

替你憂-S 膜衣錠 10毫克 Citao-S F. C. Tablets 10mg

【成分】每錠中含有 Escitalopram（as oxalate）.....10mg 【適應症】憂鬱症之治療及預防復發。 【用法用量】

憂鬱症：常用劑量為每日 10 毫克，依各別患者狀況，劑量可增加至最高每日 20 毫克。產生抗抑鬱效果通常須 2-4 週。在症狀解除後，治 療至少須持續 6 個月以強化效果。每日劑量超過 20 毫克之安全性未被證實。

Escitalopram 以每日單一劑量投與，單獨或與食物併服皆可。老年人(超過 65 歲者)：開始治療時，建議將常用劑量減半投與，並應考慮降低最大劑量。

（參考藥物動力學性質） 孩童及青少年（小於 18 歲者）：Escitalopram 不可用於 18 歲以下之孩童及青少年的治療。曾有兒童使用本藥時發生自殺意念或行為之報告。 腎功能受損者：輕微或中度的腎功能受損患者，毋須調整劑量，但對於嚴重腎功能受損患者（Crcl小於30ml/min.）須小心注意。（參考藥物動力學性質） 肝功能受損者：在治療的前 2 週，建議初始劑量為每日 5 毫克，依各別患者狀況，劑量可增加至每日 10 毫克。（參考藥物動力學性質） 缺乏代謝酵素CYP2C19：已知缺乏 CYP2C19 代謝酵素之患者，在治療的前 2 週內，建議初始劑量為每日 5 毫克，依各別患者狀況，劑量可增加至每日 10 毫克。（參考藥物動力學性質） 65歲以上老年人，肝功能有問題的病人，以及使用omeprazole或cimetidine等胃藥的病人，escitalopram之建議每日最大劑量為10毫克。

停藥症狀 當停止以 escitalopram 治療時，至少須在 1 至 2 週之期間，逐漸降低劑量，以避免可能產生之停藥症狀。（參考特別警語和注意事項及副作用）

【禁忌症】（依文獻記載） 對escitalopram或其它賦形劑會有過敏反應者。 與非選擇性且不可逆的MAO抑制劑併用者。（參考交互作用） 禁止與pimozide併用。

先天性QT間隔延長症候群（long QT syndrome）。 【特別警語和注意事項】（依文獻記載） Escitalopram可能導致與劑量有關之QT interval延長，每日劑量不得超過20毫克，escitalopram不得用於先天性QT過長症候群，或QT間隔延長病人。當病人使用會導致QT間隔延長的藥物，或會引起體內電解質減低的藥物，不建議併用escitalopram。

依據隨機分派，有對照組的臨床試驗(Randomized controlled trial，RCT)臨床試驗及回溯性世代研究(Retrospective cohort study)發現，抗精神病藥品，包括傳統(Conventional)與非典型(Atypical)之抗精神病藥品用於治療老年失智症病患(dementia-related psychosis)的死亡率與安慰劑組比較，其死亡之相對危險性較高。

18歲以下孩童及青少年

抗憂鬱藥物不應用於對於18歲以下孩童及青少年的治療。針對於孩童及青少年之臨床試驗中，相較於安慰劑組，以抗憂鬱藥物治療時，其自殺之相關行為（自殺意圖及想法）及敵對狀態（以攻擊、反對行為及憤怒為主）之產生較為頻繁。若臨床上需要使用，則應謹慎觀察自殺徵象的出現。

下列的特別警語和注意事項適用於SSRI類之製劑（Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors）自相矛盾的焦慮 有些伴有恐慌症之患者，在開始使用抗抑鬱藥時，可能會增強焦慮的症狀，這種自相矛盾的反應，通常在開始治療的前2週內就會消失。建議以低劑量開始投與，可降低矛盾焦慮作用的可能性。（參考用法用量）

癲癇發作

任何患者產生癲癇症狀時，本藥必須停用。SSRI製劑應避免使用於患有不穩定癲癇之病人，若癲癇患者病情已被控制時，使用本品必須小心監測。若癲癇發作頻率增加時，SSRI製劑應停用。

