维普资讯 http://www.cqvip.com

综 述 文章编号:0253-3626(2007)12-1351-02

肠易激综合征与心身治疗进展

达四平 综 述,帅 杰 审 校

(第三军医大学新桥医院门诊部,重庆 400037)

【中国图书分类法分类号】R574.4 【文献标识码】A 【收稿日期】2007-09-10

肠易激综合征(Irritable bowel syndrome,IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴大便习惯改变和(或)大便性状异常为特征的慢性功能性肠道疾病。病因和发病原理尚未明了,因为缺乏形态学和实验室异常的依据,综合医院的内科医生往往采取对证治疗,特别是 IBS 的症状与心理障碍所表现的躯体化症状常混为一体,造成医生对疾病判断及治疗无统一共识,从而使得患者躯体不适症状持续,疾病久治不愈,为此而反复就医,患者生活质量的下降。本文从心身角度对 IBS 的临床特征和心身治疗学作一综述。

1 IBS 合并抑郁、焦虑

国际上对 IBS 患病率正规的流行病学研究甚少,现有资料一般认为患病率为 7.2%~17%,随着受教育程度的提升患病率有升高的趋势。多素回归分析表明“痢疾”、“受凉”“凉食”等可能是 IBS 发病的重要诱因[1,2]。

IBS 患者常表现为神经质、情绪易激动、不安、焦虑和抑郁等心理异常。研究发现 IBS 患者的各项精神症状指数均显著高于对照组[3]。IBS 患者的症状也与睡眠异常有关。睡眠剥夺可以降低内脏痛觉阈值,睡眠障碍可引起并加重 IBS 的症状。Fass 等调查了 505 例 IBS 患者,发现有 50.2%患者有易醒、晨起疲劳等睡眠障碍,57.2%有因腹痛从睡眠中醒来的症状。经历过严重精神创伤的个体对后续刺激反应过度,因此更加脆弱。儿童期受虐待者成人后可以出现创伤后应激障碍、抑郁和 IBS。

IBS 患者合并抑郁、焦虑症状的患病率为 14%~69%[4],付朝伟等[5]对我国大城市消化内科门诊病人分析发现 IBS 有较高的抑郁、焦虑症状和抑郁、焦虑障碍,患病率(24.8%),且诊治率较低(10%~4.8%)。IBS 患者合并抑郁、焦虑如此低下的识别率低、治疗率应该引起消化内科医生的警觉。

另外,IBS 引起病人某种程度的心理反应,这种反应与 IBS 的严重程度、个体因素及社会环境因素有关,少部分病人达到了抑郁症或焦虑症的诊断标准。与不伴有抑郁的病人相比其社会功能降低。IBS 症状因抑郁、焦虑因素参杂其中,导致患者久治不愈,为此而反复就医,患者生活质量的下降。

作者介绍:达四平(1961-),男,副主任医师,副教授,主要研究方向:心身疾病。

2 精神障碍所表现的躯体化症状

综合性医院存在大量的躯体化障碍病人,所谓躯体化,Zllipowski 的定义是:个体在心理社会应激反应之下,体验和诉说通常提示躯体疾病的症状,而检查不能发现躯体疾病的基础,病人通常有把这些症状归纳为躯体疾病并为此寻求医治的倾向。

WHO 估计全世界抑郁障碍患病率约 3%~5%,即约有 1~2 亿人,躯体疾病和心理障碍症状并存以及心理障碍躯体化,仅 10%的病人到精神科就诊,而其他约 90%的病人就诊于综合医院。非精神科医生主观上对抑郁症的重视不够,客观上相对缺乏抑郁症有关知识,再加上此病躯体症状突出,抑郁症状潜伏、隐蔽,易于误诊。1994 年 WHO 调查了世界 15 个基层单位,结果显示上海地区抑郁症识别率为 6.2%,治疗率为 3.5%,Bridges 等对综合医院的 500 名初诊患者调查发现,当患者以慢性躯体不适为主诉时,抑郁的漏诊率达 48%[6]。国内王恒飞在 70 例抑郁症患者中发现,以腹痛、腹泻、便秘和腹胀等躯体症状为主诉的发生率为 20%~60%[7]。

这一状况的产生可能与患者以躯体性主诉就诊、有意或无意掩盖将抑郁、焦虑的症状,非精神科医生缺乏必要的诊治技能、以及患者多、就诊时间短等因素有关。综合医院的医生往往单纯给予解痉止痛、止泻或通便治疗,抑郁、焦虑的持续存在将影响患者躯体疾病的治疗效果,导致患者反复就诊,降低了患者的生活质量,浪费了社会的医疗资源。

3 IBS 与躯体形式障碍的诊断

(1)症状方面:两种疾病在临床症状上有着相似的表现,均可表现明显的腹痛或腹部不适伴大便习惯改变和(或)大便性状异常。

(2)心理因素、情绪及个性特征上:IBS 属于功能性胃肠疾病,许多学者通过抑郁、焦虑量表评分的研究显示 IBS 患者可出现抑郁、焦虑症状。万红宇在“肠易激综合征与精神心理因素”一文中,指出 IBS 症状的出现和加重可能与精神心

