

编者按：2015 年湖南省医学会普通外科专业委员会年会暨全国肝胆胰及胃肠外科新技术新进展学习班如期在长沙湘雅医院举办。中国普通外科杂志和 AME 编辑全程参加会议并做采访报道。来自南京医科大学第一附属医院的苗毅教授风趣而幽默，儒雅而有学识，令人印象深刻。AME 编辑更是有幸与苗教授“一席谈”，谈谈关于胰肠吻合，还有一些小故事。



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.09.001

<http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.09.001>

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(9):1213-1215.

• AME 名家专访 •

苗毅：胰肠吻合新的理解——从机械连接到生物愈合



受访专家：苗毅，南京医科大学第一附属医院胰腺中心主任，南京医科大学胰腺研究所所长。1995—2001 年间赴比利时鲁汶大学留学，获医学博士学位。兼任中华医学会第 24 届理事会理事、中华医学会胰腺外科学组副组长、中华医学会 17 届外科学会委员、中国医师协会常委、江苏省医学会胰腺病学学会主任委员、美国外科学院 Fellow(FACS)、国际外科学院荣誉 Fellow [FICS (Hon)]、国际外科学院执委会委员。担任《Langenbeck's Archives of Surgery》编委、《中华医学杂志》英文版外审专家、《中华肝胆外科杂志》副主编、《中华消化外科杂志》副主编、《中华外科杂志》编委等职务。

1 机械连接到生物愈合，如何理解“新”？

苗毅教授在此次大会上作了题为“苗毅：胰肠吻合新的理解——从机械连接到生物愈合”的讲座，跟与会专家分享了他在这一领域的经验。在他看来，传统的对于胰肠吻合的理解还是一种机械的连接。但实际上我们做的并不是一个物件的简单链接。因为最终它是一个生物体的愈合，所以应该更多地倾向于生物愈合这个角度去理解而不是简单地从一个机械连接的层面去理解胰肠吻合。苗教授在他的讲座中也列举了一些机械连接的误区。其中便讲到，我们有的时候认为严防死守，紧密结扎，滴水不漏便是最好，想从这些机械连接方面去预防胰瘘。其实真正的理解应该更多地关注生物愈合的过程，如何为生物愈合提供更好的条件，这样才会降低胰瘘的发生。

2 关于吻合口瘘，您怎么看？

苗教授在讲座中提到此类手术吻合口瘘发生率为 20%，这又是一个怎么样的概念呢？“其实这是全世界的一个平均水平，这样一个水平并非在每一个中心都是一样的，有的地方可能比这个更高，有的则可能要低一些。发生率低的中心一般可能

有几个因素的：第一就是他们的技术水平比较高，经验比较丰富，所以胰瘘的发生率就会比较小，这个大多数是见于大中心；另外一个就是胰瘘的诊断标准问题，有的中心报告的胰瘘发生率很低，但实际上并非见得是低，也许只是他们自己制定的一个不一样的标准而已，例如对一些小的瘘视而不见。这样的话，报告的结果就很好，但是实际情况并非如此。正因为这样，国际胰腺外科研究组在 2005 年制定了一个胰瘘的诊断标准，把胰瘘分为 A、B、C 三级，并进行了明确的定义。有了一个标准之后才能更好地比较。”

3 方法与质量，怎样权衡？

关于吻合口瘘，很多学者试图寻找一个没有胰瘘的吻合方法，这个不太现实。用苗教授的原话讲就是“没有胰瘘的胰腺外科医生还没有来到这个世界上，没有胰瘘的吻合方法很遗憾还没有问世”。任何一种方法都会有胰瘘，只是胰瘘的发生率有高有低。很多现有的 RCT 文章比较了各种各样的方法，最后的结果是其实这些方法并没有太多的区别。在全世界范围内，大概有 90 种之多的吻合方法，基本的吻合方法差别不大。对于这样一种情况，苗教授的观点是选择简单易行的，自己熟悉的吻合

方法就是最好的。“既然吻合方法都是大同小异的，那我们何不选择一个更为简单的方法呢，为什么要选择一个非常繁复的方法呢？”

