

· 临床研究 ·

药物联合心理干预治疗慢性荨麻疹疗效观察

李建勤 王慧敏

【摘要】目的 探讨药物联合心理干预治疗慢性荨麻疹的临床疗效。**方法** 将 120 例慢性荨麻疹患者采用随机数字法分为治疗组(61 例)和对照组(59 例)。对照组给予依巴斯汀片(1 次/日,每次 10 mg,连续服用 4 周)口服药物治疗,治疗组在此基础上给予心理干预治疗。于治疗前和治疗后分别采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)和症状总评分(TSS)对 2 组患者的焦虑状态、抑郁状态及症状总积分进行评定。**结果** 治疗前,2 组 120 例患者中 SAS 评分达到或超过异常界值(≥ 50 分)44 例,SDS 评分达到或超过异常界值(≥ 53 分)25 例;治疗组和对照组的 SAS 评分分别为(45.51 $\pm$ 7.34)分和(46.27 $\pm$ 5.92)分,SDS 评分分别为(48.09 $\pm$ 8.38)分和(49.56 $\pm$ 4.99)分,组间差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 4 周后,治疗组 SAS 和 SDS 评分[分别为(35.68 $\pm$ 3.23)分和(40.29 $\pm$ 7.15)分]均较组内治疗前明显下降($P<0.01$),而对照组 SAS 和 SDS 评分[分别为(43.66 $\pm$ 5.17)分和(46.57 $\pm$ 6.01)分]均下降不明显($P>0.05$),但治疗组 SAS 和 SDS 评分明显低于对照组($P<0.01$)。治疗前,治疗组和对照组 TSS 评分分别为(7.07 $\pm$ 3.19)分和(6.86 $\pm$ 4.22)分,组间差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 2 周后,2 组 TSS 评分均较治疗前有所下降($P<0.05$),且治疗组[(3.91 $\pm$ 2.02)分]下降较对照组[(4.14 $\pm$ 2.41)分]更为明显($P<0.05$);治疗 4 周后,2 组 TSS 评分均较治疗前进一步下降($P<0.05$),而治疗组 TSS 评分[(1.15 $\pm$ 2.09)分]下降更为明显($P<0.01$),且与对照组的 TSS 评分[(3.48 $\pm$ 2.13)分]比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。治疗 4 周后,治疗组和对照组有效率分别为 85.25% 和 66.10% ($P<0.05$);治疗组和对照组患者复发率分别为 15.38% 和 43.59%,治疗组优于对照组($P<0.01$)。**结论** 药物联合心理干预治疗可有效缓解慢性荨麻疹患者的焦虑和抑郁症状,提高慢性荨麻疹的临床疗效并降低复发率,值得临床应用。

【关键词】 药物; 心理干预; 慢性荨麻疹

慢性荨麻疹是皮肤科的一种常见疾病,其发病机制较为复杂,至今尚无明确定论。部分荨麻疹患者发病前均有精神诱因,心理应激也可使荨麻疹病情加重^[1],但精神心理因素在发病中的作用往往被忽略。目前临床上常用抗组胺药治疗,效果不显著,易反复发作,患者常常缺乏信心和耐心继而出现焦虑、抑郁等负性情绪。本科于 2011 年 1 月至 2012 年 6 月应用药物联合心理干预治疗慢性荨麻疹,取得较好疗效,现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

入选标准:①符合慢性荨麻疹的诊断标准^[2];②年龄 18~65 岁;③病程 ≥ 6 周,每周至少 2 次症状发作;④患者入组时有荨麻疹的症状和体征;⑤患者均能遵从医嘱完成治疗,并签署知情同意书。

排除标准:①近 2 周系统应用过糖皮质激素、免疫抑制剂或免疫调节剂;②近 1 周使用过抗组胺药物;③已知对依巴斯汀的成分过敏者;④合并有严重心脑血管、肝肾系统疾病、恶性肿瘤、自身免疫性疾病等;⑤孕妇及哺乳期女性;⑥寒冷性荨麻疹、接触性荨麻疹、胆碱能型荨麻疹、日光性荨麻疹等有明确原因的荨麻疹。

选取 2011 年 1 月至 2012 年 6 月在我院就诊且符合上述标

准的慢性荨麻疹患者 120 例,按随机数字表法分为治疗组(61 例)和对照组(59 例)。2 组患者性别、年龄、病程及受教育程度等方面经统计学比较分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	受教育程度*
		男	女			
治疗组	61	26	35	32.42 $\pm$ 14.75	11.07 $\pm$ 13.95	4.22 $\pm$ 1.41
对照组	59	25	34	30.49 $\pm$ 15.66	13.21 $\pm$ 15.01	4.57 $\pm$ 1.65

