

1.4 统计学处理 对文中所得数据进行统计学处理,采用 SPSS15.0 软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者年龄、体重、病程的比较 数据显示,两组患者的年龄、体重、病程等项目没有差别, $P>0.05$,差异没有统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者年龄、体重、病程的比较

组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	病程(月)
对照组	70	68.3±13.5	53.4±18.9	20.8±6.9
试验组	70	67.8±14.2	54.2±19.1	21.1±7.1
t		0.2135	0.2491	0.2535
P		$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$

2.2 两组患者经过护理后满意度及健康教育知晓率比较 数据显示,试验组患者的满意度和健康教育知晓率明显高于对照组患者, $P<0.05$,差异有统计学意义,见表 2。

表 2 两组患者满意度及健康教育知晓率比较[n(%)]

组别	n	患者满意度	健康教育知晓率
对照组	70	56(80.0)	47(67.1)
试验组	70	68(97.1)	65(92.9)
t		7.54	10.31
P		$P<0.05$	$P<0.05$

2.3 两组患者护理后的并发症发生情况比较 数据显示,试验组的感染、出血、尿失禁、膀胱痉挛等并发症的总发生率明显小于对照组患者, $P<0.05$,差异有统计学意义,见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	感染	出血	尿失禁	膀胱痉挛	总发生率
对照组	70	3(4.3)	5(7.1)	7(10)	9(12.9)	24(34.3)
试验组	70	0	2(2.9)	1(1.4)	2(2.9)	5(7.1)
χ^2						10.34
P						$P<0.05$

3 讨论

前列腺增生是现在困扰着很多老年男性患者的疾病,以往临床上治疗严重的前列腺

增生需要开腹手术,手术创伤大,影响患者的生活质量^[4,9]。临床上治疗前列腺增生多采用经尿道前列腺汽化电切术,是一种微创手术,对患者的创伤小,且可以保证前列腺增生的根治^[6]。

微创手术的实施需要密切的护理配合,护理方式的好坏直接影响患者的恢复时间和恢复程度^[9]。本试验结果显示,试验组患者的满意度和健康教育知晓率明显高于对照组患者,试验组并发症的总发生率明显小于对照组患者。说明中医健康教育的护理对于患者的术后康复作用还是很大的^[9]。

综上,对于前列腺增生采用经尿道前列腺汽化电切术治疗的患者来说,常规护理结合中医健康教育的护理措施护理效果明显好于单纯采用常规护理的护理方式,建议临床上在广泛采用中医健康教育的护理方式。

参考文献:

[1]陈秋云,陈金凤.经尿道前列腺电切术患者围手术期护理[J].中国医药指南,2011,9(33):194,195.
 [2]付秀路.140 例前列腺增生症患者经尿道前列腺汽化电切术护理体会[J].中国实用医药,2013,8(8):207,208.
 [3]赵春华.老年前列腺良性增生症患者经尿道前列腺汽化电切术围术期护理体会[J].河南外科学杂志,2013,19(3):154,155.
 [4]谭宇荣.经尿道前列腺汽化电切术的护理体会[J].中国中医药咨讯,2012,4(2):328.
 [5]Wilson M.Causes and management of indwelling urinary catheter related pain [J].Br J Nurs,2008,17(4):232-239.
 [6]赵文彩,杨雅学,张海艳.经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症的围手术期护理体会[J].当代医学,2011,17(11):16-17.
 [7]冯志兰.经尿道前列腺汽化电切术治疗前列腺增生的护理[J].医学临床研究,2013,30(8):1656-1657.
 [8]解丹,郑瑾,苏兰若.两种膀胱冲洗液温度对经尿道前列腺电切术后出血和膀胱痉挛的影响[J].中华护理杂志,2011,46(4):335.
 [9]郭瑜,陈萍,张素琼,等.经尿道前列腺汽化电切术围手术期护理[J].西南国防医药,2013,23(8):890,891.
 [10]刘丽,张金华,喻红玲.经尿道前列腺汽化电切术后半年内并发症的护理探讨[J].医学信息,2012(9):205.

