

功能性消化不良与精神心理因素的临床分析

张 维^{1,2}, 张 琨^{1*}, 刘卓然¹

(1. 南华大学附属第二医院消化科, 湖南 衡阳 421001; 2. 南方医科大学附属小榄医院 消化科)

摘要: **目的** 对功能性消化不良(FD)患者进行焦虑、抑郁评估,探讨FD和精神心理因素的关系,为临床治疗FD提供新的依据。**方法** 选取符合RomeⅢ诊断标准的FD患者80例,其中餐后不适综合征(PDS)45例,上腹痛综合征(EPS)35例,另选取健康对照组45例作为比较对象,采用焦虑/抑郁自评量表(SAS/SDS)及消化不良症状积分量表评估FD患者的焦虑、抑郁及消化不良状况。**结果** FD组、PDS组、EPS组SAS、SDS评分较对照组均明显增高($P < 0.05$);而PDS组与EPS组的SAS、SDS评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);FD患者的消化不良症状积分与SAS、SDS评分均呈正相关($P < 0.05$)。**结论** 精神心理因素对FD的发病起促进作用;焦虑、抑郁评分越高,FD患者消化不良主观症状越严重。

关键词: 功能性消化不良; 焦虑自评量表; 抑郁自评量表; 焦虑; 抑郁; 消化不良症状积分
中图分类号: R57 **文献标识码:** A

Clinical Analysis of Functional Dyspepsia and Psychologic Factor

ZHANG Wei, ZHANG Li, LIU Zhuoran

(Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital, University of South China, Hengyang, Hunan 421001, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the psychological factors in patients with functional dyspepsia, and explore the relationship between FD and the psychological factors, then further to provide a new theoretical basis for clinical treatment of FD. **Methods** Eighty patients diagnosed as FD were enrolled including 45 patients with postprandial distress syndrome (PDS), 35 patients with epigastric pain syndrome (EPS). Meanwhile, 45 healthy persons were regarded as control group. We use Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) and Dyspeptic symptoms scale to evaluate the condition of anxiety, depression and dyspeptic symptoms in FD. **Results** In group FD, PDS and EPS, the SAS score, the SDS score were significantly higher than control group ($P < 0.05$). But no significant difference was found between the group PDS and group EPS ($P > 0.05$). The Dyspeptic symptoms Scale had significant positive correlations with the SAS score, the SDS score ($P < 0.05$). **Conclusions** Anxiety and depression may play a promotional role in the development of FD. The higher the SAS and SDS were, the more serious the dyspeptic symptoms in FD patients.

Key words: FD; SAS; SDS; anxiety; depression; dyspeptic symptoms scale

功能性消化不良(Functional dyspepsia, FD)是临床上最常见的一种功能性胃肠病(Functional gastrointestinal disorders, FGIDS),约占消化系统疾病的20%~40%^[1]。RomeⅢ^[2]关于FD的诊断标准将其分为餐后不适综合征(Postprandial distress Syn-

drome, PDS)和上腹痛综合征(Epigastric Pain Syndrome, EPS)两种亚型。其中PDS是以早饱、餐后饱胀不适为主要临床表现, EPS则以上腹部疼痛和烧灼感为主要表现。FD、PDS、EPS的发病机制尚未明确, 现有研究认为其发病与精神心理因素、社会因素、内脏高敏感性、高胃酸分泌、幽门螺杆菌感染、上消化道运动障碍等综合作用有关。近年来, 随着生物—心理—社会医学模式的发展和对脑—肠轴认识的深入, 精神心理因素在FD发病中的作用显得愈

收稿日期: 2015-07-02; 修回日期: 2015-08-27

基金项目: 湖南省卫生厅项目资助(B2010-053), 湖南省研究生科研创新项目资助(2011B383)。

* 通讯作者, E-mail: hyzhanglig@163.com.

