成人腹股沟疝诊疗指南(2012 年版)

中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组

[**关键词**] 腹股沟疝;　诊断;　治疗;　指南

[**中图分类号**] R656.2^{+}1　[**文献标识码**] C　[DOI] 10.3969/j.issn.1005-6483.2013.06.001

中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组分别于 2001 年和 2003 年编写和修订了《成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案》(以下简称“方案”),对推动我国疝和腹壁外科的发展发挥了重要作用。近年来,随着手术技术的进步、材料学的发展以及循证医学研究的深入,疝和腹壁外科的临床证据也在不断的积累。目前,对于诊治原则及方法趋于达成共识。为此,中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组在 2011 年就以上“方案”进行反复的专题讨论,于 2012 年 5 月完成全面修订,并更名为《成人腹股沟疝诊疗指南》。现公布如下。

定义

腹股沟疝是指发生在腹股沟区域的腹外疝,即在腹股沟区域有向体表突出的疝囊结构存在,腹腔内器官或组织可通过先天的或后天形成的腹壁缺损进入疝囊。典型的腹股沟疝具有疝环、疝囊、疝内容物和疝被盖等结构。依据解剖学“肌耻骨孔”的概念,腹股沟疝包括斜疝、直疝、股疝及较为罕见的股血管前、外侧疝等。

腹股沟疝的病因和病理生理

一、病因

1. 鞘状突未闭:此为腹股沟疝发生的先天性因素。

2. 腹腔内压力变化:腹内压和瞬间的腹内压变化是发生腹外疝的动力。

3. 腹壁薄弱:各种引起组织胶原代谢及成分改变所致的腹壁薄弱,如老年人的组织胶原成分改变和腹壁肌肉萎缩,与腹股沟疝的发病有关。

4. 其他:遗传因素、吸烟、肥胖、下腹部低位切口等可能与疝发生有关。

二、病理生理

当腹腔内器官或组织进入疝囊后,由于疝环的存在,可压迫疝内容物,形成嵌顿疝。若为肠道时,可造成肠道的机械性梗阻而产生一系列临床表现和病理生理变化。随着受压时间延长,肠道出现水肿、渗出和血运障碍,如未及时治疗,可导致疝内容物坏死、穿孔,发生严重的腹膜炎,甚至危及患者生命。

腹股沟疝分类与分型

疝的分类与分型目的在于准确地描述病情,选择适宜的治疗方式和比较及评价各种治疗方法的效果。

一、分类

1. 按疝发生的解剖部位分类腹股沟疝可分为斜疝、直疝、股疝、复合疝等(这是临床上最常见的分类)。①斜疝:自内环进入腹股沟管的疝。②直疝:自直疝三角突起的疝。③股疝:经股环进入股管的疝。④复合疝:同时存在以上两种或两种以上类型的疝。⑤股血管周围疝:进入股血管前侧或外侧的疝,临床上较为罕见。

2. 按疝内容物进入疝囊状况分类可分为:①易复性疝:疝常在站立活动时出现,平卧休息或用手推送后可还纳腹腔。②难复性疝:疝不能完全还纳,但疝内容物无器质性病理改变。滑动性疝是难复性疝的一种,指腹腔内脏(如盲肠、乙状结肠、膀胱等)构成疝囊的一部分。③嵌顿性疝:疝内容物在疝环处受压,不能还纳,但尚未发生血运障碍。④绞窄性疝:嵌顿疝病程的延续,疝内容物出现了血运障碍,若不及时处理可发生严重的并发症,甚至因肠穿孔、腹膜炎而危及生命。

