

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



FUJIFILM

清晰诊疗 健康相伴

广告

New Generation Endoscope System

NEW

ELUXEO 7000

新一代内窥镜系统



新定义
新选择

NEW DEFINITION NEW CHOICE



沪械广审(文)第221130-01509号

富士胶片株式会社
FUJIFILM Corporation
东京都港区西麻布二丁目26番30号

富士胶片(中国)投资有限公司
FUJIFILM (China) Investment Co., Ltd.
中国(上海)自由贸易试验区银城中路68号2801室
Tel: 021-5010 6000 Fax: 021-5010 6750

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书。

ELUXEO7000为VP-7000与BL-7000的统称

VP-7000: 电子图像处理器 国械注进20172222462

BL-7000: 医用内窥镜用冷光源 国械注进20182060487

商标 FUJIFILM 和产品标识均为日本富士胶片株式会社持有。

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: xhnxw



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: xhnxj@xhnxj.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: xhnxj@xhnxj.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

· 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

李亚其 李晓芳 邝胜利 袁媛 李修岭 周炳喜

河南省人民医院消化内科, 郑州 450003

通信作者: 周炳喜, Email: zhoubingxi68@163.com

【摘要】 2018 年 1 月—2019 年 10 月, 河南省人民医院消化内镜中心采用内镜黏膜下隧道剥离术(endoscopic submucosal tunnel dissection, ESTD) 对 5 例纵隔支气管源性囊肿(位于食管中、下段水平, 直径均 ≤ 3.5 cm) 患者进行了治疗。建立隧道用时 13~18 min, 瘤体剥离用时 30~51 min, 隧道入口闭合使用 5~8 枚钛夹。术中未发生大出血及低氧血症; 术后疼痛评分均 ≤ 3 分, 未发生严重不良反应。住院时间 4~7 d, 随访 4~24 个月未见肿瘤残留或者复发。初步提示, ESTD 切除食管中、下段水平的后纵隔来源支气管源性囊肿安全、有效。

【关键词】 支气管源性囊肿; 纵隔囊肿; 内镜黏膜下隧道剥离术

基金项目: 河南省科技攻关项目(142102310501)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200605-00499

Feasibility of endoscopic submucosal tunnel dissection in treatment of mediastinal bronchogenic cyst

Li Yaqi, Li Xiaofang, Kuang Shengli, Yuan Yuan, Li Xiuling, Zhou Bingxi

Department of Gastroenterology, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China

Corresponding author: Zhou Bingxi, Email: zhoubingxi68@163.com

【Summary】 Five patients with mediastinal bronchogenic cyst (MBC) were treated with endoscopic submucosal tunnel dissection (ESTD) between January 2018 and October 2019 at the Department of Gastroenterology in Henan Provincial People's Hospital. Lesions were located in the middle or lower esophageal level, with diameters ≤ 3.5 cm. The tunnel establishment time was 13-18 min, and the tumor stripping time was 30-51 min. The number of titanium clips used for tunnel closure was 5-8. The tumors were completely resected. No major bleeding or hypoxemia occurred during the operation and no serious adverse reactions occurred after the operation. Postoperative pain scores were all ≤ 3 . The hospital stay was 4-7 days. There was no tumor residue and recurrence during 4-23 months of follow-up. It is suggested that ESTD for MBC which derived from post mediastinum and located at the lower or middle level esophagus is safe and effective.

【Key words】 Bronchogenic cyst; Mediastinal cyst; Endoscopic submucosal tunnel dissection

Fund program: Science and Technology Project in Henan Province (142102310501)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200605-00499

支气管源性囊肿是一种先天性呼吸系统发育异常性疾病, 多见于中年男性^[1], 因大多数患者并无症状, 所以其发病率并不明确, 有文献报道其发生率为 0.03%~0.16%^[2]。而纵隔支气管源性囊肿(mediastinal bronchogenic cyst, MBC) 约占支气管源性囊肿的 7%, 其发病机制考虑为胚胎时期支气管胚芽发育异常, 移位于纵隔等异常部位演变而成, 其中绝大多数为良性病变, 但也有研究认为随着囊肿

