

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

2024年4月 第41卷 第4期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 4
April 2024



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



9 771007 523243

中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第41卷 第4期 2024年4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:xhnj@xhnj.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,100048)
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

2024年版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

- 肠镜人工智能系统临床应用专家共识(2023,武汉)..... 253
中华医学会消化内镜学分会大数据协作组

专家论坛

- 2023年内镜微创切除领域新进展 263
马丽云 耿子寒 李小青 张召潮 刘歆阳 周平红

论著

- 基于人工智能的肠道黏膜观察质量评估系统研究 269
王君潇 姚理文 吴练练 吴慧玲 宫德馨 张丽辉 龚容容
于红刚
- 光学相干断层扫描结合组织型转谷氨酰胺酶IgA抗体检测
对乳糜泻的诊断价值 275
冯燕 李婷 史甜 王春 高峰
- 十二指肠水平段主乳头与胆胰疾病关系的单中心回顾性研究 281
张恬恬 史鑫 李西娴 刘堂义 王泽宇 任贵 刘莹 郭学刚
王向平 潘阳林
- 超细内镜引导下自膨式金属支架置入在恶性结直肠梗阻中的
应用 287
李军 张耀朋 姚炜 常虹 闫秀娥 李柯 黄永辉
- 内镜综合治疗在胰痿治疗中的临床价值 292
石梦月 沈珊珊 朱浩 郑汝桦 沈永华 王轶 张斌 姚玉玲
吕瑛 王雷 邹晓平
- 经口内镜食管下括约肌切开术气体相关并发症的危险因素分析
及预测模型建立 297
杨佳 陈志国 王梓义 孟祥勇 陈静 陈磊
- 内镜下微创治疗疗效及复发率的单中心大样本回顾性观察 ... 304
朱颖 夏瑰丽 程庆 李来贺 许雯

短篇论著

- 超声内镜引导下细针注射治疗胰腺以外腹腔脏器囊肿的初步疗效 310
谭玉勇 楚毅 罗敏 刘德良 周雨迁

病例报道

- 内镜辅助诊断自发性纵隔气肿2例 313
魏文娟 董雨 关月 王黎 宋燕玲 徐兆军 袁捷
- 多象限活检联合组织夹标记辅助内镜下治疗早期胃印戒细胞癌1例 315
张灵焯 周巧直 冀明

综 述

- 胃癌及其癌前病变风险评估体系的相关研究进展 318
温越 王晔 丁士刚
- 注水内镜黏膜切除术对比传统内镜黏膜切除术的研究进展 323
赵贝 王运荣 吴欣荣 孙文琦 窦晓坛 邹晓平 王雷 陈敏
- 动力螺旋小肠镜的临床应用进展 328
肖年军 韩者艺 孙涛 宁守斌
- 超声内镜引导下胃肠吻合术治疗胃流出道梗阻的研究进展 333
王鹏 陈卫刚

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 296
- 中华医学会系列杂志论文作者署名规范 309
- 《中华消化内镜杂志》2024年可直接使用英文缩写的常用词汇 317
- 《中华消化内镜杂志》2024年征订启事 327

插页目次 280

本刊稿约见第41卷第1期第82页

本期责任编辑 顾文景 唐涌进

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)

·病例报道·

内镜辅助诊断自发性纵隔气肿 2 例

魏文娟 董雨 关月 王黎 宋燕玲 徐兆军 袁捷

南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)消化科,南京 210017

通信作者:袁捷,Email:jim0790@sina.com

【提要】 食管破裂是临床危急重症,病情突然、凶险,需要尽早手术干预。文中报道了 2 例男性青少年纵隔气肿患者,以胸痛为主要症状,均有食管异物史,影像学检查考虑纵隔气肿为食管穿孔所致,胃镜检查未发现明确食管穿孔,随后予保守治疗,2 例患者症状、体征均明显好转后出院,从而避免了外科手术。

【关键词】 内窥镜检查,消化系统; 自发性纵隔气肿; 食管破裂

基金项目:南京市卫生科技发展专项资金项目计划(YKK2314)

