

# 度洛西汀联合曲唑酮治疗抑郁症的临床疗效分析

陈章凡 梁葵兴 熊锦卫 张嘉芮

**【摘要】 目的** 探讨抑郁症患者应用度洛西汀与曲唑酮联合治疗的临床效果。**方法** 70例抑郁症患者,根据就诊时间先后分为单一组与联合组,各35例。单一组仅使用曲唑酮片治疗,联合组以单一组为基础,再使用度洛西汀片联合治疗。比较两组治疗前后抑郁评分、睡眠质量评分、不良反应发生情况及治疗效果。**结果** 治疗2、4、6周后,两组抑郁评分均低于本组治疗前,且联合组低于单一组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗2、4、6周后,两组睡眠质量评分均较治疗前降低,且联合组分别为(10.40±2.31)、(8.21±2.78)、(4.31±2.03)分,均低于单一组的(12.89±3.47)、(10.27±3.20)、(8.30±2.50)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。联合组不良反应发生率8.57%低于单一组的42.86%;治疗总有效率97.14%高于单一组的71.43%,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 度洛西汀药物与曲唑酮药物联合方案,能够促进药效的发挥,应用于抑郁症患者的治疗工作中,可以更好地帮助患者摆脱抑郁情绪,促进睡眠质量。

**【关键词】** 抑郁症;曲唑酮;度洛西汀

DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2021.15.084

引起抑郁症疾病的因素较繁多,其临床主要病症多是情绪不高、活动量下降、思维缓慢、对遇到的困难有过高预估,甚至有少数患者存在自杀意识<sup>[1]</sup>。此外,大多数患者还会伴有睡眠困难之症,致使患者精神疲乏、生活质量及能力下降,同时伴有血压、血糖升高,心脏器官病变等风险<sup>[2]</sup>。有关抑郁症的治疗方案,多为药物疗法、心理干预、物理治疗等,均具有一定疗效。关于治疗抑郁症的药物有多种,药品的差异性对临床疗效有不小影响<sup>[3]</sup>。选择2018年6月~2019年12月在本院门诊诊治的抑郁症患者70例为实验的对象,探讨度洛西汀和曲唑酮联合作用于抑郁症患者的治疗时,所发挥的临床效果,详细研究过程见下文。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2018年6月~2019年12月本院门诊诊治的70例抑郁症患者为研究对象,根据就诊时间先后分为单一组与联合组,各35例。单一组男20例、女15例;年龄24~52岁,平均年龄(36.15±5.95)岁;病程0.5~4.0年,平均病程(1.96±0.56)年。联合组男18例、女17例;年龄25~53岁,平均年龄(37.55±5.74)岁;病程0.8~4.0年,平均病程(1.90±0.70)年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。纳入标准:①患者需符合《国际疾病分类第十版(ICD-10)》中抑郁症的诊断标准,明确诊断为抑郁症的患者;②汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分>17分的患者;匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分>7分的患者;③基本资料完整的患者;患者家人同意且支持此研究,并签署协议书的患者。排除标准:存在原发性的睡眠障碍疾病的患者;属于继发性的抑郁症患者;研究

2周之前,使用安眠镇静药物、或者抗抑郁类药物进行治疗的患者;哺乳期、妊娠期的女性患者;对酒有依赖感的患者。

## 1.2 方法

**1.2.1 单一组** 仅使用盐酸曲唑酮片(沈阳福宁药业有限公司,国药准字H20050223,规格:50mg)口服治疗,药量:初始剂量为50mg/次,1次/d,服用时间:晚睡前,而后以患者抑郁症病情的变化,酌情调整药量,1周内最高用量≤150mg/d,治疗时间:7周。

**1.2.2 联合组** 盐酸度洛西汀肠溶片联合曲唑酮片疗法,曲唑酮使用方法与单一组相同,盐酸度洛西汀肠溶片(江苏恩华药业股份有限公司,国药准字H20130056,规格:20mg)口服治疗,药量:初始剂量为20mg/次,2次/d,服用满1周后,以患者用药的反应为依据,确定有无提升用药次数的必要,并最终将药量控制在60mg/d,分2次服用,治疗时间:连续7周。

