

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0101-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.032

# 帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍的疗效

李鑫<sup>1</sup> 陈仲萍<sup>2</sup>

(1. 福建医科大学附属协和医院, 福建 福州 350001; 2. 福清市医院, 福建 福清 350300)

**[摘要]** 目的: 探究帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍的疗效。方法: 选择福建医科大学附属协和医院 2022 年 1 月至 2023 年 1 月诊治的 80 例抑郁症合并性功能障碍男性患者, 依据不同治疗的方式分为观察组(帕罗西汀与曲唑酮联合治疗的方式)与对照组(单用帕罗西汀治疗), 各 40 例。比较两组患者焦虑抑郁评分、国际勃起功能指数-5 量表(IIEF-5)评分、疾病疗效、不良反应。结果: 观察组患者治疗后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者 IIEF-5 评分高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者总有效率为 95.00%, 高于对照组的 70.00%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者不良反应发生率为 2.50%, 低于对照组的 22.50%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 对抑郁症合并性功能障碍患者予以帕罗西汀与曲唑酮联合治疗, 将明显改善患者焦虑抑郁评分, 提升 IIEF-5 评分, 降低不良反应的发生率, 提升对抑郁症合并性功能障碍的治愈率。

**[关键词]** 抑郁症; 性功能障碍; 帕罗西汀; 曲唑酮**[中图分类号]** R 749.4<sup>+</sup>1 **[文献标识码]** B

抑郁症患者多表现为持久性情绪低落的感性精神障碍性疾病。近些年随着人们工作压力的增加、周围环境的转变等, 抑郁症发病率不断攀升, 且已经发展为一种有较高致残率和患病率的疾病<sup>[1]</sup>。在临床中, 抑郁症患者主要表现为睡眠障碍、食欲降低等, 同时伴随不同程度性功能障碍, 临床主要通过药物的方式治疗, 且干预后较多患者性功能改善, 临床症状有效缓解<sup>[2]</sup>。一些抗抑郁药物会影响到性功能, 或伴随新的问题, 因此探索积极有效的治疗方式非常重要<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究主要分析帕罗西汀与曲唑酮联合治疗抑郁症合并性功能障碍患者的效果, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择福建医科大学附属协和医院 2022 年 1 月至 2023 年 1 月诊治的 80 例抑郁症合并性功能障碍男性患者, 依据不同治疗的方式分为观察组与对照组, 各 40 例。对照组年龄 22~56 岁, 平均(37.38±2.02)岁, 病程 1~3 年, 平均(1.78±0.07)年; 观察组年龄 21~55 岁, 平均(37.44±2.06)岁, 病程 1~3 年, 平均(1.83±0.09)年。两组患者年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者知情同意本研究; (2) 均

为男性, 已婚或有固定性伴侣; (3) 临床资料完整; (4) 经肝肾功能、血常规等检测无显著异常; (5) 生命体征平稳; (6) 不伴随药物过敏史; (7) 符合抑郁症合并性功能障碍诊断标准<sup>[4]</sup>。

1.2.2 排除标准 (1) 合并精神分裂或其他精神类病变; (2) 伴随造血系统疾病; (3) 长期服用镇痛药物史; (4) 入组前已经存在高血压; (5) 瘢痕或过敏体质; (6) 因各种原因无法配合治疗。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 单用帕罗西汀治疗。即在入院后对患者实施每次 20 mg, 每日 1 次的帕罗西汀(中美天津史克制药有限公司, 国药准字 H10950043)晨起空腹口服治疗, 等到进行 1 周的治疗, 以患者实际病情为主调整用药剂量, 最大剂量不得超出 50 mg·d<sup>-1</sup>, 特别是体弱和老年患者不可超出 40 mg·d<sup>-1</sup>。干预 6 周, 用药期间以心理干预辅助治疗, 不得使用其他抗抑郁药物。

1.3.2 观察组 基于对照组基础上, 联合曲唑酮每次 30 mg, 每日 1 次(沈阳福宁药业有限公司, 国药准字 H20050223)睡前口服治疗, 干预 4 d 时间后增加总剂量, 并注意控制为 100 mg·d<sup>-1</sup>(不可超出)。干预 6 周, 用药期间以心理干预辅助治疗, 不得使用其他抗抑郁药物。

