

IBS 患者心理状况与疾病严重程度的相关性分析

卢英花

柳州市人民医院 广西柳州 545006

〔摘要〕目的：探讨肠易激综合征 (IBS) 患者焦虑 SAS 水平特征差异及其与疾病严重程度的相关性。方法：选择 2024 年 7 月至 2024 年 10 月就诊于该院的 IBS 患者 60 例作为研究对象。通过 IBS 症状严重程度量表 (IBS-SSS) 评估患者疾病严重程度；评定患者 SAS 评分指标；通过采用两独立样本 t 检验分析 IBS-SSS 与 SAS 指标的相关性。结果：肠道症状的严重程度可加重焦虑情绪，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：IBS 患者中，患者的焦虑程度与 IBS 患者症状严重程度呈正相关，是反映患者病情的潜在心理学指标。

〔关键词〕肠易激综合征症状；严重程度；焦虑

〔中图分类号〕R574 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2025) 01-001-03

〔基金项目〕相关课题：广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题，课题编号：Z20200056。

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 作为消化内科的常见疾病，近年来受到了广泛关注。在全球范围内，IBS 的发病率呈现出上升趋势，严重影响着人们的健康和生活质量。据不完全统计^[1]，全球约有 10%-20% 的成年人受 IBS 困扰，不同地区的发病率存在一定差异。IBS 主要表现为肠道功能紊乱，其症状复杂多样且缺乏特异性，主要包括腹痛、腹胀、腹泻或便秘，反复出现严重影响患者日常生活和工作。与器质性肠道疾病不同，IBS 患者在进行常规的肠道检查时，通常不会发现肠道存在明显的结构或生化异常，但患者却要长期忍受这些症状带来的痛苦。精神心理因素在 IBS 的发生、发展过程中起着不可忽视的作用。研究表明^[2]，心理压力、情绪波动等因素与 IBS 症状之间存在着密切的关联。长期处于焦虑、抑郁等不良情绪状态下的人群，患 IBS 的风险明显增加。因此，本研究旨在通过对 60 例 IBS 患者的调查分析，揭示两者之间的相关性，为临床治疗和护理提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2024 年 7-10 月，研究小组在柳州市人民医院对 60 例 IBS 患者展开调查。入组标准：①符合罗马 IV 标准^[3]；即近 3 个月内至少每周 1 次反复发作腹痛，具备与排便相关、排便频率或粪便性状改变等 2 个及以上症状，且症状在诊断前 6 个月已出现^[4]。②无严重认知障碍。③年龄 ≥ 18 岁。④自愿参加。⑤能接受定期电话随访。排除标准：①患有其他危重疾病。②缺乏阅读或表达能力。③有精神疾病史者。

1.2 研究方法

本研究属于横断面研究，通过调查问卷收集 IBS 患者的一般人口学特征、心理状况及生活质量等指标。

1.2.1 一般资料

收集患者的年龄、性别、文化程度、婚姻状况、职业、月收入、宗教信仰、医疗支付方式等信息。上述因素可能会对患者的心理状态和疾病应对方式产生影响。例如，文化程度较高的患者可能对疾病有更深入的了解，其心理反应和应

对策略可能与文化程度较低的患者有所不同；经济收入较低的患者可能会因为担心医疗费用而产生更大的心理压力。

1.2.2 IBS 严重程度情况

本次研究采用 IBS 症状积分量表 (IBS-SSS) 评价患者病情。该量表含腹痛程度、腹痛天数、腹胀情况、排便满意度、生活干扰程度 5 个项目，每项 0-100 分，总分为 500 分，分数越高病情越重。具体分级为：I 级 0-75 分属健康人水平；II 级 76-175 分为轻度 IBS 患者；III 级 176-300 分为中度患者；IV 级 >300 分为重度患者。IBS-SSS 量表经过大量临床研究验证，具有良好的信度和效度，能够较为准确地反映 IBS 患者的病情严重程度，为研究提供了客观的量化指标。

1.2.3 焦虑自评量表

焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 用于评定病人焦虑^[5]。SAS 主要统计指标为总分。20 个项目得分相加得粗分，粗分乘以 1.25 取整数部分得标准分。分界值 50 分，0-59 分为轻度焦虑，60-69 分为中度，70 分以上为重度。SAS 量表具有操作简便、易于理解的特点，患者可以自行完成评估，能够快速有效地评估患者的焦虑程度，为研究 IBS 患者的心理状况提供了有力工具。

