

小儿隐匿性腹股沟斜疝的诊疗进展

张宁 刘金生

(梧州市红十字会医院 胃肠外科 广西梧州 543000)

摘要: 小儿隐匿性腹股沟斜疝在儿科属于常见疾病, 作为腹股沟斜疝的一种特殊表现形式, 在临床上尚无明显的症状表现, 所以极易忽视疾病, 错过最佳的治疗时机, 导致疾病发展, 危害患者的身心健康, 所以临床应该加强小儿隐匿性腹股沟斜疝的早期诊断, 通过及时治疗来稳定患者的病情。本文首先对小儿隐匿性腹股沟斜疝诊断方案进行探究, 然后分析小儿隐匿性腹股沟斜疝的治疗措施, 希望为相关人士提供有价值的参考。

关键词: 小儿; 隐匿性; 腹股沟斜疝; 诊疗进展

腹股沟斜疝主要是指腹腔内的脏器向外突出, 离开原有的部位, 经过缺损部位、孔隙进入到另一部位, 小儿隐匿性腹股沟斜疝的发生原因与鞘状突没有完全闭塞、退化有关, 其与腹腔之间彼此相互连通, 小儿在出现哭闹、咳嗽、便秘的情况下, 腹部内的压力值就会升高, 腹腔内容物也会经过没有关闭的鞘状突进入到阴囊、腹股沟管处, 小儿腹股沟斜疝也就形成。小儿隐匿性腹股沟斜疝与常规的腹股沟斜疝时相比, 症状与体征不具有明显性, 疾病漏诊、误诊的发生风险较高, 所以当前应该对小儿隐匿性腹股沟斜疝的诊治引起重视, 通过合理的诊断明确患者病情, 然后制定个性化的治疗方案, 降低患者的手术风险。

一、小儿隐匿性腹股沟斜疝的诊断方案

2 症状体征

虽然小儿隐匿性腹股沟斜疝在临床上的症状体征不明显, 但是若患儿未患有其它疾病, 而在小儿腹股沟区域以及阴囊位置处出现 1 次以上的明显肿物, 就可以将患儿确诊为隐匿性腹股沟斜疝。部分小儿隐匿性腹股沟斜疝患者不存在明显肿块, 即使在哭闹、咳嗽的情况下, 也无法观察到明显肿块, 所以仅依靠症状体征进行疾病检查, 最终的诊断结果不存在说服力, 需要配合影像学等诊断方案, 依据影像学诊断结果判断患儿是否患有隐匿性腹股沟斜疝。

3 超声诊断

在开展小儿隐匿性腹股沟斜疝诊断时, 超声检查方案具有一定的诊断价值。现阶段多采用彩色多普勒超声以及高频超声诊断方案, 其作为无创性的诊断方法, 在操作起来较为便利, 并且可以提供较为准确的软组织图像, 在疝囊中若肠管属于内容物, 这时表现在超声图像中, 可以发现管状回声、气体回声、肠内容物回声, 在大网膜属于疝囊内容物时, 这时的回声远比脂肪更强。杨艳辉^[1]在进行课题研究中, 探究小儿隐匿性腹股沟斜疝中应用超声诊断法的临床价值, 在研究的过程中其选取 2016 年-2018 年收录的 56 例小儿隐匿性腹股沟斜疝患者, 对所有患儿进行常规体格检查以及超声诊断, 最终经研究发现, 采用常规体格检查的确诊率为 26.79%, 超声确诊为 98.21%, 所以在小儿隐匿性腹股沟斜疝病变中, 采用查号恒诊断方案要明显优于仅靠症状体征确诊的患者, 并且该研究学者通过超声诊断也发现超声可以将腹壁下方的动脉走向情况反映出来, 有助于医师在手术之前根据超声检测结果来制定手术方案, 提高手术疗效, 以免二次手术增加患儿的机体损伤。在利用超声对患儿进行诊断时, 需要将患儿调整至平卧位, 之后对超声探头频率予以调节, 一般情况下探头频率的数值在 5-12 兆赫兹, 利用超声扫描患儿的腹股沟区, 判断疝囊大小、疝内容物、疝内环口宽度, 判断小儿患者疝内容物是否可以进入还纳, 针对无法还纳的患者, 应该观察病灶周围肠管壁、脏器血流信号的变化状况。相较于其他治疗方法, 超声诊断方案简便快速、价格低廉、不会造成机体创伤, 但是也存在一定的缺点, 即检查准确性依赖于操作人员的技术水平。

