

· 临床研究 ·

内镜下热极治疗隆起糜烂性胃炎 1395 例疗效观察

赵文利

【摘要】 目的 观察采用内镜下热极治疗隆起糜烂性胃炎的疗效。方法 1395 例患者随机分为治疗组 745 例和对照组 650 例,治疗组采用热极治疗后给予法莫替丁、羟氨苄青霉素及甲硝唑治疗;对照组单纯给予上述药物治疗。观察 2 组治疗后内镜所见及组织学诊断改善情况、临床疗效组织学活检转阴率及不良反应。结果 治疗后治疗组内镜所见及组织学诊断改善情况优于对照组 ($P < 0.05$);治疗组病灶 Hp 消失率及腹痛缓解率分别为 94.8% 和 90.3% 优于对照组的 60.0% 和 67.5% ($P < 0.05$)。治疗组组织学活检转阴率为 95.3% 高于对照组的 49.8% ($P < 0.05$);治疗组不良反应发生率为 10.1%,对照组为 9.5%,2 组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 内镜下热极治疗隆起糜烂性胃炎疗效满意,预后操作方法,使用安全,值得临床推广应用。

【关键词】 热极,治疗;胃炎,隆起糜烂性;疗效观察

【中图分类号】 R 573.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3296(2010)17-0065-02

随着内窥镜在临床的普及,隆起糜烂性胃炎的检出率逐渐增高,因病变组织有恶化的倾向,故此早期寻找最佳治疗方案甚为重要。我院 2004 年 4 月-2009 年 6 月对隆起糜烂性胃炎进行内镜下热极治疗,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2004 年 4 月-2009 年 6 月在我院就诊 17675 例受检查者中,共检出隆起糜烂性胃炎 1395 例(7.9%)。年龄 34~86 岁。均无严重伴随疾病,无长期用药史者。诊断标准:病灶 <5 枚为轻度,5~10 枚为中度,>10 枚为重度^[1]。其中:重度 364 例,中度 489 例,轻度 542 例。幽门螺杆菌(Hp)快速尿素酶测定法阳性 1145 例,病理检查:肠上皮化生 416 例,肠上皮化生伴异型增生 56 例,腺上皮萎缩 287 例。将患者随机分为治疗组 745 例和对照组 650 例,治疗组男 423 例,女 322 例;对照组男 404 例,女 246 例。2 组治疗前内镜诊断及细胞学诊断差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组治疗前内镜诊断及细胞学诊断情况比较 (例)

组别	例数	镜下程度分级			组织学		
		重度	中度	轻度	肠上皮化生	肠上皮化生伴异型增生	腺上皮萎缩
治疗组	745	198	252	295	219	31	152
对照组	650	166	237	247	197	25	135

1.2 治疗方法 治疗组应用 HP-A100 北京神康热极治疗仪,内镜下用热极治疗仪点灼所有隆起糜烂灶,使病变组织蛋白变性,烧灼面发白区覆盖隆起病变,深度达黏膜下层,热极治疗后给予法莫替丁 20mg,羟氨苄青霉素 100mg,甲硝唑 400mg;对照组给予法莫替丁 20mg,羟氨苄青霉素 100mg,甲硝唑 400mg,均为每天 2 次,疗程为 7d。

1.3 疗效判定标准 于治疗前及治疗结束后 4 周进行内镜检查,观察隆起糜烂情况。治愈:原有隆起糜烂部位全部消失,临床症状消失或基本消失;好转:隆起糜烂病灶数目减少或病灶范围缩小 $\geq 50\%$,糜烂程度减轻,临床症状明显减轻;无效:隆起糜烂无明显改善,病灶范围缩小 < 50%,临床症状无好转。并在所有患者原病灶处取多块进行活检,并分别送组织学检查和尿素酶试验。

1.4 统计学方法 计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2

检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 内镜及细胞学诊断 治疗后治疗组内镜所见及细胞组织学诊断情况优于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗后内镜诊断及细胞学诊断情况 (例)

