

# 内镜下氩离子凝固术联合奥美拉唑治疗 Barrett 食管的临床观察\*

张海琳, 雷平光(广东省深圳市松岗人民医院 518105)

**【摘要】** 目的 探讨 Barrett 食管(BE)病应用内镜氩离子凝固术和奥美拉唑药物治疗法联合治疗及其临床效果与安全性。方法 选取该院确诊的 100 例 Barrett 食管患者, 根据年龄层次平均分为治疗组和对照组, 2 组各 50 例。对照组采用常规的奥美拉唑药物治疗方法, 治疗组采用内镜下氩离子凝固术并联合奥美拉唑药物治疗, 通过胃镜观察手术效果, 对病灶清除不完全的患者日后进行二次氩离子凝固术。治疗结束后所有患者均进行 4 次定期胃镜复查, 统计复查结果, 对 2 组患者治疗情况进行数据分析与比较。结果 分析 2 组患者复查数据, 治疗 1 年以后检查结果, 治疗组总有效率为 88%, 明显高于对照组总有效率(66%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。安全性比较, 对照组无不良反应, 治疗组使用氩离子凝固术后 6 例患者有短期胸骨疼痛, 在后续药物治疗过程中逐渐消失, 对患者健康状况影响不大。结论 内镜下氩离子凝固术联合奥美拉唑治疗 Barrett 食管, 该临床治疗方案安全性好、有效率高, 值得更深入长期的研究和临床推广。

**【关键词】** Barrett 食管; 氩离子凝固术; 奥美拉唑; 联合治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.12.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)12-1667-02

巴雷特(Barrett)食管(BE)具体病理特征为食管下段黏膜的单层柱状上皮替代正常的复层鳞状上皮。3 cm 法则规定巴雷特食管发病范围在胃食管与胃黏膜连接处 3 cm 以上<sup>[1]</sup>。目前研究表明, 通过胃镜直接观察并取样活检确定胃食管与胃黏膜连接处有单层柱状上皮替代正常的复层鳞状上皮的病变都称为 BE 食管。该病通常伴有慢性胃炎和胃食管反流等不适症状。现已证实如果病理活检确定为肠化型 BE 食管有可能导致癌变, 其对病患潜在的危害性极大, 目前临床治疗多数采用药物治疗方法, 治愈率低下<sup>[2-3]</sup>。现探讨该病患者应用内镜氩离子凝固术和奥美拉唑药物治疗法联合治疗, 以研究联合疗法的安全性及临床疗效。报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取该院 2010 年 1 月至 2011 年 12 月, 由病理活检报告确定的 100 例 BE 食管患者作为本组研究对象, 诊断标准参照我国 BE 食管诊断共识(2005 重庆草案)。其中男性 78 例, 女性 22 例; 年龄 34~69 岁, 主要表现为差异性胃反酸和胸骨位疼痛。根据患者年龄层次平均分为对照组和治疗组, 2 组平均年龄分别为 51.1 岁和 51.8 岁。内镜镜下观察病变形态, 其中对照组 50 例患者 I 型(舌型)31 例, II 型(岛型)12 例, III 型(全周型)7 例; 治疗组 50 例患者 I 型(舌型)27 例, II 型(岛型)14 例, III 型(全周型)9 例。按治疗前化生上皮长度, 其中对照组患者短段(<3 cm)36 例, 长段(>3 cm)14 例, 平均 BE 食管长度为 28 mm; 治疗组患者短段(<3 cm)32 例, 长段(>3 cm)18 例, 平均 BE 食管长度为 27 mm。所有患者住院治疗前进行全身检查, 均无其他重度疾病, 且入选患者 BE 食管无重度不典型增生或静脉曲张、肿瘤等不宜氩离子凝固术方案的状况。治疗组患者均自愿接受氩离子凝固手术并签署手术同意书。2 组患者在年龄、性别、健康状况、临床表现、病理类型及病检报告等方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组采用药物治疗方案, 具体方案为 50 例患者均给予奥美拉唑药物治疗(20 mg/d); 治疗组 50 例患者采

