

微创胆道外科的现状与反思

巴明臣 崔书中 陈积圣^①

(广州医学院附属肿瘤医院腹外二科 广州 510095)

中图分类号 R657.4

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2007)08-0717-02

微创外科的发展改变着我国传统外科学的治疗方法和治疗观念,由于解剖位置的特殊性及解剖结构的特点,微创胆道外科发展最为迅速,开展最为普遍,在微创外科时代的今天,对我国微创胆道外科的现状和发展前景给予深刻的反思很有必要。

1 微创外科的内涵

显露是外科医生用以达到病变部位的途径,大部分手术创伤都发生在切开显露上。外科学起始初期就教导人们要爱护组织、减少损伤,但外科医生无法超越体表屏障解决小切口与充分显露间的矛盾。用小一点的损伤来做好腹部的大手术,只是外科医生的愿望。在高度信息化的时代,高科技的介入,解决了外科医生梦寐以求的小切口与充分显露之间的矛盾。

微创外科并不改变外科学的实质或外科治疗的基本原则,它只是传统外科的一场技术上和观念上的革命。20 世纪 80 年代末期,随着信息科学的发展,外科学迎来了以腹腔镜外科为代表的“微创外科”(Minimally Invasive Surgery)时代,给传统的外科技术与观念带来了革命性的改变^[1]。近年来,微创外科的思潮已渗透到外科活动的各个领域,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 微创外科在胆道外科的应用

长期以来,较小的手术切口、较少的患者痛苦及较快的术后恢复一直是外科医师的向往。腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的巨大成就使这种梦想正在成为现实,伴随着微创外科时代的到来,传统胆石症的诊断及治疗观念正在悄然发生改变。20 世纪 70 年代期间,纤维内镜开始以高科技技术解决外科临床中的一些复杂问题,对胆、胰疾病诊断,括约肌狭窄切开,胆管结石取出与胆管引流等技术对胆道外科的发展产生了深远的影响,但由于内镜技术本身的局限性,未能引发传统外科学的技术与观念上的改变。腹腔镜技术通过胆道进入外科领域,带来了一场十足的外科技术革命。腹腔镜、十二指肠镜、胆道镜作为单项技术的发展已有几十年的历程,LC 的出现迅速推动了“三镜”技术的发展,“三镜”有机组合,成为当今诊断、治疗胆道

疾病十分有效的微创胆道外科技术,已构成对传统胆道外科的挑战^[2]。时至今日,内镜外科已取代了如十二指肠乳头括约肌切开术、胆总管结石清除术、胆管梗阻置管术等以往高难度的胆道外科手术。当前医学模式向生物、社会、心理医学发展,充分显示它的活力。腹腔镜外科并不能改变传统外科的实质,而是外科治疗中可供选择的方法之一^[3]。

随着社会老龄化趋势,胆囊结石发病率亦在逐渐增加。胆囊在腹腔内相对游离,其蒂部的血管、胆管易于处理,这些解剖学特点使其成为最适合腹腔镜切除的器官。自 1987 年法国医师 Mouret 完成第一例 LC 术至今,短短 10 余年时间就风靡世界,成为治疗胆囊良性疾患的金标准。LC 术较开腹胆囊切除术(open cholecystectomy, OC)具有创伤小、患者痛苦少、住院时间短、脏器功能恢复快等优点,不但为医患双方所接受,也使胆石症的治疗观念发生深刻的改变^[1]。受诊断技术影响及经济状况所限,20 世纪 80 年代以前我国胆石症的治疗多只是解除症状,即在患者临床症状明显时才做临床处理,多数患者入院时已有严重并发症,肝胆管结石在胆石症的疾病谱中占很大比例。90 年代初期,随着我国医疗状况的改善及人民生活水平的提高,人们对健康的认识也发生了很大变化,胆石症的治疗观念亦逐渐发生改变。目前,多数患者在感到右上腹不适时首先怀疑肝胆疾病,及时到医院常规行 B 超、肝功能及乙型肝炎免疫学检查,各单位定期组织职工体检亦起到了对肝胆系统疾病的早诊断、早治疗作用,症状轻微或无明显自觉症状的胆石症患者就诊患者中占一定比例。但 90 年代中期以前对无症状的胆囊结石、肝内胆管结石是否应积极预防性手术治疗存在严重争议^[4]。

微创外科的发展改变着我国传统胆道外科的格局,使患者乐意接受对胆石症进行及早治疗,胆石症的治疗观念亦发生了根本性的改变。目前,LC 已成为治疗胆囊良性疾患的主要手段,90% 以上的胆囊切除术可用微创外科完成。对已确诊的胆囊结石,无论有无自觉症状,因其有引发胆囊癌及急性胆管炎的危险,均主张早期切除。胆囊结石并发胆管结石亦多能通过微创外科进行治疗,目前常用治疗方

① (中山大学孙逸仙纪念医院普通外科 广州 510120)

