

利培酮与阿立哌唑联合无抽搐电休克治疗精神分裂症的疗效及认知功能的影响

盛民生

河南省荣康医院 471000

【摘要】目的：观察利培酮与阿立哌唑联合无抽搐电休克(MCET)治疗精神分裂症患者的临床效果及对认知功能的影响。方法 选择本院 2021 年 2 月-2023 年 2 月本院 90 例精神分裂症患者，按随机数字法分为对照组和观察组各 45 例，两组在无抽搐电休克的治疗基础上，分别给予利培酮和阿立哌唑，2 个疗程结束后，通过 PANSS 评分、临床疗效和认知功能积分等进行对比分析。结果 经 2 个疗程后，两组患者 PANSS 得分下降，且组间有统计学意义 ($P<0.05$)。经 2 个疗程后，观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组在治疗后认知功能评分较对照组高 ($P<0.05$)、毒副作用 (6.67%) 较对照组 (11.11%) 降低，但无显著性差异 ($P>0.05$)。结论 与利培酮联合 MECT 相比，阿立哌唑联合治疗可显著提高治疗效果、降低 PANSS 评分，有效改善患者的精神症状，同样具有安全性。

【关键词】精神分裂症；利培酮；阿立哌唑；无抽搐电休克；PANSS 评分；MoCA 评分；毒副作用

精神分裂症是一种重型疾病，具有难治易复发性，不但损害个人躯体健康，也可能对他人及社会产生潜在的危险。目前临床上对首发及难治性精神分裂症 (TRS) 多采用无抽搐电激疗法 (MECT) 联合非典型抗精神病药物进行治疗^[1-4]，而利培酮与阿立哌唑联合 MECT 在精神分裂症中的应用研究尚不多见。本项目旨在推动精神分裂症临床治疗研究向多样化方向发展，并为临床进行更深层次的实践提供积累，报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取本院 2019-2022 年 7 月住院的精神分裂症患者 90 例，按随机数表分成两组各 40 例，观察组 40 例中 24 名男性，21 名女性；年龄为 20-63，平均 (39.57 ± 9.62) 岁；病程 0.5-10 年，记录到平均病程 (5.30 ± 4.64) 年。对照组其中 26 例男性，19 例女性；年龄 22-66 岁，平均平均数 (39.51 ± 9.58) 岁；显示病程为 1-12 年，平均平均数 (5.52 ± 4.68) 年。对两组患者的一般资料统计对比，差异 ($P>0.05$)，但具有可比性。本院伦理委员会知情同意本研究。

1.2 入选及排除标准

入选标准：①所有患者 PANSS 评分 >60 ，并符合《中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3)》相关诊断标准^[5]；②患者和家庭成员对知情同意的态度。排除标准：①合并肝、肾功能障碍；②合并有严重心脑血管疾患的患者；③恶性肿瘤患者。

1.3 方法

对照组在 MECT 治疗的情况下使用利培酮片，第一次口服 1 mg, 2 周后 3 mg, bid；观察组采用阿立哌唑+MECT 的电休克疗法，使用阿立哌唑片，一次 10 mg/d, 2 周后一次 10-25 mg/d, 2 组以 2 周为 1 个疗程，共 2 个疗程。2 组采用非惊厥电激疗法，采用多参数监测装置和 5000 Q 治疗仪，电流设定 800 mA，频率 60 Hz，波宽 1.0 ms，电刺激时间为可变的，第一次给予 1/2 龄值，每周 3 次，连续 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1) 临床评测症状。采用阳性和阴性症状量表 (positive and negative symptoms scale, PANSS) 测评。该量表包含三个维度。其中阳性症状与阴性症状最低-最高评分为 1-7 分，最高评分为 49 分，一般精神病理症状评分最低评分为 16 分，最高评分为 112 分，总分 30-210 分，评分越低，症状越轻^[6]。(2) 临床疗效。临床有效率 = (临床治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。将 PANSS 总评分减分率 $\geq 75\%$ 为治愈；减分率 50%~75% 为显效；25% \leq 减分率 $< 50\%$ 为有效；减分率 $\leq 25\%$ 为无效。(3) 认知功能-采用 MoCA 评定。该量表以语言、记忆、执行功能、注意力与集中等作为评估项目，针对研究对象受教育年限不足 12 年则加 1 分，评分范围为 0 分 ~ 30 分，评分越高认知功能越好^[4]。(4) 副反应发生比较。观察两组锥体外系反应等。