4 腹腔镜检查

腹腔镜作为现阶段的微创诊治方案, 不仅可以利用其其对小儿隐匿性腹股沟斜疝进行修补处理, 同时也可进行疾病治疗, 有学者认为腹腔镜属于诊断小儿隐匿性腹股沟斜疝的“金标准”, 采用腹腔镜的优势在于可以清晰显示局部结构的形态图像, 在短时间内快速分析患儿是否存在鞘状突以及疝囊, 并且腹腔镜可以发挥监视作用, 确保手术治疗方案可以快速、准确展开, 以免不必要阴性探查对患儿机体造成不必要的损伤。在全世界范围内的多个疾病领域中, 腹腔镜均得到广泛应用, 但是其费用较高, 且虽然是微创操作, 但是仍然会造成机体创伤, 所以针对体格检查未发现疝囊突出的患者, 仍然首选无创影像学诊断方案。王光尧、陈平、赵伟等^[2]研究学者开展了腹腔镜在小儿隐匿性腹股沟斜疝的应用课题探析, 其选择 560 例小儿隐匿性腹股沟斜疝患者作为研究样本, 虽然此次研究主

要探究腹腔镜下治疗法, 但是其也指出腹腔镜不仅可以应用于疾病治疗中, 同时也可以对小儿隐匿性腹股沟斜疝作出疾病诊断, 不过文献报道中指出, 腹腔镜技术多适用于手术指征的案例中, 若患儿仅为可疑性隐匿性腹股沟斜疝, 优先选择超声、疝造影等诊断方案。

5 疝囊造影诊断

疝囊造影属于有创诊断方案, 其多应用于成年人人群中, 小儿隐匿性腹股沟斜疝患者应用疝囊造影的几率较小, 这是由于若盲目进行穿刺处理, 小肠、膀胱内可能会有造影剂进入, 增加腹直肌血肿、腹管壁血肿、剧烈腹痛的发生风险。王勇^[3]在文献中探究了隐匿性腹股沟斜疝采用疝囊造影术的效果, 在文献报道中一共选择 30 例隐匿性腹股沟斜疝患者, 在开展疝囊造影手术时, 于造影之前应该指导患者将膀胱排空, 然后在造影床上将患者调整至仰卧位, 腹部处应该开展消毒、铺巾处理, 合理选择穿刺点后, 选用相应型号的穿刺针、气腹针进行穿刺, 穿刺的过程中先进行局部麻醉, 麻醉生效后, 用刀尖做一个小切口, 以便可以进行顺利进针, 进针位置主要是在下腹部, 成功穿刺后将床头适当抬高至一定的角度, 将造影剂注入到腹腔内, 造影剂的剂量在 60-80ml, 将穿刺针拔出之后, 用纱布予以固定处理, 然后叮嘱患者站立、活动 5 分钟, 确保盆底属于造影剂的积聚位置。在造影床上可以将患者调整至头高位, 并将小枕头垫在腹部, 将疝囊清晰的显示出来, 然后予以摄片。相较于传统的疝囊造影诊断法, 气腹造影的敏感性更高, 且操作较为简便, 无误频繁更换体位, 但是小儿患者的身体尚未发育完全, 疝囊造影可能会损害小儿的机体健康, 甚至会导致肠穿孔、脏器、血管, 所以不宜采用疝囊造影法。

6 其它诊断法

CT、MRI 属于临床广泛应用的无创影像学诊断法, 通过 CT 诊断可以清晰的将疝内容物、疝囊解剖位置显示出来, CT 诊断法在症状表现不具有典型性的小儿隐匿性腹股沟疝的价值显著, 其可以将病变清晰的显示出来, 但是需要将其与腹股沟位置处的肿块、肌肉、淋巴结予以鉴别。选择 MRI 诊断法可以发现其在软组织处的辨识度良好, 可以直接观察到腹股沟管伟指出是否有疝囊存在, 将其与炎症性疾病鉴别出来, 但是 MRI 诊断法价格相对较高, 且检查时的环境处于封闭状态, MRI 诊断法的诊断敏感性与准确度较高。

