短篇论著

文章编号:1000-5404(2009)22-2290-02

米氮平与帕罗西汀治疗伴躯体症状抑郁症的对照分析

吴 胜,张代江 (重庆市精神卫生中心早期干预一科,重庆 401147)

摘 要:目的 比较米氮平与帕罗西汀治疗伴躯体症状抑郁症的疗效及安全性。**方法** 将64例伴躯体症状的抑郁症患者随机分为米氮平组和帕罗西汀组,每组32例,观察8周。采用HAMD、CGI和TESS量表评定疗效及不良反应。**结果** 治疗8周后,米氮平组和帕罗西汀组显效率分别为62.50%、56.25%,2组间无显著性差异($P>0.05$);HAMD评分米氮平组治疗1周末起,帕罗西汀组治疗2周末起较治疗前有显著下降($P<0.01$,$P<0.05$),治疗1周末米氮平组明显低于较帕罗西汀组($P<0.05$),之后无显著性差异($P>0.05$);治疗8周后米氮平组TESS评分显著低于帕罗西汀组($P<0.05$)。**结论** 米氮平与帕罗西汀均能有效治疗伴躯体症状抑郁症,且疗效相当,但米氮平起效更快,安全性更高,依从性更好。

关键词: 米氮平;帕罗西汀;躯体症状;抑郁症

中图法分类号: R749.053;R749.41;R971.43 **文献标识码:** A

抑郁症是一种具有情感症状与躯体症状的慢性复发性疾病。我国抑郁症患者躯体不适的主诉更是多于情感表达,多为消化道症状及性欲下降,患者抑郁程度多严重,迁延不愈[1,2]。疼痛性躯体症状与情感症状都受到由5-HT与NE参与的神经递质的调节[3],他们有着共同的神经生物学基础。米氮平是去甲肾上腺素(NE)能和特异性5-羟色胺(5-HT)能抗抑郁剂(NaSSA)。我们将米氮平用于治疗伴躯体症状的抑郁症,并与帕罗西汀对照,探讨其临床疗效与安全性。

1 对象与方法

1.1 对象

收集2006年1月至2008年1月我院门诊及住院的抑郁症伴躯体症状的患者。入组标准:①符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)抑郁症诊断标准;②汉密顿抑郁量表(HAMD)[4]评分17项总分≥18分;③至少具有下列2项症状者:睡眠障碍、头痛头晕、心慌、心前区不适、胃肠道症状、慢性疼痛及全身症状,但检查无器质性病变;④排除严重躯体疾病,酒、药物依赖或滥用,药物过敏,严重自杀企图或行为及孕妇或哺乳期妇女及双相障碍快速循环等其他精神障碍。共入组64例,随机分为2组,各32例。米氮平组男性14例,女性18例,年龄18~55(35.6±12.1)岁,病程1~44(11.8±10.7)个月,HAMD总分(28.16±9.53)分。帕罗西汀组男性13例,女性19例,年龄18~55(34.9±11.8)岁,2~42(11.4±10.2)个月,HAMD总分(27.63±9.27)分。2组上述一般资料比较均无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

2组患者治疗前均清洗1周以尽量排除其他药物干扰。米氮平30~45 mg/d,睡前1次口服。帕罗西汀20~50 mg/d,早餐后口服。治疗中根据病情调整药物剂量,疗程8周。期间均不合用其他抗抑郁剂及抗精神病药物,睡眠障碍者可短期给予苯二氮卓类药物。采用汉密顿抑郁量表(HAMD)、临床疗效总评量表(CGI)[3]及副作用量表(TESS)[4]于治疗前及治疗第1、2、4、8周末进行评定。以HAMD减分率评定疗效:≥75%为痊愈,≥50%为显著进步,≥25%为进步,<25%为无效。于治疗前后均进行血、尿、粪常规,肝肾功能及心、脑电图等检查。

