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

2025年8月 第42卷 第8期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 42 Number 8
August 2025

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42卷　第8期　2025年8月20日出版


微信:xhnjxw


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.zhxhnjzz.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
江苏省地质测绘大队

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

2025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

食管、胃及结直肠癌早筛早诊早治专家建议(2025年,上海) …… 589
国家消化系统疾病临床医学研究中心
国家消化内科专业医疗质量控制中心
免疫与炎症全国重点实验室

论　著

基于多特征拟合诊断胃褪色调肿瘤性病变的人工智能系统的构建和验证 …… 596
曾晓铨　董泽华　李艳霞　邓云超　于红刚　陈明锴

亚甲蓝染色透光法在早期胃癌内镜黏膜下剥离术标本诊断中的价值 …… 602
贾梅　刘揆亮　徐瑞　岳冰　高杨　梅雪　陈光勇

幽门螺杆菌阴性早期胃癌的内镜及临床病理特征分析 …… 608
王伟华　刘福国　周璇　褚宇宁　田宇彬

内镜下肌切开不同术式治疗贲门失弛缓症的临床效果比较 …… 616
李英凡　郭涛　李晓青　胡耀文　吴晰　蒋青伟　杨爱明

计算机辅助检测系统对胃癌前病变和瘤变检出率影响的单中心自身对照研究 …… 622
王雯　黄丽　吴练练　于红刚

机器人智能化内镜转运系统在消化内镜中心的应用效果 …… 628
白建荣　程君　王鑫　曹丽娜　李静怡　孙东东　王娟　贾晓丽
丛涛　季锐　左秀丽

优化饮食限制下2.0 L与1.5 L聚乙二醇结肠镜肠道准备质量的比较:一项多中心随机对照研究 …… 634
潘鹏　王玉萍　高君妍　李晓菲　季大年　李昊燃　柏愚

Meta分析

ATP生物荧光测定法检测软式内镜清洗消毒效果的meta分析 …… 639
赵灿　李隆松　韩珂　毕雅维　令狐恩强　柴宁莉

短篇论著

吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置在上消化道大出血中的应用(含视频) …… 645
程俊　张俊君　张松　王亚洲　徐维田　高欣

115条外来内镜消毒前后微生物污染调查及建议 …… 649
骆孜　王缃兰　黄兴民　商任铎　张才庆　于红刚　刘军

病例报道

超声内镜引导一步法胆总管十二指肠吻合术治疗十二指肠腺癌2例 …… 653
陈燕　陈洁

胃错构瘤性内翻性息肉超声内镜动态观察1例 …… 655
王浩　张燕　刘虹　李国栋

多环牵引辅助内镜下切除阑尾口环周隆起型息肉样病变1例(含视频) …… 658
任剑珍　黄思霖　李博

综　　述

人工智能在胆胰疾病内镜诊治中的研究进展 …… 660
梁雅文　朱敏　翟亚奇　李明阳

结肠镜检查先端辅助装置研究进展 …… 665
刘叶婷　刘璐　高雪梅　申航　路璐　熊英

胰腺包裹性坏死内镜下坏死组织清除术的时机及技术进展 …… 669
李俊仪　张俊文

读者·作者·编者

《中华消化内镜杂志》2025年可直接使用英文缩写的常用词汇 …… 601

插页目次 …… 664

本刊稿约见第42卷第1期第82页、第7期第586页

本期责任编辑　朱悦

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进，Email：tang@xhnj.com　　朱　悦，Email：zhuyue@xhnj.com

周　昊，Email：zhou@xhnj.com　　钱　程，Email：qian@xhnj.com

顾文景，Email：gwj@xhnj.com　　许文立，Email：xwl@xhnj.com

本刊投稿方式

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


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）

·短篇论著·

吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置在上消化道大出血中的应用(含视频)

扫码查看操作视频

程俊[1,2]　张俊君[2]　张松[2]　王亚洲[2]　徐维田[2]　高欣[2]

