘤破裂及脑缺血缺氧表现。(2)术前腰穿留置腰大池引流管,剪开硬膜后开放引流脑脊液。本组病例均行腰穿,引流脑脊液,速度 10 ~ 15 滴/min;术中充分解剖侧裂池、颈内动脉池、视交叉池释放脑脊液,使颅内压明显降低,增大手术空间,充分暴露术野,利于手术顺利进行。(3)沿侧裂分离血管,找到颈内动脉,分离载瘤动脉近端,用临时动脉瘤夹阻断载瘤动脉血流。有学者[7]认为载瘤动脉阻断技术是预防出血的有效方法,可减少瘤体内的压力,防止分离粘连瘤体时出血。我们认为每次控制在 15 min 内,有文献[8]报告每次不超过 20 min,反复阻断多次,术后未见有与此确切相关的脑缺血损害。本组病例行临时阻断血流在 5 ~ 10 min,平均 7 min,术后无脑缺血表现。阻断载瘤动脉血流后分离出瘤颈,再夹闭瘤颈,以达到预防分离瘤颈时破裂出血及能准确夹闭瘤颈,减少术后残留和复发的目的。术后常规用罂粟碱棉片湿敷载瘤动脉和临时阻断的动脉,减少血管痉挛。

3.3　术后处理　脑血管痉挛是动脉瘤术后的主要并发症,可继发脑梗死及脑水肿等迟发性缺血性脑损害而致残或死亡,有学者[3]认为可引起 15% ~20% 的脑缺血和死亡。其确切的发病机制目前尚不完全清楚,但与蛛网膜下腔出血有关。有学者[9]认为血细胞分解产物、炎症因子等引起血管内皮细胞及平滑肌细胞功能障碍,是导致迟发性血管痉挛的原因。我们体会防治脑血管痉挛方法:(1)术中尽量清除脑池内积血,用盐水反复冲洗;(2)术后应用尼莫地平持续滴入,1 mg/h,共 5 ~7 d,然后口服尼莫同 30 mg,3 次/d,共 7 d;(3)尽早应用晶体液体、低分子右旋糖酐、血浆等增加血容量、稀释血液;血压控制在比基础压高 10% ~15% 为宜,必要时用多巴胺提高血压。

参考文献

1　黄汉添,林少华,廖　华,等. 显微手术治疗颅内动脉瘤[J]. 中华显微外科杂志. 2005,28(3):276 - 278.

2　王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1998:587.

3　毛　颖. 脑动脉瘤治疗的规范与创新[J]. 中华神经外科杂志. 2007,23(1):801 - 802.

4　沈健康. 颅内动脉瘤手术治疗的现状与前景[J]. 中华神经外科杂志,2005,21(11):641 - 642.

5　毕长龙,陈凤华,方加胜,等. 前循环巨大动脉瘤的显微手术治疗[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2007,6(4):346 - 348.

6　谢明祥,李　毅,刘同华,等. 显微外科手术治疗颅内动脉瘤 42 例临床分析[J]. 第三军医大学学报,2007,29(7):649 - 650.

7　代永庆,刘　艇,王治国. 经翼点入路显微手术夹闭治疗大脑前循环动脉瘤 12 例[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2008,7(1):73 - 79.

8　黄光富,唐　健,刘卫东,等. 颅内巨大动脉瘤手术治疗[J]. 中华神经外科杂志,2007,23(9):705 - 707.

9　Dumont AS, Dumont RJ, Chow MM, et al. Cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage putative role of inflammation [J]. Neurosurgery, 2003, 53(1):132 - 135.

[收稿日期　2009 - 06 - 15][本文编辑　谭　毅　黄晓红]

经验交流

经外环小横切口治疗小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝

梁英学

作者单位:533700　广西,德保县人民医院泌尿外科

作者简介:梁英学(1965 -),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:临床泌尿外科疾病诊治。E-mail:dbxyy187@126.com

[**摘要**]　**目的**　探讨小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝的手术治疗方法。**方法**　对 36 例小儿鞘膜积液及 24 例小儿腹股沟斜疝应用经外环小横切口行鞘状突高位结扎术及疝囊高位结扎术进行总结分析。**结果**　60 例患儿全部治愈,无一例复发,术后无手术瘢痕。**结论**　经外环小横切口治疗小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝,切口小、损伤小、疗效确切,值得推广。

[**关键词**]　小儿鞘膜积液;　小儿腹股沟斜疝;　鞘状突高位结扎术;　疝囊高位结扎术

[**中图分类号**]　R 697　[**文献标识码**]　B　[**文章编号**]　1674 - 3806(2010)05 - 0481 - 02

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2010.05.26

Small transverse incision via outer ring in treatment of children with indirect inguinal hernia and children with hydrocele　*LIANG Ying-xue. Department of Urology, Debao County People's Hospital, Guangxi* 533700, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To explore the surgical treatment in children with hydrocele and the children with in-

direct inguinal hernia. **Methods** The clinical date of 36 children with hydrocele and 24 children with indirect inguinal hernia treated by high ligation of processus vaginalis and high hernia sac ligation small transverse incision via outer ring were summarized. **Results** All 60 children were cured, without recurrence and post-operative scar. **Conclusion** The small transverse incision via outer ring in treatment of children with hydrocele and indirect inguinal hernia, has advantages such as small incision. less damage and exact curative effect, and it is worth promoting.

