

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9月 第38卷 第9期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 38 Number 9
September 2021



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



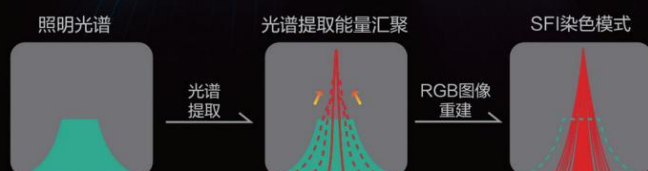
SonoScape 开立

广告



多光谱技术 聚谱成像

VLS-55系列四波长LED光源，助力消化道早期疾病诊断



白光图像



白光图像



白光图像



SFI图像



SFI图像



SFI图像

深圳开立生物医疗科技股份有限公司
SONOSCAPE MEDICAL CORP.
地址：深圳市南山区科技中二路深圳软件园二期12栋2楼
电话：86-755-26722890

网站：www.sonoscape.com
邮箱：sonoscape@sonoscape.net
禁忌内容或者注意事项详见说明书
粤械广审（文）第231218-06842号

注册证编号
医用内窥镜图像处理器 粤械注准20182061081
医用内窥镜冷光源 粤械注准20192061100
电子上消化道内窥镜 国械注准20193060037
电子下消化道内窥镜 国械注准20193060046

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9期 2021年9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

述 评

内镜的消化内镜微创治疗: 消化内镜的新领域 673

刘俊

共识与指南

中国消化内镜内痔诊疗指南及操作共识(2021) 676

中华医学会消化内镜学分会内痔协作组

专家论坛

内镜下消化内镜下套扎治疗的现状与发展 688

丁辉 李贞娟 张慧敏 胡珊珊 徐闪闪 李修岭

菁英论坛

内镜下内痔硬化剂治疗的研究进展 693

张飞宇 沈峰 徐雷鸣

论 著

内镜下泡沫硬化剂注射联合橡皮圈套扎治疗 II~III 度内痔的

前瞻性临床研究(含视频) 696

沈峰 张飞宇 瞿春莹 张毅 李鸣鸣 臧蕾 沈飞 段言明

张瑶洁 徐雷鸣

不同内镜治疗策略对 I~III 度内痔疗效的单中心回顾性研究 702

刘书中 肖勇 李娇 曹卓 罗和生 陈明锴

经内镜痔上直肠黏膜套扎治疗内痔并脱出 112 例临床观察

(含视频) 707

黄秀江 林浩 姜平 陈礼娟 杨红静 杨凯茜 刘俊

体外自助式扩张球囊预防食管大面积病变内镜黏膜下剥离

术后狭窄的长期疗效分析 712

李隆松 令狐恩强 王赞滔 张波 王楠钧 王祥耀 张文刚

邹家乐 冯建聪 柴宁莉

内镜黏膜下剥离术治疗 Siewert II 型胃食管交界早期癌

及癌前病变的临床分析 718

刘冠伊 戎龙 蔡云龙 年卫东 张继新

早期食管癌内镜黏膜下剥离术后食管狭窄的特征

及影响因素探讨 723

高勇 柏健鹰 林辉 樊超强 李建军 彭学 杨歆 于劲

聂绪彪 赵海燕

早期食管癌及癌前病变内镜黏膜下剥离术后食管狭窄

预测模型的构建及测试 728

刘宁 刘丹 刘冰熔 林锐

消化科专科医师早期胃癌诊治培训模式探讨与教学效果评估 ... 733

王强 吴晰 杨爱明 杨莹韵 郭涛 蒋青伟 张晟瑜

短篇论著

SpyGlass 直视下激光碎石在困难胰管结石中的应用(含视频)	737
张明 王翔 张铜	
双导丝技术联合胰管支架预防经内镜逆行胰胆管造影术后急性胰腺炎的初步研究	740
李运红 王云 刘加宁 刘德仁 张聿凤 朱美玲	
内镜超声引导下细针抽吸术诊断继发性胰腺肿瘤 11 例分析	743
张震 陈天音 周平红 陈巍峰 李全林 胡健卫 蔡明琰 徐晓玥 柳滢波 张轶群	
内镜下双极电止血导管治疗胃窦毛细血管扩张症的疗效观察(含视频)	746
胡柯峰 叶国良 金燕平 丁勇 缪敏	

