

慢性精神分裂症綜合治疗的研究

(方法及其疗效的初步报道)

中国科学院心理研究所 李心天 宋維真 張 瑤 馮恆灿
北京市安定医院 張继志 刘鉄峯 史晓华 黃良珩
杜錦春 史耀先 張宝珠

精神分裂症为最常見的精神病之一,占精神病住院患者 $\frac{1}{2}$ 以上^(1~3)。在它的治疗上,存在着如何提高治愈率和降低复发率两个主要問題。在我国,自1958年以来,由于新药物的应用及对待病人的方式上的改进,使精神分裂症的治愈率由过去30%左右^(1~3)提高到50%以上^(4~5)。然而,病期在两年以上的慢性精神分裂症的疗效仍不理想,它的治愈率虽然已由过去不到8%(5.9%~7.8%)^(1~3)提高到30%左右(14.7%~48.5%)^(4~5),但是疗效难以持久。国外的資料也表明类似的趋势^(8,9,13,16)。目前药物治疗还不能降低它的复发率,所以各国学者都在这两个主要問題上进行大力的研究。我們根据精神分裂症病因理論和个性理論的辯証唯物主义观点⁽⁶⁾,认为:如果将心理治疗和劳动治疗系統化,作为精神分裂症治疗的有机組成部分,与药物治疗密切結合,可能将慢性患者的疗效再提高一步;同时治愈出院的患者如能繼續在大夫的严格指导下工作与生活,也必能起到巩固疗效,降低复发率的作用。为此我們对慢性精神分裂症設計了一个綜合治疗方案,首先选择了妄想型患者进行了临床、心理、生理等方面的研究。这一工作自1961年6月开始,至目前已进行了四批綜合治疗,每批20人(第四批只有18人),男女各半。本文主要报道这一綜合治疗的方法以及治疗的初步結果。

方 法

一、治疗对象:

(一) 診斷为精神分裂症妄想型,病期在两年或两年以上。

(二) 无重大躯体合併症。

(三) 家庭或現工作单位在本市城区或近郊区,且能供給詳細病史。

二、治疗步骤:治疗时间为16个星期,共分三个阶段进行:

(一) 第一阶段:症状活跃期,3星期,使多数患者消除兴奋躁动、丰富妄想、极端懶散、整日臥床不起及其他一些明显不合作症状。

(二) 第二阶段:症状动摇期,5星期,使多数患者消除主要的妄想和幻觉等症状、能較好地执行所規定的治疗和生活制度,对妄想等症开始进行合理的批判。

(三) 第三阶段:症状消失期,8星期。使多数患者的精神症状基本或全部消失,对病态体驗有較深刻的批判,能自觉地遵守生活医疗制度。前四个星期在医院內(包括“試驗性出院”),使能恢复相应的劳动和学习能力,与医院周围人們的关系接近或达到病前健康时水平。后4个星期在医院外,与机关、家庭等周围人們的关系接近或达到病前健康时水平,并在实际环境中較好地工作或劳动。

三、治疗方法:

(一) 药物治疗:原則上只采用盐酸氯丙嗪治疗,如在第一阶段治疗中无好轉跡象,再考虑其他治疗,如电痙攣、胰島素等。

盐酸氯丙嗪在第一阶段应用快速加量法,自日量75毫克开始,短时期內达到最高日量(分300、400、500、600、700或800毫克六种),多数患者的最高日量为500~600毫克。如症状好轉,繼續用当时最高治疗量不少于2~4周。至第二阶段,根据病情适当减少日量。至第三阶段,凡达到痊愈者改服維持量(日量200毫克以下)。

(二) 心理治疗:采用觉醒状态下集体和个别相结合的心理治疗。

1. 集体心理治疗:分大会、讲课、座谈、集体查房和健康总结等数种形式。大会在治疗开始的第一天举行,会上向全体患者阐明治疗目的和计划。讲课内容:第一阶段介绍为什么要吃药、住院和遵守医疗生活制度;第二阶段讲什么是正常的心理活动;第三阶段讲解人的性格特点及其在疾病发生、发展中的作用,和如何预防复发。座谈主要配合讲课和其他治疗活动的内容进行漫谈、讨论和介绍个人治疗心得等,其内容根据每一阶段的要求而有所不同。集体查房是在第二、三阶段实行的一种特殊形式的座谈会,由全体大夫向病室内全体患者进行答疑、解释、谈心和鼓励;病人也彼此提出对治疗的意见。健康总结是在患者达到痊愈而即将出院时进行的,要求患者根据提纲全面系统地叙述个人生活经历、个性特点、发病经过、对妄想等病理状态的认知,对出院后工作、生活和巩固疗效的计划等;并由大夫引导他分析概括,以加深其认识。

