

doi:10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2021.02.005

内镜黏膜下剥离术治疗十二指肠病变的应用*

季凯月¹, 曲玉虎², 薛丽¹, 张翠萍¹, 毛涛¹, 张琪¹, 田字彬¹, 李晓宇^{1△}

(¹青岛大学附属医院消化内科, 山东 青岛 266003; ²山东青岛疗养院内镜中心, 山东 青岛 266000)

摘要:[目的]研究内镜黏膜下剥离术(ESD)治疗十二指肠病变的疗效及安全性。[方法]回顾性分析应用ESD治疗的44例患者45处十二指肠病变的临床资料。[结果]45处病变均于全麻下行十二指肠病变ESD治疗。45处病变分别位于球部22处(48.9%),降部17处(37.8%),球降交界部位6处(13.3%)。病灶平均直径12.49(11~20)mm。病变来源于黏膜层27例,包括低级别上皮内瘤变9例、增生性息肉6例、黏膜组织慢性炎5例、腺瘤样增生3例、高级别上皮内瘤变2例和管状腺瘤2例;起源于黏膜下层者16例;病理类型分别为神经内分泌肿瘤6例、异位胰腺4例,黏膜下十二指肠腺瘤3例和黏膜下淋巴滤泡增生3例;起源于固有肌层2例,为间质瘤。术中穿孔率22.2%(10/45),其中黏膜下隆起性病变6例、黏膜层病变4例。术后平均住院天数5.4(3~8)d,平均随访时间25.6(3.0~50.0)个月,所有患者未见残留及复发,无感染及狭窄等并发症。[结论]ESD治疗十二指肠病变是安全、有效的,具有良好的临床应用价值。

关键词:十二指肠病变;内镜治疗;内镜黏膜下剥离术

中图分类号:R574.51 文献标志码:A 文章编号:1005-541X(2021)02-0094-06

Application research of endoscopic submucosal dissection on duodenal lesions

Ji Kai-yue¹, Qu Yu-hu², Xue Li¹, Zhang Cui-ping¹, Mao Tao¹, Zhang Qi¹, Tian Zi-bin, Li Xiao-yu^{1△}

(¹Department of Gastroenterology, the Affiliated Hospital of Qingdao University, 266003 Qingdao, Shandong, China;

²Endoscopy Center, Shandong Qingdao Sanatorium, 266000 Qingdao, Shandong, China)

△Corresponding author, E-mail:lixiaoyu05@163.com

Abstract:[Objective]To investigate the efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection(ESD) in the treatment of duodenal lesions. [Methods]The clinical data of 50 cases of duodenal lesions treated by ESD in the endoscope center of the Affiliated Hospital of Qingdao University from December 2014 to March 2020 were retrospectively analyzed. [Results]All of the 45 lesions from 44 patients received ESD treatment for duodenal space-occupying lesions under general anesthesia, including 28 males and 16 females, with an average age of 56 years(31.0—75.0 years). There were 22 lesions(48.9%) in duodenal bulb, 17 lesions(37.8%) in descending part and 6 lesions(13.3%) in ball-descending junction. The average diameter of the lesion was 12.49 mm(11—20 mm). 27 lesions were originated from mucosa, of which 9 were low-grade intraepithelial neoplasia, 6 were hyperplastic polyps, 5 were chronic mucositis, 3 were adenomatous hyperplasia, 2 was high-grade intraepithelial neoplasia and 2 was tubular adenoma 16 lesions were originated from submucosa, including 6 cases of neuroendocrine neoplasm, 4 cases of ectopic pancreas, 3 cases of submucosa duodenal adenoma and 3 cases of submucosa lymphofollicular hyperplasia 2 cases originated from muscularis propria, which were stromal tumors. The intraoperative perforation rate was 22.2%(10/45), including 6 submucosal uplifting lesions and 4 mucosal lesions. The mean hospitalized time was 5.4 d(3—8 d), and the average follow-up time was 25.6 months(3.0—50.0 months). No residual or recurrence was found in all patients, and no complications such as infection and stenosis were found during

*基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(81802777);山东省高等教育研究中心科研规划课题(YJKT201953),山东省2018年专业学位研究生教学案例库项目(SDYAL18049),山东省2018研究生导师指导能力提升普通项目(SDY18073),青岛大学附属医院“临床医学+X”项目,2020年度青岛大学医学部教学研究与改革项目。

△通信作者, E-mail:lixiaoyu05@163.com

follow-up time. [Conclusion]ESD is safe and effective in the treatment of duodenal lesions.

