

【临床研究】

抑郁症是一种以显著而持久的心境低落为主要表现的精神障碍,是最常见的精神障碍之一,在全球人群中终生患病率高达 15% ~ 20%^[14],由于其对

身体无直接损害而常被忽视。女性由于生理及生殖结构的特点较男性更易患抑郁症^[5]。近年来,随着我国精神疾病治疗水平的提高,对女性抑郁症的治疗也得到越来越多关注。有研究表明,艾司西酞普兰具有较强的抗抑郁作用和较高的安全性^[6]。为进一步探讨艾司西酞普兰治疗女性抑郁症的疗效及安全性,将其与帕罗西汀进行对照研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 6 月在厦门市海军医院住院和能够遵从医嘱的门诊女性抑郁症患者为研究对象,均符合抑郁症诊断标准^[7],汉密尔顿抑郁量表(Hamilton’s depression scale,HAMD,17 项)≥18 分;排除严重躯体疾病、药物滥用及妊娠、哺乳期妇女。共 46 例患者入选,随机分为 2 组,每组 23 例。艾司西酞普兰组:患者年龄 16~74 岁,平均(31.23±16.4)岁,平均病程(4.7±2.1)a,平均受教育时间(9.6±4.1)a,HAMD 总分(29.56±4.25)分;帕罗西汀组:患者年龄 17~69 岁,平均(30.2±12.7)岁,平均病程(4.4±4.2)a,平均受教育时间(10.5±3.2)a,HAMD 总分(28.33±6.42)分。2 组患者的年龄、病程、受教育时间、HAMD 总分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。所有病例完成此项研究,无脱落。

1.2 治疗方法 艾司西酞普兰组患者给予艾司西酞普兰(山东京卫制药有限公司,国药准字 H20080599),初始剂量为每日 10 mg,晨服,根据患者病情 2 周内加至每日 15~20 mg;帕罗西汀组患者给予帕罗西汀(浙江华海药业股份有限公司,国

药准字 H20031106)治疗,初始剂量为每日 20 mg,分 2 次口服,根据患者病情 2 周内加至每日 40~60 mg;2 组患者的疗程均为 6 周。治疗期间不合用其他抗抑郁药物和抗精神病药物,失眠者可合用小剂量阿普唑仑、艾司唑仑治疗。

1.3 疗效评定标准 根据 HAMD 评分评定疗效^[8],HAMD 总分在治疗后的减分率来判断临床疗效,减分率>75%为痊愈,50%~75%为显效,25%~49%为有效,<25%为无效。

不良反应量表(treatment emergent symptom scale,TESS)及实验室检查评定不良反应;所有量表在治疗前和治疗第 1、2、4、6 周分别评定。治疗前和治疗后分别作血常规、肝功能、肾功能、血糖、心电图检测。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 15.0 软件对所有数据进行分析处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者 HAMD 评分比较 结果见表 1。治疗 1、2、4、6 周后,2 组患者 HAMD 评分均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前及治疗 1 周后 2 组患者 HAMD 评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗 2、4 周后艾司西酞普兰组患者 HAMD 评分低于帕罗西汀组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 6 周后 2 组患者 HAMD 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

Tab.1 Comparison of HAMD score between the two groups before and after treatment		($\bar{x}\pm s$)				
组别	n	HAMD 评分				
		治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周
艾司西酞普组	23	28.23±4.65	22.13±6.52 ^a	13.33±6.35 ^a	9.89±5.33 ^a	8.50±5.42 ^a
帕罗西汀组	23	27.87±3.82	23.65±5.32 ^a	20.27±5.33 ^a	16.25±5.67 ^a	9.23±6.32 ^a
t		0.287	0.866	4.014	3.920	0.420
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

注:与治疗前比较^a $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者疗效比较 治疗 6 周后艾司西酞普兰组患者痊愈 14 例,显效 6 例,有效 2 例,无效 1 例,治疗有效率 95.7%(22/23);帕罗西汀组痊愈 10 例,显效 8 例,有效 3 例,无效 2 例,治疗有效率 91.3%(21/23);2 组患者治疗有效率比较差异无统计学意义($\chi^2=1.632,P>0.05$)。

2.3 2 组患者不良反应发生率比较 艾司西酞普兰组患者出现不良反应 7 例,不良反应发生率为 30.4%(7/23),不良反应主要表现为口干、失眠、视物模糊、头痛、嗜睡、便秘、心动过速等,程度均较轻,

停药后恢复正常。帕罗西汀组患者出现不良反应 15 例,不良反应发生率为 65.2%(15/23),主要表现为口干、便秘、恶心、嗜睡、视物模糊、心动过速、尿潴留、肝功能等,停药后恢复正常。艾司西酞普兰组患者不良反应发生率低于帕罗西汀组,差异有统计学意义($\chi^2=0.018,P<0.05$)。

3 讨论

目前认为,抑郁症与神经递质 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine,5-HT)能系统和去甲肾上腺素能

