

独立编码紧张症的优势

沈杨 梁英

【摘要】 紧张症是一种伴随多种内科及神经系统疾病的严重的运动障碍综合征,在精神科住院患者中较为常见。在过去的一个多世纪中,紧张症一直以来都被视为精神分裂症的一个亚型。但随着DSM-ICD诊断系统的改版,不仅取消了精神分裂症的分型,而且赋予了紧张症独立的编码。此举既增加了诊断的操作性和一致性,亦对治疗具有指导意义。

【关键词】 紧张症; 精神分裂症,紧张型; 精神障碍诊断和统计手册-5; 国际疾病分类法-11
doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.017

Advantages of independent encoding catatonia SHEN Yang, LIANG Ying. Peking University Institute of Mental Health, Peking University Sixth Hospital, Key Laboratory of Mental Health, Ministry of Health (Peking University), Beijing 100191, China

【Key words】 Catatonia; Schizophrenia, catatonic; DSM-5; ICD-11

紧张症是一种伴随多种内科及神经系统疾病的严重运动障碍综合征,约有10%的精神科住院患者存在这一综合征^[1]。其表现在情感障碍及神经系统疾病中比精神分裂症更为常见,但却在过去的一个多世纪中被看作是精神分裂症的一个亚型。在精神分裂症的诊断标准日益严格的今天,这一分型也逐渐退出了历史的舞台。随着2013年DSM-5的颁布,紧张症有了自己的一席之地,相关研究也成了热点课题,每年有关的文章都在百篇以上。尽管如此,临床精神科医生往往对紧张症的认识仍停留在过去的印象中,这并不利于紧张症的识别和治疗。故本文将对紧张症的历史演变过程以及新版DSM-ICD诊断系统中紧张症分类变化的最新进展进行综述。

1 对紧张症认识的历史演变

早在1874年,德国精神病学家Kahlbaum最先将一类具有运动功能失调的症状定义为紧张症。此说法一经提出便有反对之声,Wernicke^[2]认为紧张症只是“无运动性精神病”的一种表形。在Kraepelin^[3]提出早发性痴呆的概念后,认为紧张症从症状上与老年痴呆相似,但却多在青年时期起病,故推断其应属于早发性痴呆的行列之中。尽管这并没有太多的证据能够证明。不过后来者Bleuler^[4]接受了这样的观点,在早发性痴呆的基础上,进一步提出了精神分裂症的概念,并将这一概念带至了北美洲,在其1916年编写的教科书中,紧张症被明确归为精神分

裂症的亚型。伴随着第一次世界大战的爆发,人们在日益加深的反德情绪中,更欣然接受了Bleuler的分类方式。1948年第六版ICD分类系统中将紧张症明确归入精神分裂症^[5],直到1992年第十版发布,其位置基本未变^[6]。在1952年颁布的DSM-I中,美国精神病学的领导者亦接受了Bleuler的构想^[7]。

在这一过程中,虽然将紧张症纳入为精神分裂症的亚型得到了公允,但是Kahlbaum的支持者依然在不断的发声。1912年Urstein^[8]在有关紧张症的专著中认为Kraepelin的说法有误,并且在梅毒等传染病、中毒状态、抑郁、躁狂、谵妄的患者中也发现存在紧张症的表现。1913年Jaspers^[9]在其著作中,将紧张症描述为具有对立症状而自成一格的特殊疾病,其心理过程尚不可知。1914年,Schneider^[10-11]强调紧张症应该与早发性痴呆做同义词使用,认为许多疾病过程中均可并发紧张症,不仅出现在早发性痴呆中。Lange^[12]曾对Kraepelin诊断为躁郁症和早发性痴呆的200例患者做过一项超过10年的随访研究中发现,相比早发性痴呆而言,紧张症在躁郁症中更为常见。Taylor^[13-14]和Abrams^[15-16]在1973~1979年4次发表的关于紧张症报道中说,紧张症在躁郁症中要比在精神分裂症中更为常见。随后有更多的报道证明了这一观点。自20世纪50年代抗精神病药物问世以来,有学者发现服用抗精神病药物后可出现紧张症状。Delay和Deniker于1968年对这一现象进行研究,并将其定义为恶性综合征,认为这是抗精神病药物所致的不良反应^[17]。而这些研究却被DSM-III所忽视。

