

· 学术动态 ·

第七届中国消化外科学术会议纪要

毛蜀 张玉琳 张昊 赵蕾 陈敏

2013 年 7 月 12-14 日,由《中华消化外科杂志》编辑委员会主办,第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所和《中华消化外科杂志》编辑部承办的“第七届中国消化外科学术会议”在重庆隆重召开。中国工程院院士王学浩教授、中华医学会杂志社社长兼总编辑姜永茂编审、第三军医大学王云贵副校长、第三军医大学科研部徐迪雄部长、第三军医大学西南医院李景波院长出席会议开幕式。本次会议规模空前,全国 1100 余名专家和学者齐聚一堂,围绕消化外科领域最新进展和前沿技术进行了深入的交流和研讨。本次会议以“夯实基础,规范创新”为主题,通过专家讲坛、山城论剑、中青年专家论坛、手术录像等形式进行了专题演讲。其学术内容丰富,展现形式多样。

1 专家讲坛

中国工程院院士、南京医科大学第一附属医院王学浩教授分析了中国肝移植的发展现状。他认为中国肝移植已经取得长足的发展,目前主要的问题仍然是供肝来源匮乏。由于活体肝移植技术本身的优势和特点,在有条件的医院和肝脏外科技术成熟的中心,活体肝移植仍是扩大供肝来源的有效措施。最近,王学浩院士为拓展供肝来源进行了新的探索,成功将原本拟摒弃的肝血管瘤肝切除标本移植给受者。该技术为拓展供肝来源提供了新思路。他还强调应重视与肝移植相关应用的基础研究,进一步提高受者长期生存率和生命质量。

21 世纪的医学将更加重视“社会-心理-生物”医学模式,更加重视整体医学观和有关复杂系统的研究。转化医学就是在这样的背景下产生的,其符合医学科学发展的内在客观规律。2003 年,美国国立卫生研究院(NIH)正式提出转化医学这一概念后,转化医学日益受到各国医学界的广泛关注。但是现阶段我国转化医学的发展依然长路漫漫,且面临很多挑战。转化医学的路在哪?怎么走?哈尔滨医科大学第一附属医院姜洪池教授通过例证学者在科研道路中的探索,提出深邃的见解:(1)发现问题,深入实践。(2)带着问题,刨根问底。(3)研究问题,解决问题。

复旦大学附属中山医院秦新裕教授对该院率先在国内开展预防结直肠癌术后肝转移的研究进行了介绍。该研

究团队通过前瞻性对照随机分组,术前采用肿瘤区域和肝动脉双介入预防性治疗,将结直肠癌患者术后肝转移发生率从 27% 降至 18%,5 年生存率亦明显提高。而后通过扩大肝转移手术的适应证,手术切除率从 19.2% 提高到 35.1%,术后 5 年生存率为 47.0%,与欧洲结直肠癌肝转移协作组的 42.0% 相近。特别是该研究团队通过建立多学科合作模式实施个体化治疗方案。开展了不可切除结直肠癌肝转移联合化疗和靶向的转化性治疗,转化治疗后切除率达 27%。由于上述两个因素使结直肠癌肝转移患者总的手术切除率提高到 32.89%,5 年总体生存率从 2000 年至 2004 年的 12% 提高到 2005 年至 2010 年的 31%。在这些成果的基础上,该研究团队牵头制订了中国第 1 部结直肠癌肝转移的诊断和治疗指南(2010),并主编了国内外第 1 部结直肠癌肝转移的专著。他们率先在国内开展结直肠癌肝转移同步切除的研究,虽然在并发症的发生率和手术死亡率与分步手术差异无统计学意义,但该技术能减轻患者 2 次手术打击的痛苦,并大幅降低治疗费用。

解放军总医院董家鸿教授从哲学的角度重新诠释了精准外科,提出精准外科的“道”与“术”。“道”乃核心价值观与科学决定论:核心价值观指最小创伤侵袭和患者最佳康复,而均衡性策略是其核心理念;科学决定论指任何事件的发生都有其确定的原因,在确定条件下无任何随机和不可预知的事件发生。“术”乃实现精准外科目标的手段:包括确定性的外科实践,不确定性因素的处理,面对风险的态度,以及对于度的把握。

