

- Report of six cases and review of the literature [J]. Surg Neurol, 1992, 38(2): 114-120.
- [3] SWISCHUK L E, BRYAN R N. Double midline intracranial atypical teratomas: a recognizable neuroendocrinologic syndrome[J]. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, 1974, 122(3): 517-524.
- [4] AIZER A A, SETHI R V, HEDLEY-WHYTE E T, et al. Bifocal intracranial tumors of non-germinomatous germ cell etiology: diagnostic and therapeutic implications[J]. Neuro Oncol, 2013, 15(7): 955-960.
- [5] ROSSI A, GARRÉ M L, RAVEGNANI M, et al. Bilateral germinoma of the basal ganglia[J]. Pediatr Blood Cancer, 2008, 50(1): 177-179.
- [6] ODAKE G, HORIKAWA Y, YOSHINO E, et al. Bifrontal cystic tumor a form of suprasellar germinoma (author's transl) [J]. No Shinkei Geka, 1980, 8(4): 383-388.
- [7] 段崇锋, 张丕宁, 高聿, 等. 基底节区生殖细胞瘤的 CT、MRI 诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2014, 15(4): 565-567, 592.
- [8] 李美蓉, 李玉华, 杨飘, 等. 儿童颅内多发生生殖细胞瘤的临床和影像学表现[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(7): 1087-1091.
- [9] PHI J H, KIM S K, LEE J, et al. The enigma of bifocal germ cell tumors in the suprasellar and pineal regions: synchronous lesions or metastasis[J]. J Neurosurg Pediatr, 2013, 11(2): 107-114.
- [10] 孙秀娟, 戴平丰. 原发性颅内多发生生殖细胞瘤一例[J]. 临床放射学杂志, 2017, 36(10): 1459-1460.
- [11] 李福, 白汉林, 刘士梅, 等. 颅内多发生生殖细胞瘤的临床与 MRI 诊断[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2014, 12(4): 61-62, 76.
- [12] YANG P, LI L, KUANG W, et al. Intracranial multiple germ cell tumors: a case report and review of literature[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2014, 7(12): 9002-9007.
- [13] WEKSBERG D C, SHIBAMOTO Y, PAULINO A C. Bifocal intracranial germinoma: a retrospective analysis of treatment outcomes in 20 patients and review of the literature[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2012, 82(4): 1341-1351.
- (收稿日期: 2020-08-05 修回日期: 2021-03-02)
- 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2021.12.041

2 例难治性精神分裂症伴有的紧张症表现及其处理^{*}

彭祖来, 刘兴兰, 游 欢

(重庆市精神卫生中心 400036)

[关键词] 难治性精神分裂症; 紧张症; 劳拉西泮; 维持治疗

[中图分类号] R749.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)12-2158-03

紧张症是以精神运动性障碍为主要表现的综合征, 通常伴有思维、情感、行为和警觉性的改变。自 2013 年发布《美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版》(DSM-5) 后, 紧张症重新引起了临床工作者的重视。临床上紧张症并不少见, 在精神科急性入院患者中的比例不低于 8.92%^[1]; UNGVARI 等^[2]在 225 例长期住院慢性精神分裂症患者中, 使用相对严格的紧张症定义进行评估, 发现有 32% 的患者符合紧张症的标准。

抗精神病药(尤其是对多巴胺 D2 受体高亲和的抗精神病药)对紧张症通常是无效的, 甚至可能恶化病情^[3-4]。不能正确识别出慢性精神分裂症患者伴有的紧张症症状, 可能是形成“难治性精神分裂症”的原因之一。

