

编者按：“星城”长沙，屈贾之乡，楚汉名城，湘江九曲，山峦叠翠。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，正是选择了于6月13日在美丽的湖南省长沙举办。中国普通外科杂志和AME编辑全程参加会议并做采访报道。在这次由中南大学湘雅医院主办的学术盛会上，AME编辑有幸聆听到华中科技大学同济医学院附属同济医院外科学系主任、肝胆胰外科研究所所长，中国从事肝移植研究的第一位博士，美国外科学会荣誉会员陈孝平教授的讲座，并对陈教授进行了专访，畅谈改革开放以来肝脏外科学科发展、当下医学人才培养及对未来的新技术展望，下面，请跟随我们的脚步，与陈教授一同看看这些年肝脏外科发展的潮起潮落吧！



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.07.001

<http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.07.001>

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(7):917-919.

• AME 名家专访 •

陈孝平：实践出真知，行者无疆界



受访专家：陈孝平，华中科技大学教授、博士生导师，意大利 Insubria 大学外科学系荣誉教授，香港中文大学威尔斯亲王医院外科客座教授，华中科技大学同济医学院附属同济医院外科外科学系主任、肝脏外科中心主任、肝胆胰外科研究所所长，器官移植研究所前任所长。

1 肝切除治疗 HCC，用实践回答 3 大国际难题

在中国大部分地区，肝细胞癌（HCC，通常称原发性肝癌）的早期筛查治疗并未充分开展，治疗干预存在滞后，故中国医生在临床实践中接触的中晚期肝细胞癌比例较高。一项尚未发表的最新调研显示，在来自中国 75 家医疗机构的 20 536 例原发性肝癌患者中，43.1% 患者首诊时肿瘤直径 >5 cm，22.5% 患者首诊时肿瘤直径 >10 cm，而 1/3 上述患者还有门静脉高压或肿瘤侵犯门静脉的表现。在这些案例中，使用非手术治疗手段，如 TACE 等疗法，患者的长期生存率并不乐观，而研究显示肝切除术可有效提高中晚期或肿瘤直径 >5 cm 的 HCC 患者长期生存率。与此同时，经过几十年的发展，在华中科技大学同济医学院附属同济医院肝脏外科中心，肝切除术手术安全性已逐步提高，手术并发症已逐步减少，据陈教授介绍，该中心在实践中，对 3 个困扰国内外肝脏外科临床工作者多年的重要问题进行了探索。

问题 1：肿瘤直径 >5 cm，是否为肝切除治疗原发性肝癌禁忌证？

陈教授给出的答案是“NO”。文献显示，HCC 肿瘤直径 >5 cm 患者在肝切除术后的 5 年生存率在 28%~42% 之间，HCC 肿瘤直径 >10 cm 患者在肝切除术后的 5 年生存率在 17%~32% 之间，明显高于 TACE 治疗后的 5 年生存率。过去认为，肿瘤直径 >5 cm 的大肝癌患者，肝切除术后肝衰竭发生风险大，复发率高，是否为肝切除治疗适应证，一直是国内外学界探讨的热点问题。

然而，实践经验显示，随着手术技巧的提升，肿瘤直径 >5 cm 不再是 HCC 患者行肝切除术的禁忌证。华中科技大学同济医学院附属华中科技大学同济医学院附属同济医院肝脏外科中心，自 1990 年 1 月—2003 年 12 月，共有 2 102 例肿瘤直径 >5 cm 的 HCC 患者接受了肝切除术，而数据显示，1996 年后接受手术患者的整体生存率显著优于 1996 年前接受手术的患者，同时也侧面反映了肿瘤直径 >5 cm 并接受肝切除术的 HCC 患者也能有一个理想的长期预后。但陈教授亦指出，肝切除术有一定难度，尤其当肿瘤位于肝脏右侧且肿瘤直

径>10 cm时。对于肿瘤直径>5 cm的HCC患者，若要进行肝切除术，对其术后肝脏残余功能及体积的正确评估非常重要；同时，采用有效地控制出血技术以减少术中出血是手术成功的关键。

