改善行为方式对胃食管反流病的治疗作用

曾令容[1],李荣萍[2] (1. 琼海市加积镇上埇卫生院,海南 琼海 571433;2. 解放军第 187 中心医院消化内科,海南 海口 571159)

[摘 要] **目的** 探究行为方式的改善对胃食管反流病的治疗作用。**方法** 入选 102 例胃食管反流病患者随机分为两组,其中对照组(51 例)予以常规药物治疗,研究组(51 例)在药物治疗的基础上加用行为方式的干预。治疗 8 周后,分析比较两组患者的相关临床资料。**结果** 治疗 8 周后,研究组患者在反酸、胸骨后疼痛、烧心、食管反流、嗳气、吞咽不适等症状方面有显著的改善($P<0.05$),内镜下分级情况也有显著的改善,并且与对照组相比较,效果更明显($P<0.05$)。对照组的总有效率为 78.53%,研究组的总有效率为 94.12%,两组之间具有统计学差异($P<0.05$)。**结论** 行为方式的改善对胃食管反流病具有显著的治疗效果,既经济又简单易行。

[关键词] 胃食管反流病;行为方式干预;治疗

[中图分类号] R571;R573 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)04-0400-03

Effect of behavior intervention on treatment of gastroesophageal reflux disease

ZENG Ling-rong, LI Rong-ping (Shangyong Health Center, Qionghai Hainan 571433, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of behavior intervention on the treatment of gastroesophageal reflux disease. **Methods** One hundred and two patients with gastroesophageal reflux disease were retrospectively reviewed and randomly divided into control group and study group ($n=51$). Conventional drug therapy was applied in control group while conventional drug combined with behavior intervention was applied in study group. The clinical data of the two groups was compared after eight weeks. **Results** The symptoms of acid reflux, chest pain, heart burn, esophageal reflux, belching and swallowing discomfort were significantly improved in study group ($P<0.05$). Meanwhile, the endoscopic classification in study group was improved significantly after eight weeks compared with that in control group ($P<0.05$). The total effective rate in control group was 78.53% and that in study group was 94.12%. There were significant differences between the two groups in the total effective rate. ($P<0.05$). **Conclusion** The behavior intervention plays an important role in the treatment of gastroesophageal reflux disease and it is economic and simple.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; behavior intervention; treatment

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一种由胃、十二指肠内容物反流入食管所引起症状和/或并发症的慢性疾病,属于消化内科常见病之一。在我国北京和上海的人群调查发现其患病率达到 5.77%[1]。该病可产生烧心、反流等典型症状以及食管糜烂、狭窄、Barrett 食管和食管腺癌等严重并发症,严重影响人们的生命健康[2-3]。治疗目的为减少反流,降低反流物质对粘膜损害,增强食管粘膜抗反流防御能力。目前对于 DERD 的治疗主要是使用抑酸剂联合促动力剂,然而仍有部分患者的治疗效果不是很满意,这可能与 GERD 的发病机制密切相关。有研究提示不良行为方式与饮食习惯参与了 GERD 的发病机制[4]。本研究通过行为方式的干预联合传统的药物治疗 GERD,探究该种治疗方式的有效性与可行性,为临床治疗提供一定的参考依据。

[作者简介] 曾令容(1969 -),女,海南省琼海市人,本科,主治医师,主要从事消化内科临床方面的研究。电话:(0898)62901693

[收稿日期] 2011-03-21 [修回日期] 2011-04-25

1 资料与方法

1.1 临床资料

本科室于 2008 年 8 月至 2010 年 11 月期间收治胃食管反流病患者 102 例,所有入选者均行胃镜检查、食管测压和 24 h 食管 pH 监测。患者随机分成 2 组,其中对照组(51 例),男 23 例,女 28 例,年龄 17 ~ 60 岁,平均(44.2 ± 11.5)岁,平均病程为(10.2 ± 4.3)年。研究组(51 例),男 25 例,女 26 例,年龄 18 ~ 60 岁,平均(44.8 ± 12.1)岁,平均病程为(9.7 ± 5.1)年。两组患者在性别、年龄、病程及主要的临床表现方面均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 入选标准

两组患者的诊断标准为:均具有典型的烧心、反流症状,并且符合 2006 年我国 GERD 共识诊断意见[1]。排除标准为:合并有严重的心血管、脑、肝、肾、肺、造血系统等原发疾病、恶性肿瘤、精神病或神经病;妊娠或哺乳期妇女;对奥美拉唑和西沙比利过敏者。

1.3 治疗方法

对照组给予奥美拉唑 20 mg 口服,每日 1 次,西沙比利 5 mg 口服,每日 3 次,连续治疗 8 周;研究组在以上药物治疗的

基础上,予以行为方式的干预:睡觉稍微抬高枕头,规律饮食,睡前 3 h 不再进食,减轻体重,适量运动,戒掉烟酒等不良生活习惯,少摄入茶、巧克力、可乐、薄荷、甜食、咖啡、洋葱、大蒜、高脂肪等食物,生活规律,注意劳逸结合,避免过度劳累。

