

· 临床研究 ·

联合小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗消化性溃疡的临床研究

李洪焱

(重庆市南川区第二人民医院内科 408400)

摘要:目的 探讨联合小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗消化性溃疡的临床疗效。方法 以 2003 年 3 月至 2009 年 7 月南川区第二人民医院内科收治的 167 例消化性溃疡患者为研究对象。随机分成两组,对照组单用内科常规治疗,治疗组采用内科常规治疗外,给予小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗,同时针对治疗组患者进行心理干预,由消化内科医师观察两组在疗效上的差异并进行评定。结果 疗效比较以临床治愈加好转统计有效率,两组经过 1~2 个月治疗后复查,对两组有效率和治愈率进行 χ^2 检验,两组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结合实际显示治疗组好于对照组的治療效果。结论 消化性溃疡患者大都有一定的焦虑抑郁心理障碍,在积极进行内科治疗的同时,联合使用小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗,能更好地提高疗效,促进溃疡愈合。

关键词:消化性溃疡;焦虑;抑郁;随机对照试验;临床疗效

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.11.025

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)11-1100-02

Clinical research on treating peptic ulcer with small doses of anxiolytics and antidepressant

Li Hongyan

(Department of Internal Medicine, the Second People's Hospital of Nanchuan, Chongqing, 408400, China)

Abstract: Objective To study clinical curative effect of small doses of anxiolytics and antidepressants on peptic ulcer. **Methods** 167 patients, from the Second People's Hospital of Nanchuan from March 2003 to July 2009, were divided into two groups randomly. The first group was treated only by conventional medicaments, and the second group treated by conventional medicaments and small doses of anxiolytics and antidepressants. At the same time, the psychological conditions of the patients of the second group were interfered. Then the differences of two kinds of treatment were observed and evaluated. **Results** The anxious and depressive state of the second group got better obviously between one and two months and there was different compared to the first group($P < 0.05$). **Conclusion** Many peptic ulcer patients usually have anxiety and depression disorder. Small doses of anxiolytics and antidepressants can improve the curative effect and the healing of peptic ulcer.

Key words: peptic ulcer; anxiety depression; randomized controlled trial; clinical curative effect

消化性溃疡(peptic ulcer)主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡^[1],即胃溃疡(gastric ulcer, GU)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU),是临床常见病、多发病,欧美文献报道患病率为 6%~15%^[2]。作者在临床工作中,发现部分患者除有常见的上腹部疼痛、返酸、腹胀等临床表现以外,还有因思想工作压力大,情绪不稳,造成的精神不振、烦躁不安,甚至失眠多梦等焦虑、抑郁症状,在对他们进行常规治疗中发现,这类患者虽经治疗有明显好转,如胃镜复查溃疡面已经愈合,但患者自觉症状缓解不明显,仍有临床症状和自我不适感。几年来,作者除注意加强与患者的沟通,尽量解除思想负担之外,还积极探索联合小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗消化性溃疡病,取得了较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2003 年 3 月至 2009 年 7 月收治住院的消化性溃疡患者共 167 例,所有患者均符合内科学消化性溃疡诊断标准:慢性病程、周期性发作的节律性上腹痛,且上腹痛可为进食或抗酸药所缓解的临床表现,同时通过胃镜和 X 线钡餐检查发现龛影确诊。其年龄 16~72 岁,平均(36±12)岁。住院时间 18~23 d,平均(20.45±1.28)d。167 例患者随机分成两组,对照组 79 例,其中胃溃疡 13 例,十二指肠球部溃疡 56 例,复合性溃疡 10 例。治疗组 88 例,其中胃溃疡 16 例,十二指肠球部溃疡 60 例,复合性溃疡 12 例;所有患者均无合并精神疾病病史及家族史,有明显出血、穿孔、瘢痕形成及癌变等情况者予以除外。两组患者的性别、年龄、病程及溃疡部位和面积的大小基本相似($P > 0.05$)。

