

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2015.02.008

View this article at: http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2015.02.008

· AME 科研时间专栏 ·

专栏导读: AME Groups 旗下出版了 *Journal of Thoracic Disease* (《胸部疾病杂志》)、*Annals of Cardiothoracic Surgery* (《心胸外科年鉴》)、*Chinese Journal of Cancer Research* (《中国癌症研究》) 和 *Annals of Translational Medicine* (《转化医学年鉴》) 等近 20 本英文医学学术期刊。2014 年, AME Groups 中文平台——“科研时间”的诞生, 为广大从事临床和基础研究的科研工作者带来了福音, 提供了更多科研交流和学习分享的机会。欢迎广大读者关注我们“AME 科研时间专栏”, 订阅我们的公众微信号 (AME 科研时间: amegroups), 给我们提出宝贵的建议和意见, 以便于将这个专栏建设得更好, 成为读者喜闻乐见的一个栏目。

AME 科研资讯 | 食管外科小时代将带来什么?

康晓征

(北京大学肿瘤医院胸外一科, 北京 100142)

“这是一个梦想闪耀的时代, 这也是一个理想冷却的时代; 这是最坏的时代, 这也是最好的时代, 这是我们的小时代。这是当下时代一群时尚年轻人的青春故事, 也是属于他们生活的真实写照, 更是我们这个时代的一个缩影。”这是近期电影《小时代3》剧本小说中的一句。虽然电影极具争议, 引发广泛讨论, 然而喧嚣之后留给人们的或许是对当代及未来的一点理解。笔者想借用“小时代”的名字对 JTD 杂志 5 月刊中 Lingling Huang 与 Mark Onaitis 撰写的“Minimally invasive and robotic Ivor Lewis esophagectomy”一文进行评述, 浅谈食管外科将要迎接的“小时代”。

自然界的事物是纷繁复杂的。人们在研究任何事物的发展变化时, 总是想要寻找其发展变化的规律, 以便掌握这种规律, 按这种规律办事, 使之不走弯路, 不遭受损失和失败。那么, 什么是规律? 现代汉语词典里是这样解释的: 规律是“事物之间的内在的必然联系。这种联系不断重复出现, 在一定条件下经常起作用, 并且决定着事物必然向着某种趋向发展。规律是客观存在的, 是不以人们的意志为转移的, 但人们能够通过实践认识它, 利用它。”这就是说, 规律是“神”造的, 人们不能改变它, 只能认识它和利用它。

医学发展有没有规律? 医学发展的规律是什么? 谁主宰着医学发展变化的规律? 在美访学期间看到下面一段英文, 笔者很有感触。“*Tumor Biology is King. Patient Selection is Queen. The Surgical Procedure is Prince. Occasionally the Prince tries to usurp the throne. The Prince usually fails to overcome the powerful forces of the King and Queen*”。

1 食管外科历史发展规律

食管疾病及其外科治疗可追溯至公元前 2500 的古代文明。然而, 直到 17 世纪首例颈部食管造口术才问世, 19 世纪后半叶才由 Johann Nepomuk Czerny 首次成功实施食管切除颈部吻合术。1913 年, 德裔外科医师 Franz Torek 在纽约日耳曼医院 (现称 Lenox Hill 医院) 首次对胸段食管癌患者实施食管切除术。尽管手术前受到诸多舆论阻力, 但是借助气管内麻醉技术及无菌术的发展, Torek 最终成功完成了手术。此后数十年间, 开放性食管切除术逐渐发展成为治疗食管良性疾病及食管癌的公认方法。1989 年, 随着第一例腹腔镜胆囊切除术成功, 腹腔镜外科技术引起外科界浓厚的兴趣。而此技术被首次引入食管疾病领域的标志性事

