

同步腹腔镜肝切除联合脾切除术 治疗原发性肝癌并发肝硬化 门静脉高压性脾功能亢进

柏斗胜 赵伟 蒋国庆 钱建军 陈平 金圣杰

【摘要】 目的 探讨同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进的安全性和临床疗效。**方法** 回顾性分析 2015 年 1-4 月扬州大学临床医学院收治的 5 例原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进患者的临床资料。5 例患者施行同步腹腔镜肝切除联合脾切除术,术中行脾血自体回输。观察患者手术时间、术中出血量、术中输血量、术后进食时间、术后拔除引流管时间、术后住院时间及术后并发症发生情况。采用门诊和电话方式随访,随访时间截至 2015 年 6 月。正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。**结果** 5 例患者中,3 例施行腹腔镜肝切除联合脾切除术,1 例施行腹腔镜肝切除 + 脾切除 + 胆囊切除术,1 例施行腹腔镜肝切除 + 脾切除 + 断流术,无 1 例中转开腹。患者手术时间为 (225 ± 41) min,术中出血量为 (221 ± 81) mL。5 例患者均采用了自体血回输技术,无 1 例患者术中行同种异体输血。2 例患者术后发生腹腔积液,其中 1 例患者同时发生胸腔积液,均经保守治疗后症状消失。所有患者术后第 1 天进食全流质饮食,术后第 2 天下床活动,术后第 3 天拔除引流管。患者术后住院时间为 (7.8 ± 0.8) d,均顺利康复出院,无围术期死亡发生。5 例患者均获得随访,截至随访时间均生存。**结论** 同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进安全可行,且疗效确切。

【关键词】 肝肿瘤; 脾功能亢进; 脾切除术; 肝切除术; 腹腔镜检查

Synchronous laparoscopic hepatectomy combined with splenectomy for the treatment of hepatocellular carcinoma associated with cirrhotic portal hypertensive hypersplenism Bai Dousheng, Zhao Wei, Jiang Guoqing, Qian Jianjun, Chen Ping, Jin Shengjie. Department of Hepatobiliary Surgery, Clinical Medical College of Yangzhou University, Yangzhou 225001, China

Corresponding author: Jiang Guoqing, Email: jgqing2003@hotmail.com

【Abstract】 Objective To investigate the safety and clinical efficacies of synchronous laparoscopic hepatectomy combined with splenectomy for the treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) associated with cirrhotic portal hypertensive hypersplenism. **Methods** The clinical data of 5 patients with HCC associated with cirrhotic portal hypertensive hypersplenism who were admitted to the Clinical Medical College of Yangzhou University between January 2015 and April 2015 were retrospectively analyzed. Five patients underwent synchronous laparoscopic hepatectomy combined with splenectomy and intraoperative autologous blood transfusion. The operation time, volume of intraoperative blood loss, time for diet intake, postoperative drainage tube removal time, duration of hospital stay and occurrence of complications were observed. Patients were followed up by outpatient examination and telephone interview till June 2015. Measurement data with normal distribution were presented as $\bar{x} \pm s$. **Results** Of the 5 patients without conversion to open surgery, 3 patients underwent synchronous laparoscopic hepatectomy combined with splenectomy, 1 patient underwent laparoscopic hepatectomy + splenectomy + cholecystectomy and 1 patient underwent laparoscopic hepatectomy + splenectomy + devascularization. The operation time and volume of blood loss were (225 ± 41) minutes and (221 ± 81) mL. All the patients received intraoperative autologous blood transfusion without homologous blood transfusion. Two patients were complicated with abdominal effusion including 1 patient associated with pleural effusion, and symptoms of 2 patients disappeared after conservative treatment. All the patients took fluid diet at postoperative day 1 and out-of-bed activity at postoperative day 2,

DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2015.09.013

基金项目:江苏省卫生厅面上科研课题(H201452)

作者单位:225001 扬州大学临床医学院肝胆外科

通信作者:蒋国庆,Email:jgqing2003@hotmail.com

and drainage tubes were removed at postoperative day 3, with good recovery and without perioperative death. The duration of postoperative hospital stay was (7.8 ± 0.8) days. All the 5 patients were followed up and survived well up to the end of follow-up. **Conclusion** Synchronous laparoscopic hepatectomy combined with splenectomy is safe and feasible for the treatment of HCC associated with cirrhotic portal hypertensive hypersplenism with an exact curative effect.

