

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2021年5月 第38卷 第5期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 38 Number 5
May 2021



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



注射用艾司奥美拉唑钠

(曾用名: 注射用埃索美拉唑钠)

耐信®

有效抑酸 快速止血

耐信® 针剂简明处方资料:

【药品名称】

通用名称: 注射用艾司奥美拉唑钠
英文名称: Esomeprazole Sodium for Injection
汉语拼音: Zhushheyong Aisi ao' meilazuona
曾用名: 注射用埃索美拉唑钠

【适应症】

1. 作为当口服疗法不适用时, 胃食管反流病的替代疗法。
2. 用于口服疗法不适用的急性胃或十二指肠溃疡出血的低危患者(内镜下 Forrest 分级 IIc-III)。
3. 用于降低成人胃和十二指肠溃疡出血内镜治疗后再出血风险。

【规格】

40mg (按 $C_{17}H_{19}N_3O_5S$ 计)

【用法用量】

1. 对于不能口服用药的胃食管反流病患者, 推荐每日1次静脉注射或静脉滴注本品20~40mg。反流性食管炎患者应使用40mg, 每日1次; 对于反流性疾病的症状治疗应使用20mg, 每日1次。本品通常应短期用药(不超过7天), 一旦可能, 就应转为口服治疗。
2. 对于不能口服用药的 Forrest 分级 IIc-III 的急性胃或十二指肠溃疡出血患者, 推荐静脉滴注本品40mg, 每12小时一次, 用药5天。
3. 降低成人胃和十二指肠溃疡出血内镜治疗后72小时内再出血风险。经内镜治疗胃及十二指肠溃疡急性出血后, 应给予患者80mg 艾司奥美拉唑静脉注射, 持续时间30分钟, 然后持续静脉滴注8mg/h 71.5小时。静脉治疗期结束后应进行口服抑酸治疗。

【给药方法】

• 静脉注射用

40mg 剂量: 溶解于 5ml 的配置溶液 (8mg/ml), 静脉注射时应至少在3分钟以上。
20mg 剂量: 2.5ml 即一半的配置溶液 (8mg/ml), 静脉注射时应至少在3分钟以上, 剩余的溶液应作丢弃处理。

• 静脉滴注用

40mg 剂量: 将上述配置溶液稀释至终体积50mL, 静脉滴注时间应在10 - 30分钟。
20mg 剂量: 将上述配置溶液稀释至终体积50mL, 静脉滴注25mL 即一半, 滴注时间应在10 - 30分钟, 剩余的溶液应作丢弃处理。
80mg 推注剂量: 将两瓶40mg 剂量分别溶解于5mL 的配置溶液中, 再将上述浓度为8mg/mL 配置溶液稀释在100mL 的0.9% 氯化钠溶液中, 静脉注射给药30分钟。
8mg/h 剂量: 将上述经0.9% 氯化钠溶液稀释好的溶液, 按8mg/h 持续静脉滴注给药71.5小时。

【使用指导】

注射液的制备是通过加入5mL 的0.9% 氯化钠溶液至本品小瓶中供静脉注射使用。
滴注液的制备是通过将本品1支溶解至0.9% 氯化钠溶液100mL, 供静脉滴注使用。
配制后的注射用或滴注用液体均是无色至极微黄色的澄清溶液, 应在12小时内使用, 保存在30°C 以下。从微生物学的角度考虑最好立即使用。

【禁忌】

1. 已知对艾司奥美拉唑、其它苯并咪唑类化合物或本品的任何其他成份过敏者禁用。
2. 本品禁止与奈非那韦(nelfinavir)联合使用; 不推荐与阿扎那韦(atazanavir)、沙奎那韦联合使用(见【药物相互作用】)。

