

· 论 著 ·

# 内镜下套扎术治疗胃异位胰腺 15 例分析

张华玉, 刘 妍, 苏军凯, 唐庆林, 张鸣青

〔摘要〕 目的 探讨内镜下套扎术在胃异位胰腺中的治疗效果。方法 应用 Olympus 胃镜 + COOK 套扎器, 对胃异位胰腺 15 例行套扎治疗。结果 15 例中 14 例一次套扎成功, 1 例术后第 2 天脱落, 再次套扎成功。术后未见出血、穿孔等并发症发生。术后 7~8 d 复查胃镜, 病灶脱落, 创面愈合良好, 术后 3 个月及 1 年分别随访, 行胃镜检查未见复发。结论 内镜下套扎术治疗胃异位胰腺是一种安全、有效的方法。

〔关键词〕 胃异位胰腺; 内镜; 套扎治疗

〔中图分类号〕 R657.5 〔文献标志码〕 A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.01.016

## Endoscopic ligation treatment of 15 cases of gastric heterotopic pancreas

ZHANG Hua-yu, LIU Yan, SU Jun-kai, TANG Qing-lin, ZHANG Ming-qing. Department of Gastroenterology, 175 Hospital of PLA, Zhangzhou, Fujian 363000, China

〔Abstract〕 Objective To investigate the therapeutic effect of ligation heterotopic pancreas in the stomach under endoscopy. Methods Applications Olympus gastroscopy and COOK ligation device for 15 cases of gastric heterotopic pancreas underwent ligation. Results 15 patients had 14 cases of disposable ligation success, one patient ligation ring after the first two days off, once again successfully ligation, no postoperative bleeding, perforation and other complications. 7-8 days after endoscopy, the lesions were off and the wound healed well. No recurrence was found with follow-up endoscopy after three months and one year, respectively. Conclusion Ligation treatment of gastric heterotopic pancreas is a safe and effective method.

〔Key words〕 gastric heterotopic pancreas; endoscope; ligation treatment

异位胰腺(heterotopic pancreas, HP)又称为迷走胰腺或副胰腺,是正常胰腺解剖部位以外的孤立胰腺组织,与正常胰腺之间无任何解剖、血管关系<sup>[1]</sup>。异位胰腺可发生于消化道的任何部位,以胃及十二指肠最常见,空肠次之。异位胰腺临床上多无特异性表现,其临床症状与其所在部位、大小和是否发生病变有关<sup>[2]</sup>。而有临床症状的 HP,大体有 4 种表现:①溃疡型:位于胃肠道的异位胰腺可分泌胰蛋白酶,致黏膜发生溃疡;②出血型:因刺激胃肠道黏膜充血、糜烂而致出血,或其分泌的胰蛋白酶腐蚀血管所致;③穿孔型:异位胰腺浸润胃肠壁全层,引起穿孔;④梗阻型:异位胰腺致消化道梗阻与发生部位和病灶大小有关<sup>[3]</sup>。对异位胰腺的治疗主要有外科手术、内镜下治疗等,主要取决于病变的深度。源于黏膜或黏膜下层而未累及固有肌层或浆膜层者可选择内镜下黏膜切除术、内镜下黏膜剥离术、高频电圈套切除<sup>[4]</sup>。如果胰腺累及固有肌层或浆膜层,且病灶直径大于 2.5 cm,则外科手术为宜<sup>[5]</sup>。本文总结

了 15 例胃异位胰腺,通过套扎术治疗的结果,探讨套扎器套扎治疗胃异位胰腺中的价值。

## 1 对象与方法

1.1 对象 2011 年 1 月-2012 年 12 月本院收治的胃异位胰腺 15 例,因上腹痛、腹胀、反酸、嗝气等症状就诊。行肝胆胰脾双肾彩超、心电图、X 线胸片及肝肾功能等检查未见明显异常,排除其他原因引起的不适,常规治疗 4 周症状无缓解或反复。男 11 例、女 4 例,年龄 24~61 岁,平均 42.5 岁,病灶位于胃窦部 10 例,胃体部 5 例。直径在 0.5~1.8 cm。脐样开口表现者 12 例、单纯性黏膜隆起者 3 例。以上患者经 Olympus-Q240 电子胃镜检查,初步诊断为胃异位胰腺进一步行超声内镜检查,病变位于黏膜下层及浅肌层,行穿刺针病理活检,胰腺证实为异位(图 1)。