Key words: duodenal lesions; endoscopic therapy; endoscopic submucosal dissection

近年来,随着消化内镜技术的发展和早期筛查消化道肿瘤的意识加强,越来越多的早期消化道肿瘤和癌前病变被及时发现并进行内镜下微创治疗。内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)因其治愈率高、创伤小、恢复快、并发症少等优势,应用越来越广泛。因十二指肠肠腔空间小、血供丰富,肠壁薄,周围毗邻大血管和重要脏器特殊的解剖特点,十二指肠病变虽然发病率低^[1],但穿孔和出血的并发症发生率高^[2],ESD治疗难度大,近年来报道少。青岛大学附属医院消化内科于2014-12-2020-03期间对44例患者45处十二指肠占位性病变进行了ESD治疗,现将治疗效果、术后随访等临床资料进行分析,旨在总结ESD治疗十二指肠病变的安全性和临床经验。

1 对象与方法

1.1 对象

将2014-12-2020-03期间青岛大学附属医院消化内镜中心收治的十二指肠病变患者44例纳入研究对象,均排除十二指肠乳头病变患者。44例中男28例、女16例,平均年龄56(31~75)岁;其中29例有上腹隐痛、腹胀、嗝气等上消化道不典型症状,2例有黑便,13例未诉明显不适。44例共有45处病变,分别位于球部22例(48.9%),降部17例(37.8%),球降交界部位6例(13.3%);病灶平均直径12.49(11~20)mm。

1.2 方法

1.2.1 器械和设备 胃镜(Olympus GIF-H290, GIF-Q260J)、超声内镜(Olympus GF-UE260)、十二指肠镜(Olympus TJF-260V)、超声小探头(UM-DP20-25R, 20 MHz)、高频电刀(ERBE VIO-200D)、Flush Knife、IT Knife、透明帽、注射针、圈套器、止血钳以及波士顿科学止血夹、和谐夹等。

1.2.2 超声内镜检查 普通白光内镜检查发现十二指肠黏膜下隆起性病变,行超声内镜检查。用超声内镜在距病灶2.0~3.0 cm处进行扫描,记录病变的部位、来源、边界、大小、回声及血供等情况。

1.2.3 术前准备 术前评估患者一般健康状况,既往史,病变的位置,大小,浸润深度,术前病理等。所有患者均有ESD适应证,无手术禁忌证,均被告知内镜治疗方案和替代治疗方案,签署知情同意书。术前1周停用抗血小板和抗凝药物,完善血常规、凝

血功能、超声和CT等辅助检查;术前禁饮食8 h。

1.2.4 ESD手术 44例于气管插管全麻下行十二指肠病变ESD治疗,手术步骤如下。①标记:应用Flush Knife或Dual刀于病变周围5 mm处进行电凝标记。②黏膜下注射:用含亚甲蓝和透明质酸钠的生理盐水进行黏膜下注射。③切开黏膜层。④剥离病变:用Flush Knife等沿黏膜下层逐步剥离病变。因十二指肠肠壁薄,需充分进行黏膜下注射,避免损伤肌层。黏膜下小血管,特别是肌层串通支,要提前电凝凝固,切断血管,避免出血后视野模糊,以及血管残端电凝后缩至肌层甚至穿孔。如剥离困难病例,切开全周黏膜后,剥离一定程度后,用圈套器将剩余病变切除(Hybrid ESD)。⑤创面处理:止血钳凝固创面裸露血管,剥离后的创面尽量用和谐夹或波士顿科学止血夹封闭,必要时用尼龙绳荷包缝合闭合创面。

1.3 术后处理及随访

术后患者给予禁饮食、抑酸、必要时行胃肠减压、抗生素预防感染和补充水、电解质等处理。排气后开始流质饮食,对于术中有穿孔、创面较大的患者延长禁食的时间。术后3个月复查胃镜,观察创面愈合情况和有无病变残留,以后根据初次复查结果及术后病理,每6个月或1年复查内镜。

