

# 抗抑郁焦虑药在消化内科辅助治疗中的应用

丁丽华 李顺见\*

山东省莱阳卫生学校

**摘要:**目的: 基于精神心理因素与消化系统疾病的相关性, 结合消化内科抗抑郁焦虑药应用现状, 探讨抗抑郁焦虑药对消化系统疾病临床疗效的影响。抗抑郁焦虑药能够有效提高消化系统疾病的内科治疗效果且不影响用药安全性。

**关键词:** 消化内科; 辅助治疗; 抗抑郁焦虑药; 临床应用

【DOI】10.12252/j.issn.2096-6288.2023.10.100

以黛力新(氟哌噻吨美利曲辛片)为代表的抗抑郁焦虑药是目前消化内科的常用辅助治疗药物, 可在直接防控抑郁、焦虑等心理并发症的同时间接促进胃肠功能恢复, 进而保证消化系统疾病患者的身心健康<sup>[1]</sup>。因此, 研究抗抑郁焦虑药在消化内科辅助治疗中的临床应用效果, 对提高消化系统疾病治疗有效性有重要意义。

## 一、资料与方法

### (一) 一般资料

选取我院消化内科2020年1月至2022年6月收治的消化系统疾病患者440例, 其中功能性消化不良、慢性胃炎、胃食管反流病、肠易激综合征和消化性溃疡患者分别有80例、90例、100例、80例和90例, 随机分为专科组和辅助组, 每组各220例, 两组内同病患者例数相同。

### (二) 治疗方法

#### 1. 专科组

功能性消化不良患者每日口服3次多潘立酮片和2次雷贝拉唑胶囊, 每次剂量均为10mg; 慢性胃炎患者餐前半小时口服20mg奥美拉唑和10mg莫沙必利, 每日分别服用1次和3次; 胃食管反流病患者每日早餐前30min口服30mg兰索拉唑片; 肠易激综合征患者每日口服3次匹维溴铵和双歧杆菌三联活菌胶囊, 每次剂量分别为50mg和420mg; 消化性溃疡患者每日口服3次磷酸铝凝胶、2次米索前列醇片、1次奥美拉唑镁肠溶片并分2次饭前口服甲硝唑片, 每次剂量分别为20g、0.2mg、20mg和200mg。

#### 2. 辅助组

在专科组的基础之上, 功能性消化不良患者每日晨起口服20mg盐酸帕罗西汀片, 慢性胃炎患者每日早、午各口服1片黛力新(10mg美利曲辛+0.5mg氟哌噻吨), 胃食管反流病患者每日早餐后2h左右口服30mg度洛西汀, 肠易激综合征患者每日晨起口服10mg氟西汀, 消化性溃疡患者每日早餐后口服10.5mg氟哌噻吨美利曲辛片。

两组用药期间均对患者进行健康知识宣教, 为其详

细讲解自身疾病的危害、病因和治疗、预防、保健方法; 严密监测患者的肝功能、血尿常规等生理指标和血压、心率等生命体征, 指导其坚持进行跳绳和跑步等有氧运动, 嘱咐其规律作息、均衡饮食并戒烟禁酒、严禁暴饮暴食; 积极与患者沟通交流, 耐心倾听并尽量满足其诉求, 鼓励其通过打牌、下棋、钓鱼、画画和看电影等方式合理宣泄负面情绪, 每周给予1次为期30min的个人心理辅导, 帮助其调整心态。

