

· 论著·临床·

# 抑郁障碍急性期单药治疗和联合治疗 对患者生活质量的影响

任小丹<sup>1</sup>, 田 琪<sup>2</sup>, 周 佳<sup>1</sup>, 任艳萍<sup>1</sup>, 肖 乐<sup>1\*</sup>

(1. 首都医科大学附属北京安定医院, 国家精神心理疾病临床医学研究中心, 北京 100088;

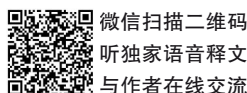
2. 北京市丰台区心理卫生中心, 北京 100076

\*通信作者: 肖 乐, E-mail: xiaole@ccmu.edu.cn)

**【摘要】** 背景 目前, 抑郁障碍患者的临床治疗缺乏有针对性的治疗结局评估。生活质量作为一种以患者价值为导向的次要结局, 具有较高的评估价值, 国内缺少关于评估抑郁障碍急性期不同治疗方案对患者生活质量影响的大样本前瞻性队列研究。目的 探讨抑郁障碍患者急性期单药治疗和联合治疗对其生活质量的影响, 以为抑郁障碍患者优化治疗结局提供参考。方法 采用前瞻性随访队列研究, 于 2020 年 8 月 24 日-2021 年 11 月 29 日, 在中国 18 个城市的 22 家医院中, 纳入符合《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(DSM-5) 抑郁发作或复发性抑郁障碍的患者 1 330 例。根据抑郁障碍急性期治疗方案, 将患者分为单药治疗组( $n=969$ )和联合治疗组( $n=361$ )。分别于基线期、治疗半月末以及治疗 1、2、3、6、9、12 个月末, 采用抑郁症状量表(IDS-SR30)、简明幸福与生活质量满意度问卷(Q-LES-Q-SF)、简明健康风险跟踪量表(CHRT)以及席汉残疾量表(SDS)进行评定, 于治疗后各访视时间点进行频率、强度及负担自评量表(FIBSER)评定。采用 Spearman 相关分析考查两组患者生活质量与自杀风险、不良反应以及社会功能损害的相关性。结果 治疗 3 个月末, 单药治疗组 Q-LES-Q-SF 评分高于联合治疗组, 差异有统计学意义( $Z=2.008, P<0.05$ )。两种治疗方案时间效应有统计学意义( $F=111.393, P<0.01$ )。治疗 3 个月末, 单药治疗组和联合治疗组 Q-LES-Q-SF 评分与 CHRT 和 SDS 评分均呈负相关( $r=-0.660, -0.712, -0.634, -0.718, P$  均  $<0.01$ )。结论 单药治疗和联合治疗均有助于改善急性期抑郁障碍患者的生活质量, 但单药治疗对患者生活质量的改善可能优于联合治疗。

**【关键词】** 抑郁障碍; 急性期; 生活质量; 单药治疗; 联合治疗

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫码二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20230308002

## Effects of acute-phase monotherapy and combination therapy on quality of life in patients with depressive disorders

Ren Xiaodan<sup>1</sup>, Tian Qi<sup>2</sup>, Zhou Jia<sup>1</sup>, Ren Yanping<sup>1</sup>, Xiao Le<sup>1\*</sup>

(1. National Clinical Research Center for Mental Disorders,

Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China;

2. Beijing Fengtai Mental Health Center, Beijing 100076, China

\*Corresponding author: Xiao Le, E-mail: xiaole@ccmu.edu.cn)

**【Abstract】** **Background** The treatment of patients with depressive disorders is short of targeted outcome assessment. As a secondary outcome that is guided by patient values, quality of life is thus of relatively high evaluative value. In China, there exists a lack of large sample prospective cohort studies evaluating the effect of different treatment protocols on quality of life in patients with acute depressive disorder. **Objective** To explore the effects of monotherapy and combination therapy on the quality of life of patients with depressive disorder in acute phase, so as to provide references for optimizing the outcome of treatment for such patients. **Methods** A prospective follow-up cohort study from August 24, 2020 to November 29, 2021 was conducted, including 1 330 patients from 22 hospitals across 18 cities in China. All these patients met the diagnostic criteria for depressive episodes, recurrent depressive disorder from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Patients were divided into

