新进展综述

功能性胃肠病与精神障碍共病的流行病学研究进展

左国文(综述), 梁列新(审校)

基金项目：广西自然科学基金项目(编号:2010GXNSFA013230)

作者单位：530021 南宁,广西壮族自治区人民医院消化内科
作者简介：左国文(1968 -),女,研究生学历,副主任医师,研究方向:功能性胃肠病的诊治。E-mail:azuo68@126.com

[摘要] 功能性胃肠病是一组常见的消化系统疾病。焦虑、抑郁、躯体化症状等精神障碍在功能性胃肠病患者中的共病现象较为常见。这些精神障碍对功能性胃肠病患者的病情程度、生活质量均产生不同程度的影响。该文将对功能性胃肠病与精神障碍共病的流行病学调查结果、共病现象的影响以及精神治疗在功能性胃肠病中的疗效三方面作一综述。

[关键词] 功能性胃肠病; 精神障碍; 共病; 焦虑; 抑郁
[中图分类号] R 18 [文献标识码] A [文章编号] 1674 - 3806(2015)07 - 0691 - 05
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2015.07.31

The epidemiologic study of psychological co-morbidity in functional gastrointestinal disorders *ZUO Guo-wen, LIANG Lie-xin. Department of Gastroenterology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning* 530021, *China*

[**Abstract**] Functional gastrointestinal disorders(FGIDs) are a group of common digestive diseases. Concomitant psychological disorders, such as anxiety, depression and somatization are common in FGIDs patients. These psychological disorders influence the patients' gastrointestinal symptoms and their health-related quality of life in different degrees. In this paper, we review the epidemiology of psychological co-morbidity in FGIDs, describe the impact of these psychological disorders on gastrointestinal symptoms and the quality of life in FGIDs patients and evaluate the effects of psychotropic treatment on FGIDs.

[**Key words**] Functional gastrointestinal disorders; Psychological disorders; Co-morbidity; Anxiety; Depression

功能性胃肠病(functional gastrointestinal disorders,FGIDs)是一组常见的消化系统疾病。FGIDs的患病率因性别、年龄、种族、经济状况等因素的影响而有所不同。近年来,FGIDs与精神障碍的共病现象受到广泛关注。FGIDs患者中焦虑、抑郁、惊恐症、躯体化障碍的患病率远高于正常人群,不同类型的FGIDs与精神障碍共病的发生率也略有不同。精神障碍也在不同程度上影响着患者的病情、生活质量及预后。本文对FGIDs与精神障碍共病的流行病学、精神障碍共病对FGIDs的影响以及精神治疗在FGIDs中的疗效作一综述。

1 功能性胃肠病的患病率

FGIDs中以功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)与肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)最为常见。国内外关于FD的流行病学调查较多,但由于FD的患病率受到性别、年龄、种族、经济状况等因素的影响,且诊断标准不断更新,所以调查结果不尽相同。以罗马Ⅱ为诊断标准的研究[1,2]显示,FD全球患病率约为24%,我国的患病率与全球水平接近,为23.5%。然而以罗马Ⅲ为标准的全球及我国FD流行病学调查仍有待进一步完善。一项meta分析[3]显示全球范围的IBS患病率约为11.2%,其中南亚的患病率最低(7%),南美的患病率最高(21%)。东亚地区的研究结果显示[3~5],日本的IBS患病率为6.1% ~14.0%,韩国的IBS患病率为6.6% ~15.5%,我国台湾地区IBS的患病率为17.5% ~22.1%,我国内陆尚未有以罗马Ⅲ为标准的相关调查,北京地区以Manning为诊断标准的分层随机调

查[6]显示，当地 IBS 患病率为 8.72%。

2 功能性胃肠病与精神障碍共病的情况

早在 20 世纪 80 年代，精神心理因素与 FGIDs 的相关性就已经受到了关注，其中最常见的精神障碍为焦虑、抑郁、躯体化症状。临床上，FGIDs 患者常伴胸闷、头晕、乏力等躯体症状，并有反复求医、对医生信任程度降低、怀疑自身病情严重的疑病心理，追踪溯源这类患者往往有较大的生活压力，少数可有童年不愉快的经历。且持续的躯体化症状对常规的对症治疗效果有一定的负面影响。