注: * 为赋值比较,0 文盲,1 小学,2 初中,3 高中或中专职高,4 大专,5 大学本科,6 研究生及以上

二、治疗方法

2 组患者均给予依巴斯汀片口服药物治疗,1 次/日,每次 10 mg,连续服用 4 周。治疗组在口服依巴斯汀片基础上辅以心理干预治疗(由具备心理学知识和技能的临床心理科专业医师负责完成),每周 1 次,每次 40~60 min,共 4 次。

1. 支持性心理治疗:医生采用安慰、关心、理解、支持的态度,仔细倾听,容许患者宣泄不良情绪,对患者诉说的种种心理障碍表示信任和理解,耐心疏导,让患者感受到有人在帮助他共同应付困境。向患者说明病情,消除患者的恐惧感,树立战胜疾病的信心。

2. 认知行为疗法和合理情绪疗法:向患者介绍慢性荨麻疹的可能病因,治疗要点,让患者了解目前的病情同其焦虑、抑郁等不良负面情绪有关,让其切身体会到情绪的改变可明显影响临床症状,通过解释疏导使患者改变不合理的认知和信念,从而使症状得以减轻或消失。

3. 暗示疗法:包括医生暗示和自我暗示,以改变患者的心理状态,减轻或消除其心理的或生理的症状。

4. 行为指导疗法:调整饮食结构,改变生活习惯,合理安排作息时间,保证足够的睡眠;帮助和启发患者寻找可能存在的过敏源,并尽量避免接触过敏源。

5. 家庭支持治疗:取得患者家属的积极配合,鼓励患者多与家人交流,建立良好的家庭关系,得到家属的理解、关心和体贴,以便增加更多的家庭支持。

三、观察指标与疗效标准

1. 焦虑和抑郁状态评定:分别采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[3]对患者进行焦虑状态和抑郁状态评定,量表各由 20 个条目组成,按症状出现频度评定,采用 1~4 级评分。分数越高,说明焦虑或抑郁程度越重,以标准分 SAS $\geq$ 50 分, SDS $\geq$ 53 分作为异常界值。与患者沟通,向患者说明调查目的,取得患者理解、同意后,由临床心理科的专业医师对每例符合入选标准的患者进行现场调查,采用统一的指导语,由患者独立填写问卷,填答完毕后当场收回问卷。

2. 慢性荨麻疹的症状总积分评分标准:评分标准参考欧洲 Benavides 的研究^[4]按 4 级评分法对患者的瘙痒程度、风团数目、风团最大直径以及风团持续时间进行评分,4 项评分相加为症状总积分(total symptom score, TSS)。详见表 2。其中瘙痒程度采用视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)法^[5]进行评分。

表 2 慢性荨麻疹的症状总积分评分标准

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
瘙痒程度	无	轻度	中度	重度
风团数目	无	1~10 个	11~25 个	>25 个
风团最大直径(cm)	0	$\leq$ 1.5	$\leq$ 2.5	>2.5
风团持续时间(h)	0	$\leq$ 1.0	$\leq$ 12.0	>12.0

3. 疗效判定标准及复发判定标准:全部患者治疗 4 周后进行临床疗效评价和复发判定。

疗效判定标准:根据每例患者治疗前和治疗后的症状总积分,按公式(1)计算症状积分下降指数(symptom score reducing index, SSRI)。

$$SSRI = \frac{\text{治疗前症状总积分} - \text{治疗后症状总积分}}{\text{治疗前症状总积分}} \times 100\% \quad (1)$$

治愈——SSRI 为 $\geq$ 90%;显效——SSRI 为 60%~90%;好转——SSRI 为 20%~60%;无效——SSRI 为 $<$ 20%。有效率以治愈加显效病例计算,即有效率=(治愈+显效)/(治愈+显效+好转+无效) $\times$ 100%。

复发判定标准:在随后某一阶段,当达到治愈或显效标准患者的症状积分下降指数回落至 60% 以下则判定为复发^[6]。

四、统计学分析

本研究采用 SPSS 10.0 版统计软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗前及治疗 4 周后 SAS 和 SDS 评分比较

治疗前,治疗组和对照组的 SAS 评分分别为(45.51 ± 7.34)分和(46.27 ± 5.92)分,SDS 评分分别为(48.09 ± 8.38)分和(49.56 ± 4.99)分。2 组 120 例患者中 SAS 评分达到或超过异常界值(≥ 50 分)44 例,SDS 评分达到或超过异常界值(≥ 53 分)25 例。

治疗 4 周后,治疗组 SAS 和 SDS 评分均较组内治疗前明显下降($P < 0.01$),但对照组 SAS 和 SDS 评分均下降不明显($P > 0.05$);治疗组治疗 4 周后的 SAS 和 SDS 评分明显低于同期对照组,且 2 组间差异均有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 3。

