

· 临床研究 ·

Barrett 食管内镜下氩离子凝固术治疗疗效观察

刘邦伦, 王 珏, 王江红[△]

(重庆市肿瘤研究所内镜诊疗中心 400030)

摘要:目的 探讨内镜下氩离子凝固术(APC)治疗 Barrett 食管(BE)的临床价值。方法 选择 62 例经胃镜检查、病理证实的 BE 患者进行 APC 治疗,术后给予奥美拉唑辅助治疗,对其疗程、疗效、并发症进行评估。结果 62 例均完成治疗,其中 1 次 APC 治疗即获得消除者 54 例;2 次治疗者 5 例(环周型或长段);3 次治疗者 3 例(环周型、面积广)。12 例治疗期间有轻度并发症,为胸骨后疼痛,经抑酸剂和黏膜保护剂治疗 1 周内症状改善。结论 APC 是一种安全、有效的治疗 BE 的方法。

关键词: Barrett 食管; 氩离子凝固术; 质子泵拮抗剂

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.17.043

中图分类号:R571;R616.2

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)17-2342-02

Effects of argon plasma coagulation under endoscopic on Barrett's esophagus

LIU Bang-lun, WANG Jue, WANG Jiang-hong[△]

(Department of Endoscopy Center, Chongqing Cancer Institute, Chongqing 400030, China)

Abstract: Objective To study the effects of argon plasma coagulation combined with proton pump inhibitor on Barrett's esophagus. Methods Sixty-two patients with Barrett's esophagus diagnosed by endoscope and pathology method were treated with argon plasma coagulation and proton pump inhibitor. Argon plasma coagulation was performed at a power setting of 60 W. All the patients were rechecked by endoscope and pathology methods after 3-6 months. The patients were treated with argon plasma coagulation again until the eradication of Barrett's esophagus and the squamous epithelium restoration were assessed. Results All of the 62 patients finished the therapy. Five patients with long segment Barrett's esophagus were treated by argon plasma coagulation again. Three patients were treated by argon plasma coagulation for three times. Minor complications such as retrosternal pain and odynophagia were observed in 12 patients. There were no major complications such as hemorrhage, esophageal stricture and perforation. Conclusion Argon plasma coagulation combined with proton pump inhibitor has an obvious reversal effect on Barrett's esophagus.

Key words: Barrett's esophagus; argon plasma coagulation; proton pump inhibitor

Barrett 食管(Barrett esophagus, BE)是指食管下段的复层鳞状上皮被化生的单层柱状上皮所替代的一种病理现象。近年来,随着各种检测手段的应用和研究,均提示 BE 与食管腺癌的发生有密切的关系,故 BE 治疗引起了人们的重视^[1]。因此阻断 BE 的发展,对防止食管腺癌发生具有重要意义。目前 BE 的治疗方法主要有外科手术治疗、抑酸药物治疗,外科手术治疗有一定的禁忌证和并发症,而抑酸药物治疗只能控制症状,并不能减少癌变的危险性。氩离子凝固术(argon plasma coagulation, APC)是近年来治疗 BE 的一种新型的治疗手段,被认为是能有效清除 BE 黏膜的重要治疗方法。APC 治疗 BE 国内外已有成功的报道,已广泛应用于 BE 治疗。作者自 2005 年 11 月至 2008 年 7 月对 62 例 BE 患者经内镜下 2% Lagol's 液染色后,再进行氩气刀治疗,并对 BE 在内镜下 APC 治疗的安全性和疗效进行分析、随访,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集本院 2005 年 11 月至 2008 年 7 月 62 例 BE 患者,全部病例均经内镜检查和病理证实,排除局部重度异型增生及其他恶性肿瘤或严重疾病患者。其中男 35 例,女 27 例;年龄 26~75 岁,平均(51±6.5)岁。所有患者术前均向患者说明手术的目的、签署手术同意书、并自愿同意随访。BE 的

内镜诊断及分型按照 2005 年重庆诊治共识:齿状线上移或食管鳞柱上皮交界线(SCJ)与胃食管连接(GEJ)分离^[2]。其中舌型 32 例、岛状 16 例、环型 14 例。

