

安非他酮联合氟伏沙明治疗抑郁症的疗效观察

王玉玲, 李 萌, 赵海东

金华市第二医院 睡眠医学科, 浙江 金华 321000

摘要: **目的** 探寻安非他酮与氟伏沙明联合治疗抑郁症的临床疗效, 以期为优化抑郁治疗方案提供参考依据。**方法** 选取 2023 年 5 月—2025 年 6 月金华市第二医院收治的 80 例抑郁症患者, 采用随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组各 40 例。对照组口服马来酸氟伏沙明片, 起始剂量 50 mg/晚, 1 周内依据耐受性加至治疗剂量 100~200 mg/d, 单次或分 2 次服用。治疗组在对照组治疗方案基础上晨服盐酸安非他酮缓释片, 150 mg/d, 治疗 1 周后依据情况增加至 300 mg/d。两组疗程均为 8 周。观察两组临床疗效, 比较两组汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分、疲劳量表-14 (FS-14) 评分、世界卫生组织生活质量量表 100 量表 (WHO-QOL-100) 评分、脑电图。**结果** 治疗后, 治疗组和对照组总有效率分别是 97.50%、75.00%, 治疗组显著高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 两组 HAMD、HAMA 评分较同组治疗前显著降低 ($P<0.05$)。治疗后, 治疗组 HAMD、HAMA 评分均低于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 两组 FS-14 量表中躯体疲劳、脑力疲劳及总分均降低 ($P<0.05$)。治疗后治疗组 FS-14 量表中躯体疲劳、脑力疲劳及总分均低于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 两组患者 WHO-QOL-100 量表中生理评分、心理评分、社会关系评分、精神评分、独立性评分及社会关系评分较前显著升高 ($P<0.05$)。治疗后, 治疗组 WHO-QOL-100 量表生理评分、心理评分、社会关系评分、精神评分、独立性评分及社会关系评分均高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 两组脑电图正常率均较同组治疗前显著提高 ($P<0.05$)。治疗后, 治疗组脑电图正常率显著高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 安非他酮联合氟伏沙明治疗抑郁症能够显著提升总有效率, 并有效改善患者生活质量、疲劳程度与脑电图情况, 为临床治疗抑郁障碍的患者提供了具有协同增效潜力的用药选择。

关键词: 盐酸安非他酮缓释片; 马来酸氟伏沙明片; 抑郁症; 汉密尔顿抑郁量表评分; 汉密尔顿焦虑量表评分; 疲劳量表-14 评分; 世界卫生组织生活质量量表 100 量表评分; 脑电图

中图分类号: R971 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2026)09-2582-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.09.013

Clinical observation of bupropion combined with fluvoxamine in treatment of depression

WANG Yuling, LI Meng, ZHAO Haidong

Department of Sleep Medicine, Jinhua Second Hospital, Jinhua 321000, China

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy and safety of bupropion hydrochloride combined with fluvoxamine in treatment of depression, in order to provide reference for optimizing the treatment plan for depression. **Methods** 80 cases of depression patients admitted to Jinhua Second Hospital from May 2023 to June 2025 were selected and divided into control group and treatment group by random number table method, with 40 cases in each group. Patients in control group were given Fluvoxamine Maleate Tablets, with an initial dose of 50 mg per night. Within one week, the dose was gradually increased to the therapeutic level of 100 — 200 mg per day, either in a single dose or in two divided doses. Patients in treatment group took Bupropion Hydrochloride Sustained-release Tablets in the morning based on the control group's plan, at a dose of 150 mg per day. After one week of treatment, the dose was increased to 300 mg per day depending on the condition. The treatment duration for both groups was 8 weeks. The clinical efficacy of two groups was observed, and the Hamilton Depression Scale (HAMD) score, Hamilton Anxiety Scale (HAMA) score, Fatigue Scale - 14 (FS-14) score, World Health Organization Quality of Life 100 Scale (WHO-QOL-100) score, and electroencephalogram of the two groups were compared. **Results** After treatment, the total effective rates of treatment group and control group were 97.50% and 75.00%, respectively, and treatment group was significantly higher than control group ($P<0.05$). After treatment, the HAMD and HAMA scores of both groups were significantly lower than those before treatment in the same group ($P<0.05$). After treatment, the HAMD and

