

右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍的疗效及不良反应发生率分析

乔 鑫

吉林市第六人民医院 吉林 吉林 132000

【摘要】目的：综合分析右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者的疗效以及对不良反应影响。方法：选取医院收治的80例精神分裂症伴睡眠障碍患者（研究时间为2022年3月-2024年3月）。按照数字随机表法分为两组：对照组（40例，应用口服阿立哌唑药物治疗方法）、实验组（40例，应用阿立哌唑+右佐匹克隆辅助治疗方法）。采用统计学分析两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率、不良反应发生率以及治疗前后匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分、认知功能评分、神经功能评分。结果：与对照组相较，实验组临床治疗总有效率更高（ $P<0.05$ ）；两组不良反应发生率比较无差异（ $P>0.05$ ）；两组治疗前匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分、认知功能评分、神经功能评分比较无差异（ $P<0.05$ ），治疗后，与对照组相较，实验组匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分更低，实验组认知功能评分、神经功能评分更高（ $P<0.05$ ）。结论：右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者的疗效显著，与此同时可积极改善其睡眠质量、认知功能和神经功能，具有较高安全性。

【关键词】：右佐匹克隆；辅助治疗；精神分裂症伴睡眠障碍；不良反应；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.057

目前临床尚未明确精神分裂症的具体发生机制，多数专家认为与以下因素相关：遗传因素、环境因素以及大脑结构异常因素等^[1-2]。精神分裂症患者普遍出现认知功能障碍以及睡眠障碍等，对其日常工作和生活产生严重影响。精神分裂症伴睡眠障碍将导致病情反复发作，与此同时相应加大临床治疗难度。目前尚未研究出特效治疗方案。常规药物治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者无法显著提高其睡眠质量，不利于改善患者预后。右佐匹克隆是一种镇静催眠药物，口服吸收快、半衰期长且生物利用度高。有关研究显示，右佐匹克隆用于精神分裂症伴睡眠障碍患者中的疗效显著^[3]。本文将对其进行有关分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取医院收治的80例精神分裂症伴睡眠障碍患者（研究时间为2022年3月-2024年3月）。

对照组：男性/女性患者分别有25例、15例，年龄（ 46.72 ± 2.63 ）岁，病程（ 5.45 ± 1.18 ）年。

实验组：男性/女性患者分别有24例、16例，年龄（ 45.65 ± 3.37 ）岁，病程（ 5.62 ± 1.09 ）年。

两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的一般资料比较未有差异（ $p>0.05$ ）。

纳入标准：（1）均在患者家属知情下参与；（2）资料完整者；（3）年龄均大于18岁者。

排除标准：（1）对本次研究所使用的药物过敏者；（2）合并严重器质性疾病者；（3）中途退出者。

1.2 方法

对照组应用常规治疗方法：口服阿立哌唑。阿立哌唑药物国药准字为H20041506，生产企业为上海中西制药有限公司，产品规格为5mg×14片，治疗方法为1d1次且每次5mg，共用药4周。

实验组应用阿立哌唑（同上）+右佐匹克隆辅助治疗方法：国药准字为H10980163，生产企业为齐鲁制药有限公司，产品规格为7.5mg×12片，治疗方法为1d1次且每次7.5mg，共用药4周。

1.3 观察指标

分析两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率^[4]（显效内容：匹兹堡睡眠指数减分率大于或等于80%；有效内容：匹兹堡睡眠指数减分率介于25~79%；无效：匹兹堡睡眠指数减分率小于25%）、不良反应（恶心、嗜睡以及头晕等）发生率以及治疗前后匹兹堡睡眠质量评分（采用PSQI量表^[5]进行评价，分数越高，睡眠质量越差）、阳性与阴性症状量表评分（采用PANSS量表^[6]进行评价，分数越高，精神状态越差）、认知功能评分（采用MoCA量表^[7]进行评价，分数越高，认知功能越好）、神经功能评分（采用MMSE量表^[8]进行评价，分数越高，神经功能恢复越好）。

1.4 统计学分析

统计学使用SPSS 26.0软件，计数资料（如临床治疗总有效率以及不良反应发生率）以n/%表示，与此同时采用 χ^2 检验。计量资料（如治疗前后匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分、认知功能评分和神经功能评分）以 $\bar{x} \pm s$ 表示，

