

- [3] 罗国燕, 欧燕华. 血清脂肪酶淀粉酶 C 反应蛋白及甘油三酯在诊断急性胰腺炎中的临床价值[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(1): 83-85.
- [4] 马建党, 王友春. 急性胰腺炎患者血清 C 反应蛋白、前白蛋白、白细胞计数动态变化及临床意义[J]. 临床合理用药杂志, 2015, (11): 106-107.
- [5] 李力, 黄玲, 徐萍, 等. 重症急性胰腺炎预后危险因素分析[J]. 中华胰腺病杂志, 2015, 15(3): 150-153.
- [6] 高志荣, 张意丽. 急性胰腺炎相关危险因素研究[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(5): 673-674.
- [7] 袁景, 崔平, 王建强, 等. 生长抑素联合泮托拉唑治疗急性胰腺炎的疗效及对炎症递质的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(4): 397-399.
- [8] 李敏利, 吕莉慧, 张晓华, 等. 降钙素原及炎症指标在急性胰腺炎早期的临床价值研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2016, 25(8): 896-898.
- [9] 薛育晓, 岳颖. C 反应蛋白浓度和白细胞计数在急性胰腺炎治疗中的应用价值[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(15): 45-47.
- [10] 张春霞, 王敏, 龙官保, 等. 微创置管引流对重症急性胰腺炎早期炎症反应的影响[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(3): 253-256.
- [11] 陈梦诗, 曹稳福, 罗金虹, 等. 5 种评分系统对急性胰腺炎病情预测价值比较[J]. 山东医药, 2015, 59(40): 66-67.
- [12] 郑吉敏, 高俊茶, 赵红伟, 等. 四种评分系统对急性胰腺炎预后评估价值的比较[J]. 天津医药, 2015, 43(2): 217-220.
- [13] 陈丽芬, 周群燕, 陆国民, 等. 改良 Ranson 评分评估胆源性胰腺炎严重程度及预后的价值[J]. 天津医药, 2013, 41(1): 37-40.
- [14] 庄丹丹, 欧希龙. 巨噬细胞在急性胰腺炎全身炎症反应中的作用[J]. 东南大学学报(医学版), 2013, 25(4): 501-505.
- [15] 高立生, 刘宁宁, 王青雷, 等. 急性胰腺炎患者血中血小板活化因子、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、C 反应蛋白水平[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(3): 663-664.

(收稿日期: 2017-04-15 修回日期: 2017-06-03)

## • 临床研究 •

## 不同抗精神病药物对精神分裂症患者的临床影响及糖脂代谢的变化\*

冯燕霞<sup>1</sup>, 杨发<sup>2</sup>

(1. 甘肃省临夏回族自治州疾病预防控制中心业务科, 甘肃临夏 731100; 2. 甘肃省临夏回族自治州人民医院检验科, 甘肃临夏 731100)

**摘要:**目的 探究不同抗精神病药物对精神分裂症患者糖脂代谢的影响。方法 选取 2016 年 1—12 月甘肃省临夏回族自治州人民医院收治的首发精神分裂症患者 60 例作为研究对象, 并按照随机数字表法分成利培酮组(L 组)、喹硫平组(K 组)和阿立哌唑组(A 组), 每组各 20 例。3 组分别给予相应的药物进行治疗, 比较三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、空腹血糖(GLU)、餐后 2 h 血糖(2 h PBG)等指标变化。结果 治疗后第 1 个月, A 组有效率低于 K 组和 L 组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后第 2 个月, A 组有效性与 K 组、L 组比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过 12 个月的观察后, L 组与 K 组的各项糖脂代谢指标均高于 A 组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 临床上应根据首发精神分裂症患者的实际情况选择合理药物进行治疗。阿立哌唑治疗首发精神分裂症的起效时间虽然慢, 但对患者的糖脂代谢指标无显著影响, 适用于精神分裂症合并高血脂与糖尿病患者。

**关键词:** 利培酮; 喹硫平; 阿立哌唑; 精神分裂; 糖脂代谢

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2017.19.035

文献标识码: A

文章编号: 1673-4130(2017)19-2749-03

随着工作压力与生活压力逐渐增大<sup>[1-2]</sup>, 精神分裂症已经成为神经内科临床治疗中的一种常见病。该病通常发生于青壮年人群中, 发病时呈急性或慢性, 而且往往不能一次根除<sup>[3]</sup>。精神分裂症患者未发病时神智正常, 与常人无异, 在反复治疗中容易产生精神疾病。目前, 药物治疗是精神分裂症患者的最佳治疗方式, 主要药物有利培酮、喹硫平、阿立哌唑等。由于需要长期服用药物, 患者容易产生糖脂代谢异常情况, 这十分不利于患者的预后<sup>[4]</sup>。本研究选取甘肃省临夏回族自治州人民医院接受治疗的精神分裂症患者 60 例, 使用不同药物进行治疗, 对比分析其治疗有效率以及对糖脂代谢的影响。现报道如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 选取 2016 年 1—12 月甘肃省临夏回族自治州人民医院收治的首发精神分裂症患者 60 例作为研究对象, 并按照随机数字表法分成利培酮组(L 组)、喹硫平组(K 组)和阿

