

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0033-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.015

# 米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症睡眠障碍的临床观察

唐海燕 丁素静

(郑州大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 观察米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床疗效。**方法:** 选取郑州大学第一附属医院 2019 年 2 月至 2020 年 2 月收治的 60 例抑郁症伴睡眠障碍患者为研究对象, 按照临床用药方案不同将患者分为对照组 (30 例, 米氮平治疗) 与观察组 (30 例, 米氮平联合西酞普兰治疗), 比较两组患者治疗效果。**结果:** 观察组患者治疗 1 个疗程后、3 个疗程后抑郁自评量表 (SDS) 评分及匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者干预后 5-羟色胺、去甲肾上腺素水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 抑郁症伴睡眠障碍患者米氮平联合西酞普兰治疗效果明显优于米氮平治疗效果。

〔关键词〕 抑郁症; 睡眠障碍; 米氮平; 西酞普兰

〔中图分类号〕 R 749.4 〔文献标识码〕 B

抑郁症的发生与遗传因素以及重大生活事件的发生具有密切联系, 在上述因素综合作用下大脑突触间隙 5-羟色胺浓度以及去甲肾上腺素浓度均降低, 从而致使患者出现情绪低落、思维迟缓、言语减少等症状, 据流行病学调查显示约有 90% 抑郁症患者伴睡眠障碍, 抑郁症睡眠障碍是抑郁症患者以早醒、入睡困难、多梦为典型症状<sup>[1-2]</sup>。本研究比较 60 例应用米氮平治疗以及米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症伴睡眠障碍患者预后情况, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 2 月至 2020 年 2 月收治的 60 例抑郁症伴睡眠障碍患者为研究对象, 按照临床用药方案不同将患者分为对照组 (30 例, 米氮平治疗) 与观察组 (30 例, 米氮平联合西酞普兰治疗)。对照组: 男、女分别 15 例、15 例, 年龄 31~68 岁、平均 (43.44 ± 1.45) 岁, 抑郁症病程 2~8 年, 平均病程为 (3.31 ± 0.31) 年。观察组: 男、女分别 16 例、14 例, 年龄 28~65 岁、平均 (43.42 ± 1.42) 岁, 抑郁症病程 2~8 年, 平均病程为 (3.32 ± 0.32) 年。两组患者性别、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 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参考符合 2017 年中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组制定的中国成人失眠诊断与治疗指南相关内容以及中国抑郁障碍防治指南<sup>[3-4]</sup>, 匹茨堡睡眠质量指数量表 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 评分超过 16 分, 患者均符合抑郁症伴

睡眠障碍临床诊断标准。(2) 患者获悉本研究目的与方法后均表示自愿行本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 排除本研究前服用其他药物治疗患者。(2) 排除伴自主活动明显受限患者。(3) 排除伴消化、吸收功能障碍患者。(4) 排除有酗酒史以及药物滥用史患者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予米氮平 (杭州默沙东制药有限公司, 国药准字 J20150132) 治疗, 米氮平初始口服给药剂量为 15 mg, 结合患者病情控制情况逐步增加给药剂量, 米氮平最大给药剂量在 45 mg 以内, 1 次 · d<sup>-1</sup>。

1.3.2 观察组 给予米氮平联合西酞普兰 (四川科伦药业股份有限公司, 国药准字 H20080788) 治疗, 西酞普兰初始口服给药剂量为 10 mg, 持续给药 1 周后将该品给药剂量追加至 20 mg, 1 次 · d<sup>-1</sup>。

两组患者持续给药 4 周为 1 个疗程。

### 1.4 观察指标

(1) 借助抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 判断患者抑郁症状改善情况, 该量表为百分制, 0~50 分表示无抑郁, 50~59 分表示轻度抑郁, 60~69 分表示中度抑郁, > 70 分表示高度抑郁。(2) 借助 PSQI 判断患者睡眠质量改善情况, 该自主总分在 0~21 分, 0~5 分表示睡眠质量很好, 6~10 分表示睡眠质量尚可, 11~15 分表示睡眠质量一般, 16~21 分表示睡眠质量差。(3) 比较两组患者入院时、治疗 3 个疗程后 5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经递质相关检测结果变化情况, 去甲肾上腺素应用高效液相色谱检测, 5-羟色胺应用荧光分光光度计法。

〔收稿日期〕 2020-11-06

〔作者简介〕 唐海燕, 女, 主治医师, 主要研究方向是抑郁症。

### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 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 两组患者治疗前后 SDS 评分比较

观察组患者治疗 1 个疗程与治疗 3 个疗程后 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 两组患者治疗前后 SDS 评分比较 ( $n = 30, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	入院时	1 个疗程	3 个疗程
对照组	72.26 ± 2.45	64.25 ± 2.47	55.21 ± 2.13
观察组	72.25 ± 2.42	58.42 ± 2.45 <sup>a</sup>	45.21 ± 2.12 <sup>a</sup>