维普资讯 http://www.cqvip.com

理因素有关,而精神因素是 IBS 发病和加重的重要原因[8]。

(3)临床诊断过程:IBS 和虑躯体形式障碍的诊断均需要除外器质性疾病、均缺乏形态学和实验室异常的依据,部分 IBS 患者和虑躯体形式障碍的诊断需要精神科标准化会谈。对临床确诊的 IBS 患者特别是治疗时间长、疗效差者,除了评价其胃肠道症状,还应从以下方面评价其心理状态:(1)心理障碍,包括可能存在的焦虑或抑郁状态。(2)人格尺度、长期的焦虑倾向,包括长期过分关注肠道和身体其它部位的症状及对压力的习惯性反应。(3)目前所处的困难的社会环境和无效的应对措施。(4)异常的疾病态度和病态行为。以希区分是 IBS 合并抑郁、焦虑还是精神障碍的躯体化症状。此区分过程应该由消化内科医师和精神科医师会诊完成。

4 IBS 的心身治疗进展

因临床对两者判断有困难,因此造成了治疗上的紊乱。单纯给予解痉止痛、止泻或通便治疗,往往不能取得预期的疗效。国内外学者[9,10]研究发现联合使用抗抑郁抗焦虑药物治疗 IBS 取得了意想不到的效果。不仅缓解了腹部症状、改善了焦虑和抑郁情绪,还通过调整交感与副交感神经,阻断精神 - 躯体恶性循环。Tanum[11]等主张用四环类抗郁药米安舍林(mianserin)对症状累计时间超过 12 个月的各类顽固性功能性胃肠病进行治疗疗效显著。

抗抑郁药之所以能缓解 IBS 的症状,除与其能改善患者的精神状态有关外,与其对患者胃肠道功能的明显调节作用亦有一定关联。有研究报道小剂量三环类抗抑郁药可阻滞 5- 羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素的再摄取,具有抗组胺、抗多巴胺、抗胆碱和调节肥大细胞功能等作用[12],而 5-HT 再摄取抑制剂(SSRI)类抗抑郁药还具有降低内脏敏感性的作用,因此,加用 SSRI 或三环类抗抑郁药可明显改善 IBS 患者的生活质量和临床症状。

晚近研究表明对严重 IBS 患者心理学治疗和抗抑郁药治疗都能提高患者的生活质量[13]在催眠疗法、认知疗法、放松疗法和热生物疗法等心理治疗方法中,已经证实前两种发法可以作为有效的辅助治疗[14]。应该指出的是心理治疗属于哲学范畴,因影响因素较多,不适于采用随机对照实验观察疗效,国内报道甚少。

5 有待进一步研究的问题

IBS 的症状与心理障碍所表现的躯体化症状常混为一体,造成医生对疾病诊断及治疗无统一共识,IBS 合并的抑郁和精神障碍的病人均得不到准确的诊断和有效的治疗。目前的困难是二者区分的标准不是十分明确,IBS 合并的抑郁、焦虑程度到什么程度、持续多长时间适合应用抗抑郁抗焦虑治疗,目前还尚无确切的报道,有待进一步深入研究、规范。

从我国医疗资源的配置上看,相当多的综合医院缺乏专职的精神科医生,精神科医生多集中在精神病医院,有待进一步调整。

(帅 杰,第三军医大学新桥医院神经内科主任医师、教授)

参 考 文 献

[1] 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]. 中华流行病杂志,2002;21(1):26-29.

[2] Talley N,Zinsmeister A,Van D,et al. Epidemiology of colonic Symptoms and the irritable bowel Syndrome[J]. Gastroenterology, 1991;101(4):927-934.

[3] Talley N,Howell S,Poulton R. The irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in the community:is there a link[J]? Am Gastroenterology,2001;96:1072-1079.

[4] 平 丽,李瑜元,聂玉强,等.功能性胃肠病患病情况调查[J]..实用医学杂志,2003;19:424-426.

[5] 付朝伟,徐飚,陈维清,等.中国大城市肠易激综合征和功能性消化不良患者抑郁、焦虑现况研究[J].中华消化杂志,2006;26(3):151-154.

[6] Bridges K,Sooris M, Andraw K,et al. Somatic presentation of DSM-III psychiatry disorders in primary care[J]. Psychosomatic Res, 1985;29(3):561-566.

[7] 王恒飞.以躯体症状为主诉的抑郁症 70 例误诊分析[J]. 贵州医药,2006;30(6):540-541.

[8] 万红宇.肠易激综合征与精神心理因素[J]. 临床心身疾病杂志,2005;11(1):88-92.

[9] Jackson J,O'Malley P,Tomkins G,et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications:a meta-analysis [J]. Am J Med,2000;108:65-72.

[10] 王伟岸,潘国宗,饯家鸣.小剂量氟西汀治疗难治性肠易激综合征[J]. 中华消化杂志,2002;22:186-187.

[11] Tanum L,Malt UF. A new pharmacologic treatment of functional gastrointestinal disorder. A double-blind placebo-controlled study with mianserin[J]. Stand J Gastroenterol,1996;31:318-325.

[12] Clouse RE,Lustman PJ,Geisman RA,et al. Antidepressant therapy in 138 patients with irritable bowel syndrome:a five-year clinical experience[J]. Aliment Pharmacol Ther,1994;8:409-416.

[13] Creed F,Fernandes I,Guthrie E,et al. North of England IBS Research Group. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome[J]. Gastroenterology,2003;125(5):1554-1558.

[14] Galovski T,Blanchard E. Hypnotherapy and refractory irritable bowel syndrome:a single case study [J]. Am J Clin Hypn,2002;45(1):31-34.