

## · 共识与指南 ·

## Barrett 食管诊治共识(修订版, 2011年6月, 重庆)

中华医学会消化病学分会

为规范我国 Barrett 食管(BE)的诊断和治疗,中华医学会消化病学分会于 2011 年 6 月 4 日在重庆召开了全国第二届 BE 专题学术研讨会,就 BE 的有关问题进行了广泛的讨论,并达成以下共识。

## 一、定义

BE 是指食管下段复层鳞状上皮被化生的单层柱状上皮替代的一种病理现象,可伴有或不伴有肠上皮化生。其中伴肠上皮化生者属于食管腺癌的癌前病变。至于不伴有肠化生者是否属于癌前病变,目前仍有争议。

## 二、临床表现

BE 主要表现为胃食管反流病(GERD)的症状,如烧心、反酸、胸骨后疼痛和吞咽困难等。但近年来流行病学资料发现,有接近 40% 的患者并无 GERD 症状。目前认为, BE 的主要临床意义是其与食管腺癌的关系,对于普通人群和单纯 GERD 患者,并不建议常规筛查 BE,但对那些有其他多个危险因素的患者[年龄 50 岁以上;长期反流性食管炎;膈疝;肥胖(特别是腹部肥胖者)]应该筛查 BE。

## 三、诊断

本病的诊断主要根据内镜检查和食管黏膜活检。当内镜检查发现食管下段有柱状上皮化生表现时称为“内镜下可疑 BE”,经病理学检查证实有柱状细胞存在时即可诊断为 BE,发现有肠上皮化生存在时更支持 BE 的诊断。

## (一) 内镜诊断

1. 内镜检查标志:食管远端灰红色鳞状上皮在胃食管连接处移行为桔红色柱状上皮,在鳞-柱状上皮交界处构成齿状 Z 线,即为鳞-柱状上皮交界处(SCJ)。胃食管结合处(GEJ)为管状食管与

囊状胃的交界,其内镜下定位的标志为食管下端纵行栅栏样血管末梢或最小充气状态下胃黏膜皱襞的近侧缘。明确区分 SCJ 及 GEJ 对于识别 BE 十分重要。正常情况下 SCJ(Z 线)与 GEJ 应位于同一部位,Z 线下方为胃贲门部黏膜,Z 线上方为鳞状上皮。因反流性食管炎黏膜在外观上可与 BE 混淆,所以确诊 BE 需要病理活检证实。

2. 内镜下表现:发生 BE 时 Z 线上移,表现为 GEJ 的近端出现橘红色伴或不伴有栅栏样血管表现的柱状上皮,即 SCJ 与 GEJ 分离。近年色素内镜、放大内镜、窄带光谱成像内镜(NBI)、激光共聚焦内镜已应用于 BE 的诊断,这些技术能清晰显示黏膜的微细结构,有助于定位,并能指导活检。

3. 内镜下分型:①按化生的柱状上皮长度分为长段 BE(化生的柱状上皮累及食管全周且长度 $\geq 3$  cm)和短段 BE(化生的柱状上皮未累及食管全周或虽累及全周但长度 $< 3$  cm)。②按内镜下形态分为全周型、舌型和岛状。③布拉格 C&M 分类法。C 代表全周型化生黏膜的长度,M 代表化生黏膜最大长度。如:C3-M5 表示食管圆周段柱状上皮长 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,舌状伸展在 GEJ 上方 3 cm。此分级对 $\geq 1$  cm 的化生黏膜有较高敏感性;而对 $< 1$  cm 者则敏感性较差。

## (二) 病理学诊断

1. 活检取材:推荐使用四象限活检法,即常规从 GEJ 开始向上以 2 cm 的间隔分别在 4 个象限取活检,每个间隔取 8 块以上的黏膜组织能有效提高肠上皮化生的检出率。对疑有 BE 癌变者应每隔 1 cm 进行 4 象限活检,提倡应用新型内镜技术进行靶向活检。

2. 食管下段化生的柱状上皮的组织学分型:分为 3 型。①胃底型:与胃底上皮相似,可见主细胞和壁细胞,但 BE 上皮萎缩较明显,腺体较少且短小。此型多分布在 BE 的远端近贲门处。②贲

门型:与贲门上皮相似,有胃小凹和黏液腺,但无主细胞和壁细胞。③ 肠上皮化生型:表面有微绒毛和隐窝,杯状细胞是其特征性细胞。AB(pH=2.5)或硫酸黏液组化染色、Cdx2 和黏蛋白的免疫组织化学染色有助于识别杯状细胞。

