

# Medicatiegebruik voor maagklachten bij patiënten, opgenomen op afdelingen voor langdurig verblijf in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis

E.J. MOOKHOEK, J. HUIJGEN

**SAMENVATTING** Van een groep van 430 patiënten, opgenomen op de afdelingen voor langdurig verblijf van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, gebruikten er 115 (27%) medicatie voor klachten en/of aandoeningen van oesofagus en maag. Diegenen die deze medicatie gebruikten, waren gemiddeld jonger dan hun afdelingsgenoten. De dossiers van deze 115 patiënten werden onderzocht op de gestelde diagnose en het in het verleden verricht aanvullend diagnostisch onderzoek. Aspecifieke maagklachten en refluxoesofagitis waren de meest gestelde diagnoses.

Refluxoesofagitis en aan gastro-oesofageale reflux gerelateerde diagnoses en/of klachten kwamen voor bij 61 patiënten (14%). Bij 28 patiënten (6.5%) was er sprake van een endoscopisch of röntgenologisch bewezen refluxoesofagitis. Aspecifieke maagklachten kwamen bij 31 patiënten (7.2%) voor. Bij 26 van de 115 patiënten bestond een indicatie voor onderzoek naar *Helicobacter pylori* vanwege chronisch gebruik van protonpompremmers of een aan *Helicobacter pylori* gerelateerde aandoening. De klinische betekenis van het frequente gebruik van medicatie voor klachten en/of aandoeningen van het bovenste deel van de tractus digestivus wordt besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 6, 359-366]

**TREFWOORDEN** chronische patiënten, langdurig verblijf, maagklachten, medicatie

Klachten van het bovenste deel van de tractus digestivus komen in de gewone populatie frequent voor. In de literatuur worden prevalenties van 22% tot 40% genoemd (Talley e.a. 1994; Penston & Pounder 1996). In de standaard 'Maagklachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap worden de maagklachten in drie groepen verdeeld: specifieke maagklachten, ulcusklachten en refluxklachten (Numans e.a. 1996). In de huisartsenpraktijk komen de aspecifieke maagklachten het meest voor: bij slechts één op de vier à vijf patiënten die zich met maagklachten bij de huisarts presenteren, wordt een

andere diagnose gesteld. De diagnose aspecifieke maagklachten of aspecifieke dyspepsie wordt gesteld als de klachten niet passen in de categorie reflux- of ulcusklachten (Numans e.a. 1996). Bij aspecifieke maagklachten wordt ook geen anatomisch substraat voor de klachten gevonden. Verschillende auteurs hebben overigens een relatie tussen aspecifieke maagklachten en angst- en paniekstoornissen en depressie beschreven (Haug e.a. 1995; Bernersen e.a. 1996).

Ulcusklachten worden vooral gekenmerkt door een gelokaliseerde bovenbuikpijn, welke afneemt na voedselinname. De inzichten over de

oorzaken en behandeling van het ulcus duodeni en het ulcus ventriculi zijn in de laatste vijftien jaar ingrijpend gewijzigd. Volgens de huidige inzichten is het overgrote deel van deze ulcera gerelateerd aan een *Helicobacter-pylori*-infectie (Veenendaal & Van Berge-Henegouwen 1996; Loffeld 1996). De behandeling van het ulcus duodeni en het ulcus ventriculi is dan ook gericht op het bestrijden van deze infectie (Van der Does 1997). Nog onduidelijk is waarom een *Helicobacter-pylori*-infectie meestal alleen een chronische gastritis veroorzaakt en slechts bij een minderheid van de geïnfecteerde personen een ulcus. De Hert e.a. (1997) onderzochten een groep opgenomen schizofrene patiënten. Op serologische gronden werd bij 35% een infectie met *Helicobacter pylori* vastgesteld.

