

米氮平合并认知行为疗法治疗老年抑郁症的对照研究

张加明

【摘要】目的 探讨米氮平联合认知行为疗法对老年抑郁症的疗效。方法 将符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(CCMD-3)抑郁发作诊断标准,汉密顿抑郁量表(HAMD)总评分>28分,年龄>60岁的68例老年抑郁症患者按随机数字表法分为A、B两组,分别采用米氮平联合认知行为疗法治疗和单用米氮平药物治疗。于治疗前、治疗2、4、8周末和6月末用HAMD和汉密顿焦虑量表(HAMA)评定疗效。结果 A、B两组治疗2、4、8周末和6月末HAMD、HAMA总评分与同组治疗前比较,差异有统计学意义(P 均<0.05或0.01)。治疗8周末和6个月末,HAMD和HAMA总评分两组比较,差异有统计学意义(P <0.05)。A、B两组显效率分别为84.38%和59.38%,差异有统计学意义($\chi^2=4.947$, P <0.05)。6个月末A组复发3例(9.38%);B组复发10例(31.25%),两组比较差异有统计学意义($\chi^2=4.317$, P <0.05)。结论 米氮平联合认知行为疗法对老年抑郁症的疗效可能好于单用米氮平治疗,复发率更低。

【关键词】 米氮平;认知行为疗法;老年抑郁症

【中图分类号】 R749

【文献标识码】 A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.02.026

随着社会老龄化的发展,老年人的健康越来越受到重视。老年人最常见的情绪问题和精神疾病为抑郁症,其发病率高,严重影响老年人的生活,给家庭和社会增加精神和经济负担^[1]。目前对老年抑郁症患者主要采用抗抑郁剂治疗。米氮平是一种去甲肾上腺素能(NE)和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(NassA),适用于治疗老年抑郁症^[2]。但一些学者指出老年期抑郁症患者有较明显的人格缺陷,表现为突出的回避和依赖性人格特征^[3]。Monfort^[4]的研究发现,老年期抑郁症患者认知受损明显。由Beck开创的认知疗法是从治疗抑郁症开始,该理论认为对于同样的事物和类似的遭遇,不同的人有不同的认知和体验,从而引起不一样的情绪和行为反应,错误的主观认识可以产生多种适应不良后果,抑郁症便是其中之一^[5]。先前研究证明认知疗法对老年抑郁症有辅助治疗作用^[6],但目前关于米氮平合并认知疗法治疗抑郁症的研究还比较匮乏,因此本研究采用米氮平合并认知疗法治疗老年抑郁症与单用米氮平治疗进行对照研究,探讨认知疗法的临床疗效,以期为临床治疗提供参考意见。

1 对象和方法

1.1 对象 为2012年1月-2013年7月在五莲县洪凝镇山阳卫生院门诊及住院治疗的首发老年期抑郁性精神障碍患者,符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition, CCMD-3)抑郁发作的诊断标准;汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)总评分>28分;年龄>60岁,排除严重躯体疾病、脑器质性疾病、酒精及药物依赖患者。符合入组条件患者共68例,采用随机数字表法分成A、B两组,A组34例,男性18例,女性16例;年龄60~73岁,平均年龄(65.7±7.3)岁;病程1~26个月,平均病程(8.3±5.2)个月。B组34例,男性19例,女性15例;年龄60~72岁,平均年龄(64.5±8.2)岁,病程2~25个月,平均病程(7.9±6.1)个月。因患者主动放弃治疗,两组各脱落2例。以上基本资料两组间比较差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 药物治疗 A、B两组均给予米氮平[商品名:派迪生,30mgx10片,生产批号:12061808,华裕(无锡)制药有限公司生产]治疗,每晚顿服,起始剂

作者单位:262300 山东省日照市五莲县洪凝镇山阳卫生院
通信作者:张加明, E-mail: zjm741122@126.com

量最低 7.5 mg/d, 根据病情逐渐增加至治疗剂量 30~60 mg/d。A 组米氮平日平均用量 (42.0 ± 9.3) mg/d, B 组 (43.0 ± 9.2) mg/d, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2.2 认知行为治疗 A 组在进行药物治疗的同时, 联合认知行为心理治疗, 共 8 周。开始每周 1 次, 每次 60 分钟, 治疗 1 个月后, 改为 2 周 1 次, 每次 60 分钟。包括: 第一, 建立良好的医患关系, 鼓励患者增强治愈疾病的信心, 积极参与治疗; 第二, 让患者讲述自己的病情及内心体验, 治疗者从中归纳、识别出错误的认知图式和负性自动式思维。第三, 认知重评, 治疗者和患者一起, 检验病人的负性自动式思维, 用现实证据改变其错误的思维模式, 找出不良认知和抑郁消极情绪的关系。第四, 制定每日活动计划表, 鼓励患者不管情绪如何低落, 首先要活动起来, 并逐渐增加活动量。在实际生活中运用新的认知图式去看待身边的人和事, 改变其以前错误的思维模式, 换一种正确的反应形式来应付心理和环境问题。