南京医科大学第一附属医院苗毅教授总结了胰腺癌外科治疗的现状和困惑,包括令人失望的生存率,对于胰头包块的定性,术前胆道引流的必要性,姑息性切除的价值以及挥之不去的并发症。对此,苗毅教授给予了详实的分析。他认为早期诊断、根治性切除率、综合治疗、肿瘤生物学行为以及对肿瘤起源的判断是影响患者生存率的因素;胰头包块定性诊断决定手术决策;选择性实施术前胆道引流才能降低手术并发症发生率;胰腺癌的 R_0 切除能获得更好的预后; R_1 切除的疗效优于旁路手术;追求 R_0 ,理性看待 R_1 ;不推荐施行 R_2 切除。虽然目前胰肠吻合的方式有几十种,但没有一种吻合方式能够完全避免胰瘘,其发生率仍为 10%~20%,而外科医师的经验和技术是最重要的因素。

第三军医大学西南医院别平教授总结了该院 2007 年至 2012 年 808 例行胰十二指肠切除术患者的临床资料。患者中胰头癌 312 例,胆总管下端癌 161 例,壶腹部癌 186 例,十二指肠乳头癌 149 例。312 例胰头癌患者中 130 例联合血管

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2013.09.023

基金项目:中国科协精品科技期刊工程项目[科协学函(2012)134号]

作者单位:400038 重庆,第三军医大学西南医院《中华消化外科杂志》编辑部

通信作者:陈敏,Email: chenmin@zhxhwk.com

切除重建,人造血管架桥占 43.3%,血管壁部分切除占 14.4%,节段切除端端吻合占 42.3%。联合血管切除可以在不增加并发症发生率及围手术期病死率的情况下显著提高胰腺癌的手术切除率。与姑息性手术比较,联合血管切除可以明显延长侵犯腹腔大血管的进展期胰腺癌患者的生存时间。他提出应加强多中心前瞻性研究探索联合血管切除胰腺癌手术的适应证,并制订相应的规范,以进一步提高远期疗效。

近 20 年,我国微创外科已较成熟。上海交通大学医学院附属瑞金医院郑民华教授于 20 世纪 90 年代开创我国结直肠癌微创手术的先河,并带领微创外科在中国的医学领域成长发展。目前我国的微创技术已与世界接轨,腹腔镜胃肠肿瘤手术不论是技术上还是疗效上都取得了成功。郑民华教授希望在中、日、韩消化外科医师的共同努力下,腹腔镜手术在胃肠外科领域能做到“肠治久安,窥见胃来”。

首都医科大学附属北京友谊医院张忠涛教授认为在微创外科时代,继发性胆总管结石的治疗方式很多,但是对于 10% 的患者接受的治疗方式是不合适的。以往 LC 联合 EST 治疗会造成患者二次创伤,而 T 管的放置,虽然可以减压和防止胆汁漏,但是并发症发生率较高,因此可以通过鼻胆管引流或胆道镜替代。他认为目前的策略应该是施行一期手术,保留括约肌;最佳的手术方式是经胆囊管探查取石,不放置 T 管。

2 山城论剑

微创技术现今已广泛应用于外科各领域,其技术发展日益成熟。相对于传统外科技术,它更强调精细操作,减少损伤和出血。应在坚持外科手术原则的前提下合理应用微创技术,在微创理念指导下实施传统开腹手术。其目的是在达到根治性切除的同时最大限度地保存健康组织,并将手术创伤降至最低。

作为国内腹腔镜肝切除术的开拓者,浙江大学医学院附属邵逸夫医院蔡秀军教授对腹腔镜的发展和进步有着更深刻的体会。目前该中心已经完成了 600 例腹腔镜肝切除术,是全球最多的病例库。其中 149 例为恶性肝肿瘤患者。结合国内外文献以及该中心的临床经验,他认为腹腔镜肝切除术应做到:(1)适应证的正确选择,术前准确定位。(2)腹腔镜手术应遵循的原则。(3)手术切除范围及手术方式(解剖性和非解剖性肝切除术)的选择。

第三军医大学西南医院郑树国教授结合该单位 1000 例腹腔镜肝切除术的经验,介绍了腹腔镜肝切除术的探索过程、最新进展和挑战。2009 年,《路易斯维尔共识》指出腹腔镜肝切除术的适应证为:单发肝脏肿瘤,直径 < 5 cm,肿瘤位于肝脏 II、III、IVb、V、VI 段。近年来,随着腹腔镜器械的改进和外科技术的进步,腹腔镜肝切除术的适应证早已超越共识所建议的范围,腹腔镜几乎适用于各种方式的肝切除术,手术趋于复杂化、精准化。扩大左、右半肝切除或左、右三叶肝切除术,中肝切除术(肝 IV、V、VIII 段联合切除),特殊部位肝切除术(肝 I、VII、VIII 段切除)等曾被认为是腹腔镜肝切除术禁忌证的手术现已可以在腹腔镜下完成。解剖性肝段切

