

内镜下射频消融配合胃三联治疗慢性胃炎隆起糜烂型的临床观察

胡仕林, 贺降福, 余蓉, 刘荣, 黄爱霞

■背景资料

在临床工作中常常遇到单纯用药物治疗, 隆起的糜烂不易平复难以治愈。联想到胃、肠黏膜上的广基息肉, 射频消融治疗效果很好, 用射频消融治疗隆起糜烂型灶, 效果也会一样好。

胡仕林, 贺降福, 余蓉, 刘荣, 黄爱霞, 黄石市第五医院消化内科 湖北省黄石市 435005

通讯作者: 胡仕林, 435005, 湖北省黄石市新下陆大道97号, 黄石市第五医院消化内科。

电话: 0714-5333937

收稿日期: 2005-07-04 接受日期: 2005-08-03

Radio-frequency ablation combined with triple therapy in treatment of chronic protrusive and erosive gastritis

Shi-Lin Hu, Xiang-Fu He, Rong Yu, Rong Liu, Ai-Xia Huang

Shi-Lin Hu, Xiang-Fu He, Rong Yu, Rong Liu, Ai-Xia Huang, Department of Gastroenterology, Huangshi Fifth Hospital, Huangshi 435005, Hubei Province, China

Correspondence to: Shi-Lin Hu, Department of Gastroenterology, Huangshi Fifth Hospital, 97 Xinxialu Avenue, Huangshi 435005, Hubei Province, China

Received: 2005-07-04 Accepted: 2005-08-03

Abstract

AIM: To discuss the effect of radio-frequency ablation (RFA) combined with triple therapy in the treatment of patients with chronic protrusive and erosive gastritis.

METHODS: One-hundred and six patients, diagnosed with chronic protrusive and erosive gastritis and *H pylori* positive by endoscopy, were divided into 2 groups and treated with RFA combined with triple therapy (Omeprazole plus Amoxicillin plus Clarithromycin) and triple therapy (control group), respectively.

RESULTS: The reversion rate and efficacy in treatment group were significantly higher than those in control group (100% vs 27.2%, $P < 0.05$; 94.1% vs 58.2%, $P < 0.05$). *H pylori* eradication rate was not markedly different between the two groups ($P > 0.05$).

CONCLUSION: RFA combined with triple therapy is an effective and convenient method in the treatment of chronic protrusive and erosive

gastritis.

Key Words: Radio-frequency ablation; Triple therapy; Chronic protrusive and erosive gastritis

Hu SL, He XF, Yu R, Liu R, Huang AX. Radio-frequency ablation combined with triple therapy in treatment of chronic protrusive and erosive gastritis. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006;14(9):920-922

摘要

目的: 探讨射频局部消融配合胃三联治疗慢性胃炎隆起糜烂型的疗效。

方法: 内镜下符合慢性胃炎隆起糜烂型诊断, *H pylori*阳性的患者106例, 随机分为治疗组: 射频消融+洛赛克omeprazole、阿莫西林Amoxicillin、克拉霉素Clarithromycin (简称胃三联)治疗, 对照组: 单纯胃三联治疗。

结果: 治疗组隆起糜烂病灶平复率、临床症状有效率分别为100%和94.1%, 对照组隆起糜烂病灶平复率、临床症状有效率分别为27.2%和58.2%, 优于对照组($P < 0.05$)。 *H pylori*根除率治疗组88.2%, 对照组85.7%, 二者之间无显著差异($P > 0.05$)。

结论: 射频局部消融配合胃三联治疗慢性胃炎隆起糜烂型疗效确切、操作简单、安全。

关键词: 射频消融; 三联疗法; 慢性隆起糜烂型胃炎

胡仕林, 贺降福, 余蓉, 刘荣, 黄爱霞. 内镜下射频消融配合胃三联治疗慢性胃炎隆起糜烂型的临床观察. *世界华人消化杂志* 2006;14(9):920-922

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/920.asp>

0 引言

当前多数学者认为慢性胃炎在临床上分为: 萎缩性胃炎和非萎缩性胃炎两大类, 而在内镜下肉眼直观分型又可分为: 充血渗出型胃炎、平坦糜烂型胃炎、隆起糜烂型胃炎、萎缩型胃

■创新盘点

以前文献报道治疗隆起糜烂型胃炎多为单纯用微波或射频或抗*H pylori*治疗, 本文创新点是将两者有机结合, 取得了良好治疗效果。

炎、出血型胃炎、皱襞增生型胃炎、反流型胃炎等^[1]. 其中隆起糜烂型胃炎较常见, 此种胃炎单纯药物治疗效果不理想, 往往于症状消失后复查胃镜时, 隆起糜烂病灶依旧存在^[2]. 因此, 我院消化内科2002-11/2004-12对内镜下诊断为隆起糜烂型胃炎患者, 采用局部射频消融内服胃三联药物治疗, 疗效满意, 现报告如下.