1.4 研究方法

所有入选者均在治疗前及治疗 8 周后行内镜检查,以比较分析治疗前后内镜下胃及食管粘膜病变情况,其评估方法为:内镜下食管粘膜正常为 0 级;粘膜点状或条状发红、糜烂,无融合现象者为Ⅰ级;有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性者为Ⅱ级;病变广泛发红,糜烂融合呈全周性,或有溃疡者为Ⅲ级。临床疗效评估方法:临床症状完全消失者为显效;临床症状明显改善者为有效;临床症状无明显改善者为无效。总有效率通过显效与有效人数之和与总人数的比值来计算。

1.5 统计分析方法

计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,组间率的比较采用χ^2检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后临床症状的比较

治疗前两组患者出现症状的情况没有统计学差异($P>0.05$)。治疗后两组出现上述临床症状的统计结果见表 1,两组间存在显著的统计学差异($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗后临床症状的比较(n)

组别	反酸	胸骨后疼痛	烧心	反流	嗳气	吞咽不适
对照组	17	13	12	11	8	7
研究组	8*	6*	6*	6*	4*	6*

*:与对照组比较,$P<0.05$

2.2 治疗前后内镜下情况比较

两组患者治疗前、后的内镜下分级情况见表 2,治疗前两组间无统计学差异($P>0.05$)。治疗后两组间有统计学差异($P<0.05$)。并且两组患者治疗前、后的内镜下分级情况也都有统计学差异($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前、后内镜下情况比较(n)

组别	治疗前				治疗后			
	0 级	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	0 级	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
对照组	17	19	14	4	28#	13#	7#	3#
研究组	16	18	12	5	39*#	7*#	3*#	2*#

*:与对照组治疗后相应等级比较,$P<0.05$;#:与同组治疗前相应分级比较,$P<0.05$

2.3 治疗 8 周后临床疗效评价及不良反应

经治疗 8 周后,两组治疗效果见表 3,对照组的总有效率为 78.53%,研究组的总有效率为 94.12%,两组之间具有统计学差异($P<0.05$)。在治疗 8 周期间,两组患者均未出现不良反应,而且具有很好依从性。

表 3 两组患者治疗 8 周后临床疗效

组别	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效率(%)
对照组	12	28	11	78.53
研究组	26	22	3	94.12*

*:与对照组比较,$P<0.05$

3 讨论

胃食管反流病(GERD)是由于各种原因导致食管抗反流防御机制减弱以及反流物对食管粘膜的损害作用所引起的常见疾病。对于该病的治疗方法有药物治疗、内镜及手术治疗。但临床实践表明,这些方法的疗效均不太满意。主要原因之一是对该病的发病机制依然不太清楚。当药物治疗遇到瓶颈时,人们逐渐意识到行为方式及心理调节在 GERD 治疗中的重要性[5-6]。

目前研究发现高脂饮食、巧克力、酒精饮料、咖啡、茶、洋葱可能通过降低 LES 压力和(或)增加食管酸暴露,从而引起 GERD 的相关临床症状。另外,吸烟和饮酒也与 GERD 密切相关[7]。减轻体重和抬高床头也可改善 GERD 患者的症状[8]。因此,国内外先后将行为方式的干预作为治疗 GERD 的共识。2006 年我国的 GERD 共识意见中指出,通过抬高床头、睡前 3 h 不再进食、避免高脂饮食、戒烟、戒酒、减肥等生活方式干预,对改善 GERD 症状具有一定作用,可以让部分患者获益[1]。2008 年更新的 GERD 治疗规则中再次强调生活方式干预对 GERD 治疗的重要性,对控制 GERD 患者的烧心、反流等症状是一种迅速而有效的辅助手段[9]。

本研究通过行为方式的干预联合传统的药物治疗 GERD,经 8 周治疗后,联合治疗组患者的临床症状、内镜下分级情况以及总有效率与对照组比较均有显著改善($P<0.05$),治疗效果明显。研究结果显示通过行为方式的干预联合传统的药物治疗 GERD 效果更好。然而,对于行为干预在 GERD 发生发展中具体的作用机制、行为干预的量化及实施质量控制方面仍需要深入研究。

[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(4):233 - 239.

[2] Modlin IM, Moss SF, Kidd M, et al. Gastroesophageal reflux disease: then and now[J]. J Clin Gastroenterol,2004,38(5):390 - 402.

[3] Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et a1. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus [J]. Am J Gastroenterol,2006,101(8):1900 - 1920.

[4] 杨 洁,陈文剑. 改变生活方式在治疗胃食管反流病中的作用[J].