直到1994年DSM-IV发布后,紧张症在情感障碍

作者单位: 100191 北京大学精神卫生研究所 北京大学第六医院 卫生部精神卫生学重点实验室(北京大学)

通讯作者: 梁英 Email: liangying1980@bjmu.edu.cn

及物质/药物所致精神障碍中有了自己的身影^[18]。却依然没能撼动紧张症主要作为精神分裂症亚型的地位。在DSM-IV中,与紧张症相关的诊断包括三类:(1)物质/药物所致紧张症性障碍;(2)紧张型精神分裂症;(3)在情感障碍中需要注明的紧张症性的表现^[18]。但DSM-IV的分类仍具有一定的局限性。具体表现在:(1)紧张症存在于上述3类疾病的亚型或标注中,容易被大家所忽视。(2)除精神分裂症和情感障碍,紧张症在其他多种精神障碍中出现,但根据DSM-IV的标准无法诊断。(3)紧张型精神分裂症的诊断使用率较低,在全部精神分裂症的患者中其诊断比例在0.2%~3%,且紧张型精神分裂症的诊断稳定性及可靠性欠佳。(4)初步开始临床评估和治疗时,紧张症与物质/药物所致精神障碍的关系是不清晰的。治疗初期可能没有充分的证据表明紧张症是由物质/药物所致精神障碍引起的^[19]。这已在紧张症学者中达成共识^[20]。

在我国编写的CCMD-3引言中所述,CCMD-3是以ICD-10为基准,以向其靠拢并保留中国特色的分类原则进行分类的。故有关紧张症的内容更多存在于紧张型精神分裂症以及不同类型木僵的诊断标准之中。

2 最新DSM-ICD诊断系统中紧张症的分类变化

在DSM-5中,紧张症的地位发生了根本性变化。首先,紧张症性障碍拥有了自己的独立编码,诊断条目更改为12项紧张症性表现,且满足3条以上者即可考虑诊断^[21],更为简便实用。其次,不再为精神分裂症分型,从而提高诊断的效能,增强临床的适用性。第三,为短暂精神病性障碍、精神分裂症样障碍、分裂情感性障碍、物质/药物所致的精神病性障碍这4类疾病增加了紧张症的标注,这4类患者主要以抗精神病药物治疗为主,而服用抗精神病药治疗的病人中出现恶性综合征的概率为0.07%~1.8%^[22]。这样特殊标明的好处在于,可以尽早识别紧张症状,审慎治疗。第四,增加未特定的紧张症的诊断。对于临床情况未能做出特定的诊断和无法立即作出紧张症诊断的情况,提供诊断出处^[19]。

在ICD-11中,同样舍弃了精神分裂症亚型的诊断。首先,紧张症存在于多种疾病过程中,与精神分裂症捆绑在一起会带来更多的误导,而作为一个特征能说明更多的信息。第二,亚型的分类应该是基于重言式的分类而不是一个独立的影响因素,这有别于基础病理和预后价值的判断。而目前的分型,仅是临床和研究所关注的焦点,而不是分型的要义。第三,目前的分型对治疗缺乏指导意义,不利于促进个体化治疗。第四,随着时间推移,亚型的诊断是不稳定的。第五,目前的分型不利于我们理解有关精神分裂症基因组学的内容^[23]。而对于紧张症来说,ICD-11同样支持给予其更高的诊断地位,单独指定,

并制定通用且严格的诊断标准,如规定最短的持续时间。但是目前将紧张症作为一独立疾病进行诊断的证据尚不充足^[24]。

3 明确分类指导治疗

紧张症是一类具有潜在致死性,却预后良好的综合征。治疗首选药物即苯二氮草类药物,其中劳拉西洋更是推荐为一线用药。其治疗应答率可达70%~90%^[25]。其中情感障碍所伴发的紧张症治疗效果最好,应答率在80%以上,在分裂情感障碍中亦可达70%。而在紧张型精神分裂症中,其应答率在50%以下^[26],且在长期治疗的慢性精神分裂症中用其治疗是无效的^[27]。故对这类患者的治疗探索中,Gazdag和Sienart^[28]发现,氯氮平、奥氮平及利培酮治疗紧张型精神分裂症的紧张症状是有一定效果的。在Mary等人的一项回顾性分析研究中指出,氯氮平的治疗通常是有效的,但是在治疗过程中需要缓慢滴定和严密监测。其起效时间较长,通常需要7周左右的时间症状才能缓解。奥氮平和喹硫平显示为混合性的结果,而利培酮和阿立哌唑更倾向有害的影响。典型的抗精神病药物的治疗是有害的^[29]。而在1999年Adityanjee等^[22]的研究中发现82例紧张症患者服用抗精神病药物治疗,有3例发展为恶性综合征(3.6%),这一比例要显著高于所有接受抗精神病药物治疗的患者出现恶性综合征的概率(0.07%~1.8%)。故应用抗精神病药物治疗紧张症还需小心谨慎。

