

内镜下氩离子凝固术辅助治疗 Hp 阳性糜烂性胃炎患者的临床疗效

张阳威

(河南省南阳市第一人民医院消化内科 南阳 473000)

摘要:目的:分析内镜下氩离子凝固术(APC)辅助治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性糜烂性胃炎(EG)患者的效果。方法:选取 2018 年 4 月~2020 年 12 月收治的 82 例 Hp 阳性 EG 患者,依照随机数字表法分为对照组和观察组,各 41 例。对照组接受药物治疗,观察组接受内镜下 APC 辅助药物治疗。比较两组治疗效果。结果:观察组治疗总有效率较对照组高($P<0.05$);两组治疗后 1 个月 Hp 阳性率对比无明显差异($P>0.05$);治疗后 1 个月,两组血清白介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平均有所降低,且观察组血清白介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平均较对照组低($P<0.05$);两组不良反应发生率对比无明显差异($P>0.05$)。结论:内镜下 APC 辅助 Hp 阳性 EG,效果显著,能有效降低炎症介质水平,且安全性高。

关键词:糜烂性胃炎;幽门螺杆菌;内镜下氩离子凝固术

中图分类号:R573.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.029

幽门螺杆菌(*Helicobacter Pylori*, Hp)感染率较高。数据显示, Hp 在我国自然人群中平均感染率高达 58.07%^[1]。药物为临床主要治疗手段,主要目的为彻底根除 Hp。质子泵抑制剂四联疗法为主要治疗方案,效果确切,但 Hp 耐药性不断增强,部分患者治疗效果欠佳。随着医学技术进步,内镜下氩离子凝固术(Argon Plasma Coagulation, APC)逐渐应用于临床,可给予患者及时、有效的治疗。本研究选取我院 Hp 阳性糜烂性胃炎(Erosive Gastritis, EG)患者,以探讨内镜下 APC 辅助治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 4 月~2020 年 12 月我院收治的 82 例 Hp 阳性 EG 患者,依照随机数字表法分为对照组和观察组,各 41 例。对照组女 18 例,男 23 例;年龄 26~57 岁,平均(41.62±7.38)岁;病程 6 个月~8 年,平均(4.11±1.56)年。观察组女 22 例,男 19 例;年龄 26~57 岁,平均(43.02±6.97)岁;病程 6 个月~8 年,平均(4.59±1.68)年。两组一般资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 均符合 EG 诊断标准^[2]、Hp 感染诊断标准^[3],并经临床胃镜、¹³C 尿素呼气试验(¹³C-UBT)等检查确诊;均为初次诊断;就诊时均伴有上腹疼痛、腹部饱胀感、胃部泛酸、黑便、血便等症状;近 1 个月内未接受抗生素、质子泵抑制剂治疗;知情本研究,签署知情同意书;无血液系统疾病;免疫功能正常。

1.2.2 排除标准 急性 EG;就诊时伴有胆汁反流;合并消化性溃疡、慢性萎缩性胃炎、胃癌等器质性病变;肝硬化引起食管胃底静脉曲张破裂出血;既往有消化道手术史;妊娠期、哺乳期;不能配合研究;存在

研究用药禁忌证。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 接受药物治疗。雷贝拉唑钠肠溶片(国药准字 H20031292)10 mg/次,2 次/d,早晚饭前口服;克拉霉素分散片(国药准字 H19990376)500 mg/次,2 次/d,早晚饭后口服;呋喃唑酮片(国药准字 H34022096)100 mg/次,2 次/d,早晚饭后口服;胶体果胶铋胶囊(国药准字 H20033517)150 mg/次,4 次/d,早中晚饭后、睡前口服。治疗 2 周。

1.3.2 观察组 接受内镜下 APC 辅助药物治疗。行内镜下 APC 前,完善血常规、心电图、凝血功能等检查;调整氩气流量为 2 L/min,功率 40~60 W,直视下经胃镜钳道将 APC 高频电导管插入,可借助脚踏调控开关,烧灼病灶,1~3 s/次,间隔时间为 3~5 s,烧灼程度以病灶呈白色凝固状或变黄、黝黑样后停止,烧灼过程中导管前端至病灶距离为 3~5 mm,以避免粘连组织,频次根据病灶质地、大小等确定;术后尽量吸尽胃腔内气体,避免腹胀;若治疗期间发现病灶周围水肿、充血、萎缩、凹陷,嘱咐患者术后 4 h 后进食流质食物,7 d 内禁食辛辣刺激、产气类食物。药物治疗同对照组。

1.4 观察指标 (1)疗效。显效:治疗后 1 个月,血便、黑便、泛酸等上消化道出血症状消失,胃镜检查未发现胃黏膜糜烂;有效:治疗后 1 个月,血便、黑便、泛酸等上消化道出血症状有所好转,饮食恢复正常,胃镜检查未发现胃黏膜糜烂;无效:未达以上标准^[4]。显效、有效计入总有效。(2)Hp 阳性率:于治疗 1 个月后,经¹³C-UBT 测定。(3)炎症介质水平,包括血清白介素-6(Interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)。于治疗前后采集患者 5 ml 静脉血,离心取血清,使用全自动生化分