Refluxoesofagitis wordt veroorzaakt door reflux van maaginhoud naar de oesofagus. De klassieke klachten van de gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ) zijn retrosternaal zuurbranden en regurgitatie. Een patiënt kan zich echter ook presenteren met retrosternale pijn, misselijkheid, globusgevoel, pijn in het epigastrium, nachtelijke hoestbuien of met een ijzergebreksanemie. Reflux en de mate van reflux zijn multifactorieel bepaald. Anatomische afwijkingen, motiliteitstoornissen en intra-abdominale drukverhoging spelen een rol. Verhoogde druk komt onder andere voor bij obstipatie, adipositas, hoesten, vertraagde maagontleding, omvangrijke maaltijden en zwangerschap. Ook sterke fysieke inspanning, nicotine- en alcoholgebruik en een hoge leeftijd verhogen de kans op reflux (Barham e.a. 1995; Grande e.a. 1996; Lundell e.a. 1996; Shawdon 1995). Vrijwel alle psychofarmaca vergroten via meerdere mechanismen de kans op gastro-oesofageale reflux (Singh e.a. 1992; John e.a. 1995; Rähkä e.a. 1993; Reveille e.a. 1991). Invloed op de onderste oesofagus-sfincterspanning en invloed op de motiliteit van de gehele tractus digestivus zijn hierbij de directe werkingsmechanismen. Indirect wordt reflux door deze medicatie bevorderd via bijvoorbeeld de toename van het lichaamsgewicht en het veroorza-

ken van obstipatie. Ook meer gedragsmatige aspecten zoals middelenmisbruik en verkeerde eetgewoontes kunnen een gastro-oesofageale reflux bevorderen (Kiss e.a. 1990). Aangezien GORZ een chronische aandoening is, wordt medicatie vaak langdurig gebruikt (McDougall e.a. 1996). De afgelopen jaren werd duidelijk dat een *Helicobacter-pylori*-infectie bij langdurige therapie met protonpompremmers, die bij een chronische aandoening als GORZ nodig kan zijn, de kans op een atrofische gastritis doet toenemen. Het gevolg is metaplasie van het maagslijmvlies en op langere termijn een mogelijk verhoogde kans op maagcarcinoom (Kuipers e.a. 1995). Momenteel wordt geadviseerd bij langdurig gebruik van protonpompremmers bij jonge patiënten eventueel aanwezige *Helicobacter-pylori*-infecties te behandelen (Veenendaal & Van Berge-Henegouwen 1996). *Helicobacter-pylori*-infecties spelen overigens geen oorzakelijke rol bij het ontstaan of verergeren van GORZ (Newton e.a. 1997).

Psychofarmaca worden veel gebruikt bij langdurig in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) opgenomen patiënten. Ook obstipatie en nicotinegebruik komen in deze groep veel voor. Theoretisch zou de frequentie van GORZ in deze populatie dus hoog moeten zijn. Door de relatie met angst- en paniekstoornissen en depressie zou ook de frequentie van specifieke maagklachten onder langdurig opgenomen psychiatrische patiënten hoog moeten zijn. Bij literatuuronderzoek werden hierover geen gegevens gevonden. De waarschijnlijk hoge frequenties van GORZ en specifieke maagklachten en het toenemend gebruik van protonpompremmers in ons ziekenhuis vormden voor ons de reden om op de afdelingen voor langdurig verblijf van ons ziekenhuis een inventarisatie van het medicatiegebruik voor klachten en/of aandoeningen van maag en oesofagus te maken. Ook werden de indicatie voor dit medicatiegebruik en de verrichte diagnostiek geïnventariseerd.

METHODE

Op 5 februari 1997 (peildatum) werd in de administratie van de ziekenhuisapotheek nagegaan welke patiënten op de afdelingen voor langdurige behandeling op dat moment medicatie uit de volgende groepen gebruikten: antacida (uitgezonderd magnesiumoxide aangezien dit vooral als laxans wordt voorgeschreven), H<sub>2</sub>-antagonisten (zoals ranitidine en cimetidine), protonpompremmers (zoals omeprazol en lansoprazol) en motiliteitbeïnvloedende medicatie (cisapride, domperidon). Van de aldus gevonden patiënten werd in de medische status opgezocht wat de reden was geweest voor het voorschrijven van deze medicatie en welk aanvullend diagnostisch onderzoek er was verricht. Voorts werden een aantal algemene gegevens genoteerd (leeftijd, geslacht, psychiatrische diagnose). Bij patiënten jonger dan 65 jaar die een protonpompremmer gebruikten, en bij patiënten met een ulcus of gastritis in de voorgeschiedenis werd Helicobacterserologie gedaan, tenzij een onderzoek naar Helicobacter pylori in het verleden al had plaatsgevonden. Voor beoordeling van de resultaten werd gebruikgemaakt van descriptieve statistiek, student-t- en chi<sup>2</sup>-toetsen.

