

腹壁切口疝诊疗指南(2012 年版)

中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组

[关键词] 腹壁切口疝; 诊断; 治疗; 指南

[中图分类号] R656.2*4 [文献标识码] C [DOI] 10.3969/j.issn.1005-6483.2013.06.003

中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组曾于 2003 年组织编写了《腹部手术切口疝手术治疗方案(草案)》(以下简称“方案”)。这一方案对我国疝外科的发展和规范起到了举足轻重的作用。目前,随着修补技术和材料学不断发展以及临床证据的累积,原方案中的一些内容已不能适应目前腹壁切口疝诊疗要求。为此,中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组在 2011 年就上述方案进行了反复的讨论,于 2012 年 5 月完成修订,并将其更名为《腹部切口疝诊疗指南(2012 年版)》。现公布如下。

腹壁切口疝定义

腹壁切口疝是由于腹壁切口的筋膜和/或肌层未能完全愈合,在腹内压力的作用下而形成的疝,其疝囊可有完整的或不完整的腹膜上皮。在查体中可触及或影像学检查中可发现切口下的腹壁肌肉筋膜缺损,缺损处可伴有或不伴有腹腔内脏器的突出。

腹壁切口疝病因和病理

一、病因

腹壁切口疝的病因复杂而多样,可包括来自患者自身和与手术操作相关两方面的因素。

1. 患者的年龄、体重、营养状况等无法改变或不易改变的因素影响着腹壁切口的愈合,如高龄、营养不良、糖尿病、肥胖、长期使用类固醇激素等不利于手术创伤的恢复,其中包括切口的愈合。

2. 手术时切口的缝合关闭操作不当是切口疝的原因之一。

3. 术后出现切口的血肿、感染或皮下脂肪无菌性坏死、液化等也是切口疝的诱因。

4. 术后的腹胀、腹内压增高,如慢性咳嗽和慢性阻塞性肺病(COPD)等可影响腹壁切口的愈合,是形成切口疝的因素之一。

二、病理和病理生理

1. 局部皮肤改变:多见于巨大切口疝,疝囊底部的皮肤或瘢痕组织变薄及颜色改变。

2. 疝边缘肌肉筋膜的变化:切口疝发生后,腹壁肌肉和筋膜向疝环的两侧收缩、移位,肌筋膜萎缩、出现脂肪变性及腱膜回缩,使缺损边缘变硬。特别是某些部位的切口疝,如剑突下、肋缘下和耻骨上,其缺损边缘的一部分仅为骨性或软骨组织。

3. 切口疝的疝囊容积增大对全身的影响:腹壁的正常功能是由腹壁的 4 对肌肉(腹直肌、腹外斜肌、腹内斜肌和腹横肌)与膈肌共同维持。胸腔和腹腔压力相互影响和协调,参与并调节呼吸和回心血量等重要的生理过程。当腹壁有缺损(切口疝)时,缺损部分的腹壁失去腹肌和膈肌的控制和约束。若为小切口疝,腹壁的缺损靠其余的腹肌与膈肌代偿。但在胸、腹压力持续不断的作用下,随着病程的延续,切口疝(疝囊容积)逐渐增大。若未获有效的治疗与控制,最终可失代偿,腹腔内脏逐步移出原来的位置进入疝囊。疝囊容积与腹腔容积之比也发生变化,可能对机体的呼吸、循环系统构成威胁,这种状态称之为“巨大切口疝伴有腹壁功能不全(loss of abdominal domain)”。患者可伴有以下改变:①呼吸和循环系统:由于腹壁缺损巨大,呼吸时腹肌和膈肌均作用受限。腹部疝的向外突起使得膈肌下移,腹腔内脏向外移位,胸内压降低,肺活量减少,回心血量减少,心肺功能及储备功能均会进一步降低。②腹腔脏器:主要是空腔脏器,肠道及膀胱尤为明显。内脏的疝出移位,腹腔压力降低,易使空腔脏器扩张,并影响其血液循环和自身的蠕动,加之腹肌功能受限,常引起排便困难和排尿困难。③脊柱形态改变:从整体来看,桶状的腹腔形态对维持脊柱的三维结构和稳定有一定的作用,前腹壁的肌肉对脊柱具有前支架样的作用。当腹壁肌肉因切口疝发生缺损和薄弱时,这种前支架作用受损,可导致或加重脊柱变形,巨大切口疝患者可出现姿态改变和脊柱疼痛。

