

认知行为疗法对合并躯体疾病的老年抑郁症患者的疗效与优势

李平^{1,2}, 孙志刚^{1,2*}, 徐曼华¹, 何兰英¹, 杜义敏¹, 王立峰¹, 张培¹, 宋丽华¹

1. 石家庄市第八医院, 石家庄 050081

2. 石家庄市精神心理疾病临床医学研究中心, 石家庄 050081

摘要 随着人口老龄化的加速, 老年抑郁症(DEP)的发病率逐年增加, 严重威胁着老年人的身心健康。老年患者是DEP的特殊群体, 常合并躯体疾病。以合并躯体疾病的老年DEP患者为研究对象, 评价认知行为疗法(CBT)联合低剂量度洛西汀的抗抑郁疗效和预后整体生活质量(QoL), 指标包括基于汉密尔顿抑郁量表(HAMD)的临床起效时间、基于蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)的抗抑郁疗效、Croog QoL量表。结果显示, 研究组治疗2周时的临床有效率(77.4%)显著高于药物对照组(60.8%)($P=0.027$), 研究组1 a时的抑郁程度低于对照组($P=0.005$), 研究组1、1.5 a时的QoL显著高于对照组($P<0.001$)($P=0.035$)。说明CBT联合治疗合并躯体疾病的老年DEP具有缩短起效时间、提高抗抑郁疗效, 改善患者整体功能, 提高预后QoL的优势, 可促进患者回归社会生活。

关键词 老年抑郁症; 躯体疾病; 认知行为疗法; 预后生活质量; 临床起效时间; 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂

抑郁症(depression, DEP)是一类以心境或情绪低落为主要表现的精神类疾病, 已经成为威胁人类健康的第二大疾患^[1]。老年患者是DEP的特殊群体, 其临床表现、诊断治疗均具有一定的特殊性。DEP对老年患者的生活方式有重大负面影响, 严重

威胁着老年人的身心健康, 甚至会诱发自杀, 对社会的公共卫生健康产生重大影响。据统计, 中国老年人的DEP检出率高达32.55%^[2], 远超世界平均水平3.5个百分点^[3]。随着人口老龄化的加剧, 老年DEP的发病率呈上升趋势^[4]。现阶段, 中国政府、社

收稿日期: 2024-03-05; 修回日期: 2024-07-20

基金项目: 石家庄市科技计划项目(231460033A)

作者简介: 李平, 副主任医师, 研究方向为情感障碍识别干预、精神障碍诊疗, 电子信箱: lipingyucca@163.com; 孙志刚(通信作者), 主任医师, 研究方向为精神分裂症、老年性精神障碍临床研究, 心理危机干预, 电子信箱: sunzhigang0913@163.com

引用格式: 李平, 孙志刚, 徐曼华, 等. 认知行为疗法对合并躯体疾病的老年抑郁症患者的疗效与优势[J]. 科技导报, 2024, 42(22): 49-55;

doi: 10.3981/j.issn.1000-7857.2024.06.00628

会及精神卫生领域工作者对老年 DEP 群体高度关注,老年 DEP 治疗策略研究属于当今的热点问题之一^[1]。

老年 DEP 与躯体疾病的关系极为密切,DEP 合并躯体疾病的情况在老年患者中极为常见。首先,老年患者的 DEP 可继发于慢性躯体疾病,如心脑血管疾病、骨骼肌肉慢性疼痛等。研究发现,心脑血管疾病患者发生 DEP 的患病率高达 20%~45%,远超普通人群^[5]。慢性疼痛是老年患者发生 DEP 的独立危险因素^[6]。第二,DEP 可影响老年患者躯体疾病的预后,互相影响形成恶性循环。研究显示,老年患者 DEP 的高发不仅会影响高血压、冠心病、糖尿病等慢性病的治疗和预后,而且与心脑血管疾病的发病率和死亡率密切相关^[7]。第三,老年 DEP 患者常合并多种慢性疾病,易发生肝肾功能异常,因此 DEP 治疗剂量并不能与青壮年等同。老年 DEP 治疗策略具有重要的现实指导意义,需综合考虑上述问题。

