



精神活性药物 处方实践

Hamid Ghodse
Inayat Khan 编著

R749.053
Z D

117151



世界卫生组织



人民卫生出版社

精神活性药物处方实践

Hamid Ghodse 编著
Inayat Khan

张 岱 译
陈 荔 子
王 祖 新 校



人 民 卫 生 出 版 社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 156112 2

© 世界卫生组织 1988

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位，或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较，已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母，以示区别。

Hamid Ghodse, 英国伦敦圣乔治医学院附属医院药物依赖治疗和酒精研究室教授、主任。

Inayat Khan, 瑞士日内瓦世界卫生组织精神卫生处高级医务官。

精神活性药物处方实践

Hamid Ghodse
Inayat Khan 编著

张岱 陈荔子 译

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

1000×1400毫米32开本 3印张 98千字

1990年8月第1版 1990年8月第1版第1次印刷

印数：00,001—3,100

ISBN 7-117-01419-9/R·1420 定价：2.00元

〔科技新书目227—199〕

前 言

为达到世界卫生组织 (WHO) 宣布的到 2000 年人人享有卫生保健的目标, 医生应该拥有可供治疗用的精神活性药物。由于这类药物的使用范围十分广泛, 所以应该采取一定措施以保证其最大限度的合理应用。有些精神活性药物是由国际控制的。WHO 在建议对这类药物加以控制时, 应具有评定其疗效及其危害的方法, 并负责整理和分析这些资料, 从而使 WHO 药物依赖专家委员会可以根据任何一种已知药物的利和弊, 提出控制的建议。

WHO 在国际协定条文中已公布了管理麻醉药品和精神活性药物的指导方针, 这将有助于一些国家在该协定指导下履行自己的职责。

WHO 还建立了评定精神活性药物的新程序, 包括建立了为此目的向 WHO 提供资料的一些组织。制药工业在为 WHO 专家委员会成员准备背景资料方面起了重要作用, 许多决定正是在这些资料基础上作出的。自从 1971 年公约于 1976 年生效以来, WHO 已审查了许多种药品, 联合国麻醉药品委员会已采纳了 WHO 关于苯二氮草类、鸦片样兴奋剂、拮抗剂、镇痛药及苯丙胺样药物的有关建议, 并已挑选了一些其他类型药物供今后审查用。

WHO 还认识到, 除对有产生依赖倾向的精神活性药物应评定其利弊外, 鼓励医务人员开合理处方也很重要。这涉及到对医生进行这方面的适当培训, 这种培训取决于国家有关当局、医学院校、其他有关机构、专业组织和制药与销售单位之间的合作。

WHO 执行委员会已着手考虑这个议题, 并要求 WHO 进一步研究这些问题。本书是在 WHO 召开的培训卫生保健人员合理处方会议的讨论基础上形成的。这次会议经苏联当局协助, 于 1984 年 10 月 8 日至 13 日在莫斯科召开。希望本书对关心这个问题的读者有所裨益。

WHO 副总干事

T. Lambo

鸣 谢

编者仅向为此书出版作出贡献的同道致谢。培训卫生保健人员合理处方会议的中心思想和根据会议精神出版本书的想法均来自 WHO 精神卫生处处长 Norman Sartorius 博士。国际消费者联合组织的 Andrew Herxheimer 博士、制药商协会国际联盟的 Richard Arnold 博士、国际酒精和药瘾理事会的 Eva Tongue 博士和公共福利秘书处的 Ken Edmondson 博士为会议的筹划作出了重要贡献。

编者还要向所有为本书出版作出贡献的人致谢（见 2 页表），感谢他们熟练的技术，坚韧不拔的精神，特别是他们的高度热忱。我们还要感谢 J.-J. Guilbert 博士，J. F. Dunne 博士和 P. Brudon Jakobowicz 博士，感谢他们校阅原稿并提出建设性意见。

