

浅谈新技术带来的机遇与挑战

张光铂

《中国脊柱脊髓杂志》编辑部

中图分类号:R681.5 文献标识码:C 文章编号:1004-406X(2008)-12-0885-02

2007年10月北美脊柱外科学会(NASS)主席Guyer在NASS年会上的讲话,受到全球同道的关注,该讲话于2008年4月全文在“Spine J”杂志发表。经征得“Spine J”出版商Elsevier公司及作者Guyer医生的同意,本刊转载了该讲话的主要内容,即新技术、新产品与美国经济社会给脊柱外科带来的新问题。值得深思的是在中国是否也存在新技术的涌入给脊柱外科带来的机遇和形成的挑战?若是,我们应如何面对?这是值得我们思考与讨论的问题,笔者愿意浅谈个人看法,与同道们共勉。

随着近年来我国改革开放步伐的加快,国际交流的增多,脊柱外科应用的各种新型的检查影像器材、手术定位设备、矫形和固定器械、不同的内置物产品、理念更新的融合或非融合装置,先进的微创脊柱外科器械系统等,这些使人眼花缭乱的新技术、新产品的不断涌现,使我们的医生“马不停蹄”地去参加全国兴起的各种新技术“学习班”、“研讨会”、“学术论坛”,医生们争先恐后地紧随日新月异的技术步伐。应当说,新技术促进了我国脊柱外科的成长和学科快速发展,新产品及先进技术的应用,改善了医疗条件,改变了我们处理疾病的方法,提高了医疗质量,缩短了我国脊柱外科与国际间的差距。

在商品经济社会,经济因素不可避免地会对新技术的开发和在脊柱外科中广泛应用带来影响。随着脊柱外科新技术的兴起,由于生产商或代理商在营销产品的各个环节中,采用各种营销手段推广,其花去的种种“营销”费用加在产品价格上,因而医疗费用提高,患者的“期望值”也自然提高,随之潜在的医患关系紧张,纠纷增多,社会舆论增加,医生压力增大,甚至有些构成了对少数医生职业道德的威胁。但商品经济社会带来的这些挑战是否可以避免?这些挑战是否会阻碍新技术的应用?笔者认为对这一问题的回答,关键是“正确应用”,应具有正确的出发点,掌握正确的适应证。笔者最近在门诊看到一位中年女性患者,右手第3掌骨基底骨折,无移位,一家医院的医生给患者从第3掌骨远端钉入了昂贵的进口新型髓内针作骨折内固定,术后造成右手第3掌指关节僵硬,出现纠纷,这是新技术、新产品之罪?还是内固定应用不当之过?Guyer医生在他的讲话中指出。“我们不能忘记我们为什么当医生,作为一名医生首先是救治病人,然后才是谋生,而绝不是相反”,他并引用柏拉图的话说“医生,若非全力为患者解决痛苦,而是考虑自己的利益,他就不是一个真正的医生,医生是病人身体的统治者,而不是金钱的制造者,不是吗?”

随着新技术的发展,外科技术的智能化,犹如司机应用“汽车导航”,司机不需要再辛苦地去记路线,但也会逐渐削弱司机自身对路线的认知能力,同样,新技术、新产品可能潜在地削弱了医生本身的作用,使其成为“技术员”,而失去“专业学术价值”,这种担心不是没有根据的。有位前辈对我说:“现在年轻骨科医生在门诊看病时,不看(检查)病人,只看片子(影像片);中年医生是先看片子,后看病人;年长医生则是先看病人,后看片子”。虽是笑谈,但它反映出医生在诊治病人时,对待人(病人)与物(仪器或器械)主次关系的不同态度。没有认真的临床检查,如何发现正确病变部位?没有查出正确的病变部位,再好的影像设备也得不出正确诊断。这使我想起10年前遇到的一件往事,一天晚上来了一位脑外伤急诊患者,护士请脑外科值班医生会诊,由于该医生在电话中“看病”,只凭MRI检查,做出错误的诊断与处理,而最后造成不可挽回的严重后果与纠纷。这种使人难以忘怀的惨痛例子充分说明,新的检查技术,可以精确临床诊断,核实临床诊断,但绝不能代替临床诊查;新技术可以丰富临床认识,但不能代替临床认识,临床医生不能把新技术作为“唯一”。因此,笔者认为新技术本身不会削弱医生自身的技

