

关于现代普通外科医师面临的几个问题的思考

刘小南^{1a}, 霍婷婷^{1b}, 王为忠^{1a}, 管文贤^{1a}, 董光龙^{1a}

[关键词] 普通外科; 外科医师; 外科治疗

中图分类号: R192 文献标识码: B 文章编号: 1006-9771(2006)02-0183-02

[本文著录格式] 刘小南, 霍婷婷, 王为忠, 等. 关于现代普通外科医师面临的几个问题的思考[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(2): 183-184.

普通外科的历史源远流长, 通过近 100 年的发展, 特别是上世纪 80 年代以来, 现代普通外科取得了长足的进步, 新技术、新方法不断涌现, 理论观念不断更新, 使众多有争议的问题摆在现代普通外科医师的面前, 笔者就其中的几个问题探讨如下:

1 手术的大与小

目前, 手术仍是普通外科解决问题的主要手段, 而且随着医学科学水平和相关技术的发展, 使以前无法完成的许多高难度和大范围手术得以轻易实施; 由于手术器械与高新技术的结合, 对解剖和病理的准确掌握、手术操作的精巧熟练、麻醉技术的日趋完美、抗感染措施的有效应用、营养支持的充分保证、重症加强监护的成功实施^[1], 使手术范围不断扩大。例如, 肝尾叶切除术^[2]、联合门静脉和肠系膜上静脉的胰十二指肠切除术^[3]和多器官联合切除术使许多肿瘤的切除率得到提高。可以说, 现代普通外科的手术已无禁区。曾有一段时间, 肿瘤根治、扩大根治和多器官联合切除风靡全球, 甚至成为衡量医师和医院水平的标志, 但是越来越多的证据显示, 盲目扩大手术范围并不能提高患者的生存率, 反而增加患者生理和精神上的负担, 降低生活质量; 相反, 缩小手术范围, 辅助其他治疗, 不但能达到相同的疗效, 还能降低手术风险, 减小患者的痛苦。例如, 保留乳房手术加根治性放疗治疗早期乳腺癌与传统根治术的生存率相仿, 目前已成为发达国家治疗乳腺癌的主流手术^[4], 而早期乳腺癌局部切除加前哨淋巴结切除也有成功的经验^[5], 强调在保证缩小手术局部切除彻底性的同时, 注意保持形体美观和功能已成为现代乳腺癌外科的治疗原则。纵观历史, 医学科技的发展使手术从小变大, 又从大变小, 在获得较好疗效的前提下尽量缩小手术, 减轻患者的创伤已成为现代普通外科的重要理念^[6], 而外科设备、手术技术的改进和辅助治疗的出现则提供了物质保证。

2 手术与非手术

自从外科诞生以来, 手术一直是外科医生赖以生存的法宝。但随着药理学、物理学及其他相关学科的发展, 许多疾病不需手术也可获得治疗。例如, 奥美拉唑等强抑酸药物的出现使消化道溃疡患者已逐渐淡出手术室^[7]; 重症胰腺炎并非都要依靠手术解决^[8], 联合应用生长抑素和高效抗生素同样可获得较好的疗效; 介入治疗对一些普通外科传统疾病也取得了满意

的治疗结果^[9]; 而治疗的多元化和个体化将会使同一种疾病的治疗有多种选择, 手术已不再是惟一和必需的手段。另一方面, 随着手术学、麻醉学、药物学和营养学的不断发展, 特别是近 20 年来, 新手术层出不穷, 手术适应证不断扩大, 一些器官终末期的疾病可以通过器官移植得到治疗。目前, 肝脏和胰腺移植在国外已成为常规手术, 小肠移植在临床不断涌现, 多器官和腹腔器官簇移植也在尝试, 而腔镜技术则将普通外科带入了一个更广阔的空间, 大部分传统的普通外科手术都可以在腔镜下完成, 过去依靠内科治疗的一些疾病可通过腔镜治疗, 例如腔镜下减肥手术。于是, 做不做手术、做什么手术成为摆在每一个现代普通外科医生面前的重要问题。现代医学要求面对具体患者时首先要跳开手术的桎梏, 尽可能考虑是否有切实有效的非手术治疗方法可供选择, 如必须手术可辅助非手术治疗使疗效达到极致, 例如新辅助化疗已被证实可提高肿瘤患者术后的远期生存率。

