

2.3 不同预后脑卒中患者 CRP 异常率比较 脑卒中患者中有 95 例(58.28%)CRP 含量明显增高。好转组的 CRP 异常率明显低于无好转组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

3 讨 论

脑卒中的主要病理基础是动脉粥样硬化。动脉粥样硬化并不是一个简单的脂质沉积,其发生和进展中有许多的炎性细胞参与^[3]。CRP 是由炎症反应分子刺激肝细胞产生的一种急性时相反应蛋白,是炎症反应的一个生物学标记物,可反映体内炎症的活动程度^[4]。CRP 与脑血管疾病的密切关系主要在于炎症反应时,CRP 通过经典途径激活补系统,产生大量终末产物,损伤脑血管内膜,导致动脉粥样硬化,形成脑梗死和脑出血^[5-6]。本研究结果显示,与健康对照组相比,脑卒中早期有 58.28% 的患者 CRP 含量增高,说明脑卒中时机体存在炎症反应,脑卒中后 CRP 含量升高可能是血管炎症性病理改变的反映,并且在不同病情的脑卒中患者中,CRP 异常率依病情程度的增加而增高,血清 CRP 含量也依次增高,重型患者明显高于中型患者,中型患者明显高于轻型患者,提示 CRP 含量越高,其出血量或梗死面积越大,病情越重。本研究结果还显示,好转组 CRP 的异常率(43.16%)明显低于无好转组(79.41%),差异有统计学意义($P<0.01$),也说明在脑卒中患者早期血液中的 CRP 含量增高与预后不良有关,CRP 含量越高,其预后越差。因此作者认为,血清 CRP 含量对脑卒中有独立的早期

预测价值,并可用于判断其病情严重程度及预后评估。若血清 CRP 含量正常也不能排除脑卒中的可能,应结合临床症状进行相应的检查,以免误诊,延误临床最佳治疗时机,造成不良后果。若血清中 CRP 含量特别高,还应密切关注是否合并感染。

参考文献

- [1] 张秀珍.当代细菌检验与临床[M].北京:人民卫生出版社,1999:155.
- [2] 中华医学会神经病学分会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,26(4):379.
- [3] 杨胜利,何秉贤.C 反应蛋白与冠心病[J].中华心血管病杂志,2001,29(3):187.
- [4] 梁景云,谢智光.C-反应蛋白在临床中的应用价值[J].检验医学与临床,2009,6(7):524-526.
- [5] 翁维民,牛华,郑慧雅,等.血清超敏 C 反应蛋白、铁和血液流变学指标检测在冠心病中的应用[J].中国微循环,2001,5(2):142-143.
- [6] 鄢盛恺.超敏 C 反应蛋白测定在动脉粥样硬化疾病诊治中的应用[J].诊断学理论与实践,2002,1(4):267-269.

(收稿日期:2011-07-14)

• 临床研究 •

胃镜下电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂疗效观察

吴江山,阮素莲(广西壮族自治区武鸣县人民医院消化内科 530100)

【摘要】 目的 探讨胃镜下电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂的疗效。**方法** 经胃镜检查后明确诊断为单纯慢性胃炎伴隆起糜烂患者 106 例,随机分成治疗组和对照组,治疗组采用胃镜电凝探头结合热极治疗并联合口服药物治疗,对照组单纯常规口服药物治疗,观察和评价胃镜电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂的疗效。**结果** 治疗组糜烂消失,隆起平复有效率 94.11%,高于对照组有效率 45.45%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组中临床症状改善有效率为 90.20%,也明显高于对照组临床症状改善有效率 69.09%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 常规内科药物治疗同时给予胃镜下电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂,操作简单,是一种效果明显且安全的方法,疗效优于常规疗法。

【关键词】 慢性胃炎伴隆起糜烂; 胃镜; 电凝探头; 电刀; 热极治疗仪; 疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)24-3010-02

国内外多数学者认为慢性胃炎伴隆起糜烂是一种特殊的胃炎,具有特异性病理变化。根据其形态特征及病理演变可分为完全型和不完全型。完全型多由不完全型演变而来,隆起病灶主要为组织增生而形成,较难消失,在胃镜下形态学特征为隆起较高,隆起起始部位相对较陡,其顶部脐样凹陷深而小,或脐样凹陷消失后呈息肉样;不完全型则由炎症水肿形成,病变隆起相对较低,顶部脐状凹陷浅而大,病变多可自行消失。其被列为具有一定恶变倾向的消化道疾病之一^[1-2]。因此,开展有效、积极的治疗,对阻止癌变的发生及促进病变恢复有重要的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2007 年 1 月至 2011 年 5 月本院电子胃镜及病理组织学证实为单纯慢性胃炎伴隆起糜烂患者 106 例。胃镜下表现为数量、大小及形状不等的黏膜隆起性病变,中央可见脐样凹陷,凹陷处多合并有糜烂,在隆起糜烂处取组织进