(norepinephrine, NE) 功能低下及遗传、神经内分泌功能失调有关。艾司西酞普兰为西酞普兰的消旋异构体,与 5-HT 转运蛋白基本位点结合的同时,还与异构位点结合,增强了抑制 5-HT 再摄取功效,是一种强效的选择性 5-HT 再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)类抗抑郁剂,对组胺受体、胆碱能受体以及肾上腺素能受体的亲和力较低或无作用^[9-10],因此,治疗抑郁症起效快,且药效持久。艾司西酞普兰且与其他药物之间相互作用少,具有良好的选择性,使其不会对患者的血压、认知能力、心脏传导系统及精神运动产生损害。国内已有研究显示,艾司西酞普兰与其他 SSRIs 类抗抑郁剂相比疗效相当,但艾司西酞普兰不良反应发生率^[11-14]。本研究结果显示,经过 6 周的治疗,2 组患者 HAMD 评分与治疗前相比均显著降低,但 2 组间比较差异无统计学意义;2 组患者治疗有效率比较差异无统计学意义,说明 2 种药物治疗效果相当,但治疗 2、4 周后,艾司西酞普兰组患者疗效较帕罗西汀组好,提示艾司西酞普兰治疗女性抑郁症患者较帕罗西汀起效快。在药物耐受性方面,艾司西酞普兰组患者不良反应发生率低于帕罗西汀组,差异有统计学意义。综上所述,在治疗女性抑郁症患者的过程中,艾司西酞普兰和帕罗西汀的治疗效果相当,但从患者的角度出发,为了能够减少患者的不良反应,减轻患者的痛苦,艾司西酞普兰应成为其治疗药物的首选。但本研究样本较小,观察时间较短,所得结果谨供参考,尚有待于在进一步的研究中验证。

参考文献:

[1] LAZAROU C, KOUT C, KAPSOU M, *et al.* Review of epidemiology of depression and implications for community nursing practice[J].

(上接第 643 页)

[5] 彭安厚,陆洪光,梅长松,等.复方甘草酸苷片治疗面部激素依赖性皮炎 40 例临床观察[J].中国皮肤性病学杂志,2012,26(10):955-956.

[6] 赵婧,谢勇.复方甘草甜素、他克莫司及雅漾等治疗面部激素依赖性皮炎 40 例疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志,2012,26(8):764-766.

[7] 张玉刚.复方甘草酸苷片联合复方吡哆美辛酊治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国美容医学,2015,24(3):41-43.

[8] 高丽.复方甘草酸苷治疗面部激素依赖性皮炎疗效分析[J].中国美容医学,2016,6(10):44-46.

[9] 刘倩,邓娅,李聪颖.复方甘草酸苷联合他克莫司软膏治疗阴囊激素依赖性皮炎疗效观察[J].现代医药卫生,2016,32(13):2071-2072.

[10] BALTIMA L. A chemical modification of glycyrrhizic acid as a

East Afr J Public Health, 2010, 7(3):246-249.

[2] 卢乙众,李合华,刘小红,等.文拉法辛与舍曲林治疗老年性抑郁症疗效比较[J].新乡医学院学报,2017,34(2):154-156.

[3] 庞珍珍,詹合琴,陈正跃,等.甜叶菊正丁醇提取物对抑郁小鼠肝脏单一免疫球蛋白白介素 1 受体相关蛋白和核转录因子 κ B 表达的影响[J].中华实用儿科临床杂志,2016,31(19):1480-1483.

[4] 孙飒,张俊杰.抑郁症与干眼关系研究进展[J].眼科新进展,2016,36(11):1090-1093.

[5] 严峻,高作惠,刘连忠,等.度洛西汀与艾司西酞普兰治疗女性抑郁症的疗效及安全性分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,31(18):27-32.

[6] 谷岩,姜涛,郭建兵,等.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症的对照研究[J].中国心理卫生杂志,2010,24(6):445-449.

[7] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点[M].范肖冬,汪向东,于欣,等译.北京:人民卫生出版社,1993:116-118.

[8] 汤华.汉密尔顿抑郁量表[J].中国心理卫生杂志,1999(增刊):197-201.

[9] HERRLIN K, YASUI-FUMKORI N, TYBRING G, *et al.* Metabolism of citalopram enantiomers in CYP2C19/CYP2D6 phenotyped panels of healthy Swedes[J]. *Br J Clin Pharmacol*, 2003, 56(4):415-421.

[10] VON MOLTKE L, GREENBLATT D, GIANCARLO G, *et al.* Escitalopram(S-citalopram) and its metabolites *in vitro*: cytochromes mediating biotransformation, inhibitory effects, and comparison to Reitalopram[J]. *Drug Metab Dispos*, 2001, 29(8):1102-1109.

[11] 王永萍,尤加水,赵长银,等.艾司西酞普兰与舍曲林治疗抑郁症对照研究[J].临床心身疾病杂志,2012,18(2):124.

[12] 李琪勇,李家磊.艾司西酞普兰与西酞普兰治疗抑郁症对照研究[J].临床心身疾病杂志,2012,18(3):219.

[13] 刘小兵,张雅红,谭庆荣,等.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗抑郁症对照研究[J].临床精神医学杂志,2009,19(3):177-178.

[14] 孙宏俊,王孝祥.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗首发抑郁症的对照研究[J].西南军医,2010,12(6):1092-1093.

(本文编辑:杨 博 英文编辑:杨 博)

route to new bioactive compounds for medicine[J]. *Curt Med Chem*, 2003, 10(2):155-171.

[11] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010:723-724.

[12] LYNCH D R, SNYDER S H. Neuropeptides: multiple molecular forms, metabolic pathways, and receptors[J]. *Ann Rev Biochem*, 1986, 55:773-799.

[13] 常远.他克莫司软膏联合重组牛碱性成纤维细胞生长因子凝胶治疗面部激素依赖性皮炎的疗效观察[J].中国医药指南,2015,13(13):84-85.

[14] 赖晓英.重组牛碱性成纤维细胞生长因子凝胶联合锌氧油治疗小儿臀红疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(13):2947-2948.

(本文编辑:李胜利 英文编辑:徐自超)