

## · 院士论坛 ·

# “微创”2006

黄志强

(解放军总医院全军肝胆外科研究所, 北京 100853)

中图分类号: R61

文献标识: C

文章编号: 1009-6604(2006)01-0001-02

21 世纪的 5 个年头过去了,在这“热闹非凡”的 5 年中,我们怀着欢喜又不免有些忧虑地看到“微创外科”(实际上是腹腔镜外科)在中国大地迅猛发展。

1 “微创”应是外科的理念而不是另一个“行业”

2001 年中国工程院在北京召开“工程科技论坛微创外科新概念”会议总结时,王正国<sup>[1]</sup>院士指出:微创外科是在新理念下指导的新技术而不是一门独立的新学科或新的分支学科;微创外科不等于腔镜外科,微创外科涵盖的范围要大得多,腔镜外科一般是微创外科的一部分……这个观点到目前仍然是正确的。外科微创化的思潮近年已渗透到外科活动的各个领域。微创外科只是外科学主干上的一颗幼芽,不管她发展得多快,仍然需要从母体吸取营养。但是,另一方面,21 世纪微创外科的发展,在新概念的指导下,对传统的外科治疗理念进行再评估亦将成为必然。

2 “创伤”应是一个总体的评价而不只是瘢痕的长短

离开对疾病基本病理生理的认识,“微创”外科会误入歧途。

我们怀着什么样的目的去做某项手术呢?自然是为了病人的最大利益,但病人的最大利益往往是根据具体情况而有改变的。例如一个良性的甲状腺肿块,到底是常规颈部切口的简单手术还是远距离的腹腔镜复杂的手术,符合病人的最大利益?不同年龄和不同社会背景的病人,自然有不同的结论。然而,离开了对疾病和疾病所引起的病理生理变化的了解,任何决定都会有偏差的。例如一个小肝癌发生在肝硬化、明显肝纤维化的肝脏上,腹腔镜下局部肿块切除时所冒的出血风险要比常规开放性手术所冒的风险大得多,此时,因为肝动脉循环的代偿增生,切除时大量出血难于用一般的腹腔镜手术器械控制。又如入主气腹下腹腔镜手术时,腹压的急骤

变化可能产生对呼吸、循环、内环境稳定的负荷,远超过开放性手术并可能导致悲剧性的后果。但是,对此类型的病人的最大利益而言,是否免除腹部一条切口瘢痕是代表病人的最大利益呢?不能不令人认真反思。另一方面,虚假的数字累积起的“经验”,又为后来者造成了“陷阱”,这是与医学的科学精神不相符的。

3 认知心理学给我们指点迷途

Way 等<sup>[2]</sup>首次通过认知心理学角度研究腹腔镜胆囊切除术时胆管损伤发生的病因学问题。大部分腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)胆管损伤并不被手术者所察觉,在手术后,术者往往认为是一个“容易”的常规手术。这种错误印象(misconception)的形成,多与外科医生在手术时触觉的缺位和环境的限制有关,而外科医生的手具有触觉和“视觉”的双重功能,这一点很早便被外科兼解剖学家 Gimbernat(1734~1790)提出了。而错误印象所以能够持续,又被取证偏倚(confirm-bias)所左右,因为人们总是偏向于自己所熟悉的和期望的。结果是手术医生似乎是不自觉地犯了一次错误。对错误印象形成机制的理解,并不是为外科技术上的失误开脱,而是使我们更需要加强思想认识上的素养,不然,有经验的医生仍然有时在犯错误,这个问题,在微创外科时代就显得更为重要了。“人总是要犯错误的!”(To err is human!),虽然古今中外并不能例外,但是人们希望外科医生除外。

4 需要改变的“外科文化”

不管是否被承认,外科医生们长期共同的职业生涯,打造了外科医生的观念和价值取向,不妨也称之为“外科文化”。追求创新,勇于面对危险,开创新的局面是外科医生的向往,但有时不免带点急躁。20 世纪末,外科医生可以自豪地说“外科无禁区”!我们敬佩有才华的外科大师,但亦应明智地认识到报章杂志上所刊登的文章、事例,并不意味全体外科

医生都已能够达到的境地。勇于承认自己的不足,可能使我们更多的病人受益。勇于解剖自己可能是件好事,虽然有时是困难的。Strasberg<sup>[3]</sup>在一篇讲座中,强调引进航空和工业中的安全规范(stopping rule),不允许在某种不利条件下继续运转;无论如何,飞行员在一定高度时必须首先能看清楚跑道才能降落,否则,必须停止下降,这里不留有任何余地。然而,临床外科中类似这样强制性的规范实施起来并不是那样容易。