虽然有些与会者并未直接参加本书的编写，但总的来说他们对奠定本书的内容基础起了极其重要的作用，他们的意见和建议对作者和编者有很大帮助。

如果没有联合国药物滥用管理基金会的热心赞助和苏联当局的通力合作，就不可能召开这次大会。

撰稿人名单

- 第一章 H. Ghodse 英国, 伦敦, 圣乔治医学院附属医院药物依赖治疗和酒精研究室
- I. Khan 瑞士, 日内瓦, WHO精神卫生处
- 第二章 J. Marks 英国, 剑桥Girton学院
- 第三章 E. Hemminki 芬兰, 坦佩雷, 卫生部
- 第四章 E. Senay 美国, 伊利诺斯州, 芝加哥, 芝加哥大学精神科
- C. Schuster 美国, 伊利诺斯州, 芝加哥, 芝加哥大学精神科, 药物依赖研究中心
- 第五章 H. Ghodse 见第一章
- 第六章 J. Gallagher 瑞士, 日内瓦, WHO卫生人才开发部
- 第七章 H. Ghodse 见第一章
- K. Edmondson 澳大利亚, 堪培拉, 联邦卫生部治疗处
- A. Khan 巴基斯坦, 阿伯塔巴德, Ayub医学院院长
- J. Marks 见第二章
- B. Rexed 挪威, 奥斯陆, 国际麻醉品管理委员会
- O. Aasland 挪威, 奥斯陆, 国际酒精和药瘾理事会
- A. Herxheimer 英国, 伦敦, Charing Cross and Westminster医院附设医学校临床药理系(国际消费者联合组织)
- B. Medd 美国, 新泽西州, 纳特利, Hoffmann-La Roche药厂销售业务处(制药商协会国际联盟)
- 第八章 K. Edmondson 见第七章
- 第九章 P. Emafo 尼日利亚, 拉各斯, 联邦卫生部药剂局
- A. Zanini 巴西, 巴西利亚, 卫生部, 国家卫生监督秘书
- M. Plant 苏格兰, 爱丁堡, 皇家爱丁堡大学附属医院精神科
- 第10章 M. Grant 瑞士, 日内瓦, WHO精神卫生处

目 录

前言

鸣谢

撰稿人名单

第一章 绪论 1

第二章 精神活性药物的现状 7

分类 7

依赖倾向 10

在工业发达国家的应用 11

在发展中国家应用 13

医疗效益 14

社会效益 16

结论 17

第三章 影响处方的因素 20

非医疗因素的作用 20

研究和专业培训 22

制药工业 23

卫生当局和保险制度 26

同事和其他卫生专业人员 27

病人 27

医生的特征和工作条件 28

全面情况 28

发展中国家的特点 29

结论 29

第四章 合理处方原则 33

为发生应激反应的病人开处方 33

为确诊的病人开处方 35

诈病者 36

结论 37

第五章 精神活性药物的替代疗法 38

替代疗法的必要性 38

行为疗法 39

对病人的评定 39

干预方法 40

替代疗法的优点 42

第六章 医学教育的作用 45

教育不足导致不合理处方.....	45
医学教育中对教与学的评价.....	47
交谈和其他评价方法.....	47
评价教育大纲是否适宜.....	48
继续教育.....	49
结论.....	50
第七章 继续教育的作用.....	51
政府.....	52
非政府机构.....	55
消费者组织.....	56
制药工业.....	57
国际机构.....	58
结论.....	60
第八章 情报资料的来源.....	62
注册过程.....	62
药品上市后资料的更新.....	64
志愿监测系统.....	64
药物应用的其他研究.....	65
药品可得性研究.....	66
执法机构.....	67
资料的其它来源.....	68
结论.....	68
第九章 资料的传播.....	70
资料传播和教育能达到什么目的.....	70
药物教育的对象.....	71
传播资料的方法.....	73
义务报告制度.....	76
结论.....	76
第十章 评定干预效果.....	78
评价标准.....	78
制订评价计划.....	79
方法学问题.....	81
有关酒精问题教育举例.....	82
结论.....	83
第十一章 建议.....	84
附录1	
WHO 培训卫生保健专业人员改进精神活性药物处方, 以及药物供应和使用会议参加者名单.....	86

