

期,可随着时间的延长逐渐减弱或消失。本研究未见奎硫平引起明显的体位性低血压。其余不良反应及总的不良反应发生率两组间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),且两药的不良反应均较轻微,患者耐受性好,依从性强,研究中无一例患者因药物不良反应而退出。总之,奎硫平对治疗首发精神分裂症与利培酮有同等疗效且起效时间相当,不良反应少,程度轻,安全性高,使用剂量范围宽,可作为治疗首发精神分裂症的一线药物。

参考文献:

[1] 汪春运. 奎硫平的精神科应用[J]. 上海精神医学, 2004, 16(2):110-112.

[2] Small JG, Hirsch SR, Arvanitis LA, et al. Quetiapine in patients with schizophrenia. A high and low-dose double-blind comparison with placebo. Seroquel study group[J]. Arch Gen Psychiat, 1997, 54(6):549- 557.

[3] Phil M, Millbrook U. Quetiapine, an effective and well-tolerated atypical antipsychotic[J]. Int J Psychiat Clin, 1997, 23(1):231-234.

[4] 李华芳, 顾牛范, 谢斌, 等. 喹硫平治疗精神分裂症的随机平行对照和多中心临床研究[J]. 中国新药与临床杂志, 2001, 20(4):260-263.

[5] Sachs G, Chengappa KNP, Suppes T, et al. Quetiapine with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania: a randomized, double-blind, Placebo-controlled study[J]. Bipolar Disord, 2004, 6(3):213-223.

[6] 赵靖平, 陈晋东, 陈远光, 等. 喹硫平治疗精神分裂症随机双盲双模拟对照临床试验[J]. 中国新药杂志, 2002, 11

(2):149-151.

[7] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001:62-75.

[8] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993:81-111, 198-203.

[9] Goldstein JM, Arvanitis LA. ICI 204,636: a benzothiapine atypical antipsychotic: review of preclinical pharmacology and highlights of phase II clinical trials[J]. CNS Drug Rev, 1995, 13(1):50-53.

[10] 曹秋云, 江开达. 奎硫平国外资料介绍[J]. 临床精神医学杂志, 2002, 12(4):229-230.

[11] 赵靖平, 朱荣华. 奎的平: 一种新的非典型抗精神病[J]. 国外医学: 精神病学分册, 2000, 27(1):36-39

[12] 于宏伟, 孔惠敏. 奎硫平与利培酮治疗精神分裂症对照研究[J]. 临床精神医学杂志, 2005, 15(6):362-362.

[13] 姚辉, 侯钢, 王筱兰, 等. 喹硫平治疗精神分裂症临床观察[J]. 临床精神医学杂志, 2003, 13(5):273-274.

[14] Zhong KX, Sweitzer DE, Hamer RM, et al. Comparison of quetiapine and risperidone in the treatment of schizophrenia: a randomized, double-blind, flexible-dose, 8-week study[J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(7):1093-1103.

[15] Larmo I, De Nayer A, Windhager E, et al. Efficacy and tolerability of quetiapine in patients with schizophrenia who switched from haloperidol, olanzapine or risperidone [J]. Hum Psychopharmacol, 2005, 20(8):573-581.

(收稿日期:2013-09-28 修回日期:2013-12-08)

· 经验交流 ·

氨磺必利治疗 76 例精神分裂症的临床研究

陈登霞<sup>1</sup>, 潘竹松<sup>1</sup>, 陈登国<sup>2△</sup>

(1. 重庆市云阳县精神卫生保健院精神科 404500; 2. 重庆市江北区精神卫生中心精神科 400025)

**摘要:**目的 了解国产氨磺必利治疗精神分裂症的疗效及安全性。方法 对 76 例精神分裂症患者分为国产氨磺必利片(研究组)或利培酮片(对照组)治疗, 观察疗程为 8 周。于入组时及治疗后第 2、4、6、8 周末, 采用阳性与阴性症状量表(PANSS)进行疗效评估。在治疗前和试验结束时, 用不良反应症状量表(TESS)、心电图、血生化检查等进行安全性评估。结果 研究组有效率为 75.0%, 对照组为 72.5%, 两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。PANSS 评分显示, 研究组阴性症状分比对照组减低更明显, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组不良反应发生率差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 氨磺必利导致体质量增加发生率更少。结论 国产氨磺必利治疗精神分裂症的疗效与利培酮相当, 对阴性症状疗效更明显, 两药安全性较好。

**关键词:**精神分裂症; 氨磺必利; 疗效; 安全性  
doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.04.012 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2014)04-0413-03

