

西酞普兰联合安非他酮治疗老年抑郁症的临床分析

刘春梅 闫佳钧

正定二五六医院，河北石家庄，050800；

摘要：目的：观察分析对老年抑郁症患者实施西酞普兰联合安非他酮治疗的临床效果和应用价值。方法：采用回顾性研究方法，选择院内就诊的 60 例老年抑郁症患者（样本纳入例数：60 例；样本纳入时间：2023 年 5 月至 2024 年 3 月），以随机摸球为基础分组方式，分为对照、实验两个小组，观察例数高度一致。分别实施西酞普兰治疗，西酞普兰联合安非他酮治疗。收集分析治疗效果。结果：与对照组（西酞普兰治疗）相比，实验组（西酞普兰联合安非他酮治疗）治疗后的负性情绪评分（SAS/SDS）更低，治疗后的生活质量评分（角色功能/情绪功能/认知功能/社会功能/躯体功能）更高，治疗后的睡眠质量评分（睡眠质量/入睡时间/睡眠时间/睡眠效率/睡眠障碍/催眠药物/日间功能障碍）更低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：西酞普兰联合安非他酮治疗可以有效促进老年抑郁症患者症状改善，缓解负性情绪，改善睡眠状况，促进生活质量提升，有较高应用价值。

关键词：抑郁症；西酞普兰；安非他酮；治疗效果；老年

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.008

抑郁症属于临床较为常见的精神障碍疾病，多发于中老年群体。老年抑郁症则是指 60 岁以上的抑郁症患者^[1]。患者主要表现为持久的情绪低落、兴趣减退等症状，具有较高的发病率，患者自杀风险较高，严重对生命安全造成威胁^[2]。临床主要通过药物进行治疗，老年抑郁症病程长，需要长期坚持用药，老年抑郁症患者依从性较差，对药物敏感性不高，治疗效果不佳，需要选择更加合适的药物以促进疗效^[3]。本研究针对老年抑郁症患者实施西酞普兰联合安非他酮治疗的临床效果进行探讨。

1 对象与方法

1.1 对象

选择院内就诊的 60 例老年抑郁症患者（样本纳入例数：60 例；样本纳入时间：2023 年 5 月至 2024 年 3 月），以随机摸球为基础分组方式，分为对照、实验两个小组，观察例数高度一致。其中对照组（ $n=30$ 例）：性别：男性、女性分别 18 例、12 例；年龄均值（ 65.79 ± 4.55 ）岁；实验组（ $n=30$ 例）：性别：男性、女性分别 16 例、14 例；年龄均值（ 66.10 ± 4.62 ）岁。均遵循自愿原则加入，了解并愿意参与本次研究。对照、实验两组基线资料各项指标比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组（西酞普兰治疗）

选择氢溴酸西酞普兰胶囊口服治疗，每日 1 次，第一天 20mg，后续逐步增加至 40-60mg，65 岁以上患者剂量减半。

1.2.2 实验组（西酞普兰联合安非他酮治疗）

具体实施方法如下：西酞普兰用法用量同上。选择安非他酮口服治疗，每日 2 次分早晚服用，前三天每次 75mg，后续根据患者耐受情况和病情恢复情况逐步增加至每日 3 次，每次 75mg。部分患者根据病情状况可增加至每次总剂量 300mg。

1.3 观察指标

通过焦虑评分量表（Self-RatingAnxietyScale, SAS）、抑郁评分量表（Self-ratingdepressionscale, SDS）、简易生活质量评分表（theMOSitemshortfromhealthsurvey, SF-36）、匹兹堡睡眠质量指数量表（Pittsburghsleepqualityindex, PSQI）对两组患者的负性情绪情况、生活质量评分情况、睡眠质量情况进行数据搜集和分析。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件对数据进行统计学分析，使用 t 和 χ^2 对应表示计量数据、计数数据， $P < 0.05$ 比较存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的负性情绪情况对比

实验组与对照组患者治疗前的 SAS 评分 (56.26 ± 4.59 、 56.33 ± 4.61)、SDS 评分 (55.12 ± 4.74 、 55.20 ± 4.69)；患者结果对比 (t_{SAS} 评分=0.059, $P_1=0.952$ ； t_{SDS} 评分=0.066, $P_2=0.947$)。两组患者治疗后的 SAS 评分 (39.26 ± 4.51 、 45.24 ± 4.62)、SDS 评分 (39.14 ± 4.66 、 46.12 ± 4.74)；患者结果对比 (t_{SAS} 评分=5.065, $P_1=0.001$ ； t_{SDS} 评分=5.746, $P_2=0.001$)。实验组治疗后的负性情绪评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后的生活质量评分对比

