

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

2023年5月 第40卷 第5期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 40 Number 5
May 2023



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第40卷 第5期 2023年5月20日出版



微信: xhnjw



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: xhnj@xhnj.com

http://www.zhdxhnjzz.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: xhnj@xhnj.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

2023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

胶囊内镜二十年之路 337

王元辰 廖专 李兆申

菁英论坛

内镜逆行副胰管造影的应用进展 343

张杰 胡良峰

论 著

磁控胶囊胃镜与传统胃镜对儿童胃及十二指肠检查的对比分析 ... 348

顾竹珺 刘海峰 林凯 冯玉灵 胡志红

磁控胶囊胃镜下贲门形态的影响因素初探 354

李宁 王艳 高颖新 李佳颐 邓宛青 郝建宇 刘心娟

内镜阴性烧心患者反流特征及其在探头式共聚焦激光显微内镜

下的表现分析 359

韩文婧 党彤 汤泊夫 孟宪梅 贾语婧

基于智能手机的实时远程快速现场评估在超声内镜引导细针

穿刺抽吸中的价值 365

李真 赵雨莎 苏鹏 王晓 贾晓青 王立梅 王鹏 左秀丽

李延青 钟宁

内镜人工智能诊断辅助系统对胃局灶性病变检出的应用

(含视频) 372

张梦娇 徐铭 吴练练 王君潇 董泽华 朱益洁 何鑫琦 陶道

杜泓柳 张晨霞 白宇彤 商任铎 李昊 匡浩 胡珊 于红刚

超声内镜引导下肝胃吻合术治疗肝门部与远端胆道梗阻的安全性

与有效性分析: 一项回顾性队列研究 379

颜鹏 倪牧含 沈永华 孟睿 王雷

内镜逆行胰胆管造影术后急性胆管炎的危险因素研究

及其列线图的构建 385

周永婕 苗龙 王海平 姜文凯 张磊 周文策

肝门胆管恶性梗阻患者肝脏有效引流体积对总体生存时间的

影响: 一项多中心研究 391

夏明星 潘阳林 蔡晓波 胡贤荣 吴军 高道键 王田田

陈萃 陆蕊 张婷 胡冰

短篇论著

- 磁压榨吻合技术治疗结直肠吻合及重建中的应用分析 397
李晶 卢桂芳 张苗苗 刘仕琪 严小鹏 马锋 任晓阳 孙学军 吕毅 和水祥 任牡丹
食管全周浅表癌内镜黏膜下剥离术后长期保留胃管对食管狭窄的预防及治疗作用 401
田野 薛成俊 李晓敏 肖泽泉 柏建安 阙敬保 龙琴 严丽军 王燕梅 汤琪云

病例报道

- 超声内镜明确儿童肝门部淋巴结肿大梗阻性黄疸 1 例 406
吴浩伟 张筱凤
内镜下食管支架置入联合补片治疗食管瘘 1 例 408
陈章涵 齐志鹏 贺东黎 郭琦 冯珍 陆品相 荆佳晨 钟芸诗
超声内镜引导下胰管穿刺术联合经内镜逆行副胰管造影术治疗胰腺分裂症 1 例 410
崔美荣 王凯旋 郭成莉 朱艳利 刘翠

综 述

- 早期胃癌淋巴结转移危险因素预测模型的研究进展 413
郭芷均 石岩岩 丁士刚
内镜逆行胰胆管造影术困难胆管插管方式的研究进展 417
李雪 邢洁 张倩 李鹏 张澍田

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2023 年可直接使用英文缩写的常用词汇 384
中华医学会系列杂志论文作者署名规范 390
《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 396

插页目次 353

本刊稿约见第 40 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 钱程

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxnjzz.com> 进行在线投稿。

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com



唐涌进



周 昊



顾文景



朱 悦



钱 程



许文立

(扫码添加编辑企业微信)

尿素^[13C]呼气试验诊断试剂盒

呼气查胃幽门螺杆菌^{Hp}无放射性



幽立显®简明处方资料:

【药品名称】

通用名称: 尿素^[13C]呼气试验诊断试剂盒

英文名称: Urea^[13C]Breath Test Kit

汉语拼音: Niaosu^[13C]Huqi Shiyan Zhenduan Shijihe

【适应症】

诊断胃幽门螺杆菌感染

【规格】

每瓶3.3g, 含尿素^[13C]50mg

每瓶5g, 含尿素^[13C]75mg

【性状】

本品为白色颗粒, 伴有橙橘气味和酸味。在水中易溶

【不良反应】

尚未见不良反应

【禁忌】

对本品任何成分过敏者禁用

【用法用量】

- 1、受试者应在早上空腹或禁食两小时以上受试。
- 2、在贴有标签纸的2个气袋上, 受试者填好所需资料。
- 3、受试者维持正常呼气, 将气体吹进气袋, 直至气袋饱满, 并立即扭紧气袋盖。此收集的为0分钟呼气。
- 4、受试者用80~100ml凉饮用水送服尿素^[13C]颗粒一瓶后, 静坐。
- 5、受试者按上述收集呼气方法, 收集服用尿素^[13C]后30分钟的呼气, 扭紧气袋盖。
- 6、将收集的0分钟、30分钟的呼口气袋, 在相应的仪器上进行^{13C}CO₂检测。
- 7、常用δ‰来表示测定结果, 称为千分差值。定义为:

$$\delta\text{‰} = \frac{{}^{13}\text{C}\text{-测定样品的同位素丰度} - {}^{13}\text{C}\text{-参比样品的同位素丰度}}{{}^{13}\text{C}\text{-参比样品的同位素丰度}} \times 1000$$

8、阳性判断值:

幽门螺杆菌的诊断, 通常以30分钟时样品中所测^{13C}-CO₂的δ‰减去零时的呼气样品的δ‰值的差表示, 即检测值δ‰_(30分钟)-δ‰_(0分钟)。阳性判断值≥4.0±0.4时, 可判定受试者为Hp阳性。

【执行标准】

国家食品药品监督管理总局国家药品标准YBH19362006-2015Z

【注意事项】

详见产品说明书

【批准文号】

国药准字H20061169

【药品上市许可持有人】

北京华恒安邦科技有限公司

【受托生产企业】

北京勃然制药有限公司

本广告仅供医学药学专业人士阅读

京药广审(文)第251105-00767号



·病例报道·

超声内镜明确儿童肝门部淋巴结肿大梗阻性黄疸 1 例

吴浩伟¹ 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, 杭州 310006

通信作者: 张筱凤, Email: zxf837@tom.com

【摘要】 儿童梗阻性黄疸病因复杂, 常规行超声、CT 等影像学检查可帮助诊断, 但是否需行内镜逆行胆管造影术(ERCP)引流, 不易判断。超声内镜用于诊断及治疗儿童梗阻性黄疸, 具有无创的优势, 往往可避免不必要的 ERCP。本文报道 1 例超声内镜确诊的梗阻性黄疸的病例, 为诊断及治疗儿童梗阻性黄疸提供新的思路。

【关键词】 黄疸, 阻塞性; 淋巴结; 腔内超声检查; 儿童

Obstructive jaundice caused by enlarged hilar lymph nodes confirmed by endoscopic ultrasonography: a case report

Wu Haowei¹, Zhang Xiaofeng²¹The Fourth Clinical Medicine School, Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310053, China;²Department of Gastroenterology, Affiliated Hangzhou First People's Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310006, China

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

患者女, 13 岁, 因“发热伴腹痛 3 d”就诊。患者无明显诱因出现发热, 体温最高达 39℃, 伴中上腹隐痛, 无腹泻便秘, 无恶心呕吐, 于外院查磁共振胰胆管成像(MRCP)提示胆总管局部管腔狭窄。出生史: 孕 1 育 1, 孕 40 周顺产, 出生时体重 3.1 kg, 阿氏(Apgar)评分 10 分, 无窒息抢救史, 新生儿期健康。母妊娠期体健, 无感染发热史。预防接种史按程序接种。入院后查体: 体温 36.3℃, 心率 67 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 109/68 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 皮肤巩膜轻度黄染, 中上腹压痛阳性, 余无特殊。辅助检查: 白细胞 11.28×10⁹/L, 中性粒细胞比率 0.89, 超敏 C 反应蛋白 57.01 mg/L, 降钙素原 0.78 ng/mL, 丙氨酸转氨酶 869 U/L, 天冬氨酸转氨酶 25 U/L, 总胆红素 67.1 μmol/L, 直接胆红素 43.7 μmol/L, 间接胆红素 23.0 μmol/L, 红细胞沉降率 28 mm/h, T-spot 阴性。MRCP 提示左右肝管汇合处下方肝总管局部稍狭窄(图 1)。肝脏 CT+增强提示肝门部胆管稍扩张(图 2)。影像学检查未能明确梗阻原因, 外院已提前做好术前检查, 为行 ERCP 至我院住院治疗。我院行超声内镜提示胆总管中下段可见胆管管腔狭窄, 腔外见一病灶, 以低回声为主, 大小约 1.86 cm×0.88 cm, 边界尚清, 不伴有声影(图 3),