2.1 研究表明[7,8]，FD 患者与精神障碍的共病率为 71.3% ~87%，远高于正常人群组精神障碍患病率(15.3%)。其中关于 FD 与焦虑障碍共病的研究较多，香港和马来西亚的研究[9~11]显示其共病率为 38.2% ~43.5%。其中，香港研究[11]采用罗马Ⅲ及 DSM-Ⅳ为诊断标准，在普通人群中对不同 FD 的亚型与焦虑障碍的共病率进行比较，其中上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS)患者中广泛焦虑障碍(generalized anxiety disorder, GAD)的患病率为 16.7%，餐后不适综合征(postprandial stress syndrome, PDS)患者与 GAD 共病的患病率为 10.6%，均远高于正常人群。该研究还将 FD 与焦虑障碍之间的患病率进行了双向统计，11.8% 的 FD 患者有 GAD，24.3% 的 GAD 患者有消化不良症状。而普通人群中 FD、GAD 患病率仅为 8%、3.8%。FD 患者中抑郁障碍的患病率为 16.4% ~22.6%，与躯体化症状共病的患病率为 10.8%。关于 FD 与器质性消化不良中精神障碍的患病率是否存在差异的报道文献数量不多，且结论仍存在差异。一项为期一年的前瞻性研究显示[10]，FD 患者的临床症状较器质性消化不良患者更多，但 FD 患者的精神压力及对疾病的恐惧度却较器质性消化不良患者程度低。一项设计较为严密、研究对象基数较大的前瞻性研究[12]显示，FD 患者合并焦虑障碍较器质性消化不良患者常见，FD 患者的生活质量与器质性消化不良患者之间也存在差异，而 FD 与器质性消化不良两者与抑郁障碍的共病发生率却无明显差异。但 da Silva[13]在对 FD 与抑郁障碍之间关系的研究发现，FD 患者患抑郁障碍的概率为器质性胃肠病患者的 3 倍。因此，FD 常与精神障碍共病，其中以焦虑、抑郁、躯体化症状较为常见，精神障碍共病有可能影响 FD 患者的生活质量。

2.2 研究表明[11,14~20]，IBS 患者一生至少患一次精神障碍的概率为 38% ~100%。合并两种及以上精神障碍的为 26%，其中与焦虑障碍的共病率为 34% ~67.7%，与抑郁障碍的共病率为 38.5% ~70%，而与恐慌症、创伤后应激障碍的共病率分别可达 41%、36%。一项设计较完善的针对普通人群的调查中对 IBS 与 GAD 的共病情况进行了双向统计，研究表明[18]，16.5% 的 IBS 患者满足 GAD 的诊断标准，然而在非 IBS 人群中 GAD 的患病率为 3.3%。GAD 患者中有 22.2% 患 IBS，非 GAD 人群中，IBS 的患病率为 4.7%。IBS 与 GAD 之间的相关性具有统计学意义，IBS 患者患 GAD 的风险大于正常人群的 5 倍。且 IBS 的各种亚型中，混合型患 GAD 的风险最高，依次为便秘型、腹泻型。Singh 等[16]的研究显示 IBS 与精神障碍的共病率与 IBS 病情程度具有相关性。在此项研究中，学者将 147 例 IBS 患者根据腹痛时间、腹部症状严重程度及对生活的影响程度，分为轻、中、重度组。结果显示重度 IBS 患者与精神障碍的共病率较低，中度 IBS 患者显著增高，IBS 患者所患的精神障碍按发病率排序依次为躯体化障碍、抑郁综合征、惊恐综合征、焦虑综合征，然而精神障碍在 IBS 的各亚型中发病率无明显差异。该项研究以罗马Ⅲ为诊断标准，用填写生存质量测定量表简表(WHQOL-BREF)来划分病情严重程度，标准较规范，设计较合理，但研究对象数量较少，可能对研究结果造成一定影响。Hartono 等[21]对不同类型胃肠疾病中精神障碍的发病率及严重程度进行研究，FD、非糜烂性反流病(NERD)、IBS 及健康对照组中与焦虑共病的患病率分别为 43.5%、45.2%、67.7% 与 14.5%。与抑郁的共病率仍以 IBS 组最高，其次为 NERD、FD，依次为 38.7%、33.9%、22.6%，健康对照组为 6.5%；且 IBS 组的焦虑、抑郁评分高于上述两组研究对象。结果显示 IBS 较 FD、NERD 更易与精神障碍共病且精神障碍程度更加严重。因此，IBS 的精神障碍共病常见，并影响到 IBS 的病情程度。