立哌唑组(A 组), 每组各 20 例。L 组中, 男 12 例, 女性 8 例; 年龄 21~49 岁, 平均(28.7±3.4)岁; 病程 1~10 月, 平均(6.9±1.3)月。K 组中, 男 14 例, 女 6 例; 年龄 23~51 岁, 平均(30.2±2.5)岁; 病程 2~11 月, 平均(8.2±2.5)月。A 组中, 男 11 例, 女 9 例; 年龄 20~48 岁, 平均(27.3±2.1)岁; 病程 2~10 月, 平均(7.1±1.9)月。纳入标准: 年龄均超过 18 周岁; 均符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版<sup>[5]</sup>中关于精神分裂的诊断; 住院前未服用糖皮质激素、避孕药等能够影响糖脂代谢水平的药物; 阳性和阴性症状量表(PANSS)评分大于 40 分。排除标准: 伴有冠心病、高血压等慢性疾病; 患有脑器质性精神疾病; 血糖与血脂水平异常; 住院前使用过抗精神病药物。所有患者监护人均知情同意并签署知情同意书。3 组患者性别、年龄及病程等基本资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可对比。

\* 基金项目: 甘肃省自然科学基金项目(1208RJZA113)。

**1.2 治疗方法** A 组予以阿立哌唑治疗,初始剂量为每日 5 mg,治疗 1 周后,将剂量增加至 20~30 mg,最大剂量不超过 30 mg/d。K 组予以喹硫平治疗,初始剂量为每日 100 mg,治疗 1 周后,将剂量增加至 500~750 mg,然后根据患者的情况进行适度调整,最大剂量不超过 750 mg/d。L 组予以利培酮治疗,初始剂量为每日 1 mg,治疗 1 周后,将剂量增加至 4~6 mg,最大剂量不超过 6 mg/d。3 组均持续治疗 2 个月,并对患者三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、空腹血糖(GLU)、餐后 2 h 血糖(2 h PBG)指标进行为期 12 个月的观察。

**1.3 疗效评价** 采用 PANSS 及精神病量表(BPRS)对患者的治疗效果进行评价。评价标准:(1)治愈,PANSS 减少量≥75%,BPRS 减少量≥80%;(2)显效,PANSS 减少量 50%~74%,BPRS 减少量 60%~79%;(3)好转,PANSS 减少量 25%~49%,BPRS 减少量 30%~59%;(4)无效,PANSS 与 BPRS 评分没有达到以上标准。有效率(%)=(治愈+显效)/总例数×100%。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS 17.0 软件对数据进行统计学分析;计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 3 组治疗有效率比较** 治疗后第 1 个月,A 组有效率低于 K 组和 L 组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后第 2 个月,A 组有效性与 K 组、L 组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1、表 2。

表 1 3 组治疗后第 1 个月的有效率比较

分组	<i>n</i>	治愈( <i>n</i> )	显效( <i>n</i> )	有效( <i>n</i> )	无效( <i>n</i> )	有效率(%)
A 组	20	5	4	7	4	45
K 组	20	6	5	4	5	55
L 组	20	6	5	5	4	55
<i>P</i>						<0.05

表 2 3 组治疗后第 2 个月的有效率比较

分组	<i>n</i>	治愈( <i>n</i> )	显效( <i>n</i> )	有效( <i>n</i> )	无效( <i>n</i> )	有效率(%)
A 组	20	8	6	3	3	70
K 组	20	9	7	2	2	80
L 组	20	8	6	3	3	70
<i>P</i>						>0.05

表 3 3 组治疗前后血糖指标比较( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

分组	<i>n</i>	治疗前		治疗第 6 个月		治疗第 12 个月	
		GLU	2 h PBG	GLU	2 h PBG	GLU	2 h PBG
A 组	20	4.2±1.3	6.3±1.5	4.3±1.3	6.4±1.6	4.3±1.3	6.2±1.6
K 组	20	4.3±1.4	6.4±1.4	5.2±1.6	7.2±1.9	5.2±1.5	7.3±2.1
L 组	20	4.1±1.2	6.2±1.5	5.3±1.8	7.3±2.1	5.4±1.7	7.4±2.2
<i>P</i>		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 3 组治疗前后血糖水平比较** 3 组治疗前 GLU 与 2 h PBG 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后第 6、12

个月,K 组与 L 组 GLU 与 2 h PBG 水平均高于 A 组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );A 组治疗前后 GLU 与 2 h PBG 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 3。

