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9月 第42卷 第9期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 42 Number 9
September 2025

ISSN 1007-5232
09
9 771007 523250

cma cma cma

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9期　2025年9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

消化内镜内痔微创诊疗专家共识(2025，广州)…… 673
中华医学会消化内镜学分会内痔协作组

论　著

除菌后分化型与未分化型早期胃癌的临床特征分析 …… 687
邵琳琳　张倩　李鹏

内镜黏膜下剥离术后异时性早期胃癌的内镜及病理特征分析 …… 693
郭芷均　丁士刚　张静　俎明　张贺军　石岩岩

水压法在困难型早期消化道癌内镜黏膜下剥离术中的应用价值初探(含视频) …… 701
董骏　孙仁虎　余超　汪翰英　王耀辉　肖君

基于深度学习的人工智能模型在窄带光及近焦窄带光内镜图像中精确识别早期胃癌边界的临床研究 …… 707
茅晓喆　洪凯程　郭运博　王碧琳　李俊博　李锐

基于机器学习算法的老年胆心综合征最优预测模型的筛选及预测因素分析 …… 715
陈潇　张鸿晨　章宵晨　沈红璋　张筱凤

短篇论著

一次性子镜辅助肠道支架置入术在急性恶性结直肠梗阻中的应用价值(含视频) …… 722
王远志　周本刚　刘邦杰　姚光怀　李贵庆　李瑶瑶　薛峰　周明　丁岩冰

直肠良性淋巴滤泡性息肉15例的临床及内镜下表现分析 …… 726
吕小燕　张国霞　孟春丽　任洪波　李国栋

病例报道

内镜全层切除术治疗与系膜粘连的降结肠间质瘤1例 …… 731
周慧慧　马翠梅　赵京平　张曜文
超声内镜引导下经胃壁穿刺引流治疗胰腺假性囊肿合并继发性布-加综合征1例 …… 734
陈桂豪　欧阳博文　钟小生　陈彦辰　吴祥
内镜下阑尾残株腺瘤切除1例(含视频) …… 738
王伊凡　李群　刘晓峰

综　　述

电子染色内镜技术提升结肠镜检查质量的研究进展 …… 741
卫佳慧　徐庶怀　张桓伟　隋向宇　张颂　李兆申　赵胜兵　柏愚
超声内镜在肝脏疾病中的诊治进展 …… 746
王雅婷　朱新影　赵东强
贲门失弛缓症患者经口内镜下肌切开术后胃食管反流病的相关研究进展 …… 752
陈出新　吴红　王佳颖　汤凤婷　汤善宏

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 …… 706
更正 …… 714
插页目次 …… 737

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　许文立

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）

·病例报道·

超声内镜引导下经胃壁穿刺引流治疗胰腺假性囊肿合并继发性布-加综合征1例

陈桂豪[1]　欧阳博文[2]　钟小生[1]　陈彦辰[1]　吴祥[3,4]
[1]广州中医药大学第二临床医学院 广东省中医院胰胆外科，广州 510120；[2]广州中医药大学第二临床医学院 广东省中医院消化内科，广州 510120；[3]广州医科大学附属脑科医院普外科，广州 510150；[4]广东省神经科学疾病研究重点实验室 神经致病基因和离子通道教育部重点实验室，广州 510150
通信作者：吴祥，Email：xiang199107@163.com

【提要】 本文报道1例胰腺假性囊肿导致继发性布-加综合征的特殊病例。患者因胰头区域巨大假性囊肿压迫肝静脉与下腔静脉汇合处，导致继发性布-加综合征，经超声内镜引导下经胃壁穿刺引流并置入双猪尾塑料支架持续引流后，病情好转。本病例表明超声内镜引导下的跨壁引流是治疗胰腺假性囊肿合并继发性布-加综合征安全有效的选择。

【关键词】 胰腺假囊肿；　胰腺炎；　布-加综合征；　超声内镜下引流
基金项目：广州市研究型医院项目；广东省中医药管理局科研项目（20242031）

Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage for pancreatic pseudocyst combined with secondary Budd-Chiari syndrome: a case report

Chen Guihao[1], Ouyang Bowen[2], Zhong Xiaosheng[1], Chen Yanchen[1], Wu Xiang[3,4]
[1]Department of Pancreaticobiliary Surgery, The Second Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China; [2]Department of Gastroenterology, The Second Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China; [3]Department of General Surgery, The Affiliated Brain Hospital, Guangzhou Medical University, Guangzhou 510150, China; [4]Key Laboratory of Neurogenetics and Channelopathies of Guangdong Province and the Ministry of Education of China, Guangzhou 510150, China
Corresponding author: Wu Xiang, Email: xiang199107@163.com