发重要。本文通过研究对比 FD 患者和健康对照组的焦虑、抑郁症状评分及消化不良症状评分,探讨精神心理因素在 FD 发病中的作用,为临床治疗 FD 提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 资料 从 2011 年 3 月~12 月期间在南华大学附属第二医院体检中心、神经内科和消化内科门诊及住院病房中,选取符合 Rome III^[2] 诊断标准的 FD 患者:①具有以下 1 项或多项症状:上腹(胃十二指肠区域)疼痛或上腹烧灼感、早饱、餐后饱胀不适感,诊断前症状至少出现 6 个月,最近 3 个月症状持续存在;②经胃镜检查示正常或轻度炎症改变,除外糜烂、溃疡、肿瘤等器质性病变;③经实验室(三大常规、血生化)检查、腹部彩超等检查排除肝、

胆、脾、胰的器质性病变;④排除糖尿病、结缔组织疾病及精神病,无腹部手术史,并排除肠易激综合征。FD 患者共 80 例,男 25 例,女 55 例,年龄 20~70 岁,平均年龄 36.5±11.2 岁。依据 Rome III^[2] 标准分为 PDS 组和 EPS 组两个亚组:其中 PDS 组 45 例,男 15 例,女 30 例,平均年龄 38.5±10.1 岁;EPS 组 35 例,男 10 例,女 25 例,平均年龄 35.4±9.9 岁。对照组为同期在南华大学附属第二医院健康体检中心体检的健康者,无 FD 症状及相关疾病,共 45 例,男 20 例,女 25 例,平均年龄 39.2±8.7 岁。体重指数(Body mass index, BMI)介于 22~25 kg/m²。本研究中的 80 例 FD 患者和 45 例健康志愿者均知情并同意参加此次研究,并通过南华大学附属第二医院伦理委员会同意,被研究者在年龄、性别、文化程度、职业、体重指数方面差异均无显著性($P>0.05$,表 1),具有可比性。

表 1 实验组和健康对照组职业、文化程度、性别、年龄、BMI 情况

组别	n	职业				文化程度			性别		年龄(岁)	BMI(kg/m ²)
		农民	无业	工人	其他	高中以下	高中	高中以上	男	女		
PDS 组	45	18	13	10	4	14	22	9	15	30	38.5±10.1	22.36±1.83
EPS 组	35	17	6	9	3	11	18	6	10	25	35.4±9.9	23.06±2.02
FD 组	80	35	19	19	7	25	40	15	25	55	36.5±11.2	22.39±1.97
对照组	45	15	13	9	8	12	20	13	20	25	39.2±8.7	22.54±1.65

1.2 方法

1.2.1 焦虑、抑郁评定 SDS 和 SAS 是由 zung^[3] 编制用于评价受试者抑郁及焦虑状态的两种简便自评工具,具有良好的效度和信度,能反应有焦虑或抑郁倾向患者的主客观感受。表格由评定对象自行填写,是不受任何人影响的自我评定。本研究中,先由医生对受试者解释说明两个量表的每条问题的含义及填写方法,再由受试对象自行填写,然后由同一评定者对答卷进行评分和核对,若出现疑问或矛盾之处则由评定者仔细询问受试者后加以校正。SAS, SDS 两个量表共含有 20 个项目,每项均为 4 级评分,将表中各项目的得分相加得到总粗分,然后通过公式转换: $Y = in + (1.25x)$,即用所得总粗分乘以 1.25,然后取其整数部分,即得到标准总分。取标准总分进行统计学分析,评定结果与我国常模对照比较,以上限为界, SAS 计分≥50 分,表明患者存在焦虑状态;以 SDS 标准分≥53 分说明患者存在抑郁状态。

1.2.2 消化不良症状积分 详细询问患者症状,对

患者上腹疼痛、上腹烧灼感、早饱感、餐后饱胀感、暖气、恶心、呕吐 7 个症状进行评分。依据各症状的严重程度计分:0 分——无症状;1 分——轻度,需稍加注意才感到症状;2 分——中度,有可耐受的自觉症状,尚不影响生活、学习及睡眠;3 分——重度,有严重影响学习、生活和睡眠的症状。用 1 周内相应症状出现的天数表示症状出现频率,标准如下:0 分——无发作,1 分——偶发(即 1 周内仅 1 天出现症状);2 分——较多(即 1 周内 有 2~4 天出现症状);3 分——多发(即 1 周内 有 5~6 天出现症状);4 分——频发(即 1 周内 几乎每日都出现症状)。1 周内症状严重程度积分与症状出现频率积分之积即为各患者消化不良积分。