氨磺必利(amisulpride)系苯甲酰胺类衍生物, 1997 年由法国 Sanofi-Synthelabo 公司研发, 由于它是一个选择性 D2/3 受体阻断剂, 故被认为是具有针对精神分裂症阴性症状的新型非典型抗精神病药<sup>[1-5]</sup>。目前, 国产氨磺必利已批准上市, 为了解其临床特点, 本研究以较普遍使用的利培酮片为对照药物与国产氨磺必利进行了对照研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集精神分裂症患者共 76 例, 其中氨磺必利

组(研究组)36 例, 男 16 例, 女 20 例, 平均(35.4±8.6)岁, 平均病程(87.8±9.4)个月; 利培酮片组(对照组)40 例, 男 18 例, 女 22 例, 平均(35.9±9.2)岁, 平均病程(89.6±11.6)个月。入组标准: 年龄 18~60 岁, 性别不限; 符合美国精神障碍诊断和统计手册第 4 版<sup>[6]</sup>(DSM-IV)精神分裂症诊断标准; 阳性与阴性症状量表(PANSS)<sup>[7]</sup>总分≥71 分; 得到患者监护人同意并签署知情同意。排除标准: 器质性精神障碍, 乙醇或药物依赖, 合并患有严重躯体疾病, 妊娠或哺乳期妇女; 已知对氨

磺必利过敏;入组前 1 个月氯氮平剂量大于或等于 300 mg/d;有严重自杀倾向者。排除标准:违反研究方案者;无法耐受药物所致严重副反应者;发生严重不良事件者;失访者。研究组与对照组患者的性别、年龄、病程及 PANSS 评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。76 例患者中,研究组有 3 例因违反研究方案和 2 例失访而退出,对照组有 2 例违反研究方案、2 例不愿继续参加研究而退出。

### 1.2 方法

**1.2.1 试验用药** 国产氨磺必利片(齐鲁制药有限公司生产),每片 0.2 mg,为 A 药。利培酮片(齐鲁制药有限公司生产),每片 1.0 mg,为 B 药。两药由专人装于外观相同的胶囊,A 药每粒 0.2 g,B 药每粒 1.0 mg,患者和医师均不知 A、B 药为何种药物。

**1.2.2 治疗方案** 本研究采用随机、双盲、对照的试验设计,疗程共 8 周。入组时患者起始剂量 1 粒/天,每隔 1~2 d 剂量增加 1~2 粒/天。推荐剂量范围 4~6 粒/天。治疗期间不合用其他抗精神病药物、抗抑郁剂和心境稳定剂。如出现锥体外系副反应可按常规剂量合并使用苯海索,对有明显睡眠障碍者可使用左匹克隆改善睡眠,并做好记录。

**1.2.3 治疗效果和不良反应评估** 采用 PANSS 分别于入组时及治疗后第 2、4、6、8 周末各评定 1 次。按 PANSS 减分率大于 80%为基本痊愈;减分率 50%~80%为显著进步;减分率 30%~50%为好转;减分率小于或等于 29%为无变化。同时采用不良反应症状量表(TESS)<sup>[5]</sup>作药物不良反应评价。在治疗前和试验结束时进行实验室和心电图检查。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析。对主要指标缺失值的估计采用最近一次观察值进行接转(LOCF)<sup>[8]</sup>,计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

### 2.1 两组的疗效比较

**2.1.1 两组患者临床疗效比较** 治疗第 8 周末,研究组有效率(基本痊愈+显著进步)为 75.0%,对照组为 72.5%,差异无统计学意义( $\chi^2=0.79,P>0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	基本痊愈	显著进步	好转	无变化
研究组	36	15(41.7)	12(33.3)	5(13.9)	4(11.1)
对照组	40	16(40.0)	13(32.5)	5(12.5)	6(15.0)

**2.1.2 两组患者 PANSS 评分及各因子分比较** 两组患者在治疗第 8 周末 PANSS 总分及各因子分均明显降低,研究组阴性症状分比对照组更低,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.2 两药安全性比较

**2.2.1 TESS 比较** 经 TESS 量表评定,研究组共有 21 例(58.3%)出现不良反应,依次为:锥体外系反应 21(58.3%)例次、烦躁 12(33.3%)例次、口干 12(33.3%)例次、心悸 8(22.2%)例次、体质量增加 7(19.4%)例次、睡眠障碍 4(11.1%)例次、恶心 4(11.1%)例次。对照组共有 25 例(62.5%)出现不良反应,依次为:锥体外系反应 25(62.5%)例次、口干 18(45.0%)例次、烦躁 17(42.5%)例次、体质量增加 15(37.5%)例次、心悸 7(17.5%)例次、睡眠障碍 5(12.5%)例次、恶心 3(7.5%)例次。两组不良反应总发生率比较,差异无

统计学意义( $P>0.05$ )。且不良反应均较轻,经对症处理后症状缓解。

表 2 两组患者基线和治疗 8 周末 PANSS 评分情况( $\bar{x}\pm s$ ,分)