的增大, 会因为瘤体本身的压迫出现呼吸困难、囊肿破溃所致感染或者出血, 甚至癌变。因此目前国内外学者均认为, 对于 MBC 患者应行手术治疗^[3], 以明确诊断并预防并发症的出现, 阻止其恶变的可能。关于 MBC 的治疗方法既往采用较多的为开胸手术、胸腔镜手术亦或纵隔镜手术^[4-8], 但以上手术方式具有创伤大、术后恢复慢等缺点。本研究中, 我们采用内镜黏膜下隧道剥离术(endoscopic

submucosal tunnel dissection, ESTD) 治疗了 5 例 MBC, 现将初步治疗效果总结报道如下。

一、病例资料

本治疗方案已通过河南省人民医院医学伦理委员会审核批准, 批号: (2020) 伦审新技术 (48) 号。2018 年 1 月—2019 年 10 月我院消化内镜中心共对 5 例 MBC 患者实施了 ESTD 治疗, 患者治疗前均已签署知情同意书。男 3 例、女 2 例, 年龄 33~67 岁; 囊肿位于食管中段水平 2 例、食管下段水平 3 例, 直径均 ≤ 3.5 cm; 2 例无明显临床症状, 2 例表现为上腹部不适, 1 例为胸骨后不适。5 例患者均无出血相关病史及出血高危因素, ESTD 治疗前均未接受过其他治疗。

二、治疗方法

1. 术前准备: 所有患者术前停用抗凝药物、抗血小板药物以及其他解热镇痛类药物 1 周。术前完善血常规、凝血功能、肝肾功能检查, 同时完善心脏彩超、肺功能全套检查, 评估患者心肺功能可耐受手术。对病变进行内镜超声扫描以明确病变所在层次结构、病变硬度、病变与周边组织特别是与血管走行的关系。胸部增强 CT 及其三维重建以明确病变所在位置及与周围组织的关系。

2. 手术器械: 日本 Olympus 公司 GIF-Q260J 胃镜, 环扫 GF-UE260、UM3R 探头, NM-4L-1 注射针, KD-650 Dual 刀、KD-611 型 IT 刀, FD-410LR 止血钳, 止血夹, 透明帽, CO₂ 注气泵, 注水泵; 德国 ERBE 公司 VIO 200S 电外科工作站。

3. 操作步骤: 术前禁食水 6~8 h, 术前 30 min 静脉应用抗生素预防性抗感染治疗。术中患者采用左侧卧位, 全身麻醉、气管插管, 严密监测心电图、血压、血氧饱和度、气道压。ESTD 的主要步骤如下: (1) 胃镜观察隆起性病变距离门齿距离, 如果食管管壁存在附着物应予充分冲洗和抽吸, 以保证操作视野清晰洁净; (2) 距离瘤体口侧约 5 cm 处黏膜下注射生理盐水+亚甲蓝+肾上腺素混悬液, Dual 刀呈倒“T”方式切开黏膜层建立隧道入口, 暴露黏膜下层组织; (3) Dual 刀或者三角刀将黏膜层切开后, 采用边注射边分离的方式沿黏膜下层与固有肌层之间建立纵行的黏膜下隧道, 朝向瘤体方向直至瘤体轮廓充分暴露; (4) 于瘤体表面切开食管肌层, 后更换 IT 刀于内镜直视下将瘤体与周边疏松结缔组织充分分离, 同时尽量保证瘤体囊壁的完整性, 该过程中注意减少注气量和冲水次数, 需多吸引; (5) 仔细检查瘤体剥离后创面情况, 冲洗创面, 必要时予以电凝止血, 后吸尽隧道和食管

管腔液体, 检查隧道黏膜面的完整性, 利用金属钛夹闭合隧道入口。

4. 术后处理及随访: 术后患者予半卧位休息、氧气吸入、禁食水 48 h, 抗生素、抑酸、补液等对症支持治疗, 严密观察患者是否存在皮下气肿、胸痛、发热、胸闷、呼吸困难、乏力等临床表现, 并于术后 24 h 复查血常规+C 反应蛋白以及胸部 CT 平扫以评估病情。术后 6 个月、1 年复查胸部 CT 及超声胃镜, 观察肿瘤有无残留或者复发情况。

