

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



erbe

广告

爱尔博新一代电外科旗舰产品 高频手术系统 水刀



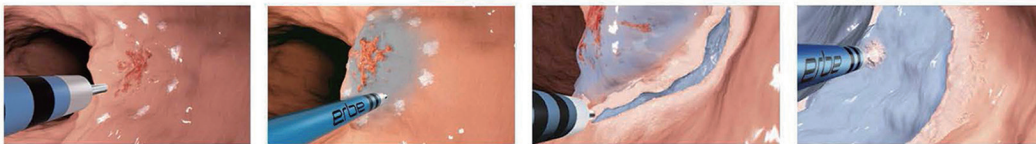
优势

- ※ 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

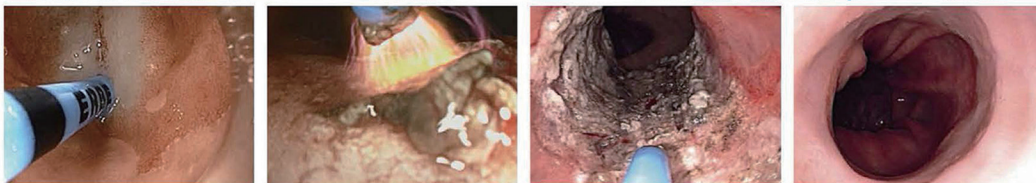
一次性使用高频及水刀用手柄 HybridKnife (海博刀)



ESD:内镜粘膜下剥离术

黏膜病变隆起APC消融

水隔离氩气消融导管 HybridAPC (海博APC)



APC:氩等离子体凝固术



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

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

· 论著 ·

同时性多发性早期胃癌相关危险因素的临床研究

李慧 令狐恩强 李隆松 向京元 柴宁莉

解放军总医院第一医学中心消化内科, 北京 100853

通信作者: 柴宁莉, Email: chainingli@vip.163.com

【摘要】 目的 探讨同时性多发性早期胃癌(synchronous multiple early gastric cancer, SMEGC)的相关危险因素。**方法** 对2017年1月—2019年6月在解放军总医院第一医学中心消化内镜中心行内镜黏膜下剥离术治疗的390例早期胃癌病例进行回顾性分析,其中单发早期胃癌(solitary early gastric cancer, SEG)353例(SEG组)、SMEGC 37例(SMEGC组),采用 t 检验或Mann-Whitney U 检验,以及卡方检验或Fisher精确概率法,比较2组的一般临床资料(性别、年龄、体重指数、吸烟情况、饮酒情况、消化道肿瘤家族史和其他部位肿瘤病史等)和病理资料(病变大小、位置、形态、分化程度、浸润深度,有无幽门螺杆菌感染、肠上皮化生、溃疡和萎缩性胃炎等),并采用Logistic回归分析筛选SMEGC的独立危险因素。**结果** SMEGC组与SEG组在一般临床特征各项目上差异均无统计学意义($P>0.05$);病理特征方面,2组垂直方位分布($\chi^2=8.375, P=0.015$)、萎缩性胃炎占比[48.6%(18/37)比23.8%(84/353), $\chi^2=10.710, P=0.001$]和肠上皮化生占比[81.1%(30/37)比43.1%(152/353), $\chi^2=19.452, P<0.001$]差异有统计学意义,其他病理特征差异无统计学意义($P>0.05$)。多因素Logistic回归分析发现,病变位于胃中1/3(与胃上1/3比较: $P=0.036, OR=3.38, 95\%CI:1.08\sim10.53$)、胃下1/3(与胃上1/3比较: $P=0.049, OR=2.59, 95\%CI:1.00\sim6.69$),以及存在肠上皮化生($P=0.001, OR=4.38, 95\%CI:1.77\sim10.86$)和萎缩性胃炎($P=0.043, OR=2.24, 95\%CI:1.04\sim5.07$)均是SMEGC的独立危险因素。**结论** 早期胃癌病灶位于胃中、下1/3,以及病理提示存在肠上皮化生、萎缩性胃炎的患者易发生SMEGC,建议存在上述危险因素的患者在内镜黏膜下剥离术后进行细致的内镜评估和密切的随访。

【关键词】 胃肿瘤; 危险因素; 同时性多发性早期胃癌; 内镜黏膜下剥离术

基金项目:首都临床特色应用研究(Z181100001718177)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200608-00508

