

究指出,阿托伐他汀钙大剂量使用则会引发肝功能异常,限制其应用。因此,本研究联合应用阿司匹林和阿托伐他汀钙,不仅减少了阿托伐他汀钙的用量,减轻肝功能损害,也减少了阿司匹林用量,减轻胃肠副作用,同时综合两者疗效。本研究结果显示,观察组的治疗总有效率高于对照组,且治疗后,观察组的斑块面积、斑块厚度、斑块数量以及IMT均明显小于对照组,证明了联合治疗不仅增强疗效,还可溶解稳定斑块。同时,研究结果显示,观察组的并发症发生率、复发率明显低于对照组,证明了联合治疗提高了安全性。

综上所述,阿托伐他汀钙联合阿司匹林肠溶片治疗脑梗死疗效显著,并且能明显缩小颈动脉斑块的面积及厚度等,降低了并发症,安全性较高,值得在临床推广。

#### 参考文献:

[1]任 蓓,张爱香,沙娟娟,等.不同剂量阿托伐他汀钙对脑梗死患者血清炎症因子及颈动脉斑块的影响[J].药物评价研究,2017,40(6):812-815.

- [2]部 娜.阿托伐他汀联合血管通胶囊对脑梗死颈动脉斑块稳定性及血脂水平影响的临床效果探讨[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(6):93-95.
- [3]梁 韵.分析阿托伐他汀和瑞舒伐他汀对短暂性脑缺血发作患者颈动脉斑块的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(2):95-97.
- [4]王 迪.阿托伐他汀钙片治疗脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的效果[J].中国当代医药,2017,24(4):64-66.
- [5]乔宏泉,张亮亮,彭军华.阿托伐他汀钙与阿司匹林联合治疗对急性脑梗死患者血脂水平及神经功能的影响[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(5):641-643.
- [6]彭文宏,陈兆芸,邓 彦.阿托伐他汀联合阿司匹林对缺血性卒中患者颈动脉斑块的影响[J].中国实用医刊,2017,44(4):13-15.
- [7]杨绪栋,松龄血脉康胶囊联合阿司匹林片对脑梗死患者脑动脉血流速度、血小板活化功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(9):987-989.
- [8]韩晓云,吴翠翠.阿加曲班联合阿司匹林治疗急性后循环脑梗死的临床效果和安全性研究[J].中外医学研究,2017,15(27):42-43.
- [9]何振龙.阿司匹林联合西洛他唑治疗进展性脑梗死的疗效及安全性[J].临床合理用药杂志,2018,11(13):76-77.
- [10]孙梅芬,周丽丽.氯吡格雷与阿司匹林联合治疗进展期急性脑梗死疗效及安全性观察[J].当代医学,2017,23(21):47-49.

收稿日期:2019-08-12

## 佐匹克隆和盐酸曲唑酮治疗睡眠障碍的临床疗效对比

胡建荣,李东晓,杨 阳(鹤壁市人民医院神经内科,河南 鹤壁 458030)

**摘要:**目的 对比研究佐匹克隆及盐酸曲唑酮治疗睡眠障碍的临床治疗效果。方法 选择2016年3月~2018年5月我院收治的睡眠障碍患者92例,随机分成对照组和观察组各46例。其中观察组给予佐匹克隆片治疗,对照组应用盐酸曲唑酮片治疗,经过8周治疗后,根据匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、健康问卷(PHQ-9)、广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)、不良症状量表(TESS)结果,对比治疗前后两组睡眠情况和不良反应。结果 治疗前两组PSQI、PHQ-9、GAD-7各量表评分对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗8w后,两组各量表评分较治疗前均有明显改善,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),但治疗后两组间量表评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗2w后,4w后,6w后,8w后,两组平均每日睡眠时间均优于治疗前,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );但治疗后两组间平均每日睡眠时间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后各时间点,观察组入睡潜伏期均短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );对照组不良反应发生率高于观察组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 佐匹克隆可以缩短睡眠障碍患者的入睡潜伏期,佐匹克隆用药安全性更高,值得推广应用。