[1]武汉科技大学医学部医学院,武汉 430065;[2]中部战区总医院消化内科,武汉 430070

通信作者:高欣,Email:angelqier@163.com

【提要】 为探究吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置在上消化道大出血患者血凝块清除术中的应用价值,回顾性分析2023年1月至2024年6月中部战区总医院消化内科收治的18例使用该装置清除消化道内血液及血凝块的上消化道大出血患者的临床资料,观察治疗效果。结果显示18例患者应用装置的操作时间为(8.2±3.1)min(4~16 min)。清除血凝块及血液总量为(221.1±97.1)mL(120~500 mL)。17例患者一次性清除血液及血凝块,达到止血成功标准,成功率为94.4%(17/18);1例胃癌并出血患者,内镜下无法止血治疗,后续行外科手术治疗。患者均未出现严重并发症。吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置可高效清除消化道内血液及血凝块,止血成功率高,值得推广应用。

【关键词】 胃镜;　上消化道出血;　清除血凝块装置

基金项目:国家自然科学基金(82200708);湖北省自然科学基金(2021CFB001);湖北省卫健委面上科研项目(WJ2023M092)

Application of suction connecting tube combined with gastroscope visual blood clot removal device to upper gastrointestinal bleeding (with video)

Cheng Jun[1,2], Zhang Junjun[2], Zhang Song[2], Wang Yazhou[2], Xu Weitian[2], Gao Xin[2]

[1]School of Medicine, Department of Medicine, Wuhan University of Science and Technology, Wuhan 430065, China; [2]Department of Gastroenterology, General Hospital of Central Theater Command, Wuhan 430070, China

Corresponding author: Gao Xin, Email: angelqier@163.com

【Summary】 In order to explore the application value of the suction connecting tube combined with gastroscope visual blood clot removal device in the blood clot removal surgery of patients with upper gastrointestinal bleeding, the clinical data of 18 patients with upper gastrointestinal bleeding treated with this device at the Department of Gastroenterology, General Hospital of Central Theater Command from January 2023 to June 2024 were retrospectively analyzed to observe its therapeutic effect. The results showed that the operation time of the device for 18 patients ranged 4-16 minutes (8.2±3.1 min). The total volume of blood clots and blood cleared ranged 120-500 mL (221.1±97.1 mL). Blood and blood clots were successfully removed in a single procedure in 17 patients, with a success rate of 94.4% (17/18). Hemostasis was unsuccessful in 1 patient with gastric cancer and bleeding under endoscopy, and subsequent surgical treatment was performed. No serious complication occurred. The suction connecting tube combined with gastroscope visual blood clot removal device can effectively remove blood and blood clots in the digestive tract, with high success rate, which is worth promotion and application.

【Key words】 Gastroscopes;　Upper gastrointestinal bleeding;　Blood clot removal device

Fund program: National Natural Science Foundation of China (82200708); Natural Science Foundation of Hubei Province (2021CFB001); General Scientific Research Project of Health Commission of Hubei Province (WJ2023M092)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20241118-00382

收稿日期 2024-11-18　　**本文编辑** 许文立

引用本文:程俊, 张俊君, 张松, 等. 吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置在上消化道大出血中的应用(含视频)[J]. 中华消化内镜杂志, 2025, 42(8): 645-648. DOI: 10.3760/cma. j. cn321463-20241118-00382.

www.zhxhnjzz.com

上消化道出血（upper gastrointestinal bleeding，UGIB）是消化系统常见的急症之一，是指屈氏韧带近端损伤引起的出血，病变可能位于食管、胃、十二指肠、胰管、胆管以及胃空肠吻合术后吻合口附近，年发病率为 84/10 万~100/10 万，死亡率为 3%~10%[1]。目前药物及介入栓塞的止血疗效有限，外科手术创伤大后遗症多，急诊内镜仍是 UGIB 的一线治疗方式。2019 年国际共识小组发布的非静脉曲张性 UGIB 处理指南建议，无禁忌证的急性 UGIB 患者应在就诊后 24 h 内进行内镜检查，患者将具有更好的预后[2-3]。消化内镜能精准找到出血部位，对因采取有效止血方式，降低再出血风险的同时还可根据病情判断是否需要手术。但 UGIB 患者的上消化道常因持续性出血及大量血凝块聚集，导致内镜下术区视野暴露困难，阻碍出血点的寻找及进一步止血治疗。本研究将吸引器连接管与胃镜相连组成一种可视性、精准、高效、快速、有选择性清除血凝块的装置，应用效果满意，报道如下。