【不良反应】

常见不良反应为腹痛、便秘、腹泻、腹胀、恶心呕吐、头痛、给药部位反应等(详见说明书)。

【注意事项】

1. 当病人被怀疑患有胃溃疡或已有胃溃疡时, 如果出现异常症状(如明显的非有意识的体重减轻、反复呕吐、吞咽困难、呕血或黑便), 应排除恶性肿瘤的可能。因为使用本品治疗可减轻症状, 延误诊断。
2. 肾功能损害的患者无需调整剂量。由于严重肾功能不全的患者使用本品的经验有限, 治疗时应慎重(见【药代动力学】)。
3. 对驾驶和使用机器能力的影响: 尚未观察到这方面的影响。
4. 消化性溃疡出血内镜止血后应用高剂量艾司奥美拉唑时, 肝功能受损患者80mg 静脉滴注剂量无需调整, 伴有轻至中度肝损害(Child-Pugh A 和 B 级), 最大持续滴注速度不超过6mg/h; 伴有重度肝损害患者(Child-Pugh C 级)最大持续滴注速度不超过4mg/h。治疗成人 GERD 时, 轻至中度肝功能损害的患者无需调整剂量。严重肝功能损害的患者每日剂量不应超过20mg(见【药代动力学】)。

(仅供医药专业人士参考 详细资料备索)

中华消化内镜杂志®

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第38卷 第5期 2021年5月20日出版



微信: xhjnsw



新浪微博

主管

中国科学技术协会

主办

中华医学会

100710, 北京市东四西大街42号

编辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025) 83472831, 83478997

传真: (025) 83472821

Email: xhjn@xhjn.com

http://www.zhshnjzz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710, 北京市东四西大街42号

电话(传真): (010) 51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登 32010000093号

印刷

江苏省地质测绘院

发行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100044)

代号 M4676

订购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮购

中华消化内镜杂志编辑部

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025) 83472831

Email: xhjn@xhjn.com

定价

每期 25.00 元, 全年 300.00 元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2021 年版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目次

共识与指南

中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南

(2021, 上海) 337

中国医师协会超声内镜专家委员会

专家论坛

《早期胃癌内镜黏膜下剥离术和内镜黏膜切除术治疗指南

(第二版)》的更新与解读 361

诸炎 付佩尧 李全林 周平红

论著

同时性多发性早期胃癌相关危险因素的临床研究 368

李慧 令狐恩强 李隆松 向京元 柴宁莉

同时性多发性早期胃癌的临床、内镜和病理特征分析 373

高玮 徐凯 赖跃兴 徐萍 张黎 孙玮玮

新型胃癌筛查评分系统在胃癌筛查及癌前病变风险评估

中的价值 379

王霄腾 冀子中 韩丰 吕宾

白光内镜联合内镜超声对早期胃癌浸润深度的判断 384

程捷瑶 吴晰 杨爱明 刘红 刘揆亮 魏南 杜雪梅 吴静

短篇论著

内镜经食管黏膜下隧道技术切除纵隔支气管源性囊肿初探 390

李亚其 李晓芳 邱胜利 袁媛 李修岭 周炳喜

经气囊辅助小肠镜治疗深部小肠良性狭窄的疗效初探

(含视频) 393

窦晓坛 段辉 张以洋 陈敏 张晓琦 于成功 邹晓平

2019 年云南省消化内镜清洗消毒现状调查及建议 397

姜兴涛 陈艳敏 唐晓丹 郭强 方旭

病例报道

下咽伴食管同时性早期癌内镜黏膜下剥离术诊治一例	400
譙秋建 柏健鹰 于劲 刘璐 李春花	
内镜全层切除术治疗活动期 Dieulafoy 病二例(含视频)	401
余珊 王小明 陈欣 孙雨欣 张慈 倪娜	
食管巨大平滑肌瘤内镜下开窗剥离术治疗一例	404
朱惠云 董元航 陈泽宇 危柳柳 顾培源 杜奕奇	
胆肠 Roux-en-Y 吻合术后并发结石性输入袢肠梗阻一例	406
俞洁洁 张筱凤	
内镜超声引导下胆道引流治疗肝包虫病相关胆管良性狭窄一例	408
刘文娟 郭学刚 张林慧 任贵 罗冰 潘阳林	

