

· 临床研究 ·

复发性阿弗他溃疡、口腔扁平苔藓及灼口综合征患者的心理因素分析

陈方淳¹, 唐宇英^{2△}, 胡亚莉¹(重庆市口腔疾病与生物医学研究中心/重庆医科大学附属口腔医院: 1. 牙周黏膜科;
2. 牙体牙髓科, 重庆 400015)

摘要:目的 探讨心理因素与复发性阿弗他溃疡(RAU)、口腔扁平苔藓(OLP)及灼口综合征(BMS)之间的关系,为临床诊疗提供参考。方法 将 129 例口腔黏膜病患者(其中,RAU 组 42 例,OLP 组 42 例,BMS 组 45 例)及 76 例健康人(对照组)纳入研究,详细填写性别、年龄、学历、饮食习惯、全身疾病等临床资料,并通过焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)进行评分。结果 病例组患者的 SAS、SDS 分值均高于对照组($P < 0.05$),BMS 组患者的 SDS 分值明显高于 RAU、OLP 组患者($P < 0.05$);RAU 组患者的 SAS 分值高于 SDS 分值,而 BMS 组患者的 SDS 分值高于 SAS 分值,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 心理障碍与 RAU、OLP 及 BMS 的发生存在一定的相关性,抑郁状态与 BMS 关系密切。

关键词:焦虑;抑郁;复发性阿弗他溃疡;口腔扁平苔藓;灼口综合征

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.26.011

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)26-2709-02

Analysis on psychological factors of recurrent aphthous ulcer, oral lichen planus and burning mouth syndrome

Chen Fangchun¹, Tang Yuying^{2△}, Hu Yali¹

(Chongqing Research Center for Oral Diseases and Biomedical Science/Affiliated Stomatological Hospital, Chongqing Medical University: 1. Department of Peridontics and Oral Medicine; 2. Department of Endodontics, Chongqing 400015, China)

Abstract: Objective To investigate the existing relation between the psychological factors with recurrent aphthous ulcer (RAU), oral lichen planus (OLP) and burning mouth syndrome (BMS) to provide reference for clinical diagnosis and treatment.**Methods** A total of 129 patients including 42 cases of RAU, 42 cases of OLP and 45 cases of BMS were studied with 76 healthy people as the control group. Both groups were tested with SAS and SDS and the clinical information such as sex, age, degree, food habits and history of system diseases were collected. **Results** The scores of anxiety and depression in the patients group were higher than those in the control group. The depression scores in the BMS group were significantly higher than those in the RAU and OLP groups ($P < 0.05$). The anxiety scores in the RAU group was higher than the depression scores, but the depression scores in the BMS group were higher than the anxiety scores with statistical difference ($P < 0.05$). **Conclusion** The psychological disorder has certain relation with the occurrence of RAU, OLP and BMS. Depressive state is closely related with BMS.**Key words:** anxiety; depression; recurrent aphthous ulcer; oral lichen planus; burning mouth syndrome

口腔黏膜病是最常见的口腔疾病之一,发病率高,病程往往呈慢性状态,反复发作,给患者身心造成很大困扰。复发性阿弗他溃疡(recurrent aphthous ulcer, RAU)、口腔扁平苔藓(oral lichen planus, OLP)及灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)是临床上常见的 3 种口腔黏膜疾病,由于病因不清,目前常规的治疗都难以达到满意的疗效,探寻这几种疾病的病因及寻求新的治疗途径也一直是研究的重点。有学者推断,RAU、OLP、BMS 可能应当定义为一种心理疾病受到大家的重视^[1]。目前,国内外有文献分别报道 RAU、OLP、BMS 的发生、发展与心理障碍存在一定的关系^[2-6]。本课题探讨心理因素与这 3 种疾病之间的关系,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 2~7 月就诊于本院的口腔黏膜病患者 129 例,其中,RAU 患者 42 例(RAU 组),平均年龄为(41.69±12.68)岁;OLP 患者 42 例(OLP 组),平均年龄为(47.79±14.15)岁;BMS 患者 45 例(BMS 组),平均年龄为(43.82±11.99)岁。选择 78 例本院医护人员及就诊于该院牙周黏膜科的患者陪伴作为对照组,平均年龄为(42.39±11.50)岁。对照组人员及 RAU 组、OLP 组、BMS 组患者在性别、学历、饮食、和全身疾病等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),

见表 1。全身疾病较常见的依次是胃病、失眠、肝炎、高血压、糖尿病及心脏病。对照组失眠 7 例(9.21%);病例组失眠 30 例(23.26%)。纳入标准:参照陈谦明主编《口腔黏膜病学》第 3 版中 RAU、OLP、BMS 的诊断标准^[7]。排除标准:纳入 RAU 病例时,排除创伤性溃疡及没有周期性复发病的溃疡病例;纳入 OLP 病例时,排除局部因素造成的白角化或可疑的苔藓样病变;纳入 BMS 病例时,排除三叉神经痛、干燥综合征及接受精神药物治疗的患者,包括使用抗焦虑抑郁药、镇静剂及麻醉剂等。

