

精神病的临床治疗

1. 氯丙嗪 (Chlorpromazine hydrochloride)

氯丙嗪是一种最初而目前仍最广泛使用的一种抗精神病药物。
有人动物试验

在冬眠期中对于外伤的耐受力特别强，于是试用氯丙嗪加上物理降温以施行“人工性冬眠” (Hibernation artificielle) 来治疗外伤性休克，效果很好。因而认为：正常的动物受到伤害或刺激时常会产生强烈的反应，反应的程度要超过实际的需要，因而常会引起细胞的能力消耗过度而导致死亡，但在冬眠状态之下则不会发生这种现象。故在平时能使动物发生死亡的一些刺激或伤害，在动物冬眠时可能不致引起死亡。人工冬眠就是用药物合併物理的方法使动物体进入一个类似冬眠的状态，故可以治疗外伤性休克。

已把氯丙嗪应用于精神病的治疗。

氯丙嗪的应用在精神治疗中开创了一个新的领域。它有镇静及安眠作用，但和以往的镇静剂或安眠剂不同。一般安眠剂只有在使精神病患者睡眠以后才能抑制其兴奋躁动症状，安眠作用减弱后精神症状又会再出现，镇静剂亦只有某些抑制作用而不能减轻精神症状。那就是说：安眠剂和镇静剂只有一定的抑制兴奋作用而没有抗精神病作用。氯丙嗪在最初使用时有较明显的安眠镇静作用，在继续使用时这种作用就减弱，以后患者在清醒状态之下其精神症状亦可减少或消失。这种作用被称为安作用 (Tranquilization)。这类药剂被称为安定剂 (Tranquilizer)，后来又称为安群剂 (Ataraktica) 或神经抑制剂 (Neuroleptica) 或神经麻醉剂 (Neuroplegica)。一种理想的安定剂应该是很少或没有安眠镇静作用而有很强的、或症状选择性的抗精神病效力。目前精神性药物就是朝着这样一个方向去发展。新的药品层出不穷，目的是要发展一些对一般正常精神活动不发生影响而能消除一定“目标症状” (例如：妄想、幻觉、思维破裂、情绪激动、忧郁、行为怪异等)。

为什么安定剂有这样的作用？这要联系到：“为什么会产生精神症状？”这一问题。近年来由于精神生理学(Psychophysiology)的发展仅仅到脑内不同部位与各种精神活动有关联，虽然目前还有很多问题还没有弄清楚，但愈来愈多的研究结果不同的精神活动是和脑内各个中枢活动，特别是生物化学变化有密切关系的。精神症状是由于某一定中枢活动异常(某一定部位的生化异常)所造成。因此，安定剂可能就有调整这些中枢活动的作用。

氯丙嗪被证明对脑干网状结构(特别是上行激活系统)、大脑边缘系统和间脑(特别是下视丘)有抑制作用，能减少皮层下异常活动对大脑皮层的干扰，故能使大脑皮层活动正常以达到安定的目的。由于它能影响这些中枢故又能产生一系列的副作用，其中特别是植物性神经机能的变化(交感神经缓解及迷走神经缓解)及内分泌变化。精神病被认为是来自间脑(特别是下视丘)及其他皮层下中枢机能紊乱而干扰大脑皮层活动所致，故截断皮层下某些中枢兴奋大脑皮层某些部位(特别是前额区)间的联系常可以改善精神症状。脑前额叶切断术就是根据这种理论而施行的。安定剂的效用被认为是一种“化学性脑叶切断术”(Chemical Lobotomy)，或“药物动力性脑叶切断术”(die pharmakodynamische Lobotomie)。因为无数的病例认为可能是由于“网状束”(Tractus reticulospinalis)发生结构上的损害所致(Lehoczky, 1956)。即使在治疗剂量以内，氯丙嗪亦能对植物性神经、代谢、内分泌、运动(特别是锥体外系)发生一定影响，它又能降低脑组织对三磷酸腺苷的利用，致脑内(特别在视丘和下视丘、其次在小脑及大脑皮层、最后在延髓)三磷酸腺苷存量增高。它又能降低脑的氧消耗量，因而产生了各种副作用和合并症。精神活动和精神病是与脑内的生化变化有密切关系，如：5-羟色胺、去甲肾上腺素、肾上腺素、乙酰胆碱等都被认为有一定关系。药物治疗常可以影响这些化学物质。但生化变化能说是精神病的一种现象而不是它的原因。精神病的原因是多方面的，包括遗传与环境的各种因素。