2. 个别心理治疗:根据患者的病情轻重、妄想牢固程度和性格特点采取多种的形式。它的目的在第一阶段是建立大夫与患者的良好关系,在第二阶段是帮助患者认识疾病性质,在第三阶段则指导患者如何适应社会生活。

(三) 劳动治疗:自简单的有人指导的轻体力劳动开始,逐步提高其劳动质量。第一阶段除不合作者外,主要进行一般的集体劳动,如病室清洁卫生工作,户外园地劳动(整地、浇水、种植);至第二阶段,劳动内容增多,方式灵活,并增加与患者原来职业有关的一些劳动如抄写、缝纫等;至第三阶段,患者在试验性出院中参加适量的家务劳动,或病前原来工作。

将上述三方面的治疗融合在一个完整的生活制度内。从治疗开始即按阶段订出患者活动的作息时间表。如第一阶段要求患者适应于规律的生活制度,养成集体活动的习惯。活动内容除集体劳动、听课、小组会外,主要为集体性文娱活动。至第二阶段,使患者养成遵守生活

制度的习惯,缩小与正常健康人生活习惯的差距。至第三阶段,要求患者象正常人那样进行院内和院外的各项规定的活动。

四、分型标准:我们同意目前某些学者^(7,12,14)对精神分裂症的分型观点,即事实上存在着病情演变和预后完全不同的两个类型:典型(过程型、真性)和不典型(反应型、精神分裂样)两型;并拟定如下的分型标准:

(一) 典型妄想型精神分裂症:

1. 病前具备明显的精神分裂样性格;
2. 呈现原发性妄想(伴随或不伴随幻觉)、人格解体、思维和情感脱离现实等症状;
3. 病程从未缓解或缓解后呈不同程度的人格缺损。

(二) 不典型妄想型精神分裂症:不具备上述三点内容。

五、疗效标准:分为四类:

(一) 痊愈:临床症状全部消失,自知力彻底恢复,对精神症状的体验能如常人作较深刻的批判。在与周围环境交往(医院、机关、家庭)的关系上达到病前健康时水平,并表现了相应的劳动和学习能力,具有缺损症状的患者则初步形成代偿能力。在院外恢复了职业或相应的工作,在能保持正常的状态下完成其任务。

(二) 显著好转:病理思维(妄想)和病理知觉(幻觉)消失,自知力基本恢复,能对这些症状进行合理的批判,无异常行为。能执行规定的学习与劳动活动,与周围环境的关系基本正常。

(三) 好转:与住院时精神状态比较,妄想、幻觉部分消失,情绪和行为有初步改善,承认自己有精神病,能执行规定的生活制度。回家时与家人关系较治疗前有改善。

(四) 无效:精神症状进步不明显或不稳固,不能或仅能执行简单的集体劳动,与亲人不能和善相处。

疗效分析

78名慢性妄想型精神分裂症患者中,年龄平均为31.3岁(18~42岁),病程平均为5.2年(2~12年)。治疗结束时(16周)的疗效见表1。

为了比较其综合治疗的效果,同时将在第一批和第四批治疗期间收入医院治疗的、病程两年以上的同型患者 75 名作为对照。他们的年龄平均为 32.4 岁(18~55 岁),病程平均为 4.2 年(2~13 年),全部接受了药物治疗(方法与综合治疗组近似),其他如心理治疗、劳动治疗则是非系统的。对照组部分患者的疗程超过 16 周者,则取其治疗 16 周时的疗效。从表 1 可以看到综合治疗组的疗效较好。

表 1 慢性精神分裂症综合治疗的效果

组别	痊愈	显著好转	好转	无效
综合治疗组 78 人	50 (64.1)	21 (26.9)	6 (7.7)	1 (1.3)
对照组 75 人	26 (34.7)	21 (28.0)	22 (29.3)	6 (8.0)

