

# 曲唑酮与佐匹克隆治疗失眠的临床分析

蔡效红,袁利明,徐保锋

(河南省洛阳荣康医院,河南洛阳 471013)

**【摘要】目的** 分析曲唑酮和佐匹克隆治疗失眠的临床疗效。**方法** 选取2013年6月~2014年6月收治的96例失眠患者,随机分成A组和B组,各48例,A组给予曲唑酮治疗,B组给予佐匹克隆治疗,比较两组的临床治疗效果。**结果** A组治疗总有效率为93.75%,不良反应发生率为18.75%;B组治疗总有效率为91.67%,不良反应发生率为39.58%,两组患者治疗总有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),在不良反应发生率上,A组明显低于B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。在SRSS评分上,两组患者治疗前后相比差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );组间治疗前后相比差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 曲唑酮和佐匹克隆在失眠症的治疗效果上临床疗效相当,但曲唑酮的不良反应更低,药物依从性更好。

**【关键词】**曲唑酮;佐匹克隆;失眠

失眠是一种常见病症,人群中的1/3会发生失眠,而导致失眠出现的因素是多方面的。长期失眠对生活、学习和工作的不良影响较大,严重情况下还会影响患者的认知功能,更是诱发抑郁症和痴呆症的危险因素。临床针对失眠症的治疗多采用苯二氮草类(BDZ)药物进行治疗,但是连续用药会出现头昏、嗜睡、乏力等反应,还存在耐受情况,需要增加药物剂量进行维持,并且长期使用会有一定的成瘾性和依赖性。本研究主要探讨曲唑酮和佐匹克隆治疗失眠的效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取我院于2013年6月~2014年6月收治的96例失眠患者,所有患者均符合ICD-10非器质性失眠症诊断标准。其中,男50例,女46例;年龄为18~65岁,平均(42.5±9.8)岁。入选标准:无药物滥用史者;无严重器质性疾病者。排除标准:继发性失眠者;入院前1周服用过治疗失眠药物者;严重心、肝、肾脏器疾病者;妊娠期与哺乳期者。将96例入选失眠患者随机分成A组和B组,各48例,两组经性别、年龄、病症等一般临床资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

A组给予曲唑酮进行治疗,患者每天晚饭后口服曲唑酮50 mg,最高剂量不能超过100 mg/d;B组给予佐匹克隆进行治疗,睡前服用,成人起始剂量为7.5 mg/d,老年人起始剂量为3.75 mg/d。两组患者均以4周为1个疗程,1个疗程后比较两组的治疗效果<sup>[1]</sup>。

### 1.3 疗效判定标准

观察两组患者治疗前后睡眠状况以及不良反应情况。

失眠患者疗效评定采用睡眠状况问卷自评量表(SRSS)

减分率进行评定,其中,痊愈:SRSS减分率 $\geq 75\%$ ;显著进步:SRSS减分率为50%~75%;进步:SRSS减分率为25%~50%;无效:SRSS减分率 $< 25\%$ <sup>[2]</sup>。在不良反应的评定上,采用不良反应量表(TESS)进行评定,治疗前后均行血常规、肝功能、心电图等常规检查。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS 16.0统计学软件分析数据,计量资料采用均用( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

A组总有效率为93.75%,9例出现不良反应(嗜睡、头晕、口干、视线模糊、头疼、排尿困难、肝功能异常),不良反应发生率为18.75%;B组总有效率为91.67%,19例出现了不良反应(口苦、头晕、恶心、头痛、心慌),不良反应发生率为39.58%;两组患者治疗总有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );在不良反应发生率方面,A组明显低于B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

治疗后两组的睡眠质量评分均优于治疗前,组内差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),但组间未见明显差异( $P > 0.05$ ),见表2。

## 3 讨论

导致失眠的因素是多方面的,除了环境因素的影响,人们生活压力的逐渐增大也是失眠的一个主要原因。长期失眠对生活、学习和工作都会带来较大的不良影响,严重时还会影响患者的认知功能,更是诱发抑郁症和痴呆症的危险因素。

临床针对失眠症的治疗多采用苯二氮草类(BDZ)药物,这类药物的主要优势为价格低、疗效肯定、起效快,但是长期使用

快等,从而导致效果不佳,不良反应较多<sup>[5]</sup>。比索洛尔为受体阻滞剂,半衰期超过10 h,甚至可达到12 h,属高选择性、长效 $\beta_1$ 受体阻滞剂<sup>[6]</sup>,且与支气管和血管平滑肌受体具有较高的亲和力和,因此可以有效地降低心排出量,舒张血管,缓解外周血管阻力,减缓交感神经的传导,达到减少儿茶酚胺的释放效果,加上对肾素-血管紧张素(RAS)激活等产生抑制,从而达到降低血压,并保护心血管系统的效果。此外,已有循证学研究表明,比索洛尔除了能对抗交感神经的过度激活,还能缓解中枢交感神经系统张力,进而对儿茶酚胺引发的心脏毒性作用起到不错的预防效果。