结合血常规, 考虑为肝门部淋巴结炎所致肝门部梗阻。因明确为胆管腔外压迫所致, 未行 ERCP 手术治疗。予以抗感染, 护肝退黄及补液治疗。1 周后患者黄疸消退, 复查血常规及超敏 C 反应蛋白指标已正常, 复查 MRCP 提示肝内外胆管未见明显扩张, 腔内信号未见明显异常(图 4)。患者一般情况稳定, 顺利出院。目前门诊随访 1 年, 未见异常。

讨论 儿童梗阻性黄疸病因复杂, 通常分为胆管外因素(如腹腔淋巴结炎、淋巴结结核、淋巴瘤等肿瘤性病变),

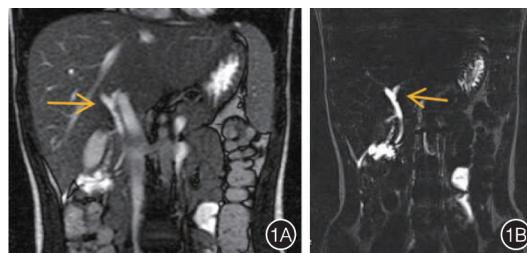


图 1 肝门部淋巴结肿大梗阻性黄疸患儿治疗前磁共振胰胆管成像检查 1A: 冠状位 T1WI 上左右肝管汇合处下方肝总管局部稍狭窄(黄色箭头为病变处); 1B: 冠状位 T2WI 上左右肝管汇合处下方肝总管局部缺损影(黄色箭头)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220922-00126

收稿日期 2022-09-22 本文编辑 周昊

引用本文: 吴浩伟, 张筱凤. 超声内镜明确儿童肝门部淋巴结肿大梗阻性黄疸 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(5): 406-407. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220922-00126.



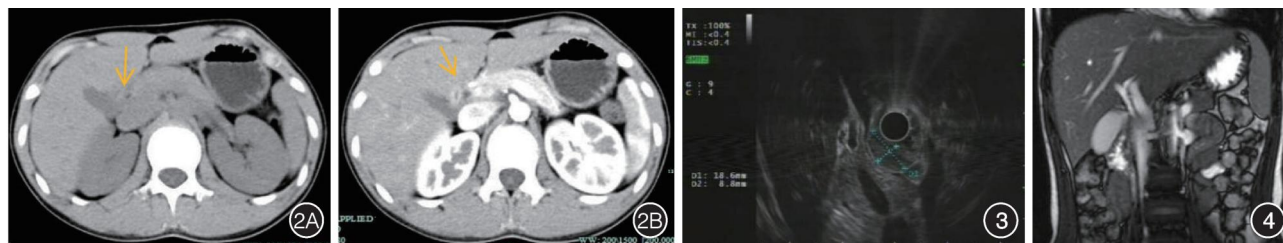


图2 肝门部淋巴结肿大梗阻性黄疸患儿治疗前肝脏增强CT检查 2A:平扫可见肝门部胆管稍有扩张(黄色箭头为病变处);2B:动脉期肝门部胆管稍扩张(黄色箭头),其内见低密度灶,增强扫描未见异常强化
图3 超声内镜检查梗阻性黄疸病灶来源及大小 图4 肝门部淋巴结肿大患儿治疗后腹部磁共振胰胆管成像检查

胆管内因素(如胆总管结石、寄生虫、黏蛋白分泌物),胆管因素(如巨细胞病毒感染、细菌感染、胆总管囊肿、遗传因素、先天性胆道闭锁)^[1-6],以上病因多数可通过ERCP诊断及治疗。本例患者来院目的是行ERCP引流缓解梗阻性黄疸,但经我院超声内镜检查提示梗阻性黄疸系由肝门部淋巴结肿大外压胆管所致。根据中国ERCP指南^[7],该患儿暂无ERCP治疗指征。可见,术前行超声内镜或可避免对儿童进行有创性的ERCP治疗。该病例为运用超声内镜诊断儿童梗阻性黄疸提供了思路,具有一定实用性。