3. 特殊类型疝:由于进入疝囊的内容物相对特殊,对疾病的发展和治疗有一定的影响,包括:①Richter 疝。嵌顿的内容物仅为部分肠壁,虽有嵌顿或发生绞窄,但临床表现可无完全性肠梗阻。②Littre 疝。嵌顿的疝内容物为小肠憩室(通常为 Meckel 憩室)。此类疝亦易发生绞窄。③Maydl 疝。一种逆行性嵌顿疝,两个或更多的肠袢进入疝囊,其间的肠袢仍位于腹腔,形如“W”状,位于疝囊内的肠袢血运可以正常,但腹腔内的肠袢可能有坏死,需行全面检查。④Amyand 疝。疝内容物为阑尾,因阑尾伴有感染、脓肿而影响修补。

通讯作者:陈双,Email:chensh2@mail.sysu.edu.cn
唐健雄,Email:johnxiong@china.com

万方数据 医脉通 medlive.cn guide.medlive.cn

二、分型

迄今国内外已有10 余种腹股沟疝的分型，这些分型主要是描述腹壁缺损的状况，有人为划分的因素，目前仍有使用的有 CHARTS、Nyhus、Bendavid、Stoppa、EHS 及中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组（2003 年）等分型系统，但尚无一种分型被广泛接受和应用，在诸多分型中也无一种具备充分的循证医学证据支持。目前本学组在腹股沟疝的分型上也未达成完全统一的共识。故此，对使用何种分型方法无特别推荐。

诊断和鉴别诊断

一、诊断

典型的腹股沟疝可依据病史、症状（腹股沟区出现可复性包块，即站立时出现，平卧后可回还纳或消失）和查体确定诊断。当诊断不明确或有困难时可辅助 B 超、MRI 或 CT 等影像学检查，帮助诊断。通过影像学的疝囊重建技术常可对腹股沟疝获得明确诊断。

二、鉴别诊断

1. 腹股沟区存在包块时需要鉴别的疾病包括肿大的淋巴结、动脉瘤、静脉曲张（大隐静脉）、软组织肿瘤、脓肿、异位睾丸、子宫内膜异位症等。

2. 腹股沟区局部有疼痛不适症状时需要鉴别的疾病包括内收肌肌腱炎、耻骨骨膜炎、髋关节炎、髂耻滑囊炎、辐射性腰痛、子宫内膜异位症等。

治疗

成人腹股沟疝一旦形成尚无自行愈合的可能。局部注射等非手术方法既缺乏理论依据，也无临床证据支持，手术仍是目前惟一的治愈手段和方法。关于疝的手术方式，从循证医学角度来看，并不存在适用于所有类型疝修补的所谓“黄金术式”。应根据患者的具体情况和医生所掌握的技能加以选择。

一、治疗原则

1. 无症状的腹股沟疝可随诊观察。但若为股疝（出现嵌顿和绞窄几率较大）或近期发现疝囊增大者，应及时进行手术治疗。对因年老体弱等原因不能耐受手术者，可选择疝托行保守治疗。

2. 有症状的腹股沟疝应择期手术。

3. 嵌顿性及绞窄性疝应行急诊手术。

4. 无张力疝修补是目前外科治疗的主要方法，循证医学研究表明，无张力疝修补可减少术后疼痛，缩短恢复时间，降低疝复发率。补片植入需严格执行无菌原则。对嵌顿疝急诊手术是否使用补片仍有争议，对已污染手术创面不宜使用机体无法吸收的补片进行修补。

5. 复发疝手术治疗：避开前次手术创伤所造成的解剖不清和手术难度增加是复发疝手术治疗优先考虑的因素。如前次手术为常规开放手术，复发后再次手术采用后入路或腹腔镜手术修补。另外，术者的经验是复发疝治疗方式选择需要考虑的又一因素。

二、手术方法

按手术原理及修补层次，腹股沟疝手术方法可分为以下诸类。

1. 加强腹股沟后壁的经典缝合修补，如 Bassini、Shouldice 等术式。

2. 加强腹股沟后壁的无张力疝修补，如单纯平片修补（Lichtenstein、Trabucco 等）术式和网塞加平片修补（如 Rutkow、Millikan 等）术式。

