

两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术 治疗精索静脉曲张 76 例分析

王昌兵, 顾 恒, 董章霞, 李 博, 余同辉

[摘要] **目的:** 观察两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗精索静脉曲张的效果。**方法:** 对 76 例精索静脉曲张患者采用两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗。**结果:** 76 例均获成功。单侧手术 6~20 min; 术后住院 3~5 天; 随访 1~12 个月, 无睾丸萎缩及术后复发。**结论:** 两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗精索静脉曲张安全有效, 对复发或双侧精索静脉曲张患者更有价值。

[关键词] 精索静脉曲张; 外科手术, 腹腔镜; 精索静脉高位结扎术

[中国图书资料分类法分类号] R 697.24

[文献标识码] A

Treatment of varicocele by laparoscopy high ligation with two-trocars; analysis of 76 cases

WANG Chang-bing, GU Heng, DONG Zhang-xia, LI Bo, YU Tong-hui

(Department of Urology, No. 123 Hospital of PLA, Bengbu Anhui 233015, China)

[Abstract] **Objective:** To evaluate the therapeutic effect of laparoscopy high ligation with two-trocars on varicocele. **Methods:** Seventy-six patients with varicocele were treated by laparoscopy high ligation with two-trocars. **Results:** The operation was successful in all the cases. The operation time was 6-20 min, and the hospital stay was 3-5 days. During the follow-up of 1 to 12 months, no testicular atrophy or recurrence was observed. **Conclusions:** The procedure of laparoscopy high ligation with two-trocars is safe and effective for treatment of patients with varicocele, especially for those with recurrent or bilateral varicocele.

[Key words] varicocele; surgical procedures, laparoscopic; varicocele high ligation

精索静脉曲张是精索静脉回流受阻或瓣膜失效, 血液返流引起血液淤滞, 导致蔓状静脉丛迂曲、扩张改变的男性常见疾病。本病以青壮年多发, 发病率为 10%~15%; 左侧好发, 原因是左侧精索静脉呈锐角进入左肾静脉, 易发生瓣膜功能不全。临床表现为睾丸坠胀不适、坠痛或不育症。精索静脉曲张保守治疗无效, 且可引起精液质量异常, 故多需干预治疗, 包括介入和手术治疗^[1]。介入治疗分为顺行和逆行 2 种, 手术治疗则包括经腹股沟管途径、经腹膜后途径以及腹腔镜手术。干预治疗首选手术, 目前腹腔镜手术较为流行, 但多为三孔法, 两孔法报道相对较少。在具备相应的技术条件下, 两孔法较三孔法腹腔镜手术创伤更小。2008 年 5 月至 2009 年 11 月, 我科对 76 例精索静脉曲张患者采用两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗, 疗效满意, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者年龄 17~35 岁。左侧 68 例, 右侧 2 例, 双侧 6 例, 其中开放性手术后复发 2 例。轻度 6 例, 中度 48 例, 重度 22 例。5 例无明显

症状, 体检时发现; 61 例有不同程度阴囊坠胀不适, 7 例阴囊坠痛; 3 例婚后不育、精液检查异常。76 例阴囊内均可触及不同程度的迂曲或成团状的静脉。Valsalva 试验阳性, 平卧后减轻或消失。轻度或双侧精索静脉曲张患者行彩色多普勒检查排除继发性病变。

1.2 手术方法 术前排尿 1 次, 气管插管全麻。取仰卧位, 于脐上缘或下缘作 10 mm 横弧形切口, 巾钳提起切口, Veress 针建立 CO₂ 气腹, 压力至 13 mmHg, 拔出 Veress 针, 穿入 10 mm Trocar, 置入 0° 或 30° 腹腔镜, 观察无肠管损伤后直视下在脐与耻骨联合中点穿入 10 mm Trocar 作为操作通道。镜下见乙状结肠与侧腹膜粘连者取头低足高位 (15°~30°)、患侧抬高 (15°~30°), 粘连较重者须适当分离粘连; 本组粘连较重者 20 例。于内环口头侧寻及蓝黑色精索血管, 距内环口 2~3 cm 以电剪剪开血管束两侧后腹膜, 钝性游离精索血管, 上、下游离 2.5~3.0 cm 后, 以 2 枚 Hem-o-lok 聚合物高位集束结扎血管, Hem-o-lok 聚合物相距 2.0~2.5 cm。放出腹内 CO₂, 拔除 Trocar, 缝合腹白线, 粘合切口。

2 结果

76 例手术均获成功。单侧手术 6~20 min, 平均 11 min; 出血 ≤ 10 ml。术后住院 3~5 天。4 例出

[收稿日期] 2009-12-22

[作者单位] 解放军第 123 医院 泌尿外科, 安徽 蚌埠 233015

[作者简介] 王昌兵 (1978-), 男, 主治医师。

现睾丸鞘膜积液,1例大腿前内侧麻木;2例双侧精索静脉曲张患者术后出现先手术侧(左侧)阴囊气肿,其中1例阴囊巨大气肿(双侧手术共40 min),手术结束、去除气腹时挤压阴囊后好转;术后1天2例气肿均自行吸收。68例有症状患者术后2~4天症状开始减轻,症状完全消失60例(88.2%),症状明显好转8例(11.8%)。3例不育患者术后3个月复查精液,2例明显改善。随访1~12个月均无复发,无睾丸萎缩。

