

[4] 周洪梅, 董金菊, 马梦玲. AMH 联合 E₂、FSH/LH 检测对不孕症患者卵巢储备功能及反应性的评估作用[J]. 中国性科学, 2020, 29(8): 71-75.
[5] 陈子江, 刘嘉茵, 黄荷凤, 等. 不孕症诊断指南[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(8): 505-511.
[6] 邓姗, 田秦杰. 子宫发育异常合并不孕症的诊治策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(6): 519-523.
[7] 翟振武, 刘雯莉. 中国妇女终身不孕水平究竟有多高?——基于人口调查数据的分析[J]. 人口研究, 2020, 44(2): 3-17.
[8] 钟焯. 子宫内膜异位症并不孕症患者血清内分泌激素水平与自身免疫抗体观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(8): 12-13.
[9] 韩倩, 何军琴, 张莹, 等. 多囊卵巢综合征不孕患者中医证型与内分泌代谢指标的关联性[J]. 标记免疫分析与临床, 2022, 29(4): 549-553.
[10] 蒋冉, 王成宝. 化学发光法检测性激素六项在妇科疾病诊断中的

应用价值评价[J]. 中国实用医药, 2022, 17(8): 101-103.
[11] 李玉林, 张印星. 卵巢低反应患者实施卵泡期联合黄体期促排卵对妊娠活产率和卵巢反应性的影响分析[J]. 中国性科学, 2020, 29(9): 33-36.
[12] 王力, 周雪源, 姜洁思, 等. 高孕激素促排卵方案在FSH水平升高的卵巢低反应患者助孕治疗中的应用[J]. 生殖医学杂志, 2020, 29(9): 1192-1197.
[13] 赵建藏, 赵印青, 张岭山, 等. 血清AMH水平联合FSH/LH预测PCOS不孕症促排卵效果和妊娠率的临床[J]. 中国优生与遗传杂志, 2020, 28(5): 595-598, 643.
[14] 刘晓倩, 马堃, 张晓雨, 等. 《傅青主女科》“病-证-症”模式对高泌乳素血症导致排卵障碍性不孕的指导[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(6): 1694-1699.
[15] 郑勇, 姚影, 冯丽娇, 等. 性激素6项指标检测在不孕症诊断治疗中的应用价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(3): 66-68.

利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症伴攻击行为的效果

彭凤娟

(山东省泰安荣军医院精神科, 山东 泰安, 271000)

摘要:目的 对利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症伴攻击行为的效果进行分析。方法 选择2019年1月~2020年1月山东省泰安荣军医院接收的66例精神分裂症患者进行研究, 其外显行为攻击量表(MOAS)总分>4分, 按照随机数表法将患者分为试验组和对照组, 每组33例。对照组患者采用利培酮治疗, 试验组患者采用利培酮联合丙戊酸钠治疗, 比较两组患者治疗前和治疗后1周、6周、12周的MOAS评分、精神病评定量表(BPRS)评分以及不良反应发生情况。结果 两组患者治疗前MOAS评分和BPRS评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗1周、6周、12周后, 试验组患者MOAS评分和BPRS评分比对照组更低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。两组不良反应比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症伴攻击行为的临床疗效显著, 有助于改善患者的攻击性及思维障碍等症状, 用药安全性更高, 能降低心动过速、头晕头痛等不良反应发生率, 患者预后得到显著改善, 值得广泛运用于临床。

关键词: 利培酮; 丙戊酸钠; 精神分裂症; 攻击行为

中图分类号: R749 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-21-0185-03

精神分裂症又叫早发型痴呆, 是一种病因未明的慢性疾病, 多在青壮年缓慢或亚急性起病, 临床症状大多为症状各异的综合征, 与感知觉、思维以及情感等多方面有关。引发精神分裂症的原因有遗传因素、环境因素以及生物学因素等, 该病的主要特征是患者带有攻击性行为, 且具有突发性, 给患者及患者亲友带来了一定的危害, 容易引起自杀、伤人事件^[1]。随着人们日常生活中的压力增大, 精神分裂症的发病率也逐渐增加, 是临床上常见的精神类疾病^[2]。精神分裂症患者的认知功能下降, 社会功能也受到影响, 具有病程迁延的特点, 且容易频频发作, 甚至会出现加重、恶化的情况。少数患者还会表现出精神残疾和衰退, 甚至出现自杀的现象,

