

艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗老年抑郁伴失眠的有效性及其安全性探讨

刘洋

(大庆市第三医院 黑龙江 大庆 163000)

【摘要】目的:探究老年抑郁伴失眠患者联合应用艾司西酞普兰和阿戈美拉汀治疗的有效性和安全性。**方法:**选择2020年12月至2022年1月本院收治老年抑郁伴失眠患者100例作为研究对象,使用随机数字表法分组,分为对照组和观察组,每组各50例患者。对照组采用艾司西酞普兰方案治疗,观察组采用艾司西酞普兰和阿戈美拉汀联合方案治疗,比较两组患者治疗有效性、治疗安全性以及治疗前、治疗1周、治疗2周、治疗4周、治疗8周时的汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)、匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)得分。**结果:**观察组患者治疗显效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者用药不良反应发生率与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗前,两组患者HAMA、PSQI得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者治疗1周、治疗2周、治疗4周、治疗8周时HAMA、PSQI得分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗老年抑郁伴失眠疗效显著,安全性高,值得推广。

【关键词】艾司西酞普兰;阿戈美拉汀;老年抑郁伴失眠;联合用药;有效性;安全性

【中图分类号】R749.4;R740

【文献标识码】B

【文章编号】1002-8714(2023)01-0263-03

前言:近年来,随着我国社会人口老龄化进程推进,老年人群数量已经突破2.6亿人。抑郁、失眠是老年人常见、多发疾病,据临床调查显示,我国老年居民抑郁症患病率约10%,其中40~90%的患者并发失眠症状,严重影响着老年居民身体健康,降低其生活质量,如何有效诊治老年抑郁伴失眠已经成为了社会关注的热点问题^[1]。药物治疗是老年抑郁伴失眠患者常用治疗方案,但因年龄增长,身体机能下降,单一药物治疗效果并不显著,且用药不良反应较为常见^[2]。因此,寻求更高效、安全的药物治疗方案就显得尤为重要。本文即选择2020年12月至2022年1月本院收治老年抑郁伴失眠患者100例作为研究对象,探究艾司西酞普兰和阿戈美拉汀联合治疗老年抑郁伴失眠的有效性和安全性,为老年抑郁伴失眠患者临床诊治提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年12月至2022年1月本院收治老年抑郁伴失眠患者100例作为研究对象,使用随机数字表法分组,分为对照组和观察组,每组各50例患者。对照组中,男患者28例、女患者22例,年龄61~78岁,平均年龄(68.75 ± 4.85)岁;病程6个月~63个月,平均病程(15.24 ± 3.88)个月;伴侣状况:同居38例、独居4例、丧

偶8例。观察组中,男患者26例、女患者24例,年龄62~80岁,平均年龄(68.72 ± 4.78)岁;病程5个月~60个月,平均病程(15.18 ± 3.46)个月;伴侣状况:同居36例、独居6例、丧偶8例。两组患者性别、年龄、病程、伴侣情况资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,且本次研究得到医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)患者均确诊老年抑郁伴失眠,符合诊断标准;(2)患者及家属均知情研究,并签署同意书;(3)患者汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[3]得分 ≥ 17 分、匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[4]得分 > 5 分。

排除标准:(1)合并脑部器质性病变患者;(2)合并精神活性物质引起的精神障碍患者;(3)合并心肺等重要脏器器质性病变患者;(4)对本研究使用药物过敏患者;(5)中途退出研究的患者;(6)严重悲观、厌世情绪患者。

1.3 方法

对照组采用艾司西酞普兰方案治疗,艾司西酞普兰由浙江华海药业股份有限公司生产,规格5mg*28片,批准文号:国药准字H20193300,使用方法:口服,初始剂量每日1片,第3日后改为每日2片,连续用药四周后,

视患者改善程度增加剂量至3~4片,于早餐后服用。

观察组采用艾司西酞普兰和阿戈美拉汀联合方案治疗,艾司西酞普兰使用同对照组,阿戈美拉汀由江苏豪森药业股份有限公司提供,规格25mg*14片,批准文号:国药准字H20143375,阿戈美拉汀使用方法:口服,初始剂量每日1片,用药3d后可依照患者治疗效果适当增减剂量,但单日最高剂量需≤100mg。