1.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件包进行统计学分析,计量资料数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示;两组比较采用成组 t 检验;多组比较采用 ANOVA 单因素方差分析;组间两两比较用 LSD 法;SAS、SDS、消化不良症状积分之间的相关性用 spearman 相关分析; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 SAS 与 SDS 评分 FD 组、PDS 组、EPS 组 SAS 评分分别与对照组比较,SAS、SDS 评分明显增高,差异有统计学意义($P < 0.05$);而 PDS 与 EPS 组的 SAS 评分、SDS 评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 FD 组、PDS 组、EPS 组与对照组 SAS 评分比较(分)

分组	<i>n</i>	SAS 评分	SDS 评分
对照组	45	37.42 ± 8.05	38.27 ± 8.68
FD 组	80	48.63 ± 9.84 ^a	48.40 ± 10.02 ^a
PDS 组	45	49.98 ± 10.37 ^a	50.36 ± 10.67 ^a
EPS 组	35	47.39 ± 9.24 ^a	46.50 ± 9.23 ^a

与对照组比较,a: $P < 0.05$

2.3 消化不良症状积分与焦虑、抑郁状态相关性 FD 患者消化不良症状积分与 SAS 评分成正相关($r = 0.546, P < 0.01$);FD 患者消化不良症状积分与 SDS 评分成正相关($r = 0.463, P < 0.01$)(见表 3)。

表 3 FD 组消化不良症状积分与焦虑、抑郁的相关性分析

项目	分值	相关系数(<i>r</i>)	<i>P</i> 值
消化不良症状积分	25.35 ± 3.97		
SAS 评分	48.63 ± 9.84	0.546 ^a	<0.01
SDS 评分	48.40 ± 10.03	0.463 ^a	<0.01

a:与消化不良症状评分的相关系数

3 讨 论

当今社会竞争日益激烈,社会人群精神心理障碍以及 FD 的发病率日益增加,医学模式转变为生物—心理—社会综合模式。研究表明^[4]:FD 发病主要与胃肠动力学障碍、胃感觉障碍有关,而引起胃肠动力障碍的机制与精神心理因素有关,有研究指出,焦虑、抑郁等心理因素可能通过脑—肠轴使胃肠运动及分泌功能紊乱,或使内脏感觉过敏,引起胃肠功能障碍^[5]。FD 与抑郁、紧张、焦虑、疑病、睡眠障碍等精神心理因素密切相关^[6]。FD 患者中约 37.8% 有抑郁情绪,34.9% 有焦虑情绪,焦虑、抑郁评分显著高于我国正常人群水平^[7]。消化不良症状严重程度与焦虑、抑郁分数成正相关^[8]。有报道^[9]通过抗焦虑和抑郁治疗可以显著改善 FD 患者的症状。

