

# 度洛西汀肠溶片与帕罗西汀片治疗抑郁症患者的 随机、双盲对照研究

王继才 刘芳 王艳娇 李文昱 许秀峰

**【摘要】**目的 评价度洛西汀肠溶片治疗抑郁症的有效性和安全性。方法 对符合美国《精神疾病诊断与统计手册(第4版)》(DSM-IV)抑郁症诊断标准的51例抑郁症患者进行度洛西汀肠溶片和帕罗西汀片的随机、双盲、双模拟、平行对照研究。其中度洛西汀肠溶片治疗组(A组)25例(40~60mg/d),帕罗西汀片治疗组(B组)26例(20mg/d),共治疗8周。采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)、Sheehan 残疾量表(SDS)、视觉模拟疼痛程度(VAS-PI)、临床总体印象评定量表(CGI)评定临床疗效,不良事件量表(AE)评定安全性。结果 经8周治疗后,两组总有效率分别为72.0%、73.1%,缓解率分别为20.0%、23.1%,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗前后两组HAMD、HAMA、MADRS、CGI-S、VAS-PI、SDS评分差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。两组药物不良反应发生率分别为36.0%和34.6%,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),常见的不良反应有口干、恶心、头昏、胃部不适。结论 度洛西汀肠溶片和帕罗西汀片治疗抑郁症可能均有效且相当;两组不良反应少而轻且相当。

**【关键词】** 抑郁症;度洛西汀肠溶片;随机对照试验;双盲法;疗效;安全性

中图分类号:R971.4;R749.4

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.02.012

## The second phase clinical trial of duloxetine enteric-coated tablets for the treatment of the major depressive disorder

WANG Ji-cai, LIU Fang, WANG Yan-jiao, LI Wen-yu, XU Xiu-feng

Dept. of Psychiatry, the first affiliated hospital of Kunming Medical University, Kunming 650032, China

**【Abstract】Objective** The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of duloxetine to the patients with depressive disorders. **Methods** a randomized, double-blind, double-dummy, parallel controlled study was carried out between 51 patients who met the DSM-IV criteria of depression and depressed episode. The 25 of total patients were treated with duloxetine(40~60 mg·d<sup>-1</sup>) and the others were treated with paroxetine(20mg·d<sup>-1</sup>) for 8 weeks. The efficacy were assessed by Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Hamilton Anxiety Scale(HAMA), Montgomery Depression Rating Scale(MADRS), Sheehan Disability Scale(SDS) visual analogue scale(VAS-PI), Clinical Global Impression (CGI) and the safety was assessed by Adverse Event. **Results** After 8 weeks treatment, the total effective rates of duloxetine group and paroxetine group were 72.0% and 73.1% respectively, with no significant difference( $P > 0.05$ ). The clinical curing rate of duloxetine group and paroxetine group were 20.0% and 23.1% respectively, with no significant difference( $P > 0.05$ ). The scores of HAMD17, HAMA, MADRS, SDS, VAS-PI and CGI in both groups decreased significantly, with statistically difference between the baseline and other observation time points( $P < 0.001$ ). The adverse event rates of the duloxetine group and paroxetine group were 36.0% and 34.6% respectively, with no significant difference( $P > 0.05$ ). The main adverse events of two groups were dry mouth, nausea, dizziness, Stomach discomfort, et al. **Conclusion** Duloxetine Enteric-coated Tablet as well as paroxetine is an effective antidepressants, with less side effects, better safety

**【Key words】** Depressive disorder; Duloxetine Enteric-coated Tablet; Randomized controlled trials; Double-blinded method; Efficacy; Safety

度洛西汀(Duloxetine)是一种新型的抗抑郁药,化学名(+)-(S)-N-甲基- $\gamma$ -(1-萘基氧)-2-噁吩丙醇胺盐酸盐,是由美国Eli Lilly公司研发