一、资料与方法

1. 研究对象：回顾性收集 2023 年 1 月至 2024 年 6 月中部战区总医院消化内科收治的 18 例应用吸引器连接管联合胃镜可视性清除消化道内血液及血凝块的 UGIB 患者的临床资料。入组患者均有呕血和（或）黑便等上消化道出血症状，进镜后可见胃腔内有大量血液及血凝块堆积，严重干扰术区视野；应用 0.9% 生理盐水反复冲洗、抽吸胃腔，使用圈套器及异物网篮等操作仍无法有效清除血凝块，不能进一步行内镜下止血治疗。本研究已通过中部战区总医院医学伦理委员会审核批准（审查号：〔2024〕099-01）。

2. 器械装置：电子胃肠镜系统（日本奥林巴斯 CV-290）、电子胃镜（日本奥林巴斯 GIF-H290Z）、一次性使用气管插管套件（广州维力医疗器械股份有限公司，粤械注准 20182080535）、吸引器连接管（9.0 mm×1800 mm）、电动吸引器（鱼跃 7A-23D，极限负压值 0.08 MPa）、无菌胶布、无菌剪刀、手套。

3. 手术方法：所有患者在排除急诊胃镜禁忌证后尽快安排手术，患者取左侧卧位，深静脉置管，气管插管下静脉全身麻醉成功后，将电子胃镜经口循腔进镜，观察上消化道情况，抽吸清除血凝块，找到出血点后可立即行内镜下止血。当进镜后发现有大量血凝块堆积，常规胃镜下抽吸清除困难，使用生理盐水反复冲洗、抽吸，使用圈套器及异物网篮辅助清除，效果差，仍难以发现出血点，影响进一步止血治疗时，可采取吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置辅助治疗。

具体操作如下（图 1）：取出一次性使用气管插管套件中的吸引器连接管，用无菌剪刀剪去吸引器连接管一端的吸引器头（图 1A），将连接管紧贴胃镜镜头侧（图 1B），与胃镜镜身水平放置，管口前端突出胃镜镜头 0.5 cm 左右，使管口暴露在胃镜视野范围内，使用医用无菌胶带将两者并列捆绑连接（图 1C），吸引器连接管的另一端连接电动吸引器。将胃镜联合吸引器连接管一同经口置入胃腔，调整胃镜方向及深度，打开电动吸引器负压调节开关，调节负压在 0.05~0.08 MPa（375~600 mmHg）范围，操作时根据吸引情况调节负压强度。在胃镜直视下对可见的血液及血凝块进行捣碎并抽吸清除，充分暴露视野，发现出血部位及原因，进一步进行内镜下止血治疗，如局部喷洒或黏膜下注射稀释的肾上腺素（1∶10 000）、氩离子凝固术、高频电凝、金属夹钳夹止血等。期间注入 0.9% 生理盐水反复冲洗胃腔，直至冲洗液清亮，抽吸通畅，镜下未见活动性出血，止血成功后退镜。

4. 评价指标：观察术中血凝块清除时间，清除血凝块及血液总量，内镜下止血的成功率、死亡率、并发症，住院期间再次出血率、二次内镜检查率。术中血凝块清除时间：内镜下看到血块后，开始抽吸血凝块到完全清除血凝块所使用的时间。止血成功标准：内镜下反复冲洗、抽吸血凝块，清除干净后，进一步止血治疗后再次反复冲洗，观察 10 min 后无活动性出血，且 1 周内无活动性出血，无中转行外科手术者。并发症：术中及术后出现反流、误吸、食管损伤、胃黏膜损伤、胃穿孔、吸入性肺炎、窒息等不良反应。

