

# 新生儿外科医师应加强医学继续教育

施诚仁



施诚仁 教授

近年来,我国新生儿外科发展迅速,新生儿外科医师队伍不断扩大。当一名小儿外科医师选择未来从事新生儿外科专业以后,如何使自己立足专业,成为一名优秀的新生儿外科医师,医学继续教育与培训便成为其职业生涯中的重要课题。因此,新生儿外科医师从选择从事新生儿外科专业开始,就要积极投入医学继续教育之中,提高自己的技术技能,更新完善自己的专业知识结构,使自己真正成为一名高素质、高水准的新生儿外科专业好医师。

## 一、切实掌握新生儿外科基本理论知识

新生儿是一个特殊的群体,其还蕴含一个重要的特点,即包括胎儿期,尽管十月怀胎时间尚短,但胎儿期仍属新生儿临床理论范畴。因此,新生儿外科医师要切实掌握新生儿包括胎儿期的基本理论和知识,把握其共性和特殊性部分。如,对于未成熟儿、低体重儿的一些特殊问题,包括弱的吸吮反射、不适当的胃肠道吸收、肺透明膜病、脑室内出血、低体温、呼吸暂停、高胆红素血症等等,新生儿外科医师必须掌握相关理论知识,才能在临床工作中运用自如。又如,新生儿期实体肿瘤的特点与成年人及大龄儿童不同,新生儿期实体肿瘤常包括早产儿及宫内胎儿的肿瘤。儿童实体肿瘤中有相当一部分在新生儿期即可出现临床表现,如血管瘤、淋巴管瘤等;但也有些新生儿期存在的肿瘤因症状不典型等原因而拖延至婴儿期被发现;研究显示,在出生后 7 d 至 1 个月明确诊断的新生儿肿瘤占 50%~70%,新生儿期大多数肿瘤男女发病率相等。英、美报告新生儿期肿瘤发病率约占 1/12 500~27 500 成活儿,但据文献报告全球变化多在 17~121/百万个成活儿。新生儿恶性肿瘤相对不常见,仅占整个儿童期的 2%。

20 世纪 80 年代,有学者提出腹腔间隔综合征,其概念是指在各年龄阶段任何原因引起腹内压渐进性急剧增高所致的心、肺、肾等多器官功能不全,死亡率高达 60%。新生儿期主要见于坏死性小肠结肠炎。

## 二、把握新生儿外科新理论,完善相关学科知识

医学知识的进步日新月异。新生儿外科医师只有不断学习相关学科以及本学科的新知识新理论,才能跟上医学发展的步伐。下述举两个例子予以说明。

1. 肠神经节发育异常症是小儿慢性便秘常见的器质性疾病,包括常见的先天性巨结肠及巨结肠类缘病,如神经节细胞减少症、神经节瘤病、神经元性发育异常症、神经节未成熟症、肛门内括约肌弛缓和大膀胱小结肠蠕动低下综合征。先天性巨结肠患儿病变肠壁无神经节细胞,巨结肠类缘病患儿临床症状类似于先天性巨结肠,但肠壁存在神经节细胞,只是神经节细胞的数量、质量有变化。其诊断与鉴别诊断主要根据病理组织学检查。直肠黏膜吸引活检是目前诊断肠神经节发育异常症的常用方法,也是诊断的金标准。钙视网膜蛋白目前已取代乙酰胆碱酯酶用于直肠黏膜活检的病理诊断。

2. 新生儿先天性膈疝肺高压是新生儿内外科医师共同关注的问题,直接涉及到产前期及新生儿期的管理策略,死亡率高;成活后进展为长期肺部后遗症者约占 30%~50%。关于新生儿膈疝肺高压的发病机制最为广泛的认识是 No/cGMP 途径、前列腺素途径与内皮素途径。

产前管理包括 Steroids 类固醇的应用、胎儿镜下气管球囊封堵等,新生儿期肺高压管理包括合理应用呼

吸机、吸入一氧化氮(NO)治疗、注射前列腺素、PDE-5 磷酸二酯酶-5(西地那非/万艾可)与-3(米力农)使用,内皮素受体拮抗剂(波生坦)、酪氨酸激酶抑制剂(TKIs,格列己)及体外膜肺氧合。