躁動症

SSRI製劑應小心地使用於有躁動症/輕度躁動症病史之患者。病人處於躁動期時SSRI製劑應停用。

糖尿病

糖尿病患者使用SSRI製劑時，會改變血糖的控制，所以須要調整胰島素及/或口服降血糖藥物的劑量。

自殺/自殺意念

服藥期間應嚴密監視患者之憂鬱症情形，以防其發生自殺行為。

重憂鬱症（Major depressive disorder,MDD）和其他精神障礙之短期研究，發現小孩、青少年和年輕人服用其他憂鬱劑相較於安慰劑可能增加自殺意念及行為。任何人考慮使用 escitalopram 或其他憂鬱劑於小孩、青少年和青年人時應評估臨床用藥之風險與效益。短期研究對於大於24歲以上之成年人服用抗憂鬱劑並無顯示有增加自殺意念或行為之風險，而對於65歲以上之老年人服用抗憂鬱劑，反而較服用安慰劑降低自殺之風險。憂鬱症或其他精神障礙疾病，本身有自殺傾向之風險。無論任何年齡層之患者開始服用抗憂鬱劑時，健康照護者應嚴密監視其臨床病徵惡化、自殺意念或不尋常的行為改變，並隨時與醫師聯絡。

憂鬱症通常伴隨著增加自殺念頭、自殘和自殺傾向（自殺相關事件）危險性。此傾向會持續到症狀明顯的改善。由於在治療初期的幾週內不會有改善，因此，病患應被密切地監控，直到症狀改善為止。一般臨床上的經驗，在復原的前期階段，自殺傾向會增高。

其他使用escitalopram的精神病症也會有自殺相關事件發生機率升高的情形。此外，前述病症也可能與其他憂鬱症並存。因此，治療憂鬱症病患時應採取和治療精神病患時所採取的預防措施相同。

具有自殺相關事件病史的病患，或是在接受治療前即出現顯著自殺意念者，有較高的自殺念頭或自殺傾向的危險，在治療過程中應接受密切的監控。此外，在年輕人當中，有可能發生自殺行為增加的危險。

病患（和病患的照護者）應當對監控這類行為的發生，以及如果發生這些症狀時，應立即尋求醫療協助等，保持高度警覺。

靜坐不能/靜坐困難

使用SSRI/SNRI經常伴隨著產生靜坐不能的症狀，其特徵是主觀地覺得不快樂或沮喪不安，而需要經常地移動，並且無法坐下或靜靜地站立。這情形最可能發生在治療的前幾週。在產生這種症狀的病患身上增加劑量可能是有害的。

低血鈉

服用SSRI製劑引起低血鈉是很罕見的，可能是由於抗利尿荷爾蒙（SIADH）分泌不平衡所引起，一般在停止治療時即可恢復。高危險群如老人、肝硬化患者或併用已知會造成低血鈉的藥物患者，必須小心注意。

出血

曾有報告指出使用SSRI製劑，會造成皮膚出血的異常，例如：淤斑、紫斑。建議患者使用SSRI製劑時應小心注意，尤其併用口服抗凝血劑及已知會影響血小板功能的藥物【例如：非典型之抗精神病藥物、P-糖蛋白及大部份的Tricyclic antidepressants、Acetylsalicylic acid、non-steroidal anti-inflammatory類藥物（NSAID_s）、ticlopidine、dipyridamole】及病人已知有出血傾向者。

電痙攣治療

受限於臨床經驗不足，ECT電痙攣治療併用SSRI製劑時，必須小心注意。

可逆、選擇性的MAO-A抑制劑

由於會有引起血清素症候群（Serotonin Syndrome）的危險，一般並不建議escitalopram與MAO-A抑制劑併用。（參考交互作用）

與非選擇性、不可逆的MAO抑制劑併用之相關訊息請參考交互作用。

血清素症候群（Serotonin Syndrome）

若escitalopram 與具有血清素作用之藥品併用，例如 Sumatriptan 或其他 triptans、tramadol 及 tryptophan 時必須小心注意。曾有罕見案例發生在患者併用SSRI製劑與血清素作用劑引起血清素症候群（Serotonin Syndrome）的報告。如果合併引起精神亢奮、震顫、肌陣攣、體溫過高等症狀，可能表示已發生此種情況。此種情況發生時，SSRI製劑與血清素作用劑須立刻停用，並且給予症狀治療。

