

Essential  
Psychopharmacology

The Prescriber's Guide

# 精神药理学精要：处方指南

(第2版)

原著 Stephen M. Stahl

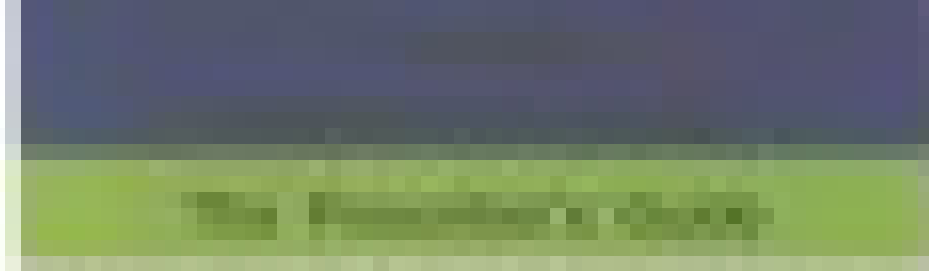
主译 于欣 司天梅



CAMBRIDGE



北京大学医学出版社



# 精神物理学概要：地方制度

田中 隆

東京大学理学部  
理学系



Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide

# 精神药理学精要：处方指南

(第2版)

原 著 Stephen M. Stahl

主 译 于 欣 司天梅

译者名单 (以姓氏笔画排序)

王 刚 首都医科大学附属北京安定医院

司天梅 北京大学精神卫生研究所



北京大学医学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

精神药理学精要：处方指南：第2版/（英）斯塔尔  
(Stahl S. M) 原著；于欣，司天梅译．—北京：北京  
大学医学出版社，2009

书名原文：Essential Psychopharmacology：The Pre-  
scriber's Guide

ISBN 978-7-81116-495-4

I. 精… II. ①斯…②于…③司… III. 精神药理学 IV. R964-4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 162761 号

北京市版权局著作权合同登记号：图字：01-2008-6123

*Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide*, 2<sup>nd</sup> edition (ISBN 9780521683500)

by Stephen M. Stahl

first published by Cambridge University press 2006

All rights reserved.

This Simplified Chinese edition for the People's Republic of China is published by arrangement with the Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom.

© Cambridge University Press & Peking University Medical Press 2009

This book is in copyright. No Reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press or Peking University Medical Press. This edition is for sale in the mainland of China only, excluding Hong Kong SAR, Macao SAR and Taiwan, and may not be bought for export therefrom.

此版本仅限中华人民共和国境内销售，不包括香港、澳门特别行政区及中国台湾。不得出口。

## 精神药理学精要：处方指南（第2版）

主 译：于 欣 司天梅

出版发行：北京大学医学出版社（电话：010-82802230）

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址：<http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷：北京画中画印刷有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：许 立 韩忠刚 陈 奋 责任校对：金彤文 责任印制：张京生

开 本：889mm×1194mm 1/16 印张：30.75 字数：819 千字

版 次：2009 年 10 月第 2 版 2009 年 10 月第 1 次印刷 印数：1—3000 册

书 号：ISBN 978-7-81116-495-4

定 价：98.00 元

版权所有，违者必究

（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

## 序

精神药物的发现带有极大的偶然性。如本来用于抗高血压的蛇根草提取物有致抑郁作用；作为麻醉剂的异丙嗪可用来治疗精神病；异烟肼在治疗结核病患者中发现有致欣快作用，因此被尝试治疗抑郁症；而米帕明本来试验看其有无抗精神病作用，却发现其可以改善情绪。这些药物的问世，极大地推动了神经科学的研究热情，也促进了精神疾病病因和发病机制的研究。同时，由于病人在接受药物治疗后能在较短时间内好转，故精神科开始融入综合医院，精神卫生的服务模式由此改变。此外，因为这些药物是有症状针对性的，精神障碍诊断与分类的工作因此得以迅速推进。精神神经药理学如今成为药理学中非常活跃的一个分支，同时，顶尖的制药工业及药物研究实验室不约而同地将中枢神经药物和抗肿瘤药物的研发列为优先。

