

帕罗西汀联合认知行为疗法治疗抑郁症的效果 及对患者睡眠质量的影响

李运松¹, 马媛媛²

(1. 泗阳县脑科医院精神科二病区; 2. 泗阳县脑科医院护理部, 江苏 宿迁 223700)

【摘要】目的 研究帕罗西汀联合认知行为疗法治疗抑郁症患者的效果及对患者血清相关因子水平、睡眠质量的影响。**方法** 以随机数字表法将泗阳县脑科医院 2020 年 7 月至 2022 年 7 月收治的 104 例抑郁症患者分为两组, 各 52 例。两组患者均予以认知行为疗法干预, 同时对对照组患者使用氟西汀治疗, 观察组患者使用帕罗西汀治疗, 均治疗 2 个月。比较两组患者治疗后睡眠质量改善情况, 治疗前后血清相关因子水平变化及症状自评量表 (SCL-90) 评分。**结果** 观察组患者治疗后的觉醒时间、睡眠潜伏期均显著短于对照组, 觉醒次数显著少于对照组, 总睡眠时间显著长于对照组; 较治疗前, 治疗后两组患者血清 5-羟色胺 (5-HT)、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)、超氧化物歧化酶 (SOD) 水平均显著升高, 观察组显著高于对照组; 两组患者血清白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平及 SCL-90 评分中抑郁情绪、焦虑情绪、强迫症状、敌对状态评分及观察组患者人际敏感、恐怖症状、躯体化、精神病性评分均显著降低, 观察组显著低于对照组 (均 $P<0.05$)。**结论** 相较于氟西汀, 采用帕罗西汀联合认知行为疗法可进一步提升抑郁症患者机体 5-HT 水平, 稳定患者情绪, 从而恢复患者机体氧化-抗氧化系统平衡, 减少炎症因子的释放, 此外, 其还在改善患者睡眠质量中效果显著, 从而更利于患者心理状态的改善。

【关键词】 抑郁症; 帕罗西汀; 认知行为疗法; 氟西汀

【中图分类号】 R749.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0131.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.043

抑郁症作为临床常见的一种心理疾病, 会造成患者睡眠质量下降, 影响患者的生活质量。目前临床常采用 5-羟色胺 (5-HT) 再摄取抑制剂治疗抑郁症患者, 其中以氟西汀、帕罗西汀最为常见。氟西汀可选择性抑制 5-HT 转运体, 阻断突触前膜对 5-HT 的再摄取, 从而产生抗抑郁作用, 但会出现乏力、失眠、头晕头痛等不良反应; 而帕罗西汀作为一种苯基哌啶衍生物, 是一种强效、高

选择性 5-HT 再摄取抑制剂, 与氟西汀作用机理基本相似, 适用于各种抑郁症患者^[1]。认知行为疗法是一组通过改变患者思维、信念及行为的方式来改变患者的不良认知, 达到消除不良情绪和行为的短程心理治疗方法, 对改善抑郁症患者心理状态具有积极作用^[2]。基于此, 本研究旨在进一步对比出氟西汀、帕罗西汀治疗的效果, 现报道如下。