金絲桃（Hypericum perforatum）

SSRI製劑與金絲桃（Hypericum perforatum）之草本療法併用時，可能會使不良反應發生率增加。（參考交互作用）

停止治療時會發生的戒斷症狀

停止治療產生戒斷症狀是常見的，特別是突然地停止（詳見副作用）。

在臨床試驗中，以 escitalopram 治療的病患發生停止治療之副作用的比例將近25%，而授予安慰劑的病患則為15%。

戒斷症狀的發生取決於治療時間與劑量及降低劑量之速率等因素。暈眩、感覺障礙（包括感覺異常和觸電感覺）、睡眠障礙（包括失眠和噩夢）、不安或焦慮、噁心和/或嘔吐、顫抖、疑惑、發汗、頭痛、腹瀉、心悸、情緒不穩定、易怒，和視力失常是最常被報導的反應。一般而言，這些症狀是從輕微到中度，不過，在一些病人當中，卻可能是嚴重的。它們一般是在停止治療的前幾天發生，但是這樣的症狀卻很少出現在不小心錯過一次劑量的病患身上。

通常這些症狀是自我設限的，且在2週內即可解決；但是，在一些病患身上卻可能持續一段比較長的時間（2到3個月或更長的時間）。因此，建議根據病患的需求，在幾週到幾個月的時間內逐步停止使用 escitalopram 治療（參見停藥症狀）。

【交互作用】（依文獻記載）

1藥效動力學交互作用

併用禁忌

非選擇性的 MAOI_s 製劑

曾有嚴重不良反應發生在病人併用SSRI製劑與非選擇性的MAOI_s（Non-selective monoamine oxides inhibitor）製劑，及在患者最近才停用SSRI製劑，且立即開始使用MAOI製劑（參考禁忌症）。

有一些案例是患者會產生血清素症候群（Serotonin Syndrome）。（參考副作用） Escitalopram 與非選擇性的 MAOI_s 製劑為併用禁忌。Escitalopram 須在不可逆的 MAOI_s 製劑停用14天後，以及在可逆的MAOI_s製劑（RIMA），moclobemide至少停用1天後方可投與。若須投與非選擇性的 MAOI_s 製劑須在 Escitalopram 停用7天後才可使用。

Pimozide

單一劑量之pimozide 2mg 與混旋的 citalopram 40mg/天併用11天會造成 pimozide 的 AUC（曲線下面積）及 Cmax（最高血中濃度）的增加，但並非於整個試驗均有此現象。Pimozide與citaploram 的合併使用造成 QTc間隔的平均增值大約10msec（毫秒）。由於其產生之交互作用被發現於低劑量的 pimozide，因此 citalopram 與 pimozide 不可併用。 延長QT間隔的藥品一使用omeprazole或cimetidine等胃藥的病人，escitslopram之建議每日最大劑量為10毫克。

不可逆、選擇性的 MAO-A 抑制劑（moclobemide）

由於會有引起血清素症候群（Serotonin Syndrome）的危險，一般並不建議escitalopram與MAO-A抑制劑併用。（參考特別警語和注意事項）

若證實必須併用，建議以最低劑量開始治療，同時強烈建議臨床監測。

併用之注意事項

Selegiline

與 Selegiline（不可逆的 MAO-B 抑制劑）併用，由於會有引起血清素症候群（Serotonin Syndrome）的危險，必須小心注意。Selegiline 達10毫克/天之劑量曾經安全地與混旋之Citaploram 併用。