精神药物的真正价值是体现在其临床应用的广泛性上。据 IMS 2008 年数据，2008 年全世界范围内精神药物的市场销售额为 265 亿美元，占全部药物销售额的 3.7%。如此大范围、长期性的使用，对药物的疗效、安全性的掌握，剂量、用法的熟悉，是对临床医生最起码的要求。然而，在中枢神经系统领域，新药频频面世，老药的新适应证不断得到批准，而药物的作用机制、毒副作用的研究报告亦层出不穷。这都给繁忙的临床医生提出了巨大的挑战。既要对所处方的药物知其然——即药物的适用范围、使用方法，又要知其所以然——即药物的作用机制，我们确实需要一本简单易读、实用性强的案头临床精神药物处方手册。

这部《精神药理学精要：处方指南》就是帮助临床医师应对挑战的有力武器。它也完全符合我们对这类读物的要求——简单易读、实用性强，而这两点看起来容易，做起来却不简单。Stephan M. Stahl 在世界精神科学界鼎鼎大名，全仰仗着他连续再版的《精神药理学精要》(Essential Psychopharmacology) 系列书，将复杂繁琐的精神疾病的病理学和精神药理学知识用有趣易懂的图画及语言展现在我们面前。很多人最初觉得精神药理学十分高深难懂，在看过这部书的插图之后，许多困惑迎刃而解，甚至深深爱上了精神药理学。本书正是《精神药理学精要》的配套书籍，为第二版，原版在 2009 年第 162 届 APA 会上刚刚与读者见面。与前一版相比，药物种类增加了 5 种新药，分别是阿坎酸（酒依赖）、去甲文拉法辛（抑郁症）、帕立哌酮（精神分裂症）、赖氨酸安非他明（ADHD）和法尼克兰（戒烟药）；胍法辛、纳曲酮是两个老药，由于治疗 ADHD 和酒药滥用适应证，所以这次也被纳入。此外，鉴于近年来对药物的安

全性越来越重视，部分药物的安全性信息也在新版中得到了更新。更适合工作在一线的临床医生参考应用，相信不会令读者失望。

本书的翻译者上海精神卫生中心的黄继忠教授和李华芳教授、暨南大学附属第一医院精神心理科的潘集阳教授、北京大学精神卫生研究所的司天梅教授和首都医科大学附属北京安定医院的王刚教授均是国内颇有成就的临床精神药理学家和临床精神科工作者，也是活跃在我国精神药理学界的中坚力量，他们亲自翻译或仔细校对，主译者之一司天梅教授先后几次对本书全文进行了校对，很好地保证了翻译的质量。本书中文版在我国的面世，也保证了中国的医生所获得的信息与美国同行同步。

限于译者的水平，书中错谬之处难免，还请同行专家和广大读者不吝赐教。

谢谢！

于欣

# 介绍

本指南旨在补充《精神药理学精要》。《精神药理学精要》强调作用机制以及精神治疗药物如何对大脑的受体和酶起作用。本指南就临床实践中如何使用这些药物提供了实用信息。

在单一本书囊括所有药物可获得的资料是不可能的，我们也没有打算在这里包罗万象。本指南的目的是要将临床实践的艺术与精神药理科学地结合起来。这意味着为了简化，只存留必需的事实。遗憾的是，本书不得不排除了一些相对次要的资料，这些信息对读者或许有用，但会使得本指南太长并淡化最重要的信息。作者在决定本指南的内容时，凭借常识及30年面对患者的临床经验，他也咨询了很多经验丰富的临床医生并分析了通过临床对照试验得到的证据，还有政府机构的管理文档。

为了满足临床医生的需要以及促进未来本指南的更新，我们诚恳征求读者意见。反馈意见可以发邮件到 [si.tian-mei@163.com](mailto:si.tian-mei@163.com)。具体而言，就是最好和最重要的精神科药物都被包括在该指南了吗？您发现了什么错误吗？您对该指南提出的任何观点有何同意或不同意的意见？对于未来的版本中使用注意事项或要点有何建议吗？我们欢迎所有的建议和评价。

所有所选药物都使用统一格式呈现，以方便、快速地获取信息。具体而言，就是每个药物分为五个部分：治疗学、不良反应、剂量和用法、特殊人群和精神药理学特点，接下来是主要参考文献。