因此必须对患者进行积极的治疗, 尤其是发病初期, 能够很大程度控制病情发展^[3]。利培酮在临床上经常用于治疗精神分裂症, 但是单用利培酮对精神分裂症的治疗效果并不理想。相关资料显示, 丙戊酸钠对癫痫的治疗效果显著, 能够稳定患者心境, 联合利培酮用于精神分裂症有不错的治疗效果, 能够在短时间内控制住患者的病情, 并且安全性也较高^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月~2020年1月来山东省泰安荣军医院就诊的66例精神分裂症患者, 根据随机数表法分为试验组和对照组, 每组33例。试验组中, 男20例, 女13例; 年龄25~60岁, 平均年龄(43.12±5.31)岁; 病程2~7年, 平均病程(4.32±1.23)年。对照组中, 男23例, 女10例; 年龄24~59岁, 平均年龄(43.01±4.68)岁; 病程2~8年, 平均

病程 (4.76 ± 1.53) 年。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。患者及其家属充分了解研究相关内容后, 自愿签署同意书。本研究已获得山东省泰安荣军医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经过磁共振、多普勒超声等影像学检查后, 符合《国际疾病分类第十一次修订本 (ICD-11) 中文版》中关于精神分裂症的诊断标准^[5]; ②年龄 > 18 岁; ③能够接受药物治疗; ④经过外显行为攻击量表 (MOAS) 测试, 且总分 > 4 分; ⑤一般资料完整; ⑥拥有一定的阅读能力。

排除标准: ①服从性差, 无心配合本研究; ②患有器质性精神疾病; ③患有其他脑部疾病, 如脑血管疾病、脑部感染等; ④精神发育迟缓者; ⑤合并传染性疾病者; ⑥有视听、失语疾病者; ⑦哺乳期或妊娠期女性。

1.3 方法

对照组患者采用利培酮片 (生产企业: 北京天衡药物研究院南阳天衡制药厂, 国药准字 H20061072, 规格: $1 \text{ mg} \times 20 \text{ 片} / \text{盒}$) 治疗, $2 \text{ 次} / \text{d}$, $1 \text{ mg} / \text{次}$, 用药 1 周后, 剂量增加至 $2 \sim 6 \text{ mg} / \text{d}$, 总疗程为 3 个月。治疗期间可依据患者的病情使用盐酸普萘洛尔片 (生产企业: 山西云鹏制药有限公司, 国药准字 H14020768, 规格: $10 \text{ mg} \times 100 \text{ 片}$), $3 \text{ 次} / \text{d}$, $10 \text{ mg} / \text{次}$ 。也可以服用艾司唑仑片 (生产企业: 广东台城制药股份有限公司, 国药准字 H44021098, 规格: 20 mg), $1 \text{ mg} / \text{次}$, 或劳拉西泮片 (生产企业: 湖南洞庭药业股份有限公司, 国药准字 H20031065, 规格: 1 mg), $3 \text{ 次} / \text{d}$, $1 \text{ mg} / \text{次}$ 。除此之外, 还需要对患者进行定期检查, 检查内容包括血常规、血生化以及心电图等, 与此同时, 还要随访 6 个月。在治疗期间, 医护人员要密切关注患者的身体情况, 出现任何问题要及时处理, 并安抚好患者情绪, 提升患者对治疗的信心, 培养其积极的治疗心态, 提高患者的依从性, 从而有利于临床治疗工作的顺利开展。

试验组患者采用利培酮联合丙戊酸钠治疗, 丙戊酸钠片 (生产企业: 湖南省湘中制药有限公司, 国药准字 H43020874, 规格: $0.2 \text{ g} \times 100 \text{ 片} / \text{瓶}$) $2 \text{ 次} / \text{d}$, $0.4 \text{ g} / \text{次}$, 用药 1 周后, 服用剂量增加至 $0.8 \text{ g} / \text{d}$, 总疗程 3 个月。在治疗期间可依据患者的病情使用普萘洛尔、艾司唑仑或劳拉西泮, 使用方法与对照组相同。除此之外, 还要对患者进行定期检查, 检查内容包括血常规、血生化以及心电图等, 还要随访 6 个月。在治疗期间, 医护人员也要关注患者的身体情况, 对于治疗中出现的问题及时处理, 并随时注意患者的情绪, 最大程度消除患者的负性情绪, 提升患者对治疗的信心, 进而提升治疗有效率。