1 临床资料

本中心收治的 2 例男性患者均符合难治性精神分裂症的定义^[5], 长时间经抗精神病治疗后效果仍欠

* 基金项目: 重庆市精神卫生中心院级科研项目(2019-yjkt-08)。干预研究。

作者简介: 彭祖来(1985—), 主治医师, 硕士, 主要从事重性精神病早期

佳,转介到笔者所在的临床治疗组。为防止停用抗精神病药后病情恶化,均在原方案基础上加用劳拉西泮。

病例 1,46 岁,因“疑人害、自语、行为怪异 24 年”入院。既往主要表现为被害妄想、夸大妄想、怪异思维内容,间断出现怪异行为(如用烟头烫自己额头、捡食泔水、突然掐病友脖子、给病友下跪等)。最近 4 年,每 12~15 天无明显诱因出现 1 次病情波动,肌张力高、姿势佝偻、来回走动、不时下蹲和对空击打、问话不答、眼神发直、大汗淋漓,心率 120 次/分左右。每次发作期间查血常规、电解质、血糖、脑电图均在正常范围,心电图显示窦性心动过速。每次均能在 1 次改良电休克治疗(modified electroconvulsive therapy, MECT)后马上缓解或 2 d 内自发缓解。既往头颅 CT:双侧基底节区多发性腔梗。曾在外院使用氯氮平、氟哌啶醇、利培酮、棕榈酸哌泊噻嗪、碳酸锂等,剂量不详,疗效欠佳。最近 4 年用药一直为氯氮平(450~475 mg/d)和奥氮平(10~15 mg/d)。查体:血压 106/60 mm Hg,心率 88 次/分,肌张力正常,神经系统检查未见异常。精神检查:意识清晰,接触被动,思维内容贫乏。有被害妄想,并因此感觉害怕。孤僻,少动,个人卫生差。无自知力。

该患者发作时的临床表现符合 DSM-5 紧张症诊断标准中对于蜡样屈曲、刻板动作、缄默、作态等条目的定义。入院后在原药物治疗方案基础上加用劳拉西泮 2 mg 每日 3 次。随访观察 60 d 虽仍残留有被害妄想,但未再发作,遂将劳拉西泮逐渐减量至 2 mg 每日 2 次。2 个月后再次出现类似表现,改为 2 mg 每日 3 次后次日缓解。逐渐停用奥氮平,将氯氮平减量至 300 mg/d,随访 1 年未再发作。

病例 2,23 岁,因“眠差、凭空闻声、疑人害 4 年”入院。既往主要表现为阵发性头痛和感觉异常、原始性幻听和言语性幻听、思维鸣响、牵连观念、异己体验(如感觉另一个意识侵入了大脑,感到被控制)等,继发眠差、烦躁、社交退缩、多次冲动毁物行为和自杀未遂。既往曾使用帕利哌酮长效针每月 100~150 mg 肌肉注射,曾服用喹硫平(600 mg/d)、氨磺必利(1.0 g/d)、利培酮(8 mg/d)和氯氮平(325 mg/d)等抗精神病药,并长期两种抗精神病药物联合使用,曾联用 MECT 16 次,均仅在短期有效;因存在反复洗手、情绪低落等表现,曾使用舍曲林(100 mg/d)、氟西汀(40 mg/d)和氯咪帕明(75 mg/d)等,基本无效。父亲有“癫痫”病史。实验室检查:血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、头颅 MRI 等均无明显异常。查体:生命

体征平稳,肥胖,肌张力正常,神经系统检查未见异常。入院精神检查:意识清晰,接触被动。无眼神交流,注意力欠集中,言语性幻听,思维鸣响,牵连观念,被害妄想,不真实感,生活懒散,无自知力。

入院后的 1 个月,患者每 3~7 天病情波动 1 次:逐渐变得烦躁,诉难受,担心自己失控,主动要求被约束或者尝试触电自杀,反复洗手,反复问旁人同一个问题;开始不进食;持续数小时坐姿,眼神凝视斜上方,对家人拍打无反应,事后对发生事件过程有清晰回忆。该患者发作时的临床表现符合 DSM-5 紧张症诊断标准中对于呆滞、固定姿势、缄默等条目的定义。经讨论,开始加用劳拉西泮 2 mg 每日 2 次,用药后患者未再出现疼痛、烦躁、拒食、发呆及行为怪异等表现,仍然不与周围人交往,但每天主动散步 2 h。逐渐停用利培酮,将氯氮平减量至 200 mg/d,随访 5 个月未再发作。

