

指南与共识

文章编号:1005-2208(2014)06-0484-03

DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2014.06.05

成人腹股沟疝诊疗指南(2014年版)

中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组
中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科医师委员会

中图分类号:R6 文献标志码:A

【关键词】 成人;腹股沟疝;指南

Keywords adult; inguinal hernia; guideline

为提高我国疝和腹壁外科的诊疗水平,中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组与中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科医师委员会互相协作,从2013年着手准备,于2014年初组织修订,反复讨论,最终完成《成人腹股沟疝诊疗指南(2014年版)》(以下简称为“指南”)。本“指南”的前身为《成人腹股沟疝诊疗指南(2012版)》^[1],本次修订依据国内外近年有关学科的进展和我国的国情,增添了一些条款,还增加了“指南”中的部分附件(腹股沟疝的常规修补方法和腹腔镜修补方法),目的在于强调腹股沟疝外科治疗的专业化和规范化,进一步提高我国疝外科的治疗水平。

1 定义

腹股沟疝是指发生在腹股沟区域的腹外疝,即在腹股沟区域腹壁存在缺损,有突向体表的疝囊结构,腹腔内的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。依据解剖学上的“肌耻骨孔”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。

2 病因和病理生理

2.1 病因 (1)鞘状突未闭。是腹股沟疝发生的先天性因素。(2)腹腔内压力。腹内压和瞬间的腹内压变化是产生腹外疝的动力。(3)腹壁局部薄弱。各种引起腹股沟区域腹壁的组织胶原代谢或成份改变所致的腹壁薄弱与腹股沟疝的发病有关。(4)其他。遗传因素、长期吸烟、肥胖、下腹部低位切口等可能与腹股沟疝的发生有关。

2.2 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。若为肠管时,可

造成肠管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,肠管出现水肿、渗出和被嵌顿肠管发生血运障碍,若未及时治疗,可导致疝内容物坏死,穿孔,产生严重的腹膜炎,甚至危及生命。

3 分类与分型

对腹股沟疝进行分类与分型的目的是:(1)准确的描述病情;(2)选择适宜的治疗方案;(3)比较及评价不同方法的治疗效果。

3.1 分类

3.1.1 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。(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:位于股血管前或外侧的疝,临床上较为罕见。

3.1.2 按疝内容物进入疝囊的状况分类 可分为:(1)易复性疝。疝常在站立或活动时出现,平卧休息后或用手推送后可回纳腹腔。(2)难复性疝。疝不能完全回纳,但疝内容物未发生器质性病理改变。滑动性疝属难复性疝的一种类型,因其有部分疝囊是由腹腔内脏(如盲肠)所构成。(3)嵌顿性疝。疝内容物在疝环处受压,不能还纳,可有某些临床症状(如,腹痛和消化道梗阻的表现)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。

3.1.3 特殊类型的疝 由于进入疝囊的内容物相对特殊,对疾病的发展和治理有一定的影响,包括:(1)Richter疝。嵌顿的内容物仅为部分肠壁,即使出现嵌顿或发生了绞窄,但临床上可无肠梗阻的表现。(2)Littre疝。嵌顿的疝内容物是小肠憩室(通常为Meckel憩室)。此类疝亦易发生绞窄。(3)Maydl疝。一种逆行性嵌顿疝,两个或更多的肠

通讯作者:陈双, E-mail: sysusc@126.com; 唐健雄, E-mail: johnxiong@china.com

祥进入疝囊,其间的肠祥仍位于腹腔,形如“W”状,位于疝囊内的肠祥血运可以正常,但腹腔内的肠祥可能有坏死,需要全面的检查。(4) Amyand疝^[2]。疝内容物为阑尾,因阑尾常可并发炎症、坏死和化脓而影响修补。

3.2 分型 是在疝分类的基础上对疝病情做更为细致的划分。目前国内外已有10余种腹股沟疝的分型,其标准是否恰当,仍缺乏临床证据。所以,现有的分型系统仍不完善,而且有一定的主观色彩。现阶段仍在使用的有CHARTS、Nyhus、Bendavid、Stoppa、EHS等分型系统^[3-4]。本次修订中认为:现有的分型系统可以参照,但不作为标准推荐。

4 诊断和鉴别诊断

4.1 诊断 典型的腹股沟疝可依据病史、症状和体格检查确立诊断^[5-6]。诊断不明确或有困难时可辅助B超、MRI或CT等影像学检查,帮助建立诊断。影像学中的疝囊重建技术常可对腹股沟疝做出明确诊断^[7]。

