

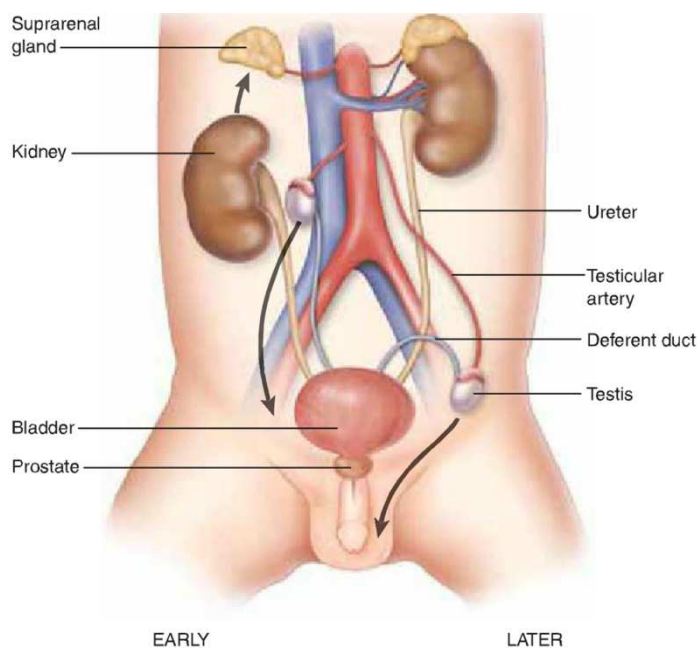
微創(腹腔鏡)腹股溝疝氣手術

陳世欽 王心儀 石宜銘

何謂疝氣

腹股溝疝氣在人類的歷史上是很早就被認知的疾病，早在西元前 1500 前埃及人寫在莎草紙上的「埃伯斯草紙醫典」(Ebers Papyrus) 中就有被記載著。疝氣英文 Hernia 這個字是源自於拉丁文 rupture 而來，意味著一個原本被包覆在體腔內的器官「突出 protrude」體腔外去。這關係著兩個力量的平衡，一方面是包覆在體腔外的體壁的強度與完整性，另一方面是體腔內的內部壓力，當兩力無法平衡時，疝氣就有可能會發生。

腹股溝疝氣是我們人體上最常發生疝氣的部位，這是因為我們在胎兒形成時，先天解剖構造發展上所導致的。以男性說比較好理解：在胚胎發育時，睪丸一開始是在腹膜完整包覆的腹腔內，後來會慢慢垂降到腹膜外的陰囊裡，於是在腹股溝處就會產生一個像是隧道的囊袋或是瘻管。正常人在出生時，這個隧道應已閉合。但若是閉合不全，在嬰兒哭泣腹部用力時，腹腔內的器官(如腸子或腹內網膜)會掉落到這個囊袋，形成疝氣；或是隨著年紀增長，腹壁強度逐漸減弱，通常在腹壓增加(如咳嗽或運動)時，也會從這個腹壁先天最薄弱的腹股溝掉出去。這也就是我們老人家口中的「墜腸」或「脫腸」。



圖一、胚胎發育時，睪丸從腹腔內移到腹腔外的陰囊

疝氣發生率

整體上，根據統計其發生率約 3-6%，尤其以小孩與老男人最為常見。在性別差異上，男性因為先天解剖構造的差異，發生率遠多於女性，約有將近十倍之多。男性終其一生發生腹股溝疝氣的機率高達 27%，而女性有 3%。其他好發的風險因子包括：男性、年紀、家族史(可達八倍之高)、慢性肺部疾病、抽菸、腹內高壓、膠原軟組織疾病等等。

症狀與診斷

在咳嗽、解便、排尿、久站或是運動時會在腹股溝處有一隆起突出的物體，可能伴隨著下墜、拉扯、疼痛、灼熱、等不舒服的感覺；這不舒服的症狀常必須要躺下休息或是將腹股溝突出物手動推回復位才能緩解。若疝氣無法被復位，並且伴隨著劇烈疼痛甚至是有腸阻塞的症狀，這已進展到「嵌頓性疝氣」，意謂著掉入疝氣囊的內容物(可能是腸子、腹內網膜)已被卡死或是絞窄於出口處，正面臨血液循環受阻、卡住物可能壞死的風險，可能會危及生命，必須得接受緊急的外科手術治療。