1.2 方法 术前行 2% 利多卡因作咽喉局部麻醉,在胃镜前端安装 COOK 套扎器,直视下进入胃腔,仔细观察病灶的大小、位置,确定套扎部位,视野贴近病灶中心行负压吸引,当视野变为红色时,病灶在套扎器内,此时释放套扎环,观察病灶套扎满意、无出血后退镜。

作者单位: 363000 福建漳州,解放军 175 医院消化内镜中心

通讯作者: 张鸣青, E-mail: zhy9916@sohu.com

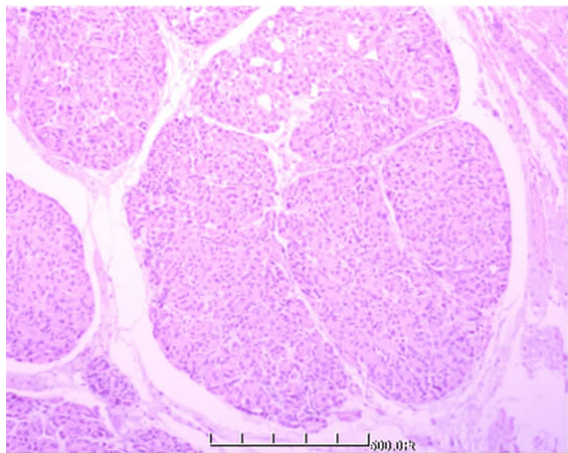
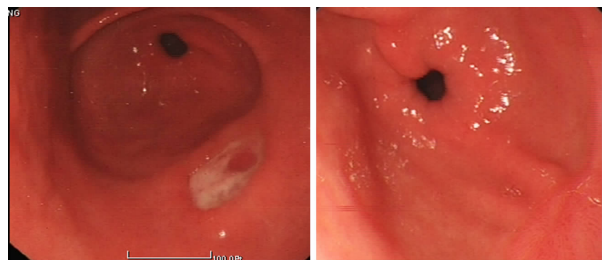


图 1 胃异位胰腺病理图片 (HE × 100)

## 2 结 果

15 例中有 14 例一次性套扎成功, 1 例因病灶较大, 套扎器环脱落, 再次套扎后成功。术后 6 h 患者开始进流质饮食, 有 8 例感上腹部隐痛, 占 53.3%; 6 例无任何症状, 占 40.0%; 1 例出现发热 (体温 < 37.6 °C), 占 6.7%; 术后未见出血、穿孔等并发症。术后 7~8 d 复查胃镜, 见病灶脱落, 创面呈浅溃疡状 (图 2a)。3 个月后复查胃镜见创面愈合良好, 术后 1 年随访, 行胃镜检查未见复发 (图 2b)。



a: 套扎后 1 周

b: 术后 1 年

图 2 治疗结果的对比

## 3 讨 论

1727 年 Schultz 首次报道本病, 1859 年 Klob 首次在病理学上证实本病存在。其发病机制尚不完全清楚, 多数学者认为是由于胚胎时期胰腺原与肠粘连或穿透原肠壁, 并随原肠纵向生长及旋转而被异常移植。也有人认为是由于异常部位的内胚层细胞异向分化而来<sup>[6-7]</sup>。伴有脐样开口的黏膜隆起灶是异位胰腺的典型特征, 但新近认为胃镜下脐样开口并不是其特异表现。本次总结胃异位胰腺 15 例, 脐样开口者 12 例, 单纯性黏膜隆起者 3 例, 因此尚有一部分病例表现不典型, 行普通胃镜检查诊断有

