

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

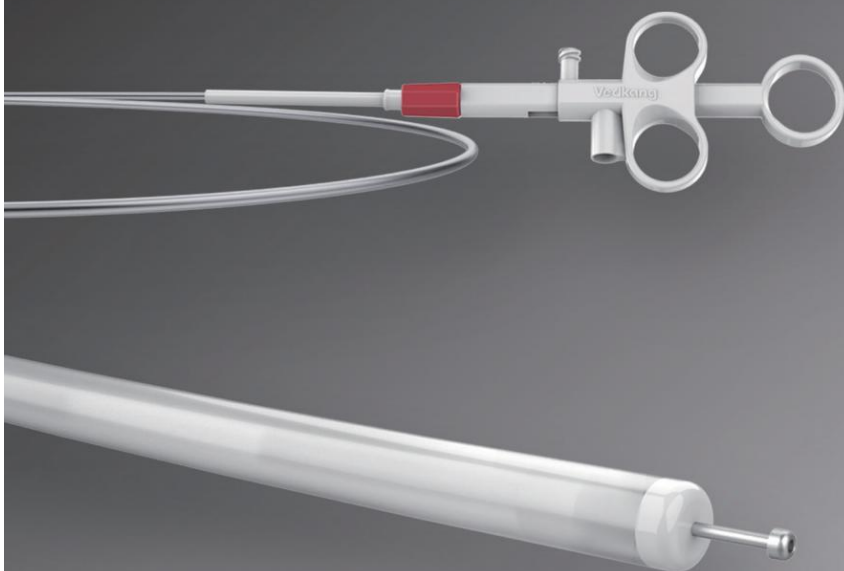


中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232





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

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

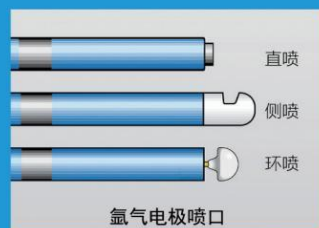
广告

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

- [11] Williams EJ, Taylor S, Fairclough P, et al. Risk factors for complication following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study[J]. *Endoscopy*, 2007, 39(9): 793-801. DOI: 10.1055/s-2007-966723.
- [12] Halttunen J, Meisner S, Aabakken L, et al. Difficult cannulation as defined by a prospective study of the Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE) in 907 ERCPs[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2014, 49(6): 752-758. DOI: 10.3109/00365521.2014.894120.
- [13] Tse F, Yuan Y, Moayyedi P, et al. Guide wire-assisted cannulation for the prevention of post-ERCP pancreatitis: a systematic review and meta-analysis[J]. *Endoscopy*, 2013, 45(8): 605-618. DOI: 10.1055/s-0032-1326640.
- [14] Kawakami H, Maguchi H, Mukai T, et al. A multicenter, prospective, randomized study of selective bile duct cannulation performed by multiple endoscopists: the BIDMEN study [J]. *Gastrointest Endosc*, 2012, 75(2): 362-372, 372.e1. DOI: 10.1016/j.gie.2011.10.012.
- [15] Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy[J]. *N Engl J Med*, 1996, 335(13): 909-918. DOI: 10.1056/NEJM199609263351301.
- [16] Ito K, Fujita N, Noda Y, et al. Can pancreatic duct stenting prevent post-ERCP pancreatitis in patients who undergo pancreatic duct guidewire placement for achieving selective biliary cannulation? A prospective randomized controlled trial [J]. *J Gastroenterol*, 2010, 45(11): 1183-1191. DOI: 10.1007/s00535-010-0268-7.