与此同时采用 t 检验。P<0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率

与对照组相较，实验组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率更高（P<0.05）。见表 1。

表 1 对比两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率（n/%）

组别	实验组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2 值	P 值
显效	32(80.00)	25(62.50)		
有效	6(15.00)	7(17.50)		
无效	2(5.00)	8(20.00)		
临床治疗总有效率	38(95.00)	32(80.00)	4.1143	0.0425

2.2 对比两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的不良反应发生率

两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的不良反应发生率比较无差异（P>0.05）。见表 2。

表 2 对比两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的不良反应发生率（n/%）

组别	实验组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2 值	P 值
恶心	1(2.50)	1(2.50)		
嗜睡	1(2.50)	1(2.50)		
头晕	0(0.00)	1(2.50)		
不良反应发生率	2(5.00)	3(7.50)	0.2133	0.6441

2.3 对比两组患者治疗前后临床有关指标比较

两组治疗前匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分、认知功能评分、神经功能评分比较无差异（P<0.05），治疗后，与对照组相较，实验组匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分更低，实验组认知功能评分、神经功能评分更高（P<0.05）。见表 3、表 4、表 5。

表 3 两组患者治疗前后匹兹堡睡眠质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		实验组(n=40)	对照组(n=40)	t 值	P 值
睡眠质量	治疗前	2.02±0.45	2.05±0.41	0.3116	0.7561
	治疗后	0.88±0.24	1.35±0.49	5.4480	0.0000
入睡时间	治疗前	2.13±0.66	2.15±0.64	0.1375	0.8909
	治疗后	0.92±0.18	1.45±0.13	15.0967	0.0000

睡眠时间	治疗前	2.17±0.46	2.19±0.44	0.1987	0.8430
	治疗后	0.88±0.22	1.45±0.63	5.4022	0.0000
睡眠效率	治疗前	2.22±0.46	2.25±0.43	0.3013	0.7640
	治疗后	0.78±0.19	1.33±0.29	10.0332	0.0000
睡眠障碍	治疗前	2.33±0.58	2.36±0.55	0.2373	0.8130
	治疗后	0.78±0.11	1.41±0.06	31.7995	0.0000
日间功能障碍	治疗前	2.23±0.74	2.25±0.71	0.1233	0.9022
	治疗后	0.71±0.13	1.36±0.18	18.5148	0.0000

表 4 两组患者治疗前后阳性与阴性症状量表评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		实验组(n=40)	对照组(n=40)	t 值	P 值
阳性症状	治疗前	20.56±2.63	20.58±2.61	0.0341	0.9729
	治疗后	13.52±1.18	16.17±1.13	10.2583	0.0000
阴性症状	治疗前	41.68±5.59	41.72±5.54	0.0321	0.9744
	治疗后	27.27±3.31	32.44±4.24	6.0788	0.0000
总分	治疗前	64.63±6.52	64.58±6.59	0.0341	0.9729
	治疗后	38.18±2.27	42.89±3.36	7.3462	0.0000

表 5 两组患者治疗前后认知功能以及神经功能评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别		实验组(n=40)	对照组(n=40)	t 值	P 值
认知功能	治疗前	17.23±2.76	17.19±2.55	0.0673	0.9465
	治疗后	26.23±1.21	20.45±1.18	21.6292	0.0000
神经功能	治疗前	16.68±3.31	16.71±3.26	0.0408	0.9675
	治疗后	28.71±0.96	22.23±1.75	20.5324	0.0000

3 讨论

睡眠障碍主要指的是：机体在正常睡眠环境下以及状态下无法正常睡眠。失眠是睡眠障碍患者的常见症状。而机体长期处于睡眠障碍状态之中会导致精神分裂症患者感知觉发生变化，成为诱发精神分裂症的原因之一^[9]。精神障碍与睡眠障碍互为影响，二者互为恶性循环。精神分裂症患者因受到思维和情感影响，导致其精神活动与睡眠环境不和谐。精神分裂症患者除发生睡眠障碍症状外，还出现语言功能障碍、情感功能障碍、行为功能障碍等^[10]。精神分裂症患者的阳性症状表现为：思维障碍和幻觉等。精神分裂症患者的阴性症状表现为：情感