【Key words】 Liver neoplasms; Hypersplenism; Splenectomy; Hepatectomy; Laparoscopy

由慢性肝病导致的原发性肝细胞肝癌(以下简称原发性肝癌)是我国的常见病和多发病,部分患者常伴有门静脉高压性脾肿大、脾功能亢进。患者行肝切除术后围术期出血和肝功能损伤是常见并发症,以往该类疾病被列为肝切除术的手术禁忌证^[1-4]。脾切除术被认为是改善和避免这两项并发症的有效手术方式^[5-7]。与单纯行肝切除术比较,同步脾切除联合肝切除术不仅没有增加手术风险,反而显著提高了患者无病生存率,同时解决了脾功能亢进造成的 WBC 减少、PLT 低下等问题^[8-9]。随着腹腔镜技术不断成熟,笔者团队具备丰富的腹腔镜肝切除术治疗肝癌和腹腔镜脾切除术治疗门静脉高压性脾功能亢进的经验^[10-13]。本研究回顾性分析 2015 年 1-4 月我科收治的 5 例原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进患者的临床资料,探讨同步腹腔镜肝切除联合脾切除术的安全性和临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进患者 5 例,男 4 例,女 1 例;年龄 57~71 岁,平均年龄 62 岁。术前所有患者诊断为肝癌(术前 CT 或 MRI 检查诊断,术后病理学检查证实为肝细胞肝癌),肝硬化,门静脉高压症,脾肿大伴脾功能亢进。患者肿瘤位于肝 V 段 2 例,肝 III 段 1 例,肝 VI 段 1 例,肝 II、III 段 1 例。肿瘤平均直径为 3.0 cm (2.2~3.5 cm)。患者肝功能 Child 分级:A 级 3 例, B 级 2 例。脾脏平均长径为 19.3 cm (18.0~21.0 cm),中度脾肿大 3 例,重度脾肿大 2 例。3 例患者有乙型病毒性肝炎病史,1 例患者有丙型病毒性肝炎病史,1 例患者有肝血吸虫病史。本研究通过我院伦理委员会审批,患者及家属术前均签署知情同意书。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准:肝功能 Child 分级为 A 级或 B 级,无严重心肺功能障碍,能耐受腹腔镜气腹影响的患者。

排除标准:肝功能 Child 分级为 C 级,严重凝血功能障碍,有腹上区手术史患者。

1.3 手术方法

患者均采用气管插管全身麻醉,取头高足低位,双下肢分开,呈“大”字位,术中根据需要向左右两侧变换患者体位。采用常规 5+1 孔法(如果无需行第一肝门阻断,则采用 5 孔法;术中如需行第一肝门阻断,则采用 6 孔)。Trocars 位置的分布根据患者肝癌病灶位置及脾脏大小进行设置。先于脐下穿刺建立观察孔(如患者为 III 度脾肿大,可将观察孔适当下移),放置 10 mm Trocar 和 30°腹腔镜,于左锁骨中线肋缘下方取 12 mm 切口,左腋前线脾下缘取 10 mm 切口。如果肝癌病灶位于肝左叶,则于右锁骨中线肋缘下方约 2 cm 及 7 cm 处分别取 10 mm 切口置入 Trocar;如需加行肝门阻断,则在右腋前线脐水平线取 12 mm 切口,置入 Trocar。肝癌病灶位于肝右叶,则在右腋前线肋缘下方约 2 cm 及 7 cm 处分别取 10 mm 切口置入 Trocar,如需加行肝门阻断,则在左腋前线脐水平线取 12 mm 切口,置入 Trocar。

手术步骤:(1)运用 10 mm 的结扎速切割闭合系统(Ligasure)离断脾胃韧带及部分胃结肠韧带,在胰腺上缘找到脾动脉主干并予以游离后用 hem-o-lock 夹闭(图 1)。(2)依次离断脾结肠韧带(图 2)、脾肾韧带、脾膈韧带、胃短血管(图 3)及沿脾门离断脾胃韧带,采用直线切割闭合器(60 mm 白色钉仓)离断脾蒂(图 4)。(3)脾脏完全离断后,取头低足高,左倾 30°体位,剪开脾门处血管,及时将脾脏血液吸入血液回输机并进行自体血回输。(4)贲门周围血管离断术(视手术的需要):5 mm 的 Ligasure 离断贲门周围血管,依次离断胃后壁、食管下段左侧壁、食管下段后壁、食管前侧壁,沿胃壁游离肝胃韧带、食管下段右侧壁,共游离食管下段 ≥ 8 cm。将术中出血及时吸入血液回输机并进行自体血回输。(5)肝切除步骤:①腹腔镜肝左外叶切除术,先用超声刀离断肝圆韧带和镰状韧带,左冠状韧带,左三角韧带及肝胃韧带,解剖分离肝静脉沟。然后离断肝实质:肝左外叶的切除一般不预置第一肝门阻断器阻断第一肝门,除非肝断面出血量多。先用超声刀直接离断距肝表面深约 1 cm 的肝组织,深层肝组织用超声刀先钳夹,如无脉管结构或较细的血管和胆