第一章 绪 论

虽然在第二次世界大战前就开始应用生物学方法治疗精神疾病(1917年用疟原虫发热疗法治疗麻痹性痴呆;1922年用持续麻痹治疗功能性精神病;1933年用胰岛素休克法治疗精神分裂症),但是直到50年代初期才有了有效安全的精神活性药物。由于应用了氯丙嗪和利血平的缘故,精神病院住院患者的数量显著下降。即使住院率上升,但住院时间缩短,而且目前更加强调在社区进行治疗。抗抑郁剂治疗重性抑郁症的价值也已得到充分的证明。然而,不应仅从住院病人的数量减少和门诊治疗的经济效益来理解所取得的进展。精神活性药物的应用的确减轻了病人和他们家庭的痛苦,而且,在社区治疗精神病人还大大消除了精神疾病的不良声誉,减少了人们对它的恐惧感。

当然,氯丙嗪和利血平的应用只是精神病学中药物治疗革命的开端。从那以后,一系列精神活性药物被采用,包括抗焦虑药(弱安定剂)、催眠药和抗抑郁剂,当前人们最关心的正是这些药物过度使用日益严重。

为了讨论这些药物的使用、滥用和误用问题,有必要对所用的术语下定义。对“滥用”和“误用”下定义较困难留待后面讨论;就药物本身而言,WHO和联合国麻醉药品委员会对这个问题曾进行过深入的讨论,这里引用了它们的定义。“精神活性”(psychoactive)这一术语的意思指所有对精神有影响的药物。它一般与“亲精神性”(psychotropic)用作同义语,但是“精神活性”包括所有的精神药物,而“亲精神性”只包括影响精神活动并且能导致依赖的药物,这些药物已列入1971年亲精神药物公约。在本书中,“精神活性”意指处方中的精神活性药物(不包括麦角二乙酰胺、大麻等)。

以下问题或许值得分析一下,即:为什么非精神活性药物处方的增长很少引起强烈反响,而对精神活性药物使用增加却如此关注。这种不同的反应,部分是由于精神活性药物并非经常用于达到治疗的目的,而仅仅是为了缓解症状。然而这一点不能作为问题的全部答案,因为症状治疗在医疗实践中是众所公认的,一般不是引起关注的原因。

精神活性药物使用的根本问题在于这一事实,即处方所治疗的症状诸如失眠、抑郁、焦虑和缺乏适应能力等,与其说是医疗问题,倒不如说是由于潜在的个人、人际以及社会问题所引起的。因而医学界的同仁

发觉他们自己在对非医疗问题提供药物治疗手段时，将对整个社会产生深远影响。这种状况令人深感不安，加之如此大剂量的精神药物处方可能造成误用和药物依赖，这就是为什么人们对精神活性药物处方表示关注的原因。

要估计世界范围内精神活性药物误用的程度是比较困难的，但现已查明世界各地有 88 个国家有误用问题。1986 年 3 月于伦敦召开的关于麻醉品和亲精神药物误用的卫生部长会议上着重讨论了这一重大问题^[1]。但是不应该孤立地看待亲精神药物的使用和滥用问题。催眠药、安定剂和抗抑郁剂只是全部精神活性药物的一部分，但精神活性药物不仅包括海洛因、可卡因等，而且也包括不需处方就能得到的医用药物和消遣药物。控制违禁药物是警察和海关等执法机关的任务，而控制两种最主要的消遣性物质——烟草和酒精的责任显然应由政府承担。相反，控制精神活性药物处方毫无疑问责任在于开这些药物的医疗专业人员。因此，可以认为与这些药物滥用有关的问题是医源性的。所以，任何控制精神活性药物使用以及减少有关问题发生的种种尝试，其重点应在医学界。

这些问题的存在及对其关注由来已久。例如，在 50 和 60 年代就对日益严重的误用和滥用各种精神活性药物问题表示了极大关注。1956 年联合国麻醉药品委员会就已注意到苯丙胺的滥用，1965 年 WHO 曾就镇静剂的误用发出警告。许多国家也通过了立法，但是立法的效力由于缺少国际性监督而受到削弱，结果 1971 年在 71 国代表参加的维也纳会议上正式通过了亲精神性药物公约^[2]。

该公约提出对 98 种亲精神性药物实行控制，这些药物分别列于四个表内。表 1 为严格控制的药物（即使出于试验目的使用这类药物也需要得到政府有关部门的批准），表 4 所列的药物控制最松。是否把某种药物列入 1971 年公约予以控制，首先取决于它是否易于产生依赖性和有无滥用的可能；其次取决于是否因该药的滥用导致社会和公共健康问题的增加；第三取决于该药的治疗有效性。

在对精神活性药物过度使用的担忧逐渐增长的同时，容易忽略这些药物治疗的有效性。然而，对某种药物的科学评价不应受到态度和价值观判断的影响，同样严格的检验和标准应该既适用于精神活性药物也适用于非精神活性药物。例如，任何药物的有效性都取决于该药在最佳剂量和最佳疗程时的治疗效应。最佳剂量处方是非常重要的，如果许多病人接受

(1) 引自 World Health Organization. Report of the Director-General on abuse of narcotic and psychotropic substances. Unpublished document A39/10 Add.1 (1986).

