

· 临床经验 ·

## 幽默疗法辅助治疗慢性萎缩性胃炎 53 例

阮鹏, 阮浩然

阮鹏, 成都医学院 四川省成都市 610081  
 阮浩然, 四一〇医院 四川省广元市 628200  
 通讯作者: 阮鹏, 610081, 四川省成都市, 成都医学院.  
 jizhe8106@yahoo.com.cn  
 传真: 028-865790253  
 收稿日期: 2005-05-17 接受日期: 2005-06-18

## 摘要

**目的:** 观察幽默疗法辅助治疗慢性萎缩性胃炎的疗效。

**方法:** 将 106 例患者随机分为幽默疗法治疗组和对照治疗组各 53 例, 均使用胃康宁治疗(每次四粒, 一日三次), 1 wk 为一疗程, 共十二个疗程. 对照组不使用幽默疗法, 两组皆运用胃镜和活检评定疗效。

**结果:** 幽默疗法明显改善了患者的心理症状, 患者在躯体化、抑郁、焦虑、精神病性四个项目上与治疗前具有显著差异( $t = 4.57, P = 0.007 < 0.01$ ), 强迫症状与治疗前比有显著差异( $t = 3.24, P = 0.02 < 0.05$ ). 幽默疗法结合中医治疗结果显示: 治疗组病理有效率为 56.60%, 总有效率为 83.02%, 治疗前后差异显著( $t = 3.15, P = 0.02 < 0.05$ ); 对照组病理总有效率为 35.85%, 总有效率为 69.81%, 治疗前后具有显著性差异( $t = 2.98, P = 0.03 < 0.05$ ); 组间比较, 总有效率和痊愈率具有统计学意义( $t = 3.06, P = 0.03 < 0.05$ ).

**结论:** 幽默疗法可有效改善患者心理症状与胃肠功能, 促进病理症状的改善, 从而提高药物疗效。

阮鹏, 阮浩然. 幽默疗法辅助治疗慢性萎缩性胃炎 53 例. 世界华人消化杂志 2005;13(14):1792-1794  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1792.asp>

## 0 引言

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是临床消化系统常见、难治疾病之一, 是胃黏膜的一种慢性炎症性病变, 以淋巴细胞和浆细胞浸润为主, 更以黏膜固有腺体萎缩和肠上皮化生为特征, 其临床表现与一般性胃炎大致相同, 一般可见上腹部饱胀不适或胃脘轻微隐痛, 食欲减退或恶心, 嗝气, 口苦口干, 少酸或无酸, 部分患者可有脘痛连胁, 夜寐不佳, 形体消

瘦等. 1978年世界卫生组织将慢性萎缩性胃炎列为胃癌的癌前疾病或癌前状态之一. CAG在我国发病率约为7.5%, 而胃癌在癌症发病率与死亡率中均列第一位, 所以积极治疗相当重要. 新近研究<sup>[1-2]</sup>表明胃肠疾病患者容易出现明显的心理症状, 如抑郁、焦虑、强迫、神经病性等, 我们的调查也证明了这点. 治疗上, 一般认为该病西医疗效并不理想, 而临床实践<sup>[3-5]</sup>表明中医具有独特的疗效和广阔的前景. 针对上述情况, 我们运用幽默疗法辅助治疗慢性萎缩性胃炎, 取得令人满意的效果, 现报告如下。

## 1 材料和方法

1.1 材料 CAG患者共106例, 随机分为幽默疗法组(A组)与对照治疗组(B组), 各53例. A组男34例, 女19例; 平均年龄 $52.3 \pm 13.4$ ; 病程 $0.6-18$  a, 平均 $8.32 \pm 4.85$  a. B组男36例, 女17例; 平均年龄 $53.3 \pm 4.35$ ; 病程 $0.5-19$  a, 平均 $6.67 \pm 5.54$  a. A、B两组性别、年龄、病程等比较均无显著性差异( $P > 0.05$ ). 诊断标准: 参照《慢性萎缩性胃炎纤维镜及病理诊断标准和慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》<sup>[6]</sup>. 排除标准: (1) 经过病理诊断疑似癌变患者; (2) 伴随肝、肾、心、脑、血液等严重疾病患者; (3) 未按规定服药, 未坚持治疗或无法判定疗效的患者. 主要观察内容: 痞满、胃痛、纳差、嘈杂、舌脉淤阻等项. 按照发病的轻、中、重情况, 分别作1, 2, 3分统计(表1). 在治疗前7 d内做纤维镜与病理切片诊断. 腺体萎缩、肠上皮化生和异常增生低于1/3者为轻度, 1/3-2/3为中度, 2/3以上为重度, 分别作1, 2, 3分统计(表2). 心理症状诊断标准: 采用症状自评量表(SCL-90问卷), 该量表内容涉及感觉、情绪、思维、意识、行为、生活习惯、睡眠等, 被公认为具有容量大、反映症状丰富、能准确刻画自觉症状等优点. 量表采用5级计分制: 1无, 无该项症状问题; 2轻度, 自觉有该症状, 但发生不频繁、不严重; 3中度, 自觉有该症状, 其程度为轻度到中度; 4相当严重, 自觉常有该症状, 其程度为中度到严重; 5严重, 自觉常有该症状, 频繁出现, 程度也十分严重. 两组治疗前主要心理症状得分无