Risk factors for synchronous multiple early gastric cancer

Li Hui, Linghu Enqiang, Li Longsong, Xiang Jingyuan, Chai Ningli

Department of Gastroenterology, The First Medical Center of Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China

Corresponding author: Chai Ningli, Email: chainingli@vip.163.com

【Abstract】 Objective To investigate the risk factors for synchronous multiple early gastric cancer (SMEGC). **Methods** A retrospective analysis was conducted on data of 390 patients with early gastric cancer, including 353 cases of solitary early gastric cancer (SEG group) and 37 cases of SMEGC (SMEGC group), who underwent endoscopic submucosal dissection (ESD) in Chinese PLA General Hospital from January 2017 to June 2019. The differences in clinical characteristics (gender, age, body mass index, smoking status, drinking status, family history of gastrointestinal cancer and other cancers, etc.) and pathological characteristics (size, location, morphology, differentiation degree, invasion depth, with or without *Helicobacter pylori* infection, intestinal metaplasia, ulcers and atrophic gastritis of lesions, etc.) between the two groups were compared by t test, Mann-Whitney U test, Chi-square test, or Fisher's exact test. Logistic regression (forward LR) was used to screen the independent risk factors for SMEGC.

Results There were no significant differences in the general clinical characteristics between SMEGC group and SEG group ($P > 0.05$). Significant statistical differences were observed in the location of lesions ($\chi^2 = 8.375$, $P = 0.015$), the proportion of atrophic gastritis [48.6% (18/37) VS 23.8% (84/353), $\chi^2 = 10.710$, $P = 0.001$] and the proportion of intestinal metaplasia [81.1% (30/37) VS 43.1% (152/353), $\chi^2 = 19.452$, $P < 0.001$] between the two groups, but there were no significant differences in other pathological characteristics ($P > 0.05$). Multivariate logistic regression analysis showed that location of lesions in the middle 1/3 of stomach (VS upper 1/3: $P = 0.036$, $OR = 3.38$, 95% CI : 1.08-10.53), in the lower 1/3 of stomach (VS upper 1/3: $P = 0.049$, $OR = 2.59$, 95% CI : 1.00-6.69), presence of intestinal metaplasia ($P = 0.001$, $OR = 4.38$, 95% CI : 1.77-10.86) and atrophic gastritis ($P = 0.043$, $OR = 2.24$, 95% CI : 1.04-5.07) were independent risk factors for SMEGC. **Conclusion** Patients with early gastric cancer located in the middle or lower 1/3 of stomach, with intestinal metaplasia and atrophic gastritis are prone to SMEGC and should be carefully evaluated and closely followed up after ESD.

【Key words】 Stomach neoplasms; Risk factors; Synchronous multiple early gastric cancer; Endoscopic submucosal dissection

Fund program: Capital Clinical Characteristic Application Research (Z181100001718177)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200608-00508

早期胃癌是指局限于黏膜层或黏膜下层的胃癌, 伴或不伴淋巴结转移。内镜下治疗无淋巴结转移的早期胃癌患者预后良好, 五年生存率可达 90% 以上^[1]。细致的内镜检查对发现早期胃癌具有重要意义。近年来, 随着内镜治疗技术的发展和进步, 以及内镜黏膜下剥离术 (endoscopic submucosal dissection, ESD) 的广泛开展, 绝大部分早期胃癌患者选择接受 ESD 治疗, 术后生活质量得到显著改善。然而, 内镜检查漏诊是一个需要重视的问题。据报道, 同时性多发性早期胃癌 (synchronous multiple early gastric cancer, SMEGC) 占有胃癌病例的 3%~15%^[2-4]。因此, 当内镜下发现早期胃癌病灶时, 继续检查寻找其他可能同时存在的早期胃癌病灶是非常重要的。明确 SMEGC 的危险因素, 可以帮助内镜术者识别其高危人群, 在发现高度怀疑为早期胃癌病变后, 进一步仔细探查是否存在其他早期胃癌病变, 以减少 SMEGC 的漏诊。为此, 本研究拟通过比较 SMEGC 和单发早期胃癌 (solitary early gastric cancer, SEG) 的临床和病理特征, 探究 SMEGC 的相关危险因素。