除药物治疗,电抽搐治疗(ECT)在紧张症中的治疗也发挥着重要作用。在2003年,Girish和Gill^[30]在关于ECT治疗对劳拉西洋无反应的紧张症患者的随机对照研究中指出,ECT组治疗效果要显著优于利培酮组($P=0.035$)。通过回顾性观察报告指出,紧张症患者接受ECT治疗的应答率在80%~100%^[31]。有学者认为ECT应该在恶性综合征、恶性紧张症、谵妄性躁狂或严重紧张性兴奋、常见的紧张型精神分裂症以及对苯二氮草类药物无反应的病例中作为一线治疗方式^[32]。

而在苯二氮草类药物与ECT联合治疗中,有学者提出在ECT治疗过程中应减少或停用苯二氮草类药物,因为其会增加癫痫阈值,缩短发作时间,从而影响ECT的治疗效果。也有学者认为应该继续服用苯二氮草类药物,因为在ECT治疗之前,患者已开始药物治疗,并且已有部分起效。故应在ECT治疗期间,继续服药维持治疗效果^[33]。而在2001年Malur和Francis^[34]曾报道4例无紧张症表现的住院患者,在苯二氮草类药物减量或停药后行ECT治疗,发现患者出现了紧张症状。这可能提示苯二氮草类药物的撤药反应是诱导紧张症的危险因素之一。Unal等^[33]回顾了57例紧张症患者的住院记录,应用联合治疗方案93%的患者可以达到痊愈的标准。对于一开始

对劳拉西泮无应答的患者在接受ECT治疗后,再次应用同等剂量或小剂量的劳拉西泮即可出现疗效。故推断ECT与苯二氮草类药物在治疗紧张症中起协同作用,并增强了劳拉西泮的治疗应答^[35]。但目前尚缺乏评价联合治疗是否更优于单药治疗效果的对照研究,需进一步探索。

故综上所述,在目前这个仍以抗精神病药物对症治疗精神疾病为主要的时代里,尽早对紧张症制定合理的治疗方案,对患者来说可获得较大的收益。

4 小结

纵观紧张症走过的这近一个半世纪里,人们对紧张症的认识就像紧张症本身一样,长期处于是“僵化”的状态。随着DSM-5的推广和使用,就像一剂良药,使人们对它的认识逐步提高。而至今我们对紧张症的认识仍停留在现象学的描述上,而对其病因、发病机制,病理生理等基础研究尚无广泛开展,其发病机制的模型更是百家争鸣,无有定论。而紧张性症状又不具有特异性,我们还在很多情况下可以观察到紧张性症状的出现,如在抗NMDAR脑炎、外科手术、药物中毒及戒断期、癫痫患者和某些异常的代谢状态中。许多精神障碍中也可能伴发紧张症,除所熟知的情感障碍以及精神分裂症以外,还有强迫性障碍、创伤后应激障碍、自闭症等^[36]。故DSM-5赋予了“紧张症”3种用法,即:(1)与其他精神障碍有关的;(2)由于其他躯体疾病所致的;(3)未特定的。在做记录时,需指出相关的精神障碍的名称,首先编码有关的精神障碍,再标注紧张症。如为躯体原因所致,应将躯体疾病的名字包含在此精神障碍的名称之内。在由于其他躯体疾病所致的紧张症之前,其他躯体疾病应该被编码和单独列出^[21]。虽然在上述相应疾病的描述中,并没有紧张症的痕迹,但是依然不影响对紧张症的诊断。这基本可以涵盖目前临床应用的需要。虽说如此,DSM-5还是把紧张症安放在精神分裂谱系及其他精神病性障碍中。而ICD-11将可能把紧张症确实的独立出来。故有关紧张症的进一步研究可以说是挑战与机遇并存。

