

## **Management of undescended testes (cryptorchidism) in children**

### **兒童隱辜症治療**

#### **隱辜症是甚麼？**

隱辜症是男童最常見的先天性異常之一，足月出生的嬰兒約有 4% 患有此症，不足月者比例更高。男性胎兒的睪丸本來藏於腹腔，直至懷孕第 7 個月開始經腹股溝管下降至陰囊。如果發生任何異常情況令睪丸無法正常下降，則會導致隱辜症。患有隱辜症的嬰兒，超過一半在出生數月後睪丸會自行下降到位。如果嬰兒到 6 至 12 個月大時，隱辜仍然沒有下降，則應適時治療，以免令睪丸受損。

因此，仔細的檢查十分重要，除可確認隱辜的位置和狀況外，並可發現有否其他相關的異常情況。如果檢查未能摸到睪丸，睪丸可能還留在腹腔之內，或者已經萎縮（消失）或缺失。仔細的觸診是確認能否摸到睪丸的最重要方法。如果能摸到睪丸，則不必進行造影。如果摸不到睪丸，部分治療中心可能會在手術前進行超聲波或磁力共振造影。

#### **治療**

如果嬰兒到 6 至 12 個月大，睪丸仍未降至正常位置，則應進行手術治療，將睪丸移至陰囊。目前，手術是最可靠的治療方法。

#### **睪丸固定術**

這是治療可觸隱辜的標準方法。先在腹股溝位置開一小切口，進入腹股溝管，小心將睪丸、輸精管及睪丸血管與附近的組織分離，然後將相關的未閉鞘突封口，接著在陰囊上另開一個小切口，將睪丸牽引並固定在陰囊內，最後以可吸收的縫線分層縫合傷口。

#### **使用腹腔鏡**

腹腔鏡是分辨各種不可觸及睪丸之成因的最可靠方法。如果病人在全身麻醉後，睪丸仍然觸摸不到，則會進行腹腔鏡診斷。通過肚臍切口置入腹腔鏡套管，以二氧化碳撐脹腹部，然後插入腹腔鏡檢查腹腔。如有必要，可能需加插一、兩條腹腔鏡套管和腹腔鏡工具。如果確認是腹腔內隱辜症，則應進行一次過或分期的睪丸固定術。同樣，將在陰囊作一小切口，以將睪丸固定在陰囊內。如需進行分期手術，則先在睪丸附近切斷睪丸主血管，以讓睪丸副血管能夠增生，然後在 6 至 12 個月後再進行第二期的腹腔鏡手術。如果睪丸萎縮／消失，則可能需在腹股溝開一小切口以切除。傷口將以可吸收的縫線縫合。

#### **睪丸切除術**

睪丸切除術適用於出現睪丸萎縮或異常的病人，或已過青春期而出現一側腹腔內隱辜、但對側睪丸正常的病人。

## 手術前準備

兒童動手術必須全身麻醉。手術前必須按麻醉科醫生和外科醫生指定的時間禁止飲食。這些指示十分重要，必須嚴格遵守，否則有可能需要押後甚至取消手術。外科醫生會講解手術詳情，包括有關風險。請家長確定完全明白有關事項後，簽署同意書。此外，麻醉科醫生也會對病童進行評估，並詳細講解有關的麻醉程序和潛在風險。如果兒童有任何健康問題，例如敏感情況等，請告知醫生。

## 手術後護理

手術後，傷口將會有敷料遮蓋。醫生或護士會指示護理方法。病人可於手術數小時後恢復正常飲食，有需要時可服撲熱息痛等止痛藥。手術後應該盡量恢復日常活動，但數周內應避免劇烈運動。大部份病童即日或手術後一天出院，一般無需拆線，並請按醫生指示覆診。

## 併發症

總括而言，睪丸固定術（無論經腹股溝切口或腹腔鏡進行）十分安全，併發率不高。然而，此手術仍可能有若干併發症。家長應該就此徵詢外科醫生。

### 一般風險

1. 流血
2. 傷口血腫
3. 傷口感染、膿腫、裂開
4. 肥厚性疤痕
5. 尿瀦留

### 特定風險

1. 睪丸血管受損導致睪丸萎縮
2. 睪丸、附睪或輸精管損傷
3. 無法把睪丸放進陰囊
4. 隱辜症復發而需再動手術
5. 陰囊或腹股溝水腫
6. 反應性水腫
7. 神經受損，導致會陰及上半部大腿麻木
8. 腹腔鏡手術導致腹腔內器官損傷

### 罕見但嚴重風險（如有發生）

1. 主血管、大小腸、網膜、膀胱損傷
2. 嚴重出血

## 覆診

取決於臨床情況，患兒一般在術後當天至數天可出院，並安排到門診診所覆診。

### 病情展望

單邊隱辜病人的精子製造能力會較低，但生育率與常人無異。雙邊隱辜病人的精子製造能力和生育率都偏低。儘管經過適當治療，隱辜症病人仍有較高機會出現睪丸癌，因此手術後仍須定期覆診。

### 備註

本單張僅提供隱辜症及睪丸固定術的一般資料，並無盡錄所有併發症。其他未能預見的併發症均有可能發生。某些類別病人面對的實際風險可能有所不同。詳情請諮詢你的醫生。