除术需显露肝段之间标志性肝静脉及切除肝段的 Glisson 蒂,要求以肝段为本实施精准切除。与大面积肝切除比较,解剖性肝段切除术操作更为精细、复杂,技术要求更高。目前这一代表肝脏外科最高境界的手术也能在腹腔镜下成功实施。控制出血是腹腔镜手术成功的关键,任何适用于开腹手术的患者可以作为腹腔镜手术潜在的适应证。

首都医科大学宣武医院李非教授认为应用微创技术治疗胰腺和(或)胰周感染性坏死能提高后期开腹手术的疗效,降低病死率。上海交通大学附属瑞金医院邓侠兴教授总结了该院达芬奇机器人辅助胰腺手术的经验,首次提出达芬奇机器人胰腺手术应遵循“隧道先行、自下而上、两侧外展、由近至远”的手术入路,并探索出“吊拉显露法”、“钩突分区显露离断法”与超声刀“蛋白凝固纤维包裹止血法”。

浙江大学医学院附属邵逸夫医院牟一平教授介绍了一种基于“五孔法”的腹腔镜胰十二指肠切除术手术流程。该手术流程原则上以门静脉为轴心,从足端至头端、从前向后,从左侧至右侧。先离断胃十二指肠动脉,贯穿颈后门静脉前隧道,完成解剖性探查。再按照空肠离断→胃横断→胃颈离断→胰头十二指肠侧后方游离→钩突横断→胆囊剥离→胆管离断顺序将标本完整切除。冷冻切片病理检查证实切缘阴性后按 Child 式重建,其中胰肠吻合采用肠管对黏膜法。该方法适合中国人体型,只用一个大口径套管,主刀和助手分立左右侧,不必换位,较欧美通用的“六孔法”更经济简便。

过去 20 年来,以腹腔镜技术为代表的微创外科技术在全球迅猛发展,腹腔镜结直肠癌根治术作为标准手术在国内许多医疗中心亦逐渐普及并趋向达成共识。然而纵观国内外,腹腔镜胃癌手术进展则相对缓慢,主要原因包括:(1)循证依据不足,远期疗效不能肯定。(2)手术技术要求高,学习曲线长。(3)缺乏规范化培训。复旦大学附属中山医院孙益红教授认为:腹腔镜手术作为胃癌个体化治疗的选择之一,应严格遵循胃癌外科治疗的理念和技术规范。应重视腹腔镜胃癌手术规范化培训,秉承理念与技术并重的原则,从腹腔镜基本技能和开放胃癌手术技术培训入手,努力缩短腹腔镜胃癌手术学习曲线,确保腹腔镜胃癌手术的疗效和安全性。

达芬奇机器人手术系统的应用是微创外科发展的里程碑,由于该手术系统具有除颤和三维成像等特点,因而将腹腔镜手术的可操作性、安全性、根治性提升到了新的高度。第三军医大学西南医院余佩武教授已经成功完成 300 多例达芬奇机器人胃肠道肿瘤手术。他认为达芬奇机器人手术与腹腔镜手术比较,具有操作自如,协调性好,精确度高等优点。只要有较好的腹腔镜操作基础,其学习曲线短。但是由于该设备价格昂贵,且手术费用高,目前使用达芬奇机器人手术系统的医院较少。尽管如此,他对达芬奇机器人手术系统未来的应用前景仍非常乐观。

解放军总医院杜晓辉教授也认为达芬奇机器人手术系统比腹腔镜有更好的优势,学习曲线短且安全可行。但是目

前国内外没有相应的规范和远期评估,将来达芬奇机器人手术系统在结直肠外科中的应用适应证还需进一步论证,所以不能盲目夸大宣传,应该理性看待其发展,合理应用。

对于 Bismuth II 型及肿瘤未侵犯 2 级胆管的 Bismuth III a、III b 型肝门部胆管癌患者,第三军医大学西南医院王曙光教授提出“哑铃式”根治术。由于所切除组织整体上形似哑铃状,故称之为“哑铃式”肝门部胆管癌根治术。其切除范围包括左内叶下段(IV b 段)、右肝蒂前部分 V 段(肝方叶)、尾状叶(I 段)、左右肝管、分叉部及肝外胆管。统计分析表明该技术与半肝联合尾状叶切除比较,是一种更加安全、理想的手术方式。

