

焦虑和抑郁在慢传输型便秘患者发病过程中的作用评估初探

谢振年¹ 李东冰¹ 贾小强¹ 王芳丽³ 智建文³ 郝丽丽¹ 李友峰¹

(1 中国中医科学院西苑医院肛肠外科,北京,100091; 2 航天中心医院肛肠科,北京,100049; 3 中国中医科学院广安门医院肛肠外科,北京,100053)

摘要 目的:通过对慢传输型便秘患者焦虑、抑郁状态进行评估,探讨焦虑、抑郁与慢传输型便秘患者发病的关系,为临床治疗提供依据。方法:对 42 例慢传输型便秘患者(治疗组)和 42 例健康者(对照组)进行对照研究,采用抑郁自评量表、焦虑自评量表进行心理测试。结果:在抑郁自评量表、焦虑自评量表的评分上,女性高于男性,治疗组高于对照组($P < 0.05$),焦虑、抑郁状态与慢传输型便秘患者的症状的轻重有相关性($P < 0.05$)。结论:慢传输型便秘患者在不同程度上都存在焦虑和抑郁,其临床症状的轻重与抑郁和焦虑成相关性,临床治疗上我们应当配合认知治疗,使患者建立良好而健康的认识模式,减轻情绪反应,使我们的治疗达到事半功倍的效果。

关键词 慢传输型便秘;焦虑;抑郁;抑郁自评量表;焦虑自评量表

Effect of Anxiety and Depression in the Process of Slow Transit Constipation Patients

Xie Zhenian¹, Li Dongbing¹, Jia Xiaoqiang¹, Wang Fangli², Zhi Jianwen³, Hao Lili¹, Li Youfeng¹

(1 Xiyuan Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100091, China; 2 Central Hospital of China Aerospace Corporation, Beijing 100049, China; 3 Guang'anmen Hospital of Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100053, China)

Abstract Objective: Through the assessment of anxiety, depression in patients with slow transit constipation, explore the relationship between anxiety, depression and slow transit constipation patients, and provide ground for clinical therapy. **Methods:** A total of 42 patients with slow transit constipation were included in the observation group, 42 healthy people (non constipation) were recruited in the control group. The instruments used in this study included the self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS).

Results: The scores from SDS and SAS were higher in females than in males, there was a correlation between the severity of symptoms of anxiety and depression of patients with STC ($P < 0.05$). **Conclusion:** Patients with STC have anxiety and depression to various degrees. The clinical symptoms and the severity of depression and anxiety are related. The treatment of slow transit constipation should be combined with cognitive therapy, so as to establish a good and healthy cognition mode, reducing the emotional reaction, achieving the better therapeutic effect.

Key Words STC; Anxiety; Depression SAS; SDS

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.09.012

慢传输型便秘(Slow Transit Constipation,STC)又称结肠无力型便秘,是一类以胃肠动力减弱为主要特点的顽固性便秘,发病机制不清,主要表现为大便次数减少、无便意、排便困难、排便不尽感等。随着人们生活水平的提高,其发病率逐年提高,普遍认为它是一种生物—心理—社会病症,引起原因颇多,除了饮食等因素外,精神心理因素是影响胃肠道功能的重要原因^[1]。我们在研究该病的发病机制过程中发现慢传输型便秘患者在不同程度上存在焦虑和抑郁情绪反应,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2010 年 11 月至 2013 年

7 月在我院及合作医院确诊为慢传输型便秘的住院患者 42 例作为治疗组,其中男 4 例,女 38 例;年龄 31 ~ 75 岁,平均(61.12 ± 12.85)岁;病程 3 ~ 38 年,平均(16.59 ± 9.48)年。选择无便秘症状,无心、肝、肾等重要脏器病变,无精神异常情况的志愿者 42 例为对照组,其中男 4 例,女 38 例;年龄 32 ~ 74 岁,平均(58.39 ± 9.25)岁。两组性别、年龄、职业、文化程度、婚姻状况等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 STC 诊断标准 采取罗马Ⅲ(2006 年)标准,STC 诊断标准为:1)符合罗马Ⅲ标准;2)同时需除外肠道或全身器质性病因以及药物因素所致的便秘;3)排除 C-IBS;4)临床特点为排便次数减少(< 3 次/周)、无便