2 讨 论

在 DSM-5 中,紧张症的诊断标准为呆滞、僵住、蜡样屈曲、缄默、违拗、固定姿势、作态、刻板动作、激越、扮鬼脸、模仿言语和模仿动作 12 种症状出现大于或等于 3 种。本文 2 例病例在典型发作时,均符合 DSM-5 关于紧张症的诊断标准。紧张症的表现多样,它们的识别对于临床医生是一个挑战。与前期的研究发现^[1]类似,本文病例的表现同样提示了紧张症可能的不典型临床相,如自主神经系统紊乱、冲动行为、怪异的躯体不适信念、短暂的幻觉、现实解体等。虽然这些表现没有被诊断标准采纳,但是却见于多个病例报告^[6-7]和评估量表^[8]中。病例 2 的紧张症症状消失后,其幻听、被害妄想、强迫观念和动作也一起消失;幻听间断出现,妄想内容荒谬程度低、内容易变,病程长但衰退不明显,推测这些特点都提示存在紧张症的可能。

神经影像学上,紧张症与辅助运动区和前运动辅助区的异常高激活有关^[9];神经生物学上,紧张症与 GABA、谷氨酸、多巴胺等神经递质异常有关^[10],其中 GABA-A 受体下调扮演了中心角色。劳拉西泮是 GABA-A 受体的别构调节剂,作用时间短,代谢清除受肝肾疾病影响小,是治疗各种原因引起的紧张症的最佳方案之一^[3]。本文 2 例病例均显示出良好的治疗反应。然而,至今唯一的一项随机双盲安慰剂对照试验^[11]显示,劳拉西泮对慢性精神分裂症伴有的紧张症症状无效,推测可能与该研究样本量偏小(20 例)有关。

目前国内外文献主要关注的是紧张症急性期的

治疗,仅有少量案例报告^[4,12-13]提到过需要维持治疗,但是关于剂量调整计划和治疗时长没有形成共识。病例 1 需要的劳拉西泮维持剂量是 6 mg/d,病例 2 需要 4 mg/d。考虑到长期大剂量使用苯二氮草类潜在的风险,如成瘾、共济失调、认识损害等,以后的随访中仍将考虑在使用一段时间(如半年)后逐渐减停劳拉西泮。

参考文献

- [1] 游欢,彭祖来,何德平,等.精神科急性入院患者中紧张症的识别和治疗[J].中国神经精神疾病杂志,2020,46(2):85-89.
- [2] UNGVARI G S,LEUNG S K,NG F S,et al. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'):I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase[J]. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2005, 29(1):27-38.
- [3] FRANCISCO J A,GONZALO S C. Catatonia is not schizophrenia and it is treatable[J]. Schizophr Res,2018,200:112-116.
- [4] PELZER A C,HEIJDEN F M,BOER E D. Systematic review of catatonia treatment[J]. Neuropsychiatr Dis Treat,2018,14:317-326.
- [5] SEPPALA J,MIETTUNEN J,JÄÄSKELÄINEN E,et al. Definition, epidemiology, clinical course and outcomes in treatment-resistant schizophrenia [J]. Eur Psychiat,2017,41(Suppl 1):S67.
- [6] GROVER S,AGGARWAL M. Long-term maintenance lorazepam for catatonia;a case report [J]. Gen Hosp Psychiat,2011,33(1):82-83.
- [7] 袁德基.再谈致死性紧张症[J].临床精神医学杂志,1999,9(6):363-365.
- [8] BUSH G,FINK M,PETRIDES G,et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination[J]. Acta Psychiatr Scand, 1996, 93 (2): 129-136.
- [9] WALTHER S,STEGMAYER K,WILSON J E,et al. Structure and neural mechanisms of catatonia[J]. Lancet Psychiat,2019,6(7):610-619.
- [10] ROGERS J P,POLLAK T A,BLACKMAN G,et al. Catatonia and the immune system;a review[J]. Lancet Psychiat,2019,6(7):620-630.
- [11] UNGVARI G S,CHIU H F,CHOW L Y,et al. Lorazepam for chronic catatonia;a randomized, double-blind, placebo-controlled cross over study[J]. Psychopharmacology, 1999, 142 (4):393-398.
- [12] MANJUNATHA N,SADDICHHA S,KHESS C R. Idiopathic recurrent catatonia needs maintenance lorazepam;case report and review[J]. Aust NZ J Psychiat,2007,41(7):625-627.
- [13] THAMIZH J S,HARSHINI M,SELVAKUMAR N,et al. Maintenance lorazepam for treatment of recurrent catatonic states;a case series and implications[J]. Asian J Psychiatr, 2016,22:147-149.

(收稿日期:2020-09-06 修回日期:2021-03-11)