

# 复杂腹股沟疝的治疗

任峰, 刘刚磊, 周建平

中南大学湘雅二医院老年外科(长沙 410011)



腹股沟疝在腹外疝病例数中的占比为 75%, 绝大部分需要手术治疗, 且绝大多数修补手术为常规安全手术<sup>[1-2]</sup>。粗略估计, 每年全世界范围内初发腹股沟疝修补手术量约为 2 000 万例<sup>[3]</sup>。然而, 如果没有良好的围手术期评估, 很多腹股沟疝手术在操作过程中会面临巨大的困难, 为患者及医生带来麻烦。笔者结合指南及文献, 阐述了几类较复杂的腹股沟疝的治疗: ① 巨大阴囊疝; ② 滑疝; ③ 复发疝; ④ 需要急诊处理的腹股沟疝, 总结如下。

## 1 巨大阴囊疝

1987 年, 有文献将巨大阴囊疝定义为比脑袋大的阴囊疝<sup>[4]</sup>。2002 年, 有文献<sup>[5]</sup>将之定义为腹股沟疝突入阴囊, 底端低于大腿中点。2014 年的 1 篇文章<sup>[6]</sup>报道了一类较新的分型, 将巨大阴囊疝分为 3 个等级, 并给出了治疗方法: I 度, 疝囊底部位于大腿中点与膝盖连线的上半段, 在监测腹内压和胸腔内压的情况下, 术中往往可以复位、行疝修补; II 度, 疝囊底部位于大腿中点与膝盖连线的下半段, 大多数需要减容或增加腹腔容积后, 再行复位、修补手术; III 度, 疝囊底部位于膝盖以下, 需要先进行减容或增加腹腔容积, 禁忌直接完全复位、修补。

因为复位、修补巨大阴囊疝可能导致严重的心肺并发症和严重血肿, 且复发率高, 需要医生谨慎对待。周全的术前评估和术前准备是必须的: 我们需要评估患者的心脑血管系统、呼吸系统、泌尿系统及麻醉的耐受性情况, 需要泌尿外科、整形外科及麻醉科医生协同进行术前讨论。需完善 CT 或 MRI 检查, 查看疝囊内容物情况、腹腔脏器情况、睾丸情况及有无合并其他占位性疾病, 以指导术中减容方法、睾丸是否需要切除及多余阴囊皮肤整形方法。手术入路主要为开放前路, 主流选择为李金斯坦无张力网片修补术<sup>[6]</sup>。术中针对 II 度和 III 度

巨大阴囊疝, 为避免胸腹腔巨大压力变化, 主流方法有 2 种: 第 1 种是主动减容, 切除部分内容物; 第 2 种是增加腹腔容量。第 1 种方法应用较多, 可以切除网膜、部分小肠或部分大肠, 存在感染风险<sup>[6]</sup>。第 2 种方法效果不佳, 往往增加的是疝囊的容积。大部分巨大阴囊患者伴随有睾丸萎缩, 需要泌尿外科协同指导是否行睾丸切除。针对大面积的阴囊皮肤, 整形科医生可以协同行整形手术, 也有文献<sup>[7]</sup>报道可以保留阴囊壁皮肤以备腹腔压力过大时临时开放疝环进行补救。术后通过密切监测呼吸及出入水量来评估可能的胸腹腔压力的影响。在肠道通气前, 建议给予呼吸支持<sup>[7]</sup>。总之, 需要精确的术前准备、术前多学科讨论、术后监测, 以及良好的医患沟通。

## 2 滑疝

滑疝往往在术中诊断, 术前很难评估, 多发生于老年男性, 多为左侧斜疝。文献<sup>[2]</sup>报道, 腹股沟疝修补术中发现滑疝的比例为 3%~8%。因滑疝往往涉及结肠、膀胱等脏器, 术中容易引起副损伤, 且伴随腹膜缺损, 需要外科医生重视。

