

〔文章编号〕 1007-0893(2023)10-0095-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.10.030

奥氮平及阿立哌唑治疗首发精神分裂症患者的疗效差异

李晓阳 刘 阳

(洛阳市第五人民医院, 河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 目的: 探究奥氮平及阿立哌唑治疗首发精神分裂症患者的疗效差异。方法: 回顾性选取 2020 年 1 月至 2022 年 10 月洛阳市第五人民医院收治的 122 例首发精神分裂症患者作为研究对象, 按照给药方式不同分为对照组和观察组, 其中给予阿立哌唑的 60 例患者纳入对照组, 而给予奥氮平的 62 例患者纳入观察组。观察两组患者症状评分、糖脂代谢指标、疗效、不良反应发生率情况。结果: 治疗后, 两组患者阳性症状、阴性症状、精神病理评分和总分都显著下降, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 两组患者症状评分组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者治疗总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 对照组患者高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 低于治疗前; 观察组患者空腹血糖、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG) 高于治疗前, HDL-C 低于治疗前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者空腹血糖、TC、TG 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应发生率显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 阿立哌唑和奥氮平均对于首发精神分裂症患者均具有较好的治疗效果, 且疗效相当, 但阿立哌唑在不良反应发生和引起糖脂代谢变化上要显著低于奥氮平。

〔关键词〕 首发精神分裂症; 阿立哌唑; 奥氮平

〔中图分类号〕 R 749.3 〔文献标识码〕 B

近年来, 随着社会、科技等多方面的发展, 人们面对的压力也随之增大, 导致与精神相关的疾病呈现出上升趋势^[1]。精神分裂症就是精神科较为常见的疾病, 其临床症状主要表现为原先固有的思维和情感发生变化, 并有部分时间或者绝大部分时间, 其精神活动与周围环境不协调^[2]。青壮年是较易发病的年龄段, 主要是个人情感的认知、行为、意志等, 遭遇外界突变而发生改变, 从而引起精神障碍, 其在首发精神分裂症患者中并不会表现为明显的意识模糊或者智能异常, 但是会对患者的思考方式和认知能力产生严重损害^[3-4]。目前用于治疗精神分裂症的药物主要为典型抗精神疾病药物和第二代药物^[5]。但是典型抗精神疾病的药物在阴性症状方面治疗效果较差, 且引起椎体外系的不良反应较多^[6]。本研究对首发精神分裂症患者分别进行奥氮平及阿立哌唑治疗, 以观察其疗效差异, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2020 年 1 月至 2022 年 10 月洛阳市第五人民医院收治的 122 例首发精神分裂症患者作为研究对象, 按照给药方式不同分为对照组和观察组, 其中给予阿立哌唑的 60 例患者纳入对照组, 而给予奥氮平的 62 例患者纳入观察组。对照组患者男性 31 例, 女性 29 例; 年

龄 19~46 岁, 平均年龄 (32.5 ± 9.4) 岁; 观察组患者男性 32 例, 女性 30 例; 年龄 18~46 岁, 平均年龄 (31.6 ± 10.1) 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 《中国精神障碍分类与诊断标准》中关于首发精神分裂症的相关标准^[7]; (2) 入选前均未使用抗精神类药物和影响血脂代谢类药物; (3) 经各项检查均未发现脏器病变, 以及临床病史未发生高血压、糖尿病以及甲状腺功能异常的患者; (4) 所有患者依从性较强; (5) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 阳性和阴性精神症状评定量表 (positive and negative syndrome scale, PANSS) 评分 < 60 分; (2) 酒精和药物的依赖者; (3) 有强烈的攻击行为或者企图自杀的患者; (4) 明确对研究中使用的药物成分敏感的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 口服阿立哌唑 (浙江大冢制药有限公司, 国药准字 H20061304), 其具体如下: 对照组患者起始剂量为 $10 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 连续服用 14 d 后, 依据患者的治疗效果和耐受情况逐渐增加剂量, 但剂量最大不超过 $30 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 且当剂量增加至 $30 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ 即保持该剂量继续治疗。

〔收稿日期〕 2023-02-12

〔作者简介〕 李晓阳, 女, 住院医师, 主要研究方向是女性精神分裂症、双相情感障碍、抑郁症。

1.3.2 观察组 口服奥氮平（江苏豪森药业集团有限公司，国药准字 H20010799），其具体如下：观察组患者起始剂量为 $5 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ，连续服用 14 d 后，依据患者的治疗效果和耐受情况逐渐增加剂量，但剂量不超过 $25 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ，且当剂量增加至 $25 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ 即保持该剂量继续治疗。

两组患者持续治疗 6 周，并对治疗前和治疗 6 周后的各项观察指标进行记录。

1.4 观察指标

1.4.1 症状评分 两组患者治疗前、治疗后均由 2 位经验丰富的精神科专家根据 PANSS^[8] 进行评分，分为阳性症状、阴性症状、精神病理评分，并统计总分。分数越高，精神症状越严重。

