

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7月 第41卷 第7期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 7
July 2024



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41卷 第7期 2024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: xhnj@xhnj.com

http://www.zhdxhzz.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

述评

重视全链条理念 规范消化道早期癌诊治 505

刘揆亮 李鹏 张澍田

共识与指南

常规放大内镜联合病理诊断消化道早期癌专家共识 509

中华医学会消化内镜学分会消化系早癌内镜诊断与治疗协作组

《中华消化内镜杂志》编委会

菁英论坛

放大内镜在早期胃癌中的应用进展 528

刘揆亮 李鹏 吴静 张澍田

未分化型早期胃癌内镜黏膜下剥离指征的变迁 532

陈琳 陈超英 郑炜烽 吕宾

论著

透壁穿刺与经乳头引流对胰管断裂综合征的远期疗效观察 537

张祉柔 施文 张晟瑜 冯云路 王强 蒋青伟 伍东升

吴晰 杨爱明

超声内镜引导下曲张静脉精准断流术治疗食管胃底静脉曲张

有效性及安全性的初步研究(含视频) 543

王治虹 时晨 曾壮 陈丽红 张倩倩 张辅民 梅雪灿

王曦 孔德润

6~10 mm 肠息肉冷切术后预防性使用金属夹的价值探讨 550

孙中新 吴璨 杨梅 刘丽 刘榴 周正奎 奚维东 单晶

姜琳 雷雨 孙晓滨

基于智能追溯信息系统的内镜集中管理效果评价 555

傅燕 王姗姗 邓嘉 胡玲

三维消化内镜研制及在活体动物内镜手术的初步应用(含视频) ... 562

刘冰熔 张晓朋 刘丹 李德亮 赵丽霞 张冀豫 周洋洋

刘凯鹏 李沐涵 涂秋月 李静豪 石森 李亚娟 王雪鑫

短篇论著

- 负压吸引法在内镜下经十二指肠乳头保胆取石术中的应用研究 566
王文海 李鹏 王拥军 冀明
- 聚乙醇酸网片联合口服激素对巨大早期食管癌内镜黏膜下剥离术后食管狭窄的预防作用 570
田伟 冯歆夏 吾格兰木·乌斯曼 刘梅

病例报道

- PD-1 抑制剂相关消化道损伤 2 例 574
郭亚慧 陈宏桢 刘茜 姚乐 李辉 尹凤荣 张晓岚
- 胃多发神经内分泌瘤内镜诊治 1 例 577
何嘉伟 何洁
- 累及副乳头的十二指肠上皮性肿瘤内镜诊治 1 例 579
俞殊含 吴大鹏 王耀辉 凌亭生 张其德

综 述

- 人工智能辅助内镜在胃癌前病变及早期胃癌诊断中的应用进展 582
沈耀 占强 安方梅

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2024 年可直接使用英文缩写的常用词汇 561
- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 573
- 插页目次 549
- 《中华消化内镜杂志》第六届编委会编委名单 554
- 《中华消化内镜杂志》第六届编委会通讯编委名单 554
- 《中华消化内镜杂志》稿约 586

本期责任编辑 许文立 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.zhxxhnjzz.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



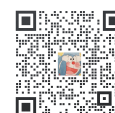
顾文景



朱 悦



钱 程



许文立

(扫码添加编辑企业微信)