胰腺假性囊肿（pancreatic pseudocysts，PPC）是指由急性或慢性胰腺炎、胰管阻塞、胰腺手术或胰腺创伤后引起的，在胰腺内部或周围形成富含淀粉酶的积液[1-2]。PPC通常在疾病初发的4周以后开始持续存在[3]，具有明确的纤维性包膜壁，但无上皮组织。PPC在腹腔内的不同位置可能导致不同压迫症状。对PPC的处理，可采用多种策略，包括保守治疗、经皮引流、内镜引流、腹腔镜手术或剖腹手术[2]。本文报告1例罕见病例，患者胰头区域巨大PPC压迫肝静脉与下腔静脉交汇处，导致继发性布-加综合征（Budd-Chiari syndrome，BCS），患者接受超声内镜（endoscopic ultrasonography，EUS）引导下引流治疗，效果良好。

患者男，72岁，因“腹胀进行性加重2个月”就诊广东省中医院胰腺中心。2个月来，患者在外院接受多次保守治疗和腹腔穿刺术，但治疗效果不佳；腹腔引流液的微生物学和生化评估结果显示腹水内无细菌、真菌孢子、菌丝以及肿瘤细胞，但患者腹水中淀粉酶水平显著升高，达到7 751.7 U/L。患者既往无明确内科病史，无腹部手术史，无器官功能障碍史。个人史方面，患者存在超过30年饮酒史，每日饮用250~300 mL白酒；有超过30年的吸烟史，每日吸烟20~40支，无其他特殊个人或家族病史。患者入院时无发热，且未表现出全身炎症反应综合征迹象，总体状况良好，其东部肿瘤协作组（Eastern Cooperative Oncology Group，ECOG）体

DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20250220-00450
收稿日期　2025-02-20　　**本文编辑**　许文立
引用本文：陈桂豪，欧阳博文，钟小生，等. 超声内镜引导下经胃壁穿刺引流治疗胰腺假性囊肿合并继发性布-加综合征1例[J]. 中华消化内镜杂志，2025，42(9)：734-737. DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20250220-00450.

www.zhxhnjzz.com

能状态评分为2分，体格检查患者腹部明显膨隆，全腹部无压痛或反跳痛，且无其他显著腹部阳性体征；患者未出现明显黄疸迹象，但双侧下肢水肿明显。实验室检查血清淀粉酶和脂肪酶水平分别为113 U/L和368 U/L，白细胞计数为14.09×10⁹/L，血红蛋白水平为87 g/L，血小板计数为192×10⁹/L，肝功能指标轻度异常，血清白蛋白24.3 g/L、丙氨酸转氨酶5 U/L、天冬氨酸转氨酶14 U/L、总胆红素13.9 μmol/L。凝血功能和凝血酶活性评估均在正常范围内。对患者进行全腹部增强CT扫描，结果显示整个胰腺实质萎缩并伴有多处钙化，胰头区可见一低密度囊性病灶（7.2 cm×4.9 cm），同时发现大量腹腔游离积液；PPC压迫肝静脉及下腔静脉交汇处，肝静脉几乎无显示（图1）。CT检查同时提示该囊肿对肝内胆管影响较小，胆道系统内未见明显狭窄或扩张，肝动脉和门静脉系统未受明显影响。彩色多普勒超声检查显示，肝前下腔静脉血流速度减慢，三支肝静脉直径显著减小，血流缓慢。患者最终诊断：1.胰腺假性囊肿（胰头区域）；2.继发性布-加综合征。