1.4 统计学处理

采用百分比的方式进行统计分析。

2 结果

2.1 手术情况

ESD法切除44例患者共45处病变:十二指肠球部病变22例(48.9%),其中位于前壁14例、大弯侧4例、后壁2例、小弯侧2例;球降交界部病变6例(13.3%);降部病变17例(37.8%),其中近段5例,远段12例(乳头侧3例,乳头对侧9例);病灶平均直径12.49(11~20)mm。来源于黏膜层27例,病理类型包括低级别上皮内瘤变9例,增生性息肉6例,黏膜组织慢性炎症5例,腺瘤样增生3例,高级别上皮内瘤变2例和管状腺瘤2例;起源于黏膜下层者16例;病理类型分别为神经内分泌肿瘤6例和异位胰腺4例,黏膜下十二指肠腺瘤3例,黏膜下淋巴滤泡增生3例;起源于固有肌层2例,为间质瘤。44例患者的一般信息及治疗情况见表1。

表 1 44 例患者的一般信息及治疗情况

序号	性别	年龄/岁	病变位置	直径/mm	病理层次	病理类型	并发症	住院时间/d	随访时间/月
1	男	46	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		5	21
2	男	41	球降交界	20×20	固有肌层	胃肠道间质瘤	术中穿孔	7	13
3	女	65	球部前壁	11	黏膜下层	黏膜下十二指肠腺瘤		5	39
4	女	70	球部前壁	12	黏膜层	腺瘤样增生	术中穿孔	5	36
5	男	69	降部近段	15	黏膜层	管状腺瘤	术中穿孔	7	24
6	男	74	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		8	14
7	女	45	降部远段	16	黏膜层	低级别上皮内瘤变		5	24
8	男	49	球部前壁	15	黏膜下层	神经内分泌瘤		7	29
9	女	70	球部前壁	11	黏膜层	腺瘤样增生		3	46
10	男	71	球部大弯	12	黏膜层	增生性息肉		7	45
			降部近段	15	黏膜层	中度慢性炎症			
11	女	71	球部小弯	11×12	黏膜下层	异位胰腺	术中穿孔	7	39
12	男	32	球降交界	11×12	黏膜下层	黏膜下淋巴滤泡增生		6	6
13	男	69	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		4	45
14	男	73	球部前壁	13	黏膜层	增生性息肉		6	27
15	男	54	球部前壁	12	黏膜下层	神经内分泌瘤		5	11
16	女	47	降部远段	11	黏膜层	腺体增生伴息肉样改变		4	34
17	男	59	球部后壁	11	黏膜下层	黏膜下十二指肠腺瘤		6	8
18	男	63	降部远段	12	黏膜层	低级别、高级别上皮内瘤变		5	3
19	女	40	球降交界	15	黏膜下层	黏膜下淋巴滤泡增生		5	34
20	男	60	球降交界	11	黏膜层	黏膜组织慢性炎症		5	26
21	女	56	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		5	3
22	男	67	降部远段	12	黏膜层	低级别上皮内瘤变		5	13
23	男	51	球部前壁	16	黏膜下层	神经内分泌瘤		3	21
24	男	43	球部前壁	15	黏膜层	黏膜组织慢性炎症		5	45
25	女	71	球部大弯	11	黏膜层	黏膜组织慢性炎症		5	14
26	女	69	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		4	24
27	男	35	球部前壁	11	黏膜下层	神经内分泌瘤		3	8
28	男	47	球降交界	13	黏膜下层	黏膜下淋巴滤泡增生		5	11
29	男	75	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		4	26
30	女	31	降部近段	11	黏膜层	黏膜组织慢性炎症		5	11
31	男	47	球部大弯	11×12	黏膜下层	异位胰腺	术中穿孔	7	36
32	男	65	球部前壁	12	黏膜层	腺瘤样增生	术中穿孔	7	29
33	男	63	球部前壁	15	黏膜下层	神经内分泌瘤	术中穿孔	7	45
34	女	47	球部小弯	11	黏膜层	增生性息肉		4	26
35	男	38	降部近段	11×12	黏膜下层	异位胰腺		7	24
36	女	56	降部远段	15	黏膜层	高级别上皮内瘤变		8	45
37	男	67	球部前壁	11	固有肌层	胃肠道间质瘤	术中穿孔	7	39
38	女	51	球降交界	11×12	黏膜下层	异位胰腺		6	6
39	男	65	降部近段	11	黏膜层	管状腺瘤	术中穿孔	5	24
40	男	57	球部后壁	13	黏膜下层	黏膜下十二指肠腺瘤		6	39
41	女	44	球部大弯	11	黏膜层	增生性息肉		4	36
42	女	59	球部前壁	11	黏膜层	增生性息肉		4	9
43	男	45	球部前壁	14	黏膜下层	神经内分泌瘤	术中穿孔	7	50
44	男	49	降部远段	11	黏膜层	低级别上皮内瘤变		4	19

