

阿普唑仑对老年高血压并发慢性失眠患者疗效分析

田季雨 刘利忠 姚晓红 常晓琳 张军

解放军 63750 部队医院, 陕西, 710032;

摘要: 目的: 观察阿普唑仑后对合并睡眠障碍老年高血压患者睡眠、血压、焦虑指数的影响。方法: 随机将 117 例高血压合并睡眠障碍的老年患者分成 2 组: 治疗组 (56 名患者) 维持原有降压方案, 每晚睡前根据需要加服 0.4 至 0.8 毫克的阿普唑仑片; 对照组 (61 名患者) 则继续其原有的降压药物治疗。所有参与者在研究开始前均已完成睡眠日记的记录, 并测量了血压、记录 HAMA 评分。结果: ①两组治疗后血压均有所下降, 但治疗组在收缩压和舒张压的降低幅度上显著优于对照组 ($P < 0.05$)。②治疗组较对照组在睡眠潜伏时间、睡眠效率、睡眠时间均改善明显, 有统计学意义 ($P > 0.05$)。③治疗组 HAMA 焦虑指数较对照组下降明显 ($P < 0.05$)。结论: 在原治疗方案不变的情况下存在睡眠障碍的老年高血压患者按需加服用阿普唑仑可有效改善睡眠质量, 且有辅助降压作用。

关键词: 阿普唑仑; 高血压; 慢性失眠; 焦虑; 睡眠质量

DOI: 10.69979/3029-2808.24.6.041

失眠和高血压在老年人中很常见, 对这一人群的整体健康状况有广泛的影响。根据国际睡眠障碍分类 (ICSD) 第三版, 失眠被定义为一种状况, 即尽管存在充分的睡眠机会与条件, 个体仍持续面临睡眠起始、持续时间、稳定性或质量的困扰, 并因此造成某种日间功能损害¹。根据已发表的流行病学研究, 老年人口失眠的患病率为 9% 至 34%²⁻⁴。高血压也是一种老年常见疾病, 最近对这两种疾病之间的关系有很多研究, 发现失眠和高血压之间存在很强的相关性⁵。为了解释这种关联, 已经提出了下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴功能障碍的生物学模型, 但机制尚不清楚。然而, 可能涉及心理因素, 包括情绪困扰和生物学因素, 包括唤醒相关神经通路的过度活动⁶。

既往的研究⁷已经表明, 高血压患者的睡眠质量比血压正常的人差。睡眠问题与高血压风险的提升、难以控制及顽固型高血压相关的血管炎症, 以及全因死亡率的增高有关。有研究结果已经表明, 治疗高血压患者的睡眠障碍可以降低血压。本研究旨在探讨阿普唑仑对高血压患者血压水平、睡眠质量和焦虑情绪的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取了 2012 年 1 月至 2015 年 6 月期间, 在我院门诊或住院部自愿参与研究的 117 例老年高血压且伴有睡眠障碍的患者。高血压的诊断参考患者通过体格检查诊

断为高血压: 根据世界卫生组织/国际高血压学会 (WHO/ISH) 的诊断指南, 高血压被定义为久坐不动的舒张压 (SiDBP) 大于 90 mmHg 和/或久坐不动的收缩压 (SiSBP) 大于 140 mmHg。睡眠障碍的诊断依据为中国精神障碍诊断与分类标准 (CCDM-3) 中的失眠症标准, (1) 失眠是主要症状, 其定义是难以入睡或维持睡眠, 早醒或非恢复性睡眠。(2) 睡眠障碍每周至少发生三次, 持续至少一个月。(3) 睡眠障碍对患者造成明显困扰或社会功能受损。(4) 排除任何已知的器质因素, 包括神经或其他疾病、精神活性物质的使用或药物。其他排除标准包括: 入组前一周内使用过抗精神病或抗抑郁药物; 患有其他系统的严重疾病; 以及存在睡眠呼吸暂停综合征。在入选时, 两组患者的基线情况均无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

