

我的肚臍旁邊怎麼突一塊？是不是長腫瘤了 啊！--漫談腹壁切口疝氣

案例：

「王小姐您好！今天為什麼來看我的門診？」

「葉醫師您好！我的肚臍旁邊怎麼突一塊？是不是長腫瘤了
啊？」

「這樣子多久了呢？」

「大概兩個禮拜，我上個月得到新冠肺炎，咳得很厲害，快一個月
才好一點。後來洗澡的時候，就發現這個情形。我就趕快上網掛號
來看您。」

「我來幫您檢查一下！」

「醫師，請您小力一點，有點痛啊！」

「王小姐，您之前有開過刀嗎？」

「有啊！五年前子宮肌瘤，用腹腔鏡手術處理了。醫師還把傷口藏
在肚臍裡，都看不到疤喔！現在這樣凸凸的，有時候還會痛，我很
怕是腫瘤，醫師，這到底是什麼啊？」

「這看起來是腹壁切口疝氣，應該不是腫瘤，會痛是因為有時候腸

子或網膜卡在那裡。」

「那我要怎麼辦？需不需要做其他的檢查？要不要開刀處理呢？」

「依我的問診跟檢查，診斷應是腹壁切口疝氣，主要的原因就是一直咳，把本來縫合好的筋膜給撐開了。若是擔心，可以再排個軟組織超音波或電腦斷層確認一下。」

「我等下會教您如何外部加壓，儘量不要讓肚子裡的東西突出來，避免腸子卡住。如果影響到生活或常常有東西卡住，還是手術處理比較好！」

「太好了！不是腫瘤，謝謝醫師詳盡的解釋！我就先照您教的做，要手術再來找您！」

「不客氣！」

腹壁是由很多層肌肉相接形成的，交接的地方比較弱，若有腹膜膨出，就是腹壁疝氣 (ventral hernia)。若是腹膜膨出的地方是之前手術的部位，就叫腹壁切口疝氣 (ventral incisional hernia)。中線切口疝氣比其他部位更常見，典型的表現是切口部位出現隆起，請病人咳嗽時會更明顯。有的很明顯，具有疝氣所有成分--筋膜缺損、疝氣囊和內容物；有的只是腹壁較弱，囊較淺，內容物偶爾凸

出。前者造成嵌頓、阻塞或絞窄的風險較高。

造成切口疝氣的原因很多，例如手術後傷口感染、手術後過度或過早的體力活動、體重增加相當多、或在傷口完全癒合之前常常增加腹壓(如咳嗽、便秘)。切口疝氣最可能在術後三到六個月內發生，但也可能隨時發生。詳細的病史詢問及身體檢查應可做診斷，可以用超音波、MRI、CT 或其他影像檢查筋膜缺損的大小及實際位置，檢視膨出物是腸子或網膜，有無嵌頓，以利後續的治療計畫討論。腹壁切口疝氣治療方法會根據多種因素來決定，例如病人整體健康狀況、解剖結構、疝氣的範圍和位置以及未來身體活動的需求。保守治療的方法就是把膨出物推回去再外部加壓(綁束腹帶或穿緊身加壓衣褲)，症狀輕微或不想手術的病人可以選擇此法。手術主要目的是修補筋膜缺損，讓身體的中軸恢復正常，避免腸嵌頓、阻塞。手術的治療方式可分為傳統的切口疝氣修補手術及微創切口疝氣修補手術。：

傳統的切口疝氣修補手術

外科醫師在疝氣上方的腹部切開一個切口，將任何突出的腸子推回腹部並修復筋膜的缺損。筋膜的缺損小於 1~2 公分時，可以直接縫起來。缺損太大時，需要打斷腹直肌的筋膜或兩側腹壁肌肉連接

腹直肌的筋膜才關得起來，這時就需要以人工網膜加強。人工網膜因放置位置不同，可以分為最外層筋膜炎 (onlay)、肌肉及下層筋膜炎間 (sublay)、筋膜炎缺損之間 (inlay)、腹膜炎內 (Intraperitoneal onlay mesh repair, IPOM)，各有優缺點，需要因病況來決定。

微創切口疝氣修補手術

外科醫師在腹部做幾個小切口，以腹腔鏡或機器人輔助修補疝氣，有的是會進入腹腔，有的是在腹膜炎外修補，置入人工網膜炎補強。這個方法通常不會去處理疝氣膨出所撐開的薄薄多餘的皮膚，較難顧及美觀的問題。目前腹腔鏡手術健保有給付，但機器人輔助手術需自費。

混合式切口疝氣修補手術

就是結合前面兩種方法，將好處最大化，可以修掉多餘的皮膚，又可以不用開太大的傷口。然而，外科醫師學習的門檻就會變高。本院常使用的方法是 Mini- or Less-open Sublay Operation

(MILOS)，就是在切口疝氣上方開一個 2~5 公分的傷口，把疝氣囊撥離到筋膜炎缺損處，再放置特殊腹腔鏡裝置，撥出肌肉及下層筋膜炎間的空間，再把筋膜炎缺損縫起來，放入人工網膜炎，再將前層的筋膜炎縫合。





腹壁切口疝氣非常多變，治療方式及手術修補方法需要跟外科醫師詳
加討論。

外科部一般外科主治醫師 葉啓娟