作者简介: 李运松, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 精神疾病的诊疗。

- 临床观察 [J]. 光明中医, 2022, 37(11): 1906-1909.
- [2] 刘燕媚, 李碧娟, 陈培娥. 空气波压力治疗仪联合优质护理治疗腰椎间盘突出症伴下肢麻木的疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(27): 129-131.
- [3] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南 [J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.
- [4] 赵文海, 詹红生. 中医骨伤科学 [M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2020: 278-285.
- [5] 鲁维丽. 改进延续性护理对腰椎间盘突出症患者神经功能恢复及 ODI 评分的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(13): 2151-2152.
- [6] 王德加, 彭鸿辉. 经皮椎间孔镜技术治疗对腰椎间盘突出症患者 VAS 评分、ODI 评分及并发症的影响 [J]. 中国处方药, 2021, 19(5): 150-151.
- [7] 艾国庆. 经皮椎间孔镜椎间盘突出髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的近远期效果及对患者 VAS、ODI、JOA 评分的影响 [J]. 中国医学创新, 2022, 19(8): 5-9.
- [8] 朱小丽. 中药热奄包联合腰背肌功能锻炼对腰椎间盘突出症患者疼痛及功能康复的影响 [J]. 医学理论与实践, 2021, 34(16): 2910-2911.
- [9] 尚德锋. 腰部夹脊穴加用温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察及对疼痛的效果 [J]. 新中医, 2016, 48(7): 134-136.
- [10] 张欣凯, 郭永昌, 马家宾, 等. 温针灸治疗中期股骨头缺血性坏死的疗效观察及对炎症因子水平和血流动力学的影响 [J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(10): 1001-1005.

1 资料与方法

1.1 一般资料 以随机数字表法将泗阳县脑科医院 2020 年 7 月至 2022 年 7 月收治的 104 例抑郁症患者分为两组, 各 52 例。对照组患者中男性 28 例, 女性 24 例; 年龄 20~68 岁, 平均 (42.98±1.29) 岁。观察组患者中男性 27 例, 女性 25 例; 年龄 20~68 岁, 平均 (42.95±1.26) 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间有可比性。纳入标准: 符合《中国精神障碍分类与诊断标准第三版 (精神障碍分类)》^[3] 中的相关标准者; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)^[4] 评分 ≥ 18 分者; 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表^[5] 评分 >6 分者等。排除标准: 伴有严重脑部器质性疾病者; 对本研究所用药物过敏者; 存在感染性疾病者等。本研究已获院内医学伦理委员会批准, 患者签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法 予以对照组患者盐酸氟西汀片 (常州四药制药有限公司, 国药准字 H19980139, 规格: 10 mg/片) 口服治疗, 20 mg/次, 1 次/d, 服用 3 周后根据患者病情调整剂量, 最高剂量不得超过 60 mg/d。予以观察组患者盐酸帕罗西汀片 (浙江尖峰药业有限公司, 国药准字 H20040533, 规格: 20 mg/片) 口服治疗, 20 mg/次, 1 次/d, 服用 3 周后根据患者病情调整剂量, 最高剂量不得超过 50 mg/d。两组患者均连续治疗 2 个月。

1.2.2 认知行为疗法 两组患者治疗期间均予以认知行为疗法干预: ①向患者解释说明理性情感治疗的基础, 通过患者的自我监察和治疗的反馈, 识别患者的非理性思想。②认知重建, 指导患者自我陈述理性观念, 使其代替先前的非理性观念, 并采用倾听、鼓励和交流等方式, 与患者建立良好的信任关系, 启发式心理联想方法, 掌握患者现存的各种症状和问题的原因, 并耐心讲解抑郁症发病机制、药物治疗的必要性等, 积极纠正患者错误认知。③放松训练。嘱患者采取坐位或卧位, 紧闭双眼 2 min, 依据喜好选择轻松、优美的音乐, 保持音量在 45~55 dB, 依次放松头面部、上臂、前臂、背部等部位, 直至全身放松, 并依照上述顺序进行各个部位肌肉的收缩、放松训练, 15~20 min/次, 1~2 次/d。④冥想指导。选择优美、轻松的音乐作为背景音乐, 指导患者感知美好画面, 充分想象过往良好的生活体验和美好的自然景色, 感知对未来的