氯丙嗪的临床反应：在临床使用上，氯丙嗪一般可分有三个反应期：第一期约2-8天，这时血压、体温下降、心悸缓和、兴奋性减低，嗜睡；第二期约2-3星期，表现不安、烦躁、动作增多、血压不稳定（而发生立位性虚脱）、血沉速率增高、锥体外系症状等；第三期则各种异常反应消退、全身机能恢复平衡、精神症状减轻或消失。因此，从开始用药以至病情改善常要经过一段期间。兴奋躁动的症状常可在第一期中改善；思维、感知、行为的障碍很常要到第三期才允许有较明显的改变。如中止治疗就不可能达到第三期。^{在第二期时动作增多而不安静，病情似乎恶化。}

副作用：氯丙嗪的副作用在各个病人中有时差异很大，各种病人的耐受性也各有不同。按神经分裂患者一般耐受性较强，神经官能症患者较弱，它可能引起的副作用有：1) 脉搏减慢或不整，在开始用药及低剂量时较明显，如剂量较大则脉搏加速而不整；2) 心悸，剂量较大时引起心悸，心悸加速，甚或有心脏病症状，曾报告有心脏病的患者在施治时发生死亡事故，但在心脏正常的患者一般不允有心血管器质性损害，心电图在治疗时亦未允异常；3) 血压低降，常是预先出现的一种副作用，在注射后一小时最明显，患者这时自觉晕眩，甚或昏倒，面色苍白，在身体直立时更为严重，故称为立位性低血压（Orthostatic hypotension），年龄愈大者的患者下降愈大，高血压和动脉硬化患者下降更明显，如下降太急剧时可以引起立位性虚脱而致死。血压急剧下降一般要允于治疗开始后48小时内，但在治疗后期亦可出现，故治疗开始以后必须避免一切能引起低血压的因素，例如：剧烈运动、晒太阳、热水浴等。在发生虚脱时只要使患者卧下，及时使用一些强心剂升压剂，如：去甲肾上腺素（切勿用肾上腺素）即能恢复。但有个别病例在使用氯丙嗪时偶会允血压暂时上升的现象；4) 血液变化，大多数患者血液都不允有明显变化，只是有个别病例可能发生贫血，有时会很严重，但只要用维生素B₁₂施治常可以迅速痊愈；有些患者允有暂时性白血球增多，有些则允有白血球减少，甚或粒性血球缺乏症，在发生炎症的病例可允有嗜酸球增加（过敏反应）。在血液凝固方面常会出现相反的变化；有些发

生出血现象(如:鼻衄、紫癜)、血小板减少;有些则发生血栓、栓塞。故治疗期中应定期检查血液;5)血管变化,有不少患者在治疗时发生非黏膜郁血(栓塞),其中有很多在短期内可以自行消失,如较剧时可用一些缩血管剂(如:麻黄素、苯丙胺等)滴入鼻腔内。氯丙嗪注射液常会刺激血管壁而引起静脉炎,如用大剂量葡萄糖生理食外水稀释静脉滴注时可以减少这种损害;6)体温变化,氯丙嗪能降低基本代谢率和体温下降,故会伴物理降温即可施行人工冬眠及低温麻醉。但有个别病例却会发热,一般常见于大剂量(每日1000毫克以上)或肌注的患者,发热的时间短而常反复出现,其原因可能是由于下视丘的温热调节中枢麻痹或肌注部位受刺激所致。这种发热出现时一般不伴有血像变化,病人自己亦没有什么感觉,体温不高($37.5-38.2^{\circ}\text{C}$),但偶有达到 40°C 的;7)性机能变化,治疗时有些患者性冲动、阴茎勃起,有些则性慾缺乏,阳痿或月经停止,有些则乳房胀大、乳汁分泌(男女性均可出现)甚或外阴痒亦有变化而类似怀孕(未婚结婚或经绝期后的女性均可见),但在妇科检查时却发现子宫细小、青蛙试验为阴性,不是真正怀孕;8)口腔食道灼热感或幻味(金属味),常在短期内即消失;9)斜视及复视;10)眼睑下垂;11)吞咽困难,有不少患者在大剂量氯丙嗪治疗下会出现吞咽困难,这是由于吞咽肌肉僵直(锥体外系运动障碍)所造成,常因此引起误咽、咳嗽,甚或吸入性肺炎或窒息;12)饥饿感增强,食欲增进;13)体重增加,肥胖,这一方面由于基本代谢降低,另一方面由于食欲增进所致;14)排尿缓慢而次;15)尿频;16)便秘;17)皮肤苍白;18)瞳孔变化,在开始使用时镇静及安眠作用较明显致常见瞳孔缩小,以后由于调节机能障碍偶有瞳孔扩大而发生眼花;19)口非黏膜干燥;20)皮脂溢出,患者面部油腻而光亮;21)眼球震颤,常为一时性;22)颤动,可能由于氯丙嗪在肝内被分解为一种毒性中间产物所引起的;23)轻度面神经麻痹;24)常见于开始治疗时由于镇静作用较强所致;25)失眠;26)类癔病发作,如:半圆弓症状(arc de cercle),挛缩性斜颈症(torticollis spasticus);26)偏瘫;27)锥体外