1.3 统计学方法

数据录入 Excel 后，用 SPSS 25.0 处理。对 IBS 患者计数资料以百分比描述，计量资料用标准差、中位数描述。先对计量资料探索性分析，正态且方差齐用 t 检验，否则用 Mann-Whitney U 秩和检验 (Z 值)。

2 结果

本次调查共发放 60 份调查问卷，回收 60 份，回收率 100%，问卷合格率 100%。

在性别分布上，女性患者略多于男性，这与以往的一些研究结果相符，可能与女性在生理和心理上对压力更为敏感有关。年龄分布中，41-60 岁年龄段的患者占比最高，这可能与该年龄段人群面临的生活和工作压力较大，且身体机能逐渐下降有关。文化程度方面，中学文化程度的患者居多，反映出该疾病在不同文化层次人群中的分布情况。婚姻状况上，已婚患者占绝大多数，这或许意味着婚姻生活中的压力源或支持系统对 IBS 的发生发展存在一定影响。职业分布较为广泛，自谋职业者占比较大，可能是因为这部分人群面临的工作压

作者简介：卢英花 (1984.06.01-)，性别：女，民族：壮，籍贯 (省市)：广西南宁，学历：本科，职称：副主任护师，科室：消化内科，研究方向：护理，心理。

力和不确定性较高。月收入水平以≤ 3000 元的人群为主，较低的经济收入可能会加重患者在治疗过程中的经济负担，进而影响其心理状态。医疗支付方式中，新农合及城镇居民医保和职工医保占比较大，一定程度上减轻了患者的经济压力，但自费患者仍面临较大经济挑战。宗教信仰方面，绝大多数患者无宗教信仰，表明宗教因素在本研究人群中对 IBS 的影响可能较小。

表 1 一般资料 (n=60)

项目	数量	百分比 (%)
性别	男	24 40.00
	女	36 60.00
年龄	≤ 40 岁	11 18.33
	41-60	35 58.33
	> 60	14 23.33
文化程度	≤小学	12 20.00
	中学	31 51.67
	大学	17 28.33
婚姻状况	已婚	54 90.00
	未婚	6 10.00
职业	农、林、牧、渔生产人员	9 15.00
	自谋职业	26 43.33
	企、事业单位	12 20.00
	退休	13 21.67
月收入	≤ 3000 元	35 58.33
	3001-5000 元	19 31.67
	> 5000 元	6 10.00
医疗支付方式	自费	1 1.67
	新农合及城镇居民医保	29 48.33
	职工医保	30 50.00
宗教信仰	有宗教信仰	1 1.67
	无宗教信仰	59 98.33

表 2 IBS-SSS、SAS 得分情况 (总 n=60)

名称	得分	人数	百分比 (%)
IBS-SSS 评分	0-75	3	5.00
	76-175	33	55.00
	176-300	22	36.67
	>300	2	3.33
SAS 评分	< 50	43	71.67
	50-59	12	20.00
	60-69	4	6.67
	≥ 70	1	1.67

从 IBS-SSS 评分来看，轻度患者占比最多，重度患者较少，说明本次研究纳入的患者以轻、中度病情为主。而在 SAS 评分中，大部分患者处于无焦虑或轻度焦虑状态，但仍有近 30% 的患者存在不同程度的焦虑，提示 IBS 患者的焦虑问题不容忽视。

表 3 不同 IBS-SSS 评分与 SAS 严重程度比较 (总 n=60, %)

组别	N (%)	SAS (均 x/ 标准差)
IBS-SSS ≤ 175	36 (60%)	41.15/10.25
IBS-SSS > 175	24 (40%)	47.45/10.45
SAS < 50	43 (72%)	
SAS ≥ 50	17 (28%)	
t		2.314
p		0.024

注: P < 0.05 有统计学意义。通过对比不同 IBS-SSS 评分组的 SAS 得分，发现 IBS-SSS 评分 > 175 的患者 SAS 得分显著高于 IBS-SSS 评分 ≤ 175 的患者，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，表明肠道症状的严重程度与焦虑情绪之间存在关联，肠道症状越严重，患者的焦虑程度可能越高。