RESULTATEN

Op de peildatum waren volgens de ziekenhuisadministratie 430 patiënten opgenomen op de betreffende afdelingen. Van deze 430 patiënten gebruikten er 115 (27%) medicamenten uit de genoemde groepen (zie ook tabel 1). De gemiddelde leeftijd van deze 115 patiënten was lager dan van hun medepatiënten die geen medicatie gebruikten voor het bovenste deel van de tractus digestivus (54.7 jaar versus 60.6 jaar [sd = 17.60], p < 0.01). Gegevens over het medicatiegebruik zijn vermeld in tabel 2. De meerderheid van de patiënten (63%) gebruikte medicatie uit slechts één van de groepen medicamenten. Tabel 2 geeft ook een overzicht van de verrichte aanvullende diagnostiek zoals deze in de status werd aange-

TABEL 1 Algemene gegevens onderzoekspopulatie

	Man	Vrouw	Totaal
Aantal	63	52	115
Gemiddelde leeftijd (jaar)	47.8	63.1	54.7
(± s.d.)*	(15.07)	(18.96)	(18.51)
Gemiddelde opnameduur (jaar)	11.7	13.2	12.4
Standaarddeviatie	14.41	13.98	14.18
Psychiatrische diagnose**			
Stemmingsstoornis	4	15	19
Psychotische aandoening	52	18	70
Psycho-organische stoornissyndroom	4	7	11
Andere diagnose	9	10	19
(Nog) geen diagnose	3	9	12

\* s.d. = standaarddeviatie

\*\* Sommige patiënten hadden meer dan één diagnose

troffen, afgezet naar de gebruikte medicatie. Bij 51% van de patiënten werd in de status geen melding gemaakt van aanvullend onderzoek. Bij 6 van de 32 patiënten (19%) die protonpompremmers gebruikten, was dit ook het geval, terwijl bij slechts 3 (9%) van deze patiënten een uitslag van onderzoek naar Helicobacter pylori bekend was. Bij 37 van de 54 patiënten (69%) die antacida gebruikten, was geen aanvullend diagnostisch onderzoek verricht. In tabel 3 wordt een overzicht van de diagnoses gegeven welke in de statussen werden vermeld met de daarbij gebruikte medicijnen en de verrichte aanvullende diagnostiek. Bij een aantal patiënten werden meerdere diagnoses aangetroffen. Er bestaat een opvallend verschil tussen de diverse diagnoses als het gaat om het verrichte aanvullend onderzoek. Bij 28 van de 31 patiënten (90%) met een aspecifieke dyspepsie was geen aanvullend diagnostisch onderzoek verricht. Bij één van de 17 patiënten (6%) met een ulcus of gastritis in de anamnese was een uit-

TABEL 2 Gebruikte medicatie met het verrichte aanvullend diagnostisch onderzoek

Medicatie	Verricht aanvullend diagnostisch onderzoek									
	Totaal	Gastroscopie	Röntgen	Helicobacter		Geen				
Antacida	54	12 22%	9 17%	1	2%	37	69%			
H2-antagonisten	32	11 34%	9 28%	1	3%	13	41%			
Protonpompremmer	32	23 72%	3 9%	3	9%	6	19%			
Motiliteitbeïnvloedend	46	19 41%	10 22%	3	7%	18	39%			
Totaal*	115	43 37%	19 17%	4	3%	59	51%			

\* Sommige patiënten gebruikten meer dan één medicament

slag bekend van onderzoek naar *Helicobacter pylori*. Het aantal patiënten met een gastroscopisch of röntgenologisch bewezen refluxoesofagitis was 28, hetgeen neerkomt op een prevalentie van 6.5%. Het aantal patiënten met een refluxoesofagitis of een aan gastro-oesofageale reflux gerelateerde diagnose en/of klachten bedroeg 61, hetgeen neerkomt op een prevalentie van 14%. Deze patiënten waren gemiddeld ouder dan de patiënten met andere diagnoses (resp. 58.5 jaar versus 50.5 jaar,  $p < 0.05$ ). Wij vonden geen relatie tussen de psychiatrische diagnosegroepen en de soort gastro-intestinale aandoening. Dit geldt ook voor het geslacht.

Bij 16 patiënten jonger dan 65 jaar die een protonpompremmer gebruikten, waren geen uitslagen van onderzoek naar een *Helicobacter pylori*-infectie bekend. Eveneens 16 patiënten hadden een ulcus of gastritis in de anamnese terwijl er nog geen onderzoek naar een *Helicobacter pylori*-infectie had plaatsgevonden. Deze 26 patiënten (6 behoorden tot beide groepen) kwamen in aanmerking voor onderzoek naar *Helicobacter pylori*. Bij 12 patiënten was de serologie negatief, bij 9 positief. Bij 5 patiënten werd om uiteenlopende redenen geen serologie gedaan.