3 共病现象对功能性胃肠病的影响

3.1 共病对 FGIDs 患者生活质量的影响　大量研究[17,22~24]表明，合并焦虑、抑郁的 FGIDs 患者的生活质量较单纯 FGIDs 患者明显下降。Spiegel 等[23]通过回归分析的方法对 IBS 患者的常见症状与生活质量(通过 SF-36 评分)进行研究，结果显示严重影响躯体方面生活质量的因素有频繁求医(学者统计一年内求医次数 >5 次的 FGIDs 患者躯体评分较无此现象的患者评分下降 9.2%)、易疲惫(躯体评分下降 9%)，其他因素依次为体力差、症状严重、持续的不适症状。影响精神方面生活质量的因素有焦虑

感(精神评分下降13.6%)、紧张感(下降8.6%),其他依次为无助感、睡眠障碍。总结这些症状与IBS患者生活质量之间的关联性,发现情绪不稳定、焦虑、睡眠、症状的严重程度、发作频率均会影响IBS患者的生活质量。美国圣路易斯大学的学者[24]通过对比单纯FGIDs患者与合并各种精神障碍的FGIDs患者SF-36评分,发现FGIDs与抑郁共病的患者生活质量下降最明显,其次是与焦虑共病、与躯体化症状共病,这些差异均具有统计学意义。研究显示[23,24],共病现象对生活质量的预测性远比消化系统的症状更高。学者们通过分别将精神方面生活质量评分与躯体方面生活质量评分与精神障碍比较,结果证实FGIDs与精神障碍共病患者生活质量的影响并不依赖于精神方面生活质量的下降。且共病现象与生活质量的相关性(70.9%)比消化系统症状与生活质量的相关性(26.5%)更大。其中抑郁对生活质量的预测性最高,其次是焦虑和躯体化症状。然而圣路易斯大学的学者的研究显示[24],焦虑障碍是增加FGIDs患者反复寻求医疗帮助的重要因素。

3.2 精神障碍对FGIDs患者病情的影响 精神障碍的影响主要表现在FGIDs严重程度、持续时间、治疗效果、复发频率、异常求医等方面。其中焦虑症状对FGIDs病情的影响最大,其次是抑郁、躯体化障碍、消化系统外功能性障碍[23,24]。国外流行病学研究表明[25,26],在求医的IBS患者中大部分有着与症状不相称的焦虑、抑郁、异常的担心与怀疑,在越高级的医疗机构中这种现象出现越多。有研究[27]显示焦虑及躯体化疼痛会增加IBS患者的异常求医行为。一项针对需要进行抗抑郁治疗的FGIDs患者的研究显示,23.8%的FGIDs患者未能按治疗方案完成抗抑郁治疗,其中伴有躯体化症状、既往有焦虑或抑郁的患者出现此现象的概率显著高于相对正常组。精神障碍、躯体化症状会导致治疗效果下降,并且躯体化症状与抗抑郁治疗的副作用有相关性。

