经下腹横纹小切口与腹股沟斜切口治疗小儿腹股沟斜疝的比较

A comparison on inferior belly transverse little incision and indirect inguinal incision for indirect inguinal hernia in children

周 健,胡景元,王瑞华,李 忠,胡章林 (宁德市闽东医院小儿外科,福建 宁德 355000)

[关键词] 腹股沟斜疝;儿科;外科治疗
[中图分类号] R272.6; R656.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0106-01

腹股沟斜疝是小儿外科的常见病和多发病,其发生率为1%~2%,其中约50%存在于1岁以内[1]。对于6个月后的腹股沟斜疝患儿,现多主张手术治疗。我院2006年1月至2006年12月共收治132例腹股沟疝患儿,均采用经下腹横纹小切口及腹股沟斜切口手术路径治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组132例均为男性腹股沟斜疝患儿。年龄6个月~11岁,平均3.2岁。右侧斜疝115例,左侧斜疝17例。病史5个月~9年,平均2.6年。其中经传统腹股沟斜切口路径手术96例,经下腹横纹小切口路径手术36例。

1.2 方法

腹股沟斜切口手术组取常规的平行于腹股沟韧带的腹股沟斜切口,切开腹外斜肌腱膜,打开腹股沟管,分离提睾肌,在精索前内侧找到疝囊后高位游离疝囊并作高位结扎,最后逐层缝合切口。下腹横纹小切口手术组取下腹部腹横纹小切口,切开皮肤,钝性分离皮下组织和脂肪层至腹外斜肌腱膜浅层,显露外环口,提起提睾肌,在精索的前内侧向内环口作钝性分离并找到呈灰白色的疝囊,仔细辨认精索血管和输精管后将其推开,切开疝囊并证实之,高位游离疝囊至腹膜外脂肪层和疝囊颈,作高位双重结扎,疝囊远端彻底止血后旷置,内翻缝合皮下组织1针,切口用医用生物胶粘合。

2 结果

手术过程顺利,术后6 h麻醉清醒后均可进食,大部分患儿术后1~2 d下地玩耍。随访1~2年,无复发。两组患儿在以下方面存在着差异性,见表1。

表1 下腹横纹小切口手术组和腹股沟斜切口手术组的比较

组别	例数(n)	平均切口长度(cm)	平均手术时间(min)	平均手术出血量(mL)	平均住院时间(d)	术后阴囊水肿或血肿(n,%)
下腹横纹小切口组	96	1.2	16*	1.5*	3*	5(5.21%)*
腹股沟斜切口组	36	2.8	38	5	6	6(16.67%)

*:与腹股沟斜切口组比较,$P<0.01$

3 讨论

微创外科是现代外科的发展方向,经下腹横纹小切口路径手术是微创外科技术在小儿腹股沟斜疝的具体应用。本研究结果表明与传统经腹股沟斜切口路径手术相比,下腹横纹小切口手术具有如下优点:①手术切口位于下腹腹横纹处,切口小、隐蔽,术后疤痕小,符合现代美学、微创外科的特点;②手术和住院时间明显缩短,在有条件的医院可在门诊手术,降低了医疗费用;③不切开腹股沟管,不广泛游离精索,保持了腹股沟管局部生理解剖的完整性,同时也有效避免了过多分离而造成的神经、输精管及精索损伤,降低了术后阴囊水肿或血肿等并发症的发生率;④现已开始应用单孔法腹腔镜来治疗小儿腹股沟斜疝[2-3],但所需设备昂贵,技术要求较高,而下腹横纹小切口手术不需要特殊的手术器械和很高的手术技巧,可在基层医院推广应用。

进行下腹横纹小切口手术应注意以下几点:①术前应仔细查体,确定疝的存在,以免发生手术错位现象;②小儿腹股沟区发育不完善,与成人相比小儿此处腹壁菲薄,精索和输精管纤细,易造成损伤,必须强调对小儿腹股沟区局部解剖的熟悉和手术操作的精细;③手术结束后应将睾丸准确复位至阴囊内,以免产生医源性睾丸下降不全或睾丸扭转[3]。

[参考文献]

[1] 陈晓泉,郑志刚,林 丰,等. 微创切口治疗小儿腹股沟斜疝的临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2008,17(2):106.
[2] 毛锡敏. 340例小儿腹股沟疝治疗体会[J]. 兵团医学,2008,16(2):15-17.
[3] 李美荣,陈伟强,刘杨桦,等. 改良一孔法腹腔镜治疗小儿腹股沟斜疝[J]. 腹腔镜外科杂志, 2008,13(3):234-235.

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2009-01-14 [修回日期] 2009-02-27