(收稿日期:2020-08-26)

(本文编辑:钱程)

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

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

复旦大学附属中山医院内镜中心, 上海 200032

通信作者: 张轶群, Email: zhang.yiqun@zs-hospital.sh.cn

【摘要】 评估内镜超声引导下细针抽吸术(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration, EUS-FNA)诊断继发性胰腺肿瘤的有效性。回顾性分析 2015 年 1 月—2020 年 11 月在复旦大学附属中山医院内镜中心因胰腺占位性病变形 EUS-FNA, 且病理证实为继发性胰腺肿瘤的患者资料。统计患者的临床特征, 肿瘤 EUS 表现, 病理类型和分布, 以及后续治疗及随访情况。11 例患者经 EUS-FNA 最终诊断为继发性胰腺肿瘤, 其中肾脏来源 4 例, 肺来源 4 例, 结肠、乳腺、膀胱来源各 1 例。EUS 主要呈均匀低回声表现(10/11), 周围边界不清晰(6/11)。近半数患者(5/11)可在转移灶附近发现淋巴结肿大。转移灶诊断与原发肿瘤发现的时间跨度从 6 d 至 27 年不等。EUS-FNA 可有效诊断继发性胰腺肿瘤。

【关键词】 超声检查, 介入性; 诊断; 胰腺肿瘤; 继发性肿瘤

基金项目:上海市卫生健康委员会青年基金(20194Y0138);复旦大学附属中山医院科研发展基金(2019ZSFZ28)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210208-00102

Efficacy of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration in the diagnosis of metastases to the pancreas: an analysis of 11 cases

Zhang Zhen, Chen Tianyin, Zhou Pinghong, Chen Weifeng, Li Quanlin, Hu Jianwei, Cai Mingyan, Xu Xiaoyue, Liu Yanbo, Zhang Yiqun

Endoscopy Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China

Corresponding author: Zhang Yiqun, Email: zhang.yiqun@zs-hospital.sh.cn

【Summary】 To evaluate the efficacy of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) for patients with metastases to the pancreas. Data on patients with pancreatic lesions who underwent EUS-FNA and confirmed as having metastases to the pancreas at the Endoscopy Center of Zhongshan Hospital, Fudan University from January 2015 to November 2020 were retrospectively

analyzed. Characteristics of patients, EUS performance, pathological results, and follow-up were reviewed and analyzed. A total of 11 patients were diagnosed of metastasis to pancreas by EUS-FNA. The primary tumor mainly came from kidney (4/11) and lung (4/11), and the rest from colon (1/11), breast (1/11) and bladder (1/11), respectively. EUS performance of metastases to the pancreas mostly presented homogeneous hypoecho (10/11) with unclear margin (6/11). Enlarged lymphnodes were noticed in nearly half of the patients (5/11). The time span from detection of primary tumor to metastases ranged from 6 days to 27 years. EUS-FNA is effective in the diagnosis of metastases to the pancreas.

【Key words】 Ultrasonography, interventional; Diagnosis; Pancreatic neoplasms; Secondary tumors

Fund program: Youth Fund of Shanghai Municipal Health Commission (20194Y0138); Research and Development Fund of Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University (2019ZSFZ28)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20210208-00102

胰腺是恶性肿瘤转移罕见的靶器官,但根据目前的文献统计,转移肿瘤在胰腺肿瘤中也超过了 2%^[1-4]。随着多学科会诊团队的发展,对于继发性胰腺肿瘤的治疗趋向精准化,虽然还是以保守治疗为主,但进行继发性肿瘤切除的手术也在日益增多^[5-7],因此明确诊断显得尤为重要。然而,继发性胰腺肿瘤往往无特征性影像学表现,单纯通过无创的影像学诊断存在一定难度^[8-9]。

内镜超声引导下细针抽吸术(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration, EUS-FNA)是一种内镜下介入性操作,因风险低、创伤小以及诊断率高,目前广泛用于胰腺肿瘤的术前及辅助治疗前诊断^[10-11]。有研究表明,EUS-FNA 诊断继发性胰腺肿瘤的准确率达 89%^[2],为进一步的治疗提供了坚实基础。本文回顾性分析我中心继发性胰腺肿瘤患者的临床特征、肿瘤 EUS 表现、病理类型和分布,以及后续治疗及随访等,探讨 EUS-FNA 诊断继发性胰腺肿瘤的临床效果。