认知行为疗法(cognitive-behavioral therapy, CBT)是美国精神病学会抗抑郁指南和《中国抑郁障碍防治指南》推荐的治疗 DEP 的一线治疗方案^[8-9]。CBT 能够对患者自身信念进行改变,对其错误认知进行有效纠正,从而改善 DEP 预后。由于老年患者的特殊性,口服药物的剂量和治疗时间需严格把控,因而 CBT 十分适合应用于老年 DEP 的联合治疗。现阶段,关于 CBT 与低剂量抗抑郁药物联合治疗方案对合并躯体疾病老年 DEP 患者的疗效尚不清楚,其起效时间、抗抑郁疗效及对患者整体的预后生活质量(QoL)的影响尚未可知,仍需高质量的临床研究进行佐证。本研究拟观察 CBT 与低剂量的一线抗抑郁药物对老年 DEP 患者的疗效和安全性,以及对预后整体 QoL 的影响。

1 资料和方法

1.1 研究对象

本研究的方法为平行对照临床研究,将 2022 年 3—8 月在石家庄市第八医院诊断并接受治疗的老年 DEP 患者作为研究对象。纳入标准:(1) DEP

的诊断标准符合《中国精神障碍分类方案与诊断标准(第 3 版)》^[10];(2) 根据美国精神障碍诊断统计手册第 4 版,老年 DEP 患者年龄>60 岁^[11];(3) 合并心血管系统疾病(冠心病、高血压、各种继发性血管病变)、骨骼肌肉慢性疼痛(脊柱退变、关节炎、筋膜炎)、代谢性疾病(糖尿病、低血糖、痛风、蛋白质-能量营养不良症、骨质疏松症)中至少 1 种;(4) 初中及以上学历。排除标准:(1) 合并精神分裂症、双相情感障碍;(2) 肝肾功能异常无法接受长期药物治疗;(3) 有重度抑郁发作病史或自杀倾向者;(4) 合并帕金森、脑炎、脑膜炎等神经系统疾病;(5) 合并阿尔茨海默病等认知障碍性疾病;(6) 脑卒中、脑血管畸形、脑肿瘤,颅脑手术病史等大脑结构异常情况;(7) 既往半年内服用精神类药物或既往 2 周内使用过可能影响认知功能的药物,如苯二氮卓类、抗胆碱能药、抗组胺类或茶碱类药物。

本研究已经过石家庄市第八医院伦理委员会备案(编号:IRB231460033A)。

1.2 研究方法

入组患者按照 1:1 的比例依次纳入对照组和研究组。

对照组进行低剂量的一线抗抑郁药物治疗:口服盐酸度洛西汀肠溶片(上海上药中西制药有限公司,规格:每粒 20 mg)治疗,第一周的起始剂量为 20 mg/d,同早饭一起顿服;第二周的剂量为 40 mg/d,同早饭一起顿服;第三周的剂量为 60 mg/d,同早饭一起顿服;第四周开始以 60 mg/d 维持治疗,总疗程共持续 1.5 a。

研究组的药物治疗方案同对照组,并在此基础上给予 CBT 联合治疗。CBT 是基于认知、行为理论的干预模式,具体内容包括^[12]:(1) 医患之间的单独交谈,帮助患者建立对医生及治疗方案的良好信任关系;(2) 评估患者的不良生活事件及社会支持情况,通过询问、自我评价等方式帮助患者发现自身思维扭曲之处,帮助患者发现其中存在的错误认知并及时进行纠正;(3) 制定治疗目标;(4) 纠正患者核心的错误观念,帮助其找到反对负性思维和负面想法的证据,指导其采用合理的正性思维和正面想法;(5) 进一步改变患者的错误认知,通过让

患者想象使其产生不良情绪的生活场景,让其主动评价在这个场景下产生焦虑、抑郁的认知是否正确,并进行自我疏导,对负性想法进行识别并将其矫正^[12]; (6) CBT的频次为1次/周,每次60 min,疗程为8周。

