维普资讯 http://www.cqvip.com

125 -126

16

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.2

精索静脉曲张手术教学分析(附130例)

R697.24

毛向明* 郑少斌*

【摘 要】 目的 探讨精索内静脉结扎不同术式的教学要点。方法 回顾分析130例精索静脉曲张不同术式的操作要点和带教经验。结果 129例治愈、1例复发,取得了满意的治疗和教学效果。结论 精索静脉曲张手术教学应先了解精索及切口局部解剖结构、再分析指导两种不同术式手术步骤及技巧,以达到巩固解剖知识、学习临床手术、提高教学效果。

【关键词】 精索静脉曲张手术 教学

手术学 医学教育 教学分析

An analysis of varicocelectomy and its teaching(with 130 cases) *Mao Xiangming, Zheng Shaobin, Nanfang Hospital, Guangzhou* **510515**

【**Abstract**】 **Objective** Exploring the key points in terms of teaching of ligation of internal spermatic cord vein in different approaches. **Method** The guided operating skills and experiences of totally 130 cases of varicocelectomy were reviewed and analyzed. **Results** Out of the 130 cases, 129 ones are observed fully cured, and only one case was found suffering from recurrence. **Conclusion** The teaching of varicocelectomy should begin with a good background knowledge of both the spermatic cord and the anatomical structure of the local cut, followed by the analyses of the guiding principles for the operating procedures and skills inherent in the two kinds so as to reinforce the anatomical knowledge, enhance the understadning of the clinic operation and to improve the teaching.

【**Key words**】 Vericocelectomy Teaching

精索静脉曲张手术是治疗精索静脉曲张的手术治疗方法,是泌尿外科最基本的手术之一,因此常被视为泌尿外科的"小"手术。正因为其手术规模"小"和它的基础性,也常被选做教学带教手术。我们在带教手术前先指导学生了解解剖学特点、病因和手术治疗的目的,带教中做到有的放矢。1995年以来我们指导学生完成130例精索静脉曲张的手术治疗,其中57例采用经腹股沟管精索内静脉结扎术(Ivanissevich术)、56例治愈、1例复发;73例采用经腹膜后精索内静脉结扎术(Palomo术),全部治愈。取得了较满意的治疗效果和教学效果,现将其教学要点分析如下。

一、理论基础知识

精索静脉由精索内静脉、精索外静脉、输精管静脉组成,三组静脉在阴囊内互相交通、盘曲,形成精索蔓状静脉丛。精索内静脉由来自睾丸、附睾的静脉形成,在腹股沟管内,精索内静脉逐渐汇集成1~2条、穿越腹股沟管后在腹膜后走行,向上进入左肾静脉(左侧)和下腔静脉(右侧)。精索外静脉由来自提睾肌的静脉组成,在腹股沟管外环处离开精索静脉丛,进入腹壁下静脉、腹壁上静脉、阴部浅静脉和阴部深静脉,最终汇入髂外静脉。输精管静脉在腹股沟管内环处随输精管走向盆腔、进入髂内静脉[1]。精索静脉曲张主要是由于精索内静脉曲张,其原因是内静脉为上下走向、静脉瓣膜易受损,血液返流引起血液淤滞。手术治疗的目的是切断结扎精索内静脉,消除血液返流淤滞,达到治疗目的。

二、术式与入路

术式选择的目的是达到最佳手术治疗效果,而入路要以易于术中显露和尽可能减少组织损伤为原则。目前精索静脉曲张常采用的术式有两种[2]:一种是Ivanissevich术,另一种是Palomo术。精索内静脉越往近心端其分支越少、所处的位置也距体表越远。Ivanissevich术切口处在较远心端,入路比较表浅,适应于比较肥胖者。但由于静脉分支较多,易漏扎静脉分支,而使疗效不佳。本组有56例采用此术式就有1例复发。Palomo术切口处在较近心端、虽静脉分支较少、不易漏扎,疗效较好,但其入路较深,显露较困难,不适于皮下脂肪较多者。

三、Ivanissevich术

1.应用解剖及操作要点:此术式经腹股沟管,因此切口设在平行于腹股沟韧带的斜内侧,切口长约6~8cm。作切口前、可令患者咳嗽,以便明确腹股沟管的位置。在作切口时应让学生逐一辨认并逐层进入。切开皮肤、皮下组织后、要及时结扎止血,保持术野清晰显露好腹外斜肌腱膜后、要提醒学生髂腹下神经和髂腹沟神经的位置、走行与毗邻关系,以免误伤[3]。在切开腹外斜肌腱膜时,先开一小口、用血管钳轻轻分离并提起后,再紧贴腱膜逐步剪开,避开神经,显露精索。