基金项目:国家自然科学基金项目(课题名称:穴位强化埋线疗法治疗慢传输型便秘的机制研究,编号:81072813),伦理批件:中国中医科学院西苑医院伦理委员会 2010XL072-2)

通信作者:李东冰,男,硕士,主任医师,职务:科主任;研究方向:肛肠疾病的临床及基础研究,E-mail:lidongbing14@163.com

意、排便困难或粪质坚硬(Bristol 1~2型);5)GITT检查支持。

1.3 慢传输型便秘主要症状的标准 由于目前尚无公认的积分标准,为便于统计,采用中华医学会外科分会肛肠外科学组依据“功能性便秘罗马Ⅲ诊断指标”及“粪便性状 Bristol 分级标准”制定的“便秘症状评估表”(2005年2月长春)^[2]。

1.4 治疗组纳入标准 1)符合慢传输型便秘的诊断标准;2)已签署知情同意书;3)年龄在30~75岁之间;4)意识清楚,治疗合作;5)心脑血管、代谢性疾病等全身疾病处于平稳期;6)参加其他便秘临床试验停止试验1个月以上者。

1.5 治疗组病例排除标准 出口梗阻及混合型便秘者;合并严重脏器功能不全者;妊娠及哺乳期妇女;有肠道器质性梗阻病变者。

1.6 方法 1)抑郁自评量表(Self-rating Depression Scate,SDS)包括20个条目,采用由轻至重四级评分。查表可得出标准分,标准分>50且<60判为轻度抑郁;>60且<70判为中度抑郁;>70判为重度抑郁。焦虑自评量表(self-rating anxiety Scate,SAS量表)包括20个条目,采用由轻至重四级评分。查表可得出标准分,标准分>50且<60判为轻度焦虑;>60且<70判为中度焦虑;>70判为重度焦虑。2)嘱受检者处于平静状态时填写每个量表,20个项目得分总合为总分(X),乘以1.25后取其积的整数部分即得标准总分(Y)。3)评定时间范围是“最近一个星期”。

1.7 统计学处理 采用SPSS19.0统计分析软件,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验、秩和检验进行统计学处理。

2 结果

2.1 慢传输型便秘患者男女性 SDS,SAS 标准总分比较 慢传输型便秘患者 SDS,SAS 分值女性高于男性,差别有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 慢传输型便秘患者男女性 SDS,SAS 标准总分比较

组别	性别	例数	SDS	SAS
治疗组	女	38	48.76±10.30	45.93±9.24
治疗组	男	4	35.29±8.56	37.68±9.76
统计值		42	6.753*	3.018*

注: $P<0.05$,有统计学意义。

表2 两组 SDS,SAS 标准总分比较

组别	例数	SDS	SAS
治疗组	42	47.68±10.23 ^ˊ	45.46±9.36 ^ˊ
对照组	42	33.28±5.86	36.24±5.84

注:与对照组同期比较, $P<0.05$,有统计学意义。

2.2 两组 SDS,SAS 标准总分比较 两组 SDS,SAS 标准总分比较,治疗组总分明显高于对照组。见表2。

2.3 慢传输型便秘患者症状积分与 SAD.SDS 评分的相关性 慢传输型便秘患者的症状总积分与 SAS,SDS 评分呈正相关($P<0.05$),见表3。

表3 慢传输型便秘患者症状积分与 SAD.SDS 评分的相关性

症状	$(\bar{x}\pm s)$	r	
		SDS	SAS
排便间隔天数	2.49±0.71	0.219	0.221
排便困难/过度用力排便	2.68±0.71	0.146	0.043
下坠、不尽、胀感	2.41±1.12	0.154	0.156
粪便性状	1.34±1.25	0.031	0.210
腹胀	1.98±1.24	0.178	0.184
总积分	9.78±2.67	0.319*	0.362*

