内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗 Barrett 食管的疗效分析

文 峰,朱杰伦,黄继征,屈 磊,胡海涛 (解放军第 161 医院消化内科,湖北 武汉 430010)

[摘 要] **目的** 探讨内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗 Barrett 食管疗效。**方法** 选择经电子胃镜检查及病理组织学检查确诊为 Barrett 食管患者 181 例,随机分成 3 组,A 组(56 例)为单纯雷贝拉唑治疗组;B 组(60 例)为单纯内镜下氩离子凝固术治疗组;C 组(65 例)为内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗组。所有入选患者在首次治疗的 3、6、12 个月内随访复查内镜及病理组织学检查。**结果** A、B、C 三组在首次治疗的 3、6、12 个月内随访,A 组总有效率分别为 5.4%、4.9%、3.1%;B 组总有效率分别为 85.0%、82.4%、85.4%;C 组总有效率分别为 90.8%、92.5%、91.5%。以上两两组间比较均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗 Barrett 食管是安全有效的,值得临床推广与应用。

[关键词] Barrett 食管;内镜下氩离子凝固术;雷贝拉唑;治疗
[中图分类号] R571 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)04-0394-02

Clinical analysis of argon plasma coagulation combined with Rabeprazole for Barrett's esophagus

WEN Feng, ZHU Jie-lun, HUANG Ji-zheng, QU Lei, HU Hai-tao (Department of Gastroenterology, 161st Hospital of PLA, Wuhan Hubei 430010, China)

Abstract: Objective To study the effects of argon plasma coagulation combined with Rabeprazole on Barrett's esophagus. **Methods** Totally 181 patients with Barrett's esophagus diagnosed by endoscope and pathological method were randomized into three groups: group A ($n=56$) were treated with Rabeprazole; group B ($n=60$) were treated with argon plasma coagulation and group C ($n=65$) were treated with argon plasma coagulation combined with Rabeprazole. All the patients were rechecked by endoscope and pathological method within 3, 6 and 12 months after treatment. **Results** The follow-up went within 3, 6 and 12 month after the first treatment. The total effective rates in group A were 5.4%, 4.9%, 3.1% respectively; those of group B were 85.0%, 82.4%, 85.4% respectively and those of group C were 90.8%, 92.5%, 91.5% respectively. There were statistical differences between groups ($P<0.05$). **Conclusion** Argon plasma coagulation combined with Rabeprazole in the treatment of Barrett's esophagus is effective and safe and is worth applying and extending in clinics.

Keywords: Barrett esophagus; argon plasma coagulation; Rabeprazole; treatment

Barrett 食管(Barrett esophagus, BE)为食管下段的复层鳞状上皮被单层柱状上皮所替代的一种病理现象,伴或不伴肠化生,其中伴有特殊肠化生者属于食管腺癌的癌前病变[1]。随着检查技术的提高,Barrett 食管诊断率也不断提高。有研究发现,BE 患者腺癌的发生率较正常人高 30 ~ 50 倍[2]。因此,BE 诊断与治疗意义重要,一直是临床研究的热点问题之一。本文就内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗 Barrett 食管的疗效报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2007 年 2 月至 2010 年 5 月由胃镜及镜下活检病理学检查明确诊断为 Barrett 食管的患者 181 例,按不同治疗方法分为 3 组。单纯雷贝拉唑治疗组(A 组)56 例,男 32 例,女 24 例,年龄为 29 ~ 72 岁,平均 53.3 岁;单纯内镜下氩离子凝固术治疗组(B 组)60 例,男 39 例,女 21 例,年龄为 33 ~ 70 岁,平均 51.4 岁;内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗组(C 组)65 例,男 41 例,女 24 例,年龄 31 ~ 71 岁,平均 52.5 岁。三组在性别、年龄及分型上经 t 检验差异无统计学意义。所有入选患者均行内镜检查和食管粘膜活检,BE 的内镜诊断及分型按照 2005 年重庆诊治共识[3]:当内镜检查发现有橘红色的粘膜或者病理学检查证实有柱状上皮存在时即可诊断 BE。按化生的柱状上皮长度分为:①长段 BE(long segment Barrett's esophagus, LSBE),即化生的柱状上皮累及食管全周且长度超过 3 cm,共 67 例;②短段 BE(short segment Barrett's esophagus, SSBE),即化生的柱状上皮未累及食管全周或虽累及全周但长度小于 3 cm,共 114 例。

1.2 治疗方法

A 组单纯予以雷贝拉唑口服治疗,每日 1 次,一次 10 mg,服用 2 个月(剂量可视症状适量增减);B 组单纯内镜下氩离子凝固术治疗,功率为 40 ~ 60 W,对病变部位进行烧灼,每次持续时间为 1 ~ 3 s,以使其粘膜发黄、发白为好;C 组内镜下氩离子凝固术治疗后,再予以雷贝拉唑口服治疗,每日一次,一次 10 mg,服用 2 个月(剂量可视症状适量增减)。三组分别在治疗后的 3、6、12 个月复查内镜和组织活检。