三、结果

5 例均顺利完成 ESTD 治疗, 术中气道压力均无明显升高, 均未发生大出血及低氧血症。5 例均采用倒“T”方式建立隧道入口, 隧道长度均为 5 cm, 建立隧道用时 13~18 min, 瘤体剥离用时 30~51 min, 瘤体直径 2.0~3.2 cm, 隧道入口使用 5~8 枚钛夹闭合。术后未出现严重不良事件, 无一例迟发性出血, 无呼吸困难及胸闷等不适。1 例患者术后 4 h 出现发热 (体温 38.1 ℃), 血常规示白细胞数正常、中性粒细胞百分比 76.8%, C 反应蛋白轻度升高 (19.1 mg/L), 予抗生素治疗 3 d 后体温恢复正常, 复查血常规无明显异常。术后疼痛评分 (VAS 疼痛评分) 0~3 分, 住院时间 4~8 d, 出院时患者均无不适。随访 4~24 个月, 胸部 CT 及胃镜复查均未见囊肿残留或者复发。具体治疗结果见表 1, 典型治疗图片见图 1。

讨论 支气管源性囊肿按形成阶段以及所在位置的不同, 可分为肺内型、纵隔型和异位型, 其中纵隔型最为常见^[9]。支气管源性囊肿患者一般无临床症状, 多数因为体检而被发现, 但也有文献报道, 随着囊肿的增大可出现感染、出血、呼吸困难、咳嗽、胸痛, 甚至是癌变的情况, 这些多与囊肿本身或者增大的囊肿压迫周围组织结构有关^[10]。MBC 治疗方式的选择, 目前主要有开胸手术治疗、胸腔镜治疗、纵隔镜治疗。开胸的外科手术方式因为创伤大、花费大, 目前已经较大程度上被胸腔镜以及纵隔镜的手术方式所取代^[11-13], 但胸腔镜以及纵隔镜的应用也具有严格的适应证和禁忌证。

内镜下隧道技术巧妙地利用黏膜下层与固有肌层之间的间隙开创了内镜操作的第三空间, 在消化道黏膜层以及固有肌层之间建立隧道保证了黏膜面的完整性, 在实施各种内镜下治疗的时候具有无创、风险性低等多种优点, 患者接受度高, 目前已经广泛应用于临床。根据隧道内镜技术的原

表 1 5 例纵隔支气管源性囊肿患者的内镜黏膜下隧道剥离术治疗情况

编号	性别	年龄 (岁)	建立隧道用时 (min)	瘤体剥离用时 (min)	瘤体直径 (cm)	术中气道压力最高值 (cmH ₂ O)	术后疼痛评分 (分)	住院时间 (d)
例 1	男	67	15	43	3.2	21	0	4
例 2	女	37	14	35	2.8	18	2	5
例 3	男	67	18	50	2.7	20	3	7
例 4	男	33	13	30	2.0	15	3	7
例 5	女	45	17	40	2.5	16	2	6