血清素作用劑

與血清素作用劑（例如：tramadol,sumatriptan及其他triptans）併用，可能會導致血清素症候群（Serotonin Syndrome）。

降低癲癇發作閾值的藥物

SSRI製劑會降低癲癇發作閾值，與其他會降低癲癇發作閾值的藥物併用時，必須小心注意（例如：抗憂鬱藥物（tricyclics，SSRI_s），抗精神病劑（phenothiazines，thioxanthenes，butyrophenones），mefloquine，bupropion及tramadol）。

Lithium，Tryptophan

曾有報告指出當SSRI製劑與Lithium或Tryptophan併用時，藥效會增強，因此當SSRI製劑與這些藥物併用時，必須小心注意。

金絲桃（Hypericum perforatum）

SSRI製劑與金絲桃（Hypericum perforatum）之草本療法併用時，可能會使不良反應發生率增加。（參考特別警語和注意事項）

出血

當escitalopram與口服抗凝血劑併用時，會改變抗凝血的效果。當病人正在服用口服抗凝血劑時，應開始或停止併用escitalopram，皆必須小心監測凝血功能。（參考特別警語和注意事項）

酒精

Escitalopram與酒精併用，並未發現任何藥效動力學或藥物動力學的交互作用。然而，如同其他精神類藥物，與酒精併用是不適當的。

Escitalopram可能導致與劑量有關之QT interval延長，每日劑量不得超過20毫克，有先天性QT間隔延長症候群者應避免服用escitalopram，服用escitalopram前須先矯正低血鉀和低血鎂之狀況，且須定期檢測血液電解質濃度。應積極監測有同時服用其他藥物而有較高Torsades de poites風險患者的心電圖。

2藥物動力學的交互作用

其他藥物對escitalopram藥物動力學上的影響 Escitalopram的代謝作用主要藉由酵素CYP2C19，酵素CYP3A4及CYP2D6也可幫助本品代謝，雖然只有少部份的量。主要代謝物S-DCT（demethylated escitalopram）之代謝，似乎部分地藉由CYP2D6來催化。

Escitalopram與omeprazole（CYP2C19 抑制劑）併用時會增加escitalopram的血中濃度(大約50%)。Escitalopram與cimetidine(中度一般酵素抑制劑)併用時會增加escitalopram的血中濃度(大約70%)。當使用最高劑量之escitalopram與CYP2C19抑制劑（例如：omeprazole，fluoxetine，fluvoxamine，lansoprazole，ticlopidine）或 cimetidine 併用時須小心注意。

依據臨床評估而降低escitalopram之劑量是必要的。

Escitalopram對其他藥物藥物動力學上的影響

Escitalopram為CYP2D6酵素抑制劑，所以當escitalopram併用由此種酵素新陳代謝且治療指數狹窄的藥物如flecainide,propafenones及metoprolol（用於心臟衰竭），或一些主要藉由CYP2D6酵素新陳代謝之CNS作用藥物如抗抑鬱劑，desipramine,dopiramine,nortryptiline或精神病用藥如risperidone，thioridazine，haloperidol 時，必須小心注意，劑量調整是必須的。與desipramine或metoprolol併用結果，這兩個CYP2D6酵素之受酶質的血漿值會增加兩倍。體外試驗研究證明 escitalopram可能對結果CYP2C19也會有微弱的抑制作用，所以併用主要藉由酵素CYP2C19代謝的藥物時必須小心注意。

【懷孕及授乳】（依文獻記載）

懷孕

在老鼠身上使用escitalopram進行生殖毒性試驗時，觀察到胚胎毒性作用，但並沒有發現會增加畸形的發生率。(參考臨床前安全訊息)

如果懷孕婦女在懷孕後期，特別是在第三期，仍在使用escitalopram，便應當觀察新生兒的狀況。

若使用escitalopram直到分娩不久前，在新生兒可能會有成癮反應。

母親在懷孕後期使用SSRI/SNRI時，新生兒可能會出現以下的症狀：呼吸窘迫、發紺、呼吸中止、痙攣、體溫失調、餵食不易、嘔吐、血糖過低、血壓過高、血壓過低、反射過強、顫抖、悸動、不安、昏睡、哭鬧不停、嗜睡和難以入睡。這些症狀可能是因為血清素的影響或是戒斷症狀。在大多數的案例中，併發症是在生產後立即出現或很快地(<24小時)出現。

