

## ·专家笔谈·

## 胃食管反流病的内镜治疗现状

杨云生

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 治疗包括改变生活方式、抑酸治疗、促动力药物治疗以及外科和内镜治疗等,这里就 GERD 的内镜治疗现状作简要叙述。

近年应用内镜微创技术治疗胃食管反流病发展了一些新技术,基本上有三类,即内镜下针式射频治疗、内镜下缝合术和内镜下注射治疗。

### 一、内镜下射频治疗

该方法主要应用美国 Curon 公司生产的内镜下射频治疗装置,即 Stretta 装置。该装置于 2000 年得到美国 FDA 的批准应用于临床。通过温度控制,把射频送至食管连接处进行治疗。这种方法的原理不十分清楚,可能是经过刺入食管下端的射频针“烧灼”下食管括约肌 (LES) 区域,形成瘢痕或纤维组织,促使胶原沉积,“紧缩”LES 区域,从而增加 LES 抗反流屏障的功能。

Stretta 射频治疗 GERD 的良好设计研究报道不多。一些研究显示该方法在短期随访中能明显改善患者的烧心症状、提高生活质量,但是否能改善酸暴露时间结果不一致<sup>[1,2]</sup>,长期大样本的疗效评估也缺乏证据。目前该方法仅在少数医疗机构进行试用,尚无明确的治疗指征。

### 二、内镜下缝合治疗

内镜下缝合治疗主要有三种方法,即应用 BARD 公司的 EndoCinch 缝合装置、Wilson-Cook 公司的 Sew-Right 缝合装置以及 Ndo 公司生产的 Plicator 全层折叠器。1986 年 Swain P 首先描述了内镜下的缝合装置治疗 GERD,2000 年美国食品药品监督管理局首先批准了 EndoCinch 与 Sew-Right 缝合装置在临床应用。我国食品药品监督管理局于 2001 年批准 EndoCinch 在中国的使用。美国 Ndo 公司生产的全层缝合装置于 2003 通过美国 FDA 批准试用。

EndoCinch 缝合治疗法:该方法自 2000 年应用以来,有许多报道该方法近期疗效明显,可改善患者

症状,有效率达 80% 以上,而远期疗效的报道很少;但在实践中发现随着时间的延长,缝结会出现松解或脱落,远期疗效逐渐降低,目前应用的越来越少,BARD 公司也停止生产一代和二代的 EndoCinch 缝合装置。我们 2001 年开展此工作<sup>[3]</sup>,由于发现缝结会出现松解或脱落,远期疗效逐渐降低,后改进应用缝合结合射频处理缝合处黏膜治疗胃食管反流病,结果显示能显著提高远期效果,但需说明仅属于单中心的回顾性研究,有待进一步的研究总结。

该方法的手术指征,不同的术者总结有不同结论,但一般认为病人的选择和术前评估对疗效具有影响,术者的经验和技术水平也是重要的影响因素。我们的经验是首先肯定病人具有病理性的胃食管反流,或典型的反流症状并且药物治疗效果明显;反流主要与食管下括约肌松弛有关,而非胃肠运动障碍引起,内镜下缝合治疗常预示效果良好。

全层缝合法:该技术在理论设计上较为合理,是应用一种称为 plicator 的缝合装置在胃底进行腔内折叠治疗,可将胃壁全层缝合,因此又称为全层缝合法。但几年来关于它的研究及疗效报道很少。Pleskow D 等<sup>[4]</sup>在一项开放性研究中,64 例需要抑酸药物治疗的 GERD 患者接受了一针全层缝合,在治疗后第 12 个月 57 例患者完成随访,其中 70% (40 例) 完全不再需要 PPI 制剂;另外,GERD 健康相关生活质量 (GERD-HRQL) 评分也明显好转,由刚停药时的 19 改善为 7,效果显著。该技术最常见的不良反应是一过性的喉痛 (41%) 及腹痛 (20%),不经处理均自行好转。2006 年美国消化疾病周 (DDW) 会议上一项随机、单盲、前瞻性的多中心研究报道<sup>[5]</sup>,78 例患者进行缝合治疗,另外 81 例进行假手术作为对照。术后 3 个月随访时,GERD-HRQL 评分得到 50% 以上改善,手术组比假手术对照组明显升高 (63% 比 20%,  $P < 0.001$ ),PPI 停用在手术组比假手术组明显高 (57% 比 26%,  $P < 0.001$ ),在 6 个月时中期分析,这种趋势继续存在。该方法的问题依然是长期效果不清楚。