### 1.4 观察指标

比较两组患者焦虑抑郁评分、国际勃起功能指数-5

**[收稿日期]** 2023-05-24**[作者简介]** 李鑫, 男, 主治医师, 主要研究方向是男科及泌尿系结石。

量表 (international index of erectile function-5, IIEF-5) 评分、疾病疗效、不良反应。(1) 心理状态评分<sup>[5]</sup>: 采用焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 评价患者焦虑程度, 按照分数不同分为不同等级, 轻度: 50~59分; 中度: 60~69分; 重度: 大于69分。采用抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 评价患者抑郁程度, 量表分数分为轻度: 53~62分; 中度: 63~72分; 重度: 高于73分。分值下降, 证明有所改善。(2) 国际勃起功能指数-5 评分量表 (international index of erectile function-5, IIEF-5): 当评分越低则显示勃起功能障碍越严重, 总分为25分。无障碍: 22 ≤ IIEF-5 评分 ≤ 25分; 轻度: 13分 ≤ IIEF-5 评分 < 22分; 中度: 8分 ≤ IIEF-5 评分 < 13分; 重度: < 8分<sup>[6]</sup>。(3) 不良反应发生率: 主要包含厌食、口干、恶心等<sup>[7]</sup>。

### 1.5 疗效判定标准

无效: 患者的睡眠障碍、食欲降低、情绪低落、性功能障碍并未改善或加重; 有效: 患者的睡眠障碍、食欲降低、情绪低落、性功能障碍减轻; 显效: 患者的睡眠障碍、食欲降低、情绪低落、性功能障碍等各项临床症状均已消失<sup>[8]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

### 1.6 统计学分析

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗后 SAS、SDS 评分比较

观察组患者治疗后 SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者 SAS、SDS 评分比较 ( $n = 40, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	SDS	SAS
对照组	49.63 ± 9.96	48.36 ± 10.03
观察组	41.32 ± 9.21 <sup>a</sup>	40.61 ± 8.83 <sup>a</sup>

注: SAS—焦虑自评量表; SDS—抑郁自评量表。与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后 IIEF-5 评分比较

治疗后, 观察组患者 IIEF-5 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 IIEF-5 评分比较 ( $n = 40, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	9.12 ± 2.23	12.02 ± 3.26
观察组	9.10 ± 2.54	15.35 ± 3.47 <sup>b</sup>

注: IIEF-5—国际勃起功能指数-5 量表。与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者临床有效率比较

观察组患者总有效率为 95.00%, 高于对照组的 70.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较 [ $n = 40, n(\%)$ ]

组别	无效	有效	显效	总有效
对照组	12(30.00)	21(52.50)	7(17.50)	28(70.00)
观察组	2(5.00)	20(50.00)	18(45.00)	38(95.00) <sup>e</sup>

注: 与对照组比较, <sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 2.50%, 低于对照组的 22.50%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [ $n = 40, n(\%)$ ]

组别	厌食	口干	恶心	总发生
对照组	3(7.50)	3(7.50)	3(7.50)	9(22.50)
观察组	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50) <sup>d</sup>

注: 与对照组比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

抑郁症患者常收治于精神科, 对患者的身体健康、生命安全和生活质量等均造成极大的不良影响, 受性激素、神经营养因子、遗传、细胞因子等因素影响极易出现抑郁症, 予以有效治疗以及疏导干预方案极其关键, 一些男性患者会伴随性功能障碍, 在年龄、疾病、药物、酗酒、吸毒、遗传、健康状况、激素水平、精神心理因素、宗教和文化背景等影响下最易发病<sup>[9]</sup>。对于抑郁症患者来说, 性功能障碍是一种最常见的并发症, 其中 40% 男性会发生性功能障碍<sup>[10]</sup>。目前临床上尚未明确其发生机制和发病原因, 但是有学者认为其和心脑血管系统功能紊乱、神经内分泌功能失调等存在密切关联<sup>[11]</sup>。在治疗时应从控制患者病情、增强其生活质量等方面考虑, 需要即刻实施相对应的治疗。

本研究结果显示, 观察组患者治疗后 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。明显指出通过对抑郁症合并性功能障碍患者实施帕罗西汀与曲唑酮联合治疗后, 抑郁焦虑程度改善; 治疗后, 观察组患者 IIEF-5 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。可见通过对抑郁症合并性功能障碍患者实施帕罗西汀与曲唑酮联合治疗后, 患者性功能障碍改善。目前临床上以药物为主要的治疗方式, 主要通过增加去甲肾上腺素和 5-羟色胺等满足抗抑郁的要求, 抑制神经递质降解<sup>[12]</sup>。帕罗西汀是常见于临床上的一种抗抑郁类药物, 耐受性和安全性均较高, 通过抑制 5-羟色胺摄取而提高 5-羟色胺浓度, 但单一口服会发生性功能障碍、头痛恶心、呕吐等不良反应, 不利于患者机体康复<sup>[13]</sup>。曲唑酮是一种三唑吡啶类抗抑郁药物, 可提高阴茎海绵