内镜人物

投身杏林七十载 镜中探幽开先河:记消化病学大家张志宏教授	410
南京大学医学院附属鼓楼医院消化科	

综 述

结直肠锯齿状病变的癌变机制及内镜诊断研究进展	412
宋曜如 宋顺喆 宫爱霞	
坏死性胰腺炎合并胰管断裂的诊治进展	416
丁玲 廖茜 余晨 祝荫 吕农华	

读者·作者·编者

《中华消化内镜杂志》2021 年可直接使用英文缩写的常用词汇	372
插页目次	367

本刊稿约见第 38 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 朱悦 唐涌进

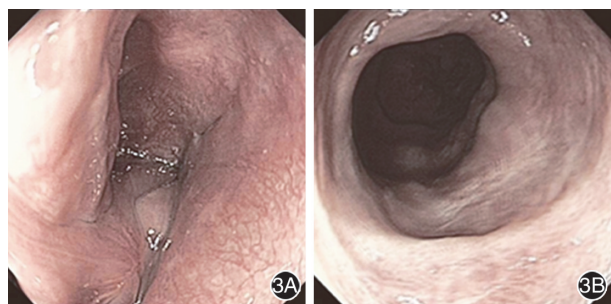


图3 术后3个月复查胃镜,白色手术瘢痕形成 3A:下咽部; 3B:食管

咽部早期癌尚无统一的标准。由于下咽部黏膜与食管黏膜同属鳞状上皮,两者鳞癌的发病情况可能具有相关性^[6]。在普通内镜检查时,下咽早期癌表现为局部黏膜发红,类似于食管早期癌的内镜下表现。因常规上消化道内镜的分辨率往往比耳鼻咽喉科所用的咽喉镜要高,所以消化科内镜医师有更多的机会发现咽喉部特别是下咽早期癌。但临床上消化道内镜检查中,为了减少内镜对患者咽喉部的刺激,通常会将内镜快速通过咽喉部,造成咽喉部观察不仔细,从而容易导致下咽和食管早期癌的漏诊。有学者报道,在下咽癌高发人群中,约有15%的患者并发同时性或异时性食管癌,而在食管癌高发人群中,约40%的患者并发同时性或异时性咽喉癌^[7],这类现象称为区域性癌变。由此提醒我们,在上消化道内镜检查时要使用窄带光成像仔细观察咽部,以提高早期下咽癌的检出率。有文献报道,普通胃镜检查中,每70例食管癌患者中就可发现1例并发咽部病变,内镜医师应高度重视对早期下咽癌和食管癌的检查 and 诊断^[8]。窄带光成像放大内镜可对咽部和食管等处黏膜的毛细血管进行精细观察和分型,能早期发现下咽部微小病变并取活检,有助于内镜医师对该部位早期癌的诊断。内镜下切除食管早期癌的适应证已得到大量肿瘤病理和随访研究的支持,而早期下

咽癌由于病例数稀少,远期疗效还待观察,目前尚缺乏内镜下切除的适应证。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Kuo P, Chen MM, Decker RH, et al. Hypopharyngeal cancer incidence, treatment, and survival: temporal trends in the United States[J]. Laryngoscope, 2014, 124(9):2064-2069. DOI: 10.1002/lary.24651.
- [2] 曹轶侠,周梁,吴海涛,等.下咽癌386例临床特征及疗效分析[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(6):433-439. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2016.06.007.
- [3] 林铭华,王雯,张攸龄,等.内镜窄带成像技术在早期食管癌和下咽癌诊断中的应用价值[J].上海医学,2017,40(12):727-730.
- [4] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6):394-424. DOI: 10.3322/caac.21492.
- [5] 张晴晴,倪晓光,贺舜,等.下咽癌伴有同时性食管癌的危险因素及生存分析[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(10):749-754. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2017.10.007.
- [6] 倪晓光.电子喉镜临床应用:鼻咽喉部肿瘤窄带成像内镜图谱[M].北京:人民卫生出版社,2015:30-33.
- [7] 胡雯,许晶虹,潘文胜.下咽和食管异时性重复癌[J].实用肿瘤杂志,2014,29(5):460-462.
- [8] Ugumori T, Muto M, Hayashi R, et al. Prospective study of early detection of pharyngeal superficial carcinoma with the narrowband imaging laryngoscope[J]. Head Neck, 2009, 31(2):189-194. DOI: 10.1002/hed.20943.

