

技术·思维

孩子睾丸在腹腔内 手术时机如何选择

□王祖龙

隐睾怎么样治疗



隐睾是指睾丸未下降至阴囊,包括睾丸下降不全和睾丸异位。

在临床上,绝大多数隐睾患者为睾丸下降不全。异位睾丸最常位于腹股沟浅表小窝内。

那么,导致隐睾的原因都有哪些呢?

一、将睾丸引入阴囊的睾丸引带异常或缺如,致使睾丸不能由原来的位置降至阴囊。

二、先天性睾丸发育不全使睾丸对促性腺激素不敏感,失去下降动力。

三、下丘脑产生的促性腺激素释放激

素使脑垂体分泌的LH(黄体生成素)和FSH(卵泡刺激素)缺乏,也可影响睾丸下降的动力。

由内分泌因素所致者多为双侧隐睾,由其他因素引起者多为单侧隐睾,有时隐睾可合并有腹股沟斜疝。

隐睾对孩子的危害非常大,其引起的常见伤害有以下几种。

一、不育症:隐睾会导致生殖细胞受损,及早进行外科处理使睾丸固定于阴囊,可以减少生育能力降低的发生风险。隐睾症最早期的产后组织学异常是在出生后第1个月即可观察到的间质细胞发育不良。

二、睾丸癌:出生时睾丸未降的儿童有发生睾丸恶性肿瘤的风险。在有隐睾症的男性中,生殖细胞肿瘤的发病率约是正常人的40倍。睾丸未降的位置影响着睾丸发生恶性肿瘤的相对危险度,位置越高,恶变的风险越大。

三、睾丸扭转:隐睾可能有睾丸引带、提睾肌附着异常或睾丸鞘膜的附着异常,易于发生睾丸扭转。

隐睾诊断并不难。如果在孩子的阴囊里摸不到睾丸,这时,阴囊彩超有助于诊断。但是,需要注意睾丸缺血和两性畸形。

隐睾患者保留生育能力的理想治疗年龄是在孩子出生后12个月内,最佳治疗方式是手术。

睾丸的自发下降在孩子出生后3个月内即可完成。所有男孩出生后均应检查睾丸发育情况并记录在案。确诊的睾丸未降患儿的决定性治疗应在出生后6~12个月,最晚不宜超过18个月。

由于激素治疗的总体有效率很低,可能延误患儿接受外科治疗的时机,缺乏远期对生育能力提高的有效证据,并且可能带来睾丸肿大、疼痛等并发症,目前,我们已不建议术前使用激素治疗来诱导睾丸下降。

隐睾手术时机的演变

在1975年,就有研究发现,对不可触及型睾丸患儿,在2岁之前进行睾丸下降固定术会提高患儿成年后的性功能及生育能力。

在新生儿时期,不可触及型睾丸生殖细胞计数可能是正常的;但如果超过2岁未处理,腹腔内睾丸中有30%~40%的生精细胞会出现凋亡,多个细胞出现纤维化和管形特征。随着时间的延长,这一表现会越来越严重。反之,如果在患儿1岁之前进行手术治疗,术后,无论是精子计数和活性都

会更多、更活跃。

为尽可能提高先天性隐睾患儿成年后生育能力,1996年,美国儿科学会建议对隐睾患儿进行睾丸下降固定术的时间从原来的2岁提前至1岁。随着麻醉技术的发展以及隐睾相关随访研究的深入,有研究结果显示,9个月接受睾丸下降固定术治疗的患儿相较于3岁接受治疗的患儿,成年后生育率有明显的提高。

更多的研究结果提示,在2009年,德国医学会将隐睾患儿接受外科手术干预的时

间提前至1岁之前。这一观点被国外小儿外科专科医生广泛接受。

在2016年,欧洲泌尿学会相关指南提出,出生6个月的隐睾患儿即应前往小儿泌尿外科接受专业指导,如需手术,6~12个月龄为最佳手术时机,最晚不宜超过18个月龄,以期减少对患儿成年后生育功能的损害,并降低睾丸癌变风险,最大化保护患儿患侧睾丸的功能。

在此,我也提醒医生,对隐睾患儿切勿再给出18个月龄后手术的建议!

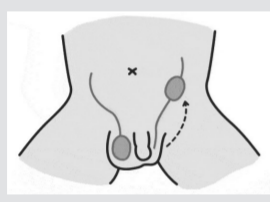
(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

案例

上午的男科门诊一如既往地忙。10点多的时候,一个7岁的男孩被家长带进了我的诊室。

家长说,从孩子出生,他们就没有摸到过孩子的睾丸;咨询当地医生后得知,要等到孩子7岁以后才能做手术。现在,孩子7岁多了,他们想带孩子来做手术。

但是,阴囊彩超检查结果显示:双侧隐睾!看到这个结果,我感到特别痛心,告诉孩子家长:你们来晚了,7岁早过了隐睾的最佳手术时间。这个孩子很有可能已经失去了生育能力!