2012 年, 有文献<sup>[8]</sup>根据疝囊与脏器的关系, 将滑疝分为 3 类: I 类, 疝囊壁的一部分为腹腔脏器的壁; II 类, 腹腔脏器及对应系膜为疝囊壁的一部分; III 类, 腹腔脏器本身为疝出物, 无或者很少腹膜组成的疝囊壁, 该类较少, 仅占腹股沟疝的 0.01%。

术前应详细询问排便和排尿情况, 完善超声等常规检查。术前诊断明确而术中难以找到疝囊者, 术中若发现无完整疝囊结构的疝块, 其周围有较多脂肪组织、较多粗大静脉, 或遇到肌肉组织等情况时, 应高度警惕, 可试行细针诊断性穿刺及充盈膀胱检测<sup>[9]</sup>。为避免破坏不明确的结构, 仔细解剖是操作关键。

可疑滑疝的患者, 尽量避免高位结扎。开放手术中, 针对中、小疝囊, 尽量避免打开疝囊, 进行完全的游离及回纳, 且需仔细、轻柔地操作, 这样虽

会遗漏滑疝,但不会有明显损伤;针对较大疝囊,无法完全游离或完全游离则创面过大,需打开、横断疝囊时,打开、缝扎位置需清晰,以防止副损伤。腹腔镜手术不是滑疝的禁忌术式,然而其对术者的技术要求较高,文献<sup>[8]</sup>报道,中转开放的比例高达10%。

### 3 复发性腹股沟疝

随着随访时间的变化,腹股沟疝术后的复发率有所变化。初步数据显示,在全世界每年约2 000万例初发腹股沟疝手术患者人群中,复发率高达15%<sup>[10]</sup>。复发疝问题带来了巨大的社会消耗,也给医生和患者带来了巨大的困扰。虽然有观点认为复发疝可以先观察,然后结合患者感受及意见决定是否手术,但大部分患者仍需再次手术<sup>[11-13]</sup>。目前,关于复发疝是直接手术还是先观察,仍有争论<sup>[14]</sup>。复发疝的手术难度明显高于初发疝,需要有经验的外科医生完成。

初次行前入路修补的复发疝,若首次未放置网片,再次手术可以考虑前入路、开放或腹腔镜后入路。有文献<sup>[15]</sup>提示,复发疝中股疝的概率高达9%,因此若行前入路手术需探查股疝区。若首次修补手术放置了网片,再次手术为了避免引起睾丸萎缩、神经损伤等并发症,尽量避免瘢痕入路,选择开放或腹腔镜后入路,其中腹腔镜后入路视野更清晰,可较好地避开瘢痕。有文献<sup>[16]</sup>提示,初次行前路网片修补患者,再次手术应用开放或腹腔镜后路网片修补较前路网片修补的复发率低(5.6%比11%, $P=0.025$ )。

针对初次手术为腹腔镜后路修补的患者,目前的资料提示,再次手术<sup>[17]</sup>推荐前路李金斯坦术式。针对前入路、后入路多次修补术后复发的患者,这种情况下再次前入路手术的难度大,副损伤大,对睾丸血供及神经的影响大,文献<sup>[18]</sup>提示,再次前入路手术复发率可达初发疝手术的3倍。因此,腹腔镜后入路手术为一种较优选择。近年来,针对这类问题,笔者所在医疗中心进行了经腹腔部分腹膜外疝修补术(TAPE)的尝试,初步效果可<sup>[19]</sup>。然而,针对合并慢性疼痛的患者,开放前入路手术可以清除网片、进行神经阻断及改善疼痛症状,在充分告知患者风险并获得同意的情况下可以选择<sup>[14]</sup>。因其难度高,多次复发疝手术需要专科专家进行。