(2) 引自 The Convention on Psychotropic substances 1971, Vienna, 21 February 1971. Unpublished document E/Conf. 58/6, New York, United Nations, (1977).

太小或太大的剂量,就可能造成大量药物的浪费;相反,如果多数病人接受了有效的正确剂量,那么处方开出的总量即使较大也会达到预期目的。综上所述,对一种药物产生了耐受性可能意味着处方上的剂量不再有效,继续照剂量开药就很少有用或毫无用处。

因此,精神活性药物处方与非精神活性药物处方一样,应该以保证该药对所治疗病例确实有效而不是以其他为目标,并且处方药量要正确,时间要适宜。为达到此目标,即做到能开出精神活性药物的合理处方,还需要一个主要为医生,以及也为其他卫生工作者建立的培训计划。

近年来,世界卫生组织在宣传亲精神药物使用中可能带来的利弊方面作了巨大的努力。特别值得提出的是联合国药物滥用控制基金会与苏联当局合作于1984年10月在莫斯科召开的一次会议,其目的为:

- 查明现行合理使用精神活性药物培训计划的不足之处,审查消除药物过度使用的各种教育方法。

- 研究除教育以外的有助于保证药物合理使用的其他可能性措施。

- 讨论各类医学教育机构、医学和其他专业协会、制药行业、政府机构、非官方和国际性组织在这些教育计划中所能起的作用,以及它们在这项任务中进行合作的可能途径。

- 寻求和鼓励各有关方面,特别是非官方组织之间在该领域进行合作。

会议从一开始就明确了“培训”一词最广泛的含义;改进精神药物处方不能单靠给医学生办几次专题讲座和为研究生开设最新动态介绍课程。有许多影响处方的因素,很多培训方法都是可行的。

本书第一部分介绍有关精神药物使用的基本情况,复习了精神药物的使用范围以及评定使用程度的不同方法,描述了不当使用的类别并确定了发展中国家存在的特殊问题。对这些药物的效应及治疗作用也予以强调。这样做,有助于明确本书的目的不仅在于强调使用精神活性药物的危险性和盲目地搞一场减少精神活性药物使用的运动,更重要的是要改进开处方的方法,要使所有需要这些药物的人都能受益,同时又不增加药物依赖人数或造成药物使用过量。

精神活性药物处方的经济背景也很重要。跨国制药公司规模既大,利润又高,对其公司所在国(主要是富国)的经济有较大贡献。在这些国家,它们对药物政策的影响也是很大的。然而发展中国家在进口大量药品时却不能获取药品生产的经济效益。对于它们有限的经济预算来说,愿意进口那些物美价廉的精神活性药物。但是,如果由于药物价格比较便宜而造成使用不当,不但使不必要用药问题更加严重,而且也占用了急待优先解决的健康问题的资金。

因为只能（或必须）由医生处方开出这些药物，所以处方本身对改进药物使用是至关重要的。如何开处方是本书第二部分讨论的主题，其中探讨了各种影响因素，包括医生本人的大学或研究生学历、制药公司的各种活动、医生的人格特征、病人及其他卫生专业人员对医生的影响等等。所有这些难以确定的并且常常互相联系的因素可能影响医生必须作出的重要决定：给什么人开药，开什么药，开多少药以及给多长时间的药。

从作用于医生的各种影响来看，他们常常忽略了合理用药一章所指出的原则。这一章为科学地开出精神活性药物处方提供了明确的准则，提醒医生象对其他药物一样，在开精神活性药物的处方时也要遵守同样的标准。例如，必须明确所治疗的病情或症状，必须作出合理疗程的决定，必须了解药物副作用给病人带来的风险，必须对药物副作用进行监测等等。对于非精神活性药物处方来说，所有这些决定和观察通常是自动作出的，然而一旦涉及精神活性药物时，一般的临床方法可能就行不通，这也许是由于一般临床方法在解决构成病人症状基础的个人、人际及社会问题方面不太适宜的缘故。为此，本章及时向读者提供了医疗实践经验。