1.3 起效时间

采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评价2组DEP患者治疗前、治疗后不同时间点的抑郁程度,通过治疗后不同时间点与治疗前的HAMD差值,评价2种治疗方案的起效时间。HAMD共有17条目,其中有10个条目计0~4分,7个条目计0~2分,HAMD总分为54分,HAMD评分越高则抑郁程度越严重,HAMD在7分以下为健康情绪状态^[11, 13]。

采用治疗后2周、4周HAMD与治疗前HAMD的减分率来进行疗效评价。减分率=[(治疗前HAMD-治疗后HAMD)/治疗前HAMD]×100%。减分率<25%为无效;25%≤减分率<50%为起效;50%≤减分率<75%为显著起效;减分率≥75%为完全起效。总有效率=(起效+显著起效+完全起效)/总例数。

1.4 疗效评价

采用蒙哥马利抑郁评定量表(Montgomery Asberg depression rating scale, MADRS)评价2组DEP患者治疗后1、1.5 a时的疗效。MADRS共包括10个条目,MADRS评分<12分为无抑郁情绪,MADRS在12~21分为轻度抑郁状态,MADRS在22~29分为中度抑郁状态,MADRS在30~34分为重度抑郁状

态,MADRS评分≥35分为极度抑郁状态^[11, 14]。

1.5 生活质量评价

采用Croog生活质量(QoL)量表评价2组患者治疗后1、1.5 a时的QoL水平。QoL量表包括经济收入(总分20分)、睡眠与性功能(总分20分)、自觉健康状况(总分15分)、情绪(总分20分)、智能(总分15分)、日常生活(总分20分),共计6方面内容^[15-16]。Croog的评分越高,提示患者的预后QoL越好。

1.6 统计学分析

本研究的计量资料用均数±标准差表示,计数资料以率(%)或例数(*n*)表示,计量资料的组间比较采用独立样本*t*检验,计数资料的组间比较采用 χ^2 检验/似然比/连续性矫正。采用了SPSS 16.0统计软件进行数据库建立于统计学运算,定义双侧*P*<0.05为差异具有统计学差异。

2 结果与分析

2.1 一般情况

2022年3—8月,本研究共纳入126例DEP患者,队列中有13人在治疗期间出组,包括5名患者因躯体疾病死亡,4名患者居住地迁移至外地无法继续随访,4名患者发生失访。最终,113名患者完成了本次治疗疗程,完成率为89.7%。

组间比较显示,对照组(*n*=51)和研究组(*n*=62)的年龄、性别、体质指数(I_{BM})、合并躯体疾病、抑郁程度等一般情况不存在组间差异(表1)。

表1 对照组和研究组的一般情况资料比较

分组	年龄/岁	性别/(男/女)	$I_{BM}/(\text{kg}\cdot\text{m}^2)$	躯体疾病/例	抑郁程度/例
对照组 (<i>n</i> =51)	67.3±4.1	30/21	24.88±2.15	1种 32	轻 21
				2种 12	中 21
				3种 7	重 9
研究组 (<i>n</i> =62)	66.5±4.4	29/33	24.51±1.85	1种 37	轻 17
				2种 17	中 29
				3种 8	重 16
统计值	<i>t</i> =1.056	χ^2 =1.628	<i>t</i> =0.966	χ^2 =0.222	χ^2 =2.615
<i>P</i> 值	0.293	0.202	0.336	0.895	0.270

2.2 起效时间

组间比较显示,治疗2周时研究组的有效率(77.4%)显著高于对照组(60.8%),说明研究组的早期有效率(2周)高于对照组;治疗4周时研究组的有效率(96.8%)与对照组有效率不存在显著差异(92.2%)(表2),说明2组的延迟有效率(4周)一致,均可达到优秀水平。

2.3 疗效、安全性、预后生活质量

组间比较显示,治疗1 a时研究组的抑郁程度低于对照组,提示1 a时研究组的疗效更好;治疗1.5 a时研究组的抑郁程度与对照组之间不存在显著差异,提示1.5 a时2组的疗效一致,均可达到优良水平。治疗1、1.5 a时研究组的QoL均显著高于对照组,提示研究组在1、1.5 a时的预后QoL水平