1.2 临床表现 所有患者均经本院胃镜、X 线钡餐和病理切片等检查确诊为消化性溃疡。其余各项临床表现差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床表现比较[n(%)]

临床表现	对照组	治疗组	P
上腹部疼痛	79(100)	88(100)	>0.05
返酸、嗝气	59(74.68)	69(78.41)	>0.05
呕血	5(6.33)	7(7.95)	>0.05
柏油样大便	26(32.91)	30(34.09)	>0.05
大便隐血阳性	53(67.09)	59(67.05)	>0.05

1.3 治疗方法 对照组给予内科常规治疗(质子泵抑制剂如奥美拉唑每天 2 次 20 mg,兰索拉唑每天 1 次 30 mg,泮托拉唑每天 1 次 40 mg,雷贝拉唑每天 1 次 10 mg,埃索美拉唑每天 1 次 20 mg,共服药 8 周;幽门螺杆菌阳性者加用阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素等抗幽门螺旋杆菌治疗 10 d;均辅助给予胃黏膜保护剂硫糖铝每天 2 次 1 g、磷酸铝每天 2 次 20 g、枸橼酸铍钾每天 2 次 300 mg 等)。治疗组给予内科常规治疗外,给予小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗,根据具体情况选用不同药物(如多虑平片每天晚上 2.5 mg;地西泮片每天晚上 2.5 mg;艾司唑仑片每天晚上 1 mg;阿普唑仑片每天晚上 0.4 mg)治疗 8 周,同时针对治疗组患者进行心理干预。对症处理两组相同,服药 1~2 个月后分别复查进行疗效评价。

1.4 疗效标准 治愈:症状及体征消失,X线钡餐检查龛影消失,胃镜示溃疡愈合,大便隐血试验阴性。好转:症状及体征消失或好转,X线钡餐检查龛影缩小,胃镜示溃疡面缩小。无效:治疗后症状体征或钡餐胃镜所见溃疡好转不明显或加重^[3]。胃镜观察溃疡变化,按三期标准[活动期(A)、愈合期(H)和瘢痕期(S)3个病期,其中每个病期又可分为1和2两个阶段]划分^[2]。

1.5 统计学处理 所得数据采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 治疗 1 个月后疗效 以临床治愈加好转统计为有效,治疗组有效率为 96.59%,对照组有效率 86.08%,治疗组有效率比对照组有所提高,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治愈率为 30.68%,对照组治愈率 6.33%,治疗组治愈率是对照组的 5 倍,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 治疗 1 个月后两组患者疗效比较

疗效	对照组	治疗组	合计
治愈	5	27	32
好转	63	58	121
无效	11	3	14
合计	79	88	167

2.2 治疗 2 个月后疗效 以临床治愈加好转统计为有效,治疗组有效率为 98.86%,对照组有效率 91.14%,治疗组有效率比对照组有所提高,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治愈率为 71.59%,对照组治愈率 54.43%,治疗组治愈率比对照组有所提高,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 治疗 2 个月后两组患者疗效比较

疗效	对照组	治疗组	合计
治愈	43	63	106
好转	29	24	53
无效	7	1	8
合计	79	88	167

2.3 治疗组与对照组在治疗后 1、2 个月疗效的比较 两组在治疗后 1、2 个月疗效比较均有显著性差异,结合 1、2 个月治疗组的有效率、治愈率均较对照组有所提高,1 个月后治疗组的治愈率更是对照组的 5 倍。提示联合小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗对消化性溃疡的好转或治愈有一定的效果。

3 讨 论

根据现代的心理-社会-生物医学模式的观点,消化性溃疡已成为医学界公认的一种身心疾病范畴之一^[4]。其发生、发展、转归与社会心理因素的关系极为密切^[5]。

早在 1950 年,美国学者 Alexander 提出身心疾病的概念时,就将消化性溃疡列为典型的 7 个身心疾病之一^[6]。作为一种公认的心身疾病,半个多世纪以来国内外学者对消化性溃疡与个性及心理因素之间的关系进行了大量的研究^[7-12]。根据现代心理-社会-生物医学模式观点,急性应激可引起急性消化性溃疡已是共识^[13]。但对慢性溃疡患者,一直有争议。目前认为心理波动显然可影响胃的生理功能,原有消化性溃疡患者在焦虑和忧伤时,可使症状复发或加剧^[14]。近年来的实验和