**治疗学：**包括主要国家的商品名；药物类别；哪个是常用的处方并经FDA批准；药物的作用机制；起效时间；如果起效或不起效如何处理；对于部分有效或难治性患者，最佳的增效策略以及应该做的化验检查。

**不良反应：**解释药物不良反应的机制；提供不良反应的清单，包括显著的不良反应，危及生命或存在风险的不良反应；提供体重增加和镇静作用的确切级别，以及如何控制不良反应的建议，包括不良反应的处理，最佳的增效剂策略。

**剂量和用法：**提供常用的剂量范围；剂型；如何给药以及剂量提示；药物过量的症状；长期使用；如果药物成瘾，如何停药；药代动力学；药物相互作用；何时禁用以及其他警告或提醒。

**特殊人群：**为以下人群提供确切信息，包括任何可能的肾损害、肝损害和心功能损害的患者，以及在治疗老年人、儿童、青少年以及孕妇和哺乳期妇女中的预防办法。

**精神药理学特点：**提供作者的观点，包括任何一个药物潜在的优势和缺点、主要的靶症状，以及临床特点以获得该药最佳的解释。

在指南的最后是一些索引。第一个索引是药物类别索引，提供通用名，按照药物用法进行的分类和索引。第二个索引是缩略语对照。第三个索引是FDA关于孕期用药的分级，孕期药物使用分级包括A、B、C、D以及X级，这些索引为读者阅读及将来对药物的使用提供帮助。

鼓励读者参考标准参考物和完整的精神病和药理学教科书以获得更深入的信息。同时提醒读者，精神药理学特点部分为作者个人观点。

强烈建议读者熟悉这些药物的使用标准，在尝试任何其他用途前经过讨论，比如：不寻常的药物联用和剂量。同样强烈建议使用一个药物作为另一个药物的增强剂时先看两个药物的说明指南。当今的精神药理学专家也应该定期跟踪大多数患者的血压、体重以及BMI。负责任的临床医生也会查阅非中枢神经系统药物与中枢神经系统药物的相互作用，包括任何其他临床医生开的处方。

某些药物仅供专家使用，可能包括与其他药物合用时的氯氮平、硫利达嗪、哌迷清、奈法唑酮、美索达嗪以及单胺氧化酶抑制剂等。未经FDA批准，也无足够剂量或多药联用研究的药品核准标示外使用，可能也仅限于专家使用，他们可以在存在一些不明确和矛盾的证据时衡量风险和获益。孕妇或哺乳期妇女，或者患两种及以上精神疾病的患者，物质滥用和（或）共患其他内科疾病的患者也仅限于专家。控制性药物也限于专家。作出您的专业水平最正确的判断并且意识到我们都在这个日新月异的领域中学习。药物的实践有时艺术性超过科学性。在尝试使用药物帮助严重病患及疑难病症的患者时，坚持医学标准及您个人有把握的领域，时常可以救活他们或减轻他们的痛苦。

最后，本指南旨在通过提供作者挑选出的信息和观点，真诚地帮助精神药理学领域的实践者们。最终，读者的责任是如何开处方。在该指南面世时，我们尽了一切努力以提供符合医学标准和临床应用的准确和与时俱进的信息。然而，精神药理学这个领域进展很快，作者和出版商都不能保证本指南的信息完全没有错误，这不仅仅是因为通过不断的研究和规范使得临床标准不断变化。此外，作者和出版商对于这些信息完全免责，以及对于使用该指南中的任何信息导致的任何所有的不良后果，包括使用直接的和间接的后果全部免责。强烈建议医生推荐药物或患者使用药物需注意并征询制造商提供的信息。



# 图标注解



酒精依赖治疗



$\alpha_2$  受体激动剂



抗惊厥剂



抗组胺剂



苯二氮草类



胆碱酯酶抑制剂



传统抗精神病药



多巴胺稳定剂



锂盐



莫达非尼 (催醒剂)



单胺氧化酶抑制剂



奈法唑酮 (5-羟色胺受体阻断剂/再摄取抑制剂)