编辑/申磊

内镜下热极治疗 HP 阴性完全型隆起糜烂性胃炎临床观察

黄河,黄福斌,张阳,刘柱成,杨睿芊,徐兆山,仇环

(盐城市中医院,江苏 盐城 224001)

摘要:目的 探讨内镜下热极治疗 HP 阴性完全型隆起糜烂性胃炎(REG)的临床价值。**方法** 60 例 HP 阴性完全型 REG 患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组热极治疗,术后予雷贝拉唑+果胶铋治疗,对照组雷贝拉唑+果胶铋治疗。**结果** 总有效率治疗组 96.67%,高于对照组,具有显著差异($P<0.01$)。治疗后两组隆起病灶变化数目差异显著($P<0.01$)。**结论** 内镜下热极治疗 HP 阴性完全型 REG 疗效佳,且安全、方便。

关键词:隆起糜烂性胃炎;内镜;热极治疗

隆起糜烂性胃炎(raised erosive gastritis,REG)又称疣状胃炎(VG)、痘疹样胃炎,是临床消化系统疾病中的常见病,多发病,胃镜检查出率可高达 5.89%^[1],发病年龄跨度大,以男性居多^[2]。本病临床表现缺乏特异性,诊断主要依据胃镜下的典型病灶形态特征及病理学表现。镜下表现:在胃窦和(或)胃体黏膜见单个或多个疣状、膨大皱襞状或丘疹样隆起,顶端可见黏膜缺损或脐样凹陷,中央有糜烂^[3]。病理表现:病灶中心凹陷部分的胃黏膜上皮呈变性、坏死、脱落状态,表面覆渗出物,上皮呈不同程度的炎症表现及炎症细胞(淋巴细胞<25/100 个上皮细胞^[4])的浸润,常伴肠上皮化生和(或)上皮内瘤变,甚至有恶变倾向。REG 完全型(成熟型)胃黏膜隆起主要为组织增生所致,内镜下形态特征为隆起的起始部较陡,隆起较高,顶部脐样凹陷小而深,或脐样凹陷消失而呈息肉样。近年来,笔者使用内镜下热极治疗本病 30 例,经临床对照观察,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 ①符合国际悉尼系统胃炎分类法^[5],参考汪鸿志主编的《慢性胃炎》中有关疣状胃炎诊断标准^[6];②经胃镜检查与病理检验确诊为完全型隆起糜烂性胃炎;③无溃疡、II a 早期胃癌、息肉及迷走腺腺;④幽门螺杆菌(HP)检测阴性;⑤知情同意,愿意合作,配合诊断治疗的患者。

1.2 一般情况 60 例均为本院 2011 年 06 月~2014 年 06 月门诊和住院患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,其中男 22 例,女 8 例;年龄 26~70 岁,平均(47.9±11.37)岁;病程 3~24 个月,平均(12.0±6.56)个月;病灶数 2~22 个,平均(8.07±4.88)个;病灶直径 3mm、~21mm,直径在 12mm 以内的病灶占 85%以上;伴肠上皮化生或上皮内瘤变 14 例。对照组 30 例,其中男 24 例,女 6 例;年龄 24~74 岁,平均(45.47±11.83)岁;病程 3~30 个月,平均(11.57±7.96)个月;病灶数 2~25 个,平均(8.27±5.94)个;病灶直径 3mm~20mm,直径在 12mm 以内的病灶占 85%以上;伴肠上皮化生或上皮内瘤变 12 例。两组在性别、年龄、病程、病灶数、病灶大小等方面均无显著性差异,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 术前常规检查血常规、出凝血时间、肝功能、乙肝两对半、心电图。术前禁食 8~10h。采用日本 Olympus GIF-H 260 电子胃镜和国产 HP-A100 型内镜热极治疗仪(北京华亘安邦科技有限公司制造)治疗。在胃镜直视下,将热极探头经活检钳道插入,直达病灶,治疗温度选择 240℃,用热极探头的顶端或侧端贴压病灶,密切接触,脚踏电开关,持续通电治疗时间 3~8s/次,间隔 2s/次以上。对直径 0.3~0.5cm 的病变,热极探头贴压病灶上方 1~2 次。直径 0.5~2.0cm 的病变给予热极探头贴压病灶上方 5~10 次。使用“顶、滑、扫”等方法和借助胃镜同步进退和转动热极,直至病变处平坦、黏膜发白、焦痂形成为止。治疗次数根据病变数量而定,10 个以下 1 次性治疗,10 个以上分 2 次或多次治疗。治疗后观察 5min,无出血或其他异常,结束治疗。术后门诊患者留观 1~2h,住院患者返回病房继续观

