维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 3

贲门癌围手术期十二指肠胃食管反流的研究

史念珂，马跃美，邢敬龙，马晓娟，陈爱霞 （天津医科大学外科手术学教研室，天津 300070）

［摘 要］ **目的** 探讨围手术期贲门癌与十二指肠胃食管反流的关系及作用。**方法对** 22例贲门癌患者进行了围手术期胃食管24 h监测pH值和十二指肠胃反流积分的测定。**结果** 贲门癌患者手术前后各项监测指标均高于正常，十二指肠胃反流积分亦增高，术后监测指标明显高于术前。**结论** 贲门癌患者手术前后存在病理性十二指肠胃食管反流，其反流液不是单纯的酸性胃液，还含有十二指肠胃反流的碱性液体，对胃食管粘膜有更强的破坏力。

［关键词］贲门癌；十二指肠胃食管反流；胃食管24 h监测pH
［中图分类号］R735.2；R656.64 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2007)03-0164-03

A study on duodenum gastroesophageal reflux in cardiac cancer peri-operation

SHI Nian-ke, MA Yue-mei, XING Jin-long, MA Xiao-juan, CHEN Ai-xia (Department of Operative Surgery, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China)

Abstract: objective To explore the duodenogastroesophageal reflux (DGER) of the cardiac cancer patients both peri-operatively. **Methods** Twenty two patients with cardiac cancer were 24-hour gastroesophageal pH monitored and measured index of duodenogastric reflux before and post cardiectomy. **Results** It was higher than normal that researching parameter both pre and post operatiion. The index of duodenogastric reflux was increased also. The monitor parameters of post cardiectomy were obviously higher than pre-operation. **Conclusion** Cardiac cancer patients have the pathological DGER both pre and post operatively. The reflux solution is not only gastric acid but also has an alkaline solution from duodenum. It is harmful to gastroesophageal mucosa.

Keywords: cardiac cancer; duodenum gastroesophageal reflux; 24-hour gastroesophageal pH monitor

食管癌、贲门癌切除术后胃食管反流（gastro-esophagealre-flux，GER）是影响病人生活质量的主要并发症。临床上不出现反流症状的反流为隐匿性反流；出现症状的反流为症状性反流；经内镜活检显示粘膜病理改变，为病理性反流，通称反流性食管炎[1]。食管24 h监测pH被认为是胃食管返流病一项最重要、最敏感的诊断措施。为了研究围手术期贲门癌与十二指肠胃食管反流的关系及作用，本文将22例贲门癌住院患者进行了手术前后胃食管双探极24 h监测pH值和十二指肠胃反流积分观察，并对其结果进行分析研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组贲门癌患者22例，其中男18例，女4例，年龄32～74岁，平均61岁。均经X线和胃镜检查定位，组织学检查后病理诊断为腺癌。手术切除胃底，大部分胃体及包括距肿瘤5 cm以上的食管；切除食管两侧迷走神经主干；残胃提入胸腔套叠食管残端约3 cm吻合；修复膈食管裂孔。术后2周基本恢复正常饮食，无并发症发生。

1.2 检测方法

使用瑞典CDT公司Digitrapper MKⅢ型胃肠动态pH监测仪进行24 h监测，监测时间定于患者住院后未进行任何药物治疗前（若住院前已使用药物则停药3 d）进行术前初测，术后第14天患者基本恢复正常饮食时进行复查。术前胃内探极设置于食管下括约肌（LES）下5 cm为第1极点（N0.1），食管内探极设置于LES上5 cm为第2极点（N0.2）；术后探极位置是：N0.1位于胃食管吻合口下5 cm，N0.2位于其吻合口上5 cm。按照DeMeester评分标准计算十二指肠胃反流积分。