收稿日期: 2026-01-29

作者简介: 王玉玲, 主治医师, 研究方向是睡眠障碍、焦虑抑郁症等。E-mail: 15957932072@163.com

HAMA scores of treatment group were lower than those of control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of physical fatigue, mental fatigue and total score in the FS-14 scale of both groups decreased ($P < 0.05$). After treatment, the scores of physical fatigue, mental fatigue and total score in the FS-14 scale of treatment group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the physiological score, psychological score, social relationship score, mental score, independence score and social relationship score of the WHO-QOL-100 scale of both groups were significantly higher than before ($P < 0.05$). After treatment, the physiological score, psychological score, social relationship score, mental score, independence score and social relationship score of the WHO-QOL-100 scale of treatment group were higher than those of control group ($P < 0.05$). After treatment, the normal rate of electroencephalogram in both groups was significantly higher than that before treatment in same group ($P < 0.05$). After treatment, the normal rate of electroencephalogram in treatment group was significantly higher than that of control group ($P < 0.05$). **Conclusion** bupropion hydrochloride combined with fluvoxamine in treatment of depression can significantly increase the overall effective rate, and effectively improve the quality of life, fatigue level and electroencephalogram of patients. This provides a drug option with potential for synergistic enhancement for the clinical treatment of patients with depressive disorders.

Key words: Bupropion Hydrochloride Sustained-release Tablets; Fluvoxamine Maleate Tablets; depression; HAMD score; HAMA score; FS-14 score; WHO-QOL-100 score; electroencephalogram

抑郁症是一种以持续性心境低落和兴趣减退为核心,常伴随思维、睡眠、认知及社会功能损害的常见精神障碍,严重者可出现自杀风险;该疾病在人群中患病率较高,且女性发病率普遍高于男性。选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)作为临床一线抗抑郁药物,在抑郁症治疗中应用广泛,然而以氟伏沙明为代表的部分药物仍存在起效较慢、对部分伴随症状(如睡眠障碍、焦虑等)疗效有限等不足,导致约 30%的患者对单一药物治疗反应不佳^[1]。因此,如何在现有药物基础上探索更为有效的治疗策略,成为提升抑郁症整体应答率的重要课题。安非他酮是一种去甲肾上腺素与多巴胺再摄取抑制剂,利于改善患者精力、注意力的同时,不会增加体质量、镇静等不良反应^[2]。氟伏沙明治疗抑郁的核心药理作用在于其作为选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂的特性,对中枢神经系统突触前膜的 5-羟色胺转运体具有高度选择性亲和力,而对去甲肾上腺素转运体、多巴胺转运体的亲和力极低,且无明显单胺氧化酶抑制活性,可特异性作用于 5-HT 能神经通路,避免对其他单胺类神经递质系统产生明显干扰,减少非特异性不良反应的同时,聚焦改善抑郁病理状态,并结合其对 Sigma-1 受体的独特活性,共同发挥抗抑郁、抗焦虑及情绪稳定作用^[3]。因此,本研究通过随机对照试验,系统评估安非他酮与氟伏沙明联合治疗抑郁症的临床疗效与安全性,以期优化抑郁治疗方案提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 5 月—2025 年 6 月金华市第二人民医院收治的 80 例抑郁症患者,其中男性 33 例,女性

47 例;年龄 18~65 岁,平均(55.83 ± 7.06)岁;病程 1~5 年,平均(3.57 ± 0.32)年。本研究经过金华市第二人民医院医学伦理委员会审批(批件号 2024-01-026)。

1.2 纳排标准

纳入标准:抑郁症诊断参照《中国精神障碍分类与诊断标准》^[4]内容,且临床汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[5]评分 ≥ 7 分;研究对象均自愿签订知情同意书。

排除标准:伴心脑肾等重要脏器器质性病变;精神分裂症后抑郁症;伴严重的躯体性疾病;药源性抑郁;伴活动性消化性溃疡;妊娠或哺乳期女性;自杀行为突出者;凝血功能或血液性疾病;伴恶性肿瘤者;伴癫痫病史;伴窄角型青光眼、高血压危象等禁忌症;伴双相情感障碍者。

1.3 分组和治疗方法

采用随机数字表法分为对照组和治疗组,每组各 40 例。对照组男性 18 例,女性 22 例;年龄 20~63 岁,平均(56.25 ± 7.05)岁;病程 1~4 年,平均(3.52 ± 0.35)年。治疗组男性 15 例,女性 25 例;年龄 18~65 岁,平均(55.42 ± 7.09)岁;病程 1~5 年,平均(3.62 ± 0.30)年。两组患者上述资料对比均衡性理想,具有临床可比性。

对照组口服马来酸氟伏沙明片(Mylan Laboratories SAS,规格 50 mg/片,生产批号 20230901、20241201、20254379),起始剂量 50 mg/晚,1 周内依据耐受性加至治疗剂量 100~200 mg/d,单次或分 2 次服用。治疗组在对照组治疗方案基础上晨服盐酸安非他酮缓释片(迪沙药业集团有限公司,规格 150 mg/片,生产批号 20231823、20240209、20251105),