资料与方法

一、一般资料

2017 年 1 月—2019 年 6 月, 在解放军总医院第一医学中心消化内镜中心行 ESD 治疗的 390 例早期胃癌病例纳入回顾性分析, 已除外残胃、食管胃同时性多发性早期癌病例。其中 353 例为 SEG

(SEG 组), 37 例 (9.5%) 为 SMEGC (SMEGC 组)。主要对比分析 2 组的一般临床资料和病理资料。一般临床资料包括: 性别、年龄、体重指数、吸烟情况、饮酒情况、消化道肿瘤家族史和其他部位肿瘤病史等。病理资料包括: 病变大小、位置、形态、分化程度、浸润深度、幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, HP) 感染、肠上皮化生、溃疡和萎缩性胃炎等。SMEGC 组均选择主病灶数据纳入分析。

二、相关定义

根据 Moertel 标准将同时性多发性胃癌定义为: (1) 各病灶均在病理组织学上证明为癌; (2) 所有病灶在显微镜下有正常胃黏膜组织间隔; (3) 各病灶并非转移或直接浸润所致^[5]。在 Moertel 标准的基础上, 将 SMEGC 定义为胃内同时或 12 个月内发现的 2 个或 2 个以上的早期胃癌病灶^[1]。多发胃癌的主病灶定义同样根据 Moertel 标准: (1) 若多发病灶浸润深度不同, 浸润程度最深的被定义为主病灶; (2) 若多发病灶具有相同的浸润深度, 直径最大的被定义为主病灶^[5]。

三、相关分类

按照日本胃癌协会标准: 在垂直方位上将胃分为上 1/3、中 1/3 和下 1/3; 将胃病变形态大体分为隆起型 (0-I、0-II a、0-I+II a、0-II a+II b 和 0-II a+II c 型), 平坦型 (0-II b 型) 和凹陷型 (0-II c、0-III、0-II c+II a 和 0-III+II a 型) 3 种类型^[6]。病变的组织病理学分型按照维也纳分类标准^[7]分为分化型 (分为乳头状腺癌或高、中分化管状腺癌) 和未分化

型(分为低分化管状腺癌、印戒细胞癌或黏液腺癌) 2 种类型。肿瘤浸润深度分为黏膜层和黏膜下层。以病灶最大直径量化病灶大小。使用 Brinkman 标准^[8]衡量患者吸烟和饮酒程度。

四、统计学分析

应用 SPSS 26 统计软件进行统计分析。计量资料符合正态分布者以 $Mean \pm SD$ 描述,不符合正态分布者以 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述,2 组间比较采用 t 检验或 Mann-Whitney U 检验;计数资料以频数和(或)百分比描述,组间比较采用卡方检验或 Fisher 精确概率法;采用多因素 Logistic 回归(向前:LR 法)筛选 SMEGC 的相关危险因素。采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、SMEGC 与 SEGC 患者的一般临床特征比较

2 组在一般临床特征各项目上差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

二、SMEGC 与 SEGC 患者的病理特征比较

2 组在垂直方位分布、萎缩性胃炎和肠上皮化生占比上差异均有统计学意义($P < 0.05$),在病理特征的其他各项目上差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

三、Logistic 回归分析结果

多因素 Logistic 回归分析发现,病变位于胃中 1/3、下 1/3,以及存在肠上皮化生和萎缩性胃炎均

是 SMEGC 的独立危险因素,见表 3。

讨 论

早期胃癌患者中 SMEGC 的患病率并不低,根据以往的报道, SMEGC 的患病率为 3.2% ~ 12.3%^[9]。本研究中, SMEGC 患者占全部早期胃癌患者的 9.5%,与上条文献报道的结果吻合。既往由于内镜检查术者对 SMEGC 认识程度不够,导致 SMEGC 在内镜检查中容易被忽视。Zhao 等^[9]经外科手术标本病理检查发现 26.9% (7/26) 的 SMEGC 患者被内镜检查漏诊。SMEGC 的高患病率和高漏诊率提示内镜术者或检查者无论在 ESD 术中或内镜复查时均应仔细检查全胃以发现可能病灶,患者也应定期内镜随访,这也能减少 SMEGC 的漏诊。