**关键词:**佐匹克隆;盐酸曲唑酮;睡眠障碍;治疗效果;观察

中图分类号:R749.7

文献标识码:B

文章编号:1011-8174(2019)23-4149-02

随着人们工作、学习等压力的增大,失眠已成为临床常见病症,有30%人群会发生失眠,致失眠因素较多,一旦形成长期失眠,患者的生活、学习和工作都会受到严重的影响,甚至认知功能受到不良影响,甚至引发抑郁症、痴呆症等疾病<sup>[1]</sup>。临床对睡眠障碍治疗方案多选择苯二氮卓类药物治疗,可是连续用药后,容易产生乏力、头昏及嗜睡等不良反应,甚至有些患者出现不耐受反应,只有增加药物剂量才能维持药效,长期用药还会导致药物成瘾与依赖<sup>[2]</sup>。本次

研究中,选择2016年3月~2018年5月我院收治的92例睡眠障碍患者作为研究对象,分成两组分别应用佐匹克隆与盐酸曲唑酮治疗。报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年3月~2018年5月我院收治的睡眠障碍患者92例作为研究对象,入选研究对象均符合非器质性睡眠障碍相关诊断标准,排除了药物滥用、合并严重器质性病变患者、继发性失眠患者、入院前使用过失眠药物患者。随机分成对照

组和观察组各 46 例。对照组中男 24 例、女 22 例;年龄 20~68(43.1±6.2)岁。观察组中男 25 例、女 21 例;年龄 21~68(42.8±5.9)岁。两组患者性别、年龄等临床资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法 观察组予佐匹克隆片(生产厂家:广东华润顺峰药业有限公司,批准文号:国药准字 H10980247)治疗,选择睡前口服,其中初始剂量 7.5mg/d,而老年患者起始用药剂量控制在 3.75mg/d。对照组应用盐酸曲唑酮片(生产厂家:美时化学制药股份有限公司南投厂,批准文号:国药准字 HC20171014)治疗,晚饭后口服,用药剂量控制在 50mg/d,最大剂量控制在 100mg/d。两组以 4w 作为 1 疗程,经过 2 疗程治疗后,比较两组用药效果。

1.3 临床观察指标 (1)根据 PSQI、PHQ-9、GAD-7 各量表对观察组与对照组两组患者治疗前、治疗 8w

后量表评分情况;(2)统计记录治疗 2w 后、4w 后、6w 后、8w 后,观察比较两组平均每日睡眠时间;(3)根据 PSQI 入睡时间因子分析,统计记录治疗前后两组入睡潜伏期时间;(4)记录两组患者用药过程中出现的不良反应,包括头昏、水肿、失眠、出汗等症状<sup>[3]</sup>。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS 17.0 统计学软件进行处理。计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,行  $t$  检验;计数资料采用例(百分率)表示,行  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 PSQI、PHQ-9、GAD-7 各量表评分比较 治疗前,两组 PSQI、PHQ-9、GAD-7 各量表评分对比,差异均无统计学意义( $P>0.05$ );治疗 8w 后,两组各量表评分较治疗前均有明显改善,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),两组间比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗前后 PSQI、PHQ-9、GAD-7 各量表评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

	n	PSQI		PHQ-9		GAD-7	
		治疗前	治疗 8w 后	治疗前	治疗 8w 后	治疗前	治疗 8w 后
对照组	46	11.38±2.75	7.69±1.02*	6.33±1.00	3.03±0.75*	6.00±0.23	2.70±0.31*
观察组	46	11.50±2.58	7.60±1.20*	6.50±1.25	3.20±0.55*	5.92±0.69	2.70±0.46*
$t$		0.0135	0.0119	0.0270	0.0287	0.0036	0.0218
$P$		0.9075	0.9129	0.8695	0.8655	0.9520	0.8825

注:与治疗前比较,\*: $P<0.05$

2.2 两组治疗前后睡眠时间比较 治疗 2w 后、4w 后、6w 后、8w 后,两组平均每日睡眠时间优于治疗前,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );但治疗后两组间平均每日睡眠时间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 2。

表 2 两组总睡眠时间比较( $\bar{x}\pm s$ ,h)

	n	治疗前	2w 后	4w 后	6w 后	8w 后
对照组	46	4.4±0.5	5.6±0.3*	6.0±0.1*	6.5±0.2*	6.6±0.1*
观察组	46	4.6±0.6	5.9±0.5*	6.2±0.2*	6.4±0.4*	6.7±0.3*
$t$		0.0100	0.1878	0.0255	0.0099	0.0150
$P$		0.9202	0.6647	0.8731	0.9208	0.9024