基金项目: 国家重点研发计划“重大慢性非传染性疾病防控研究”重点专项(项目名称: 精神心理疾病临床队列共享平台建设, 项目编号: 2017YFC1311101)

monotherapy group ( $n=969$ ) and combination therapy group ( $n=361$ ) according to the acute phase treatment protocol. At baseline, the end of the first half month as well as the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup>, 6<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> months of treatment, patients were assessed with Inventory of Depressive Symptomatology Self-report (IDS-SR30), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF), Concise Health Risk Tracking Scale (CHRT) and Siehan Disability Scale (SDS). Frequency, Intensity, and Burden of Side Effects Rating (FIBSER) was adopted for assessment at each visit time point of treatment. Spearman correlation analysis was adopted to examine the correlation of quality of life with suicide risk, adverse reactions and impaired social functioning among patients. **Results** At the end of three months of treatment, the Q-LES-Q-SF score of monotherapy group was higher than that of combination therapy group, and the difference was statistically significant ( $Z=2.008, P<0.05$ ). The time effects of both treatment protocols possessed statistical significance ( $F=111.393, P<0.01$ ). At the end of three months of treatment, the Q-LES-Q-SF score was negatively correlated with CHRT and SDS scores, respectively, in both monotherapy group and combination treatment group ( $r=-0.660, -0.712, -0.634, -0.718, P<0.01$ ). **Conclusion** Both monotherapy and combination therapy can facilitate the improvement of the life quality of patients with acute depressive disorder, but monotherapy may achieve better than the combination therapy in this aspect. [Funded by The National Key Research and Development Program of China "Research on the Prevention and Control of Major Chronic Non-communicable Diseases" (number, 2017YFC1311101)]

**【Keywords】** Depression; Acute phase; Quality of life; Monotherapy; Combination therapy

截至2015年,我国成年人群抑郁障碍患病率约为6.8%<sup>[1]</sup>。抑郁障碍作为全球第二大疾病负担源,严重影响患者生活质量,给个人、家庭和社会带来沉重负担<sup>[2-4]</sup>。《中国抑郁障碍防治指南(第二版)》<sup>[5]</sup>、加拿大抑郁和焦虑治疗网络(Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMAT)<sup>[6]</sup>、英国国家卫生医疗质量标准署(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)<sup>[7]</sup>均提出了抑郁障碍患者应尽可能接受单药治疗,若患者服药剂量达个体耐受的最大有效剂量或已经足量用药至第4周而无明显疗效,可选择换药治疗。对于难治性抑郁障碍患者,可联用两种不同作用机制的抗抑郁药<sup>[8]</sup>。

既往针对抑郁障碍治疗方案的研究主要关注疗效、治疗获益以及起效机制,鲜少关注单药治疗和联合治疗对抑郁障碍患者生活质量的影响。Henssler等<sup>[9]</sup>2022年进行的一项涉及39个随机对照试验、包含6751例患者的Meta分析结果显示,对于成年期急性抑郁障碍患者,联合用药的效果优于单药治疗。但随后有研究者对此表示质疑<sup>[10]</sup>,且Craighead等<sup>[11]</sup>通过对比联合心理治疗及药物治疗效果的系统综述表明,约三分之二的抑郁障碍患者对单药治疗有反应,约三分之一患者可接受任何形式的治疗,治疗结局相当。

目前,国内缺少不同治疗方案对急性期抑郁障碍患者生活质量影响的大样本前瞻性队列研究。假设单药治疗和联合治疗对患者生活质量的改善效果不同,本研究通过考查抑郁障碍急性期单药治疗和联合治疗对患者生活质量的影响,为优化

抑郁障碍治疗结局和改善患者生活质量提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

于2020年8月24日-2021年11月29日,在中国18个城市的22家医院开展前瞻性队列研究,包括首都医科大学附属北京安定医院、哈尔滨第一专科医院、临沂市精神卫生中心、绍兴市第七人民医院等16家精神专科医院以及首都医科大学附属北京朝阳医院、四川大学华西医院等6家综合医院。研究对象入组标准:①年龄 $\geq 18$ 岁;②符合《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)抑郁发作、复发性抑郁障碍诊断标准之一,且本次抑郁发作尚未开始治疗;③小学及以上受教育程度,能够理解量表内容;④自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:①近3个月参与过干预性临床试验者;②研究者判断为依从性差者。符合入组标准且不符合排除标准共1330例。由医生根据患者病情选择治疗方案,根据治疗方案,将患者分为单药治疗组( $n=969$ )和联合治疗组( $n=361$ )。本研究经首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会审批,伦理审批号:(2019)科研第(90)号。