150 mg/d, 治疗 1 周后依据情况增加至 300 mg/d。两组疗程均为 8 周, 治疗期间不合用其他抗抑郁药、抗精神病药及心境稳定剂。

1.4 临床疗效标准^[6]

近期治愈: HAMD-17 总分 ≤ 7 分, 同时满足以下条件: 患者自我评价显著改善; 社会功能基本恢复; 抑郁核心症状(如兴趣减退、失眠、疲乏等)基本消失。显效: HAMD-17 评分下降 $\geq 50\%$, 自我评价、社会功能及各项抑郁症状明显改善。有效: $25\% \leq$ HAMD-17 评分下降 $< 50\%$, 自我评价、社会功能及部分症状呈好转趋势。无效: 未达上述标准或观察期间发生自伤、自杀等严重不良事件。

总有效率 = (近期治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数

1.5 观察指标

1.5.1 抑郁、焦虑严重程度 治疗前后采用 HAMD 评估患者抑郁程度, 正常: HAMD 总分 < 7 分; 轻度抑郁: $7 \leq$ HAMD 总分 < 16 分; 中度抑郁: $16 \leq$ HAMD 总分 < 24 分; 重度抑郁: HAMD 总分 ≥ 24 分。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估焦虑情况, HAMA < 7 分无焦虑, $7 \leq$ HAMA < 14 分可能有焦虑, $14 \leq$ HAMA < 21 分肯定有焦虑, $21 \leq$ HAMA < 29 分为明显焦虑, ≥ 29 分为严重焦虑^[7]。

1.5.2 疲劳感 治疗前、治疗后利用疲劳量表-14(FS-14)评估疲劳程度, FS-14 量表包括躯体疲劳(0~8分)与脑力疲劳(0~6分), 共计 14 个条目,

总分 14 分, 所得分值与疲劳程度呈正相关^[8]。

1.5.3 生活质量 治疗前后采用世界卫生组织生活质量量表 100 量表(WHO-QOL-100)评估患者生活质量, WHO-QOL-100 量表包括生理、心理、环境、精神支柱及社会关系, 各维度 0~100 分, 分值越高提示该维度生活质量越好^[9]。

1.5.4 脑电图 治疗前后采用 Compumedics EEG-1200C 脑电图仪检查, 依据《临床脑电图操作规范的上海专家共识》中脑电图评估标准分为正常、轻度、中度及重度异常^[10]。

正常率 = 脑电图正常例数 / 总例数

1.6 不良反应观察

对比两组胃肠道不适、嗜睡、头痛等情况。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件分析研究数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验; 计数资料以例数表示, 用 χ^2 检验, 等级资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 患者临床疗效比较

治疗后, 治疗组和对照组总有效率分别是 97.50%、75.00%, 治疗组显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 患者抑郁、焦虑程度比较

治疗后, 两组患者 HAMD、HAMA 评分较同组治疗前显著降低 ($P < 0.05$); 治疗后, 治疗组 HAMD、HAMA 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	近期治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	40	2	15	13	10	75.00
治疗	40	19	10	10	1	97.50*

与对照组比较: * $P < 0.05$ 。

* $P < 0.05$ vs control group.

表 2 两组焦虑、抑郁程度(HAMD、HAMA)对比 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison on depression degree between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	HAMA 评分		HAMD 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	40	28.45 $\pm$ 3.15	15.42 $\pm$ 2.85*	25.12 $\pm$ 3.52	12.25 $\pm$ 2.05*
治疗	40	28.51 $\pm$ 3.10	8.02 $\pm$ 1.05*▲	25.20 $\pm$ 3.55	8.10 $\pm$ 1.02*▲

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$ 。

* $P < 0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$ vs control group after treatment.

2.3 患者疲劳感比较

治疗后, 两组患者 FS-14 量表中心体疲劳、脑力疲劳及总评分均降低 ($P<0.05$); 治疗后治疗组 FS-14 量表中心体疲劳、脑力疲劳及总分均低于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 生活质量比较

治疗后, 两组 WHO-QOL-100 量表中心理评分、社会关系评分、精神评分、独立性评分

及社会关系评分较前显著升高 ($P<0.05$); 治疗后, 治疗组 WHO-QOL-100 量表生理评分、心理评分、社会关系评分、精神评分、独立性评分及社会关系评分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