## DISCUSSIE

Medicatie voor klachten van het bovenste deel van de tractus digestivus wordt door een aanzienlijk percentage (27%) van de patiënten op onze verblijfsafdelingen gebruikt. Isolauri & Laippala (1995) vonden dat 7% van een steekproef uit een algemene Finse populatie medicatie gebruikte voor klachten van het bovenste deel van de tractus digestivus. Penston & Pounder (1996) vonden een percentage van 20 bij een algemene Britse populatie. Onze medicatiegebruikende patiënten waren gemiddeld jonger dan hun afdelingsgenoten. De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat specifieke maagklachten bij jongvolwassenen vaker voorkomen (Talley e.a. 1994; Benerssen e.a. 1996).

Bij 51% van de medicatiegebruikers uit ons onderzoek was geen aanvullend diagnostisch onderzoek verricht. Dit hoeft evenwel geen verbazing te wekken. De groep omvatte immers ook patiënten die met relatief milde middelen zoals antacida werden behandeld. Bij de groep patiënten die de sterk zuurremmende protonpompremmers gebruikte, was in een veel groter percentage wel aanvullend onderzoek verricht. Overigens zou er meer onderzoek verricht kunnen zijn dan wij gevonden hebben. Het is namelijk zeer wel mogelijk dat onderzoek dat werd verricht voor de opname in ons ziekenhuis, niet in de statussen beschreven staat.

TABEL 3 Het medicatiegebruik en het verrichte aanvullend diagnostisch onderzoek per diagnose\*

Diagnose	Aantal	Soort medicatie			Aanvullend onderzoek				
		Proton- pompremmer	H <sub>2</sub> -antagonist	Antacidum	Motiliteits beïnvloedend	Gastroscopie	Röntgen	Helicobacter	Geen
Aspecifieke dyspepsie	31	1	10	19	11	1	2	-	28
Refluxoesofagitis	29	23	5	7	16	24	6	2	1
Hernia diafragmatica	20	8	4	4	9	13	8	1	-
Refluxachtige klachten	18	3	7	11	6	3	4	-	13
Gastritis	8	6	1	3	4	8	-	1	-
Ulcus duodeni/ ventriculi	7	1	3	1	2	6	-	-	1
Gastro-oesofageale reflux	6	-	2	2	3	2	4	1	-
Maagoperatie	3	1	1	1	2	2	-	-	1
Gastro-enteritis	2	-	-	-	2	-	-	-	2
Barret-oesofagus	1	1	-	-	-	1	-	-	-
Operatie hernia diafragmatica	1	-	1	-	-	-	1	-	-
Oesofagusvarices	1	-	1	-	-	1	-	-	-
Oesofagusdivertikel	1	1	-	-	-	-	1	-	-
Gebruikt medicatie niet	1	-	-	1	1	-	-	-	1
Geen diagnose	11	1	1	9	1	-	-	-	11
<b>Totaal</b>	<b>115</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>59</b>

\* Er werden soms meerdere diagnoses bij patiënten aangetroffen. Sommige patiënten gebruikten meer dan één medicament

De diagnoses aspecifieke maagklachten en refluxoesofagitis werden door ons het meest aangetroffen: 31 patiënten (7.2%) gebruikten medicatie vanwege aspecifieke maagklachten en 28 (6.5%) vanwege een refluxoesofagitis. Bij de patiënten met aspecifieke maagklachten was vaak (nog) geen aanvullend technisch onderzoek verricht. Het is zeer wel mogelijk dat bij deze patiënten met aanvullend onderzoek alsnog een andere diagnose gesteld zal worden. De groep met aspe-

cifieke maagklachten zou dan kleiner worden ten gunste van de andere diagnostische groepen.


Nog afgezien van het ontbreken van een uniforme definitie voor refluxoesofagitis, is gezien de opzet van ons onderzoek een uitspraak over de precieze prevalentie ervan in onze populatie niet mogelijk. Er werd immers alleen gekeken naar patiënten die medicatie gebruikten. De werkelijke prevalentie zal mogelijk zelfs hoger zijn. De prevalentie van een endoscopisch vastge-

stelde refluxoesofagitis was bij onze patiënten 6.5%. Vergeleken met de in de literatuur genoemde prevalenties van 0.1 tot 2% is de prevalentie in onze populatie dus ten minste een factor drie hoger (Böhmer 1996; Van Lanschot e.a. 1995; Petersen 1995; Spechler 1992). Voor de hogere frequentie van refluxoesofagitis in deze chronische psychiatrische populatie zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Gebruik van relatief hoge dosis psychofarmaca, roken, adipositas en obstipatie zijn daarvan de belangrijkste. De hogere gemiddelde leeftijd van de patiënten met een aan reflux gerelateerde diagnose ligt geheel in lijn met de toename ervan met de leeftijd zoals deze in de literatuur wordt beschreven (Isolauri & Laippala 1995).