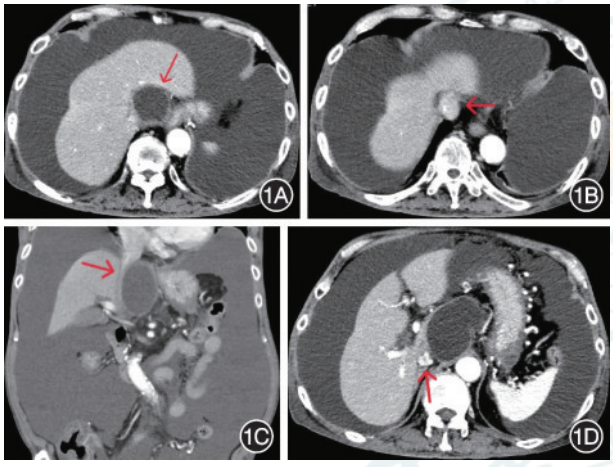


图1　患者行引流前全腹部增强CT扫描图像　1A：胰腺假性囊肿压迫肝静脉汇合处和下腔静脉，肝静脉显示不清（箭头指示处）；1B：下腔静脉的近端在穿过受压段后恢复（箭头指示处）；1C：冠状面三维重建显示假性囊肿压迫肝静脉和下腔静脉交汇处（箭头指示处）；1D：假性囊肿下方的下腔静脉远端正常充盈（箭头指示处）

经过多学科讨论，难以确立一条合适的经皮引流路径，因此决定通过胃壁进行超声内镜引导PPC引流术。术前给予预防性抗生素（头孢孟多酯钠），并确保术前至少禁食禁水12 h。在常规准备完成后，患者左侧卧位置入超声内镜，检查显示胰头区域有一巨大囊性肿块，内部有相对均匀的无回声暗区，假性囊肿壁边界清晰。在超声引导下，避开较大血管确定穿刺路径，使用COOK公司19 G-A穿刺针穿刺进入假性囊肿，并抽取囊液进行生化和细菌学检测。随后插入0.035英寸（1英寸=2.54 cm）导丝，退出穿刺针，在内镜直视及导丝引导下，将COOK公司10 Fr一次性切开刀引入以切开胃壁和假性囊肿壁进入假性囊肿，大量浑浊黄色液体流入胃中，立即沿导丝置入一个8 mm的圆柱形球囊以扩张穿刺通道（图2）。最后，置入一个COOK公司10 Fr 3 cm的双猪尾塑料支架进行持续内引流。手术后进行透视以再次确认支架位置放置正确（图3）。

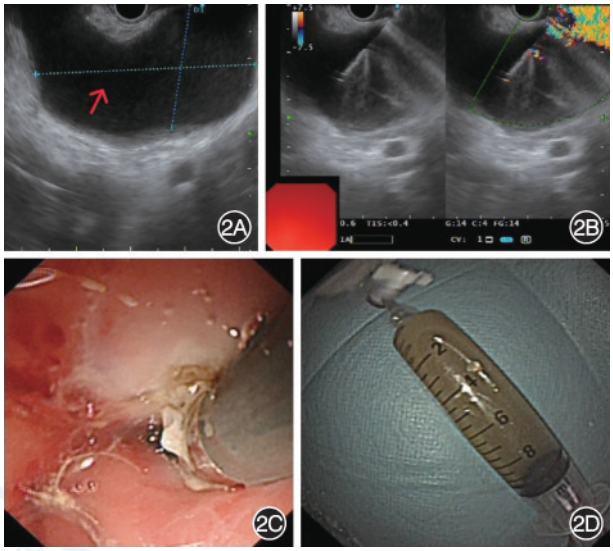


图2　使用纵轴超声内镜进行探查和穿刺　2A：在胰头部区域发现一个大的囊性病变（箭头指示处）；2B：在超声引导下，使用COOK 19 G-A穿刺针穿刺囊肿；2C：在导丝引导下，将COOK 10 Fr一次性刀片插入胃壁和囊肿壁；2D：囊液性质

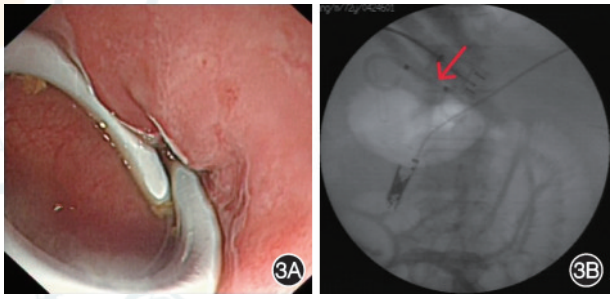


图3　成功置入COOK 10 Fr×3 cm双猪尾塑料支架　3A：内镜直视下见引流管位置良好；3B：在X射线观察下，支架释放良好（箭头指示处）

术后第3天复查全腹部增强CT，显示支架两端分别位于假性囊肿和胃内，假性囊肿体积明显缩小，肝静脉及下腔静脉受压部分开始充盈（图4）。术后无明显并发症发生。患者术后第四天出院，后续门诊定期随访，临床症状逐渐缓解。术后10周进行腹部增强磁共振成像检查，结果显示支架已自然排出，PPC完全消失。此外，患者腹水几乎完全吸收，肝静脉和下腔静脉均可完整显示（图5）。在随后的24个月随访中，患者未出现复发。