体激动率,对阴茎具有诱导勃起的作用<sup>[14]</sup>,提示对抑郁症合并性功能障碍患者实施联合用药的方式,可明显改善抑郁焦虑症状,改善患者性功能障碍,发挥帕罗西汀、曲唑酮两种药物的协同作用。

本研究结果显示,观察组患者总有效率高于对照组,不良反应发生率低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。证实通过对抑郁症合并性功能障碍患者实施帕罗西汀与曲唑酮联合治疗后,疾病疗效提升,不良反应降低。单胺氧化酶抑制剂、三环类抗抑郁药物等,均是常见于临床上的治疗抑郁症常规药物,但是通过相关研究显示,在联合应用时可能加重性功能障碍。曲唑酮可减轻外周交感神经的兴奋性,有效阻滞 $\alpha$ 肾上腺素受体,增强勃起及射精的功能效果,取得松弛阴茎血管床的作用<sup>[15]</sup>。帕罗西汀联合曲唑酮的医治疗效突出,可降低患者的不良反应的发生,改善抑郁焦虑程度,提升疾病疗效,最终达到调节患者认知功能和情感状态的目的。通过本研究结果数据能够充分说明,帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍患者,不会增加不良反应发生的风险,还可以很好的控制患者的病情进展,有极高的安全性,是一种非常有效的治疗抑郁症的药物,改善患者的性功能障碍,降低抑郁焦虑程度。

综上所述,针对抑郁症合并性功能障碍患者,采用帕罗西汀与曲唑酮联合治疗的方式,对性功能障碍水平的改善、病症控制、焦虑抑郁评分的降低产生的作用显著,同时能够提升疾病疗效,降低不良反应。

#### [参考文献]

[1] 李莉. 帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2022, 20(9): 34-37.  
 [2] 赵园园, 雷刘燕, 张恩悦. 初产妇产后发生性功能障碍的影响因素及其列线图风险模型的构建[J]. 中国性科学, 2021, 30(11): 74-77.  
 [3] 韩成有, 田博. 心理支持疗法联合曲唑酮治疗抗精神病药

物所致性功能障碍的临床效果观察[J]. 心理月刊, 2021, 16(24): 61-63.  
 [4] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(2): 141-148.  
 [5] 王强, 王郁文, 范宇进. 小剂量西地那非和帕罗西汀联合用药治疗男性性功能障碍的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(11): 142-143.  
 [6] 陈光. 丁螺环酮联合帕罗西汀对伴性功能障碍男性抑郁症患者 HAMD 评分及 IIEF-5 评分的影响[J]. 北方药学, 2019, 16(3): 153-154.  
 [7] 黄飞, 姜祥智. 帕罗西汀和认知行为疗法治疗女性强迫症效果及其对性功能的影响[J]. 青岛大学学报(医学版), 2018, 54(6): 718-720, 727.  
 [8] 邵晓林, 郭影. 帕罗西汀联合曲唑酮治疗抑郁症合并性功能障碍的疗效观察[J]. 保健医学研究与实践, 2018, 15(5): 63-65.  
 [9] 匡毅, 曹宏波, 熊承良. 帕罗西汀与联用丁螺环酮对抑郁症患者性功能康复的对比研究[J]. 中国性科学, 2017, 26(8): 76-78.  
 [10] 任芹. 丁螺环酮对女性抑郁症患者抑郁症状及性功能的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(24): 2482-2484.  
 [11] 杨逢润, 程建平. 换用曲唑酮对 5-羟色胺再摄取抑制剂所致性功能障碍的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2016, 26(2): 78.  
 [12] 杨建章, 余学, 李卿. 曲唑酮对帕罗西汀所致性功能障碍的作用观察[J]. 中国性科学, 2015, 24(9): 13-15.  
 [13] 刘爱华, 李建新, 王爱京. 中药合剂联合盐酸曲唑酮片治疗早泄 30 例疗效观察[J]. 河北中医, 2014, 36(11): 1685-1686, 1758.  
 [14] 贾良春. 帕罗西汀联合曲唑酮治疗合并性功能障碍抑郁症患者的疗效分析[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(27): 73-75.  
 [15] 盛娟, 钦松, 张新风. 曲唑酮治疗缓解期男性抑郁症性功能障碍的临床研究[J]. 中国医药导报, 2014, 11(6): 62-64.