因此escitalopram不應使用在孕婦，除非已經過風險/益處之謹慎評估後仍然覺得必須投予。流行病學的資料顯示出在懷孕時期使用SSRI，尤其是在後期，可能會增加新生兒持續性肺動脈高壓症(Persistent pulmonary hypertension in the newborn,PPHN)的風險，所觀察到的風險約每1000位孕婦有5個案例。而一般族群每1000位孕婦出現1到2個案例。

授乳

Escitalopram被預期會排泄至乳汁中，因此於治療期間不建議哺乳。

【影響駕駛和機械操作能力】（依文獻記載）

雖然escitalopram並未顯示出會影響智力，或精神運動性的行為，但任何具有精神活性藥物都可能會減少判斷力或技能。所以患者對於這種會影響他們開車及操作機器能力的潛在風險應該小心注意。

【副作用】（依文獻記載）

副作用最常發生在治療的第一或第二週間，通常在持續治療後強度及頻率會逐漸減弱。一些病人長期投與後突然停用SSRI製劑，會產生停藥症狀。雖然停止治療可能引起停藥症

狀，但在有效的前臨床及臨床試驗的證據中，並未指出SSRI製劑會造成藥物依賴。

一些病人突然停止使用escitalopram 治療時曾發生戒斷症狀（暈眩、頭痛及噁心），大部分的症狀是輕微且自己會痊癒的（self-limiting）。建議以超過1-2週之期間，逐漸停用，以避免戒斷反應。

在雙盲、安慰劑控制、研究於鬱症、恐慌症、社交焦慮症及泛焦慮症之臨床試驗中，escitalopram之副作用發生頻率高於安慰劑治療組者，列於如下，所列之出現率並未經過安慰劑校正（Placebo-correct）。

有關SSRI和escitaloprams由安慰劑為對照組的臨床研究所發現和上市後自動通報的已知不良藥物反應，依全身性器官分類和發生頻率列舉如下。

頻率是根據自臨床研究：它們沒有經過安慰劑校正（Placebo-correct）。頻率的定義方式如下：很常見（1/10）、普通（1/100、<1/10）、不常見（1/1000、1/100）、少見（1/10000、1/1000）、很少見（1/10000），或未知（無法從現有的數據加以估計）。

	很常見（1/10）	普通（1/100、<1/10）	不常見（1/1000、1/100）	少見（1/10000、1/1000）	未知（無法從現有的數據加以估計）
血液和淋巴病變					血小板缺乏症
內分泌病變					不適當的ADH分泌
代謝和營養病變		胃口降低、胃口增加			低鈉血症
精神疾病		焦慮、不安、噩夢、女性性慾降低、女性：性冷淡感	語言、煩躁、緊張焦慮、恐慌發作、疑 惑	攻擊、人格解體、幻覺、自殺相關事件、參見特別警語和注意事項）	躁 狂
神經系統病變		失眠、嗜睡、眩暈、感覺異常、顫抖	味覺失常、睡眠失常、昏厥	血清素症候群	異動症、運動性疾病、痙攣
視 覺 障 礙			瞳孔放大、視力障礙		
耳 朵 和 迷 路 陣 攣			耳 鳴		
心臟疾病			心跳過速	心搏徐緩	
血管障礙					姿勢性低血壓
呼吸、胸腔和縱膈腔疾病		鼻 竇 炎、打 呵 欠	鼻 出 血		
腸胃道疾病	噁 心	腹瀉、便秘、嘔吐、口乾舌燥、消化不良	腸胃道出血 (包括直腸出血)		
肝 膽 疾 病					肝 炎
皮膚和皮下組織病變		發汗增加	蕁麻疹、禿髮、紅疹、瘙癢		瘀血、血管性水腫
肌肉組織、結締組織和骨骼病變		關節 痛、肌 痛 症			
腎 臟 和 尿 道 病 變					尿 滯 留
生殖系統和胸部病變		男性：射精異常、性無能	女性：子宮出血、經血過多		男性：陰莖勃起異常、乳質分泌物現象
一般的障礙		疲倦、發熱、頭痛	水 腫		
診 查		體重增加	體重減輕		肝功能檢查不正常