(收稿日期:2020-07-04)

(本文编辑:顾文景)

内镜全层切除术治疗活动期 Dieulafoy 病二例(含视频)

余珊 王小明 陈欣 孙雨欣 张慈 倪娜

攀枝花市中心医院消化内科 617067

通信作者:王小明,Email:714262144@qq.com



扫码查看视频

【提要】 重症 Dieulafoy 病可发生出血性休克,死亡率高。近年来外科主张行广泛性胃楔形切除术,但由于外科手术创伤大,患者往往选择率低。本病例采用内镜下局部全层扩大切除胃壁,腹腔内恒径动脉缝扎离断后荷包缝合胃壁,该方法既模拟了外科的胃楔形切除术,又减小创伤,是治疗 Dieulafoy 病的一种新方法。

【关键词】 胃; 恒径动脉; 内镜全层切除术

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200305-00155

Endoscopic full-thickness resection for active Dieulafoy disease: report of two cases (with video)

Yu Shan, Wang Xiaoming, Chen Xin, Sun Yuxin, Zhang Ci, Ni Na

Department of Gastroenterology, Panzhihua Central Hospital, Panzhihua 617067, China

Corresponding author: Wang Xiaoming, Email: 714262144@qq.com

例 1 患者男,47 岁,因“呕血、黑便 3 h”入院。入院前 3 h 患者突发黑便 2 次,伴呕血 2 次(约 500 mL)。患者 1 年前因呕血、黑便于我院就诊,无痛胃镜检查提示:胃体小弯后壁一局灶性黏膜溃疡,中央可见血凝块,考虑 Dieulafoy 病,经高频电凝止血、金属夹封闭创面(图 1),未再出血后出院。本次入院体检:血压 93/64 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),急性病容,贫血貌。血常规示血红蛋白 82 g/L。无痛胃镜提示胃体小弯后壁一局灶性溃疡,中央可见血凝块(图 2)。内镜超声提示胃体小弯后壁一大约 0.8 cm×1.0 cm 的溃疡回声,胃壁前 4 层结构分层不清,呈中低不均质回声改变,未见明显管状结构,内可见血流信号,脉冲多普勒呈动脉血流信号,浆膜完整,考虑 Dieulafoy 病(图 3)。

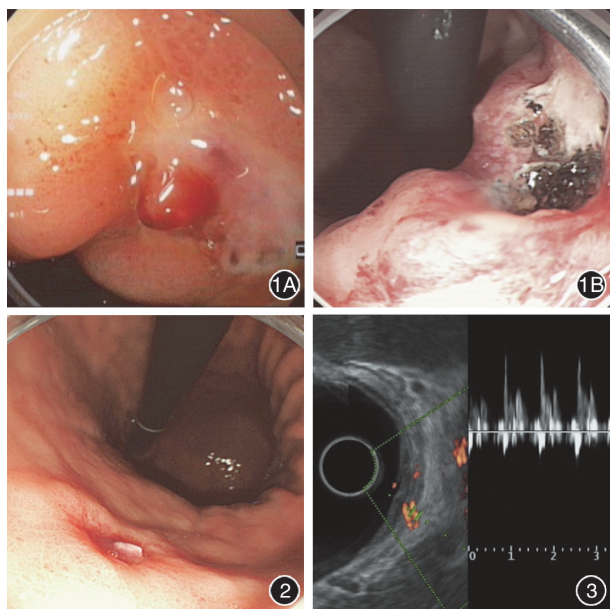


图 1 Dieulafoy 病患者首次内镜检查及镜下电凝止血治疗 1A:胃体小弯后壁一局灶性黏膜溃疡,中央可见血凝块,考虑 Dieulafoy 病;1B:高频电凝止血 **图 2** 患者再次呕血行胃镜检查提示胃体小弯后壁一局灶性溃疡,中央可见血凝块 **图 3** 内镜超声能量多普勒显示病灶区域黏膜肌及黏膜下层血流信号,多普勒频谱为动脉性血流频谱

完善相关检查排除手术禁忌并签署知情同意书后,在气管插管麻醉下行内镜全层切除术(endoscopic full-thickness resection,EFR)。手术过程(图 4,视频)如下:(1)予 Dual 刀于病灶周围 1 cm 标记一周,予一次性黏膜注射针于标记点外侧黏膜下注射生理盐水形成液体垫;(2)于标记点外侧 0.5 cm 环形逐层全层切开胃壁至腹腔,小血管予电凝烧灼离断;(3)予挂线软组织夹钳夹病灶肛侧,牵引外翻病灶,充

分暴露病灶浆膜面粗大血管;(4)予 Dual 刀小心分离粗大血管周围软组织充分游离血管后,予一次性止血夹(美国 Boston Scientific)于浆膜内侧腹腔内夹闭血管后于浆膜面离断血管,止血彻底后,完整全层切除病灶;(5)予软组织夹数枚及尼龙绳圈套器行创面荷包缝合;(6)置入胃肠减压管。