实验组与对照组患者治疗前的角色功能 (57.48 ± 5.26 、 57.88 ± 4.15)、情绪功能 (56.33 ± 5.22 、 56.34 ± 5.41)、认知功能 (56.32 ± 5.47 、 56.59 ± 5.58)、社会功能 (57.89 ± 5.47 、 57.84 ± 5.39)、躯体功能 (58.27 ± 5.11 、 58.26 ± 5.20)、总体健康 (58.10 ± 4.89 、 58.37 ± 5.01)；患者结果对比 (t 角色功能=0.326, $P_1=0.745$ ； t 情绪功能=0.013, $P_2=0.989$ ； t 认知功能=0.189, $P_3=0.850$ ； t 社会功能=0.033, $P_4=0.973$ ； t 躯体功能=0.007, $P_5=0.993$ ； t 总体健康=0.211, $P_6=0.833$)。两组患者治疗后的角色功能 (84.59 ± 4.33 、 78.59 ± 4.69)、情绪功能 (85.12 ± 4.69 、 79.12 ± 4.66)、认知功能 (86.25 ± 5.33 、 78.96 ± 4.91)、社会功能 (85.22 ± 4.74 、 79.10 ± 4.82)、躯体功能 (86.69 ± 4.74 、 78.25 ± 4.54)、总体健康 (85.22 ± 4.36 、 78.21 ± 4.78)；患者结果对比 (t 角色功能=5.141, $P_1=0.001$ ； t 情绪功能=4.965, $P_2=0.001$ ； t 认知功能=5.505, $P_3=0.001$ ； t 社会功能=4.946, $P_4=0.001$ ； t 躯体功能=7.032, $P_5=0.001$ ； t 总体健康=5.930, $P_6=0.001$)。实验组治疗后的生活质量评分更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后的睡眠质量情况对比

实验组与对照组患者治疗前的睡眠质量 (2.12 ± 0.56 、 2.11 ± 0.61)、入睡时间 (2.23 ± 0.41 、 2.27 ± 0.44)、睡眠时间 (2.14 ± 0.51 、 2.10 ± 0.43)、睡眠效率 (2.09 ± 0.55 、 2.12 ± 0.48)、睡眠障碍 (2.23 ± 0.42 、 2.18 ± 0.47)、催眠药物 (2.08 ± 0.33 、 2.11 ± 0.35)、日间功能障碍 (2.33 ± 0.36 、 2.28 ± 0.35)；患者结果对比 (t 睡眠质量=0.066, $P_1=0.947$ ； t 入睡时间=0.358, $P_2=0.721$ ； t 睡眠时间=0.322, $P_3=0.748$ ； t

睡眠效率=0.220, $P_4=0.826$ ； t 睡眠障碍=0.437, $P_5=0.663$ ； t 催眠药物=0.311, $P_6=0.756$ ； t 日间功能障碍=0.537, $P_7=0.593$)。两组患者治疗后的睡眠质量 (0.87 ± 0.25 、 1.23 ± 0.31)、入睡时间 (0.77 ± 0.27 、 1.15 ± 0.31)、睡眠时间 (0.81 ± 0.30 、 1.25 ± 0.34)、睡眠效率 (0.82 ± 0.27 、 1.09 ± 0.29)、睡眠障碍 (0.79 ± 0.31 、 1.18 ± 0.27)、催眠药物 (0.72 ± 0.21 、 1.01 ± 0.29)、日间功能障碍 (0.69 ± 0.32 、 1.11 ± 0.38)；患者结果对比 (t 睡眠质量=4.883, $P_1=0.001$ ； t 入睡时间=4.929, $P_2=0.001$ ； t 睡眠时间=5.193, $P_3=0.001$ ； t 睡眠效率=3.613, $P_4=0.001$ ； t 睡眠障碍=5.050, $P_5=0.001$ ； t 催眠药物=4.307, $P_6=0.001$ ； t 日间功能障碍=4.591, $P_7=0.001$)。实验组治疗后的睡眠质量评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3. 讨论