2.2 内镜下治疗

手术时间 30~96 min。患者术后平均住院天数 5.4(3~8)d。术中穿孔 10 例(10/45, 22.2%), 其中黏膜下隆起性病变 6 例(神经内分泌肿瘤、异位胰腺、间质瘤各 2 例), 黏膜层病变 4 例(管状腺瘤和腺瘤样增生各 2 例)。无术中出血。图 1 所示黏膜下病变位于十二指肠球降交界, 直径约 20mm, 表面黏膜光滑。镜下诊断十二指肠黏膜下肿物(间质瘤可能性大)。ESD 中见瘤体位于固有肌层, 剥离下瘤体后可见肌层大小约 5 mm 的穿孔, 以金属夹封闭创面, 内镜监视下留置胃管。术后病理符合胃肠道间质瘤(大小 2 cm×2 cm)。十二指肠球部前壁隆起性病变, 直径约 11mm, 用 Flush knife 标记病变边界后, 行黏膜下注射, 全周切开黏膜层, 沿黏膜下层剥离, 完整剥离病变。之后以尼龙绳、和谐夹或波士顿科学止血夹闭合创面, 留置鼻胃管, 术后持续胃肠减压、禁饮食、内科对症治疗, 恢复好。所有病例无术后迟发性出血及穿孔。

2.3 随访结果

术后所有患者接受随访, 平均随访时间 25.6(3.0~50.0)个月, 所有患者未见残留及复发, 生活质量良好, 无感染及狭窄等并发症。

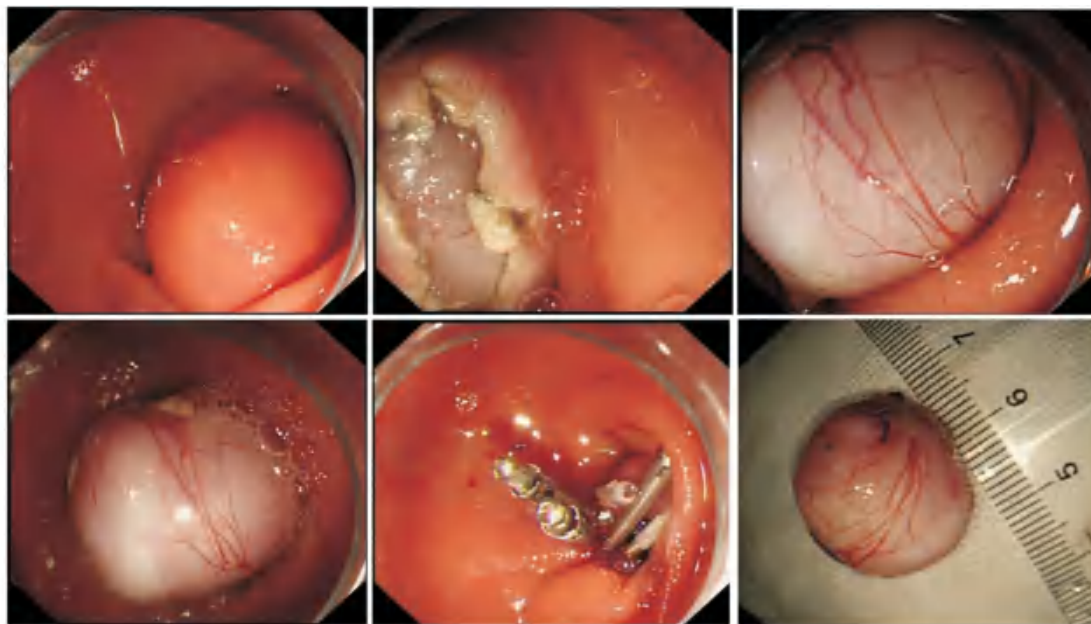
3 讨论

十二指肠占位性病变发病率低^[1], 以良性病变居多, 早期临床症状和体征无特异性。本组 44 例患者, 有 29 例表现出上腹隐痛、腹胀、嗝气等上消化道不典型症状, 2 例有黑便, 其余 13 例无明显症状, 因此十二指肠占位性病变的诊断主要依靠内镜及组织