术后患者给予禁食禁水,胃肠减压,抑酸、保护胃黏膜、静脉营养、抗炎、止血等治疗。术后患者无出血、腹痛、感染等表现,予以出院。术后病理:胃 Dieulafoy 病。患者术后 2 个月复查胃镜示创面瘢痕化,内镜超声显示胃壁未见血流信号及管状回声(图 5)。

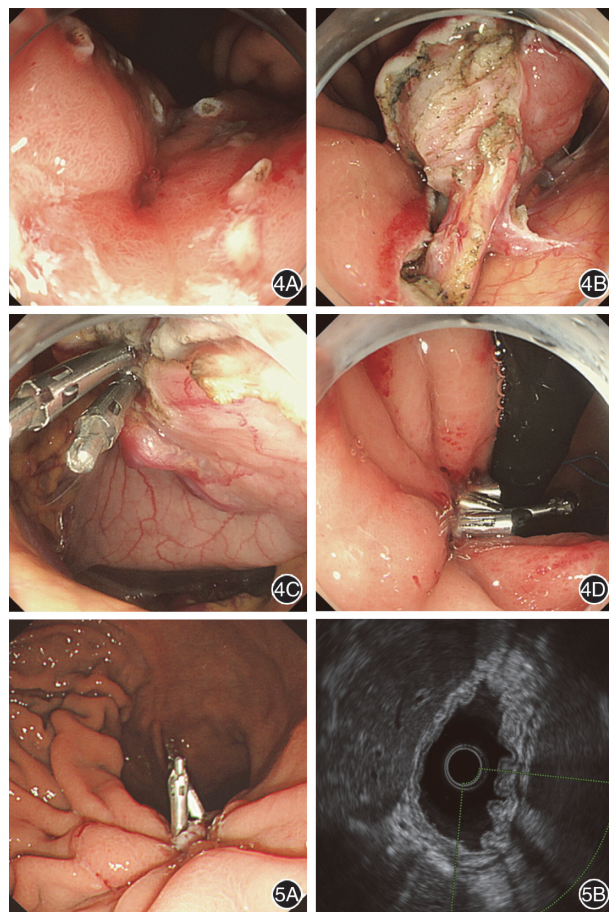


图 4 内镜全层切除术治疗 Dieulafoy 病手术过程 4A:标记病变;4B:全层切开胃壁至腹腔,挂线法牵引病变;4C:夹闭浆膜面粗大血管;4D:缝合创面 **图 5** 患者术后 2 个月复查 5A:胃镜示创面瘢痕愈合及残存小溃疡及金属夹;5B:内镜超声示病灶瘢痕区域增厚呈高回声改变,能量多普勒未见血流信号

例 2 患者男,81 岁,因“呕血 3 d”入院。入院前 3 d 患者因呕血,量约 500 mL,伴短暂意识丧失,急诊入我院。体

检: 血压 76/52 mmHg, 急性病容, 贫血貌, 神志不清。急诊血常规提示血红蛋白 49 g/L。患者病情重, 转入重症监护室治疗, 给予输血、补充血容量等对症处理。经治疗患者生命体征平稳后, 急诊气管插管麻醉下胃镜检查, 提示胃体小弯后壁可见活动性喷射性出血, 考虑 Dieulafoy 病(图 6)。与患者家属沟通取得同意, 积极输血、补充血容量, 在气管插管麻醉下行 EFR(手术过程同例 1)。术后患者同样给予禁食禁水, 胃肠减压, 抑酸、保护胃黏膜、静脉营养、抗炎、止血等治疗。术后患者无出血、腹痛、感染等表现, 予以出院。术后病理: 胃 Dieulafoy 病(图 7)。