**1.3 观察指标及判定标准** ①比较两组治疗前后抑郁评分,即通过HAMD-17量表评估治疗前、治疗2、4、6周后患者的抑郁情绪,最高分值53分,最低分值0分,抑郁程度标准:重度:总分>24分;中度:17分<总分≤24分,轻度:7分<总分≤17分。②比较两组治疗前后睡眠质量评分,即通过PSQI量表评估治疗前、治疗2、4、6周后患者的睡眠质量,最高分值21分,最低分值0分,总分>7分时,睡眠有障碍。③比较两组患者治疗期间不良反应发生情况及治疗有效性,记录治疗期间出现口干、嗜睡、头昏乏力等不良情况,总发生率=(口干+嗜睡+头昏乏力)/总例数×100%;治疗有效性以HAMD评分为判定标准,

康复、显著、好转、无效为其指标。康复：HAMD 评分下降程度 $\geq 75\%$ ；显著：50%<HAMD 评分下降程度<75%；好转：25%<HAMD 评分下降程度 $\leq 50\%$ ；无效：HAMD 评分下降程度 $\leq 25\%$ ，或者病情加重。总有效率=(康复+显著+好转)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS20.0统计学软件处理数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用*t*检验；计数资料以率(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验。*P*<0.05表示差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组治疗前后抑郁评分比较** 治疗前，两组抑郁评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05)；治疗2、4、6周后，

两组抑郁评分均低于本组治疗前，且联合组低于单一组，差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表1。

**2.2 两组治疗前后睡眠质量评分比较** 治疗前，两组睡眠质量评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05)；治疗2、4、6周后，两组睡眠质量评分均较治疗前降低，且联合组分别为(10.40 $\pm$ 2.31)、(8.21 $\pm$ 2.78)、(4.31 $\pm$ 2.03)分，均低于单一组的(12.89 $\pm$ 3.47)、(10.27 $\pm$ 3.20)、(8.30 $\pm$ 2.50)分，差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表2。

**2.3 两组不良反应发生情况及治疗效果比较** 联合组不良反应发生率8.57%低于单一组的42.86%；治疗总有效率97.14%高于单一组的71.43%，差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表3。

表1 两组治疗前后抑郁评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	2周后	4周后	6周后
单一组	35	23.91 $\pm$ 4.39	18.47 $\pm$ 4.75 <sup>a</sup>	16.59 $\pm$ 4.31 <sup>a</sup>	14.63 $\pm$ 4.28 <sup>a</sup>
联合组	35	23.86 $\pm$ 4.57	16.52 $\pm$ 3.29 <sup>ab</sup>	13.30 $\pm$ 2.67 <sup>ab</sup>	8.23 $\pm$ 3.56 <sup>ab</sup>
<i>t</i>		0.0466	1.9965	3.8390	6.8012
<i>P</i>		0.9629	0.0499	0.0003	0.0000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup>*P*<0.05；与单一组治疗后比较，<sup>b</sup>*P*<0.05

表2 两组治疗前后睡眠质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	2周后	4周后	6周后
单一组	35	14.83 $\pm$ 4.21	12.89 $\pm$ 3.47 <sup>a</sup>	10.27 $\pm$ 3.20 <sup>a</sup>	8.30 $\pm$ 2.50 <sup>a</sup>
联合组	35	14.65 $\pm$ 3.98	10.40 $\pm$ 2.31 <sup>ab</sup>	8.21 $\pm$ 2.78 <sup>ab</sup>	4.31 $\pm$ 2.03 <sup>ab</sup>
<i>t</i>		0.1838	3.5338	2.875	7.3299
<i>P</i>		0.8547	0.0007	0.0054	0.0000