烟碱受体部分激动剂



N-甲基-d-天冬氨酸受体阻断剂



去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺抗抑郁药



去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂



镇静催眠药



选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂



选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂



5-羟色胺-多巴胺受体阻断剂



5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂



使用注意事项，基于作者临床专业知识的推荐使用



可能发生的药物相互作用



对该药物的警告及注意事项



针对儿童和青少年的给药剂量及其他事项



妊娠期使用该药物的事项



要点，基于作者临床专业知识的重要临床提示



药物如何起效，作用机制



对于部分有效或难治性患者的最佳增效策略



危及生命或危险的不良反应

体重增加：药物所致体重增加的等级



罕见

罕见：指有体重增加的个案报道，但无法预见



偶见

偶见：指少数个体会发生体重增加



常见

常见：指很多个体会出现体重增加和（或）体重增加显著



严重

严重：指体重增加发生率高，体重增加显著，在一些患者可能成为健康问题

## 镇静：药物所致镇静的等级



罕见：指有镇静个案报道，无法预见



偶见：指少数个体会发生镇静



常见：指很多个体会出现镇静和（或）镇静作用强



严重：指镇静发生率高，镇静作用强，在一些患者可能成为健康问题



5-HT<sub>1A</sub>受体部分激动剂



兴奋剂



三环/四环类抗抑郁药



曲唑酮（5-羟色胺受体阻断剂/再摄取抑制剂）

# 目 录

(按英文通用名首字母排序)

## A

阿坎酸 (Acamprosate) .....	1
阿普唑仑 (Alprazolam) .....	4
氨磺必利 (Amisulpride) .....	9
阿米替林 (Amitriptyline) .....	14
阿莫沙平 (Amoxapine) .....	19
安非他明 (D) (amphetamine (D)) .....	24
安非他明 (D, L) (amphetamine (D, L)) .....	29
阿立哌唑 (Aripiprazole) .....	34
托莫西汀 (Atomoxetine) .....	39

## B

安非他酮 (Bupropion) .....	43
丁螺环酮 (Bupirone) .....	48

## C

卡马西平 (Carbamazepine) .....	51
氯氮草 (Chlordiazepoxide) .....	56
氯丙嗪 (Chlorpromazine) .....	60
西酞普兰 (Citalopram) .....	64
氯米帕明 (Clomipramine) .....	69
氯硝西洋 (Clonazepam) .....	75
可乐定 (Clonidine) .....	79
氯拉草酸 (Clorazepate) .....	83
氯氮平 (Clozapine) .....	87
氰美马嗪 (Cyamemazine) .....	92

## D

地昔帕明 (Desipramine) .....	97
去甲文拉法辛 (Desvenlafaxine) .....	102
地西洋 (Diazepam) .....	107
多奈哌齐 (Donepezil) .....	111
度硫平 (Dothiepin) .....	115
多塞平 (Doxepin) .....	120
度洛西汀 (Duloxetine) .....	126

## E

艾司西酞普兰 (Escitalopram) .....	131
艾司唑仑 (Estazolam) .....	136
艾司佐匹克隆 (Eszopiclone) .....	139

## F

氟马西尼 (Flumazenil) .....	142
氟硝西洋 (Flunitrazepam) .....	145
氟西汀 (Fluoxetine) .....	148
三氟噻吨 (Flupenthixol) .....	153
氟奋乃静 (Fluphenazine) .....	157
氟西洋 (Flurazepam) .....	161
氟伏沙明 (Fluvoxamine) .....	164

## G

加巴喷丁 (Gabapentin) .....	169
加兰他敏 (Galantamine) .....	173
胍法辛 (Guanfacine) .....	177

## H

氟哌啶醇 (Haloperidol) .....	180
羟嗪 (Hydroxyzine) .....	185

## I

米帕明 (Imipramine) .....	188
异卡波肼 (Isocarboxazid) .....	193

## L

拉莫三嗪 (Lamotrigine) .....	198
左乙拉西坦 (Levetiracetam) .....	204
赖氨酸安非他明 (Lisdexamfetamine) .....	207
锂盐 (Lithium) .....	212
洛非帕明 (Lofepamine) .....	217
氯氟乙酯草 (Loflazapate) .....	222
劳拉西洋 (Lorazepam) .....	226
洛沙平 (Loxapine) .....	230

