维普资讯 http://www.cqvip.com

22-23

10

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

R697.225

6 例睾丸附件扭转手术体会

石家庄市第一医院泌尿外科 袁申如 庞书舰 王树森 李 忠
(河北石家庄,邮政编码 050011)

〔摘要〕报告 6 例睾丸附件扭转。结合文献复习,并对其发病率、临床表现、诊断及治疗进行讨论。作者认为睾丸附件不具有任何生理功能,手术切除扭转坏死附件症状消除快,主张及早手术治疗。

〔关键词〕睾丸附件扭转;手术探查。

睾丸附件扭转是小儿阴囊内急诊之一。一般医生由于对本病认识较少,常误诊为睾丸扭转或急性附睾炎。我院曾收治 6 例,现报告如下。

临床资料:①一般资料:本组 6 例,年龄 9～12 岁(其中 11 岁 4 例),平均 10.8 岁。右侧 4 例,左侧 2 例,无双侧同时发病。发病至就诊时间 2～7 天,平均 3.7 天。1 例发生于剧烈活动后,1 例有外伤史,余 4 例无明显诱因。②症状、体征及诊断:6 例均以阴囊肿痛为主诉,但疼痛不剧烈,2 例有阵发性疼痛,1 例有腹股沟放射痛,均可忍受。多突然发病,逐渐加重,正常活动受到一定限制。无恶心、呕吐及发热。检查体温均正常,患侧阴囊增大、红肿,并有压痛。未能于睾丸上极触到结节。1 例睾丸位置稍抬高,其余睾丸精索关系正常。前 2 例术前拟诊为睾丸扭转,后 4 例均于术前明确诊断。③治疗及结果:全部手术切除扭转坏死附件,附件为黑色,直径 0.5～0.8cm。手术可辨认扭转方向及度数者 5 例,其中顺时针扭转 4 例,逆时针扭转 1 例。扭转 360°3 例,>360°2 例。鞘膜积液 4 例,为混浊或血性液体。6 例鞘膜壁层均有不同程度充血、增厚,1 例附睾头部充血肿胀,1 例精索增粗,睾丸一般无明显改变。

6 例病理检查检查均为睾丸附件出血、炎性坏死组织。

术后阴囊疼痛立即消失,2～3 天阴囊红肿消退,均痊愈出院。

讨论:1. 解剖:睾丸有 4 个附件:①睾丸附件:睾丸附件是位于睾丸上极前面的囊状小体,为中肾管(muler 氏管)的遗迹,其内容物为胶样物或结缔组织,90%的男性可见到。②附睾附件:位于附睾头部,通常在前面,为一有蒂的囊状小体,囊内含有水样液体,为中肾小管(wolffian 管)的残余物,约在 25%的男性中可见到。③睾丸旁体:又称旁睾,为扁平的白色小体,由一些独立的或群集迂曲小管构成,出现在精索下端前方,亦是中肾小管的残迹。④迷走输精管:又称迷管,为退化性的迂曲小管,一端是盲端,另一端与睾丸网或附睾管相通,位于附睾头或尾部,后二者少见。附件一般呈卵圆形,直径 0.1～1.0cm,一般有蒂,睾丸附件蒂较长,所以睾丸附件扭转最常见[1,2]。

2. 发病率 通常认为睾丸扭转比睾丸附件扭转更常见。有人总结 387 例睾丸扭转、附件扭转和附睾炎的相对发病率:6 岁以下全部是睾丸扭转;7～12 岁有一半为睾丸扭转,一半为附件扭转;13～18 岁,76%为睾丸扭转,16%为附件扭转,8%为附睾炎[1]。Knight[3]总结 140 例阴囊内容物扭转,其中 94 例为睾丸附件扭转,46 例为睾丸扭转,他们认为在 0～13 岁的儿童中睾丸附件扭转比睾丸扭转更常见。国内龚以榕等[4]认为睾丸附件扭转的发病率居小儿阴囊内急症之首位。由于附件扭转诊断困难,误诊也不产生特殊并发症和后遗症,所以实际发病率要比文献报导的高许多倍。

3. 病因:睾丸附件扭转之机制尚不清楚,有人认为可能与剧烈活动有关,但也有在睡眠中发生者。本组 1 例发生于剧烈活动后,1 例有外伤史,其余 4 例均无明显诱因。

4. 临床表现:突发性承囊疼痛,与睾丸扭转相似,但疼痛一般不太剧烈,可有阵发性疼痛,疼痛亦可放射腹股沟及下腹部,但几乎都能忍受。全身症状如恶心、呕吐、低烧亦不及睾丸扭转显著。阴囊皮肤有轻度红肿,睾丸与精索关系正常,睾丸的位置并不抬高。有时在睾丸上极可触到小结节,其上方压痛显著。有时可继发鞘膜积液,其中多为血性,透光试验阳性,并可发现稍黑的豆大体。本组 6 例因就诊较晚(平均 3.7 天),阴囊均有不同程度红肿,加上鞘膜积液,要触到扭转的附件及透光试验发现黑色小体确非易事。