3 手工操作与器械使用

长久以来, “手”一直是普通外科医师最为珍贵的东西, 手工技巧的优劣反映着一个医师水平的高低。但随着材料学、机械学、电子学和传感技术的发展, 传统手术中许多操作可以依靠器械来完成, 手术中人工操作的成分越来越少。器械的使用具有众多优点, 如可以缩短手术时间、减轻手术创伤、增加手术可靠性等, 因此对传统普通外科带来巨大的冲击。例如, 在肝脏外科中应用超声刀和水刀可明显减少术中出血; 使用立加索可显著降低胃和直肠手术的风险。器械的使用也使许多过去不能完成的手术变为现实和更加完美, 例如双吻合器的使用使直肠癌低位保肛手术成为可能^[10]; 吻合器痔上黏膜切除术为重度痔及直肠黏膜脱垂的治疗提供了新的和更为彻底的方法和思路^[11]; 而具有更直觉的三维视角、更灵巧和稳定的操作, 并能进行远程手术^[12]等优点的手术机器人的出现, 有望最终取代外科医生的手成为未来手术的经典模式。面对新技术、新设备、新器械的不断出现, 普通外科医生仿佛面临即将失业的窘境, 甚至相当数量的医生对器械产生抵触情绪。但是, 所有器械的使用最终还需依靠医生的手来完成, 并且对手工技巧的要求较以往更高, 掌握传统外科基本技术已不能胜任现代和未来的普通外科医生工作, 必须要熟练和善于运用各种器械, 并且应具有在实践中不断开发新器械和拓展器械应用范围的能力。

4 经验主义与循证

过去那种认为医疗活动是一种经验科学和仅仅依靠经验知识就能胜任临床工作的观点已被证实是有害的, 而采用传统的回顾性研究和前瞻性随机性研究的经验结果指导临床工作

作者单位: 1. 第四军医大学西京医院 a. 胃肠外科; b. 麻醉科, 陕西西安市 710033。作者简介: 刘小南(1972-), 陕西西安市人, 主治医师, 讲师, 博士, 主要从事小肠、胰腺移植研究。

的方法是有局限性的,存在样本较小、主观性较强、人为因素导致的系统误差较大、试验设计缺乏严格性、统计学处理不规范等缺点。近年来,作为 21 世纪临床医学新思维的循证医学(Evidence-Based Medicine, EBM)则有望解决这些问题^[13]。EBM 的核心内容是要求临床医务工作者的医疗决策应建立在新近取得的最佳临床科学研究证据基础上,为医治对象提供最佳的医疗方案。EBM 的证据来源之一是荟萃分析(meta-analysis),就是将研究目的、方法和质量控制相同的若干项乃至几十项研究的原始数据进行统计分析并得出结论,而前瞻性随机双盲对照研究(randomized controlled trial, RCT)则避免了众多的主观因素,可保证资料的公正、客观和科学性,并且可获得较大的样本量。EBM 虽然具有较传统经验主义众多的优越性,但其并不能取代普通外科医生的临床经验,而是要通过两者有效的结合指导临床工作。所以,现代普通外科医师除应具备丰富的临床经验外,还应具备利用最佳临床科学研究证据指导临床工作的能力与素质。迄今为止,普通外科许多疾病在治疗手段上仍存在分歧,例如胃癌的淋巴结清扫问题、门脉高压的断流和分流问题、胰腺炎的手术问题等。现代普通外科医师只有在医疗活动中利用 EBM 的思维并且结合临床经验,才能统一认识,制定最佳的治疗手段,获得最好的治疗效果。