注: 1 cmH₂O=0.098 kPa

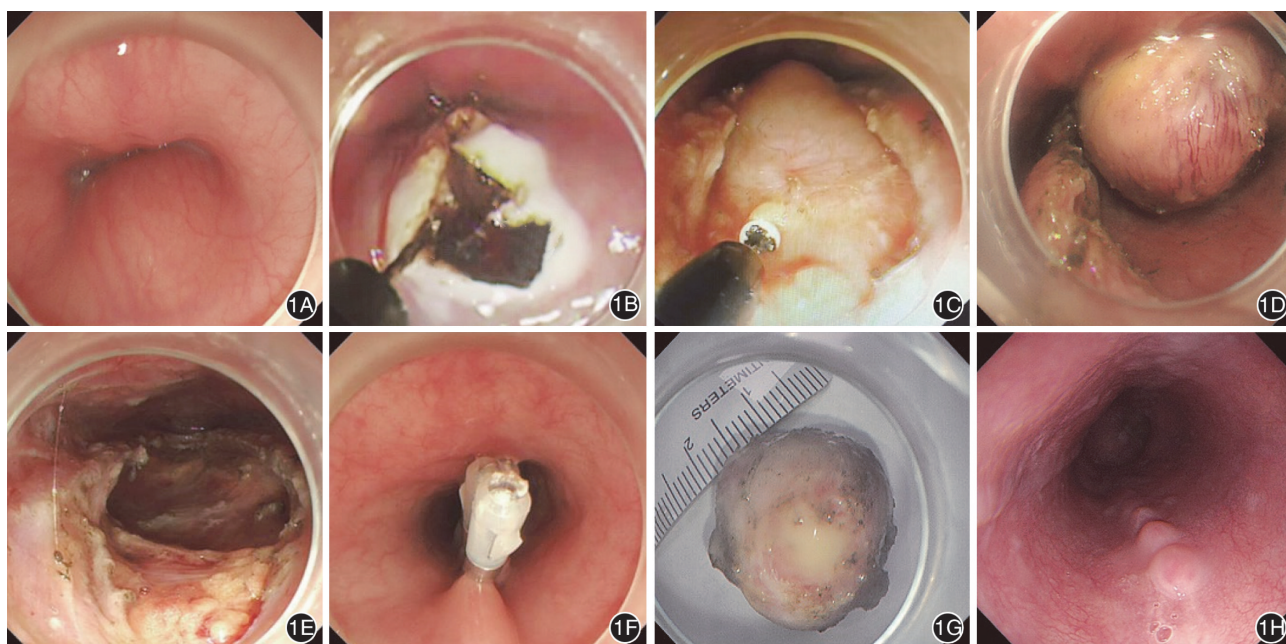


图1 纵隔支气管源性囊肿的内镜黏膜下隧道剥离术治疗 1A:白光下观察,似可见食管黏膜下缓坡隆起;1B:应用倒“T”字方式建立隧道入口;1C:肌层切开后逐渐暴露瘤体;1D:逐步分离瘤体与周围组织;1E:瘤体剥离后创面;1F:钛夹闭合隧道入口;1G:剥离的瘤体;1H:术后复查可见手术瘢痕,未见异常隆起

理,理论上可以处理食管壁外病变。陈倩倩等^[14]展开了隧道技术进入纵隔手术的相关实验研究,认为软式内镜应用于纵隔是可行的,能够完成对纵隔疾病的诊断,而且达到微创的目的,将来可能成为纵隔疾病诊断的“金标准”。2016年周平红等^[15]曾报道采用食管隧道技术切除纵隔肿瘤一例,术后病理证实为神经鞘瘤。本研究也是对内镜下隧道技术的一种探索,需要指出的是:首先,本组5例均为后纵隔病变,后纵隔所包含大血管相对少,内镜下手术的安全性相对较高,同时ESTD治疗前均进行了CT三维重建和内镜超声检查,如发现囊肿与血管关系密切须将其列为手术禁忌;其次,本组5例病变均位于食管中、下段水平,而对于位置高的囊肿(在上纵隔区域),可能不适于隧道的建立和手术的开展;最后,本研组不论瘤体的大小均在瘤体口侧约5 cm处开始建立隧道,但是随着瘤体的增大瘤体的剥离时间会延长,因此在为患者制定手术方式时要有个体化的方案和考量,瘤体较大会影响手术视野,增加损伤隧道黏膜层的风险,此外手术时间的延长还有可能增加气体相关并发症的发生。

本研究中,我们选择了插管全麻的麻醉方式,增加了患者的接受度,整个麻醉过程中监测心电图活动、血氧饱和度和气道压力,治疗过程中患者生命体征平稳,无气道压力明显升高、低氧血症等情况发生,所有患者术后麻醉苏醒顺利,无麻醉后恶心、头晕和血压波动等不良反应。术中隧道的建立方式均采用倒“T”字切开方法,这种隧道开口方式不会引起隧道入口黏膜对镜身的高张力包裹,从而避免了过多的气体在隧道内聚集或者弥散到周围组织,减少了术中以及术后气体相关并发症的发生,同时倒“T”型切口易于镜身出入隧