在有关精神活性药物处方的其他选择一章强调指出，如果减少了精神活性药物的不当使用，医生就应该为病人提供其他治疗选择。使病人产生症状的生活应激因素常持续存在，医生对此往往无能为力。即使药物疗法是不恰当的，但作为医生，面对蒙受失眠、焦虑或抑郁痛苦的病人，难以作出不为之减轻症状、什么药也不给的决定。不过，尚有许多其他方法可供选择，包括行为治疗、心理治疗和咨询等等。有些方法听起来技术性强、应用困难，但实际上这些方法往往是医生给病人采取的总治疗方法的一部分。使用这些方法的最大优点是除医生以外的专业人员经训练后也能应用。然而，更重要的是病人对自己的生命负有责任，应避免被贴上“有病”或“病人”的标签，这一点本身就有防止药物滥用的价值。

为使读者进一步学习精神活性药物处方经验和明白该怎样做，本书第三部分讨论了如何培训卫生保健专业人员特别是医生以改进其处方实践的问题。

这种训练必须开始于正规的大学教育。书中揭示了现存体制中的缺点，正是这些缺点最终导致精神活性药物的使用不当。精神活性药物的如何使用和滥用造成的后果必须在医学院校正式讲授，对于能引起广泛的公共健康和社会问题的状况也必须引起高度重视。然而，正如所指出的，大学教育只是个起点。开业医生不仅要了解药物及治疗的新进展，

而且还受到各种因素的影响。继续教育显然十分重要，这一教育涉及负责培训医生和对医生有影响的所有机构和组织，以便在合理使用精神活性药物方面发挥作用。

各种专业组织可以通过举办研讨会、专题会议或在杂志上发表文章等形式参与医生尤其是基层保健医生的继续培训。这些组织在与其他机构如制药工业和政府之间建立联系方面或许能发挥更重要的作用。专业组织通常很受尊敬，它们对医生、大众和其他机构颇具影响，因此，促进合理处方工作必须让这些组织参与，这不仅因为它们能够“提供”培训，也因为如果没有它们的影响，这工作都将缺乏号召力。

制药公司在培训方面的作用经常受到忽视，人们认为它们所做的一切，包括正规的财务会议，都是为了提高产品销售量。因此它们的影响，可能被认为是与合理处方的目标背道而驰的，但是它们在研究和信息传播方面的作用却不容忽视，从长远来看，精神活性药物的合理处方也符合它们的利益。毫无疑问，发挥它们的技术和资源优势的最好办法是邀请它们参加各种不同水平的培训计划。制药工业与其他有关机构之间的合作（而不是猜疑和对抗）很可能使合理处方的工作卓有成效。

最后，那些使用精神活性药物的公众（如病人）和他们的愿望、压力，会影响医生作出是否给他们开药的决定。他们的利益由消费者组织代表。这些组织虽然对培训卫生专业人员没有直接责任，但它们通过提供包括精神活性药物在内的各类药物的详细信息而作出贡献。

代表特殊利益的其他非官方组织往往也可能有其重要影响，有些主要是自助性团体，在制订政策和为专业人员提供信息方面起重要作用。政府部门由于其具有对药物的控制权力也占有重要地位，因为在药物控制过程的每一阶段都有很多传播精神活性药物知识的机会。由于世界各地都在国际公约的控制之下使用精神活性药物，国际性组织，尤其是WHO也能作出重要的贡献。

显然，培训工作的基本核心是情报。它可以通过多种渠道收集，并以各种方式传播。保证向特定读者传播资料的内容与方法的适当是很重要的。正因为如此，有必要对培训工作作出评价以便确定今后努力方向。例如，有必要确定在合理使用精神活性药物方面介绍哪些资料和采用哪些方法最为有效。

值得称赞的是，莫斯科会议的讨论内容广泛，并探讨了各种可能的教学方法。与会者来自世界各地的各专业学科，其背景和经验的多样性，丰富了会议的讨论内容，并对本书的质量和实用性作出了很大的贡献。尽管不同章节分别由各作者负责，但各章节均反映了全体代表的意见、建议和观点。本书只是会议讨论的纪要和所作出的结论。