抑郁症属于较为常见的精神类疾病, 发病因素较为复杂, 与遗传、环境、心理应激、社会因素、慢性疾病、滥用药物、酗酒等有关。随着人们生活压力的增加和生活环境的变化, 抑郁症的发病人数逐年增加, 发病率呈上升趋势, 严重影响患者日常生活和身心健康的同时, 给家庭和社会带来一定负担^[4]。老年抑郁症属于老年群体发病率最高、最为常见的精神心理障碍, 易反复发作, 病程长, 治疗难度大, 难以治愈。在长期的治疗中, 患者缺乏对生活的期待和信心, 可存在体质量减轻、食欲减退、躯体不适、失眠、记忆力下降、注意力不集中等症状, 其中失眠、记忆力下降、注意力不集中相比之下症状更为突出, 对患者身心健康和生活质量造成较大影响^[5]。相比年轻群体, 老年抑郁症患者常伴有社交功能障碍, 缺乏倾诉和情感宣泄的途径, 症状改善难度更大, 不利于病情控制, 易形成恶性循环^[6]。随着病情进一步发展甚至可引发自伤自杀等行为威胁生命安全, 需要及时干预接受有效治疗。

临床主要通过药物治疗和心理治疗的方式缓解症状控制病情^[7]。西酞普兰是二环氢化胺类药物, 属于选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂, 可对患者体内的 5-HT 转运体产生选择性抑制作用, 从而阻断突触前膜对 5-HT 的再摄取, 以达成促进 5-HT 作用时间和作用效果的目的, 发挥抗抑郁作用。起效时间较长, 一般在用药 4-8 周时治疗效果较为显著^[8]。用药安全性较高, 患者用药后不良反应发生情况较少。安非他酮属于氨基酮类抗抑

郁药物,是 NE、DA 再摄取抑制剂,可对神经元产生抑制作用,对 DA 神经递质系统产生抑制效果,有助于促进患者体内的 DA 神经递质浓度处于一个更加稳定的水平,避免过高或者过低影响疗效。临床适用于迟钝型抑郁症和对其他抗抑郁药疗效不明显或不能耐受的抑郁患者,可对 β 肾上腺素受体产生一定的调节作用^[9]。另外安非他酮对去甲肾上腺素、5-HT、多巴胺再摄取有较弱的抑制作用。西酞普兰与安非他酮作用机制不同,在老年抑郁症患者体内联合使用可有效发挥协同作用,进一步促进治疗效果,通过对神经递质的调节作用改善症状,促进病情恢复。二者均具有较高的用药安全性,适用于老年群体免疫力较为低下的身体素质,避免出现多种不良反应或并发症影响患者依从性,影响治疗效果^[10]。本研究结果显示,实验组治疗后的负性情绪评分更低,治疗后的生活质量评分更高,治疗后的睡眠质量评分更低,西酞普兰联合安非他酮治疗可以有效促进老年抑郁症患者症状改善,缓解负性情绪,改善睡眠状况,促进生活质量提升,有较高应用价值。在药物治疗的同时,需要对患者实施相应的心理治疗以改善症状促进恢复,进一步提升疗效。

综上所述,对老年抑郁症患者实施西酞普兰联合安非他酮治疗的临床效果良好。有一定现实意义,值得推广。

参考文献

- [1] 田乐,张慧如,王毅,等.艾司西酞普兰联合电针治疗老年抑郁症的效果及对脑神经递质和近红外脑功能定量的影响[J].中国医药导报,2020,17(11):69-7292
- [2] 王鹏,栾融融.艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年

抑郁症的临床效果及对患者血清微量元素水平的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(13):11-13

[3] 郭旭彤,安继东,梅建强.扶阳调肝安神方联合西酞普兰治疗老年抑郁症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(6):603-606611

[4] 余万庆,曹昌德,童庆好.重复经颅磁刺激联合西酞普兰治疗老年抑郁症的临床疗效观察及对 BDNF 水平、自杀意念的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3795-3798

[5] 陈韦伽,付裕,王中莉.小檗碱联合艾司西酞普兰治疗老年抑郁症睡眠障碍的效果及对血清 5-羟色胺水平的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(13):2827-2829

[6] 石广念,周芳珍,磨丽莉等.艾司西酞普兰联合计算机认知矫正治疗对老年期抑郁症患者的疗效及社会功能的影响[J].广西医学,2020,42(19):2582-2585

[7] 王春雨,夏小华.重复经颅磁刺激联合西酞普兰治疗老年抑郁症的临床疗效分析[J].中国实用医药,2021,16(24):80-82

[8] 李吉军.西酞普兰联合安非他酮治疗老年抑郁症的疗效及对血清脑源性神经生长因子、5-羟色胺、去甲肾上腺素的影响探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(10):190-191

[9] 郭虹,王梦雨,刘小蕾,等.坦度螺酮联合艾司西酞普兰治疗首发抑郁症伴焦虑的临床效果及安全性[J].临床合理用药杂志,2023,16(1):54-57

[10] 周斯平,熊爱华.心可舒片联合西酞普兰在老年抑郁患者中的疗效及对神经递质表达的影响[J].中国医学创新,2023,20(3):57-61