析仪(日本日立 7600-020ISE 型)以酶联免疫吸附法测定。(4)不良反应(腹痛等)。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比 观察组治疗总有效率较对照组高($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效对比[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	41	21(51.22)	18(43.90)	2(4.88)	39(95.12)
对照组	41	7(17.07)	25(60.98)	9(21.95)	32(78.05)
χ^2					5.145
P					0.023

2.2 两组 Hp 阳性率对比 治疗后 1 个月,观察组无 Hp 阳性例数,Hp 阳性率为 0.00%(0/41);对照组 Hp 阳性例数为 5 例,Hp 阳性率为 12.20%(5/41)。两组治疗后 1 个月 Hp 阳性率对比无明显差异($\chi^2=3.041, P=0.065$)。

2.3 两组炎症介质水平对比 治疗后 1 个月,两组血清 IL-6、TNF- α 水平均有所降低,且观察组血清 IL-6、TNF- α 水平均较对照组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平对比($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	IL-6 (ng/ml)		TNF- α (μ g/ml)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	41	55.19 $\pm$ 10.24	23.04 $\pm$ 5.66*	3.15 $\pm$ 1.04	0.97 $\pm$ 0.26*	t 1.088 0.280
对照组	41	52.86 $\pm$ 9.13	34.75 $\pm$ 7.19*	2.86 $\pm$ 0.98	1.56 $\pm$ 0.34*	
P			<0.001	0.198	<0.001	

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组不良反应发生情况对比 观察组出现 2 例腹痛,不良反应发生率为 4.88%(2/41);对照组未出现不良反应,不良反应发生率为 0.00%(0/41)。两组不良反应发生率对比无明显差异($P=0.494$)。

3 讨论

Hp 阳性 EG 为常见疾病,多由 Hp 感染引起,同时药物、饮食、遗传、胃蛋白酶、胃酸、胃运动异常等也为临床致病因素^[4]。Hp 阳性 EG 患者表现为上腹部疼痛等症状,部分患者可伴有出血等并发症,严重影响患者生活质量。

质子泵抑制剂和三联疗法为临床主要治疗方案,效果确切。但有研究指出,不同质子泵抑制剂对 Hp 阳性 EG 患者的疗效不同^[5]。同时,又有研究指

出,APC 联合 Hp 根除治疗 Hp 相关性隆起 EG,效果确切,安全性高^[6]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率较对照组高($P<0.05$),但两组治疗后 1 个月 Hp 阳性率对比无明显差异($P>0.05$),表明内镜下 APC 辅助 Hp 阳性 EG,效果显著。内镜下 APC 具有激光、高电频的特点,为新型电凝技术,利用离子化氩气流,通过非接触性向病灶部位传输能量来发挥治疗作用。APC 的热效应仅限于组织失活、凝固、干燥的范围内,组织表面热凝深度一般 ≤ 3 mm,且氩离子可自动导向需治疗的组织表面,无须沿氩气流原来的方向,可进行轴向、侧向、自行逆向凝固,几乎可遍布病变组织。此外,APC 治疗过程中不会产生组织碳化现象,可显著提高治疗后创面愈合速度。且内镜下 APC 辅助药物治疗,可发挥协同作用,有效提高治疗效果,促进患者临床症状改善。

炎症介质表达水平与 Hp 阳性 EG 具有显著相关性,Hp 感染后可刺激中性粒细胞表达,促进血清炎症介质大量分泌,并以 IL-6、TNF- α 水平升高为主^[7]。本研究结果发现,治疗后 1 个月,两组炎症介质水平均有所降低,且观察组血清 IL-6、TNF- α 水平均较对照组低($P<0.05$),提示内镜下 APC 辅助治疗 Hp 阳性 EG,能有效降低炎症介质水平。另外,两组不良反应发生率对比无明显差异($P>0.05$),也从安全性方面说明本研究治疗方案的可行性。

综上所述,内镜下 APC 辅助治疗 Hp 阳性 EG,效果显著,能有效降低炎症介质水平,且安全性高。

参考文献

[1]沈思源,刘欢,刘元元.慢性糜烂性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床及病理学分析[J].中国老年学杂志,2019,39(7):1603-1605.
[2]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会消化病学分会,等.慢性胃炎基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2020,19(9):776-782.
[3]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会消化病学分会,等.幽门螺杆菌感染基层诊疗指南(2019 年)[J].中华全科医师杂志,2020,19(5):397-402.
[4]陈鸣宇,莫婉玲,梁健英.质子泵抑制剂联合抗生素治疗 Hp 阳性糜烂性胃炎临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(21):101-102.
[5]刘海云.不同质子泵抑制剂和抗生素三联疗法治疗 Hp 阳性糜烂性胃炎疗效对比[J].影像研究与医学应用,2017,1(9):209-211.
[6]陈丽.APC 联合根除 Hp 治疗 Hp 相关性 REG 的临床观察[D].福州:福建中医药大学,2018.
[7]金卫利,李伟平.养胃颗粒对 Hp 阳性慢性糜烂性胃炎患者血清炎症因子及 Hp 转阴率的影响[J].中国生化药物杂志,2017,37(10):102-103,106.

(收稿日期: 2021-04-11)