二、结果

1. 患者基线资料：本研究纳入的 18 例 UGIB 患者中，男 16 例、女 2 例。年龄（59±16）岁（14~84 岁）。其中胃溃疡并出血 8 例，胃肠吻合口及附近溃疡并出血 3 例，胃癌并出血 2 例，Dieulafoy（杜氏）溃疡并出血 2 例，十二指肠球部溃疡并出血 2 例，贲门撕裂并出血 1 例。

2. 操作效果及安全性分析：本组 18 例 UGIB 患者使用吸引器连接管联合胃镜清除血凝块的操作时间为（8.2±3.1）min

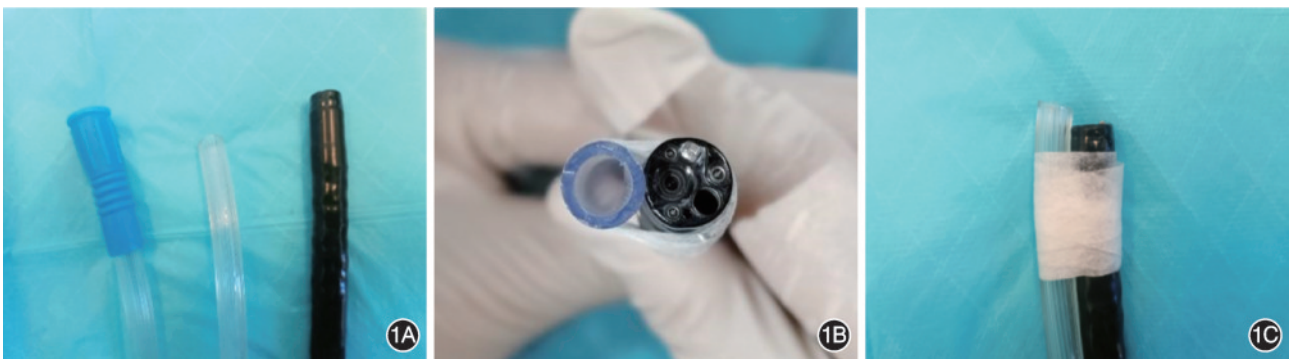


图 1　吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置拼接图　1A：装置主要构成组件；1B：吸引器连接管紧贴胃镜镜头侧；1C：吸引器连接管与胃镜前端捆绑固定

www.zhxhnjzz.com

(4~16 min)，清除血凝块及血液总量为(221.1±97.1) mL(120~500 mL)。其中17例患者一次性(一次送入内镜后中途未拔出)清除血液及血凝块，止血成功；1例胃癌并出血患者，因溃疡深大，边缘不规则，质硬，表面附着大块血凝块，内镜下无法止血，后续行外科手术治疗，术后病理回报印戒细胞癌。内镜下止血成功率为94.4%(17/18)，住院期间无死亡病例，均未再次出血，无二次内镜检查。患者均未出现反流、误吸、食管损伤、胃黏膜损伤、胃穿孔、吸入性肺炎、窒息等不良反应。

3.操作实例报道：患者男，72岁，因“腹痛伴呕血6 h”入院，呕出暗红色血性液体350 mL；查体：体温37.1℃，脉搏98次/min，呼吸23次/min，血压82/60 mmHg(1mmHg=0.133 kPa)；辅助检查：红细胞计数1.95×10 ^{12}/L、血红蛋白63 g/L、红细胞比积19.9%、血小板122×10^{9}/L。予以抑酸、收缩内脏血管、补充凝血因子、输血及补液等对症支持治疗，生命体征稳定后给予气管插管下静脉全身麻醉后行急诊胃镜检查。经口循腔进镜至十二指肠降段，患者胃腔、十二指肠可见大量鲜红色血液，胃底黏液湖见大量血凝块，常规胃镜下无法吸引清除血凝块，大块血凝块堵塞胃镜吸引孔道，用生理盐水反复冲洗、抽吸，使用圈套器及异物网篮辅助清除，效果均欠佳(图2A、2B)。利用吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置再次进境(图2C)，顺利将血液及血凝块吸出(图2D)。术区视野显露清晰，可见胃底近贲门口有血栓头及渗血，予以数枚金属夹夹闭创面(图2E)，反复冲洗胃腔后观察无活动性出血(图2F)，留置胃管后退镜。术后无并发症，未再次出血，术后9 d出院。