管,则直接离断;如为较粗血管、胆管,予以横向解剖分离清楚后,用 hem-o-lock 夹闭后离断。用直线型切割闭合器(60 mm 白色钉仓)切断肝左外叶肝蒂和肝左静脉,最后用双极电凝对肝断面进行止血(图 5)。②腹腔镜右半肝切除术,用电凝钩距病灶周围 1 cm 画出预切线,使用预置第一肝门阻断器阻断第一肝门。用超声刀离断肝实质的步骤同上。(6)标本取出:如果肝癌标本较大,则将脐部观察孔的切口向上沿腹白线扩大至 3.5 cm 左右,分别将肝癌和脾脏的标本(图 6)装入标本袋内并从脐部扩大的切口取出;如果肝癌标本较小,可参照文献[10-12]用旋切器将脾脏旋切取出,肝标本可经稍扩大的脐部切口取出。(7)手术结束前,用白纱布拭擦肝创面,检查有无胆汁漏,用 37 ℃ 生理盐水冲洗腹腔,并浸泡术区检查有无活动性出血。分别在脾窝和肝断面放置引流管,完成手术。

1.4 观察指标

观察患者手术时间、术中出血量、术中输血量、术后进食时间、术后拔除引流管时间、术后住院时间及术后并发症发生情况。

1.5 随访

采用门诊和电话方式进行随访,随访时间截至 2015 年 6 月。

1.6 统计学分析

应用 SPSS 16.0 统计软件进行分析,正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。

2 结果

本组 5 例患者中,3 例患者施行腹腔镜肝切除联合脾切除术,1 例施行腹腔镜肝切除 + 脾切除 + 胆囊切除术,1 例施行腹腔镜肝切除 + 脾切除 + 断流术,无一例中转开腹。患者手术时间为 (225 ± 41) min,术中出血量为 (221 ± 81) mL。5 例患者均采用了自体血回输技术,无一例患者术中行同种异体输血。2 例患者术后发生腹腔积液,其中 1 例患者同时发生胸腔积液,患者口服呋塞米和螺内酯保守治疗后症状消失。所有患者术后第 1 天进食全流质饮食,术后第 2 天下床活动,术后第 3 天患者引流液清亮,淀粉酶低于 2 倍正常值,拔除引流管。患者术后住院时间为 (7.8 ± 0.8) d,均顺利康复出院,无围术期死亡发生。5 例患者均获得随访,截至随访时间均生存。

3 讨论

原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤,其中 85% ~ 90% 的患者合并不同程度肝硬化,约 30% 合并脾功能亢进^[14-15]。研究者以往认为:原发性肝癌合并肝硬化脾功能亢进属手术禁忌证^[1-4]。近年来,随着外科概念的更新以及手术技术和围术期管理的进步,部分学者认为肝脾联合切除对原发性肝癌合并肝硬化脾功能亢进的患者是有利的。同步脾切除不仅能提升 WBC 和 PLT,还可以改善肝功能和肝纤维化,有助于提高肝细胞的再生功能,改善机体免疫功