的平衡高效的选择性5-羟色胺(5-HT)/去甲肾上腺素(NE)再摄取双重抑制剂(SNRI),2004年在美国FDA批准上市。研究显示<sup>[1-2]</sup>,度洛西汀对抑郁症的疗效与5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)相当,甚至优于之,不良反应少。但有关度洛西汀肠溶片的有效性与安全性研究并不多见,本研究采用随

作者单位:650032 昆明医科大学第一附属医院精神科

通信作者:王继才, E-mail:htjc2002@sina.com

机、双盲、双模拟、平行对照的方法评价度洛西汀肠溶片的疗效和安全性。

## 1 对象与方法

1.1 对象 为 2009 年 10 月 - 2010 年 09 月在昆明医科大学第一附属医院就诊的门诊患者。纳入标准:符合美国《精神疾病诊断与统计手册(第 4 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, DSM - IV) 抑郁症或抑郁发作诊断标准, 单次或反复发作, 不伴有精神病性症状。年龄 18 ~ 65 岁, 性别不限。筛选和基线期汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD - 17) 评分  $\geq 20$  分, 第 1 项抑郁情绪评分  $\geq 2$  分, 临床总体印象量表 - 疾病严重程度(Clinical Global Impression - Severity, CGI - S) 评分  $\geq 4$  分。患者本人或其法律监护人签署知情同意书。排除标准: ①除了抑郁症以外的其他符合 DSM - IV 轴 I 诊断的精神疾病 ②明显自杀倾向者 ③患者任何可能干扰研究或者增加患者参加研究风险的不稳定的心、肺、肝、肾、心血管、眼、神经系统、内分泌系统、血液系统等其他疾病 ④有癫痫病史者, 儿童高热惊厥除外 ⑤已知存在眼内压升高或有闭角型青光眼病史 ⑥1 年内有精神活性物质滥用或依赖 ⑦继发于其他精神疾病或躯体疾病的抑郁发作 ⑧双相障碍, 快速循环发作 ⑨哺乳期、妊娠或有可能在试验期间怀孕, 而且未能采取有效避孕措施的育龄妇女 ⑩对盐酸度洛西汀或盐酸帕罗西汀片过敏, 或有严重药物过敏史 ⑪心电图检查或实验室结果有明显临床意义异常, 且研究者认为可能影响对疗效和安全性的评价 ⑫ ALT 或 AST 大于正常值上限的 2 倍 ⑬在 30 天内参加过其他药物临床试验 ⑭随机分组前 4 周内服用过单胺氧化酶抑制剂 ⑮随机分组前停用其他精神药物未达 5 个半衰期, 但允许合并使用的催眠药除外 ⑯不能按医嘱服药 ⑰基线期与筛选时比较, HAMD - 17 总评分下降  $\geq 25\%$  ⑱过去半年内用 ECT 治疗 ⑲既往用盐酸度洛西汀或盐酸帕罗西汀片正规治疗无效 ⑳ 研究者认为不适入选的其他情况。对治疗期间 ①经研究者判定, 因不良事件或异常的实验室检测值无法继续试验 ②受试者要求退出试验 ③明显违背方案, 如受试者不符合纳入标准, 不能遵守研究方案 ④需要使用本研究禁止使用的药物 ⑤受试者在试验过程中怀孕 ⑥失访者 ⑦其他的研究者认为不宜继续服药者或认为继续试验有困难者, 予以剔除。按上述条件共入组 54 例, 脱落 3 例, 实际完成 51 例, 其中度洛西汀肠溶片治疗组

(A 组) 25 例, 帕罗西汀片治疗组(B 组) 26 例。

1.1.1 A 组 25 例, 男性 12 例, 女性 13 例; 年龄 19 ~ 57 岁, 平均年龄  $(37.32 \pm 9.86)$  岁, 本次病程  $(3.38 \pm 6.48)$  月, 总病程  $(20.90 \pm 18.75)$  月, 受教育年限  $(10.76 \pm 3.35)$  年, 入组时 HAMD - 17、MADRS、HAMA 总评分分别为  $(22.08 \pm 1.80)$  分、 $(36.93 \pm 3.28)$  分和  $(19.00 \pm 2.35)$  分, CGI - S 评定中度有病 22 例, 明显有病 3 例。