4.2 鉴别诊断 推荐在作出腹股沟疝诊断时,还应常规进行鉴别诊断,全面考虑,防止发生对非疝病人进行疝的手术^[8]。

4.2.1 对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(静)脉瘤、软组织肿瘤、脓肿、异位睾丸、圆韧带囊肿、子宫内膜异位症等。

4.2.2 对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、放射性腰痛、子宫内膜异位症等。

5 治疗

临床上几乎所有的腹股沟疝均为行外科手术治疗而获得痊愈。目前国内医疗市场上仍存在某些非手术治疗方法,如“疝的局部注射”等,既不符合科学原理,又可能给病人带来一系列并发症,应予以摒弃。就手术方式和方法而言,外科医师应根据病人的情况及自身所掌握的技能进行选择。

5.1 治疗原则和手术指征 (1)无症状的腹股沟疝,依据循证医学的证据,可随诊观察,也可择期手术治疗^[9-10]。若为股疝(因发生嵌顿和绞窄概率较高或近期发现疝囊增大明显者,推荐及时进行手术治疗)。对因年老体弱等原因不能耐受手术者,也可选择疝托进行保守治疗。(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)对于复发疝行手术治疗时,应避开前次手术创伤所造成的解剖困难,这是需要考虑的选择(如前次手术为常规开放手术,复发后再次手术采用后入或腹腔镜手术修补)。另外,医生的资质和经验也是复发疝治疗时需要考虑的又一因素。

5.2 手术禁忌证和注意事项 (1)非急诊的腹股沟疝属无菌手术,因此,凡手术区域存在感染病灶者应视为手术禁

忌证。(2)相对禁忌证及注意事项: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,术前行相应的处理,以减少术后早期复发及其他并发症的发生。(3)对腹壁缺损巨大和疝囊腔巨大病人,推荐采用多学科治疗模式。请整形科、呼吸科及重症监护科等多学科会诊,共同参与、制订手术方案,预防腹腔间室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)的发生。(4)手术风险评估,推荐使用美国麻醉医师协会(ASA)手术风险评估标准^[11]。

5.3 手术医生资质和培训 (1)常规的腹股沟疝修补手术不是“简单的小手术”,手术医生需要取得行医执照、完成住院医师培训和相应的手术培训。(2)开展腹腔镜疝修补手术的医师还需要在上述基础上,另外再完成相应的腹腔镜技能培训并通过考核。(3)疝和腹壁外科医师培训应在具有相应资质的培训中心完成(按中华医学会或中国医师协会的相关规定)。

5.4 腹股沟疝修补材料 使用修补材料进行无张力疝修补是目前外科治疗的主要方法。证据医学表明,使用修补材料的手术可减轻病人术后疼痛,缩短恢复时间,降低疝复发率^[12-13]。

疝修补材料分为可吸收材料、部分可吸收材料和不吸收材料等多种。修补材料的植入需严格执行无菌原则。对嵌顿疝行急诊手术不推荐使用材料,对有污染可能的手术,不推荐使用不吸收材料进行修补。

5.5 手术操作方法 腹股沟疝手术治疗可分为常规手术和腹腔镜手术。

5.5.1 常规手术 可进一步分为组织对组织的张力缝合修补(也称之为经典手术),如Bassini、Shouldice等术式和使用疝修补材料的无张力疝修补手术。

无张力疝修补术有加强腹股沟后壁的,如单纯平片修补(Lichtenstein、Trabucco等)术式和网塞-平片修补(如Rutkow、Millikan等)术式,以及针对“肌耻骨孔”的腹膜前间隙的无张力疝修补,如Kugel、Gilbert、Stoppa等修补术式。

5.5.2 腹腔镜腹股沟疝修补 依据手术路径和原理分为:(1)经腹膜外路径的修补(TEP)。因不进入腹膜腔,对腹腔内器官干扰较轻是其优点^[14-15]。(2)经腹腔的腹膜前修补(TAPP)。因进入腹腔,更易发现双侧疝、复合疝和隐匿疝。对于嵌顿疝及疝内容物不易还纳的病例,也便于观察与处理^[14-15]。(3)腹腔内的补片修补(IPOM)。在以上两种方法实施有困难时使用,暂不推荐作为腹腔镜手术的首选方法^[16]。行该方法修补时,修补材料须用具有防粘连作用的材料。

5.6 围手术期处理

5.6.1 一般处理 (1)术前除常规的术前检查外,对老年病人还需了解并检查心、肺、肾功能和血糖水平。(2)伴有慢性内科疾病的老年病人,应该在手术前对其危险性加以评估,尤其对呼吸和循环系统疾病病人,需治疗和处理后再进