组别	例数	镜下程度分级			组织学		
		重度	中度	轻度	肠上皮化生	肠上皮化生伴异型增生	腺上皮萎缩
治疗组	745	5*	11*	23*	9*	2*	8*
对照组	650	150	91	19	104	11	65

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 Hp 消失率及腹痛缓解率 治疗后治疗组病灶 Hp 消失率及腹痛缓解率分别为 94.8% 和 90.3% 高于对照组的 60.0% 和 67.5%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗后病灶 Hp 消失及腹痛缓解情况 [例(%)]

分组	例数	病灶 Hp 消失	腹痛缓解
治疗组	745	706(94.8)*	673(90.3)*
对照组	650	390(60.0)	439(67.5)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 组织学活检转阴率 治疗组转阴率为 95.3% (386/405) 高于对照组的 49.8% (177/357),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 不良反应 患者每周随诊 1 次,评估症状和可能的不良反应。治疗组有 75 例(10.1%) 出现上腹部疼痛或原有疼痛加剧,使用山莨菪碱(654-2)静脉滴注缓解,不良反应多见于病变重患者,可能与热极治疗创面较大,局部黏膜损伤较重有关。对照组出现不良反应 62 例(9.5%)。2 组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。所有患者均能耐受且完成治疗,无严重不良反应发生。

3 讨论

隆起糜烂性胃炎增生及化生均发生于胃小凹部,该处含有多向分化的干细胞,在细胞分化增生的过程中向肿瘤细胞的分化是可能的,该病因至今仍不很清楚,有报道认为其与消化性溃疡平行为主,可能是一种溃疡前病变,有报道^[2,3] 采用热极治疗,疗效较佳,内镜下热极治疗是利用热传导和热辐射原理,使与热探头表面接触的病变组织因温度迅速上升到一定程

作者单位: 068150 河北省隆化县人民医院

度,导致组织凝固、炭化、坏死,从而灼除病变,达到治疗目的。病理学见肠上皮化生、异型增生及腺上皮萎缩的组织变性,坏死。本研究结果显示内镜下热极治疗预后好,同时具有操作方便,使用安全等优点,值得在临床上推广应用。

参考文献

1 彭飞,吴清,邓萨.微波联合药物治疗隆起糜烂性胃炎 163 例疗效观

察[J].中华医学研究杂志,2006,6(6):1324-1326.

2 李绥军,黄留业,曹晓凌.内镜下热极治疗食管白斑症 52 例[J].临床消化病杂志 2005,17(5):249.

3 武卫卫,郭先科.内镜下热极治疗疣状胃炎 118 例疗效观察[J].华北煤炭医学院学报,2008,10(1):70-71.

(收稿日期:2010-06-10)

· 临床监护 ·

类风湿关节炎关节腔注射的护理体会

张继红

【关键词】 关节炎,类风湿;关节腔;注射;护理

【中图分类号】 R 472.9 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3296(2010)17-0066-01

类风湿关节炎(RA)是一种原因不明的自身免疫性疾病,多见于中年女性^[1]。氨甲蝶呤(MTX)小剂量冲击治疗 RA,可诱导炎性细胞凋亡,抑制炎性因子分泌^[2]。玻璃酸钠为关节滑液的主要成分,关节腔内注射高分子量、高浓度、高黏弹性的透明质酸,在关节腔内起润滑作用,可减少组织之间的摩擦,保护关节软骨,缓解疼痛,改善关节活动度^[3]。我科自 2007 年 6 月应用玻璃酸钠联合 MTX 关节腔内注射治疗 RA,经过精心护理,取得较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2008 年 3 月-2010 年 1 月行关节腔注射的 RA 患者 127 例,均符合 1987 年美国风湿病学学会(ARA)类风湿关节炎分类标准,其中男 6 例,女 121 例,年龄 38~77 岁,中位年龄 57.3 岁,病程 2.3~16 年,中位病程 8.7 年。膝关节 68 例,踝关节 33 例,腕关节 26 例。关节疼痛 118 例,关节肿胀明显 98 例,关节活动明显受限 56 例。所有患者均经非甾体抗炎药及慢作用药治疗,疗效不佳。