腹部超声、螺旋CT、MRCP是诊断梗阻性黄疸的常用手段^[8]。报道显示在梗阻性黄疸疾病的定位方面,腹部超声的诊断率为73%~81%,螺旋CT诊断率为75%~94%,MRCP诊断率为90%~95%^[9-11];在定性方面,上述影像学检查诊断率为60%~80%^[8]。与腹部超声、螺旋CT等影像学检查相比,超声内镜的定性及定位方面诊断率在93%以上^[8,12],且超声内镜具有以下独特优势^[13]:(1)明确诊断,可判断病变位置的来源、范围,检测胆胰管实质、导管和周围结构的形态异常。(2)指导判断,是否需要以及如何有效地进一步行ERCP。(3)及早诊断,避免更具侵入性、更高风险的操作,降低手术风险及并发症可能。(4)病理诊断,必要时可通过超声内镜引导细针穿刺抽吸术取得病理鉴别肿大淋巴结的良恶性^[14]。该病例未行穿刺活检主要是考虑炎症肿大淋巴结位于肝门部,穿刺后可能并发胰腺炎、胆管炎等扩大感染范围的并发症,可对患儿造成有创性损伤及后遗症。

综上,前置性超声内镜对为梗阻性黄疸患儿带来明显优势,证明在儿童中进行EUS是有效避免ERCP的一个重要因素^[15]。本例患者梗阻性黄疸的病因位于胆管外,如常规行ERCP,不仅难以明确梗阻性黄疸的病因及范围,且增加了不必要的ERCP操作,可能对患儿产生不可估量的损伤。希望通过本病例的分析,能够增加超声内镜对于梗阻性黄疸病因诊断的应用。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] 中华医学会肝病学分会,中华医学会消化病学分会,中华

医学会感染病学分会.胆汁淤积性肝病诊断和治疗共识(2015)[J].中华传染病杂志,2016,34(3):129-140. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6680.2016.03.001.

- [2] 李华,李晓莺,霍美玲,等.儿童胆汁淤积性肝病172例临床分析[J].中外医疗,2016,35(26):56-57,60. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2016.26.056.
- [3] 朱启铭,王建设.婴儿胆汁淤积症的鉴别诊断思路[J].临床肝胆病杂志,2011,27(7):679-681,693. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2011.07.001.
- [4] 苏先狮.胆汁淤积性黄疸的诊断和治疗[J].临床肝胆病杂志,2005,21(3):137-138. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2005.03.003.
- [5] 刘洲祿,刘贵麟,肖元宏.儿童梗阻性黄疸的少见原因分析[J].解放军医学杂志,2003,28(6):562-563. DOI: 10.3321/j.issn.0577-7402.2003.06.034.
- [6] 林琼,王叶红,唐国荣.282例儿童黄疸临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(24):2990. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2007.24.027.
- [7] 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.
- [8] 姜战武,童赛雄.梗阻性黄疸几种影像学诊断方法的评价[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):606-608. DOI: 10.3969/j.issn.1005-6947.2003.08.015.
- [9] 喻岚,荣阳,赵丽.梗阻性黄疸的超声诊断价值与研究进展[J].中国医药导报,2011,8(12):146-147. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7210.2011.12.065.
- [10] 黎海涛,巫北海,李妍瑜.肝外胆管梗阻病变CT诊断的评价[J].中华放射学杂志,1997,31(1):25-29.
- [11] 彭卫军,周康荣,陈财忠,等.磁共振胆道造影在胆道梗阻定位和定性诊断中的价值[J].中华放射学杂志,1997,31(10):668-672.
- [12] 贾雷,郭玉宁,郭秀丽,等.超声内镜与磁共振胰胆管造影诊断梗阻性黄疸的效果比较[J].临床肝胆病杂志,2016,32(9):1753-1755. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2016.09.024.
- [13] 张晓兰,金震东.超声内镜在消化道疾病诊断中的应用现状[J].诊断学理论与实践,2012,11(5):441-446. DOI: 10.3969/j.issn.1671-2870.2012.05.003.
- [14] 王志强,王建东,王向东,等.应用彩色多普勒超声内镜鉴别纵膈良、恶性淋巴结[J].中国医学影像技术,2004,20(5):673-675. DOI: 10.3321/j.issn.1003-3289.2004.05.007.
- [15] Attila T, Adler DG, Hilden K, et al. EUS in pediatric patients[J]. Gastrointest Endosc, 2009, 70(5):892-898. DOI: 10.1016/j.gie.2009.04.012.