一、资料与方法

收集 2015 年 1 月—2020 年 11 月在复旦大学附属中山医院内镜中心因胰腺占位性病行 EUS-FNA 且病理证实为继发性胰腺肿瘤的患者资料,包括年龄、性别、EUS 表现、病理类型、既往肿瘤史及治疗史、本次治疗方案及随访情况等,进行总结分析。

二、结果

本研究共纳入 11 例继发性胰腺肿瘤患者(表 1),其中男 6 例、女 5 例,年龄(58.9±7.7)岁(46~71 岁)。根据原发肿瘤部位来看,肾脏来源 4 例,肺来源 4 例,结肠、乳腺、膀胱来源各 1 例。转移灶诊断与原发肿瘤发现的时间跨度从 6 d 至 27 年不等。有 5 例患者因“胰腺占位性病变”就诊后发现了其他脏器的可疑转移灶。1 例肺神经内分泌癌(大细胞型为主)还转移到头皮及乳腺,2 例肾脏来源与 1 例结肠来源的患者均异时性发生其他脏器原发恶性肿瘤。除了 2 例肺神经内分泌肿瘤患者,其余患者均在发现原发肿瘤时进行了手术治疗,且在短期随访时间内未发现其他脏器的转移及淋巴结肿大。所有 11 例患者在确诊胰腺肿瘤后进行了化疗或靶向治疗,均未行手术。

从 EUS 表现来看,除了 1 例膀胱来源的转移灶呈现为不均匀低回声和高回声外(图 1),其余病灶均呈现为均匀低回声(图 2),且转移灶的边界大部分不清晰(6/11),其中最大的转移灶大小 45 mm×32 mm。此外,2 例肺神经内分泌癌、1 例结肠低分化腺癌、1 例乳腺癌及 1 例膀胱乳头状尿路上皮癌均在转移灶附近发现淋巴结肿大,而 4 例肾透明细胞癌和 2 例肺腺癌的转移灶附近未发现淋巴结肿大,详见表 1。

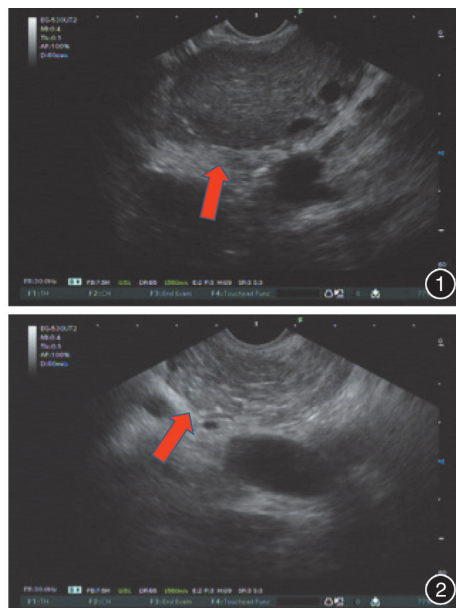


图 1 膀胱癌胰腺继发转移灶内镜超声下呈低回声不均匀占位表现,边界尚清 图 2 正常胰腺组织内镜超声下呈均匀、中等回声

讨论 EUS-FNA 作为目前公认的诊断胰腺疾病的一种安全、有效的介入性操作,已经在各大医疗机构广泛开展。本研究通过 EUS-FNA 诊断的继发性胰腺肿瘤发现,大部分患者集中在 45~70 岁年龄段,且大多既往有原发肿瘤的手术史(9/11),发现胰腺转移灶与发现原发病灶的时间跨度从 6 d 到 27 年不等,这与既往研究^[3]相似。