临床研究表明,情绪活动和其他心理活动一样是大脑的功能^[15]。人的各种认识活动是伴随情绪而产生。情绪既受大脑皮层的调节,又与边缘系统、脑干网状结构、植物神经系统及内分泌系统有非常密切的联系。当精神紧张、悲伤、愤怒时,可引起大脑皮层功能的失调及植物神经系统功能紊乱。当迷走神经异常兴奋,通过刺激壁细胞和 G 细胞,使胃酸分泌过高,造成充血的胃黏膜脆性增加而发生糜烂性溃疡。同时也可以通过内分泌系统使肾上腺皮质激素增加,兴奋胃酸、胃蛋白酶的分泌,抑制胃黏液的分泌而削弱了胃黏膜的保护因素,导致溃疡病或促使复发^[16]。持续的高度精神紧张、忧虑沮丧的情绪,长期过度的脑力劳动,都会增加胃肠系统的酸性分泌,对消化性溃疡的发病或病情加重有一定关系。据统计,几乎在每次战争中,一些城市居民和军队里,消化性溃疡发病率都显著上升;家长经常在吃饭时训斥甚至打骂孩子,易使儿童发生消化性溃疡。这些都表明精神因素与消化性溃疡的发病有密切关系^[17-18]。

胃肠道被认为是最能表达情绪的器官。国内外的大量研究发现心理因素可影响胃液分泌、黏膜血管充盈的程度和胃壁蠕动的变化。当心理因素及各种体质因素联合作用时,就有可能产生溃疡。也有研究证明消化性溃疡患者的抑郁及焦虑明显高于正常人群^[16],这能够很客观指导临床的一般治疗和心理护理。因此,在治疗时还应给予小剂量抗焦虑剂或抗抑郁剂以调节患者情绪。此外,包括调节饮食、生活规律、体育锻炼和心理治疗在内的综合性治疗方法。

本研究表明,小剂量抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗消化性溃疡疼痛缓解所需时间明显缩短,其治疗组有效率和治愈率均较对照组高。其中苯二氮卓类抗焦虑药物,其主要用于治疗焦虑、不安、兴奋、激惹、恐惧、夜惊等症,临床用于治疗各种焦虑症状、强迫症状、癫痫等,同时由于可以稳定情绪,解除紧张,故也被临床常用。其中多虑平属三环类抗抑郁药,主要用于治疗和预防情绪(心境)低落、情绪消极等症状,同时具有阻滞 H₂ 受体活性及抗胆碱作用,从而减少胃酸的分泌,同时该药具有较强的抗焦虑和抗抑郁作用,可改善患者的精神神经症状,降低迷走神经反应,亦能减少胃酸分泌。此外,其抗胆碱作用以及可阻止 5-羟色胺的摄取,能解除平滑肌和微血管的痉挛,增加局部血液灌流量,使某些黏膜功能恢复正常,从而有利于溃疡的愈合及缓解疼痛。尤其适宜于伴有焦虑、多疑、失眠的溃疡患者,为西咪替丁所不及。

本研究发现,在消化性溃疡患者中,给予患者小剂量的抗焦虑、抗抑郁药物辅助治疗,可以缩短患者的临床症状消失时间,提高了溃疡治疗的有效率和治愈率。这一结果表明,虽然消化性溃疡主要是由胃酸分泌过多等因素引起,但焦虑、抑郁也是引起溃疡的重要因素。

本研究虽然只对消化性溃疡进行了对照治疗,但在一定程度上也反映了其他心身疾病,如支气管哮喘、高血压、冠心病、癌症等疾病的预防办法。由于本研究样本量相对较小,加上研究的病种单一,研究结论难免有一定的局限性和片面性,有待以后扩大样本及研究范围作进一步探讨。

