

· 经验交流 ·

儿童阴囊急症的诊治分析

高莉娟, 赵玉玮

(大连市儿童医院外科, 辽宁 大连 116012)

[中图分类号] R697+.21 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2004)03-0232-02

阴囊急症是小儿泌尿外科常见急症, 临床诊断与鉴别有一定困难, 延误诊断及治疗可能发生睾丸坏死及其他并发症。现将我院自1998年1月至2002年1月收治的60例阴囊急症患儿的诊断及治疗情况, 总结分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60例阴囊急症患儿, 其中外伤4例、睾丸扭转18例(其中4例为隐睾)、睾丸(附睾)附件扭转22例、睾丸炎14例、自发性阴囊肿胀2例。

1.2 年龄与类型

4例外伤均为学龄儿童, 平均年龄8岁; 睾丸扭转18例, <1岁5例, 2~6岁9例, 8~10岁4例; 隐睾伴睾丸扭转者年龄分别为4月、8月、2岁和8岁。多在发病24h内就诊, 最长为发病后7d就诊。附件扭转22例, 8岁以下6例, 9~13岁16例, 平均就诊时间为3d, 最长为10d。睾丸炎、附睾炎14例, 年龄最小47d为双侧睾丸炎, 2岁以内5例, 5~13岁9例, 平均就诊时间5d, 最长为20d。自发性阴囊肿胀2例, 年龄7岁, 偶然发现阴囊肿胀, 以咨询方式前来就诊。

1.3 临床表现

阴囊外伤病史明确, 表现为阴囊红肿, 有时有瘀血, 睾丸触痛但无明显肿大; 睾丸扭转多在发病24h之内就诊, 起病急, 只有1例发病前有踢球史, 其他无明显诱因。阴囊疼痛剧烈、难以忍受, 可向下腹部或腹股沟部放射, 低龄儿童可有恶心、呕吐, 发热等全身症状。查体: 阴囊红、肿、热、痛, 睾丸触痛明显并有抬举痛, 腹股沟区压痛。隐睾者阴囊空虚、水肿, 腹股沟触及肿物, 压痛明显; 附件扭转多在发病

48h以上就诊, 1例有明显外伤史, 其余无明显诱因。查体: 仅患侧阴囊红肿, 触痛轻、有时仅局限睾丸上极或附睾的某一点; 睾丸炎则一般有感冒、腮腺炎、外伤等诱因, 起病缓慢, 就诊时间晚, 最长者20d后就诊, 睾丸疼痛较轻, 均匀肿大, 轻压痛, 无局部压痛和睾丸抬举痛; 自发性阴囊肿胀者除阴囊皮肤红肿, 睾丸无触痛。

1.4 治疗与结果

35例行手术探查, 证实睾丸扭转18例(其中4例为隐睾伴扭转); 14例附件扭转; 3例睾丸炎、附睾炎。术中见睾丸扭转 $90^{\circ} \sim 1260^{\circ}$, 睾丸附件扭转、坏死, 2例睾丸坏死, 行睾丸切除, 其余分别行睾丸复位、固定、附件切除术, 如鞘膜内积液(脓)放置皮片引流2~3d, 术后静脉应用抗生素。其中1例2岁隐睾患儿睾丸扭转 360° , 血运欠佳, 睾丸复位后放回腹股沟区, 6岁时再次腹股沟区疼痛, 探查见睾丸萎缩, 切除。

其余25例均平卧, 静脉应用抗生素治疗1周左右病愈。对45例患儿包括14例睾丸扭转患儿随访了1~2年, 仅1例睾丸明显萎缩。

2 讨论

儿童的急性阴囊疼痛可由多种原因所致, 其中以睾丸附件扭转和睾丸扭转最为多见^[1,2], Lewis等^[3]总结了238例阴囊急症患儿, 睾丸附件扭转占46%, 睾丸扭转占16%, 睾丸炎占35%。

睾丸扭转最早由法国医生Delasiauve在1840年报道, 附件扭转由Cooper^[4]于1841年首先报道。睾丸及睾丸附件扭转的原因有许多解释, 如解剖异常、剧烈运动、外伤暴力等, 但有些睾丸扭转发生在夜间睡眠中^[5]。本组只有2例患儿分别有外伤和剧