行病理学检查,其中女 50 例,男 56 例,男女之比为 1.12:1,年龄 22~68 岁,平均(38.40±10.23)岁。随机分成治疗组 51 例,对照组 55 例。

1.2 方法 采用常规奥林巴斯 GIF-V、GIF-V2、GIF-Q150 电子胃镜检查。胃镜检查见胃黏膜隆起糜烂,中央呈脐样凹陷,凹陷多有糜烂,胃镜下诊断为单纯慢性胃炎伴隆起糜烂。记录隆起糜烂的部位、数目、大小、形态,对病灶顶部取多块组织行病理检查,以除外癌变可能性,术中常规在幽门管、胃窦小弯侧和胃体小弯侧各活组织检查 1 块行快速尿素酶试验,其中一点以上结果阳性者诊断为幽门螺杆菌(Hp)感染。将患者随机分成:治疗组,电凝探头治疗+热极治疗+常规口服药物治疗;对照组,单纯口服药物治疗。治疗组采用德国爱博 ICC80 型电刀及相应电凝探头、北京华亘安邦 HP-A100 型内镜热极治疗仪。对于隆起病变较大者通过电凝探头轻触病灶,通电瞬间烧灼呈白色,在操作熟练情况下可明显缩短镜下治疗时间,减

少患者术后不适(但因电凝探头遇水会明显影响其效果,如控制欠佳会引起烧灼过深,故对于一般病灶不宜常规使用)。对于一般病灶将热极探头经胃镜活组织检查孔插入至露出物镜开口 1.5 cm 以上,对准病灶,选择治疗温度为 240 ℃,用热极探头侧面或头端紧贴于病灶处后,适当加压使热极探头与隆起糜烂紧密均匀接触,脚踏开关,每次治疗时间 2~4 s,根据各个不同病灶的特点,选用“点、贴、顶、扫”等方法和借用镜子本身同步进退、同步旋转或横移热极探头,反复治疗,一直到胃镜下所见隆起糜烂变为平坦为止,病灶表现为黏膜色泽烧灼呈乳白色并有坏死脱落。镜下治疗后禁食 24~48 h 后,进冷半流质饮食 3 d,术后常规静脉滴注质子泵抑制剂 4~5 d,出院后继续口服泵抑制剂(或)铋剂治疗 1~2 个月,对快速尿素酶试验均阳性诊断为 Hp 感染,加用替硝唑+克林霉素治疗 10 d 至 2 周。对照组患者常规口服质子泵抑制剂和(或)铋剂治疗 1~2 个月,对快速尿素酶试验阳性诊断为 Hp 感染,加用替硝唑+克林霉素治疗 10 d 至 2 周。所有患者均于治疗 3 个月后进行胃镜复查和随访。

1.3 疗效判断标准 胃镜所见判断标准,显效:镜下见隆起消失,糜烂愈合;有效:隆起基本消失,糜烂愈合;无效:隆起仍存在或部分存在,糜烂未愈合。临床判断标准,显效:临床症状及体征完全消失;有效:临床症状及体征减轻;无效:临床症状及体征无明显改变。Hp 阳性者根除标准:停药 4 周后行碳¹⁴ 检查阴性为根除。

1.4 统计学处理 率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

治疗组隆起消失、糜烂愈合显效 40 例,隆起基本平复,糜烂愈合有效 8 例,有效率 94.11%,临床症状、体征消失显效 38 例,临床症状减轻有效 8 例,有效率为 90.20%;对照组隆起消失、糜烂愈合显效 10 例,隆起基本消失,糜烂愈合有效 15 例,有效率 45.45%,临床症状、体征消失显效 27 例,有效 11 例,有效率为 69.09%;经统计学分析显示,治疗组隆起消失、糜烂愈合及临床症状改善均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1、2。

表 1 两组隆起平复、糜烂愈合情况比较					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	51	40	8	3	94.11
对照组	55	10	15	30	45.45