综上所述,若患者存在巨大切口疝伴有腹壁功能不全时,意味手术修补存在较大的风险。因此,需对患

者进行充分的术前评估和细致的准备。

腹壁切口疝分类

由于切口的不同,切口疝在发生部位和缺损大小上存在着差异,这也造成了修补难度和疗效存在着较大的差异。因此,制定一个理想的切口疝分类方法对选择修补术式和方法、评估疗效具有重要意义。然而,目前国际上尚无统一的分类方法。依据欧洲疝学会切口疝分类方法,结合我国的临床实际,切口疝的分类应从以下三方面进行全面的评估。

一、依据腹壁缺损大小分类

1. 小切口疝:疝环最大径 $< 3\text{ cm}$ 。
2. 中切口疝:疝环最大径 $3 \sim 5\text{ cm}$ 。
3. 大切口疝:疝环最大径 $> 5 \sim 10\text{ cm}$ 。
4. 巨大切口疝:疝环最大径 10 cm ,或疝囊容积与腹腔容积的比值 > 0.15 (不论其疝环最大径为多少)。

二、依据疝缺损部位分类

1. 中线切口疝:包括剑突下切口疝、脐上切口疝、脐下切口疝、耻骨上切口疝。
2. 侧腹壁切口疝:包括肋缘下切口疝、腹股沟区切口疝和肋髂间切口疝。

三、依据是否为疝的复发分类

可分为初发切口疝和复发切口疝。

诊断

典型的切口疝通过临床表现及查体便可明确诊断,对于小而隐匿的切口疝可采用 B 超、CT 或 MRI 辅助检查。CT 或 MRI 除了可以清楚地显示腹壁缺损的位置、大小、疝内容物其与腹内脏器的关系外,还可用于计算疝囊容积和腹腔容积、评价腹壁的力度与弹性,有助于临床治疗。

治疗

腹部手术切口疝不能自愈,而且随着病程和年龄的增加有增大的趋势。因此,除有禁忌证者外,对切口疝患者均需采取积极的治疗。

一、治疗原则

1. 不宜手术或暂不宜手术的患者可采用腹带限制切口疝的增大和发展。
2. 中等以上的切口疝应使用材料修补。
3. 使用材料修补时应尽可能关闭肌筋膜缺损。

二、手术时机选择

1. 对于无感染的初发切口疝和复发疝患者,建议在切口愈合后,经过一段时间的临床观察随访,再行修补手术。对有切口感染的患者,建议在感染彻底治愈、切口愈合后,经过一段时间观察(至少 3 个月或更长时间)再行修补手术。

2. 对曾使用补片材料修补并出现感染的复发性疝

患者,应在感染治愈、切口愈合后,经过半年或更长时间观察再行修补。

3. 在急诊手术时,应慎重使用补片材料,要考虑到术后感染的风险,对有污染的创面可选择可吸收的修补材料。

三、手术方法

1. 单纯缝合修补:适用于小切口疝。宜采用不吸收缝线,连续缝合(缝线长度:切口长度 = 4:1)为宜。但有证据表明,行单纯缝合修补手术 5 年后的复发率较高。

2. 加用补片的修补:适用于腹壁缺损为中切口疝以上的患者。根据补片在腹壁重建时放置的层次,可以分为:①腹壁肌肉前放置(onlay/overlay)。②腹壁缺损间放置(inlay)。③腹壁肌肉后(腹膜前间隙)放置(sublay)。④腹腔内紧贴腹膜放置(IPOM/underlay)。需要强调的是,采用这种修补时,补片材料应具有防止粘连特性,腹腔镜下行切口疝修补大多属这类方法。

3. 腹壁减张扩容同时加用补片材料的修补:即组织结构分离技术(component separation technique):用补片加强腹壁方法,适用于中线或近中线的腹壁大切口疝和巨大切口疝患者。

四、围手术期处理

1. 术前准备:积极处理腹部手术切口疝患者伴有的全身性疾病。严密监测呼吸功能,包括常规胸部 X 线检查、肺功能及血气分析。对伴有呼吸功能不全的患者要进行充分的术前准备:肺部有感染者,术前应用抗生素治疗,感染控制后 1 周再行手术。通过深呼吸进行胸廓及膈肌锻炼。吸烟者术前 2 周戒烟。对于巨大切口疝,特别是疝囊容积与腹腔容积的比值 > 0.15 的巨大疝,为防止疝内物还纳腹腔后发生呼吸衰竭及腹腔间隔室综合征,术前应进行腹腔扩容及腹肌顺应性训练。可在术前 2~3 周始将疝内容物还纳腹腔,加用腹带束扎腹部或用渐进性人工气腹进行腹腔扩容。经过以上准备措施实施 2~3 周后,患者的肺功能及血气分析结果应有明显改善,再行手术治疗。

2. 术前预防性抗生素的使用:预防性应用抗生素可明显降低腹部手术切口疝感染发生率,特别是对于高龄、糖尿病、免疫功能低下、巨大或多次复切口疝、使用大块生物材料修补和切口可能遭受消化道细菌感染的患者。