讨论　UGIB是消化内科常见的危急重症，24 h内进行内镜检查明确病因、有效止血是挽救生命的关键[4]。因短时间内有大量新鲜血液及血凝块堆积在患者消化道内，严重干扰内镜视野，影响出血病灶的搜寻及进一步止血治疗，常规冲水、反复抽吸、改变体位、使用圈套器及异物网篮的效果均欠佳，并且胃镜吸引通道孔径有限，遇到稍大的血凝块就极易造成通道堵塞，需反复疏通，造成治疗时间延长甚至止血失败，最终导致休克、感染、窒息、贫血、腹膜炎等严重并发症。因此，临床上应果断采取措施迅速清除血凝块，为UGIB患者争取止血时间及创造止血条件。

目前常用清除血凝块的方法是通过圈套器及异物网篮分解血凝块后用胃镜吸引清除，术中圈套器及异物网篮需反复进入胃腔圈套分解血凝块，此方法不仅操作繁琐、耗时长，还可能损伤患者消化道黏膜。周胜云和段志辉[5]应用胃镜联合甲状腺引流管的双管途径可快速吸引血凝块，安全性高，但甲状腺引流管为橡胶材质，质地柔软，吸引时管口易被吸瘪，且无法切割分解血凝块。Wu等[6]曾通过改进

