

内镜下射频治疗上消化道息肉和肿瘤的疗效观察

李婷婷 万巧

(中国人民解放军第九四医院 江西南昌 330002)

关键词:射频;上消化道;息肉;肿瘤;内镜下

中图分类号:R 735

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0032-02

内镜下射频治疗息肉、肿瘤是继微波、激光、高频电后的又一新的微创技术,具有操作简单、无痛苦、相对经济安全等优点^[1]。我科自 2001 年 12 月始开展内镜下射频治疗消化道息肉和肿瘤 51 例,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院胃镜检查发现的 51 例食道及胃息肉或肿瘤患者,其中男 30 例,女 21 例;年龄 30~79 岁,平均年龄 53 岁。胃息肉 41 例(共 49 枚),食管癌 3 例,胃癌 7 例。息肉多为广基或亚蒂,息肉直径小于 1cm 35 枚,1~2cm 14 枚,病理诊断腺瘤样息肉 18 枚,炎性息肉 31 枚。早期食管癌 2 例,

表 1 三组患者镇痛疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
指标	组别	4h	8h	24h	48h
VAS	A 组	2.9± 0.6	3.0± 1.0	2.4± 0.7	2.5± 0.8
	B 组	3.3± 1.4	3.1± 1.5	2.9± 0.9	2.9± 1.1
	C 组	2.9± 1.0	2.9± 1.2	2.6± 0.9	2.4± 1.0
RSS	A 组	2.8± 0.4	2.4± 0.4	2.2± 0.4	2.2± 0.3
	B 组	2.5± 0.5	2.3± 0.6	2.1± 0.4	2.1± 0.3
	C 组	2.5± 0.6	2.5± 0.4	2.2± 0.3	2.2± 0.4
BCS	A 组	2.5± 1.1	2.5± 0.9	2.7± 0.8	2.6± 0.6
	B 组	2.2± 0.6	2.3± 0.4	2.5± 0.4	2.5± 0.7
	C 组	2.8± 0.7	2.9± 0.6	2.9± 1.0	3.0± 0.4

2.2 术后胸腔引流量 经统计无明显差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者不同时间胸腔引流量比较 ($\bar{X} \pm S$) mL			
组别	2h	24h	48h
A 组	204± 22	295± 32	514± 43
B 组	182± 30	308± 35	477± 55
C 组	215± 28	310± 25	536± 49

2.3 不良反应发生率 术后 48 h 内,A 组有 10 例发生恶心、呕吐(33.3%),发生率显著高于 B、C 两组 ($P<0.05$)。A 组中有 5 例头晕和 1 例嗜睡,较 B、C 两组差异无统计学意义。见表 3。三组患者术后各时间生命体征(SBP、DBP、HR、RR、SPO₂等)均在正常范围。

表 3 三组不良反应发生率 例(%)				
组别	n	恶心、呕吐	头晕	嗜睡
A 组	30	10 (33.33)	5 (16.67)	1 (3.33)
B 组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	0
C 组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	0

3 讨论

开胸手术创伤大,术后疼痛剧烈,良好的术后镇痛可减少心血管反应,调节免疫功能,减低血凝状态,改善呼吸功能,增加通气量,减少肺部并发症^[1]。芬太尼用于开胸术后的 PCIA 临床效果确切,但恶心、呕吐、头晕、嗜睡等不良反应发生率高,且易发生过度镇静、呼吸循环抑制^[2],给临床使用带来忧患,因而芬太尼单独用于开胸术后镇痛并不理想。术后镇痛的发展趋势是阿片类、非甾体类抗炎药、局麻药等两种

病理为鳞癌,因年龄大拒绝手术治疗。中晚期胃癌 7 例,病理诊断为低分化腺癌或印戒细胞癌。晚期食管癌 1 例,有显著梗阻症状。

1.2 仪器 采用 PENTAX EG-2940 型胃镜,射频治疗仪系四川绵阳立德公司生产的 LDRF-50 型,工作频率为 400kHz,输出功率 0~30W。

1.3 治疗方法

1.3.1 息肉组(41 例) 按内镜常规操作进镜,病变已经活检病理确定诊断,然后将治疗电极从胃镜活检孔送入。射频治疗探头与息肉蒂部接触略加压,根据息肉的大小不同分别或两种以上不同类型药物联合应用的平衡镇痛^[3]。