系症状，在剂量愈大时便愈明显，表现为面具容貌、脸色苍白、面目呆板而不灵活、动作迟缓而生硬、走路时两手不摆动、步履短、两足相距较宽、身体向前倾、走路时略有前冲步态、两手掌颤或常有不随意动作（搓丸动作）、说话缓慢而语音单调，类似震颤性麻痹（*paralysis agitans*）。出现这类症状时一般可用外酸苯海索（安坦）、环己丙醇（*procyclidine* 即 *Kemadrin*）、环戊丙醇（*cycrimine* 即 *pagitane*）、左旋多巴等抗锥体外系症状药剂即可以使之减轻或消失。打止用药后常可逐渐消退，但有个别病例为这类症状可较持久；28）癫痫发作，原来有癫痫的病人在使用后即会减少；29）黄疸或肝损害，是相当常见的，患者血清中胆红素值常很高、尿为浅棕色，尿胆素和胆色素为阳性，尿胆原为阴性，个别病例可有黄疸粪及皮肤瘙痒。黄疸的原因可有两类：一类属胆管性黄疸，相仿是一种对药物的过敏反应，由于胆管壁发生水肿、胆汁不能外流而被吸收入血所致，按常见于每日用 800—1000 毫克以上的患者，但按低剂量亦可出现，使用一些抗过敏药剂可以防止和治有这种症状，一般在打止用药后，黄疸便可以逐渐消退；另一类是中毒性肝炎，是由于氯丙嗪直接损害肝实质所致，原来已有肝病的患者在长期大剂量使用下较易出现这种现象，曾有一些这种患者死亡的；30）皮肤症状，氯丙嗪常会引起多种过敏性皮肤反应，其中以荨麻疹、丘疹最常见，偶有在面部引起神经性水肿，这类反应常由于温热或阳光照射后而诱发。患者用药后在阳光照射后即发生瘙痒症或晒斑，在冬天时这种现象较少出现，有时口腔黏膜上亦会出现丘疹。用药剂量大小及时间长短对皮肤反应的出现没有关系，这仅是由于个人的素质所决定，女性常较易于男性。有些人只要皮肤接触氯丙嗪亦会发生反应。这种反应可以表现为：水泡、红疹、水肿、裂沟、溃屑等。反应程度如不太严重则不需打止用药或减药，可按用抗过敏剂、氧化可的松、钙剂等，常在数天内消失，如程度严重，特别是发生剥脱性皮炎的，便要打药施行积极治疗；31）精神症状，氯丙嗪能改善或消除精神症状，但有时又可以引起一些精神症状，有些患者使用后可出现：特

感淡漠、不愿说话、好孤之自处、活动减少、精神迟滞、意志缺乏，甚或表现紧张型、忧郁、多言喋喋、好追究问题、四处游荡、谵妄、侵犯别人、表恶梦、失眠等。这些现象在停止或减少用药后便会消失。故治疗中呈现这种情况，特别是愈后加剂量便愈明显时，应考虑是否这种药物性反应的可能；32)其他副作用，氯丙嗪的副作用常多样复杂，过去报告的有：核黄疸、下痔静脉曲张、胀痛、血栓性静脉炎、腹部抽痛、面部及足部浮肿、风湿关节炎等，但这是否真正的副作用还未能确定。在治疗中过去曾见有些突然死亡的病例，经屍解确定有些是死于肝损害、脑出血、血栓、栓塞、心脏病、循环虚脱、粒细胞性细胞缺乏症等，也有些是死因不明的。