察。禁食、禁饮 8h 后进偏冷流质饮食,并给予雷贝拉唑肠溶片(瑞波特,江苏豪森药业股份有限公司生产)10mg,2 次/d,早晚餐前 30min 口服;胶体果胶铋胶囊(黑龙江江世药业有限公司生产)200mg,4 次/d,三餐前 60min 及睡前口服,连用 4w。

1.3.2 对照组 雷贝拉唑肠溶片(瑞波特,江苏豪森药业股份有限公司生产)10mg,2 次/d,早晚餐前 30min 口服;胶体果胶铋胶囊(黑龙江江世药业有限公司生产)200mg,4 次/d,三餐前 60min 及睡前口服,连用 4w。

1.4 观察项目

1.4.1 临床症状观察 治疗前后临床症状变化,按上腹痛、上腹饱胀、反酸、嗝气、厌食 5 项进行观察,并制定评分标准:无症状者为 0 分;偶有症状或出现症状 1~2 次/d,症状轻微者为 1 分;出现症状 3~5 次/d,症状较重,但尚能忍受者为 2 分;出现症状 6 次/d 以上,症状严重,难以忍受者为 3 分。

1.4.2 镜下表现观察 疗程结束后 1 个月复查胃镜和病理,确认胃镜下治疗前后的隆起病灶数目变化。

1.4.3 不良反应 客观记录治疗过程中出现的不良反应。

1.5 疗效评定标准 临床治愈:临床症状消失,胃镜下乳头状或痘疹样隆起消失;显效:治疗后症状积分下降 2/3,胃镜下乳头状或痘疹样隆起低平,脐样凹陷及凹陷处糜烂消失,病灶数消失>50%;有效:治疗后症状积分下降 1/3,但胃镜下乳头状或痘疹样隆起依然,脐样凹陷处糜烂好转,病灶数消失<50%;无效:治疗后症状积分下降<1/3 或停药后即复发,胃镜下观察病灶无改变。

1.6 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行检验,以 $P<0.05$ 为有差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比,见表 1。

表 1 两组疗效对比(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	7	11	11	1	96.67%
对照组	30	3	8	7	12	60.00%

注:两组总有效率比较, $\chi^2=11.88, P<0.01$ 。

2.2 治疗前后胃镜检查两组隆起病灶数改变对比,见表 2。

表 2 治疗前后两组隆起病灶数改变对比

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.07±4.88	3.10±2.40
对照组	30	8.27±5.94	5.37±3.46

注:治疗组治疗前后 $t=6.00, P<0.01$;对照组治疗前后 $t=2.09, P<0.05$;2 组治疗后组间比较, $t=2.81, P<0.01$ 。

收稿日期:2015-05-10

2.3 不良反应 治疗组 30 例中有 5 例患者在胃镜热极治疗后出现不同程度的上腹不适、疼痛、恶心、烧灼感,但均能忍受,未有穿孔、出血并发症发生。

3 讨论

REG 临床常见,病程较长,难以痊愈。其病因和发病机制尚未完全明了,目前认为其发病与 HP 感染、自身免疫、胃泌素、胃酸增多及胆汁反流、长期进食刺激性食物、嗜好烟酒、服用非甾体类药物、焦虑抑郁等因素相关^[6]。其发病机制可能是由于各种外源性或内源性致病因素引起胃粘膜血流减少或正常粘膜防御机制的破坏加上胃酸和胃蛋白酶对胃粘膜的损伤作用而发病^[7]。

