

国内专家首创内镜下胃壁开窗术

治疗复发巨大胰腺假性囊肿病例将发表于《美国胃肠病学杂志》

胰腺假性囊肿（PPC）的病情复杂，一直是目前内外科治疗的一个难题。哈尔滨医科大学附属第二医院消化内科主任刘冰熔教授成功实施世界第一例内镜下胃壁开窗胰腺假性囊肿引流术，抢救了一例因复发性巨大胰腺假性囊肿导致黄疸并呼吸困难的危重患者。此项全新的微创方法创伤小、操作步骤少、患者术后恢复快，治疗效果肯定，是PPC治疗的全新尝试和突破。目前，这一手术的视频已被《美国胃肠病学杂志》接受并将在近期发表。



刘冰熔 教授

胰腺假性囊肿亟需微创、有效、简单易行的治疗方法

PPC是指由各种原因（急性胰腺炎、慢性胰腺炎、胰管梗阻及胰腺创伤等）导致的胰腺内或胰腺周围异常物质（外漏的胰液、血液、坏死组织等）存留形成的囊腔。其囊壁由腹膜、网膜或炎性纤维组织构成，因其囊壁内无上皮细胞衬托，故称之为假性囊肿。临床常表现为逐渐或迅速出现的上腹部胀痛、膨隆，伴有恶心、呕吐、食欲减退，合并感染者可有寒颤、高热。囊肿压迫胆总管可引起黄疸，压迫幽门可导致幽门梗阻，压迫十二指肠可引起十二指肠郁积症，压迫下腔静脉可引起下腔静脉梗阻症状及下肢浮肿，压迫输尿管

可引起肾盂积水等。对于有临床症状及感染的PPC必须进行及时有效的治疗。目前，PPC主要治疗手段包括保守治疗、手术治疗及内镜治疗。保守治疗主要是在肠内外营养支持的基础上加用抑制胰酶分泌或抑制胰酶活性的药物，以期PPC自然吸收，但对复杂或多发的假性囊肿治疗效果不好，故单独采用保守治疗的条件非常苛刻，保守治疗通常与其他治疗手段联合使用。手术治疗曾是公认的PPC治疗手段中效果确切及应用广泛的方法，但因其创伤大、并发症多、死亡率高，逐渐被一些微创的内镜下治疗方法所取代。

内镜下治疗主要可分为经壁囊肿引流和经十二指肠乳头囊肿引流（TCD）。TCD适用于囊肿与胰管间有交通，通常只能用于胰管堵塞诱发的假性囊肿。经壁囊肿引流术需先通过影像学确定假性囊肿位置，再在超声内镜引导下寻找囊肿压迫消化道最明显处，并以细针刺穿消化道壁及囊肿壁进入囊肿内部，然后放置多根塑料支架于囊腔与消化道间进行引流。但多根支架放置技术难度大，且对于一些囊液浓稠并有坏死组织填充的囊肿达不到充分引流的目的，治疗后易复发，治疗疗程长。寻找一种微创、有效、简单易行的PPC治疗方法十分必要。

内镜下开窗术：与外科手术同效且创伤更小

刘冰熔教授首次在《美国胃肠病学杂志》报道的全新内镜下胰腺假性囊肿治疗技术——内镜下开窗术（EF），是受到外科“胰腺假性囊肿胃吻合术”的启发，结合内镜治疗的多年经验而创造的。胰腺假性囊肿胃吻合术是PPC最常用的外科术式之一。手术操作需切开腹壁后再切开胃前壁，进入胃腔，于胃后壁选择囊肿向胃腔内最突出部位用细针刺刺，抽吸出液体后以穿刺处为中心切开胃后壁与囊肿壁，形成直径至少3~4 cm的窗口，以达到持续充分引流的目的，从而治愈假性囊肿。

刘冰熔教授首创的EF技术巧妙地借鉴和移植了外科的胰腺假性囊肿胃吻合术的技术及理念。在CT及超声内镜定位引导下，内镜下确定经胃壁进入囊

肿的突破点，采用内镜下专用的切开刀逐层切开胃壁各层，并最终切穿胃壁进入囊腔，充分吸引囊液后，经该切口，用IT刀逐步将切口扩大至内镜可进入囊腔，仔细观察囊腔内切口周围的囊壁及胃壁后，将一块2 cm×3 cm的胃壁及囊壁全层切除从而达到“开窗”目的。这就避免了胃壁的开窗在短期内闭合，再次出现囊肿复发的可能；同时，充分的开窗，还能保证患者可以正常进食，不必担心食物残渣堵塞胃壁的窗口，引起感染等并发症。

外科开窗治疗有较好的治疗效果，但其较大的损伤限制了临床应用。胰腺假性囊肿胃吻合术后，需缝合胃的前壁及腹壁的两个切开处。这样的手术难度大、要求高、患者创伤重、恢复慢，且医疗费

用高。

随着内镜技术的不断发展，内镜下微创治疗逐渐代替传统的外科手术治疗成为主流。EF技术开辟了一条新的内镜下胰腺假性囊肿治疗道路。内镜下胃壁开窗胰腺假性囊肿引流治疗避免了腹壁和胃前壁的切口，仅通过内镜将胃后壁切除一块，即完成了和外科手术一样的开窗术，亦取得了和外科手术同等的疗效。而且其并发症较少，患者痛苦少，体表没有瘢痕，甚至在非麻醉下进行，充分显示了这一治疗技术的巨大优势。因此，这一手术的报告很快被国际著名的消化内科杂志《美国胃肠病学杂志》接受并将在近期内发表。相信，在不久的将来，EF将成为与胃壁粘连紧密的胰腺假性囊肿治疗的重要手段。