道。本组仅有1例患者术后出现一过性发热,体温约38.1℃,无胸闷、呼吸困难等不适,复查血常规示白细胞数正常、中性粒细胞百分比76.8%、C反应蛋白轻度升高,应用抗生素治疗3 d后体温恢复正常,该例患者为本组中年纪最大者,术后有咽痛、轻度乏力等上呼吸道感染等表现,术后复查CT并无肺部感染、纵隔感染和气胸等征象,考虑为上呼吸道感染,而非手术所致并发症。

回顾本组5例病例资料,我们主要有以下几点经验总结:(1)术前除了完善常规检查以外,需要完善胸部增强CT及其三维重建和评估,同时行内镜超声检查能够协助诊断病变的性质和壁内及壁外范围,可以描述起源层次以及囊肿与食管、周围组织之间的关系,特别是大血管,后纵隔病变更适合选择ESTD方式;(2)建立隧道的过程中,反复黏膜下注射可以保证黏膜下层和固有肌层能充分分离,保证黏膜层的完整性,从而可以减少术后感染性并发症的发生;(3)CO₂注气泵的使用可以减少皮下气肿及纵隔气肿等气体相关并发症的发生,在瘤体剥离过程中,在保证视野清晰的情况下,应减少注气量和冲洗次数,同时应充分止血,血管的预处理可以减少术后迟发性出血的发生;(4)术前、术后抗生素的使用可以减少感染的发生;(5)术后半卧位护理可以减少反流及酸的刺激,有利于术后创面愈合。

总之,本研究结果初步提示ESTD切除食管中、下段水平后纵隔来源的支气管源性囊肿是安全和有效的,但由于目前病例数太少,其实际临床效果和安全性还需要进一步的探索。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Raptis A, Deprez PH, Jouret-Mourin A. Resection of an intra-esophageal bronchogenic cyst by endoscopic submucosal dissection [J]. Dig Endosc, 2018, 30(2):263. DOI: 10.1111/den.12983.
- [2] Boutahar I, Aichouni N, Benabdellah FZ, et al. Mediastinal bronchogenic cyst[J]. Rev Prat, 2017, 67(8):880.
- [3] Kozu Y, Suzuki K, Oh S, et al. Single institutional experience with primary mediastinal cysts: clinicopathological study of 108 resected cases[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2014, 20(5):365-369. DOI: 10.5761/atcs.0a.13-00151.
- [4] Martinod E, Pons F, Azorin J, et al. Thoracoscopic excision of mediastinal bronchogenic cysts: results in 20 cases [J]. Ann Thorac Surg, 2000, 69(5):1525-1528. DOI: 10.1016/s0003-4975(99)01438-1.
- [5] Takeichi H, Yamada S, Nakamura Y, et al. Video-assisted segmental resection of an intrapulmonary bronchogenic cyst mimicking a middle mediastinal cystic tumor[J]. Asian J Endosc Surg, 2017, 10(4):404-406. DOI: 10.1111/ases.12396.
- [6] Wang X, Chen K, Li Y, et al. The video-assisted thoracic surgery for mediastinal bronchogenic cysts: a single-center experience[J]. World J Surg, 2018, 42(11):3638-3645. DOI: 10.1007/s00268-018-4660-4.
- [7] Granato F, Luzzi L, Voltolini L, et al. Video-assisted mediastinoscopic resection of two bronchogenic cysts: a novel approach [J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2010, 11(3):335-336. DOI: 10.1510/icvts.2010.235242.
- [8] Lesaffer J, Heremans B, De Leyn P, et al. Video-assisted mediastinoscopic resection of a large symptomatic bronchogenic cyst [J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2011, 12(6):1071-1073. DOI: 10.1510/icvts.2010.262899.
- [9] Sumiyoshi K, Shimizu S, Enjoji M, et al. Bronchogenic cyst in the abdomen [J]. Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol, 1985, 408(1):93-98. DOI: 10.1007/BF00739965.
- [10] Yoshida M, Kondo K, Toba H, et al. Two cases of bronchogenic cyst with severe adhesion to the trachea [J]. J Med Invest, 2007, 54(1-2):187-190. DOI: 10.2152/jmi.54.187.
- [11] Cioffi U, de Simone M. Should video-assisted surgery be the first-line approach for bronchogenic cysts? [J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2011, 19(3-4):289. DOI: 10.1177/0218492311408128.
- [12] Tang X, Jiang B, Gong W. Endoscopic submucosal tunnel dissection of a bronchogenic esophageal cyst [J]. Endoscopy, 2014, 46(Suppl 1):E626-627. DOI: 10.1055/s-0034-1390780.
- [13] Zhang FM, Chen HT, Ning LG, et al. Esophageal bronchogenic cyst excised by endoscopic submucosal tunnel dissection: a case report [J]. World J Clin Cases, 2020, 8(2):353-361. DOI: 10.12998/wjcc.v8.i2.353.
- [14] 陈倩倩, 熊英, 张荣贵, 等. 离体猪胃模型应用于内镜模拟手术培训的初步探讨 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(1):3-6. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2159.2019.01.002.
- [15] 周平红, 蔡明琰, 李全林, 等. 内镜经食管黏膜下隧道切除纵隔肿瘤一例 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(8):951-952. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2016.08.032.

