



腹腔鏡疝氣修補手術的 學習心路歷程

蔡秉儒 / 阮綜合醫院 泌尿科主任

腹股溝(鼠蹊)疝氣，俗稱「脫腸」。好發於小孩子跟老年男人。小孩子大都是先天型疝氣，老年人大都是後天型疝氣，不管是那一種的疝氣，手術是治癒疝氣唯一的方法。

莊先生是位65歲退休的醫療相關人員，他的右側的腹股溝(鼠蹊)疝氣(俗稱:脫腸)又復發了，他在幾年前在他院接受過傳統式疝氣修補手術，但是它還是又凸出來，而且感覺十分地不舒服。因為他朋友的大力推荐，這一次他決定到高雄市阮綜合醫院做腹腔鏡式疝氣修補手術。

到了泌尿科門診，經過蔡秉儒主任詳細的檢查及手術過程的解說後，他終於鼓起勇氣，接受了新式的腹腔鏡疝氣手術。經過1個小時的手術後，把之前手術造成的沾黏分離開，再把凸出去的小腸及大腸全部完整地拉回到腹腔內後，再鋪上一張無張力的人工網膜。經過了5年的追蹤，他的疝氣完全沒有再復發了，而且他也十分滿意這次手術的過程。

順利解決了莊先生的疝氣問題後，對自己的手術及處理的成果，也十分滿意。現在默默的回想起來當初為什麼會去學習腹腔

鏡的疝氣修補手術，其實是有原因的，讓我娓娓道來。

回想起自己在2001年，在醫院當第一年住院醫師受訓時，由總醫師帶著我們第一次開疝氣手術，學長總是說：疝氣是住院醫師第一年受訓的基本刀，要好好地學喔。當時還沒有腹腔鏡的疝氣修補手術，幾乎100%的腹股溝(鼠蹊)疝氣都是採用傳統開刀的方式。

傳統式是由外面切開皮膚，切開筋膜，剝開肌肉層，找到凸出來的疝氣囊，再把疝氣囊由外面經由內環(internal ring)推回腹腔後，在肌肉層外鋪上一張人工網膜，再將皮膚的傷口關閉。

經過多年的手術經驗後，慢慢體會到疝氣要開好，術後不會再復發，最重要的就是清楚大體解剖(anatomy)，了解myoperitoneal orifice(MPO)肌恥骨孔的所在處，確實將網膜鋪在正確的位置，以完全覆蓋MPO，就可以大大降低疝氣的復發率。隨著經驗的累積，自己已能克服術後不再復發的問題了。但是卻有仍有一個問題持續的困擾著我。

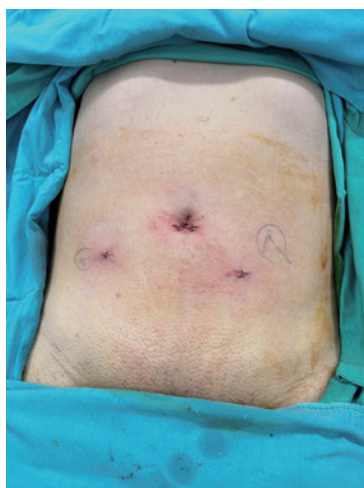
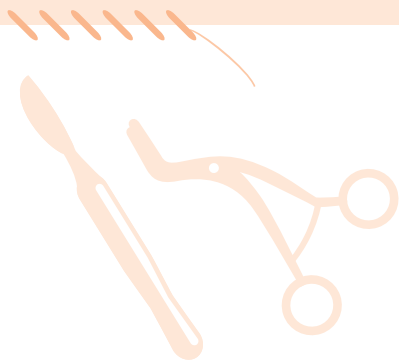
那就是開完手術，一部份的病人總是會抱怨術後腹股溝疝氣傷口處會麻，甚至隱隱作痛，慢性疼痛的問題，亦或是同側睪丸會被掐住的痛感，維持幾個月，或是幾年之



蔡秉儒醫師

久。當然身為醫師當下就知道，應該是術後傷口癒合結疤的過程，結痂纖維組織壓迫到genitofemoral nerve而引起的，這種自然癒合的過程發生這種副作用的比例約為22%，因各人的體質而造成。易結痂體質的病人就更容易發生。

在2015年，在一個偶然機會聽到有人用腹腔鏡在開疝氣手術，可以避免鼠蹊部疝氣手術後慢性疼痛的問題，而且隨著腹腔鏡多年經驗的累積後，疝氣術後的復發率比傳統疝氣手術更低，病人傷口更小，傷口疼痛更低，更早可以回覆到正常的生活及工作崗位，這激起了我十分濃厚的興趣，毅然決然



