

2.2 两组患者不良反应发生率比较 观察组不良反应发生率显著低于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者不良反应比较[例(%)]					
组别	n	头痛	脱发	耳鸣	不良反应
观察组	40	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.0 [*])
对照组	40	2 (5.0)	3 (7.5)	4 (10.0)	9 (22.5)

注:与对照组比较, $^*P<0.05$ 。

3 讨论

额叶癫痫的脑电图表现较为复杂,且发作形式趋于多样化,具有发作频繁、持续时间短及发作后伴有感觉或运动异常等特点,严重影响患者日常生活和身心健康^[4]。丙戊酸钠属于广谱抗癫痫药,对多种类型的癫痫均有一定疗效,能有效抑制 γ 氨基丁酸型代谢酶及电压敏感钠离子类通道,减少癫痫发作次数,改善预后^[5-6]。此外,丙戊酸钠对多种方法引起的惊厥,均有不同程度的对抗作用。传统癫痫治疗中,药物治疗往往较为单一^[7]。卡马西平为常用药,联合丙戊酸钠治疗额叶癫痫,可增加药物浓度,抑制病灶异常放电,缓解临床表现,降低癫痫发作率。

研究结果显示,观察组患者治疗总有效率显著高于对照组,不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)。说明卡马西平联合丙戊酸钠治疗额叶癫痫,可显著提高临床疗效,减少不良反应发生,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈乾兵.卡马西平联合丙戊酸钠治疗额叶癫痫 21 例临床疗效观察[J].中国民族民间医药,2014,21(24):104
[2]颜友春.丙戊酸钠联合卡马西平治疗额叶癫痫的有效性和安全性分析[J].当代医学,2015,21(9):140-141
[3]李龙宽,谢娟,张玲敏,等.左乙拉西坦及奥卡西平对癫痫患儿丙戊酸钠及其代谢产物 2- 丙基 -2- 戊烯酸血药浓度的影响[J].中国医院药学杂志,2016,36(1):41-45
[4]李艳军,邵宏元.额叶癫痫行卡马西平联合丙戊酸钠治疗的效果研究[J].转化医学电子杂志,2016,3(2):26-27
[5]张江荣.丙戊酸钠和卡马西平联合应用对额叶癫痫疾病的干预价值评析[J].中国社区医师,2016,32(18):62
[6]刘占伟.卡马西平联合丙戊酸钠治疗额叶癫痫 52 例临床观察[J].河南医学高等专科学校学报,2016,28(5):389-390
[7]王莉.额叶癫痫丙戊酸钠缓释片和卡马西平联合治疗的临床疗效和安全性研究[J].吉林医学,2012,33(36):7906

(收稿日期: 2017-02-20)

药物联合康复治疗对抑郁症患者睡眠质量的影响分析

贡永宁

(河南省驻马店市精神病医院精神科 驻马店 463000)

摘要:目的:观察药物联合康复治疗对抑郁症患者睡眠质量的影响。方法:将我院收治的 100 名抑郁症患者随机分为观察组和对照组,每组 50 例,对照组进行常规药物治疗,观察组在对照组的治疗基础上,进行综合康复治疗。分别在治疗前、治疗后 4 周,采用抑郁自评量表(SDS)和匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对两组病人进行抑郁状态和睡眠质量评定。结果:治疗后,观察组患者的 SDS 和 PSQI 评分均较治疗前显著下降, $P<0.001$;且 SDS 和 PSQI 评分降低程度均较对照组明显,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:药物联合康复治疗可显著改善抑郁症患者的睡眠质量,有助于改善患者的抑郁状态,控制病情进展。

关键词:抑郁症;睡眠质量;康复治疗;临床观察

中图分类号:R749.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.036

抑郁症是一种严重危害人类健康的常见精神疾病,临床以心情低落、意志消沉、兴趣丧失等隐性症状为主,严重者伴有妄想、幻觉等慢性精神失常疾病^[1-2]。睡眠障碍不仅是抑郁症的伴随症状,也是抑郁症恶化的危险因素^[3]。我院针对抑郁症患者制定了综合康复治疗方案,能有效阻止病情进展并取得了良好的康复效果,本文回顾性地分析了本院综合康复治疗的抑郁症患者的治疗情况。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 4 月~2016 年 4 月在我院接受治疗的抑郁症患者 100 例,随机分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组中男 26 例,女 24 例,平均年龄(31.71± 6.14)岁;观察组中男 29 例,女

21 例,平均年龄(30.12± 3.44)岁。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入和排除标准^[4-5] 纳入标准:(1)符合 ICD-10 对抑郁症的诊断标准;(2)年龄 20~50 岁;(3)独立填写问卷,并知情同意参加本研究。排除标准:(1)伴有严重内科疾病者;(2)患有其他严重认知功能障碍的精神疾病;(3)患者意识不清或滥用酒精等导致认知障碍者;(4)尚不处于康复期的患者。

1.3 治疗方法^[6-7] 对照组:进行常规治疗,按医嘱服用抗抑郁药物,辅以常规康复训练。观察组:在常规药物治疗的基础上,联合使用综合康复治疗。治疗由专业医师开展实施,找出影响患者睡眠的因素,通