目前认为萎缩性胃炎和肠上皮化生是胃癌的癌前病变,在这些癌前病变的区域中,胃癌可能在不同的部位同时发生^[10]。本研究中, SMEGC 组存在肠上皮化生有 30 例 (81.1%),萎缩性胃炎有 18 例 (48.6%),均明显高于 SEGC 组 (分别为 43.1% 和 23.8%)。既往 Nitta 等^[11]对 94 例 SMEGC 和 285 例 SEGC 的临床、病理特征进行了多因素分析,结果显示病灶周围严重的肠上皮化生为 SMEGC 的独立危险因素。Nam 等^[12]分析了 59 例 SMEGC 相关危险因素,结果表明中重度萎缩性胃炎是 SMEGC 的危险因素。Zhao 等^[9]发现 SMEGC 患者的病变多位于胃中 1/3 [(30.8% (8/26))] 和胃下 1/3 [61.5%

表 1 SMEGC 与 SEGC 组的一般临床特征比较

项目	SMEGC 组	SEGC 组	统计量	P 值
例数	37	353		
性别(男/女)	32/5	284/69	$\chi^2 = 0.793$	0.373
年龄(岁, $Mean \pm SD$)	60.9 $\pm$ 9.4	61.3 $\pm$ 9.8	$t = -0.215$	0.830
体重指数(kg/m^2 , $Mean \pm SD$)	24.7 $\pm$ 3.0	24.6 $\pm$ 3.3	$t = 0.262$	0.793
吸烟程度[例(%)] ^a				0.154 ^b
从不吸烟	20(54.1)	200(56.7)		
少量吸烟	1(2.7)	43(12.2)		
中量吸烟	12(32.4)	71(20.1)		
大量吸烟	4(10.8)	39(11.0)		
饮酒程度[例(%)] ^a				0.367 ^b
从不饮酒	27(73.0)	230(65.2)		
<1 次/周	0	24(6.8)		
1~2 次/周	1(2.7)	9(2.5)		
≥ 3 次/周	9(24.3)	90(25.5)		
合并其他肿瘤史[例(%)]	1(2.7)	18(5.1)		1.000 ^b
存在消化道肿瘤家族史[例(%)]	11(29.7)	81(22.9)	$\chi^2 = 0.855$	0.355

注:SMEGC 代表同时性多发性早期胃癌;SEGC 代表单发早期胃癌;^a:吸烟和饮酒程度使用 Brinkman 标准^[8]; ^b:使用 Fisher 精确概率法

表 2 SMEGC 与 SEGC 组的病理特征比较

项目	SMEGC 组	SEGC 组	统计量	P 值
例数	37	353		
肿瘤大小[cm, $M(P_{25},P_{75})$]	1.5(0.8,2.0)	1.5(1.0,2.4)	$U=4\,356.0$	0.495
垂直方位分布[例(%)]			$\chi^2=8.375$	0.015
胃上 1/3	6(16.2)	143(40.5)		
胃中 1/3	8(21.6)	55(15.6)		
胃下 1/3	23(62.2)	155(43.9)		
大体形态[例(%)]			$\chi^2=3.716$	0.156
隆起型	24(64.9)	172(48.7)		
平坦型	7(18.9)	83(23.5)		
凹陷型	6(16.2)	98(27.8)		
分化程度[例(%)]				0.389 ^a
分化型	37(100.0)	336(95.2)		
未分化型	0	17(4.8)		
侵犯深度[例(%)]			$\chi^2=0.174$	0.677
黏膜层	32(86.5)	296(83.9)		
黏膜下层	5(13.5)	57(16.1)		
幽门螺杆菌感染[例(%)]	13(35.1)	128(36.3)	$\chi^2=0.018$	0.892
萎缩性胃炎[例(%)]	18(48.6)	84(23.8)	$\chi^2=10.710$	0.001
肠上皮化生[例(%)]	30(81.1)	152(43.1)	$\chi^2=19.452$	<0.001
伴随溃疡[例(%)]	2(5.4)	33(9.3)		0.558 ^a

注:SMEGC 代表同时性多发性早期胃癌;SEGC 代表单发早期胃癌;^a:使用 Fisher 精确概率法

表 3 SMEGC 相关因素筛选结果(Logistic 回归;向前 LR 法)