目前,临床上抗 HP、抑酸、保护胃粘膜是治疗 REG 的主要原则。但是,对于完全型尤其是 HP 阴性的 REG,单纯药物治疗疗效不佳。热极治疗是利用高热热探头的热传导、热辐射作用和接触式压迫作用,导致靶组织的脱水、凝固至碳化、气化,破坏增生组织、肿瘤组织,从而达到有效的治疗目的。同时也能改善粘膜的血液循环,保障组织血灌注,增加了氧和营养的供给,加快组织修复,促进愈合,再者,兼有杀菌作用。研究表明:热极的温度 170~240℃,即能较快热凝又能达到有效破坏限于粘膜层的目的,凝固深度有自限性,提示治疗损伤仅限于粘膜层的糜烂,损伤有限且比较安全^[8]。与高频电凝、射频、微波和 APC 相比,热极与之疗效相当^[9],且费用低廉。本研究结果显示热极是治疗 REG 的有效手段之一。由于热极治疗造成了胃粘膜不同程度的损伤,故改善治疗后不适症状、促进粘膜愈合是热极治疗后需解决的主要问题。

本组研究结果表明,治疗幽门螺杆菌阴性的完全型 REG,内镜下热极并用雷贝拉唑、

果胶铋,在总有效率、隆起病灶消失数等方面均优于雷贝拉唑、果胶铋对照组,具有显著性差异,效果好,且不良反应轻微、安全、方便、经济,值得进一步推广应用。

参考文献:

[1]毛欣,柯晓,纪立金.隆起糜烂性胃炎病因及发病机制研究现状[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(2):214-217.
 [2]柯晓,黄泽辉,方文怡,等.福州地区隆起糜烂性胃炎病理分类和中医临床证候学的研究[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):306-311.
 [3]房静远,刘文忠,李光中,等.中国慢性胃炎共识意见[J].现代消化及介入诊疗,2013(2):119-128.
 [4]Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System [J]. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, 1994, 20 (10): 1161-1181.
 [5]刘文忠.胃镜,悉尼系统——一种新的胃炎分类[J].国外医学消化系统分册,1991(1):6.
 [6]汪鸿志.慢性胃炎[M].北京:人民卫生出版社,1985:209.
 [7]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:1859.
 [8]储榆德.内镜热极治疗的实验研究和临床应用[J].中国光电内镜,1997(4):24-28.
 [9]张春芬,陈宏伟,李延伟,等.微波、热极与氩气刀治疗疣状胃炎对比分析[J].慢性病学杂志,2010,12(11):1390-1391.

编辑/申磊

抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿疗效分析

徐瑜

(湖南省人民医院老年病科,湖南 长沙 410005)

摘要:目的 分析抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿患者临床结果。方法 抽选 2012 年 4 月~2014 年 5 月,我院接收老年慢性阻塞性肺气肿患者 80 例,按入院顺序分成两组(实验组、对照组),对照组患者给予临床基础性治疗,如头孢曲松;实验组患者在此基础上加用糖皮质激素类药物,比对两组临床结果。结果 实验组患者临床治疗好转率(95.0%)、不良反应总率(2.5%)和对照组(75.0%、15.0%)相比,差异性鲜明(P<0.05)。结论 临床治疗老年慢性阻塞性肺气肿患者期间联合使用抗生素、糖皮质激素类药物,效果突出,可改善患者临床症状,不良反应轻微,值得使用。

关键词:抗生素;糖皮质激素;慢性阻塞性肺气肿;临床结果

慢性阻塞性肺气肿为临床常见病,多发于老年人,病死率相对较高。目前,临床针对此类疾病多为药物、手术治疗,然手术治疗后虽可改善患者临床特征,但由于老年患者身体机能下降,手术承受力差,影响临床结果^[1]。本文将我院所接收患者作为研究成员,分别借助不同药物治疗,旨在探讨抗生素、糖皮质激素药物治疗结果,报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽选 2012 年 4 月~2014 年 5 月,我院接收老年慢性阻塞性肺气肿患者 80 例,按入院顺序分成两组(实验组、对照组),实验组患者 40 例,包括:男性患者 22 例,女性患者 18 例,年龄 60~75 岁,平均(65.8±1.8)岁;病程 1~6 年,平均(2.2±0.2)年;对照组患者 40 例,包括:男性患者 24 例,女性患者 16 例,年龄 62~78 岁,平均(66.9±1.9)岁;病程 2~8 年,平均(2.4±0.4)年。两组老年慢性阻塞性肺气肿患者临床资料差异性不鲜明,可进行针对性临床对比(P>0.05)。