参考文献:

[1] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:387-395.
 [2] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京:人民卫生出版社,2009:1984-1988. (下转第 1114 页)

达 12%~15%，一旦发生漏诊、误诊，将加重伤情，造成严重后果。因此，应注意头、胸、腹部伤的早期诊断，除一般诊断措施外，对头部伤者尽量早期行 CT 检查；对腹部伤但腹腔穿刺等检查为阴性疑有腹腔脏器损伤者，应行腹腔灌注动态观察、动态床旁 B 超检查等以避免隐匿性损伤或延迟性肝脾破裂等。对怀疑腹膜后血管损伤者应急诊螺旋 CT 及数字减影血管造影等检查以帮助确诊。本组早期漏诊仅 20 例，漏诊率 5.09%。

3.2 优先手术解决危及生命的损伤，及时正确的手术是救治成功的关键 严重多发伤一旦几个部位的创伤都很重时，对危及生命及生命损伤的处理重点和先后次序与治疗效果密切相关。早期伤情评估、生命支持、损害控制，及时制订手术方案，取得好效果。如广泛的脑挫裂伤、颅内血肿，尽早手术清除血肿；伴有胸腹腔大量出血时，颅脑与胸腹腔手术应同时进行。对胸部伤合并腹部伤或胸腹联合伤，应遵循胸部伤重腹部伤轻者先开胸，腹部伤重胸部伤轻者，先留置胸腔闭式引流后开腹手术。如胸部伤和腹部伤均严重，应分两组分别开胸开腹^[1]，不作胸腹联合切口。对心脏穿透伤及严重肺、胸损伤行紧急手术，心脏穿透伤在急诊室剖胸行心脏修补，心脏压塞者紧急性心包切开，严重肺及主支气管断裂行肺部分切除，主支气管断裂吻合术^[2]。作者掌握的早期剖胸指征：(1)活动性胸腔出血；(2)邻近心前区的创口有内出血或出现心脏压塞表现，疑有心脏损伤；(3)严重肺裂伤及支气管破裂；(4)创伤性膈肌破裂^[3]；(5)创伤性食管破裂。

3.3 损伤控制外科技术的应用，维护重要脏器功能，减少脏器并发症是救治成功的保证 损伤控制外科技术是近年来常用的一种方法^[2-3]，指对脏器毁损严重，全身情况差不能耐受手术者可先采用暂时性止血及控制污染等措施，待患者一般情况改善后再施行确定性手术。本组对 5 例多发伤伤员采用了损伤控制外科技术，4 例抢救成功，1 例死亡，成功率 80%。其方法为尽快确定行简化手术。首先控制出血，进腹后立即探查确定损伤脏器及出血部位，用可吸收材料或大纱布、敷料等填塞止血，十二指肠、胆道、胰腺损伤等置管外引流。控制出血后，重点应转向肠内容物溢出引起的污染。对小的胃或肠破裂口用单层连续缝合快速关闭。有结肠损伤或多发小肠损伤时，切除失活的肠管，关闭末端，留于腹腔待二期吻合，不作切除吻合及

回、结肠造口术。上述简化手术完成后，患者回 ICU 复苏，复苏的重点是纠正休克、凝血障碍和酸中毒，通气支持。待全身情况改善后在术后 24~48 h 内实施确定性手术。对于未控制出血的创伤性休克，近年来主张行限制性复苏治疗^[4]。

3.4 腹膜后血管损伤的处理 腹膜后血管损伤的诊断及治疗仍存在一定困难，而腹膜后较大血管损伤常迅速而严重危及伤员的生命^[5]。对怀疑腹膜后血管损伤者应紧急螺旋 CT 加造影剂增强检查，如确定为腹膜后大血管损伤，应立即手术。本组行腹膜后血管修补或吻合术 5 例；对中等及较小的血管及骨盆骨折引起的盆腔腹膜后血管损伤行数字减影血管造影以进一步确定血管损伤部位，并行动脉栓塞治疗。本组用此方法诊治 13 例腹膜后血管损伤，均有效控制了出血^[6-7]。