从 EUS 下表现来看,继发性胰腺肿瘤与原发胰腺肿瘤

表 1 11 例继发性胰腺肿瘤患者的临床资料及内镜超声检查结果

编号	性别	年龄 (岁)	肿瘤 原发 部位	转移灶与原 发肿瘤发现 的时间跨度	其他原 发肿瘤	其他转移灶	内镜超 声表现	胰腺病灶	肿瘤 边界	淋巴结 肿大	穿刺病理
1	女	46	肺	1 个月	无	头皮及乳腺	均匀低回声	多发	清	有	神经内分泌癌 (大细胞型)
2	女	62	结肠	20 个月	肺	肝脏	均匀低回声	尾部	不清	有	低分化腺癌
3	女	54	肾	11 年	无	脾脏及腹膜	均匀低回声	多发	不清	无	透明细胞癌
4	女	65	乳腺	27 年	无	肝脏	均匀低回声	头颈部	清	有	腺癌
5	女	56	肾	4 年	无	无	均匀低回声	多发	清	无	透明细胞癌
6	男	58	肺	2 年	无	无	均匀低回声	体部	不清	无	腺癌
7	男	63	肾	7 年	食管	无	均匀低回声	多发	清	无	透明细胞癌
8	男	59	肺	6 d	无	无	均匀低回声	颈部	不清	有	神经内分泌癌 (小细胞型)
9	男	71	肾	13 年	肺和直肠	无	均匀低回声	多发	清	无	肾细胞癌
10	男	68	肺	3 年	无	肝脏	均匀低回声	体尾部	不清	无	腺癌
11	男	46	膀胱	4 年	无	无	高和低回声	多发	不清	有	乳头状尿路上皮癌

的表现存在一定差异,前者多表现为多发,无囊肿潴留、主胰管扩张以及胰腺萎缩等,而清晰的边界也是继发性肿瘤的重要特征之一^[12-13]。本研究纳入的患者基本符合这几项特点,但肿瘤边界大多欠清,此类情况的发生可能与操作医师判断的经验有关,今后需要进一步研究及讨论来明确边界清晰的定义。转移瘤很少侵犯主胰管造成主胰管扩张、囊肿潴留及胰腺萎缩的特点可能与继发性肿瘤的增殖特性有关,需要进一步的动物实验探明其具体机制。此外,本研究发现巨大继发性肿瘤更常出现在体尾部,这种情况的发生可能与胰腺体尾部周围无其他脏器限制从而使肿瘤生长更为自由有关。

从原发灶及肿瘤病理来看,本研究中的病例最常见的来源分别是肾脏和肺,这与既往文献统计的结果相一致^[3]。从文献统计的病理分型来看,肾透明细胞癌是最常见的类型,本研究中 4 例原发的肾脏肿瘤病理也均为透明细胞癌。有猜测认为造成这种情况的原因是胰腺有支持透明细胞癌转移的生物学环境而非直接经血液转移^[14]。此外,我们发现近半数研究对象(5/11)在 EUS 下发现周围淋巴结肿大,由于未进行 FNA 明确肿大的性质,因此无法判断是否为转移性肿大。但是 4 例肾脏来源的转移灶周围均未发现淋巴结肿大,且除 1 例在继发肿瘤病灶临近的脾脏及腹膜发现转移灶外,均未发现其他脏器的转移灶,这一发现对前述的猜想有一定的支持作用。另外,有临床研究证实肾透明细胞癌转移至胰腺的单发病灶进行手术切除预后更佳^[15-16],说明了转移的局限性,这也从另一个侧面支持上述猜想,但是否有普遍意义需要大量的临床病例验证以及动物实验研究的支持。

本研究 4 例肺原发的病例中有 2 例为神经内分泌癌,其原发灶和转移灶几乎同期确诊。肺大细胞神经内分泌癌和小细胞癌具有相似的淋巴结转移率(60%~80%)及远处转移率(40%)^[17],恶性程度均非常高,这 2 例患者均可能在原发灶发生后短期内发生转移,并失去了手术的机会。另外,此 2 例患者行 EUS 时均发现了周围淋巴结肿大,根据神经内分泌癌的特性,考虑转移性肿大的可能性较大,但有待今后遇到类似病例时进行验证。