SSRI的治療曾有以下的不良藥物反應報告：靜坐困難/靜坐不能和厭食症。

在上市後曾有QT-延長的案例，主要發生在已有心臟疾病的病患身上。目前沒有存在任何因果關係。

當停止治療時會出現戒斷症狀。

SSRI/SNRI的停用（特別是突然的）通常會造成戒斷症狀。暈眩、感覺障礙（包括感覺異常和觸電感覺）、睡眠障礙（包括失眠和噩夢）、不安或焦慮、噁心和/或嘔吐、顫抖、疑惑、發汗、頭痛、腹瀉、心悸、情緒不穩定、易怒，和視覺障礙是最常見的反應。一般而言，這些症狀是從輕微到中度，並且是自我設限的。不過，在一些病人當中，卻可能是嚴重的。因此，建議當不再需要以escitalopram治療時，應當採取逐漸減少劑量的方式達到逐步停止的目的。

【過量】（依文獻記載）

服用escitalopram過量的臨床資料有限，一些中毒的案例是與併用其他過量藥物有關。在大多數的案例是輕微的症狀或是毫無症狀。單獨使用escitalopram時很少發生有過量致死的案例；大多數過量的案例是過量併用其他藥物時。單獨使用400到800毫克之間的escitalopram不會產生任何嚴重的症狀。

症狀

Escitalopram過量的案例所發現的症狀主要與中樞神經系統（從暈眩、顫抖、煩躁不安到血清素症候群、痙攣、和昏迷等少數案例）、腸胃道系統（噁心/嘔吐），和心血管系統（低血壓、心跳過速，QT延長和心律不整），以及電解質/液體平衡狀態（低血鉀症、低血鈉症）有關。

治療

並無專一性解毒劑，保持呼吸道通暢以確保有足夠氧氣供應及維持呼吸功能。當服用過量時應立即採取洗胃方式並考慮投與活性炭，建議監測心臟及生命跡象直至一般的症狀支持療法。

【藥理作用】（依文獻記載）

1藥效動力學性質

藥物分類Pharmacotherapeutic group：抗抑鬱劑，選擇性血清素再吸收抑制劑
ATC-code：N 06 AB10
作用機轉

Escitalopram為一選擇性serotonin（5-HT）再吸收抑制劑，對主要的結合部位具有高親和力。它也會以低了100倍的親和力結合到血清素運輸蛋白上的異位。血清素運輸蛋白的異位調節促進escitalopram結合到主要的結合部位，而導致更完整地抑制血清素的再吸收。Escitalopram對許多接受器包括血清素5-HT_{1A}-5-HT_{2A}及多巴胺D₁及D₂ receptors，α 1’，α 2，β -adrenoceptors，histamine H1，muscarine cholinergic,benzodiazepine,及opioidreceptors沒有親和力或有較低之親和力。

Escitalopram是消旋體（citalopram）的S-異構物，也是具有治療活性的異構物，藥理學研究顯示R-異構物並非毫無活性，而是抵銷S-異構物提高血清素的功效，即其隨之產生的藥理特性。

臨床效癢

重鬱症

在四個雙盲、安慰劑控制的短期研究（8週）中，有三個研究發現escitalopram可有效地用於重鬱症的急性治療。

Escitalopram 10mg及20mg之抗抑鬱效果在治療的兩週後一樣早顯現。於治療8週後比較，escitalopram 20mg的效果較citalopram 40mg佳。於escitalopram劑量反應關係中，很明顯地看到嚴重抑鬱之病人對於較高劑量 escitalopram 20mg 的反應比常用之投予的起始劑量（10mg）更好。

在一個escitalopram 10mg對照citalopram 20mg對照之雙盲不劣性設計的長期（24週）的試驗中，約有一半以escitalopram治療的病人因副作用而退出試驗。在長期預防復發的研究中，於前8週以開放標籤（Open-label）之研究設計投與escitalopram每天10毫克或20毫克，並將有反應的274位病人，接著隨機分配病人服用相同劑量之escitalopram或安慰劑直至36週。在此試驗中持續服用escitalopram者較服用安慰劑者，在36週之後經歷較長的時間才復發。