1.2 方法 所有患者经同一医生询问病史,填写详尽的基本资料(包括姓名、性别、年龄、学历、饮食习惯、免疫状况、全身疾病情况)、焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)。SAS 及 SDS 均包含 20 个项目,分 4 级评分,患者根据自己最近 1 周的表现情况作答。得到的总分乘以 1.25 取整数即得标准分。低于 50 分者为正常;50~60 分为轻度焦虑(抑郁);61~70 分为中度焦虑(抑郁);70 分以上为重度焦虑(抑郁)。

1.3 统计学处理 应用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料用 χ^2 检验;年龄的比较采用方差分析;组间 SAS、SDS 分值的比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

△ 通讯作者, Tel:13896120227; E-mail: yuyingtang@163.com。

表 1 研究对象的基本资料比较[n(%)]

项目	n	性别		学历		饮食			全身疾病	
		男	女	大学	中、小学	清淡	微辣	辛辣	无	有
对照组	76	27(35.53)	49(64.47)	32(42.11)	44(57.89)	21(27.63)	45(59.21)	10(13.16)	62(81.58)	14(18.42)
RAU 组	42	19(45.24)	23(54.76)	17(40.48)	25(59.52)	17(40.48)	19(45.24)	6(14.28)	32(76.19)	10(23.81)
OLP 组	42	14(33.33)	28(66.67)	17(40.48)	25(59.52)	16(38.10)	20(47.62)	6(14.28)	31(73.81)	11(26.19)
BMS 组	45	11(24.44)	34(75.56)	18(40.00)	27(60.00)	16(35.56)	24(53.33)	5(11.11)	34(75.56)	11(24.44)

2 结 果

2.1 病例组患者与对照组人员焦虑、抑郁状态的比较 病例组的 SAS 及 SDS 分值均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 病例组患者与对照组人员 SAS 及 SDS 分值比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS	SDS
病例组	129	41.54 ± 8.65	42.20 ± 11.28
对照组	76	36.15 ± 8.43	36.94 ± 8.26
P		0.001 5	0.002 7

2.2 各病例组患者与对照组人员 SAS 及 SDS 分值比较 RAU、OLP、BMS 组患者的 SAS 分值均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 但 RAU、OLP、BMS 组患者 SAS 分值之间的差异无统计学意义($P > 0.05$)。RAU、OLP、BMS 组患者的 SDS 分值均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两两比较, RAU 组与 OLP 组患者 SDS 分值的差异无统计学意义($P > 0.05$), 但 BMS 组患者的 SDS 分值高于 RAU 组和 OLP 组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。OLP 组患者 SAS 分值与 SDS 分值的差异无统计学意义($P > 0.05$); RAU 组患者的 SAS 分值高于 SDS 分值($P < 0.05$); BMS 组患者的 SDS 分值高于 SAS 分值($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 各病例组与对照组 SAS 及 SDS 分值比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS	SDS
RAU 组	42	42.40 ± 10.89* #	40.36 ± 10.77* △
OLP 组	42	41.56 ± 7.38*	41.00 ± 10.61* △
BMS 组	45	40.72 ± 7.42* #	45.05 ± 12.02*
对照组	76	36.15 ± 8.43	36.94 ± 8.26

*: $P < 0.05$, 与对照比较; △: $P < 0.05$, 与 BMS 组比较; #: $P < 0.05$, 与同组 SDS 比较。

3 讨 论

本研究中, RAU、OLP 及 BMS 患病人群以中年人为主, 平均年龄 40~50 岁, 且女性多于男性, 占 65.89% (85/129)。RAU、OLP、BMS 组女性患者所占比例分别为 54.76%、66.67%、75.56%。Xue 等^[8]调查 674 例 OLP 患者发现, 女性患者占 65.90%; Maresky 等^[9]研究发现 BMS 女性患者占 75.00%, 上述报道与本研究结果相似, 推测这 3 种口腔黏膜疾病与女性的激素水平变化有一定关系。口腔黏膜上皮存在性激素受体, 性激素紊乱可能会造成口腔黏膜上皮细胞的损伤^[7]。Maresky 等^[9]研究发现 86.00% 的 BMS 女性患者于绝经后发病。

在临床实践中, 进食辛辣食物可诱发 RAU、OLP 或使已有疾病症状加重, 但本研究发现患者饮食习惯以一般口味或清淡为主, 进食辛辣食物者仅占 13.18% (17/129), 不足以将辛辣饮食作为引起口腔黏膜病的主要原因。有研究认为 RAU、OLP 的发生与吸入性和食物性过敏原相关, 因此, 这类患者应