表1 两组治疗前主要症状分布

n	痞满			胃痛			纳差			嘈杂			舌脉淤阻			
	轻	中	重	轻	中	重	轻	中	重	轻	中	重	轻	中	重	
A组	53	17	24	6	11	21	5	13	20	7	14	25	6	6	10	2
B组	53	14	27	5	13	18	5	7	22	8	12	21	5	9	11	2

表2 两组治疗前胃镜与病理活检情况

	n	萎缩			肠化			异常增生		
		轻	中	重	轻	中	重	轻	中	重
A组	53	29	19	5	23	18	3	9	11	2
B组	53	26	21	6	21	20	2	9	9	2

显著差异,  $P>0.05$ .

1.2 方法 A、B 两组皆用胃康宁(黑龙江葵花药业股份有限公司生产)治疗,每日三次,每次4粒,1 wk为一疗程,共十二个疗程.治疗期间不再使用其他药物,并注意避免感冒等其他疾病.其中A组同时使用幽默疗法以辅助治疗,方法是每日上午、下午和晚间各组织观看幽默影片一部,提供幽默与笑话类期刊,同时要求医护人员积极采用“微笑服务”.B组为对照组,不使用幽默疗法,也嘱其尽量避免幽默信息刺激.

统计学处理 采用 SPSS 11.0 软件进行统计学分析,  $P<0.05$  为有统计学意义.

## 2 结果

2.1 症状疗效评定 治疗痊愈:主要症状消失或基本消失,总积分减少80%以上;显效:主要症状明显改善,总积分减少61-81%;有效:主要症状有所改善,总积分减少30-60%;无效:症状无明显改善或症状加重的(表3).

表3 两组临床症状积分改善情况比较(mean ± SD)

	A组			B组		
	n	治疗前	治疗后	n	治疗前	治疗后
痞满	47	1.86±0.55	0.21±0.43 <sup>b</sup>	46	1.95±0.64	0.63±0.57 <sup>a</sup>
胃痛	37	1.94±0.47	0.25±0.50 <sup>b</sup>	36	1.85±0.53	0.44±0.46 <sup>a</sup>
纳差	40	1.86±0.52	0.34±0.46 <sup>b</sup>	37	1.83±0.45	0.75±0.64 <sup>a</sup>
嘈杂	45	1.83±0.44	0.25±0.52 <sup>b</sup>	38	1.84±0.57	0.82±0.64 <sup>a</sup>
舌脉淤阻	18	1.81±0.57	0.19±0.51 <sup>b</sup>	22	1.67±0.53	0.76±0.54 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> $P<0.05$ , <sup>b</sup> $P<0.01$  vs 治疗前.

2.2 胃镜与病理活检疗效评定 在治疗后1 wk内以胃镜与病理切片活检复查证实.近期痊愈:腺体萎缩、肠上皮化生和异常增生恢复正常或基本消失,总积分减少90%以上;显效:总积分减少60%以上;有效:总积分减少30%以上;无效:未达到有效标准或症状加重者(表4).

表4 治疗前两组胃镜与病理活检积分比较(mean ± SD)

	A组		B组	
	n	治疗前	n	治疗前
萎缩	53	1.54±0.60	53	1.55±0.49
肠化	44	1.61±0.57	43	1.51±0.62
异常增生	22	1.69±0.63	20	1.66±0.58

<sup>a</sup> $P<0.05$ , <sup>b</sup> $P<0.01$  vs 治疗前.