1.3 统计学处理

采用SPSS 10.0统计软件,计量资料用$\bar{x}\pm s$表示,行t检验,计数资料行χ^2检验。

2 结果

2.1 起效时间及临床疗效

米氮平组多在治疗第1周内开始起效,而帕罗西汀组治疗第2周末才开始起效。治疗8周后,米氮平组痊愈11例、显著进步9例、进步6例、无效6例,显效率62.50%,有效率81.25%;帕罗西汀组痊愈8例、显著进步10例、进步7例、无效7例,显效率56.25%,有效率78.13%。2组显效率及有效率比较均无显著性差异($P>0.05$)。

2.2 2组治疗前后HAMD和CGI评分比较

米氮平组和帕罗西汀组HAMD总分分别于治疗1、2周末起较治疗前明显下降($P<0.05$),且米氮平组显著低于帕罗西汀组($P<0.05$),之后2组HAMD总分随治疗而继续下降。在焦虑/躯体化、睡眠障碍因子改善方面,米氮平组均明显快于帕罗西汀组($P<0.05$,$P<0.01$),但治疗结束时2组间评分无显著性差异($P>0.05$)。经8周治疗后,2组CGI评分均有明显下降($P<0.01$),组间差异无显著性($P>0.05$)。见表1。

作者简介:吴 胜,男,重庆市人,主治医师,主要从事精神病学临床方面的研究,发表论文15篇。E-mail:wusheng1974@163.com

收稿日期:2009-03-11;修回日期:2009-04-29

2.3　2 组治疗不良反应比较

2 组不良反应发生率比较,米氮平组嗜睡、食欲增加、体质量增加明显高于帕罗西汀组;但帕罗西汀组恶心、食欲减退、失眠、兴奋/激越、性功能障碍明显高于米氮平组(表 2)。2 组治疗 8 周后米氮平组 TESS 评分明显低于帕罗西汀组($P<0.05$)。

表 1　2 组治疗前后 HAMD 及相关因子和 CGI 评分($n=32, \bar{x}\pm s$)

量表	时间	米氮平组	帕罗西汀组	P 值
HAMD 总分	治疗前	28.16 ±9.53	27.63 ±9.27	>0.05
	疗后 1 周	22.53 ±8.46[a]	27.16 ±9.18	<0.05
	疗后 2 周	15.14 ±6.61[b]	16.67 ±7.38[b]	>0.05
	疗后 4 周	11.37 ±5.72[b]	12.25 ±6.39[b]	>0.05
	疗后 8 周	7.65 ±4.47[b]	8.16 ±5.64[b]	>0.05
焦虑/躯体化分	治疗前	9.77 ±3.35	9.25 ±3.74	>0.05
	疗后 1 周	5.64 ±2.65[b]	8.23 ±3.82	<0.01
	疗后 2 周	5.08 ±2.47[b]	6.50 ±2.87[b]	<0.05
	疗后 4 周	3.55 ±2.23[b]	3.86 ±2.54[b]	>0.05
	疗后 8 周	2.74 ±1.96[b]	3.28 ±2.39[b]	>0.05
睡眠障碍分	治疗前	4.78 ±1.54	4.45 ±1.59	>0.05
	疗后 1 周	2.92 ±1.68[b]	4.07 ±1.43	<0.01
	疗后 2 周	2.27 ±1.25[b]	2.86 ±1.39[b]	>0.05
	疗后 4 周	1.95 ±1.07[b]	2.16 ±1.58[b]	>0.05
	疗后 8 周	1.64 ±0.82[b]	1.83 ±0.85[b]	>0.05
CGI 分	治疗前	5.85 ±1.35	5.46 ±1.24	>0.05
	治疗后	2.51 ±0.82[b]	2.47 ±1.05[b]	>0.05

a: $P<0.05$, b: $P<0.01$,与治疗前比较

表 2　2 组不良反应发生率比较[$n=32$,例数(%)]