二、小儿隐匿性腹股沟斜疝的治疗措施

(一) 保守治疗

针对疑似患有隐匿性腹股沟斜疝病变的患儿, 但是若腹股沟、阴囊位置处没有肿物存在, 可以叮嘱患儿在家中进行治疗, 无需进行疾病治疗。除此之外, 也可采用注射疗法、中医中药、疝带疗法。虽然采用保守治疗法的整体安全性较高, 但是对于大多数小儿隐匿性腹股沟斜疝而言, 采用保守疗法的疾病治愈率较低, 无法完全避免手术修补, 且采用该治疗方法可能会增加日后急诊手术的几率, 出现疝囊嵌顿、疝内容物、感染等并发症, 且随着病情的发展, 疼痛症状会更加剧烈, 所以仍然提倡对患者进行手术治疗。

(二) 手术治疗

手术属于治疗小儿隐匿性腹股沟斜疝的重要疗法, 小儿隐匿性腹股沟斜疝主要采用微创疗法, 微创手术治疗主要是在腹腔镜下开展疾病治疗, 采用该方法的优势是在对内环口鞘状突管进行缝扎时, 不会对腹股沟区域处的解剖结构、提睾肌造成破坏, 且无需进行精索游离, 可以有效避免因血管神经受到损害, 降低缺血性睾丸炎的发生率, 所以在进行小儿隐匿性腹股沟斜疝治疗时, 提倡用腹腔镜手术代替开放手术。

临床采用腹腔镜微创治疗法具有多种类型, 常亚丽^[4]在开展报道中研究, 主要采用腹腔镜下疝囊高位结扎术予以治疗, 研究样本为 74 例小儿腹股沟斜疝患者, 将患者均等分为开放性疝囊高位结扎手术治疗患者、腹腔镜下疝囊高位结扎手术患者, 前者命名为对照组、后者命名为实验组, 实验组患儿在进行手术治疗时, 应该指

导其于术前将尿液排空,开展全身麻醉处理,选取头低脚高位置,在肚脐位置处做一个5mm切口,于切口处构建CO₂气腹,在腹腔镜下观察病情状况观察,若发现疝囊内有嵌顿物、隐匿疝存在,应该进行仔细探查处理,病变一侧投影后,选用持针器刺入2mm的切口,将带线钩针置入其中,线尾处应该留在手术口出,于腹膜处用针线进行缝合,针在穿出腹膜之后,将针拔出,然后再利用相同的方法,对另一侧予以同样的穿刺操作,采用皮下高位缝扎操作,皮下处对线进行包埋。经过研究发现,最终对照组的术后并发症发生率显著低于实验组,这一结果表明,腹腔镜下疝囊高位结扎术的安全性较高,术后并发症发生率较低,伤口愈合速度加快,可以有效降低手术给患儿带来的痛苦,并且利用腹腔镜可以进行大范围观察,将精索、输卵管完全暴露在视野下,确保手术治疗方案的准确性。

刘虎,李巍松,胡波等^[9]进行单孔腹腔镜下硬膜外穿刺针技术治疗小儿隐匿性斜疝的疗效文献研究,研究的过程中选择120例小儿隐匿性腹股沟斜疝患者,入选的所有患者均开展单孔腹腔镜下硬膜外穿刺针治疗技术,手术治疗之前禁食5h左右,将膀胱处的尿液完全排空后,开展气管插管的麻醉处理,平卧位下在麻醉生效后,用碘伏在腹部处予以消毒处理,在脐环处做一个5毫米的切口,将气腹针置入到切口内,气腹的压力值在8-12mmHg,之后需要将腹腔镜置入到腹腔内,依据腹股沟斜疝的分型状况,于病变一侧的进行详细诊断,可以牵拉睾丸、阴囊挤压等方法分析患儿是否存在隐匿性斜疝,在腹腔镜监视下,开展内环口体表投影定位工作,精准掌握穿刺位置,投影中心位置处的正上方进针时应该具有垂直性,进针时应该避开腹壁下血管,在刺破皮肤以及皮下脂肪后,在到达腹膜外之后,开展潜行处理,防止损害精索血管、输精管,后腹膜在穿透之后即可进入腹腔。完成上述工作后,再经原来的穿刺点向硬膜外将穿刺针刺入其中,在腹膜外潜行缝合没有闭合的内环,利用腹腔镜进行监视的过程中,需要谨慎予以进针、推针处理,最终开展缝合工作。

