文章编号:1005 - 6947(2005)12 - 0881 - 02

·述评·

我国腹腔镜外科发展的现状、问题和对策

周汉新

(广东省深圳市人民医院 微创外科, 广东 深圳 518020)

关键词:外科学; 腹腔镜; 综述文献
中图分类号:R616; R44　　文献标识码:A

1 发展现状

1991 年 4 月,云南省曲靖第二人民医院荀祖武等在国内成功地独立施行首例腹腔镜胆囊切除术,标志着我国大陆腹腔镜外科发展进程的开端。15 年来,由于腹腔镜外科将现代高科技成果融于传统的外科技术之中,以微小的创伤达到了良好的手术效果。因其"损伤小、痛苦少、恢复快、疗效确切、切口美观"等深受广大患者和外科医师的欢迎,从而得到了蓬勃发展。

随着腹腔镜外科技术的不断成熟,腹腔镜仪器和相关手术器械的不断开发应用,目前腹腔镜手术范围早已从当年以腹腔镜胆囊切除术为主,逐渐覆盖了包括腹部外科、儿外科、妇产科、泌尿外科、胸心外科等多学科领域的大多数手术。例如:现今我国 90% 以上的胆囊切除是由腹腔镜手术所完成,已成为我国治疗胆囊结石的"金标准"。腹腔镜脾切除术已广泛应用于临床。胃食管反流性疾病和肥胖症在有条件的医院,也因腹腔镜手术操作简单,又可避免消化道切除与重建的问题而成为外科治疗的首选方案。有临床研究显示,腹腔镜结肠癌手术的长期疗效与开腹手术无显著差异。因此,近年来腹腔镜结直肠癌手术、胃癌根治术、肝肿瘤切除术、腹腔镜胰体尾、肿瘤切除术、胰腺次全切除术等均有较多报道。就连腹部外科公认难度最大的 Whipple 手术,最近广西卢榜裕、上海郑民华及我院余小舫等均有成功施行腹腔镜 Whipple 手术的报道。

2004 年 4 月 26 日,深圳市人民医院周汉新等,在完成了 3 例活体动物实验的前提下,应用国内引进的首套完整 Zeus 手术机器人系统,成功独立完成了我国首例遥控 Zeus 机器人胆囊切除术。迄今已成功施行腹部外科和泌尿外科各类机器人手术 84 例次。

由上可见,我国腹腔镜外科在 15 年的时间内得到了飞速的发展,技术日益成熟,并逐渐与国际水平同步。但是与欧美等发达国家相比仍有不少差距和应正视的问题。

2 问题与对策

2.1 对"微创"概念的认识问题

正是由于腹腔镜外科的成功开展,才使人们重新认识了"微创"在外科学中的作用和地位。但问题是仍然有很多人不能正确认识"微创"的整体概念,认识不到"微创"和"重创"是可以相互转化的。从而片面注重手术的"微创性",盲目扩大"微创"手术适应证,甚至忽视手术效果。例如:无论病变的胆囊是否严重到需要手术切除的程度,一律"微创"切除;一个本该及时中转开腹的手术,硬是"硬着头皮"用几个小时勉强以腹腔镜完成;又如本来用 4 个 trocar 1 h 可完成的手术,却为了省 1 个 trocar 花了 1.5 h 才完成手术。以上例子前后对比哪个是"微创",哪个是"重创"是不言而喻的。

外科手术的创伤对患者而言不仅仅在生理上,同时还表现在心理上。相对于传统的外科手术而

收稿日期:2005 - 11 - 15。

作者简介:周汉新(1955 -),男,湖北武汉人,广东省深圳市人民医院(暨南大学第二临床医学院)教授,主要从事微创外科基础与临床方面的研究。

通讯作者:周汉新

言,腹腔镜技术对大多数患者来说都更为陌生,对手术过程和效果不了解,这会加重患者的心理负担。还有患者认为微创手术就是无痛苦手术,对手术可能带来的伤痛心理准备不足,这些问题如果手术者认识不到,忽视了患者的心理状态,将不利于治疗的效果。另外,术者如果不了解患者的经济状态、家庭和社会背景,强行推行价格相对昂贵的“微创”外科手术,结果是手术达到了“微创”,而使患者的经济、家庭和心理遭到了“重创”。