病例报道

肺鳞癌转移至胆总管一例	750
吴瑶 徐晨静 曹惠明 李相成 徐顺福	
内镜超声引导下经空肠胆管穿刺引流术用于食管空肠 Roux-en-Y 吻合术后患者一例	752
刘春涛 袁鹏 吴齐 李鹏	
胃窦超高分化腺癌伴同时性微小高分化腺癌一例	754
张训兵 丁志娟 孙琦 王继伟 李永帅 贝鸽 李慧	

综 述

内镜的内镜治疗进展	757
王明辉 李文波 刘晓峰	
结肠镜教学培训模式的研究现状与进展	761
贺子轩 王润东 赵胜兵 王树玲 潘鹏 常欣 顾伦 吴佳艺 李兆申 柏愚	

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	687
--------------------------------------	-----

消 息

《中华消化内镜杂志》入选《WJCI 报告》	736
-----------------------------	-----

插页目次	695
------------	-----

本刊稿约见第 38 卷第 1 期第 82 页、第 7 期第 586 页

本期责任编辑 刘俊 本期责任编辑 朱悦

erbe

广告

爱尔博新一代电外科旗舰产品 高频手术系统 水刀



优势

- ※ 超大10.4寸彩色触摸屏
- ※ stepGUIDE引导设置，操作简便
- ※ 19种电切/凝模式
- ※ 支持无线通信，WLAN功能
- ※ 通用插座接口，支持更广泛的器械连接
- ※ 多处理器技术，支持2500万次/秒数据处理

模块化设计理念：
高频手术设备 VIO 3
氩气控制器 APC 3
水刀 ERBEJET 2

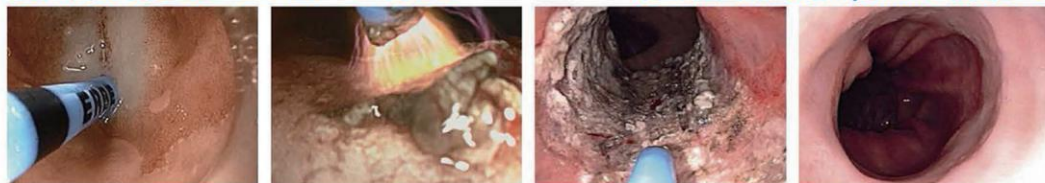
黏膜隆起ESD剥离



ESD:内镜粘膜下剥离术

一次性使用高频及水刀用手柄 HybridKnife (海博刀)

黏膜病变隆起APC消融



APC:氩等离子体凝固术

水隔离氩气消融导管 HybridAPC (海博APC)



禁忌内容及注意事项详见说明书

生产企业: Erbe Elektromedizin GmbH
德国爱尔博电子医疗器械公司

产品注册证号及名称:

- [1] 国械注进 20193010023 (高频手术系统)
 - [2] 国械注进 20173216803 (水刀)
 - [3] 国械注进 20173252475 (水隔离氩气消融导管)
 - [4] 国械注进 20173256650 (一次性使用高频及水刀用手柄)
- 沪械广审(文)第220911-08103号

爱尔博(上海)医疗器械有限公司

地址: 上海市延安西路2201号上海国际贸易中心3002室 邮编: 200336
电话: 021-62758440 邮箱: info@erbechina.com
传真: 021-62758874 技术服务热线: 400-108-1851

