

- 11 Kelly KA, Jones DA. Isolation of a colon tumor specific binding peptide using phage display selection. *Neoplasia* 2003;5:437-444.
- 12 Brekke OH, Løset GA. New technologies in therapeutic antibody development. *Curr Opin Pharmacol* 2003;3:544-550.
- 13 Topping KP, Hough VC, Monson JR, et al. Isolation of human colorectal tumour reactive antibodies using phage display technology. *Int J Oncol* 2000;16:187-195.
- 14 Paus E, Almåsbak H, Børmer OP, et al. A single-chain-Fv-based immunofluorometric assay specific for the CEA variant NCA-2. *J Immunol Methods* 2003;283:125-139.

(收稿日期:2007-11-06)

(本文编辑:刘思德)

·短篇报道·

氩离子凝固术治疗 Barrett 食管 36 例

梁冬生

Barrett食管(BE)是指内镜下发现并被病理组织学证实胃食管连接处(GEJ)以上出现的鳞状上皮被伴肠化生(即含杯状细胞)的柱状上皮所替代的现象^[1]。BE是胃食管反流病的常见并发症之一,欧美报告反流性食管炎中BE检出率为10%~15%,国内报道BE的检出率为2.21%^[2]。BE治疗的目的在于消除和逆转BE的肠化,在国内,内镜下黏膜切除术、激光治疗、光动力治疗、射频治疗、氩离子凝固治疗(APC)等均有报道,但病例数尚少。我院于2005年9月至2007年9月对36例确诊为BE患者行APC治疗,效果满意,现报告如下。

一、资料及方法

1. BE的定义及分型

镜检下发现GEJ以上的异常黏膜组织取活检后病理发现含有特殊肠化生的柱状上皮存在。若SGJ(鳞-柱细胞连接处)与GEJ间距 ≥ 3 cm为长段BE,若 < 3 cm为短段BE。依肠化黏膜的镜下形态分为环型、舌型及岛型。

2. 组织活检

诊断及复查均采用靶向活检法^[3]。即先于疑为BE病变的食管下段予0.5%亚甲蓝喷洒染色,亚甲蓝能使肠化上皮蓝染而鳞状上皮及胃黏膜不着色,依据着色区域大小取活检3~6块,病理发现含有杯状细胞之特殊肠化生的柱状上皮者,定为BE,治疗后复查时无着色区者,可于治疗前内镜所描述BE区域,岛状及舌状者每隔1cm取检1块,环状者行四相限取检。

3. 病例资料

依上述标准共选取病例36例,年龄32~69岁,其中,男29例,女7例,长段BE15例,短段BE21例,岛型16例,舌型17例,环型3例。治疗前分别有上腹痛、反酸、烧心、吞咽不适等症状。

4. 治疗方法

检查及治疗胃镜均使用OlympusCF-Q260AI型,氩气高频电刀为山东玉华公司AG9800型,术前准备同普通胃镜常规检查。进镜至食管下段后用清水冲洗并吸干视野,设置氩气流量为2L/min,功率50W,经内镜钳道插入APC治疗探头,探头伸出镜外1cm以上,以防损伤内镜CCD,在病灶上方0.3~0.5cm处以每次1~3s的时间施予APC至病灶凝固成焦黄或焦黑色,凝固范围应覆盖病灶边缘1cm以外。

术后处理及随访:术后2日冷流质饮食,口服洛赛克20mg, bid, 4周后复查胃镜并于前次胃镜所示病灶处取活检送病理,此后分别于第3、6、12个月复查并取活检,若病理检查发现复发即再行APC治疗。

二、结果

1. 疗效

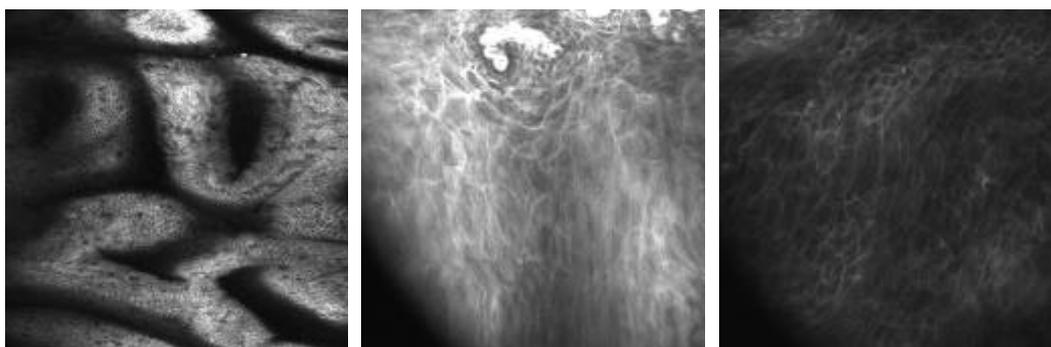
共治疗36例,其中28例治疗1次,5例治疗2次,3例治疗3次后BE消除,临床症状消失。16例已完成4次复查,11例已完成3次复查,6例完成2次复查,3例完成1次复查后仍有BE未继续治疗失访,为舌状BE。3例经第2次复查仍有BE而再行APC治疗,再经2次复查未见复发,均为环型BE。总有效率为91.6%。