### 1.2 治疗方法

单药治疗:本次抑郁发作初始治疗采用一种精神科药物(抗抑郁剂、心境稳定剂或抗精神病药)治疗。

联合治疗:本次抑郁发作初始治疗为一种精神科药物联合其他精神科治疗手段,包括精神科药物治疗、心理治疗、物理治疗。

### 1.3 资料收集和量表评定

采用自制调查表收集患者的一般资料,包括性别、居住地、受教育程度、工作状态、保险分类、月收入、首发年龄、本次病程、首发或复发情况、精神疾病家族史及躯体疾病情况。

采用抑郁症状量表(Inventory of Depressive Symptomatology Self-report, IDS-SR30)评定抑郁症状严重程度<sup>[12]</sup>。IDS-SR30共30个条目,采用0~3分4级评分,总评分越高,表明抑郁程度越严重。抑郁症状严重程度划分:14~25分为轻度,26~38分为中度,≥39分为重度。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.796<sup>[13]</sup>。

采用简明幸福与生活质量满意度问卷(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form, Q-LES-Q-SF)评定患者对生活质量的主观满意程度。Q-LES-Q-SF共16个条目,采用1~5分5级评分,前14个条目反映患者对社会关系、生活居住状况以及身体健康状况的主观满意度,后2个条目反映对日常医疗水平和生活总体满意度。总评分为前14个条目评分之和,总评分越高表明生活质量越高<sup>[14-15]</sup>。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.851<sup>[16]</sup>。

采用简明健康风险跟踪量表(Concise Health Risk Tracking Scale, CHRT)评定患者自杀风险。该量表内容涉及三个方面:自杀意念和计划、绝望感和感知缺乏社会支持。CHRT共7个条目,采用1~5分5级评分,从“非常不同意”到“非常同意”,分别计1~5分<sup>[17]</sup>。各条目评分之和为总评分,总评分越高表明自杀风险越高。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.780<sup>[18]</sup>。

采用副反应频率、强度及负担自评量表(Frequency, Intensity, and Burden of Side Effects Rating, FIBSER)评定过去一周服用抗抑郁药的副作用,包括药物产生副作用的频率和强度以及副作用干扰日常功能的程度。FIBSER共3个条目,采用0~6分7级评分,代表从“没有副作用”到“一直出现”的频率,从“没有副作用”到“无法忍受”的强度,从“无损伤”到“由于副作用而无法工作”的负担<sup>[19]</sup>,评分越高表明副作用越严重。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.910<sup>[20]</sup>。

采用席汉残疾量表(Siehan Disability Scale,

SDS)评定患者的社会功能受损情况,包括个人在家庭、工作/学校和社交中的功能障碍程度<sup>[21]</sup>。SDS包括3个条目,采用0~10分评分,总评分范围0~30分,评分越高表明患者的社会功能受损越严重。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.940<sup>[22]</sup>。

### 1.4 质量控制

患者入组后,通过公众号发布的随访信息进行随访。于基线期、治疗半月末以及治疗第1、2、3、6、9、12个月末记录治疗情况,并进行IDS-SR30、Q-LES-Q-SF、CHRT和SDS评定,在治疗后各时点进行FIBSER评定。

采用电子数据采集系统(Electronic Data Capture System, EDC)记录数据。对各中心的研究医生进行方案培训,并为通过培训的研究医生分配个人账号。研究医生筛选就诊患者,指导患者完成信息收集和量表评定。质控员通过EDC查看患者是否及时准确完成填写,并结合本中心电子病历系统核对患者信息。若患者在访视期间信息未填写或填写不全,则由研究医生或临床研究协调员联系患者,督促患者填写;若患者填写信息有误,研究医生或临床研究协调员联系患者进行核对并修改。

### 1.5 统计方法

使用SAS 9.4对数据进行统计分析。分类资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验或Fisher确切概率检验;计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 或 $[M(Q_1 \sim Q_3)]$ 表示,正态分布的计量资料组间比较采用方差分析,非正态分布的计量资料组间比较使用秩和检验。采用重复测量混合效应模型,分析随访期间单药治疗组和联合治疗组生活质量的变化。对于单药治疗组和联合治疗组生活质量评分差异有统计学意义的访视时间点,采用Spearman相关分析考查访各Q-LES-Q-SF评分与CHRT评分、FIBSER评分以及SDS评分的相关性。双侧检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结 果

### 2.1 基本资料

单药治疗组共969例,其中男性258例(26.63%),女性711例(73.37%);首发年龄26.00(19.00~35.00)岁;本次病程12.00(4.00~40.00)周;

本次首发和复发分别为 681 例(70.28%)、288 例(29.72%);受教育程度:高中及以下 439 例(45.30%);大专及以上学历 530 例(54.70%);个人月收入:3 000 元以下 398 例(41.07%),3 000~8 000 元 330 例(34.06%),8 000 元以上 241 例(24.87%);居住地:城市 710 例(73.27%),农村 259 例(26.73%);工作状态:家庭主妇(夫)/退休/无业 198 例(20.43%),全职/兼职 539 例(55.62%),学生 232 例(23.94%);保险分类:医保 676 例(69.76%),自费 293 例(30.24%);精神疾病家族史:阴性 828 例(85.45%),阳性 141 例(14.55%);躯体疾病情况:无躯体疾病 740 例(76.37%),有躯体疾病 229 例(23.63%)。