参考文献：

- [1] Zelenak J, Hutan M, Kalig K, et al. Injuries of the intraabdominal organs at patients with polytrauma [J]. Bratislav Lek Listy, 2003, 104(2): 82-86.
- [2] 夏先进. 3 例胸外伤致主支气管断裂诊治体会 [J]. 重庆医学, 2006, 35(1): 90-92.
- [3] 陈瑜, 刘晓林, 夏先进, 等. 28 例创伤性膈肌破裂的临床分析 [J]. 重庆医学, 2010, 39(10): 1248-1250.
- [4] Waele JJ, Vermassen FE. Coagulopathy, hypothermia and acidosis in trauma patients; the rationale for damage control surgery [J]. Acta Chir Belg, 2002, 102(5): 313-316.
- [5] Ishihara SD. Control surgery and perioperative management [J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi, 2002, 103(7): 524-528.
- [6] Buris D, Rhee P, Kaufmann C, et al. Controlled resuscitation for uncontrolled hemorrhagic shock [J]. J Trauma, 1999, 46(2): 216-219.
- [7] Cardarelli MG. The management of traumatic aortic rupture [J]. Adv Surg, 2003, 37(2): 123-137.

(收稿日期: 2010-12-10 修回日期: 2011-01-10)

(上接第 1101 页)

- [3] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准 [M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998: 176-180.
- [4] 张锡明. 消化系统的心身疾病 [J]. 实用内科杂志, 1992, 12(6): 325-326.
- [5] 郑建盛, 杨丽全, 陈金涛. 消化性溃疡患者心理健康问题初探 [J]. 中国健康心理学杂志, 2004, 12(5): 347-349.
- [6] 张玲霞, 张沥, 张欣, 等. 个性及心理因素与消化性溃疡发病的关系 [J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(2): 227-229.
- [7] 易焯. 消化性溃疡患者的心身护理及康复指导 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2001, 22(1): 75-76.
- [8] 孔春建, 李红. 健康教育和心理护理在胃溃疡穿孔治疗中的作用 [J]. 医学理论与实践, 2005, 18(4): 454-455.
- [9] 黄建梅. 消化性溃疡患者中西医治疗护理的新观念 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2006, 8(6): 135-136.
- [10] 韩宝荣. 幽门螺杆菌感染致消化性溃疡健康指导 [J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(5): 474-475.
- [11] 左彦珍. 综合护理措施在消化性溃疡治疗中的作用 [J]. 现代护理, 2005, 2(1): 90-91.
- [12] 魏富有. 中西医结合治疗胃溃疡 2 000 例临床观察 [J]. 中

国中医药信息杂志, 2001, 8(1): 62-64.

- [13] 王忠芳. 情绪对消化性溃疡的影响及其护理 [J]. 中国基层医院, 2001, 8(3): 278-279.
- [14] 孙学礼, 王一平, 刘涛生, 等. 心理社会因素及血小板 5-HT 水平与胃溃疡的关系 [J]. 四川大学学报: 医学版, 2004, 35(6): 815-817.
- [15] 张茗. 心理治疗及情志疗法在胃溃疡治疗中的应用 [J]. 中国临床康复, 2006, 10(1): 131-133.
- [16] 陈雪鹃. 焦虑及抑郁对青年消化性溃疡患者的影响 [J]. 中华现代护理学杂志, 2010, 7(5): 322-323.
- [17] Panadopoulou F, Petridou E, Dessypris N, et al. Prevalence and correlates of depression in late life, a population based study from a rural Greek town international [J]. Journal of Geriatric Psychiatry, 2005, 211(3): 350-357.
- [18] Caruso C, Lusk S, Gillespie B. Relationship of work schedules to gastrointestinal diagnoses, symptoms, and medication use in auto factory workers. American [J]. Journal of Industrial Medicine, 2004, 46(4): 586-598.

(收稿日期: 2010-12-09 修回日期: 2011-01-22)