· 论著 ·

6~10 mm 肠息肉冷切术后预防性使用金属夹的价值探讨

孙中新¹ 吴璨² 杨梅¹ 刘丽¹ 刘榴¹ 周正奎¹ 奚维东¹ 单晶¹ 姜琳¹ 雷雨¹
孙晓滨^{1,2}

¹成都市第三人民医院消化内科, 成都 610031; ²西南医科大学附属医院消化内科, 成都 610031

通信作者: 孙晓滨, Email: xbsun1197@163.com

【摘要】 目的 探讨 6~10 mm 肠息肉冷圈套器息肉切除术(cold snare polypectomy, CSP)后是否需要预防性使用金属夹。**方法** 纳入 2022 年 2 月 15 日至 2022 年 5 月 30 日成都市第三人民医院内符合冷圈套器切除标准的 6~10 mm 息肉 200 例, 随机分为预防性金属夹治疗组和观察组, 对比分析两组间年龄、性别、体重指数(body mass index, BMI)、波士顿评分、进镜时间、创面大小、手术时间、术中出血时间、术后迟发性出血率、费用。**结果** 金属夹治疗组 98 例, 切除结肠息肉 122 枚; 观察组 97 例, 切除息肉 119 枚。各组间年龄、性别、BMI、波士顿评分、进镜时间、创面大小, 差异无统计学意义($P>0.05$)。金属夹治疗组和观察组比较, 手术时间[(171.03±90.78)s 比 (69.81±43.26)s, $t=2.266$, $P=0.010$]、术中出血时间[(19.98±17.37)s 比 (29.16±17.56)s, $t=-2.875$, $P=0.006$]、手术费用[(571.63±110.92)元 比 (366.32±13.20)元, $t=18.102$, $P<0.001$]差异有统计学意义; 2 组术后迟发性出血率[0.0%(0/98) 比 1.0%(1/97), $P=0.497$], 差异无统计学意义。**结论** 针对 6~10 mm 肠息肉冷切术后创面持续出血时间<60 s 的患者, 预防性使用金属夹虽然可减少术中出血时间, 但增加了手术时间和手术费用, 在预防术后并发症方面效果亦不明显。

【关键词】 结肠息肉; 术后出血; 冷圈套器息肉切除术; 金属夹

基金项目: 四川省卫生健康委员会临床研究专项(23LCYJ022)

Evaluation of prophylactic use of metal clips after cold resection of 6-10 mm intestinal polyps

Sun Zhongxin¹, Wu Can², Yang Mei¹, Liu Li¹, Liu Liu¹, Zhou Zhengkui¹, Xi Weidong¹, Shan Jing¹, Jiang Lin¹, Lei Yu¹, Sun Xiaobin^{1,2}

¹Department of Gastroenterology, Chengdu Third People's Hospital, Chengdu 610031, China; ²Department of Gastroenterology, The Affiliated Hospital of Southwest Medical University, Chengdu 610031, China

Corresponding author: Sun Xiaobin, Email: xbsun1197@163.com

【Abstract】 Objective To investigate whether prophylactic use of metal clips is necessary after cold snare polypectomy (CSP) of colorectal polyps of 6-10 mm. **Methods** A total of 200 patients with 6-10 mm polyps that met the criteria of cold snare resection in Chengdu Third People's Hospital from 15 February 2022 to 30 May 2022 were randomly divided into two groups: a group that received preventive metal clip treatment and an observation group. Age, gender, body mass index (BMI), Boston score, endoscopy entry time, wound size, operation time, intraoperative bleeding time, postoperative delayed bleeding rate and cost between the two groups were compared and analyzed. **Results** Ninety-eight patients in the metal clip group had 122 polyps removed, and 97 patients in the observation group had 119 polyps removed. There was no significant difference in the age, gender, BMI, Boston score, endoscopy entry time or wound size between the

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230704-00162

收稿日期 2023-07-04 本文编辑 周昊

引用本文: 孙中新, 吴璨, 杨梅, 等. 6~10 mm 肠息肉冷切术后预防性使用金属夹的价值探讨[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(7): 550-554. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230704-00162.



two groups. There were significant differences in the operation time (171.03 ± 90.78 s VS 69.81 ± 43.26 s, $t=2.266$, $P=0.010$), intraoperative bleeding time (19.98 ± 17.37 s VS 29.16 ± 17.56 s, $t=-2.875$, $P=0.006$) and surgery cost (571.63 ± 110.92 yuan VS 366.32 ± 13.2 yuan, $t=18.102$, $P<0.001$) between the metal clip group and the observation group. There was no significant difference in the delayed bleeding incidence [0.0% ($0/98$) VS 1.0% ($1/97$), $P=0.497$] between the two groups. **Conclusion** For patients with continuous bleeding time <60 seconds after CSP of 6-10 mm colonic polyps, the prophylactic use of metal clips may reduce the bleeding time, but may increase the operation time and cost. Metal clips have little effect on preventing postoperative complications.

