关注胆囊结石治疗 下篇

最新共识为何反对“保胆取石”

2021年年底,《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识(2021版)》(以下简称《共识》)发布,引起学界广泛关注与热议。热议的核心之一就是新《共识》明确反对开展不科学的保胆手术。对于胆囊结石的治疗,“保胆取石”的确有一定的社会需求,但是相关的学术争议却是我们无法忽视的存在。

□首都医科大学宣武医院
普外科教授 **郑亚民**

在胆囊结石临床诊治中,对于无症状胆囊结石的治疗很考验临床医生的决策,其中难以回避的问题就是能否选择胆囊结石清除手术,也就是“保胆取石”手术。我们应该正视“保胆取石”的社会需求。腹腔镜微创技术的发展也使“保胆取石”有了一定的技术保障。然而“保胆取石”的学术争议从业内扩展到了业外,各种论点、论调、论据纷繁复杂,势必给广大患者造成治疗选择的巨大困惑。

应该注意,对于胆囊形态、结构、功能异常的无症状胆囊结石患者应该选择胆囊切除手术治疗,这一点在业内已是共识。学术争论主要聚焦于胆囊功能良好的无症状胆囊结石患者,这只是某些患者的某个阶段,不要盲目扩大人群,大多数患者并不在这种学术讨论的范围之内。

理论依据决定 适合患者很少

胆囊结石形成的机制目前并不完全清楚,有多种理论假说,通常认为是多因素作用的结果,主要包括遗传基因、先天因素、胆汁成分异常、胆囊排空障碍等。胆囊切除治疗胆囊结石的主要理论依据是胆囊结石形成的“温床学说”,多种因素造成胆囊形态、结构、功能异常,胆汁淤积,细菌、蛋白、结晶等作为成石核心,胆固醇析出聚集,胆色素沉淀附着,逐渐形成胆囊结石,所以胆囊结石包括胆固醇结石、胆色素结石和混合性结石。

“保胆取石”的理论依据更多是基于胆囊功能良好、胆汁异常造成了结石的“胆汁成分异常”学说。胆汁中胆固醇过饱和析出,胆汁酸相对不足,胆固醇聚集形成结石。如果去除结石,补充胆酸,胆囊还有良好功能,有可能使患者有一定获益。

然而,需要注意的是,以目前的医学水平,要在术前准确判断结石性质、胆酸池是否充足,甚至评估胆囊形态、功能是否良好,依然缺乏公认的且具有良好可行性的操作方法。

颇多争议 使其难成“主流”

100多年前,“保胆取石”手术的成功早于胆囊切除手术,这是因为当时受限于基础研究和手术条件、手术技术,对急性结石性胆囊炎患者,无法安全切除胆囊,因此被动地实施了“保胆取石”治疗,以挽救患者生命。之后随着技术进步和认识的深入,胆囊切除不仅得以施行,而且安全性越来越高,如今微创腹腔镜手术已经成为治疗胆囊结石的主要方法。

胆囊切除不仅可以清除结石,还可以切除病变胆囊,达到彻底治愈的目的。“保胆取石”手术在多年的医疗实践中,因难以解决复发和癌变的问题,逐渐被患者和医生所抛弃,并被胆囊切除手术所代替。

20世纪末,随着小切口手术风靡一时,英国医学杂志上报道了经皮胆囊结石清除手术。但随后26个月的随访发现,100名“保胆取石”患者术后结石总复发率达到31%。鉴于短期如此高的复发率,最近十余年,很少再有欧美学者报道此类研究。

随着腹腔镜、胆道镜和内镜技术的发展,手术切口也进一步缩小,为了满足社会需求,国内微创“保胆取石”手术再次兴起。部分医疗机构也开展了一些微创“保胆取石”的研究,研究结果引起了较大的学术争议,一时成为热门话题。但是切口的缩小依然难以解决复发和癌变的问题。截至目前,“保胆取石”手术仍存在颇多争议,并未成为胆囊结石治疗的主流和主体。

复发和癌变问题 影响预后

当前欧美国家对于胆囊结石的相关研究、指南和共识中,已经很少提及“保胆取石”,也不将其作为胆囊结石手术治疗的备选方案。2021年年底,中华医学会外科学分会胆道外科学组和中国医师协会外科医师分会胆道外科医师委员会以循证医学证据为指导,对原有指南共识做了更新,制定了《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识(2021版)》(以下简称《共识》)。《共识》中明确提出,胆囊切除手术是彻底治愈胆囊结石的唯一手术方法,明确反对“保胆取石”手术,并认为胆囊手术后的缝合是胆囊癌的高危因素之一。