2.3 心理症状诊断 治疗前A、B两组在躯体化、强迫症状、抑郁、焦虑、精神病性表现均为阳性.治疗后A组呈阳性的因子均转阴( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),而对照组B组仅在躯体化上具有明显改善, $P<0.05$ (表5).

2.4 总疗效比较见表6.

表5 两组治疗前后心理症状比较(mean ± SD)

因子项目	A组		B组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体化	1.77±0.32	1.37±0.34 <sup>b</sup>	1.74±0.35	1.56±0.35 <sup>a</sup>
强迫症状	1.85±0.53	1.64±0.55 <sup>a</sup>	1.89±0.63	1.79±0.47
人际敏感	1.63±0.49	1.63±0.42	1.64±0.61	1.65±0.54
抑郁	2.11±0.43	1.56±0.34 <sup>b</sup>	1.99±0.44	1.84±0.43
焦虑	1.90±0.44	1.48±0.46 <sup>b</sup>	1.93±0.48	1.76±0.57
敌对	1.62±0.42	1.57±0.46	1.52±0.49	1.50±0.41
恐怖	1.63±0.42	1.34±0.43	1.34±0.43	1.33±0.39
偏执	1.51±0.55	1.52±0.061	1.49±0.57	1.52±0.44
精神病性	1.82±0.37	1.36±0.36 <sup>b</sup>	1.82±0.42	1.69±0.51

<sup>a</sup> $P<0.05$ , <sup>b</sup> $P<0.01$  vs 治疗前.

表6 两组总疗效比较

	n	痊愈	显效	有效	无效	病理有效率	总有效率
A组	53	8 <sup>b</sup>	22 <sup>a</sup>	14	9 <sup>b</sup>	56.60% <sup>a</sup>	83.02% <sup>a</sup>
B组	53	3	16	18	16	35.85%	69.81%

<sup>a</sup> $P<0.05$ , <sup>b</sup> $P<0.01$  vs B组.

## 3 讨论

本研究结果表明:幽默疗法治疗慢性萎缩性胃炎患者在同等治疗情况下药物的疗效得到显著提高.使用幽默疗法组心理与病理症状改善明显,提示药物疗效与患者心理健康有密切联系,心理症状的改善降低了对生理的负面影响,从而可使药效明显.

中医认为本病主要由情志郁结、饮食失调、气血失和等所致.有关治疗清代李中梓《症治汇补·痞满》认为:“本病的治疗,初宜舒郁”.现代心身疾病学也认为胃肠疾病可导致明显的心理症状,而心理症状也可引发一系列生理反应,二者可形成生理-心理症状的恶性循环.而肠胃功能性疾病中,神经心理因素往往占有重要地位.精神压力可以影响胃肠动力,降低内脏痛阈值<sup>[7]</sup>,而精神放松、愉悦可明显改善胃肠功能.故而,治疗慢性萎缩性胃炎应给予患者足够心理治疗考虑.由于此类疾病出现的抑郁症状最为突出,故以幽默疗法为主进行治疗,而不宜使用抗抑郁类抗精神病药物,以免患者厌倦服药产生不良心理,同时也节省了治疗成本,符合患者的经济考虑.焦虑往往与抑郁相伴而生,故抑郁症状改善

的同时焦虑也得到了明显的改善. 中医《内经》认为: “喜”可胜“忧、悲”. 故而使患者情绪愉悦可有效对抗病理症状引起的消极情绪. 幽默疗法起源于1950和1960年, 近几年幽默疗法在临床实践中发挥着独特的治疗作用. 新近研究<sup>[8-11]</sup>认为, 幽默体验、大笑可刺激大脑中枢对脑啡肽的释放, 脑啡肽具有改善情绪、提高免疫力、镇静和镇痛等作用. 这表明幽默疗法可从提高患者自身免疫能力等入手, 促进疾病的康复. 临床研究<sup>[12]</sup>也表明中药治疗可逆转肠上皮化生, 其主要是通过改善免疫功能, 对胃黏膜起到修复作用从而改善泌酸功能, 调节胃动力, 以达到病理症状的改善. 而幽默疗法促进脑啡肽释放, 提高患者免疫能力, 无疑协同了中药, 加强了胃功能的改善, 进一步促进了病理症状的改善.

#### 4 参考文献

1 高鼎良, 陶家泳, 邵云弟. 盐酸帕罗西汀治疗胃肠疾病433例分析.