用联合治疗方案, 先使用氩离子凝固术对病变处进行手术清除, 术后再给予奥美拉唑治疗(20 mg/d)。手术操作中采用标准化过程, ERBE-APC300 内镜专用电凝电切及氩离子发生器为手术操作仪器, 使用日本奥林巴斯电子胃镜作为术中观察仪器。具体操作内容为在电子胃镜观察下将氩离子电凝电切导管插至病变区进行手术清除, 操作时 45~60 W 为电凝电切器标准功率, 手术完成后电子胃镜观察病变区有无局部出血等不良症状。术后复查发现未清除完全的患者可根据实际情况进行二次氩离子凝固术, 2 次手术时间间隔要求大于 30 d, 实际进行二次氩离子凝固术的患者有 3 例, 胃镜检查表明完全清除。术后给予患者奥美拉唑药物治疗(20 mg/d), 术后护理要求患者 24 h 禁食并卧床休息, 次日后逐渐恢复饮食, 由流质饮食过渡到半流质, 最后恢复为正常饮食。

**1.3 随访及复检** 对所有患者治疗结束以后 1、3、6、12 个月定期进行 4 次复检, 复检时内镜对再生的上皮组织间隔 1 cm 处进行四维活检, 对可疑病变位置进行病理活检, 记录其复检情况及有无其他并发症发生。

**1.4 疗效评定** 复检后病变区域是否消失, 取样活检是否存在单层柱状上皮组织作为判断标准。规定病变区域完全消失或者病变区域消失面积大于或等于 80%, 病理检查无单层柱状上皮组织存在视为完全治愈; 病变区域有明显或部分减少( $\geq 30\%$ )视为有效治愈; 病变区域减少不明显甚至有扩大并存在单层柱状上皮组织视为无效治愈。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS 9.0 统计软件进行分析, 组间结果比较采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组患者临床疗效** 统计术后所有患者复检的治疗情况, 4 次统计结果均保持稳定趋势。本组结果显示, 对照组 50 例患者有效治愈 33 例, 治疗无效患者 17 例, 总有效率为 66%; 治疗组 50 例患者有效治愈 44 例, 治疗无效患者 6 例, 总有效率为 88%。治疗组总有效率高高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

\* 基金项目: 广东省深圳市龙岗区科技局科研基金资助项目(2011119)。

表 1 2 组患者临床治疗结果比较(n, %)

组别	n	完全治愈	有效治愈	无效治愈	总有效率
对照组	50	2	31	17	66
治疗组	50	20	24	6	88

2.2 2 组患者联合治疗安全性评价 治疗组 50 例患者实施氩离子凝固术后 6 例患者有短期胸骨疼痛,在后续奥美拉唑治疗期间不适症状消失,随后 1 年内多次复检无任何不适病症。对照组患者无不良反应。本组结果表明实施联合治疗对患者健康状况影响不大。

### 3 讨 论

BE 食管具体病理表现为食管下段黏膜的单层柱状上皮组织替代正常的复层鳞状上皮组织,其致病原因及发病机制至今无确切结论。目前大多数研究者都认为胃食管反流与 BE 食管有密切关系。现代医学研究没有确切证据表明这两者间转化的必然性,但已有的病理数据表明胃反流患者中 10%~15% 会随着病情发展成为 BE 食管患者<sup>[4]</sup>。关于 BE 食管发病原因存在两种解释,分别是胚胎期遗留学说和后天性获得学说。胚胎期遗留学说认为人体胚胎发育过程可能存在中柱状上皮组织没有被鳞状上皮组织完全替代所以后期形成 BE 食管;而后天性获得学说则认为在人类正常生存过程中受到外界饮食等刺激造成自身食管黏膜炎性并伴有不同程度的破坏,柱状上皮组织由于具有耐酸性而替代鳞状上皮组织,最终导致形成 BE 食管<sup>[5]</sup>。胃镜取部分组织进行病理活检以后根据检查情况将 BE 食管柱状上皮组织分为胃底型(泌酸-贲门型)、交界型(贲门型)和特殊型(肠上皮化生型)3 种类型。3 种类型中的特殊型(肠上皮化生型)BE 食管已被证实具有高度概率发展成为食管腺癌,而其他两类暂时无可靠数据证明 BE 食管与癌症的关系<sup>[6]</sup>。