法有 LC 联合腹腔镜胆总管探查术、LC 联合术前或术后经内镜逆行括约肌切开术 (endoscopic retrograde sphincterotomy, EST)。外科实践表明:LC 联合术前 EST 操作简便、治疗成功率较高;如 EST 取石失败,再行 LC 术中腹腔镜胆总管探查术,失败者中转开腹较为患者接受。微创胆道外科学的发展不但使胆石症的治疗手段发生改变,其诊断方法也发生深刻变化。LC 术前体格检查发现胆总管扩张、黄疸及有急性胰腺炎病史的患者,可通过术前经内镜逆行胆胰管造影术 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP) 检查明确诊断,以降低 LC 后胆道残留结石的发生率;LC 中发现胆总管扩张可行术中超声波检查或经胆囊管胆道造影术,其阳性率较体表超声波检查明显增加,LC 的中转开腹率亦明显降低^[2]。

微创胆道外科经过我国广大医务人员的共同努力已初现雏形,主要表现在:胆道镜技术已广泛应用,十二指肠镜技术已基本成熟,腹腔镜技术迅速发展,在国际上也有相当地位。胆道外科疾病的微创治疗是患者的客观要求,是历史发展的必然,也可以毫不犹豫地说,微创胆道外科时代已悄然来临。当然,强调微创外科在胆道外科疾病治疗中的重要作用之后,也不否认传统胆道外科技术在胆道外科发展史上的作用,传统外科手术仍有重要地位^[5]。

3 对微创胆道外科的反思

LC 术取得的巨大成就促进了微创外科的发展,但由于使用器械及操作方法与传统外科的差异,由其所引起的并发症亦引起了国内外医学界的广泛关注。与传统开腹手术相比,腹腔镜手术由于受术野观察范围小、术者缺乏触觉感受、手术区域灵活性小等方面的限制,要达到专业医师的水准需要较长时间的学习和训练。胆道手术仍是具有潜在性危险的手术,微创技术的发展只有建立在具备全面扎实的肝胆理论、外科技术的基础上,才能更好地推动胆道外科技术全面发展。因此,快速、经济、高效地培养微创胆道外科医生非常困难^[1]。

我国人口占世界总人口的 22%,卫生费用只占世界卫生总费用的 2%,卫生事业的经费投入严重不足^[5]。随着当今社会人们生活水平的提高及人们消费观念的转变,物价指数不断上涨,服务质量要求不断增加,服务费用也逐渐提高。医院作为与人的生命息息相关的单元住院费用达到广大人民大众难以承受的程度,引起了社会的广泛关注。

目前,腹腔镜在我国已普遍开展,其临床疗效得到了充分肯定。在我国广大外科医生中,把腹腔镜作为一门复杂难学的神秘技术的人已寥寥无几,而把其作为一门一学就懂一看就会的人大有人在,一些没有经过正规培训的医生不在有经验的腹腔镜医生指导下就操钳持镜登台献技,对腹腔镜手术与开腹手术的差异缺乏足够的心理认知^[3]。

由于对微创胆道外科可能出现的并发症没有给予足够的重视,可以毫不隐讳地说,在我国 LC 开展较好的单位,均有因胆管损伤而引起的医疗纠纷存在。Way 等^[6]首次通过认知心理学角度研究 LC 时胆管损伤发生的病因学问题。大部分胆管损伤并不

被手术者所察觉,术者往往认为 LC 是一个容易的常规手术。错误认知又被取证偏倚所左右,因为人们总是偏向于自己所熟悉的技术和期望的目标,结果是手术医生似乎是不自觉地犯了一次错误,这种错误认知的形成,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。对错误认知形成机制的理解,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,即使很有经验的医生有时也犯错误,这个问题,在微创外科时代就显得更为重要。人总是要犯错误的,古今中外任何人都不能例外,但是人们希望外科医生除外。

Strasberg^[7]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,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,也走过了它的学习曲线,但损伤事件的发生仍然难于完全避免。Sicklick 等^[8]报道迄今世界文献上最大的单独一个医院的一组胆管损伤的病例,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。

总之,微创要以疗效作为前提,在预期疗效相似的情况下,尽量选择创伤小的方法。规范微创外科医师的培训,对微创外科与传统外科的差异给予足够的重视,充分认识微创胆道外科可能出现的并发症,微创外科与传统外科相互配合,术中发生意外或特殊情况时,应及时转传统外科治疗,以促进我国微创外科的健康发展。

参考文献

- 黄志强. “微创”2006. 中国微创外科杂志 2006, 6(1): 1-2.
- 刘国礼. 中国腹腔镜外科进展. 世界华人消化杂志, 1999, 7(3): 263-264.
- 陈积圣, 巴明臣, 陈训如. 迎接我国微创胆道外科新时代的到来. 中国内镜杂志 2002, 8(2): 30-32.
- 陈训如. 迎接微创胆道外科的新时代. 中华消化内镜杂志 2000, 17(2): 69-70.
- 黄志强. 微创外科与 21 世纪外科的发展. 中国医疗器械信息, 2005, 11(3): 1-3.
- Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. Cause and prevention of laparoscopic bile duct injuries. Analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective. Ann Surg, 2003, 237(3): 460-469.
- Strasberg SM. Biliary injuries in laparoscopic surgery. Part 2. Changing the culture of cholecystectomy. J Am Coll Surg 2005, 201: 604-611.
- Sicklick JK, Camp MS, Lillemo KD, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy. Perioperative results 200 patients. Ann Surg, 2005, 241(5): 786-795.

(收稿日期 2006-12-12)

(修回日期 2007-01-15)

(责任编辑 王惠群)