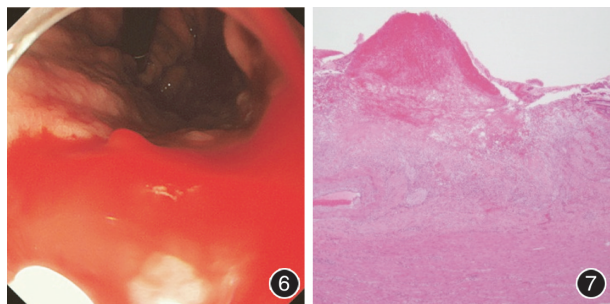


图 6 白光内镜示胃体小弯后壁活动性喷射性出血 图 7 病理示溃疡下方扩张的动脉, 管壁肌层厚薄不一 HE $\times 40$

讨论 Dieulafoy 病可发生于消化道的任何部位, 最常见于食管与胃连接处 6 cm 内的胃小弯侧。临床表现是反复发作性呕血和柏油样大便, 严重者可出现失血性休克, 死亡率较高。由于 Dieulafoy 病的临床表现缺乏特异性, 内镜、选择性血管造影、核素示踪等检查有助于术前诊断。急诊胃镜检查为首选的最直观诊断手段, 一般情况下, Dieulafoy 病患者胃黏膜正常, 黏膜表面无静脉曲张, 仅在胃贲门区小弯侧可见活跃的出血点, 仔细观察发现胃黏膜有针尖圆点样浅表性糜烂或黏膜缺损或红疹样隆起, 表面有出汗样渗血或喷射样出血, 病灶周围黏膜正常。若出血停止, 黏膜表面可有血凝块附着, 用吸收性明胶海绵擦除血凝块即可发现出血点。亦有的病灶表现为胃黏膜浅表性缺损的中央有小动脉突出于胃腔, 且有活动性出血; 探查一旦发现胃黏膜浅表性局限性病灶伴有活动性出血, 即可考虑为 Dieulafoy 病。急诊内镜可根据患者情况行初步治疗。其次为血管造影, 可作为独立性诊断方法或内镜检查阴性时的补救方法, 此检查要在活动性出血时进行, 出血量 ≥ 0.5 mL/min 即可有阳性发现。在出血的间歇期, 血管造影确诊率较低。

对于正在出血的活动期 Dieulafoy 患者, 目前治疗上多采用内镜下微创治疗, 其具有创伤小、操作快捷等优点, 止血效果佳, 但术后出血易反复。当内镜治疗无效或再次大出血应果断选择外科手术, 手术方法包括近端胃大部切除和局部楔形切除。目前主张广泛性胃楔形切除术, 因为恒径动脉在胃黏膜行程较长, 切除后既可去除病因, 避免出血复发, 又可将切除标本进行病理检查获得最终诊断。但外科手术创伤

大, 往往选择率低。如内镜治疗失败又不能耐受外科手术者, 可选择血管造影及栓塞治疗。但是栓塞治疗需要插管超选择性进入胃左动脉, 血管造影明确病灶和出血点而无侧支血管, 生命体征平稳, 有足够时间从容地进行栓塞, 该技术往往发现率及成功率低。

我们采用内镜下局部全层扩大切除胃壁并腹腔内恒径动脉缝扎离断后荷包缝合胃壁, 该方法既模拟了外科的胃楔形切除术, 又减小创伤, 是治疗 Dieulafoy 病的一种新的治疗方法。与兰洋等^[1]及 Chen 等^[2]报道的采用内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗静止期 Dieulafoy 病相比, 该 2 例患者处于活动期, 且采用 EFR 的方式, 内镜手术过程中从黏膜到浆膜腹腔逐步解剖并局部扩大范围以寻找恒径动脉腹腔来源并缝扎离断, 做到了局部扩大切除胃壁。采用全层切除的方法也存在一定风险, 如气腹、出血、腹腔感染及临近组织或器官损伤等。在操作过程中常规使用二氧化碳注气, 穿刺充分排气解除气胸或气腹。注意处理创面裸露血管、浆膜面的大血管尤其重要, 充分处理血管以避免浆膜面大出血。术前充分冲洗胃肠黏膜, 预防性应用抗生素, 病灶切除前洗净胃肠内液体, 尽快关闭创面及减少操作时间均可预防腹腔感染。该治疗方法需要有一定 EFR、经自然腔道内镜手术经验的内镜医师操作。此外 Dieulafoy 病动脉分支以恒定的管径穿过黏膜下层直达黏膜肌层, 然后向浆膜面折返扭曲, 呈锐角形或垂直血管样, 因此在内镜手术过程中以出血病灶为中心要扩大切除多少面积的胃壁才能绝对完全地切除恒径动脉, 还需要大样本的病例证实。我们试想是否可以通过内镜超声多普勒检测血管动脉信号, 探测范围走形, 在内镜超声下穿刺血管旁注射亚甲蓝等染色剂标记范围, 以最小的范围完整切除病灶, 减少患者的创伤。

