

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7月 第38卷 第7期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 38 Number 7
July 2021



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232

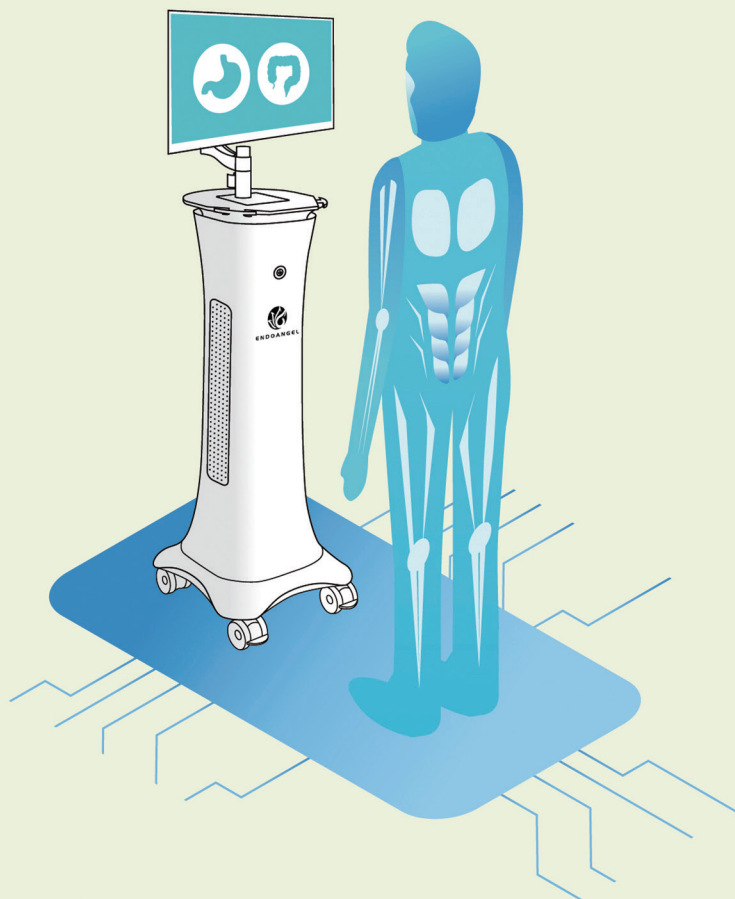


广告

消化道

辅助监测软件

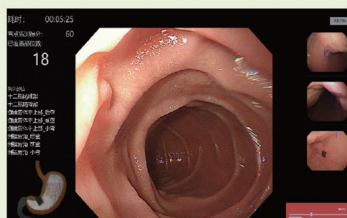
自动识别上下消化道，开始监测



产品介绍



胃功能



胃26部位
盲区监测



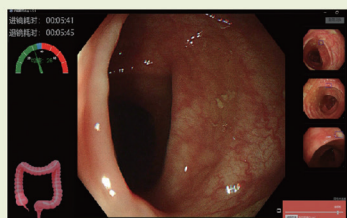
操作情况
实时评分



图文自动
存储系统



肠功能



回盲部
自动识别



进镜时间和
退镜时间监测



肠镜
退镜速度监测



图文自动
存储系统

产品特点

直观

显示各项质控指标
实时点亮 相应部位

规范

缩短培训周期
大幅度提高临床操作规范性

智能

AI 赋能
减少漏诊误诊

贴心

图文自动存储系统
数据永久储存 防止漏图丢图

武汉楚精灵医疗科技有限公司
Wuhan ENDOANGEL Medical Technology Co.,LTD
Add: 湖北省武汉市洪山区武汉大学珞珈创意园（银泰创意城）2005室

楚精灵（湖南）医疗科技有限公司
ENDOANGEL (Hunan) Medical Technology Co.,LTD
Add: 湖南省长沙市芙蓉区隆平科技园雄天路118号1号孵化楼1212室

Tel: 027-87053935
E-mail: info@ai-endoangel.com

禁忌内容或者注意事项详见说明书，请仔细阅读说明书后使用。
注册证号：湘械注准20202211066 湘械广审（文）第250601-00286号

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7期 2021年7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