要在传统开腹手术中做到“微创”,不得不提及“精准外科”的概念。解放军总医院段伟东教授以“剑道”的理念诠释了精准外科手术。他认为精确的术前评估,精良的手术规划,精细的手术操作乃外科医师的剑道。

3 中青年专家论坛

3.1 肝胆外科

复发转移仍然是肝癌研究的热点与难题。复旦大学附属中山医院周俭教授总结了该院肝癌研究所 1958 年至 2008 年 10 549 例患者的临床资料,发现近 20 年原发性肝癌手术切除疗效没有明显提高。肝癌复发转移是阻碍患者长期生存的关键因素。对于肝癌复发转移的防治,他提出 4 个方面的建议:(1)早期预测与肝癌复发转移的相关因素。肝癌复发转移有潜在价值的分子指标,肝癌相关分子及信号通路。(2)及时进行综合、个体化治疗。(3)有效预防。术后经导管化疗栓塞只对有残癌风险者有效。干扰素、卡培他滨、甲磺酸索拉非尼等药物能抑制肝癌术后的复发转移。(4)目前肝癌转移新观点——转移为全身性问题,不是晚期现象,与炎症微环境关系密切。肝癌干细胞与转移关系密切。对此,研究关注新的分子标志物、干细胞(样)细胞、癌微环境的作用、癌上皮间质转换以及治疗本身的影响。

从董家鸿教授提出精准肝切除的理念到临床实践仅仅 6 年的时间,该理念在国内外得到广泛的应用。然而精准肝切除治疗肝癌究竟包括哪些关键技术,不同肝脏外科中心的理解和临床实践可能不同,探索的历程也不尽相同。安徽省立医院荚卫东教授将精准肝切除的关键技术分为以下 3 个方面:精确评估规划技术,精准肝门解剖技术,精细肝实质离断技术。荚教授结合该院的临床经验对这 3 个方面内容进行了阐述。

对于小肝癌是切除还是采用 RFA 治疗?第三军医大学西南医院马宽生教授通过 2 个 Meta 分析和 2 个随机对照研究结果对这一问题进行了解答。Meta 分析显示入选标准的不一致和多数回顾性资料导致关于切除和 RFA 治疗选择的结论不一致。随机对照研究结果表明直径 < 5 cm 的单发肝癌患者 RFA 与手术切除小肝癌疗效相当,而符合米兰标准的早期肝癌患者,接受手术切除的患者的生存率显著高于接受 RFA 的患者。结合其临床实践,他认为手术切除为首选治疗方法,但手术创伤大、并发症发生率高;RFA 可以提供

满意的局部肿瘤消融,尤其当肿瘤位于中肝实质。位于肝表面或近肝门的肿瘤,首选切除,也可行 RFA 治疗;对于中央型小肝癌,尤其是老年患者、Child B 级患者首选 RFA 治疗;对于肝功差(IGC 15 > 20%),肝功能 B 级或部分 C 级患者可行 RFA 治疗;对于多发的小肝癌,可以采用 RFA + TACE + 甲磺酸索拉非尼联合治疗。

肝门部胆管癌由于解剖位置的特殊性,局部切除往往难以获得根治性切除,而扩大手术的围手术期并发症和病死率仍然较高。南京医科大学第一附属医院李相成教授回顾性分析了该院 2004 年至 2012 年单个治疗组连续收治的 124 例肝门部胆管癌患者手术治疗经验。联合半肝和尾状叶切除可以提高肝门部胆管癌的根治性切除率,而根治性切除和减少围手术期并发症是影响患者长期生存的最主要的因素。

3.2 胃肠外科

四川大学华西医院胡建昆教授结合文献和自己的临床实践对胃癌手术消化道重建方式做了全面的介绍。他认为以往是重视根治性程度的阶段,下一步应该考虑重建方式的合理选择。在规范化术式下,根据不同临床分期,不同患者的经济状况,选择合适的消化道重建方式,进一步制订消化道重建规范。