行手术。

5.6.2 关于抗生素的使用 腹股沟疝手术是否常规预防性应用抗生素目前尚有争论^[17]。有证据表明,对高危人群预防性应用抗生素可降低感染发生率^[18]。(1)高危因素包括:高龄、糖尿病、肥胖、消瘦、多次复发疝、化疗或放疗后和其他免疫功能低下状况等。(2)关于预防性抗生素应用时机,推荐在切开皮肤前30 min至1 h开始静脉给药。

5.7 并发症

5.7.1 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。

5.7.2 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)、迟发性补片感染、补片移位等。

5.7.3 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%。疝复发的原因可归纳为手术操作和病人自身两个方面,如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;病人有胶原代谢障碍、慢性代谢性疾病以及腹压增高也是复发的因素。

6 版本与更新

本指南在2014年完成和发布,故称之为《成人腹股沟疝的诊疗规范(2014年版)》。今后随着医学进步和临床证据的累积与更新,我们还将定期对“指南”进行讨论、修订和更新。

(《常规腹股沟疝修补方法》及《腔镜下腹股沟疝修补方法》详见另文)

参与《成人腹股沟疝诊疗指南(2014年版)》编写及讨论人员(排名不分先后):唐健雄,李健文,李基业,黄鹤光,顾岩、陈杰,陈思梦、陈革,周建平,田文,克力木·阿不都热依木,路夷平,谭敏,石玉龙、王小强,赵渝,雷文章,杜晓宏,刘昶,牟一平,杨福全,沈倩云,翁山耕,武彪,马颂章,杨斌,陈双

参 考 文 献

[1] 中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝诊疗指南[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(10): 833-835.

[2] Inan I, Myers PO, Hagen ME, et al. Amyand's hernia: 10 years' experience[J]. Surgeon, 2009, 7(4):198-202.

[3] Miserez M1, Alexandre JH, Campanelli G, et al. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember[J]. Hernia, 2007, 11(2):113-116.

[4] Nyhus LM. Classification of groin hernia: milestones [J]. Hernia, 2004, 8(2):87-88.

[5] van den Berg JC, de Valois JC, Go PM, et al. Detection of groin hernia with physical examination, ultrasound, and MRI compared with laparoscopic findings [J]. Invest Radiol, 1999, 34(12): 739-743.

[6] Kraft BM, Kolb H, Kuckuk B, et al. Diagnosis and classification of inguinal hernias [J]. Surg Endosc, 2003, 17(12):2021-2024.

[7] Hureibi KA, McLatchie GR, Kidambi AV, et al. Is herniography useful and safe? [J]. Eur J Radiol, 2011, 80(2):86-90.

[8] Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients [J]. Hernia, 2009, 13(4):343-403.

[9] Fitzgibbons RJ Jr1, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial [J]. JAMA, 2006, 295(3): 285-292.

[10] O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, et al. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial [J]. Ann Surg, 2006, 244(2):167-173.

[11] Wolters U, Wolf T, Stutzer H, et al. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome [J]. Br J Anaesth, 1996, 77(2):217-222.

[12] NW, McCormack K, Graham P, Go PM, et al. Open mesh versus non-mesh for repair of femoral and inguinal hernia [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2002, 4:CD002197.

[13] Van Veen RN, Wijsmuller AR, Vrijland WW, et al. Long-term follow-up of a randomized clinical trial of non-mesh versus mesh repair of primary inguinal hernia [J]. Br J Surg, 2007, 94(4):506-510.

[14] R. Bittner, M.E. Arregui, T. Bisgaard, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)] [J]. Surg Endosc, 2011, 25(9):2773-2843.

[15] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组, 中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组, 大中华腹腔镜外科学院. 腹股沟疝腹腔镜手术规范化操作指南 [J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(7):566-570.

[16] Jonathan Carter, Quan-Yang Duh. Laparoscopic Repair of Inguinal Hernias [J]. World J Surg, 2011, 35(7): 1519-1525.

[17] Sanchez-Manuel FJ, Lozano-Garcia J, Seco-Gil JL. Antibiotic prophylaxis for hernia repair [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 2:CD00376.

[18] Mazaki T1, Mado K, Masuda H, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after tension-free hernia repair: a Bayesian and frequentist meta-analysis [J]. J Am Coll Surg, 2013, 217(5):788-801.

(2014-05-02收稿)