“保胆取石”手术主要有以下两方面的问题:一方面,“保胆取石”确实有可能遗漏胆囊黏膜潜在的早期癌变,受到损伤的胆囊远期癌变概率也会增加。另一方面,胆囊结石形成因素有可能并未去除,胆囊结石复发风险依然存在。胆囊结石的复发将带来二次手术风险,甚至产生严重的继发病变而危及患者生命。

对于胆囊切除最大的担忧应该是胆管损伤的问题,虽然无法完全避免,但发生率已经大大降低,手术已经变得非常安全。上百年胆囊切除术后的观察性研究显示,人体对胆囊缺失的代偿反应良好,没有发现近期和远期严重的不良结果,也很少出现难以纠正的不适症状。与收益相比,危险其实微乎其微,更多的患者手术后生活质量明显提高。

临床开展 务必慎之又慎

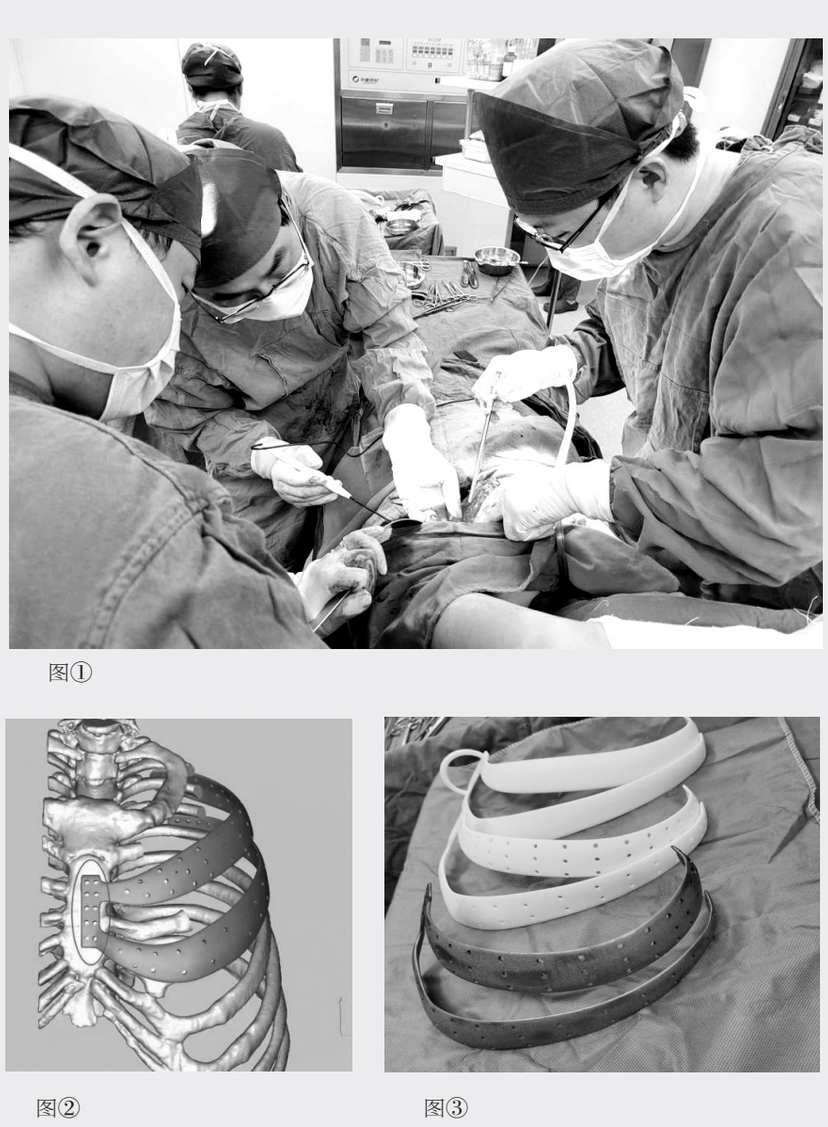
微创“保胆取石”手术中仍然存在许多理论和技术问题难以解决,所以不宜过度宣传。比如术前如何进行胆囊形态、结构、功能的评估?用简单的胆囊收缩功能实验来确定胆囊完全正常显然不够全面,至少应该考虑胆汁中胆固醇的析出状态、胆囊管的通畅性、胆囊黏膜增生和胆囊壁的炎症反应等情况。

有些医生在医疗实践中缺乏评估环节,仅仅依靠患者诉求而贸然手术,风险较多。对于多发结石,即便几十枚、几百枚地取出,也难以确认全部取净。要确保没有胆囊管残留或被排入胆总管,技术上也存在困难。凡此种种,不一而足。