2.5 患者脑电图比较

治疗后, 两组脑电图正常率均较同组治疗前显著提高 ($P<0.05$); 治疗后, 治疗组脑电图正常率显著高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 3 两组疲劳感 (FS-14) 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison on fatigue (FS-14) scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	躯体疲劳评分		脑力疲劳评分		总评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	40	7.05±0.40	4.05±0.50*	4.55±0.56	2.57±0.36*	11.60±0.68	6.62±0.58*
治疗	40	7.10±0.43	2.06±0.31*▲	4.60±0.60	1.06±0.20*▲	11.70±0.70	3.12±0.35*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 4 两组生活质量 (WHO-QOL-100) 比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on quality of life (WHO-QOL-100) between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	生理评分		心理评分		社会关系评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	40	23.15±2.25	50.23±3.15*	25.15±2.05	55.58±4.10*	20.12±1.05	50.12±5.10*
治疗	40	23.20±2.30	72.15±5.85*▲	25.20±2.10	75.25±8.45*▲	20.18±1.10	76.25±4.85*▲

组别	n/例	精神评分		独立性评分		社会关系评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	40	18.25±1.40	54.25±3.45*	17.25±2.05	53.12±5.10*	18.55±1.85	58.12±4.10*
治疗	40	18.32±1.45	73.15±5.50*▲	17.35±2.13	75.40±6.48*▲	18.56±1.72	80.12±3.45*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 5 两组脑电图比较

Table 5 Comparison on EEG between two groups

组别	n/例	观察时间	脑电图				
			正常/例	轻度/例	中度/例	重度/例	正常率/%
对照	40	治疗前	15	12	13	0	37.50
		治疗后	24	10	6	0	60.00*
治疗	40	治疗前	16	12	12	0	40.00
		治疗后	33	6	1	0	82.50*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

2.6 患者不良反应比较

对照组发生嗜睡 1 例, 胃肠道不适 1 例, 头痛 1 例, 不良反应发生率是 7.50%; 治疗组发生嗜睡 2 例, 胃肠道不适 2 例, 头痛 2 例, 不良反应发生率

是 15.00%, 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。

3 讨论

抑郁症的发病率近年来呈显著上升趋势, 其病

因及发病机制尚未完全阐明,目前认为涉及遗传、神经生化、内分泌等多方面因素的交互作用,同时长期持续的生活压力、负性事件累积以及社会支持不足等因素也与抑郁发作密切相关^[11]。药物治疗作为当前抑郁症的主要干预方式,早期选择循证依据充分、耐受性良好的药物,有助于提升临床应答率、促进功能康复,并降低疾病慢性化及自杀等风险。

氟伏沙明作为 SSRI,其抗抑郁机制主要源于对突触前膜 5-羟色胺再摄取的高选择性抑制,从而提升突触间隙 5-HT 水平,并通过长期给药诱导受体适应性变化,进一步优化 5-HT 能神经传递效率,此外,该药物对褪黑素代谢途径亦具有一定调节作用,可能通过延缓褪黑素分解、稳定其节律性分泌,改善抑郁伴随的睡眠节律紊乱,为抑郁症状的整体缓解提供支持^[12]。安非他酮通过对去甲肾上腺素和多巴胺再摄取过程的抑制,调节中枢神经系统内相关神经递质的动态平衡,能够显著提升突触间隙中去甲肾上腺素浓度,增强去甲肾上腺素能神经通路的活动;同时对多巴胺再摄取的适度抑制有助于提高前额叶皮层等多脑区的多巴胺水平,进而改善患者的精力不足及疲劳症状,且前额叶皮层作为执行高级认知功能、情绪调控与决策整合的关键脑区,在安非他酮的干预下,局部多巴胺与去甲肾上腺素水平的升高可协同增强认知处理效率、优化注意力分配,并提升情绪调节能力,使患者在面对负面思维与情绪时具备更好的应对能力^[13]。本研究结果显示,与对照组相比,治疗组总有效率高,治疗组焦虑、抑郁程度较轻,WHO-QOL-100 量表各维度评分均较高,FS-14 各维度及总分评分均较低,提示治疗组联合用药可提高临床疗效,改善患者抑郁程度与睡眠质量。

脑电图作为一种无创、简便且低成本的脑功能检测方法,能够准确反映脑电活动、脑血流变化及整体脑功能状态,为脑部相关疾病的临床诊断与治疗制定提供重要参考^[14]。本研究结果显示,治疗后治疗组脑电图改善情况优于对照组($P<0.05$)。原因可能是氟伏沙明作为高选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂,其核心作用机制在于作为高选择性 5-HT 再摄取抑制剂,可显著增强 5-HT 能传递,尤其作用于前额叶-边缘系统回路,5-HT 系统的稳定有助于调节情绪和焦虑,可能减少脑电图中与焦虑相关的 γ 波异常振荡,并改善脑电图相关认知电位^[15]。在大脑前额叶皮层区域,增强的多巴胺能信号传递