1.2 临床症状 主要症状为上腹部不适、反酸、烧心、胸骨后疼痛等。其中上腹部不适 56 例(90%),反酸 37 例(60%),烧心 19 例(30%)。

1.3 设备及治疗方法 日本 Pentax 2970K 型电子胃镜;德国 ERBE ICC200、APC300,氩气流量为 2.0 L/min,功率 60 W。治疗导管直径为 2.3 mm,长度 2.2 m。APC 治疗前常规测量心率、血压、脉搏血氧饱和度。在麻醉医师监测下静脉缓慢注射芬太尼、丙泊酚(静安),患者在麻醉状态下进行治疗。进镜后病灶暴露清晰,必要时使用二甲硅油祛泡剂。予以 2% Lagol's 液染色,稍后生理盐水冲洗,观察食管不着色黏膜形状、范围等。再经内镜钳道插入氩离子凝固器导管,将 APC 探头伸出镜外 1 cm,以防损伤内镜。内镜直视下观察病灶,对 Lagol's 液不着色的黏膜平行移动进行凝固治疗,每次 1~3 s,直至化生黏膜区域完全变为灰白色或部分炭化。通常环周型或 BE 长度超过 4 cm,需间隔一周进行 2 次或多次治疗。术后常规口服抑酸剂奥美拉唑 20 mg,2 次/日;黏膜保护剂铝镁混悬液 15 mL,3 次/日,治疗时间至少 1 个月或至反流症状消

[△] 通讯作者,电话:13983841209; E-mail:win16@sina.com.com。

失。当天嘱进冷流质饮食,1 d 后软食,3 d 之后恢复正常饮食。

2 结 果

2.1 治疗结果 所有 BE 患者,APC 末次治疗后 3、6 个月内镜下 2%Lagol's 液染色复查,病灶完全消除。APC 治疗后 9 个月发现 3 例 BE 复发,2%Lagol's 液染色后再活检,病理组织检查仍见有柱状上皮化生,其余 59 例 BE 患者均未见复发。APC 治疗后 12 个月,58 例 BE 患者中见 2 例环周型病例患者原病灶区发现岛状橘红色黏膜,病理证实为柱状上皮,4 例失访。

2.2 不良反应 治疗后 12 例出现不同程度的胸骨后不适感,经用抑酸剂和黏膜保护剂治疗,在 1 周内症状消失。患者均未出现严重溃疡、出血、穿孔和食管狭窄等并发症。

3 讨 论

近年来,BE 越来越引起人们的重视。许多研究表明,BE 被认为是一种癌前病变,与食管腺癌的发生密切相关,其癌变的危险性较一般人群高出 30 至 125 倍^[3]。在 BE 演变至腺癌的过程中,肠上皮化生是 BE 发生食管腺癌的重要原因,如能尽早积极治疗,使化生的柱状上皮逆转为鳞状上皮,对于防止食管腺癌的发生是有意义的^[4]。因此 BE 的早期诊断和治疗引起国内外多数学者关注,它是防治食道腺癌的重要手段。目前 BE 的治疗方法主要有外科手术、抑酸药物治疗。手术有一定的风险和手术致死率,不作为首选治疗方法。抑酸药物及抗反流手术可以减少或消除异常的胃食管反流,减少食管酸暴露,改善症状,但不能减少食管腺癌的发生^[5]。近年来随着内镜技术的不断发展,内镜下治疗 BE 引起重视。对 BE 的内镜下治疗方法较多,其中有射频治疗、高频电治疗、光动力治疗、激光治疗、APC 治疗等方法。BE 的治疗目的为消除肠化生的柱状上皮以逆转其潜在的恶化倾向,人为造成 BE 黏膜再损伤后,在无酸环境下再生的鳞状上皮发生肠化生的概率很低,已证实 APC 能有效地损毁 BE 黏膜并诱导鳞状上皮再生^[5]。APC 是一种新型的可控制的非接触性电凝技术,其原理是利用高频电流以单极技术通过电离的氩离子非接触的自动导向靶组织,使其形成深度 2~3 mm 的热凝固变性,从而起到止血和破坏有关组织的治疗作用^[6]。氩气流量是散发的。治疗时氩气刀导管与治疗部位保持一定的距离,为非接触性,不与病灶组织粘连,不易撕伤局部组织,可较好的控制出血、穿孔等并发症的发生。所以,APC 因其治疗安全、操作简单、并发症少、效果明显,已广泛应用于 BE 内镜下治疗。APC 使 BE 肠化生上皮消退,也需要伴有无酸环境中上皮细胞的愈合,应用 APC 联合质子泵抑制剂治疗,可使 BE 上皮逆转快,疗效显著,并发症少。