1.4.2 疗效比较 两种药物的治疗效果采用 PANSS 减分率评估疗效。治愈：PANSS 减分率 $\geq 75\%$ ；显效： $75\% > \text{PANSS 减分率} \geq 50\%$ ；好转： $50\% > \text{PANSS 减分率} \geq 25\%$ ；无效： $25\% > \text{PANSS 减分率}$ 。总有效率 = (治愈 + 显效 + 好转) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4.3 糖脂代谢比较 对治疗前后的两组患者血糖和血脂进行检查，血糖的检测以空腹血糖为主，血脂的观察指标则以总胆固醇（total cholesterol, TC）、三酰

甘油（three triacylglycerol, TG）、高密度脂蛋白胆固醇（high density lipoprotein-cholesterol, HDL-C）以及低密度脂蛋白胆固醇（low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C）。两组患者至少空腹 8 h，次日晨起抽取空腹肘静脉血约 5 mL 置于含 EDTA 真空收集管内，以 $3000 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$ 转速离心 10 min，离心半径 10 cm。取真空收集管内的上层血清在 4 h 内进行测量。血糖测量采用己糖酶法，血脂水平采用日立 7600 自动生化分析仪进行检测。

1.4.4 不良反应 记录两组患者在治疗期间食欲不振、肌肉强直、震颤、嗜睡的发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状评分比较

治疗后，两组患者阳性症状、阴性症状、精神病理评分和总分都显著下降，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后，两组患者症状评分组间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	阳性症状	阴性症状	精神病理	总分
对照组	60	治疗前	19.90 ± 3.22	35.20 ± 3.31	31.39 ± 4.37	86.34 ± 9.16
		治疗后	12.05 ± 2.12 ^a	32.07 ± 4.99 ^a	28.20 ± 3.28 ^a	42.39 ± 5.65 ^a
观察组	62	治疗前	19.74 ± 3.07	35.13 ± 4.89	31.83 ± 5.15	86.66 ± 9.12
		治疗后	11.64 ± 2.27 ^a	31.08 ± 3.13 ^a	29.60 ± 4.24 ^a	40.60 ± 5.37 ^a

注：与同组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者疗效比较

两组患者治疗总有效率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 (n(%))

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	60	22(36.67)	18(30.00)	12(20.00)	8(13.33)	52(86.67)
观察组	62	29(46.77)	16(25.81)	11(17.74)	6(9.68)	56(90.32)

2.3 两组患者治疗前后糖脂代谢比较

治疗后，对照组患者 HDL-C 低于治疗前；观察组患者空腹血糖、TC、TG 高于治疗前，HDL-C 低于治疗前，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后，观察组患者空腹血糖、TC、TG 高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后糖脂代谢比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol · L⁻¹)

组别	n	时间	空腹血糖	TC	TG	HDL-C	LDL-C
对照组	60	治疗前	4.68 ± 0.63	4.25 ± 1.32	1.38 ± 0.73	1.43 ± 0.30	2.28 ± 0.77
		治疗后	4.95 ± 0.78	4.37 ± 1.57	1.44 ± 0.73	0.88 ± 0.43 ^b	2.34 ± 0.79
观察组	62	治疗前	4.82 ± 0.58	4.24 ± 1.31	1.45 ± 0.52	1.55 ± 0.38	2.29 ± 0.42
		治疗后	5.78 ± 1.02 ^{bc}	4.99 ± 1.32 ^{bc}	1.87 ± 0.76 ^{bc}	1.05 ± 0.62 ^b	2.44 ± 0.67

注：TC—总胆固醇；TG—三酰甘油；HDL-C—高密度脂蛋白胆固醇；LDL-C—低密度脂蛋白胆固醇。

注：与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率显著高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 (n(%))

组别	n	食欲不振	肌肉强直	震颤	嗜睡	总发生
对照组	60	5(8.33)	4(6.67)	3(5.00)	2(3.33)	14(23.33)
观察组	62	8(12.90)	7(11.29)	6(9.68)	5(8.06)	26(41.94) ^d

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

3 讨论

精神分裂症的发生不仅会影响患者本身，还会对患者的亲人及周边环境带来不利影响，因此采用有效的方法控制或者改善患者病情显得十分重要。患者发病初期会发生言行举止的异常，如果不及时进行治疗，随着后期患者病情的进展，其各项临床症状不断恶化，并最终形成严重的认知功能障碍^[8]。目前临床上对于首发精神分裂症的治疗方法主要是采用药物治疗，并且患者及时接受药物治疗大多可以痊愈或者好转^[9]。对精神分裂症患者诊断的标准主要是 PANSS 的阳性症状、阴性症状积分，而阳性症状与中脑边缘的多巴胺功能有关，而阴性症状与额叶多巴胺有关，人的情感和和行为又受 5-羟色胺 2A 和多巴胺的调控，因此临床上多采用对 5-羟色胺 2A 或多巴胺产生影响的药物^[10]。其常见的药物主要由利培酮、氨磺必利、奥氮平、阿立哌唑等药物，而阿立哌唑和奥氮平因为其治疗效果和安全性较好，因此，临床上多采用阿立哌唑、奥氮平治疗^[11]。奥氮平是抗精神分裂症药物中的一线药物，其在临床上应用较为广泛，奥氮平进入人体后，可与体内多种受体结合，从而削弱了多巴胺作用神经元的效应，进而达到改善患者的认知水平^[12]。阿立哌唑是一种新型药物，阿立哌唑进入人体后会对多巴胺和 5-羟色胺 2A 产生作用，从而能够起到稳定多巴胺的作用^[13]。