【Key words】 Colonic polyps; Postoperative hemorrhage; Cold snare polypectomy; Metal clips

Fund program: Clinical Research Project of the Health Commission of Sichuan Province (23LCYJ022)

结直肠息肉是结直肠癌前病变的危险因素,其中有 60%~80% 的结直肠息肉进展为结直肠癌,早期切除结肠息肉能有效降低结直肠癌患病率和因结直肠癌导致的死亡率^[1-3]。高频电息肉切除术(hot snare polypectomy, HSP)因电传导跨壁热损伤,发生术后穿孔及迟发性出血的概率高达 0.48%~1.10%^[4]。近年来,文献报道显示冷圈套器息肉切除术(cold snare polypectomy, CSP)术后迟发性出血及穿孔的概率明显降低,有内镜医师习惯使用金属夹预防术中出血、术后迟发性出血及穿孔,但目前支持这种做法的数据很少且结论有矛盾^[5]。正因对于 CSP 术后创面是否需要预防性使用金属夹存在争议,本研究采用前瞻性随机对照试验,探讨 6~10 mm 大肠息肉 CSP 术后是否需要预防性使用金属夹以降低并发症的发生。

资料与方法

一、一般资料

收集 2022 年 2 月 15 日至 2022 年 5 月 30 日在成都市第三人民医院消化内镜中心进行胃肠镜检查的患者资料,纳入标准:(1)结直肠息肉长径 6~10 mm;(2)经窄带光成像(narrow band imaging, NBI)、智能电子染色内镜(i-Scan)等筛查, Pit Pattern 分型为 I~IV 型;(3)受试者或其家属自愿签署患者知情同意书;(4)患者具备完善的术前检查、血常规和凝血功能等指标监测结果。排除有下列情况者:(1)妊娠状态;(2)凝血功能障碍(血小板 $<50 \times 10^9/L$, 国际标准化比值 >1.5);(3)服用(或停药 <1 周)阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷、利伐沙班等抗血小板、抗凝药物者;(4)有活动性消化道出血及伴有黏膜下层或更深层次癌变者;(5)息肉表面形态呈凹陷型病变(0-IIc)及经 NBI、i-Scan 等色素内镜筛查, Pit Pattern 分型为 IVv 型及 V 型以上改变;(6)CSP 后黏膜缺损处予金属夹夹闭或无菌水冲洗,持续出血时间 >60 s 者。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

记录患者基本资料,包括年龄、性别、体重指数(body mass index, BMI)、家族史、既往史,肠镜检查记录检出息肉数量、大小、形态及位置。

二、方法

1. CSP 操作:由从事消化内镜专业 >3 年且每年完成胃肠镜检查超过 3 000 例的内镜医师完成所有入组患者的大肠 CSP 操作。使用器械包括日本 Olympus CV-290、Pantex EPK-i7000 内镜主机,中国南微医学公司软组织夹 ROCC-D-26-195(可旋转重复开闭)和美国 Bonston Scientific 公司一次性使用息肉冷切除器。

按照息肉冷切除标准发现息肉,色素内镜筛查符合 CSP 切除指征。息肉放置在 5 到 7 点钟的位置,使息肉与专用冷圈套器保持较短的距离,快速完整机械切除息肉,检查及观察 CSP 术后创面切除的完整性、出血情况。

2. 分组:完成 CSP 后,按照随机分组结果将患者分配到金属夹治疗组和观察组,分别予以金属夹夹闭预防出血和黏膜缺损处用无菌水冲洗,至创面止血^[6]。观察记录息肉切除术后创面直径、术中出血时间、手术时间、术后迟发性出血率,圈套器及金属夹的使用数量、费用等。另外术后 2 周电话随访记录患者术后是否有腹痛及血便。