### (三) 观察指标

两组患者治疗后的临床症状、血生化指标、内镜下表现、心理状态和生活质量及其用药后发生的不良反应。

### (四) 评定方法

功能性消化不良、慢性胃炎、胃食管反流病、肠易激综合征和消化性溃疡分别以临床症状、C反应蛋白、胃泌素、5-羟色胺和溃疡愈合度为疗效评价指标, 其中临床症状用5级评分法进行评估并将评分降低50%以上者视为控制达标, C反应蛋白、胃泌素和5-羟色胺等空腹离心静脉血清指标水平分别用酶联免疫吸附法、放射免疫法和酶联免疫吸附法进行测定, 溃疡愈合度根据溃疡数目减少或面积缩小比例进行评估并以50%为愈合标准; 心理状态以抑郁情绪为评价指标, 分别用抑郁自评量表、汉密尔顿抑郁量表、贝克抑郁自评量表、汉密尔顿抑郁量表和汉密尔顿抑郁量表进行评估, 评分与心理健康状况呈反比; 生活质量分别用WHO生活质量评定简表、健康调查简表、反流和消化不良生活质量量表、肠易激综合征生活质量量表和健康调查简表进行评估, 评分与生活质量呈正比。

### (五) 统计学方法

将收集的临床资料录入SPSS20.0统计学软件中进行分析和整理, 以均数±标准差( $\bar{x} \pm S$ )表示血生化指标、溃疡愈合度和抑郁度、生活质量评分等计量资料, 以百分率(%)表示临床症状控制率和药物不良反应发生率等计数资料, 前者用t检验比较, 后者用 $\chi^2$ 检验比较, 并判定 $P < 0.05$ 时的差异有统计学意义。

## 二、结果

### (一) 症状疗效

专科组与辅助组中40例功能性消化不良患者治疗后的恶心、上腹疼痛、嗝气、反酸和餐后腹胀等症状分别有80.00%和95.00%得到有效控制，二者有明显差异 ( $P < 0.05$ )；45例慢性胃炎患者治疗后的早饱、反酸烧心、上腹胀痛、嗝气和恶心呕吐等症状分别有75.56%和86.67%得到有效控制，二者有明显差异 ( $P < 0.05$ )；50例胃食管反流病患者治疗后的咽部梗阻、胸痛、烧心

和反酸等症状分别有64.00%和96.00%得到有效控制，二者有明显差异 ( $P < 0.05$ )；40例肠易激综合征患者治疗后的肛门坠胀、大便急迫、腹泻、腹痛和腹胀等症状分别有82.50%和97.50%得到有效控制，二者有明显差异 ( $P < 0.05$ )；45例消化性溃疡患者治疗后的恶心呕吐、嗝气反酸和餐后上腹疼痛等症状分别有84.44%和95.56%得到有效控制，二者有明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表1。

### (二) 病理疗效

表1 两组患者治疗后的临床症状控制率比较 [N (n%), N=220]

疾病	功能性消化不良	慢性胃炎	胃食管反流病	肠易激综合征	消化性溃疡
例数	40	45	50	40	45
专科组	32 (80.00%)	34 (75.56%)	32 (64.00%)	33 (82.50%)	38 (84.44%)
辅助组	38 (95.00%)	39 (86.67%)	48 (96.00%)	39 (97.50%)	43 (95.56%)

专科组与辅助组中40例功能性消化不良患者治疗后的临床症状积分、45例慢性胃炎患者治疗后的C反应蛋白水平、50例胃食管反流病患者治疗后的胃泌素水平、

40例肠易激综合征患者治疗后的5-羟色胺水平和45例消化性溃疡患者治疗后的溃疡愈合度均有明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者治疗后的病理指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , N=220)

疾病	功能性消化不良	慢性胃炎	胃食管反流病	肠易激综合征	消化性溃疡
例数	40	45	50	40	45
疗效指标	临床症状积分 (分)	C反应蛋白 (mg/L)	胃泌素 (ng/L)	5-羟色胺 (pg/L)	溃疡愈合度 (%)
专科组	7.16 ± 0.23	7.50 ± 1.22	126.79 ± 12.56	53.37 ± 20.07	55.55 ± 8.89
辅助组	4.57 ± 0.27	5.18 ± 1.29	169.63 ± 18.79	74.38 ± 21.15	63.33 ± 3.33

### (三) 心理疗效

专科组与辅助组中40例功能性消化不良患者、45例慢性胃炎患者、50例胃食管反流病患者、40例肠易激综

合征患者和45例消化性溃疡患者治疗后的抑郁度评分均有明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表3。