() 内系百分比

78 名患者中,典型精神分裂症 68 名,不典型 10 名。从表 2 可以看出,不典型患者的疗效较好。

表 2 精神分裂症典型与不典型患者的治疗效果

分型	痊愈	显著好转	好转	无效
典型 68 人	42	20	5	1
不典型 10 人	8	1	1	0

患者的年龄和性别与疗效无明显关系。病程与疗效的关系见表 3,可以看出病程超过 10 年者的疗效较差。

表 3 病程与疗效的关系

病程(年)	痊愈	显著好转	好转	无效	共计
2~5	29	12	1	1	43
5+~10	21	6	5	0	32
>10	0	3	0	0	3

表 4 中,20 名是在这次治疗前从未治愈或缓解过的患者,其平均病程为 5.2 年,有 10 名痊愈(内 8 名为典型精神分裂症)。另外,58 名以前已经复发过 1~7 次,其中 3 次以内者 51

名,有 34 名痊愈,3 次以上者 7 名,6 名痊愈。由此可见,过去长期患病从未治愈或缓解过的精神分裂症患者,通过这一次的综合治疗,仍有半数患者达到痊愈,而过去复发次数较多的患者也不因为再次复发而降低了治愈率。

表 4 复发次数与疗效的关系

复发情况	痊愈	显著好转	好转	无效	共计
未曾治愈或缓解过	10	8	2	0	20
曾治愈,复发过 1~3 次	34	12	4	1	51
曾治愈,复发过 3 次以上	6	1	0	0	7

达到显著好转以上的 71 名患者中,出院后大多数(80.3%)参加了工作或劳动。其中 7 名系家庭主妇,出院后仍回家操持家务,其工作能力与这次发病前比较无明显差异;痊愈患者的工作能力三分之一较病前有明显的降低,他们都是典型精神分裂症患者;12 名显著好转的患者参加了社会工作,其中 7 名的工作能力仍较好地保持(表 5)。

表 5 出院患者的工作能力

工作能力	痊愈	显著好转
较病前无明显降低	23	7
较病前明显降低	15	5
未恢复或参加工作 家庭主妇	7 5	7 2
共 计	50	21

有关这些患者出院后疗效的追踪情况,由于随访时间尚短,待以后另文报道。

讨 论

一、综合治疗的理论基础:过去传统地认为,精神分裂症的病程是不断进行的,大部分患者终于成为痴呆,或者其病程虽已停止进行,但残留不同程度的人格缺损,适应社会困难;仅 20~30% 左右的患者经现代各种疗法治疗后恢复正常⁽¹⁵⁾;但随着复发次数的增加,患者的疗效也日益下降,其人格缺损也日趋明显。近年来,各国学者倾向于将精神分裂症分为典型和

不典型两类,上述大部分患者属于典型的一类,预后是不好的。另一方面,临床上也有这样的报道:个别数年或数十年久治不愈、看来已经“痴呆”的患者恢复了正常,或者有时表现出人意料之正常言行⁽¹⁵⁾。产生上述现象的一个原因就是精神分裂症的诊断主要依靠临床所表现的精神症状。患者异常的言行能否真实反映其脑内病理过程是有问题的。目前还没有公认的衡量精神分裂症病理过程的生化、生理方面的指标⁽⁷⁾。我们认为,判断精神分裂症是否痊愈或恶化,应取决于其病理过程是否已经停止,而精神分裂症的病理过程不仅表现生化、生理方面的异常,植物-代谢系统机能和大脑皮层机能的异常,而且也表现心理方面的异常。国外学者的实验研究发现患者的精神状态与其生理、生化方面的变化并不平行一致,常出现分离现象⁽¹⁰⁾,许多慢性患者的皮层机能障碍已不明显⁽¹¹⁾。这些事实标志着有些患者的病理生理、生化过程可能已经停止,他们仅表现心理过程的异常。由于病理心理过程是在病理生化过程的基础上发展起来的,如果后者基本上已经停止进行,那末经过适当的治疗,特别是经过对扭转病理心理过程起很大作用的心理-社会治疗,还能使一些久治不愈或缓解不良的典型精神分裂症患者再次获得痊愈的可能。尤其在生理、生化过程的中毒性障碍比较轻的妄想型患者中,这种治愈的可能性或者更大。我们的综合治疗方案就是基于上述看法而设计的,并首先在慢性妄想型患者中进行实验。通过这次治疗,所获得的资料支持了我们上述的看法。