3. 并发症:本研究术中或术后并发症,主要为出血及穿孔。术中持续出血 >60 s,予金属夹止血。所有病例术后予密切观察及电话随访,术后 24 h 流质饮食,逐步恢复少渣饮食,术后 2 周注意休息,严禁剧烈活动、避免服用非甾体类药物。

4. 统计学分析:使用 SPSS 22.0 统计学软件,近似正态分布的定量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;偏态分布的定量资料用 $M(Q_1, Q_3)$ 表示,组间比较采用秩和检验;定性资料用例(%)表示,组间比较采用卡方检验或 Fisher 确切概率法, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 一般资料:本研究共采集患者资料 200 例。

CSP 术后,金属夹治疗组 2 例患者失访,最终入组患者 98 例,息肉 122 枚。观察组 3 例术中出血(术中持续出血 >60 s),该 3 例均予金属夹止血成功,并剔除出本组,最终入组患者 97 例,息肉 119 枚。两组患者在性别、年龄、体重指数(body mass index, BMI)、进镜时间、波士顿评分、息肉数量方面差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 1。

2. CSP 操作情况:金属夹治疗组与观察组,比较手术时间[(171.03 $\pm$ 90.78)s 比 (69.81 $\pm$ 43.26)s, $P=0.010$]、术中出血时间[(19.98 $\pm$ 17.37)s 比 (29.16 $\pm$ 17.56)s, $P=0.006$]、手术费用[(571.63 $\pm$ 110.92)元 比 (366.32 $\pm$ 13.20)元, $P<0.001$],差异有统计学意义;比较术后迟发性出血率(0.0% 比 1.0%, $P=0.497$)、创面大小[(8.81 $\pm$ 2.59)mm 比 (8.31 $\pm$ 1.91)mm, $P=0.060$],差异无统计学意义,详见表 2。

3. 息肉分布情况:(1)回盲部及升结肠:金属夹治疗组(25 枚)与观察组(22 枚),两组息肉大小、数量及创面大小差异均无统计学意义,而手术时间[(234.64 $\pm$ 196.54)s 比 (114.09 $\pm$ 82.07), $P=0.012$]及术中出血时间[(17.40 $\pm$ 15.08)s 比 (33.55 $\pm$ 19.01)s, $P=0.002$]比较,差异有统计学意义。(2)横结肠:金属夹治疗组(29 枚)与观察组(34 枚),两组息肉大小、数量、创面大小及出血时间差异均无统计学意义,而手术时间[(215.83 $\pm$ 162.74)s 比 (74.79 $\pm$ 47.56)s, $P<0.001$]比较,差异有统计学意义。(3)降结肠:金属夹治疗组(19 枚)与观察组(16 枚),两组之间息肉大小、数量、创面大小差异均无统计学意义,而手术时间[(178.44 $\pm$ 73.96)s 比 (60.94 $\pm$ 19.35)s, $P=0.001$]及术中出血时间[(17.37 $\pm$ 13.68)s 比 (30.88 $\pm$ 14.92)s, $P=0.009$],差异有统计学意义。(4)乙状结肠:金属夹治疗组(27 枚)与观察组

(32 枚),两组息肉大小、数量、创面大小及术中出血时间差异均无统计学意义,而手术时间[(175.89 $\pm$ 98.89)s 比 (85.41 $\pm$ 55.13)s, $P<0.001$]比较,差异有统计学意义。(5)直肠:金属夹治疗组(22 枚)与观察组(15 枚),两组息肉大小、数量、创面大小及术中出血时间差异均无统计学意义,而手术时间[(209.14 $\pm$ 125.42)s 比 (77.20 $\pm$ 31.41)s, $P<0.001$]比较,差异有统计学意义。详见表 3。