## M

马普替林 (Maprotiline)	234
美金刚 (Memantine)	239
美索达嗪 (Mesoridazine)	242
D-哌甲酯 [Methylphenidate (D)]	246
D, L-哌甲酯 [Methylphenidate (D, L)]	251
咪达唑仑 (Midazolam)	257
米那普仑 (Milnacipran)	260
米氮平 (Mirtazapine)	265
吗氯贝胺 (Moclobemide)	269
莫达非尼 (Modafinil)	274
吗茚酮 (Molindone)	278

## N

纳曲酮 (Naltrexone)	282
奈法唑酮 (Nefazodone)	285
去甲替林 (Nortriptyline)	290

## O

奥氮平 (Olanzapine)	296
奥沙西洋 (Oxazepam)	301
奥卡西平 (Oxcarbazepine)	305

## P

帕立哌酮 Paliperidone	309
帕罗西汀 (Paroxetine)	313
哌罗匹隆 (Perospirone)	319
奋乃静 (Perphenazine)	323
苯乙肼 (Phenelzine)	327
哌迷清 (Pimozide)	332
哌泊噻嗪 (Pipothiazine)	336
普瑞巴林 (Pregabalin)	340
普罗替林 (Protriptyline)	344

## Q

夸西洋 (Quazepam)	349
喹硫平 (Quetiapine)	352

## R

瑞咪替沃 (Remelteon)	357
------------------	-----

瑞波西汀 (Reboxetine)	360
利培酮 (Risperidone)	364
利凡斯的明 (Rivastigmine)	370

## S

司来吉兰 (Selegiline)	374
舍曲林 (Sertraline)	380
舒必利 (Sulpiride)	385

## T

替马西洋 (Temazepam)	389
硫利哒嗪 (Thioridazine)	392
替沃噻吨 (Thiothixene)	396
噻加宾 (Tiagabine)	400
噻奈普汀 (Tianeptine)	404
托吡酯 (Topiramate)	408
反苯环丙胺 (Tranlycypromine)	412
曲唑酮 (Trazodone)	417
三唑仑 (Triazolam)	421
三氟拉嗪 (Trifluoperazine)	424
曲米帕明 (Trimipramine)	428

## V

丙戊酸盐 (Valproate)	433
伐尼克兰 (Varenicline)	438
文拉法辛 (Venlafaxine)	441

## Z

扎来普隆 (Zaleplon)	447
齐拉西酮 (Ziprasidone)	450
唑吡坦 (Zolpidem)	455
唑尼沙胺 (Zonisamide)	458
佐匹克隆 (Zopiclone)	461
佐替平 (Zotepine)	464
珠氯噻醇 (Zuclopenthixol)	469

附录 1 药物类别索引	473
附录 2 缩略语对照	477
附录 3 FDA 孕期用药分级	478

# 阿坎酸 (Acamprosate)

## 治疗学

### 商品名

\* Campral

仿制药? 无



### 药物类别

\* 酒依赖治疗药物

常用治疗适应证 (粗体字表示已被 FDA 批准)

\* **酒精戒断的维持治疗**



### 作用机制

- \* 理论上, 降低兴奋性谷氨酸神经传递和增加抑制性  $\gamma$ -氨基丁酸 (GABA) 的神经传递
- \* 结合并阻断某些谷氨酸受体, 包括代谢型谷氨酸受体
- \* 由于长期使用, 突然戒断酒精可以引起谷氨酸的过度活化和 GABA 活性的降低, 阿坎酸可以作为一种“人造酒精”减缓这种效果

### 起效时间

\* 临床试验中在 13~52 周期间表现出疗效

### 如果起效

\* 增强对饮酒的节制

### 如果无效

- \* 评估并解决影响因素
- \* 考虑换药
- \* 考虑用纳曲酮作为增效剂



对于部分有效或难治性患者, 最佳的增效策略

- \* 纳曲酮
- \* 增效治疗疗效优于单一治疗疗效
- \* 通过行为治疗、教育和小组或个别支持性治疗增效, 可能是成功治疗的关键

### 应该做的化验检查

\* 健康个体无需特殊的化验检查

## 不良反应

### 药物导致不良反应的机制

- \* 理论上, 行为不良反应可能与这些起治疗作用的神经递质在大脑和躯体的其他部位浓度增加, 与受体的作用加强有关
- \* 胃肠道不良反应可能与大剂量的药物有关, 这些药物是氨基酸衍生物, 可以增强胃肠道的渗透性吸收