相对于吻合方法，胰肠吻合口瘘的发生率其实更多地取决于吻合的质量，质量比方法更重要。良好的机械连接可以给生物愈合创造更好的条件。基本的操作也是关键，例如打结的松紧，打结时的三点成一线，打结时的三靠拢（手指向组织靠拢；移动的组织向固定的组织靠拢；坚韧的组织向脆弱的组织靠拢）。缝合也是如此，最重要的是按照针的弧度旋转手腕去缝，以达到最小的切割。苗教授说道：“我们有 7 条标准评价这一针缝下去的质量，其实简而言之就是同样的针缝过组织形成的针道的大小，针道越小证明你用力的方式跟针的弧度是完全一致的，没有偏移”。说到这里，苗教授用了一个非常生动形象的比喻，“如果你的针是竖着进去的，躺着出来的，那这样的组织损伤就很大了。这就犹如跳水运动员入水的时候，水花越小得分就越多。如果你是站着跳下去的，横着入水的，那对不起了，0 分！”。

4 国内外水平相比，若何？

谈到国内外专家的水平相比，苗教授认为：我国外科医生在这一领域的操作水平是很好的，因为我们的患者多，操作经验也就多。除此之外，我们也没有像国外那么多的限制，在这样的条件下可以充分发挥操作水平。但是不可忽略的一点是：我们对基本功的训练，专业知识的掌握不够系统，不够标准，也不是很到位。手术台上，可以看到很多年资比较高的医生，他们的一些操作可能还存在明显的缺陷。另外一个问题是标准化，在西方的一些国家，所有医生的打结方式基本都是一样的，操作手法也是。一个胆囊腹腔镜切除手术，你在美国和欧洲看到他们的每一步手法基本都是一样的，因为他们有一个完整标准的训练体系。但是在我国国家就各种各样的都有，有些医生基本操作仍还有很明显的缺陷。苗教授回忆说，“我曾经讲过，基本功对一个外科医生来讲是非常重要的，因为好的基本功是一个外科医生毕生的财富，并且你会享用不尽它所带来的好处。但是如果你基本操作有缺陷，那你一辈子都要为此付代价，你的患者以及跟你的学生也要随着付出代价。”小编认为当医生也好，做学问也好，应该都是这样的道理吧。

5 实践出真知，您是否仍坚信

苗教授致力于普外科的临床、教学和科研工作 30 多年，在这里他还跟我们年轻的普外科医生分享了他的一些经验。希望年轻一代的普外科医生能够有所领悟，有所收获。

“我曾经有一篇文章叫《与博士生谈谈临床》。为什么要写这个文章呢，因为我觉得临床是我们外科医生的立足之本，但又恰恰是博士生的痛。我们现在培养了很多的博士生、硕士生，这个培养过程是按照一个科学家的培养目标去培养的，主要就是进行科学研究。而我们国家的体系是把 MD 和 PhD 是混为一谈的，我们只是认识“博士”这两个字，不知道这里面还有各种各样的博士。无论是 MD 还是 PhD，我们在临床上都当作一个人才在使用。实际上，PhD 的主要做科研的，PhD 的意思就是哲学博士，主要是从事科学研究。所以在手术室里面就有人会讲“怎么才来的这个博士不会开刀呢？”我说博士不会开刀很正常啊，因为他没有经过很系统的临床训练，他训练的目标不是给人开刀的，是给兔子和老鼠开刀的。现在我们的手术室里面又转变了说法，“这个人开刀怎么笨得像个博士呢？”在国外，你没有 MD 的学位，没有经过住院医师培训或者你只是 PhD，是不能独立从事临床的，并且这是违法的。所以我强调我们的教育体系要反省，要改革，要学习一些发达国家的成熟经验。首先很重要的一点是加强住院医师的培训，临床的基本知识，基本理论和基本技能要经过住院医师培训解决，就算你拿到 MD 学位，没有经过住院医师培训就没有独立执业资格。否则，医生年资很高还有很多缺陷，还有很多知识没有掌握，或者说只知道自己所在的狭窄专科。

我想对年轻的普外科医生说，要勇于实践，勇于锻炼自己。简单来讲，不要做“三无”医生：no question, no thinking, no touching。作为年轻医生的，实习医生的，要把你们的双手从那洁白的白大褂口袋里拿出来去触摸你们的患者，去上台，去拉钩，去操作，要勇于实践。如果是博士生，硕士生，我觉得这也是很好的，因为你在科研方面打下了很好的基础，临床方面可能有所欠缺，但是这个责任不在于你，而是你的执业经历决定的。所以要赶快放下架子，去做一个学生，认认真真的在临床里面摸爬滚打，往往在几年之后就会挺好的。千万不要做掩耳盗铃的事情，尤其很多作为人才

引进来的博士生,很快就会有副主任医生的职称,然后2、3年之后可能就自己带组了,不认真会出很多很多的事情。临床方面,尤其是牵涉到患者的性命,一定要对患者负责任。外科医生自己的感知能力也是非常重要的,感知环境,感知患者,包括感知自身的能力。当你有困难的时候向别人学习,求助你的上级医生和同行,这样定会有所提高。

6 时势造英雄?