1.1.2 B 组 26 例, 男性 9 例, 女性 17 例; 年龄 22 ~ 60 岁, 平均年龄  $(40.38 \pm 11.15)$  岁, 本次病程  $(2.15 \pm 2.33)$  月, 总病程  $(28.87 \pm 27.58)$  月, 受教育年限  $(9.15 \pm 2.94)$  年, 入组时 HAMD - 17、MADRS、HAMA 总评分分别为  $(21.85 \pm 1.60)$  分、 $(36.03 \pm 2.39)$  分和  $(19.74 \pm 2.14)$  分, CGI - S 评定中度有病 24 例, 明显有病 2 例。

两组年龄、性别、身高、体重、发病次数、本次病程、躯体疾病史、治疗前躯体检查及生命体征, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 1.2 方法

1.2.1 治疗方法 采用随机、双盲、双模拟、平行对照研究方法, 按“不平衡指数最小分配原则”将 51 例患者随机分入 A 组或 B 组。于正式治疗前, 安慰剂清洗 0 ~ 7 天, HAMD 减分率  $< 25\%$ , 再予以药物治疗 8 周; 盐酸度洛西汀肠溶片(江苏恩华药业股份有限公司生产, 批号: 20090401), 20mg/片, 用法与用量: 第 1 周 40mg, 第 2 周起 60mg, qd; 盐酸帕罗西汀片(中美天津史克制药有限公司生产, 批号: 09040747), 20mg/片, 剂量 20mg, qd。伴有失眠的患者可合用常规剂量的唑吡坦、佐匹克隆、扎莱普隆, 睡前服用。整个试验期间不允许合并其它任何抗精神病药、抗抑郁药、心境稳定剂及电抽搐治疗, 禁用对试验有影响的系统心理治疗, 如认知领悟、行为治疗等。

1.2.2 观察指标 采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD), 汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA), 蒙哥马利抑郁评定量表(Montgomery Depression Rating Scale, MADRS), Sheehan 残疾量表(Sheehan Disability Scale, SDS)、视觉模拟疼痛程度(Visual Analogue Scale, VAS - PI), 临床总体印象评定量表(Clinical Global Impression, CGI) 评定临床疗效, 不良事件量表(Adverse Event Scale, AE) 评定安全性。于筛选时、基线期和入组后 1、2、4、6、8 周末评定, 或中止出组时评定。在入组时和研究结束时进行肝肾功能、心电图、血糖、血、尿常规、尿妊娠试验、血压、体重等

实验室检查。

1.2.3 疗效评定 HAMD 总评分 $\leq 7$ 分为临床痊愈;HAMD 减分率 $\geq 50\%$ 为有效, $< 50\%$ 为无效。减分率 = (基线分 - 终点分) / 基线分  $\times 100\%$ 。以 MADRS、HAMA、CGI、SDS、VAS - PI 评分作为次要评价指标。

1.2.4 统计方法 采用 SAS9.1 统计软件进行 $\chi^2$ 检验、Fisher 精确检验、 $t$ 检验、Wilcoxon 秩和检验、方差分析、Cochran - Mantel - Haenszel (CMH) 分析。所有显著性检验均采用双侧检验  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结 果

### 2.1 HAMD、HAMA 评分比较

表 1 A 组与 B 组治疗前后 HAMD 量表总分组间比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

项 目	基线期	治疗后 1W	治疗后 2W	治疗后 4W	治疗后 6W	治疗后 8W
A 组	22.08 $\pm$ 1.80	20.37 $\pm$ 1.55	17.52 $\pm$ 1.83	14.28 $\pm$ 2.49	11.80 $\pm$ 2.75	10.60 $\pm$ 2.94
B 组	21.85 $\pm$ 1.60	20.74 $\pm$ 1.61	18.08 $\pm$ 2.08	15.01 $\pm$ 2.71	11.85 $\pm$ 3.32	10.23 $\pm$ 3.61
$t$ 值	0.326	0.862	1.040	0.986	0.054	0.401
$P$ 值	0.746	0.392	0.303	0.328	0.957	0.690