表 2 两组临床症状、体征改善情况比较					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	51	38	8	5	90.20
对照组	55	27	11	17	69.09

3 讨 论

慢性胃炎伴隆起糜烂是一种特殊类型的慢性胃炎,在胃镜检查时常有发现。早在第十届世界胃肠病大会上,慢性胃炎伴隆起糜烂已被列为具有高度癌变倾向的上消化道疾病之一^[1]。因此,开展有效积极的治疗对阻止癌变的发生及促进病变恢复有重要的临床意义。

从目前的国内外研究看,对伴有 Hp 感染的慢性胃炎伴隆起糜烂采用根除 Hp 感染为主的治疗措施,可采用经典“三联

疗法”或“四联疗法”,对不伴有 Hp 感染者主要采用抑制胃酸分泌或(和)胃黏膜保护等治疗措施^[3]。但传统内科药物治疗对此特殊胃炎效果有局限性。陈朝元等^[4]应用质子泵阻滞剂等药物治疗慢性胃炎伴隆起糜烂,隆起糜烂消除率 28.5%。任喜德^[5]应用质子泵抑制剂等药物治疗疣状胃炎,临床治愈率 80.65%。近年来主张应用 Hp 根除疗法结合多种胃镜下治疗方法(如电凝、热极、氩离子凝固术等)来治疗慢性胃炎伴隆起糜烂。根据近来国内外相关文献报道,电凝治疗通过电凝探头轻触病灶后通电瞬间烧灼,其时间短,烧灼较深,对于隆起病变较大者效果明显^[3]。而热极治疗是通过热辐射和热传导原理,使与热探头表面接触的病灶后因温度迅速上升到一定程度,导致组织凝固、坏死,从而灼除病变。其治疗接触头端表面有防粘连涂膜,从而治疗时不粘连组织,不形成焦痂,避免与正常胃黏膜分离时因粘连出现撕裂现象,且还可通过设定治疗温度和热极治疗时间而实现安全性,使其凝固深度有自限性,还可连用“点、贴、顶、扫”等方法和借助胃镜本身共同进退,共同横移或共同旋转热极头,对于较多病灶患者可使治疗时间缩短,减轻患者不适^[5]。本组资料中,经电凝探头结合热极治疗的 51 例患者,其中 47 例可一次治愈,治愈率较高,均无组织粘连撕裂、出血及穿孔等并发症发生,说明电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂具有较高的有效性和安全性。

通过内镜下电凝探头结合热极治疗慢性胃炎伴隆起糜烂有以下体会:(1)电凝探头主要用于隆起病变较大者,但因电凝探头遇水会明显影响其效果,且如控制欠佳会引起烧灼过深,故对于一般病灶不宜常规使用;(2)热极治疗时,对操作较熟练的医生建议探头温度设定在 240 ℃,要求将热极探头顶端或侧面准确紧贴病灶处,尽量避开正常组织,可达到完全清除隆起病变的目的,同时可减少操作时间^[6];(3)热极治疗的最大优点是其凝固深度有自限性和接触头端表面有防粘连涂膜,一般不超过 3~4 mm,不易发生组织粘连撕裂、出血及穿孔等并发症;(4)虽然热极治疗国外报道有 1%~2% 的胃穿孔概率^[4],但热极本身特点在治疗时对组织损伤小,无电流通过全身,对机体本身无损伤作用。治疗组所有患者在治疗过程中均未出现 1 例组织粘连撕裂、出血及穿孔,故可以认为该治疗安全系数高,并且成本低、操作简便、患者经济负担轻,更重要的是其疗效明显优于常规疗法,值得基层医院消化科大力推广。

参考文献

[1] 樊代明,陈强.第 10 届世界胃肠病学大会报道[J].中华消化杂志,1995,15(1):34.
[2] 李益农,陆星华.消化内镜学[M].北京:科学出版社,1995:214.
[3] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2006,11(11):674-684.
[4] 陈朝元,方岚,刘臣璋.持续型疣状胃炎 50 例的内镜及高频电治疗分析[J].福建中医学院学报,2004,6(3):8-9.
[5] 任喜德.疣状胃炎 160 例临床分析[J].陕西医学杂志,2007,7(7):853-854.
[6] 李志,王道松,刘光来.内镜下热极治疗消化道疾病 93 例临床分析[J].西南国防医药,2006,16(5):515.