氟比洛芬酯为一种新型的非甾体抗炎镇痛药,其镇痛机制主要是通过外周及中枢作用,抑制环氧酶(COX)的活性而减少前列腺素(PG)的合成,减轻手术创伤的炎症反应和组织水肿,有效减少末梢的伤害性感受和疼痛知觉。并与阿片类药物协同镇痛,减少阿片类药物的不良反应发生率^[4]。氟比洛芬酯经过微脂球包裹,具有了靶向性,可以提高聚集在手术切口和炎症部位浓度,增强药效;能控制药物的释放,药效持续时间更长^[5]。非甾体类药物因具有环氧酶抑制作用,有可能抑制血小板的聚集功能而增加出血量。但是临床证实在麻醉下使用非甾体类药物不会危及到血小板的聚集功能^[6]。本试验通过观察术后 48h 胸腔引流量也证实了氟比洛芬酯对血小板的影响甚微,并不增加术后出血。

本文对氟比洛芬酯 200mg 复合芬太尼 0.6mg 用于开胸术后静脉镇痛进行观察,结果表明其对 HR、RR、SBP、DBP、SPO₂等生命体征均无明显影响,镇痛良好,镇静满意,舒适持久,不增加术后出血、恶心、呕吐发生率,可安全用于开胸术后静脉镇痛。

参考文献

[1]罗爱伦.病人自控镇痛[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1999.8-11

[2]Della Rocca G,Coccia C,Pompei L,et al.Post-thoracotomy analgesia: epidural vs intravenous morphin continuous infusion [J].Minerva Anesthesiol,2002,68:681-693

[3]Ovechkin AM,Karpov IA,Liuosev SV.postoperative analgesia in abdominal surgery:a new look at an old problem [J].Anesteziol Reanimatol,2003,5:45

[4]Kelly DJ,Ahmad M,Brull SJ.preemptive analgesia I:physiological pathways and pharmacological modalities [J].Can J Anesth,2001,48: 1 000-1 010

[5]Ohmukai O.Lipo-NSAD preparation [J].Advanced drug Delivery Reviews,1996,20:203-207

[6]David G,Silverman MD,Thomas Halaszynski MD,et al.Rofecoxib does not compromise platelet aggregation during anesthesia and surgery[J].Canadian Jorنال of Anesthesia,2003,50:1 004-1 008

(收稿日期: 2008-07-08)

用 20~25W 输出功率,用脚踏控制时间,进行多次点灼,将息肉蒂部汽化或白色凝固,让息肉缺血坏死,日后自行脱落。1~2 周后内镜复查。

1.3.2 肿瘤组 (10 例) 早期食管癌在进镜找到病灶后,先用生理盐水冲洗病灶,再用碘液染色,以显示病灶范围,然后经内镜活检孔插入射频治疗探头,瞄准病灶,距病灶外 1~1.5cm 处,点灼 1 周,标记拟切除范围,选用射频功率 25W,将病灶烧灼呈白色凝固变性为止,病灶中心加强点灼。治疗后半月,内镜复查病理及重复上述方法加强治疗。晚期食管癌 1 例形成环形狭窄,不能进食;中晚期胃癌 7 例,病灶呈结节状隆起,致胃腔狭小,进食后呕吐。镜下治疗采用射频加局部化疗,先将导线对准肿瘤的顶部及基底侧部分次点灼,使肿瘤组织凝固或炭化,使肿瘤阻塞狭窄的腔开放,病灶呈现白色时退出,而后插入注射针,在肿瘤基底部分及四周注入 5- 氟尿嘧啶 500mg 加丝裂霉素 4mg、顺铂 100mg、生理盐水 10mL,每 1~2 周 1 次,3~5 次为 1 个疗程。

2 结果

治疗过程中患者均无显著疼痛感,治疗后见隆起性病灶发白、凝固、完全变平或基本变平,肿瘤阻塞狭窄的腔开放。术后常规给予抑酸制剂治疗 7~10d,51 例患者无 1 例出血或穿孔。

2.1 疗效 息肉组有 28 例患者 1 个月后复查,其中 22 例息肉全部消失,3 例病灶处疤痕形成,1 例有浅溃疡,继续治疗 20d 后红疤形成;2 例胃息肉较大、蒂粗 >2cm,经两次射频灼除。肿瘤组早期食管癌 2 例,经第 1 次治疗后复查病理均未发现异型细胞,晚期食管癌 1 例,吞咽困难症状消失;中晚期胃癌 7 例,进食后呕吐症状缓解。