3. 腹膜前间隙的无张力疝修补，如 Kugel、Gilbert、Stoppa 等修补术式。

4. 腹腔镜腹股沟疝修补：①经腹膜外路径的修补（TEP）。②经腹腔的腹膜前修补（TAPP）。③腹腔内的补片修补（IPOM）。

三、围手术期处理

1. 一般处理：①术前除常规的术前检查外，对老年患者需了解并检查心、肺、肾功能和血糖水平。②伴有慢性内科疾病的老年患者，应该在手术前对其危险性加以评估，尤其对伴呼吸和循环系统疾病者，需进行相关治疗和处理后再行手术。③存在引起腹内压增高因素者，如严重腹水、前列腺肥大、便秘和慢性咳嗽等，术前要给予积极的内科处理以获得症状缓解和改善。④如疝缺损巨大和内科情况不稳定者宜推迟手术治疗。

2. 抗生素的使用：常规腹股沟疝手术是否预防性应用抗生素目前尚有争议。有证据表明，对高危人群预防性应用抗生素可降低感染率，如存在感染高危因素包括高龄、糖尿病、肥胖、慢性呼吸道感染、多次复发疝、化疗或放疗后和其他可导致免疫功能低下原因。预防性抗生素应用时机应在切开皮肤前 30 ~ 45 min 开始静脉给药。

四、并发症

1. 早期并发症：包括手术部位的血肿和血清肿、阴囊血肿、阴囊积液、膀胱损伤、输精管损伤、尿潴留、早期伤口疼痛、切口感染伤等。

2. 晚期并发症：包括慢性疼痛、精索和睾丸并发症（缺血性睾丸炎、睾丸萎缩等）、迟发性深部补片感染等。

3. 复发：目前现有的各种手术方法治疗腹股沟疝仍有复发的可能，总体手术复发率在 1% ~ 3% 左右。疝复发的原因可归纳为患者自身因素和手术操作两个方面：①手术中疝囊分离不彻底，补片固定不妥当，术后血肿、感染等均为复发的因素。②患者有胶原代谢障碍、慢性代谢性疾病以及腹压增高等也是造成术后

万方数据 医脉通 medlive.cn guide.medlive.cn

复发的因素。

版本与更新

本指南在 2012 年完成和发布,故称之为 2012 年版。今后随着医学进步和临床证据的累积与更新,中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组还将定期对指南进行讨论、修订和更新。

执笔

陈双　唐健雄　马颂章

参加编写讨论人员(排名不分先后)

李基业　田文　陈思梦　雷文章　王小强　刘昶　杜晓宏
克力木·阿不都热依木　杨福全　郑启昌　周建平　赵渝
李健文　国永生　孙惠军　陈革

审订专家(排名不分先后)

赵玉沛　龚家镇　吴肇汉　郑树森　刘永锋　窦科峰　王杉
冷希圣　秦新裕　郑民华　肖乾虎　时德　陈规划　张太平
李宁　刘荫华　张忠涛　田利国　杨子明　任建安　姜可伟

(收稿日期:2013-06-05)

