

射频联合中药复方制剂胃复春治 Barrett 食管 23 例

★ 盛建文 范惠珍 高小红 谢萍 (江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词:射频疗法;胃复春;Barrett 食管

中图分类号:R 257.1 文献标识码:B

Barrett 食管 (BE) 指食管正常复层鳞状上皮被柱状上皮所替代,是胃食管反流病的常见并发症之一,临床表现为反酸、烧心、胸骨后疼痛等胃食管反流症状。笔者自 2007 年 1 月~2008 年 10 月采用射频联合中药复方制剂胃复春治疗 BE 23 例,并传统的抑酸加抗反流治疗进行对照,疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2007 年 1 月~2008 年 10 月经胃镜检查 and 病理确诊的 BE 病人 46 例,随机分为治疗组和对照组各 23 例。治疗组:男 14 例,女 9 例;年龄 42~67 岁,平均 (52.5 ± 4.2) 岁。对照组:男 13 例,女 10 例;年龄 40~72 岁,平均 (55.8 ± 6.9) 岁。两组性别、年龄相比差异无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 BE 的诊断 临床表现均有不同程度的反酸、胸骨后疼痛、烧灼感等反流性食管炎症状。内镜下诊断根据 1998 年美国胃肠病学会提出的 Barret 食管的诊断标准^[1]:胃镜下见到橘红色的胃粘膜与粉红色的食管粘膜交界处 (SCJ) 的 Z 线上移到胃食管交界 (GEJ) 上方,如受累长度 < 3 cm,称为短段 Barret 食管;如受累长度 ≥ 3 cm,称为长段 Barret 食管。为了增加其敏感性,组织活检前局部喷洒卢戈氏液。活检病理表现为柱状上皮、肠上皮化生、伴或不伴有异型增生,并可见杯状细胞。同时除外有食管静脉曲张、食管狭窄、食管裂孔疝、食管肿瘤、食管溃疡等。

1.3 治疗方法 治疗组 23 例常规完善血常规、PT、肝功能、心电图检查,然后在内镜下行射频治疗:将射频治疗仪的弥散电极板与患者的左下肢皮肤紧密接触后,常规胃镜检查法将胃镜插入食管,再

行卢戈氏液染色以定位,记录 BE 病灶的大小、形状 (如环形、舌形、岛屿状),将射频球形电极从胃镜活检孔插入,选择功率 20~25 w,时间 3~5 秒,来回移动电极,直至 BE 病灶呈灰白色。术后口服雷贝拉唑钠肠溶胶囊 10 mg,每天 1 次;吗丁啉 10 mg,每天 3 次;胃复春片 4 片,每天 3 次,疗程 6 个月。对照组 23 例口服雷贝拉唑钠肠溶胶囊 10 mg,每天 1 次;吗丁啉 10 mg,每天 3 次;疗程 6 个月。

1.4 术后处理 禁食 6~8 小时,后改进流质 2~3 天,再逐渐过渡至正常饮食;嘱患者注意休息,观察有无疼痛、出血、恶心、呕吐、发热等不良反应。

1.5 疗效评估

1.5.1 临床疗效评估 临床症状缓解率评定标准 临床症状缓解率评定主要依据患者症状改善情况,以烧心、胸痛为主,按轻重不同分为 4 度:0 度 (无症状);1 度 (轻度,症状不很明显);2 度 (中度,症状稍重但不影响工作);3 度 (重度,症状严重,难以坚持工作)。下降 2 度或降为 0 度为显效,下降 1 度为有效,无减轻或加重为无效。显效率加有效率为临床症状缓解总有效率。

1.5.2 病理疗效评估 于治疗 3 个月时及疗程结束时由同一医师进行内镜检查,检查时常规行卢戈氏液染色,分别记录测量病灶大小、数量,并取 2~3 块组织行病理检查。显效:病灶消失,活检病理为鳞状上皮;有效:病灶缩小 1/2 以上,或数量减少,病理为柱状上皮或鳞状混杂上皮,或肠化、异型增生消失;无效:病灶缩小不足 1/2,或数量不变,病理无改变。

1.6 统计学处理

采用 SPSS10.0 统计软件,计数资料卡方检验。

2 结果

见表1、2。

表1 临床症状疗效比较

例

组别	治疗3个月			治疗6个月		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效
治疗组	7	14	2	13	9	1
对照组	5	13	5	9	12	2