近年来,脑—肠轴概念的提出为进一步研究精神心理因素对功能性胃肠病的影响奠定了基础。脑—肠轴通过双向信息传递将胃肠道功能和中枢的情感认知中心联系在一起。精神心理异常通过脑—肠轴,破坏边缘系统和下丘脑之间的平衡,使交感神经兴奋,迷走神经张力和环形肌收缩力降低,导致胃收缩和传导速度减慢,抑制胃动力,导致胃肠动力障碍^[10]。本研究显示:FD 组、PDS 组、EPS 组的 SAS 评分、SDS 评分均较对照组明显增高,FD 患者的消化不良症状积分与患者 SAS、SDS 评分呈正相关,这与其他研究结果相一致^[11]。胃肠道是人体唯一共同受中枢神经、肠神经和自主神经支配的系统,既有感觉又有运动,同时还有内分泌功能,是身心相关最敏感的器官。FD 患者往往有以抑郁、焦虑状态、躯体化为主要表现的情绪障碍,他们社会适应性差,情感控制力较差,易激惹、神经过敏、易接受暗示。面对压力性事件往往表现出一种夸大的反应,易处于过分紧张状态,造成中枢神经系统活动异常。FD^[10]患者的情绪应激变化可通过大脑边缘系统和下丘脑使植物神经功能紊乱,并通过内分泌、免疫系统、各种酶类和神经递质的中介作用导致血流改变、胃肠蠕动减弱以及腺体分泌减少并影响内脏感觉阈值,从而引起 FD 患者各种消化不良症状。当机体激动或者处于应激状态下,交感神经兴奋,此时胃肠黏膜血管收缩,导致胃肠黏膜缺血缺氧,胃腺体分泌减少,运动减弱、胃排空障碍,从而出现上腹部饱胀感、反酸、嗝气、恶心、呕吐等消化不良症状;反之,当情绪低落时,副交感神经兴奋,此时胃酸分泌量增多,对胃黏膜的损害加重,因此出现上腹痛、烧心、上腹部烧灼感等症状。患者的心理异常时,副交感神经兴奋,显著延缓胃肠道的消化及排空,内脏痛觉阈值降低,内脏敏感性增加,引起 FD 患者消化不良症状。同时,由于 FD 患者往往缺少正确的认识及应对态度,往往把由焦虑、抑郁、紧张、疲劳等状态下引起的不适感受视为器质性疾病,不断强化“病人”角色,反复就医,产生心源性或医源性的不良暗示,进一步加重原有消化不良症状,从而形成恶性循环。研究表明:FD 患者的 SAS 评分、SDS 评分越高,其焦虑、抑郁状态越严重,患者消化不良症状程度就越严重,因此正确评估 FD 患者的焦虑、抑郁状态并相应的进行心理疏导以及加入相关辅助抗焦虑、抗抑郁药物治疗,将可能在一定程度上改善患者的消化不良主观症状,有助于改善 FD 患者的治疗效果,进

而减少医疗资源的浪费,改善患者的生活质量。

目前,虽然相关研究表明精神心理因素在 FD 的发病机制中确有作用,但精神心理因素与疾病往往互为因果,关于精神心理因素如何影响 FD 的病理生理过程,以及统一的、精确的精神心理因素评价方法的制定等问题,尚有待多中心,严格设计的高质量临床实验进一步探讨。

参考文献:

- [1] Ohara S, Kawano T, Kusano M, et al. Survey on the prevalence of GERD and FD based on the Montreal definition and Rome III criteria among patients presenting with epigastric symptoms in [J]. *Gastroenterol*, 2011, 46 (5): 603-611.
- [2] Tack J, Talley NJ. Functional dyspepsia symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2013, 10 (3): 134-141.
- [3] Zung. Zung 氏抑郁自评量表 (SDS). 1965, 美国.
- [4] 侯晓华. 开展对功能性消化不良的病理生理研究 [J]. *中华消化杂志*, 2003, 23 (2): 69.
- [5] 任玉英, 赵素琴, 贾丽芳, 等. 氟哌噻吨美利曲辛联合六味安消胶囊对功能性消化不良患者生活质量的影响 [J]. *临床军医杂志*, 2010, 5 (5): 425-427.
- [6] Bennett EJ, Evans P, Scott AM, et al. Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders [J]. *Gut*, 2000, 46 (1): 83-87.
- [7] 马雪柏, 毛春林. 精神心理因素对消化不良影响的临床研究 [J]. *武警医学院学报*, 2010, 1 (1): 32-34.
- [8] 海晶美, 王垂杰, 李玉锋. 功能性消化不良与焦虑、抑郁关系的调查分析 [J]. *甘肃中医刊*, 2013, 40 (5): 42-45.
- [9] 关庆才, 王邦茂. 氟哌噻吨美利曲辛片辅助治疗功能性消化不良的 Meta 分析 [J]. *中国医药*, 2014, 9 (1): 77-80.
- [10] 徐亮, 陈剑群. 功能性消化不良与精神心理因素的研究进展 [J]. *徐州医学院学报*, 2010, 30 (6): 418-420.
- [11] 樊力红, 林真真, 梁普莹. 功能性消化不良患者焦虑及抑郁状况分析 [J]. *中国实用医刊*, 2013, 40 (5): 42-45.

(此文编辑:蒋湘莲)