

三、存在问题及发展趋势

张金哲院士指出小儿腹腔镜外科与其它新技术一样,需要经过 3 个阶段:即提倡推广阶段、规范化阶段和提高发展阶段。当前尽管有些治疗中心的水平已经进入了国际先进行列,但是从总体来讲,我国目前小儿腹腔镜技术的开展仍然处于提倡推广阶段,面临的问题如下:

与发达国家相比较,我们存在的首先问题是小儿腔镜外科开展不够普及,小儿腔镜外科手术仅限于大城市的小儿外科中心开展,由于受到技术和资金的限制,广大的县市级儿童医院尚未全面开展;其次,开展的小儿腹腔镜治疗手术不够深入,大多数医院处于开展简单小手术的水平,如阑尾切除术和疝囊结扎手术,而腔镜技术治疗其它小儿外科疾病的优势还没有充分发挥出来。所以普及和创新是我们所面临的急需解决的问题。随着经验的积累,应尽快建立关于手术操作的标准和技术常规。

其次是缺乏小儿腹腔镜外科的学术团体,技术发展不平衡,并且有些混乱。为了更广泛地进行学术交流、推广技术和促进学科的发展,提高小儿外科界对微创外科的认识和地位,需要有组织的建立正规的培训基地和计划,规范地高效地培养小儿腔镜外科医生。组织学术团体有利于促进交流与制订标准,提高我国小儿腹腔镜外科工作的整体水平。

小儿与成人胸、腹腔镜外科技术的不同之一是多涉及精细的重建吻合操作技术(如腹腔内缝合、吻合及打结技术),医生培训时间长,成长慢。而目前我们小儿腔镜外科技术的培训体系尚不健全,缺乏教程正规和设备完善的培训基地。腔镜外科手术操作是一项复杂的技能,和学习开车类似,必须在正规的教员精心指导下,通过学员足够的时间的动手操作和实习方能掌握,少走弯路,避免开展工作的初期并发症的发生。而目前一些单位采取的“重授课,轻操作”的“纸上谈兵”式教学方式很难培养出高水平的小儿腔镜外科人才。

第三,应加强小儿腹腔镜外科实验基础方面的研究,加强国际交流与合作。与国外同行相比,我国小儿外科医生的优势在于病例集中、常规的开放手术经验丰富。通过国内医疗中心强强联合的方式,有希望会在最短的时间内集中大量病例,总结出说服力强的研究结果,探索出让同行们信服的经验 and 应用规范原则,扩大现有手术的应用范围,可望迅速带动和推广小儿腹腔镜外科在我国的全面开展,提高我国整个小儿外科的整体水平和国际地位。

总之,小儿腹腔镜外科工作已经在我国迅速普及和开展,这是我国小儿外科发展的又一个里程碑。从现代化开展的时间看,国际上比我们早不了几年。21 世纪的小儿腹部外科革命,我们与先进国家基本上同时起步。目前我们已经可以看到腔镜越来越广泛地应用于小儿外科的治疗中,并且部分手术已经达到了艺术化的程度,显示出腔镜在小儿外科领域有应用的强大优势,尚有巨大的发展空间。随着腹腔镜手术器械的不断改进和创新,腹腔镜手术术式将会不断涌现,不久的将来大部分常规手术必将会被取代。我们小儿外科医生将满怀信心地跨进这一里程,根据我们国家的特点,创造出多快好省的腹腔镜技术,造福我国患儿。

·消息·

本刊正式通过国家科技部中国科技论文统计源期刊评审

《临床小儿外科杂志》是一本面向临床、服务专家、忠诚作者和读者的小儿外科专业期刊。自 2002 年创刊以来得到了全国小儿外科界专家和广大医务人员的高度评价,特别是 2007 年进行全新改版和组建第二届编委会后使杂志的质量和影响力得到了新的提升。2007 年 6 月通过了国家科技部中国科技论文统计源期刊评审,成为中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。这是杂志新的起点,期望为中国小儿外科事业的发展作出新的贡献,为全国小儿外科工作者提供更好的学术交流平台。

讨 论

先天性巨结肠是小儿常见的胃肠道先天性疾病, 是一种神经嵴细胞源性疾病和多基因遗传病, 其发病机制主要是肠壁肌间神经丛和粘膜下神经丛内的神经节细胞缺如, 进而导致肠管持续性痉挛、狭窄, 近端肠管代偿性肥厚扩张。HD 手术根治的原则是切除无神经节细胞的狭窄段和神经变性的肥厚扩张段, 将近端正常神经支配的肠管与肛门吻合。传统手术方式多采用腹会阴 Duhamel 手术或 Soave 手术, 手术时间长, 出血量大, 禁饮食时间较长。腹壁残留较长、粗大的切口瘢痕, 造成对患者的心理影响亦不容忽视(如图 a)。