Report on two cases of spontaneous mediastinal emphysema diagnosed by endoscopic assistance

Wei Wenjuan, Dong Yu, Guan Yue, Wang Li, Song Yanling, Xu Zhaojun, Yuan Jie

Department of Gastroenterology, Nanjing First Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210017, China

Corresponding author: Yuan Jie, Email: jim0790@sina.com

例 1 患者男,16 岁,消瘦,因胸骨后疼痛 2 d 入院。患者 2 d 前误食“鸡骨头”后出现胸骨后疼痛,伴恶心、呕吐,无呕血、黑便。1 d 前外院胸部 CT 示右颈肩部软组织内及纵隔气肿,诊断考虑食管破裂、纵隔气肿,拟胸外科急诊手术治疗。患者后至我院行手术治疗,术前急诊胃镜示食管全程、胃、十二指肠未见明显异常(图 1),遂改收消化科。入院体检:体温 36.5 °C,心率 79 次/min,呼吸 18 次/min,血压 126/70 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),颈肩部局部皮下捻发感,双肺呼吸音清,腹部平软。实验室检查未见明显异常。入院当天颈胸部 CT 平扫示:右侧少量气胸,纵隔及颈根部,右侧颈部、右侧腋窝积气(图 2A);上消化道钡餐示食管未见明显对比剂渗漏(图 2B)。入院后予禁食、抑酸、抗感染、补液等治疗,胸痛较入院时明显好转。入院第 2 天复查颈部 CT 平扫示颈部及纵隔气肿较前吸收(图 2C)。患者住院 3 d 后出院。

例 2 患者男,15 岁,消瘦,因胸骨后疼痛 3 h 入院。患者于 3 h 前误食“鸡骨头”后自觉胸部疼痛,呕吐 1 次胃内容物,不伴呕血、黑便。外院胸部 CT 示纵隔气肿(图 3A)伴胸腔内见高密度影(图 3B),急诊以食管异物伴食管破裂、纵隔气肿收入我院胸外科。入院体检:体温 36.8 °C,心率 80 次/min,呼吸 18 次/min,血压 125/76 mmHg,无皮下捻发

感,双肺呼吸音粗,腹部平软。实验室检查未见明显异常。胸外科拟行急诊食管破裂修补术(备食管部分切除术+食管吻合术),术前请消化科协助于手术室行床边胃镜检查,以确定食管穿破位置并尽可能拔除异物。急诊胃镜仅见食管黏膜轻微损伤,未见穿孔,遂转至消化科。入科后予禁食、抗感染、补液等治疗,患者胸痛症状明显好转。入院第 2 天复查胸部 CT 平扫示纵隔少量积气(图 3C)、胸腔内高密度影(图 3D),考虑为动脉韧带钙化;复查胃镜见食管黏膜光滑,未见损伤(图 4)。患者住院 6 d 后出院。

讨论 食管破裂是临床危急重症,病情突然、凶险,具有较高的致死率,发病原因主要包括外伤、异物、医源性损伤、食管自发性破裂等^[1]。食管破裂是引起纵隔气肿的常见病因,治疗主要为尽早手术干预,去除异物、食管破裂修补术或食管部分切除术+食管吻合术、减轻纵隔污染建立通畅引流等^[2]。自发性纵隔气肿是一种少见的良性病变,好发于青年男性,常在体力活动或腹压升高时发生,有肺部基础疾病如哮喘的患者更易出现。自发性纵隔气肿的发病机制可能为 Macklin 效应,即咳嗽、运动、屏气等活动会导致肺过度充气,肺泡内压力增高,进而导致肺泡破裂,气体沿血管鞘和结缔组织进入肺间质,形成肺间质气肿,由于肺间质

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220801-00398

收稿日期 2022-08-01 本文编辑 顾文景

引用本文:魏文娟,董雨,关月,等.内镜辅助诊断自发性纵隔气肿 2 例[J].中华消化内镜杂志,2024,41(4):

313-315. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220801-00398.