在当今的外科医生执业生涯中,无论如何强调法律意识,恐怕都不是过分的。

## 5 2006 年应是“外科安全”年

Strasberg 等<sup>[3]</sup>在一篇文章中引用一组资料:在美国,在全部普通外科的诉讼案件中,20%为腹腔镜外科,胆管损伤占了腹腔镜诉讼案件 50%;而 33%的普通外科案件赔款用于腹腔镜外科,其中 50%用于胆管损伤,故胆管损伤的赔款占保险公司对普通外科赔款总额的 15%。自从有了胆囊切除术就有胆管损伤的可能,而首例胆囊切除术后胆管狭窄距今亦有 1 个世纪了,LC 也走过了它的学习曲线,但损伤事件的发生(160 万例 LC 中胆管损伤率为

0.5%)仍然难于完全避免。Sicklick 等<sup>[4]</sup>报道迄今世界文献上最大的、单独 1 个医院的 1 组 LC 胆管损伤的病例,在美国约翰霍普金斯大学医院,共收治 200 例 LC 胆管损伤,其中 75% 由出事的外科医生施行修复,但只有 17% 的修复是成功的。这些事实强烈提示增加腹腔镜手术的安全性和提高腹腔镜外科医生的外科学基本训练的必要性及紧迫性。

## 参考文献

- 1 王正国. 见:黄志强. 主编. 微创外科进展及发展战略. 杭州:浙江科学技术出版社, 2003. 316-317.
- 2 Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: Analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective. *Ann Surg*, 2003, 237: 460-469.
- 3 Strasberg SM. Biliary injury in laparoscopic surgery Part 2. Changing the culture of cholecystectomy. *J Am Coll Surg*, 2005, 201: 604-611.
- 4 Sicklick JK, Camp MS, Lillemo KD, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy. Perioperative results in 200 patients. *Ann Surg*, 2005, 241: 786-795.

(收稿日期 2006-01-04)

# · 读者 · 作者 · 编者 ·

## 作者投稿须知

1. 仔细阅读本刊稿约(第 1 期),务必逐条按稿约要求撰写。

2. 来稿请附单位推荐信。推荐信应注明对稿件的评审意见以及证明临床资料或材料真实、排名无争议、无一稿两投。已在非公开发行的刊物上发表,或在学术会议上交流的文稿,或已用其他语种发表过的文稿,不属一稿两投,但须注明首次发表的刊物。一旦发现一稿两投将立即退稿;一旦发现一稿两用,本刊将刊登该文系重复发表的声明,并通报相关兄弟刊物 2 年内拒绝以该文第一作者为作者的任何来稿。

3. 本刊可以 e-mail 投稿(主题注明“投稿”),但必须同时寄来单位推荐信和稿件处理费,编辑部收到推荐信和稿件处理费后,稿件才能进入审理程序。

4. 作者单位特指课题完成单位(亦临床资料所在单位)。

5. 本刊对所有来稿均登记、编号,并将回执(或 E-mail)给第一作者或通讯作者。自回执寄出之日起满 3 个月,作者仍未收到稿件处理结果的通知,请致电本刊编辑部了解稿件处理情况。如欲转投它刊,请告知。

6. 论著须附中、英文摘要,摘要必须包括目的、方法、结果、结论四部分。考虑到我国读者可阅读中文原著资料,中文摘要可简略些(400 字左右),英文摘要则相对具体些(600 个实词左右)。“方法”要求具体,切忌简单如:“回顾分析某年至某年我院 × × 病的临床资料”。“结果”要求给出主要数据,包括统计具体方法和具体统计值。“结论”要与文题相符,与“目的”贴切。

7. 对比性研究的论文须注意在临床资料有可比性的前提下才能进行比较,凡对结果有可能产生影响的因素(一般资料与方法)治疗前均应做统计学处理,差异无显著性才能进行比较,并应在文稿中将比较的因素和统计方法、具体结果列表说明。

8. 国家或省部级自然科学基金项目,拟报国家或省部级科技成果项目,重大技术创新或引进国外新技术、新方法,首次发表的项目(须有省级以上查新报告),经编委审阅确认后可优先刊登。急需刊登的稿件,至少在 3 个月以前寄到编辑部,经审阅确定可以刊登后,适当收取稿件加急处理费。

9. 稿件中请留下最便捷的联系方式(手机、E-mail 地址、传真等),以方便联系。