中国胃肠间质瘤内镜下诊治专家共识(2020, 北京) 505

中华医学会消化内镜学分会消化内镜隧道技术协作组

中国医师协会内镜医师分会 北京医学会消化内镜学分会

专家论坛

咽部浅表癌的内镜下诊断与治疗进展 515

赵子樱 初元 徐美东

胃肠胰神经内分泌肿瘤的内镜诊治进展 522

薛冰艳 柏建安 朱国琴 李晓林 周逸婵 徐瑞彤 顾丹阳 田野

范志宁 汤琪云

论 著

内镜治疗较大胃间质瘤的安全性及长期疗效的多中心回顾性

分析 527

姜雨婷 江思芮 付凤琴 梁玮 何利平 彭如洁 郑晓玲

内镜全层切除术与外科手术切除胃巨大间质瘤的对照性

分析(含视频) 535

卢英姿 郑庆芬 刘丹 杨荟玉 孔令建 李德亮 赵丽霞

Saif Ullah 刘冰熔

内镜黏膜下挖除术与全层切除术治疗腔内生长胃间质瘤的

疗效及安全性比较 540

孟睿 徐桂芳 周林 黄静雯 倪牧含 秦睿璐 王雷

橡皮圈组织夹内牵引辅助在内镜黏膜下剥离术治疗结直肠

病变中的应用(含视频) 545

刘冠伊 戎龙 郭新月 蔡云龙 牟卫东 张继新

幽门螺杆菌阴性早期胃癌的内镜及组织学特点分析 551

苏惠 金鹏 杨浪 何玉琦 赵晓军 王海红 李娜 盛剑秋

内镜超声在非确定性胆总管结石经内镜逆行胰胆管造影

术前的应用价值 556

吴晓露 王震宇

内镜下乳头球囊扩张术治疗胆总管结石并发十二指肠乳头

出血的危险因素分析(含视频) 560

方宇韬 沈红璋 金杭斌 杨建峰 张筱凤

磁控胶囊内镜对服用肠溶阿司匹林老年患者上消化道出血

风险评估的价值探讨 565

王艳 高峰 刘心娟 张晓云 李宁 高颖新 郝建宇

短篇论著

胃间质瘤内镜超声征象与病理危险分级的相关性研究	569
李梦颖 王凤 齐健	

病例报道

内镜诊治胃微小神经内分泌肿瘤一例	573
倪丽 吕涛 周美汛 Seto Wai Kay	
疑诊为胃间质瘤的低分化腺癌一例	575
张平平 宋英晓 董元航 陈翠 罗天航 薛绪潮 杜奕奇	

综 述

内镜黏膜下剥离术治疗十二指肠病变研究进展	577
严博 沈磊	
内镜超声引导下支架引流术治疗胰腺包裹性坏死研究进展	582
瞿伊晨 杨建锋 张筱凤	

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	572
插页目次	534
《中华消化内镜杂志》第六届编委会编委名单	564
《中华消化内镜杂志》第六届编委会通讯编委名单	564
《中华消化内镜杂志》稿约	586

本期责任编辑 钱程

· 论著 ·

内镜下乳头球囊扩张术治疗胆总管结石并发十二指肠乳头出血的危险因素分析(含视频)



扫码查看视频

方宇韬¹ 沈红璋² 金杭斌² 杨建锋² 张筱凤²¹浙江中医药大学第四临床医学院, 杭州 310053; ²浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院消化内科 310006