一般而言，醫生靠病史的詢問和專業的身體檢查即可做出診斷，並不一定需要用到其他影像學檢查。影像檢查，像是超音波、電腦斷層、核磁共振通常是用在無法明確判斷或是必須要排除其他可能因素時方才使用。

治療

疝氣形成的原因是腹壁結構上的薄弱甚至缺損造成的，必須得靠外科手術的方式才能修補缺損，是無法靠藥物改善的。手術的目的除了修補結構上的強度之外，更重要的是避免嚴重的併發症(前述可能會有威脅生命的相嵌性疝氣)的產生。

在接受手術前，減少腹內壓增加的活動和減重或許可以緩解不舒服的症狀。一般醫療用品店可找到的「疝氣帶」，是有兩塊軟墊的吊帶，可托負、阻擋腹內器官突出於腹壁缺損，雖可暫時緩解症狀，但是治標不治本，且穿戴相當不舒服；外科手術還是唯一的治療方式。

手術方式

傳統的疝氣修補手術的發展，是外科醫師自體表皮膚前方切開進入，找到自腹股溝薄弱處突出來的疝氣囊，將疝氣囊與精索分離、裁剪或是推回去腹腔內。腹壁的薄弱處以自身的週邊組織(肌肉、筋膜、或是韌帶)彼此拉緊縫合作為體壁缺損的補強(Tissue-to-tissue repair)。可以想見，術後的組

織張力大，容易造成病患疼痛不適，需休息的復原期較長，且復發率也較高。

既然組織張力大會造成病患如此的不適，自 1980 年代以後，有一個重要的觀念漸的被引入，那就是無張力式修補手術(Tension-free repair, Lichtenstein repair)。這是將突出的疝氣囊推回腹腔後，我們不將週邊肌肉組織硬是勉強的拉在一起，而是將所有的解剖構造回歸到它們本來就應在的位置，再運用一塊人工網膜(prosthetic mesh)覆蓋在腹股溝的薄弱或缺損處作為加強。如此一來，術後傷口疼痛減少，復原時間較為縮短，復發率也較低，無張力式修補手術(Tension-free repair) 後來已成為疝氣修補的主流。

現今，微創腹腔鏡手術更已儼然是近十幾年來外科手術的主流。其實腹腔鏡的疝氣修補手術早在 1990 年代即被提出來，但是腹腔鏡疝氣的解剖構造是一個與傳統手術完全不一樣的觀點與視野，所以一開始並未被廣為流傳。隨著微創腹腔鏡手術的盛行與材料科學的進步，我們才又慢慢發現腹腔鏡疝氣手術有著許多的優點，也越來越多的外科醫師與民眾選擇以腹腔鏡手術代替傳統手術進行治療。



A. 由外觀的傳統視野：疝氣突出來

B. 由內側觀的腹腔鏡視野：疝氣囊突出去

圖二、疝氣從傳統手術與腹腔鏡手術的不同視野

腹腔鏡疝氣手術是在下腹壁上切開三個小的傷口，無須大範圍的破壞鼠蹊部的肌肉組織，直接進入到腹腔內或是腹壁肌肉的後方，將突出去的疝氣囊拉回歸位至腹腔中，在腹壁肌肉薄弱或缺損處的內側或後方補上一塊人工網膜作為加強。除此之外，在腹腔鏡的視野下，所有可能產生鼠蹊部疝氣的位置(如：直接型腹股溝疝氣、間接型腹股溝疝氣、股疝氣)皆可一併檢視，修補時也可以以一塊大面積的人工網膜一併阻擋與加強。腹腔鏡疝氣修補的在原理上可以同時達到無張力的修補(tension-free)與後方修補(posterior repair)的兩大優點。何謂前方修補與後方修補，舉例來說，我們手邊有一個破了洞的水桶需要以一塊補皮去修補：傳統改良式的無張力人工網膜修補，Lichtenstein repair 方式是將補皮貼在水桶破洞前方外側，而腹腔鏡手術則是把補皮從水桶後方內側將破洞擋住，兩者都可以達到填補破洞的功效，