临床应用：氯丙嗪最初是用于外科以加强麻醉及治疗休克，目前在各种临床中都有使用，但最广泛而大量的则是在精神病的治疗。它在精神科中的使用主要是以症状为依据而不是取决于病类，其中特别是：1)兴奋、躁动、失眠、焦虑症状，不论是精神病、精神发育不全或神经官能症，只要有过这类症状表现的都可以应用氯丙嗪施治，一般都有不同程度的改善；2)思维感知障碍，特别是表现有妄想、幻觉、思维不连贯、思维破裂、观念飘忽等对氯丙嗪治疗都有一定良好的反应，但有些顽固的病例，特别是在意识很清醒而有条理之下所出现的系统性妄想和幻觉常不易受它影响。3)行为障碍，剧烈躁动、狂暴动作、毁物、自伤、攻击行为、多言、言语不连贯等一般对氯丙嗪的反应都是良好的；4)情感障碍、情绪激动、冲动等适用氯丙嗪治疗，但忧郁的症状为效果较差，有时甚或恶化。故对忧郁症的治疗不很适合，但激动性忧郁症则可与抗抑郁剂合併使用。4)其他如：木僵、拒绝症(违拗症)、强制症等效果一般不明显。

使用方法：氯丙嗪的使用是根据各个患者的具体情况而决定。对于急性、兴奋、躁动、拒绝服药的患者一般採用注射方法，首先可考虑採用肌注，因施行时间短、对于抗拒治疗或静脉穿刺找寻的患者易于施用，每次肌注25—100毫克，每日1—3次，对于痛觉较敏感的患者可每50毫克加入2%普鲁卡

因误差1毫升。有些患者肌注后可能发生局部反应(硬结、肿痛、甚或坏死、化脓)、如第一次注射后出现这种情况就暂时不要肌注。对于不能肌注或肌注后效果不够满意时可施行静注或静脉滴注。静注时一般用10-50%葡萄糖溶液与50毫克氯丙嗪混和,缓缓静注,一面注射一面注意病人反应,如出现面色苍白或自觉不适或脉搏细弱时即需打止。静脉滴注时可用50-100毫克氯丙嗪混入250-500毫升生理食盐水或5%葡萄糖生理食盐水中施行,每日可1-3次。注射方法不能长期使用,一般在症状改善、病人能服药后就改为内服。内服剂量因病人为情况而不同,通常开始时每日服1-3次,每次由1-2片开始,以后每3-5天减量一次,一面减量一面注意病情变化和副作用为出现,直至副作用不大而疗效按理想时就保持使用这个剂量,如出现较严重的副作用时就应采取相应的处理或打药减药。开始使用时的剂量叫做开始量(initial dosage);能发生治疗效果剂量叫治疗剂量(therapeutic dosage),达到了治疗量以后就继续使用一段期间,这段时间的长短因各种病人的情况而异,慢性而较顽固的病例要长些,急性病例短些,一般第一次发病的精神分裂约需三个月左右,狂躁症可短些,反应性精神病可再短些,在治疗期中还时时根据病情变化而调整剂量,如经过相当期间病情稳定没有什么波动就可以逐步把剂量降低,一面减量一面注意病人情况,减至一定的剂量能继续使患者保持其疗效时,这个剂量就叫做维持量(maintenance dosage),以后患者就继续使用这个剂量来进行治疗,这被称为维持治疗(maintenance treatment)。在精神病,特别是精神分裂的治疗中,适当的维持治疗是非常重要的,假如没有维持治疗或维持治疗不适当,病态又可能重现。维持治疗对巩固疗效和防止复发是很必要的。只有在不断密切观察之下才可能正确运用维持治疗。维持治疗的期间长短和剂量多少要根据病情的变化而定。一般维持量的在每日150毫克以下,时间约两年以上或长期使用。

除了单独使用以外,氯丙嗪还常用以和其他药物合併使用及与休息疗法同时使用。各种较新的安定剂、镇静剂、安眠剂、

抗抑郁剂、抗抽搐剂、地体克等均可与氯丙嗪适当合并。过去亦曾用氯丙嗪来施行睡眠疗法、人工冬眠以治疗精神病，对于一些难以控制的兴奋状态是有较好的效力，但对于一般的病例由于施用较麻烦而效果未必有特殊优越之处，故通常都不采用。