诊断 附件扭转的发病高峰在 11～12 岁,而

维普资讯 http://www.cqvip.com

睾丸扭转的高峰期在 15～16 岁[1]。本组与其一致。主要症状为突发性中等至剧烈的阴囊疼痛，阴囊红肿，全身症状轻。查体可以发现 21%的附件扭转在睾丸上极摸到或看到有压痛的兰色小体，透光试验可发现暗兰色或黑色小体，这是梗死的附件。睾丸扭转者 50%有睾丸位置抬高并固定于异常位置。而附件扭转睾丸精索关系正常。检查患侧提睾肌有助于鉴别诊断：附件扭转者均有提睾肌反射，提睾肌反射消失者提示睾丸扭转可能性大。但绝大多数病例因就诊时阴囊、睾丸触疼明显而无从判断。本组 6 例第 1 例于 1980 年第 2 例于 1992 年均疑为睾丸扭转而在手术探查中发现附件扭转，以后对本症有了认识，所以后 4 例均于术前明确诊断。

在小儿阴囊急症中，睾丸附件扭转还应与急性鞘膜炎相鉴别。一般说，急性鞘膜炎患者可有不同程度的发热，白细胞升高，阴囊红肿程度较附件扭转者为著。

5. 治疗　附件扭转多主张保守治疗，卧床休息、止痛、对症处理，1 周内症状可消失。诊断不肯定时，尤其是不能除外睾丸扭转时应手术探查，有人主张及时手术，将坏死的附件切除，并做鞘膜翻转或切除术，以预防术后鞘膜积液的形成[2]。本组 6 例全部手术切除扭转坏死的附件。术后阴囊疼痛立即消失，阴囊红肿于 2～3 天后全部消退，均痊愈出院。作者认为：①睾丸附件系胚胎发育的残余结构，不具有任何生理功能。②附件扭转坏死后虽不引起后果，但可引起鞘膜积液，渗液增加腔内压力，可压迫附睾血供并引起附睾，继发性炎变，甚至机化，导致附睾管阻塞，最终影响附睾功能。③手术操作简便，术后症状消失快、恢复顺利，无并发症。故主张及时手术。

参 考 文 献

1. 曲孟泰，儿童阴囊内急症。国外医学泌尿系统分册，1991；11(6)：221.
2. 韩振藩，师其智。男性生殖系外科，人民卫生出版社，北京　第 1 版　1989；235.
3. Knight PJ, Vassy LE. The diagnosis and treatment of the acute scrotum in chidreen and adoles-cents. Ann Surg 1994；200：664.
4. 龚以榜，等，睾丸附件扭转 106 例报告，中华泌尿外科杂志　1991；11(3)，222.

（收稿日期：1995－10－17）

（上接 21 页）小结反应性增生。二次住院时间为 1995 年 3 月 13 日妇产科以左下腹包块逐渐增大 2 月胀痛不适 6 天之主诉入院。查体：一般情况好，心肺无异常，腹部明显膨隆，腹式呼吸减弱，未见肠型及蠕动波，下腹部肌紧张，左下腹区可触及约 10×8cm² 大之包块，光滑，质中等硬度，活动度差，边界清，触痛阳性，反跳痛阴性，下腹区叩呈实音，移动性浊音阴性，肠鸣音活跃。B 超探查：子宫大小正常，左侧可见 7.9×7.0cm² 的团状回声，边界清，内部回声不均强弱不等，中央可见强光团回声。结论提示：左侧附件区脓肿清结合临床，妇科检查：外阴已产式、阴道畅、宫颈光滑、后穹窿饱满，举痛阳性，道格拉斯腔内有约 8C⁻ 孕大小之包块，质中等，不活动，触痛阳性，宫体前位，正常大小，活动差，右侧附件缺如，左侧附件增粗似与包块有关。次日查房讨论后，行后穹窿切开引流术，流出黄白色混浊液体约 500ml，并置管冲洗，夹出毛发数根，故诊断为左侧卵巢畸胎瘤，即行再次手术。术中见腹腔内大网膜与肠管广泛粘连，左侧输卵管长 8cm，管径 0.7cm、伞端可见、卵巢约 7×7×5cm³ 大小，表面呈灰白色，囊内充满大量毛发及少许油脂样物，囊壁厚约 0.8cm，内壁有结节呈菜花状，质脆。与子宫及盆壁组织无粘连。右侧输卵管、卵巢缺如。术后经常规治疗后，如期拆线，痊愈出院。病理检查报告结果为：左侧卵巢成熟性囊性畸胎瘤癌变（鳞癌）并侵及囊壁组织。出院后两月行化疗。

讨论：①本例病历右侧输卵管并卵巢及阑尾切除术后 5 个月发现左侧卵巢恶性畸胎二次手术实属少见。②首次手术在肉眼直视下，左侧输卵管、卵巢除炎性改变外无异常发现。5 月后发生卵巢畸胎瘤恶性变，病情发展之快实属罕见。③经综合结论为：首次外科住院最后诊断右侧急性化脓性输卵管炎并弥漫性腹膜炎；急性单纯性阑尾炎（继发）；左侧急性单卵管炎（继发），2 次妇产科住院最后诊断为：左侧卵巢恶性畸胎瘤。

（收稿日期：1996－03－21）