表 3 2 组患者治疗前、后 SAS 和 SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
治疗组	61	45.51 ± 7.34	35.68 ± 3.23^{ab}	48.09 ± 8.38	40.29 ± 7.15^{ab}
对照组	59	46.27 ± 5.92	43.66 ± 5.17	49.56 ± 4.99	46.57 ± 6.01

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$

二、2 组患者治疗前、后的 TSS 评分比较

治疗前,治疗组和对照组 TSS 评分分别为(7.07 ± 3.19)分和(6.86 ± 4.22)分,组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 2 周后,2 组 TSS 评分均较治疗前有所下降($P < 0.05$),但同时点 2 组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 4 周后,2 组 TSS 评分均较治疗前进一步下降($P < 0.05$),而治疗组 TSS 评分下降更为明显($P < 0.01$);同期 2 组间比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 2 组患者治疗前、后 TSS 比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗第 2 周	治疗第 4 周
治疗组	61	7.07 ± 3.19	3.91 ± 2.02^a	1.15 ± 2.09^{bc}
对照组	59	6.86 ± 4.22	4.14 ± 2.41^a	3.48 ± 2.13^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与对照组同时时间比较,^c $P < 0.05$

三、2 组临床疗效及复发率比较

1. 临床疗效比较:治疗组治疗 4 周后的临床有效率为 85.25%,对照组有效率为 66.10%,2 组间比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.998$, $P < 0.05$)。详见表 5。

表 5 2 组临床疗效比较

组别	例数	治疗效果(例)				有效率(%)
		治愈	显效	好转	无效	
治疗组	61	19	33	7	2	85.25 ^a
对照组	59	13	26	15	5	66.10

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2. 复发情况比较:分别于停药后 2 周、4 周和 8 周随访观察治疗有效(治愈和显效病例)患者复发情况。治疗组达到治愈或显效标准的患者有 52 例(表 5),随访有 8 例复发;对照组达到治愈或显效标准的患者有 39 例(表 5),随访有 17 例复发。治疗组复发率(15.38%)显著低于对照组的复发率(43.59%),且 2 组间比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.898$, $P < 0.01$)。详见表 6。

四、不良反应

治疗期间 2 组共 16 例出现轻度嗜睡、口干、或头晕,可耐受,未中断治疗,停药后不良反应消失。

表 6 2 组患者治疗后病情复发情况比较

组别	例数	停药后不同时期复发例数(例)			复发率(%)
		2 周	4 周	8 周	
治疗组	52	1	3	4	15.38 ^a
对照组	39	3	6	8	43.59

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$

讨 论

荨麻疹的病因,特别是慢性荨麻疹,往往难于发现,故大多数情况下常为对症治疗^[7]。有学者^[8]认为,其发病及迁延不愈可能与精神焦虑、抑郁等心理症状有关。神经精神因素可导致慢性荨麻疹的发生与发展,其机制与 NGF、SP、CGRP、内源性阿片样肽类、5-HT 及肥大细胞等多种因素有关^[1]。由于慢性荨麻疹反复发作,病程持续时间较长,伴有不同程度瘙痒,对患者工作、学习和日常生活产生较大影响,O'Donnell 等^[9]认为其对患者的影响并不亚于心脏疾病。

依巴斯汀是一种高选择性的新一代 H1 受体拮抗剂,活性代谢物为卡巴斯汀,对中枢神经系统的 H1 受体拮抗作用和抗胆碱作用很弱,每日 5~20 mg 即能控制慢性荨麻疹的症状^[10]。依巴斯汀有效缓解慢性荨麻疹患者的临床症状,嗜睡等不良反应轻,且停药后消失,较好地提高了患者治疗的依从性。

心理干预(psychological intervention)是指在心理学原理和有关理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响,使之发生指向预期目标变化的过程^[11]。心理干预能提高患者对疾病的认识和战胜疾病的信心;给患者提供充分宣泄的机会,能帮助其克服抑郁、自卑及焦躁等不良情绪;通过心理干预可建立良好的医患关系,促其主动配合治疗;采取积极的生活态度,尽量扩大与外界交往,丰富了内心世界,也增强了社会支持及自身适应能力^[12]。

量表调查是现代医学的重要方法,在皮肤科引进和应用心理量表,不仅有助于对患者疾病的诊断和治疗,而且也有助于医护人员的观念由单纯生物医学模式向生物-心理-社会模式的科学转换^[13]。本研究显示,治疗 4 周后 2 组患者的 SAS 和 SDS 评分均较治疗前有所下降,但以治疗组改善较为显著,且与组内治疗前及对照组治疗后比较,差异均有统计学意义,说明心理干预可明显缓解慢性荨麻疹患者的焦虑和抑郁情绪。从 2 组慢性荨麻疹患者治疗前、后 TSS 评分比较可以看出,治疗 2 周后 2 组评分均较治疗前明显下降,但组间 TSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),但治疗 4 周后,2 组间差异有统计学意义($P < 0.05$),说明心理干预需要较长时间才能显示其治疗的优势。可见,心理干预治疗可改善慢性荨麻疹患者的心理机能,最终消除或减轻其可能存在的各种心身症状。