2. 不良反应

不良反应轻微,10例出现胸骨后痛,经口服洛赛克2~7天后消失。

三、讨论

对BE是否需干预治疗意见不一,基于BE属癌前病变,我们认为有效地干预治疗对预防食管下段腺癌的发生实属必要。BE的治疗目的为消除肠化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^[4]。APC为一种非接触性凝固治疗方法,高频电能通过电离的氩离子流传送到病灶组织表面使其形成一定深度(2~3mm)的热凝固变性,又由于氩



左图为正常的食管鳞状上皮，中图为NERD患者的食管鳞状上皮，右图为Barrett食管的鳞状上皮。(图片由山东大学齐鲁医院李延青教授提供)

图3 共聚焦激光内镜图像

长度, M (maximal proximal extent of the metaplastic segment) 代表化生黏膜最大长度。如: C3-M5 表示食管圆周段柱状上皮为 3 cm, 非圆周段或舌状延伸段在 GEJ 上方 5 cm; C0-M3 表示无全周段上皮化生, 舌状伸展为 GEJ 上方 3 cm。此种分级对 > 1 cm 化生黏膜有较高敏感性, 而对 < 1 cm 者则敏感性较差。

三、共聚焦激光显微内镜对 NERD 及 Barrett 食管的诊断

有研究发现共聚焦激光显微内镜对 NERD 及 Barrett 食管的诊断极有帮助(见图 3), 共聚焦激光显微内镜对正常食管鳞状上皮和乳头等结构具有很高的解析度, 并可以明确区分鳞状上皮、柱状上皮及肠化的柱状上皮。共聚焦内镜可以发现常规内镜检查不能发现的 NERD 黏膜病变, 研究显示部分 NERD 患者的食管鳞状上皮存在细胞间隙增宽及上皮排列欠规则。而 Barrett 食管化生柱状上皮形态呈绒毛状, 与贲门或胃柱状上皮不同, 其特征性的杯状细胞也很容易识别。根据这些特征, Barrett 食管在共聚焦内镜检查过程中即可被确诊。

参考文献

- 1 中华医学会消化内镜学会, 中华消化内镜杂志编辑部. 反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行). 中华消化内镜杂志 2000;17:60.
- 2 林三仁, 许国铭, 胡品津, 等. 中国胃食管反流病共识意见. 胃肠病

- 学 2007;12:233-239.
- 3 于中麟, 孟凡冬. 胃食管反流病与 Barrett 食管的内镜诊断进展. 武警医学 2007;18:485-488.
- 4 房殿春, 许国铭, 赵晶京. Barrett 食管诊治共识(草案, 2005, 重庆). 中华消化杂志 2006;26:138-139.
- 5 房殿春. 2006 年三亚胃食管反流病共识. 消化快讯 2006;(5):6.
- 6 Sharma P, McQuaid K, Dent J, et al. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus: the AGA Chicago Workshop. Gastroenterology 2004;127:310-330.
- 7 许国铭. 胃食管反流病的研究回顾与世纪展望. 第二军医大学学报 2001;22:201-203.
- 8 李兆申. 中国胃食管反流病研究现状. 解放军医学杂志 2000;25:313-315.
- 9 欧阳钦. 胃食管反流病的诊断. 中国实验诊断学 1998;2:187-188.
- 10 柯美云. 胃食管反流病:从病理生理到诊断和治疗对策. 华人消化杂志 1998;6(特刊 7):82-83.
- 11 潘国宗. 要重视胃食管反流病的诊断和治疗. 中华消化杂志 1999;19:1.
- 12 张亚历. 胃食管反流病的诊治进展. 广东医学 2002;23:901-903.
- 13 李延青, 刘红. 共聚焦激光显微内镜在消化道疾病中的应用. 临床消化病杂志 2007;19:72-74.

(收稿日期:2008-03-05)

(本文编辑:智发朝)

(上接第 5 页)

离子流的发散性使其能轴向及侧向传导, 因此作用范围较广泛, 又不造成被治疗组织的粘连, 无论作用的深度及广度, 均适合 BE 的病理及形态特点, 因此可操控性强。APC 治疗 BE 国内外已有成功的报道^[4], 我院应用此法结合口服 PPI 治疗 BE 36 例, 有效率达 91.6%, 不良反应轻微, 随访期内(3 ~ 15 个月)未见复发, 更长期疗效有待观察。

准确的组织活检取材对确诊 BE 及治疗后复查意义重大, 对 BE 的诊断性活检一般要求采用所谓国际标准的四相限活检法, 即沿病变整个长轴每隔 1 ~ 2 cm 环周取检 4 块, 但按此标准所取活检块数太多, 而食管下段血管丰富, 实际操作难以达到, 考虑到活检的目的是发现肠化上皮, 故我们采用靶向活检法, 用亚甲蓝将肠化上皮蓝染后再目标活检, 取活检块数少, 阳性率高, 安全简便, 符合临床实际。

参考文献

- 1 Shaheen N, Ransohoff DF. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer: clinical applications. JAMA 2002; 287: 1982-1986.
- 2 于中麟. Barrett 食管内镜诊断进展. 中华消化内镜杂志 20004; 21:429-431.
- 3 张亚历. Barrett 食管内镜活检诊断方法. 中华消化内镜杂志 20006;23:69-71.
- 4 薛寒冰, 戈之铮, 陈晓宇, 等. 内镜下氩离子凝固术治疗 Barrett 食管. 中华消化内镜杂志 20006;23:3-5.

(收稿日期:2007-12-28)

(本文编辑:智发朝)