对策:进一步提高“微创”概念的认识是保证腹腔镜外科健康发展的基础。

2.2 腹腔镜手术与传统手术的关系问题

以腹腔镜技术为代表的微创外科是一种创新技术还是将发展成为一个专门学科?这是学术界仍有争议和有待历史来验证的问题。但是笔者认为如下观点应当明确:(1)腹腔镜外科是现代高科技成果与传统外科技术结合的产物,没有传统外科,就不会有腹腔镜外科。二者是相互依存的关系,不是分割和对立的关系;(2)腹腔镜外科有其特殊性,如手术入路不同,二维荧屏视野“看得见,摸不着”,使用长柄器械并经腹壁支点产生“镜像效应”,还需 CO_2 气体气腹建立手术野等。因此开展腹腔镜外科必须专门培训,传统外科技术水平不能代表腹腔镜外科技术水平;(3)无论腹腔镜手术器械,甚至当今高科技的外科机器人如何智能化,但实施外科手术均靠外科医师来操纵,而所有外科操作仍然是以经典的传统外科基本操作方法为原则,如消毒、切开、止血、打结和缝合。这些原则永远是“微创”外科的基础;(4)就目前而言,腹腔镜外科手术所适应的范围还远没有达到传统外科开腹手术的深度和广度,有时还依靠“中转”开腹手术才能达到手术目的。因此,腹腔镜外科不仅不能替代传统外科,还要仰仗传统外科作为“安全”的保障。

对策:提高传统外科的技术水平是提高腹腔镜外科技术水平的前提。

2.3 发展不平衡的问题

我国大陆腹腔镜外科手术普及和应用在深度和广度上都存在着发展不平衡问题。有报道称:在中国北方的发达地区,腹腔镜技术可普及到县医院,在中国南方发达地区,普及到镇医院,而在其他地区一般普及到地区医院。在已开展腹腔镜外科的医院,有的成立了专门的腹腔镜外科中心,集中了人力、物力,在开展腹腔镜手术的数量和质量以及对相关基础理论的研究上均有较大优势。然而,大多数则分散在各专科开展的腹腔镜外科业务。地区间发展不平衡主要是受经济支撑与技术进步的影响,而发展模式不一致,除了经济条件外,在资源的利用、人才的培养上也各有利弊,莫衷一是。

对策:立足国情,不强求各地区间步调一致的均衡发展,同时努力提高开发、研制微创外科专用设备和器械技术水平。使其尽早国产化,降低成本,以利于普及。除有条件的医院外,发展模式上不强求“中心化”,允许多种模式并存构建我国腹腔镜外科专业队伍,不拘泥于固定的模式,以能切实有效地保质保量开展工作为原则,通过多种手段与途径提高腹腔镜外科医师的手术技能与相关的理论知识,促进腹腔镜外科的顺利发展。

2.4 质量控制的问题

就我国开展腹腔镜外科业务的单位和从业医师以及手术总量来看,15年的发展成绩可观。从1992,1996,1998年3次全国性调查的结果显示:手术死亡率由0.1%降至0.019%;胆管损伤率由0.31%降至0.19%;胆漏率由0.72%降至0.14%;出血率由0.15%降至0.11%,可见手术质量也有较大提高。但与欧、美发达国家相比仍然差距甚远,主要表现为技术水平的参差不齐。这主要是缺乏全国统一的专业培训,资格认可、技术准入和质量控制机制所致。

对策:笔者曾于1995年在《腹腔镜外科学基础》一书中,以专门章节提出“腹腔镜外科医师的培训”。建议由卫生行政主管部门或委托中国医师协会和中华医学会,在有条件的单位成立政府或学术组织认可的腹腔镜外科医师培训中心,制定和执行全国统一的培训计划和教学大纲、严格的技术考核制度和资格认可机制,对拟开展腹腔镜外科业务的单位,实行严格的技术准入考核和考察。同时为了保证质量和提高水平,制定全国统一的腹腔镜外科的各病种、术式的技术操作规程和手术规范,并根据学科的发展和技术进步,每年予以增补与修订。如此,才能真正使我国腹腔镜外科的发展逐渐与国际水平同步。