问题2：门静脉高压，是否为肝切除治疗原发性肝癌禁忌证？

陈教授指出：对门静脉高压的HCC患者的手术指征，目前仍存在争议。BCLC staging system和NCCN指南认为门静脉高压是HCC患者行肝切除术的禁忌证。这与术后肝脏代偿功能衰竭发生率高、患者生存率低有关。

在中国，85%~90%的HCC患者伴有肝硬化，其中大部分患者表现出了门静脉高压的临床症状。为减少门静脉高压患者肝切除术后并发症的发生，华中科技大学同济医学院附属同济医院术前会常规性地为患者进行上消化道内镜检查以评估静脉曲张破裂风险，进而限制肝切除的范围，并选择性地对患者进行脾切除，但该决策过程须特别慎重。

问题3：肿瘤侵犯毗邻静脉，是否为肝切除治疗原发性肝癌禁忌证？

HCC容易侵犯毗邻静脉分支，随之而来的是癌细胞肝内外转移发生风险增高。研究显示，肝切除HCC患者PVTT（portal vein tumor thrombosis，即门静脉癌栓）的发生率为5.3%~15.4%；该概率在接受非手术治疗的HCC患者为11.3%~38.0%；在尸检案例中，该概率为32.0%~62.2%。陈教授指出，之前的系列研究结果显示，只要谨慎选择患者，肝切除术对伴门静脉癌栓的HCC患者是一种安全有效的治疗方法。在华中科技大学同济医学院附属同济医院肝脏外科中心438例施行了肝切除术的HCC伴门静脉癌栓患者，其1、3、5年生存率分别为58.7%、22.7%、18.1%。

2 肝外发展六十载，而今正欲翻新篇

2.1 从“能否开”到“如何开”

陈孝平教授师从著名外科学家裘法祖院士、吴在德教授，亲历了我国肝外科风雨求索的历程，在这次访谈中，他结合亲身经历，谈到了他

心目中我国肝外科发展的三个重要时期：

“20世纪50年代至80年代属于临床试开展阶段，并不是每个医院都能开展肝脏外科手术，这时候，焦点集中在‘哪些患者是可以开刀的，哪些是不可以开刀的’；20世纪80年代到21世纪初，肝脏外科手术技术进一步发展完善，这个阶段主要围绕两大问题展开——第一个是手术指征的规范；第二个是术中出血量如何控制，在20世纪80年代，我还是个年轻医生时，指导老师对术中出血量的基本要求是控制在2 000 mL以内，这时候肝脏外科的工作可以说是‘血淋淋’的，但随后肝脏外科手术出血量得到了控制。这次，我在讲座中介绍的‘Occlusion of infrahepatic IVC with Pringle manoeuvre to control bleeding during hepatectomy’，‘Ligating the inflow and outflow vessels without hilus dissection’，‘Liver double-hanging maneuver’三个方法，均为有针对性的、控制肝脏外科学中出血量的解决方案，更重要的是，这些方法是我们中国人自己发明建立的。2000年之后，肝脏外科基本技术已经成熟，进入了临床推广应用阶段。”

2.2 肝移植的过去与未来

肝移植是肝脏外科发展史中重要一环，陈教授作为我国最早从事肝脏外科及肝移植研究、临床工作的博士研究生，对中国肝移植发展历史与现状可谓颇有发言权，在本次访谈中，陈教授回答了编辑提出的我国肝移植3个问题——获得了怎样的发展？现在存在怎样的困难？未来努力的方向是什么？

据陈教授回忆，在1977年，我国开展了第1例人肝移植，但直到20世纪90年代前，开展肝移植的医院数量比较少、手术效果比较差、患者预后不佳。90年代后，年轻外科医生逐渐成长起来，对肝移植推广力度增大，期间手术例数增加，但病死率仍较高，这背后涉及到2个问题——首先是病例选择较乱，一些该进行移植的患者并没有进行移植，一些不该进行移植的患者却进行了移植；另一方面是技术准入标准未完全建立，一些医疗机构或医生并不具备开展肝移植手术的实力，却进行了肝移植手术；直到2006年，国家开始重视肝移植准入制度的规范，并逐渐建立死刑犯器官移植