第四军医大学西京医院杨雁灵教授评价了各种手术方式治疗糖尿病术式的优缺点:袖状胃切除术远期手术并发症少,对血糖的控制效果稍差;胃转流术对血糖的控制效果稍差,操作难度大,术后容易发生营养不良、吻合口溃疡等远期并发症。在此基础上,他们采用了袖状胃切除 + 十二指肠空肠转流术。该手术远期营养风险小,可保证铁元素和 B 族维生素吸收;只有一个吻合口,手术操作难度相对较低;保留幽门,可防止反流以及吻合口处胃酸和胆胰液混合,不易发生溃疡;食物不通过十二指肠和近端空肠,利于肠道激素分泌调节血糖。该手术效果良好,糖尿病并发症也得到相应改善。但是该手术本身存在风险和并发症,如手术对正常解剖生理结构和营养吸收的影响,相关的神经病变,术后消化液反流,术后 Roux-en-Y 滞留综合征等。因此,手术治疗糖尿病有更高的受益风险比。除了外科手术和专科技能,外科医师必须掌握相关的内科学、心理学和病理生理学知识。正确认识、有效预防和第一时间处理好术后可能出现的各种不良反应,是保证远期疗效的关键。

3.3 胰腺外科

急性胰腺炎是临床常见的急腹症之一,其发病率位居急腹症第 3 ~ 5 位。准确的急性胰腺炎分类标准有助于判断疾病严重程度,选择正确的治疗方案。哈尔滨医科大学附属第一医院孙备教授回顾了急性胰腺炎分类标准的发展变迁,从 1889 年 Fitz 开始对急性胰腺炎进行描述至今,急性胰腺炎的分类标准一直在不断被修订和完善,包括亚特兰大标准在内的原急性胰腺炎分类标准的局限性越来越受到学者们的重视。2011 年国际胰腺病协会提出了基于临床决定因素的新的急性胰腺炎分类标准。该标准依据胰腺坏死和器官衰竭情况,将急性胰腺炎的严重程度分为 4 级:轻度、中度、重度

和危重。2012 年国际胰腺工作组完成了“亚特兰大标准修订版”。“修订版”指出评估急性胰腺炎严重程度的主要因素包括:短暂性器官衰竭、持续性器官衰竭及局部或全身并发症。因此,“修订版”将急性胰腺炎严重程度分为 3 级,即轻度、中度、重度。2011 年与 2012 年两种分类标准相似,2012 年标准中的“重度”实质上包含了 2011 年标准中的“重度”与“危重”。新的分级系统的特点是依据临床实际的危险因素确定急性胰腺炎的严重程度,具有较强的可操作性,已被绝大多数学者认同,但因该标准参照回顾性分析所制订,故其实用性及准确性仍有待于进一步评估。

自身免疫性胰腺炎发病率低,有病理证据的患者例数不足 50 例。复旦大学附属中山医院楼文晖教授介绍了自身免疫性胰腺炎的诊断和治疗,提醒外科医师要注意鉴别自身免疫性胰腺炎与胰腺癌。自身免疫性胰腺炎无需手术治疗,激素治疗效果良好,在不能确诊时,可以用激素诊断性治疗 2 周。

保留十二指肠的胰头全切除术因保留了十二指肠而有益于患者的康复,又因其难度大而较少开展。目前仅有日本胰腺病协会前主席 Akisama Nakao 教授等学者报道了少数病例。第三军医大学西南医院王槐志教授以 1 例胰头部结石病例演示了保留十二指肠的胰头全切除术,并通过视频展示了手术技巧和关键步骤。

华中科技大学同济医学院附属协和医院赵刚教授提出胰腺肿瘤综合治疗策略。他认为综合治疗不仅仅是一种治疗方式,更是一种理念,是依据循证医学的原则,采取多学科合作的模式,根据具体病情、个人手术技巧及临床经验和现有研究依据,进行合理的手术抉择和恰当围手术期治疗,以延长患者生存时间与生命质量。

3.4 结直肠外科

华中科技大学同济医学院附属协和医院陶凯雄教授阐述了腹腔镜下全结肠系膜切除术(complete mesocolic excision, CME)的可行性及操作规范,他认为 CME 和 D3 术式应该是结肠癌根治性切除的标准术式,腹腔镜结肠癌 CME 在技术层面上更容易、安全;熟悉结肠系膜的解剖和与邻近器官关系、结肠血管的解剖及其变异,对于完成标准的 CME 至关重要;CME 的规范操作是其质量控制的关键,术后病理标本的评估是 CME 的重要内容。腹腔镜结肠癌 CME 术式的规范、普及、推广尚需大量的临床研究结果予以支持。

第三军医大学大坪医院童卫东教授介绍了慢传输型便秘的发生机制和研究进展,并提出手术方式选择策略。他认为全结肠切除+回直肠吻合是目前最受推崇的术式,但次全结肠切除+盲肠直肠吻合也有愈来愈多的研究结果支持,次全结肠切除后回肠乙状结肠吻合不做推荐,结肠旷置及回肠造口术等对年老体弱等特殊群体有一定应用价值。