继发性胰腺肿瘤的来源除了肾脏和肺的肿瘤以外,主要还包括结肠、乳腺的肿瘤及黑色素瘤等,本研究中的病例基本涵盖了除黑色素瘤以外的常见原发部位,其中 1 例特殊病变为膀胱乳头状尿路上皮癌转移,经过文献搜索后仅见 2 例个案报道,1 例为 T1 期膀胱微乳头状癌患者经外科手术探查后明确为胰腺头部转移^[18],1 例为胰腺及肾移植术后,膀胱乳头状尿路上皮癌胰腺转移^[19]。尿路上皮恶性肿瘤胰腺转移极为罕见,尤其是孤立的胰腺转移灶,往往难以与胰腺原发肿瘤进行鉴别,需要通过病理进行明确,而 EUS-FNA 能够安全、高效地获得组织标本,高质量的 FNA 更能获得足够的样本量进行进一步的免疫组化检查甚至基因检测,为患者明确诊断及精准治疗提供了保障。

综上,继发性胰腺肿瘤是一种罕见的胰腺肿瘤,需要通过患者既往病史等明确诊断方向,其确诊对于治疗的选择具有重要意义。EUS-FNA 作为一种安全有效的手段,值得在可疑转移患者中进行推广。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] El HajjII, LeBlanc JK, Sherman S, et al. Endoscopic ultrasound-guided biopsy of pancreatic metastases: a large single-center experience[J]. Pancreas, 2013, 42 (3): 524-530. DOI: 10.1097/MPA.0b013e31826b3acf.

[2] Ardengh JC, Lopes CV, Kemp R, et al. Accuracy of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in the suspicion of pancreatic metastases[J]. BMC Gastroenterol, 2013, 13:63. DOI: 10.1186/1471-230X-13-63.

[3] Smith AL, Odronic SI, Springer BS, et al. Solid tumor metastases to the pancreas diagnosed by FNA: a single-institution experience and review of the literature[J]. Cancer Cytopathol, 2015, 123(6):347-355. DOI: 10.1002/cncy.21541.

[4] Hou Y, Shen R, Tonkovich D, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration diagnosis of secondary tumors involving pancreas: an institution's experience [J]. J Am Soc Cytopathol, 2018, 7 (5): 261-267. DOI: 10.1016/j.