二、综合治疗的几个特点:

(一) 将心理治疗和劳动治疗当作与药物治疗同样重要的治疗手段,不仅在患者恢复期实行,而且也在症状活跃期实行。

(二) 为了使这些久治不愈或人格缺损的患者能再一次达到与周围环境较好的适应。治疗不局限在医院范围内。把患者在试验性出院期间在家庭和工作岗位上所进行的锻炼,作为综合治疗后一阶段的一个重要内容。

(三) 对治愈的患者尽早地安排其工作,而

不让患者延长休息时期。

我们认为,在精神分裂症病情的各个阶段都进行综合治疗,可加速疾病的痊愈过程和提高疗效。给患者安排在院外治疗的措施,可进一步判断患者是否真正达到痊愈,而且也避免了重蹈过去痊愈患者出院后不久由于难于适应环境而导致复发的旧辙。对大多数慢性患者来说,让他们休息,只能加深其懒散行为,而积极工作才能增加其兴趣和活动能力。实际上多数患者的工作能力是保存的,只要安排恰当,可以在工作中巩固其疗效。我们设计这一综合治疗方案的最初目的,还不仅限于寻找一个提高慢性患者疗效的方法,重要的是解决有关患者复发的一些问题:如综合治疗对患者的病理过程发生什么样的影响?能否防止或延长患者的复发?外界环境或机体内部的那些因素影响疾病的好转或恶化?由于时间短、例数少,我们对复发的这个问题还没有进一步深入研究和获得成效,所以还不能提出足够的资料来论证我们这些看法。不过根据综合治疗的初步结果,可以设想:通过积极的治疗能够对慢性精神分裂症的不良预后发生影响。

小 结

本文介绍了一个药物、心理和劳动三结合的综合治疗方法。先后对四批慢性精神分裂症患者(病程平均为5.2年)共78例进行实验,另75例同型慢性患者(病程平均为4.2年)作为对照。治疗结果:综合治疗组,痊愈50人(64.1%),显著好转21人(26.9%),好转6人(7.7%),无效1人;对照组,痊愈26人(34.7%),显著好转21人(28.0%),好转22人(29.3%),无效6人。

综合治疗方法的特点是:除药物治疗外,心理治疗和劳动治疗在疾病各个阶段都是很重要的治疗,有它一定的内容和步骤。将患者对外界环境适应的过程也纳入治疗的计划中。治疗结束时,使痊愈患者尽早地担负起一定的工作。

本文还分析了疗效和病程、复发次数的关

系。通过综合治疗，一定数量原来久治不愈或复发次数过多、缓解不良的患者达到了痊愈，恢复了工作。治疗结果表明：积极的治疗能对慢性精神分裂症的预后发生良好影响。

参 考 文 献

(1) 王芷沅等：北京医学院精神病院四年来住院患者的临床统计分析，中华神经精神科杂志 3: 162, 1957.

(2) 陶国泰等：精神分裂症 1,600 例病案分析，同上 3: 134, 1957.

(3) 夏颖夷等：2,000 例精神分裂症的临床分析及随访研究，同上 4: 98, 1958.

(4) 张善甲等：氯硫二苯胺治疗 464 例精神病患者的临床分析，同上 5: 251, 1959.

(5) 严善明等：氯硫二苯胺治疗精神分裂症 100 例的初步临床分析，同上 5: 171, 1959.

(6) 李心天：心理治疗在慢性精神分裂症中的应用，心理学报 1: 55, 1963.

(7) 竹村坚次：非定型精神分裂症の临床研究，日本精神神经学杂志 61: 1087, 1959.

(8) Алимов, X. A.: Условия Развития Рецидивов Шизофрении и Некоторые Пути Их Профилактики, стр. 7-32, Медгиз, УЗССР, 1961.

(9) Зеневич, Г. В.: О ремиссия у больных ши-

зофренией после лечения нейролептических средствами и поддерживающей терапии, Ж. Невропатол. и Психиатр. 61: 1364, 1961.

