



奋乃静与利培酮治疗精神分裂症的对照研究

陈辉

南开大学医学院 天津 300071

【摘要】目的 比较奋乃静与利培酮治疗精神分裂症的临床效果。**方法** 2014年1月至2015年1月间我院收治的精神分裂症患者100例,按随机数字法分为2组,对照组与观察者各50例。对照组采用奋乃静治疗;观察组采用利培酮治疗。在治疗前及治疗后第2、8周末采用阳性阴性症状量表(PANSS)及不良反应量表(TESS)评定其疗效及药物不良反应。**结果** 治疗后2周、8周后两组PANSS量表各项得分及总分与治疗前比较均明显降低,且治疗8周后降低更明显, $P<0.05$ 差异有统计学意义;治疗后2周观察组阴性症状PANSS评分明显低于对照组, $P<0.05$ 差异有统计学意义;但两组患者治疗后8周比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗结束后两组临床疗效总有效率分别为84%、86%,两组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组共发现不良反应29例次明显少于对照组54例次, $P<0.05$ 差异有统计学意义;观察组不良反应在头痛、口干、便秘、失眠、肌张力障碍方面明显少于对照组, $P<0.05$ 差异有统计学意义;观察组不良反应在心动过速方面明显多于对照组, $P<0.05$ 差异有统计学意义。**结论** 利培酮治疗精神分裂症与奋乃静相比疗效相当,副作用较少,但奋乃静价格便宜,可以根据患者经济情况及不良反应情况选择用药。

【关键词】 奋乃静;利培酮;精神分裂症

【中图分类号】 R749.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)06-081-02

精神分裂症是以基本个性改变、思维、情感、行为的分裂,精神活动与环境的不协调为主要特征的一类最常见的精神病。临床上以思维贫乏、情感淡漠、意志缺乏、孤僻内向为主要症状,对患者的社会功能恢复和生活质量造成很大的影响,是精神分裂症致残的主要因素^[1]。精神分裂症的病因目前尚未明确,其包括遗传因素、大脑结构异常、脑神经递质异常、社会心理因素等^[2]。药物治疗是目前应用最为普及、主要的方法。本研究选取100例精神分裂症患者,分别给予奋乃静、利培酮治疗,分析评价两种药物的临床疗效及安全性,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2013年1月至2014年1月间我院收治的精神分裂症患者100例,按随机数字法分为2组,对照组与观察者各50例,其中男性68例,女性32例;年龄25~60岁,平均 (42.2 ± 4.5) 岁,病程5~15年,平均8.2年。对照组50例,其中男性35例,女性15例;年龄26~60岁,平均 (45.5 ± 4.8) 岁;观察组50例,其中男性33例,女性17例;年龄25~60岁,平均 (41.8 ± 4.3) 岁。两组患者在性别、年龄、病程等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除及病例脱落标准

1.2.1 纳入标准:①符合中国精神障碍分类和诊断标准第3版(CCMD-3)中精神分裂症的诊断标准;②阳性与阴性症状量表(PANSS)总分均 ≥ 60 分;③所有患者未用过抗精神病药;④患者的法定监护人签署对本研究的知情同意书。

1.2.2 排除标准:①排除严重的心肝肾等重要脏器功能障碍、认知功能障碍、精神疾病及过敏体质等;②脑器质性疾病、癫痫、帕金森病、酒及药物滥用史、药物过敏史者;③处在妊娠、哺乳期或计划妊娠的女性;④有明显冲动、自杀、自伤或伤人危险者;⑤排除心境障碍、分裂情感性障碍、器质性精神病、精神活性物质所致精神障碍及其他精神障碍;⑥严重心电图异常者。

1.2.3 病例脱落标准:①在治疗及观察期出现病情恶化者;②未按研究方案完成者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组:奋乃静(江苏黄河药业股份有限公司)开始剂量4mg/d,根据病情逐渐加量。疗程8周。

1.3.2 观察组:口服利培酮(西安杨森制药有限公司,国药准字H20010310,片剂)治疗,起始剂量1mg/d,以后每3~4天增加一次剂量,最大剂量6mg/d。疗程8周。