1.4 观察指标

①比较两组患者治疗前和治疗后 1 周、6 周、12 周的 MOAS 评分, 内容包括财产攻击、自身攻击、体力攻击以及言语攻击等, 每项内容评分 $0 \sim 4$ 分, 分数越高说明患者的攻击

行为越严重^[6]。②比较两组患者治疗前和治疗后 1 周、6 周、12 周的 BPRS 评分, 内容包括思维障碍、敌对性、激活性以及抑郁焦虑等, 量表评分为 $18 \sim 126$ 分, 分数越高说明患者情况越严重^[7]。③比较两组患者出现不良反应的状况, 不良反应包含心动过速、头晕头痛等。不良反应发生率 = (心动过速 + 头晕头痛) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示, 行 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的 MOAS 评分比较

治疗前, 两组患者 MOAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 1 周、6 周、12 周后, 试验组患者 MOAS 评分较对照组更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 MOAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗 1 周	治疗 6 周	治疗 12 周
对照组	33	13.98 ± 4.32	$13.32 \pm 4.02^*$	$10.01 \pm 2.02^{*#}$	$6.04 \pm 0.68^{*#\Delta}$
试验组	33	14.35 ± 3.69	$11.68 \pm 2.36^*$	$8.31 \pm 1.69^{*#}$	$4.65 \pm 0.53^{*#\Delta}$
t		0.370	2.021	3.708	9.261
P		0.710	0.048	< 0.001	< 0.001

注: 与同组治疗前比较, $*P < 0.05$; 与同组治疗 1 周比较, $^{\#}P < 0.05$; 与同组治疗 6 周比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组患者 BPRS 评分比较

治疗前, 两组患者 BPRS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 1 周、6 周、12 周后, 试验组患者 BPRS 评分较对照组更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 BPRS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗 1 周	治疗 6 周	治疗 12 周
对照组	33	50.56 ± 4.88	$47.55 \pm 5.21^*$	$37.38 \pm 5.47^{*#}$	$24.22 \pm 4.77^{*#\Delta}$
试验组	33	50.48 ± 5.01	$44.58 \pm 5.66^*$	$30.55 \pm 5.64^{*#}$	$21.56 \pm 4.23^{*#\Delta}$
t		0.070	2.218	4.994	2.397
P		0.948	0.030	< 0.001	0.020

注: 与同组治疗前比较, $*P < 0.05$; 与同组治疗 1 周比较, $^{\#}P < 0.05$; 与同组治疗 6 周比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生情况比较

两组不良反应发生情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生情况比较 $[n(\%)]$

组别	例数	心动过速	头晕头痛	不良反应发生率
对照组	33	5 (15.15)	4 (12.12)	9 (27.27)
试验组	33	0 (0.00)	3 (9.09)	3 (9.09)
χ^2				9.181
P				0.002

3 讨论

近年来,精神分裂症发病率逐年上升,且发病人群呈年轻化趋势,精神分裂症的患者思维和行为受病情影响容易出现攻击性行为^[8]。精神分裂症的发病原因到目前为止并没有一个明确的结论,可以确定的是,该病与外部不良因素和易感素质有一定的联系^[9]。精神分裂症患者的表现不一,攻击行为只是其中一种表现,常见的类型有:①思维联想障碍,这是精神分裂症的特征症状,会使患者出现交谈困难的现象;②思维内容障碍,会使患者出现妄想的现象,是病理性歪曲信念^[10]。患者还会出现反复的言语性幻听、思维松散、意志减退以及意志缺乏等^[11-12]。