讨论　PPC与多种胰腺疾病相关，包括急性或慢性胰腺炎、胰腺外伤以及胰管梗阻。术后胰瘘引流不充分也可导致假性囊肿形成[4]。尽管早期研究表明一些假性囊肿可自行消退，但有症状或感染性的假性囊肿仍需要侵入性治疗[5-6]。

通过侵入性操作治疗PPC的方式选择取决于多种因素，包括假性囊肿的位置、范围及与主胰管的关系、是否存在包裹性坏死、胰管狭窄或胆道梗阻，以及患者整体健康状

www.zhxhnjzz.com

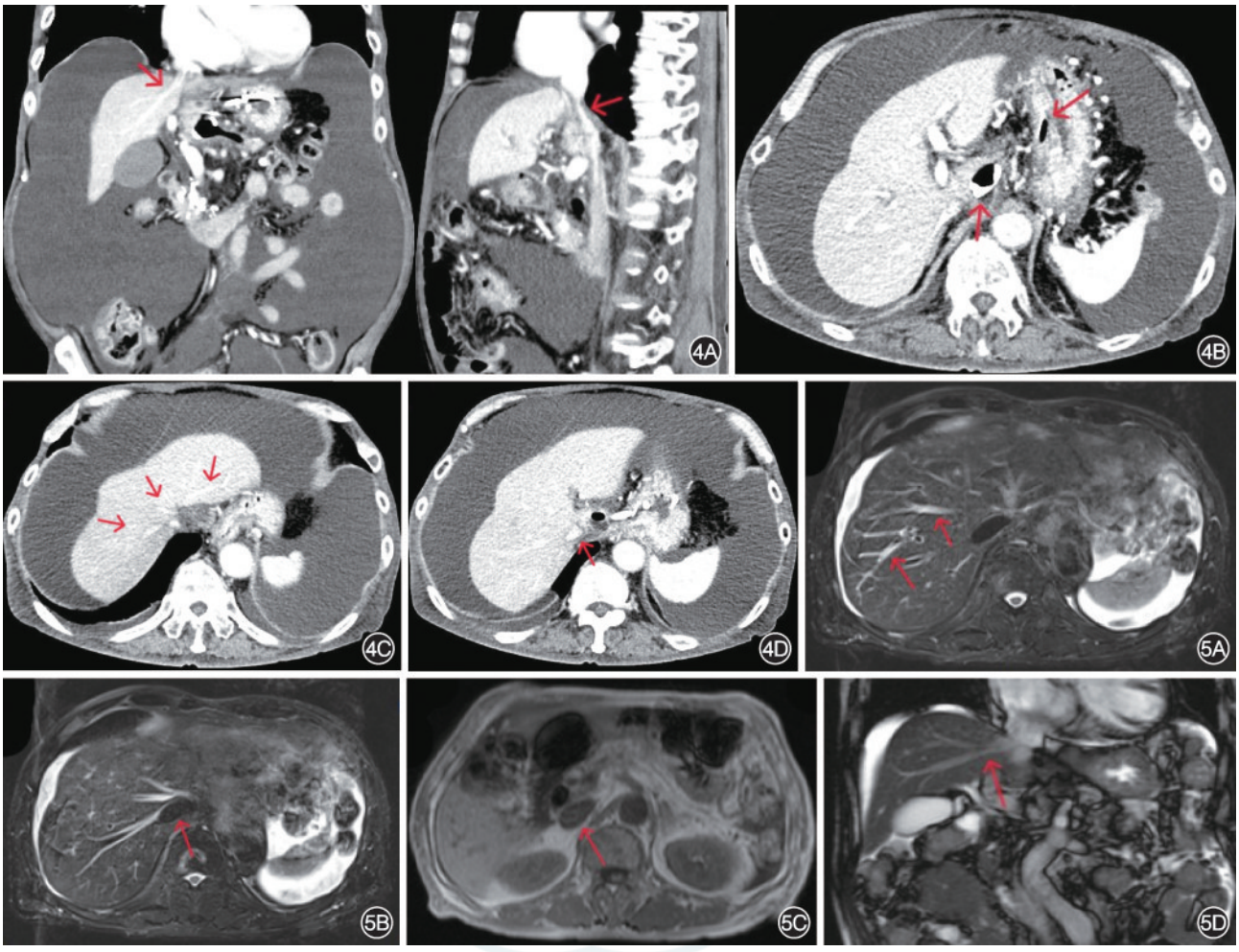


图4　患者术后第3天行全腹部增强CT扫描图像　4A：三维重建显示下腔静脉再通，肝静脉清晰显露（箭头指示处）；4B：支架两端分别位于假性囊肿和胃内，假性囊肿明显缩小（箭头指示处）；4C：左肝静脉、中肝静脉和右肝静脉汇合处清晰可见（箭头指示处）；4D：假性囊肿旁的下腔静脉可见充盈（箭头指示处）　**图5**　术后10周患者腹部增强磁共振成像检查　5A：远端肝静脉清晰可见（箭头指示处）；5B：肝静脉流入下腔静脉（箭头指示处）；5C：下腔静脉通畅，假性囊肿消失（箭头指示处）；5D：三维重建清晰显示肝静脉流入下腔静脉（箭头指示处）

况[7-8]。经皮或超声内镜引导下引流通常因微创性和操作简便而被优先选择。对于内镜和（或）经皮引流效果不佳的患者，以及出现与坏死、感染或消化道梗阻相关症状的患者，建议进行手术引流（必要时进行清创）[9]。对于本病例，PPC的存在以及继发性布-加综合征给微创手术带来重大挑战，并增加了围手术期风险。

1992年，Grimm等[10]首次提出超声内镜引导PPC引流术。多项研究表明，超声内镜引导PPC引流是一种成熟的技术[11-12]。超声内镜的引导不仅可以显示PPC的位置和大小，还可以显示囊肿与胃壁之间的关系，从而避免大血管损伤并确定最佳引流途径。此外，内镜方法可以在PPC与胃壁之间直接建立引流通道，使囊液流出，减少胰酶外溢的可能性，避免胰皮瘘形成[13]。然而，在大多数情况下，大量腹水是超声内镜引导透壁穿刺或置入引流等介入操作的相对禁忌证，因为它可能会显著增加术后胰瘘和无法控制的腹腔内出血的风险。