综上所述,高血压患者采取比索洛尔联合硝苯地平治疗可取得不错的效果,安全性高,建议高血压患者采用比索洛尔联合硝苯地平治疗,尽早恢复健康。

## 参考文献

- [1] 周晓玲. 富马酸比索洛尔片与硝苯地平控释片联合治疗老年性高血压疗效观察. 中外健康文摘, 2010, 7(11): 225-226.
- [2] 李波, 李冬华. 盐酸比索洛尔联合硝苯地平缓释片治疗老年高血压的疗效观察. 临床医学工程, 2013, 20(3): 316-317.
- [3] 王亮, 戴振华. 硝苯地平联合厄贝沙坦片与比索洛尔联合硝苯地平治疗原发性高血压临床分析. 中国医药科学, 2013, 13(15): 81-82.
- [4] 葛宇仁. 比索洛尔联合硝苯地平对97例高血压患者的治疗体会. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 9(32): 80.
- [5] 沈瑞君, 万会丽, 李淑敏. 比索洛尔联合硝苯地平对97例高血压患者的治疗体会. 当代医学, 2012, 18(20): 33-34.
- [6] 刘静娣. 硝苯地平联合比索洛尔治疗老年高血压的临床效果观察. 医学信息(中旬刊), 2011, 24(5): 2058.

# 瑞芬太尼 - 氯胺酮在小儿静脉麻醉中有效性和安全性观察

曾拥军

(武汉大学人民医院汉川医院麻醉科, 湖北汉川 431600)

**【摘要】目的** 探讨小儿手术中实施瑞芬太尼 - 氯胺酮静脉麻醉的有效性与安全性。**方法** 抽取择期手术的患儿 80 例进行研究, 随机分为对照组和研究组, 各 40 例, 对照组予以丙泊酚 + 氯胺酮处理, 研究组予以瑞芬太尼 + 氯胺酮处理, 对比两组有效性与安全性。**结果** 术中研究组心率低于对照组, 对比差异显著 ( $P < 0.05$ ); 术前、术中 MAP (平均动脉压)、 $SpO_2$  (血氧饱和度) 与对照组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 研究组麻醉药用量、苏醒时间及不良反应发生率均明显低于对照组, 组间差异均具统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 小儿静脉麻醉中实施瑞芬太尼 + 氯胺酮处理可取得不错的效果, 无明显心血管损伤, 同时苏醒快、麻醉药用量少、不良反应发生率低。

**【关键词】** 小儿静脉麻醉; 瑞芬太尼; 氯胺酮; 有效性; 安全性

小儿因其解剖结构与生理发育不成熟等特点, 导致其外科手术风险很大, 麻醉与手术耐受性较低<sup>[1]</sup>, 为此选择何种麻醉方式使患儿平稳度过手术期, 降低不良反应发生率, 显得十分关键。近几年, 瑞芬太尼在临床麻醉用药中应用比较广泛, 但大剂量可能导致疼痛加剧与痛觉异常等, 有学者指出将氯胺酮联合应用在可减少瑞芬太尼用量<sup>[2]</sup>。为了进一步探讨小儿静脉麻醉中实施瑞芬太尼联合氯胺酮的有效性与安全性, 我院展开了研究, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究共计入选对象 80 例, 全部为我院接诊的择期手术患儿, 入选时间 2012 年 4 月 ~ 2015 年 5 月。入选患儿家属均签署知情同意书并愿意配合本次研究, 手术类型主要有肠套叠手法复位、阑尾切除、扁桃腺体切除、腹股沟斜疝修补等。将患儿随机分为对照组和研究组, 各 40 例。对照组中, 男 29 例, 女 11 例; 年龄 3 ~ 14 岁, 平均  $(9.4 \pm 2.4)$  岁; 体重 14 ~ 42 kg。研究组中, 男 28 例, 女 12 例; 年龄 4 ~ 14 岁, 平均  $(9.6 \pm 2.3)$  岁; 体重 16 ~ 43 kg。两组患儿的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具可比性。