- 中华消化杂志 1999;19:357-358
- 2 王伟岸, 潘国忠, 钱家鸣. 精神因素对肠易激综合征患者内脏敏感性的影响. 中华医学杂志 2002;82:308-311
- 3 章敏. 中医药对慢性萎缩性胃炎癌前病变的研究进展. 山东中医杂志 1994;13:330-332
- 4 陈云庆, 刘国普. 慢性萎缩性胃炎的中医药研究概况. 山东中医杂志 2001;20:506-508
- 5 孙洁. 中西医结合辨治慢性萎缩性胃炎的思路. 陕西中医 2004;25:815-816
- 6 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案). 中西医结合杂志 1990;10:318-319
- 7 张海燕, 李延青. 肠易激综合征发病机制的研究进展. 中国综合临床 2004;20:1145-1147
- 8 王国祥. 幽默疗法探析. 医学与社会 2004;7:19-21
- 9 钱会南. 论情志因素对体质及发病的影响. 北京中医药大学学报 2004;27:11-13
- 10 王玉秀, 童昭岗, 胡海青. 内源性阿片肽系统免疫调节功能的研究进展. 中国临床康复 2003;10:1558-1559
- 11 Bennett HJ. Humor in medicine. South Med J 2003;96:1257
- 12 李荣华, 王士昌, 遇俊清, 丁明发, 董建琪, 冯忠军. 中药胃病灵治疗慢性萎缩性胃炎的研究. 世界华人消化杂志 1998;6:951-954

编辑 王谨晖 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 肝炎肝硬化患者血清 IL-10、IL-18 水平及意义

谭永港, 刘俊, 丁世华, 刘新民

谭永港, 刘俊, 丁世华, 刘新民, 深圳市第二人民医院消化内科  
广东省深圳市 518035

通讯作者: 谭永港, 518035, 广东省深圳市笋岗西路3002号, 深圳市第二人民医院.

电话: 0755-83808552 传真: 0755-83228956

收稿日期: 2005-04-15 接受日期: 2005-05-14

### 摘要

**目的:** 探讨血清白介素(IL)-10、IL-18在肝炎肝硬化发病机制中的作用.

**方法:** 肝炎肝硬化患者62例, 根据child-pugh分级法分A、B、C级三组, 采用ELISA法检测血清IL-10、IL-18水平, 对照组(NC)为20名健康献血员.

**结果:** 血清IL-18含量由高到低依次为child-C级、B级、A级、NC组, 方差分析有显著差异( $P < 0.01$ ), 各组间两两比较均有统计学意义( $P < 0.05$ ). IL-10含量child-A级组略高于NC组, 无统计学意义( $P > 0.05$ ), B、C组均低于NC组, 两两比较均有统计学意义( $P < 0.05$ ), B级与C级组比较均有统计学意义( $P < 0.01$ ). 血清IL-18含量由高到低依次为有腹水组、无腹水组、NC组, 方差分析有显著差异( $P < 0.01$ ), 各组间两两比较均有统计学意义( $P < 0.01$ ). 血清IL-10有腹水组

低于无腹水组、NC组, 无腹水组略高于NC组, 有腹水组与NC组、无腹水组比较均有统计学意义( $P < 0.01$ ), 无腹水组与NC组比较无统计学意义( $P > 0.05$ ). 血清IL-10与总胆红素呈负相关( $r = -0.339$ ,  $P < 0.01$ ), 与凝血酶原活动度呈正相关( $r = 0.506$ ,  $P < 0.01$ ), 与血清白蛋白水平呈正相关( $r = 0.566$ ,  $P < 0.01$ ); 血清IL-18与总胆红素呈正相关( $r = 0.667$ ,  $P < 0.01$ ), 与凝血酶原活动度呈负相关( $r = -0.463$ ,  $P < 0.01$ ), 与白蛋白水平呈负相关( $r = -0.315$ ,  $P < 0.01$ ). 血清IL-10与IL-18水平呈负相关( $r = -0.51$ ,  $P < 0.01$ ).

**结论:** IL-10、IL-18在肝炎肝硬化的发病机制中起一定作用, 其水平与肝损害的程度密切相关.

谭永港, 刘俊, 丁世华, 刘新民. 肝炎肝硬化患者血清IL-10、IL-18水平及意义. 世界华人消化杂志 2005;13(14):1794-1797

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1794.asp>

### 0 引言

近年研究表明, 在乙型肝炎病毒(HBV)的作用下, 肝脏发生炎症反应和相继的纤维化. 在此过程中有两类细胞因