3 讨论

焦虑是常见精神疾病，全球患病率约 3.6%^[6]。当代社会压力增大，其与抑郁、人际关系敏感等问题发生率上升。精神压力过大激活下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴，致皮质类固醇等分泌增加，破坏肠道屏障，引发胃肠紊乱与内脏过敏，导致 IBS 症。IBS 是脑-肠互动功能紊乱引发的慢性功能性肠病，我国总体患病率 1.4%-11.5%。国外研究显示，超半数 IBS 患者可能并发焦虑^[7]。而本次调查中并发焦虑的 IBS 患者约 30%，高于普通人群，但与国外研究结果不符。王明秀等研究指出焦虑会加重肠道症状^[8]。本研究则表明患者焦虑严重程度与肠道症状无统计学意义，反而是肠道症状严重程度可加重焦虑情绪，P < 0.05。

造成本研究结果与国外研究差异的原因可能是多方面的。一方面，不同国家和地区的文化背景、生活方式、饮食习惯存在较大差异，这些因素可能会影响 IBS 的发病机制以及患者的心理状态。例如，西方人的饮食结构以高蛋白、高脂肪为主，而我国居民的饮食中碳水化合物占比较大，饮食差异可能导致肠道微生物群的不同，进而影响 IBS 的发生和发展，同时也可能影响患者对疾病的心理反应。另一方面，样本选择和研究方法的差异也可能导致结果不同。本研究为单中心研究，样本量相对较小，可能无法全面反映 IBS 患者的整体情况；而国外研究可能采用了多中心、大样本的研究方法，结果更具代表性。从肠道症状加重焦虑情绪的机制来看，IBS 患者长期受到腹痛、腹泻或便秘等症状的困扰，日常生活受到极大限制。频繁的腹痛可能使患者无法正常工作、学习和参与社交活动，导致他们逐渐产生孤独感和无助感；腹泻或便秘带来的不便，也会让患者在公共场合感到尴尬和自卑，从而增加心理压力，引发或加重焦虑情绪。此外，疾病的反复发作和难以治愈，使患者对治疗失去信心，进一步加重焦虑程度。

本研究存在局限性，仅在单中心开展，纳入符合标准的 IBS 患者病例数较少，尤其按焦虑严重程度分组后，有焦虑的 IBS 组病例数更少，易导致结果偏倚。此外，本研究以 SAS 和 IBS-SSS 作为分组标准，虽描述不同评分段的 IBS 患者焦虑和症状严重程度特征，但对相同分数段内不同 IBS 症状严重程度组间的腹胀、腹痛、大便异常等差异缺乏分析。未来的研究可以扩大样本量，采用多中心研究的方法，增加研究的可靠性和代表性。同时，可以进一步深入分析不同症状之间的差异以及它们与心理状态的关系，为 IBS 的治疗和护理提供更精准的依据。

综上，本研究认为 IBS 患者的心理焦虑严重程度与 IBS 症状严重程度呈正相关，心理焦虑程度是反映患者病情的潜在心理学指标。在临床治疗中，医护人员不仅要关注患者的肠道症状，还应重视患者的心理状态，采取综合治疗措施，如心理干预、药物治疗相结合，以提高患者的生活质量，促进患者康复。同时，对于 IBS 患者的家属，也应加强健康教育，让他们了解疾病对患者心理的影响，给予患者更多的关心和支持，帮助患者更好地应对疾病。

[参考文献]

(下转第 6 页)

上运用针刀治疗狭窄性腱鞘炎的操作方法颇多,尚无统一细化的治疗规范。传统的治疗方法是根据硬结进行松解,甚至有部分文献报道“刀口线与屈指肌腱平行刺入,达骨面。先作切开剥离,再作纵行或横行剥离。有硬结则切开剥离……。”^[15]然而,在硬结上操作容易误伤因卡压呈葫芦状肿大的肌腱。经解剖发现,操作时深达骨面,这样会损伤指屈肌腱,划伤骨膜,损伤腱系膜及其内走行的供应肌腱的血管,引起出血,发生后肌腱的粘连,严重者导致肌腱断裂。因此,操作没有必要一定要将针刀刺入肌腱,更不能横行剥离,以免伤及侧方的指神经和指动脉。

根据扳机指的发病原理及其部位,将传统的针刀定位及松解操作方法加以改进,结合患者患指自主的动态屈伸活动,找到具体狭窄的鞘管段。严格按照解剖层次,精确需要松解的肌腱鞘管段,严格遵循鞘管的松解层次而不伤及肌腱本身,并采用分段松解方法进行治疗,避免了单一松解过程中范围较大而加重创伤和导致松解不彻底,最大程度减少了创伤,充分体现了针刀疗法治疗本病“创伤小、恢复快、不易复发”的优势,有利于临床推广。

[参考文献]

[1] 吴阶平,裘法祖.黄家驹外科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1994:1909
 [2] 孙康,汤欣,杨奎,等.狭窄性腱鞘炎临床治疗的前瞻性研究[J].中国矫形外科杂志,1999,(6):490
 [3] 中国中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[s].南京:南京大学出版社,1994:213.
 [4] 朱国文,姚新苗,吕一,等.弯形针刀经皮松解术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究[J].中医正骨,2014,26(1):31-33.