1999 年开始我们开展经肛门拖出治疗小儿先天性巨结肠^[1-2](如图 b)。经肛门巨结肠根治术全部手术操作在腹腔外施行, 腹腔内干扰小, 无污染, 具有损伤小, 进食早, 恢复快, 平均住院时间短, 费用低, 经腹手术的相关并发症如肠粘连、肠梗阻、腹膜炎的发生率亦明显降低。由于直肠粘膜是在直肠壁肌层内切除, 不会损伤会阴部神经、肛门括约肌等组织, 因此根治后排便控制效果好。经肛门巨结肠根治术适合于 70%~80% 的巨结肠病例, 手术经肛门内完成, 体表见不到任何切口瘢痕, 具有良好的美容效果(图 b)^[3]。

长段型 HD 病例、术前狭窄段不明, 年长儿或近端结肠严重肥厚扩张的常见型 HD, 经肛门手术难以完成, 需要辅助腹腔镜(图 c)或绕脐“Ω”切口(图 d)游离肠管。腹腔镜辅助巨结肠根治术的创伤低于传统腹会阴根治术, 可探查和处理腹内伴发疾病, 腹壁切口微小^[4]。

绕脐“Ω”切口辅助巨结肠根治^[5]创伤低于传统腹会阴根治; 对于乙状结肠严重肥厚扩张并聚集大块粪石、术前灌肠难以清理者, 通过绕脐“Ω”型切口还可以进行暂时造口取出, 避免术前肠造口、II 期手

术根治; 随着患儿生长发育, 绕脐“Ω”切口瘢痕逐渐与脐褶一致并融入脐窝, 甚至见不到瘢痕。对于无条件实施腹腔镜辅助巨结肠根治的基层单位, 此方法应用简便, 不需要腹腔镜器械和技术。

巨结肠患儿获得满意的手术治疗效果必须建立在准确的术前诊断(定性和定位)、正确的术式选择和规范的手术操作以及完备的术后随访与处理的基础上。目前选择手术方式(入路)主要依赖术前钡剂灌肠造影。由于狭窄段显示不准确, 无明显的狭窄段等原因, 可以出现术前钡剂灌肠造影狭窄段长度与术中肠管外观、病理无肠神经节检查肠管不一致, 因此必须强调术中冰冻病理切片的重要性, 特别是采用经肛门手术, 术前应充分估计手术难度, 必要时术中果断中转开放手术或腹腔镜辅助, 确保未残留无肠神经节的肠管在体内。

本组病例疗效比较结果证实, 合理选择、组合经肛门巨结肠根治+腹腔镜辅助或绕脐切口 3 种手术是安全有效的微创手术方式, 创伤小, 恢复快, 并发症少, 美容效果佳, 近期排便控制功能优良。

参 考 文 献

1. Cao Y, Zhang XS, Xu Q, et al. Primary transanal rectosigmoidectomy for Hirschsprung's disease: Preliminary results of initial 33 cases [J]. J Pediatr Surg. 2001;36:1816-1818.
2. 高亚, 张宪生, 徐泉, 等. I 期经肛门巨结肠根治术 15 例报告[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22:21-23.
3. Gao Y, Zheng BJ, Li GC. Rectosigmoidectomy for Hirschsprung's disease: transanal vs. open approach [J]. Chin Med J, 2001, 14(8)E.
4. 高亚. 小儿腹腔镜手术[M]// 张金哲, 杨启正. 中华小儿外科学. 郑州: 河南科技出版社, 2005, 1243-1268.
5. 高亚. 先天性巨结肠根治术 [CD]. ISRC-CN-M22-05-0005-01/V.R 人民卫生电子音像出版社, 2004.

·消息·

关于出示论文获基金资助或成果证书的说明

为搭建一个更好的科研学术交流平台, 本刊对各类基金资助项目或科研项目文章将优先刊发或作重点号刊发。凡投寄本刊的获省部级以上各种基金资助或科研立项的文稿, 请于投稿时附寄资助证明复印件; 凡在本刊发表的论文在获得科研成果奖后, 请及时将证书复印件寄至本刊编辑部。