联合治疗组共 361 例,其中男性 126 例(34.90%),女性 235 例(65.10%);首发年龄 27.00(18.00~40.00)岁;本次病程 12.00(4.00~25.00)周;本次首发和复发分别为 244 例(67.59%)、117 例(32.41%);受教育程度:高中及以下 197 例(54.57%),大专及以上学历 164 例(45.43%);个人月收入:3 000 元以下 147 例(40.72%),3 000~8 000 元 141 例(39.06%),8 000 元以上 73 例(20.22%);居住地:城市 274 例(75.90%),农村 87 例(24.10%);

工作状态:家庭主妇(夫)/退休/无业 67 例(18.56%),全职/兼职 210 例(58.17%),学生 84 例(23.27%);保险分类:医保 271 例(75.07%),自费 90 例(24.93%);精神疾病家族史:无家族史 299 例(82.83%),有家族史 62 例(17.17%);躯体疾病情况:无躯体疾病 283 例(78.39%),有躯体疾病 78 例(21.61%)。联合用药情况:联合抗精神病药物 169 例(46.81%),联合心境稳定剂 87 例(24.10%),服用 2 种及以上抗抑郁药物的患者 105 例(29.09%)。

### 2.2 两组 IDS-SR30 评分比较

基线期,单药治疗组 IDS-SR30 评分低于联合治疗组,差异有统计学意义( $Z=5.064, P<0.01$ )。其余各访视时间点,两组 IDS-SR30 评分差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。见表 1。

### 2.3 两组 Q-LES-Q-SF 评分比较

治疗 3 个月末,单药治疗组 Q-LES-Q-SF 评分高于联合治疗组,差异有统计学意义( $Z=2.008, P<0.05$ )。其余各访视时间点,两组 Q-LES-Q-SF 评分差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。见表 2。

表 1 两组 IDS-SR30 评分比较 [ $M(Q_1-Q_3)$ ,分]

Table 1 Comparison of IDS-SR30 scores between two groups

组别	IDS-SR30 评分							
	基线期	治疗半月末	治疗 1 个月末	治疗 2 个月末	治疗 3 个月末	治疗 6 个月末	治疗 9 个月末	治疗 12 个月末
单药治疗组 ( $n=969$ )	43.00 (35.00~52.00)	34.00 (24.00~44.50)	31.00 (21.00~42.00)	27.00 (17.00~41.00)	25.50 (14.00~40.50)	24.00 (14.00~39.00)	22.00 (11.00~39.00)	19.50 (10.00~34.00)
联合治疗组 ( $n=361$ )	48.00 (37.00~60.00)	34.00 (24.00~46.00)	30.00 (18.00~42.00)	29.50 (17.00~41.00)	28.50 (13.00~47.00)	30.50 (15.00~43.00)	27.00 (16.00~42.00)	27.00 (13.00~49.00)
$Z$	5.064	0.395	0.592	0.314	1.110	1.562	1.274	1.699
$P$	$<0.010$	0.693	0.554	0.754	0.267	0.118	0.203	0.089

注:IDS-SR30,抑郁症状量表

表 2 两组 Q-LES-Q-SF 评分比较 [ $M(Q_1-Q_3)$ ,分]

Table 2 Comparison of Q-LES-Q-SF scores between two groups

组别	Q-LES-Q-SF 评分							
	基线期	治疗半月末	治疗 1 个月末	治疗 2 个月末	治疗 3 个月末	治疗 6 个月末	治疗 9 个月末	治疗 12 个月末
单药治疗组 ( $n=969$ )	17.00 (14.00~20.00)	18.00 (15.00~21.00)	19.00 (15.00~21.00)	20.00 (16.00~23.00)	20.00 (16.00~23.00)	21.00 (17.00~25.00)	21.00 (17.00~26.00)	21.00 (16.50~27.00)
联合治疗组 ( $n=361$ )	16.00 (14.00~20.00)	19.00 (15.00~22.00)	19.00 (16.00~22.00)	20.00 (16.00~23.00)	18.00 (15.00~21.00)	20.00 (16.00~24.00)	21.00 (16.00~23.00)	20.00 (16.00~22.00)
$Z$	1.825	0.867	1.583	0.227	2.008	1.306	1.384	1.547
$P$	0.068	0.386	0.113	0.820	0.045	0.192	0.166	0.122