第一作者简介:男(1930-),教授,主任医师,研究方向:脊柱外科

电话:(010)84205233 E-mail:zhgb0115@yahoo.com.cn

能,只是医生自己削弱了自己。

新技术、新产品的出现都有它产生、发展的历史背景和存在的基础。一般讲,凡是新的东西都是有生命力和有发展前途的。因此我们对新技术、新产品首先是抱欢迎的态度,而不应拒绝,因为它是科技发展的重要环节。但在医学领域,特别是在骨科或脊柱外科,现在好的,不等于将来好,近期好的,不等于远期好,它需要时间的考验,需要循证医学的验证。例如 20 世纪 80 年代髋关节置换采用全球流行的“双杯(double cup)”手术,不是没有几年就被抛弃了吗?近年来循证医学表明,对退变性腰椎疾患融合内固定手术是平庸的,总体上并没有提高临床疗效。故有专家^[1]对现有脊柱退行性疾患大量应用融合内固定的方法提出质疑,建议在康复领域寻找新的策略,尽量在采用减压及内固定手术前,应用微创技术或保守干预方法。因此我们对待新技术、新方法在积极学习的同时,应认真、谨慎地掌握其适应证,应更长期地随诊观察,用循证医学去评价,这正是我们目前所缺少的和应当重视的。

参考文献

1. Robaina-Padron F. Controversies about instrumented surgery and pain relief in degenerative lumbar spine pain: results of scientific evidence[J]. Neurochirurgia (Astur), 2007, 18(5): 406-413.

(收稿日期: 2008-10-13)

(本文编辑 彭向峰)

个案报道

髋关节置换术后克氏针移位至椎管 1 例报告

孙光权, 邱 勇, 王 斌, 朱 峰

(南京大学附属鼓楼医院脊柱外科 210008 南京市)

中图分类号: R687.3, R619

文献标识码: B

文章编号: 1004-406X(2008)-12-0886-02

在全髋关节置换时,为了加大髋臼对股骨头的包容,髋臼周围常需植骨,并用克氏针固定。有关克氏针内固定术后克氏针断裂、移位的报道较多,常移位至胸腔损伤肺、大动脉及心脏^[1],移位至腹腔损伤腹腔脏器^[2],但移位至椎管损伤脊髓者少见。我院 2008 年 7 月收治 1 例,报告如下。

患者女性,76 岁。3 年前行“右侧人工全髋关节置换”手术,术后恢复良好。因右下肢疼痛、麻木 1 个月,行走困难 20d,于 2008 年 7 月 25 日入院。病后大小便正常。体检:右髋关节活动无明显受限,右踝伸肌肌力 4 级,右股四头肌肌力 4 级,肌张力正常,两侧直腿抬高 90°,双下肢感觉对称,腱反射正常,病理反射未引出。入院前 X 线片显示右侧全髋关节置换术后改变,右侧盆腔可见一游离克氏针(图 1a);CT 扫描及重建示克氏针一端位于椎管内,约为 L4/5 椎间孔位置(图 1b)。在全身麻醉下取 L4、L5 后路正中切口,于 L4/5 椎板间分别向上咬除 L4 右侧半椎板,向下咬除 L5 右侧半椎板,保留 L4 下关节突及 L5 上关节突,切除黄韧带,暴露右侧 L4/5 椎间隙,于其下方找到一克氏针针尾,针尾至硬膜囊,并已压迫但未穿透硬膜囊,其下方

可见 L5 神经根;将针尾与周围组织分离,保护周围神经根及硬膜囊,沿斜纵行方向顺利取出一根长 3.0cm、直径 2mm 的克氏针。患者术后疼痛感消失,麻木缓解。术后 6d 复查 X 线片示右侧盆腔无异物残留(图 1c)。

讨论 椎管内异物致脊髓损伤多因枪弹及锐器伤所致,临床并不多见^[3]。由于全髋关节置换术后克氏针移位导致置入的克氏针移位至椎管更鲜有报道。

王树清等^[4]报道 1 例左锁骨骨折后克氏针张力带固定的患者,由于未能及时取出内固定,4 年后 1 枚克氏针断针移位至 T1~T2 椎管,经过及时手术,取出断针,患者神经功能基本恢复。Priban 等^[5]报道 1 例肩锁关节脱位后克氏针固定的患者,术后 2 年克氏针发生移位,1 枚经 C7/T1 椎间孔横向刺入椎管,损伤了脊髓,出现双下肢瘫痪,及时取出,患者神经功能部分恢复。本例患者在髋关节置换时也置入了 2 枚克氏针用于固定植骨块,术后 3 年来由于人工关节的活动、局部的骨吸收导致克氏针的游走移位。骨质疏松及骨皮质变薄可能是克氏针移位的主要原因。由于此类损伤属于低能量损伤,克氏针进入椎管的速度缓慢,患者神经损伤表现不明显。

手术中最大的危险是取出克氏针时损伤脊髓及周围器官组织。由于盆腔内针头端周围无明显解剖标志,定位

(下转第 899 页)