烈运动史,其余无明显诱因。同时我们注意到外科门诊医生经常遇到会阴部外伤患儿,无1例继发睾丸或睾丸附件扭转,所以外伤或剧烈运动是否是该病的主要诱因尚待探讨。但解剖异常无疑是引发该病的主要诱因,这个观点已被许多学者接受。睾丸附件为 wolffian 管和 mullers 管退化不全的残留结构,大致分为:带蒂型和无蒂型。患儿哭闹时可引起提睾肌异常活动引发睾丸附件扭转。本组 18 例睾丸扭转,7 例合并附件扭转,提示附件扭转可能是睾丸扭转的原因之一。另外,隐睾伴睾丸扭转的几率较阴囊内睾丸扭转高 21~35 倍^[5],占睾丸扭转的 60%^[4]。

任何突然或无意间发现阴囊肿痛的患儿均应引起高度重视,其发病有年龄特点,1 岁以内睾丸扭转多见,3~13 岁附件扭转多发,13 岁以上以睾丸炎、附睾炎为主^[3]。其中睾丸扭转情况最为紧急,患儿疼痛剧烈,不敢行走,可向下腹放散。低龄儿童甚至出现拒乳、呕吐等症状。隐睾患儿出现腹股沟肿物要与嵌顿疝相鉴别,切不可一味手法复位,造成不良后果。附件扭转起病较缓,症状较轻,睾丸触痛局限。而睾丸炎、附睾炎一般有明显的感冒、腮腺炎等诱因,睾丸均匀肿大,触痛轻。其他阴囊急症如皮肤外伤感染、急性蜂窝织炎、蚊虫叮咬、睾丸结核、自发性阴囊肿胀等,早期均可触及大小正常的睾丸,易鉴别。彩色多普勒能够显示睾丸精索的血流情况,对明确诊断起着十分重要的作用^[6]。

1933 年 Hnllener 认为睾丸扭转 6 h 之内不会造成远期睾丸萎缩,超过 48 h,睾丸存活可能性极小,仍然是指导诊断和治疗的金标准^[3]。因此一旦怀疑睾丸扭转必须立即行睾丸探查术,尽管有的学者提出同时行对侧睾丸探查手术^[3],但本组没有探查对侧睾丸,亦未发现对侧睾丸发生扭转。有学者指出附件扭转是一种自限性疾病,可采用保守治疗^[7],但早期探查手术有利于睾丸、附睾的快速恢复。术中要仔细探查精索、睾丸、附睾的血运情况,

必要时可将睾丸被膜针刺数个小孔减压。隐睾患儿则根据精索长度做睾丸下降固定术。其他如睾丸炎等,可采取保守治疗,对严重感染也可手术引流,促进炎症吸收。有临床实验表明睾丸扭转复位以后易发生再灌注损伤,影响睾丸以后的生精能力,所以建议应用抗坏血酸、verapamil 和 Ca^{2+} 通道拮抗剂减轻睾丸再灌注损伤^[8]。

儿童睾丸切除要慎重,本组 14 例睾丸扭转复位后随访 1~2 年,仅 1 例发生睾丸萎缩,如本组 1 例 8 月患儿,发病 15 h 就诊,睾丸扭转 1 260°,呈暗紫色,术后恢复较好。因此不能仅凭发病时间和睾丸外观而轻易切除睾丸。

[参 考 文 献]

- [1] Mc Combe AM, Scobie WG. Torsion of scrotal contents in children [J]. Br J Urol, 1988, 61(2): 148-150.
- [2] Goto T, Kakizawa Y. Clinical review of acute scrotum in children [J]. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi, 1999, 90(7): 663-668.
- [3] Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon CA. Evaluation of acute scrotum in the emergency department [J]. J Pediatr Surg, 1995, 30(2): 227-281.
- [4] Noske HD, Kraus SW, Altinkilic BM, Weidner W. Historical milestones regarding torsion of the scrotal organs [J]. J Urol, 1998, 159(1): 13-16.
- [5] 黄澄如. 小儿泌尿外科学 [M]. 济南: 山东科技出版社, 1992, 230-233; 219-210.
- [6] Kass EJ, Stone KT, Cacciarelli AA, Mitchell B. Do all children with an acute scrotum require exploration? [J]. J Urol, 1993, 150(2 Pt 2): 667-669.
- [7] Hastie KJ, Charlton CA. Indications for conservative management of acute scrotal pain in children [J]. Br J Surg, 1990, 77(3): 309-311.
- [8] 王浩, 王常林, 王伟, 张宝欣, 蔡炜嵩, 蒋涛. 兔睾丸扭转复位后睾丸细胞凋亡的观察 [J]. 中华小儿外科杂志, 2002, 23(6): 543-545.

(本文编辑: 吉耕中)