有助于优化该神经网络的信息整合与整体处理效能,去甲肾上腺素与多巴胺系统的协同激活,共同提升了皮层的警觉水平与信息处理准备状态,该生理效应在脑电图上可表现为额区 θ 频段功率下降,并伴有脑电活动整体趋向去同步化及节律加速的模式特征^[16]。安非他酮对前额叶皮层,尤其是左侧区域的神经元具有特异性激活作用,可增强局部代谢与神经兴奋性,相应地在脑电图中反映为该区域 α 频段功率的相对降低,提示神经活动增强,并促使额叶 α 不对称性向正常的左侧优势模式恢复,这一电生理指标的良好转变,可能为解释药物在改善快感缺失和缓解负性情绪偏向上的作用提供了神经机制依据,有助于患者重建对积极环境刺激的趋近动机与正常情绪反应能力^[17]。本结果还显示两组不良反应对比无统计学差异,提示治疗组用药方案不会过度增加患者身体负担,临床可推荐开展。

综上所述,安非他酮联合氟伏沙明治疗抑郁症能够显著提升临床疗效,并有效改善患者生活质量、疲劳程度与脑电图情况,该联合方案安全性可控,为临床治疗抑郁障碍的患者提供了具有协同增效潜力的用药选择。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 马思梦,聂昭雯,周恩奇,等. 抑郁症临床亚型和生物亚型的研究进展 [J]. 中华医学杂志, 2025, 105(32): 2799-2802.
- [2] 沈一峰,李华芳,孙学礼,等. 安非他酮缓释片治疗抑郁症的随机双盲多中心临床试验 [J]. 中国临床药理学杂志, 2008, 17(3): 136-140.
- [3] 惠红岩,张强,周祥,等. 氟伏沙明在小鼠体内抗抑郁作用的时辰药理学及其机制研究 [J]. 中国药房, 2012, 23(13): 1177-1179.
- [4] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 77.
- [5] 胡旭强,钱敏才,林敏,等. 斯奈思-汉密尔顿快感量表中文版测评抑郁症患者的效度和信度 [J]. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(8): 625-629.
- [6] 沈渔邨. 精神病学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 390-395.
- [7] 何燕玲,曾庆枝,魏镜,等. 惊恐障碍严重程度量表和惊恐相关症状量表(中文版)的信度和效度 [J]. 中华精神科杂志, 2013, 46(4): 217-222.
- [8] 杨婉凤,黄凌鹰,周振华,等. 疲劳量表-14 在慢性乙型肝炎患者中的信度与效度评价 [J]. 上海中医药大

- 学学报, 2012, 26(4): 33-36.
- [9] 方积乾, 郝元涛. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度与效度 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(4): 203-205.
- [10] 上海市医学会脑电图与临床神经生理专科分会. 临床脑电图操作规范的上海专家共识 [J]. 上海医学, 2021, 43(3): 141-147.
- [11] 刘芮, 邵永琪, 蔡雨凡, 等. 抑郁症多基因风险评分及其与环境因素的相互作用在抑郁症研究中的进展 [J]. 中华精神科杂志, 2025, 58(3): 232-237.
- [12] 许艳艳, 张鹏, 张莲, 等. 氟伏沙明联合文拉法辛治疗抑郁症的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2025, 40(6): 1423-1427.
- [13] 杜晖, 戴立磊, 陈佳悦, 等. 盐酸安非他酮联合盐酸舍曲林对青少年抑郁症疲劳感的治疗效果 [J]. 中国健康心理学杂志, 2024, 32(6): 801-806.
- [14] 李欣, 廖慧仪, 杨惠英. 抑郁症患者睡眠脑电图参数与其认知功能的关系 [J]. 国际精神病学杂志, 2025, 52(1): 99-101.
- [15] 李浩, 靳自斌, 林雪飞. 氟伏沙明与氟西汀治疗抑郁症急性期患者的效果和安全性研究 [J]. 中国药物应用与监测, 2024, 21(3): 260-263.
- [16] 李娜, 张顺, 曹璇, 等. 难治性抑郁症患者睡眠脑电图参数与认知功能的相关性分析 [J]. 精神医学杂志, 2023, 36(1): 21-25.
- [17] 陈梓颀, 邓湘英, 黄程. 安非他酮联合舍曲林治疗首发抑郁症女性患者的临床评价 [J]. 中国药物应用与监测, 2025, 22(6): 1014-1018.

【责任编辑 金玉洁】