### 4 需要急诊处理的腹股沟疝

需要急诊处理的腹股沟疝主要指嵌顿疝及绞

窄性疝,这类疝手术往往让医生面临手术抉择难题,是腹股沟疝手术的一个难点。需要急诊处理的腹股沟疝较多是女性右侧股疝,当然也可是闭孔疝及一些疝内容物为阑尾、小肠憩室、弯曲肠袢等的特殊类型疝。当伴随有高龄(>65岁)、延迟治疗、嵌顿时间24 h以上、开腹探查、美国麻醉医师协会(ASA)评分在Ⅲ级以上、使用抗凝药物等高危因素时,存在一定的死亡率,需要外科医生高度重视<sup>[14]</sup>。

针对该类患者,有文献<sup>[20]</sup>提示,超声检查可以给予较早的提示,且检查方便、省时;超声下可以显示:疝囊内游离液体、疝囊内肠壁肥厚、疝囊内肠管积液及腹腔内肠管扩张。另外,全身炎症反应综合征、D-二聚体水平、血清肌酸磷酸肌酶水平、乳酸水平及增强CT检查也可以协助判断。关于手术时机的问题,文献<sup>[21]</sup>提示,嵌顿24 h以上者,肠切除率大大增加(29%比49%, $P=0.047$ )。

针对术式选择,目前无大型随机对照研究,开放前入路手术<sup>[22-23]</sup>及经腹腔腹膜前疝修补术(TAPP)<sup>[24]</sup>均有文献支持。其中TAPP术式需排除阴囊疝、既往腹盆腔手术史及严重心肺疾患<sup>[24]</sup>。当麻醉后,疝自动回纳时,腹腔镜查看肠道情况是安全和有效的,可以避免大型开放手术探查<sup>[25]</sup>。

针对无明显肠缺血坏死表现的清洁手术,李金斯坦网片修补术的复发率和并发症发生率被证实比巴西尼术式低<sup>[26-27]</sup>。对该类患者,腹腔镜手术也可作为一种选择,建议腹膜前修补<sup>[28]</sup>。

针对需要进行肠段切除的清洁污染类手术,多篇文献提示李金斯坦术式,认为应用聚丙烯补片安全、有效,不增加感染率<sup>[29-30]</sup>。笔者建议,进行肠段切除时应用皮肤保护器保护切口。

针对已发生肠穿孔或肠坏死的污染或感染手术,可否放网片,目前无大宗数据报道,需要根据术中具体情况分析,建议进行组织缝合或应用生物网片。

关于围手术期抗生素问题,有建议术后进行5 d的抗生素治疗<sup>[14]</sup>。也有指南提示,一般肠嵌顿患者短期预防性抗生素;肠绞窄和(或)并发肠切除时,预防性应用48 h抗菌药物;伴随腹膜炎时应用抗生素治疗<sup>[28]</sup>。