分组	阳性症状	阴性症状	一般病状	PANSS 总分
研究组				
基线	21.62±4.76	20.51±5.25	46.84±8.29	88.97±16.14
8 周末	7.54±0.86	7.32±1.41	18.73±2.46	33.59±4.63
对照组				
基线	21.42±5.21	20.14±4.52	47.27±9.27	88.83±18.76
8 周末	7.86±1.24	8.91±1.48*	18.95±2.38	35.72±5.02

**2.2.2 心电图与实验室检查** 研究组和对照组分别为,心动过速(8.3%,7.5%)、血常规、肝功能,电解质等两组均未见异常。

## 3 讨 论

氨磺必利为新型非典型抗精神病药,它选择性作用于人体多巴胺 D2 和 D3 受体亚型,而对其 D1、D4 和 D5 受体亚型无任何亲和力,对 5-羟色胺和肾上腺素能等其他神经受体亲和力较低。因此,该药物在发挥治疗作用的同时,可避免嗜睡、体质量增加等不良反应的发生。此外,因氨磺必利具有优先选择作用于边缘系统的特点而使其引起的锥体外系不良反应有降低的趋势<sup>[9-12]</sup>。本研究显示,氨磺必利临床有效率为 75.0%,对照组为 72.5%,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ );经 PANSS 各因子分比较,氨磺必利治疗组阴性症状分比对照组减分更明显,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。在不良反应方面,经 TESS 评定,氨磺必利治疗组不良反应出现率为 58.3%,对照组为 62.5%,而体质量增加氨磺必利治疗组为 19.4%,对照组为 37.5%,以后者更突出。

综上所述,氨磺必利总的有效率与对照组相似,而对阴性症状方面的疗效优于对照组。同时服用氨磺必利与对照组比较,体质量增加发生率比对照组较低,与其他研究相似<sup>[9-13]</sup>。在服抗精神病药治疗的患者中,出现肥胖及其他不良反应<sup>[14-15]</sup>,而氨磺必利对体质量及其他不良反应少,对阴性症状有效,患者的依从性较好,可作为一线抗精神病药使用。

## 参考文献:

[1] 黄素培,张瑞岭,王来海,等.氨磺必利的药理学进展与临床应用评价[J].中国医院用药评价与分析 2011,11(8):679-683.

[2] 程玉红,康江鹏,陈蔚,等.氨磺必利的合成[J].中国医药工业杂志 2011,42(11):801-803.

[3] Komossa K, Rummel-Kluge C, Schwarz S, et al. Olanzapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 17(3): 654-656.

[4] Miguel HE, Rogelio A, Ana F, et al. The effects of amisulpride on five dimensions of psychopathology in patients with schizophrenia: a prospective open-label study [J]. J BMC Psychiatry, 2005, 5(3): 22-25.

[5] Nuss P, Tessier C. Antipsychotic medication, functional outcome and quality of life in schizophrenia: focus on amisulpride [J]. Curr Med Res Opin, 2010, 26(4): 787-789.

[6] American Psychiatric Association. Diagnositic and statistical rfla-nual of mental disorders[M]. DSM-IV. 4th ed. Washington DC:APA,1994;56-58.

[7] 汪向东. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊):267-276.

[8] Stephen B, Steven A, Warren S, et al. Designing clinical research; an epidemionlogic approach[M]. New York: Lippincott Williams Wilkins,2001;235-237.

[9] 邝云航, 李小芳, 钟潇琦, 等. 氨磺必利治疗精神分裂症 40 例临床疗效初探[J]. 精神医学杂志, 2009, 22(3): 180-181.

[10] 徐瑞娟. 氨磺必利治疗精神分裂症的疗效和安全性[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(3): 61-63.

[11] 谢少烽. 氨磺必利对精神分裂症患者的疗效研究[J]. 精神医学杂志, 2012, 25(4): 300-302.

[12] Leucht S, Pitsehel-Walz G, Engel RR, et al. Amisulpride, an unusual 'atypical' antipsychotic; a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(2): 180-190.

[13] 陈妍, 陈美娟. 氨磺必利在精神分裂症中的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2011, 11(1): 83-85.

[14] 肖晓杨, 谭小林, 林晖, 等. 抗精神病药治疗对稳定期精神分裂症患者认知功能的影响[J]. 重庆医学, 2010, 39(4): 438-439.

[15] 卢玮聪, 郑洪波, 侯乐, 等. 精神分裂症患者伴发代谢综合征的相关因素分析[J]. 医学临床研究, 2011, 28(2): 217-219.