相关因素	参数估计值	标准误	Wald χ^2 值	P 值	OR 值(95%CI)
病变位置					
胃中 1/3(与胃上 1/3 比较)	1.217	0.580	4.402	0.036	3.38(1.08~10.53)
胃下 1/3(与胃上 1/3 比较)	0.952	0.484	3.869	0.049	2.59(1.00~6.69)
肠上皮化生	1.477	0.463	10.163	0.001	4.38(1.77~10.86)
萎缩性胃炎	0.805	0.420	3.675	0.043	2.24(1.04~5.07)
常量	-4.122	0.533	59.817	<0.001	

注:SMEGC 代表同时性多发性早期胃癌

(16/26)],并通过多因素分析发现萎缩性胃炎是 SMEGC 的独立危险因素。本研究中,多因素 Logistic 回归分析发现,病变位于胃中 1/3、胃下 1/3,以及存在肠上皮化生和萎缩性胃炎均是 SMEGC 的独立危险因素,与上述文献报道结果相符。

众所周知,HP 感染是胃癌发生的危险因素。虽然韩国一项前瞻性研究表明,接受 HP 根除治疗的早期胃癌患者与接受安慰剂的患者相比,异时性胃癌的患病风险降低,胃体腺体萎缩程度较基线水平有较大改善^[13],但也有研究结果显示,HP 感染与 SMEGC 无关,如 Lim 等^[14]的研究发现 HP 感染在 SMEGC 患者中比 SEGC 患者更加少见(50.9%比 56.2%, $P<0.05$)。在本研究中,SMEGC 组与 SEGC 组比较,HP 感染占比组间差异无统计学意义

(35.1%比 36.3%),提示 HP 感染并不是 SMEGC 的危险因素。

总之,本研究结果提示,内镜术者应警惕病变位于胃中、下 1/3,病理提示存在肠上皮化生、萎缩性胃炎的患者,这部分患者可能是 SMEGC 的高危人群。对于存在上述危险因素的患者,建议在内镜切除术后进行细致的内镜评估和密切的内镜复查。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] 北京市科委重大项目《早期胃癌治疗规范研究》专家组. 早期胃癌内镜下规范化切除的专家共识意见(2018,北京)[J]. 中华胃肠内镜电子杂志,2018,5(2):49-60. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-7157.2018.02.001.
[2] Isobe T, Hashimoto K, Kizaki J, et al. Characteristics and progno-

- sis of synchronous multiple early gastric cancer [J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(41): 7154-7159. DOI: 10.3748/wjg.v19.i41.7154.
- [3] Kato M, Nishida T, Yamamoto K, et al. Scheduled endoscopic surveillance controls secondary cancer after curative endoscopic resection for early gastric cancer: a multicentre retrospective cohort study by Osaka University ESD study group [J]. Gut, 2013, 62(10): 1425-1432. DOI: 10.1136/gutjnl-2011-301647.
- [4] Kim JH, Jeong SH, Yeo J, et al. Clinicopathologic similarities of the main and minor lesions of synchronous multiple early gastric cancer [J]. J Korean Med Sci, 2016, 31(6): 873-878. DOI: 10.3346/jkms.2016.31.6.873.
- [5] Moertel CG, Barga JA, Soule EH. Multiple gastric cancers; review of the literature and study of 42 cases [J]. Gastroenterology, 1957, 32(6): 1095-1103.
- [6] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition [J]. Gastric Cancer, 2011, 14(2): 101-112. DOI: 10.1007/s10120-011-0041-5.
- [7] The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002 [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58(6 Suppl): S3-43. DOI: 10.1016/s0016-5107(03)02159-x.
- [8] Brinkman GL, Coates EO Jr. The effect of bronchitis, smoking, and occupation on ventilation [J]. Am Rev Respir Dis, 1963, 87(5): 684-693. DOI: 10.1164/arrd.1963.87.5.684.
- [9] Zhao B, Mei D, Luo R, et al. Clinicopathological features, risk of lymph node metastasis and survival outcome of synchronous multiple early gastric cancer [J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2020, 44(6): 939-946. DOI: 10.1016/j.clinre.2020.02.004.
- [10] Peng J, Wang Y. Epidemiology, pathology and clinical management of multiple gastric cancers: a mini-review [J]. Surg Oncol, 2010, 19(4): e110-114. DOI: 10.1016/j.suronc.2010.05.002.
- [11] Nitta T, Egashira Y, Akutagawa H, et al. Study of clinicopathological factors associated with the occurrence of synchronous multiple gastric carcinomas [J]. Gastric Cancer, 2009, 12(1): 23-30. DOI: 10.1007/s10120-008-0493-4.
- [12] Nam HS, Kim HW, Choi CW, et al. Characteristics of overlooked synchronous gastric epithelial neoplasia after endoscopic submucosal dissection [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(39): e12536. DOI: 10.1097/MD.00000000000012536.
- [13] Choi IJ, Kook MC, Kim YI, et al. Helicobacter pylori therapy for the prevention of metachronous gastric cancer [J]. N Engl J Med, 2018, 378(12): 1085-1095. DOI: 10.1056/NEJMoa1708423.
- [14] Lim JH, Kim SG, Choi J, et al. Risk factors for synchronous or metachronous tumor development after endoscopic resection of gastric neoplasms [J]. Gastric Cancer, 2015, 18(4): 817-823. DOI: 10.1007/s10120-014-0438-z.