过心理疏导和教育等方法,改善患者的不合理情绪和不良认知,同时加强营养,改善健康状况。内容包括:(1)通过与患者的沟通和交流,明确导致患者抑郁的危险因素,针对不同患者,制定个性化的干预治疗方案;(2)由临床医师进行健康指导,使患者对自身疾病有正确的认识,明确服药和接受治疗的重要性,减轻患者因紧张病情和失眠所产生的焦虑;(3)针对患者的实际情况进行心理疏导,帮助患者建立正确的认知观念,鼓励患者主动与他人建立人际关系,丰富社交活动,消除孤独感和被孤立感,提高患者的社会功能;(4)由专业心理医师通过针对性训练,改善患者睡眠质量。

1.4 评价指标^[8] 分别于治疗前和治疗 4 周后对患者进行自评抑郁量表(SDS)评分和匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)的评估。SDS 量表用于评定患者最近 1 周内的精神状态,反映患者的忧郁症状,数值越小,患者抑郁程度越轻。PSQI 量表用于评价患者的主观睡眠质量,总分≥8 分,代表存在睡眠紊乱。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计学软件处理所有数据,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SDS 量表得分情况比较 治疗后,两组患者的 SDS 量表得分均较治疗前明显下降,差异显著, $P<0.001$;且观察组患者的 SDS 量表得分由(61.71 ± 4.74)分降至(46.42 ± 8.53)分,降低程度较对照组更大,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的 SDS 量表得分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	SDS 得分		
		治疗前	治疗 4 周后	
对照组	50	60.11± 3.95	53.69± 6.42*	
观察组	50	61.71± 4.74	46.42± 8.53**	

注:与治疗前比较,* $P<0.001$,与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

2.2 两组患者 PSQI 量表得分情况比较 治疗后,两组患者的 PSQI 量表得分均较治疗前下降,但对照组患者的 PSQI 得分与治疗前相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组患者的 PSQI 量表得分由(14.77 ± 1.94)分降至(10.42 ± 2.15)分,较治疗前得分显著下降, $P<0.001$;且分值降低程度与对照组相比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者的 PSQI 量表得分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	SDS 得分		
		治疗前	治疗 4 周后	
对照组	50	14.61± 2.87	14.13± 1.53	
观察组	50	14.77± 1.94	10.42± 2.15**	

注:与治疗前比较,* $P<0.001$,与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

随着社会和生活压力的增大,抑郁症的发病率逐年递增,严重影响人们的社会交际、生活和工作。目前,抑郁症主要的临床治疗方法还是对症药物治疗法,但患者正确认识自我,恢复心理健康是无法依靠药物治疗解决的^[9]。患者在治疗过程中和生活中,由于缺乏倾诉、心理疏导和健康指导,往往心情焦虑、自我孤立、与社会脱节,从而导致患者睡眠质量严重下降^[10]。持续的睡眠障碍会加重患者的抑郁症状,影响治疗效果。

本研究采用自评抑郁量表(SDS)和匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对患者治疗前后的忧郁程度和主观睡眠质量进行了评价,比较了综合康复治疗的临床疗效^[11]。结果显示,常规治疗组患者的 SDS 得分显著下降, $P<0.001$;但 PSQI 量表得分较治疗前差异无统计学意义;药物联合综合康复治疗组患者的 SDS 和 PSQI 量表得分较治疗前均显著下降, $P<0.001$;其中,药物联合综合康复治疗组的患者治疗后的 SDS 量表得分由(61.71 ± 4.74)分降至(46.42 ± 8.53)分,PSQI 量表得分由(14.77 ± 1.94)分降至(10.42 ± 2.15)分,SDS 和 PSQI 量表分值降低程度均较对照组明显, $P<0.05$ 。表明综合康复治疗较常规药物治疗可以更有效地改善患者的忧郁症状,显著提高患者的睡眠质量。综上所述,药物联合康复治疗可显著改善抑郁症患者的睡眠质量,有助于改善患者的抑郁状态,控制病情进展。

参考文献

[1]吕学玉.抑郁症患者五态人格与多导睡眠图特征及其相关性研究[D].北京:中国中医科学院,2010
[2]甘景梨,陈巧平,段惠峰.度洛西汀对抑郁症多导睡眠图及主观睡眠质量的影响[J].实用医药杂志,2011,28(3):204-207
[3]杨云秀.认知行为治疗对抑郁症患者抑郁状态和睡眠质量的影响[J].精神医学杂志,2011,24(2):134-135
[4]石海虹,庄玉梅,周锡芳,等.抑郁症患者的脑状态功能分析[J].中国健康心理学杂志,2014,22(8):1154-1155
[5]周锡芳,李文.抑郁症与健康人的脑功能状态对比研究[J].中国疗养医学,2014,23(8):691-692
[6]邓均.穴位按摩对住院抑郁症患者康复的影响[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(16):54-55
[7]樊旭,马佳,刘诗若,等.不同养生功法对心脾两虚型抑郁症睡眠障碍患者睡眠质量的影响[J].中华中医药学刊,2015,33(5):1148-1152
[8]张玉莲,周宝卿.探讨度洛西汀对老年女性抑郁症患者睡眠质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2015,47(9):1044-1045
[9]杨洁,刘兵.住院高血压患者睡眠质量影响因素及睡眠护理干预效果分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,18(2):318-321
[10]周爱军.心理护理干预对抑郁症患者临床疗效的影响观察[J].社区医学杂志,2016,14(7):74-75
[11]王燕,苑晓伟,王江涛.度洛西汀治疗女性抑郁症患者的效果和对睡眠质量的影响[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2016,16(43):123-128

(收稿日期: 2017-02-17)