缺乏、兴趣减退以及社交退缩等^[11]。阿立哌唑药物可加速患者入睡，与此同时延长患者的睡眠时间^[12]。但是，实际工作过程中发现其成瘾性大，继而出现严重后果。因此临床建议开展联合药物治疗，从而减少对药物的依赖性。右佐匹克隆是镇静药物的代表，受体亲和力高达左旋体 50 倍左右^[13]。患者在口服右佐匹克隆药物后 60min 内便达到顶峰。即使重复给药，仍然未对患者产生蓄积作用，短期用药具有较高价值。本研究中，与对照组相较，实验组精神分裂症伴睡眠障碍患者的临床治疗总有效率更高（ $P < 0.05$ ）；两组精神分裂症伴睡眠障碍患者的不良反应发生率比较无差异（ $P > 0.05$ ）。上述研究结果与李伟^[14]作者的研究结果保持高度一致。

右佐匹克隆药物可在一定程度上刺激 γ -氨基丁酸受体，发挥理想的镇静和催眠效果。另有研究指出，右佐匹克隆药物可

迅速作用于机体脑组织，与此同时不受 R 异构体成分影响，即使联合用药也不会增加患者的不良反应^[15]。本文研究指出，治疗后，与对照组相较，实验组精神分裂症伴睡眠障碍患者的匹兹堡睡眠质量评分、阳性与阴性症状量表评分更低，实验组认知功能评分、神经功能评分更高（ $P < 0.05$ ）。从上述研究结果不难看出，右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者时不仅仅可达到理想的镇静效果，而且能够改善患者的睡眠状态，加速认知功能和神经功能恢复。有学者认为，右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者时，其耐受度比较高，受到广大医患人员的肯定。

综上所述，右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者的疗效显著，与此同时可积极改善其睡眠质量、认知功能和神经功能，具有较高安全性。

参考文献:

- [1] 初亮.采用右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍患者的效果及安全性[J].中国医药指南,2022,14(5):76-78.
- [2] 杨金玉,王雪,邓华,等.右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍的效果分析[J].智慧健康,2023,9(12):66-69.
- [3] 王晓东,王海斌,杨岳.右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症伴睡眠障碍的临床疗效观察[J].贵州医药,2022,46(4):568-569.
- [4] 刘贝,颜晨,徐宏峰,等.右佐匹克隆联合奥氮平治疗精神分裂症伴睡眠障碍的效果及对患者神经功能和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(4):771-773.
- [5] 胡广旭,赵云东,孙连凤.齐拉西酮联合右佐匹克隆治疗精神分裂症伴睡眠障碍的效果[J].临床医学工程,2024,31(1):39-40.
- [6] 林彩婷,陈秀娥.右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症并发睡眠障碍的临床疗效[J].临床合理用药,2023,16(36):13-16.
- [7] 苏健军,敬攀,徐永明.帕利哌酮联合右佐匹克隆对精神分裂症合并失眠患者血浆神经营养因子及神经递质的影响[J].中国基层医药,2021,28(12):1856-1860.
- [8] 黄河亮,姚晓慧.右佐匹克隆片与奥氮平联合治疗精神分裂症对其睡眠的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(1):149-150.
- [9] 黄燕,吴志雄,陈桂权,等.右佐匹克隆与劳拉西泮辅助治疗精神分裂症睡眠障碍对照研究[J].中外医学研究,2021,14(2):43-45.
- [10] 侯莹莹,程世峰,王丹,等.右佐匹克隆替换对长期服用苯二氮类药慢性精神分裂症患者睡眠质量、生活质量的影响[J].临床研究,2021,29(1):47-48.
- [11] 刘海刚,陶冶平,贺思浓.右佐匹克隆与扎来普隆治疗失眠症患者的安全性评价[J].中外医疗,2023,42(9):115-118,123.
- [12] 金超.右佐匹克隆替换对长期服用苯二氮类药慢性精神分裂症患者睡眠的影响[J].中国医药指南,2018,16(18):158-159.
- [13] 金超.右佐匹克隆替换对长期服用苯二氮[¹⁴卓]类药慢性精神分裂症患者睡眠的影响[J].中国医药指南,2018,16(18):158-159.
- [14] 李伟.探讨右佐匹克隆辅助治疗精神分裂症睡眠障碍的疗效及安全性[J].海峡药学,2019,31(3):228-229.
- [15] 张璐,张卫,袁长红,等.经颅直流电刺激联合右佐匹克隆治疗慢性失眠患者的临床研究[J].天津医药,2023,51(11):1227-1231.