美好憧憬。⑤家庭、社会支持。鼓励家属多给予患者关爱和陪伴, 定期组织志愿者来院看望患者, 开展绘画、健身操等娱乐健身活动。

1.3 观察指标 ①采用多导睡眠监测仪 (北京怡和嘉业医疗科技股份有限公司, 型号: YH-2000A) 检测两组患者治疗后的觉醒时间、觉醒次数、睡眠潜伏期及总睡眠时间。②分别采集两组患者治疗前后空腹静脉血 5 mL, 离心 (3 500 r/min, 10 min), 采用酶联免疫吸附法检测血清 5-HT、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)、白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平, 采用黄嘌呤氧化酶法检测超氧化物歧化酶 (SOD) 水平。③于治疗前后, 采用症状自评量表 SCL-90^[6] 评估患者心理健康状况, 包括焦虑情绪、躯体化、偏执思维、人际敏感、恐怖症状、强迫症状、抑郁情绪、敌对态度、精神病性 9 个维度, 采用 5 级评分法 (1~5 分), 得分越低表示患者心理健康水平越高。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料均经 S-W 法检验符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者睡眠质量比较 观察组患者治疗后的觉醒时间、睡眠潜伏期均显著短于对照组, 觉醒次数显著少于对照组, 总睡眠时间显著长于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者血清相关因子水平比较 较治疗前, 治疗后两组患者 5-HT、GSH-Px、SOD 水平均显著升高, 观察组显著高于对照组; IL-1 β 水平显著降低, 观察组显著低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者 SCL-90 评分比较 较治疗前, 治疗后两组抑郁情绪、焦虑情绪、强迫症状、敌对状态评分及观察组人际敏感、恐怖症状、躯体化、精神病性评分均显著下降, 观察组显著低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 3。

3 讨论

抑郁症的发病因素复杂, 临床常采用三环类抗抑郁药物治疗抑郁症患者, 通过阻断神经末梢对去甲肾上腺

表 1 两组患者睡眠质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 觉醒时间 (h) | 觉醒次数 (次) | 睡眠潜伏期 (h) | 总睡眠时间 (h) |
|-------|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组 | 52 | 0.86 \pm 0.33 | 3.97 \pm 1.07 | 0.58 \pm 0.16 | 6.78 \pm 0.52 |
| 观察组 | 52 | 0.38 \pm 0.10 | 1.37 \pm 0.51 | 0.46 \pm 0.11 | 7.67 \pm 0.32 |
| t 值 | | 10.038 | 15.817 | 4.457 | 10.511 |
| P 值 | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表 2 两组患者血清相关因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 5-HT(pg/mL) | | GSH-Px(IU/mL) | |
|-----|----|-------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 52 | 80.73±10.37 | 163.85±11.42* | 87.25±10.25 | 138.21±11.33* |
| 观察组 | 52 | 80.46±10.34 | 189.05±12.45* | 88.31±10.18 | 145.22±12.13* |
| t 值 | | 0.133 | 10.756 | 0.529 | 3.045 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

| 组别 | 例数 | SOD(pg/mL) | | IL-1β(μg/L) | |
|-----|----|--------------|---------------|-------------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 52 | 101.52±10.96 | 120.73±11.35* | 5.80±1.02 | 2.76±0.25* |
| 观察组 | 52 | 101.32±10.87 | 135.46±12.33* | 5.85±1.45 | 1.02±0.15* |
| t 值 | | 0.093 | 6.338 | 0.203 | 43.037 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注：与治疗前比，*P<0.05。5-HT：5-羟色胺；GSH-Px：谷胱甘肽过氧化物酶；SOD：超氧化物歧化酶；IL-1β：白细胞介素-1β。

