

· 名家漫谈 ·

纪念 E. Bleuler 命名精神分裂症 100 周年(中)

王祖承

4 环顾现在

自 20 世纪 50 年代起,作为第一种抗精神病药氯丙嗪登场,改变了精神分裂症的治疗命运,给精神分裂症病人带来了福音,许许多多的病人因服药后病情明显好转,使他们从约束、关押的闭塞环境中解脱出来,身体可以自由活动,也可以出院回家,甚至可以继续学习、工作。

因此,他们又一次获得了“解放”,这是身体上的解放,远比“第一次解放”有效,可称为“第二次解放”。在随后的 50 年中(至 2000 年左右),抗精神病药就不断涌现,还作了分类。以往有第 1 类、第 2 类、第 3 类、第 4 类抗精神病药,现在则统称为典型抗精神病药,或称第一代抗精神病药。至上世纪 80 年代中期,出现了非典型抗精神病药,又称为第二代抗精神病药。因其产生的锥体外系不良反应明显小,其他不良反应也明显减小,且使用方便、安全性大,更得到精神分裂症病人及其家属、精神科工作人员的欢迎。

有关如何称呼这些抗精神病药等级范畴的问题,上海市精神卫生中心的“老专家文献讨论会”活动时也发生过一次争论。一种称为“典型和非典型”,另一种称为“第一代和第二代”。到底哪一种对呢?糊里糊涂地说,二者都可以用。如果讲讲理由,后面一种理由充足,将来新药一个比一个新,可以第三代、第四代一直叫下去,就像秦始皇想象的那样直至万代。而按前者理由,则更新的药物就只好叫“非典型、非非典型”了,既不通又拗口。再一查文献,原来欧洲称为“典型、非典型”,美国称“第一代、第二代”,那我们就用美国的称呼吧!

统而括之,至公元 2000 年时,全世界共研制过、生产出多类抗精神病药约 200 种。至今仍在广泛使用的

约有 35 种(美、英、法、德、日),中国目前则有 24 种(实际上使用的只有 12 种),比先进国家的品种稍少一些。精神分裂症治疗近 50 年来的变化,从生物学角度讲就是从躯体物理治疗(电休克治疗、发热治疗、胰岛素休克治疗等)转向化学药物治疗。目前,几乎有 98% 的精神分裂症病人均在使用抗精神病药物治疗。因为使用了药物治疗后,许许多多的病人都能很好地回归社会,作为社会发展的资源,他们也能贡献出自己的力量。

与此同时,为了不使他们的病情反复,就有必要教他们“遵医嘱服药”。“而服药依从性”是一大问题,如能长期坚持服药,病情就能控制。反之,则易致病情复发。

随着广泛开展精神药物治疗和长期服药,抗精神病药物的不良反应也日益被重视起来了。早先的心血管不良反应、急慢性锥体外系反应、植物神经、皮肤、血液、消化道、内分泌等的不良反应都受到重视。统计下来,约有 20 种以上的多个系统或躯体部位的不良反应会出现,尤其是传统的、经典的抗精神病药更易引起。因此,既要很好地控制症状、提高疗效,又能减少不良反应的发生,这其中确实有许多学问,值得不断地探讨。随着第二代抗精神病药物的出现,新的药物不良反应又逐渐引起重视。如代谢综合征(高血脂、高血糖等)就应该引起注意。当然,随着更新的药物的产生,以上的各种不良反应都会不断减少。

因药物的发展,精神药理学的研究及对精神分裂症发病机制的认识均有了长足进步。以多巴胺(DA)受体为中心,配以其他受体(去甲肾上腺素、5-羟色胺、乙酰胆碱、氨基酸、神经肽等)的研究也日益发展。这些受体的异常和神经递质的改变,都与精神分裂症的发病、痊愈有密切的关系。反过来,通过对受体深入的研究,又会促使精神药理学的进一步发展。

因精神药物的广泛使用,精神分裂症患者可重返社会。因此,社会及社区精神医学、精神卫生学也就蓬勃兴起了。在城市社区中开设过过渡性设施(日间医院、夜

间医院、工疗站、护理中心、集体宿舍等)也就不断增多,并以患者为中心的“个案管理模式”也开展了。

名闻国际的“上海模式”是以三级精神病防治网为基本结构,把我国特有的行政管理体系与业务工作单位之间进行联系起来,全面关怀精神分裂症病人,从治疗、护理、管理、康复、回归社会形成系统化。“上海模式”把医疗、预防、康复、管理多种环节形成一体化,这一理念逐渐走向全国和国际上,成为一项突出成绩而闻名遐迩。

Larsen(1998)首次提出 DUP 观点(DUP 是指分裂症病人的精神病性症状发现开始至初次治疗的时间,英文名 Duration of untreated in schizophrenia,简称分裂症未治期),其特点是起病至治疗时间越长,就越难治愈、愈后就越差。说到底,我们早在 60 年代就提出“早(诊断)发现、早治疗、早预防”这“三早”政策,国内也有不少资料报告、介绍,并以此开展防治工作,可惜未曾及早介绍到国际上去,所以他们当时都不了解。

记得在 90 年代中期,日本《临床精神药理学》杂志上刊登一文,罗列世界各国使用氯丙嗪的情况,一数下来,共有 64 个国家在使用。但在“中国”这一栏目上,竟然是打了一个“?”号,我们实际上已用了有 20 年,经验丰富、历史悠久,也在国内发表了不少文章,但他们竟然对我们是否使用还抱有疑问,太不了解,这应该怪谁呢?