(10) Плотичер, А. И.: Некоторые вопросы патофизиологии шизофренического дефекта, Ж.В.Н.Д. 10: 821, 1960. Френи в свете данных о развитии ремиссий и рецидивов, Ж. Невропатол. и Психиатр. 61: 1364, 1961.

(11) Щербина, Е. А.: К нейродинамической характеристике шизофренического дефекта, Ж.В.Н.Д. 10: 821, 1960.

(12) Garmez, N., & Rodnick, E. H.: Pre-morbid adjustment and performance in schizophrenia, J. Nerv. Ment. Dis. 129: 450, 1959.

(13) Labhardt, F.: Chlorpromazine in psychic disease, Psychopharmacology Frontiers, pp. 73-78, Churchill, London, 1959.

(14) Landfeldt, G.: The significance of a dichotomy in clinical psychiatric classification, Amer. J. Psychiat. 116: 537, 1959.

(15) Mayer-Gross, W., et al.: Clinical psychiatry, Schizophrenia, pp. 264-283, Cassell, London, 1955.

(16) Wirt, R. D., & Simon, W.: Differential Treatment and Prognosis in Schizophrenia, pp. 3-37, Thomas, Springfield, 1959.

異 位 性 松 果 体 瘤 一 例 报 告

沈阳医学院神经病学教研组 翟允昌 張文萃

松果体瘤为颅内肿瘤中之罕見者，异位性松果体瘤則更为罕見。茲报告异位性松果体瘤經手术切除而又复发者 1 例如下。

患者男性，29岁，住院号 83427，1959 年 9 月 2 日入院。于入院前半年开始右下肢經常出現发麻发紧之发作，严重时出現全身痙攣，合併意識丧失与小便失禁。后来右上下肢运动不灵活，并逐渐加重。

检查：右侧上下肢肌力稍弱，右半身痛觉稍鈍，此外，未发现其他异常。后施行气脑造影，証明左侧頂叶有占位性病變。于10月13日手术，在左頂部开顱，沿上矢竇外側与上矢状竇平行切开脑皮层。于頂叶深約 1 厘米处見瘤組織，大如鸡蛋，境界清楚，完全位于半球实质內，与第三脑室无关。乃将肿瘤完全剔除。病理诊断为松果体瘤。

术后，右半身的运动障碍稍加重，二周后完全恢复正常。住院期間曾有癲癇发作三次，12月5日出院。出院后仍有癲癇发作，逐渐增頻，右上肢又出現运动失灵，乃于1960年7月1日再度入院。当时检查：两侧視神經乳头水肿，右侧面神經有輕度核上性瘫痪，右侧輕偏瘫，右侧半身有輕度浅感觉障碍。脑室造影見左侧頂叶有占位性病變。

于8月12日手术，沿原刀口开顱。当切开左侧頂部硬膜后，即見肿瘤，境界甚清楚，容易分离。共取出 5 个瘤結节，大

者如鸡蛋，小者如指头。手术后意識恍惚，病情逐渐加重，于8月31日死亡。手术取出的标本病理诊断为松果体瘤。

Cushing 氏統計松果体瘤占颅内肿瘤的0.7%。作者統計了 300 例颅内肿瘤，其中 5 例为松果体瘤。异位性松果体瘤則更为罕見，Corbetta 氏于1950年曾报告 1 例多发的异位性松果体瘤⁽¹⁾；Horrax 氏及 Wyatt 氏与其他人曾报告过松果体瘤发生于視神經交叉部⁽²⁾；星野氏于 1953 年报告 3 例异位性松果体瘤⁽¹⁾。

松果体瘤不始于松果体而始于脑之之其他处，目前尚不了解其机制。本例子手术摘除后又复发，复发的松果体瘤仍位于原发部位，且为数个瘤結节。其原因恐为在第一次手术时，看来似已完全摘除，但可能仍有瘤細胞或小瘤結节的残余，继而逐渐增长成为多数較大的肿瘤。

参 考 文 献

(1) 所安夫：脑肿瘤，249—262頁，东京，医学书院，昭和 34年。

(2) 中国协和医学院：神经病理学，神经系统肿瘤，27 頁，1953。