如果医生开展“保胆取石”手术研究,一定慎重考虑伦理和技术问题。对于执意保胆的结石患者,医患之间一定要进行充分交流沟通,彻底明确利弊得失。这类研究性的手术,需要严格把握手术指征,规范手术操作和术后随访,最大限度地预防医疗纠纷。坚持此类手术的患者,建议术后进行长期密切随访,以便及时发现问题、解决问题。

需要指出的是,很多时候,学术问题的社会化讨论往往会掺杂许多非医疗性的问题,比如会涉及社会伦理、文化传统、教育背景、宗教信仰、从众心理、宣传炒作等,这会让问题变得更加复杂。希望这种学术讨论回归到学术圈内,大家以严谨科学的态度进行学术研究和讨论。

(作者系《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识(2021版)》编审委员会成员之一。相关“上篇”文章详见3月30日医视野版面。)



图①

图②

图③

早期肺癌 术前不强求“穿刺”

□成都医学院第一附属医院
胸心外科副主任医师 **李书平**

61岁的何女士体检时发现肺部结节,从影像学上高度怀疑早期肺癌。经多方问诊后,何女士考虑手术治疗,但犹豫要不要先穿刺活检,担心穿刺会引起肿瘤转移。

对于选择手术的早期肺癌患者,从患者利益最大化的角度考虑,临床医生不应积极推荐患者做穿刺。肺表面有一层弹力纤维层,穿刺就是用物理的方式突破纤维层。肿瘤细胞有可能通过这个途径向胸腔内或者经过针道在胸壁上发生转移,甚至发生血行转移,所以得不偿失。

临床上,对于年龄较大、肺功能较差、影像检查明确是恶性肿瘤但无法做手术的患者,为了取得病理活检的肺部组织,常常需要做纤维支气管镜,或选择做超声支气管镜来获取病理组织。在上述方法均不适合的情况下,再选择经皮肺穿刺检查。针对周围型肿块,也可以选择做穿刺活检。如果需要做基因检测来确认是否能用靶向药,或者通过免疫组化看是否能用免疫药,也推荐进行肺穿刺活检。穿刺能够取得足够多的病理组织,供病理科切片及基因检测,以便确定肿瘤的病理分型。

客观来讲,当需要较多数量的病理组织时,穿刺比纤支镜和超声支气管镜更合适。通常情况下,后两者取得的有效细胞数量会偏少一些。但一般常规的基因检测,只需要100个以上的肿瘤细胞就可以做出准确的基因报告。

最大限度避免手术导致肿瘤扩散、转移的最好方法就是完整地切除肿块。针对早期肺癌手术,肿块的体积相对比较小,肿瘤细胞数量比较少,都应该进行完整的R0级切除,并不存在手术导致癌细胞转移的问题。

(吴志整理)

3D打印胸骨 重塑胸廓

近日,华中科技大学同济医学院附属协和医院胸外科专家团队为一名胸壁肿瘤患者成功切除重达1千克、直径约10厘米的侵袭性纤维瘤,并植入“私人定制”的3D打印钛合金胸肋骨,帮助患者重塑胸廓。患者在体检时发现左上胸壁侵袭性纤维瘤,肿瘤体积大,累及多根肋骨。手术会导致大范围的胸壁缺损,修补困难,严重影响患者的呼吸与循环功能。胸外科廖永德教授结合手术方案,为患者提前定制了3D打印钛合金胸肋骨。手术完整切除肿瘤后,钛合金胸肋骨被成功植入。钛合金种植体具有较好的组织兼容性,重量轻,不易变形,可抵抗由呼吸、牵拉引起的张力以及胸壁本身的重力。

图①为廖永德教授(中)为患者手术。图②为经CT三维重建植入体。图③为3D打印模具和钛合金胸肋骨。

陈有为摄

扫一扫,关注我们

“健康报医生频道”微信公众号不仅报道最新医学前沿资讯,反映业界学科进展;还关注青年医生成长蜕变,传递名医大腕思想精华;是医生朋友的交流平台,也是医疗圈热门话题,新锐思想诞生地。拿起手机,扫码关注,欢迎到“健康报医生频道”来。

少阿片麻醉将成镇痛新方向

□北京中医药大学东方医院
麻醉科 **邓硕曾 夏涵**

镇痛离不开阿片类药物,但阿片类药物是把“双刃剑”,在镇痛/镇静的同时会产生许多不良反应,甚至增加痛觉过敏。要减少药物伤害,临床须趋利避害,创新少阿片麻醉将成为今后镇痛新方向。