两组患者均治疗8周。

1.4 观察指标

1.4.1 两组患者治疗有效性比较。治疗有效性由本院自制标准判定,纳入:痊愈、显效、有效、一般四项,痊愈:患者HAMA得分降低≥75%,PSQI得分降低≥5;显效:50%≤患者HAMA得分降低<75%,PSQI得分降低≥5;有效:25%≤患者HAMA得分降低<50%,PSQI得分降低<5;一般:患者HAMA得分降低<25%,PSQI得分降低<5;治疗总显效率=(痊愈+显效)患者例数/分组总患者例数*100%。

1.4.2 两组患者治疗安全性比较。经统计,两组患者用药不良反应主要有7类:头晕、口干、多汗、嗜睡、恶心、视

力下降、失眠。

1.4.3 两组患者治疗前、治疗1周、治疗2周、治疗4周、治疗8周时的HAMA、PSQI。HAMA量表共计14个项目,单项目均采用5级评分法(0~4分),以无症状为0分,以轻度症状为1分,以中等症状为2分,以重度症状为3分,以极重症状为4分,得分越低,患者焦虑情绪越轻。PSQI共计18项条目,分7个成份,各成份均采用4级评分法(0~3分),以很好计0分,以较好计1分,以较差计2分,以很差计3分,总分21分,得分越低,患者睡眠质量越好。

1.5 统计学处理

本研究数据均采用SPSS26.0系统处理。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,以t检验。计数资料用(%)表示,以 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 则表明差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗有效性比较

观察组患者治疗显效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详情见表1。

表1 治疗有效性比较[n(%)]

组别	痊愈	显效	有效	一般	总显效率
对照组(n=50)	20(40.00)	19(38.00)	10(20.00)	1(2.00)	39(78.00)
观察组(n=50)	27(54.00)	20(40.00)	3(6.00)	0(0.00)	47(94.00)
χ^2	-	-	-	-	5.3156
P	-	-	-	-	0.0211

2.2 两组患者治疗安全性比较

经统计,对照组共计发生不良反应8例(16.00%),其中头晕2例(4.00%)、口干1例(2.00%)、多汗1例(2.00%)、嗜睡1例(2.00%)、恶心1例(2.00%)、视力下降1例(2.00%)、失眠1例(2.00%)。观察组共计发生不良反应10例,其中头晕2例(4.00%)、口干2例(4.00%)、多汗2例(4.00%)、嗜睡1例(2.00%)、恶心1例(2.00%)、视力下降1例(2.00%)、失眠1例(2.00%)。观察组患者用药不良反应发生率与对照组相

比,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.2710, P = 0.6027; P > 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前、治疗1周、治疗2周、治疗4周、治疗8周时的HAMA、PSQI得分比较

治疗前,两组患者HAMA、PSQI得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者治疗1周、治疗2周、治疗4周、治疗8周时HAMA、PSQI得分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详情见表2。

表2 不同时间HAMA、PSQI得分比较($\bar{x} \pm s$;分)

组别	治疗前		治疗1周	
	HAMA	PSQI	HAMA	PSQI
对照组(n=50)	29.57 ± 3.26	11.28 ± 2.69	27.22 ± 3.16	10.22 ± 2.25
观察组(n=50)	29.62 ± 3.18	11.33 ± 2.59	24.66 ± 2.88	9.16 ± 1.89
T	0.0776	0.0947	4.2339	2.5508
P	0.9383	0.9248	0.0001	0.0123

续表:

治疗 2 周		治疗 4 周		治疗 8 周	
HAMA	PSQI	HAMA	PSQI	HAMA	PSQI
23.25 ± 2.88	8.66 ± 1.88	18.65 ± 2.81	7.04 ± 1.32	13.55 ± 2.55	5.99 ± 1.16
19.64 ± 2.83	7.36 ± 1.45	14.23 ± 2.02	6.08 ± 1.23	10.18 ± 1.89	4.81 ± 1.04
6.3220	3.8718	9.0311	3.7624	7.5076	1.9851
0.0000	0.0002	0.0000	0.0000	0.0000	0.0499