表2 对照组和研究组治疗后2、4周的有效率比较

分组	治疗后2周/例	治疗后4周/例
对照组 (n=51)	无效 20	无效 4
	起效 24	起效 10
	显著起效 7	显著起效 25
	完全起效 0	完全起效 12
研究组 (n=62)	无效 14	无效 2
	起效 31	起效 14
	显著起效 12	显著起效 29
	完全起效 5	完全起效 17
统计值	$\chi^2=9.148$	$\chi^2=1.440$
P值	0.027*	0.696

注: χ^2 值为似然比矫正结果,*为 $P<0.05$ 。

高于对照组。2组在研究持续期间的不良反应不存在组间差异(表3)。

表3 对照组和研究组治疗1、1.5 a时的疗效、不良反应、QoL比较

分组	1 a MADRS/例	1.5 a MADRS/例	1 a QoL/分	1.5 a QoL/分	不良反应/例
对照组 (n=51)	无抑郁 35	无抑郁 43	76.59±11.85	86.75±12.37	无 39 有 12
	轻度抑郁 14	轻度抑郁 8			
	中度抑郁 2				
研究组 (n=62)	无抑郁 57	无抑郁 58	87.71±10.31	91.82±12.80	无 55 有 7
	轻度抑郁 5	轻度抑郁 4			
	中度抑郁 0				
统计值	$\chi^2=10.553$	$\chi^2=2.514$	$t=-5.330$	$t=-2.130$	$\chi^2=2.997$
P值	0.005**	0.113	<0.001**	0.035*	0.083

注:*为 $P<0.05$,**为 $P<0.01$ 。

3 讨论

老年人易患DEP,具有以下多方面原因。首先,老年患者躯体疾病的患病率较高,而躯体疾病与DEP的发生关系极为密切,可互相影响,形成恶性循环。第二,老年患者年龄退变相关的脑血管损伤、脑白质退变、炎症以及神经递质功能异常均可直接引发DEP^[4]。第三,晚年阶段的生活面临着社会角色转变、健康受损及体力严重受限的不良打击,易引发负性情绪,导致DEP^[17]。此外,研究发现,丧偶、文化程度较低也是老年人易患DEP的危险因素^[18]。老年DEP患者是DEP的特殊群体,制定治疗策略时需要综合考虑上述问题。

本研究发现,低剂量度洛西汀联合CBT治疗合并躯体疾病的老年DEP患者的起效速度快,2周时的有效率可达77.4%,与单纯采用度洛西汀治疗方案相比高出16.6个百分点。以度洛西汀为代表的选择性5-羟色胺(5-HT)及去甲肾上腺素(NE)再摄取抑制剂(selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)是目前DEP治疗指南推荐的首选药物^[9]。CBT指通过改变患者的不良思维和信念,从而消除患者的不良情绪和行为,最终达到心理康复目的的一组治疗方法^[20],CBT也是DEP治疗指南推荐的一线治疗方案^[8-9]。由于老年DEP患者具有一定的特殊性,常合并多种慢性疾病、易发生肝肾功能异常,需区别于青壮年DEP的治疗量

(90~120 mg/d),故本研究采用了低剂量度洛西汀(60 mg/d)。存在高水平的非理性信念、易出现以偏概全或非黑即白的偏执思维方式,易采取幻想、自责、回避等消极应对方式^[21-22]是老年DEP患者显著的心理特征。CBT非常适合老年DEP患者,可能存在潜在的治疗优势。庞羽等^[23]研究发现CBT联合低剂量度洛西汀治疗中青年DEP患者的早期起效率明显高于对照组。本研究的结果显示,治疗4周时,研究组(96.8%)和对照组(92.2%)的治疗有效率无显著差异,均达到了优秀水平。据报道,度洛西汀的起效时间为3周^[24]。这说明4周时2组均达到了临床起效时间窗,有效率均超过90%,达到了一致水平。综上,本研究结果提示CBT联合治疗与单纯度洛西汀治疗老年DEP的远期疗效一致,但CBT联合治疗可显著缩短度洛西汀治疗老年DEP患者的起效时间,2周有效率可达77.4%,具有起效速度快的优势。