电休克治疗在当代的精神分裂症治疗过程中,仍然是必须的治疗手段。尤其是对于兴奋躁动、抑郁消极并有自杀意图者,更是很好的效果。它可以快速、有效地控制症状、提高治疗效果。为了能更好地起治疗作用并减少不良反应,又出现了麻醉下施行电休克的治疗方法(称为无抽搐电休克治疗或改良电休克治疗,ECT)。因安全性大,适应范围又有扩大(尤其是较大年龄者),更是当前必不可缺的治疗方法。由于精神药物大范围使用,电休克治疗的总数比过去有所减少。

而另一个,过去常用的胰岛素休克治疗,则因“少、慢、差、费”原因,目前渐渐地已不能适应情况发展,退出了精神分裂症的治疗历史舞台。但电休克治疗却不能退出历史舞台。记得在“文革”十年中,曾因该治疗作为“摧残劳动人民的法西斯工具”而停止使用,前后共有 7 年。在停用期间,有些严重消极的病人因无法治疗、病情不能控制而自杀死掉;有些因严重兴奋躁动但大量用药物又无法控制(那时,记得有一例患者每天用氯丙嗪 600 毫克、奋乃静 30 毫克、利血平 10 毫克,连用 20 多天,结果造成猝死)。我有一病例,每天使用氯丙

嗪 2000 毫克仍不能控制,时时刻刻提心吊胆,每天听几次心脏听诊、量血压,几乎天天作一次心电图。几天后,突然癫痫大发作,于是马上停用,以后却安静了(可能与癫痫大发作有关)。还有些严重木僵病例,多种药物总是不能解决,每天卧床,鼻饲喂食,营养差,最后并发褥疮,越来越重,无法挽回而死亡。回想没有电休克治疗的日子,真是难过啊!那时候,精神科病房里每天兴奋吵闹、大呼小叫、日夜詈骂不休,一片高声呼叫声,住在附近的居民会经常向医院提抗议,甚至派人到医院里来提意见。甚至反映到上面去,要求医院搬出市区、搬出居民区等情况(实际上,我们建医院时,周围是一片农田、河流,还没有居民。居民是后来搬过来的)。现在随着电休克治疗使用后,病房明显安静、吵闹现象很少见到了,木僵、自杀现象也较快消除,使病情快速缓解,确实是一个好方法。但在每年,总是有人问(尤其是实习医师)“电休克能治疗精神病的机理到底是什么?”这是一个既简单又深奥的问题,我们目前都不能准确回答出来,只能似是而非地回答。但有一个反问倒是很精确的,就是“水的分子结构在没有搞清前,人类几十万年下来都是在饮用它,对生命非常重要,为什么没有拒绝?”这是很有趣的反问。在精神科这门学科中,未知问题实在太多了,如果一定要弄清来龙去脉才可以开展治疗,那只能对这么多的精神病人放弃治疗,让他们在“恍惚的世界”中自生自灭了。由此可见,精神科是一门非常深奥的学科,很多治疗方法是先有经验才有机理,实践在前,理论在后。

记得在上世纪七十年代中期,当时“文革”还方兴未艾,“批林批孔”运动十分热闹。因为电休克治疗仍属禁锢状态,精神分裂症患者的病情难以控制,大家都想恢复这个治疗。进驻医院作为领导的工宣队、军宣队代表则不同意,说废除是你们自己提出来的,要恢复也是你们自己提出来的,你们到底要怎样解释?应该来开展辩论。于是一场大辩论开始了,几次会议下来,仍不了了之。当时湖南医学院同道知道后,特地在《国外医学参考·精神病学分册》上刊登几篇有关这个治疗的好处、进展、介绍等的文章,表示声援,很有“惺惺相惜”的味道。可惜那时工、军宣队他们根本不看这些文章的(他们也看不懂、也不感兴趣),声援无效,还是不能用,直至“四人帮”打倒,这个治疗方法才重获解放。

围绕精神分裂症患者踏上社会后,就会遇到被歧视的情况。他们的人格尊严以及如普通人那样的正常生存权利,都会受到影响。因此,“病耻感”(Stigma)就会

成为压在他们头上的大山。要消除“病耻感”，就要消除社会上对他们的偏见。这当然与文化传统习惯密切相关，不是短时间内可以解决的。因此要不断加强社会宣传，不断鼓励人们奉献爱心。从某种角度上说，当把精神分裂症病人能视为普通人一样时，社会和谐也许能真正实现。