- [4] Cochrane J. Metastatic lung cancer to the common bile duct presenting as obstructive jaundice [J]. J Gastrointest Liver Dis, 2016, 2(1): 1000121. DOI: 10.4172/2475-3181.1000121.
- [5] Soh RY, Ho CM, Soo KL, et al. Rare metastatic sites of a lung adenocarcinoma [J]. Cureus, 2018, 10(6): e2819. DOI: 10.7759/cureus.2819.
- [6] Altman A, Zangan SM. Benign biliary strictures [J]. Semin Intervent Radiol, 2016, 33(4): 297-306. DOI: 10.1055/s-0036-1592325.
- [7] Singh A, Gelrud A, Agarwal B. Biliary strictures: diagnostic considerations and approach [J]. Gastroenterol Rep (Oxf), 2015, 3(1): 22-31. DOI: 10.1093/gastro/gou072.
- [8] Suthar M, Purohit S, Bhargav V, et al. Role of MRCP in differentiation of benign and malignant causes of biliary obstruction [J]. J Clin Diagn Res, 2015, 9(11): TC08-12. DOI: 10.7860/JCDR/2015/14174.6771.
- [9] Lee HJ, Cho KB. Diagnosis of malignant biliary stricture: more is better [J]. Clin Endosc, 2018, 51(2): 115-117. DOI: 10.5946/ce.2018.035.
- [10] Navaneethan U, Njei B, Lourdusamy V, et al. Comparative effectiveness of biliary brush cytology and intraductal biopsy for detection of malignant biliary strictures: a systematic review and meta-analysis [J]. Gastrointest Endosc, 2015, 81(1): 168-176. DOI: 10.1016/j.gie.2014.09.017.
- [11] Sadeghi A, Mohamadnejad M, Islami F, et al. Diagnostic yield of EUS-guided FNA for malignant biliary stricture: a systematic review and meta-analysis [J]. Gastrointest Endosc, 2016, 83(2): 290-298. e1. DOI: 10.1016/j.gie.2015.09.024.
- [12] Mukhopadhyay S, Katzenstein AL. Subclassification of non-small cell lung carcinomas lacking morphologic differentiation on biopsy specimens: utility of an immunohistochemical panel containing TTF-1, napsin A, p63, and CK5/6 [J]. Am J Surg Pathol, 2011, 35(1): 15-25. DOI: 10.1097/PAS.0b013e3182036d05.
- [13] Wang BY, Gil J, Kaufman D, et al. P63 in pulmonary epithelium, pulmonary squamous neoplasms, and other pulmonary tumors [J]. Hum Pathol, 2002, 33(9): 921-926. DOI: 10.1053/hupa.2002.126878.
- [14] Downey P, Cummins R, Moran M, et al. If it's not CK5/6 positive, TTF-1 negative it's not a squamous cell carcinoma of lung [J]. APMIS, 2008, 116(6): 526-529. DOI: 10.1111/j.1600-0463.2008.00932.x.
- [15] Li S, Li Q. Cancer stem cells and tumor metastasis (Review) [J]. Int J Oncol, 2014, 44(6): 1806-1812. DOI: 10.3892/ijo.2014.2362.

(收稿日期:2020-06-11)

(本文编辑:钱程)

内镜超声引导下经空肠胆管穿刺引流术用于食管空肠 Roux-en-Y 吻合术后患者一例

刘春涛¹ 袁鹏² 吴齐² 李鹏¹

¹首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 国家消化系统疾病临床医学研究中心 北京市消化疾病中心 100050; ²北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所内镜中心 100142

通信作者: 李鹏, Email: lipeng@ccmu.edu.cn

【提要】 上消化道重建术后的患者常因解剖结构改变而使标准内镜逆行胰胆管造影操作难度显著增大甚至无法完成。治疗性内镜超声技术的飞速发展对外科术后患者提供了微创胆管引流的新选择。本文报道 1 例食管空肠 Roux-en-Y 吻合术后病例, 因内镜无法到达十二指肠乳头导致内镜逆行胰胆管造影术失败, 在内镜超声引导下经空肠胆管穿刺引流术, 取得了满意的引流效果。

【关键词】 吻合术, Roux-en-Y; 胆管引流; 内镜超声引导下胆管穿刺引流术

基金项目: 北京市医院管理局消化内科学科协同发展中心消化专项重点项目 (XXZ0802)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200601-00430

Endoscopic ultrasound-guided transjejunal biliary drainage for esophageal jejunal Roux-en-Y anastomosis: a case report

Liu Chuntao¹, Yuan Peng², Wu Qi², Li Peng¹

¹Department of Gastroenterology, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, National Clinical Research Center for Digestive Diseases, Beijing Digestive Diseases Center, Beijing 100050, China; ²Endoscopy Center, Peking University Cancer Hospital, Beijing Institute for Cancer Research, Beijing 100142, China