本研究发现,低剂量度洛西汀联合CBT治疗合并躯体疾病的老年DEP患者的疗效更好,1 a时研究组患者的抗抑郁疗效显著优于对照组。与本研究结果类似,很多研究均报道了CBT联合单一抗抑郁药物对老年DEP患者的优势,包括文拉法辛^[17]、艾司西酞普兰^[25-26]、草酸艾司西酞普兰^[27]、米氮平^[28]等药物,结果均显示CBT联合治疗组的HAMD显著低于药物对照组,提示CBT联合抗抑郁药物的疗效更佳。李英英等^[29]的研究使用了CBT联合低剂量度洛西汀与舍曲林的方案治疗老年DEP患者,发现联合组的临床有效率显著高于药物组,联合组HAMD评分、抑郁症病耻感量表评分均显著低于药物组,提示CBT联合抗抑郁药物的疗效更佳。老年DEP患者的非理性信念水平极高,而CBT可帮助调整DEP患者对事物的不良认知和负性情绪,重新建立合理、积极的认知,引导患者客观地评价事物、以正面态度及方式来应对问题^[12]。因此,CBT对患者认知功能的调节作用可弥补抗抑郁药物治疗的不足,CBT联合抗抑郁药物的综合治疗方案可多层次、多途径发挥抗抑郁效果^[12]。CBT对认知和情绪的改善可能是其发挥疗效优势的潜在机制。此外,本研究结果显示1.5 a时2组的抑郁程度不存在组

间差异,说明2组的长期疗效可能不存在差异。总之,本研究发现低剂量度洛西汀联合CBT治疗合并躯体疾病的老年DEP患者的短期疗效高于单纯药物治疗,但远期疗效可能与药物治疗一致。

本研究发现,低剂量度洛西汀联合CBT治疗合并躯体疾病的老年DEP患者的QoL更好,治疗1、1.5 a时研究组的QoL评分均显著高于对照组。Croog QoL量表由多个维度和项目组成,涉及了个体的躯体健康、情绪健康、脑力活动、认知水平等多个维度,用于综合评估患者的整体QoL。与本研究类似,若干研究均报道了CBT具有改善老年患者整体功能的作用。周磊等^[17]利用CBT联合文拉法辛治疗老年DEP患者,结果治疗后患者的延迟记忆、注意、言语、视觉广度和即刻记忆的改善程度增高,且联合治疗组的改善程度显著高于对照组,说明CBT具有改善老年DEP患者认知水平的作用。李英英等^[29]的研究使用CBT联合低剂量度洛西汀与舍曲林的方案治疗老年DEP患者,结果显示治疗后联合组患者的躯体功能、心理功能,及社会功能评分明显高于对照组。赵智萍^[30]发现,CBT联合艾司西酞普兰治疗方案,可降低产后DEP患者的负面情绪,提高QoL。老年DEP患者的抑郁状态与躯体疾病的关系极为紧密,可互相影响形成恶性循环。抑郁情绪会影响植物神经系统,对植物神经系统的调节产生严重干扰,从而加重心血管系统疾病、骨骼肌肉慢性疼痛、代谢性疾病等躯体疾病的症状。老年患DEP不仅会影响高血压、冠心病、糖尿病等慢性病的治疗和预后,而且与心血管疾病的发病率和死亡率密切相关^[7]。因此,对合并躯体疾病的老年DEP患者而言,改善DEP情绪和认知,对控制躯体疾病的症状、提高患者整体QoL具有正面效应,这可能是CBT改善合并心血管系统疾病、骨骼肌肉慢性疼痛、代谢性疾病的老年DEP患者整体功能,提高预后QoL的潜在机制。总之,本研究结果显示,CBT具有改善老年DEP患者躯体疾病症状、提高整体功能和预后QoL的优势。

本研究尚存在一些不足之处。首先,本研究并非随机对照临床研究,可能会存在潜在的选择偏倚。其次,本研究的随访时间不长,在完成CBT与

抗抑郁药物的联合治疗后,老年患者的DEP及躯体疾病的远期预后尚未可知。未来尚需要大样本、多中心的随机对照临床研究进一步明确CBT与抗抑郁药物对合并躯体疾病的老年DEP患者的疗效及远期预后。