在本研究中，治疗后，两组患者阳性症状、阴性症状、精神病理评分和总分都显著下降，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；治疗后，两组患者症状评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。两组患者治疗总有效比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。研究表明，阿立哌唑和奥氮平均能够显著改善患者病情且两种药物疗效相当^[14]。治疗后，对照组患者 HDL-C 低于治疗前；观察组患者空腹血糖、TC、TG 高于治疗前，HDL-C 低于治疗前，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。观察组患者不良反应发生率显著高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。这主要是奥氮平作用机制导致，奥氮平主要是对中枢神经产生影响，奥氮平可减弱抗胆碱的作用，患者长期使用奥氮平使得患者产生一定的耐受性，之后就会导致患者食欲增加；另一方面，奥氮平易引起患者嗜睡；两者的作用最终导致患者体质量的改变，而体质量增加和胰岛素抵抗直接影响机体内糖脂代谢的异常^[15]。治疗后，观察组患者空腹血糖、TC、TG 高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。总的来说，阿立哌唑作为新型药物，

在疗效和安全性上均有一定的优越性，但是在临床实际中，还是需要根据患者的情况用药。

综上所述，阿立哌唑和奥氮平均对于首发精神分裂症患者均具有较好的治疗效果，且疗效相当，但阿立哌唑在不良反应和引起糖脂代谢变化上要显著低于奥氮平。

〔参考文献〕

- 祖拉叶提·吐尔逊, 张桂青, 姚永坤, 等. 全病程管理模式在精神分裂症患者中的应用效果研究 (J). 中国全科医学, 2022, 25(5): 595-602.
- 袁水莲, 伍振红, 张倩, 等. 人类职能模式康复训练对精神分裂症患者自我效能及病耻感的干预效果 (J). 中华护理杂志, 2022, 57(2): 158-164.
- 苗莹莹, 徐晖, 赵燕利, 等. 康复期精神分裂症患者疾病体验质性研究的 Meta 整合 (J). 中华护理杂志, 2022, 57(18): 2198-2205.
- 范桂红, 何俊, 庞高峰, 等. 无抽搐电休克疗法对精神分裂症患者的治疗效果和脑内及不同脑区神经递质水平的影响研究 (J). 中国全科医学, 2022, 25(3): 325-330.
- 梁容佳. 2017-2020 年天津市安定医院 88 例抗精神分裂症药品不良反应分析 (J). 现代药物与临床, 2021, 36(9): 1950-1954.
- 杨松, 张丽丽, 张云淑, 等. MTHFR 基因多态性与非典型抗精神病药物治疗精神分裂症患者疗效的关系研究 (J). 中国临床药理学杂志, 2023, 39(5): 625-629.
- 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准第三版 (精神障碍分类) (J). 中华精神科杂志, 2001, 34(3): 184-188.
- 谢根英. 家庭支持系统对慢性精神分裂症患者 PANSS 评分社会功能及生存质量的影响 (J). 基层医学论坛, 2020, 24(14): 1977-1978.
- 严方方, 刘春军. 长效非典型可注射抗精神病药物治疗慢性复发性精神分裂症的药理学研究 (J). 山西医药杂志, 2021, 50(16): 2379-2381.
- 赵永华, 陈长浩. 不同频次无抽搐电休克联合抗精神病药物对精神分裂症住院患者阳性和阴性症状量表评分和认知功能的影响 (J). 临床与病理杂志, 2021, 41(4): 764-769.
- 易堃, 伍屈锋. 阿立哌唑、氨磺必利与奥氮平对精神分裂症患者阴性症状及糖脂代谢的影响 (J). 药品评价, 2022, 19(9): 554-556.
- 柳建鸿. 鲁拉西酮联合奥氮平治疗精神分裂症的有效性及安全性 (J). 临床合理用药杂志, 2023, 16(3): 28-31.
- 赵志宇. 阿立哌唑治疗精神分裂症后抑郁的临床疗效及对患者生活、睡眠质量的影响 (J). 中国现代药物应用, 2023, 17(3): 136-139.
- 杨雪. 阿立哌唑联合奥氮平治疗精神分裂症的临床效果及对糖脂代谢的影响分析 (J). 现代诊断与治疗, 2022, 33(4): 514-516.
- 过婷, 吴越, 周振和. 阿立哌唑与奥氮平改善慢性精神分裂症病人努力性认知、执行以及决策功能的效果比较 (J). 安徽医药, 2022, 26(3): 617-621.