将参与者随机分为治疗组 (56 人) 和对照组 (61 人)。治疗组维持原有降压方案不变, 每晚睡前根据需要加服 1-2mg 阿普唑仑片; 对照组则继续按原方案服用降压药物。次日早晨起床后 15 分钟内, 完成睡眠日记的记录, 并测量血压、心率, 同时记录任何不良事件。在治疗前以及第 28 天对以下项目进行了测试和记录:

(1) PSQI 评估; (2) HAMA (汉密尔顿, 1959 年)。研究期间, 尽量保持降压药物的种类和剂量不变。整个疗程持续 4 周, 采用开放治疗方式, 并以平均血压作为治

疗后的血压值。

1.3 疗效判定

根据台式水银柱血压计的测量结果，对比了患者治疗前后的血压变化。同时，依据患者的观察日记来评估治疗效果及副作用，这涵盖了入睡时间、日间宿醉感、对睡眠质量的自我评价以及其他可能的不良反应。对于睡眠状况的评估，采用了综合平均值的方法，即治疗后评分基于观察日记中每次记录的平均值来确定。在研究结束时，研究者会根据每位患者治疗前后的睡眠状况分数来评判疗效。通过 PSQI 总评分的降低率评估失眠的治疗效果，PSQI 总评分定义为[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%，恢复≥75%，效果显著 50-74%，有效 25-49%，无效<25%。HAMA 是一种广泛使用且经过

充分验证的问卷，旨在量化焦虑症状的严重程度 (Hamilton, 1959)。它由 14 个项目组成，每个项目都包含许多症状，并以 0-4 的等级评分，其中 4 个为最严重的。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 13.0 软件对数据进行统计分析，具体包括 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压水平比对

治疗前，两组间的血压水平无统计学显著差异 ($P > 0.05$)。经过治疗，两组的血压均有所下降，但治疗组在收缩压和舒张压方面的降低幅度相较于对照组更为显著 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后血压水平比对 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男/女	年龄 (岁)	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
				治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	56	31/25	67.5±8.2	153.4±14.8	114.3±8.5 ^a	82.7±9.1	71.0±8.6 ^a
对照组	61	32/29	68.3±10.1	157.4±15.2	126.6±6.9	79.9±9.7	77.3±11.2

与对照组比较: 1) $P < 0.05$

2.2 睡眠状况改善评估

在治疗前后，治疗组与对照组的入睡时间均有所缩短，睡眠时间相应延长，且睡眠效率得到提升。尽管对

照组在入睡时间、睡眠效率及睡眠时间等方面的变化在治疗前后未达到统计学显著差异 ($P > 0.05$)，但治疗组在这些方面的改善程度均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后睡眠状况改善评估比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	评估时间	入睡时间(min)	睡眠效率 (%)	睡眠时间 (h)
治疗组	56	Baseline	94.4 ± 48.0	49.3 ± 25.0	3.7 ± 1.5
		Day 28	58.3 ± 24.3 ^a	74.8 ± 21.5 ^a	5.6 ± 1.9 ^a
对照组	61	Baseline	97.6 ± 44.7	46.7 ± 20.4	3.8 ± 1.3
		Day 28	92.5 ± 40.7	50.1 ± 21.9	4.1 ± 1.2

与对照组比较: a $P < 0.05$

2.3 治疗前后焦虑情况评估

与基线评分 (21.6±7.7) 分相比，治疗组的 HAMA 评分在第 28 天 (14.5±6.9) 分有显著下降，与对照组 (21.3±8.0) 分相比有显著差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