(收稿日期:2020-06-05)

(本文编辑:顾文景)

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)



扫码查看视频

窦晓坛¹ 段辉² 张以洋¹ 陈敏¹ 张晓琦¹ 于成功¹ 邹晓平¹

¹南京大学医学院附属鼓楼医院消化科 210008; ²宣城市人民医院消化科 242000

通信作者:张以洋, Email:623040620@qq.com

【摘要】 回顾 2017 年 9 月—2019 年 12 月间 13 例经气囊辅助小肠镜治疗深部小肠良性狭窄患者的临床资料,评估不同病变狭窄特点、内镜治疗效果及安全性。结果显示,13 例患者中克罗恩病 6 例,隐源性多灶性溃疡性狭窄性小肠炎(cryptogenic multifocal ulcerous stenosing enteritis, CMUSE)4 例,病因未明小肠狭窄 3 例。17 次小肠镜治疗共发现狭窄 38 处,35 处为膜状狭窄,3 处为柱状狭窄。6 例克罗恩病患者共发现 13 处狭窄,其中 4 例单处狭窄,1 例 3 处狭窄,1 例 6 处狭窄。4 例 CMUSE 患者共发现 21 处狭窄,均为膜状狭窄。共对镜下所见狭窄行 18 次球囊扩张,10 次 IT 刀切开,技术成功率 88.2%(15/17),临床有效率 76.9%(10/13)。随访 3~28 个月,有 1 例患者行外科手术治疗。术后 1 例迟发性出血,3 例迟发性穿孔,均经对症治疗后好转。表明经小肠镜治疗深部小肠良性狭窄在技术上可行,能在短期内改善患者症状。

【关键词】 内窥镜检查; 小肠; 气囊小肠镜; 良性狭窄

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200511-00237

南微医学动物实验中心 正式启用啦!

- 供医院开展ESD/EMR、ERCP、EUS、EVL等
内镜手把手带教，及动物实验
- 手术间——报告厅实时交互转播、全球直播系统



赶紧联系我吧!

400 全国服务电话
025 3000
www.micro-tech.com.cn

南微医学科技股份有限公司
◎ 南京高新开发区高科三路10号
☎ 025 5874 4269
✉ info@micro-tech.com.cn



官方二维码



一次性内窥镜超声吸引活检针 NA-U200H系列



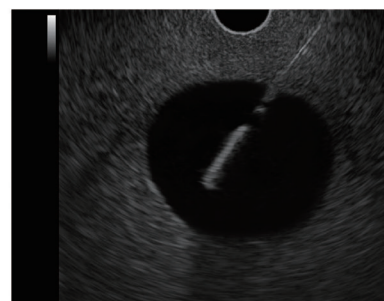
穿刺针不易变形

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