3 讨论

抑郁症是临床常见的一种高发病率、高死亡率疾病,且受精神意念影响,患者自残、自杀行为普遍,给社会、家庭带来了极大的负担。失眠是抑郁症患者常见并发症,但二者又可相互作用。据邓怀丽等^[5]学者的研究表明,失眠是抑郁症患者病情复发的危险因素之一,也是影响患者预后康复的重要因素。而李慧敬等^[6]学者也佐证了失眠对抑郁症的影响,认为失眠患者抑郁症患病率约为无失眠者的 2 倍,抑郁症伴失眠患者功能损害较单纯抑郁症患者更为严重,可进一步降低患者生活质量,损伤患者治疗积极性,提高治疗难度。因此,临床对抑郁症伴失眠患者有效诊治尤为重视。

老年人群是抑郁症主要发病人群之一,随着我国老年人口数量的增长,老年抑郁伴失眠患病率也呈现逐年迅猛提升态势。现阶段,临床多采用药物方案治疗老年抑郁伴失眠症状,艾司西酞普兰和阿戈美拉汀均为常见用药。艾司西酞普兰是一种选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂,能够增进人体中枢神经系统再摄取 5-羟色胺能作用,从而抑制 5-羟色胺再摄取,改善抑郁症状。阿戈美拉汀则是一种新型的抗抑郁药物,可有效促进马齿状回区域细胞以及神经元再生,并提高马齿状回区域细胞以及神经元的可塑性,同时通过激动 MT1、MT2 受体以及拮抗 5-HT_{2c} 来促进前额叶多巴胺、去甲肾上腺素神经递质分泌,从而改善患者生物节律,提高其睡眠质量,最终发挥抗抑郁效果^[7]。

本文中,观察组患者治疗显效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者治疗 1 周、治疗 2 周、治疗 4 周、治疗 8 周时 HAMA、PSQI 得分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,对老年抑郁伴失眠患者联合应用艾司西酞普兰、阿戈美拉汀治疗效果优于单一应用艾司西酞普兰,可显著改善患者抑郁、失眠症状,提高其生活质量。这可能是因为阿戈美拉汀经人体口服后吸收快速、良好,药性利用率高,且阿戈美拉汀能够释放谷氨酸,保护患者神经系统,从而提高了患者治疗效果。

观察组患者用药不良反应发生率与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。则表明了联合用药并不会显著提升患者用药不良反应发生率,凸显用药的安全性,这与娄元菊^[8]学者的研究结果大致相同。

综上所述,老年抑郁伴失眠患者应用艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗效果显著,用药不良反应少,安全性高,值得推广。

参考文献

- [1] 邹惠笑. 艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗难治性抑郁症的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(11): 149-150.
- [2] 朱冬冬, 陈进, 左晓伟, 等. 阿戈美拉汀联合艾司西酞普兰治疗抑郁症伴睡眠障碍的临床疗效及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(22): 17-19, 22.
- [3] 王纯, 楚艳民, 张亚林, 等. 汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[C]. //中华医学会第九次精神病学全国学术会议论文集. 2011: 65-66.
- [4] 程雪, 杨辉, 黄雪萍, 周小艳, 文晏, 范征莉, 刘浩, 邓永清. 阿戈美拉汀与艾司西酞普兰治疗伴失眠抑郁症对照研究[J]. 中国药业, 2018, 27(21): 70-73.
- [5] 邓怀丽, 张润琴. 艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗老年抑郁伴失眠的对照研究[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(14): 2373-2374.
- [6] 李慧敬, 崔明湖, 张兰兰, 等. 阿戈美拉汀与艾司西酞普兰治疗首发抑郁症的随机对照研究[J]. 滨州医学院学报, 2019, 42(5): 332-334.
- [7] 张德伦, 陈林. 阿戈美拉汀与艾司西酞普兰治疗抑郁症有效性与安全性的对照研究[J]. 中国医院药学杂志, 2019, 39(9): 966-968, 973.
- [8] 娄元菊. 艾司西酞普兰联合阿戈美拉汀治疗老年抑郁伴失眠的效果观察[J]. 中国社区医师, 2021, 37(26): 39-40.