相关规定, 推广标准化心死亡器官捐献(DCD)分类标准, 至此, 中国肝移植开始按国际规则办事, 可谓步入了正轨。

陈教授认为, 现阶段我国肝移植主要面临的问题是供体来源紧缺, 这与亚洲文化传统有关。正因为供体资源的稀缺, 临床工作者在肝移植患者的筛选上应该更加严格, 这是对器官提供者的尊重。每个外科医生都应该抱有这样一个理念——我们要把这个供体用在最有价值的地方, 使患者生命得到最大延续。

2.3 辩证看待新技术

行者无疆, 作为肝脏外科领域的探索者与先行者, 陈教授对创新、挑战与学科进步充满了热情。1989年, 他在国内首先报道了系统肝段切除术, 提出了肝脏无手术禁区的论断; 1994年, 在国内外最早有计划施行巨大肝癌切除术, 并首先提出肿瘤大小不是评估能否施行肝切除的唯一标准; 更有“医用接触式Nd-YAG激光刀在实质性脏器手术中的应用”、“肝外科手术的系列研究和技术改进”等多项研究获得省级、国家级进步奖, 那么对于目前一些新技术在临床的应用, 陈教授又有何看法呢?

陈教授指出: 在本院, 大部分患者初诊时已属HCC中晚期或肿瘤直径 $>5\text{ cm}$, 手术切除仍是此类患者的主要治疗手段, 而近年来手术技术的进步, 使得肝切除术的可行性及安全性得到了提高, 进而使这些入选患者获得了更满意的长期生存率。然而, 目前国际并未就HCC中晚期或肿瘤直径 $>5\text{ cm}$ 的临床决策达成共识。华中科技大学同济医学院附属同济医院正尝试通过多学科协作的模式, 进一步提高HCC患者的长期生存率和生活质量。

陈教授还提到了其他现代科学发展——新医疗器械研发、腹腔镜和机器人手术、放射疗法、消融技术、超声、远程监护、3D打印, 并认为其具有令人期待的临床应用潜力。

那么对于基因测序、靶向药物等新技术在肝外科, 尤其是肝癌治疗上的意义, 陈教授又如何

看待?

“对新观念、新方法不能排斥, 但一定要辩证地对待它们。在这些新技术刚进入临床时, 我们对其不足之处认识并不深, 一些在研究结果优异的技术, 可能在临床应用中会表现得不尽如人意。比如说, 在临床实践中, 我们发现靶向治疗药物可能只对40%左右患者有效。这也提醒了我们, 对任何新技术, 应该一步步来, 边走边看, 对其优点充分认识, 对其未被发现的缺点, 也要充分留意, 这样才能最大程度造福患者。”

2.4 从医有三不计较, 一专多能很重要

众所周知, 陈教授不仅是一位技术高明的外科医生, 更是教学名师, 主编全国高等医药院校5年制、7年制和8年制3本统编规划教材《外科学》及许多我们耳熟能详的专著, 6月是全国高考月, 各地亦掀起了医学生培养相关热点问题, 陈教授又有什么要对年轻医生或者想选择临床专业的学子说的呢?

“选择医生这个职业, 要有三个不计较: 一是不计较苦, 临床工作是非常艰苦, 同时, 患者生死系于肩膀, 责任非常重大; 二是不计较时间, 医生工作起来, 没有私人时间可言, 说抢救患者, 说做手术, 就得立刻上‘战场’; 三是不计较金钱, 该得到的酬劳, 终将属于你, 医生的首要任务是把病看好。此外, 一个好医生一定要一专多能, 这很重要。我们面对的患者是个整体, 器官之间在解剖上、功能上有着相互的联系, 比如胸腔内的心和肺之间, 腹腔内的肝、胆、胰和胃肠之间, 等。如果将现代工业流水作业的操作模式应用到医生看病上, 那就更加错误了。”

(本文笔者: 李媚, AME 出版社科学编辑)

本文引用格式: 李媚. 陈孝平: 实践出真知, 行者无疆界[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(7):917-919. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.07.001

Cite this article as: LI M. CHEN Xiaoping: Practice makes perfect, without borders[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(7):917-919. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.07.001