病理学检查。本组病例病理类型有: 高(低)级别上皮内瘤变 11 例、神经内分泌肿瘤 6 例和腺瘤 8 例、增生性息肉 6 例、异位胰腺 4 例、黏膜组织慢性炎症 5 例、间质瘤 2 例、黏膜下淋巴滤泡反应性增生 3 例, 与文献病例报告相近^[3-4]。病变以球部最多见(48.9%)。

十二指肠位于上腹部腹膜后, 周围毗邻多个重要脏器, 如胰腺、胆总管, 周围有丰富的血管, 与许多大血管关系密切^[5-6]。外科手术(Whipple 手术、PPP、PPPD 等)在治疗十二指肠病变时创伤大, 术后很容易发生胰瘘、肠瘘、腹膜后感染等严重并发症^[7], 甚至可能引起患者发生多器官衰竭, 严重威胁患者的生命安全^[8-9]。内镜治疗十二指肠病变有创伤小, 安全性高等优势。对于较小的病变, 可行内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR), 这种方法简单、方便。但对于较大的、形状不规则的病变, 因十二指肠肠腔视野受限、皱襞多, 十二指肠病变 EMR 的完整切除率较低, 容易有残留。ESD 能整块切除病变, 有利于术后病理的评估, Backes 等^[10]报道 ESD 能一次性完全切除病灶, 长期预后较 EMR 有明显优势。

由于十二指肠位于腹膜后, 特别是乳头侧, 临近腹腔干、胰十二指肠动脉等大血管, 周围血流丰富, 并且十二指肠肠腔弯曲度大, 视野暴露欠佳, 肠壁薄, 加上临近胆总管、胰腺等重要器官, 胆汁和胰液腐蚀性强, 因此, 十二指肠 ESD 较消化道其他部位难度大, 并发症发生率更高^[11]。十二指肠 ESD 并发症的发生主要受以下因素影响: 病变的大小、位



十二指肠球降交界见直径约 20 mm 黏膜下隆起, 术中主动穿孔, 止血夹封闭创面, 病理提示间质瘤。

图 1 十二指肠黏膜下肿物行 ESD

置、浸润深度、与周围血管器官的位置关系等^[12-14]。据报道,十二指肠 ESD 穿孔发生率为 21%~35.7%^[15]。本组 ESD 术中穿孔率为 22.2%,与文献报道数据基本一致。穿孔的 10 例病例中,黏膜下隆起性病变 6 例、起源于黏膜层病变 4 例。黏膜下隆起性病变发生穿孔率高,除了起源于固有肌层的病变,如本文图 1 病例,为完整切除需要主动穿孔之外,起源于黏膜下层的异位胰腺或神经内分泌肿瘤,因十二指肠肠壁薄,术中穿孔率也比较高。起源于黏膜层的病变发生术中穿孔的一个很重要的原因就是黏膜下层粘连严重,视野不清,不易剥离。因此在首次发现十二指肠黏膜层的病变取活检时,需要注意取的活检组织要小,且平行于皱襞。如果跨越皱襞取活检,非常容易形成活检后瘢痕,造成黏膜下层粘连,不能清楚的分别黏膜下层和固有肌层,会导致剥离时间延长,非常容易穿孔。ESD 术中发生穿孔,需要及时用金属夹或尼龙绳夹闭缝合。十二指肠 ESD 操作应该尽可能地快,必要时可以采取 Hybrid ESD: 为保证病变整块切除,减少水平切缘阳性的比例,用 Flush knife 沿病变周围切开黏膜层,适当黏膜下注射后,用圈套器将剩余病变圈套切除。这种方法,能显著缩短操作时间,减少电凝综合征、肠壁水肿等所引起的迟发性穿孔。