[作者简介] 文 峰(1977 -),男,湖北省罗田县人,主治医师,本科,主要从事消化内科疾病临床方面的研究。电话:(027)50166445

[收稿日期] 2011-02-17 [修回日期] 2011-03-19

1.3 疗效评估

于治疗后的 3、6、12 个月复查内镜和组织活检，若 BE 食管完全消失，即活检病变消失，逆转为复层鳞状上皮，为治愈；若病变缩小为原来的 1/2 以上，症状有所缓解，活检为柱状上皮、鳞状上皮或者柱状上皮和鳞状上皮复合型，为有效；若病变缩小少于原来的 1/2 或病变部位增多，活检与治疗前相比无改观，为无效。总有效率为治愈率与有效率之和。所有数据采用 SPSS 13.0 软件进行分析，组间比较采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A、B、C 三组在首次治疗后 3、6、12 个月的随访情况见表 1（有部分患者失访）。经统计学分析，A 组与 B 组比较，$P<0.05$，两组总有效率具有统计学差异；A 组与 C 组比较，$P<0.05$，两组总有效率也具有统计学差异；B 组与 C 组比较，$P<0.05$，两组总有效率也具有统计学差异。

表 1 三组在治疗 3、6、12 个月后疗效情况

组别	3 个月				6 个月				12 个月			
	例数(n)	治愈(n)	有效(n)	总有效率(%)	例数(n)	治愈(n)	有效(n)	总有效率(%)	例数(n)	治愈(n)	有效(n)	总有效率(%)
A 组	56	0	3	5.4	41	0	2	4.9	32	0	1	3.1*
B 组	60	33	18	85.0*	51	26	16	82.4*	41	21	14	85.4*
C 组	65	37	22	90.8*#	53	33	16	92.5*#	47	28	15	91.5*#

*：与 A 组比较，$P<0.05$；#：与 B 组比较，$P<0.05$

3 讨论

Barreett 食管与众多因素相关，如饮食、生活方式、肥胖症等，胃酸与胆汁反流物中的氧化亚氮、亚硝酸盐及亚硝基复合物也可导致 Barreett 食管发生癌变[4]。及早发现与治疗 Barreett 食管，对其进行有效干预具有重要意义[5-6]。该病在过去主要是采用抑酸和手术治疗，然而治疗效果不尽人意，抑酸治疗主要是控制反流症状，难以使柱状上皮化生逆转，也不会减少食管癌的发生率。而手术治疗创伤性大，医疗费用高，同时还可出现一定的手术致死率、并发症以及禁忌证。Barrett 食管的治疗进展遇到了瓶颈。将内镜下氩离子凝固术引入 Barreett 食管的治疗是一个突破性的进展，它是一种非接触性电凝固技术，对病变部位进行内镜下治疗也很符合现代医疗微创观念。其原理是利用特殊装置将氩气离子化，在高频高压电作用下，被电离的氩气离子，将能量传递至组织起到凝固作用。同时由于组织一旦凝固干燥后便失去导电性，氩离子流便无法向更深组织侵入，因此凝固作用仅局限在表层组织，不易出现穿孔。由于是非直接接触，术后不易出现粘连，操作起来也很简便、安全。另外，雷贝拉唑为强效制酸药物，为新一代质子泵抑制剂，抑酸效果迅速、强效、持久，与内镜下氩离子凝固术联合治疗 Barrett 食管疗效确切，它可以为凝固部位创造很好的无酸环境，促进食管粘膜愈合。因此，内镜下氩离子凝固术联合质子泵抑制剂治疗 Barrett 食管在理论上是安全可行的。

本研究选取单纯雷贝拉唑治疗、单纯内镜下氩离子凝固术治疗以及雷贝拉唑联合内镜下氩离子凝固术治疗 Barrett 食管的三组患者，通过首次治疗后的 3、6、12 个月随访比较传统的制酸治疗与现代内镜下凝固术治疗的疗效，结果发现 3、6、12 个月内随访患者中雷贝拉唑联合内镜下凝固术治疗的总有效率最高，分别达到 90.8%、92.5%、91.5%。并且观察发现内镜下凝固术未出现出血、穿孔等并发症，仅有部分患者（B 组 15 例；C 组 9 例）出现术后胸骨后疼痛，但均在一周后消失。本文认为内镜下氩离子凝固术联合雷贝拉唑治疗 Barrett 食管是安全有效的，值得临床推广与应用。

[参考文献]

[1] Sharma P, McQuaid K, Dent J, et al. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus: the AGA Chicago Workshop [J]. Gastroenterolagy, 2004, 127(1): 310 - 330.

[2] 陆再英，钟南山. 内科学[M]. 第 7 版. 北京：人民卫生出版社，2008：373 - 375.

[3] 中华医学会消化病学分会. Barrett 食管诊治共识（草案）[J]. 胃肠病学，2006，11(1)：46 - 47.

[4] Capello A, Moons LM, Van de Winkel A, et al. Bile acid-stimulated expression of the farnesoid X receptor enhances the immune response in Barrett esophagus [J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(6): 1510 - 1516.

[5] Gertler R, Doll D, Maak M, et al. Telomere length and telomerase subunits as diagnostic and prognostic biomarkers in Barrett carcinoma [J]. Cancer, 2008, 112(10): 2173 - 2180.

[6] Auvinen MI, Sihvo EI, Ruohtula T, et al. Incipient angiogenesis in Barrett's epithelium and lymphangiogenesis in Barrett's adenocarcinoma [J]. J Clin Oncol, 2002, 20(13): 2971 - 2979.

（编辑：余汇洋）