表 3 两组患者 SCL-90 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 人际敏感 | | 恐怖症状 | | 抑郁情绪 | | 焦虑情绪 | |
|-----|----|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 52 | 2.62±1.06 | 2.39±1.02 | 2.29±1.11 | 2.04±0.93 | 3.57±1.14 | 2.58±1.17* | 2.89±1.37 | 2.18±1.00* |
| 观察组 | 52 | 2.54±1.04 | 1.08±0.37* | 2.27±1.09 | 0.94±0.30* | 3.50±1.10 | 1.64±0.53* | 2.85±1.32 | 1.78±0.68* |
| t 值 | | 0.388 | 8.706 | 0.093 | 8.117 | 0.319 | 5.277 | 0.152 | 2.385 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

| 组别 | 例数 | 躯体化 | | 强迫症状 | | 敌对态度 | | 精神病性 | |
|-----|----|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 52 | 2.98±1.37 | 2.67±1.30 | 2.43±0.45 | 1.68±0.21* | 2.98±0.83 | 2.50±0.69* | 2.19±0.77 | 1.92±0.67 |
| 观察组 | 52 | 2.92±1.34 | 1.89±0.88* | 2.41±0.39 | 0.94±0.15* | 2.95±0.70 | 1.08±0.54* | 2.33±0.73 | 0.86±0.35* |
| t 值 | | 0.226 | 3.583 | 0.242 | 20.677 | 0.199 | 11.687 | 0.951 | 10.112 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注：与治疗前比，*P<0.05。

素和 5-HT 的再摄取来达到改善抑郁症状的效果，但不良反应较多，易影响患者的日常生活。

氟西汀、帕罗西汀是目前临床常用来治疗抑郁症的药物，其中氟西汀作为选择性 5-HT 再吸收抑制剂，经口服后于 6~8 h 后达到血药浓度的峰值，临床半衰期为 2 d，经肝代谢后由肾脏排泄，生物利用率为 70%；而帕罗西汀作用机理虽与氟西汀相同，但其经口服后可被完全吸收，临床半衰期为 24 h，经过代谢后与血浆蛋白结合，分布于中枢神经系统等全身各个组织中，同样可经过肝脏代谢后经肾脏排出体外，但同时也有小部分经过胆汁分泌由粪便排出体外，因而减轻对肝脏的负担^[7]。此外，除药物治疗外，认知行为疗法通过重建抑郁症患者认知、放松训练、冥想指导，并给予患者家庭及社会的支持来调节其不良和异常行为，改善患者不良认知，缓解患者的负面情绪，使其树立健康的心理和行为，增强战胜疾病的信心^[8]。在本研究中，观察组患者治疗后

的觉醒时间、睡眠潜伏期均显著短于对照组，觉醒次数显著少于对照组，总睡眠时间显著长于对照组，说明相较于氟西汀，采用帕罗西汀联合认知行为疗法治疗抑郁症，对改善其睡眠质量效果更好。这可能是由于帕罗西汀不同于其他神经递质再摄取抑制药物，其还具有一定的镇静作用，可通过作用于大脑而缓解患者失眠症状，提高患者睡眠质量。

5-HT 是人体重要的神经递质，参与调节人体的情感和各种行为，抑郁症的发生与其相对或绝对不足息息相关。研究显示，抑郁症的发生发展也与机体中氧化-抗氧化应激体系失衡密切相关，GSH-Px、SOD 作为常见反映机体内抗氧化系统功能的因子，当机体氧化-抗氧化系统失衡后，此类抗氧化因子可出现显著降低的情况，而随着机体内大量氧自由基堆积造成细胞膜的脂质过氧化损伤，从而诱导 IL-1β 炎症因子的释放^[9]。帕罗西汀除能抑制突触前膜对 5-HT 的再摄取能力，提高机体 5-HT

老年阿尔茨海默病患者家庭照顾者负担及护理干预的研究进展

周志雄，潘晓薇*
(广州中医药大学顺德医院附属勒流医院内科，广东 佛山 528300)