3 讨论

随着饮食结构的改变及精神心理和社会因素的影响,便秘已成为影响现代人生活质量的常见疾病,2008年的流行病学资料显示^[3],欧洲普通人群便秘的平均患病率为17.1%,我国北京普通人群慢性便秘的患病率为6.07%,患病率呈上升趋势,因此对其机制及病因的研究成为现代临床医生的一个重要课题。

在我国中医学文献中没有慢传输型便秘的说法,便秘又称“脾约”“大便难”“后不利”等。其发病原因有饮食不节、情志失调、外邪犯胃、禀赋不足等。病机主要是热结、气滞、寒凝、气血阴阳亏虚引起肠道传导失司。便秘的基本病变属大肠传导失常,同时与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑的功能失调有关。其中与肝的功能最为密切,中医理论认为肝应春,主生发,肝主疏泄,喜条达,恶抑郁,调畅气机。叶天士云:“肝病必犯土,是侮之所胜也,克脾则腹胀,便或溏或不爽。”可见肝的“通”“降”功能失调是功能性肠病发病的根本原因,故本病虽病位在肠,实病在肝^[4]。肝在志为怒,郁怒则伤肝,肝伤则疏泄失调,故时时情志不遂,久则必致气机不畅、气火内郁、痰浊内结、大便不通。我们在临床上也经常发现便秘患者多与肝郁有关,且反复发作,每因情志变动、所愿不遂时便秘症状即加重。喻玉等^[5]也在研究慢传输型便秘中医证型和心理因素的关系时发现,肝郁气滞证型显著高于气虚肠燥证、气阴两虚证、脾肾阳虚证,提示慢传输型便秘与肝密切相关,肝的疏泄功能失常在慢传输型便秘发病中起着重要作用,而焦虑和抑郁症状是肝脏疏泄功能失常的重要体现。藏象理论认为不良情绪刺激引起肝的疏泄失常,造成乘脾犯胃,进而腑气不降而致大肠传导失常。若肝疏泄功能不及,则形成肝气郁证,气郁化火又会伤阴化燥,加重便秘^[6]。这与我们在临床上发现慢传输型便秘患

者 SAS、SDS 评分显著高于对照组 ($P < 0.05$) 是相吻合的,同时慢传输型便秘患者的 SAS、SDS 评分与患者的便秘症状是有相关性的 ($P < 0.05$),便秘症状重,其抑郁焦虑状态较明显,反之其抑郁焦虑状态的加重又会使便秘症状加重。

现代医学也认为 STC 发病机制复杂,机制不清,可能是多种致病因素所致,是一个全身性、多系统、多器官的综合征,随着 1977 年美国罗彻斯特大学教授 Engel 提出生物——心理——社会医学模式,临床医生开始逐步重视精神心理社会因素在疾病中的作用,1993 年 Merkel 等对功能性便秘心理状况评价时发现患者在抑郁、焦虑、强迫及躯体症状等方面得分明显升高。2001 年 Emmmanuel 等提出慢性便秘妇女心理因素异常的,其便秘患病率明显升高,研究提出在严重的便秘患者中,心理因素通过自主神经传出通路影响消化道功能^[7]。国内外已有相当多的研究表明,肠道功能既受植物神经系统的控制,也受神经内分泌的影响,有研究认为便秘患者心理障碍可能通过抑制外周自主神经对结肠的支配而引起便秘,还可通过大脑皮层影响植物神经系统,尤其是副交感神经,使肠管扩张,肠动力减弱,胃肠道分泌消化液减少,从而引起便秘。我们对慢传输型便秘患者的 SAS、SDS 评分也表明,慢传输型便秘患者多伴有抑郁和焦虑情绪,而抑郁和焦虑较重的患者往往又会加重胃肠功能障碍。

我科从 2002 年开始已经系统观察穴位强化埋线法治疗慢传输型便秘患者,已被临床证实获得了较好的疗效,临床有效率达到 69.4%^[8-9],近期我们又对埋线后的部分患者在 1 个月后进行 SDS、SAS 的问卷调查,发现其评分较埋线前有所降低,我们查阅相关文