### 5 小结

外科手术无大手术、小手术之分,每台手术均需要仔细应对。腹股沟疝手术也存在复杂的情况,需要结合患者身体情况、患者意愿、医生技术优势、医疗中心条件优势进行综合选择。

## 参考文献

- 1 Beauchamp CM, Ever BM, Mattox KL. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice, 19ed. vol-2. Philadelphia: Saunders, 2012: 1114.
- 2 Kamat M, Singh N, Nattey K. A rare encounter of obstructed direct inguinal hernia of sliding variety. *Int J Surg Case Rep*, 2018, 49: 209-214.
- 3 Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*, 2003, 362(9395): 1561-1571.
- 4 Cox S. Davey's companion to surgery in Africa. 3rd ed. S Afr Med J, 2010, 100(11): 721.
- 5 Lau WY. History of treatment of groin hernia. *World J Surg*, 2002, 26(6): 748-759.
- 6 Prochotsky A, Dolak S, Minarovjeh V, et al. Giant inguinoscrotal hernia repair. *Bratisl Lek Listy*, 2017, 118(8): 472-478.
- 7 Mehendal FV, Taams KO, Kingsnorth AN. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plast Surg*, 2000, 53(6): 525-529.
- 8 Komorowski AL, Moran-Rodriguez J, Kazi R, et al. Sliding inguinal hernias. *Intern J Surg*, 2012, 10(4): 206-208.
- 9 陶洪飞, 何建新. 滑疝手术治疗中误伤膀胱 5 例临床分析. *临床医药文献电子杂志*, 2017, 4(48): 9392-9393.
- 10 Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*, 2004, 350(18): 1819-1827.
- 11 Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*, 2013, 258(3): 508-515.
- 12 Chung L, Norrie J, O'Dwyer PJ. Long-term follow-up of patients with a painless inguinal hernia from a randomized clinical trial. *Br J Surg*, 2011, 98(4): 596-599.
- 13 Simons MP, Aufenacker T, Baynielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, 2014, 18(3): 443-444.
- 14 HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*, 2018, 22(1): 1-165.
- 15 Henriksen NA, Thorup J, Jorgensen LN. Unsuspected femoral hernia in patients with a preoperative diagnosis of recurrent inguinal hernia. *Hernia*, 2012, 16(4): 381-385.
- 16 Sevonius D, Sandblom G, Agger E, et al. The impact of type of mesh repair on 2<sup>nd</sup> recurrence after recurrent groin hernia surgery. *World J Surg*, 2015, 39(2): 315-322.
- 17 Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, 2014, 18(2): 151-156.
- 18 van den Heuvel B, Dwars BJ. Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair. *Surg Endosc*, 2013, 27(3): 795-800.
- 19 周建平, 任峰. 成人腹股沟疝修补术原理再认识. *中国实用外科杂志*, 2017, (11): 1209-1211.
- 20 Rettenbacher T, Hollerweger A, Macheiner P, et al. Abdominal wall hernias: cross-sectional imaging signs of incarceration determined with sonography. *AJR Am J Roentgenol*, 2001, 177(5): 1061-1066.
- 21 Tanaka N, Uchida N, Ogihara H, et al. Clinical study of inguinal and femoral incarcerated hernias. *Surg Today*, 2010, 40(12): 1144-1147.
- 22 Karatepe O, Adas G, Battal M, et al. The comparison of preperitoneal and Lichtenstein repair for incarcerated groin hernias: a randomised controlled trial. *Int J Surg*, 2008, 6(3): 189-192.
- 23 George SM Jr, Mangiante EC, Voeller GR, et al. Preperitoneal herniorrhaphy for the acutely incarcerated groin hernia. *Am Surg*, 1991, 57(3): 139-141.
- 24 Rebuffat C, Galli A, Scalambra MS, et al. Laparoscopic repair of strangulated hernias. *Surg Endosc Other Intervent Techn*, 2006, 20(1): 131-134.
- 25 Sgourakis G, Radtke A, Sotiropoulos GC, et al. Assessment of strangulated content of the spontaneously reduced inguinal hernia via hernia sac laparoscopy: preliminary results of a prospective randomized study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2009, 19(2): 133-137.
- 26 Bessa SS, Katri KM, Abdel-Salam WN, et al. Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia. *Hernia*, 2007, 11(3): 239-242.
- 27 Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: a controlled randomized study. *Int J Surg*, 2008, 6(4): 302-305.
- 28 张瑞军, 金红旭. 2017 世界急诊外科学会复杂腹壁疝的急诊修复指南解读. *中华急诊医学杂志*, 2018, 27(4): 352-354.
- 29 Atila K, Guler S, Inal A, et al. Prosthetic repair of acutely incarcerated groin hernias: a prospective clinical observational cohort study. *Langenbecks Arch Surg*, 2010, 395(5): 563-568.
- 30 Ueda J, Nomura T, Sasaki J, et al. Prosthetic repair of an incarcerated groin hernia with small intestinal resection. *Surg Today*, 2012, 42(4): 359-362.

收稿日期: 2018-10-11 修回日期: 2018-11-09  
本文编辑: 罗云梅