不良反应	米氮平	帕罗西汀	P 值
嗜睡	6(18.75)	1(3.13)	<0.05
食欲增加	5(15.63)	0(0)	<0.05
体质量增加	4(12.50)	0(0)	<0.05
头晕/头痛	4(12.50)	3(9.38)	>0.05
出汗	1(3.13)	3(9.38)	>0.05
恶心	1(3.13)	7(21.88)	<0.05
食欲减退	0(0)	6(18.75)	<0.05
失眠	0(0)	6(18.75)	<0.05
性功能障碍	0(0)	5(15.63)	<0.05
兴奋/激越	0(0)	4(12.50)	<0.05
口干	1(3.13)	4(12.50)	>0.05
便秘	0(0)	2(6.25)	>0.05

3　讨论

HAMD 是临床上评定应用最为普遍的量表,适用于具有抑郁症状的成年患者,其总分能较好地反映病情严重程度。包括 7 类因子,其中焦虑/躯体化由精神性焦虑、躯体性焦虑、胃肠道症状、疑病和自知力 5 项组成;睡眠障碍由入睡困难、睡眠不深和早醒 3 项组成。通过因子分析,不仅可以具体反映患者的特点,也可反映靶症状群的临床结果。CGI 评定临床疗效具有稳健、简单、对变化反应灵敏等优点。TESS 内容较为详细实用,适用于评定各种精神药物引起副作用的成年患者。因此,我们将这 3 个量表用于本研究。

米氮平通过与中枢的 5-HT(5-HT2、5-HT3)相互作用调节 5-HT 功能,其具有两种旋光对映体,均有抗抑郁活性,且左旋体阻断 a2 和 5-HT2 受体可以避免性功能障碍,右旋体阻断 5-HT3 受体可避免恶心、食欲不振、减退等不良反应。该药有较好的耐受性,几乎无抗胆碱能作用,其治疗剂量对心血管系统无影响[5]。在 SSRIs 类药物中,帕罗西汀阻断 NE 回收作用最强,较高剂量时(大于 20 mg/d)象文拉法辛一样作为 5-HT 与 NE 双回收阻断剂起作用[6],尤其适用于治疗伴有躯体症状的抑郁症患者[7]。本研究显示,治疗 8 周末 2 组显效率相当($P>0.05$),但米氮平组起效更快,治疗 1 周末起其 HAMD 评分即有明显下降($P<0.05$),较帕罗西汀组有明显差异($P<0.05$)。治疗 2 周末起 2 组 HAMD 评分均较治疗前有极显著下降($P<0.01$),2 组间无显著性差异($P>0.05$)。在焦虑/躯体化、睡眠障碍因子改善方面,米氮平组均明显快于帕罗西汀组($P<0.05$,$P<0.01$)。在不良反应方面,米氮平组主要有嗜睡、食欲增加、体质量增加等,帕罗西汀组恶心、食欲减退、失眠、兴奋/激越、性功能障碍等较明显,米氮平组明显高于帕罗西汀组($P<0.05$),但米氮平组 TESS 评分明显低于后者($P<0.05$),这可能与帕罗西汀组剂量较大有关。综上,米氮平与帕罗西汀均能有效治疗伴躯体症状抑郁症,但前者起效更快,安全性更高,依从性更好,可在临床上推广应用。

参考文献:

[1] 季建林, 张　虹. 抑郁症躯体症状及其相关因素分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(9): 605 - 608.

[2] 吴　胜. 拉莫三嗪与碳酸锂治疗双相抑郁的临床对照研究[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(14): 1418 - 1419.

[3] Burt V K. Plotting the course to remission: the search for better outcomes in the treatment of depression[J]. J Clin Psychiatry, 2004, 65 (Suppl 12): 20 - 25.

[4] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 121 - 201.

[5] 张建宏, 王永军, 李占文. 米氮平与阿米替林治疗抑郁症对照研究[J]. 临床心身疾病杂志, 2004, 10(3): 184 - 186.

[6] 喻东山, 高振忠. 精神科合理用药手册[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2005: 238.

[7] 王心燕,刘燕梅, 刘玉兰. 帕罗西汀治疗伴有躯体症状抑郁症疗效观察[J]. 临床医学杂志,2004,14: 229.

(编辑　龙　亮)