临床消化病杂志,2009,21(4):236 - 237.
[5] 陈小燕,闫 峻,王文星,等. 胃食管反流病患者的行为干预治疗[J]. 胃肠病学,2010,15(2):99 - 101.
[6] DeVault KR,Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol,2005,100(1):190 - 200.
[7] Nocon M,Labenz J,Willich SN. Lifestyle factors and symptoms of gastro-oesophageal reflux: a population-based study[J]. Aliment Pharmacol Ther,2006,23(1):169 - 174.
[8] Fock KM,Talley NJ,Fass R,et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: update[J]. J Gastroenterol Hepatol,2008,23(1):8 - 22.
[9] Tytgat GN,McColl K,Tack J,et al. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease[J]. Aliment Pharmacol Ther,2008,27(3):249 - 256.

(编辑:兰阳军)

· 个案与短篇 ·

去分化脂肪肉瘤复发 1 例报告

孙丽娟[1],秦 军[1],管晓丽[2] (解放军第 107 医院病理科,山东 烟台 264002;2. 烟台山医院输血科,山东 烟台 264000)

[关键词] 脂肪肉瘤;去分化;病理诊断
[中图分类号] R738.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2011)04-0402-01

去分化脂肪肉瘤是原发性或继发性恶性脂肪细胞性肿瘤,一般为大的无痛性肿物,腹膜后受累最常见,四肢软组织发病较少见[1-2]。我院于 2010 年 7 月收治 1 例发生于肢体脂肪肉瘤患者,经手术切除病理诊断为去分化脂肪肉瘤,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者男性,71 岁。因左腹股沟包块切除术后复发 9 月余,于 2010 年 7 月 27 日就诊,患者曾于 2009 年 10 月因左大腿根部,发现脂肪肉瘤,手术切除。此次来我院行 B 超检查发现左腹股沟上部可见 5.1 cm × 3.4 cm 大小弱回声包块,临床诊断为左腹股沟脂肪肉瘤复发而行手术切除。

1.2 病理检查

巨检:结节状、灰黄色肿物一个,大小 5 cm × 4 cm × 3 cm,无明显包膜,切面灰白灰黄灰褐色,质软。镜检:肿瘤组织由高分化脂肪肉瘤和高度恶性非脂肪性梭形、多形性肉瘤细胞成分。去分化区域肿瘤组织呈编织状排列,瘤细胞有出血、坏死。病理诊断:(左腹股沟)去分化脂肪肉瘤。

2 结果与讨论

去分化脂肪肉瘤是原发性或继发性恶性脂肪细胞性肿瘤,显示从非典型性脂肪瘤性肿瘤/高分化脂肪肉瘤向不同分化程度的非脂肪细胞性肉瘤的移行。腹膜后受累最常见,与四肢软组织发病的比例为 3:1,一般为大的无痛性肿物,但本例局部有疼痛感,发生于肢体者病史较长,突感近期增大,提示有去分化现象。大体检查一般为大的多结节性黄色肿物,含有散在的实性,常为灰褐色的非脂肪性区域(去分化区域)。去分化区域常有坏死,脂肪和去分化区域之间可逐渐移行。镜下去分化成分多少不等,两种成分的转变常突然发生,但某些病例可以逐渐移行,有时可见两种成分混合分布[2-3]。去分化区可有多种组织学表现,最常见的是未分类的恶性纤维组织细胞瘤样多形性肉瘤和中间型高度恶性的粘液纤维肉瘤。

去分化脂肪肉瘤在所有脂肪肉瘤中约占 10%,是指分化好的脂肪肉瘤中出现高度恶性非脂肪性梭形细胞肉瘤,其中的非脂肪成分是由具有多向分化潜能纤维母细胞和原始间叶细胞演化而来,即可向脂肪细胞分化,也可向纤维细胞、组织细胞、平滑肌细胞及软骨等方向分化,形成单一或多种成分的脂肪肉瘤,研究表明大多数病例中,非脂肪肉瘤成分均呈高度恶性。本病例组织中既有脂肪肉瘤成分也出现了恶性纤维组织细胞瘤成分,符合去分化脂肪肉瘤。去分化脂肪肉瘤对放疗和化疗均不敏感,治疗上仍以手术切除为主,强调首次根治性切除很重要,必要时可联合切除邻近脏器,以减少术后复发,但其局部复发率和远处转移率较高,手术完整切除后预后仍然不理想,分化性脂肪肉瘤的 5 年生存率为 83%,而去分化肉瘤 5 年生存率仅为 20%。因此本病例属术后复发,远期效果不理想。

[参考文献]

[1] 张兆祥,韩 林. 去分化脂肪肉瘤的病理学研究进展[J]. 临床与实验病理学杂志,2010,26(1):97 - 100.
[2] 吴锡渊. 腹膜后脂肪肉瘤的 CT 诊断(附 17 报告)[J]. 现代实用医学,2010,22(8):892 - 893.
[3] 聂 佩,郝大鹏,徐文坚,等. 四肢软组织脂肪肉瘤的 MRI 与病理对照研究[J]. 临床放射学杂志,2010,29(3):366 - 370.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2011-03-02 [修回日期] 2011-04-12