通信作者: 张筱凤, Email: zxf837@tom.com

【摘要】 目的 探讨内镜下乳头球囊扩张术(endoscopic papillary balloon dilatation, EPBD)治疗胆总管结石并发十二指肠乳头出血的危险因素。**方法** 回顾性分析杭州市第一人民医院 2016 年 1 月—2019 年 12 月收治的 411 例因胆总管结石行 EPBD 的患者临床资料,按球囊扩张后是否出现十二指肠乳头出血分为出血组和非出血组,采用单因素及 Logistic 回归分析筛选十二指肠乳头出血的危险因素。**结果** 411 例行 EPBD 治疗的患者中,29 例(7.1%)发生十二指肠乳头出血。单因素分析显示出血组和非出血组患者在球囊扩张直径 ≥ 1.2 cm 占比($P=0.001$)、乳头括约肌切开占比($P=0.002$)及切开长度($P<0.001$)方面差异有统计学意义。多因素 Logistic 回归分析显示切开长度($OR=69.771$, 95% CI : 7.544~645.296, $P<0.001$)是 EPBD 并发十二指肠乳头出血的独立危险因素,球囊扩张直径 ≥ 1.2 cm ($OR=0.192$, 95% CI : 0.071~0.524, $P=0.001$)是 EPBD 并发十二指肠乳头出血的保护因素。**结论** 乳头括约肌切开长度是 EPBD 并发十二指肠乳头出血的独立危险因素。大球囊扩张治疗胆总管结石安全,可减少十二指肠乳头出血发生率。

【关键词】 胆总管结石病; 危险因素; 内镜下乳头球囊扩张术; 十二指肠乳头出血; 内镜止血

基金项目:浙江省医疗卫生科技计划(WKJ-ZJ-2136); 杭州市医药卫生科技项目(OO20190610, A20200174)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20201106-00685

Risk factors of duodenal papilla hemorrhage after endoscopic papillary balloon dilatation for choledocholithiasis (with video)

Fang Yutao¹, Shen Hongzhang², Jin Hangbin², Yang Jianfeng², Zhang Xiaofeng²

¹The Fourth Clinical School of Medicine, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China;

²Department of Gastroenterology, Hangzhou First People's Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310006, China

Corresponding author: Zhang Xiaofeng, Email: zxf837@tom.com

【Abstract】 Objective To investigate the risk factors of duodenal papilla hemorrhage after endoscopic papillary balloon dilatation (EPBD) for choledocholithiasis. **Methods** Clinical data of 411 cases of choledocholithiasis treated by EPBD in Hangzhou First People's Hospital from January 2016 to December 2019 were analyzed retrospectively. Based on the development of hemorrhage after EPBD, patients were divided into the hemorrhage group and the non-hemorrhage group. The risk factors of hemorrhage after EPBD were analyzed by single and Logistic regression. **Results** Among 411 patients who received EPBD, 29 patients had EPBD-related duodenal papilla hemorrhage and the overall incidence was 7.1%. Univariate analysis showed that there were significant differences between the hemorrhage group and the non-hemorrhage group in diameter ≥ 1.2 cm of balloon dilation ($P=0.001$), endoscopic sphincterotomy (EST) ($P=0.002$) and the incision length of EST ($P<0.001$). Logistic regression analysis showed that the incision length of

EST ($OR = 69.771$, $95\%CI: 7.544-645.296$, $P < 0.001$) was the independent risk factor for duodenal papilla hemorrhage after EPBD. Diameter ≥ 1.2 cm of balloon dilation ($OR = 0.192$, $95\%CI: 0.071-0.524$, $P = 0.001$) was a protective factor. **Conclusion** The incision length of EST is an independent risk factor of duodenal papilla hemorrhage after EPBD. Endoscopic papillary large balloon dilation is a protective factor for postoperative hemorrhage, which can reduce the incidence of bleeding.

【Key words】 Choledocholithiasis; Risk factor; Endoscopic papillary balloon dilatation; Duodenal papilla hemorrhage; Endoscopic hemostasis

Fund program: Medical Health Science and Technology Project in Zhejiang Province (WKJ-ZJ-2136); Medical Health Science and Technology Project in Hangzhou (0020190610, A20200174)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20201106-00685

胆总管结石是胆管系统常见疾病。经内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)作为一种相对安全有效的微创治疗技术,目前已广泛应用于各种胆胰疾病的诊断和治疗,基于 ERCP 的内镜下乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)和内镜下乳头球囊扩张术(endoscopic papillary balloon dilation, EPBD)也越来越多地用于胆总管结石的治疗。目前,学者对于 ERCP 并发出血做了大量研究,但着重于研究 EPBD 并发症的报道较少,本研究回顾分析我院行 EPBD 治疗的胆总管结石患者资料,探讨 EPBD 治疗胆总管结石并发出血的危险因素。