注:与治疗前比较,\*: $P<0.05$

2.3 两组入睡潜伏时间比较 根据 PSQI 入睡时间因子分析,治疗前,两组入睡潜伏时间对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后各时间点,观察组入睡潜伏期均短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组入睡潜伏期时间比较( $\bar{x}\pm s$ ,h)

	n	治疗前	2w 后	4w 后	6w 后	8w 后
对照组	46	1.92±0.89	1.80±0.66	1.77±0.40	1.83±0.78	1.75±0.49
观察组	46	1.89±0.77	1.50±0.44	1.31±0.54	1.39±0.38	1.30±0.32
$t$		0.0050	4.0706	0.2133	4.3779	4.5333
$P$		0.9437	0.0436	0.6441	0.0364	0.0332

2.4 两组用药后不良反应比较 对照组不良反应发生率 19.57%,观察组不良反应发生率 8.70%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组用药后均未发生严重的不良反应,有些患者耐受可自行缓解,有些患者给予相应处理后症状明显减轻。

表 4 两组用药后不良反应比较[n(%)]

	n	头昏	水肿	失眠	出汗	总发生率
对照组	46	3(6.52)	2(4.35)	2(4.35)	2(4.35)	9(19.57)
观察组	46	1(2.17)	1(2.17)	1(2.17)	1(2.17)	4(8.70)
$\chi^2$						6.9231
$P$						0.0085

3 讨论

长期睡眠障碍严重时会使人的认知功能受到影响,苯二氮卓类药物优势是价格低、起效快,可是长期使用依赖性较强<sup>[4]</sup>。所以,这类药物已由新型镇静、催眠类药物代替,其中临床应用最为广泛的是佐匹克隆。

佐匹克隆结合了苯二氮卓类药物基础<sup>[5]</sup>,对相同部位识别后,可以对不同区域起作用,起到催眠、镇静等作用,同时,还能松弛患者的肌肉,具有抗惊厥和抗焦虑效果,安全性较高<sup>[6]</sup>。如果佐匹克隆滥用不良反应会比苯二氮卓类药物更高,所以,用药一般控制在 4 周内,长期用药会发生停药反跳性失眠,甚至有易怒、焦虑等不良反应发生,所以,对长期用药

患者并不适用。曲唑酮最初为抗抑郁用药,具有镇静的作用<sup>[7]</sup>,最初低剂量每日在 25~100mg 时,并不会将 5-羟色胺(5-HT)再摄取阻断<sup>[8]</sup>,抗组胺 H1、 $\alpha_1$  肾上腺素得以保留,起到拮抗的作用<sup>[9]</sup>。有部分的 5-HT<sub>2c</sub> 可以起到拮抗的作用,起到镇静和催眠效果,以此增加慢波睡眠,而且此药的半衰期较短,仅在 6~8h,半衰期短、慢性睡眠等特点,选择低剂量曲唑酮用于睡眠障碍临床应用较少<sup>[10]</sup>。本次研究结果显示,治疗 2w 后、4w 后、6w 后、8w 后,两组平均每日睡眠时间均优于治疗前( $P<0.05$ ),但治疗后两组间平均每日睡眠时间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组入睡潜伏期短于对照组( $P<0.05$ );对照组不良反应发生率高于观察组( $P<0.05$ ),与他人研究相符<sup>[11]</sup>。可见,两种药物作用受体、半衰期各不相同,临床效果也有差异,只有结合患者特点制定个性化治疗方案。两组睡眠时间、入睡时间均未见改善,表明患者长期使用催眠药物后受体产生耐受性。两组用药后均未发生阴茎异常勃起、QT 间期延长等严重不良反应<sup>[12]</sup>。

综上所述,佐匹克隆可以缩短睡眠障碍患者的入睡潜伏期,佐匹克隆用药安全性更高,值得推广应用。

参考文献:

- [1]彭保全,钱琳,段文涛.对重度抑郁症采用喹硫平、曲唑酮进行联合治疗的效果观察[J].北方药学,2017,14(10):35.
- [2]黄宇,贺王伟,黄峥嵘,佐匹克隆与盐酸曲唑酮治疗睡眠障碍的临床疗效观察[J].安徽医药,2018,22(6):1142-1145.
- [3]孙耿先.用盐酸曲唑酮治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠症的效果分析[J].当代医药论丛,2015,13(5):143-144.
- [4]吴喆,夏宪军.盐酸曲唑酮治疗失眠的临床观察[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(2):152-155.
- [5]胡建伟.盐酸曲唑酮治疗苯二氮卓类药物依赖失眠的药学探讨[J].中国医药指南,2016,14(15):138-139.
- [6]杨俊.盐酸曲唑酮对不同年龄失眠伴抑郁、焦虑情绪患者的治疗研究[J].中国社区医师,2017,33(25):64-65.
- [7]李雪丽,唐毅,贾福军,等.使用帕罗西汀和曲唑酮治疗抑郁症合并睡眠障碍的效果研究[J].当代医药论丛,2017,15(11):117.
- [8]王宏升,王培培,董迎利.帕罗西汀和曲唑酮治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床体会[J].中国实用医药,2015,10(34):103-104.
- [9]金超.曲唑酮治疗老年期痴呆睡眠障碍的临床探讨[J].中国现代医药应用,2018,12(13):157-158.
- [10]李志武,刘世红,姜琪,等.曲唑酮对抑郁患者的睡眠障碍及不良反应的影响研究[J].影像研究与医学应用,2018,2(9):238-239.
- [11]李宗国,陶瑞,焦燕,等.曲唑酮对治疗脑卒中后抑郁患者睡眠障碍的临床观察[J].中国健康心理学杂志,2014,22(11):1630-1631.
- [12]贾春红.曲唑酮对缺血性卒中后抑郁失眠的影响[J].当代医学,2015,21(30):3-5.

收稿日期:2019-08-19

## 小剂量酒石酸美托洛尔联合伊伐布雷定治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效分析

苏铭(南阳市第二人民医院心内科,河南 南阳 473000)

**摘要:**目的 研究小剂量酒石酸美托洛尔联合伊伐布雷定治疗慢性心力衰竭(CHF)患者的临床疗效。方法 选择我院 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的 CHF 患者 125 例,按照给药方案不同分为观察组 63 例和对照组 62 例。对照组给予小剂量酒石酸美托洛尔治疗,观察组给予伊伐布雷定+小剂量酒石酸美托洛尔治疗。比较两组疗效、不良反应发生率、治疗前后 HR、血清 NT-proBNP 水平。结果 观察组治疗总有效率为 93.65%,高于对照组的 75.81%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后,观察组 HR、血清 NT-proBNP 水平低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组不良反应发生率为 4.76%,对照组为 9.68%,两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 伊伐布雷定联合小剂量酒石酸美托洛尔治疗 CHF 患者疗效显著,能降低 HR 及血清 NT-proBNP 水平,安全性高。

**关键词:**慢性心力衰竭;伊伐布雷定;酒石酸美托洛尔

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

文章编号:1011-8174(2019)23-4151-02

慢性心力衰竭(CHF)是各种心脏疾病终末期,临床主要表现为心悸、乏力、肾功能损害、失眠等症状,严重威胁患者生命安全<sup>[1]</sup>。 $\beta$ -受体阻滞剂是临床治疗 CHF 常用药物,药效稳定、作用持久,但对部分患者疗效欠佳,故寻找新的治疗方案对临床有重要意义<sup>[2]</sup>。本研究选取我院 CHF 患者 125 例,旨在探讨小剂量酒石酸美托洛尔联合伊伐布雷定治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效。报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我院 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的 CHF 患者 125 例,按照给药方案不同分为观察组 63 例和对照组 62 例。观察组中男 31 例、女 32 例;年龄 40~72(55.68 $\pm$ 6.83)岁;病程 5~13(9.33 $\pm$ 1.09)年;扩张性心脏病 10 例、风湿性心脏病 12 例、高血压心脏病 23 例、冠心病 18 例;心功能分级:IV 级 25 例、III 级 21 例、II 级 17 例。对照组中男 28 例、