反观DSM-ICD诊断系统对紧张症的改良,纵有声音希望能够将紧张症作为一个独立的诊断类别分离出去^[20, 37-38],但为何在DSM-5中没能实现呢?对此考虑如下,第一,紧张症横向诊断的稳定性要比纵向诊断的稳定性高。如首发抑郁伴木僵的患者,再次抑郁发作时可不出现紧张症。故诊断某一基础疾病再通过加标注的方式加以说明似乎更为恰当。第二,独立诊断紧张症,可能会出现假共病的现象。第三,虽然紧张症在不同疾病中表现类似,但是仍然存在区别。如在慢性精神分裂症中,苯二氮草类药物和ECT对其出现的紧张症治疗效果差。而抗精神病药物治疗精神病性障碍的紧张症是有效的^[24]。第四,目前DSM-5的改版对于紧张症来说,已经解决了

DSM-IV中所面临的问题^[39]。而ICD-11与DSM-5在此方面保持了一致,赋予紧张症独立的编码,供临床更清晰的识别紧张症并指导治疗。因紧张症的治疗效果较好,加强对紧张症的识别率,尽早明确诊断,积极合理的开展治疗,做到早发现、早诊断、早治疗的二级预防工作,是将紧张症独立诊断的最大临床意义所在。

而我国现阶段依然广泛使用的是ICD-10和CCMD-3的诊断系统,受其影响对紧张症的治疗通常会首先给予抗精神病药物,而此治疗方案并不十分可取。故我国对紧张症的认识和研究仍待进一步加强。

参 考 文 献

- [1] Fontenelle LF, Lauterbach EC, Telles LL, et al. Catatonia in obsessive-compulsive disorder: etiopathogenesis, differential diagnosis, and clinical management[J]. Cogn Behav Neurol, 2007, 20(1): 21-24.
- [2] Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen[M]. Montana: Kessinger Publishing, 2010: 53.
- [3] Kraepelin E. Kraepelin's Psychiatrie: Ein Lehrbuch[M]. 6th ed. Leipzig: Barth, 1899.
- [4] Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie[M]. Berlin: Springer, 1916.
- [5] Sellers AH. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. The Sixth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death, Adopted 1948. Volume I[J]. Can J Public Health, 1949(8): 366-367.
- [6] 范肖东,汪向东,于欣.ICD-10精神与行为障碍分类[M].北京:人民卫生出版社,1993: 119-120.
- [7] American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders[M]. Washington DC: APA, 1952.
- [8] Urstein M. Manisch-depressives und Periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie[J]. JAMA, 1912, 83(17): 1 569.
- [9] Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie[M]. Berlin: Springer, 1913: 283.
- [10] Schneider K. Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome[J]. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1914, 22: 486-505.
- [11] Schneider K. Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte[J]. JAMA, 1937, 108(4): 327.
- [12] Lange J. Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie[M]. Berlin: Springer, 1922: 169.
- [13] Taylor MA, Abrams R. The phenomenology of mania: a new look at some old patients[J]. Arch Gen Psychiatry, 1973, 29(4): 520-522.
- [14] Taylor MA, Abrams R. Catatonia: prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness[J]. Arch Gen Psychiatry, 1977, 34(10): 1 223-1 225.
- [15] Abrams R, Taylor MA. Catatonia, a prospective clinical study[J]. Arch Gen Psychiatry, 1976, 33(5): 579-581.
- [16] Abrams R, Taylor MA, Coleman Stolorow KA. Catatonia and mania: patterns of cerebral dysfunction[J]. Biol Psychiatry, 1979, 14(1): 111-117.
- [17] Lang FU, Lang S, Becker T, et al. Neuroleptic malignant syndrome or catatonia? Trying to solve the catatonic dilemma[J].