腹腔鏡疝氣修補的傷口，3個小傷口。 傳統式疝氣修補手術的傷口

在我當主治醫師第10年時，又再度去拜師學藝，學習腹腔鏡疝氣修補手術。

腹腔鏡疝氣修補手術自從1992年由Dr Ferzli 及1993年Dr. McKernan提出後，目前，在世界各地已被廣泛地使用。而腹腔鏡式手術，有分2種：全腹膜腔外修補(TEP)，及經腹腔內修補(TAPP)，各有其優缺點。

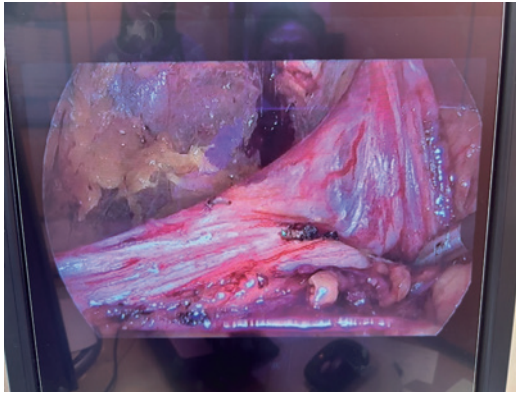
全腹膜腔外(TEP)：完全在腹膜腔外手術，幾乎不會有腸道損傷及術後腸粘連的問題，但是手術空間比較小一點。經腹腔內修補(TAPP)：此一術式對解剖位置的辨認較為清楚，也較易操作，但腹腔鏡的器械必須進入腹膜腔內，再去修補疝氣所在處，會有腸道損傷及術後腸子間粘黏的可能性較高。

因為腹膜腔內及腹膜腔外是左右連通的，因此兩側疝氣也可以同時經由原來同一組小傷口修補，不須像傳統手術要製造額外的第二個手術傷口，才能修補對側的

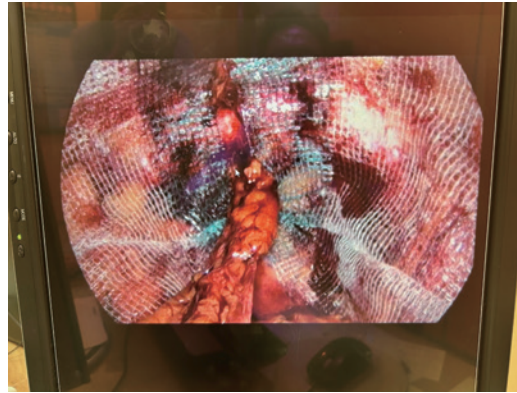
疝氣。TEP及TAPP兩者手術原理大致相同，使用腹腔鏡由腹腔內將凸出去的疝氣囊及腸子，拉回腹腔，在腹壁肌肉層(muscle)跟腹膜(peritoneal membrane)中間，鋪上一張無張力的人工網膜，大約7天後人體的組織會與人工網膜合為一體，以增加肌肉的力量並填補腹股溝缺口無力處，以防止疝氣的再發生。

因為身為泌尿科醫師總是習慣在後腹腔或是腹膜腔外的空間做手術，故一開始，我就鎖定學習全腹膜腔外修補(TEP)。雖然TEP學習的困難度較TAPP來得高，但是它卻有些優點；若熟悉後，手術時間比TAPP短，而且它完全在腹膜腔外工作，幾乎不會有腸道損傷及術後腸粘連的問題。

尤其特別的是，針對復發型的疝氣，我們可以避開上一次手術沾黏的路徑，選擇腹腔鏡式(TEP or TAPP)進行修補，而且藉著腹腔鏡光學放大的效果，也令開刀視野更清楚、更安全。