5 临床治愈与健康

传统的临床治愈是指通过治疗患者已处于“病灶消除”的状态。以肿瘤为例,临床治愈标准是彻底消除癌肿及转移灶,使患者达到无瘤生存。从临床角度看,无瘤生存的患者确已治愈,但随着社会的发展,新的医学模式要求不仅把人作为单纯的生物学意义上的自然人,而是具有特殊精神心理状态的社会人;不仅需要足够的营养和各个系统功能状态正常运作,还应有一个良好的社会生活氛围和正常的精神心理状态,即人们还需要处于健康的生活状态中。因此,过去那种“没有疾病就是健康”的观念早已过时,患者的要求已从“没有疾病”发展到包括生理、心理、社会的完满状态,仅仅达到临床治愈已不能满足现代社会发展的需要。例如, Miles 手术后的直肠癌患者虽然已达到临床治愈,但大多都有自卑心理,往往对社会生活信心不足,如果通过医生和社会的共同努力,使其了解肠造口的基本知识,多参与社会活动,减轻或消除心理上的压力,增强重归术前生活和社会活动的信心,提高生理和社会两方面的生存质量,才能达到真正意义上的健康。所以,现代普通外科医师的任务不仅仅是只治病救人,满足临床治愈,使患者达到生理学上的康复,同时还要注重使患者生活在健康的精神状态下,通过心理辅导和康复治疗让患者在心理上彻底摆脱疾病的困扰,提高患者的自我保护、自我调整和自我维护能力,成为一个真正意义上的健康人。

回顾历史,人类在不断发现问题和解决问题的过程中促进

了普通外科的进步,而每一次进步都会带来更多的问題,普通外科就是在这种循环中不断发展。着眼现在,现代普通外科医师应把切实解决好遇到的问题作为一种历史责任,并且善于发现新的问题;展望未来,随着现代普通外科医师的不断努力,普通外科这个既古老又年轻的学科必将迎来发展的高峰,为解除人类的病痛做出更大的贡献。

[参考文献]

- [1] 黄廷庭. 普通外科新进展与观念变革[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(1): 4—5.
- [2] 王义, 陈汉, 孙延富, 等. 肝尾叶肿瘤手术切除方法的探讨[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(1): 36—39.
- [3] Yoshimi F, Asato Y, Tanaka R, et al. Reconstruction of the portal vein and the splenic vein in pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer[J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50(51): 856—860.
- [4] Bayerl A, Frank D, Lenz A, et al. Local tumor control and cosmetic outcome following breast-conserving surgery and radiation up to a total dose of 56 Gy without boost in breast cancer[J]. Strahlenther Onkol, 2001, 177(1): 25—32.
- [5] Albo D, Ames FC, Hunt KK, et al. Evaluation of lymph node status in male breast cancer patients: a role for sentinel lymph node biopsy[J]. Breast Cancer Res Treat, 2003, 77(1): 9—14.
- [6] Conlon KC, McMahon RL. Minimally invasive surgery in the diagnosis and treatment of upper gastrointestinal tract malignancy[J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(8): 725—737.
- [7] Niv Y. Comparison of proton pump inhibitor-based triple therapy with losec and the generic drug, Omepradex, for efficacy of Helicobacter pylori eradication[J]. Dig Dis Sci, 2005, 50(4): 623—625.
- [8] Runzi M, Niebel W, Goebell H, et al. Severe acute pancreatitis: nonsurgical treatment of infected necroses[J]. Pancreas, 2005, 30(3): 195—199.
- [9] Kavanagh PM, Roberts J, Gibney R, et al. Acute Budd-Chiari syndrome with liver failure: the experience of a policy of initial interventional radiological treatment using transjugular intrahepatic portosystemic shunt[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2004, 19(10): 1135—1139.
- [10] 沈建生, 张玉胜. 双吻合器技术与全直肠系膜切除在低位直肠癌保肛手术中的应用[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(4): 312—313.
- [11] 邓正宇. 痔上黏膜环状切除术治疗直肠黏膜脱垂和环状混合痔[J]. 现代医药卫生, 2005, 21(1): 67—67.
- [12] 詹文华. 胃肠外科近年的某些进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(增刊): 21—24.
- [13] Rosenberg W, Donald A. Evidence-Based Medicine, an approach to clinical problem-solving[J]. BMJ, 1995, 310(29): 1122—1126.

(收稿日期: 2005-07-21)