2 结果

本组22例贲门癌患者手术前后各监测值均高于正常人群值[1]（$P<0.01$），证实存在病理性胃食管反流。术后监测值与术前比较，各值均明显增高（$P<0.01$）。胃内探极监测结果按照DeMeester评分标准计算十二指肠胃反流积分[2]，术前积分（4.36±0.65），术后积分（5.42±1.21），均高于正常值2.2（$P<0.01$），提示胃液中含有十二指肠碱性反流成分。手术前、后该积分比较无差异（$P>0.05$），见表1。

［作者简介］史念珂（1955－），男，辽宁省锦州市人，副教授、副主任医师，医学硕士，主要从事临床心胸外科及方面的研究。电话：（022）23542573

［收稿日期］2007-01-10 ［修回日期］2007-03-16

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 贲门癌患者手术前后24 h pH值与正常人比较($\bar{x}\pm s$)

监测指标	正常人	贲门癌患者	
		术前	术后
pH<4时间比值			
总值(0/0)	1.25±1.05	3.39±1.50*	23.43±7.37*#
立位(0/0)	1.52±1.35	4.51±2.30*	15.93±4.70*#
卧位(0/0)	0.98±1.58	2.77±1.65*	24.83±9.48*#
>5 min返流次数	0.50±0.18	2.30±0.94*	9.90±3.68*#
最长返流时间(min)	5.40±5.96	15.10±6.03*	95.40±36.22*#

*:与正常人组比较,$P<0.01$;#:与手术前比较,$P>0.05$

3 讨论

胃食管返流病(GERD)是一种常见病,除症状给患者不适外,还伴有多种并发症,特别是Barrett食管导致胃腺癌更令人重视,故对该病的研究逐年增多。食管24 h监测pH被认为是胃食管返流病一项最重要、最敏感的诊断措施。本文以此为基础,对贲门癌患者实施围手术期胃食管双探极24 h监测pH值,欲了解胃食管返流与贲门癌的关系。本研究结果表明,贲门癌存在病理性十二指肠胃食管返流。贲门癌患者术前各监测值均高于正常值,十二指肠胃返流积分增高,提示该病患者术前存在病理性十二指肠胃食管返流,分析原因:①肿瘤生长贲门胃底区,症状出现较食管癌晚,发现时肿瘤常较大,肿瘤生长过程中逐渐破坏了贲门正常的解剖结构,同时并未完全梗阻消化道,致使贲门区组织弹性降低,贲门与食管交界部高压区变化,构成了胃食管返流的解剖原因;②肿瘤累及近端胃部分(胃底和部分胃体)[3],该部分胃组织通过协调的张力性收缩完成胃的容纳、储存功能和控制液体排空。破坏了该区的胃组织,影响了胃的容纳和排空功能,构成了胃食管返流的生理因素;③肿瘤造成胃底、胃体生理蠕动减弱或消失[4-5],移动性运动复合波(MMC)运动无规律,幽门协调性舒张异常,为返流病提供了物质基础和压力环境;④胃粘膜病变、排空障碍以及胃幽门区异常充盈刺激,导致胃泌素释放反应强烈,胃泌素分泌的增高可进一步抑制MMC[5],加重胃排空障碍,因此加重胃食管返流;胃泌素[6-7]通过其受体介导细胞内信号传导,并参与细胞遗传信号的改变,促进细胞增值,抑制细胞凋亡,影响细胞骨架,增强胃癌细胞的运动迁移能力,对肿瘤的发生、浸润和转移起促进作用;⑤肿瘤破坏了贲门、胃体和幽门的协调性,幽门舒缩异常,导致十二指肠胃食管返流。含胆酸成份的胃液返流对胃食管粘膜具有较单纯胃酸更强的破坏力,更容易造成或加重胃、食管粘膜病变,甚至腺癌变[8];⑥Barrett食管恶化前早期可出现基因畸变,某些酶类亦可出现应答变化[9]。因此推测,贲门癌部分致病源可能来源于胃食管返流病。