注:Q-LES-Q-SF,简明幸福与生活质量满意度问卷



### 2.4 两组 CHRT 评分比较

基线期,单药治疗组 CHRT 评分低于联合治疗组,差异有统计学意义( $Z=3.699, P<0.01$ )。其余各访视时间点,两组 CHRT 评分差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。见表 3。

### 2.5 两组 FIBSER 评分比较

治疗 3、6、9 个月末,单药治疗组 FIBSER 评分均低于联合治疗组,差异均有统计学意义( $Z=2.612、$

$2.706、2.832, P$ 均 $<0.01$ )。其余各访视时间点,两组 FIBSER 评分差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。见表 4。

### 2.6 两组 SDS 评分比较

基线期和治疗 12 个月末,单药治疗组 SDS 评分均低于联合治疗组,差异均有统计学意义( $Z=2.688、2.005, P<0.05$ 或 $0.01$ )。其余各访视时间点,两组 SDS 评分差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。见表 5。

表 3 两组 CHRT 评分比较 [ $M(Q_1-Q_3)$ , 分]  
Table 3 Comparison of CHRT scores between two groups

组别	CHRT 评分							
	基线期	治疗半月末	治疗 1 个月末	治疗 2 个月末	治疗 3 个月末	治疗 6 个月末	治疗 9 个月末	治疗 12 个月末
单药治疗组 ( $n=969$ )	13.00 (8.00~17.00)	11.00 (7.00~16.00)	11.00 (5.00~16.00)	10.00 (4.50~15.00)	10.00 (4.00~15.00)	8.00 (3.00~15.00)	8.00 (3.00~15.00)	7.00 (3.00~14.00)
联合治疗组 ( $n=361$ )	14.00 (9.00~21.00)	11.00 (6.00~16.00)	11.00 (6.00~16.00)	10.00 (4.00~17.00)	10.00 (4.00~17.00)	10.00 (5.00~18.00)	10.00 (7.00~15.00)	10.00 (5.00~18.00)
$Z$	3.699	-0.317	-0.165	0.170	0.696	1.744	1.361	1.903
$P$	$<0.010$	0.751	0.869	0.865	0.487	0.081	0.174	0.057

注:CHRT,简明健康风险跟踪量表

表 4 两组 FIBSER 评分比较 [ $M(Q_1-Q_3)$ , 分]  
Table 4 Comparison of FIBSER scores between two groups

组别	FIBSER 评分						
	治疗半月末	治疗 1 个月末	治疗 2 个月末	治疗 3 个月末	治疗 6 个月末	治疗 9 个月末	治疗 12 个月末
单药治疗组 ( $n=969$ )	1.00 (0.00~2.00)	1.00 (0.00~1.00)	0.00 (0.00~1.00)	0.00 (0.00~1.00)	0.00 (0.00~1.00)	0.00 (0.00~1.00)	1.00 (0.00~2.00)
联合治疗组 ( $n=361$ )	1.00 (0.00~2.00)	1.00 (0.00~2.00)	1.00 (0.00~1.00)	1.00 (0.00~1.00)	1.00 (0.00~1.00)	1.00 (0.00~2.00)	1.00 (0.00~2.00)
$Z$	-0.005	-0.040	1.853	2.612	2.706	2.832	1.680
$P$	0.996	0.968	0.064	0.009	0.007	0.005	0.071

注:FIBSER,副反应频率、强度及负担自评量表

表 5 两组 SDS 评分比较 [ $M(Q_1-Q_3)$ , 分]  
Table 5 Comparison of SDS scores between two groups

组别	SDS 评分							
	基线期	治疗半月末	治疗 1 个月末	治疗 2 个月末	治疗 3 个月末	治疗 6 个月末	治疗 9 个月末	治疗 12 个月末
单药治疗组 ( $n=969$ )	15.00 (9.00~21.00)	11.00 (6.00~18.00)	12.00 (5.00~18.00)	10.00 (4.00~18.00)	9.00 (3.00~17.00)	7.00 (2.00~16.00)	6.50 (1.00~15.00)	6.00 (0.00~15.00)
联合治疗组 ( $n=361$ )	17.00 (10.00~22.00)	13.00 (6.00~18.00)	10.00 (4.00~20.00)	11.00 (4.00~19.00)	10.00 (4.00~19.50)	9.00 (3.00~20.00)	10.50 (3.00~17.00)	8.00 (3.00~20.00)
$Z$	2.688	0.990	-0.309	0.876	1.596	1.361	1.557	2.005
$P$	0.007	0.322	0.757	0.381	0.110	0.174	0.119	0.045