2.2 不良反应 所有病例均完成全部治疗,均未见明显不良

反应,未发生消化道出血及穿孔并发症。其中有 2 例在治疗当日出现轻度上腹部不适、疼痛,数日后症状自行消失。

3 讨论

上消化道息肉和肿瘤的非手术治疗多在内镜下进行,可采用活检钳钳夹摘除、高频电凝电切、激光、微波以及射频治疗等,而射频更安全有效。射频本质上是特定范围内的电磁波,当射频电流经人体组织时,因电阻损耗而转化为热能,使病变部位升温,细胞内外水分蒸发、干燥、固缩以致无菌性坏死,从而达到治疗目的。其工作时电能几乎全集中于电极头附近,而导线不发热,不损伤内镜,治疗界面深浅适度,对神经肌肉无兴奋刺激作用^[2]。射频通过产生热能,对肿瘤组织有变性、坏死及汽化作用,还使肿瘤组织释放出变性肿瘤蛋白,刺激机体免疫系统提高免疫功能,对残留、转移癌细胞起到抑制作用。射频治疗适宜拒绝手术或有其他手术禁忌证的早期癌症、高龄患者,对中晚期食管贲门癌可扩大管腔,同时射频热疗后再局部注射抗癌药物易进入组织内,与全身化疗比较,疗效佳,且副反应小,患者易于接受^[3]。本研究表明,在熟悉掌握内镜下射频治疗息肉及肿瘤的操作技术前提下,利用内镜射频灼除消化道息肉及肿瘤不失为一种经济、安全、有效的治疗手段。

参考文献

[1]刘厚钰,姚礼庆.现代内科学[M].上海:复旦大学出版社,2001, 159-171
[2]陈灏珠.心导管消融治疗[C].见叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.240-241
[3]陈晓辉,赵世泉,李淑君.内镜下射频联合记忆合金支架治疗食管贲门重度癌性狭窄效果观察 [J]. 中华消化内镜杂志,2001,18(6): 342-343

(收稿日期: 2008-03-28)

穴位注射治疗急性腰扭伤 28 例报道

孙旭 薛艳茹

(陕西中医学院 2007 级硕士研究生 咸阳 712046)

关键词: 穴位注射;急性腰扭伤;双侧委中穴

中图分类号: R 681.57

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0033-01

急性腰扭伤为一种常见病,多由姿势不正、用力过猛、超限活动及外力碰撞等,引起软组织受损所致。本病发生突然,有明显的腰部扭伤史,严重者在受伤当时腰部有撕裂感和响声,伤后立即出现腰部疼痛,呈持续性剧痛,次日可因局部出血、肿胀,腰痛更为严重;也有的只是轻微扭转一下腰部,当时并无明显痛感,但休息后次日感到腰部疼痛、腰部活动受限,不能挺直,俯、仰、扭转感困难,咳嗽、喷嚏、大小便时疼痛加剧,站立时往往用手扶住腰部,坐位时用双手撑于椅子,以减轻疼痛。笔者应用活血祛瘀药穴位注射治疗 28 例急性腰扭伤患者,取得理想效果。兹介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 28 例患者均来自门诊,男 18 例,女 10 例,年龄 17~63 岁,以中年男性居多。均经 CT 及 X 线检查排除腰椎间盘突出症、骨质增生及肾实质性病变所引起。

1.2 治疗方法 患者取俯卧位,术者以手掌轻抚患处并嘱放

松腰部肌肉,然后点按膈窝处委中穴,可引起强烈的酸麻胀重感,并可向脚尖放射,在此压痛点用指甲作“十”字压痕标记。用 5mL 一次性注射器取川芎嗪注射液 1mL、地塞米松注射液 5mg、654-2 注射液 1mL,三药混合接 5# 针头,常规消毒后,以左手轻推穴位周围皮肤,使之绷紧,右手持针垂直快速刺入,旋转得气后,回抽无血。每穴位注入 1.5mL,注射同时嘱患者慢慢活动腰部,出针后按压针孔,适当按摩以促进药物吸收。治疗结束后,让患者站立,作腰部轻微环转运动,有助于腰部肌肉、韧带、关节等更进一步放松。嘱卧板床,1 周内限制腰部运动。隔日治疗 1 次,对复发者嘱其服用六味地黄丸或金贵肾气丸巩固疗效。

1.3 结果 28 例中治愈 26 例,治愈率 92.86%。

3 讨论

急性腰扭伤多为用力过猛或姿势不当所造成,患者突感腰部剧痛,不能活动,甚至不能大声说话。其(下转第 47 页)