1.2 方法 患者取卧位或坐位,注射部位用 0.5% 碘伏常规消毒,术者带无菌手套,铺无菌洞巾,用 2% 利多卡因局部麻醉,确定穿刺部位后,一手在穿刺点旁 2cm 处绷紧皮肤,另一手将抽有药物的注射器快速刺入皮肤进入关节腔内,有落空感回抽无回血,确定进入关节腔内时,将药液注入,如有关节积液,应抽尽积液后再注入药液,拔出针后在穿刺部位以无菌敷料按压穿刺点片刻,然后缓慢被动活动注药关节数次使药液均匀分布在关节软骨及滑膜表面。

1.3 疗效判定标准 根据关节综合评分方法进行评分,每项(休息痛、运动痛、压痛、肿胀、活动度行动受限)分 4 级评分。优:2 分;良:3~5 分;一般:6~10 分;无效:>10 分。

2 结果

127 例患者治疗后症状均有不同程度的改善,总有效率为 100.0%。关节肿胀消退明显 64 例占 65.3%;关节疼痛缓解 86 例占 72.9%;关节活动受限缓解 21 例占 37.5%,无 1 例发生穿刺部位感染。

3 护理

3.1 注射前 RA 主要表现为对称性、慢性、进行性多关节炎。

关节滑膜的慢性炎症、增生形成血管翳,侵犯关节软骨、软骨下骨、韧带和肌腱等,造成关节软骨、骨和关节囊破坏,最终导致关节畸形和功能丧失,致残率较高,因此患者压力较大,心情抑郁;而且由于病程一般较长,对治疗的渴望,又因反复发作,对多次的治疗产生怀疑患者,所以面对患者不同的心理状态,应进行有针对性的心理护理,关心体贴患者,主动讲解疾病的相关知识,介绍治疗效果好的病例以增强患者战胜疾病的信心。

3.2 注射时 协助术者备齐用物,避免反复外出取物给患者带来不安定的感觉;有时需留取关节液进行检验,现我院采用带条码扫描的含促凝剂的试管留取标本,关节液注进后很快凝固,造成检验困难,所以应选择普通的干燥试管,并且尽快送检;术中注意观察患者表情,穿刺不顺利时切忌大幅度反复穿刺,以免损伤周围关节组织。

3.3 注射后 注射完毕协助患者卧床休息 2h,膝关节注射后应注意休息 1~2d,避免关节负重,避免剧烈活动。穿刺部位用无菌敷料包裹,保持局部清洁干燥,注意观察穿刺部位有无红肿,有无渗血、渗液,门诊患者详细向其交代注意事项,住院患者做好交接班,注射后关节肿胀加重,皮肤颜色改变可能出现血肿,应立即局部冷敷,应用弹力绷带缠绕并立即报告医师做相应的处理。

4 讨论

关节腔注射 MTX 及玻璃酸钠是治疗 RA 引起的关节疼痛、肿胀和活动受限的主要方法,通过注射能明显减轻关节滑液组织的炎性反应,改善患者临床症状,减轻疼痛,缓解局部肿胀,明显提高患者的生活质量,良好的护理是保证治疗过程顺利和疗效的重要环节。

参考文献

1 王陇德.临床诊疗指南(风湿病分册)[M].北京:人民卫生出版社,2005:1.

2 李亿农.曲安奈德联合甲氨蝶呤关节腔注射治疗类风湿关节炎[J].实用药物与临床杂志,2009,12(5):332.

3 张建华.施沛特关节腔注射治疗膝关节炎患者的疗效观察及护理[J].护理研究,2005,19(12):2594.

(收稿日期:2010-06-08)

作者单位:221006 江苏省徐州市矿业集团总医院风湿科