

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。