

外科微創學的局限性和應用誤區

外科微創學的優點和成績是有目共睹的，但我們同時也要看到微創手術也是有局限性的。

微創手術入路及整體損傷不容忽視。院士指出，理想的外科治療應使患者具有最佳的內環境穩定狀態、最小的切口和最輕的全身反應。現階段的微創技術尚不能完全滿足上述標準。微創手術並不意味著手術風險或手術技巧要求的降低，更不意味著無創。事實上，儘管微創入路損害程度小于傳統外科入路，其對患者整體損傷仍不容忽視，包括手術入路對組織固有的破壞和手術并發癥兩大方面。例如，腹腔鏡手術建立氣腹時所形成的腹腔間隔綜合征對機體內環境穩定有嚴重影響：膈肌抬高、肺順應性下降及靜脈回流障礙等會造成心肺功能不全；腹膜對 CO_2 吸收則會加重高碳酸血症和低氧血症；由于腎臟受壓和腎灌注不足，患者可出現少尿、水腫等；內環境紊亂還包括心鈉素的降低，腎上腺素和血管緊張素水平升高，以及酸鹼、水電解質失衡等。由于機體的代償，上述病理生理改變一般無顯著的臨床意義，但對伴有臟器基礎病變的患者可能威脅較大，已有 CO_2 氣腹造成患者急性腎衰的個案報道。另外，微創手術造成的并發癥也同樣不可忽視。雖然近年來隨著技術不斷成熟，并發癥發生率已大大降低。但較低的發生率並不意味著危害性的降低。例如，腔鏡手術并發癥臨床特點有別于傳統手術，值得重視：①可出現特有并發癥，如與穿刺引有關的意外、腹腔鏡肝切除時的 CO_2 氣栓等；②損害相似，但病變特點不同。腹腔鏡膽囊切除時膽道損傷往往位置較高，且有壞死炎癥等復雜情況，修復難度很大；③并發癥相同，但危害程度不同。腹腔鏡的術中副損傷（肚和腸管）往往由于不在監視器畫面內，故不易發現，及至術后情況嚴重時才引起重視，危害更大；④最為重要的是，微創技術的個別并發癥發生率高于傳統外科。據統計，腹腔鏡膽囊切除術的膽道損傷發生率 3 倍于開腹手術。即使不出現明顯的并發癥，微創操作有時也會帶來較重的失血和組織損傷。在多數患者，氣腹引對腹壁的損害很小。但門靜脈高壓患者腹壁側支血管豐富，若伴有凝血機制障礙更會造成止血困難，增加失血量。大量的腹腔鏡手術操作利用電凝和電切功能，研究表明，電力熱能損傷肝臟，腹腔鏡膽囊切除時術后可出現肝轉氨酶升高。腹腔鏡技術使術者在很多狹窄空間內的操作游刃有余，但是微創與顯露的矛盾并未完全解決。如在切除較大的脾臟時用微創器械搬動巨脾甚為不便，雖輔以體位調整，但狹窄的脾周間隙暴露仍不理想，加之脾臟質脆，血運豐富，往往造成較多出血或周圍組織損傷。現有的腹腔鏡器械對肝硬化的肝臟斷面止血效果不佳，此類肝切除術往往伴有較大量失血。更具普遍性的是，許多微創手術時間都顯著長于傳統手術，長時間的全麻對患者全身情況的影響顯然不可忽視。這說明由于條件限制微創手術在臨床應用中還存在很大局限性。

更多微創手術資訊請訪問：http://www.camis.com.tw/index_wcss.html