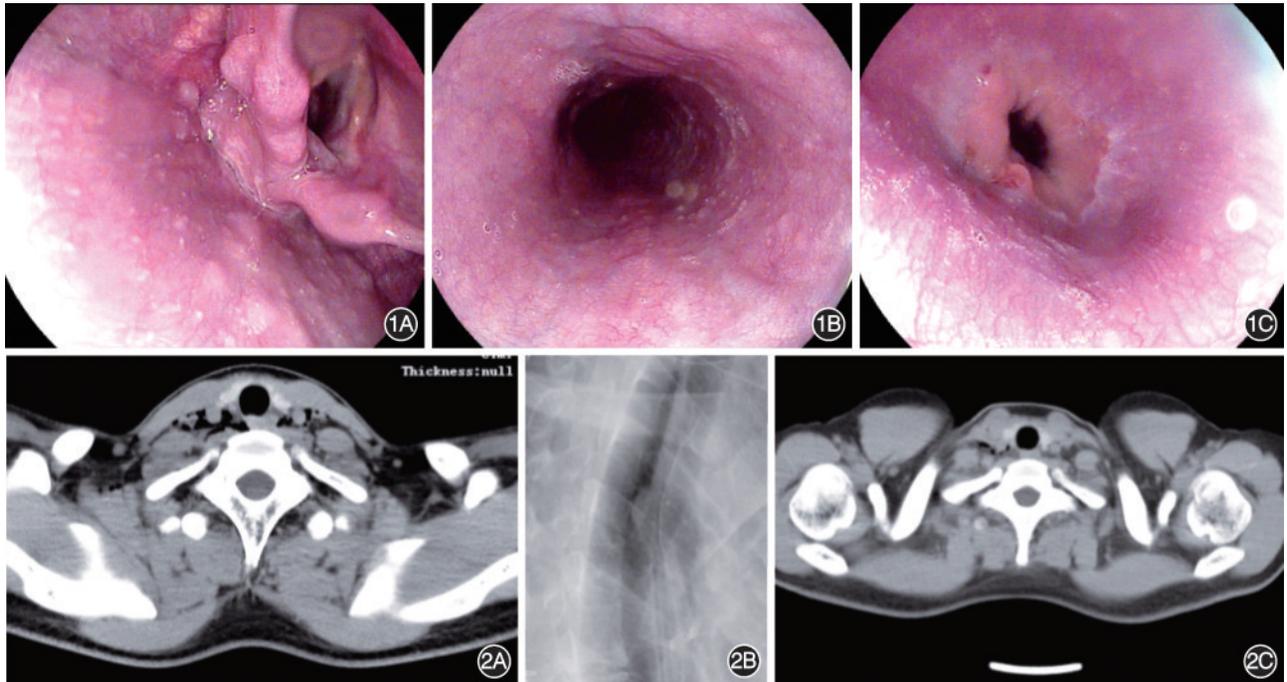


图1 例1急诊胃镜检查,食管全程未见明显损伤 1A:下咽部;1B:食管中段;1C:食管下段 图2 例1胸部CT及上消化道钡餐检查 2A:入院当天胸部CT平扫,可见右侧少量气胸,纵隔及颈部、右侧颈部、右侧腋窝积气;2B:入院当天上消化道钡餐,食管未见明显对比剂渗漏;2C:保守治疗后复查胸部CT,可见颈部及纵隔气肿较入院当天吸收