3. BE 伴异型增生:分为轻度和重度。① 轻度异型增生:结构正常,细胞核增大浓染,但胞核不超过细胞大小的 1/2,可见有丝分裂象。杯状细胞和柱状细胞的黏蛋白减少,并可见萎缩的杯状细胞。② 重度异型增生:结构发生改变,可有分支出芽,呈绒毛状伸向黏膜表面。细胞核浓染并超过细胞大小的 1/2。可不规则分层,有丝分裂多见,杯状细胞和柱状细胞通常缺失,黏液产生缺失或减少,这种异常可延伸至黏膜表面。

#### 四、治疗

治疗原则是控制胃食管反流,消除症状,预防和/或治疗并发症(包括异型增生和癌变)。

1. 药物治疗:抑酸剂是治疗反流症状的主要药物,在抑酸药物中,质子泵抑制剂优于 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂,但目前尚无确凿证据表明质子泵抑制剂能逆转柱状上皮化生或预防腺癌的发生,使用质子泵抑制剂时按照胃食管反流病常规剂量、足疗程应用。质子泵抑制剂效果不佳的原因多为用药剂量不当或用药方法不当。有些患者可合用质子泵抑制剂和 H<sub>2</sub> 受体拮抗剂。促动力药、黏膜保护剂、镇痛药、平滑肌瞬时松弛抑制剂等对控制症状和治疗反流性食管炎亦有一定疗效。

2. 内镜治疗:适用于伴有重度异型增生和癌变局限于黏膜层的 BE 患者。目前常采用的内镜治疗方法有氩等离子凝固术、高频电治疗、激光治疗、射频消融、光动力治疗、内镜下黏膜切除术和

冷冻消融等。对不伴异型增生的 BE,因其癌变可能小,不提倡内镜治疗。伴有轻度异型增生的 BE 癌变可能亦较小,可先行内镜随访,若进展为重度异型增生,应行内镜治疗。

3. 手术治疗:对已证实有癌变的 BE 患者,原则上应手术治疗。

循证医学证据表明,对伴有重度异型增生的 BE 和限于黏膜层的早期癌患者,内镜治疗和手术治疗能达到同样的效果,如何选择治疗方法应根据患者本人意见及医师的经验。

4. 抗反流手术:包括外科手术和内镜下抗反流手术。虽然能在一定程度上改善 BE 患者的反流症状,但不影响其自然病程,远期疗效有待证实。

#### 五、监测与随访

鉴于 BE 有发展为食管腺癌的危险性,因此应对 BE 患者定期随访,目的是早期发现异型增生和早期癌。内镜检查的间隔时间应根据异型增生的程度而定。对不伴异型增生者应每 2 年复查 1 次,如果 2 次复查后未检出异型增生和早期癌,可将复查间隔放宽为 3 年。对伴轻度异型增生者,第 1 年应每 6 个月内镜复查 1 次,若异型增生无进展,可每年复查 1 次。对重度异型增生的 BE,有两个选择:① 建议内镜或手术治疗;② 密切监测随访,每 3 个月复查内镜 1 次,直至检出黏膜内癌。

(执笔 房殿春 林三仁 于中麟 袁耀宗 陈昱湖 张军 白文元 黄勤 陈晓欣 李廷青 周丽雅 柯美云 方秀才 蓝宇)

(收稿日期:2011-07-12)

(本文编辑:杨学文)

## · 读者 · 作者 · 编者 ·

### 医学论文中有关实验动物描述的要求

在医学论文的描述中,凡涉及实验动物者,在描述中应符合以下要求:① 品种、品系描述清楚;② 强调来源;③ 遗传背景;④ 微生物学质量;⑤ 明确体重;⑥ 明确等级;⑦ 明确饲养环境和实验环境;⑧ 明确性别;⑨ 有无质量合格证;⑩ 对饲养的描述(如饲料类型、营养水平、照明方式、温度、湿度要求);⑪ 所有动物数量准确;⑫ 详细描述动物的健康状况;⑬ 对动物实验的处理方式有单独清楚的交代;⑭ 全部有对照,部分可采用双因素方差分析。

# Barrett食管诊治共识（修订版，2011年6月，重庆）

作者: [中华医学会消化病学分会](#)  
作者单位:  
刊名: [中华消化杂志](#) ISTIC PKU  
英文刊名: [Chinese Journal of Digestion](#)  
年, 卷(期): 2011, 31(8)

本文链接: [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_zhzhzz201108012.aspx](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhzhzz201108012.aspx)