困难时进一步行超声胃镜检查。超声胃镜能较清楚地显示胃壁的 5 层结构, 由内到外依次为: 第 1 层强回声层, 相当于黏膜浅层; 第 2 层低回声层, 相当于黏膜肌层; 第 3 层强回声层, 相当于黏膜下层; 第 4 层低回声层, 相当于固有肌层; 第 5 层强回声层, 相当于浆膜层<sup>[8]</sup>。可准确地显示病变在胃壁的层次部位或与胃壁的关系, 并根据病变回声强弱、均匀与否、病变边缘情况、有无包膜及周围淋巴结情况等较好地提示病变性质<sup>[9]</sup>。但确诊仍需病理支持, 因异位胰腺通常发生于黏膜下层及肌层, 活检钳取检组织表浅, 病理检查结果多为炎性改变。本次研究的 15 例均采用内镜穿刺针对病灶行多点穿刺活检, 阳性率高。

正常胰腺可发生的疾病, 在异位胰腺上都可以见到: 急慢性胰腺炎、胰腺囊肿、腺瘤、腺癌甚至胃泌素瘤<sup>[10]</sup>, 直径达 6 cm 以上则有异位胰腺囊肿及恶变的可能, 偶见癌变组织中有异位胰腺癌细胞<sup>[11]</sup>。根据目前的观点, 临床上如果发现异位胰腺的存在, 就应该将其切除, 以防止其自身囊变、恶变及引起周围器官组织病变, 主要治疗方法有外科手术或内镜下黏膜切除术治疗。术前行超声内镜检查, 如病变位于黏膜下层或浅肌层, 病灶范围小, 可行内镜下电切术治疗。若病变在固有肌层及浆膜层则宜行内镜下挖除术或手术治疗。

本研究的 15 例经超声胃镜检查, 确定病变位于黏膜下层及浅肌层, 病灶直径在 0.5~1.7 cm, 故行套扎器套扎治疗。15 例中有 14 例一次套扎成功, 1 例因病灶较大套扎环脱落, 再次套扎后成功, 治疗成功率较高, 且术后未见出血、穿孔等并发症。术后 7~8 d 复查胃镜, 见病灶脱落, 创面呈浅溃疡状, 3 个月后复查胃镜见创面愈合良好。术后 1 年随访, 行胃镜检查未见复发。与内镜下电切术治疗比较具有出血少、不易发生穿孔、患者痛苦小等优点, 是一种安全、有效的治疗手段。

## 【参考文献】

- [1] 王 飞, 孙喜胎. 异位胰腺的诊治研究进展 [J]. 现代生物医学进展, 2012, 12 (15): 2998-3000.
- [2] Gurocak B, Gokturk HS, Kayacetin S, et al. A rare case of heterotopic pancreas in the stomach which caused closed perforation [J]. Neth J Med, 2009, 67 (7): 285-287.
- [3] 戴 明, 钟华成, 林庚海, 等. 异位胰腺 1 例 [J]. 东南国防医药, 2004, 6 (3): 181-183.
- [4] 沈睿炜, 孙 聪, 郑惠虹, 等. ESD 术治疗上消化道疾病 50 例 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22 (5): 730-734.

**3.2.4 加强医务人员的专业化培训、考核** 医务人员的技术操作水平直接决定了手术的成功与否,上报的 35 例非计划再次手术案例中,不少是因为医生在手术操作过程中失误造成,个别是因为手术熟练程度不够引起,例如手术失误造成输尿管断裂,植入材料位置放偏,定位不准确等。因此,要在加强医务人员的技能水平上下功夫。定期开展专题讲座并考核,组织专业技能培训,加强技术操作训练,对新入的医务人员加强规范化培训,培训后考核,考核合格后再予以准入资格。