虽然美国国立综合癌症网络(NCCN)指南早在 2006 年已有腹腔镜手术可以用于结肠癌切除的推荐,但迄今为止腹腔镜手术用于直肠癌仍然仅限于临床研究,关于腹腔镜结直肠癌肝转移(colorectal liver metastasis, CLM)的切除尚未有任何推荐。北京大学第三医院修典荣、姚宏伟等教授通过开展

前瞻性 CLM 的微创手术治疗研究,认为该手术应遵循的基本原则包括:(1)可切除的 CLM,无肝外不可切除的转移病灶,在多学科诊断和治疗的模式下完成。(2)如果能完成 R₀ 切除,腹腔镜结直肠切除、肝切除是可以选择的。(3)结直肠、肝脏切除手术分别由专门的医师完成。(4)保证肝脏转移瘤的 R₀ 切除及保留足够的残余肝脏体积仍然是切除 CLM 的“终极目标”,不能为了追求微创手术而忽略了根治效果。初步研究结果表明:腹腔镜手术治疗 CLM 是安全可行的,微创效果明显,腹腔镜手术为部分患者接受结直肠癌和肝转移瘤的同期切除提供了可能。微创手术的短-中期生存效果可以接受,远期效果尚无结论,期待进一步的随访结果。

4 “乐享我术”全国肝胆外科手术视频交流峰会决赛

由《中华消化外科杂志》编辑委员会主办、华瑞制药有限公司承办的“乐享我术——全国肝胆外科手术视频交流峰会”于 2013 年 2 月至 7 月隆重举办。该峰会包括 16 场城市交流峰会,2 场区域交流峰会,1 场全国峰会总决赛。2013 年 7 月 13 日,备受瞩目的“乐享我术——全国肝胆外科手术视频交流峰会”总决赛在山城重庆拉开帷幕。整个会场座无虚席,充分体现出肝胆外科医师参与学术活动饱满的热情和高涨的积极性。

中华医学会外科学分会胆道外科学组组长、《中华消化外科杂志》总编辑董家鸿教授担任大会主席,国内肝胆外科领域知名专家以及营养学专家包括别平、蔡秀军、耿小平、梁力建、刘金钢、卢实春、彭承宏、李相成、仇毓东、韦军民、夏强、杨占宇、陈敏教授等担任评审专家。会议安排紧凑有序,按比赛规则,16 名选手需重点展示肝胆外科的手术规划、操作技巧及临床营养实施方案。每位选手展示 12 min,专家点评 3 min。16 名选手技术精湛,肝胆豪情,激情洋溢,闪耀全场。同时,现场有 16 名“梦想导师”聚首助阵,阵容强大。“梦想导师”负责现场点评及打分,客观评价每位选手的手术操作技巧、临床营养方案以及现场演讲能力。他们不吝传道授业,对选手存在的问题提出宝贵意见,并在手术指征、手术规划合理性、手术步骤规范性以及器械的使用方面重点提出了建议。

经过半天激烈的角逐,8 名优胜者从入围总决赛的全国 16 名选手中脱颖而出。他们分别是何宇、殷晓煜、王科、赵义军、刘源、陈继业、葛勇胜、李德卫。这 8 名选手可以选择“梦想导师”,到导师所在医院进行为期一周的参观、交流和学习。另外 8 名选手受邀参加 2014 年“第八届全国肠外肠内营养学大会”。进入决赛的所有选手都将被《中华消化外科杂志》聘为特邀审稿专家。

“乐享我术”总决赛不但是一场学术盛宴,也是一场展现选手指尖艺术的表演,大赛内容切合当今肝胆外科医师的需求,形式新颖创新,吸引广大医师积极参与及讨论。“乐享我术”系列学术活动的主办方《中华消化外科杂志》编辑委员会,承办方华瑞制药有限公司将继续为广大消化外科中青年医师搭建交流和学习的平台,共同为推动肝胆外科的学术发展而努力!