（整理 宋吉涛 张学彦 衣晓峰）

病例分享

1例复发性巨大胰腺假性囊肿致黄疸并呼吸困难

患者年轻男性，因“上腹部疼痛并腹胀半月余，加重1周”入院。3个月前因胰腺假性囊肿于外科行开腹胰腺假性囊肿手术，术中见囊肿与周边组织粘连严重，无法完整切除，遂行置管引流术。经引流后，囊肿消失出院。半月前患者再次出现上腹部不适，并伴有背部隐痛，同时腹部越来越膨胀。为进一步诊治入哈尔滨医科大学附属第二医院普外科。

腹部超声示上腹部巨大无回声肿物，达21 cm×14.6 cm。CT提示慢性胰腺炎并假性囊肿形成。超声内镜提示肝胃间见巨大囊肿，内部透声不佳。并在胃体上部大弯处可见一半球形隆起，因假性囊肿挤压而成。该囊肿占据了腹腔内大量

的空间，使患者腹胀明显，不能进食，且引发了胆道梗阻，患者出现黄疸。同时，增高的腹腔内压力又限制了膈肌的运动，导致患者呼吸困难。

由于患者已做过一次外科大手术，且效果不佳，再次手术不仅十分困难，效果也很难确定。因此外科医生拒绝给患者再次手术治疗。患者转而请消化科会诊。刘冰熔教授认真查看患者病情，运用多年的临床工作经验及丰厚的内镜治疗知识，并结合外科治疗胰腺假性囊肿的各种手术方式，决定采用一种全新的手术方式来解决这一难题。

经过认真的术前技术和设备上的准备，并和患者及家属充分沟通后，于患者入院后第四天行内镜下胃壁开窗胰

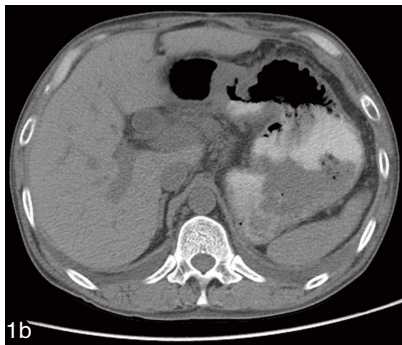
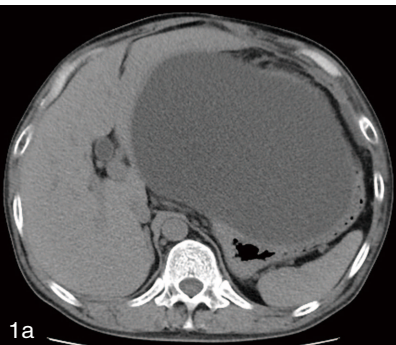


图1 治疗前后CT检查结果变化

1a: 治疗前CT; 1b: 治疗后1周CT

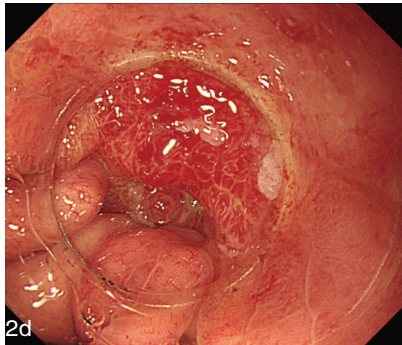
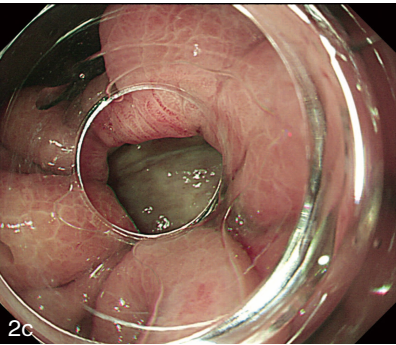
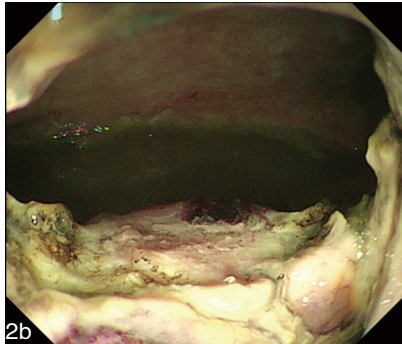
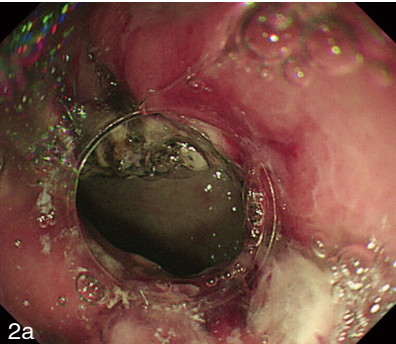


图2 治疗前后胃镜检查结果变化

2a: 治疗中内镜下开窗; 2b: 治疗后1天内镜下; 2c: 治疗后3周内镜下; 2d: 治疗后半年，内镜下开窗部位愈合