资料与方法

1.一般资料:收集杭州市第一人民医院 2016 年 1 月—2019 年 12 月行 EPBD 治疗胆总管结石的患者资料。纳入标准:所有患者根据临床表现、磁共振胰胆管成像术(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)、CT、超声等检查确诊胆总管结石或 ERCP 术中确诊胆总管结石。排除标准:术前凝血功能障碍,术前使用抗凝剂、抗血小板药物患者;术前血压不稳、合并胆道感染、胰腺炎、严重心肺功能障碍者;有穿孔、胰腺炎等其他并发症者。

2.手术过程:使用电子十二指肠镜(日本 Olympus JF260)行常规 ERCP,导丝选择性胆管插管造影,判定胆总管情况及结石情况(如大小、数目、有无憩室,有无结石嵌顿)。根据结石大小及胆总管下段直径选择适宜直径的球囊,插入球囊导丝,沿导丝将柱状球囊置入胆总管内,缓慢加压扩张气囊,直至气囊腰部在 X 线监视下消失,联合 EST 者在球囊扩张前,在 11~12 点钟方向行乳头行切开, (切开长度大于 0.5 cm 为大切开),之后逐渐增加气囊的压力,直至达到预期的扩张直径,一般扩张

30 s~1 min,使乳头充分扩张,然后球囊减压,退出球囊,用取石网篮或球囊取石,结石取出困难时,可采用机械碎石后取石,术后常规行经内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD),3~5 d 后再次造影复查有无结石,确认结石取净后拔除鼻胆管。

3.观察指标:年龄、性别、术前肝功能、血常规等,合并疾病,胆道情况(胆总管直径、结石大小及数目,有无结石嵌顿,有无憩室旁乳头),术中取石情况(球囊扩张直径、有无 EST、EST 长度、机械碎石使用情况)。并发出血情况:(1)术中出血:即操作过程中可见十二指肠乳头出血;(2)术后出血:即术后数小时甚至数周现呕血、黑便等症状,鼻胆管见血性引流液,辅助检查提示血红蛋白下降 ≥ 2 g/L 并排除其他原因的出血,或内镜下明确十二指肠乳头出血。

4.统计学方法:采用 SPSS 25 统计学软件,正态分布计量资料以 $Mean \pm SD$ 表示,组间资料比较采用两样本 t 检验,非正态分布计量资料以中位数(四分位数间距)表示,组间资料比较采用秩和检验;计数资料以例数(%)表示,组间资料比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验。将单因素分析有意义的因素($P < 0.05$)纳入 Logistic 多因素回归分析,以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

1.出血情况:29 例患者发生出血,其中 28 例为术中内镜下可见渗血或出血,1 例为术后出血。28 例术中出血患者中,4 例患者出血未予以特殊处理,出血停止,其余 24 例患者均予以内镜下止血成功,其中注射用矛头蝮蛇血凝酶注射 12 例,1:1 000 肾上腺素注射 8 例,止血夹 2 例,止血夹联合 1:1 000 肾上腺素 1 例,支架置入 1 例。1 例术后出血患者

表现为术后黑便,血红蛋白下降 2 g/L 以上,该患者有肾病透析病史,予以输血治疗,患者自动出院。

2.单因素分析:单因素分析结果显示两组患者年龄、性别、有无糖尿病、高血压、肝硬化、慢性肾病、胆胰恶性肿瘤、胆囊结石、胃肠改道术、十二指肠乳头憩室、结石嵌顿、结石大小、术前红细胞、白细胞、血红蛋白、血淀粉酶、超敏 C 反应蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素水平、手术时间及机械碎石占比差异无统计学意义($P>0.05$);球囊扩张直径 ≥ 1.2 cm 占比($P=0.001$)、行 EST 占比($P=0.002$)及 EST 长度($P<0.001$)方面差异有统计学意义(表 1)。