Corresponding author: Li Peng, Email: lipeng@ccmu.edu.cn

患者男, 53 岁, 因“间断上腹痛伴发热、皮肤巩膜黄染 3 个月余”入院。起病后于当地医院查血总胆红素 $68 \mu\text{mol/L}$, 癌胚抗原 (CEA) 87 U/mL , CA19-9 36 U/mL ; 行腹部 CT 检查示胆管癌并梗阻, 胰腺肿大, 肝门腹膜后淋巴结增大考虑转移。为行进一步治疗转来我院。患者约 2 年前因胃癌行全胃切除术+食管空肠 Roux-en-Y 吻合术, 术后行卡培他滨+奥沙利铂化疗 (末次 2018 年 11 月) 及放疗 30 次 (末次 2018 年 12 月)。入院后查血生化: 谷丙转氨酶 133 U/L , 谷草转氨酶 58 U/L , 总胆红素 $217.1 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $149 \mu\text{mol/L}$; 肿瘤标志物: CEA 494.2 ng/mL , CA19-9 730.4 U/mL , CA125 329.6 U/mL , CA50 620.2 U/mL 。腹部增强 CT 示胆总管及胆囊管壁增厚, 肝内胆管扩张, 肝右叶低密度灶; 胆囊内稍高密度影, 考虑泥沙样结石不排除; 腹腔及腹膜后多发淋巴结, 考虑转移可能; 腹膜、网膜及系膜密度增高, 腹盆腔积液, 考虑腹膜转移。胃镜检查: 距门齿 40 cm 可见食管空肠吻合口, 沿空肠继续进镜至距门齿约 90 cm 可见空肠吻合口。内镜不能通过空肠吻合口到达十二指肠乳头处, 因此无法行 ERCP 胆管引流。与患者及家属充分沟通并知情同意后, 决定行内镜超声引导下经空肠胆管穿刺引流术。手术过程: 内镜超声进镜至空肠袢, 超声扫查见左侧肝内胆管扩张 (图 1), 在彩色多普勒引导下避开血管, 以 19 G 穿刺针经空肠袢穿刺扩张的左侧肝内胆管 (图 2), 回抽见墨绿色胆汁流出, 造影示左侧肝内胆管明显扩张, 胆总管全程狭窄、僵硬, 右侧肝内胆管未显影 (图 3); 在 X 线透视下置入导丝至扩张的肝内胆管内, 以 6 Fr 囊肿切开刀扩张穿刺道, 用推送器沿导丝置入 7 Fr $\times$ 7 cm 双猪尾塑料胆管支架, 支架一端位于扩张的肝内胆管内, 另一端位于空肠袢 (图 4), X 线透视下位置满意, 胆汁引流通畅。术后给予抗感染、抑酸等治疗, 患者未出现出血、穿孔、胆漏等并发症, 术后复查胆红素明显下降, 病情好转出院。

讨论 对于上消化道解剖结构正常的患者, ERCP 是首选的胆管引流方法。而对于上消化道重建术后的患者 (如 Whipple 术后、Billroth II 式吻合术后、Roux-en-Y 重建术后等), 标准 ERCP 难度显著增大甚至无法完成。2018 年的中国 ERCP 指南推荐气囊小肠镜辅助的 ERCP 可作为消化道重建术后患者的一线胆管引流术式^[1]。近年来随着治疗性 EUS 技术飞速发展, 内镜超声引导下胆管穿刺引流术 (endoscopic ultrasound-guided biliary drainage, EUS-BD) 已成为继外科手术、经皮经肝胆管穿刺引流术、ERCP 之后的第 4 代胆管引流技术, 为外科术后患者提供了微创胆管引流的新选择^[2]。一项国际多中心对照研究纳入了 98 例上消化道重建术后良、恶性胆管梗阻的患者, 比较气囊小肠镜辅助 ERCP 和 EUS-BD 两种术式用于胆管引流的效果, 结果发现 EUS-BD 的临床有效率更高 (98% 比 65.3%, $P=0.001$), 平均操作时间更短 (55 min 比 95 min, $P<0.01$), 然而, EUS-BD 组的平均住院时间更长 (6.6 d 比 2.4 d, $P<0.01$), 不良事件发生率也更高 (20% 比 4%, $P=0.01$), 尽管大多数为轻中度。基于这些结果, 研究者认为气囊小肠镜辅助 ERCP 和