由于术中肠腔持续扩张、消化液腐蚀创面、电凝综合征等,十二指肠 ESD 术后穿孔的发生率也非常高。日本学者主张在十二指肠病变行腹腔镜内镜联合手术(laparoscopic endoscopic cooperative surgery, LECS),即行 ESD 后,再借助腹腔镜自腹腔内从浆膜面将缺失了黏膜层和黏膜下层的病变用可吸收线缝合,同时经口置入鼻肠管引流出胆汁、胰液等腐蚀性强的消化液,以预防术后迟发性穿孔^[16-17],目前在笔者内镜中心尚未采取这种处理方法。笔者的经验是,十二指肠 ESD 后创面应尽量用金属夹封闭^[18],本组 44 例患者中除 10 例术中穿孔以外,其他均用金属夹封闭,无迟发性穿孔。

综上所述,ESD 治疗十二指肠病变是安全有效的,创伤小且恢复快。但由于存在十二指肠肠腔空间狭小、肠壁薄、邻近胆总管和胰腺等重要脏器、周围血供丰富、有胆汁和胰液刺激等因素,使得十二指肠 ESD 操作相对于其他部位的 ESD 来说更加困难。因此,建议十二指肠病变取活检时应平行于皱襞且宜较小,避免垂直于皱襞的深活检形成黏膜下层粘连不利于后续剥离,ESD 创面应用金属夹封闭以免术后迟发性穿孔。不足之处是本组研究样本量较少,后续需要扩大样本量进一步综合分析研究。

参考文献

- [1] KAKUSHIMA N, KANEMOTO H, TANAKA M, et al. Treatment for superficial non-ampullary duodenal epithelial tumors[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20: 12501-12508.
- [2] CHEN W C, WALLACE M B. Endoscopic management of mucosal lesions in the gastrointestinal tract [J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2016, 10: 481-495.
- [3] HONDA T, YAMAMOTO H, OSAWA H, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial duodenal neoplasms[J]. Dig Endosc, 2009, 21: 270-274.
- [4] ICHIKAWA T, KUDO M, MATSUI S, et al. Endoscopic ultrasonography with three miniature probes of different frequency is an accurate diagnostic tool for endoscopic submucosal dissection[J]. Hepatogastroenterology, 2007, 54: 325-328.
- [5] 吴孟超, 吴在德, 主编. 黄家骊外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1375-1376.
- [6] 金 钢, 宋 彬. 胰腺及十二指肠损伤诊治研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(3): 333-335.
- [7] 刘 巍, 花 荣, 孙勇伟, 等. 胰十二指肠切除术后胰瘘发生的危险因素分析[J]. 中华胰腺病杂志, 2014, 15(5): 299-302.
- [8] 中华消化外科菁英荟胰腺外科学组. 胰腺常规手术后胰瘘的预防及引流管理[J]. 中华消化外科杂志, 2018, 17(1): 55-59.
- [9] 鲁 蒙, 原春辉, 修典荣. 腹腔镜胰腺肿瘤局部切除术: 适应证选择及围术期管理[J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(12): 884-886.
- [10] BACKES Y, MOONS L M, VAN BERGEIJK J D, et al. Endoscopic mucosal resection (EMR) versus endoscopic submucosal dissection (ESD) for resection of large distal non-pedunculated colorectal adenomas (matilda-trial): rationale and design of a multicenter randomized clinical trial[J]. BMC Gastroenterol, 2016, 16: 56-56.
- [11] KIM G H, JIN I K, JEON S W, et al. Endoscopic resection for duodenal carcinoid tumors: a multicenter, retrospective study[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2014, 29: 318-324.
- [12] YAMAMOTO Y, YOSHIKAWA N, TOMIDA H, et al. Therapeutic out-comes of endoscopic resection for superficial non-ampullary duo-denal tumor[J]. Dig Endosc, 2014, 26(Suppl 2): 50-56.
- [13] KLEIN A, NAYYAR D, BAHIN F F, et al. Endoscopic mucosal resection of large and giant lateral spreading lesions of the duodenum: success, adverse events, and long-term outcomes[J]. Gastrointest Endosc, 2016, 84: 688-696.