【摘要】老年阿尔茨海默病病程相对较长、发病机制尚不明确，且随着病情的进展，老年阿尔茨海默病患者可能完全依赖他人才能完成基本日常生活，因此老年阿尔茨海默病患者家庭照顾者不仅需要花费较多的时间和精力去照顾患者的生活起居，还需要承担一定的家庭及社会压力，致使家庭照顾者的负担显著增加。因此，给予老年阿尔茨海默病患者家庭照顾者一定的干预，促使帮助照顾者提升照顾能力，改善心理状态至关重要，有利于照顾者负担的减轻。现就老年阿尔茨海默病患者家庭照顾者负担现状和相应的护理干预措施进行综述，包括认知行为护理干预、REACH 干预模式、家庭式护理干预模式、集束化护理模式、延续护理模式及中医护理干预等，为临床有针对性地实施干预方案提供参考依据。

【关键词】阿尔茨海默病；家庭照顾者；负担；护理干预；研究进展
【中图分类号】R742 【文献标识码】A 【文章编号】2096-3718.2023.04.0134.05
DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.044

作者简介：周志雄，大学本科，主管护师，研究方向：老年护理。
通信作者：潘晓薇，大学本科，主治医师，研究方向：神经内科。E-mail: candy1204@126.com

水平，其还具有一定的抗血小板聚集、抑制炎症因子、保护内皮细胞功能的作用，能通过稳定患者情绪，消除抑郁、焦虑情绪，从而降低患者机体中儿茶酚胺浓度，减少炎症因子的释放^[10]。认知行为疗法可重建患者认知和心理，使其在产生应激反应之前，就对自身的疾病和情况进行全面认识，使其在面对突发情况时，将抑郁、恐慌、焦虑等消极情绪对自身的不良影响降到最低，进而可增强患者治疗信心，增强患者的配合度，提高患者的生活质量。本研究中，治疗后观察组患者 5-HT、GSH-Px、SOD 均显著高于对照组；IL-1 β 水平显著低于对照组，且 SCL-90 评分均优于对照组，从而进一步证实了采用帕罗西汀联合认知行为疗法可更利于提升抑郁症患者机体 5-HT 水平，减少炎症因子的释放，稳定患者情绪，进一步改善患者的心理状态。

综上，相较于氟西汀，采用帕罗西汀联合认知行为疗法可进一步提升抑郁症患者机体 5-HT 水平，稳定患者情绪，从而恢复患者机体氧化-抗氧化系统平衡，减少炎症因子的释放，此外，其还在改善患者睡眠质量中效果显著，从而更利于患者心理状态的改善，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 于浚玫,白凤凤.艾司西酞普兰与氟西汀治疗抑郁症患者的临床观察[J].中国药房,2016,27(8):1120-1122.

[2] 李江婵,姚素华,谢秀东,等.认知行为治疗对抑郁症患者病耻

感和应对方式的影响研究[J].中国全科医学,2015,18(4):463-465.

[3] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.

[4] 侍成栋,潘永良.汉密尔顿抑郁及焦虑量表与正性负性情绪量表的相关性研究[J].全科护理,2019,17(2):140-142.

[5] 张海峰,姚红芳,周世江.头穴埋线对失眠症患者匹兹堡睡眠质量指数的影响[J].中华中医药学刊,2013,31(11):2420-2422.

[6] 向琴,彭芙蓉,潘梅,等.认知行为干预联合运动疗法对抑郁症患者心理状态及生活质量的影响[J].医学临床研究,2018,35(6):1104-1107.

[7] 王文娟,葛运芬,庞连杰,等.盐酸帕罗西汀与氟西汀治疗躯体形式障碍的疗效及安全性比较[J].山东医药,2015,55(41):87-88.

[8] 徐丽红,戴涛.认知行为团体心理治疗对抑郁症患者抑郁症状以及应对方式社会支持影响的干预研究[J].中国药物与临床,2016,16(9):1347-1349.

[9] 刘婉莹,刘晓华.Nrf2介导的信号通路在抑郁症炎症反应与氧化应激中的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2019,19(5):523-526.

[10] 肖雪.帕罗西汀联合参松养心胶囊治疗老年冠心病合并抑郁症疗效及对患者氧化/抗氧化应激平衡和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(5):481-484.