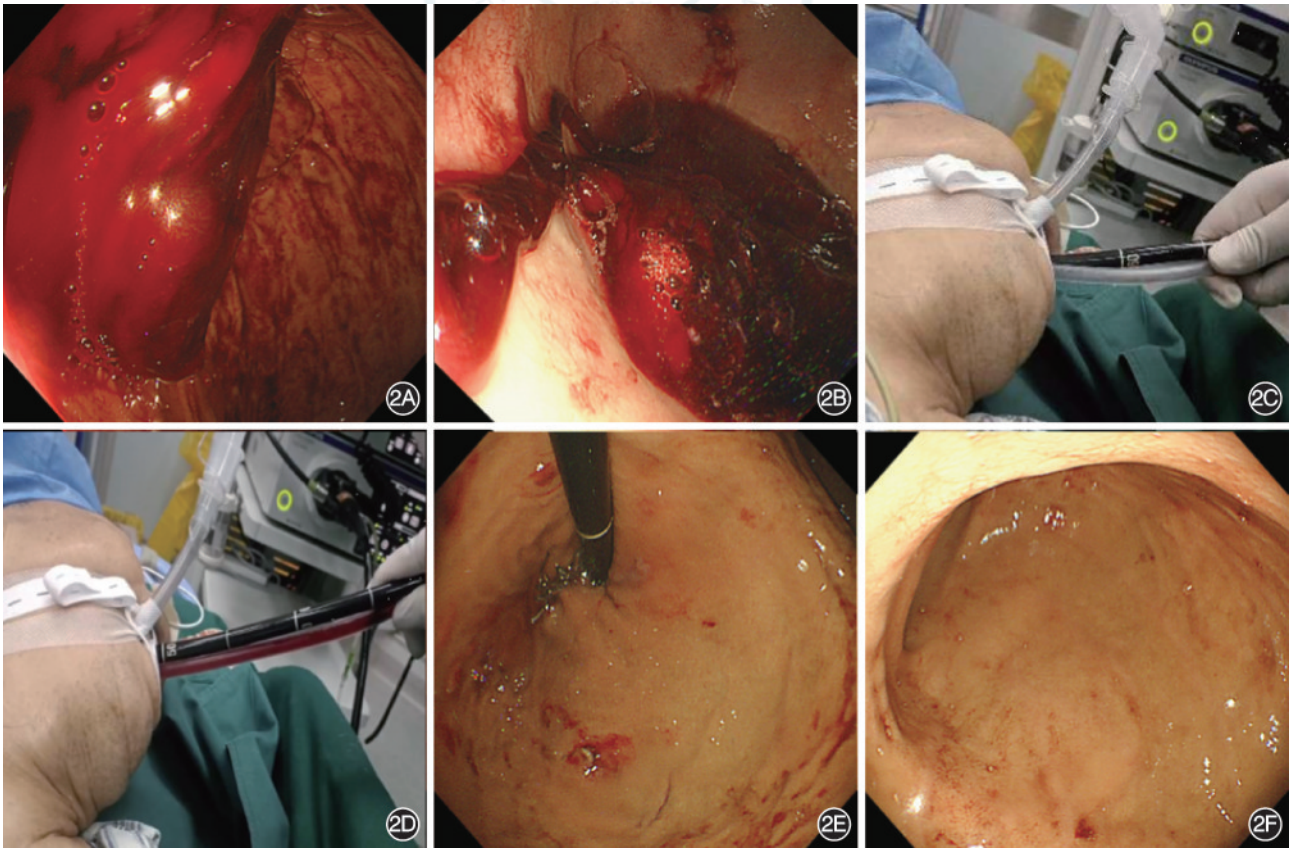


图2　吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置有效清除上消化道出血患者胃腔内血凝块及血液　2A、2B：胃腔见大量血液及血凝块聚集，胃镜无法吸引清除；2C：成功进镜；2D：吸引器连接管中可见血液及血凝块吸出；2E：吸引器连接管联合胃镜进行吸引及冲洗后，视野明显改善，止血成功；2F：反复冲洗胃腔后，观察无活动性出血

www.zhxhnjzz.com

输液器以及输液加压器制作急诊内镜简易冲水装置，实现内镜下的持续冲洗。虽然可极大改善内镜下视野，但无法快速将血凝块有效清除。Herman 等[7]将结肠术中清洁装置用于清除胃肠道内血凝块，该设备具有强大的灌吸功能，临床应用效率高、效果好，但该方法需要额外配备成套的装置及器械，不利于临床推广。Xiao 等[8]报道应用改造的小肠镜外套管联合负压吸引组成一套运用剪切力及负压吸引力清除消化道内潴留物的装置，可自主控制负压抽吸模式，效率高、损伤小，但该装置使用时胃镜和负压吸引管需反复交替插入外套管，无法同时做到吸引清除操作及观察治疗效果。本研究运用吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置行血凝块清除术，操作时间短，临床治疗效果满意。该装置应用优点：(1)因自制装置前端在内镜下的可视性，内镜操作医师可以直视血凝块具体位置，以便精准、高效、快速、有选择性的抽吸清除上消化道内的血凝块及血液，缩短手术时间，减少并发症。(2)此装置取材、制备及操作简便，所需材料各级医院手术室均有配备，可做到无菌操作。吸引器连接管为一次性使用气管插管套件中所配备的物品，无需另购，操作结束后即可拆卸，不会损坏胃镜。(3)该装置前端形成双通道，不妨碍胃镜工作通道的使用，并且吸引器连接管的通道孔径较大，可快速、高效吸引，很少有堵管现象，缩短治疗时间，降低患者风险。(4)吸引器连接管的材料软硬度适中，对咽喉部损伤较小，管道可随胃镜镜身灵活弯曲，管口前端切面可形成剪切力，配合调整负压吸引强度，一定程度上可辅助分解血凝块，且不存在被负压吸引吸瘪的情况。(5)该装置经临床检验，一般不会因负压吸引及进退镜造成胃、食管、咽喉部黏膜的二次损伤。