虽然是胰腺外科的医生,苗教授在肿瘤射频消融(RFA)技术方面也是造诣颇深的,更是获得了美国的专利及多项中国实用新型专利,这缘于他在比利时攻读PhD学位时的研究。在访谈的最后,他跟我们分享了这其中的故事与火花。

“射频肿瘤消融是在上个世纪90年代中期兴起的,它是用射频电流使组织产热从而把肿瘤烧死。这也是一个偶然的契机,我在1995—2001年的时候去比利时鲁汶大学念我的PhD学位。那时候的我已经有40岁了,已开刀了好多年了,但是我觉得自身还有很多欠缺,尽管开刀方面已经算是很好。所以我要出国去改造我的专业素质。鲁汶大学世界前50名的大学,要求很严格,我用了5年去读PhD,研究的就是RFA,博士论文题目为:《Radiofrequency Tumor Ablation as an Alternative for Cancer Therapy》。当时做了5年的博士研究生,发表了7篇SCI论文,其中还有2个专利,会议的abstract有将近30个,所以那段时间是非常充实的。这个技术在当时并不被人们看好,但是我知道它其实是有优势的。有一个很重要的问题,就是我们为什么要把肿瘤拿出来?作为一个外科医生,我们很容易理解,到了患者的肚子我们总希望割点什么下来,当然割的是坏东西。我们很少有空手而归的,因为割下来这个病就治好了。实际上你仔细考虑一下,肿瘤为什么会死掉呢?其实是用解剖的手段把肿瘤和宿主的联系割断了,肿瘤不是在手术台上死掉的,是在送往病理科的路上慢慢由于缺血缺氧死掉的。所以不把肿瘤切除,将肿瘤在体内就杀死了是不是同样也可以治疗肿瘤呢?像放疗通过照射也可以杀死肿瘤,同样,用高温把蛋白质凝固了,杀死了肿瘤细胞,也是可以达到治疗目的。将肿瘤切除也是要付代

价,比如需要一个切口。在影像的导引下,如:B超、CT。用1根射频电极插到肿瘤里面加热,把肿瘤烧死。然后没有开一个很大的切口,没有受很大的痛苦,一个肝癌的患者当天就可以下床活动了,当天可以吃东西了,何乐而不为。在国外,一些小肝癌、肺癌都已经是门诊治疗了,治疗完观察6h就可以回家了。如果说跟外科手术的效果是一样的,我们为什么不去选择一个对患者创伤小的呢?现在有很多RCT的文章出来了,RFA对于直径3cm以下的肝癌跟肝切除的效果是一样的。我相信大肝癌是要开刀做的,因为射频覆盖不了这个范围,但是小肝癌一定是可以用射频的,因为效果是一样的。有些人问我,为什么开刀效果很好,还要用射频,我觉得这是对外科医生提出的一个非常重要的问题。我一般会反问他,既然效果是一样的,你为什么要选择一种对患者创伤大的方法呢,为什么不选择一种对患者friendly的方法呢?其实当年我就知道RFA是非常有临床价值的,我从一个外科医生的角度,能够理解。现在果然没错,RFA已经在所有领域被广泛应用了。记得当时鲁汶大学的导师是这样讲的“你是世界上第一个射频专业的PhD”,那的确是最早的了,1995年我就开始做了,2001年我拿到学位。一开始我会讲一些启蒙式的讲座,现在已经不用我讲了,我的主要精力已经从RFA这个领域转移出来了,这是因为我还是更热爱胰腺外科的专业。”

“在一段闲暇时间我去读学位,偶然之间我跟RFA相遇了,最后碰撞出这么多火花,这也是一个很美好的故事。我现在更多的精力是放在胰腺外科上,我觉得RFA这一方面也是会发展得越来越好的,越来越受到临床医生和患者的欢迎。我也预祝在这一领域的同行们继续努力,发展得更好。”

(本文笔者:唐雪琴,AME出版社科学编辑)

本文引用格式:唐雪琴.苗毅:胰肠吻合新的理解——从机械连接到生物愈合[J].中国普通外科杂志,2015,24(9):1213-1215. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.09.001

Cite this article as: TANG XQ, Yi Miao: From mechanical connections to biological healing-a new sight on pancreaticojejunostomy[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(9):1213-1215. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.09.001