注:SDS, 席汉残疾量表

### 2.7 两组生活质量的重复测量混合效应模型

在控制首发年龄、性别、居住地、保险分类、受教育程度、工作状态、收入、首发或复发情况、精神疾病

家族史、躯体疾病情况和基线抑郁症状严重程度后,两种治疗方案固定效应无统计学意义( $F=0.472, P=0.493$ ),时间效应有统计学意义( $F=111.393,$

$P < 0.01$ ), 时间 $\times$ 组别的交互效应无统计学意义 ( $F=3.204, P=0.074$ )。见表 6。

表 6 两组生活质量重复测量混合效应模型  
Table 6 Mixed-effects models of repeated measures of quality of life in both groups

效 应	F	P
联合治疗/单药治疗	0.472	0.493
时间	111.393	<0.010
时间*组别	3.204	0.074

## 2.8 相关分析

治疗 3 个月末, 单药治疗组 Q-LES-Q-SF 评分与 CHRT 和 SDS 评分均呈负相关 ( $r=-0.660, -0.712, P$  均  $< 0.01$ ), 联合治疗组 Q-LES-Q-SF 评分与 CHRT 和 SDS 评分均呈负相关 ( $r=-0.634, -0.718, P$  均  $< 0.01$ )。见表 7。

表 7 治疗 3 个月末, 两组 Q-LES-Q-SF 评分与 CHRT、FIBSER、SDS 评分的相关性

Table 7 Relationship between Q-LES-Q-SF and CHRT, FIBSER, SDS scores in both groups at three months of treatment

项 目	相关系数	
	单药治疗组 Q-LES-Q-SF 评分	联合治疗组 Q-LES-Q-SF 评分
CHRT 评分	-0.660 <sup>a</sup>	-0.634 <sup>a</sup>
FIBSER 评分	0.123	0.141
SDS 评分	-0.712 <sup>a</sup>	-0.718 <sup>a</sup>

注: Q-LES-Q-SF, 简明幸福与生活质量满意度问卷; CHRT, 简明健康风险跟踪量表; FIBSER, 副反应频率、强度及负担自评量表; SDS, 席汉残疾量表; <sup>a</sup> $P < 0.01$

## 3 讨 论

本研究结果显示, 在对抑郁障碍患者进行为期 12 个月的治疗随访中, 治疗 3 个月后, 单药治疗组 Q-LES-Q-SF 评分高于联合治疗组, 差异有统计学意义 ( $Z=2.008, P < 0.05$ ), 表明抑郁障碍急性期单药治疗可能更有助于改善患者的生活质量。既往荟萃分析显示, 药物治疗联合心理治疗对抑郁症患者生活质量的改善优于任何单一治疗<sup>[23]</sup>, 这与本研究的结果不一致, 可能原因在于: ①急性期抑郁障碍患者生活质量改善较抑郁症状改善慢<sup>[24]</sup>, 抑郁症状的缓解不一定能改善生活质量<sup>[25]</sup>, 一项非典型抗精神病药物联合抗抑郁药治疗抑郁障碍的荟萃分析显示, 虽然患者抑郁症状的评分随着药物治疗的使用而下降, 但几乎没有证据表明患者的生活质量有所改善<sup>[26]</sup>; ②心理治疗可能对抑郁障碍患者生活质量的改善更有效, 因为它直接针对患者的生活福祉, 而药物治疗主要是通过症状的改善间接影响生活质量<sup>[25]</sup>。

本研究中, 治疗 3 个月后, 单药治疗组 FIBSER 评分低于联合治疗组 ( $Z=2.612, P < 0.01$ )。而时亚丽等<sup>[27]</sup>研究显示, 抑郁障碍患者单药治疗组和联合治疗组的药物不良反应差异无统计学意义, 与本研究结果不一致, 可能与时亚丽等<sup>[27]</sup>研究样本量相对较小、随访周期较短有关。

相关分析结果显示, 单药治疗组和联合治疗组 Q-LES-Q-SF 评分与 CHRT 和 SDS 评分均呈负相关。抑郁障碍患者的生活质量与自杀风险和社会功能受损程度呈负相关, 与既往研究结果一致, 即生活质量越低预示着患者的自杀风险越高<sup>[28]</sup>。患者在疾病发作时, 生理机能、情感职能和社会功能等均有不同程度的受损, 功能失用率升高, 进一步降低患者的生活质量<sup>[29]</sup>。