1.4 观察指标

分别在治疗前,治疗2、8周末由经过统一培训的两名主治医师和一名副主任医师共同进行PANSS评定,两组患者在治疗后应用不良反应量表(TESS)进行相关不良反应的观察与评价;同时进行体格检查和相关实验室检查。

1.5 判定标准

以PANSS总分减分率为主要疗效指标。减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/(治疗前总分-30) $\times 100\%$ 。临床痊愈标准: PANSS减分率 $\geq 75\%$;显效标准: $50\% \leq$ PANSS减分率 $< 75\%$;有效标准: $25\% \leq$ PANSS减分率 $< 50\%$;无效标准: PANSS减分率 $< 25\%$ 。总有效率($\%$)=(痊愈人数+显效人数+有效人数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学分析

采用数理统计软件SPSS19.0对收集的数据进行整理与统计分析,计量资料行 χ^2 检验,组间比较运用t检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前及治疗后2周、8周两组患者PANSS评分比较

治疗后2周、8周后两组PANSS量表各项得分及总分与治疗前比较均明显降低,且治疗8周后降低更明显, $P<0.05$ 差异有统计学意义;治疗后2周观察组阴性症状PANSS评分明显低于对照组, $P<0.05$ 差异有统计学意义;但两组患者治疗后8周比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗前及治疗后2周、8周两组患者PANSS评分比较,详见表1。

2.2 治疗结束后两组患者临床疗效比较

治疗结束后两组临床疗效总有效率分别为84%、86%,两组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗结束后两组患者临床疗效比较,详见表2。

2.3 治疗后两组患者不良反应量表(TESS)比较

观察组共发现不良反应29例次明显少于对照组54例次,



$P < 0.05$ 差异有统计学意义；观察组不良反应在头痛、口干、便秘、失眠、肌张力障碍方面明显少于对照组， $P < 0.05$ 差异有统计学意义；观察组不良反应在心动过速方面明显多于对照组， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。治疗后两组患者不良反应量表（TESS），详见表 3。

表 1：治疗前及治疗后 2 周、8 周两组患者 PANSS 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	PANSS 项目	治疗前	治疗后	
			2 周	8 周
对照组	阳性症状	27.46 ± 6.33	15.17 ± 4.35*	10.55 ± 4.19*
	阴性症状	23.25 ± 5.58	17.22 ± 4.08*	12.74 ± 3.84*
	精神病理	33.29 ± 9.61	23.11 ± 5.65*	19.76 ± 5.16*
	总分	88.27 ± 13.49	49.76 ± 8.17*	41.82 ± 8.53*
观察组	阳性症状	27.06 ± 7.06	14.82 ± 5.29*	10.29 ± 4.55*
	阴性症状	24.03 ± 5.38	14.28 ± 4.06**	12.09 ± 4.45*
	精神病理	33.18 ± 8.07	22.47 ± 6.06*	19.81 ± 5.04*
	总分	87.19 ± 12.98	46.29 ± 8.67*	39.87 ± 9.06*

注：与治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组比较** $P < 0.05$ 。

表 2：治疗结束后两组患者临床疗效比较 [n (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	26 (52%)	9 (18%)	7 (14%)	8 (16%)	84%
观察组	29 (58%)	7 (14%)	7 (14%)	7 (14%)	86%

3 讨论

利培酮是一种选择性单胺拮抗剂，对 5-HT₂ 和多巴胺 D₂ 受体均有较强亲和力，对精神分裂症阳性和阴性症状均有一定改善作用。

本研究显示，利培酮与奋乃静对精神分裂症疗效相当，但在阴性症状方面利培酮较奋乃静起效更快，这可能与利培酮对多巴胺和 5-HT₂ 的平衡拮抗作用有关^[3]。利培酮作为新一

代抗精神病药物，与奋乃静相比其副作用少，这与国外研究相符^[4]，但患者对两种药物不良反应耐受性均较好，治疗中未出现脱落的病例。

综上所述，利培酮治疗精神分裂症与奋乃静相比疗效相当，副作用较少，但奋乃静价格便宜，可以根据患者经济情况及不良反应情况选择用药。

表 3：治疗后两组患者不良反应量表（TESS）[n (%)]

