

金震东 超声内镜技术应用领域将愈加开阔

▲《医师报》融媒体记者 黄玲玲



金震东 教授

一位瘦到皮包骨的老太太腹部出现了一个幼儿脑袋大小的囊肿，因为风险太大，外科不敢接收。痛苦不已的她扑通一声，跪在了海军军医大学第一附属医院（上海长海医院）消化内科执行主任金震东教授面前求助。这是发生在2001年的一个场景，至今依然会回荡在金震东教授的脑海中，他经常会记起患者无助的眼神。“这是我第一例通过内镜所做的胰腺假性囊肿手术。”令人庆幸的是，手术成功了。后来这个案例照片出现在了由金震东主编的《消化超声内镜学》封面上。

胰腺假性囊肿治疗方式发生了划时代改变

胰腺假性囊肿是个让人非常头疼的病，多见于急性重症坏死性胰腺炎，在全国胰腺炎患者中占比达1/3~1/4，其中15%的假性囊肿是需要接受治疗的。以前对付需要治疗的胰腺假性囊肿，常常需要进行手术。而手术后常见的风险中，一是大的囊肿引起胰腺左侧门脉高压，导致患者大出血；二是发生胰痿，给患者带来痛苦。

近年来，关于胰腺假性囊肿的治疗有了划时代的改变。金震东介绍，以前接诊到一位胰腺假性囊肿患者，多是找外科解决，如今在介入水平较高的医院，多是交由内镜科或消化内科来处理。“在长海医院，90%~95%的胰腺假性囊肿多由消化内镜中心来治疗。治疗方式已经发生了很大的改变。”逐步以外科手术治疗为主的模式转向了介入治疗的模式，其中介入治疗手段分为内镜下介入治疗与非内镜下介入治疗。10%~20%的胰腺假性囊肿手术可以通过经内镜逆行胰胆管造影术引流和超声内镜引流来进行操作。

胰腺假性囊肿是消化内镜治疗中应用最广泛、风险最高的一类疾病。最大的风险就是可能导致患者出血过多而死

亡。“在手术过程中，患者囊肿大出血，鲜血直对着你喷出来，经历过这种情景，你一辈子也无法忘记。”因为风险太大，很多医院不敢开展这类手术。“但有这种情况是正常的，做胰腺假性囊肿介入治疗一定要有强大的后备力量以及外科力量来保障。”超声内镜的发展也为这类疾病的治疗带来了一定的帮助，“通过超声内镜引流来治疗囊肿目前已经作为一个定格的手术，在今年刚出版的《治疗性超声内镜学》有更为详细的表述。”这本书由金震东在今年9月翻译出版，不过一些细节问题，比如支架到底怎么选？穿刺的时间等仍有很多问题有待解决，他表示。

此外，在金震东教授看来，今后介入性超声内镜的发展会更加飞速。国内目前还处于介入性超声内镜的初级阶段，“大部分在做穿刺活检，但中国的量太大了。”他表示，随着肿瘤治疗越来越规范，如果不能开展超声内镜穿刺等工作，很有可能影响到疾病的诊治，甚至学科的发展。“介入性超声内镜的穿刺的需求会很大，这是形势在倒逼介入性超声内镜的发展。”在这方面，也是超声内镜发展的一个重大机遇。

内镜治疗会越来越微创化

而之于消化内镜的发展，也是非常令人期待的。金震东介绍，消化内镜发展在诊断方面，已经拥有了超声内镜诊断等非常成熟的诊断技术，活检率会越来越高，实现了很多疾病的早期诊断。但在普及上，中国仍不如其他国家，如果按照日本45岁每年要做胃肠镜检查的标准，国内每年需做“镜子”的人高达3亿，这是个令人震惊的数据。然而在我国，据2012年统计数据显示，每年完成的消化内镜的检查仅有3000万左右例，在“镜子”检查普及上仍是任重道远。

金震东认为，在治疗性内镜方面，内镜治疗以后会越来越微创化，比如以胆囊结石为例，以前以手术开刀为主，后来使用腹腔镜，3~5年后，有可能在经口直视电子胆胰管镜检查引导下，经过胆囊管就可将小的胆囊结石取出来，即经乳头的胆囊取石碎石术，保留整个

器官，还有肠道吻合术等，很多手术可能会在原来的方案上发生革命性的改变，但这种革命性改变一定要有细节支撑。

天下大事，必作于细。依托于超声内镜的快速发展，消化内科以及内镜中心将来承担的责任可能越来越多。金震东表示，超声内镜技术的迅速发展改变了胰腺假性囊肿等疾病传统的治疗方式。随着超声内镜科研工作的不断深入，超声内镜技术的应用领域必将愈加开阔，在胰腺假性囊肿等疾病的诊治中将扮演更为重要的角色。