注：与本组治疗前比较，<sup>a</sup>*P*<0.05；与单一组治疗后比较，<sup>b</sup>*P*<0.05

表3 两组不良反应发生情况及治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	口干	嗜睡	头昏乏力	总发生	治疗总有效
单一组	35	6(17.14)	5(14.29)	4(11.43)	15(42.86)	25(71.43)
联合组	35	1(2.86)	2(5.71)	0	3(8.57) <sup>a</sup>	34(97.14) <sup>a</sup>
$\chi^2$					10.7692	8.7365
<i>P</i>					0.0010	0.0031

注：与单一组比较，<sup>a</sup>*P*<0.05

**3 讨论**

抑郁症属于精神系统出现障碍的疾病，其病机即人体内去甲肾上腺素的能受体和5-羟色胺含量下降，导致患者产生思维、情感异常及悲观低落心境等症状，随着病情的不断发展，患者会逐渐产生幻觉、妄想等症状，严重影响着患者的日常生活及睡眠质量，甚至有部分患者还会出现自戕举止<sup>[4]</sup>。除此之外，抑郁症还有可能引发食欲不振、便秘、睡眠困难等症状，对患者的身体健康起到消极作用，精神状态也由此而受到极大影响，较易出现疲劳无力等病症，进一步加剧了患者的抑郁症病情<sup>[5]</sup>。其中，睡眠困难是抑郁症疾病病情发展过程中较易发生的症状，主要体现在入睡艰难、失眠多梦等。

逐年上涨，且此疾病已经被国际医学领域认定为危害性较大的公共卫生类疾病<sup>[6]</sup>。因而，此疾病的临床治疗不容忽视。度洛西汀是临床使用频率较高的抗抑郁症类药物，于人体回收五-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)方面发挥抑制作用，进而提升5-HT、NE的浓度，加强神经元的传导能力，促使患者神经中枢较快速的接收兴奋信号，从而达到减轻患者抑郁情绪的治疗效果<sup>[7]</sup>。曲唑酮归类为三唑吡啶衍生物药品之一，能够抑制机体再摄取5-HT，推动 $\gamma$ -氨基丁酸产生功效，从而起到镇静、抵抗抑郁情绪的疗效<sup>[8]</sup>。与此同时，曲唑酮还能够促使患者进入良好睡眠状态，增进其睡眠质量，有益于减轻抑郁情绪。将度洛西汀药物与曲唑酮药品相结合，能够促进抑郁情绪好转速率，改进睡眠质量，是治疗效果较好的治疗方案<sup>[9]</sup>。

以当前的形势而言，我国病发抑郁症的患者数量

本研究的实验结果显示,治疗 2、4、6 周后,两组抑郁评分均低于本组治疗前,且联合组低于单一组,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗 2、4、6 周后,两组睡眠质量评分均较治疗前降低,且联合组均低于单一组,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。联合组不良反应发生率 8.57% 低于单一组的 42.86%;治疗总有效率 97.14% 高于单一组的 71.43%, 差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。因而明确,度洛西汀与曲唑酮药品结合使用,能够缓解患者的抑郁情绪,可以改善患者的睡眠质量<sup>[10]</sup>。

综上所述,抑郁症疾病的治疗选择度洛西汀药物与曲唑酮联合方案,能够促使患者的负性情绪得到较快的改善,帮助患者摆脱抑郁消极心理,建立乐观阳光心态,疗效优异,值得给予宣扬及推荐。

参 考 文 献

[1] 唐云如. 舍曲林与度洛西汀治疗老年抑郁症临床疗效的比较研究. 临床合理用药杂志, 2020, 13(3):57-58.  
 [2] 石雅娟. 度洛西汀、舍曲林治疗老年抑郁症的有效性与其安全性