用腹腔鏡將疝氣囊拉回來腹腔

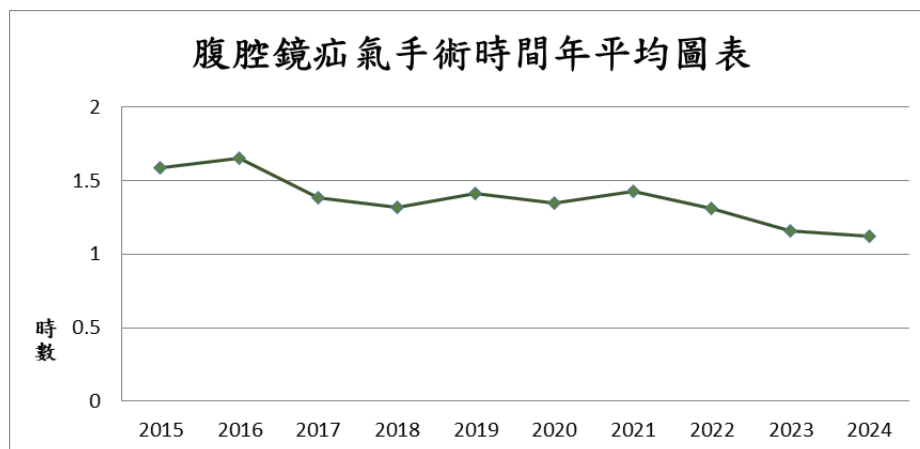


鋪上雙側的人工網膜即可完成

當然執行TEP手術也會有些病患並不適合，例如：第一：之前有下腹手術者，因為之前的傷口疤痕會讓腹肌肉層跟腹膜層沾黏在一起，讓初始沒有經驗的手術者更難製造出腹膜腔外的空間(extra-peritoneal space)，第二：太大的疝氣或疝氣囊整個都掉到陰囊處的病患，第三：卡住或嵌制的疝氣，第四：身高太矮的病患，肚臍到恥骨聯合處之間距離太短，導致腹膜外腔的手術空間會變得十分小，不好操作。但是以我的經驗，第一到第四點並不是就完全不能執行TEP。有高度經驗的手術者還是可以克服的，相反的，我覺得卡住或嵌制型的疝氣，開TEP時，反而我可以用腹腔鏡打開腹膜，看一下卡住的腸子是否有受傷或變黑、缺氧的情況，是否健康，反而我更加安心，但記得要再用腹腔鏡重新縫合打開的腹膜破洞。再將過大、過寬的內環(internal ring)關小一點，再鋪上人工網膜即可。曾有一次，我們在修補病患的疝氣時，發現乙狀結腸卡在內環(internal

ring)，感覺不太正常，打開腹膜意外發現，原來病患有乙狀結腸癌的問題，馬上當下會診大腸直腸科的醫師來處理他的大腸癌問題。但是若在製造腹膜腔外空間(extra-peritoneal space)時，或要將疝氣囊拉回來時，不小心把腹膜弄破時，我還是極力建議要好好地將腹膜，用腹腔鏡把它關好，以避免日後腸子不小心由腹膜破洞跑出來與人工網膜沾黏在一起。

統計起來，從2015年到2024年，我發現我在高雄市阮綜合醫院已經累積了668人，800例以上的疝氣(有些是雙側)。術後臨床上也發現，的確大大地降低慢性疼痛的問題，而且疝氣的復發率也十分的低。只有2個病患有術後疝氣復發的情況，經過再次處理後也都恢復良好。當然手術這麼多，多多少少還是會有一些小的併發症，如：術後腹腔鏡套管傷口(trocar wound)感染、術後精索(spermatic cord)內有血腫的情形(hematoma)、術後極少數有陰囊積水



腹腔鏡疝氣手術會隨著經驗累積，愈來愈熟練，手術時間也愈來愈短

(hydrocele)的情況，不過這些併發症，經過處理後也都回復正常了，不會留下任何後遺症。

其中讓我印象最深刻的併發症(complication)，有一個病人術後一個月後發現下腹部皮膚有一個小小的突起的膿包，起初不太在意它，把它切開排膿後，小小的傷口一直不會癒合。後來經由電腦斷層發現是一個月前TEP鋪的mesh感染了，甚至時間久了之後，形成了一道長長的瘻管，由皮膚一直通到感染的mesh。跟病人討論後，就開個傷口進去把感染的mesh完全拿乾淨，並切除這一道皮膚瘻管，成功的修復了這個併發症。

腹腔鏡的疝氣修補，尤其是TEP，一開始入手時，困難度比較高，因為要主刀醫師自己在腹壁肌肉層(muscle)跟腹膜(peritoneal membrane)中間，製造一個可以開刀的空間，再加上這個空間比較小，所以困難

度比較高。前50例可能開一台刀，要花上兩個小時以上。等到50例以後，越來越熟悉，幾乎每一台TEP，都可以在一個小時以內完成，這就是所謂的熟能生巧。

阮綜合醫院目前已有超過800例的腹腔鏡式疝氣修補的經驗，所有的手術步驟已有SOP標準流程，大多數的病患平均住院天數1~2天，恢復快速，術後滿意度高，也都能早日回歸到正常生活。

腹股溝疝氣的男女比例