1 材料和方法

1.1 材料 2002-11/2004-12共作胃镜检查6 359例, 内镜所见符合慢性隆起糜烂型胃炎106例, 其中男78例, 女28例. 年龄最大72岁, 最小19岁, 平均年龄43.8岁. 病程小于1 a 29例, 1-5 a 57例, 大于5 a 20例. 临床表现为上腹痛94例, 腹胀、嗝气106例, 烧心21例, 胸骨后灼痛5例, 胸骨后阻塞感17例; 内镜所见呈圆形或类圆形隆起、中央凹陷糜烂96例, 不规则隆起顶端凹陷糜烂10例, 隆起糜烂数≤3个38例, ≥4个68例, 散在分布82例, 密集成簇状分布24例; 全部病例*H pylori*均为阳性(检测*H pylori*使用试剂为福建三强快速尿素酶试剂盒), 胃镜检查采用2930K型潘太克斯电子胃镜.

1.2 方法

1.2.1 分组 随机分治疗组(射频+胃三联)、对照组(胃三联). 治疗组51例、对照组55例; 治疗组采用射频为四川绵阳电子有限公司生产的LDRF-50型射频治疗仪, 两组所用胃三联为阿斯-利康公司生产的洛赛克, 江苏恒瑞制药厂生产的克拉霉素及本院生产的阿莫西林, 其含量分别为20 mg, 0.25 g及0.25 g.

1.2.2 射频治疗的具体方法 在内镜直视下, 从活检孔插入电极导管, 顶端伸出内镜活检孔约1 cm, 使电极直接密切接触隆起糜烂处, 将射频输出功率调至30 W, 每个隆起处治疗时间1 s; 另外根据隆起范围大小也可采用点面或滑动消融治疗, 至创面呈灰白色停止治疗, 术后服胃三联.

1.2.3 治疗组和对照组胃三联服法 洛赛克20 mg 1次/日、阿莫西林1 g 2次/日、克拉霉素0.25 g 2次/日, 连服7 d. 治疗完成4 wk后复查胃镜, 并于胃窦处取一块组织查*H pylori*.

1.2.4 疗效判断标准 内镜所见及临床症状显效-临床症状消失, 镜下见隆起平复, 糜烂愈合; 有效-症状减轻, 隆起基本平复, 黏膜糜烂愈合; 无效-临床症状无明显改变, 隆起仍存在或部分存在, 糜烂未愈合, *H pylori*根除以4 wk后复查尿

表 1 治疗组与对照组隆起糜烂疗效比较

	显效	有效	无效
治疗组	48	3	0
对照组	5	10	40

$\chi^2 = 89.5, P < 0.05.$

表 2 治疗组与对照组临床症状疗效比较

	显效	有效	无效
治疗组	34	14	3
对照组	9	23	23

$\chi^2 = 29.3, P < 0.05.$

表 3 治疗组与对照组*H pylori*根除比较

	根除	未根除
治疗组	45	6
对照组	47	9

素酶试验转阴性为有效.

2 结果

治疗组隆起平复、糜烂消失显效48例、有效3例, 有效率100%, 临床症状改善48例, 有效率为94.1%; 对照组显效5例, 有效10例, 有效率27.2%, 临床症状改善32例, 有效率58.1%, 经统计学分析显示: 治疗组隆起平复、糜烂消失、临床症状改善均优于对照组($P < 0.05$, 表1, 2), 而*H pylori*根除率两组无显著差异($P > 0.05$, 表3).

3 讨论

慢性胃炎虽是一种最常见的疾病, 但长期以来对其病因、发病机制、临床分类等问题一直争论不休, 尤其是在临床诊断及内镜诊断上所用术语一直混淆不清, 除国外学者根据镜下所见对胃黏膜呈散在或簇状隆起中央凹陷有糜烂、似痘疹样, 将其分为胃窦型及弥漫性疣赘性胃炎外^[3], 自1970年代纤维胃镜在我国应用后, 直至2004年前我国一些学者也根据胃镜下直观所见称这些有隆起糜烂的慢性胃炎为疣赘型胃炎, 且进行了一些组织病理学研究. 如李德忠 *et al*^[4] 电镜观察发现病变局部有*H pylori*、浆细胞、炎细胞浸润; 有人^[5-8]观察了隆起糜烂型胃炎中的*H pylori*感染情况, 发现阳性率较一般的慢性

■应用要点

对内镜下诊断为隆起糜烂型胃炎, 合并有幽门螺杆菌(*H pylori*)感染的患者, 应用该方法治疗效果理想. 对严重心、肺、肝功能不全的患者禁用.