表 2 A 组与 B 组治疗前后 HAMA 量表总分组间比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

项 目	基线期	治疗后 1W	治疗后 2W	治疗后 4W	治疗后 6W	治疗后 8W
A 组	19.00 $\pm$ 2.35	17.67 $\pm$ 1.82	14.85 $\pm$ 2.05	12.72 $\pm$ 2.21	11.16 $\pm$ 2.48	10.00 $\pm$ 3.01
B 组	19.74 $\pm$ 2.14	18.44 $\pm$ 2.01	15.96 $\pm$ 2.54	13.76 $\pm$ 1.99	11.19 $\pm$ 2.71	9.96 $\pm$ 2.84
$t$ 值	1.210	1.492	1.754	1.782	0.044	0.047
$P$ 值	0.232	0.142	0.085	0.081	0.965	0.963

2.1.2 HAMD 减分率及有效率比较 治疗结束时, A、B 两组 HAMD 减分率分别为 53.10%、52.02%, 差异无统计学意义( $t = 0.427$ ,  $P = 0.674$ ); A 组有效率、缓解率分别为 72.0% 和 20.0%, B 组分别为 73.1% 和 23.1%, 差异无统计学意义( $t = 0.465$ ,  $P = 0.590$ )。

2.1.3 HAMD 因子评分比较 治疗 8 周末, 除体重因子外, A、B 两组其余各因子评分均较同组基线期低( $P < 0.001$ ); 但两组焦虑/躯体化因子减分值 [(3.64  $\pm$  1.19) 分 vs. (3.07  $\pm$  1.60) 分]、认知障碍因子减分值 [(2.20  $\pm$  0.82) 分 vs. (2.19  $\pm$  0.90) 分]、阻滞因子减分值 [(3.24  $\pm$  1.33) 分 vs. (4.04  $\pm$  1.78) 分]、睡眠障碍因子减分值 [(2.40  $\pm$  0.82) 分 vs. (2.27  $\pm$  0.87) 分], 差异均无统计学意义( $t = 0.032 \sim 1.820$ ,  $P > 0.05$ )。

2.1.4 HAMA 因子评分比较 治疗 8 周末, A、B 两组 HAMA 各因子评分均较同组基线期低( $P < 0.001$ ); 但两组精神性焦虑因子减分值 [(4.88  $\pm$  2.64) 分 vs. (5.65  $\pm$  2.28) 分]、躯体性焦虑因子减

2.1.1 HAMD 和 HAMA 总评分比较 各治疗时点两组 HAMD 和 HAMA 量表总评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗结束时 HAMD、HAMA 总评分与基线期比较, 差异均有明显统计学意义(A 组  $t = 19.87$ 、11.82,  $P < 0.01$ ; B 组  $t = 15.69$ 、15.43,  $P < 0.01$ ); 治疗前后 A、B 两组 HAMD、HAMA 总评分减分值 [(11.48  $\pm$  2.89) 分 vs. (11.61  $\pm$  3.77) 分; (9.13  $\pm$  3.76) 分 vs. (9.77  $\pm$  3.23) 分] 比较差异均无统计学意义( $t = 0.144$ 、0.905,  $P > 0.05$ )。见表 1、2。

分值 [(4.48  $\pm$  1.85) 分 vs. (4.42  $\pm$  2.25) 分], 差异无统计学意义( $t = 0.098$ 、1.123,  $P = 0.922$ )。