禁忌症：氯丙嗪由于有轻度安眠剂、麻醉剂、酒精的作用，故在这类中枢抑制性药物急性中毒时都不宜于使用。此外，对于昏迷、严重肝、肾、心、血管病，血栓形成倾向、血液病、及对氯丙嗪有过敏反应者都不适宜使用。

2. 奋乃静 (Perphenazine)

奋乃静也是一种吩噻嗪剂，它在剂量上为安定效力的氯丙嗪的5倍，但没有安眠作用，不会如氯丙嗪或地体克或麻醉剂的作用。它的付作用一般比氯丙嗪少而弱，只是锥体外系症状较明显。内服每日1-3次，每次2-20毫克；肌注每次5-10毫克，每日1-3次。

3. 三氟拉嗪 (Trifluoperazine)

它的安定效力约为氯丙嗪的10倍。对于急性兴奋躁动而有妄想、幻觉、焦虑、紧张等症状有较好的效力。急性狂躁症、精神分裂、震颤性谵妄、精神发育不全、其他重性精神病、神经官能症而表现有上述症状者都适用。它对于慢性精神分裂症的效力大致与氯丙嗪相似。付作用一般较氯丙嗪少而轻，但锥体外系付作用较明显。内服每日1-3次，每次1-15毫克；肌注每次1-5毫克。

4. 氯硫黄嘌呤素 (Chlorprothixene)

即泰尔登 (Tardactan)，效力较氯丙嗪弱，但付作用亦较轻微，皮肤及锥体外系症状较小。对严重的精神分裂、狂躁症等的效力不很强，较常用以治疗症状不太急剧之精神病。

激动性抑郁症、焦虑症、抑制症等。内服每日 50-500 毫克；肌注每次 12.5-25 毫克。

5. 异丙嗪 (Promethazine)

即 Phenergan，它为抗组胺作用较持久而镇静作用较明显，抗精神病效力则较弱。一般常用以治疗过敏性疾患、恶心、呕吐、晕眩、失眠、辅助麻醉等。在精神病的治疗方面则常用以辅助其他安定剂而加强其镇静作用。可用以口服、肌注、静注、静脉滴注或塞肛（坐药）。用量每日 20-200 毫克或更多。

6. 盐酸氟奋乃静 (Fluphenazine hydrochloride)

安^定剂作用较氯丙嗪强，约为后者之 20 倍，但镇静作用很弱，锥体外系副作用较明显，其他副作用很少而弱。适用于急性兴奋躁动之精神病症状，对于阴性、不运动、抑制性的症状亦有一定效力，又能改善患者之活动及接触能力。癫痫及肝脏病患者忌用。内服每日 1-2 次，每次 1-3 毫克。肌注每次 1-3 毫克。

7. 长效安定剂之发展

由于精神病的治疗，除了少数急性性精神病以外，一般都需要长期用药才能使病情稳定防止复发，加上有不少患者常有拒绝用药为现象，同时家属对于长期监督患者服药亦极为困难，故近年来长效制剂的发展就十分必需。目前在市场上已有出售的长效安定剂有很多种：有些是口服的，如：苯咪唑酮 (Pimozide)，每日服一次，每次 2-12 毫克或更多，对于阴性、退缩及有幻觉妄想的精神分裂患者最适用；五氟茚醇 (Penfluridol)，每星期内服一次，每次 30-60 毫克，适用于

精神分裂。有些制剂是肌注的，如：氟螺烯素(Fluspirilene)每星期肌注一次，每次5-20毫克，对表现有情感障碍、思维迟滞、缺乏主动、退缩、多疑、动作迟滞的精神分裂、精神分裂发育不全及其他精神病有一定疗效；氟奋乃静庚酸酯(Fluphenazine enanthate)，效力与外服氟奋乃静相同而维持时间可达2-3星期，每2-3星期肌注25-100毫克，锥体外系作用较明显；氟奋乃静癸酸酯(Fluphenazine decanoate)，效力维持时间较庚酸酯长一星期左右，可每2-4星期肌注一次，锥体外系作用亦较轻，每次25-100毫克。对于需用长期维持治疗的患者采用长效制剂是有利的。

8. 氟哌啶醇 (Haloperidol)