临床治疗通常使用奥美拉唑,这是一种能够有效抑制胃酸分泌的质子泵抑制剂<sup>[7]</sup>。相关治疗数据显示奥美拉唑的治疗有效率在 55%~65%,还有很大的上升空间。本组对照组患者奥美拉唑治疗有效率与相关统计结果较一致。随着新型医疗设备电子胃镜分辨率的不断提高,BE 食管能够被清晰识别并依靠电子胃镜观察做出准确分类。目前对于 BE 食管的临床治疗通常采用与胃食管反流的药物治疗方法一致,这对于病变区域的根本改善效果不明显。消除 BE 食管病变区域的柱状上皮组织对降低未来患胃食道癌症的风险意义重大<sup>[8-9]</sup>。因此寻找更有效的治疗方法从根本上治疗 BE 食管具有重要的临床意义。氩离子凝固术(APC),是高频电凝固技术的一种改良技术,将高频电流通过氩离子束的电转导将高频电能量传递至目标组织进行治疗,避免电极直接接触治疗区域,降低该治疗对患者身体的危害性和风险性。针对 BE 食管这一具体病

症,通过使用氩离子凝固术将 BE 食管上病变柱状上皮组织蛋白变性脱落,可以成功地从根本上解决病灶。且该手术方法易操作、安全性高、患者自身无其他并发症等优势,是治疗该病的一种新型治疗方案<sup>[10]</sup>。本组通过对 2 组患者进行单纯药物治疗和联合治疗方案的病理数据统计分析及对比,提示内镜下氩离子凝固术联合奥美拉唑治疗 BE 食管比单纯使用药物治疗效果显著,50 例患者治疗 1 年以后有效治愈率达到 88%,与有关研究报道相一致。术后仅有 6 例患者复发,复发率与国内相关报道相符。临床安全性显示仅有少部分患者短期内出现胸骨疼痛等不适反应,对患者整体健康状况影响不大。本组结果表明该方案安全性好,总有效率高,值得更深入的研究并进行广泛的临床治疗推广。

### 参考文献

- [1] 高娜,王彩霞,刘明华,等. Barrett 食管的色素放大内镜分型与组织学分型相关性的临床研究[J]. 中国医科大学学报, 2009, 38(6): 465-467.
- [2] 郝丽萍,赖洁莹,司会强,等. 内镜下氩离子凝固术联合奥美拉唑治疗 Barrett 食管 76 例临床及随访分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2011, 20(5): 429-431.
- [3] 杨健,刘梅,何键. 胃食管反流病研究进展[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(14): 1752-1754.
- [4] Wani S, Sayana H, Sharma P, et al. Endoscopic eradication of Barrett's esophagus. *Gastrointestinal Endoscopy* [J]. *Cancer*, 2010, 71(1): 147-166.
- [5] 唐毅,龙晓奇,陈拥军. 氩离子凝固术联合抑酸治疗 Barrett 食管的临床研究[J]. 华西医学, 2009, 24(3): 664-665.
- [6] 陈涛,宋文先,王海军,等. 内镜下氩离子凝固术联合埃索美拉唑治疗 Barrett 食管疗效分析[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2011, 27(2): 227-228.
- [7] 肖春. 联合运用多潘立酮奥美拉唑加雷尼替丁治疗胃食管反流病患者疗效观察[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(24): 3012-3013.
- [8] 房殿春,林三仁,于中麟,等. Barrett 食管诊治共识[J]. 胃肠病学, 2011, 16(8): 485-486.
- [9] 杨仕超. 氩离子凝固术中气管导管燃烧 1 例[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(19): 2417.
- [10] 刘邦伦,王珏,王江红,等. Barrett 食管内镜下氩离子凝固术治疗疗效观察[J]. 重庆医学, 2010, 39(17): 2342-2343.

(收稿日期:2013-10-20 修回日期:2014-04-09)

(上接第 1666 页)

- [4] 许绍强,陈玲玲. 脑脊液细胞学辅助诊断脑裂头蚴病 1 例[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(12): 1401-1402.
- [5] 段元周. 脑室型脑囊虫病 17 例临床分析[J]. 大理医学院学报, 2011, 10(6): 39-41.
- [6] 杨艳君,吴晓燕,杨树芳,等. 四种免疫学检查在脑囊虫病诊断和治疗中的应用[J]. 中国热带医学, 2008, 8(7):

1088-1090.

- [7] 姜之全,娄飞云,张少军. 四脑室囊虫病的诊断和治疗[J]. 临床神经外科杂志, 2008, 5(2): 70-72.
- [8] 黄伟雄,余炳坚. 脑囊虫病的临床诊断[J]. 白求恩医学院学报, 2008, 6(1): 11-12.

(收稿日期:2013-11-14 修回日期:2014-01-18)