### 值得注意的不良反应

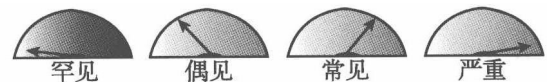
- \* 腹泻、恶心
- \* 焦虑、抑郁



### 危及生命或危险的不良反应

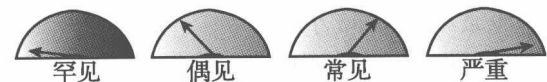
\* 自杀观念和/或行为 (自杀)

### 体重增加 罕见



\* 有报告, 但是无法预测

### 镇静 罕见



\* 有报告, 但是无法预测

### 如何处理不良反应

- \* 观察
- \* 调整剂量
- \* 如果不良反应持续存在, 停药

### 处理不良反应, 最佳的增效策略

\* 减量或换药通常有效, 大多数不良反应的发生可能无法通过加用增效剂来缓解

## 剂量和用法

### 常用剂量范围

\* 666 mg, 每日 3 次服用

### 剂型

\* 片剂 333 mg

### 用法

- \* 患者应当在开始戒酒后尽早治疗
- \* 推荐剂量是 666 mg, 每日 3 次服用, 不需要剂量

滴定（每次2片，每日3次）



### 使用注意事项

- \* 在阿坎酸治疗期间，提供一些教育材料，加强咨询，可以提高成功机会
- \* 如果复发，并且患者复饮，应当建议患者继续治疗
- \* 虽然阿坎酸的吸收不受食物影响，如果患者在每日3餐时，同时与餐同服药，有助于提高依从性
- \* 每日3次服药可能会影响到依从性，对于一些患者，将患者的关注点从每日饮酒转为每日服药

### 过量

- \* 资料很有限，腹泻

### 长期使用

- \* 已经在长达1年的研究中使用

### 成瘾性

- \* 无

### 如何停药

- \* 不必逐渐减量

### 药代动力学

- \* 终末半衰期 20~33 小时
- \* 通过肾以原形药物排泄



### 药物相互作用

- \* 不抑制肝细胞色素代谢酶，因此极少影响经过这些代谢酶代谢的药物的血浆浓度
- \* 不经过肝代谢，因此不可能受到对肝代谢酶有抑制或诱导作用的药物的影响
- \* 合并使用纳曲酮可以增加阿坎酸的血浆水平，但是这种影响没有临床意义，不需要剂量调整



### 其他警告和注意事项

- \* 监测患者是否出现抑郁心境或自杀观念或行为（自杀）
  - \* 谨慎用于已知患有精神病性障碍的个体
- ### 禁用
- \* 如果患者有严重肾功能损害
  - \* 如果对阿坎酸过敏

## 特殊人群

### 肾功能损害患者

- \* 中度肾功能损害者，建议剂量为 333 mg，3 次服用
- \* 禁用于严重肾功能损害者

### 肝功能损害患者

- \* 通常不需要剂量调整

### 心功能损害患者

- \* 苯二氮䓬类药物已经用于治疗急性心肌梗死伴发的焦虑

### 老年人

- \* 一些患者可以耐受较低剂量
- \* 考虑监测肾功能



### 儿童和青少年

- \* 安全性和疗效还未明确



### 妊娠

- \* 属于 C 类风险药物（部分动物研究认为有不良反应，而人类尚无对照研究）
- \* 妊娠妇女需要停止饮酒，在药物治疗前先尝试行为疗法
- \* 通常不建议妊娠期间使用，尤其是前 3 个月

### 哺乳

- \* 尚不清楚阿坎酸是否从母乳中分泌，但是认为所有精神药物都可从母乳分泌
- \* 建议停药或停止母乳喂养

## 精神药理学特点

### 可能的优势

- \* 适用于每日饮酒的慢性酒依赖者
- \* 最近戒酒的个体

### 可能的不足

- \* 治疗开始时，尚未开始戒酒者
- \* 狂饮酒者

### 主要的靶症状

- \* 酒精依赖



### 要点

- \* 由于阿坎酸作为一种“人造酒精”起作用，可能在还未开始戒酒者或者已经停止饮酒较长时间的个体作用较小
- \* 如果帮助戒酒，阿坎酸可能是优先选择，但是如果目标是减少饮酒风险，可能并非最佳选择



### 推荐读物

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol

dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial . JAMA 2006; 295(17): 2003-2017.