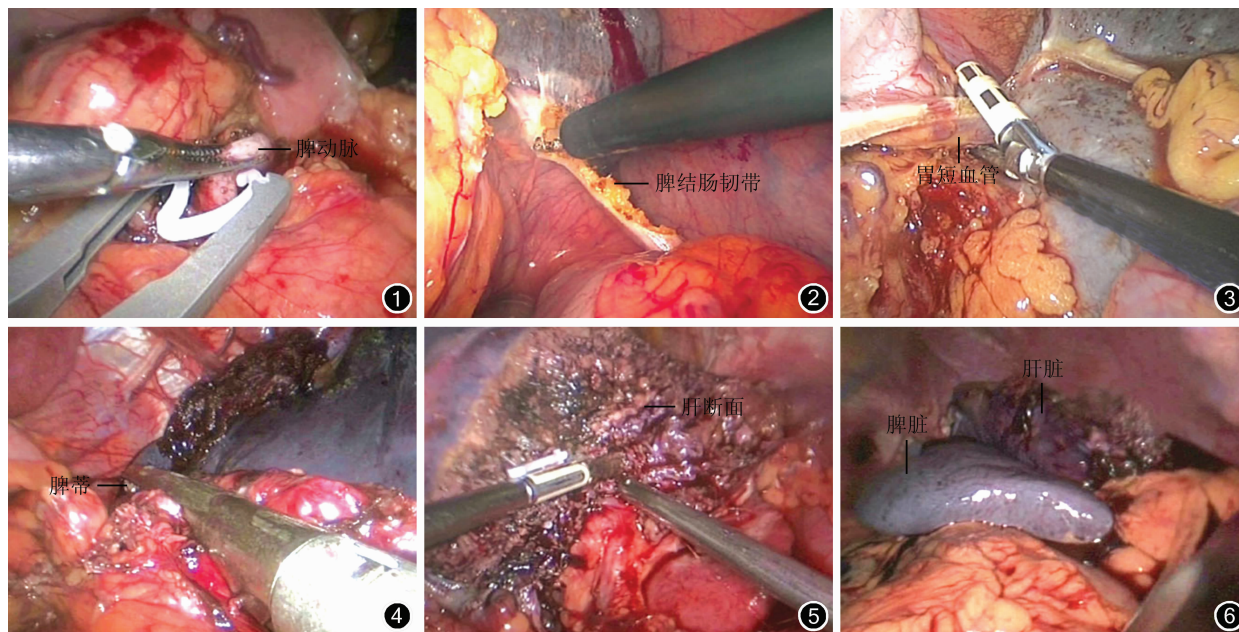


图 1 分离出胰腺上缘脾动脉主干并予以游离后用 hem-o-lock 夹闭脾蒂 图 2 离断脾结肠韧带 图 3 离断胃短血管 图 4 离断脾蒂 图 5 运用双极电凝对肝断面进行止血 图 6 切除后的肝脏和脾脏标本

能;可明显降低门静脉压力,对预防和减少食管静脉曲张破裂出血有一定作用^[7,16-19]。

3.1 原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进治疗现状

目前,治疗原发性肝癌合并脾功能亢进的方法有:(1)分两期的开腹手术。(2)开腹肝切除联合脾动脉结扎术。(3)开腹脾切除联合脾动脉栓塞术。(4)先行腹腔镜脾切除术,再行开腹肝切除术的两期手术。(5)同步开腹肝切除联合脾切除术。(6)同步腹腔镜肝切除联合脾切除术。

分两期的开腹手术,即先行脾切除术,待 PLT 提升、凝血功能及肝功能改善后,再行肝切除术。该手术方式的不足之处:患者需要经历 2 次开腹手术的创伤;两期手术之间的等待时间可能会让患者失去第 2 期手术机会。脾动脉结扎和脾动脉栓塞术后患者会因脾坏死而发热,近期 PLT 会有提升,但因胃短血管等的代偿作用,脾脏血供恢复后的远期效果欠佳,PLT 会再次下降。随着腹腔镜技术在肝胆外科迅速发展,特别是腹腔镜脾切除技术的先行发展,Shimada 等^[6]提出了新的两期治疗策略:先行腹腔镜脾切除术后,再行开腹肝切除术。但该手术方式仍需要分期进行,因先切除了脾脏,术后患者机体免疫功能降低,在等待行第 2 期手术时,肿瘤生长可能加快,仍存在一定风险性。近年来,已有的研究结果显示:同步开腹脾切除联合肝切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进,与单纯行肝切除术比较,前者并没有增加手术风险,而且能解决患者脾功能亢进的问题,更重要的是还能显著提高患者无病生存率^[8-9]。但它的不足之处为腹部切口较大,特别是肝癌位于右半肝,患者的创伤较大。

3.2 同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进

同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进的报道极少。Ohno 等^[20]首先报道了 1 例手助同步腹腔镜下脾切除联合肝切除术,手术顺利。Miyoshi 等^[21]首先报道了 10 例同步完全腹腔镜下脾切除联合肝切除术,并认为该手术方式安全且有效。该手术方式使手术创伤达到了最小化,它将微创的优势体现得更加极致,使患者的获益最大化。