2.1.5 MADRS 量表分析 A、B 两组各治疗各时点 MADRS 量表总评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗结束时 MADRS 量表总评分与同组基线期比较, 差异均有明显统计学意义(A 组  $t = 14.90$ ,  $P < 0.01$ ; B 组  $t = 13.46$ ,  $P < 0.01$ ); A、B 两组治疗前后 MADRS 总评分减分值 [(16.48  $\pm$  6.13) 分 vs. (16.54  $\pm$  5.66) 分] 差异无统计学意义( $t = 0.035$ ,  $P = 0.972$ )。

2.1.6 视觉模拟量表 - 疼痛强度 (VAS - PI) 量表分析 治疗 8 周后, A、B 两组 VAS - PI 量表评定结果与同组治疗前比较 [(7.64  $\pm$  7.33) mm vs. (27.15  $\pm$  5.27) mm; (6.57  $\pm$  6.49) mm vs. (25.78  $\pm$  5.70) mm] 差异有统计学意义( $t = 6.683$ 、5.638,  $P < 0.01$ ); 两组减分值比较 [(19.76  $\pm$  8.91) mm vs. (19.52  $\pm$  7.35) mm] 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.1.7 SDS 评分比较 治疗 8 周后, A、B 两组 SDS 量表总评分与同组治疗前比较 [(11.60  $\pm$  4.82) 分

vs. (23.67 ± 3.19) 分; (10.88 ± 5.05) 分 vs. (24.15 ± 3.30) 分] 差异有统计学意义 ( $t = 12.875, 12.262$ ,  $P < 0.01$ ); 两组减分值比较 [(12.23 ± 4.71) 分 vs. (13.67 ± 4.32) 分] 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

2.1.8 CGI 量表评分比较 治疗 8 周后, A、B 两组 CGI-S (疾病严重程度) 量表总评分平均下降了 (1.73 ± 0.72) 分和 (1.65 ± 0.64) 分, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。A 组中正常、边缘性有病、轻度有病和中度有病的比例分别为 20.0%、52.0%、24.0% 和 4.0%。B 组分别为 23.1%、50.0%、23.1% 和 3.8%, 两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

治疗 8 周后, A、B 两组 CGI-I (总体改善) 量表总评分平均下降了 (2.31 ± 0.64) 分和 (2.42 ± 0.57) 分, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。A 组中进步非常明显和明显的比例分别为 70.0% 和 12.0%, B 组分别为 76.9% 和 11.5%, 两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

2.2 安全性 治疗期间, A、B 两组总不良事件发生率分别为 36.0% 和 34.6%, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。除了口干, 其余各不良事件发生率比较均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。较多见的不良反应有口干、恶心、头昏、胃部不适、视物模糊等, 但程度多为轻度, 在治疗期间或结束时多减轻或缓解, 不影响患者躯体及社会功能。整个试验期间没有严重不良事件发生。

实验室检查中治疗前正常的病例治疗后出现异常的, A 组出现 2 例尿液白细胞升高, B 组 1 例; B 组血 ALT 和 AST 异常、室性早搏各 1 例。以上病例在治疗结束后随访复查均已恢复正常。未见其它血常规、生化和心电图检查有临床意义异常。

治疗前后两组血压、心率、呼吸、体重比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

2.3 合并用药情况 主要合并用药为催眠药物唑吡坦, 其中 A 组有 8 例 (32.0%), B 组 7 例 (26.9%), 合并原因主要为夜间睡眠差。两组在治疗过程中合并用药种类、用药原因、用药患者比例比较均无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。

### 3 讨 论

两组患者的主要疗效评价指标 HAMD 评分及各因子分在治疗结束时较基线期均低 ( $P < 0.001$ ), A、B 两组 HAMD 总减分值、总减分率、有效率差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。表明两种药物对抑郁患者的抑郁症状的改善均有效。MADRS、HAMA 总评分及各因子分在治疗结束时较基线期均低 ( $P$