3. 手术后处理:①根据经验和细菌学监测指标进行调整术后抗生素应用,持续时间应根据患者情况而定。②保证闭式引流的密闭和引流的通畅,引流管的去除需根据引流量及引流时间而定。③术后用腹带包

扎腹部时间在 3 个月以上,确保切口的完全愈合。术后早期患者可在床上活动,2~3 d 后可下床活动。但术后 3~6 个月内禁止剧烈活动和重体力劳动。

版本与更新

本指南在 2012 年完成和发布,故称之为“腹壁切口疝诊疗指南(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

李基业 陈双 唐健雄 田文

参与编写讨论人员(排名不分先后)

马颂章 陈思梦 克力木·阿不都热依木 周建平 王小强 刘昶 杜晓宏 杨福全 郑启昌 雷文章 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 李宁 郑民华 肖乾虎 陈规划 张太平 时德 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 ·

腹股沟嵌顿疝并腹茧症一例

雒强 栾谦梅 陈继发

[中图分类号] R656.2*1 [文献标识码] D [DOI] 10.3969/j.issn.1005-6483.2013.06.004

患者,男,73 岁,因左侧腹股沟肿物突出不能还纳伴腹痛 9 h,于 2012 年 10 月 11 日急诊入院。体检:T 36.8℃,P 70 次/分,R 18 次/分,BP 140/90 mmHg。腹部膨隆,未见胃肠形,左侧腹肌紧张,左侧腹部压痛,轻反跳痛,未扪及包块,肠鸣音 3 次/分,未闻及气过水声,移动性浊音阴性,左侧腹股沟区见一约 15 cm × 10 cm 包块,进入阴囊,不能还纳,触痛明显,双侧睾丸均可及。腹透见数个液平。外周血白细胞 8.7 × 10⁹/L,中性粒细胞 75.1%,血红蛋白 127 g/L。全腹 CT 示腹壁疝、肠梗阻。既往有左侧腹股沟斜疝病史 10 余年,高血压病史 10 余年,慢性气管支病史 30 余年。初步诊断:左侧腹股沟嵌顿疝。安排急诊手术。术中取左侧腹股沟切口,见疝内容物为小肠及部分乙状结肠,粘连成团,肠管血运正常,

与疝囊壁粘连致密,分离困难,难以还纳。另取经左侧腹直肌探查切口入腹,探查见腹腔内肠管、腹膜均广泛粘连,致密如蚕茧,大网膜缺如,术中诊断:腹茧症,左侧腹股沟斜疝并嵌顿。仔细分离出疝囊至囊颈部,见腹膜外脂肪,将疝内容物还纳入腹,高位结扎疝囊,修补内环口,腹外斜肌腱膜内侧缘与腹股沟韧带间断缝合,腹外斜肌腱膜外侧缘重叠缝合于内侧腹外斜肌腱膜上。术后恢复顺利,3 d 排气,术后出现阴囊肿胀,7 d 后消退,腹部及腹股沟切口均无感染。7 d 拆线出院。随访 1 个月无复发,无明显腹部症状。出院诊断:左侧腹股沟斜疝并嵌顿、腹茧症。

讨论 腹茧症是临床少见的腹膜疾病,又称特发性硬化性腹膜炎、局限性小肠外膜包绕症、先天性小肠禁锢症、小肠茧状包裹症等,典型表现是腹腔部分或全部小肠聚集成团,被一层致密的纤维膜包裹,形似蚕茧,临床上可分为原发性

和继发性两类,原发性多考虑为腹膜先天发育异常所致,继发性多认为有腹腔内异常刺激(如腹腔手术、长期腹膜透析、腹膜炎、药物、感染、异物等)诱发腹腔内纤维蛋白渗出机化形成纤维膜所致。本例无其他相关病史,术中发现大网膜缺如,故考虑为先天发育异常。腹茧症合并腹股沟疝临床更为少见,本例腹股沟斜疝病史十余年,疝囊逐渐缓慢增大,平卧不缩小,也不能还纳消失,本次发病原因考虑巨大疝囊嵌顿、肠梗阻,术中发现也支持。临床医生应对合并腹茧症的腹股沟疝提高警惕,迅速诊断,正确决定手术方式,避免在反复盲目寻找疝囊过程中对肠管的误切损伤,尽量避免开腹探查。

[作者简介]雒强(1972-),男,硕士,主治医师。

(收稿日期:2013-03-16)

作者单位:266200 山东省即墨市人民医院普外科

腹壁切口疝诊疗指南(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](#) 
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_lewkzz201306003.aspx