3 讨论

精索静脉曲张多需干预治疗,且首选手术,其指征是^[2]:(1)症状已影响日常生活或经非手术治疗症状不缓解者;(2)精索静脉曲张患者精液异常伴不育者。精索静脉曲张手术方式多样,目前腹腔镜精索静脉高位结扎术因手术空间大、结扎部位高、创伤小且术后复发几率小,已被有条件应用腹腔镜技术的医院常规应用。

腹腔镜精索静脉高位结扎术可采用三孔,亦可采用两孔,结扎时可用丝线、钛夹或者 Hem-o-lok 聚合物。两孔法较三孔法少了1个通道,减少了腹壁创伤,亦缩短了建立通道的时间;对于双侧精索静脉曲张患者两孔法则减少了2个通道,创伤减少更明显。绝大部分医院均采用脐下缘制造气腹,我们认为采用脐上缘制造气腹更方便,因为脐下有腹正中襞,腹壁相对较厚,Veress 针穿刺时较脐上困难。本组前8例采用脐下缘穿刺制造气腹,后均改为脐上缘制造气腹。因手术时间短,我们不留置导尿管,而让患者术前排尿1次,减少对尿道的刺激。术中操作通道为直视下建立,无膀胱损伤,术后无排尿异常。术中于内环口头侧2~3 cm 处分离、结扎精索血管,此处精索静脉极易辨认,且已汇成1~2支,不易漏扎;本组于此处汇合成1支者21例,2支者49例,3支者6例。因输精管于内环口处即向内下行走,于内环口头侧2~3 cm 处分离尚可避免损伤输精管。由于 Hem-o-lok 聚合物的安全扣锁和弓型钉腿设计,术中血管束背侧不须完全游离,这样可减少手术时间及出血;而应用钛夹的患者血管束则须完全游离后再夹闭。应用钛夹结扎的患者术后行磁共振检查受到限制,且有钛夹脱落的报道,而应用 Hem-o-lok 聚合物结扎则不存在这些问题。睾丸的血供有3个来源^[3]:精索内动脉、输精管动脉和提睾肌动脉。高位集束结扎的血管为精索内动、静脉,故集束结扎后睾丸仍有输精管动脉和提睾肌动脉供血,不致引起睾丸萎缩。对于复发患者,因经腹腔入路,减轻了局部瘢痕组织粘连、解剖层次不清的干

扰,避免了曲张静脉的漏扎。

阴囊水肿和睾丸鞘膜积液是手术后常见的并发症,有报道^[4]发生率为3%~40%。目前认为阴囊水肿的发病机制与淋巴管的损伤有关。阴囊水肿在下列情况下更易发生:(1)双侧精索静脉曲张行结扎手术;(2)有腹股沟手术史的患者术后水肿也明显;(3)特意分离输精管可能提高水肿的发生率。严重的水肿将导致睾丸鞘膜积液。本组出现睾丸轻度鞘膜积液4例,术后3个月自行消退。阴囊气肿则是另一常见并发症。我们认为阴囊气肿可能与手术时间及气腹压力有关,手术时间长、气腹压力大时,CO₂ 可于切开的后腹膜处沿疏松的腹股沟管进入压力较低的阴囊。有报道^[5]手术平均35 min,约20%患者出现阴囊气肿。若术中发现阴囊气肿,可于手术结束去除气腹时挤压阴囊减轻气肿;若为术后发现,轻度者可待其自行吸收,严重者可穿刺挤压排气。本组有1例出现左侧巨大阴囊气肿,为双侧精索静脉曲张,术中先行左侧手术,手术结束、去除气腹时挤压阴囊后好转,术后1天自行吸收。神经损伤在腹腔镜精索静脉高位结扎时亦有发生,主要是生殖股神经损伤,国外报道^[6]其发生率为2%~9%,多与生殖股神经解剖变异有关,症状表现为大腿前内侧和手术切口前外侧暂时的麻木,症状维持平均约8个月。本组有1例出现术后大腿前内侧麻木,术后2个月消失,考虑为生殖股神经损伤引起。

对于需要手术治疗的原发性精索静脉曲张患者,腹腔镜手术因具有创伤小、复发几率低的优势已成为新的标准,尤其适用于复发或双侧患者。而采用两孔法腹腔镜手术既可以很好地完成精索静脉的高位结扎,又进一步减少了创伤,较三孔法更具优势。

【参 考 文 献】

- [1] 陈向锋,周立新,刘毅东,等.3种精索静脉曲张手术方式的疗效分析:附88例报告[J].中华男科学杂志,2009,15(5):413-416.
- [2] 吴阶平.吴阶平泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2004:1953.
- [3] 魏彪,罗甘霖,杜围,等.腹腔镜手术治疗精索静脉曲张113例分析[J].蚌埠医学院学报,2008,33(3):297-298.
- [4] Misseri R, Gershbein AB, Horowitz M, et al. The adolescent varicocele II: the incidence of hydrocele and delayed recurrent varicocele after varicocelectomy in a long-term follow-up[J]. BJU Int, 2001, 87(6):494-498.
- [5] 李显文,杨恩明,王武,等.小通道腹腔镜下精索内血管束高位结扎术治疗精索静脉曲张[J].中国内镜杂志,2009,15(1):68-70.
- [6] Chrouser K, Vandersteen D, Crocker J, et al. Nerve injury after laparoscopic varicocelectomy[J]. J Urol, 2004, 172(2):691-693.