(收稿日期: 2020-06-08)

(本文编辑: 顾文景)

· 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

ERCP(经内镜逆行胰胆管造影术)	MRCP(磁共振胰胆管成像术)	PaO ₂ (动脉血氧分压)
EST(经内镜乳头括约肌切开术)	GERD(胃食管反流病)	PaCO ₂ (动脉血二氧化碳分压)
EUS(内镜超声检查术)	RE(反流性食管炎)	ALT(丙氨酸转氨酶)
EUS-FNA(内镜超声引导下细针抽吸术)	IBD(炎症性肠病)	AST(天冬氨酸转氨酶)
EMR(内镜黏膜切除术)	UC(溃疡性结肠炎)	AKP(碱性磷酸酶)
ESD(内镜黏膜下剥离术)	NSAIDs(非甾体抗炎药)	IL(白细胞介素)
ENBD(经内镜鼻胆管引流术)	PPI(质子泵抑制剂)	TNF(肿瘤坏死因子)
ERBD(经内镜胆道内支架放置术)	HBV(乙型肝炎病毒)	VEGF(血管内皮生长因子)
APC(氩离子凝固术)	HBsAg(乙型肝炎病毒表面抗原)	ELISA(酶联免疫吸附测定)
EVL(内镜下静脉曲张套扎术)	Hb(血红蛋白)	RT-PCR(逆转录-聚合酶链反应)
EIS(内镜下硬化剂注射术)	NO(一氧化氮)	

erbe

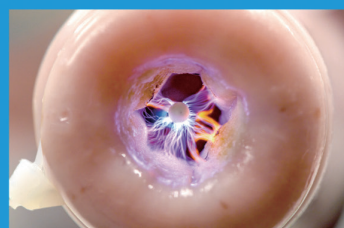
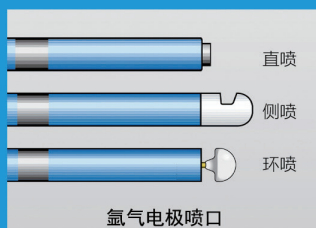
广告

氩气电极 (FiAPC 探头)

- ☑ 一次性使用，抗折性佳
- ☑ 起弧距离好，低功率起弧
- ☑ 器械自动识别，即插即用
- ☑ 工作参数自动存储
- ☑ 双重过滤功能，加强患者保护性
- ☑ APC电极末端气体压力自动保持恒定
- ☑ APC电极末端ERBE色环标记
- ☑ 与ERBE所有内镜氩气刀兼容
- ☑ 1.5mm, 2.3mm等不同直径氩气电极可选

禁忌内容或注意事项详见说明书

用于高频手术中对血管、组织进行止血和消融



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 20163250794 (氩气电极)
沪械广审(文)第250729-08795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



一次性内窥镜超声吸引活检针 NA-U200H系列



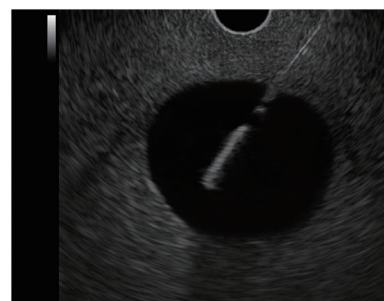
穿刺针不易变形

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