4 结论

随着人口老龄化的加速,老年人的精神心理问题日益突出。老年DEP发病隐匿,常合并躯体疾病,抑郁障碍与躯体疾病互相影响,导致患者常反复就诊于临床各科室,误诊率较高,医疗负担重。老年患者是DEP的特殊群体,老年DEP治疗策略需综合该群体的特殊性。度洛西汀和CBT均是目前DEP治疗指南推荐的首选治疗方案^[8-9,19],本研究选择了低剂量度洛西汀联合CBT作为合并躯体疾病的老年DEP患者的治疗方案,结果显示CBT具有缩短起效时间、提高抗抑郁疗效,改善患者整体功能,提高预后QoL的优势,可减轻医疗负担、促进患者回归社会生活。

中国的CBT的临床应用和研究起步较晚,开展环境大多局限在专科医院或大型综合性医院,在社区医院中的展开很少,并不能完全满足中国社会现阶段老年DEP患者的需求。低剂量度洛西汀联合CBT治疗合并躯体疾病的老年DEP患者的起效时间较快,疗效及预后QoL较好,值得基层医院推广应用,对老年DEP患者的临床策略的制定具有指导意义。

参考文献(References)

- [1] 张硕, 马丽景, 杨赞琦, 等. 基于脑涨落图和抑郁评分系统评价中医综合治疗抑郁症的疗效[J]. 科技导报, 2023, 41(3): 51-56.
- [2] Xu Y J, Yang J J, Gao J M, et al. Decomposing socioeconomic inequalities in depressive symptoms among the elderly in China[J]. BMC Public Health, 2016, 16(1): 1214.
- [3] Jokelainen J, Timonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, et al. Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults[J]. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2019, 37(3): 353-357.
- [4] 张中伟. 老年抑郁症发病机制及非药物治疗研究进展[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(15): 2347-2348, 2338.
- [5] Raič M. Depression and heart diseases: Leading health problems[J]. Psychiatria Danubina, 2017, 29(Suppl 4): 770-777.
- [6] 肖腊梅, 张孟喜, 董巧亮, 等. 老年住院病人抑郁状态调查与影响因素分析[J]. 全科护理, 2017, 15(26): 3201-3203.
- [7] Zhang Y X, Chen Y J, Ma L N. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding[J]. Journal of Clinical Neuroscience, 2018, 47: 1-5.
- [8] Association A P. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)[J]. The American Journal of Psychiatry, 2000, 157(Suppl 4): 1-45.
- [9] 李凌江. 中国抑郁障碍防治指南(第二版)解读[J]. 中华医学信息导报, 2016, 31(19): 21.
- [10] 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.
- [11] Charlton R A, Lamar M, Zhang A, et al. White-matter tract integrity in late-life depression: Associations with severity and cognition[J]. Psychological Medicine, 2014, 44(7): 1427-1437.
- [12] 黄尚岗. 认知行为疗法干预治疗老年抑郁症的研究进展[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(1): 195-198.
- [13] Melzer J, Rostock M, Brignoli R, et al. Preliminary data of a HAMD-17 validated symptom scale derived from the ICD-10 to diagnose depression in outpatients[J]. Forschende Komplementarmedizin (2006), 2012, 19(4): 191-196.
- [14] Soron T R. Validation of bangla Montgomery asberg depression rating scale (MADRSB)[J]. Asian Journal of Psychiatry, 2017, 28: 41-46.
- [15] Croog S H, Levine S, Testa M A, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life[J]. The New England Journal of Medicine, 1986, 314(26): 1657-1664.
- [16] 孙爱童, 高迎春, 齐岩松, 等. 基于负荷心肌声学造影评价八段锦在冠脉介入术后的康复价值[J]. 科技导报, 2023, 41(23): 28-34.
- [17] 周磊, 葛丽娜, 吴琼, 等. 认知行为疗法联合文拉法辛治疗老年抑郁症的疗效及其机制[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(11): 2690-2693.
- [18] 郑文新, 杨小慧, 刘晓彩, 等. 老年抑郁症的影响因素分析[J]. 健康教育与健康促进, 2023, 18(1): 54-58.