1.2 临床诊断 ①患者均符合慢性阻塞性肺气肿疾病诊断,均经 X 线检查确诊;②患者均表现为不同程度咳嗽、咳痰、呼吸异常等临床特征;③患者均自愿参与本组研究实验,且签署临床意向书。

1.3 方法 方法 两组患者入院接受治疗后均进行基础治疗,如:吸氧、化痰等。对照组患者给予抗生素药物治疗,使用抗生素药物为头孢曲松,药物方式为静脉滴注,即将头孢曲松药物放于生理盐水中,头孢曲松药物剂量为 2.0g,生理盐水剂量为 100ml,滴注 1 次/d;实验组患者在此基础上使用糖皮质激素类药物,糖皮质激素药物为泼尼松,药物方式为静脉滴注,即将泼尼松药物放于生理盐水中,泼尼松药物剂量为 40.0mg,生理盐水药物剂量为 100ml,滴注 1 次/d。两组患者均接受临床 1w 治疗后,比对治疗结果。

1.4 观察项目 ①比对两组患者临床治疗结果,标准:患者临床症状消失,临床指标恢复正常为治愈;患者临床症状转变,临床指标逐渐恢复为好转;患者临床症状、相应指标均未转变,且病情加剧为无效;②比对两组患者临床治疗前后血气指标情况,包括:氧分压、二氧化碳分压等;③比对两组患者临床不良反应。

1.5 统计学方法 借助 SPSS18.0 软件对本文相应数据进行统计、分析,选择 χ^2 对结果中相关计量数据进行表示,利用 % 对结果中相关计数资料进行表示,在本文中对于计数数据与计数资料分别进行 t 检验与 χ^2 检验,若结果显示 P<0.05,则说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗结果对比 结果显示,两组患者临床不同药物治疗后症状、指标均转变,实验组患者治疗好转率和对照组相比,差异性鲜明(P<0.05),见表 1。

表 1 两组患者临床治疗结果对比(n,%)

组别	n	治愈	好转	无效	好转率
实验组	40	20	18	2	95.0%(38/40)
对照组	40	10	20	10	75.0%(30/40)
χ^2					6.275
P					0.012

2.2 两组患者临床治疗前后血气指标对比 结果显示,两组患者临床不同药物治疗前期氧分压、二氧化碳分压等指标差异性不鲜明(P>0.05),临床治疗后指标转变,实验组患者和对照组相比,差异性鲜明(P<0.05),见表 2。

表 2 两组患者临床治疗前后血气指标对比(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	氧分压		二氧化碳分压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	40	72.45±3.23	79.56±3.45	46.56±3.67	35.23±6.12
对照组	40	72.01±5.12	73.10±6.87	46.30±6.78	40.21±4.54
t		0.460	5.315	0.213	4.133
P		0.647	0.000	0.832	0.000

收稿日期:2015-05-10

编辑/申磊

2.3 两组患者临床不良反应对比 结果显示,两组患者临床不同药物治疗过程中均出现不良反应,实验组患者恶心、腹泻、呕吐等不良反应总率和对对照组相比,差异性鲜明(P<0.05),见表 3。

表 3 两组患者临床不良反应对比(n,%)

组别	n	恶心	腹泻	呕吐	好转率
实验组	40	1	0	0	2.5%(1/40)
对照组	40	3	2	1	15.0%(6/40)
χ^2					3.914
P					0.048