本研究采用重复测量混合效应模型评估抑郁障碍急性期单药治疗和联合治疗对患者生活质量的影响, 结果表明, 联合治疗组与单药治疗组的生活质量随时间变化不同 ( $F=111.393, P < 0.01$ ), 但两组生活质量改善差异无统计学意义 ( $F=0.472, P=0.493$ ), 两者交互效应无统计学意义 ( $F=3.204, P=0.074$ )。提示单药治疗和联合治疗均有助于改善患者的生活质量, 但可能需要更长的随访时间才能观察到两种治疗方案对生活质量影响的差异。该结果与 Morton 等<sup>[30]</sup>的一项随机临床试验结果一致, 该试验评估了强光治疗、氟西汀单药治疗和联合治疗对重性抑郁症患者生活质量的影响, 结果显示 Q-LES-Q-SF 评分在所有治疗条件下均有改善, 而各治疗组之间差异无统计学意义。出现以上结果的原因可能是生活质量的变化可能比抑郁症状变化慢, 随着观察时间的延长, 治疗特异性对个体生活质量的影响才能显现<sup>[31]</sup>。

综上所述, 随着治疗周期的延长, 抑郁障碍单药治疗和联合治疗对患者远期生活质量均有改善。建议临床医生应关注与生活质量相关的治疗是否被患者认可和接受, 以便让患者的生活质量在治疗过程中持续改善。本研究局限性: ①偏倚风险可能影响研究结果, 针对此问题的解决方案是在样本选择和信息收集上尽可能避免中心效应; ②评估工具的选择方面, 为明确治疗方案对生活质量变化的预测作用, 建议在整个研究过程中选择对抑郁症状变化评估特异性高的工具; ③针对抑郁障碍患者的治疗方案选择较多, 本研究尚未系统分类, 未来研究可进一步探讨不同的联合治疗方案对患者生活质量的影响。

贡献声明:论文撰写为任小丹,数据分析为周佳,课题设计为任艳萍、肖乐,课题实施为田琪、肖乐,论文修订为肖乐。

## 参考文献

- [1] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
- [2] Malhi GS, Mann JJ. Depression [J]. *Lancet*, 2018, 392(10161): 2299-2312.
- [3] Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 [J]. *PLoS Med*, 2013, 10(11): e1001547.
- [4] Ishak WW, Balayan K, Bresee C, et al. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting [J]. *Qual Life Res*, 2013, 22(3): 585-596.
- [5] 牛亚娟.《中国抑郁障碍防治指南》药物治疗解读[J]. *临床药物治疗杂志*, 2018, 16(5): 6-8.  
Niu YJ. Interpretation of drug therapy of Chinese guidelines for prevention and treatment of depression [J]. *Clinical Medication Journal*, 2018, 16(5): 6-8.
- [6] Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments [J]. *Can J Psychiatry*, 2016, 61(9): 540-560.
- [7] Kendrick T, Pilling S, Mavranzouli I, et al. Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance [J]. *BMJ*, 2022, 378: o1557.
- [8] 胡昌清,朱雪泉,丰雷,等.中国抑郁障碍防治指南(第二版)解读:药物治疗原则[J]. *中华精神科杂志*, 2017, 50(3): 172-174.  
Hu CQ, Zhu XQ, Feng L, et al. Interpretation of the guidelines for the prevention and treatment of depressive disorders in China (2<sup>nd</sup> edition): principles of drug therapy [J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 2017, 50(3): 172-174.
- [9] Henssler J, Alexander D, Schwarzer G, et al. Combining antidepressants vs antidepressant monotherapy for treatment of patients with acute depression: a systematic review and meta-analysis [J]. *JAMA Psychiatry*, 2022, 79(4): 300-312.
- [10] Wang Q, Yao L, Chen Y. Combination antidepressant therapy vs monotherapy—further considerations [J]. *JAMA Psychiatry*, 2022, 79(8): 831-832.
- [11] Craighead WE, Dunlop BW. Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how [J]. *Annu Rev Psychol*, 2014, 65: 267-300.
- [12] Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation [J]. *Psychol Med*, 2004, 34(1): 73-82.
- [13] 尹慧芳,徐舒靖,吴大兴.30项抑郁症状问卷在64例中国抑郁患者中的初步试用[J]. *中国心理卫生杂志*, 2008, 22(9): 664-665.  
Yin HF, Xu SJ, Wu DX. Preliminary trial of 30 depressive symptom questionnaires in 64 Chinese patients with depression [J]. *Chinese Mental Health Journal*, 2008, 22(9): 664-665.
- [14] Endicott J, Nee J, Harrison W, et al. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure [J]. *Psychopharmacol Bull*, 1993, 29(2): 321-326.
- [15] 张旭,冯威,王刚,等.中国抑郁患者急性期治疗后残留躯体症状的现况调查[J]. *中华精神科杂志*, 2019, 52(1): 76-81.  
Zhang X, Feng W, Wang G, et al. The residual physical symptoms in Chinese patients with major depressive disorder after acute treatment phase: a cross-sectional survey among eleven mental health centers [J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 2019, 52(1): 76-81.
- [16] 成媛媛,唐茂芹.简明幸福与生活质量满意度问卷在焦虑障碍患者中的信效度[J]. *山东大学学报(医学版)*, 2011, 49(7): 147-150.  
Cheng YY, Tang MQ. Reliability and validity of the Q-LES-Q-SF in patients with anxiety disorders [J]. *Journal of Shandong University (Medical Sciences)*, 2011, 49(7): 147-150.
- [17] Ostacher MJ, Nierenberg AA, Rabideau D, et al. A clinical measure of suicidal ideation, suicidal behavior, and associated symptoms in bipolar disorder: psychometric properties of the Concise Health Risk Tracking Self-Report (CHRT-SR) [J]. *J Psychiatr Res*, 2015, 71: 126-133.
- [18] Trivedi MH, Wisniewski SR, Morris DW, et al. Concise Health Risk Tracking scale: a brief self-report and clinician rating of suicidal risk [J]. *J Clin Psychiatry*, 2011, 72(6): 757-764.
- [19] Braund TA, Tillman G, Palmer DM, et al. Antidepressant side effects and their impact on treatment outcome in people with major depressive disorder: an iSPOT-D report [J]. *Transl Psychiatry*, 2021, 11(1): 417.
- [20] Wisniewski SR, Rush AJ, Balasubramani GK, et al. Self-rated global measure of the frequency, intensity, and burden of side effects [J]. *J Psychiatric Practice*, 2006, 12(2): 71-79.
- [21] Leu SH, Chou JY, Lee PC, et al. Validity and reliability of the Chinese version of the Sheehan Disability Scale (SDS-C) [J]. *Asia Pac Psychiatry*, 2015, 7(2): 215-222.
- [22] Han H, Hou Y, Yao S, et al. The relationship between cognitive dysfunction through THINC-Integrated Tool (THINC-it) and psychosocial function in Chinese patients with major depressive disorder [J]. *Front Psychiatry*, 2021, 12: 763603.
- [23] Kamenov K, Twomey C, Cabello M, et al. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis [J]. *Psychol Med*, 2017, 47(3): 414-425.