比较. 中国民康医学, 2020, 32(2):77-79.  
 [3] 姜丽娟. 度洛西汀联合奥氮平治疗抑郁症效果观察. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11):72-73.  
 [4] 解冬梅. 度洛西汀和氟哌噻吨美利曲辛片治疗抑郁症伴躯体疼痛障碍的疗效比较. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(19):21-22.  
 [5] 范建华, 刘海燕, 李鹏. 阿戈美拉汀与度洛西汀在首发抑郁症患者中的疗效对比研究. 中国实用医药, 2020, 15(16):136-138.  
 [6] 陈燕莉, 罗端庆, 吕杏放, 等. 帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床疗效. 黑龙江医药, 2021, 34(1):121-122.  
 [7] 蔡佳. 曲唑酮治疗抑郁症合并睡眠障碍的临床效果及安全性评价. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(10):1696-1698.  
 [8] 王淑芬, 周脉涛, 费海涛. 曲唑酮联合星状神经节阻滞治疗抑郁症伴失眠的效果观察. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(27):3011-3014.  
 [9] 邵晓林, 郭影. 帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍的疗效观察. 保健医学研究与实践, 2018, 15(5):63-65.  
 [10] 彭保全, 钱琳, 段文涛. 对重度抑郁症采用喹硫平、曲唑酮进行联合治疗的效果观察. 北方药学, 2017, 14(10):35.

[收稿日期: 2021-03-23]

## 帕罗西汀、氯丙嗪联合治疗精神分裂症的临床疗效、安全性观察

刘萍 季乐新

**【摘要】 目的** 讨论帕罗西汀、氯丙嗪联合治疗模式在精神分裂症中的应用价值以及安全性。  
**方法** 120 例精神分裂症患者,采用随机数字表法分为参照组及观察组,每组 60 例。参照组采用单一氯丙嗪治疗,观察组采取帕罗西汀、氯丙嗪联合治疗。对比两组患者的临床治疗结果、治疗前后负面情绪评分、不良反应发生情况及简明精神病评定量表、社会功能缺陷筛查量表、日常生活活动能力量表评分。  
**结果** 观察组患者的治疗总有效率 93.33% 明显高于参照组的 80.00%, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗后,两组抑郁情绪、焦虑情绪评分均低于本组治疗前,且观察组低于参照组,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗后,两组简明精神病评定量表、社会功能缺陷筛查量表、日常生活活动能力量表评分均较治疗前改善,且观察组优于参照组,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。观察组不良反应发生率 11.67%(7/60) 明显低于参照组的 26.67%(16/60), 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。  
**结论** 帕罗西汀、氯丙嗪联合治疗精神分裂症的疗效显著,能够促进临床症状的改善与抑郁情绪的有效缓解,进而能够提升临床治疗效果,治疗安全性较高。

**【关键词】** 帕罗西汀; 氯丙嗪; 精神分裂症; 临床疗效; 安全性

DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2021.15.085

精神分裂症是一种临床上较为常见的精神类病症,患者的临床特征主要为感知功能障碍、行为功能障碍、情感障碍、认知功能障碍、思维功能障碍等,而且病情极易反复发作,临床治疗困难,由此会严重干扰患者的正常生活和降低生活质量<sup>[1,2]</sup>。精神分裂症患者的病情具有多样性、复杂性的特征,且多表现为阴性症状<sup>[3,4]</sup>。仅应用常规抗精神类药物如奥氮平、氯氮平、利培酮等开展临床治疗,难以彻底消除患者的临床症

状,治疗效果并不是十分理想。帕罗西汀是治疗精神疾病的常用药物之一,可有效缓解患者的抑郁、焦虑等负性情绪,而且能够在一定程度上增强机体活力<sup>[5,6]</sup>。相关研究表明<sup>[7]</sup>,在精神分裂症的治疗当中为取得良好的治疗效果,可以采用帕罗西汀联合抗精神类药物进行治疗。本次研究选择 120 例精神分裂症患者进行研究,旨在探究在精神分裂症中选用帕罗西汀、氯丙嗪联合治疗的临床效果,具体内容报告如下。