讨 论

结直肠癌是世界上常见的消化系统恶性肿瘤,据报道 2020 年全球结直肠癌新发病例占全部癌症新发病例的 10.0%,死亡病例占有癌症死亡病例的 9.4%^[7-8]。我国结直肠癌发病率呈现上升趋势,将来还会进一步上升^[9],早期切除结肠息肉能有效降低结肠癌的发病率及死亡率,但息肉切除术后存在一定概率的穿孔及迟发性出血风险^[4]。CSP 虽然在一定程度上降低了术后并发症的发生率^[10-11],其中金属夹的使用可有效降低息肉切除术后即时出血率和穿孔率,但对使用金属夹预防术中出血及术后迟发性出血,以及 CSP 术后是否需要预防性使用金属夹,文献较少且存争议^[12-13]。悉尼大学威斯米德临床学院的一项 meta 分析发现 <10 mm 的大肠息肉切除术后,金属夹预防性止血措施无效^[14],更有 Kawamura 等^[15]研究不建议 5~9 mm 息肉在 CSP 术后预防性使用止血夹。另有日本兵庫医学院的研究显示对 CSP 术后创面持续渗血 >30 s 者预防性使用金属夹术后迟发性出血的发生率很低,还有研究建议对于 <10 mm 的亚蒂或带蒂息肉在 CSP 术后即

表 1 两组结直肠息肉患者的一般资料比较

项目	金属夹治疗组($n=98$)	观察组($n=97$)	统计量	P 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	57.72 $\pm$ 12.15	58.16 $\pm$ 10.83	$t=-0.233$	0.790
性别(男/女)	40/58	38/59	$\chi^2=0.055$	0.815
体重指数(kg/m ² , $\bar{x}\pm s$)	23.77 $\pm$ 3.15	24.29 $\pm$ 2.90	$t=-1.173$	0.230
进镜时间(s, $\bar{x}\pm s$)	304.90 $\pm$ 161.16	315.14 $\pm$ 207.97	$t=-0.424$	0.700
波士顿评分(分, $\bar{x}\pm s$)	6.93 $\pm$ 1.17	6.85 $\pm$ 0.97	$t=0.543$	0.619
息肉数量(枚, $\bar{x}\pm s$)	1.37 $\pm$ 0.83	1.42 $\pm$ 0.65	$t=-0.453$	0.650

注:金属夹治疗组患者肠息肉冷切除术后预防性使用金属夹,观察组患者肠息肉冷切除术后未预防性使用金属夹

表 2 两组结直肠息肉患者息肉切除术后指标比较

项目	金属夹治疗组($n=98$)	观察组($n=97$)	统计量	P 值
手术时间(s, $\bar{x}\pm s$)	171.03 $\pm$ 90.78	69.81 $\pm$ 43.26	$t=2.266$	0.010
术中出血时间(s, $\bar{x}\pm s$)	19.98 $\pm$ 17.37	29.16 $\pm$ 17.56	$t=-2.875$	0.006
术后迟发性出血[例(%)]	0(0)	1(1.0)		0.497 ^a
创面大小(mm, $\bar{x}\pm s$)	8.81 $\pm$ 2.59	8.31 $\pm$ 1.91	$t=2.300$	0.060
手术费用(元, $\bar{x}\pm s$)	571.63 $\pm$ 110.92	366.32 $\pm$ 13.20	$t=18.102$	<0.001