### (四) 用药安全

表3 两组患者治疗后的抑郁度评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分, N=220)

疾病	功能性消化不良	慢性胃炎	胃食管反流病	肠易激综合征	消化性溃疡
例数	40	45	50	40	45
专科组	9.15 ± 4.53	9.69 ± 0.63	13.24 ± 0.14	30.0 ± 0.56	20.27 ± 0.67
辅助组	8.43 ± 3.38	6.56 ± 0.13	11.52 ± 0.29	18.9 ± 0.62	13.75 ± 0.59

专科组与辅助组中40例功能性消化不良患者分别有7.50%和5.00%用药后发生呕吐、乏力和嗜睡等不良反应，二者无明显差异 ( $P > 0.05$ )；45例慢性胃炎患者分别有4.44%和6.67%用药后发生皮肤过敏、恶心呕吐、腹痛腹泻和头晕头痛等不良反应，二者无明显差异 ( $P > 0.05$ )；50例胃食管反流病患者分别有8.00%和8.00%用药后发生腹泻、心律失常、肝功能异常、嗜睡、失眠

和口干等不良反应，二者无明显差异 ( $P > 0.05$ )；40例肠易激综合征患者分别有10.00%和12.50%用药后发生头痛、呕吐、恶心、腹泻和失眠等不良反应，二者无明显差异 ( $P > 0.05$ )；45例消化性溃疡患者分别有8.89%和6.67%用药后发生便秘、腹泻、口干和头晕等不良反应，二者无明显差异 ( $P > 0.05$ )。见表4。

### (五) 生活质量

表4 两组患者发生的药物不良反应比较 [N (n%), N=220]

疾病	功能性消化不良	慢性胃炎	胃食管反流病	肠易激综合征	消化性溃疡
例数	40	45	50	40	45
专科组	3 (7.50%)	2 (4.44%)	4 (8.00%)	4 (10.00%)	4 (8.89%)
辅助组	2 (5.00%)	3 (6.67%)	4 (8.00%)	5 (12.50%)	3 (6.67%)

专科组与辅助组中40例功能性消化不良患者、45例慢性胃炎患者、50例胃食管反流病患者、40例肠易激综合征患者和45例消化性溃疡患者治疗后的生活质量评分均有明显差异 ( $P < 0.05$ )。见表5。

表5 两组患者治疗后的生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分,  $N=220$ )

疾病	功能性消化不良	慢性胃炎	胃食管反流病	肠易激综合征	消化性溃疡
例数	40	45	50	40	45
专科组	87.83±4.62	57.34±4.53	26.53±0.29	70.54±6.68	68.20±0.27
辅助组	94.24±2.65	63.20±4.30	31.11±0.59	80.72±2.46	76.89±0.68

### 三、讨论

#### (一) 精神心理因素与消化系统疾病的相关性分析

在消化系统疾病的临床诊疗中, 抑郁、焦虑等负面情绪既是主要诱发、加重因素之一, 又是常见并发症之一<sup>[2]</sup>, 说明精神心理因素与消化系统疾病密切相关, 这主要是因为功能性消化不良的发病机制所涉及的内脏敏感性、神经递质传递和胃肠平滑肌运动均在脑-肠互动的范围内, 受到心理调节机制的影响; 慢性胃炎的病理机制以胃分泌、运动、感觉障碍和炎症为主, 受免疫、肠神经和神经内分泌系统的调节, 与产生思维、情绪的情感认知中枢相互关联; 胃食管反流病临床症状的严重程度由客观病理和主观感受双重因素决定, 而精神刺激和心理压力一方面以脑-肠轴为媒介降低食管下括约肌压力, 另一方面通过影响自主神经功能来降低胃收缩传导速度和胃肠动力并提升食管的化学刺激敏感性; 肠易激综合征的反复发作与中枢、肠神经系统功能失调密切相关, 与不良情绪所致肠道功能紊乱的发病机制不谋而合; 消化性溃疡的发生、发展受胃酸分泌、胃黏膜防御机能和胃壁血管状态的影响, 而这些都是与情绪产生有关的中枢、肠神经递质的作用靶点。