3 讨论

慢性阻塞性肺气肿为临床老年患者常见性病症,咳嗽、咳痰为疾病主要特征。临床资料显示,慢性阻塞性肺气肿疾病诱发因素相对较多,包括:①支气管炎症损伤。引发支气管炎症损伤的因素为感染、吸烟、毒气入侵等,此类污染源的影响均会导致管腔狭窄,使气体进入肺部,再加上呼气过程中胸腔压力大,加大气管闭合度,间接增加肺部残留气体总量。慢性炎症还会损伤人体气管组织结构,使支气管失去原有支架功能,阻碍气体排出,导致肺部气体过多,最终升高肺部压力。另外,由于肺部内部压力相对较高,使肺血管承受巨大压力,肺部组织血液减少,也会引起肺部功能减退^[2]。因此,临床将支气管炎症损伤作为疾病主要诱发因素;②蛋白酶失调。临床均认为人体蛋白酶对肺部组织具有一定的损伤性,而抗蛋白酶则具有抵抗性,这两种酶处于平衡状态时会减少肺部组织损伤度,反之会加大损伤度;③遗传。肺气肿疾病的病发和遗传因素密不可分,这也是诱发此类疾病的临床关键性因素,在李晓娟^[3]报告中有所提及。伴随着慢性阻塞性肺气肿疾病的不断发展,将诱发各种危险性病症,危害患者生命健康。因此,必须加强此类患者的临床治疗。

由于老年患者身体机能下降,手术承受力差等因素的存在,均将给氧、化痰等方法作为疾病主要治疗手段。方正兰^[4]报告提出:给予老年慢性阻塞性肺气肿患者临床抗感染治疗,可从根本上控制炎症因子、细菌的浸润,控制病情发展;糖皮质激素类药物不但可缓解患者临床病情,还可缓解患者临床呼吸急促、胸闷等特征,更加适用于急性感染患者。从本组研究结果得知:实验组患者好转率、不良反应总率和对对照组相比,均存在鲜明性临床差异(P<0.05)。说明:联合使用抗生素、糖皮质激素类药物治疗慢性阻塞性肺气肿老年患者,好转率高达 95.0%,符合金^[5]成就。此外,还应做好疾病预防护理,如:戒烟酒,增强营养,养成良好生活、饮食习惯等,均可预防慢性阻塞性肺气肿疾病。

综上,临床治疗老年慢性阻塞性肺气肿患者期间联合使用抗生素、糖皮质激素类药物,效果突出,可改善患者临床症状,不良反应轻微,意义重大,值得使用。

参考文献:

[1]翟玉梅,陈芳.抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性支气管炎急性发作的疗效分析[J].慢性病学杂志,2014,18(04):261-263.
 [2]王育军.抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺病疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,16(06):63-64.
 [3]余云恒.应用糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿的疗效观察[J].当代医药论坛,2014,24(14):141-142.
 [4]王洋.用抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿的疗效观察[J].当代医药论坛,2014,22(13):268-269.
 [5]李晓娟.抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿疗效分析[J].中国社区医师,2014,14(30):56-57.
 [6]方正兰,肖佩玉.抗生素联合糖皮质激素治疗中老年慢性阻塞性肺气肿[J].中国老年学杂志,2013,26(02):288-289.
 [7]金敏.抗生素联合糖皮质激素治疗老年慢性阻塞性肺气肿疗效分析[J].当代医学,2013,18(20):103-104.

内镜下热极治疗HP阴性完全型隆起糜烂性胃炎临床观察

作者: [黄河](#), [黄福斌](#), [张阳](#), [刘柱成](#), [杨睿芊](#), [徐兆山](#), [仇玕](#)
作者单位: [盐城市中医院, 江苏 盐城, 224001](#)
刊名: [医学信息](#)
英文刊名: [Medical Information](#)
年, 卷(期): 2015(29)

引用本文格式: [黄河](#). [黄福斌](#). [张阳](#). [刘柱成](#). [杨睿芊](#). [徐兆山](#). [仇玕](#) 内镜下热极治疗HP阴性完全型隆起糜烂性胃炎临床观察[期刊论文]-[医学信息](#) 2015(29)