注:金属夹治疗组患者肠息肉冷切除术后预防性使用金属夹,观察组患者肠息肉冷切除术后未预防性使用金属夹;^a采用 Fisher 确切概率法

表3 各肠段两组肠息肉患者冷圈套器息肉切除术后指标比较

肠段分布	病变枚数	息肉数量(个, $\bar{x} \pm s$)	息肉大小(mm, $\bar{x} \pm s$)	创面大小(mm, $\bar{x} \pm s$)	术中出血时间(s, $\bar{x} \pm s$)	手术时间(s, $\bar{x} \pm s$)
回盲部及升结肠						
金属夹治疗组	25	1.12±0.33	7.24±1.33	8.84±2.75	17.40±15.08	234.64±196.54
观察组	22	1.14±0.35	6.82±1.29	7.86±1.94	33.55±19.01 ^a	114.09±82.07 ^a
横结肠						
金属夹治疗组	29	1.07±0.26	6.93±0.89	8.62±1.94	26.14±25.15	215.83±162.74
观察组	34	1.15±0.44	6.56±0.99	8.41±1.35	26.44±17.34	74.79±47.56 ^a
降结肠						
金属夹治疗组	19	1.05±0.23	6.84±1.21	9.42±3.38	17.37±13.68	178.44±73.96
观察组	16	1.25±0.68	6.56±1.15	8.13±2.09	30.88±14.92 ^a	60.94±19.35 ^a
乙状结肠						
金属夹治疗组	27	1.15±0.46	7.19±1.24	8.98±1.72	23.59±22.78	175.89±98.89
观察组	32	1.09±0.29	6.91±1.28	8.25±2.02	32.28±19.24	85.41±55.13 ^a
直肠						
金属夹治疗组	22	1.09±0.43	6.68±1.08	7.68±2.51	18.50±12.48	209.14±125.42
观察组	15	1.27±0.59	6.47±1.13	7.13±2.39	24.80±20.68	77.20±31.41 ^a

注:金属夹治疗组患者肠息肉冷切除术后预防性使用金属夹,观察组患者肠息肉冷切除术后未预防性使用金属夹;与同部位金属夹治疗组比较,^a $P<0.05$

时出血或喷血者,予金属夹预防性止血^[16-17]。金属夹夹闭创面也并非总是一种良性干预,考虑到金属夹的使用不仅延长操作时间,也在一定程度上增加患者的医疗费用^[18-19]。本研究发现针对6~10 mm结肠息肉、CSP术后创面持续渗血<60 s者,虽然在手术中预防性使用金属夹对减少术中出血时间有一定影响,但这不仅会增加手术时间和手术费用,对预防术后迟发性出血亦无明显意义。

另外本研究的单因素分析结果显示,从息肉的分布情况及术中观察指标分析综合评估,针对6~10 mm结肠息肉患者CSP术后,在回盲部、升结肠、降结肠的息肉分布中金属夹的使用可降低术中出血时间,然而在横结肠、乙状结肠及直肠等肠段金属夹的使用并不会降低术中出血时间,但会延长手术时间。并且全段结肠冷切除术后预防性使用金属夹对术后迟发性出血的发生率影响不明显。此外,本研究发现观察组中1例发生迟发性出血的患者系血液内科住院患者,结肠息肉CSP术当天血小板计数 $68 \times 10^9/L$,术后3 d发生术后迟发性出血,当日复查血常规示血小板计数 $42 \times 10^9/L$,予内镜下金属夹治疗后,随访2周末再便血。此例提示6~10 mm结肠息肉拟行结肠息肉切除的患者,即使术前血小板计数 $>50 \times 10^9/L$,术中持续出血时间<60 s,仍应排除血液系统相关性疾病。

综上,结肠6~10 mm息肉CSP术后创面持续渗血<60 s者,在手术中预防性使用金属夹对减少术中出血时间有一定影响,但在一定程度上增加了手术时间和手术费用,并且在预防术后并发症方面效果不明显。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 孙中新:酝酿和设计实验、实施研究、采集数据、统计分析、解释数据、文章撰写;吴璨:采集数据、数据录入及核对;杨梅、刘丽、刘榴、周正奎、奚维东:实施研究、技术支持、病例收集;姜琳、雷雨:协助数据录入及核对信息;单晶、孙晓滨:伦理评审、指导研究设计、论文框架及对文章的知识性内容作批评性审阅