[5] 朱国文,金杰,吕一,等.屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊治研究进展[J].中医正骨,2008,20(11):70-72.

[6] 顾玉东,王澍寰,侍德.手术科学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:366.

[7] 陈海宏,高大伟,杨健松.功能位固定结合中药熏洗治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效分析[J].中国医学创新,2013,10(7):98-99.

[8] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2010:1021.

[9] 马世伟.手部封闭治疗后并发血管危象一例报告[J].中华手外科杂志,2007,23(4):199.

[10] 谢辉,潘建科,洪坤豪,等.小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的系统评价[J].辽宁中医杂志,2016,43(3):604-608.

[11] 谢利双,周学龙,王占有,等.小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的Meta分析[J].山东中医杂志,2016,35(6):522-525.

[12] Zhao JG,Kan SL,Zhao L,et al. Percutaneous first annular pulley release for trigger digits:a systematic review and meta-analysis of current evidence[J]. J Hand Surg Am, 2014,39(11):2192-2202.

[13] 胡向林,张越,郭文欲.狭窄性腱鞘炎针刀治疗失败原因及对策分析[J].中国医药导报,2018,15(15):147-149.

[14] 柳百智.针刀医学临床问题解析[M].北京:人民卫生出版社,2015:133-135.

[15] 郭学军.针刀治疗慢性疼痛[M].北京:人民卫生出版社,2008:191.

(上接第2页)

[1] 唐承薇,张澍田.内科学:消化内科分册.北京:人民卫生出版社.2015

[2] Zhang F,Xiang W,Li CY,et al.Economic burden of irritable bowel syndrome in China[J].World J Gastroenterol,2016,22(47):10450-10460.

[3] 卞立群,陆芳,李振华,等.IBS-SSS、AR及IBS-QOL在IBS临床疗效评价中的反应度分析[J].中国中西医结合杂志,2016,36(10):1191-1196.

[4] 心理咨询师:三级/中国就业培训技术指导中心,中国心理卫生协会编写.-修订本.-北京:民族出版社,2015.7

[5] 孙保林.肠易激综合征患者精神心理因素与IL-1β、TNF-α水平的相关性研究[D].唐山:华北理工大学,2019.

[6] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.2020年中国肠易激综合征专家共识意见[J].中华消化杂志,2020,40(12):803-818.

[7] UMRANI S,JAMSHED W,RIZWAN A.Association between psychological disorders and irritable bowel syndrome[J].Cureus,2021,13(4):e14513.

[8] 王明秀,张钧凯,徐炜,等.高中生肠易激综合征现状调查及影响因素研究[J].中国全科医学,2022,25(12):1506-1511.

(上接第3页)

的抢救十分关键。而院前急救彰显着较大价值,尤其是对于急性心肌梗死患者。

本研究结果显示,在抢救成功率与血管再通率的比较中,观察组比对照组更高($P < 0.05$),表明在院前急救的作用下,可以有效解决患者抢救成功率偏低的问题,使患者有更大概率实现血管再通;在心功能指标的比较中,观察组优于对照组($P < 0.05$),表明院前急救是强化患者心功能的有效途径。

综上所述,对于急性心肌梗死患者,院前急救的积极影响不可忽视,可以使患者有更大概率获得成功抢救,避免由于血管不通威胁患者生命,也是改善患者心功能的重要方式,对患者生命安全体现出一定的保障性。因此,在日后的临床中,

医护人员需提升对院前急救的关注度,加大对此种模式的推广力度,使其真正发挥自身作用。

[参考文献]

[1] 付英杰.急性心肌梗死院前急救的临床价值与效果[J].中国城乡企业卫生,2023,38(01):130-132.

[2] 李红杰.急性ST段抬高型心肌梗死院前急救的临床价值观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(05):729-731.

[3] 李香.急性心肌梗死患者院前急救治疗的临床价值[J].现代诊断与治疗,2023,32(15):2430-2431.

[4] 赫然.院前急救临床路径对急性心肌梗死患者抢救效果及预后的影响[J].医学信息,2024,34(15):134-136.