**3.2.5 加强术后监管** 术后监管对患者的手术成功、彻底康复具有至关重要的作用,因为术后监管不到位引起的非计划再次手术案例也不少。因此,一方面要加强对患者的术后医护监管,严格落实术后访视制度,从调整医疗方案加强护理干预着手,预防术后感染、避免患者跌倒、坠床等意外事件发生。另一方面,要加强对家属的护理宣教,避免患者因翻身、咳嗽等导致伤口裂开,积极进行康复训练,以利于患者康复。

综上所述,我们应从完善非计划再次手术的监管上下功夫。一方面,医院应加强手术分级管理制度、术前风险评估制度、手术安全核查制度、手术分级准入制度的落实,加强术中、术后监管,加大对医务人员的专业化培训考核力度,从根本上降低非计划再次手术发生率。另一方面,非计划再次手术病例是医疗纠纷的高发群体,一旦发生非计划再次手术必须高度重视。目前我院实行了非计划再次手术

登记报告制度,但仍有部分科室因为个别原因没有及时上报,甚至也有漏报、少报的情况,导致医院管理被动。医院要完善非计划再次手术上报管理制度,凡非计划再次手术病例,必须报科主任、医务处、分管院长,落实再次手术全院讨论和多学科会诊制度,加强医院层面对非计划再次手术的指导、管控。另外,要积极探索非计划再次手术信息化监控系统,实时监控可以随时掌握医院非计划再次手术情况。

【参考文献】

[1] 许 峰,马谢民,朱志峰. 非计划再手术医疗质量评价指标的研究[J]. 中国医药科学,2011,12(1):17-19.  
[2] 王筱慧,肖立宁,鞠金涛,等. 某医院非计划二次手术临床分析[J]. 解放军医院管理杂志,2010,10(17):959-961.  
[3] 陆叶珍,余 华,杨 燕. 关于加强非计划再次手术监管的探讨[J]. 中国医院管理,2012,32(4):32-33.  
[4] 李 晓,刘 兵,孟 克. 我院 76 例非计划再次手术监测分析与评价[J]. 中日友好医院学报,2012,26(6):369-371.  
[5] 王晨光,刘永平,张鹏程,等. 甲状腺癌再手术相关问题的探讨[J]. 东南国防医药,2010,12(5):404-405.  
[6] 李军英. 某院 2012 年非计划再手术病例分析[J]. 中国病案,2013,14(9):60-61.  
[7] 倪 俊,顾海峰,许献荣,等. 烧伤外科非计划再手术发生的危险因素分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(8):725-727.  
[8] 刘虎子. 心外科直视手术后非计划再次手术分析[J]. 临床医药实践,2013,22(12):910-912.

(收稿日期:2014-11-05;修回日期:2014-12-05)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

(上接第 50 页)

[5] Marqolin DJ. Endoscopy-assisted laparoscopic resection of gtric heterotopic pancreas[J]. AM Surg,2008,74(12):829-831.  
[6] 宋海珊,何天霖,刘 浩,等. 异位胰腺的外科诊治[J]. 肝胆胰外科杂志,2008,20(4):271-272.  
[7] Gurocak B,Gokturk HS,Kayacetin S,et al. A rare case of heterotopic pancreas in the stomach which caused closed perforation[J]. Neth J Med,2009,67(7):285-287.  
[8] Kim JH,Lim JS,Lee YC,et al. Endosonographic features of gastric Ectopic pancreases distinguishable from mesenchymal tumors[J]. J Gastroenterol Hepatol,2008,23(2):301-307.

[9] Yen HH,Soon MS,Soon A. Heterotopic pancreas presenting as gastric submucosal cyst on endoscopic sonography[J]. J Clin Ultrasound,2006,34(4):203-206.  
[10] Gokhale UA,Nanda A,Pillai R,et al. Heterotopic pancreas in the stomach:a case report and a brief review of the literature[J]. JOP,2010,11(3):255-257.  
[11] 叶 欣,赵洪川. 异位胰腺的临床进展[J]. 中日友好医院学报,2009,23(3):180-182.

(收稿日期:2014-11-15;修回日期:2014-12-15)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)