3.多因素 Logistic 回归分析:多因素 Logistic 回归分析显示,EST 长度是 EPBD 术后并发出血的独立危险因素($OR=69.771$, 95% $CI: 7.544 \sim 645.296$, $P<0.001$);扩张球囊直径 ≥ 1.2 cm ($OR=0.192$, 95% $CI: 0.071 \sim 0.524$, $P=0.001$)是 EPBD 并发十二指肠乳头

出血的保护因素(表 2)。

讨 论

我国胆总管结石患病率为 8%~10%^[1]。内镜下治疗现已逐步取代外科手术成为治疗胆总管结石的首选方法,EST 通过切开 Oddi 括约肌取石,成功率可达 85%~96%,但它涉及乳头括约肌的切开,易导致出血、穿孔等急性不良事件。EPBD 由 Staritz 等^[2]首次报道应用,用球囊对十二指肠乳头进行扩张。内镜下十二指肠乳头大球囊扩张术(endoscopic papillary large balloon dilatation, EPLBD)则是应用较大球囊(直径 ≥ 1.2 cm)扩张乳头开口,获得较大的胆管开口,使得结石相对容易取出。理论上,乳头小切开后实施球囊扩张,可为扩张提供方向引导,使得胆管开口的扩大更加充分有效,进而使大结石更加容易取出,提高取石成功率,减少机械碎石率^[3],因此很多学者提出了 EST+EPBD。

表 1 胆总管结石患者内镜下乳头球囊扩张并发出血的单因素分析

项目	出血组($n=29$)	非出血组($n=382$)	统计量值	P 值
年龄(岁, $Mean \pm SD$)	69.2 $\pm$ 13.1	66.4 $\pm$ 15.8	0.863	0.388
性别(女/男)	14/15	179/203	0.022	0.883
高血压[例(%)]	13(44.8)	129(33.8)	1.458	0.227
肝硬化[例(%)]	0	9(2.4)		1.000 ^a
肾病[例(%)]	1(3.4)	9(2.4)		0.523 ^a
恶性肿瘤[例(%)]	3(10.3)	20(5.2)	0.540	0.462
糖尿病[例(%)]	6(20.7)	53(13.9)	0.539	0.463
胃肠改道术后[例(%)]	0	34(8.9)	1.763	0.184
合并胆管结石或胆囊切除术后[例(%)]	12(41.4)	154(40.3)	0.013	0.910
十二指肠乳头憩室[例(%)]	13(44.8)	111(29.1)	3.182	0.074
合并结石嵌顿[例(%)]	2(6.9)	6(1.6)		0.103 ^a
胆管结石直径[cm, $M(QR)$]	0.9(0.7)	1.0(0.9)	0.873	0.383
胆总管结石 >1 cm[例(%)]	14(48.3)	212(55.5)	0.568	0.451
球囊扩张直径 ≥ 1.2 cm[例(%)]	5(17.2)	192(50.3)	11.776	0.001
胆总管直径[cm, $M(QR)$]	1.1(0.4)	1.3(0.6)	1.863	0.062
手术时间[min, $M(QR)$]	20.8(13.8)	21.9(16.9)	0.340	0.743
机械碎石[例(%)]	4(13.8)	55(14.4)	<0.001	1.000
EST[例(%)]	28(96.6)	265(69.4)	9.729	0.002
EST 切开长度[cm, $M(QR)$]	0.3(0.2)	0.3(0.3)	3.501	<0.001
术前白细胞计数($\times 10^9/L$, $Mean \pm SD$)	6.7 $\pm$ 3.5	7.0 $\pm$ 3.6	0.773	0.440
术前红细胞计数($\times 10^{12}/L$, $Mean \pm SD$)	3.9 $\pm$ 0.7	4.1 $\pm$ 0.3	1.267	0.205
术前血红蛋白含量(g/L, $Mean \pm SD$)	118.1 $\pm$ 22.4	121.9 $\pm$ 24.7	1.260	0.208
术前超敏 C 反应蛋白[mg/L, $M(QR)$]	36.2(60.7)	10.5(46.0)	0.709	0.478
术前谷丙转氨酶[U/L, $M(QR)$]	104.0(141.0)	65.0(121.3)	1.464	0.143
术前谷草转氨酶[U/L, $M(QR)$]	52.0(67.0)	38.0(55.0)	1.850	0.064
术前总胆红素[$\mu\text{mol/L}$, $M(QR)$]	27.2(40.9)	25.6(34.6)	1.284	0.199
术前血淀粉酶[U/L, $M(QR)$]	62.0(64.0)	60.0(44.0)	0.527	0.598