* 作者单位:510515 广州第一军医大学南方医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.精索的分离及处理:剪开提睾肌筋膜,先将精索内最硬的管状组织输精管辨认并推开。在无刺激情况下,辨认位于精索后方的精索内动脉,以免刺激引起动脉痉挛变细,造成识别困难。精索内动脉较细、壁厚、白色,可见跳动,较硬有搏动。而痉挛时搏动消失难以辨认。为此可局部喷洒麻药或扩血管药解除痉挛。确定精索内动脉后,先将其与静脉分离保护,再游离每支精索内静脉。由于精索内静脉迂曲扩张,管壁薄,压力较高,很易破裂出血。因此在分离每支精索内静脉时应轻柔、耐心。将每支精索内静脉游离切除3cm,两静脉断端用丝线双重结扎。为了防止漏扎,可将病人置头高足低位,使漏扎静脉充分显露。确定无遗漏后,再将两静脉断端重迭结扎。以缩短精索,提高睾丸,改善睾丸的血液循环。

3.缝合关闭切口:检查创面,彻底止血,横形间断缝合提睾肌,以进一步提升精索及睾丸间断缝合腹外斜肌腱膜,注意避免缝扎髂腹下神经及髂腹股沟神经。新建外环口不要过紧,应能容纳一小指尖通过,最后间断缝合皮下组织及皮肤。在关闭切口过程中,要提醒学生彻底止血,逐层严密缝合不留残腔,以防止血肿形成及切口感染。

四、Palomo术

1.应用解剖及操作要点:此术式目的是在内环口上方、腹膜后结扎精索内静脉,因此切口设在距髂前上嵴前内侧二横指下腹壁斜切口。切口下端要达腹股沟内环部,长约4~8cm。同样依次切开皮肤、皮下组织,及时结扎止血。按纤维走向切开腹外斜肌及腱膜,钝性分离腹内斜肌、腹横肌及腹横肌筋膜到髂窝部腹膜外间隙。

2.精索内静脉的显露与处理:将腹膜推向内上方,显露髂窝腹膜后间隙。在游离内推腹膜时易损伤腹膜甚至肠管,因此分离腹膜时要轻柔或直视下分离。在与输精管汇合处上方找到精索血管。由于腹膜后的精索血管紧贴腹膜、并被一层疏松的筋膜包裹,且筋膜内常有少许脂肪组织,分离精索血管时也有可能损伤腹膜,甚至损伤腹腔内组织。因此要在精索前方剪开精索筋膜,在精索筋膜内分离、以保持精索筋膜后壁的完整、避免损伤腹膜。分离精索内静脉时同样先要显露精索动脉,将其分离并牵开保护,再仔细分离每支精索内静脉。切断静脉,两断端用丝线双重结扎。同样为了防止漏扎精索内静脉,可使病人头高足低,观察有无遗漏。

3.缝合关闭切口:仔细检查,无明显出血后,松开拉钩让腹膜自然回复到正常位置。由于肌肉层均为钝性分开,如切口较小,腹横肌筋膜、腹横肌及腹内斜肌不需缝合,只需间断缝合腹外斜肌腱膜,最后间断缝合皮下组织及皮肤。

五、上述精索静脉曲张的两种治疗术式虽然操作比较简单,但其包括切开、缝合、结扎、止血这四大手术基本功。学生们可以通过两种不同术式的入路,加深对腹壁的不同部位的解剖层次的了解;也通过不同的切口位置,加深对精索的解剖结构的了解,以达到巩固解剖学知识,增强手术基本技能训练的效果。

参 考 文 献

1.施锡恩、吴阶平主编.泌尿外科学.第2版.北京:人民卫生出版社,1978.501-502.
2.李龙承,张旭主译.泌尿外科手术图谱.第1版.北京:人民卫生出版社,1996.186-190.
3.梅华主编.泌尿外科手术学.第2版.北京:人民卫生出版社,1996.712-713.

(收稿:1999-11-15)

(接第191页)

伤精确性高,操作快速简便,易于重复对比。但在腹部胀气时可影响检查结果。CT和MRI对脾脏损伤有较高的诊断价值,但对于费用高及休克患者病情危重,不允许搬动等因素可限制其应用。放射性同位素扫描、腹平片、上消化道钡餐透视及腹腔动脉造影对其诊断也有一定价值。

由于人们越来越认识脾脏的各种生理功能的重要,因此、在术中应尽量采取保留脾脏的手术方法:脾修补术、局部止血药物应用或不规则脾部分切除、脾动脉结扎等。而对损伤重而无法保留脾脏者、同时病情危重、应尽快切除全脾挽救生命。如有副脾应保留之。

在临床实践中我们发现2例患者脾脏明显增大、认为病理脾予以切除,经病理证实为正常脾脏组织(有淤血)、这可能是由于脾包膜下出血破裂前其压力较大、部分血液进入脾实质中所致。此后我们曾对类似的一位患者进行脾修补术,术后3个月经B超、CT检查脾脏恢复正常大小。本组还对2例经CT确诊、生命体征平稳的脾被膜下出血患者,采取卧床、止血、补液等非手术治疗、获治愈。

(收稿:2000-03-01)