只是進入的方式不同。

除了修補一般的腹股溝疝氣外，的確是有幾種方式相當適合腹腔鏡手術這項術式：第一、是兩側腹股溝疝氣。腹腔鏡疝氣手術，可以經由相同的三個小傷口，即可在體內完成兩側的疝氣修補手術，無須在對側再劃開其他傷口，大大減少病患的疼痛感和縮短復原時程。傳統的雙側腹股溝疝氣手術，病患常因疼痛而在術後數天幾乎難以下床行動；反觀腹腔鏡疝氣修補手術病患仍可在術後隔天即回家自行休養。第二、是復發性疝氣，任何手術後的區域都會產生組織沾黏的情形，這是人體自然的一種修復機制。若病患在傳統疝氣手術後又有疝氣復發，再次從相同途徑進入時常會遇到嚴重的阻礙，增加手術難度與傷口組織的破壞，復發率亦高；此時腹腔鏡選擇由後方另一條路切入，避開重重的阻礙，直接將人工網膜置放於腹壁缺損內側，有效避免疝氣復發。

目前有兩種常用的腹腔鏡疝氣修補手術：

1. 經腹腔腹膜前疝氣修補手術(Trans-Abdominal Pre-Peritoneal repair, TAPP)：進入腹腔內執行，直接可檢視兩側所有可能發生疝氣的位置。劃開腹膜後將突出去的疝氣囊袋拉回腹腔內復位，缺損處以人工網膜修補，最後再將腹膜完整的關閉縫合。缺點是進入腹腔可能會接觸到腸道造成部分腸沾黏或是傷及腸道組織。
2. 全腹膜外疝氣修補手術(Total Extra-Peritoneal repair, TEP)：顧名思義，此種手術完全在腹膜外，不進入腹腔內操作。外科醫師在劃開傷口後，「潛行」於肌肉後方抵達腹股溝構造後方，執行類似上述的疝氣修補手術。此手術難度較高，但是由於不會進入腹腔，很少會有腸道損傷或是腸沾黏的風險。

當然腹腔鏡疝氣修補手術也有其限制與缺點。比起傳統手術，腹腔鏡疝氣修補手術必須要在全身麻醉下執行，若有潛在疾病不適合全身麻醉者，要選擇腹腔鏡疝氣修補手術就必須多方思考。凝血功能異常、曾經或是計畫將來要接受複雜的下腹部手術者，都不一定適合。

傳統與微創腹腔鏡疝氣修補手術比較：

	傳統疝氣手術	腹腔鏡疝氣手術
傷口大小	較大 (一個約 5-8 公分傷口)	較小 (一個 1 公分與 2 個 0.5 公分小傷口)
疼痛感	明顯	少
修補疝氣位置	單一疝氣	數個位置一起修補
失血量	低	極低

復發率	低	低
併發症	少	少
麻醉方式	可局部或半身	全身麻醉
手術費用	低	高
復原期 (回到日常生活作息)	較長 (約 2~3 個月)	較短 (約 2~4 週)



A. 傳統手術：兩側各一 5~8 公分的傷口



B. 腹腔鏡手術：三個小傷口，肚臍下一 1 公分，正中兩個 0.5 公分傷口

圖三、雙側手術傷口比較圖

結語

腹股溝疝氣或稱鼠蹊部疝氣雖然已是一個相當古老的疾病，但是其解剖構造卻是相當複雜，混雜而形成各種型態的疝氣。隨著醫療科技的一日千里、人工網膜材料的日新月異，疝氣手術的方式仍在不斷與時俱進。時至今日，腹腔鏡疝氣修補手術已有許多優點廣被人們與醫療界所接受，然而，傳統疝氣修補手術(含組織張力縫合與無張力網膜)仍有其屹立不搖的地位與手術時機，並未被棄而不用。當懷疑自己可能有腹股溝疝氣時，請前往醫院接受外科醫師審慎的評估與檢查，與外科醫師做充分的討論與溝通，才能得到最完善的治療與照顧。