[**Key words**] Hydrocele in children; Indirect inguinal hernia in children; High ligation of processus vaginalis; High ligation of hernia sac

我院自 2005 年起开始应用经外环小横切口治疗小儿鞘膜积液 36 例及小儿腹股沟斜疝 24 例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 36 例小儿鞘膜积液,全部为男孩,年龄 2 ~ 7 岁,平均 2.8 岁。24 例小儿腹股沟斜疝,全部为男孩,年龄 1 ~ 6 岁,平均 2.2 岁。

1.2 手术方法 所有患儿全部采用静脉全麻。取外环表面皮纹切口,长约 1 ~ 1.5 cm,切开皮肤、皮下组织,显露外环,在外环口分离提睾肌,于精索内前方找到鞘状突或疝囊,鞘膜积液的将鞘状突分离至内环处,以腹膜外脂肪为结扎水平用丝线贯穿缝扎加结扎后切断,远端鞘膜囊用血管钳戳破,引流排出囊内全部积液;腹股沟斜疝的找到疝囊后切开并证实。如果疝囊较小予以完全剥除,较大的疝囊则先行横断,远端旷置,近端向上游离至内环口处,用丝线贯穿缝扎加结扎,剪去多余疝囊组织。创面充分止血,用可吸收线缝合皮下,用输液贴牵引粘贴对合皮肤。

2 结果

60 例患儿全部治愈,无一例复发,术后无手术瘢痕形成。

3 讨论

3.1 胎儿时期在睾丸自腹膜后经腹股沟管下降至阴囊的过程中,腹膜形成鞘状突包绕精索及睾丸,远端形成睾丸固有鞘膜腔,近端可于出生时或出生后不久很快闭锁、消失。若因某种原因引起腹膜鞘状突近端未闭合,在腹腔内脏器或腹腔的液体进入腹膜鞘状突之后则形成小儿腹股沟斜疝和各种类型的鞘膜积液[1]。小儿鞘膜积液在新生儿中发病率很高,但大部分可自然消退,因此,1 岁以内小儿一般不考虑手术治疗。近年来国内研究指出,小儿鞘膜积液几乎都能找到未闭的鞘状突管[2]。龚以榜等曾对鞘膜积液的病理解剖作过详细的研究,证明鞘膜囊(腔)与腹腔之间均存在未闭鞘突管,位于精索的前内侧,为一透明薄膜,管径粗细不一,一般为 2 mm 左右;粗的约 5 mm,极少超过 10 mm,细的仅如 1-0 号丝线,如不仔细寻找,则易误认为不存在鞘突管。只要找到鞘突管加以结扎,疗效确切,不会复发。如果复发,那就是没有处理好鞘突管[3]。

3.2 小儿腹股沟斜疝是小儿外科常见病、多发病。小儿腹股沟斜疝与成人不同,是因为存在与腹腔相连通道-腹膜鞘状突,在发病机理上与鞘膜积液非常相似[4]。在治疗上,鞘膜积液与腹股沟斜疝手术方式也有类似之处,高位结扎鞘状突即等于高位结扎了疝囊,从根本解除了腹股沟疝及鞘膜积液的病因[5,6]。由于婴儿腹肌可随生长逐渐强壮,疝有自行消退的可能,故 1 岁以内的婴儿可暂不手术,如有嵌顿,可提早手术[7]。小儿斜疝皆为鞘状突未闭,腹压增高使腹内脏器疝入鞘状突形成疝,为先天性斜疝,一般不存在腹股沟管壁薄弱,无需行疝修补术,单纯疝囊高位结扎术即可达到治愈的目的[8]。由于小儿腹股沟管短,约 1 cm 左右,经外环口稍用力牵拉即可剥离到腹膜外脂肪处,可以达到高位结扎[9]。本术式的优点是在外环口处行切口,切开层次少,不需要打开腹外斜肌腱膜,不打开腹股沟管,因此损伤小,切口可以选择很小,但有一定的操作困难,对于嵌顿性,滑动性疝和复发疝,不是该术式的手术适应证。术中操作准确、精细、轻柔可减少精索损伤,要牢记鞘状突(疝囊)位于精索内前方,不要盲目寻找。注意远端疝囊(鞘膜囊)边缘的止血,可防术后血肿的形成和阴囊水肿。术后托起阴囊有利于阴囊血肿、水肿的消退。本术式切口小,损伤小,手术的时间短,不缝合皮肤,术后无手术瘢痕,费用低,家属满意,值得临床推广。

参考文献

1 邵四海,王荣江,陈晓农,等. 腹横纹小切口治疗小儿鞘膜积液 124 例[J]. 浙江实用医学,2009,14(1):59 - 60.
2 余亚雄. 小儿外科学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,1997:209.
3 王 果,李振东. 小儿外科手术学[M]. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,2000:894.
4 王忠荣,王 亮,李 龙,等. 腹股沟疝解剖学特点与临床诊治[J]. 安徽卫生职业技术学院学报,2005,4(1):67.
5 王兆友,赵松林,杨茂苗,等. 先天性腹股沟疝伴有鞘膜积液 120 例临床分析[J]. 黑龙江医学,2000,(1):79.
6 苏 庆. 鞘状突高位结扎术治疗小儿鞘膜积液[J]. 桂林医学院学报,1996,10(1):41 - 42.
7 裘法祖. 外科学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,1997:98.
8 王 果,李振东. 小儿外科手术学[M]. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,2000:388 - 398.
9 袁继炎,周学锋,杨晓进,等. 经外环途径治疗小儿腹股沟疝[J]. 临床外科杂志,1995,3(6):309 - 310.

[收稿日期 2009 - 11 - 23][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]