本组 62 例 BE 患者经 APC 治疗后,54 例 1 次性完全成功地消除;5 例 BE(环周或长段)患者经 2 次治疗后病灶完全消失;3 例 BE(环周、面积广)患者经 3 次治疗后病灶完全消失。随访 9 个月复查并 2%Lagol's 液染色,3 例环周型患者活检后病理证实 BE 复发。随访 12 个月,2 例环周型、面积广的病例出现复发。APC 对 BE 疗效理想,对 BE 肠上皮化生的消除是有效的。其中对短段 BE、舌型或岛型治疗疗效最好。

APC 治疗长段或环周型 BE 次数多、复发率较高。国外多数学者的研究也都发现 APC 治疗后存在复发和残留,认为治疗后的复发可能与 APC 使用技术和能量、PPI 的选用和 BE 的长度有关^[7-8]。本研究采用 60 W 功率,均未出现出血、穿孔等严重并发症,少见的不良反应有烧心、反酸,均较轻微,3~6 d 缓解、消失。配合抑酸和黏膜保护治疗,可使病变黏膜处于低酸环境,有利于损伤修复和鳞状上皮再生。随访 1 年,均未出现食管瘢痕性狭窄。

氩离子凝固术治疗最大的优点是凝固深度的自限性,不易破坏深层组织,一般不易引起穿孔^[9]。同时 APC 具有治疗面积大、视野清楚、创伤小、并发症少等优点。所以,本研究认为 APC 治疗 BE 的安全性好,操作简便,不良反应少,是一种简单、安全、有效的治疗方法。APC 治疗 BE 的远期疗效如何,是否需要对所有 BE 患者进行干预治疗,仍存在争议^[10],还有待于进一步评估。

参考文献:

- [1] Simpson JL, Elia S, Malinak LR, et al. Heritable aspects of endometriosis. Genetic studie[J]. Am J Obstet Gynecol, 1980, 137: 327.
- [2] 房殿春, 赵晶京. BE 诊治共识(草案)[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(4): 349.
- [3] Lagarde SM, Ten Kate FJ, Reitsma JB, et al. Prognostic factors in adenocarcinoma of esophagus or gastroesophageal junction[J]. J Clin, 2006, 24: 4347.
- [4] 刘忠和, 白梅等. 氩离子凝固术联合奥美拉唑治疗 Barrett 食管疗效观察[J]. 重庆医学, 2009, 38(4): 416.
- [5] 薛寒冰, 戈之铮, 陈晓宇, 等. 内镜下氩离子凝固术治疗 Barrett 食管[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(1): 3.
- [6] Grund KE, Storek D, Farim G. Endoscopic argon plasma coagulation (APC). First clinical experiences in flexible endoscopy[J]. Endosc Surg, 1994, 2: 4246.
- [7] Pereira Lima JC, Busnelo JV, Saul C, et al. Highpower setting argon plasma coagulation for the eradication of Barrett's esophagus[J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95: 1661.
- [8] Schulz H, Miehke S, Antos D, et al. Ablation of Barrett's epithelium by endoscopic argon plasma coagulation in combination with high dose omeprazole[J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51: 659.
- [9] 吴云林, 冯莉, 孙波, 等. 氩离子血浆凝固术治疗胃肠广基扁平息肉与出血[J]. 中华消化内镜杂志, 2001, 18(6): 325.
- [10] 薛寒冰, 戈之铮, 刘文忠. Barrett 食管诊断和治疗——美国胃肠病学会芝加哥会议总结[J]. 胃肠病学, 2005, 10(3): 182.

(收稿日期: 2009-12-22 修回日期: 2010-02-20)