5 “功夫剧场”首届腹腔镜结直肠手术大赛决赛

由《中华消化外科杂志》编辑委员会主办、柯惠医疗器材国际贸易(上海)有限公司承办的“功夫剧场”首届腹腔镜结直肠手术大赛于 2013 年 5 月至 7 月举办。大赛共吸引了来自全国 50 多家单位 70 余名选手参与。经过 2013 年 5 月 11 日广东站第一场比赛、5 月 31 日上海站第二场比赛,由 20 名著名胃肠外科专家现场评审,共评选出 10 名优胜者进入 7 月 13 日重庆站的总决赛。

中华医学会外科学分会副主任委员及胃肠外科学组组长秦新裕教授担任大赛顾问,中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组组长郑民华教授、中国医师协会微创外科医师专业委员会主任委员周总光教授担任大赛主席,胡祥、张忠涛、池畔、杜晓辉、杜燕夫、胡三元、梁小波、戎祯祥、孙跃明、童卫东、卫洪波、周岩冰、陈敏等教授等担任总决赛的专家评委。参赛选手的入围作品涵盖腹腔镜结直肠外科的各个方面,包括单孔腹腔镜右半结肠癌根治术、腹腔镜根治性全结直肠切除术、腹腔镜辅助超低位直肠前切除、腹腔镜辅助直肠癌腹会阴联合切除、腹腔镜直肠癌根治术、腹腔镜辅助横结肠癌根治术、腹腔镜右半结肠癌 CME 手术等。现场学术气氛浓厚,内容精彩纷呈。专家评委对选手的技术给予了充分的肯定,对于术中操作存在的不足予以充分纠正和补充,并就手术中的疑点和改进与选手进行了交流。经过专家评委专家公平、公正的评选,现场公开即时评分,最终 6 名选手凭借精湛的手术技艺,精美的手术视频以及精彩的陈述取得了本次大赛的最终胜利。其中,福建医科大学附属漳州市医院结直肠外科郭银帆医师荣获第 1 名,上海交通大学医学院附属瑞金医院外科马君俊医师和中国医科大学附属盛京

医院结直肠肿瘤外科张宏医师并列第 2 名,广东省人民医院胃肠外科王俊江医师、安徽安庆市立医院肿瘤外科张亚铭医师以及广东省惠州市第一人民医院普外科刘习红医师并列第 3 名。

本次手术大赛为当代中青年医师提供了一个展示自我风采、进行学术交流、聆听大师指导的平台,同时对于我国腹腔镜结直肠手术大赛的标准化起到了巨大的推动作用。

6 第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所 50 周年庆典

“第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所 50 周年庆典”于 2013 年 7 月 13 日隆重举行。第三军医大学王云贵副校长,西南医院郭继卫副院长以及全国消化外科著名专家、学者出席了庆典仪式。第三军医大学授予我国肝胆外科的创始人黄志强院士终身贡献奖。黄志强院士特地从北京发来贺电,并通过远程视频对第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所的发展提出新的愿景。“创新,开拓”是黄志强院士对立志肝胆外科事业的晚生后辈们的寄望。第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所前任所长董家鸿教授真情流露,字字铿锵,句句饱含对西南肝胆老一辈专家的尊重和无限感激,包涵对昔日伙伴共同成长的缅怀和思念。现任所长别平教授表示将以 50 周年为新的起点,将西南肝胆精神烽火传承,发扬光大。相信在第三军医大学西南医院领导和支持下,西南肝胆人能为广大人民群众谋福祉,为肝胆外科事业的发展作出新的贡献。

(收稿日期: 2013-07-26)

(本文编辑: 张昊)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊 2014 年各期重点选题

- 第 1 期: 消化外科新进展和消化外科医师培养
- 第 2 期: 食管胃结合部肿瘤的外科治疗
- 第 3 期: 转移性肝癌的多学科综合治疗
- 第 4 期: 慢性胰腺炎的综合治疗
- 第 5 期: 消化外科的临床与实验研究
- 第 6 期: 精准肝脏外科

- 第 7 期: 炎症性肠病的外科治疗
- 第 8 期: 外科营养与感染
- 第 9 期: 肝胆胰手术并发症
- 第 10 期: 胃肠胰神经内分泌肿瘤的外科治疗
- 第 11 期: 肝脏良性疾病的治疗
- 第 12 期: 消化系统外伤的处理

· 学术动态 ·

《中华消化外科杂志》第二届编辑委员会 第二次会议纪要

毛蜀 张玉琳 张昊 赵蕾 陈敏

2013 年 7 月 12 日,《中华消化外科杂志》第二届编辑委员会第二次会议在重庆成功召开。中国工程院院士王学浩教授、中华医学会杂志社社长兼总编辑姜永茂编审、第三军医大学王云贵副校长、第三军医大学科研部徐迪雄部长、第三军医大学西南医院李景波院长以及 200 余名编委、通讯编委和特邀审稿专家出席了会议。