布-加综合征是一种肝静脉系统疾病，由肝血流流出道梗阻引起，以肝后型门静脉高压和下腔静脉高压为主要表现[14]。当梗阻由静脉病变（血栓形成或静脉炎）引起时为原发性布-加综合征，当病变源自静脉外（如恶性肿瘤）压迫或侵犯肝静脉和（或）下腔静脉时则为继发性布-加综合征[15]。近期文献中关于伴有继发性布-加综合征的PPC报道很少，且治疗策略尚未确定。然而，治疗的基本原则仍是解除肝静脉梗阻。Zhu等[16]报道1例肝内PPC导致继发性布-加综合征的患者，进行了经皮引流，取得了良好效果。

本例患者腹水的起源是胰头部假性囊肿引起的继发性布-加综合征，因此有效的引流是缓解肝静脉和下腔静脉受压的核心原则。由于假性囊肿位于胰头区域，这使得经皮操作难以建立路径，在最终外科手术干预之前，超声内镜引导下的操作似乎是一个理想的替代方案。除此之外，其他一些有利条件也可能为超声内镜引导下的操作提供可能性：（1）患者一般情况尚可，凝血功能正常，这意味着术后出血的风险相对较低；（2）患者胰腺炎病程至少已有2个月，这意味着假性囊肿可能已经有成熟的纤维壁；（3）假性囊肿壁靠近胃腔，因此胰瘘和腹水渗漏的风险可控；（4）假性囊肿的实性成分相对较低，可以实现完全引流。

www.zhxhnjzz.com

我们采用了多种策略来防止引流支架周围渗漏，首先，为了尽量减短穿刺路径，选择囊肿壁与胃壁紧密贴合的部位进行穿刺；其次，在插入一次性刀片时，确保导丝适当拉紧，并垂直切开胃壁和囊肿壁；最后，为确保引流通畅，使用大口径支架（10 Fr），如有必要，采用辅助的经鼻囊肿引流管冲洗。随访结果也显示，整体治疗达到了预期效果，随着假性囊肿缩小，肝静脉开始充盈，流出道重新开放，随后腹水也被完全吸收。

伴有继发性布-加综合征的PPC是比较罕见，治疗策略包括经皮内镜引流、开放手术或腹腔镜手术以及保守治疗。对于特定患者，超声内镜引导下透壁引流可能是一种相对微创且具有良好治疗效果的治疗方法。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Miyamoto R, Takahashi A, Ogura T, et al. Impact of endoscopic ultrasound-guided transmural drainage for postoperative pancreatic fistula after pancreatic surgery[J]. DEN Open, 2024, 4(1):e270. DOI: 10.1002/deo2.270.