4 精神治疗在功能性胃肠病患者中的疗效

4.1 药物治疗 国内外关于抗抑郁药物在FGIDs治疗中取得良好疗效的研究报道较多。三环类抗抑郁药改善IBS患者的腹痛、腹泻等消化系统症状及精神症状的疗效得到了学者们的广泛认可[28,29]。在对FD患者总体临床症状与恶心症状方面有显著疗效,但在餐后不适症状方面无明显改善,该组临床随机对照研究对象较少,且并未对研究对象是否存在精神障碍进行评估,仍有待更多治疗的临床研究来验证[30]。关于五羟色胺再摄取抑制剂类抗抑郁药的疗效研究[29,31,32],部分学者对西肽普兰及帕罗西汀在IBS患者的治疗疗效进行研究,结果显示五羟色胺再摄取抑制剂在改善IBS患者症状上有显著作用,约50%患者的临床症状得到改善。但有学者报道氟西汀仅在高敏感的IBS患者中对腹痛的症状有改善。这些研究结果的差异可能受到研究对象的基数参差不齐、药物剂量及研究时间不同、研究对象的疾病严重程度等因素的影响。因此结论仍有待更加完善的研究设计来进一步明确。新型的抗抑郁药物在FGIDs的治疗中的疗效也受到了学者们的关注,其中五羟色胺与去甲肾上腺素摄取抑制剂类药物疗效显著。文拉法辛在改善饱胀感、促进肠蠕动、降低直肠高敏感性方面有显著效果[33]。度洛西汀在IBS中的治疗效果显著,能够从疼痛程度、症状严重程度、大便量、生活质量等多方面改善症状,但因易引起便秘而在治疗上受到限制[34,35]。去甲肾上腺素能和特异性五羟色胺受体拮抗剂米氮平在改善恶心、慢性呕吐症状方面有较好疗效[36],且有动物实验研究显示此类药物可降低直肠高敏感状态[37]。其他类型的抗焦虑抑郁药物如氟哌噻吨美利曲辛片(黛力新)在FD的急性症状控制上具有良好的效果[38]。曲唑酮在食管高敏感性引起的非心源性胸痛方面疗效显著[39]。普瑞巴林可降低IBS患者的直肠高敏感性从而改善临床症状[40]。Ruepert等[28]对众多研究结果进行统计、分析作出综述,抗抑郁药在治疗IBS的良好疗效主要体现在以下三方面:改善IBS患者的腹痛症状(54%患者腹痛缓解);改善其他的消化道症状(53%患者得到症状缓解);改善IBS患者的生活质量(超过半数患者生活质量提高)。因此,抗抑郁药物在改善FGIDs患者的总体症状、胃肠道症状上具有一定的疗效。

4.2 心理治疗 研究证实认知行为治疗、心理动力疗法、催眠疗法均可不同程度改善FD患者的临床症状及生活质量。临床对照研究[41]结果显示,行为认知疗法的短期(4个月)、长期(12个月)疗程上均可降低患者的症状积分,其对患者的疾病信念有良好的改善作用。动力心理疗法能够通过引导患者认清疑病症状的真正动机来改善消化症状。Hamilton等[42]针对常规治疗无效的FD患者进行临床对照研究,通过分析患者消化不良自评、他评量表得出结论:心理动力疗法在改善患者消化道症状及生活质量的短期(12周)、长期(1年)疗效均优于对症支持治疗。催眠疗法通过使患者放松,能够增强患者对

自身消化功能的控制从而缓解症状、改善生活质量。随机对照研究[43]显示催眠疗法在改善临床症状和生活质量上较支持治疗、药物治疗好，其中生活质量改善率是药物治疗组的2倍以上。且在减少患者异常求医的次数上有显著效果。但是，由于心理治疗常无法做到完全的随机双盲对照研究，其研究结果仍存疑。

5 结语

综上所述，FGIDs与精神障碍的共病率较高，并且对FGIDs的临床症状及生活质量均有不同程度的影响，抗抑郁药物治疗及心理治疗可改善临床症状的多样化及生活质量，然而关于抗抑郁药物和心理干预治疗对FGIDs的长期治疗疗效仍有待进一步的研究与探讨。

参考文献

1 Li Y, Nie Y, Sha W, et al. The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study[J]. Chin Med J (Engl), 2002,115(7):1082-1084.

2 Westbrook JI, Talley NJ. Empiric clustering of dyspepsia into symptom subgroups: a population-based study[J]. Scand J Gastroenterol, 2002,37(8):917-923.

3 Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2012,10(7):712-721.