避免接触过敏原物质, 进行必要的脱敏治疗^[10]。

全身疾病较常见的依次是胃病、失眠、肝炎、高血压、糖尿病及心脏病。之所以将失眠归入全身疾病, 是考虑到很多黏膜病患者都有失眠症状, 而焦虑、抑郁患者一个比较显著的特征就是失眠。本研究中, 对照组和病例组失眠比例分别是 9.21% 和 23.26%。李奉华等^[2]对 RAU 患者的焦虑、抑郁症状的研究发现, 在自评量表的前 3 位原因中, “睡眠障碍”是引起其他症状的主要原因, 因此, 作者提出, 通过心理疏导或药物治疗改善患者的睡眠质量, 可能是提高口腔黏膜病疗效或防止复发的基础。本研究结果显示, 病例组患者的 SAS 及 SDS 分值均明显高于对照组。口腔黏膜及皮肤是最敏感的情绪器官, 焦虑、抑郁状态最容易从口腔黏膜病及皮肤表现出来。上述 3 种口腔黏膜疾病均呈慢性病程、反复发作, 长期服用药物也多不能根治疾病, 这更加重患者的焦虑、抑郁状态。

过去的研究基本证实心理因素与 BMS 的发病密切相关, 但心理因素与 RAU、OLP 发病相关的证据相对较少, 且存在一定争议^[1,11-14]。大部分学者认为 70.00% 的 BMS 患者存在一定的精神因素, 尤其对于接受传统治疗而疗效欠佳的患者, 几乎全部存在一定的精神因素, BMS 患者多表现为高精神质及内向不稳定的个性, 由于存在心理障碍, 从而导致躯体症状变化, 导致 BMS 的发生。本研究表明, 3 种口腔黏膜疾病与心理障碍如焦虑、抑郁有一定相关性, 但 RAU 及 OLP 患者主要表现为焦虑情绪, 而 BMS 患者则以抑郁情绪占主导。Soto-Araya 等^[1]的研究表明, RAU 组及 OLP 组患者的发病与较高的应激和焦虑水平相关, 而 BMS 组患者的发病则与较高的焦虑和抑郁水平相关, 本研究结果与其基本相似。基于以上的研究背景, 有学者提出对 BMS 的治疗, 除了常规的治疗外, 应该更重视潜在抑郁症的治疗。Polupec 等^[15]认为焦虑是一种包含焦虑、恐惧、紧张和不安全的复杂情感, 并伴有植物神经系统的激活; 抑郁是一种以悲伤、冷漠、悲观情绪占主导的心理物理活动。临床诊疗中也可以发现, RAU 及 OLP 患者更多的是因为病情反复不愈而产生的焦虑感, 而 BMS 患者更多地表现为情绪的烦躁、低落、悲观及失眠等一系列抑郁症状。本研究结果与临床实际亦大致相符。研究结果提示, 在 RAU、OLP、BMS 患病人群中, 大部分人都存在一定的焦虑、抑郁情绪, 在治疗方案中, 心理疏导应该放在一个很重要的位置。对 SDS 分值较高的患者, 特别是 BMS 患者, 可以配合使用一些安全的、依从性及不良反应小的抗焦虑、抑郁药物如盐酸氟西汀等或请心理卫生中心协助治疗, 以达到更好的治疗效果。

参考文献:

- [1] Soto Araya M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of oral lichen planus, burning mouth syndrome and recurrent aphthous stomatitis[J]. Med Oral, 2004, 9(1): 1-7.
- [2] 李奉华, 刘虹, 翦新春, 等. 复发性口腔溃疡 (下转第 2713 页)

发挥一定的平衡作用。低频超声组与药物组比较, SOD 活性及 MDA 含量的差异无统计学意义, 说明低频超声对口腔溃疡的作用与药物对口腔溃疡的作用相似, 均对口腔溃疡的愈合起促进作用。

低频超声的温热效应及空化效应可能刺激组织中酶的活性, 从而提高机体的抗氧化能力。本实验结果表明, 采用 1.10、1.58、2.06 W 低频超声处理大鼠颊囊黏膜溃疡后, 其溃疡愈合时间有所缩短, 其中 2.06 W 组的愈合时间最短; 脉冲低频超声输出功率为 1.10、1.58、2.06 W 处理组与溃疡组比较, 组织中 SOD 含量显著升高 ($P < 0.05$), 而 MDA 含量则相反, 在溃疡组织中其含量显著增高, 低频超声处理后其含量降低 ($P < 0.05$)。提示在安全剂量范围内, 不同功率的低频超声可使溃疡组织中氧自由基的产生和消除重新达到平衡, 从而促进溃疡的愈合。

综上所述, 脉冲低频超声在治疗口腔溃疡时, 对溃疡愈合时间及溃疡组织中 SOD 及 MDA 的含量有一定影响, 可促使氧自由基的生成和清除重新达到平衡, 对口腔溃疡的愈合发挥一定的促进作用。选择输出功率为 1.10~2.06 W 的脉冲低频超声治疗口腔溃疡安全可行。

参考文献:

[1] 李秉琦. 口腔黏膜病学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 85-90.