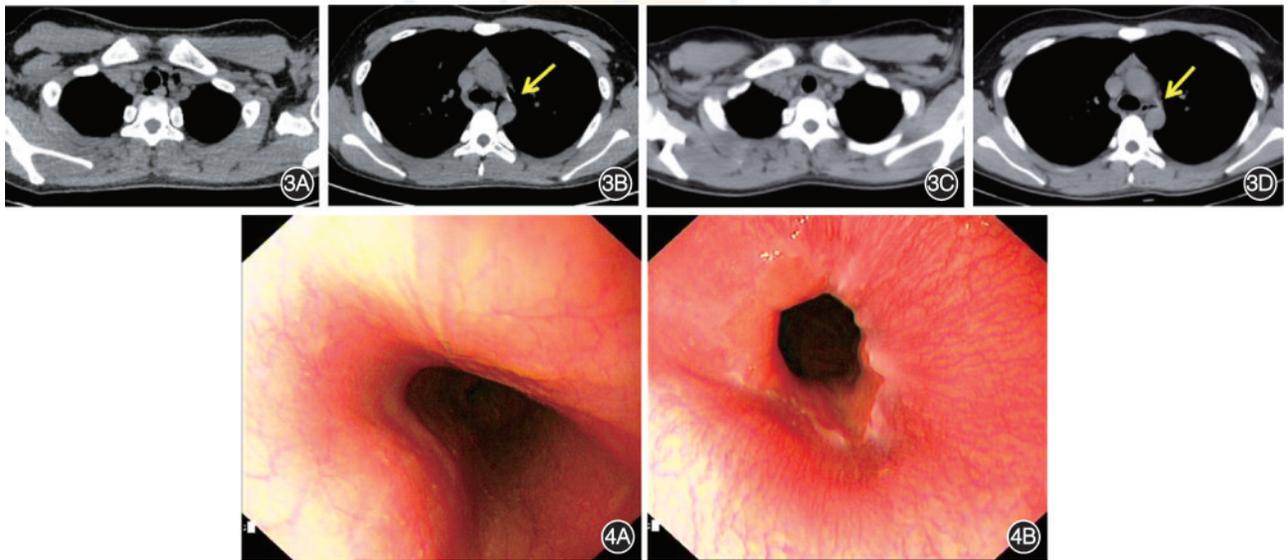


图3 例2胸部CT平扫检查 3A:入院前外院胸部CT,可见纵隔气肿;3B:保守治疗前胸部CT,黄色箭头处所示高密度影被误认为食管异物;3C:保守治疗后复查胸部CT,可见纵隔少量积气,较前部分吸收;3D:保守治疗后复查胸部CT,仍可见胸腔内稍高密度影(黄色箭头处),该处可能为动脉韧带钙化 图4 例2保守治疗后复查胃镜,食管全程黏膜未见明显损伤 4A:食管中段;4B:食管下段

平均气压高于纵隔,因此气体可沿着支气管血管鞘通过肺门逐渐渗入纵隔,最终形成纵隔气肿。当纵隔内压力上升到一定程度后,气体可沿颈部深筋膜移至颈、面及躯干等处形成皮下气肿^[3-4]。由此可见,同为纵隔气肿,但食管破裂引起的纵隔气肿与自发性纵隔气肿的预后相差巨大,是否必须及时手术干预变得颇为棘手。如果纵隔气肿同时伴有食管异物史、胸腔内可疑异物的高密度影等干扰项,则更加难以准确决策^[5]。杨建东等^[6]报道了1例动脉韧带钙化误诊为食管异物,该患者最终进行了开胸探查,但术中并未发

现食管破裂。

及时判断纵隔气肿是否来源于较严重的、开放性的食管破裂,是准确决策治疗方式的关键。一直以来,胃镜在食管破裂诊断中的作用存在争议^[7-8]。有文献表明,需谨慎使用内镜来诊断或确定穿孔部位,内镜检查可能增加食管穿孔的口径和严重程度,并可能由于充气而加重纵隔或皮下气肿^[9]。笔者认为:(1)对于影像学暂不考虑食管破裂的患者,应积极完成胃镜检查;(2)对于有明确异物史及胸痛症状,影像学暂不能完全排除食管破裂患者,可行胃镜检查,

胃镜对于明确患者是否合并食管破裂意义重大,亦能够较好鉴别自发性纵膈气肿,避免手术创伤,检查时应重点探查下咽部、食管全程,并使用 CO₂ 泵入替代空气以降低呼吸、循环系统的并发症^[10],此外,采用透明帽辅助充分暴露管腔以增加食管微小破口的发现率^[11]。内镜医生需根据患者实际情况进行综合判断。