应激因素引起心身疾病,情绪是一个重要的中介,通过对患者的认知评价,应激因素转化为情绪反应,情绪反应经边缘系统作用,通过释放神经递质或通过下丘脑-垂体-靶器官轴等多种途径,影响外周系统和器官,产生心身疾病^[14],慢性荨麻疹也是一种心身疾病。本研究 120 例患者中治疗前 SAS 评分 ≥ 50 分 44 例(36.67%),SDS 评分 ≥ 53 分 25 例(20.83%),说明焦虑或抑郁情绪在慢性荨麻疹患者中占到了一定比例,且伴焦虑情绪患者多于伴抑郁情绪患者。心理防御机制是人们面临某种心理压力时所采用的一种策略,多数心身疾病患者较多采

用压抑和抱怨等有害或不成熟的防御策略,说明不良防御方式可能是发病的因素之一^[15]。临床上不同个体间相同原因引起的心理问题也存在差异,同一个体在不同阶段、不同条件下心理状态也在波动,医师要在与患者深入交谈中洞察这些变化,针对患者的心理状态进行个性化的、有效的心理干预,这些在治疗过程中都是十分重要的^[16]。本研究结果显示,2 组患者经过 4 周的治疗后,治疗组的有效率和复发率均优于对照组。

慢性荨麻疹的发生、发展和转归与自身情绪状态有关,心理状态评估以及系统的心理干预是病情评估和治疗的基础。治疗慢性荨麻疹不仅要用有效的抗组胺药物,同时也要重视患者心理状况的变化,有的放矢地进行心理干预,尽可能恢复其健全的心理、生理和社会功能。在常规药物治疗的基础上结合个性化、正确的心理干预治疗慢性荨麻疹,可有效改善患者心理健康状态,缓解患者的焦虑和抑郁症状,提高临床疗效并降低复发率,是治疗慢性荨麻疹的有效方法。

参 考 文 献

- [1] 吕薇,马丽俐. 精神因素致慢性荨麻疹发病机制的研究进展. 中国皮肤性病学杂志,2010,24:669-670.
- [2] 张学军. 皮肤性病学. 北京:人民卫生出版社,2008:115-118.
- [3] 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙:湖南科学技术出版社,2003:35-42.
- [4] Benavides J, Schoemaker H, Dana C, et al. In vivo and in vitro interaction of the novel selective histamine H1 receptor antagonist mizolastine with H1 receptors in the rodent. Arzneimittelforschung, 1995,45:551-558.
- [5] 张玉琬,李强,钟姗姗,等. 慢性湿疹患者焦虑和抑郁情绪的影响因素研究. 天津医药,2010,38:102-104.
- [6] 张金芝,王立平,李雪丽. 盐酸非索非那定递减疗法治疗慢性荨麻疹疗效观察. 中华皮肤科杂志,2011,46:449.
- [7] 王光超. 皮肤病及性病学. 北京:科学出版社,2002:465-470.
- [8] Ozkan M, Oflaz SB, Kocaman N, et al. Psychiatric morbidity and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. Ann Allergy Asthma Immunol,2007,99:29-33.
- [9] O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, et al. The impact of chronic urticaria on the quality of life. Br J Dermatol,1997,136:197-201.
- [10] 陈洪晓,荆鲁华,刘卫兵,等. 润燥止痒胶囊联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹疗效观察. 中国皮肤性病学杂志,2009,23:1-2.
- [11] 姜乾金. 医学心理学. 北京:人民卫生出版社,2005:130.
- [12] 全丰芝,于善良. 心理干预对老年脑卒中抑郁患者康复的影响. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:493-495.
- [13] 孙晓雯,马家驰. 神经性皮炎患者抑郁焦虑情绪调查. 中国皮肤性病学杂志,2012,25:294-295.
- [14] Attah Johnson FY, Mostaghimi H. Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. Int J Dermatol,1995,34:244-248.
- [15] 马梁红,唐柳云,骆桂秀,等. 十五种心身疾病的心理社会因素调查分析. 中国临床心理学杂志,2002,10:266-269.
- [16] 李军. 心理干预与药物联合治疗老年性皮肤瘙痒症的疗效观察. 四川医学,2011,32:1943-1944.

(修回日期:2012-12-29)

(本文编辑:汪 玲)