从「独处藏奸」到罕见病例思考

□胡本先

“独处藏奸”是明代医家张景岳观察并表述过的病理现象。我们可理解为:在人体某些特殊部位,可能隐藏着对疾病诊断和鉴别诊断有重要价值却又异乎寻常的症状和体征。

日前,我们便通过发热成功确诊了一例布氏杆菌病患者。

近日,一位中年农村女性在其哥哥的陪同下,少气懒言、表情怯懦地走进我的诊室。患者自述“食欲不振、周身乏力近2个月,体重下降5公斤左右”。

患者无自觉发热,10余天前在当地医院做了系列检查。当时,患者的血常规结果显示:红细胞 $3.48 \times 10^{12}/L$,血红蛋白96克/升。

上消化道钡餐结果显示:1.慢性胃炎;2.胃下垂(3厘米);3.幽门管功能不全。

尿常规检查显示:白细胞(+),尿蛋白(+),潜血(+).

当地医院医生初步诊断为“贫血、泌尿系感染”并对症给予治疗。数日后,患者症状无改善,遂前来我们医院就诊。

我分析化验结果后仔细查体,发现患者肝、脾区叩痛,左肋下2厘米可触及肿大的脾脏,且皮温较高,但患者丝毫没有感觉发热。

我们当即要求患者测量体温,结果显示为39.2摄氏度,遂进行腹部彩超、生化、肿瘤标志物、大便常规加潜血检查,以明确脾大及发热原因。

腹部彩超结果显示:1.肝实质回声增粗;2.胆囊炎并胆汁淤积;3.脾大;4.双肾囊肿。

生化结果显示:ALT(谷丙转氨酶)107单位/升,AST(门冬氨酸氨基转移酶)158单位/升,白蛋白30.9克/升。

其余的化验结果未见异常。

我详细询问了患者的工作、生活情况。患者自述长期从事养殖业,目前在家中养羊,去年冬天频发母羊流产事件。我遂以“发热原因待查”将其收入院,给予单间病房,并立即对其进行抽血培养,同时完善相关化验,逐步排除甲肝、乙肝、丙肝、酒精肝、药物肝等疾病。

这时,患者血常规结果显示白细胞、红细胞、血小板均明显低于正常值,且腹部彩超结果显示脾大,表明存在脾功能亢进症状。其间,我给予患者保肝抗感染治疗。

6天后,患者血液化验结果表明:患者曾感染过戊型肝炎病毒现已痊愈。细菌室的工作人员电话告知我们,患者极有可能存在布氏杆菌感染。综合分析后,我考虑患者高度符合布氏杆菌感染表现,于是立即上报感染管理科,并在原有单间护理基础上,按照高度疑似病例将患者所住病床、所用物品进行彻底消毒,嘱咐患者将其粪便及分泌物用84消毒液消毒后再行丢弃。

又过了4天,血培养结果明确显示,患者为布氏杆菌感染。当天,我们立即将患者转至传染病医院继续治疗。

在临床上,疾病的表现千变万化、错综复杂。在本案中,患者当时“自我感觉无明显体温升高”是一个极易被忽视的症状。作为一名医生,诊治疾病不但要有扎实的基础理论和丰富的临床经验,还要善于询问病史、仔细查体,对于一些常见症状或似是而非、模棱两可的症状不能掉以轻心。

(作者供职于陕西省岚皋县中医医院)



本版未署名图片为资料图片

医技在线

椎间盘微创手术,应选择显微镜还是椎间孔镜

□杨文成

腰椎间盘突出症常见的微创手术方式有:开放显微椎间盘切除术(OM),通道显微椎间盘切除术(TM),经皮内镜椎间盘切除术(PELD),显微内镜椎间盘切除术(MED)。

前两者主要借助手术显微镜完成手术,后两者主要借助椎间孔镜完成手术。近期,我通过文献学习,对比了各种手术方式的优劣,以供大家参考。

本文介绍近期发表的4篇Meta分析(荟萃分析),比较了开放显微椎间盘切除术和经皮内镜椎间盘切除术在临床效果、并发症、复发率、再手术率、手术时间和住院天数等方面的优劣。

文献一
该研究共纳入4篇前瞻性随机对照研究和5篇回顾性队列研究,包含1527

名患者。研究人员发现,开放显微椎间盘切除术和经皮内镜椎间盘切除术在手术效果、功能恢复、并发症发生率和复发率等方面没有统计学意义差别。但是,患者开放显微椎间盘切除术住院时间较长。

文献二
该研究共纳入7篇回顾性队列研究,包含1254名患者(全部来自韩国)。

研究人员发现,经皮内镜椎间盘切除术在手术效果、功能恢复、住院时间和手术时间等方面优于开放显微椎间盘切除术;但在并发症发生率、复发率和再手术率等方面,两者无统计学意义差异。