$< 0.001$ ), CGI 评价治疗后也有显著进步。表明两药对抑郁和焦虑症状均有疗效, 这与度洛西汀是一种选择性的 5-HT 和 NE 再摄取抑制剂, 且作用均衡的结果有关, 与国内外的许多报道相符<sup>[3-4]</sup>。治疗 8 周后, A、B 两组 VAS-PI 量表评定结果与同组治疗前比较有显著统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 两组减分值比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 表明度洛西汀有效改善抑郁症患者的躯体疼痛不适症状, 这与国内外的许多报道一致<sup>[5-6]</sup>, 度洛西汀对糖尿病周围神经痛<sup>[7]</sup>、纤维肌痛综合征<sup>[8]</sup>等躯体疼痛均有很好的缓解作用。治疗 8 周后, A、B 两组 SDS 量表总评分与同组治疗前比较有显著统计学意义 ( $P < 0.001$ ), 表明度洛西汀能有效改善抑郁症患者的工作能力、社会及家庭功能和生活等, 这可能与度洛西汀能够改善抑郁症患者的临床症状、认知功能有关<sup>[3]</sup>, 与国内外的许多报道一致<sup>[9-10]</sup>。研究显示<sup>[11]</sup>, 度洛西汀肠溶片抗抑郁疗效与以往的 SSRI 的相同, 甚至超过了以往的 SSRI, 而且起效更快一些, 快速起效有利于提高抑郁症痊愈率, 不仅适用于急性期治疗, 长期维持治疗也有很好的疗效, 减低复发率<sup>[12]</sup>。

在安全性分析中, 不良反应发生例数及发生率两组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 说明两组不良反应相当。较多见不良反应有口干、恶心、头昏、胃部不适、视物模糊等。不良反应的程度多为轻度, 这可能与度洛西汀与多巴胺能受体、肾上腺素能受体、胆碱能受体、组胺能受体、阿片受体、谷氨酸受体、GABA 受体无明显亲和力有关<sup>[2, 13]</sup>, 这与许多研究结果一致<sup>[14-15]</sup>。而且两药对血常规、肝、肾功能及心电图的影响均不明显, 表明两药安全性较高, 耐受性好。另外两组合并用药的例数相当, 表明两药的使用对患者的其他治疗均无明显影响。

### 参 考 文 献

- [1] Bymaster FP, Lee TC, Knadler M P, et al. The dual transporter inhibitor duloxetine: a review of its preclinical pharmacology, pharmacokinetic profile, and clinical results in depression [J]. *Curr Pharm Des* 2005, 11(12): 1475-1493.
- [2] Müller N, Schennach R, Riedel M, et al. Duloxetine in the treatment of major psychiatric and neuropathic disorders [J]. *Expert Rev Neurother* 2008, 8(4): 527-536.
- [3] Robinson M, Oakes T M, Raskin J, et al. Acute and Long-term Treatment of Late-life Major Depressive Disorder: Duloxetine Versus Placebo [J]. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014, 22(1): 34-45.
- [4] Hellerstein DJ, Stewart JW, McGrath PJ, et al. A randomized controlled trial of duloxetine versus placebo in the treatment of nonmajor chronic depression [J]. *J Clin Psychiatry* 2012, 73(7):