同步腹腔镜肝切除联合脾切除术与传统治疗方法比较,具有以下优势:(1)患者的创伤和痛苦小,患者术后早期下床活动医嘱遵从性和可行性得到提

高。(2)术后胃肠道功能恢复快。(3)可同时治疗原发性肝癌合并脾功能亢进。(4)避免了分期手术中存在的一期手术后肝癌继续增大和发生转移,患者失去第 2 次手术机会;或因肝肿瘤体积增加,第 2 次手术时需切除更多的肝脏组织,增加手术的创伤。(5)由于手术创伤小,术后恢复快,手术切口美观,增加了患者对治疗成功的信心,心理方面发挥了一定优势。

3.3 同步腹腔镜肝切除联合脾切除术的手术适应证

同步腹腔镜肝切除联合脾切除术的适应证和禁忌证兼顾了传统开腹门静脉高压性脾切除术及肝癌手术的要求。施行该手术方式的手术团队必须同时具备成熟的腹腔镜巨脾切除技术和腹腔镜肝切除技术。在开展该手术方式的初期,术者应选择腹腔镜下较易切除的肝左外叶肿瘤或右半肝边缘性(肝 V 段和肝 VI 段)肿瘤。笔者团队的经验是:(1)肿瘤的最大直径应 < 5 cm。(2)肿瘤位于肝 II、III、IV、V、VI 段。(3)肝功能 Child 分级应为 B 级及以上。

3.4 同步腹腔镜肝切除联合脾切除术的手术疗效

手术遵循无瘤原则,先行腹腔镜下脾切除术或断流术,然后再进行肝切除或胆囊切除术。已有文献报道行腹腔镜脾切除联合贲门周围血管术的患者,术中将脾血自体回输,术后第 1 天的 Hb 较术前可提升约 10 g/L,差异有统计学意义^[22]。本研究也将术中患者脾内积蓄的血液进行自体回输。值得注意的是本着无菌原则,该操作应在脾切除或断流与肝切除和(或)胆囊切除术之间进行。如果患者肝肿瘤有破裂、肝肿瘤为外生型或凸出肝表面被膜,术中不能行自体血回输。本研究中,笔者团队严格控制手术适应证,术中仔细操作,同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进,是安全可行的。本研究结果显示:5 例患者均顺利完成手术,术中无异体血输注和中转开腹患者,术后并发症均经对症治疗后痊愈,患者恢复快,住院时间短。本研究结果与文献报道相似^[13,23-24]。

综上,同步腹腔镜肝切除联合脾切除术治疗原发性肝癌并发肝硬化门静脉高压性脾功能亢进安全可行。该手术方式既可以同时治疗原发性肝癌和慢性肝病所致的门静脉高压性脾功能亢进,又能将手术创伤降到最低,有益于患者的加速康复。但该手术方式的确切应用价值和长期疗效,仍需要后续大样本量和长期随访研究结果验证。