[2] Bhakta D, de Latour R, Khanna L. Management of pancreatic fluid collections[J]. Transl Gastroenterol Hepatol, 2022, 7:17. DOI: 10.21037/tgh-2020-06.

[3] Ahmed A, Gibreel W, Sarr MG. Recognition and importance of new definitions of peripancreatic fluid collections in managing patients with acute pancreatitis[J]. Dig Surg, 2016, 33(4):259-266. DOI: 10.1159/000445005.

[4] Nitsche U, Siveke J, Friess H, et al. Delayed complications after pancreatic surgery: pancreatic insufficiency, malabsorption syndrome, pancreoprivic diabetes mellitus and pseudocysts[J]. Chirurg, 2015, 86(6):533-539. DOI: 10.1007/s00104-015-0006-z.

[5] Muthusamy VR, Chandrasekhara V, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory pancreatic fluid collections[J]. Gastrointest Endosc, 2016, 83(3): 481-488. DOI: 10.1016/j.gie.2015.11.027.

[6] Umapathy C, Gajendran M, Mann R, et al. Pancreatic fluid collections: clinical manifestations, diagnostic evaluation and management[J]. Dis Mon, 2020, 66(11):100986. DOI: 10.1016/j.disamonth.2020.100986.

[7] David OI, Grigorean VT. Therapeutical aspects regarding pancreatic pseudocysts[J]. Chirurgia (Bucur), 2018, 113(3): 353-362. DOI: 10.21614/chirurgia.113.3.353.

[8] Matsuoka L, Alexopoulos SP. Surgical management of pancreatic pseudocysts[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2018, 28(2):131-141. DOI: 10.1016/j.giec.2017.11.002.

[9] Agalianos C, Passas I, Sideris I, et al. Review of management options for pancreatic pseudocysts[J]. Transl Gastroenterol Hepatol, 2018, 3:18. DOI: 10.21037/tgh.2018.03.03.

[10] Grimm H, Binmoeller KF, Soehendra N. Endosonography-guided drainage of a pancreatic pseudocyst [J]. Gastrointest Endosc, 1992, 38(2):170-171. DOI: 10.1016/s0016-5107(92)70384-8.

[11] Hao W, Chen Y, Jiang Y, et al. Endoscopic versus laparoscopic treatment for pancreatic pseudocysts: a systematic review and meta-analysis[J]. Pancreas, 2021, 50(6): 788-795. DOI: 10.1097/MPA.0000000000001863.

[12] Seicean A, Pojoga C, Rednic V, et al. Endoscopic ultrasound drainage of pancreatic fluid collections: do we know enough about the best approach?[J]. Therap Adv Gastroenterol, 2023, 16:17562848231180047. DOI: 10.1177/17562848231180047.

[13] Ge PS, Weizmann M, Watson RR. Pancreatic pseudocysts: advances in endoscopic management[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2016, 45(1):9-27. DOI: 10.1016/j.gtc.2015.10.003.

[14] Porrello G, Mamone G, Miraglia R. Budd-Chiari syndrome imaging diagnosis: state of the art and future perspectives[J]. Diagnostics (Basel), 2023, 13(13): 2256. DOI: 10.3390/diagnostics13132256.

[15] Gavriilidis P, Marangoni G, Ahmad J, et al. State of the art, current perspectives, and controversies of Budd-Chiari syndrome: a review[J]. J Clin Med Res, 2022, 14(4):147-157. DOI: 10.14740/jocmr4724.

[16] Zhu G, Peng YS, Fang C, et al. Percutaneous drainage in the treatment of intrahepatic pancreatic pseudocyst with Budd-Chiari syndrome: a case report[J]. World J Clin Cases, 2021, 9(28):8476-8481. DOI: 10.12998/wjcc.v9.i28.8476.