4 Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome[J]. Clin Epidemiol, 2014,6:71-80.

5 Meleine M, Matricon J. Gender-related differences in irritable bowel syndrome: potential mechanisms of sex hormones[J]. World J Gastroenterol, 2014,20(22):6725-6743.

6 潘国宗，鲁素彩，柯美云，等. 北京地区肠易激综合征的流行病学研究：一个整群、分层、随机的调查[J]. 中华流行病学杂志，2000,21(1):26-29.

7 Sattar A, Salih M, Jafri W. Burden of common mental disorders in patients with functional dyspepsia[J]. J Pak Med Assoc, 2010,60(12):995-997.

8 Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. A prospective 1-year follow-up study in patients with functional or organic dyspepsia: changes in gastrointestinal symptoms, mental distress and fear of serious illness[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2006,24(8):1241-1246.

9 Mak AD, Wu JC, Chan Y, et al. Dyspepsia is strongly associated with major depression and genralised anxiety disorder- a community study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2012,36(8):800-810.

10 Tse AW, Lai LH, Lee CC, et al. Validation of self-administrated questionnaire for psychiatric disorders in patients with functional dyspepsia[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2010,16(1):52-60.

11 Hartono JL, Mahadeva S, Goh KL. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? [J]. J Dig Dis, 2012,13(5):252-257.

12 Mahadeva S, Goh KL. Anxiety, depression and quality of life differences between functional and organic dyspepsia[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2011,26(Suppl 3): 49-52.

13 da Silva RA, Pinheiro RT, da Silva RA, et al. Functional dyspepsia and depression as an associated factor[J]. Arq Gastroenterol, 2006,43(4):293-298.

14 Lackner JM, Ma CX, Keefer L, et al. Type, rather than number, of mental and physical comorbidities increases the severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2013,11(9): 1147-1157.

15 Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, et al. Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder and agoraphobia in a Japanese representative sample[J]. Am J Gastroenterol, 2004,99(2): 370-376.

16 Singh P, Agnihotri A, Pathak MK, et al. Psychiatric, somatic and other functional gastrointestinal disorders in patients with irritable bowel syndrome at a tertiary care center[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2012,18(3):324-331.

17 Modabbernia MJ, Mansour-Ghanaei F, Imani A, et al. Anxiety-depressive disorders among irritable bowel syndrome patients in Guilan, Iran[J]. BMC Res Notes, 2012,5:112.

18 Lee S, Wu J, Ma YL, et al. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2009,30(6):643-651.

19 Liebschutz J, Saitz R, Brower V, et al. PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition[J]. J Gen Intern Med, 2007,22(6): 719-726.

20 Hausteinier-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders [J]. World J Gastroenterol, 2014,20(20):6024-6030.

21 Hartono JL, Mahadeva S, Goh KL. Anxiety and depresssion in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? [J]. J Dig Dis, 2012,13(5):252-257.

22 Wu JC. Psychological co-morbidity in functional gastrointestinal disorders: epidemiology, mechanisms and management[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2012,18(1):13-18.

23 Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, et al. Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome [J]. Arch Inter Med, 2004,164(16):1773-1780.

24 Vu J, Kushnir V, Cassell B, et al. The impact of psychiatric and extraintestinal comorbidity on quality of life and bowel symptom burden in functional GI disorders[J]. Neurogastroenterol Motil, 2014, 26(9):1323-1332.

25 Spiegel BM, Kanwal F, Naliboff B, et al. The impact of somatization on the use of gastrointestinal health-care resources in patients with irritable bowel syndrome[J]. Am J Gastroenterol, 2005,100(10): 2262-2273.

26 Porcelli P, Todarello O. Psychological factors affecting functional gastrointestinal disorders[J]. Adv Psychosom Med, 2007,28:34-56.

27 Sayuk GS, Elwing JE, Lustman PJ, et al. Predictors of premature antidepressant discontinuation in functional gastrointestinal disorders [J]. Psychosom Med, 2007,69(2):173-181.

28 Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, anti-

spasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, (8): CD003460.

29 Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis [J]. Gut, 2009, 58(3): 367 - 378.