有研究显示,精神分裂症攻击行为还与患者体内的 5-HT、DA 等神经生化水平改变有关^[13]。出现攻击性行为的精神分裂症患者的 5-HT 代谢物和 5-HIAA 会出现明显降低的现象,5-HT 浓度可能与冲动行为和攻击性行为有关,当中枢 5-HT 处在低浓度时,会导致很多不良反应,如心绪不稳、冲动行为和攻击行为等。患者 5-HT 浓度越低,其出现攻击性行为的概率就会越大。当精神分裂症患者使用抗精神病药物之后,大部分患者可以减轻冲动行为和攻击行为,甚至有的患者可以消除这些行为,但是有部分患者接受治疗后的效果仍然不理想^[14]。因此需要找到效率高的方法。有研究指出,对精神分裂症患者联合使用电抽搐(MECT)治疗冲动和攻击行为,起效较快、疗效较好^[15]。但在临床上主要是通过药物缓解症状,改善患者的生活质量。本研究结果显示,试验组在治疗 1 周、6 周、12 周后,MOAS 评分和 BPRS 评分较对照组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组不良反应情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。因此,对比单用利培酮,利培酮联合丙戊酸钠更适用于治疗精神分裂症攻击行为。利培酮是苯丙异噁唑的衍生物,在抗精神病方面有一定的作用,它对五羟色胺 2A(5-HT_{2A})受体等有比较好的抑制作用,且对多巴胺 D₂ 的亲合力较高,能够与肾上腺素能受体结合,可以缓解精神分裂症症状,也能对阳性和阴性及伴发的情感症状有一定的疗效^[16-18]。在用药 1 h 后患者的血药浓度能够达到最高值,其吸收速度较快,且安全性较好。丙戊酸钠作为不含氮的广谱抗癫痫药,能够治疗各型癫痫小发作、局限性发作、大发作以及混合型癫痫^[19]。临床发现丙戊酸钠能够稳定心境,可以刺激谷氨脱羧酶,缓解患者的紧张情绪以及攻击行为,对精神分裂症确实有一定的疗效^[20]。但从治疗效果来看,利培酮联合丙戊酸钠比单用利培酮效果更为显

著,可作为临床治疗精神分裂症的首选治疗方案。

综上所述,利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症伴攻击行为的临床疗效显著,有助于改善患者的精神状态,且安全性高。

参考文献

- [1] 李论. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症伴攻击行为的疗效及安全性观察[J]. 中国实用医药,2019,14(18):106-107.
- [2] 陈江. 利培酮联合丙戊酸钠对精神分裂症患者认知功能的影响及疗效[J]. 上海医药,2021,42(14):20-22.
- [3] 马显明,史欣慧,黄龙辉,等. 住院精神分裂症患者840例用药情况调查[J]. 医学综述,2019,25(20):4152-4155,4160.
- [4] 安邦,赵珊珊,唐书钰,等. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症攻击行为的效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(2):19-21.
- [5] 国家卫健委网站. 卫健委印发《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)中文版》[J]. 医学信息学杂志,2019,40(2):95.
- [6] 银燕,余建英,熊智. 影响精神分裂症病人攻击行为的相关因素分析[J]. 护理研究,2019,33(21):3667-3671.
- [7] 徐玥,孙菊水. 不同程度精神分裂症患者暴力攻击行为研究[J]. 医院管理论坛,2020,37(7):20-23.
- [9] 雷曾,孙莉. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症患者兴奋激越症状疗效观察[J]. 中国现代医药杂志,2019,21(11):55-57.
- [10] 穆博羽. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症攻击行为的疗效及安全性观察[J]. 中国医药指南,2017,15(8):98-99.
- [11] 张久平,成鑫,张会会,等. 2153例儿少精神科住院患者精神疾病分布及药物使用[J]. 四川精神卫生,2020,33(5):440-445.
- [12] 葛红敏,谢筠,王小丽. 利培酮联合行为疗法对精神分裂症患者的效果[J]. 国际精神病学杂志,2020,47(5):925-927,937.
- [13] 祁晓峰. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症攻击行为的疗效及安全性观察[J]. 中国处方药,2018,16(2):69-70.
- [14] 钱兴山,闻传毅,刘长城,等. MECT联合利培酮对难治性精神分裂症的增效作用[J]. 中国继续医学教育,2019,11(34):129-132.
- [15] 张天清,徐英妹,徐文耀,等. 认知行为联合利培酮治疗精神分裂症效果分析[J]. 中国城乡企业卫生,2019,34(10):167-169.
- [16] 陈晓兰. 丙戊酸钠对精神分裂症首发和复发治疗增效作用差异分析[J]. 中外医学研究,2021,19(17):31-33.
- [17] 李天平. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症攻击行为的疗效及安全性观察[J]. 中国民康医学,2018,30(22):67-68,71.
- [18] 安邦,赵珊珊,唐书钰,等. 利培酮联合丙戊酸钠治疗精神分裂症攻击行为的效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(2):19-21.
- [19] 侯梦慧,刘晓林,陈飞飞,等. 利培酮联合不同心境稳定剂治疗伴攻击行为精神分裂症的疗效[J]. 医学综述,2021,27(21):4342-4346.
- [20] 林永和. 利培酮联合丙戊酸钠治疗对精神分裂症患者认知功能的影响[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(22):142-143.