### 1.2 方法

所有患儿术前均禁食 8 h、禁饮 4 h, 术前 0.5 h 常规肌注 0.02 mg/kg 阿托品 + 2 mg/kg 苯巴比妥; 进入手术前均肌注 2

mg/kg 氯胺酮作为基础麻醉, 以便患儿安静入睡后实施静脉穿刺。对照组采取丙泊酚 + 氯胺酮进行麻醉, 其中丙泊酚 200 mg、氯胺酮 100 mg, 采取微量泵输注, 速率控制在  $4 \sim 8 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ ; 术中根据进程与患儿耐受情况适当调整速率, 术前 10 min 停止用药。研究组采取瑞芬太尼 + 氯胺酮麻醉, 其中瑞芬太尼 0.1 mg、氯胺酮 100 mg, 将它们溶于 20 mL 0.9% 生理盐水中, 采取微量泵输注, 初始速率控制在  $5 \sim 15 \text{ mL/h}$ , 之后根据手术进程与耐受程度调整到  $2 \sim 9 \text{ mL/h}$ , 术前 5 min 停止用药。

### 1.3 观察指标

观察记录两组患儿术前、术中 HR (心率)、MAP (平均动脉压)、 $SpO_2$  (血氧饱和度) 等指标情况, 以及麻醉药用量、苏醒时间及不良反应发生率等情况, 并对比分析。

### 1.4 统计学处理

本次研究利用统计学软件 SPSS 18.0 处理, 计数资料采取百分比表示, 行  $\chi^2$  检验, 计量资料采取  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 行  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 组间 HR 变化对比

术中研究组 HR 低于对照组, 对比差异显著 ( $P < 0.05$ ); 术前、术中 MAP、 $SpO_2$  与对照组比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。详见表 1。

### 2.2 两组间麻醉药用量、苏醒时间及不良反应发生率对比

表 1: 两组患者不同药物临床治疗疗效比较 [ $n$  (%) ]

组别	例数	痊愈率	显著进步	进步	无效	有效率 (%)
A 组	48	11 (22.9)	24 (50.0)	10 (20.8)	3 (6.3)	93.75
B 组	48	10 (20.8)	23 (47.9)	11 (22.9)	4 (8.3)	91.67

表 2: 两组患者治疗前后 SRSS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	1 个疗程后
A 组	48	25.56 ± 6.7	13.16 ± 3.2
B 组	48	24.79 ± 7.0	14.54 ± 3.9

会有依赖性。因此这类药物逐渐被新型的镇静催眠类药物所取代, 其中代表性药物为佐匹克隆。作为一种新型的镇静催眠类药物, 佐匹克隆在结合 BDZ 类药物的基础上, 可识别于相同部位, 作用于不同区域, 具有催眠、镇静作用, 此外还有松弛肌肉、抗惊厥、抗焦虑的效果, 治疗效果显著而安全<sup>[3]</sup>。但佐匹克隆一旦出现滥用情况, 其所产生的不良影响可能高于苯二氮草类药物, 因此采用佐匹克隆治疗失眠患者的疗程不能超过 4 周, 若患者长期服用佐匹克隆, 容易出现停药反跳性失眠, 还出现一定的戒断症状如易怒、焦虑等不良反应, 因此佐匹克隆显然是不适用需要长期疗程治疗的失眠患者。

曲唑酮是选择性 5-HT 再摄取抑制剂, 起效快, 能有效缓解抑郁和焦虑障碍, 并且能够有效减少患者的觉醒次数, 缩短睡眠潜伏期, 减少早醒与梦魇的发生, 且不会对患者的正常睡眠结构造成破坏, 显著改善睡眠障碍<sup>[4]</sup>。同时, 曲唑酮不会出现药物成瘾性及戒断症状, 尤其适用于需要长期治疗的失眠患者<sup>[5]</sup>。本研究结果也表明, 曲唑酮和佐匹克隆治疗失眠症临床效果相当, 但曲唑酮的不良不良反应发生率更低, 药物依从性更好。

## 参考文献

- [1] 李仕军. 盐酸曲唑酮与佐匹克隆治疗失眠疗效观察. 中外健康文摘, 2013, 14 (27): 164-165.
- [2] 汪卫东. 失眠治疗的本土化思考与创新技术. 世界睡眠医学杂志, 2014, 9 (5): 259-263.
- [3] 邹显巍. 曲唑酮与佐匹克隆治疗失眠症疗效对照观察. 现代医药卫生, 2012, 28 (20): 3135-3136.
- [4] 李杨, 蒋硕. 曲唑酮与佐匹克隆治疗失眠症临床疗效对比分析. 健康必读 (下旬刊), 2013, 17 (10): 449.
- [5] 杨铁红, 杨珊. 睡眠行为干预配合药物治疗老年顽固性失眠临床观察. 基层医学论坛, 2013, 22 (18): 2344-2345.