阿片类药物应用广泛

疼痛管理是围术期的重要课题。外伤痛、切口痛、内脏痛,以及术后急慢性疼痛,都会伤及患者的身心,诱发不良应激反应,使患者血压升高、心率加快、失眠,同时促进炎症反应,降低机体免疫力,延缓术后康复。优化镇静/镇痛管理不仅可降低患者应激反应,加速术后康复,还能提高患者生活质量,减少抑郁和悲观情绪的出现。

以吗啡为代表的阿片类药物的镇痛历史悠久,为人类解除痛苦做出巨大贡献。目前,临床依然离不开阿片类药物。麻醉诱导时需要使用芬太尼或舒芬太尼,来降低气管插管的应激反应。麻醉维持时需要使用瑞芬太尼与丙泊酚,且已经成为麻醉维持的“标配”。术后镇痛使用的镇痛泵是由舒芬太尼、地佐辛配伍而成。对慢性疼痛、神经痛、癌痛的管理则离不开羟考酮、吗啡等。

世界卫生组织推荐的三阶梯止痛法适用于各种疼痛,其中的主要药物就是阿片类药物。

药物副作用不容忽视

据美国相关部门测算,2020年美国有超过9.3万人因滥用药物死亡,其中3/4与阿片类药物滥用有关。这为阿片类药物的使用再次敲响了警钟。除了滥用,阿片类药物本身的不良反应,也应引起临床的重视。

不良反应 阿片类药物长期使用会出现“封顶效应”。随着使用量不断增加,患者会出现呼吸抑制、恶心、呕吐、皮肤瘙痒、便秘、肌僵、肌痉挛、惊厥等不良反应。有的患者因严重恶心、呕吐而无法坚持用药。有的患者用药后出现躯体和精神依赖,即药物成瘾。

痛觉过敏 阿片类药物镇痛的同时也会致痛,可诱发痛觉过敏。其机制包括:一、药物促进中枢神经系统释放谷氨酸,谷氨酸激活相应受体而导致痛觉过敏和暴发痛。二、药物刺激脊髓释放神经肽,增加脊髓对谷氨酸的敏感性。三、药物激活延髓内侧核,增加谷氨酸和神经肽的释放。阿片类药物通过上述三个途径产生促痛作用,进而加剧痛觉过敏。

促进癌症复发和转移 阿片受体广泛存在于免疫细胞中,阿片类药物可降低免疫细胞尤其是自然杀伤细胞的活性,机体免疫活性因此受到抑制,从而导致癌症的复发与转移。阿片类受体还通过激活内皮生长因子刺激血管生成,促进肿瘤生长。此外,阿片类药物还可促进非小细胞肺癌的生长和转移。

少阿片麻醉如何实现

鉴于阿片类药物的副作用,有人提出“无阿片麻醉”。然而,目前我们还不能完全离开阿片类药物。少阿片麻醉可以通过以下途径来实现。

一、按阿片类受体选用副作用少和较少引起痛觉过敏的阿片类药物,如阿芬太尼、羟考酮、地佐辛、纳布啡、布托菲诺等。

二、应用相应受体拮抗药(如加巴喷丁、艾司氯胺酮)和非固醇类抗炎药(氟比洛芬酯、帕瑞昔布)镇痛,减少阿片类药物用量,减轻痛觉过敏。

三、应用抗惊厥药(普瑞巴林)加强镇痛,减少谷氨酸释放和痛觉过敏,并发挥其治疗神经痛的优势。

四、环泊酚比丙泊酚药效强4~5倍,能加强镇静/镇痛协同作用,同时减少阿片类药物应用。

五、通过外周神经阻滞,阻止痛觉向中枢神经传导,同时用镇静与镇痛形成“组合拳”,可减少阿片类药物使用。

六、合理应用各种非阿片类镇痛药物,如右美托咪定、地塞米松、利多卡因、艾司洛尔等,减少阿片类药物用量。

七、开展硬膜外/鞘内自控镇痛泵和神经刺激器等疼痛介入治疗,实施“阿片节俭计划”。

八、开发长效局麻药,以使单次神经阻滞有效时间延长至50个小时以上。

九、采用针刺、按摩、冷敷等措施缓解疼痛。

十、氙气具有深度镇痛和神经保护作用,是未来“绿色麻醉”的吸入性麻醉药。但是氙气是大气中的微量气体,采集成本高,有待进一步研发。

阿片类药物的药效越强,毒性越大,产生药物依赖的可能性越大,因此阿片类药物不是药效越强越好。临床实践中,应尽量选用中等强度、依赖性小的药物。