本书的最终目的是向各类卫生专业人员，主要是医生，介绍上述某些观点，尽管不同国家的社区卫生保健结构不尽相同。然而，它不只是各种观点的汇集，会议还一致推荐它应作为政策制订者的工作指南。应该强调这里所用的“政策制订者”一词不仅包括政府卫生部门，也包括大学、研究生院和诸如工业部门等其他机构，它们对制定政策有重要影响。莫斯科会议各项建议收录在本书的第十一章，与会者名单列在附录1中。

第二章 精神活性药物的现状

多年来，人们一直认为在医疗与非医疗机构中存在相当多的精神活性药物应用不当问题。本书是讨论培训工作在防止不恰当应用这类药物方面所起的作用，首先要明确的问题是药物使用不当的方式和程度。

医疗上精神活性药物使用不当涉及医生和病人两个方面。医生在不能确定诊断或缺乏足够训练的情况下，可能不恰当地给病人开精神活性药物的处方，或者处方中用药时间不当。在工业发达的国家，很多药物用于治疗的时间往往比用于缓解症状的时间更长。另外，病人也可能有意或无意地不合理地使用医生为他或为别人开的药。这类问题在发达国家和发展中国家都广泛存在着。因此，不恰当用药可表现为过度使用和使用不足两种形式，依不同的环境和国家而定。大量非官方证据提示，在那些不重视医药卫生的国家，药品出售管理不善和应用精神药物不恰当的问题尤其普遍。Marks（1978）认为，不恰当用药应称作“乱用”（misuse），而“滥用”（abuse）适用于与公认的医疗实践无关和不符的情况（主要是为社交消遣用药）。

分类

以下讨论现在或过去用于医疗上的精神活性药物的类别（表1）。

表 1 用于治疗的精神活性药物类别、化学结构和代表药

类 别	化 学 结 构	代 表 药
神经阻滞剂	吩噻嗪类	氯丙嗪、甲硫哒嗪
	硫杂蒽类	泰尔登
	丁酰苯类	氟哌啶醇
抗抑郁剂	三环类/四环类	丙咪嗪、阿米替林
	单胺氧化酶抑制剂	异丙胍
	欣快剂	苯丙胺
	锂盐	碳酸锂
镇静催眠剂	各种早期催眠药	溴化物、水合氯醛
	巴比妥类	苯巴比妥
	非巴比妥类	导眠能、安眠酮
	苯二氮草类	硝基安定
抗焦虑剂	吩噻嗪类	三氟拉嗪
	丙二醇类	眠尔通
	苯二氮草类	安定

神经阻滞剂

这类药主要用于治疗精神疾病；如果没有这类药，近年世界各地许多精神病院就不可能采取“开放”政策。这类药物品种繁多，具有相对不同的镇静和兴奋作用，以及器官毒性作用，特别是在治疗剂量下对伴发锥外系功能障碍的程度有所不同。尽管应用神经阻滞剂尤其是长期持续用药时可能产生副作用，但属于这类药的成员几乎均无产生依赖性的危险，病人不恰当或滥用药物的情况也十分罕见。目前常用的几种药物与早期的药物相比，仅有较小或/和较轻的副作用；后者（例如萝芙木类生物碱）即使有效并且价格低廉也最好避免使用。这或许给某些发展中国家带来一些困难。这些国家由于卫生保健经费有限，费用就成为选择药物的一个重要因素。

已知有两种不恰当地使用神经阻滞剂的方式。其一，给被“诊断”为精神病的政治犯使用这类药物，其用药程度远未弄清，但看来较为普遍。其二，过度使用神经阻滞药，尤其在剂量方面。发展中国家精神病院由于专业人员短缺，而以此药作为镇静病人的手段。这并不是说，如果短少专业人员，就得束缚病人，也不表明没有更好的替代疗法。

在一些国家中广泛使用小量副作用最小的神经阻滞剂以缓解焦虑症状。事实上，这些药物的确没有任何产生依赖的危险，但多数研究证实，在缓解焦虑方面的效果不如经典的抗焦虑药物（Greenblatt 和 Shader, 1974）。