该方法模拟外科的胃楔形切除术, 可减小创伤, 解决 Dieulafoy 病因, 避免反复出血, 具有一定的价值, 但同时具有一定风险性。需要有经验的内镜医师操作, 其安全性和疗效性需进一步大样本量研究。

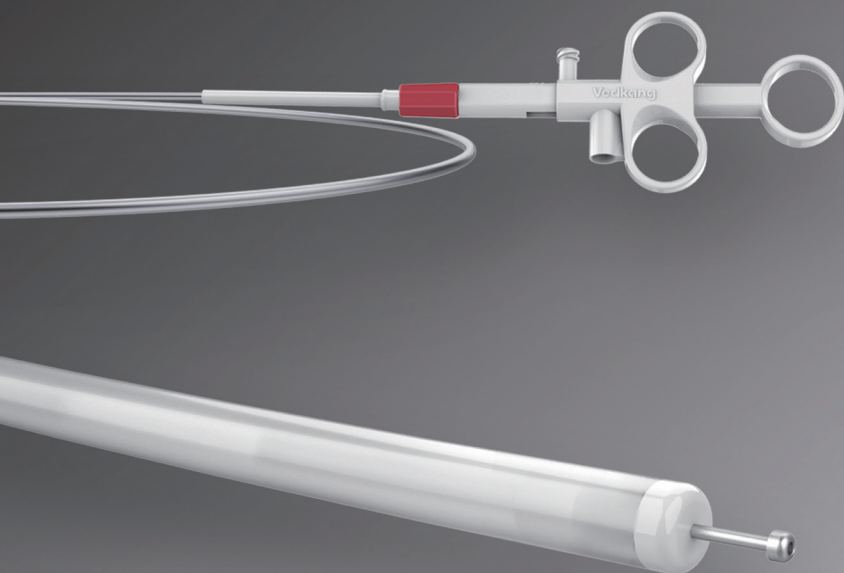
利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 兰洋, 曹海龙, 王斯南, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗静止期胃 Dieulafoy 病一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(8): 599-600. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.08.018.
- [2] Chen X, Cao H, Wang S, et al. Endoscopic submucosal dissection for silent gastric Dieulafoy lesions mimicking gastrointestinal stromal tumors: report of 7 cases-a case report series[J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(36): e4829. DOI: 10.1097/MD.0000000000004829.

(收稿日期: 2020-03-05)

(本文编辑: 钱程)



鲲鹏刀

【一次性使用黏膜切开刀】

ESD系列



江苏唯德康医疗科技有限公司
Jiangsu Vedkang Medical Science and Technology Co., Ltd.

Ⓐ 地址：江苏武进经济开发区果香路52号
Ⓣ 电话：+86-519-69877755
ⓕ 传真：+86-519-69877753
Ⓔ 邮箱：sales@vedkang.com

产品注册证及名称：

国械注准20193010885（一次性使用黏膜切开刀）

苏械广审（文）第240319-01612号
▲禁忌内容或注意事项详见说明书
以上仅指本公司产品



一次性内窥镜超声吸引活检针 NA-U200H系列



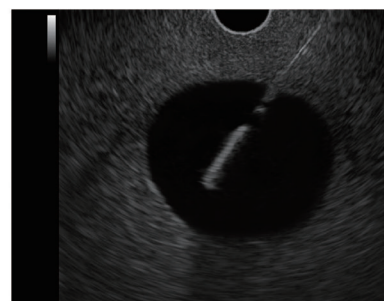
穿刺针不易变形

穿刺针采用了高弹性材质，具有出色的形状保持力。即使通过弯曲部后针也不易变形，耐久性强。



全角度顺畅插入

采用柔软的线圈型鞘管针，内镜位于最大弯曲角度时也可顺畅穿刺。易于位于胰头等困难部位病变的穿刺。



针尖可视性提升

通过增加针尖表面的半球形凹槽的密度，提高了穿刺针在超声图像下的可视性。

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部：北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话：010-58199000

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有类比均基于本公司产品，特此说明。
规格、设计及附件如有变更，请以产品注册信息为准。

一次性内窥镜超声吸引活检针
国械注进20202020038
沪械广审(文)第250116-02511号
AD0051SV V01-2007