本文报道的 2 例具有如下共性特征:患者均为青少年男性,消瘦;均有食管异物史,以胸痛为主要症状;胸部 CT 示纵膈气肿,伴或不伴皮下气肿或胸腔内高密度影;均被诊断为“食管穿孔”拟行急诊手术;胃镜均未见食管异物、食管穿孔,食管黏膜无损伤或仅见轻微损伤。这两例患者在误食“鸡骨头”时可能并未造成食管的严重损伤,但随后发生的恶心、呕吐导致了胸腔压力增高、肺泡破裂,最终形成了自发性纵膈气肿。在给予禁食、补液、抗感染治疗后,胸痛症状及纵膈气肿迅速缓解,预后良好。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 周新刚,禹亮,王柏春,等.食管破裂与穿孔的诊断和治疗[J].哈尔滨医科大学学报,2008,42(1):93-94. DOI: 10.3969/j.issn.1000-1905.2008.01.031.
- [2] 刘洪林,黄轶,梁磊,等.食管破裂的诊断和治疗(附 20 例临床分析)[J].山东医药,2009,49(37):91-92. DOI: 10.3969/j.issn.1002-266X.2009.37.060.
- [3] 李东旭.自发性纵膈气肿的诊治及管理流程[J].临床肺科杂志,2019,24(4):747-750. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6663.2019.04.042.
- [4] 王众海,徐婷贞.自发性纵膈气肿 15 例临床分析[J].浙江医学,2017,39(16):1379-1380. DOI: 10.12056/j.issn.1006-2785.2017.39.16.2017-53.
- [5] 张大伟,杨伟超,蓝文富.小儿动脉韧带钙化多排螺旋 CT 检查的征象[J].中国妇幼保健,2014,29(20):3270-3272. DOI: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2014.20.24.
- [6] 杨建东,高志,宋帅,等.动脉韧带钙化误诊为食管异物 1 例[J].中华胸心血管外科杂志,2018,34(10):630-631. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-4497.2018.10.017.
- [7] Srinivasan R, Haywood T, Horwitz B, et al. Role of flexible endoscopy in the evaluation of possible esophageal trauma after penetrating injuries[J]. Am J Gastroenterol, 2000,95(7):1725-1729. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2000.02165.x.
- [8] 徐峰,何学志.自发性食管破裂的诊断和治疗[J].中华胸心血管外科杂志,2007,23(3):213-214. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-4497.2007.03.032.
- [9] 孙立阳,李硕娟,王国新,等.食管破裂的诊断与治疗(附 18 例报告)[J].中国医师杂志,2010,12(3):398-399. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-1372.2010.03.047.
- [10] 舒小芮,于劲,王雷,等.保留食管黏膜内镜下切除食管固有肌层占位一例[J].中华消化内镜杂志,2012,29(3):174-175. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2012.03.022.
- [11] 雷平光,吴建维,崔毅,等.胃镜下采用透明帽在食管细小异物诊断中的价值[J].中国医学工程,2008,16(3):175-176,179.

健可诺[®]
国药准字H20213838

磷酸钠盐散
Sodium Phosphates Powder

广告

清肠品质卓越 舒适又方便

独特包装
控制用药风险



适应症 用于患者结肠X-光线及肠道内窥镜检查前或手术前清理肠道。

用法用量 本品用于肠道准备时服药一般分两次，每次服药1袋。

第一次服药时间在手术或检查前一天晚上7点，用法为用800ml以上温凉水溶解后服用。

第二次服药时间在手术或检查当天早上7点(或在操作或检查前至少3个小时)，或遵医嘱，用法同第一次。

为获得良好肠道准备效果，建议患者在可承受范围内多饮用水。

不良反应 常见的不良反应为腹胀、恶心、腹痛、呕吐，还可能会出现用药期间和用药后的短暂的电解质紊乱、乏力、眩晕、过敏反应、肝功能检查ALT、AST升高、肛门刺激症状。其他详见说明书。