30 Braak B, Klooker TK, Wouters MM, et al. Randomised clinical trial: the effects of amitriptyline on drinking capacity and symptoms in patients with functional dyspepsia, a double-blind placebo-controlled study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 34(6): 638 - 648.

31 Tack J, Broekaert D, Fischler B, et al. A controlled crossover study of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in irritable bowel syndrome[J]. Gut, 2006, 55(8): 1095 - 1103.

32 Kuiken SD, Tytgat GN, Boeckxstaens GE. The selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine does not change rectal sensitivity and symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a double blind, randomized, placebo-controlled study[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2003, 1(3): 219 - 228.

33 Grover M, Camilleri M. Effects on gastrointestinal functions and symptoms of serotonergic psychoactive agents used in functional gastrointestinal diseases[J]. J Gastroenterol, 2013, 48(2): 177 - 181.

34 Brennan BP, Fogarty KV, Roberts JL, et al. Duloxetine in the treatment of irritable bowel syndrome: an open-label pilot study[J]. Hum Psychopharmacol, 2009, 24(5): 423 - 428.

35 Kaplan A, Franzen MD, Nickell PV, et al. An open-label trial of duloxetine in patients with irritale bowel syndrome and comorbid generalized anxiety disorder[J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2014, 18(1): 11 - 15.

36 Coskun M, Alyanak B. Psychiatric co-morbidity and efficacy of Mitazapine treatment in young subjects with chronic or cyclic vomiting syndromes: a case series[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2011, 17(3): 305 - 311.

37 Yin J, Song J, Lei Y, et al. Prokinetic effects of mirtazapine on gastrointestinal transit[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2014, 306(9): G796 - G801.

38 Hashash JG, Abdul-Baki H, Azar C, et al. Clinical trial: a randomized controlled cross-over study of flupenthixol + melitracen in functional dyspepsia[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2008, 27(11): 1148 - 1155.

39 Botoman VA. Noncardiac chest pain[J]. J Clin Gastroenterol, 2002, 34(1): 6 - 14.

40 Houghton LA, Fell C, Whorwell PJ, et al. Effect of a second-generation alpha2delta ligand(pregabalin) on visceral sensation in hypersensitive patients with irritable bowel syndrome[J]. Gut, 2007, 56(9): 1218 - 1225.

41 Haug TT, Wilhelmsen I, Svebak S, et al. Psychotherapy in functional dyspepsia[J]. J Psychosom Res, 1994, 38(7): 735 - 744.

42 Hamilton J, Guthrie E, Creed F, et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia [J]. Gastroenterology, 2000, 119(3): 661 - 669.

43 Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, et al. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy[J]. Gastroenterology, 2002, 123(6): 1778 - 1785.

[收稿日期 2015-02-05][本文编辑 谭 毅 杨光和]

新进展综述

骨填充材料在骨肿瘤缺损修复中的应用研究进展

黄国福(综述), 孙 可(审校)

作者单位: 537400 广西,北流市人民医院骨科一区(黄国福); 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院骨科(孙 可)

作者简介: 黄国福(1980-),男,在职研究生学历,主治医师,研究方向:创伤骨病的诊治。E-mail:18978721669@189.cn

通讯作者: 孙 可(1972-),男,大学本科,学士学位,主任医师,研究方向:关节外科疾病的诊治。E-mail:kenny3366@126.com

[摘要] 骨填充材料既要满足骨缺损腔内充分植骨的需要,也要减少对骨膜及骨组织的损伤刺激。传统的自体骨和异体骨填充材料具有较好的临床疗效,但也具有一定的临床局限性。随着科技的不断进步创新,越来越多的骨填充材料被研究应用于骨肿瘤缺损修复。异种骨、生物陶瓷、骨水泥、高分子聚合物、胶原蛋白均是骨填充材料,不同的骨填充材料有着不同的优缺点。该文就骨填充材料在骨肿瘤缺损修复中的应用研究进展作一综述。

[关键词] 骨肿瘤; 骨填充材料; 自体骨; 骨水泥

[中图分类号] R 738.1 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2015)07-0695-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.07.32