1.2.3 评价方法 于治疗前、治疗后 2、4、8 周末及 6 个月末采用 HAMD 和汉密顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 评定疗效, 以 HAMD 的减分率判定疗效。HAMD 减分率 $\geq 80\%$ 为临床痊愈, $\geq 50\%$ 为显著进步, $\geq 30\%$ 为好转, $< 30\%$ 为无效。显效率 = 临床痊愈 + 显著进步。患者病情复发的判定标准为 HAMD > 28 分。评分者为 2 名具有 5 年以上临床经验的精神科主治医师, 评分前进行一致性培训, 使用量表的一致性良好, 组内相关系数值为 0.89~0.92。

1.2.4 统计方法 采用 SPSS 10.0 统计学软件包, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 HAMD、HAMA 评分比较 A、B 两组治疗 2、4、8 周末和 6 月末 HAMD、HAMA 总评分与同组治疗前比较, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05 或 0.01)。治疗 8 周末和 6 个月末, HAMD 和 HAMA 总评分两组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 A、B 两组 HAMD、HAMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	HAMD	HAMA
A 组	治疗前	31.24 \pm 4.58	28.21 \pm 4.37
	2 周末	24.35 \pm 4.27 ^a	22.85 \pm 5.76 ^a
	4 周末	17.50 \pm 3.95 ^b	14.18 \pm 5.32 ^b
	8 周末	10.64 \pm 3.2 ^{bc}	10.38 \pm 5.81 ^{bc}
	6 月后	8.31 \pm 4.86 ^{bc}	9.56 \pm 4.89 ^{bc}
B 组	治疗前	30.78 \pm 4.36	28.53 \pm 4.62
	2 周末	25.78 \pm 5.23 ^a	23.18 \pm 4.97 ^a
	4 周末	18.69 \pm 5.52 ^b	16.35 \pm 5.73 ^b
	8 周末	16.78 \pm 3.65 ^b	15.77 \pm 5.65 ^b
	6 月后	16.21 \pm 5.38 ^b	15.01 \pm 5.38 ^b

注: 与同组治疗前比较, 经 t 检验, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 两组比较^c $P < 0.05$ 。

2.2 两组疗效比较 治疗 8 周末, A 组痊愈 16 例、显著进步 11 例、好转 4 例、无效 1 例、显效率 84.38%; B 组分别为 9 例、10 例、10 例、3 例和 59.38%。两组显效率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.947$, $P < 0.05$)。

2.3 复发率比较 6 个月末 A 组复发 3 例 (9.38%); B 组复发 10 例 (31.25%), 两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.317$, $P < 0.05$)。

3 讨 论

本研究发现, 治疗 2 周末两组 HAMD 和 HAMA 评分均较治疗前低, 4 周末明显低于治疗前, 提示两种治疗方法起效迅速, 具有良好的抗抑郁、抗焦虑作用, 与有关研究结果一致^[7]。可能是米氮平阻断 α_2 同源性受体, 增加 NE 释放, 继而促进 5-HT 释放^[8]; 米氮平还能阻断 α_2 异源性受体, 进一步促进 5-HT 释放。米氮平快速增加 NE 和 5-HT 的释放, 故对抑郁症能快速起效。

本研究中, 治疗 8 周末和 6 个月末, A 组 HAMD、HAMA 评分均低于 B 组, 说明米氮平合并认知行为疗法治疗老年抑郁症效果优于单用米氮平治疗。这可能是由于老年抑郁症的发病与其人格特征^[3], 心理社会因素密切相关。临床发现, 老年抑郁症患者存在大量的负性思维, 如: “得了抑郁症别人都看不起我”, “接受治疗是在浪费时间和金钱”, “我活在世上已经毫无意义, 总给别人带来麻烦, 不如死掉”。采用认知行为治疗, 能够与患者建立良好互动的医患关系, 不断提高其治愈疾病的信心和积极合作的决心, 及时消除患者病耻感和其他顾虑, 改善患者服药依从性。