### 三、内镜下注射治疗

作者单位:100853 北京解放军总医院消化科

该方法的原理是在胃食管连接处注射某一种物质,增强抗反流的“屏障”作用,达到治疗目的。曾有应用 Enteryx、 Gatekeeper 进行注射治疗的报道,但研究发现并发症多,疗效不满意,目前已停止使用。

内镜下治疗 GERD 的安全性,以缝合治疗并发症最少,注射治疗并发症最多,射频治疗也有一定并发症。缝合治疗的并发症发生率不到 1%,通过认真做好术前准备和评估,一些严重并发症可以避免。

迄今,内镜下治疗 GERD 均没有明确和一致肯定的适应症,比较一致的意见是 GERD 诊断明确、取得良好的知情同意,内镜治疗作为一种备选的方法。展望未来,随着对 GERD 发病机制的研究不断深入,内镜下微创治疗较外科手术具有创伤小、方便操作等优点,该类技术具有研究开发的前景。

参考文献

1 Corley DA, Katz P, Wo JM, et al. Improvement of gastroesophageal

reflux symptoms after radiofrequency energy: a randomized, sham-controlled trial. Gastroenterology 2003;125:668-676.

2 Triadafilopoulos G, DiBaise JK, Nostrant TT, et al. The Stretta procedure for the treatment of GERD: 6 and 12 month follow-up of the U.S. open label trial. Gastrointest Endosc 2002;55:149-156.

3 杨云生, 令狐恩强, 孙刚, 等. 胃镜下腔内折叠术治疗胃食管反流病. 中华消化内镜杂志 2002;19:265-267.

4 Pleskow D, Rothstein R, Lo S, et al. Endoscopic full-thickness plication for the treatment of GERD: 12-month follow-up for the North American open-label trial. Gastrointest Endosc 2005;61: 643-649.

5 Rothstein RI, Filipi CJ, Caca K, et al. Endoscopic full-thickness plication for GERD: 3mth follow-up and 6 month interim analysis in a randomized, sham-controlled trial. DDW 2006:S15010.

(收稿日期:2008-01-21)

(本文编辑: 巩兰波)

·专家读片·

胃食管反流病内镜诊断标准及图片解读

刘思德 姜泊 周殿元

胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管产生症状或并发症时,称为胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)。目前认为 GERD 包括 (1) 反流性食管炎(reflux esophagitis, RE);有反流症状兼有食管黏膜破损者;(2)非糜烂性食管反流病(negative endoscopy reflux disease, NERD):有反流症状但内镜下未见食管破损者;(3)Barrett 食管(BE):食管黏膜上皮被胃柱状上皮所替代即为 BE,病理证实有肠上皮化生者与食管腺癌关系密切。目前公认消化内镜检查是 RE 的主要诊断及诊断“金标准”。Barrett 食管的诊断有赖于内镜与病理的结合,目前对 Barrett 食管的定义尚存在争议,除经典的长段 Barrett 食管外,其它各型 Barrett 的内镜诊断一致性存在极大差异。

一、RE 的内镜诊断标准

1. 洛杉矶标准(Los Angeles, LA)及图片解读

1994 年在美国洛杉矶召开的世界胃肠病大会对 RE 的内镜分类进行了深入的讨论,最后将其分为 A、B、C、D 四级。A 级:黏膜皱襞表面黏膜破损,但破损直径 < 5 mm;B 级:黏膜皱襞表面黏膜破损直径 > 5 mm,但破损间无融合;C 级:黏

膜破损相互融合,但尚未环绕食管壁四周;D 级:黏膜破损相互融合并累及至少食管四壁 75%。另附加描述有无食管狭窄、食管溃疡及 Barrett 食管。LA 标准见表 1。LA 分类是目前国际上最为广泛应用的方案。不同于已往的依据内镜下糜烂、溃疡的病理组织学表现,而是引入黏膜破损(mucosal break)概念,将之定义为“与周围正常表现的黏膜有明显区别的白苔或发红的区域”并依其扩展程度划分为 A~D 级 4 个阶段(图 1)。LA 方案将黏膜所见统一采用黏膜破损一词且依其扩延范围进行分类,故而易于掌握病变程度,现已广泛用来判定疗效。

表 1 RE 内镜诊断的洛杉矶标准(Los Angeles, LA)

分级	内镜特征
A 级	纵行破损 < 5 mm
B 级	纵行破损 > 5 mm
C 级	破损有融合 < 70%
D 级	破损有融合或全周性

2. 中国消化内镜学会标准(1998 烟台,表 2)

1998 年 8 月,中华医学会内镜学会在烟台召开会议,制定了我国 RE 内镜分级标准,共分 0~III 级,其中 0 级为正

作者单位:510515 南方医科大学南方医院消化科