#### (二) 抗抑郁焦虑药对消化系统疾病临床疗效的影响

由表1可见, 辅助组患者的治疗有效性明显优于专科组患者 ( $P < 0.05$ ), 说明抗抑郁焦虑药能够有效控制消化系统疾病患者的临床症状, 这主要是因为帕罗西汀可以通过神经系统间接促进胃肠蠕动, 氟哌噻吨美利曲辛能够利用脑-肠互动作用降低胃肠敏感性, 度洛西汀的超敏反应调节作用可以提高食管对胃酸等化学刺激的耐受能力, 氟西汀对5-羟色胺受体能及递质活性的调节作用削弱了胃肠动力和痛觉之间的相互作用。由表2可见, 辅助组患者治疗后的病理指标明显优于专科组患者 ( $P < 0.05$ ), 说明抗抑郁焦虑药有助于消化系统疾病患者的胃肠功能恢复, 这主要是因为帕罗西汀能够通过抑制酶活动来阻止影响胃肠动力的一氧化氮合成, 氟哌噻吨美利曲辛能够通过影响中枢神经系统来抑制炎症因子的释放, 度洛西汀的降食管下括约肌张力作用会刺激胃泌素发生负反馈性合成分泌, 氟西汀

对中枢神经中的5-羟色胺受体具有高度选择性。由表3可见, 辅助组患者治疗后的抑郁度明显轻于专科组患者 ( $P < 0.05$ ), 说明抗抑郁焦虑药有利于消化系统疾病患者的心理健康, 这主要是因为帕罗西汀可以通过抑制5-羟色胺再摄取活动来促进其与中枢神经受体结合, 氟哌噻吨美利曲辛能够通过抑制突触前神经递质回收5-羟色胺来强化突触间多巴胺合成、释放信息传递, 度洛西汀的去甲肾上腺素和5-羟色胺再摄取抑制作用使中枢和交感神经兴奋性下降, 氟西汀特异性阻断了神经突触摄取5-羟色胺的过程。由表4可见, 辅助组与专科组患者的药物不良反应发生率无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 说明抗抑郁焦虑药不会增加消化系统疾病患者的用药安全风险, 这主要是因为帕罗西汀、氟哌噻吨美利曲辛、度洛西汀和氟西汀均以5-羟色胺为抗抑郁焦虑作用枢纽, 通过人体自身的脑-肠互动调节胃肠功能, 不但本身就降低了躯体症状敏感性, 而且与质子泵抑制剂、胃肠动力药和胃黏膜保护剂等消化专科用药的作用靶点和机制基本不存在交叉点, 毒副作用不易叠加。由表5可见, 辅助组患者治疗后的生活质量明显优于专科组患者 ( $P < 0.05$ ), 说明抗抑郁焦虑药能够有效提高消化系统疾病患者的舒适度, 这主要是因为抗抑郁焦虑药既直接缓解了抑郁、焦虑等负面情绪, 又通过脑-肠轴间接控制了胃肠道症状, 有利于患者的身心健康。

综上所述, 在消化系统疾病的内科治疗中辅以抗抑郁焦虑药, 能够在不增加药物副作用的同时有效控制临床症状, 改善病理指标, 提高患者的生活质量, 有利于其心理健康, 具有高效、全面、安全、舒适的优点, 值得在临床推广使用。

#### 参考文献

[1] 袁如彩, 朱炳喜. 消化内科住院患者抗抑郁药的用药情况分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(01): 142-143

[2] 杜春, 白光. 消化系统疾病与心理因素的相关性分析[J]. 临床合理用药杂志, 2010, 3(19): 97

作者简介: 李顺见(通讯作者), 男, 中共党员, 医学硕士, 分管学校教学和信息化工作, 长期从事思政一线教学。