■名词解释

射频消融: 通过极性变换很高的射频电流, 使组织升温, 细胞内外水分蒸发干燥、固缩, 使蛋白质变性坏死。

浅表性胃炎高, 且差异显著, 认为 *H pylori* 可能是隆起糜烂型胃炎的主要病因。近年来, 不少研究认为隆起糜烂型胃炎与组织学上的淋巴细胞胃炎有对应关系, 将二者相提并论^[9]。直到2004年我国著名消化病专家萧树东^[1]根据悉尼分类^[10]及国内大多数学者意见, 明确提出的慢性胃炎在临床上只分为萎缩性及非萎缩性两大类, 在内镜直观下主要分为7型, 其中对内镜下所见到的胃黏膜隆起中央凹陷糜烂者(以前称为疣状胃炎), 命名为慢性胃炎隆起糜烂型, 与平坦型糜烂相比存在显著的差异^[11], 并认为他是一种具有特征性病理变化的胃炎^[12]。其临床症状与其他各型胃炎相仿, 如患者自觉上腹胀、上腹痛、嗝气、烧心, 少数人胸骨后有阻塞感疼痛等。根除 *H pylori* 和抑酸治疗虽可解除其症状, 但部分病灶仍持续存在, 不易消退。近年来有一些应用微波、电凝等内镜下治疗隆起糜烂型胃炎的报道^[13-15]。

我们选择幽门螺杆菌感染阳性的慢性隆起糜烂型胃炎, 分为治疗与对照组进行治疗观察, 治疗组先进行内镜下射频消融治疗, 术后用胃三联治疗1 wk, 对照组单纯用胃三联治疗1 wk, 第4 wk复查胃镜。观察隆起糜烂灶平复情况, 临床症状变化及 *H pylori* 根除情况。结果显示: 治疗组的隆起糜烂消失情况、临床症状改善情况明显优于对照组, 而 *H pylori* 根除率二者无区别。说明射频消融+“胃三联”药物治疗对隆起糜烂型慢性胃炎有较好治疗效果。

射频消融治疗技术的优点是: 操作简单, 电极不黏组织, 不产生烟雾和火花, 可根据需要调整输出功率和时间来控制深度, 从而减少对正常组织损伤。射频治疗的机制主要是通过极性交换率很高的射频电流, 使组织升温, 细胞内外水分蒸发干燥、固缩, 使蛋白质变性而无菌坏死, 从而使隆起糜烂消失。但应注意如对射频消融治疗操作掌握不好也可引起胃黏膜组织受到损伤, 进一步受胃酸等因素作用, 可导致溃疡出

血、穿孔, 故术后应及时使用洛赛克抑制胃酸分泌, 使用胃黏膜保护剂及原有的阿莫西林、克拉霉素联合抗 *H pylori* 等综合治疗。故我们的病例除取得较好的疗效外, 未发生一例出血、穿孔情况。因此我们认为: 内镜下射频局部消融配合胃三联治疗隆起糜烂型胃炎疗效好, 操作简便且安全, 易于推广, 解决了长期单纯用药物不能消除隆起糜烂的困扰, 是一种值得推广的治疗方法。

4 参考文献

- 1 施尧. 慢性胃炎的分类及诊断. 萧树东主编. 胃肠病学和肝病学—基础理论与临床进展. 第1版. 上海, 西安, 北京, 广州: 世界图书出版公司, 2004: 380-383
- 2 付峻林, 吴云林. 疣状胃炎的历史、现状与思考. 国外医学·消化系疾病分册 2005; 25: 155-157
- 3 Gallagher CG, Lennon JR, Crowe JP. Chronic erosive gastritis: a clinical study. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 302-306
- 4 李德忠, 李道芬, 肖同浩, 王一鸣, 武晓华, 许桦林. 疣状胃炎的电镜观察. 电子显微学报 1995; 6: 413-414
- 5 白歌, 胡伏莲. 疣状胃炎与幽门螺杆菌的关系及其治疗的研究. 中国内镜杂志 1997; 3: 14-18
- 6 陈淑萍, 周似春. 疣状胃炎幽门螺杆菌感染率分析. 浙江中西医结合杂志 2003; 13: 416
- 7 丁西平, 王巧尼, 郑帮海, 任学雷, 殷保书, 杨仁松. 疣状胃炎外周血T淋巴细胞亚群检测及其临床意义. 临床消化病杂志 2003; 15: 111-112
- 8 徐光辉, 柏乃运, 石碧坚. 隆起糜烂性胃炎患者幽门螺杆菌感染与高胃泌素血症的关系. 中华消化杂志 2001; 21: 121-122
- 9 Haot J, Jouret A, Willette M, Gossuin A, Mainguet P. Lymphocytic gastritis-prospective study of its relationship with varioliform gastritis. *Gut* 1990; 31: 282-285
- 10 Sipponen P, Kekki M, Siurala M. The Sydney System: epidemiology and natural history of chronic gastritis. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 244-251
- 11 张昌保. 胃黏膜隆起糜烂与平坦糜烂的比较. 世界华人消化杂志 1998; 6: 593
- 12 邱建亭. 隆起糜烂性胃炎148例临床及内镜分析. 中原医刊 2002; 29: 34-35
- 13 李健, 常中凡. 高频电凝治疗隆起糜烂性胃炎156例. 中国内镜杂志 2004; 10: 111
- 14 冯莉, 吴云林, 钟捷, 诸琦. 氩离子凝固术治疗疣状胃炎40例. 世界华人消化杂志 2000; 8: 1332-1335
- 15 纪红梅. 内镜下微波治疗隆起糜烂性胃炎47例疗效观察. 中华临床新医学 2003; 3: 1019

电编 张敏 编辑 张海宁