这是一种非吩噻嗪类安定剂，对兴奋躁动症状效力较好，对幻觉妄想亦有一定作用。常用以治疗狂躁症、精神分裂、情感及其他表现有激动兴奋症状之精神病。它为锥体外系作用较明显。脑动脉硬化、癌症、昏迷、酒精及安眠镇静剂急性中毒、妊娠、儿童患者均忌用。这药可内服、肌注或静注，每日0.5-10毫克。

9. 蛇根素 (Reserpine)

即利血平，是蛇根草(Rauwolfia serpentina)根部的一种生物碱，有中枢抑制、镇静及抗高血压的作用。蛇根草(Rauwolfia)是一种夹竹桃科(Apocynaceae)植物，产于喜马拉雅山中部、印度、印尼、锡兰、马来亚、亚洲南部某些岛屿及非洲某些地区中。

蛇根素在药理学上有降低血压、降低体温、减慢心搏、降低血糖、促进垂液分泌、胃酸分泌、胃肠蠕动、缩小瞳孔等作用。它也有一定的镇静作用而无安眠作用，能钝化动物的情绪和行为，抑制兴奋、激动、敌意、攻击行为等效力。除了有抑制作用外它又有一定的兴奋作用，例如：能使感觉过度敏锐、

错觉出现、有紧张感、风湿样疼痛、灼热感、两腿垂坠感等。在运动方面则可见有颤动、舞蹈动作、强制性动作（如：到处走动、呵欠、大笑、哭泣、攻击动作等）、内分泌紊乱等。

在常用的治疗剂量之下地根素不是直接作用于大脑皮层，而作用于下视丘的。它可能一方面阻断从各处传送到下视丘的冲动（特别是杏仁核与下视丘之间的传导）以抑制交感神经中枢而构成拟付交感现象。此外，对大脑皮层亦有一定的影响。在生化方面已证实：地根素能把体内，特别是脑细胞内的结合状态5-羟色胺变成游离的5-羟色胺；那就是说它能使5-羟色胺释出而降低了脑内5-羟色胺的含量，致中枢神经系统某些部份的活动减弱。故地根素的功效常出现较迟，消失亦较迟。

在使用地根素以后，根据身体的生理机制不同可以出现两类不同的反应：一类是迷走紧张性反应，表现有各种付交感神经的兴奋症状；另一类是神经体外系反应，表现有各种神经体外系症状。

在临床上，地根素可以引起三个反应阶段：第一阶段为镇静期，是开始治疗的3-10天间，这时表现安静、嗜睡；第二阶段为骚动期，为经一天至三个星期不等，表现为：症状似较恶化、颤动、不安静、失眠、紧张、焦虑、幻觉、妄想、骚动等兴奋性症状，假如原来已有这些症状则这时会使之加剧；第三阶段为调整期，患者为各种症状减轻或消失、精神状态接近正常，这时才表现出真正的疗效。在使用时如果不理解这种反应常在第二阶段就认为无效或恶化而中止治疗。

地根素在临床上可用以口服、肌注或静注。对于急性兴奋躁动的患者可给予静注，每次改善时即改为口服。肌注每次1-5毫克，每日1-3次，口服每日2-3次，每次1-5毫克或更多。
1-5毫克。一般急性患者可肌注数日后停药。

地根素的副作用有：定位性低血压、脉搏减慢、体力衰弱、疲乏、眼花、头痛、鼻粘膜充血、眼结膜及上呼吸道充血而致痰液分泌增多、哮喘发作、呼吸较困难、唾液分泌增多、恶心、腹泻、腹部抽痛、食欲异常（增强或不振）、夜间遗尿、尿频、

颤动、兴奋困难、肌痛、锥体外系症状、水肿、耳感症、小脑症状、假性脊髓瘤症状群、抑郁症、失眠等。

地恒素不宜用于：1) 消化性溃疡；2) 心血管病；3) 昏迷；4) 代谢病（如：糖尿病）；5) 安眠剂镇静剂中毒；6) 抑郁症；7) 血栓形成倾向；8) 合并充血性；9) 合并水疗（持续热浴）；10) 其他降低血压的条件（如：剧烈运动）。

在精神病的治疗上，地恒素常用以治疗：狂躁性症，低血压而表现有兴奋躁动的患者，它为抗精神病效力一般比氯丙嗪弱，但对于个别患者可能有较好的效果。常用以治疗一些对吩噻嗪类反应不良的患者。