[2] Becker BM, Helfrich S, Baker E, et al. Ultrasound with topical anesthetic rapidly decreases pain of intravenous cannulation[J]. Acad Emerg Med, 2005, 12(4): 289-295.

[3] Mitragotri S, Coleman M, Kost J, et al. Transdermal extraction of analytes using low-frequency ultrasound[J]. Pharm Res, 2000, 17(4): 466-470.

[4] 陈谦明, 李秉琦. 氧自由基对口腔黏膜损伤的动物实验研究: ——动物模型的建立[J]. 华西口腔医学杂志, 1993, 11(1): 62-64.

[5] 冯燕, 刘荣明. Smecta 治疗口腔黏膜复发性阿弗他溃疡的临床探讨[J]. 口腔医学纵横杂志, 2000, 16(2): 134-135.

[6] 程茜, 刘建国, 郭玉书, 等. 银杏叶提取物对大鼠复发性口腔溃疡模型超氧化物歧化酶的影响[J]. 现代口腔医学杂志, 2007, 21(6): 613-615.

[7] Okabe M, Saito S, Saito T, et al. Histochemical localization of superoxide dismutase activity in rat brain[J]. Free Radic Biol Med, 1998, 24(9): 1470-1476.

[8] Gonzales R, Auclair C, Voisin E, et al. Superoxide dismutase, catalase, and glutathione peroxidase in red blood cells from patients with malignant diseases[J]. Cancer Res, 1984, 44(9): 4137-4139.

[9] Breuing KH, Bayer L, Neuwalder J, et al. Early experience using low-frequency ultrasound in chronic wounds[J]. Ann Plast Surg, 2005, 55(2): 183-187.

[10] Kawalec JS, Hetherington VJ, Pfennigwerth TC, et al. Effect of a diode laser on wound healing by using diabetic and nondiabetic mice[J]. J Foot Ankle Surg, 2004, 43(4): 214-220.

[11] Liu J, Zeng X, Chen Q, et al. An evaluation on the efficacy and safety of amlexanox oral adhesive tablets in the treatment of recurrent minor aphthous ulceration in a Chinese cohort; a randomized, double-blind, vehicle-controlled, unparallel multicenter clinical trial[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2006, 102(4): 475-481.

[12] Sasaki A, Mabuchi T, Serizawa K, et al. Different roles of nitric oxide synthase-1 and -2 between herpetic and postherapeutic allodynia in mice[J]. Neuroscience, 2007, 150(2): 459-466.

(收稿日期: 2012-04-06 修回日期: 2012-05-29)

(上接第 2710 页)

患者抑郁和焦虑症状研究[J]. 中国医学工程, 2004, 12(3): 64-65.

[3] Rojo-Moreno JL, Bagán JV, Rojo-Moreno J, et al. Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1998, 86(6): 687-691.

[4] Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, et al. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus[J]. Dermatology, 2001, 203(4): 303-307.

[5] Bogetto F, Maina G, Ferro G, et al. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome[J]. Psychosom Med, 1998, 60(3): 378-385.

[6] Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome[J]. J Orofac Pain, 2000, 14(1): 59-64.

[7] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 58-68, 101-107, 160-162.

[8] Xue JL, Fan MW, Wang SZ, et al. A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China[J]. J Oral Pathol Med, 2005, 34(8): 467-472.

[9] Maresky LS, van der Bijl P, Gird I. Burning mouth syn-

drome. Evaluation of multiple variables among 85 patients[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1993, 75(3): 303-307.

[10] 张文萍, 陈瑞扬, 侯荣芳. 复发性口腔溃疡、口腔扁平苔藓与过敏[J]. 现代口腔医学杂志, 2003, 17(6): 551-552.

[11] Buljan D, Savic I, Karlovic D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome[J]. Acta Clin Croat, 2008, 47(4): 211-216.

[12] Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus[J]. Aust Dent J, 2004, 49(4): 192-195.

[13] McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus[J]. J Oral Pathol Med, 1995, 24(6): 273-275.

[14] Shah B, Ashok L, Sujatha GP. Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen planus[J]. Indian J Dent Res, 2009, 20(3): 288-292.

[15] Polupec JS, Gruden V, Gruden V Jr. Lichen ruber planus as a psychiatric problem[J]. Psychiatr Danub, 2009, 21(4): 514-516.

(收稿日期: 2012-01-09 修回日期: 2012-04-22)