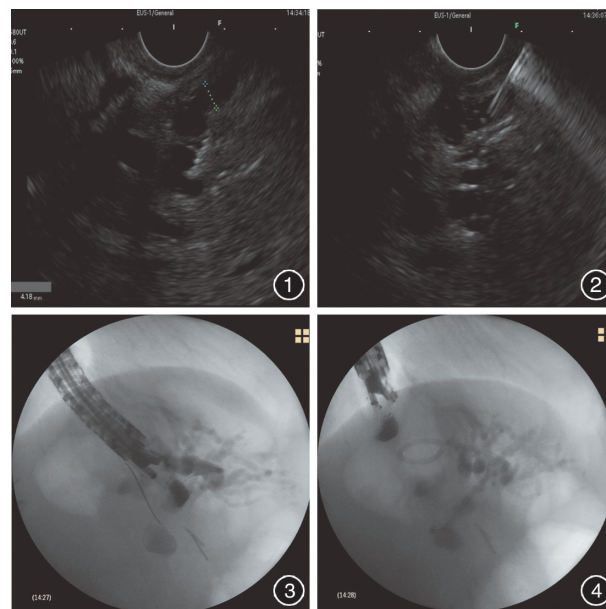


图 1 内镜超声下见左侧肝内胆管扩张 图 2 在内镜超声引导下, 以 19 G 穿刺针经空肠袢穿刺扩张的左侧肝内胆管
图 3 在 X 线透视下造影示左侧肝内胆管明显扩张, 胆总管全程狭窄、僵硬, 右侧肝内胆管未显影 图 4 沿导丝置入 7 Fr $\times$ 7 cm 双猪尾塑料胆管支架, 支架一端位于扩张的胆管内, 另一端位于空肠袢

EUS-BD 均可作为消化道重建术后患者的首选胆管引流方式, 二者的选择主要取决于患者的解剖及当地的医疗条件^[3]。本例患者既往因胃癌行全胃切除术+食管空肠 Roux-en-Y 吻合术, 在这种情况下标准 ERCP 因不能到达十二指肠乳头而无法完成, 气囊小肠镜辅助 ERCP 可以尝试, 但据文献报道成功率也较低^[4]。因此, 我们尝试采用 EUS-BD 来解除胆管梗阻。在消化道重建术后患者中, 最常见的穿刺路径是从胃近端或食管远端穿刺至第 2 或 3 肝段的左侧肝内胆管^[5]。本例患者因既往全胃切除及食管空肠 Roux-en-Y 吻合术, 我们尝试行经空肠胆管穿刺引流术, 取得了满意的引流效果。本操作过程的难点主要是确定经空肠袢穿刺点的位置。因外科术后消化道解剖结构的改变, 使经空肠穿刺与常规经胃穿刺的穿刺点不同。在超声扫查时需注意寻找距离空肠袢最近的扩张的左侧肝内胆管, 后者必须在穿刺针可及的范围内, 通常距离空肠壁不应超过 10 cm^[6]。随着距离延长穿刺难度增加, 而发生支架移位、出血及胆漏等并发症的风险也会相应增加。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 中华医学会消化内镜学分会 ERCP 学组, 中国医师协会消化医师分会胆胰学组, 国家消化系统疾病临床医学研究中心. 中国 ERCP 指南 (2018 版) [J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35 (11): 777-813. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1007-5232. 2018. 11. 001.

- [2] 刘春涛, 李鹏. 内镜超声引导下胆管穿刺引流术:胆管引流的新选择[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36 (9): 639-641. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232. 2019. 09. 005.
- [3] Khashab MA, El Zein MH, Sharzei K, et al. EUS-guided biliary drainage or enteroscopy-assisted ERCP in patients with surgical anatomy and biliary obstruction: an international comparative study[J]. Endosc Int Open, 2016, 4 (12): E1322-1327. DOI: 10.1055/s-0042-110790.
- [4] Skinner M, Pops D, Neumann H, et al. ERCP with the overtube-assisted enteroscopy technique: a systematic review[J]. Endoscopy, 2014, 46 (7): 560-572. DOI: 10. 1055/s-0034-1365698.
- [5] Jovani M, Ichkhanian Y, Vosoughi K, et al. EUS-guided biliary drainage for postsurgical anatomy[J]. Endosc Ultrasound, 2019, 8 (Suppl 1): S57-66. DOI: 10.4103/eus. eus_53_19.
- [6] James TW, Fan YC, Baron TH. EUS-guided hepaticoenterostomy as a portal to allow definitive antegrade treatment of benign biliary diseases in patients with surgically altered anatomy [J]. Gastrointest Endosc, 2018, 88 (3): 547-554. DOI: 10.1016/j.gie.2018.04.2353.