•插 页 目 次•

富士胶片（中国）投资有限公司	封2	深圳开立生物医疗科技股份有限公司	对正文
济川药业集团有限公司	对中文目次	四川健能制药开发有限公司	封3
深圳市康哲药业有限公司	对英文目次1	南微医学科技股份有限公司	封4
江苏唯德康医疗科技有限公司	对英文目次2		

www.zhxhnjzz.com

广告

清晰诊疗 健康相伴

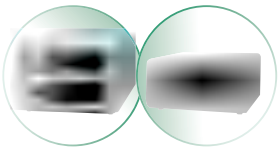
FUJIFILM
Value from Innovation

消化内镜诊疗
整体解决方案

助力筛查 → 辅助诊断 → 协助治疗

内镜平台*

ELUXEO 7000
ELUXEO Lite 6000



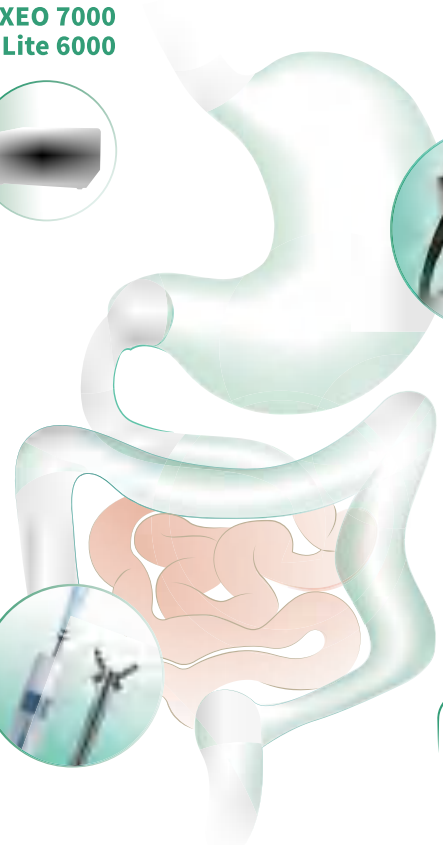
*ELUXEO 7000为VP-7000与BL-7000的统称
ELUXEO Lite 6000为EP-6000的别称

光学放大

EG-760Z电子上消化道内窥镜
EC-760ZP-V/M电子大肠内窥镜

多段变焦



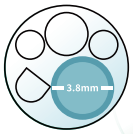


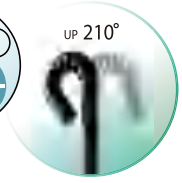
诊疗耗材

一次性使用高频切开刀 FlushKnife
一次性使用钳状高频切开刀 ClutchCutter

一刀多用，助力高效ESD

EG-760CT电子上消化道内窥镜
EC-740T/M电子下消化道内窥镜





3.8mm大钳道上消化道内窥镜
210°上弯角下消化道内窥镜

沪械广审(文)第260511-92738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

BL-7000 医用内窥镜用冷光源：国械注进20182060487
VP-7000 电子图像处理器：国械注进20172062462
EP-6000 电子内窥镜处理器：国械注进20202060295
EG-760Z 电子上消化道内窥镜：国械注进20182060307
EC-760ZP-V/M 电子大肠内窥镜：国械注进20182060306
DK2620JB系列 一次性使用高频切开刀：国械注进20213010156
DK2620JN系列 一次性使用高频切开刀：国械注进20213010104
DP2618系列一次性使用钳状高频切开刀：国械注进20153010282
EG-760CT 电子上消化道内窥镜：国械注进20202060267
EC-740T/M 电子下消化道内窥镜：国械注进20202060266

VedVision唯视
胆道子镜直视系统

Vedkang唯德康

一次性使用胆胰管成像导管



电子内窥镜图像处理器

观入微，术无限，应于手

开启胆胰疾病诊治的直视操作时代

江苏唯德康医疗科技有限公司
Jiangsu Vedkang Medical Science and Technology Co., Ltd.

A 地址：江苏省武进经济开发区果香路52号
T 电话：0519-69877755, 69877756
F 传真：0519-69877753
E 邮箱：sales@vedkang.com

生产企业：江苏图云医疗科技有限公司
产品注册证及名称：
苏械注准 20222061594（电子内窥镜图像处理器）
苏械注准 20222061739（一次性使用胆胰管成像导管）
苏械广审（文）第 270803-07238 号

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书
以上仅指本公司产品

广告