许冬阳,杨清渭,王书苗^[6]在进行文献课题研究中,将开放手术作为对照,探究腹腔镜二孔法应用在小儿腹股沟斜疝嵌顿中的应用价值,在进行研究的过程中选择45例传统开放手术的患儿作为开放手术组,52例腹腔镜二孔法作为腹腔镜组,选用腹腔镜二孔法治疗方案,在术前进食、排尿、麻醉之后,将患者调整至头低脚高的体位,具体脚比头高15-20°,二氧化碳气腹压力值在9mmHg左右,脐部上缘位置处做一个5毫米切口,将腹腔镜置入其中,透过镜头

探查可以分析腹腔内有无积液存在,疝囊内容物是否已经回归到原来的体位,若发现内容物存在嵌顿的情况,应该分析嵌顿的内容物是肠管还是大网膜,针对嵌顿的肠管,应该分析肠管是否坏死、穿孔,与此同时,应该探究内环口位置、大小以及隐匿性腹股沟斜疝的位置。在内容物没有返纳的情况下,需要于操作孔内用钳子夹住嵌顿物予以牵拉,另一只手应该向内环口进行肿物推挤,确保内容物可以快速返纳其中。内容物返纳阶段需要小心谨慎,不可暴力损伤机体脏器官,在内容物成功返纳之后,需要分析返回内容物的血运状况以及是否存在撕裂、穿孔,在内容物受损的情况下,应该利用腹腔镜予以修补处理,损伤程度较大的情况下,中转环节需要进行开腹操作,向下总行延长肚脐部的裂口,将病变内容物从切口处取出来,开展修补过着切除操作,在内容物成功归纳之后,于操作孔中应该置入分离钳,腹腔镜下进行观察,疝内环口体表做一个2毫米切口,在切口处将雪橇针刺入到内环口正上方,但是要远离输精管、精索动脉与静脉,针头退出之后需要开展缝合操作,缝合线应该在皮下进行包埋。除了上述治疗法之外,在对患者进行治疗的过程中,也要加强生活管理,通过体重管理、饮食调节、适度运动来更好的改善患者病情。

结束语:综上所述,小儿隐匿性腹股沟斜疝的诊断与治疗方法具有多样性,诊断方法主要包括症状体征检查、超声诊断、腹腔镜检查、疝囊造影检查、CT、MRI检查等,并且确诊后,通过针对性的保守治疗以及手术治疗,快速改善患者的疾病,避免患者病情发展,保障患者的身心健康。

参考文献:

- [1] 杨艳辉. 超声在小儿隐匿性腹股沟斜疝诊断中的应用[J]. 中外医疗, 2019, 38(1): 190-192.
- [2] 王光尧, 陈平, 赵伟, 等. 腹腔镜在小儿隐匿性腹股沟斜疝中的应用[J]. 临床外科杂志, 2018(5): 376-377.
- [3] 王勇. 疝囊造影术诊断隐匿性腹股沟斜疝[J]. 中国医学影像技术, 2019(5): 52-36.
- [4] 常亚丽. 腹腔镜下疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟斜疝的有效性、安全性评价[J]. 健康大视野, 2019(19): 222.
- [5] 刘虎, 李巍松, 胡波, 等. 单孔腹腔镜下硬膜外穿刺针技术治疗小儿隐匿性斜疝的疗效[J]. 安徽医学, 2019, 40(6): 649-651.
- [6] 许冬阳, 杨清渭, 王书苗. 腹腔镜二孔法与开放手术治疗小儿腹股沟斜疝嵌顿的对比分析[J]. 福建医药杂志, 2018, 40(4): 29-33.