收稿日期 (Date of reception): 2014-12-13

通信作者 (Corresponding author): 康晓征, Email: kangxz@hsc.pku.edu.cn

件,是Dallemagne等于1991年成功实施第一例腹腔镜胃底折叠术。从此,食管外科的“小时代”开始了。

传统手术方式(Ivor-Lewis食管切除术)首次将开放性切口与微创技术进行“杂交”,部分步骤采用微创技术,而其余步骤则沿用传统切口。DePaul等于1995年首次借助腹腔镜以食管内翻拔脱方式成功实施食管切除术。Watson等于1999年首次报道完全微创方式Ivor-Lewis食管切除术。此后,直至作者在文中描述的机器人手术系统问世,工业技术革命能否给食管外科带来一场新的变革?这是广大医学界工作者均拭目以待并引人深思的问题。笔者认为王子的“逆袭”是要看能否赢得国王及王后的“服从”。

2 微创食管外科的适应证与禁忌证

传统手术方式已经随机对照临床研究证实,无论经胸还是经裂孔方式食管切除术后的总体生存及无疾病生存均无明显差异。而且,同开放式食管切除术相比,现有的病例回顾研究结果多数倾向微创食管外科方式。微创外科方式在食管良性疾病治疗中已获得广泛认可,包括贲门失弛缓症、食管旁疝等。但是目前在食管恶性肿瘤领域中还存在争议,何时采取微创外科技术尚缺乏标准。当前国外大型医疗中心青睐应用微创外科技术治疗Barrett食管合并重度不典型增生以及有限淋巴结转移(N0-1)的小病灶,包括T1(侵及固有层及粘膜下层)、T2(侵及粘膜肌层)及部分T3期病变(侵及外膜)。新辅助放化疗并不被列为禁忌证。目前尚无针对微创食管外科的标准禁忌证。T4期病变(侵及周围脏器)被认定无法治愈,无论何种手术切除方式。广泛淋巴结转移已属晚期仅需内镜下放置支架予以姑息治疗,并无微创外科治疗必要。既往胸腔及腹腔手术操作病史导致广泛粘

连,特别是胸腔镜或腹腔镜切口位置的病例,是存在较高风险的应谨慎处理。严重合并症的高龄患者无法耐受微创或开放性手术,则应考虑非外科疗法。

3 术后疗效决定“小时代”何去何从

根据已有的研究结果,微创食管外科技术可减少手术相关并发症,并且无疾病生存未受影响。Luketich等报道了当今最大样本量的临床经验,由最初222例增至超过1 000例,同开放性手术相比死亡率分别为1.4% vs. 5.5%,而且术后19个月随访的生存曲线接近。另一项研究分析了41例75岁以上高龄患者行微创食管外科治疗的效果,结果显示无围术期死亡发生,术后20个月随访生存率达81%。其它改善的指标还包括手术时间、术后ICU及住院日缩短,失血量减少。Luketich等报道微创方式与开放方式术后中位住院时间分别为7日 vs. 16.6日,平均手术时间分别为306 min vs. 336 min。据文中作者总结其余医疗中心的结果也与之相似。由于学习曲线影响明显,因此并发症发生率与手术例数密切相关。大型医疗中心具备更丰富经验,此方面也优于小医院。

总而言之,食管外科的“小时代”已经来临。尽管曾受到种种质疑,但是笔者相信经过广大胸外科医师的不懈努力,待更多前瞻性随机对照临床研究结果公布,“小时代”终将肿瘤生物学与患者选择的青睐。

作者:康晓征,主治医师,医学在职博士。于北京大学肿瘤医院胸外一科工作,目前在美国杜克大学医学中心访问学习。以第一作者发表中华级论文6篇和核心期刊论文2篇;参编学术专著2部。应邀在国内学术会议上进行大会发言5次,各类学术会议上讲课及翻译6余次。

本文引用:康晓征. AME科研资讯 | 食管外科小时代将带来什么? [J]. 临床与病理杂志, 2015, 35(2): 202-203. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2015.02.008

本文首先以中文发表于【科研时间】(doi: 10.3978/kysj.2014.1.358). 本文已获科研时间和作者同意将该文内容以中文在本刊发表。