参考文献

- [1] Poon RT, Fan ST, Lo CM, et al. Improving survival results after resection of hepatocellular carcinoma: a prospective study of 377 patients over 10 years [J]. *Ann Surg*, 2001, 234(1): 63-70.
- [2] Dimick JB, Cowan JA Jr, Knol JA, et al. Hepatic resection in the United States: indications, outcomes, and hospital procedural volumes from a nationally representative database [J]. *Arch Surg*, 2003, 138(2): 185-191.
- [3] Looke DF, Runnegar NJ. Splenectomy and sepsis [J]. *Med J Aust*, 2012, 196(9): 587.
- [4] Bruix J, Castells A, Bosch J, et al. Surgical resection of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients: prognostic value of preoperative portal pressure [J]. *Gastroenterology*, 1996, 111(4): 1018-1022.
- [5] Sugawara Y, Yamamoto J, Shimada K, et al. Splenectomy in patients with hepatocellular carcinoma and hypersplenism [J]. *J Am Coll Surg*, 2000, 190(4): 446-450.
- [6] Shimada M, Hashizume M, Shirabe K, et al. A new surgical strategy for cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma and hypersplenism. Performing a hepatectomy after a laparoscopic splenectomy [J]. *Surg Endosc*, 2000, 14(2): 127-130.
- [7] Hayashi PH, Mehia C, Joachim Reimers H, et al. Splenectomy for thrombocytopenia in patients with hepatitis C cirrhosis [J]. *J Clin Gastroenterol*, 2006, 40(8): 740-744.
- [8] Chen XP, Wu ZD, Huang ZY, et al. Use of hepatectomy and splenectomy to treat hepatocellular carcinoma with cirrhotic hypersplenism [J]. *Br J Surg*, 2005, 92(3): 334-339.
- [9] Zhang XY, Li C, Wen TF, et al. Synchronous splenectomy and hepatectomy for patients with hepatocellular carcinoma and hypersplenism: A case-control study [J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(8): 2358-2366.
- [10] Bai DS, Qian JJ, Chen P, et al. Modified laparoscopic and open splenectomy and azygoportal disconnection for portal hypertension [J]. *Surg Endosc*, 2014, 28(1): 257-264.
- [11] Jiang G, Qian J, Yao J, et al. A new technique for laparoscopic splenectomy and azygoportal disconnection [J]. *Surg Innov*, 2014, 21(3): 256-262.
- [12] 蒋国庆, 钱建军, 陈平, 等. 改良腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门静脉高压症的临床疗效 [J]. *中华消化外科杂志*, 2013, 12(11): 846-849.
- [13] 蒋国庆, 柏斗胜, 陈平, 等. 自体血回输在改良腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术中的应用价值 [J]. *中华消化外科杂志*, 2015, 14(1): 70-73.
- [14] 卫生和计划生育委员会卫生公益性行业科研专项专家组. 门静脉高压症食管胃曲张静脉破裂出血治疗技术规范专家共识 (2013 版) [J]. *中华消化外科杂志*, 2014, 13(6): 401-404.
- [15] Morris-Stiff G, Gomez D, de Liguori Carino N, et al. Surgical management of hepatocellular carcinoma: is the jury still out? [J]. *Surg Oncol*, 2009, 18(4): 298-321.
- [16] Ohira M, Umeyama K, Taniura M. An experimental study of a splenic inhibitory factor influencing hepatic regeneration [J]. *Surg Gynecol Obstet*, 1987, 164(5): 438-444.
- [17] Sato K, Tanaka M, Tanikawa K. The effect of spleen volume on liver regeneration after hepatectomy—a clinical study of liver and spleen volumes by computed tomography [J]. *Hepatogastroenterology*, 1995, 42(6): 961-965.
- [18] 曹志新, 陈孝平, 吴在德. 肝细胞癌合并肝硬化患者肝脾联合切除术后免疫功能变化的研究 [J]. *中华外科杂志*, 2002, 40(2): 97-99.
- [19] Wang Q, Sun K, Li XH, et al. Surgical treatment for hepatocellular carcinoma and secondary hypersplenism [J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2006, 5(3): 396-400.
- [20] Ohno T, Furui J, Hashimoto T, et al. Simultaneous laparoscopic hand-assisted hepatectomy and splenectomy for liver cancer with hypersplenism: report of a case [J]. *Surg Today*, 2011, 41(3): 444-447.
- [21] Miyoshi A, Ide T, Kitahara K, et al. Appraisal of simultaneous laparoscopic splenectomy and hepatic resection in the treatment of hepatocellular carcinoma with hypersplenic thrombocytopenia [J]. *Hepatogastroenterology*, 2013, 60(127): 1689-1692.
- [22] Cheng Z, Li JW, Chen J, et al. Therapeutic effects of laparoscopic splenectomy and esophagogastric devascularization on liver cirrhosis and portal hypertension in 204 cases [J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2014, 24(9): 612-616.
- [23] Wang Y, Ji Y, Zhu Y, et al. Laparoscopic splenectomy and azygoportal disconnection with intraoperative splenic blood salvage [J]. *Surg Endosc*, 2012, 26(8): 2195-2201.
- [24] Jiang GQ, Bai DS, Chen P, et al. Modified laparoscopic splenectomy and azygoportal disconnection combined with cell salvage is feasible and might reduce the need for blood transfusion [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(48): 18420-18426.

(收稿日期: 2015-06-29)

(本文编辑: 赵蕾)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊 2016 年增设“大师风采”和“专家点评”栏目

为了更好地普及中国消化外科发展历史,弘扬医学大师精神,传承医学大师风范,更好地服务于读者和作者,经《中华消化外科杂志》编辑委员会讨论决定,本刊自 2016 年起增设“大师风采”和“专家点评”栏目。“大师风采”栏目由各期组稿专家结合该期重点选题,组织相应领域专家撰稿,回眸该领域发展历程,叙写大师风范,秉承前辈精神。“专家点评”栏目由各期组稿专家针对该期 1~3 篇重点文章的学术观点进行点评,以推动行业规范,繁荣学术发展。诚挚欢迎消化外科同道踊跃参与,共同促进期刊的建设和发展。