同时当前研究显示, 越到治疗后期认知行为疗法的优势越明显, 因此对老年抑郁症的治疗, 初期可

以用抗抑郁药物为主和心理治疗为辅的治疗方式,中、晚期应加强心理治疗同时用抗抑郁药维持。当前研究还显示,治疗 6 个月末,A 组复发率低于 B 组,这可能与认知疗法改善患者服药维持治疗的依从性以及提高应对问题的能力等因素有关,说明认知疗法有助于降低老年抑郁症患者的复发率。

本研究表明,米氮平合并认知疗法治疗老年抑郁症,可提高疗效、降低复发率。但由于本研究样本量较小,观察周期偏短,结果推广应用可能受限。

参 考 文 献

- [1] 伍小兰,李晶,王莉莉. 中国老年人口抑郁症状分析[J]. 人口学刊 2010,(5):43-47.
[2] 江开达. 精神药理学[M]. 1 版. 北京:人民卫生出版社,2007:

458-463.

- [3] 沈渔邨. 精神病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2009:586-590.
[4] Monfort JC. The difficult elderly patients: curable hostile depression or personality disorder [J]. Int Psychogeriatrics, 1995,7 (Suppl):95-111.
[5] 王长虹,丛中. 临床心理治疗学[M]. 1 版. 北京:人民军医出版社,2004:234-238.
[6] 王胜,郝汉波,汪达山,等. 认知行为治疗对老年抑郁症的辅助作用[J]. 临床精神医学杂志,2010,20(5):347-348.
[7] 陈广阳,古国谋,谢建文,等. 米氮平与文拉法辛治疗抑郁症对照研究[J]. 临床精神医学杂志,2003,13(2):77-78.
[8] 喻东山,高振忠. 精神科合理用药手册[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2005:303-307.

(收稿日期:2013-11-30)

(上接第 163 页)

3 讨 论

本研究结果显示,治疗后两组 HAMD-17 及 HAMA 评分较基线期下降,差异有统计学意义(P 均 < 0.01),表明米安色林和氟西汀均有良好的抗抑郁作用,有效率分别为 92.2% 和 89.1%,与张明松等^[5]报道的结果基本一致,这可能与米安色林通过促进 NE 和 5-HT 神经递质传递而发挥抗抑郁作用,同时通过阻断 5-HT₂、5-HT₃ 受体和 H₁ 受体,具有较强的镇静与抗焦虑作用有关^[6]。但米安色林组在治疗第 2 周末 HAMD-17、HAMA 评分下降较氟西汀组更显著($t_1 = -2.018$, $t_2 = -2.915$, $P < 0.05$ 或 0.01),表明米安色林起效较氟西汀快,能够快速缓解抑郁症患者的抑郁和焦虑症状,与李亚玲等^[4]报道的结果基本一致。其机理目前尚不清楚,可能与其能够快速阻断 5-HT₂、5-HT₃ 受体有关^[7]。本研究还发现,米安色林能够改善抑郁症患者伴发的失眠症状,这可能与具有阻断 H₁ 受体的作用有关。本研究中,两组不良反应症状均较轻,未出现严重不良反应和脱落病例。

本研究结果表明,米安色林治疗对于首发抑郁

症起效快,疗效与氟西汀相当,能够快速改善首发抑郁症患者的抑郁症状及其伴发的焦虑和失眠症状,尤其适合伴焦虑和失眠的抑郁症患者。本研究的不足之处在于样本量较小,有待进一步扩大样本量,延长观察时间。

参 考 文 献

- [1] 江开达. 抑郁障碍防治指南[M]. 北京:北京大学医学出版社,2007:4-5.
[2] Moussavi S,Chatterji S,Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys[J]. Lancet, 2007,370 (9590):851-858.
[3] 沈渔邨. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:681-696.
[4] 李亚玲,漆文焯. 米安色林与舍曲林治疗老年抑郁症的对照研究[J]. 医药导报,2011,30(11):1460-1461.
[5] 张明松,张慧芳,赵艳华. 米安色林与氟西汀抗抑郁焦虑作用研究[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(9):29-31.
[6] 郭慧荣,任玉明,李淑英. 米氮平与米安色林治疗老年抑郁症的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志,2005,19(7):489-491.
[7] 秦娟娟,刘振华,梁艳,等. 5-羟色胺及其受体与抑郁症[J]. 国际药学研究杂志,2012,39(5):409-413.

(收稿日期:2013-10-25)