- jasc. 2018. 03. 002.
- [5] Medina-Franco H, Halpern NB, Aldrete JS. Pancreaticoduodenectomy for metastatic tumors to the periampullary region [J]. J Gastrointest Surg, 1999, 3 (2): 119-122. DOI: 10.1016/s1091-255x(99)80019-5.
- [6] Law CH, Wei AC, Hanna SS, et al. Pancreatic resection for metastatic renal cell carcinoma: presentation, treatment, and outcome [J]. Ann Surg Oncol, 2003, 10 (8): 922-926. DOI: 10.1245/aso.2003.02.003.
- [7] Crippa S, Angelini C, Mussi C, et al. Surgical treatment of metastatic tumors to the pancreas: a single center experience and review of the literature [J]. World J Surg, 2006, 30 (8): 1536-1542. DOI: 10.1007/s00268-005-0464-4.
- [8] 许东奎, 赵平, 邵永孚, 等. 胰腺转移性肿瘤的诊治 [J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28 (4): 306-308. DOI: 10.3760/j.issn.0253-3766.2006.04.017.
- [9] 陈雷, 周正荣. 21 例胰腺转移性肿瘤的 CT 表现 [J]. 中国癌症杂志, 2011, 21 (1): 77-80. DOI: 10.3969/j.issn.1007-3969.2011.01.015.
- [10] Mizuno N, Hara K, Hijioka S, et al. Current concept of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration for pancreatic cancer [J]. Pancreatol, 2011, 11 (Suppl 2): 40-46. DOI: 10.1159/000323502.
- [11] Hasan MK, Hawes RH. EUS-guided FNA of solid pancreas tumors [J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2012, 22 (2): 155-167, vii. DOI: 10.1016/j.giec.2012.04.016.
- [12] Hijioka S, Matsuo K, Mizuno N, et al. Role of endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in diagnosing metastasis to the pancreas: a tertiary center experience [J]. Pancreatol, 2011, 11 (4): 390-398. DOI: 10.1159/000330536.
- [13] DeWitt J, Jowell P, Leblanc J, et al. EUS-guided FNA of pancreatic metastases: a multicenter experience [J]. Gastrointest Endosc, 2005, 61 (6): 689-696. DOI: 10.1016/s0016-5107(05)00287-7.
- [14] Sellner F, Tykalsky N, De Santis M, et al. Solitary and multiple isolated metastases of clear cell renal carcinoma to the pancreas: an indication for pancreatic surgery [J]. Ann Surg Oncol, 2006, 13 (1): 75-85. DOI: 10.1245/ASO.2006.03.064.
- [15] Adsay NV, Andea A, Basturk O, et al. Secondary tumors of the pancreas: an analysis of a surgical and autopsy database and review of the literature [J]. Virchows Arch, 2004, 444 (6): 527-535. DOI: 10.1007/s00428-004-0987-3.
- [16] Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, et al. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival [J]. J Urol, 2001, 165 (1): 20-22. DOI: 10.1097/00005392-200101000-00005.
- [17] Fasano M, Della Corte CM, Papaccio F, et al. Pulmonary large-cell neuroendocrine carcinoma: from epidemiology to therapy [J]. J Thorac Oncol, 2015, 10 (8): 1133-1141. DOI: 10.1097/JTO.0000000000000589.
- [18] Canter D, Simhan J, Smaldone MC, et al. Clinical Stage T1 micropapillary urothelial carcinoma presenting with metastasis to the pancreas [J]. Urology, 2012, 79 (2): e9-10. DOI: 10.1016/j.urol.2011.03.021.
- [19] Wang J, Talmon G, Kazmi SA, et al. Metastases from nested variant urothelial carcinoma of the urinary bladder in pancreatic allograft mimicking graft rejection [J]. J Clin Med Res, 2012, 4 (2): 145-148. DOI: 10.4021/jocmr798w.

(收稿日期:2021-02-08)

(本文编辑:朱悦)

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)

胡柯峰 叶国良 金燕平 丁勇 缪敏

宁波大学医学院附属医院消化内科 315020

通信作者:叶国良, Email: ndfygl@163.com



扫码查看视频

【摘要】 探讨内镜下双极电止血导管治疗胃窦毛细血管扩张症 (gastric antral vascular ectasia, GAVE) 的可行性及疗效。选择 6 例 2018 年 1 月—2019 年 12 月在宁波大学医学院附属医院确诊为 GAVE 的患者行内镜下双极电止血导管止血治疗, 观察手术情况及治疗效果。6 例患者均成功接受内镜下止血术, 手术时间 25~45 min, 平均 32 min。5 例患者仅予 1 次内镜下治疗, 1 例患者予 2 次内镜下治疗, 平均 1.17 次。无一例出现与内镜治疗相关的并发症。术后随访 2~25 个月, 平均 10.8 个月, 所有患者术后出血控制, 血红蛋白稳定, 无需反复输血, 复查胃镜提示病灶消退满意。内镜下双极电止血导管治疗 GAVE 安全可行, 具有一定的疗效。

【关键词】 胃窦血管扩张; 胃肠出血; 内镜下双极电止血导管

基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目 (2019ZH007, 2019KY191)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200402-00081

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: Zhushuyong 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(胃镜下 Forrest 分级 I~II)。
3. 用于降低成人胃和十二指肠溃疡出血内镜治疗后再次出血风险。

【规格】

40mg (按 $C_{17}H_{15}N_3O_5S$ 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 I~II 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小时内再次出血风险。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), 静脉注射时间应至少在3分钟以上。
20mg 剂量: 2.5ml 即一半的配置溶液 (8mg/ml), 静脉注射时间应至少在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 静脉推注剂量不需调整, 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)