

· 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（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。

【编者按】中国的胸腔镜手术始于上世纪 90 年代，其发展历程颇为曲折，从最开始不被人们所接受，甚至排斥，经过了约十年的发展，才慢慢得以登上“大雅之堂”。2005 年后，胸腔镜在国内渐渐被普遍接受，到 2007 年，全腔镜肺叶切除手术全面铺开。到现在该手术技术已经发展得相当成熟。AME 出版社近日有幸邀请到来自复旦大学附属中山医院胸外科主任王群教授（AME 出版社旗下杂志 *Journal of Thoracic Disease* 编委）跟大家分享胸腔镜的发展。



doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2014.06.002

<http://www.lcbl.net/articles/766>

AME 专访 | 王群教授：胸外科发展趋势

黎少灵

(AME 出版社，广州 510220)

AME：近年来机器人手术的兴起，对于外科手术的 future 发展趋势有那些影响呢？

王教授(图1)：机器人手术提供一个更精细的三维视觉空间，在淋巴结清扫方面能够做得很到位，缝合也可以做得很好。但与普通胸腔镜相比，机器人手术能做的，普通胸腔镜也能做。在胸腔镜肺叶切除术中，机器人没有特别优势，这一点在很多文献都有体现。然而，机器人手术“耗时”、“昂贵”的缺点却日益突出。而所谓的淋巴清扫及缝合方面很到位，其实常规胸腔镜手术也都能做到。但是，在未来经过发展，机器人将可能具有触觉感知器等，有更好的器械、更简洁的方法，这些都是潜在优势，只是目前这个阶段，机器人相对于常规胸腔镜暂时没有优势。



图 1 王群教授接受采访

收稿日期 (Date of reception): 2014-11-04

通信作者 (Corresponding author): 黎少灵, Email: lsl@amepc.net

AME: 您对3D胸腔镜手术有什么看法呢?

王教授: 3D胸腔镜在视觉上跟机器人相似,但在操作上与常规胸腔镜相同。3D胸腔镜下层次感增强,距离容易判断,对缝合等操作有一定优势。但目前的3D胸腔镜尚需佩戴特殊的眼镜来实现3D的效果,容易造成视觉上的疲劳,特别是在视野离开屏幕后再回到屏幕需要一段痛苦的适应时间。但是,3D技术作为一个新的发展方向,任何过早的评价是不客观的、不可靠的,很多事情要尝试以后才知道。当3D的画面越来越清晰,视觉疲劳问题得到很好的解决,而且有更好的器械作为辅助,3D技术甚至可能会比机器人的发展更好。

AME: 未来的发展趋势,除了3D、机器人技术以外,近几年的胸腔镜手术的热点会有哪些?

王教授: 随着CT作为体检的普及,早期肺癌发现越来越多,肺手术会慢慢转向两个方面。早期肺癌行肺段切除将是未来的发展方向之一,它的前景远远比袖式肺叶切除要广阔。随着肺段切除手术适应人群越来越多,肺段切除将是未来发展的热点之一。对于早期肺癌还可以行大楔形切除,但我认为大楔形切除用于治疗早期肺癌应该慎重,原位癌,甚至微浸润癌都可以做,但是原位癌和微浸润癌在所有的早期肺癌中占的比例很小,大部分实际是已经是浸润癌,哪怕是毛玻璃样病变。浸润癌容易发生淋巴结转移,不切除淋巴结的话,复发风险很大。楔形切除手术无法对第12、13、14组淋巴结进行清扫,不像肺段切除手术,可以切除第12、13、14淋巴结。所以未来的话,肺段手术将是一大热点。另外一个胸腔镜手术切口的问题,从最开始小切口到全腔镜四个孔、三个孔,现在的两个孔、一个孔。实际上我觉得一个孔就可以了,我个人也尝试过,单孔最大的好处在于它位于胸壁偏前,肋间隙比较宽,可以减少术后病人疼痛,我觉得这是一个有前景的术式。但一个切口仍然存在器械相互干扰的问题,手术时间会比较长。我个人目前在探索单肋间手术,和单孔问题是一样的,单孔上只牵涉一个肋间,那么我在一个肋间上打两个孔,尽量地去减少对肋间神经的损伤,同时又解决了在一个洞上操作的困窘。我现在已经做了近20例这样的手术,我希望在下次或在半年之内能拿到全国会议上分享。

AME: 关于淋巴结的清扫,现在趋向于缩小清扫范围,你是怎么看待这个问题的?

王教授: 关于淋巴结的清扫问题,就发展趋势来看,像胃癌、乳腺癌这样的实体瘤,从原来的扩大淋巴结清扫到现在越做越小。肺癌实际上也是这样,过度的淋巴结清扫是不必要的,甚至会加重损伤。目前日本对T1和T2早期肺癌已经不再是系统性淋巴结清扫,它的主流是选择性淋巴结清扫,而欧美国家主要行系统性淋巴结采样。淋巴结的清扫范围应该精确化,为不同分期的病人采取不同的淋巴结清扫。

AME: 恭喜您获得英国皇家外科学院的认证,成为英国皇家学院的成员,你能否谈一下中山医院与其接下来的合作与交流?

王教授: 我们主要以培训教育为主,联系合作主要基于腔镜外科学院,我们的很多课程已经得到英国皇家外科学院的认证。我们跟他们也有交流,在认证之后加强交流,可以让我们的课程更加规范化,让更多的学员获益。另外它也是一个展现机会的平台,我们做得好的话也可以把我们的课程拿到英国伦敦开例会去讲。

笔者按: 王群教授关于肺段切除技术要点的手术视频敬请点击浏览 (http://kysj.amegroups.com/article_types/126)。视频说明: 1)左上肺尖后段切除: 难度中等的肺段切除。先处理发育不全的斜裂后部再依次处理后段动脉、尖后段支气管、尖段动脉、尖后段静脉,最后处理段间; 2)左上肺舌段切除: 比较简单的肺段切除。从前往后依次处理舌段静脉、支气管、动脉,最后处理段间; 3)右上肺尖段切除: 难度较高的肺段切除术。为显露右上肺尖段支气管,不得已切断返支A2。然后处理尖段支气管,尖段动脉。从腹侧处理尖段静脉。最后处理段间裂; 4)右上肺后段切除: 比较简单的肺段切除。分离斜裂,处理右上肺动脉后升支(Asc A2),再处理后段静脉及后段支气管,最后处理段间裂; 5)右上肺前段切除: 难度稍高的肺段切除。先切断发育不全的水平裂。切除第13组淋巴结。依次处理前段静脉、动脉、支气管,最后处理段间; 6)右下肺背段切除: 最简单的肺段切除。分离斜裂后依次处理右下肺背段动脉、支气管、静脉,最后处理段间; 7)右下肺前基底段切除: 比较困难的肺段切除。切除第

11、13组淋巴结。依次处理前基底段动脉、支气管。静脉可不予单独处理而直接处理段间；8)右下肺前内基底段切除：比较困难的肺段切除。从斜裂处开始处理，依次处理前侧及内侧基底段动

脉、支气管、静脉，最后处理段间。

作者：黎少灵，AME出版社科学编辑。

本文引用：黎少灵. AME专访 | 王群教授：胸外科发展趋势[J]. 临床与病理杂志, 2014, 34(6): 657-659. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2014.06.002

本文首先以中文发表于【科研时间】(Doi:10.3978/kysj.2014.1.297). 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。