禁忌 1.本品禁用于先天性巨结肠、肠梗阻、腹水、充血性心脏病或肾功能衰竭患者。2.使用本品禁止联合使用其他缓泻药物。3.对本品中任何成份过敏者禁用。



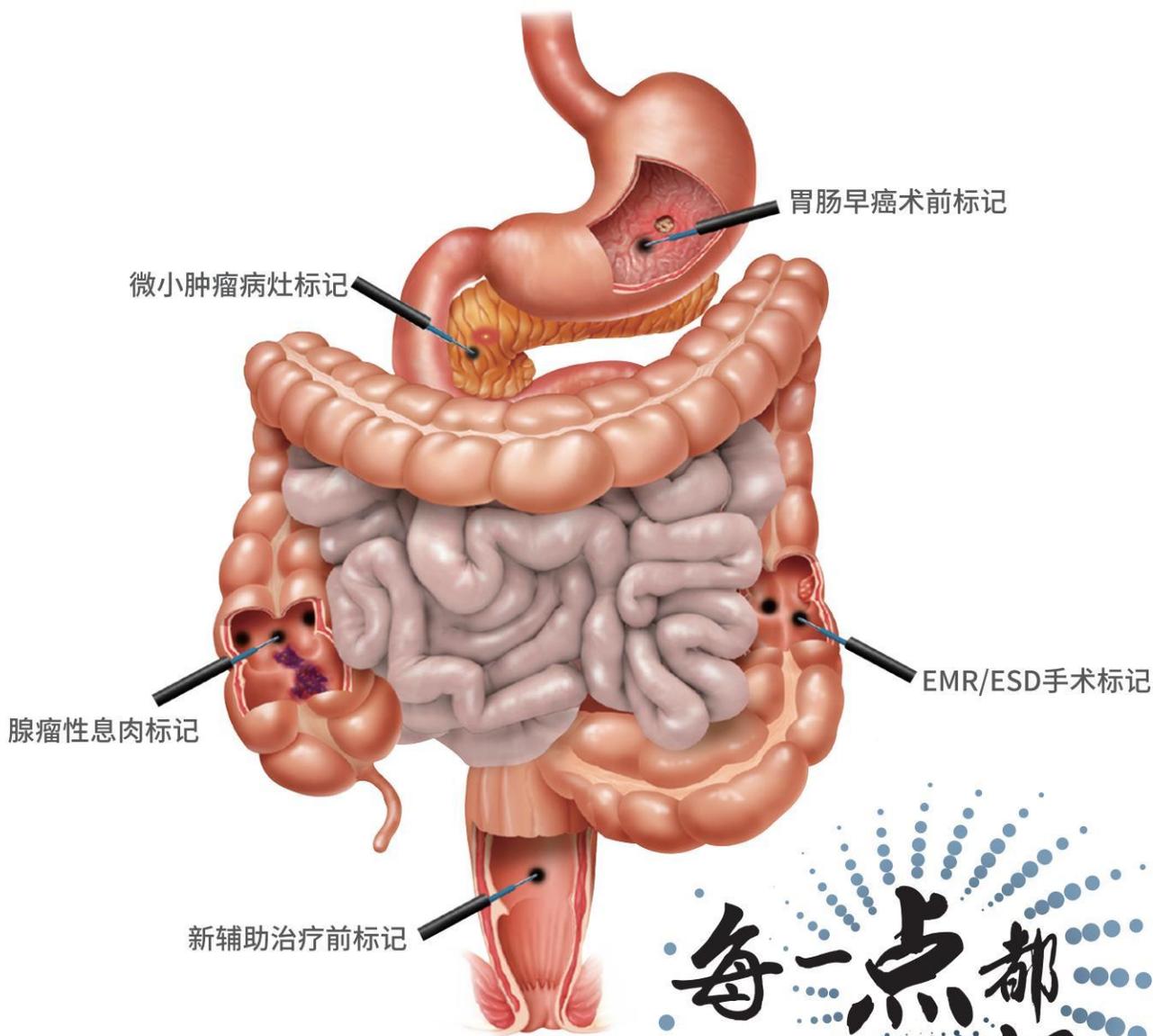
川药广审(文)第251011-01618号 生产企业:四川健能制药有限公司 本广告仅供医学药学专业人士阅读

Spot 内镜定位标记液

ENDOSCOPIC MARKER



适用于内镜下对胃肠道病灶进行标记或染色



每一点都恰到好处



快速确定病灶位置,避免误切



减少病灶探查时间,节省手术时间



辅助判断肿瘤边界,更小的有效切除范围