本研究表明术后监测指标全部高于正常值,十二指肠胃返流指数亦增高,与术前监测指数比较,各指标均高于术前值。说明贲门癌切除术可加重十二指肠胃食管返流变化。考虑原因为:①手术切除贲门结构,食管与胃体直接连接,虽然术中修复了膈食管裂孔,贲门整体结构仍无法恢复。所以,胃食管返流的加重是可以理解的;②手术切除胃近端大部分,减少了胃酸分泌区,同时切断了双侧迷走神经主干,破坏了神经胃肠病学的平衡作用,导致胃肠道的高敏感性和动力异常,使胃泌素等激素分泌紊乱,改变了胃液成分比例和胃肠动力,增加了返流病的严重性[10];③残胃提入胸腔与食管吻合,吻合口周围负压环境可加重胃食管返流;④手术将远端胃与食管吻合,幽门因胃体牵拉移位出现形变,导致十二指肠胃食管返流;⑤贲门切除术后贲门、胃体及幽门的协调性发生变化,胃相Ⅲ恢复延迟,胃排空障碍,幽门舒张紊乱,亦是产生或加重十二指肠胃食管返流因素[11]。

贲门癌患者存在病理性十二指肠胃食管返流,该返流与其病变和手术有直接关系,即抗返流解剖结构完整性被破坏,胃酸分泌区域减小,内分泌酶类变化,胃动力减弱,幽门舒张紊乱。造成十二指肠液返流入胃并侵及食管。返流病与癌变互为因果,加重病情恶化,影响患者生活质量。所以对贲门癌的诊断和治疗过程中应重视返流病的存在和治疗。本文研究表明贲门癌所存在的返流内容为低酸性(即高pH值)液,故治疗中强调慎用抑酸药物,提倡胃肠动力药物治疗。持续PPI(质子泵抑制剂)治疗后十二指肠液返流使用巴氯酚治疗有效支持本文观点。同时建议贲门癌切除术中重视抗返流术式的设计和使用,以期提高对贲门癌的治疗水平和生活质量。饮食上要少吃多餐,细嚼慢咽,软食为主,富于营养,避免刺激性食物和过酸甜食品。餐后保持直立位,睡前不宜进食。由于胃食管反流与体位的关系最为密切,尤其在夜间的胃食管反流对食管的损害程度最大,因此,采取半卧位则显著减少或防止胃食管反流,因为重力的作用加快食管对酸的清除,从而降低反流发生的程度及持续的时间[12]。提倡患者应用抗反流药物治疗的同时,更强调患者采用半卧位。

[参考文献]

[1] 李国仁,戴建华.食管癌贲门癌切除术后胃食管反流研究的国内文献荟萃[J].中华胸心血管外科杂志,2006,22(2):143-144.

[2] 张瑞星,姚树坤,张艳丽,等.近段胃动力指标与功能性消化不良症

维普资讯 http://www.cqvip.com

状的关系[J].中华消化内镜杂志,2004,21(2):110-113.
[3] 孙强中,张丰深,马宽生. Gastrin/CCK与癌基因/抑癌基因之间的相互作用研究进展[J].中国临床医学,2004,11(1):16-19.
[4] 陈 刚. 进展期贲门癌的外科手术治疗[J].局解手术学杂志,2004,13(2):99-100.
[5] Byrne PJ,Mulligan ED,O'Riordan J,et al. Impaired visceral sensitivity to acid reflux in patients with Barrett's esophagus. The role of esophageal motility[J]. Dis Esophagus,2003,16(3):199-203.
[6] 史念珂,邢敬龙,门剑龙. 50例贲门癌患者血细胞参数临床价值的分析[J].局解手术学杂志,2004,13(3):172-173.
[7] 朱 峰,孙为豪. 胃泌素在恶性肿瘤中的作用机制[J].中国肿瘤,2003,12(10):389-391.
[8] Tselepis C, Morris CD, Wakelin D, et al. Upregulation of the oncogene c-myc in Barrett's adenocarcinoma: induction of c-myc by acidified bile acid in vitro[J]. Gut,2003,52(2):174-180.
[9] 厉有名. 神经胃肠病学的研究现状[J].中华消化杂志,2004,24(2):65-66.
[10] 李映东,牛敏芬,朱 萱,等. 食管胃粘膜活瓣套叠吻合术抗反流效果的临床研究[J].临床外科杂志,2002,10(1):43-44.
[11] Nakabayashi T, Mochiki E, Kamiyama Y, et al. Erythromycin induces pyloric relaxation accompanied by a contraction of the gastric body after pylorus-preserving gastrectomy[J]. Surgery, 2003, 133(6):647-655.
[12] 徐启明,周乃康. 食管胃吻合术后胃食管反流的诊断和治疗进展[J]. 中国肿瘤临床, 2006,33(19):1136-1139.