注:两组治疗3个月及6个月,临床症状疗效比较, $P>0.05$,疗效均无明显差异。

表2 病理疗效比较

例

组别	治疗3个月			治疗6个月		
	显效	有效	无效	显效	有效	无效
治疗组	5	11	7	9	10	4
对照组	0	4	19	1	4	18

注:两组比较, $P<0.05$,表明治疗3个月及治疗6个月时,治疗组病理学疗效均显著优于对照组。

不良反应:8例于射频治疗后出现烧灼样疼痛,5例出现吞咽疼痛,2例出现低热,均于射频治疗结束后5~7天消失,无出血、穿孔并发症。

3 讨论

目前认为 Barrett 食管是发生食管腺癌的最主要因素。Barrett 食管患者发生食管腺癌的危险性是正常人群的30~125倍。因而 Barrett 食管被看做是一种癌前病变。Barrett 食管演变为腺癌的发病机制已经成为目前研究的焦点。传统的 BE 的治疗方法主要包括药物治疗和手术治疗,药物治疗主要包括抑酸剂和促动力药,但药物治疗仅能改善胃食管反流症状,很少能使 BE 消失而复原到正常鳞状上皮,达到所谓病理学意义上的疗效。而手术治疗风险大、并发症多,很少病人能接受。近年来,内镜下治疗联合抑酸剂在治疗 BE 方面取得了很大的进展,如热探头、多极电凝术、激光、氩离子凝固术、光动力学治疗等,据报道可取得良好疗效,且具有并发症少、组织损伤小等优点,但是操作相对复杂,费用相对较高,影响了临床推广。为此,我们选择将射频治疗技术应用于 BE 的治疗,该方法操作简单,价格较低,已广泛应用于临床各科治疗。

近年的研究显示,由于 BE 形成的前提是食管

粘膜损伤伴随异常的上皮修复,食管酸暴露是粘膜损伤最常见的原因,异常的上皮修复并非胃柱状上皮的简单移行,而是上皮化生的结果,认为食管干细胞是有不同的分化能力,在正常低酸环境下分化为鳞状上皮,而在酸性反流致粘膜损伤的情况下可转化为具有 BE 特征性的肠上皮化生,故提出 BE 上皮的消退需要化生上皮的再损伤伴随无酸环境中上皮细胞愈合的理论^[3]。因此,传统的抑酸治疗在 BE 的治疗中仍具有重要意义。治疗组联合使用中药复方制剂“胃复春”片口服,该药具有健脾益气、活血解毒、行气除痞之功效,其主要成分为香茶菜、枳壳。香茶菜,具有行气活血,清热解毒作用,能改善粘膜病变部位血液循环状态,消除炎症,促进粘膜再生;而枳壳功能理气化痰、消积除痞,加强活血散瘀。胃复春片常用于治疗萎缩性胃炎,但其活血解毒,促进粘膜再生,抑制不典型增生及肠化之功能在治疗 BE 时同样有效。

本研究显示单用抑酸加抗反流治疗 BE,控制症状疗效好,但逆转 BE 上皮柱状化生效果差。而在抑酸加抗反流的同时,联合射频及中成药胃复春治疗 BE,虽有因射频治疗引起的短暂的吞咽疼痛、上腹痛等不适,但逆转 BE 上皮化生疗效好,见效快。治疗组23例病人无一例出现出血、穿孔等并发症。射频与中药复方制剂“胃复春”可以促进粘膜再生,抑制上皮化生,减少复发。二者联合,辅以传统的抑酸、抗反流方法,能更好地提高临床治疗 BE 的疗效,值得进一步推广。

参考文献

- [1] 林三仁,许国铭,胡品津,等.中国胃食管反流病共识意见[J].胃肠病学,2007,12:233-239.
- [2] 于中麟. Barrett 食管内镜诊治进展[J].中华消化内镜杂志,2004,21(6):429-431.
- [3] Sampliner RE, Hixson I, J, Fennerty MB, et al. Regression of Barrett's esophagus by laser ablations in an acidity environment[J]. Dig Dis Sci, 1993, 38:365-368.

(收稿日期:2008-12-08 责任编辑:曹征)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于1951年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21世纪,《江西中医药》迎来了更大的发展机遇,2002年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004年评为全国高校优秀期刊。2003年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着“面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用”的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISSN 0411-9584, CN 36-1095/R)为月刊,国内外公开发行。国内邮发代号为44-5,国外代号为BM1012。每期定价:4.80元。