Bij 26 van de 430 patiënten (6.0%) bestond een indicatie voor aanvullend diagnostisch onderzoek naar een *Helicobacter-pylori*-infectie, terwijl dit in het verleden nog niet verricht was. Op zich is deze achterstand in diagnostiek begrijpelijk. De betekenis van *Helicobacter-pylori*-infecties, zeker bij langdurig gebruik van protonpompremmers, is pas de afgelopen jaren duidelijk geworden. Ook de nog maar recente beschikbaarheid van eenvoudig te verrichten serologische testen om deze infectie vast te stellen, speelt hierbij een rol.

Concluderend kunnen we stellen dat een groot percentage van de patiënten op de afdelingen voor langdurige behandeling van het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis medicamenteus wordt behandeld voor klachten en aandoeningen van het bovenste deel van de tractus digestivus. Meer specifiek geldt dit bij deze populatie ook voor de refluxoesofagitis. Aspecifieke maagklachten lijken in onze populatie wat minder voor te komen dan in onderzoeken onder algemene populaties (Talley e.a. 1994). Ons onderzoek had echter een duidelijke beperking. De patiënten met klachten die geen medicatie gebruikten, vielen buiten de opzet van dit onderzoek. Anderzijds zullen een aantal personen mede dankzij medicatiegebruik klachtenvrij zijn; zij werden echter wel in ons onderzoek meegenomen.

Dat veel psychofarmaca gastro-intestinale klachten kunnen veroorzaken of verergeren is een bron van grote zorg. De therapietrouw bij de behandeling met psychofarmaca kan er negatief door worden beïnvloed. Ook kunnen er geneesmiddeleninteracties tussen medicatie voor gastro-intestinale klachten en psychofarmaca optreden. Via een verhoging van de pH in de maag kan de resorptie van diverse psychofarmaca beïnvloed worden. Sommige H<sub>2</sub>-antagonisten en protonpompremmers kunnen ook de eliminatie van een aantal psychofarmaca vertragen. Ten slotte wordt door gastro-intestinale klachten, mede gezien het chronisch beloop ervan, de kwaliteit van leven negatief beïnvloed. Om de precieze omvang van het probleem in kaart te brengen zou naast een onderzoek naar medicatiegebruik ook een inventarisatie van het totaal aan gastro-intestinale klachten gemaakt dienen te worden.

 De auteurs danken collega W.A. de Vries, internist, voor zijn waardevolle adviezen.

#### LITERATUUR

- Barham, C.P., Gotley, D.C., Mills A., e.a. (1995). Precipitating causes of acid reflux episodes in ambulant patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*, 36, 505-510.
- Bernersen, B., Johnsen, R., & Straume, B. (1996). Non-ulcer dyspepsia and peptic ulcer: The distribution in a population and their relation to risk factors. *Gut*, 38, 822-825.
- Böhmer, C.J.M. (1996). Gastro-oesophageal reflux disease in intellectually disabled individuals. Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Does, E. van der (1997). Het peptisch ulcus, een curabele infectieziekte(?). *Geneesmiddelen Bulletin*, 31, 39-46.
- Grande, L., Monforte, R., Ros, E., e.a. (1996). High amplitude contractions in the middle third of the oesophagus: A manometric marker of chronic alcoholism? *Gut*, 38, 655-662.
- Haug, T.T., Wilhelmssen, I., Berstad, A., e.a. (1995). Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30, 524-530.
- Hert, M. de, de Wilde, D., Reemans, J., e.a. (1997). Seroprevalentie van *helicobacter pylori* bij schizofrene patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 415-419.