(收稿日期:2020-06-01)

(本文编辑:朱悦)

胃窦超高分化腺癌伴同时性微小高分化腺癌一例

张训兵¹ 丁志娟² 孙琦³ 王继伟¹ 李永帅¹ 贝鸽¹ 李慧¹

¹南京市溧水区中医院消化科 211200; ²南京市溧水区中医院病理科 211200; ³南京大学医学院附属鼓楼医院病理科 210008

通信作者:李慧, Email: 32260890@qq.com

【摘要】 同时性多发性早期胃癌是指胃内同时存在 2 个或 2 个以上独立的早期胃癌病灶, 早期胃癌内镜治疗术后 12 个月内经内镜新发现的早期癌灶也视为同时性多发性早期胃癌。本文报道了 1 例同时性多发性早期胃癌, 其中 1 处病灶直径 < 5 mm, 为微小胃癌; 另一处病灶组织学类似肠上皮化生, 经病理会诊最终诊断为超高分化腺癌。

【关键词】 胃肿瘤; 同时性多发性早期胃癌; 超高分化腺癌

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200603-00303

A case of very-well differentiated adenocarcinoma of gastric antrum with simultaneous micro well differentiated adenocarcinoma

Zhang Xunbing¹, Ding Zhijuan², Sun Qi³, Wang Jiwei¹, Li Yongshuai¹, Bei Ge¹, Li Hui¹

¹Department of Gastroenterology, Nanjing Lishui District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 211200, China; ²Department of Pathology, Nanjing Lishui District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 211200, China; ³Department of Pathology, The Affiliated Drum Tower Hospital of Nanjing University Medical School, Nanjing 210008, China

Corresponding author: Li Hui, Email: 32260890@qq.com

患者女, 65 岁, 2019 年 1 月 7 日因“上腹部不适 1 个月余”就诊。患者既往有高血压、腔隙性脑梗塞病史。入院体检无明显异常发现。胃镜检查: 慢性萎缩性胃炎, 幽门螺杆菌阴性, 未见确切病灶; 随机活检病理结果示: 胃窦后壁轻度异型增生。给予质子泵抑制剂治疗 1 周, 嘱 2 个月后复查胃镜。患者于 2019 年 3 月 7 日复查胃镜, 考虑既往活检病理提示异型增生, 遂行放大胃镜精查。胃窦后壁见一直径约 3 mm 病变, 平坦型 (0-II b 型), 色泽同背景黏膜, 白光下几乎不可见; 切换成窄带光成像模式后可见病灶呈茶色调, 与背景黏膜有差异, 近景观察通过窄带光成像弱放大可大致勾勒出病灶轮廓, 内部可见活检痕迹; 分别对病灶上下 2 部分进

行窄带光成像强放大观察, 边界线清晰, 可见不规则微血管和不规则微结构; 进行醋酸染色、窄带光成像弱放大观察, 表面微结构立体感明显, 与背景黏膜对比病灶呈不规则绒毛状结构, 大小不一、方向不同 (图 1)。进行全胃观察时发现另一病灶, 位于胃窦大弯近移行部, 呈浅表凹陷型 (0-II c 型), 直径约 15 mm, 微黄色; 行靛胭脂染色, 边界清晰; 窄带光成像弱放大见病灶整体呈茶色调; 窄带光成像强放大观察, 边界线清晰, 可见不规则微血管、不规则微结构, 大部分微血管局限在微结构 (白区) 内, 高度密集、扭曲, 局部可见网格状血管, 中央部分可见亮蓝脊 (图 2)。考虑 2 处病灶均为肿瘤性病变, 分化型早期胃癌可能性大, 直径小于 2 cm, 质地柔



细径化、易操作、光学放大

电子上消化道内窥镜 **GIF-H290Z**

EVIS LUCERA™ ELITE

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

电子上消化道内窥镜 国械注进20163223085

禁忌内容或注意事项详见说明书

沪械广审(文)第211113-06099号

AD0045SV V03-2010