Kranzler HR , Gage A . Acamprosate efficacy in alcohol-dependent patients: summary of results from three pivotal trials . Am J Addictions 2008; 17: 70-76.

Rosner S , Leher P , Soyka M . Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a met-analysis with unreported outcomes . J Psychopharmacol 2008; 22: 11-23.



## 阿普唑仑 (Alprazolam)

### 治疗学

#### 商品名

- \* Xanax (安宁神), Xanax XR (安宁神缓释片)

仿制药? 有 (缓释片无)

#### 药物类别

- \* 苯二氮草类 (抗焦虑药)

常用治疗适应证 (粗体字表示已被 FDA 批准)

- \* 广泛性焦虑障碍 (IR)
- \* 惊恐发作 (IR 和 XR)
- \* 其他焦虑障碍
- \* 抑郁相关焦虑障碍
- \* 月经前焦虑障碍
- \* 肠易激综合征以及其他焦虑障碍相关躯体症状
- \* 失眠
- \* 急性躁狂发作 (辅助治疗)
- \* 急性精神病发作 (辅助治疗)



#### 作用机制

- \* 在 GABA-A 配体门控复合氯离子通道与苯二氮草受体结合
- \* 增强 GABA 的抑制作用
- \* 增强 GABA 受体复合物氯离子通道的传导
- \* 可能在杏仁核的恐惧回路抑制神经元的活动以达到治疗焦虑的目的

#### 起效时间

- \* 有时首剂即可起效; 常需要每日服药, 持续数周获最大治疗效果

#### 如果起效

- \* 对于焦虑的短期症状——数周后停用或以“按需服用”的原则服药
- \* 对于慢性焦虑的患者, 治疗的目标是完全缓解以及防止复发
- \* 对于慢性焦虑的患者, 治疗通常能减轻甚至消除症状, 但并不是治愈, 因为停药后症状可以复发
- \* 对于长期的焦虑症状, 可以考虑换成 SSRI 或 SNRI 类药物进行长期维持治疗

- \* 如果需要苯二氮草类药物的长期维持治疗, 控制症状后继续 6 个月的治疗, 然后缓慢减药
- \* 如果复发, 考虑使用 SSRI 或者 SNRI 治疗, 也可考虑再次使用苯二氮草类药物; 有时为了达到最好的治疗效果, 苯二氮草类药物必须联合 SSRI 或者 SNRI 药物使用

#### 如果无效

- \* 考虑使用另一种药物或者增加一个合适的增强剂
- \* 考虑心理治疗, 尤其是认知-行为疗法
- \* 考虑是否存在伴有物质滥用
- \* 考虑是否存在阿普唑仑滥用
- \* 考虑是否存在其他诊断, 如共病的情况



#### 对于部分有效或难治性患者, 最佳的增效策略

- \* 在精神病或双相情感障碍的治疗中, 苯二氮草类药物经常作为抗精神病药及心境稳定剂治疗的增效剂
- \* 在焦虑障碍的治疗中, 苯二氮草类药物经常作为 SSRI 类和 SNRI 类药物的增效剂
- \* 通常不和其他苯二氮草类药物合用
- \* 作为抗焦虑剂合并使用其他镇静催眠药催眠时须谨慎

#### 应该做的化验检查

- \* 癫痫患者, 伴有其他疾病的和(或)合并长期使用多种药物的, 需定期检查肝功能及血常规

### 不良反应

#### 药物导致不良反应的机制

- \* 不良反应与治疗作用的机制相同, 就是对苯二氮草受体的过度作用
- \* 长期使用可造成苯二氮草受体的适应性改变, 引起依赖、耐受及撤药反应
- \* 不良反应常在用药后立即出现, 但通常也很快消失

#### 值得注意的不良反应

- ☞ 镇静、疲惫、抑郁
- ☞ 眩晕、共济失调、构音困难、虚弱
- ☞ 健忘、意识错乱
- ☞ 过度兴奋, 神经质
- \* 罕见有幻觉、躁狂
- \* 罕见低血压