关联阅读全文

符伟国 新器械开辟了PAD腔内微创治疗新时代

▲《医师报》融媒体记者 奔喧喧



符伟国 教授

随着人口老龄化的发展，老年性动脉硬化闭塞症的发病率也在逐年增高。据统计，目前我国外周动脉硬化闭塞症（PAD）的发病率约为10%。并且随着生活水平的提高和生活方式的改变，PAD的发病率会呈逐年增高的趋势。

复旦大学附属中山医院血管外科主任符伟国教授介绍，PAD的治疗是包括危险因素控制、扩血管药物、腔内微创治疗 and 传统旁路手术在内的综合治疗。对于有危险因素的患者，如患有高血压、糖尿病等，医生要有预防PAD的警惕性。而就诊时PAD已经发展到晚期的患者，除了危险因素控制外，还需要给予扩血管药物治疗、腔内微创治疗或手术治疗。其中腔内治疗是相对微创的治疗方法，通过直接疏通血管来治疗动脉硬化闭塞症。

PAD 常用治疗手段仍存缺陷

腔内微创治疗属于手术干预，符伟国表示，为患者选择治疗方案时，应本着能不“开刀”就不“开刀”，能不“做大手术”就不“做大手术”的原则，这也是患者的期望。微创的腔内治疗刚好符合这个标准，从1964年，Dotter首先用球囊扩张狭窄的股动脉，开创了血管疾病腔内微创治疗的先河，到如今，腔内治疗无论技术还是设备产品都经历了比较长时间的演变。但是，目前腔内微创治疗并不能“包打天下”，它仍然存在各种各样的弊端。比如，用球囊扩张狭窄或闭塞病变血管属于治标不治本，扩张之后，病变部位发生弹性回缩，再次狭窄。

如果能有器材支撑住血管，不发生

弹性回缩就好了，于是就有了支架。支架使治疗后血管的通畅率提高到了50%左右。还有约50%的患者治疗效果不理想，因为支架处会发生血栓、疤痕、内膜增生等，就又形成了狭窄。因此，支架还不能完全解决治疗后血管再次狭窄的问题。

在这种情况下，药物球囊、药物支架应运而生。药物球囊表面涂的药物可以在球囊扩张的瞬间渗透进入血管内膜，抑制平滑肌细胞的增殖，从而降低再狭窄发生的机会，提高了通畅率。可是，药物球囊治疗后仍然存在血管弹性回缩的问题，药物支架在这方面的优势就十分明显了。它不仅可以通过药物的渗透，来解决内膜修复时的增生问题，还可以防止血管弹性回缩。

新型药物支架是PAD 微创治疗困境破局的希望

尽管药物支架理论上可以解决内膜增生和血管弹性回缩等问题，但它仍然无可避免的经历了不断改进的过程。目前在国内最受关注的药物支架非Eluvia™莫属。符伟国介绍，Eluvia™是采用久经考验的聚合物技术搭载紫杉醇，在病变部位持续释放抑制内膜增生的紫杉醇药物，从而提升管腔的长期通畅率。同时采用优异的裸支架平台，以平衡的支架几何结构设计，实现应力的均匀分布，从而达到最优

的柔顺性和径向强度及抗断裂性。并且，Eluvia™是目前所有外周紫杉醇技术中剂量最低的载药产品，它以最低的药物剂量，实现了更长的给药时间，其药物释放时间覆盖了支架置入后再狭窄的高峰期。

符伟国表示，正是因为综合了多种先进技术和设计者的匠心独运，才使得Eluvia™支架有这么好的临床疗效。作为临床医生，非常期待治疗效果这么好的支架能够尽早给患者使用。

医工结合使严重病变患者重获希望

随着人类社会的进步和发展，人口老龄化已成为我们必定要面临的问题，相伴而来的是老龄化相关疾病的发病率逐年增高，PAD就是其中之一。符伟国表示，在这种大背景下，复旦大学附属中山医院葛均波院士提出的“泛血管理论”对PAD的防治有着非常重要的指导意义，我们应把血管系统看做一个整体，在重视心脑血管疾病的同时也不能忽视外周血管的病变。因此，我们首先希望可以通过危险因素控制对PAD进行早期预防，这对降低PAD的致残、致死率是至关重要的。其次，治疗手段方面尽量以微创代替巨创，来解决患

者病变血管远端肢体缺血的问题。病变已经发展到晚期，无法进行微创，甚至传统手术的患者也并非绝望，我们还有干细胞移植这种新兴手段。相信在未来的10~20年中，干细胞移植一定会为下肢PAD严重的患者带来曙光。同时也希望有更多、更好的医工结合材料能早日为患者使用，造福更多患者。



关联阅读全文