在运用该装置时还需注意以下几个方面：(1)拼接装置时应将连接管紧贴胃镜镜头侧，确认管口暴露在胃镜视野范围内，确保可视性操作，但不影响视野。将两者捆绑牢固，避免操作时松脱及移位，影响手术效果。进镜前调节胃镜操纵部大、小旋钮，使内镜弯曲部上下左右移动，确保两者活动度一致。(2)因装置前端的双通道，一定程度上增加进镜难度，初次操作的内镜医师在抵达患者会厌部时可能有阻碍感，应及时调整角度方向，配合手腕技巧，进镜动作轻柔，必要时表面涂抹石蜡油润滑，避免损伤消化道黏膜。(3)在抽吸的同时需注入适量生理盐水，使血凝块混合在黏液湖中更易抽吸，根据吸引情况调节吸引压力。如遇较大血凝块或堵管时，可采用折叠吸引管中段，将吸引强度调至最大(极限负压值0.08 MPa)后，迅速放开折叠的吸引管，类似脉冲式吸引，此时通过气体脉冲能间歇性形成较强负压差将血凝块顺利吸出，重复上述操作，直至血凝块清除干净。(4)笔者认为该装置应用于发生在胃空肠吻合口输入、输出襻的出血时具有独特优势。肠腔操作空间狭小，该装置可以直视下有针对性的对血凝块进行抽吸，可根据吸引情况调节吸引强度，较大程度的避免肠黏膜、吻合口等处因盲目吸引所导致的损伤。

综上所述，吸引器连接管联合胃镜可视性清除血凝块装置应用于UGIB患者，可精准、高效、快速、有选择性的清除血液及血凝块。该装置取材制作简便、使用操作方便，有效简化操作流程，显著改善内镜下视野，缩短手术时间，提升清除效率，提高止血效力。为救治UGIB危重症患者提供有效措施，临床价值高，值得推广应用。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明　程俊：病例收集、统计分析、论文撰写；张俊君、张松、王亚洲：病例收集、内镜操作；徐维田、高欣：研究设计、内镜操作、论文修改

参　考　文　献

[1] Kate V, Sureshkumar S, Gurushankari B, et al. Acute upper non-variceal and lower gastrointestinal bleeding[J]. J Gastrointest Surg, 2022, 26(4): 932-949. DOI: 10.1007/s11605-022-05258-4.

[2] Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the international consensus group[J]. Ann Intern Med, 2019, 171(11): 805-822. DOI: 10.7326/M19-1795.

[3] Guo C, Wong S H, Lau L, et al. Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a territory-wide cohort study [J]. Gut, 2022, 71(8): 1544-1550. DOI: 10.1136/gutjnl-2020-323054.

[4] Mullady DK, Wang AY, Waschke KA. AGA clinical practice update on endoscopic therapies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding: expert review[J]. Gastroenterology, 2020, 159(3):1120-1128. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.05.095.

[5] 周胜云，段志辉. 吸引管联合胃镜对上消化道大出血时大量血凝块的清除作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(6):474-475. DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.06.16.

[6] Wu ZH, Luo R, Deng K. Accessible water jet system modified from the infusion set with ideal visibility during emergency bedside endoscopy[J]. Dig Endosc, 2022, 34(1): e7-e8. DOI: 10.1111/den.14156.

[7] Herman T, Freeman M, Wongjarupong N, et al. Novel use of a colonic intraprocedural cleansing device for upper gastrointestinal bleeding[J]. Endoscopy, 2023, 55(Suppl 1): E1258-E1259. DOI: 10.1055/a-2210-0055.