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

### 2.2 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较

观察组患者治疗 1 个疗程与治疗 3 个疗程后 PSQI 评分均低于对照组, 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 PSQI 评分比较 ( $n = 30, \bar{x} \pm s, \text{分}$ )

组别	入院时	1 个疗程	3 个疗程
对照组	17.74 ± 1.22	13.21 ± 0.33	10.52 ± 0.23
观察组	17.72 ± 1.21	9.21 ± 0.32 <sup>b</sup>	5.24 ± 0.21 <sup>b</sup>

与对照组比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$   
注: PSQI — 匹茨堡睡眠质量指数量表

### 2.3 两组患者治疗前后相关神经递质含量变化情况比较

观察组患者干预后 5-羟色胺、去甲肾上腺素水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后相关神经递质含量变化情况比较

( $n = 30, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	5-羟色胺 / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	去甲肾上腺素 / $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	230.59 ± 10.53	31.17 ± 2.11
	治疗后	290.43 ± 10.34 <sup>c</sup>	52.05 ± 1.34 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	230.56 ± 10.54	31.18 ± 2.12
	治疗后	352.73 ± 10.35 <sup>cd</sup>	72.72 ± 1.32 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

近些年伴随居民生活节奏的加快与生活压力的增加, 抑郁症发病率逐年攀升, 抑郁症患者以情绪长期低落、思维迟缓、活动抑制为典型症状, 本病的发生受遗传因素以及患者居住环境的影响, 患者在日常生活中突然遭受重大生活事件的打击, 大脑突触间隙 5-羟色胺含量以及去甲肾上腺素含量降低, 目前临床常用 5-羟色胺抑制剂治疗<sup>[4]</sup>。抑郁症患者多同时伴睡眠障碍症状, 充足睡眠可补充机体能量, 影响

机体免疫功能以及多种神经递质分泌, 消除身体疲惫, 保护大脑, 防止大脑长期处于睡眠状态, 以致耗氧量减少, 影响 5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经激素的分泌<sup>[5]</sup>。米氮平属于临床常用抗抑郁药物, 该品给药后可增强肾上腺素能的传递, 同时与中枢神经 5-羟色胺受体进行结合, 抑制中枢突触前膜与 5-羟色胺结合, 增加中枢神经突触前间隙 5-羟色胺浓度, 发挥镇静效果。现代药理研究显示米氮平给药后生物利用率在 50% 左右, 给药 2 h 后血浆浓度可达到 85%, 该半衰期在 40 ~ 65 h 左右, 该品有较好的耐受性, 对胆碱能代谢不会造成较大影响<sup>[6]</sup>。西酞普兰属于选择性单胺氧化酶抑制剂, 本品口服给药后可影响中枢神经突触前缘 5-羟色胺受体对 5-羟色胺的再摄取, 以提升血浆中 5-羟色胺含量, 此外, 该品可同时抑制中枢神经突触前缘对去甲肾上腺素的再摄取, 现代药理研究显示本病口服给药后期生物利用率在 80% 左右, 主要代谢方式是经肝脏、肾脏代谢。王文桥临床研究显示对于行米氮平联合西酞普兰治疗的观察组, 患者治疗后 SDS 评分为 (44.28 ± 2.11) 分, 低于单一应用米氮平治疗的对照组<sup>[7]</sup>。本研究与王文桥临床研究结果一致, 本研究中两组患者治疗后 SDS 评分与治疗前相比均有一定程度的降低, 其中观察组患者治疗后 SDS 评分比对照组低。此外, 观察组患者 PSQI 评分比对照组低, 5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经递质均高于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 抑郁症伴睡眠障碍患者米氮平联合西酞普兰治疗效果显著。

### [参考文献]

- (1) 王爱芹, 李涛, 赵明. 艾司西酞普兰联合米氮平治疗抑郁症睡眠障碍患者疗效 (J). 中国民康医学, 2018, 30(9): 11-12, 15.
- (2) 庄成桂. 西酞普兰联合米氮平治疗抑郁症患者睡眠障碍临床效果研究 (J). 世界睡眠医学杂志, 2019, 6(11): 1499-1501.
- (3) 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南 (2017 版) (J). 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- (4) 牛雅娟. 《中国抑郁障碍防治指南》药物治疗解读 (J). 临床药物治疗杂志, 2018, 16(5): 6-8.
- (5) 王俊仙. 米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症患者睡眠障碍的疗效评价 (J). 中国卫生工程学, 2020, 19(1): 105-107.
- (6) 顾翠, 可秦, 张平, 等. 米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床观察 (J). 中国药房, 2017, 28(5): 670-673.
- (7) 王文桥, 李秋露, 肖俊. 米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床观察 (J). 中国保健营养, 2019, 29(20): 252.