- [19] 周晓丽, 林燕, 郑国庆. 精神疾病治疗进展(二): 抑郁症[J]. 医药导报, 2017, 36(10): 1137-1142.
- [20] 姚焯, 杨春燕, 许艳秋, 等. 认知行为治疗对老年抑郁症患者认知功能改善的对照观察[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(1): 67-70.
- [21] Rajtar-Zembaty A, Rajtar-Zembaty J, Olszewska K, et al. Comparison of cognitive functioning of Elders with late-life depression and patients with and without a history of depressive episodes: A cross-sectional study[J]. *Psychology, Health & Medicine*, 2022, 27(6): 1227-1233.
- [22] Tekin F, Cetisli-Korkmaz N. Effectiveness of a telerehabilitative home exercise program on elder adults' physical performance, depression and fear of falling[J]. *Perceptual and Motor Skills*, 2022, 129(3): 714-730.
- [23] 庞羽, 刘爽. 认知行为疗法联合盐酸度洛西汀对抑郁症患者早期起效的影响及疗效观察[J]. 重庆医学, 2020, 49(22): 3720-3723.
- [24] 郑书恭, 容小明, 刘楚杰. 氟哌噻吨美利曲辛片联合盐酸度洛西汀治疗卒中后抑郁的效果及安全性[J]. 中国医药科学, 2021, 11(18): 191-193, 238.
- [25] 陈婷婷. 探讨艾司西酞普兰合并认知行为治疗在老年抑郁症治疗中的作用[J]. 中国医药指南, 2019, 17(14): 156-157.
- [26] 张专专. 艾司西酞普兰合并认知行为治疗在老年抑郁症治疗中的作用分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(23): 52, 57.
- [27] 陶桂凤. 观察和分析草酸艾司西酞普兰合并认知行为干预对老年抑郁症患者的治疗效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(55): 160.
- [28] 张加明. 米氮平合并认知行为疗法治疗老年抑郁症的对照研究[J]. 四川精神卫生, 2014, 27(2): 174-176.
- [29] 李英英, 卢国强, 沈全荣, 等. 认知行为治疗对老年抑郁症患者生活质量的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(4): 701-704.
- [30] 赵智萍. 认知行为疗法联合艾司西酞普兰对产后抑郁患者临床疗效及安全性分析[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(3): 462-465.

Efficacy and advantages of cognitive-behavioral therapy in elderly depression patients complicated with physical diseases

LI Ping^{1,2}, SUN Zhigang^{1,2*}, XU Manhua¹, HE Lanying¹, DU Yimin¹, WANG Lifeng¹, ZHANG Pei¹, SONG Lihua¹

1. Shijiazhuang Eighth Hospital, Shijiazhuang 050081, China

2. Shijiazhuang Mental Health Center, Shijiazhuang 050081, China

Abstract With the acceleration of population aging, the incidence of senile depression is increasing year by year, which seriously threatens the physical and mental health of the elder adults. As a special group of patients, the senile depression patients are often accompanied with physical diseases. This study evaluated the antidepressant efficacy and prognostic quality of life (QoL) of cognitive-behavioral therapy (CBT) combined with low-dose Duloxetine in elderly patients of depression with comorbidities. The indicators are the clinical onset time of the antidepressant based on the Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), the antidepressant efficacy based on the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), and the Croog QoL. The results show that the clinical effective rate (77.4%) of the treatment group at 2 weeks was significantly higher than that of the control group (60.8%) ($P=0.027$). The depression level of the treatment group at 1 year was lower than that of the control group ($P=0.005$), and the QoL of the treatment group at 1 and 1.5 years was significantly higher than that of the control group ($P<0.001$) ($P=0.035$). It suggests that the CBT combined with antidepressant can shorten the onset time, improve its efficacy and the overall function and prognostic QoL of the patients, helping them to return to social activities.

Keywords senile depression; physical diseases; cognitive-behavioral therapy; prognostic quality of life; clinical efficacy times; selectiveserotonin-norepinephrine reuptake inhibitor ●



(责任编辑 傅雪)