- Isolaure, J., & Laippala, P. (1995). Prevalence of symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease in an adult population. *Annals of Medicine*, 27, 67-70.
- John, J.P., Chengappa, K.N., Baker, R.W., e.a. (1995). Assessment of changes in both weight and frequency of use of medications for the treatment of gastrointestinal symptoms among clozapine-treated patients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 119-125.
- Kiss, A., Bergmann, H., Abatzi, Th.A., e.a. (1990). Oesophageal and gastric motor activity in patients with bulimia nervosa. *Gut*, 31, 259-265.
- Kuipers, E.J., Uytendinck, A.M., Peña, A.S., e.a. (1995). Increase of helicobacter pylori-associated corpus gastritis during acid suppressive therapy: Implications for long-term safety. *American Journal of Gastroenterology*, 90, 1401-1406.
- Lanschot, J.J.B. van, de Wit, L.Th., Ringers, J., e.a. (1995). Minimaal invasieve anti-refluxchirurgie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1524-1526.
- Loffeld, R.J.L.F. (1996). De infectie met helicobacter pylori, het einde in zicht? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2440-2441.
- Lundell, L., Myers, J.C., & Jamieson, G.G. (1996). Is motility impaired in the entire upper gastrointestinal tract in patients with gastro-oesophageal reflux disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31, 131-135.
- McDougall, N.I., Johnston, B.T., Kee, F., e.a. (1996). Natural history of reflux oesophagitis: A 10 year follow up of its effect on patient symptomatology and quality of life. *Gut*, 38, 481-486.
- Newton, M., Bryan, R., Burnham, W.R., e.a. (1997). Evaluation of helicobacter pylori in reflux oesophagitis and Barrett's oesophagus. *Gut*, 40, 9-13.
- Numans, M.E., de Wit, N.J., Geerdes, R.H.M., e.a. (1996). NHG-standaard maagklachten (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 39, 565-577.
- Penston, J.G., & Pounder, R.E. (1996). A survey of dyspepsia in Great Britain. *Alimentary Pharmacologic Therapy*, 10, 83-89.
- Petersen, H. (1995). The prevalence of gastro-oesophageal reflux disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30 (suppl. 211), 5-6.
- Räihä, I., Impivaara, O., Seppälä, M., e.a. (1993). Determinants of symptoms of gastroesophageal reflux disease in the elderly. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 28, 1011-1014.
- Reveille, R.M., Goff, J.S., & Holstrom-Tarwater, K. (1991). The effect of intravenous diazepam on esophageal motility in normal subjects. *Digestive Diseases and Sciences*, 36, 1046-1049.
- Shawdon, A. (1995). Gastro-oesophageal reflux and exercise, important pathology to consider in the athletic population. *Sports Medicine*, 20, 109-116.
- Singh, S., Bailey, R.T., Stein, H.J., e.a. (1992). Effect of alprazolam (Xanax) on esophageal motility and acid reflux. *American Journal of Gastroenterology*, 87, 483-488.
- Spechler, S.J. (1992). Epidemiology and natural history of gastro-oesophageal reflux disease. *Digestion*, 51 (suppl 1), 24-29.
- Talley, N.J., Zinsmeister, A.R., Schleck, C.D., e.a. (1994). Smoking, alcohol and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: Lack of an association in a community. *Gut*, 35, 619-624.
- Veenendaal, R.A., & van Berge-Henegouwen, G.P. (1996). Recente inzichten over diagnostiek en behandeling van helicobacter pylori-infecties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2469-2472.

AUTEURS

E. J. MOOKHOEK, verpleeghuisarts, en J. HUIJGEN, huisarts en verpleeghuisarts, zijn beiden als algemeen arts werkzaam in het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis.  
Correspondentieadres: E.J. Mookhoek, Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal, tel. (010) 5031313, fax (010) 5031493.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-8-1998.

**SUMMARY** Drug therapy for dyspepsia on the long-stay wards of a general psychiatric hospital – In a population of 430 patients admitted on the long stay wards of a general psychiatric hospital 115 (27%) patients used medication because of upper gastrointestinal complaints and/or disease. The mean age of those using this medication was lower than of their fellow patients. The records of the 115 patients were investigated for diagnosis and diagnostic procedures. Non-specific dyspepsia and reflux oesophagitis were the most frequent diagnoses. Reflux oesophagitis and gastro-oesophageal reflux related diagnoses were present in 61 patients (14%). In 28 patients (6.5%) a reflux oesophagitis was diagnosed by endoscopy or x-ray in the past.

31 Patients (7.2%) had non-specific dyspepsia. A test for a *Helicobacter pylori* infection was indicated in 26 of the 115 patients because of chronic use of protonpumpinhibitors or a *Helicobacter pylori* related disease. The clinical relevance of the frequent use of medication for upper gastrointestinal disease and/or complaints in the psychiatric treatment is discussed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 6, 359-366]

**KEYWORDS** chronic patients, drug therapy, dyspepsia, long-stay , psychiatry