· 短篇报道 ·

局麻下无张力疝修补术后出现 ARDS 一例

孙宏斌　赵端仪

[中图分类号]R656.2　[文献标识码]D　[DOI]10.3969/j.issn.1005-6483.2013.06.002

患者,男,74 岁,因“发现双侧腹股沟区可复性包块 5 年余,难以还纳 1 年”入院。入院查体:生命体征正常,心肺未见明显异常。右下腹壁可见一范围约为 4.0 cm×8.0 cm 皮癣,表面可见抓痕及细微皮损,无活动性出血,双侧腹股沟区各可见一巨大疝块脱出,直径约 20 cm,坠入阴囊,手辅助可还纳入腹。术前常规实验室检查均未提示特殊异常。入院诊断:①双侧腹股沟疝;②体癣。入院后首先针对右下腹壁体癣局部用药治疗,待皮肤情况好转,查无明显手术禁忌证,遂在局麻下为患者行双侧腹股沟疝无张力修补术。手术时间约 90 min,术中患者情况良好,各项生命体征正常。术后常规予以持续低流量吸氧、心电监护、预防感染、止血、对症治疗。术后约 10 h,患者突然出现血氧饱和度下降,显示值波动于 75% 左右,血压 150/90 mmHg,呼吸 35 次/分,心率 150 次/分,伴高热,最高达 39.3℃,患者神志尚清,听诊左上肺呼吸音低,左中、下肺呼吸音未闻及,予以面罩吸氧、西地兰强心治疗无效,遂紧急行气管插管、呼吸机辅助呼吸、胃肠减压、抗感染、营养支持治疗,同时行血培养。经系统性治疗 4 d,患者症状逐渐好转,术后第12天,患者病愈出院。发病时血培养结果回报:凝固酶阴性葡萄球菌(CoNS)。出院诊断:①ARDS 左肺不张、肺部感染;②败血症;③双侧腹股沟疝;④体癣。

讨论　腹股沟疝无张力修补术是普外科常见手术,双侧巨大腹股沟疝患者亦并不少见。巨大腹股沟疝的特点是由于患者长期适应了因疝所形成的双腹腔低腹压状态,一旦疝内容物还纳腹腔,腹腔内容物增多,腹内压突然升高,将致使膈肌上抬,胸腔压力升高,肺实质压缩,肺容积下降,出现肺泡膨胀不全、肺毛细血管膜氧运能力下降、肺内分流(Qsp/Qt)增加、通气血流比失调、肺泡死腔量增加,出现低氧血症和 CO_2 蓄积,当这种情况持续一定的时间后(多数于 24 h 内),会不同程度的导致心肺功能障碍。在该病例中,尽管患者术前检查未提示特殊异常,但手术客观造成了腹腔内容物体积增大(或腹腔容积相对减小),进而形成腹腔内高压,最终导致了对心肺功能的损伤,为继发 ARDS 奠定了病理生理基础。其次,我们认为诱发 ARDS 的原因系患者术前一直存在慢性感染。据资料显示,虽然 CoNS 是人体皮肤的正常菌群,但已被认为是真正的病原菌,CoNS 原发入侵通道为经皮肤破损处进入体内,可以产生毒力因子而具有严重的致病性。在该病例中,患者血培养发现 CoNS 阳性,因手术或其他侵袭性操作造成的院内感染发病时间一般不会出现在数小时以内,所以我们认为患者术前存在着慢性感染的基础状态。由于术前患者一直患有体癣,局部皮肤的细微破损为 CoNS 入侵体内致病提供了良好渠道,术后患者机体免疫能力下降、心肺功能障碍,造成了 CoNS 爆发感染,导致败血症、急性肺部感染、肺不张,最终诱发了 ARDS。

老年患者常合并心肺功能减退、慢性支气管炎、慢性炎症、营养不良、糖尿病等基础疾病,病情往往较为复杂,治疗及护理较为困难,术后更易出现心肺方面的并发症。故在对老年腹股沟疝患者进行还纳修补手术之前,我们建议:①重视每一台常规手术,术前需要与患者及家属进行充分完善的沟通;②除普外科常规术前检查外,还需针对心肺功能进行重点检查,充分评估手术风险,尤其针对存在有基础心肺疾病、慢性感染的患者;③建议术前常规预防性使用抗生素;④手术应选择在对患者影响较小、术后利于恢复的局麻方式下进行;⑤术后密切监测生命体征、血常规、血气分析等,选择合适的抗生素,重视营养支持。

[作者简介]孙宏斌(1981－),男,主治医师。

(收稿日期:2013-03-14)

作者单位:430060,武汉,武警湖北总队医院胃肠外科

成人腹股沟疝诊疗指南(2012年版)

作者：　中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组
作者单位：
刊名：　临床外科杂志ISTIC
英文刊名：　JOURNAL OF CLINICAL SURGERY
年，卷(期)：　2013,21(6)

本文链接：http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcwkzz201306001.aspx