前几年，忽然冒出一个“被精神病”的称呼，这种称呼以前也未听说过。言外之意，精神病院会无缘无故把正常人拉进精神病院，让他们变成精神病人，然后受到社会歧视，然后呢？照这个推理下去似乎也很荒唐。再说，精神病院难道没有什么事干？就是把正常人拉进医院来玩玩、寻开心？给他“被精神病”了也太平了吗？真是把精神病院、精神科医务工作者的神圣形象玷污了。

众所周知，精神病学是医学中的一个分支，凡住入精神病院中的人士，绝大多数是有精神障碍的，其中很

多是患有精神分裂症的。即使某些个别对象的诊断有出入，也决非故意而为之，应予以实事求是地澄清就可以了。随着医疗过程的规范化、标准化，这种情况应该是极为罕见的。现在，大叫什么“被精神病”，似乎一旦“被精神病”就很不光彩似的。有些媒体和个别律师大肆渲染，看起来精神病院的问题很大。实际上，这正是潜意识中对精神病患者抱有歧视的一种表现。记得上海有一家著名的报纸，在报道精神病人的肇事肇祸案例时，就常用带有歧视的“武疯子”、“文痴”、“花痴”一类称呼，至今仍未消除，我曾向他们提意见，但仍我行我素。作为媒体，也这样使用带有“偏见”称呼，那一旦遇到精神病诊断发生歧义时，就会大惊小怪提出所谓的“被精神病”了。

简言之，“消除偏见”是我们治疗分裂症的一大任务，任重道远，从现在开始，直至将来。（未完待续）

(上接附 2 页)

- 6 Albayrak Y, Ekinci O. Duloxetine - induced nocturnal bruxism resolved by buspirone: case report [J]. Clin Neuropharmacol, 2011, 34(4):137~138.
- 7 Sabuncuoglu O, Ekinci O, Berkem M. Fluoxetine - induced sleep bruxism in an adolescent treated with buspirone: a case report [J]. Spec Care Dentist, 2009, 29(5):215~217.
- 8 Wise M. Citalopram - induced bruxism [J]. Br J Psychiatry, 2001, 178(2):182.
- 9 Bostwick JM, Jaffee MS. Buspirone as an antidote to SSRI - induced bruxism in 4 cases [J]. J Clin Psychiatry, 1999, 60(12):857~860.
- 10 Ellison JM, Stanziani P. SSRI - associated nocturnal bruxism in four patients [J]. J Clin Psychiatry, 1993, 54(11):432~434.
- 11 McMillen BA, Matthews RT, Sanghera MK, et al. Dopamine receptor antagonism by the novel antianxiety drug, Buspirone [J]. J Neurosci, 1983, 3(4):733~738.
- 12 王秀梅. 抗精神病药物致人焦虑的观察及处理 [J]. 黑龙江医学, 2008, 32(1):78~87.
- 13 侯爱国. 丁螺环酮治疗药源性焦虑 57 例临床观察 [J]. 临床精神医学杂志, 2002, 12(3):158.
- 14 Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants [J]. J Clin Psychiatry, 2002, 63(4):357~366.
- 15 Landén M, Eriksson E, Agren H, et al. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors [J]. J Clin Psychopharmacol, 1999, 19

- (3):268~271.
- 16 Moss LE, Neppe VM, Drevets WC. Buspirone in the treatment of tardive dyskinesia [J]. J Clin Psychopharmacol, 1993, 13(3):204~209.
- 17 翟金国, 刘勤, 宣琼. 丁螺环酮治疗迟发性运动障碍 [J]. 新药与临床, 1996, 15(3):192.
- 18 罗小年. 关于苯海索的滥用 [J]. 临床精神医学杂志, 2010, 20(3):213.
- 19 马晓军, 刘清波. 丁螺环酮治疗安坦依赖 1 例 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 1997, 23(1):10.
- 20 Bonifati V, Fabrizio E, Cipriani R, et al. Buspirone in levodopa - induced dyskinesias [J]. Clin Neuropharmacol, 1994, 17(1):73~82.
- 21 Pavlovic ZM. Buspirone to improve compliance in venlafaxine - induced movement disorder [J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2004, 7(4):523~524.
- 22 Morton S, Lader M. Buspirone treatment as an aid to benzodiazepine withdrawal [J]. J Psychopharmacol, 1995, 9(4):331~335.
- 23 Lader M, Olajide D. A comparison of buspirone and placebo in relieving benzodiazepine withdrawal symptoms [J]. J Clin Psychopharmacol, 1987, 7(1):11~15.
- 24 Ashton CH, Rawlins MD, Tyrer SP. A double - blind placebo - controlled study of buspirone in diazepam withdrawal in chronic benzodiazepine users [J]. Br J Psychiatry, 1990, 157:232~238.
- 25 Megna J, Odell M. Ataxia from lithium toxicity successfully treated with high - dose buspirone: a single - case experimental design [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82(8):1145~1148.

(收稿:2012-12-14)