姜永茂社长代表中华医学会致辞。他充分肯定了《中华消化外科杂志》加入中华医学会以来所取得的进步与成绩,对杂志的发展寄予厚望。第三军医大学西南医院李景波院长代表承办单位,热烈祝贺杂志取得的长足进步,承诺将尽最大的努力,一如既往地支持杂志的建设和发展。总编辑董家鸿教授饱含深情地表达了《中华消化外科杂志》历经 10 载,砥砺前行,丰硕成果凝结着各级领导、编委、读者、作者以及编辑们的心血。“甘为入世孺子牛,前赴后继谱新篇”。这是总编辑对杂志的寄语和期望。同时他倡导大家团结一心,继往开来,站在新的起点,为实现中国消化外科新的辉煌,为我国消化外科事业的发展和进步贡献新的力量。

编辑部主任陈敏教授对《中华消化外科杂志》的情况作了工作汇报。创刊 10 年以来,在各级领导和专家们的关爱和支持下,在编委会强有力的支撑下,经过不懈努力和奋斗,期刊建设取得了较大的进步,目前《中华消化外科杂志》已经被中文核心期刊要目总览、中国科学引文数据库、美国《化学文摘》等 17 个国内外著名检索机构收录。期刊评价指标逐年提升,获得了 2 项中国科协精品科技期刊项目的资助。特色栏目“外科天地”、“影像集锦”、“指南与共识”得到了广大读者的青睐和欢迎。而对于目前期刊的竞争现状,陈敏主任围绕消化外科领域和期刊界的发展趋势,提出“以质量求生存,靠特色谋发展”的办刊策略,通过多形式、多渠道的途径传播学术观点和外科技艺。

为了杂志的可持续发展,编委们积极谏言,献计献策。中国工程院院士王学浩教授直言作为编委应该支持杂志的

发展,多关注、关心、参与杂志的建设。华中科技大学同济医学院附属同济医院杨镇教授认为“专家共识”对提高杂志影响力,引导消化外科发展有重要的作用。第三军医大学西南医院马宽生教授提议向国外优秀期刊学习,细化专家库,利于多学科,多专业以及亚专业领域的审稿和评阅。天津医科大学附属肿瘤医院李强教授建议增配指南解读,增加罕见病例讨论,创办英文期刊,扩大国外专家库,吸引更多外籍编委,扩大杂志在国际的知名度。北京协和医院张太平教授倡导学术应该“百家争鸣”,关注有争议性的问题才能促进学科发展,建议专家在审稿的时候应多发现文稿的亮点,多提修改意见。哈尔滨医科大学附属第一医院孙备教授认为本刊“外科天地”栏目是外科医生最喜欢的栏目,希望可以增加视频动画,刻录成光盘,每年赠送一次,有很好的学习和收藏价值。第四军医大学西京医院赵青川教授提议每期增加 1~2 篇国外最新进展的文章,与国际接轨能繁荣和促进我国消化外科的发展。大连医科大学附属第一医院胡祥教授认为编辑部不应该是单一的出刊,应该成为一个医学信息的中心,研究外科领域不同系列发展的中心;编辑部成员应该分门别类地搜集各方面的信息,进行归类和细化;仅凭编辑们少数人的力量是不够的,应该集合专家和编委们的资源和帮助;组稿工作应该像学术研究那样仔细规范;循证医学的研究非常有价值,应该重视和关注。

会议期间还举行了创刊十周年颁奖仪式。根据中国科学技术信息研究所推荐,本刊编委会评选出“十佳组稿专家”、“十佳审稿专家”、“十佳中青年作者”、“十佳读者”、“十篇最具影响力的文章”以及“最具影响力的手术视频”。各级领导以及消化外科领域的知名专家现场给获奖者颁发了证书和奖杯,感谢他们对杂志发展做出的重要贡献。本次评选活动受到了专家和学者一致好评,激发了读者、作者的极大热情和争创意识,鼓舞了大家奋斗的士气。

十年磨砺,十年成长!《中华消化外科杂志》在声声祝福中茁壮,在勤勤勉励中前行。我们相信,在主管、主办单位的正确领导下,编委会悉心指导下,《中华消化外科杂志》必将百尺竿头,再创新高,成为学术水平、编校质量达国内一流的中华精品期刊。

(收稿日期: 2013-07-26)

(本文编辑: 张昊)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2013.09.024

作者单位: 400038 重庆,第三军医大学西南医院《中华消化外科杂志》编辑部

通信作者: 陈敏, Email: chenmin@zhxhwk.com