不良反应	对照组	观察组
胃肠道反应	3 (6%)	3 (6%)
嗜睡	3 (6%)	2 (4%)
头痛	5 (10%)	2 (4%)*
口干	4 (8%)	1 (2%)*
便秘	6 (12%)	3 (6%)*
静坐不坐	8 (16%)	5 (10%)*
震颤	2 (4%)	3 (6%)
失眠	5 (10%)	2 (4%)*
肌张力障碍	6 (12%)	4 (8%)*
心动过速	2 (6%)	4 (8%)*
合计	54 例次	29 例次

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

参考文献：

- [1] 金凤仙, 赵建利. 心理护理干预对改善精神分裂症患者抑郁症状的效果观察[J]. 广东医学, 2013, 34 (20): 3217-3219.
- [2] 李秉泉, 党仁, 张捷, 等. 精神分裂症发病相关因素分析[J]. 包头医学院学报, 2003, 19(2): 94-96.
- [3] 周芳珍, 石广念, 陆金进. 利培酮联合氯丙嗪治疗精神分裂症合并支气管哮喘急性发作期的疗效观察[J]. 重庆医科大学学报, 2013, 38 (11): 1365-1369.
- [4] Swainston-Harrison T, Scott U. Ziprasidone: a review of its use in schizophrenia and schizoaffective disorder[J]. CNS Drugs, 2006, 20(12): 1027.

（上接第 80 页）

与既往报道的相似，而原位回肠膀胱术的肠梗阻发生率明显高于回肠膀胱术组，考虑原位回肠膀胱术由于新膀胱的回肠较长，而且新膀胱肠道分泌物堵塞导尿管，代膀胱肠道分泌物、代谢产物的吸收，肠道作为储尿囊时尿液的再吸收，引起水、电解质失衡，更加导致胃肠蠕动抑制。麻痹性肠梗阻经胃肠减压、补充液体、禁食等保守治疗多数都能缓解。本研究有 1 例因内疝导致小肠坏死，再次行肠部分切除。

尿漏是手术后多见的并发症，可以为输尿管新膀胱吻合口漏、新膀胱自身漏、新膀胱尿道吻合口漏，长时间的尿外渗引起周围组织纤维化，导致上尿路远期并发症。尿漏的发生与以下几个方面有关：尿液的排出通畅性、新膀胱重建过程中的吻合技术、患者的年龄、营养状况、尿路感染、医源性损伤、是否合并糖尿病等影响愈合的基础性疾病^[2]。本研究尿漏的总发生率为 16.7% (13/78)，回肠原位新膀胱由于导尿管引流，粘稠的新膀胱分泌物更加容易堵塞引流通道，导致回肠新膀胱张力增加，另外回肠原位新膀胱的缝合切口明显长于回肠膀胱术。

回肠原位新膀胱的肾盂肾炎发生率明显高于回肠膀胱术组，主要是膀胱引流不畅通，导致尿液反流，容易引起逆行性肾盂肾炎。术后其他感染包括肺部感染、盆腔感染，两组

无明显区别。术后肺部感染多发生于高龄或伴有慢性基础呼吸系统疾病患者中，如慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病等^[3]。而其他手术围手术期并发症如术中出血、术中周围组织损伤、应激性溃疡，两组均无明显区别。

确定最优模式的膀胱切除术尿路改道是泌尿外科医生的一个挑战。没有单一的手术方式非常适合所有的病人和临床情况。每种尿路改道方式均有其优点和缺点，在决定哪些尿路改道的推荐给病人，必须考虑其功能、潜在的短期和长期的并发症和心理社会需要^[9]。尿路改道方式是影响手术时间、围手术期并发症和术后住院时间的重要因素^[10]。回肠膀胱术的围手术期风险性要小于回肠原位膀胱术，回肠膀胱术作为膀胱根治性切除术后相对低风险的可选择尿路改道手术方式，特别适应于术前有较多合并症的患者。

参考文献：

- [1] 陶然, 周利群, 肖云翔等. 回肠膀胱术后近期再手术原因分析 (附 12 例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志, 2004, 25(4): 255-256.
- [2] 陈凌武, 王声政, 陈炜等. 根治性膀胱切除术围手术期并发症分析[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2009, 1(2): 69-72.
- [3] 周芳坚, 余绍龙, 熊永红, 等[J]. 全膀胱切除和原位新膀胱术并发症的预防和处理. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(7): 489-491.