**2.3 3 组治疗前后血脂水平比较** 治疗前,3 组 TG 与 TC 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后第 6、12 个月,L 组与 K 组 TG 与 TC 水平均高于 A 组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );A 组治疗前后 TG 与 TC 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 4。

表 4 3 组治疗前后血脂水平比较( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

分组	<i>n</i>	治疗前		治疗第 6 个月		治疗第 12 个月	
		TG	TC	TG	TC	TG	TC
A 组	20	0.9±0.3	4.1±0.9	1.0±0.4	4.1±0.9	1.1±0.4	4.1±1.0
K 组	20	1.1±0.6	4.1±0.6	1.3±0.7	4.6±1.1	1.3±0.7	4.5±1.2
L 组	20	1.1±0.4	4.0±0.8	1.4±0.6	4.6±1.1	1.4±0.8	4.6±1.2
<i>P</i>		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**3 讨 论**

随着医疗技术的不断突破,临床上很多疑难病症都有了新的治疗方法。精神分裂症在被治愈的同时,其关注度也越来越高。为了获得更好的生活质量和恢复正常的社交能力,精神分裂症患者希望使用的药物能够安全、有效、无不良反应。目前,精神分裂症患者的最佳治疗方式是使用药物治疗<sup>[6]</sup>;然而,由于治疗时间较长,抗精神病药物的过多服用会导致患者身体糖脂代谢发生较大起伏,从而影响身体健康。同时,糖脂代谢异常还会增加患者冠心病、糖尿病、高血压等慢性病的发生率<sup>[7]</sup>,患者会对药物治疗效果产生消极情绪。因此,医生应根据患者的身体状态,选择一些对身体糖脂代谢指标无重大影响的药物进行治疗,从而提高患者的预后效果。

目前,治疗精神分裂症的常见药物包括利培酮、喹硫平、阿立哌唑等。李美娟等<sup>[8]</sup>研究报道显示,阿立哌唑与奥氮平对精神分裂症患者的治疗效果相差不大,但是对糖脂代谢的影响较小。本研究结果显示,A 组治疗后第 1 个月的有效率低于 K 组和 L 组( $P < 0.05$ ),A 组治疗后第 2 个月的有效率与 K 组、L 组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。这与上述研究结果相一致,提示阿立哌唑的起效时间晚于喹硫平和利培酮,但随着治疗时间的不断推进,3 种药物的最终治疗效果相似。

长期服用抗精神类药物,很容易引起患者糖脂代谢异常,这也成为临床医学的研究重点<sup>[9]</sup>。阿立哌唑是常用的精神分裂治疗药物,主要作用于神经系统,对糖脂代谢几乎无影响,其临床使用量较大、适用度较广。目前,关于抗精神病药物是否会影响身体糖脂代谢,医学专家还没有达成共识<sup>[10]</sup>。在药物服用期间,利培酮与喹硫平都会使患者的 TG 与 TC 水平升高,但是否会提高血糖还存在争议。本研究结果显示,经过治疗后,K 组与 L 组中患者的糖脂代谢水平高于 A 组( $P < 0.05$ ),并且 A 组治疗前后的糖脂水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。提示长期服用阿立哌唑不会对患者的糖脂代谢水平造成严重影响,但喹硫平与利培酮会对患者的糖脂代谢水平造成严重影响。喹硫平和利培酮之所以会对患者的糖脂代谢水平造成明显影响<sup>[11-12]</sup>,可能与胰岛素分泌数量有直接关联,或是与血清素等活性物质有关,具体的影响机制还需要进一步研究。因此,在精神分裂症患者的临床治疗期间<sup>[13]</sup>,需

要定时检测患者血糖与血脂水平。一旦患者糖脂代谢发生异常,应立即为患者提供有效的干预措施,减少糖尿病、高血脂、冠心病等疾病的发生率。

综上所述,临床上应根据首发精神分裂症患者的实际情况选择合理药物进行治疗。阿立哌唑治疗首发精神分裂症的起效时间虽慢,但对患者的糖脂代谢指标没有显著影响,适合于精神分裂症合并高血脂与糖尿病患者。

#### 参考文献

- [1] 裴树景,杨艳芬. 齐拉西酮和阿立哌唑对精神分裂症患者糖脂代谢的影响研究[J]. 中国药物与临床, 2016, 11(8): 231-234.
- [2] 张华坤,曲志君,胡玮. 非典型抗精神病药物对首发儿童、青少年精神分裂症糖脂代谢的影响[J]. 实用临床医学, 2016, 9(25): 2339-2340.
- [3] 陈敏,孙晓兰,殷月霞. 精神分裂症患者用药前后甲状腺素催乳素及糖脂代谢水平观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 23(8): 673-701.
- [4] 钟建明. 抗精神病药物对首发精神分裂症患者糖脂代谢和体质量的影响[J]. 中外医学研究, 2016, 49(4): 158-162.
- [5] 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. 山东: 山东科学技术出版社, 2001: 200-206.
- [6] 白树存. 不同药物治疗老年精神分裂症疗效及对糖脂代

谢的影响[J]. 西南国防医药, 2016, 37(11): 1108-1111.