- [24] Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a STAR\*D report [J]. *J Clin Psychiatry*, 2006, 67(2):185-195.
- [25] Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, et al. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis[J]. *Cogn Behav Ther*, 2017, 46(4): 265-286.
- [26] Spielmans GI, Berman MI, Linardatos E, et al. Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes [J]. *PLoS Med*, 2013, 10(3): e1001403.
- [27] 时亚丽, 杨丽娜, 白嫆. 认知行为疗法联合抗抑郁药物对复发性抑郁症患者的影响[J]. *心理月刊*, 2022, 17(18): 62-64.  
Shi YL, Yang LN, Bai P. Effect of cognitive behavioral therapy combined with antidepressants on patients with recurrent depression[J]. *Psychologies Magazine*, 2022, 17(18): 62-64.
- [28] 赵丽彩, 尹训宝, 孙宏伟. 抑郁症患者抑郁水平、生活质量与自杀风险关系[J]. *中国健康心理学杂志*, 2016, 24(7): 983-986.  
Zhao LC, Yin XB, Sun HW. The relationship between the level of depression, life quality and suicide risk in patients with depression [J]. *China Journal of Health Psychology*, 2016, 24(7): 983-986.
- [29] 陈鲁, 陈宜刚, 林征, 等. 抑郁症患者的生活质量与自我效能的相关性研究[J]. *实用临床医药杂志*, 2014, 18(20): 15-18.  
Chen L, Chen YG, Lin Z, et al. Study on the relationship between quality of life and self-efficacy of patients with depressive disorder[J]. *Journal of Clinical Medicine in Practice*, 2014, 18(20): 15-18.
- [30] Morton E, Michalak EE, Levitt A, et al. Quality of life impacts of bright light treatment, fluoxetine, and the combination in patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized clinical trial [J]. *Can J Psychiatry*, 2021, 66(3): 289-297.
- [31] Namjoshi MA, Rajamannar G, Jacobs T, et al. Economic, clinical, and quality-of-life outcomes associated with olanzapine treatment in mania. Results from a randomized controlled trial [J]. *J Affect Disord*, 2002, 69(1-3): 109-118.

(收稿日期:2023-03-08)

(本文编辑:陈霞)