研究者指出,尽管经皮内镜椎间盘切除术在某些方面优于开放显微椎间盘切除术,但开放显微椎间盘切除术作为

椎间盘突出症手术“金标准”仍不能被经皮内镜椎间盘切除术取代。

文献三
该研究共纳入2篇前瞻性随机对照研究和7篇回顾性队列研究,包含1585名患者。

研究人员发现,两种手术方式在手术效果、功能恢复、并发症发生率、复发率、再手术率、手术时间等方面无明显区别;患者接受经皮内镜椎间盘切除术后,虽然住院天数短,但更易发生椎间盘碎屑残留和减压不彻底。

文献四
该研究共纳入2篇前瞻性随机对照研究和5篇回顾性队列研究,包含1389名患者。

研究人员发现,两种手术方式在手

术效果、功能恢复、并发症发生率和复发率等方面无明显区别,但经皮内镜椎间盘切除术手术时间较短,术后患者住院时间也较短。

总之,以上4篇文献报道显示,开放显微椎间盘切除术和经皮内镜椎间盘切除术在手术效果、功能恢复、并发症发生率、复发率、再手术率等方面并无明显差异。此外,文献对二者手术时间报道不一,这应该与手术医生的熟练程度关系密切。

这些文献并未比较两种手术方式的社会经济效益。虽然近几年椎间孔镜技术发展迅速,但无确切证据证明其优于显微镜椎间盘切除术,后者仍为椎间盘突出症手术的“金标准”。

(作者供职于郑州市中心医院)

结核病防治论坛之六十七

2019年全球结核病报告

(一)

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 高三有

背景

结核病(TB)是一种传染病,是导致健康损害的主要原因之一,位列全球十大死因。同时,它也是单一传染病中的头号杀手,排在HIV/AIDS(人类免疫缺陷病毒/艾滋病)之前。

结核病的致病菌为结核杆菌。结核杆菌可通过患者排菌在空气中进行传播。例如,通过咳嗽传播。结核病的典型表现为肺结核,但也可在其他部位表现为肺外结核。全球有大约1/4的人口感染了结核杆菌,面临进一步发展为结核病的风险。

经过早期诊断和疗程为6个月的一线抗结核治疗后,绝大部分结核病患者可以痊愈,进而减少结核病的进一步传播。

另外,我们还可以通过以下几种方法减少结核病的年发病率患者数,以及因结核病死亡人数:降低与健康相关的结核病危险因素(例如吸烟、糖尿病和HIV感染)的流行,为潜伏结核杆菌感染(LTBI)者提供预防性治疗,并开展多部门协作,以消除更广泛的结核杆菌感染和疾病影响因素(如贫困、住宅质量和营养不良)。

关于本报告

1997年至今,世界卫生组织(WHO)每年都会发布一次全球结核病报告。

在全球的承诺和策略背景下,该报告的目的是对结核病流行情况及全球应对结核病流行的进展情况进行最全面和最新的评估。本次报告的撰写主要参考了WHO年度收集的数据和其他多边机构维护的数据库。

2019年,202个国家和地区报告了相关数据。这些国家和地区的结核病病例数量占世界人口与估算结核病病例数量的99%以上。

终止结核病的全球承诺与多部门问责制

2018年9月26日,联合国举行了有史以来第一次关于结核病问题的高级别会议,将关于结核病流行现状及如何终止结核病的讨论提升到了国家元首和政府首脑级别。

在此之前,世界卫生组织在莫斯科于2017年11月举行了第一次全球结核病部长级会议。在会议中,联合国所有成员一致通过了一份政治宣言,其中再

次肯定了可持续发展目标(SDG)与世界卫生组织的“终止结核病策略”,并增加了新的承诺。

SDG指出,在2030年,在全球终止结核病的流行。“终止结核病策略”定义了遏制结核病发病及死亡人数的里程碑(2020~2025年)和目标(2030~2035年)。2030年的目标是使因结核病死亡人数较2015年减少90%,结核病发病率(每年每10万人中新增病例)较2015年减少80%。2020年的里程碑目标是因结核病死亡人数减少35%,结核病发病率减少20%。

到2022年之前,每年至少筹集130亿美元用于普及结核病的诊断、治疗及护理;每年至少筹集20亿美元用于结核病相关研究。

此策略还包括另一个2020年的里程碑目标,即没有结核病患者及其家庭因结核病面临灾难性的支出。

这份政治宣言包括4个

新的全球目标:

2018~2022年,治疗4000万结核病患者。

2018~2022年,为至少3000万潜伏结核杆菌感染者提供结核病预防性治疗。

这份政治宣言还要求联合国秘书长在世界卫生组织的支持下,于2020年向联合国大会提交一份关于全球“终止结核病策略”进展的报告,作为2023年结核病问题高级别会议进行全面审查的基础。

该政治宣言同时要求世界卫生组织干事继续制定结核病多部门问责制框架(MAF-TB),并确保其及时实施。

结核病防治论坛



开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国

本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角
河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部