抗抑郁剂

抗抑郁剂包括几组不同化学结构的药物（见表1）。抑郁症是一种严重的疾病，它导致耗费大量的医疗资金，严重影响了患者的个人生活和工作，且可能产生不幸的结局。据估计，所有自杀者中至少有50%患有抑郁症（Leigh 等，1976）。然而，重性抑郁症的危险性更大，至少有15%躁狂抑郁症患者最终死于自杀。虽然轻度抑郁症的病人常因同情、友谊，以及给予去除发病因素的实际帮助而致病情好转，但对重性抑郁症则需进行医疗干预。抗抑郁剂应为首选治疗药物。

抗抑郁剂主要有四类。第一类包括三环类、四环类和有关药物。其中，有的除抗抑郁作用外并有镇静作用，有的有中等程度的激活作用，另一些则具有较强的振奋激活作用。在治疗抑郁症时对各种药的应用根据症状决定。三环类抗抑郁药常有副作用，尤其是对植物神经系统产生的副反应，导致死亡的毒性反应也可发生。第二类是单胺氧化酶抑制剂。研究表明，单胺氧化酶抑制剂治疗另一类型的抑郁症有效，因此这类药

不能替代三环类抗抑郁药。由于某些早期的单胺氧化酶抑制剂对肝产生毒性并有与食物相互作用引起高血压的副作用，故未广泛使用。第三类抗抑郁剂是苯丙胺和有关药物。最初，这类药物对于缓解某些类型的抑郁症非常有效，但这类化合物多数能迅速产生耐受、引起中毒和严重依赖。因此，大部分兴奋剂不再用于抑郁症的治疗，尽管在治疗发作性睡眠病和儿童多动症方面仍有一席之地（此时药物依赖似乎不成为问题）。不幸的是，在一些工业发达国家和发展中国家里，某些医生仍然使用兴奋剂治疗抑郁症，这种情况应视作不恰当的应用。

锂盐是近来用于临床的第四类抗抑郁药，主要用于防止躁狂抑郁症（双相情感障碍）的复发且常有较好的疗效。但是，锂盐治疗范围窄，在血锂浓度较高的情况下易出现严重的副反应，所以在没有仪器设备对血锂浓度进行常规监测时不宜使用。

由于对传统镇静催眠药带来种种问题的担心，导致近年过度使用有镇静作用的抗抑郁药治疗失眠。虽然抗抑郁药对抑郁直接引起的失眠有肯定的作用，但是把它们当作一般催眠药使用也应该视为是不恰当的。

镇静催眠剂

是两类精神活性药物之一，对其临床应用颇有争议。镇静催眠剂可分为四大类。第一类是早期的催眠药，如溴剂、水合氯醛和副醛，由于这类药物所产生的问题其应用已减少。第二类为巴比妥类。尽管有 toxic 性和依赖性，但仍作为催眠药在临床广泛应用，特别在卫生经费比较困难的国家。各种巴比妥类药物在作用时间和安全性方面差异显著，但仅少数几种药有较为满意的治疗比率（即治疗指数——译注）。在50年代，鉴于巴比妥类药物的毒性，第三类药物即非巴比妥类相继问世。这些药物比巴比妥类安全，但依然有乱用的倾向和依赖性。苯二氮䓬类是此后出现的第四类镇静催眠剂。这类药物即使大剂量使用也比巴比妥类安全，至今很少有病人因单独使用苯二氮䓬类药物过量而死亡。然而，过去认为苯二氮䓬类药物非常安全的观点在实践中未能得到证实。与许多其他精神药物相比，这类药物尽管产生依赖的危险性较小，但并非没有，特别是长期使用时，即使在治疗剂量范围以内。苯二氮䓬类药物之所以一直被认为是用于催眠的首选药物（国立精神卫生研究所，1983），可能是因为这类药物相对安全。诚然，在失眠的治疗方面它们有肯定的作用（国立精神卫生研究所，1983），但也存在使用程度上尤其是用药时间上的不恰当情况。正如我们已经提到的，在长期使用用药后，耐受与依赖确有发生。目前，有镇静作用的三环类抗抑郁药也作为催眠药使用，如这种失眠（尤其是早醒）是由于抑郁症所引起的症状时，这些抗抑郁药确实有特