- 984-991.
- [5] Thaler KJ, Morgan LC, Van Noord M, et al. Comparative effectiveness of second-generation antidepressants for accompanying anxiety, insomnia, and pain in depressed patients: a systematic review [J]. *Depress Anxiety* 2012 29(6):495-505.
- [6] Gaynor PJ, Gopal M, Zheng W, et al. A randomized placebo-controlled trial of duloxetine in patients with major depressive disorder and associated painful physical symptoms [J]. *Curr Med Res Opin* 2011 27(10):1849-1858.
- [7] Ormseth MJ, Scholz BA, Boomershine CS. Duloxetine in the management of diabetic peripheral neuropathic pain [J]. *Patient Prefer Adherence* 2011 27(5):343-356.
- [8] Sommer C, Häuser W, Alten R, et al. Drug therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline [J]. *Schmerz* 2012 26(3):297-310.
- [9] Mancini M, Sheehan DV, Demyttenaere K, et al. Evaluation of the effect of duloxetine treatment on functioning as measured by the Sheehan disability scale: pooled analysis of data from six randomized, double-blind, placebo-controlled clinical studies [J]. *Int Clin Psychopharmacol* 2012 27(6):208-309.
- [10] Happich M, Schneider E, Wilhelm S, et al. Depression treatment with duloxetine and reduction of inability to work [J]. *Depress Res Treat* 2012 26(4):854.
- [11] Katila H, Mezhebovsky I, Mulroy A, et al. Randomized, Double-Blind Study of the Efficacy and Tolerability of Extended Release Quetiapine Fumarate (Quetiapine XR) Monotherapy in Elderly Patients with Major Depressive Disorder [J]. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013 21(8):769-784.
- [12] Bochsler L, Olver JS, Norman TR. Duloxetine in the acute and continuation treatment of major depressive disorder [J]. *Expert Rev Neurother* 2011 11(3):1525-1539.
- [13] Knadler MP, Lobo E, Chappell J, et al. Duloxetine: clinical pharmacokinetics and drug interactions [J]. *Clin Pharmacokinet*, 2011 50(29):281-294.
- [14] Wilhelm S, Boess FG, Hegerl U, et al. Tolerability aspects in duloxetine-treated patients with depression: should one use a lower starting dose in clinical practice [J]. *Expert Opin Drug Saf* 2012, 11(5):699-711.
- [15] Fornaro M, Martino M, Dalmaso B, et al. An open pilot study of zonisamide augmentation in major depressive patients not responding to a low dose trial with duloxetine: preliminary results on tolerability and clinical effects [J]. *Ann Gen Psychiatry*, 2011, 10(1):23.

(收稿日期:2014-04-05)

## 四川地区首个心身医学专委会在德阳成立

2014年4月13日,由德阳市人民医院牵头成立的四川地区首个心身医学专委会在德阳宣告成立,并举行了首届德阳心身医学学术大会。德阳市副市长钱书模,市卫生局局长杨兆华等到会祝贺。博士生导师、四川省西部精神医学协会会长、四川大学心理卫生中心孙学礼教授作为指导专家组组长参加会议。

来自全市各医疗机构及社会机构的120余名精神病学、内科学及心理学专家与同仁参会,与会嘉宾还包括来自北京大学精神卫生研究所、中科院心理所、华西医院心理卫生中心、四川省精神卫生中心、及四川省其它地市州10多家兄弟友好医院的专家代表。

钱书模在讲话中说,这么多心身医学界精英齐聚一堂,共同见证德阳市医学会心身医学专委会的成立,值得祝贺。心身医学强调了心身统一而不可分割,是对传统医学的挑战。心身医学工作者通过自身的不懈努力,来满足人民群众日益增长的健康需求,非常令人敬佩。过去五年里,心身医学在汶川大地震后开展了大量工作,发挥了巨大作用。

她表示相信,随着德阳市心身医学专委会的成立,将把德阳人民的健康推到新的水平。

杨兆华指出,在过去的医学实践中,往往忽略了患者的心理因素,给患者带来了意想不到的困难。在《精神卫生法》即将颁布之际,德阳市成立了心身医学专委会,为医学工作者搭建了多专业联络交流的平台,打开了德阳心身医学界的门户,必将对心身医学水平的提升起到推动作用。他希望把德阳的心身医学事业发展得更好,为德阳人民的健康作出我们应有的贡献。

据悉,此次学术大会是德阳市医学界跨专业、跨学科,乃至跨行业的一次盛会,是四川省迄今为止首个心身医学专委会。它的诞生,不仅将促进心理学与医学的融合,同时也将促进医学与社会各界在更宽、更高、更深层面的沟通与交流。它标志着德阳地区心身医学工作在德阳市人民医院的大力推进下,打开了对内融合、对外发展的新局面,不仅对德阳地区的医学事业产生深远影响,更将对四川省相关领域起到示范作用。