(编辑:郭光金)

住院患儿的心理分析与护理沟通

李凤星 (富裕县人民医院,黑龙江 富裕 161200)

[关键词] 心理护理;儿科;护理沟通
[中图分类号] R473.72 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0166-01

儿科的护理对象是0~14岁的儿童,由于患儿语言表达能力及理解能力较差,大部分不能正确表达自己对疾病的感受,且对治疗感到恐惧,很难配合治疗和护理。所以,护理沟通显得尤为重要。

1 住院患儿的心理分析

入院治疗的婴幼儿经过肌肉注射、静脉输液等治疗因素的刺激,会出现相应的心理反应,表现为不愿打针,抚摸其头部或看到穿白衣服的医护人员会产生恐惧感甚至哭泣。学龄前的儿童情绪反应比较突出,平时他们没有疾病和住院的概念,住院后哭闹不休、拒食;再看到医护人员白色的衣着,生疏的病房陈设,就会产生惶惑不安和恐惧心理,继而有各种表现,如有的患儿不敢讲话、消极、发脾气、治疗不合作等。有的儿童对父母强迫住院治疗十分恐惧,对父母面无表情,不亲近,不提要求,有的甚至逃跑。

2 护理沟通

婴幼儿情绪不稳定,控制自己行为的能力较弱,往往易激惹,发脾气,护士可通过抚摸、搂抱向患儿传递关爱的信息,稳定婴幼儿的情绪。学龄前及学龄初的儿童情绪反应比较突出,往往情绪容易冲动、不稳定[1];能调节自己的行为,但自我控制能力还较差;情绪变化受外界影响较大。护士应以亲切和蔼的态度主动询问患儿的姓名、年龄、幼儿园或学校名称等患儿熟悉的内容,耐心倾听,多与患儿接触,建立护士与患儿之间的良好关系[2]。利用讲故事、做游戏、玩玩具、看图画等方法分散其注意力,并对患儿多鼓励、多表扬,缓和患儿的恐惧情绪,从而顺利完成治疗和护理。

较大年龄的患儿也存在恐惧心理,但表现没有低龄患儿明显,主要为不适应医院环境、任性等[3]。对这类患儿打针、吃药不能强迫,应采取开导、安慰、解释、说明住院治疗的目的等方法说服患儿,护士还要用熟练的技术取得他们的信任。当患儿配合治疗时,护士要及时表扬。对存在反抗心理的患儿,尽量采用接近、哄劝、鼓励的方法。

不良的情绪刺激可引起内分泌异常、免疫功能障碍等,影响疾病的康复,因此儿科的护理人员更应重视护理沟通在儿童患者疾病转归中的作用。

[参考文献]

[1] 王玉华,滕 涛. 儿童学校恐怖症30例临床分析[J]. 中国民康医学,2006,18(3):182-183.
[2] 吴世莲,曹明国,姚 军. 口腔科就诊儿童的心理分析及心理诱导[J]. 卫生职业教育,23(6):188-189.
[3] 刘秋竹,谭如意. 试论多动症儿童的心理分析及其教育措施[J]. 西南民族学院学报·哲学社会科学版,2002,(23):155-157.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2007-01-05 [修回日期] 2007-04-03