它和氯丙嗪比较的优点为：1) 肌注不会引起局部反应；2) 静注不会引起静脉炎；3) 对肝脏不发生损害；4) 使用后不会发生皮肤过敏反应；5) 对造血机能的影响较少；6) 其他过敏反应较少。它的缺点则是：1) 效力较弱，特别是对思维障碍的效力不明显；2) 作用较慢，常在使用2-3星期后才有效；3) 副作用较使患者不愉快；4) 对心血管病患者的危险性较大；5) 较常引起严重的抑郁情绪，甚致引起自杀行为。

10. 抗抑郁剂

一般安眠剂对抑郁症的效力不明显，有时反会增强或产生抑郁症状。因此，抗抑郁的药物研究就不断发展起来。最初使用的是苯丙胺（Amphetamine），它是一种中枢兴奋剂，使用后可精神振奋、情绪愉快而活跃，但长期使用能引起嗜睡、甚或精神病态。第二次世界大战后有些国家盛行苯丙胺的风气，引起了不少所谓苯丙胺精神病（Amphetamine Psychosis）。以后在苯丙胺的基础上发展了很多种抗抑郁剂，如：左旋苯丙胺（Dexedrine），甲基苯丙胺（Methylamphetamine），以后又使用 Preludin, Ritalin, Mefatran 等。另外，用于治疗肺结核（Isoniazid）除了有抑制结核菌作用以外又能改善情绪，故一系列的肼类及其他单胺氧化酶抑制剂（Monoamine Oxidase inhibitor,

MAOI) 便发^E起来, 如: 菸酰胺 (Nialamide), 苯乙肼 (phenelzine), 异丙肼 (Iproniazid), 苯异丙肼 (Pheniprazine), 苯氧乙肼 (Phenoxypropazine)、反苯环丙胺 (Tranylcypromine) 等。在三环类化合物 (Tricyclic compounds) 被发现以后, 抗抑郁药物又打开了一个新领域。丙咪嗪 (Imipramine), 去甲丙咪嗪 (Desipramine), 三甲丙咪嗪 (Trimipramine), 氯丙咪嗪 (Chlorimipramine), 三环类 (Amitriptyline), 去甲三环类 (Nortriptyline), 丙氯三环类 (Protriptyline) 等的效力都比以前的抗抑郁剂强而副作用较微。但抗抑郁剂的效力一般还不及电抽搐那样有效和迅速。

11. 弱安定剂

去氧二氮草 (Medazepam)
氯二氮草 (Lorezepam)

这类制剂为抗精神病效力很弱, 但有抗焦虑的作用, 故又称抗焦虑剂 (Anti-anxiety drugs)。这类制剂老幼俱爱, 它们都有一定的肌肉松弛作用, 如: 苯二乙氮 (Benactyzine)、扑酸羟嗪 (Hydroxyzine hydrochloride)、甲苯丙醇 (Mephenezin)、眠尔通 (Meprobanate) 等。近年来苯二氮草类制剂有了很大的发展, 如: 利眠宁 (Chlor-diazepoxide)、安定 (Diazepam)、氧二氮草 (Oxazepam)、硝基二氮草 (Nitrazepam) 等。它们一般能减轻兴奋、焦虑、紧张、烦躁情绪, 易于入睡, 并能减轻肌肉的紧张性; 苯二氮草类对癫痫亦有一定效力。此外, 新的弱安定剂还不断出现, 如: 氯羟酰胺 (Cypreximide)、丙甘酰胺 (Oxanamide)、甲壬二脲胺 (Methylmonyl Dioxolane)、乙炔酰二胺 (Etylcarbamate)、氯苯氧胺 (Zoxazolamine)、苯甲氧胺 (Phenyltoloxamine)、氯苯吡拉冬 (Amphenidone) 等, 它们的作用都大致相同。

以上仅就精神病为各种治疗方法分别加以简要的叙述。在临床应用上, 精神病的治疗常需要多方面进行的。躯体治疗和心理治疗必须有适当的配合才能达到真正治疗的目的。在急性

期中或病势较严重为期中应以躯体疗法为主，在主要的症状消退以后，患者可以接受心理治疗的时候就要着重心理治疗，特别是应注意思想教育，端正患者对疾病观、人生观和世界观，使他们在躯体疗法取得一定效果的基础上再加上主观的努力以克服自己的病态。