注: EST 指经内镜乳头括约肌切开术; ^a表示采用 Fisher 精确概率法

表 2 胆总管结石内镜下乳头球囊扩张并出血的多因素 Logistic 回归分析

相关因素	B 值	Wald 值	P 值	OR 值	95% CI
切开长度 (cm)	4.245	13.99	<0.001	69.771	7.544~645.296
球囊扩张直径 ≥ 1.2 cm	1.649	10.383	0.001	0.192	0.071~0.524

球囊扩张术后出血发生率为 0~0.5%^[4-5], EPBD 术后出血考虑与扩张引起乳头括约肌肌层内血管撕裂有关。国内外对 ERCP 术后出血做了大量研究,但未着重关注 EPBD,文献报道 ERCP 术后出血的确定危险因素包括:ERCP 术后 3 d 内使用抗凝剂、凝血功能障碍、ERCP 前胆管炎、内镜下括约肌切开术初期出血以及操作者操作水平^[6-8]。近来国内外等回顾性研究发现,EST(包括预切开、大切开)是 ERCP 术后出血的独立危险因素。多因素分析显示,EST 切口越长,术后出血的风险越高^[9-10]。国内一项前瞻性研究也发现 EST+EPBD 术中及术后出血率均高于 EPBD 组^[11],但并未分析切开长度与出血的关系。我们对 EPBD 术后乳头出血进行了研究,单因素分析显示,出血组与非出血组在行 EST、EST 长度、球囊扩张直径方面差异有统计学意义。多因素 Logistic 回归分析提示,EST 长度是独立危险因素,而球囊直径大于 1.2 cm 与术后出血呈负相关。85% 的患者十二指肠后动脉分支位于壶腹部开口 3 cm 以上,15% 的患者位于开口上 1 cm,因此,切开长度大于 1 cm 时,易损伤该血管引起出血,而且术中切开操作存在一定偏离可能,可增加该动脉的损伤;此外,胆胰间隔的距离 6~12 mm,切开长度若超过这一区域,可直接损伤血运丰富的胰实质而导致出血^[12]。本研究中多为小切开联合 EPBD,出血组与非出血组切开长度中位数均为 0.3 cm,即小切开亦增加了术后出血的风险,而且有前瞻性研究及 Meta 分析表明,单纯球囊扩张与联合乳头括约肌切开相比,两者取石效果相当^[4-5,11]。所以在行 EPBD 时,应避免切开,需要切开时,应特别注意主要乳头动脉供应的解剖,十二指肠乳头上 11 点至 1 点动脉密度最低处行括约肌切开术,操作时避免切过宽和控制切速,以减少出血风险。

国内外关于比较球囊直径与术后并发症的研究较少。2014 年 Fujisawa 等^[13]回顾性研究发现大球囊(>10 mm)与普通球囊(<10 mm)术后并发症发生率无差异。Akiyama 等^[14]也发现 8 mm、10 mm 的球囊扩张术后短期并发症发生率并无明显差异。2019 年韩国的一项回顾性研究表明,大于 15 mm 的

球囊会增加内镜下乳头大球囊扩张后发生致命不良事件的风险(1.6%比 0, $P=0.020$),小于 15 mm 球囊扩张组无致命不良事件发生,而在大于 15 mm 的球囊扩张组中发生 1 例严重出血和 2 例致命穿孔,在多变量分析中,使用大于 15 mm 球囊是发生严重至致命不良事件的唯一重要危险因素^[15]。目前尚无研究球囊直径与出血关系的研究,本研究发现,球囊扩张后出血组与非出血组球囊直径差异有统计学意义。Logistic 回归分析显示大球囊直径与并发出血呈负相关,证明了大球囊扩张的安全性,考虑球囊压迫有止血的作用。但球囊直径与术后出血的关系尚需更多高质量的数据支持,有待进一步研究。