1.5 统计学方法 研究数据采用 SPSS 19.0 分析，正态分布定量数据资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验；等级资料采用秩和检验，以百分

率(%)表示,假设检验水准 $\alpha = 0.05, P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 评估治疗前后 PANSS 评分比较

疗程后(治疗后)两组患者 PANSS 评分均低于本组治疗前,且治疗后组间相比,观察组 PANSS 分低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 患者治疗前后两组 PANSS 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组 (n=45)		观察组 (n=45)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阳性症状	26.83 ± 2.89	12.07 ± 4.11	27.20 ± 3.26	11.11 ± 3.52 *
阴性症状	25.98 ± 3.64	11.83 ± 4.86	26.34 ± 3.33	10.35 ± 3.17 *
一般病理性症状	41.66 ± 4.06	21.75 ± 4.22	41.75 ± 3.70	19.02 ± 3.26 *
总分	94.40 ± 5.67	45.60 ± 5.70	95.25 ± 4.77	41.40 ± 5.87 *

注:两组治疗前比较 $P > 0.05$, 两组治疗后与本组治疗前比较 $P < 0.05$, *与对照组治疗后比较 $P < 0.05$ 。

2.2 治疗疗效比较 治疗结束后观察组疗效高于对照组

($Z = -2.387, P = 0.017 < 0.05$), 见表 2。

表 2 治疗结束两组疗效对比 [n (%)]

组别	临床治愈	显效	有效	无效
观察组 (n=45)	5 (27.50)	25 (42.50)	13 (27.50)	2 (4.44)
对照组 (n=45)	2 (12.50)	18 (27.50)	18 (42.50)	7 (15.56)

2.4 MoCA 积分对比 与治疗前比,治疗后评分提高,且观察组积分高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 治疗前与治疗结束后两组患者 MoCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=45)	21.38 ± 1.70	25.32 ± 1.54
对照组 (n=45)	21.42 ± 1.69	23.45 ± 1.56
t	0.112	5.723
P	0.916	0.000

2.4 毒副反应对比 观察组疗程结束后副反应发生率为 6.67% (3/45), 对照组疗程结束后副反应发生率为 11.11% (5/45), 两组 ADR 的发生率对比无显著性

($P = 0.714 > 0.05$)。

3 讨论

精神分裂症是一种比较复杂的精神疾病,其发病原因还不清楚,而且病情比较复杂。在临床上,一般需要使用非典型抗精神病药来治疗。通常建议采用非典型抗精神病药物,但是由于服用时间长了,会产生一定的副作用,所以单独用药的疗效并不理想。对首发或难以治疗的有明显的冲动性、攻击性或自杀式的自伤性行为的患者,单用(MECT)治疗,效果亦仍受到局限。

本次研究发现,经疗程结束后 PANSS 评分比治疗前明显降低,且观察组低于对照组,观察组疗效显著高于对照组,观察组 MoCA 评分高于对照组,两组 ADR 的发生率对比无显著性。这与杨旭等^[9]研究结果相符。这提示利培酮与阿立哌唑联合无抽搐电休克均可改善精神分裂症症状,阿立哌唑联合 MECT 改善症状效果,提升认知功能更明显,且同样具有用药安全性。这可能与改善患者神经炎症因子水平差异有关,从而恢复异常大脑功能,提升了认知能力,改善了症状。

参考文献:

[1] 丁梅,施于超,曹雍华. 阿立哌唑联合 MECT 对精神分裂症患者甲状腺功能及血清神经营养因子水平的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20 (24): 2655-2659.

[2] 廖凯,汪永平,郝光先. 阿立哌唑联合 MECT 对精神分裂症患者精神症状及智力水平的影响 [J]. 贵州医药, 2021, 45 (04): 571-572.

[3] 毕雪飞. MECT 联合利培酮治疗急性发作期精神分裂症的疗效 [J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53 (01): 81-82.

[4] 姜彬贵. 无抽搐电休克联合利培酮对精神分裂症患者的影响 [J]. 中国当代医药, 2020, 27 (16): 75-77.

[5] 中华医学会精神科学会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3) [M]. 济南:山东科学技术出版社, 2001:86-87.

[6] 杨旭,李伟,杨林等. 阿立哌唑与利培酮联合无抽搐电休克治疗精神分裂症的临床疗效 [J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39 (02): 178-181.