- Psychopharmacology (Berl), 2015, 232(1): 1-5.
- [18] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition [M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- [19] Tandon R, Heckers S, Bustillo J, et al. Catatonia in DSM-5 [J]. Schizophr Res, 2013, 150(1): 26-30.
- [20] Francis A, Fink M, Appiani F, et al. Catatonia in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [J]. J ECT, 2010, 26(4): 246-247.
- [21] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition [M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [22] Adityanjee, Aderibigbe YA, Mathews T. Epidemiology of neuroleptic malignant syndrome [J]. Clin Neuropharmacol, 1999, 22(3): 151-158.
- [23] Braff DL, Ryan J, Rissling AJ, et al. Lack of Use in the Literature From the Last 20 Years Supports Dropping Traditional Schizophrenia Subtypes From DSM-5 and ICD-11 [J]. Schizophr Bull, 2013, 39(4): 751-753.
- [24] Maj M, Reed GM. The ICD-11 Classification of mood and anxiety disorders: background options [J]. World Psychiatry, 2012, 11(1): 59-64.
- [25] Fricchione GL, Cassem NH, Hooberman D, et al. Intravenous lorazepam in neuroleptic-induced catatonia [J]. J Clin Psychopharmacol, 1983, 3(6): 338-342.
- [26] Hatta K, Miyakawa K, Ota T, et al. Maximal response to electroconvulsive therapy for the treatment of catatonic symptoms [J]. J ECT, 2007, 23(4): 233-235.
- [27] Ungvari GS, Chiu HF, Chow LY, et al. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study [J]. Psychopharmacology (Berl), 1999, 142(4): 393-398.
- [28] Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and treating catatonia: an update [J]. Cur Psychi Rev, 2013, 9(2): 130-135.
- [29] England ML, Ongür D, Konopaske GT, et al. Catatonia in psychotic patients: clinical features and treatment response [J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2011, 23(2): 223-226.
- [30] Girish K, Gill NS. Electroconvulsive therapy in lorazepam non-responsive catatonia [J]. Indian J Psychiatry, 2003, 45(1): 21-25.
- [31] Luchini F, Medda P, Mariani MG, et al. Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response [J]. World J Psychiatry, 2015, 5(2): 182-192.
- [32] Bush G, Fink M, Petrides G, et al. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy [J]. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1996, 93(2): 137-143.
- [33] Unal A, Bulbul F, Alpak G, et al. Effective treatment of catatonia by combination of benzodiazepine and electroconvulsive therapy [J]. J ECT, 2013, 29(3): 206-209.
- [34] Malur C, Francis A. Emergence of catatonia during ECT [J]. J ECT, 2001, 17(3): 201-204.
- [35] Petrides G, Divadeenam KM, Bush G, et al. Synergism of lorazepam and electroconvulsive therapy in the treatment of catatonia [J]. Biol Psychiatry, 1997, 42(5): 375-381.
- [36] Sienaert P, Dhossche DM, Gazdag G. Adult catatonia: etiopathogenesis, diagnosis and treatment [J]. Neuropsychiatry, 2015, 41(3): 391-399.
- [37] Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own [J]. Am J Psychiatry, 2003, 160(7): 1 233-1 241.
- [38] Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature [J]. Schizophr Bull, 2010, 36(2): 314-320.
- [39] Heckers S, Tandon R, Bustillo J. Catatonia in the DSM—shall we move or not? [J]. Schizophr Bull, 2010, 36(2): 205-207.
- (收稿日期: 2016-11-03)

· 消息 ·

欢迎订阅2017年《神经疾病与精神卫生》杂志

《神经疾病与精神卫生》杂志是神经、精神科学及精神卫生领域的学术性期刊,国内外公开发行人,2006年被中国科学技术信息研究所收录为中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。本刊坚持党的出版方针和卫生工作方针,遵循学科发展规律、适应市场需求规律,以提高杂志质量、扩大社会效益为使命,及时反映科学研究的重大进展,更好地促进国内外学术交流。主要读者对象为广大神经科学、精神科学及精神卫生领域中从事基础、临床医学、教学、科研的工作者及学生。报道内容包括相关各学科领先的教学、科研成果及临床诊疗经验。主要栏目有专家论坛(述评)、论著、英文原著、学术交流、短篇报道、综述、会议纪要、国内外学术动态等。

《神经疾病与精神卫生》杂志国内邮发代号为82-353,由北京市邮政局发行;国外发行代号BM1690,由中国国际图书贸易总公司发行。每期定价10.00元,全年120.00元。欢迎直接通过本社订阅。

银行汇款:开户行:中国建设银行建华支行 户名:《神经疾病与精神卫生》杂志社
账号:23001626251050500949
联系电话:(010)83191160 传真:(010)83191161