综上所述,EST 长度是 EPBD 术后出血的独立危险因素,应严格掌握 EST 适应证以及禁忌证,行 EPBD 时避免切开,术中需行 EST 者,选择合理的切开方式及长度。大球囊扩张治疗胆总管结石安全,可减少十二指肠乳头出血发生率。EPBD 术后出血及时采取止血措施,内镜下止血安全有效。但本研究为单中心研究,样本量偏小,因此也存在一定的局限性,还需高质量大样本多中心数据,以进一步明确 EST 以及球囊直径对出血的影响。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 徐成, 吐尔干艾力·阿吉. 内镜治疗胆总管结石的研究进展[J]. 医学综述, 2019, 25(7): 1416-1420, 1425. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2084.2019.07.032.
- [2] Staritz M, Ewe K, Meyer zum Büschenfelde KH. Endoscopic papillary dilatation, a possible alternative to endoscopic papillotomy[J]. Lancet, 1982, 1(8284): 1306-1307. DOI: 10.1016/s0140-6736(82)92873-2.
- [3] 周贤斌, 叶丽萍, 张玉, 等. 内镜下乳头括约肌小切开联合球囊扩张术治疗肝硬化合并胆总管结石的疗效观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2014, 31(12): 708-712. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2014.12.006.
- [4] Park JS, Jeong S, Lee DK, et al. Comparison of endoscopic papillary large balloon dilation with or without endoscopic sphincterotomy for the treatment of large bile duct stones[J]. Endoscopy, 2019, 51(2): 125-132. DOI: 10.1055/a-0639-5147.
- [5] Liu P, Lin H, Chen Y, et al. Comparison of endoscopic papillary

- large balloon dilation with and without a prior endoscopic sphincterotomy for the treatment of patients with large and/or multiple common bile duct stones: a systematic review and meta-analysis [J]. Ther Clin Risk Manag, 2019, 15:91-101. DOI: 10.2147/TCRM.S182615.
- [6] Szary NM, Al-Kawas FH. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: how to avoid and manage them [J]. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2013, 9(8):496-504.
- [7] Oh HC, El Hajj II, Easler JJ, et al. Post-ERCP bleeding in the era of multiple antiplatelet agents [J]. Gut Liver, 2018, 12(2): 214-218. DOI: 10.5009/gnl17204.
- [8] Guda NM, Reddy DN, Kumar A. Complications of ERCP [J]. Indian J Gastroenterol, 2014, 33 (1): 1-9. DOI: 10.1007/s12664-013-0383-5.
- [9] Bae SS, Lee DW, Han J, et al. Risk factor of bleeding after endoscopic sphincterotomy in average risk patients [J]. Surg Endosc, 2019, 33(10):3334-3340. DOI: 10.1007/s00464-018-06623-8.
- [10] 宗伟, 李玉龙, 万兵兵, 等. 内镜逆行胰胆管造影术后出血危险因素分析 [J]. 陕西医学杂志, 2019, 48 (6): 774-777. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7377.2019.06.025.
- [11] 单纯经内镜乳头球囊扩张术治疗胆总管结石的价值 [J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 37(6):425-428. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20190929-00182.
- [12] 杨建锋, 张啸. 内镜下十二指肠乳头括约肌切开并发出血的原因、处理及预防 [J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(7): 386-388. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2008.07.23.
- [13] Fujisawa T, Kagawa K, Hisatomi K, et al. Is endoscopic papillary balloon dilatation really a risk factor for post-ERCP pancreatitis? [J]. World J Gastroenterol, 2016, 22 (26): 5909-5916. DOI: 10.3748/wjg.v22.i26.5909.
- [14] Akiyama D, Hamada T, Isayama H, et al. Superiority of 10-mm-wide balloon over 8-mm-wide balloon in papillary dilation for bile duct stones: A matched cohort study [J]. Saudi J Gastroenterol, 2015, 21(4):213-219. DOI: 10.4103/1319-3767.161634.
- [15] Lee GH, Yang MJ, Kim JH, et al. Balloons larger than 15 mm can increase the risk of adverse events following endoscopic papillary large balloon dilation [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2019, 34 (8):1450-1453. DOI: 10.1111/jgh.14749.