(收稿日期: 2013-09-26 修回日期: 2013-12-07)

• 经验交流 •

## 早期拟诊为急性病毒性脑炎的脑电图分析

周成东<sup>1</sup>, 顾庆乐<sup>1</sup>, 余雪芹<sup>2△</sup>

(重庆市精神卫生中心: 1. 特检科; 2. 科教科 400036)

**摘 要:**目的 探讨在早期被拟诊断为急性病毒性脑炎的脑电图价值。方法 将早期被拟诊断为急性病毒性脑炎组的病例, 根据最后确诊情况自然分为急性病毒性脑炎和急性精神障碍组, 分析二者的脑电图差异。结果 早期急性病毒性脑炎组更易发生  $\alpha$  频带功率明显降低、两侧不对称现象及局灶性异常, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 其他脑波比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 在急性病毒性脑炎的早期脑电图表现中, 存在  $\alpha$  频带功率明显降低、两侧不对称现象及局灶性异常等一些细微变化, 对协助临床诊断及鉴别有积极意义。

**关键词:**脑电图; 急性病毒性脑炎; 急性精神障碍

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.04.013

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)04-0415-03

急性病毒性脑炎是由多种病毒引起的中枢神经系统感染性疾病, 主要累及大脑实质。但在早期, 有的患者神经系统症状较轻或不典型, 精神症状为主要或首发症状, 各种检查的阳性率较低, 脑电图异常率高但无特异性, 特别是在缺乏大型检查设备的基层医院, 常被误诊为各类型的急性精神障碍。由于认识不足而延误最佳治疗时机。近年发现有一些首发的急性精神障碍患者早期临床表现也不典型, 其脑电图常有异常发现, 特别是在有上呼吸道感染等病史时, 与急性病毒性脑炎的鉴别较难。这导致在急性病毒性脑炎的早期诊断中, 有部分不典型病例只能拟诊断为急性病毒性脑炎, 在急性病毒性脑炎与急性精神障碍二者之间不能明确。据最新研究发现, 本病预后不良率达 29.38%, 且仅与颅脑 MRI 异常及意识状态异常, 即大脑损害程度密切相关, 这提示早期诊治能改善预后<sup>[1]</sup>。有研究发现, 本病发病后 1~7 d, 脑电图的阳性率显著高于脑脊液及 CT 等检查, 有重要的早期协助诊断价值, 但并未具体分析脑电图早期的细微改变<sup>[2]</sup>。因此, 笔者回顾分析了本中心的早期被拟诊断为急性病毒性脑炎病例的脑电图, 探讨脑电图早期助诊的临床价值。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2007 年 1 月至 2012 年 10 月来本中心住院的首发病例, 病程早期的脑脊液及 CT 等检查正常而脑电

图为边缘状态或轻度异常, 且均被拟诊断为急性病毒性脑炎。所有病例均于入院 24 h 内行第 1 次脑电图检查, 距发病时间最短为 1 d, 最长为 5 d, 平均 3 d, 均无服用抗精神病药物、激素类药物、精神活性药物及其他能影响大脑自发生物电的药物史。根据出院的确诊诊断, 将患者分为急性病毒性脑炎组和急性精神障碍组。急性病毒性脑炎入组标准: (1) 急性起病, 有感染症状, 如发热、头痛、全身不适等; (2) 局灶或弥漫性脑症状, 可呈意识障碍、精神异常、抽搐、失语等; (3) 颅内高压和脑膜刺激征; (4) 有的可出现中枢神经系统外的原发部位体征, 如麻疹、水痘、腮腺炎等; (5) 血液白细胞正常或增加, 脑脊液压力正常或增高, 血糖正常或降低, 蛋白质可增加, 或脑脊液完全正常; (6) 脑电图呈弥漫性异常或局灶性异常; (7) 颅脑 CT、MRI 呈炎性改变, 也可正常; (8) 特异性抗炎抗病毒及激素药物治疗有效。急性精神障碍入组标准: (1) 急性起病; (2) 符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版关于各类急性精神障碍的诊断标准; (3) 抗精神病药物治疗有效。两组排除标准: 除外颅内肿瘤、脑外伤、癫痫、脑萎缩等其他器质性疾病。

急性病毒性脑炎组共 36 例, 男 15 例, 女 21 例; 年龄 6~50 岁, 平均  $(23.81 \pm 1.99)$  岁; 首次脑电图检查时总病程为 1~5 d, 平均  $(3.31 \pm 1.21)$  d。急性精神障碍组共 21 例, 精神分裂症 10 例, 情感性精神障碍 4 例, 急性心因性反应 6 例, 癔症 1 例;

作者简介: 周成东(1973—), 主治医师, 大专, 主要从事精神病学及神经电生理学的研究工作。 △ 通讯作者, Tel: 13983656808; E-mail: cqjwkj@163.com。