- [7] 周进涛,崔中芹,刘燕朋. 二甲双胍缓释片治疗非典型抗精神病药致精神分裂症糖脂代谢紊乱的临床研究[J]. 川北医学院学报, 2016, 18(10): 193-195.
- [8] 李美娟,李洁,刘莹. 盐酸小檗碱对精神分裂症患者糖脂代谢的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2016, 15(7): 227-230.
- [9] 杨李雅,王晓莉,戴润珠. 齐拉西酮与奥氮平对首发精神分裂症患者糖脂代谢的影响[J/CD]. 转化医学电子杂志, 2016, 17(12): 243-244.
- [10] 王海华,姚琳,潘丽红. 奥氮平合并齐拉西酮及行为干预对精神分裂症患者体质量和糖脂代谢的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2016, 15(6): 412-414.
- [11] 张静,赵永萍,贾琼. 黄连素对利培酮治疗精神分裂症患者症状及糖脂代谢的影响[J]. 天津医科大学学报, 2016, 45(12): 1692.
- [12] 肖鹏,孙晓花. 阿立哌唑联合氯氮平对精神分裂症患者糖脂代谢与睡眠及体重的影响[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 8(8): 781-784.
- [13] 刘克锋,田鑫,薛文华. 奥氮平对儿童精神分裂症患者糖脂代谢、肝功能及泌乳素的影响[J]. 重庆医学, 2017, 30(10): 782-783.

(收稿日期:2017-02-20 修回日期:2017-05-11)

#### • 临床研究 •

## 南通市 2011—2015 年 HIV 抗体不确定标本的检测结果及随访分析

练 维,张宏萍,陆 娟,蒋兰琴<sup>△</sup>,孙怡华,周 敏

(江苏省南通市疾病预防控制中心,江苏南通 226007)

**摘要:**目的 对人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体不确定标本的检测结果及随访情况进行分析,从而掌握其产生的原因和特征。方法 分析南通市 2011—2015 年 HIV 抗体不确定标本的人群来源、蛋白免疫印迹试验(Western blot)带型特征和部分人群的随访信息。结果 5 年间共对 1 821 份标本进行确证检测,其中 HIV 抗体不确定者 107 例,占 5.88%;受血前检测人群(13.33%)和孕产期人群(11.11%)的不确定结果检出率相对较高;不确定结果的 Western blot 带型共检测出 10 个类型,其中 gp160 p24 组合出现次数最多;85 例随访者中,酶联免疫吸附试验(ELISA)法 S/CO $\geq$ 6.0 的不确定者转阳率明显高于 0 $\sim$ <6.0 的不确定者( $P < 0.05$ )。结论 对 HIV 抗体不确定人群进行随访工作十分重要,同时还需积极寻求其他策略,尽早给予受检者准确结果。

**关键词:**人类免疫缺陷病毒; 抗体; 蛋白免疫印迹试验; 不确定; 随访

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2017.19.036

文献标识码:A

文章编号:1673-4130(2017)19-2751-03

判断人类免疫缺陷病毒(HIV)感染的主要检测方法是用免疫学方法检测 HIV 抗体,一般首先使用酶联免疫吸附试验(ELISA)进行筛查,结果呈阳性的再使用蛋白免疫印迹试验(Western blot)进行确证。根据《全国艾滋病检测技术规范》(以下简称《规范》)(2009 年版),Western blot 结果可判为阳性、阴性和不确定,对于不确定者需综合分析流行病学资料,并进行随访复检<sup>[1]</sup>。尽管《规范》(2009 年版)已经将随访复检时间由《规范》(2004 年版)的 3 个月后进到 4 周后,但不确定结果给实验室检测、疫情防治工作带来了诸多问题,涉及受检者入伍、入学、求职等关系到个人前途命运的大事<sup>[2]</sup>,还给受检

者本人及家属带来极大的心理压力,影响家庭和和睦<sup>[3]</sup>。随着近年来艾滋病检测网络覆盖率不断提高,南通市 HIV 抗体检测量有逐年上升趋势,不确定标本数量也有所增多。本文对 2011—2015 年南通市艾滋病确证实验室发现的 107 例不确定标本检测结果及 85 例受检者随访情况进行分析,以了解不确定结果的特征,为临床诊治和疫情防控提供参考。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2011—2015 年经南通市艾滋病确证实验室确认检测,结果为 HIV 抗体不确定者 107 例的标本,并对其中的 85 例受检者进行随访检测。