(收稿日期:2020-11-06)

(本文编辑:钱程)

《中华消化内镜杂志》第六届编委会编委名单

(按姓名汉语拼音排序)

名誉总编辑: 李兆申

总 编 辑: 张澍田

副 总 编 辑: 令狐恩强

编 辑 委 员: 包 郁

杨爱明

金震东

邹晓平

郭学刚

任 旭

柴宁莉

陈明锴

陈卫刚

陈幼祥

崔 毅

党 彤

丁 震

高 峰

戈之铮

宫爱霞

龚 伟

郭 强

郭学刚

韩树堂

郝建宇

和水祥

胡 冰

胡 兵

黄留业

黄晓俊

黄永辉

冀 明

姜海行

姜慧卿

金震东

李 俊

李 鹏

李 锐

李 文

李 闻

李 汛

李红灵

李修岭

李延青

梁 玮

廖 专

凌亭生

令狐恩强

刘 俊

刘冰熔

刘德良

刘海峰

刘思德

刘晓岗

刘志国

吕富靖

麻树人

马颖才

梅浙川

年卫东

聂占国

潘阳林

彭贵勇

任 旭

戎 龙

沙卫红

盛剑秋

师水生

施瑞华

孙明军

孙思予

孙自勤

唐国都

唐秀芬

汪芳裕

王 东

王 雷

王 雯

王邦茂

王贵齐

王洛伟

王拥军

王震宇

王中华

韦 红

吴 齐

吴 晰

徐 红

许国强

许建明

许树长

杨爱明

杨少奇

杨玉秀

姚 方

于红刚

张 斌

张春清

张国梁

张澍田

张筱凤

赵 秋

赵晓晏

智发朝

钟 良

周平红

朱 宏

祝 荫

邹晓平

左秀丽

《中华消化内镜杂志》第六届编委会通讯编委名单

(按姓名汉语拼音排序)

柏 愚

柏健鹰

陈 洁

陈 平

陈 鑫

陈光勇

陈建勇

陈巍峰

程文芳

丁冠男

杜奕奇

樊祥山

方 莹

冯彦虎

高道键

贺德志

姜开通

金 鹏

雷宇峰

李 巍

李晓波

李运红

刘芝兰

梅 俏

孟文勃

齐 健

任洪波

沈 磊

孙 刚

孙 昊

覃山羽

唐彤宇

宛新建

汪 嵘

汪志明

吴 东

肖 君

徐桂芳

徐美东

许良璧

杨 卓

杨建锋

姚 炜

虞朝辉

占 强

张 磊

张发明

赵东强

郑晓玲

钟芸诗

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 静脉推注剂量无需调整, 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)



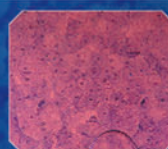
Beyond Imagination

- 超越想象

电子上消化道内镜 GIF-H290EC



常规观察



EC观察*

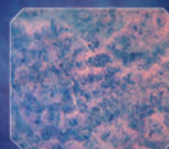
电子结肠内镜 CF-H290ECI



常规观察



放大观察



EC观察*

奥林巴斯内镜技术步入全新领域。

520倍光学放大, 实现对生命体内细胞的内镜观察。

高倍率、高精度图像, 为提高内镜诊断精度做出贡献。

EC观察*作为新的诊断模式, 为内镜诊断开拓全新视野。

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。
所有类似均基于本公司产品, 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。

* EC观察, 指使用EC内镜(Olympus Endocyt)进行的细胞观察。
电子上消化道内镜 国械注进20203060483
电子结肠内镜 国械注进20203060482
沪械广审(文)第251116-10907号
AD0067SV V01-2103