参 考 文 献

- Chakradhar S. Colorectal cancer: 5 big questions[J]. Nature, 2015, 521(7551):S16. DOI: 10.1038/521S16a.
- Xirasagar S, Li YJ, Hurley TG, et al. Colorectal cancer prevention by an optimized colonoscopy protocol in routine practice[J]. Int J Cancer, 2015, 136(6): E731-742. DOI: 10.1002/ijc.29228.
- Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths[J]. N Engl J Med, 2012, 366(8):687-696. DOI: 10.1056/NEJMoa1100370.
- Kobayashi T, Takeuchi M, Hojo Y, et al. Risk of delayed bleeding after hot snare polypectomy and endoscopic mucosal resection in the colorectum with continuation of anticoagulants [J]. J Gastrointest Oncol, 2021, 12(4): 1518-1530. DOI: 10.21037/jgo-21-3.
- Tappero G, Gaia E, De Giuli P, et al. Cold snare excision of small colorectal polyps[J]. Gastrointest Endosc, 1992, 38(3): 310-313. DOI: 10.1016/s0016-5107(92)70422-2.
- Horiuchi A, Ikuse T, Tanaka N. Cold snare polypectomy: Indications, devices, techniques, outcomes and future[J]. Dig Endosc, 2019, 31(4):372-377. DOI: 10.1111/den.13314.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.
- Lui RN, Tsoi K, Ho J, et al. Global increasing incidence of young-onset colorectal cancer across 5 continents: a joinpoint regression analysis of 1,922,167 cases[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2019, 28(8): 1275-1282. DOI: 10.1158/

- 1055-9965.EPI-18-1111.
- [9] Zhang L, Cao F, Zhang G, et al. Trends in and predictions of colorectal cancer incidence and mortality in china from 1990 to 2025[J]. Front Oncol, 2019, 9: 98. DOI: 10.3389/fonc.2019.00098.
- [10] Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline[J]. Endoscopy, 2017, 49(3): 270-297. DOI: 10.1055/s-0043-102569.
- [11] Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, et al. Endoscopic removal of colorectal lesions-recommendations by the US multi-society task force on colorectal cancer[J]. Gastroenterology, 2020, 158(4): 1095-1129. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.12.018.
- [12] Nelson MJ, Sri K, Kiran N, et al. Endoscopic clips are frequently used for ineffective indications after routine ambulatory colonoscopy[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2018, 87(6):AB372-AB373.DOI:10.1016/j.gie.2018.04.1806.
- [13] Forbes N, Hilsden RJ, Kaplan GG, et al. Practice patterns and predictors of prophylactic endoscopic clip usage during polypectomy[J]. Endosc Int Open, 2019, 7(9): E1051-E1060. DOI: 10.1055/a-0953-1787.
- [14] Forbes N, Hilsden RJ, Lethebe BC, et al. Prophylactic endoscopic clipping does not prevent delayed postpolypectomy bleeding in routine clinical practice: a propensity score-matched cohort study[J]. Am J Gastroenterol, 2020, 115(5): 774-782. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000585.
- [15] Kawamura T, Takeuchi Y, Asai S, et al. A comparison of the resection rate for cold and hot snare polypectomy for 4-9 mm colorectal polyps: a multicentre randomised controlled trial (CRESCENT study)[J]. Gut, 2018, 67(11): 1950-1957. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314215.
- [16] Okugawa T, Oshima T, Nakai K, et al. Effect of instruction on preventing delayed bleeding after colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection[J]. J Clin Med, 2021, 10(5): 928. DOI: 10.3390/jcm10050928.
- [17] Forbes N, Frehlich L, James MT, et al. Routine prophylactic endoscopic clipping is not efficacious in the prevention of delayed post-polypectomy bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Can Assoc Gastroenterol, 2019, 2(3):105-117. DOI: 10.1093/jcag/gwy033.
- [18] Matsumoto M, Yoshii S, Shigesawa T, et al. Safety of cold polypectomy for colorectal polyps in patients on antithrombotic medication[J]. Digestion, 2018, 97(1): 76-81. DOI: 10.1159/000484219.
- [19] Bahin FF, Rasouli KN, Williams SJ, et al. A prophylactic clip strategy is not cost effective for the prevention of clinically significant bleeding following wide-field endoscopic mucosal resection of large colorectal sessile and laterally spreading lesions[J]. Gastrointest Endosc, 2015, 85(Suppl 5): AB134. DOI:10.1016/j.gie.2015.03.1207.

《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	杨爱明	金震东	邹晓平	郭学刚	任 旭				
编 辑 委 员: 包 郁	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	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		

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 Shiyang 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时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‰减去零时的呼口气样品的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

本广告仅供医学专业人士阅读

京药广审(文)第251105-00767号



AQ-300^{NEW}

4K 超高清内镜解决方案