### 三、了解新生儿外科疾病大宗病例的治疗经验,遵循循征医学理念

医学除了遵循自然科学的一般规律外,更有其经验性的一面。因此,作为一名新生儿外科医师,应努力学习一些别人的经验,特别是大宗病例的经验总结。如 2012 年 Biplab Nandi-Feilim Liam Murphy 曾报告新生儿睾丸扭转早期诊断困难,Meta 分析 89 篇相关文章,共 284 个病例,268 例手术,新生儿睾丸坏死的发生率 33%~55%,左右侧睾丸坏死的发生率分别为 44%、48%,双侧睾丸坏死的发生率为 8%,90.6% 的患儿为鞘膜外扭转所致,与分娩方法关系不大,如早期手术探查,大多数患儿可避免睾丸坏死。

### 四、关注难治性新生儿外科疾病的处理进展

有许多新生儿外科疾病的处理甚为困难,如:难治性膈疝,胆道闭锁,先天性腹裂,先天性食管闭锁,等等。先天性食管闭锁是新生儿期消化道的一种严重发育畸形,发病率约 1/3 000 个活产儿。关于此病的发病机理和诊治方法目前尚存在很多争议,如:合併多发性畸形的处理,术后胃食管反流、气管软化、远端食管动力学、食管气管瘘复发及长间隙型的外科处理,等等。I 型和 II 型食管闭锁近、远端食管盲端往往相距超过 3.5 cm。一般而言,距离超过 3 cm 就有手术技术上的困难,不可采用一期食管吻合术。这种两食管盲端距离 >3.5 cm 的食管闭锁也称为长间隙型食管闭锁,其外科处理方法很多,但存在一些争议。

长间隙型食管闭锁的手术方法大致归纳为如下几种:(1)第 1 次手术时:①有张力缝合;②无张力缝合;③补片技术;④缝合瘘管。(2)延迟一期缝合:①有食管扩张条:有近端、远近端、带磁性扩张条 3 种方法;②无食管扩张条;③食管延长技术:可通过补片、螺旋状肌层切开、胃管分流 3 种方式。(3)食管替代术:①结肠间置;②胃管间置;③空肠间置;④胃壁转移。

1997 年 Foker 采用延期牵拉法、胸壁外固定牵拉术(Foker 氏术式),达到了良好的治疗效果,但因两断端组织张力,而导致牵拉失败或瘘形成;2012 年 Mochizuki K 等人相继改良了 Foker 氏术式,克服了上述失败或瘘的问题。

### 五、展望胎儿外科

上世纪八十年代,旧金山儿童医院小儿外科 Harrison 教授首先提出了“胎儿外科”的概念,将小儿外科的研究对象扩展到母体胎儿阶段,其优点不但是瘢痕小,且早期中断病变,特别是对肺发育未成熟的难治性膈疝患儿进行气管堵塞技术后,挽救了一部分生命,但因流产和宫内感染两大并发症,阻碍了这项技术的发展。九十年代后期因全美各地儿童医院乃至欧洲又重新对此项“革命”性手术处理进行了大量研究,已逐步达成了共识,小儿外科医师正是这项技术的主力军。如近期总结胎儿神经外科的适应证、优点以及对胎儿神经管未闭缺损的治疗等,大大鼓舞了小儿外科医师。虽然胎儿外科在我国尚在起步阶段,也涉及到法规、伦理等方面问题,但这股潮流如同内窥镜手术一样,需要接纳、认识和提高。

## · 消息 ·

## 第六届武汉国际微创外科会议-小儿外科分会通知

第六届中国武汉国际微创外科学术研讨学将于 2013 年 10 月 11 日至 13 日在江城武汉隆重召开。大会由中国医师协会外科医师分会微创外科专业委员会(CSM)主办,华中科技大学附属武汉协和医院协办。

会议以“境界-微创外科的未来”为主题,特邀欧美、中国香港以及大陆等著名微创外科专家、业内同行 1 000 余人共聚武汉,进行专题演讲、焦点问题论坛、手术演示等。内容涉及胃肠外科、小儿外科、肛肠外科、肝胆胰脾外科、甲状腺外科、疝与腹壁外科、肿瘤外科、转化医学、外科护理等。这次大会将是我国微创外科领域的一次盛会。与会代表均可获得国家级 I 类继续教育学分 10 分。

小儿外科分会会场 6 个专题:微创外科时代传统手术的地位与价值;外科医生面临的挑战与机遇;小儿肝脏、胆道微创外科;小儿疝、先天性巨结肠症微创外科;小儿胸部微创外科;小儿泌尿微创外科;小儿外科护理新进展。诚邀广大小儿外科同仁参与。会议地点:武汉香格里拉大酒店(建设大道 700 号),联系人:李帅,联系电话:18971616058, E-mail:179857830@qq.com