[8] Xiao X, Yan H, Liu J, et al. Novel approach for efficient removal of massive blood clots during emergency endoscopic hemostasis[J]. Endoscopy, 2023, 55(Suppl 1): E248-E250. DOI: 10.1055/a-1956-9244.

www.zhxhnjzz.com

FUJIFILM
Value from Innovation

蓄势待发
国产制造

广告

EG-840T EG-840TP
电子上消化道内窥镜

- 160°下弯角度
- CMOS传感器
- G7操作部
- 2mm近焦观察
- LCI BLI

EG-840T
- 9.8mm头端部
- 3.2mm钳道
- 前射水



EG-840TP
- 7.9mm头端部
- 3.2mm钳道
- 前射水

苏械广审(文)第300112-17991号

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书。

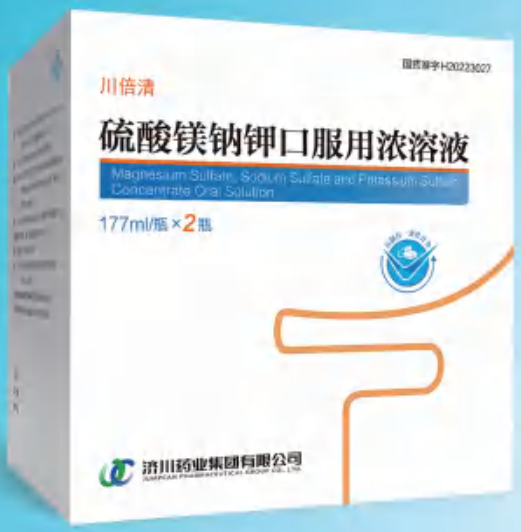
富士胶片(中国)投资有限公司
FUJIFILM (China) Investment Co., Ltd.
上海市浦东新区平家桥路100弄6号晶耀前滩T7, 5-6楼
http://www.fujifilm.com.cn

EG-840T 苏械注准20252060568
EG-840TP 苏械注准20252060600

JUMPCAN 济川药业

广 告

苏药广审(文)第251216-18726号
本广告仅供医学药学专业人士阅读

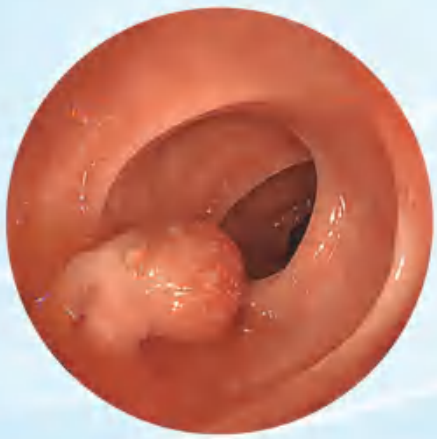


国药准字H20223027

仿制药一致性评价

新一代肠道清洁剂

肠镜检查豁然开朗



川倍清

硫酸镁钠钾口服用浓溶液

【适 应 症】本品适用于成人，用于任何需要清洁肠道的操作前的肠道清洁（如需要肠道可视化的操作包括内镜、放射性检查、外科手术）。
本品不用于治疗便秘。

【用法用量】分剂量（两日）用法

检查前或术前一天：

检查前或术前一天的傍晚（如下午18点），按照下文的说明用药：

· 将一瓶本品中的内容物倒入包装附带的杯子中，用水稀释至刻度线（即约为0.5升）。

· 患者饮用此稀释液后两小时内，再将水或澄清液体加入杯中，连饮两杯（即约为一升）。

检查或手术当天：

检查或手术当天早晨（夜间服药后10到12小时），重复前一天傍晚的服药方法：

· 将另一瓶本品中的内容物倒入包装附带的杯子中，用水稀释至刻度线（即约为0.5升）。

· 患者饮用此稀释液后两小时内，再将水或澄清液体加入杯中，连饮两杯（即约为一升）。

本品稀释溶液和随后的水或澄清液体的服用，在没有麻醉的情况下应在检查或手术前至少一小时之前完成。在麻醉的情况下，一般在检查或手术前至少两小时之前完成，同时遵照医生和麻醉师的指示。

检查或手术后：

为了补充在检查或手术准备阶段的液体流失，应鼓励患者随后饮用足够量的液体以保持充分的水合状态。

济川药业集团有限公司
JUMPCAN PHARMACEUTICAL GROUP CO., LTD.
地址：江苏省泰兴市大庆西路宝塔湾 邮政编码：225441
电话：400-118-9696 传真：0523-87606917