doi:10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2021.02.006

艾司奥美拉唑肠溶片不同剂量及口服频次治疗 幽门螺杆菌阴性胃术后吻合口溃疡临床疗效观察^{*}

张昌敏, 彭 波[△]

(武汉市第三医院光谷院区消化内科, 湖北 武汉 430073)

摘要:[目的]观察不同剂量及不同口服频次艾司奥美拉唑肠溶片治疗幽门螺杆菌(*Hp*)阴性胃术后吻合口溃疡临床效果和安全性。[方法]选取在我院诊断 *Hp* 阴性胃术后吻合口溃疡 84 例,按随机数字表法分为甲组和乙组,每组 42 例。2 组均口服艾司奥美拉唑肠溶片(阿斯利康制药有限公司生产,国药准字 H20046379),疗程均 4 周。甲组 40 mg/次,1 次/d(晨起);乙组 20 mg/次,2 次/d(晨起+睡前)。对 2 组患者的临床症状缓解率和胃镜下溃疡愈合率进行分析对比。[结果]乙组治疗近期腹痛临床症状缓解率优于甲组($P < 0.01$),2 组远期效果相当($P > 0.05$)。胃镜观察溃疡愈合情况,2 组有效率相同,差异无统计学意义($P > 0.05$)。[结论]艾司奥美拉唑肠溶片治疗 *Hp* 阴性胃术后吻合口溃疡具有明显的疗效,且艾司奥美拉唑肠溶片 20 mg,2 次/d 近期对临床症状缓解有效率高于艾司奥美拉唑肠溶片 40 mg,1 次/d。

关键词:吻合口溃疡;艾司奥美拉唑肠溶片;疗效观察

中图分类号:R364.1

文献标志码:A

文章编号:1005-541X(2021)02-0099-03

Esomeprazole enteric-coated tablets in different doses and oral frequency in the treatment of anastomotic ulcer after *Hp*-negative gastric surgery

ZHANG Chang-xu, PENG Bo[△]

(Department of Gastroenterology, Optics Valley Branch, Wuhan Third Hospital, 430073 Wuhan, China)

[△]Corresponding author, E-mail: zcxdmail@126.com

Abstract:[Objective] To observe the clinical effect and safety of esomeprazole enteric-coated tablets in different doses and oral frequency in the treatment of anastomotic ulcers after *Helicobacter pylori* (*Hp*)-negative gastric surgery. [Methods] A total of 84 cases of anastomotic ulcers after *Hp*-negative gastric surgery were diagnosed in our hospital from February 2016 to August 2020. They were divided into group A and group B according to a random number table, with 42 cases in each group. Esomeprazole enteric-coated tablets (manufactured by AstraZeneca Pharmaceutical Co., Ltd., National Medicine Zhunzi H20046379) were taken orally in both groups, and esomeprazole enteric-coated tablets 40 mg/time, 1 time/d (morning

^{*} 基金项目:武汉市卫健委临床医学科研项目(No:WZ17Z06)

[△] 通信作者, E-mail: zcxdmail@126.com

- [14] AHMAD N A, KOCHMAN M L, LONG W B, et al. Efficacy, safety, and clinical outcomes of endoscopic mucosal resection: a study of 101 cases[J]. *Gastrointest Endosc*, 2002, 55: 390-396.
- [15] OHATA K, MURAKAMI M, YAMAZAKI K, et al. Feasibility of endoscopy-assisted laparoscopic full-thickness resection for superficial duodenal neoplasms [J]. *Sci World J*, 2014, 2014: 239627.
- [16] HIKI N, NUNOBE S. Laparoscopic endoscopic cooperative surgery (LECS) for the gastrointestinal tract: Up-

dated indications[J]. *Ann Gastroenterol Surg*, 2019, 3: 239-246.

- [17] NUNOBE S, RI M, YAMAZAKI K, et al. Safety and feasibility of laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for duodenal neoplasm: A retrospective multicenter study[J]. *Endoscopy*, 2020, Online ahead of print.

- [18] 刘建强, 王 蓉, 李达周, 等. 十二指肠病变内镜黏膜切除术钛夹闭合创面的价值评价[J]. *中国内镜杂志*, 2015, 21(8): 832-835.

(收稿日期: 2020-07-22; 修回日期: 2020-12-11)