前瞻性队列研究已经报道了睡眠障碍和高血压风险之间的联系，这被认为

是由睡眠限制条件下的交感神经活动的增加所

介导的。特别是，睡眠障碍可能会减少夜间血压的下降，从而增加平均 24 小时血压，这是中风的一个独立危险因素 [9]。

本研究结果显示，确保足够的睡眠或许能对降低血压起到辅助作用。患者在服用阿普唑仑后，虽然可能会出现头晕和不清醒等副作用，但这些不良反应的发生率相对较低，且患者普遍对此有较好的耐受性，一旦停药，这些症状便会消失。因此，为了缓解高血压患者的失眠状况，控制夜间及清晨的血压上升，并预防潜在的危险

事件,适时或按需使用镇静催眠药物以确保充足睡眠,被证明是有益的。这与既往研究结果相似:在既往的研究中,睡前1mg的依他唑仑1mg治疗4周后,可使坐位的早晨SBP比基线降低了10 mmHg。此外,达到目标血压(定义为血压<140/90 mm Hg)的患者比例比安慰剂组显著提高。除了显著降低血压外,与安慰剂相比,乙唑仑受体在睡眠质量(使用匹兹堡睡眠质量指数评估),焦虑和抑郁方面也显示出显著改善。在另一项研究中,唑吡坦治疗30天显著改善了睡眠质量和血压水平($P < 0.05$)。经过唑吡坦治疗,更多患者夜间非勺型血压曲线的患者被转换为勺型曲线(50%vs 9%; $P < 0.01$)。

阿普唑仑治疗组HAMA焦虑评分显著下降,对患者的血压下降也有很大帮助。既往研究发现失眠也是精神疾病的一个风险因素,如重度抑郁症或焦虑障碍,这表明高血压患者共病失眠也可能增加发展其他精神疾病的风险,导致健康结果恶化。状态特质焦虑和抑郁症状实际上一直是推测在调节自主神经活动中发挥重要作用,从而促进高血压的发展和维持。因失眠、一般焦虑和抑郁症状经常同时发生,并可能存在双向的因果关系。失眠、焦虑、抑郁和高血压可能有一些共同的病理生理机制,如交感神经系统和下丘脑-垂体-肾上腺轴的过度激活(或过度兴奋),这可能解释了在该人群中发现的复杂的相互关系。这些结果的主要含义强化了失眠、焦虑和抑郁症状应该是治疗高血压患者的一个重要目标,并应纳入旨在教授适当的压力评估的临床方法。

参考文献

[1]郑美村.老年慢性失眠症合并焦虑患者应用甜梦口服液配合阿普唑仑治疗的临床观察[J].世界睡眠医学杂志2021年8卷7期,1165-1167页,2021.

[2]Baglioni C,Riemann D.Is chronic insomnia a precursor to major depression? Epidemiological and biological findings.Curr Psychiatry Rep 2012;14:511-18.

[3]Harvey AG. Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. Curr Dir Psychol Sci 2008;17:299-303.

[4]Roest AM, Martens EJ,de Jonge P,et al.Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis.J Am Coll Cardiol 2010;56:38-46.

[5]彭文根,涂环.百乐眠胶囊联合阿普唑仑片对老年慢性失眠症患者睡眠情况的影响[J].基层医学论坛,2021,25(16):2.

[6]Scott KM. Depression, anxiety and incident cardiometabolic diseases. Curr Opin Psychiatry 2014;27:289-93.

[7]苗阳.阿米替林联合阿普唑仑治疗偏头痛伴失眠患者的疗效分析[J].中国保健营养,2022,32(1):100-102.

[8]Bajk ó Z, Szekeres CC, Kov á cs KR, et al. Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension. J Neurol Sci 2012;317:112-16.

[9]唐蕾,寇雪莲,乐益.枯苏助眠汤联合阿普唑仑治疗原发性失眠的效果及对睡眠效率,生活质量的影响[J].辽宁中医杂志,2024(6).

[10]王明景.加减左归汤联合阿普唑仑治疗顽固性失眠症的效果及神经递质变化分析[J].养生大世界,2021,000(004):128