献,推测可能是在特定穴位上埋线可以有振奋阳气、疏肝解郁,开窍启闭、醒元神、调脏腑的作用,从而达到调整阴阳,扶正祛邪的目的,现代的神经生理研究证实,针刺能直接兴奋上行激活系统,解除脑细胞的抑制状态,使减弱的脑活力增强,改善脑血液循环,提高脑血氧供应,从而缓解患者抑郁和焦虑状态。

因此在临床治疗上,除了我们的常规治疗,还应当配合认知治疗,介绍便秘的相关知识,使患者消除紧张情绪,掌握结肠运动的规律,帮助他们建立良好而健康的认识模式,以缓解其心理压力,减轻情绪反应,使我们的治疗达到事半功倍的效果。

参考文献

- [1] 王俊萍,段丽萍,叶红军,等. 功能性便秘患者的精神心理状况及生活质量评估[J]. 中华内科杂志,2008,47(6):460-461.
- [2] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology,2006,130:1377-1390.
- [3] 宋虎,彭俊生,杨祖力,等. 中国人群功能性便秘患者心理健康状况的 Meda 分析[J]. 中国全科医学,2011,14(1):2930.
- [4] 翟敏,孙建华. 中医肛肠病病因、病机的古文献探析[J]. 浙江中医药大学学报,2009,33(1):22.
- [5] 喻玉,向未,罗传斌,等. 慢传输型便秘中医证型与心理因素的关系[J]. 实用中西医结合临床,2012,12(1):58.
- [6] 窦学俊. 在功能性便秘发病机制研究中重视气机疏泄的探讨[J]. 江苏中医药,2010,42(6):2.
- [7] Emmanuel A V, Mason H J, Kamm M A. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with functional gut disorder[J]. Gut,2001,49(3):209-213.
- [8] 蔡亭,李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘 127 例[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(10):948-949.
- [9] 李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘的临床研究[J]. 中国针灸,2004,24(9):600-601.

(2013-08-20 收稿)

(上接第 1032 页)

也是胃经的下合穴,“合治内腑”,治疗胃的病变,脏象学说认为,“胃主通降”,只有通才能降^[8]。上述三穴配合是恢复胃肠传导的直接动力。气海为“元气之聚,生气之源”,主治元气不足及下焦气机失畅所致病证,有增强元气、总调下焦气机的作用,配上关元、中极,健脾胃、温命火、壮肾阳,三穴相配,是恢复传导的间接动力。

穴位强化埋线法结合肛门微创手术是我科经过长期的临床研究,依据相关中医理论,结合现代操作手段,充分发挥中医外治法的优势,能明显改善混合型便秘患者的临床症状,促进肠蠕动,是一种有效、安全、痛苦相对小,且一般无不良反应,是一种融多种疗法、多种效应于一体的复合性治疗方法,具有重要的现实及社会意义,具有大力推广的前景^[2]。

参考文献

- [1] Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process[J]. Gastroenterology,2006,130:1377.
- [2] 李东冰. 穴位强化埋线配合肛门局部手术治疗便秘的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2009,29(3):260-262.
- [3] 蔡亭,李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘 127 例[J]. 中国中西医结合杂志,2005,25(10):948-949.
- [4] 李东冰. 穴位埋线治疗慢传输型便秘的临床研究[J]. 中国针灸,2004,24(9):600-601.
- [5] 汪君侠. 埋线加腹部按摩治疗顽固性便秘疗效观察[J]. 按摩与康复医学,2013,4(1):73.
- [6] 林容枝,甘君学. 深刺天枢穴治疗功能性便秘机制的研究思路[J]. 浙江中医药大学学报,2007,33(6):863-864.
- [7] 何沁娟,陈智,李应昆. 针灸治疗慢性功能性便秘的文献计量学分析与评价[J]. 医学信息,2012,25(3):101.
- [8] 吴凤华. 针刺天枢穴治疗慢传输型便秘疗效分析[J]. 实用中医药杂志,2012,28(3):176.

(2013-08-20 收稿)