恐慌症

Escitalopram用於恐慌症之療效已於10週彈性劑量、以每日5-20mg escitalopram對照安慰劑及每日10-40mg racemic citalopram之研究被證實。以發作頻率，嚴重性，發作時間及伴隨之症狀來

作為評量基準，顯示escitalopram於統計意義上優於安慰劑。在大部份之療效評量基準下，citalopram相較於安慰劑也是有效的。

5%或更多病人產生之主要不良反應事件中，citalopram治療組之通報率較escitalopram治療組高。

社交焦慮症

在所有3個短期研究（12周）及一個六個月預防復發的研究中發現，escitalopram可有效地治療社交焦慮症。在一個安慰劑對照組的長期試驗（24週）研究中證實，escitalopram5毫克、10毫克及20毫克皆有效。在統計意義上，escitalopram20毫克/天於治療社交焦慮症之效果優於Paroxetine 20毫克/天及escitalopram 5毫克及10毫克。投予paroxetine的病人其短暫停藥症狀（在所有有效治療組中均少於2週）顯著較高（p≤0.05）。

在包含670位以escitalopram治療之病人及341位以安慰劑治療之病人的資料顯示，其反應率為58.1%比40.2%（臨床壓抑進展指標〈CGI-I〉分數為1或2）緩解率為24.8%比12.9%（臨床壓抑嚴重度指標〈CGI-I〉分數為1或2）（P≤0.001）。

泛 焦 慮 症

在所有四個安慰劑控制組中，escitalopram10-20mg/天較安慰劑有更佳的效果。5mg/天則沒有效果。

從3個為期8週的類似設計試驗包含了421位以escitalopram治療之病人及419位以安慰劑治療之病人的資料顯示，其反應率為47.5%比28.9%（P≤0.01）改善及緩解率為37.1%和20.8%。研究顯示持續性療效從第一週即被觀察到，在第四個試驗中（12週），此試驗包括了paroxetine，escitalopram 10mg/天的效果明顯的優於paroxetine 20mg/天。相對於escitalopram 5，10及20mg /天（P≤0.01），paroxetine短暫的停藥症狀曾被發現。在一個24至76週計對於前12週開放性標籤治療（open label treatment）有反應的373位病人之隨機連續性試驗中顯示escitalopram 20mg/天可明顯的降低其復發的危險。

強迫症

在短期間（12週）內，每天20毫克的escitalopram和安慰劑在強迫症和例行的耶魯-布朗強迫症量表總分及耶魯-布朗強迫症量表的次要表分數上有所差異，在NIMH-OCS總分上也有差異。在觀察案例的分析中發現，每天10毫克（p=0.005）和每天20毫克（p<0.001）的escitalopram都同樣有效。

在兩個試驗中證實為長期的維持效果：其中一個試驗是為時24週以安慰劑為對照組的劑量訂定研究，另一個是為時16週以安慰劑為對照組的避免復發的試驗。

在長期的24週，以安慰劑為對照組的劑量訂定研究中，藉由初步結果檢測、耶魯-布朗強迫症量表總分，以及強迫症和儀式的耶魯-布朗強迫症量表之次要表分、耶魯和NIMH-OCS（10毫克/每天（p<0.01）和20毫克/每天（p<0.001）escitalopram）等檢驗發現，每天10毫克（p<0.05）和每天20毫克（p<0.01）的escitalopram都明顯地比安慰劑更加有效。

使用每天10毫克和每天20毫克escitalopram，在一16週開放治療期中接受escitalopram的病患，和參加24週（雙盲安慰劑隨機分派控制式實驗）避免復發試驗的病患身上都顯示能維持效力和避免復發。

在避免復發試驗的觀察中，escitalopram的用量為每天10毫克（p=0.014）和每天20毫克（p<0.001）都顯示出能明顯降低復發。