



医药学院 610212045189

脑器质性精神障碍

徐文炜◎编著



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



医药学院 610212045189

脑器质性精神障碍

编 著 徐文伟

编 者 (以姓氏笔画为序)

朱建中 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)

张 峰 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)

张玉琦 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)

徐文伟 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

脑器质性精神障碍/徐文炜编著. —北京: 人民
卫生出版社, 2012. 8

ISBN 978-7-117-15763-6

I. ①脑… II. ①徐… III. ①脑—器质性精神病—研
究 IV. ①R749.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 125277 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医
师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

脑器质性精神障碍

编 著: 徐文炜

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市文林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 39

字 数: 721 千字

版 次: 2012 年 8 月第 1 版 2012 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15763-6/R · 15764

定 价: 64.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前言

脑器质性精神障碍是精神病学、神经病学以及急诊医学都涉及的跨学科分支,是高年资医生会诊时经常遇到的、须及时处理的临床事件。近几年来对脑器质性精神障碍的研究进展很快,有关的文献浩如烟海。我们在查阅大量国内外文献的基础上,结合临床实践经验,分工合作,共同撰写了本书。为了让读者在阅读后不仅对脑器质性精神障碍各类疾病有所了解,而且能够让本书成为有关医师在临床工作中的使用工具,在编写中力求做到以下几点:

1. 力求贴近临床 本书主要是为精神科、神经科、急诊科医师编写的,也供其他临床学科医师参考。本书从脑器质性精神障碍的流行病学、遗传学、生物化学、神经影像学、神经心理学、电生理方面描述了各种脑器质性精神障碍的病因、发病机制及诊断,而且还介绍了用于脑器质性精神障碍诊断和治疗的其他一些医疗技术。对一些常见的疾病如阿尔茨海默病、血管性痴呆等都作了详尽的描述。内容既突出重点,又涉及面广、实用易懂,对临床医师在遇到脑器质性精神障碍时的诊治具有参考和指导价值。

2. 力求内容新颖 为了让读者在阅读本书后能够对脑器质性精神障碍的新理论、新进展有所了解,本书对新近发表的不同学术观点特别是病因和发病机制方面,作了详尽的介绍。为了突出脑器质性精神障碍的特点,本书对生物化学和信号转导通路、神经心理学评估最新发展都作了单独描述。

3. 力求形式规范 本书所使用的诊断标准、症状名称,力求统一和规范,尽量采用国际或国内标准。每个章节都以统一的格式编写。所有英文缩写首次出现时尽量给出英文全名,所有疾病的英文缩写只在该疾病的章节使用。

4. 力求方便简要 为了便于读者阅读查找资料,本书在每章后面附有参考文献,参考文献顺序按照目前国际通用的作者第一个字母排序,中文按拼音字母排序。对常用工具书如《中国精神障碍分类与诊断标准》(第3版)的索引只在参考文献中第一次标出。对前面已经论述的内容,如药物

治疗，后面章节仅作简单介绍。本书末尾列出了英文缩写中英文词汇对照。

脑器质性精神障碍是各级各类医院的常见病多发病，也是严重影响人民身心健康和危害社会安定的一组疾病，诸如阿尔茨海默病、血管性痴呆等，都是全球医学界研究的重点。希望本书能够在精神科、神经科以及其他临床学科医师的临床实践、教学和科学研究中发挥作用，也希望能够为司法人员、社会工作者及有关人士在相关的工作中提供参考。

由于本书为多人合作编写，时间仓促，难免出现错误，在此深表歉意，也希望得到读者的指正。

徐文炜

2012年1月23日

目 录

第一章 概论	1
第一节 脑器质性精神障碍的定义	1
第二节 脑器质性精神障碍的基本表现	5
第三节 脑器质性精神障碍的诊疗原则	8
第二章 脑器质性精神障碍的病因病理机制	27
第一节 病因病理机制相关理论	27
第二节 心理生理因素	32
第三节 神经生物化学	34
第四节 细胞的信号通路	95
第三章 脑器质性精神障碍的神经心理学评估	121
第一节 概述	121
第二节 谵妄的评估及分级	126
第三节 精神状态的评估	129
第四节 认知功能评估	132
第五节 社会功能评估	138
第六节 常用的痴呆评定工具	140
第七节 酒精和药物依赖量表	151
第四章 脑器质性精神障碍综合征	157
第一节 谵妄	157
第二节 器质性遗忘综合征	169
第三节 痴呆综合征	175
第四节 人格改变综合征	184
第五节 精神病性障碍	187
第五章 老年性痴呆	195
第一节 阿尔茨海默病	196
第二节 额颞叶痴呆	260

目 录

第三节	路易体痴呆	276
第四节	大脑后部皮质萎缩	285
第六章	脑血管病所致精神障碍	293
第一节	血管性痴呆	293
第二节	脑卒中后抑郁症	328
第三节	脑淀粉样血管病	356
第四节	伴皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性 脑动脉病	366
第五节	常染色体隐性遗传性脑动脉病及动脉硬化伴皮质下 梗死及白质脑病	375
第七章	皮质下痴呆及行为障碍	381
第一节	帕金森病痴呆	381
第二节	亨廷顿病痴呆	405
第三节	正常压力脑积水	418
第四节	Hallervorden-Spatz 病	423
第八章	脱髓鞘脑病所致精神障碍	435
第一节	多发性硬化所致精神障碍	435
第二节	急性播散性脑脊髓炎和急性出血性白质脑炎所致精神 障碍	449
第三节	显性遗传性色素型正染性脑白质营养不良	456
第九章	颅内感染所致精神障碍	461
第一节	非特异性颅脑感染	461
第二节	艾滋病所致精神障碍	469
第三节	麻痹性神经梅毒	484
第四节	克-雅氏病	490
第十章	中毒所致的精神障碍	497
第一节	酒精中毒所致精神障碍	497
第二节	一氧化碳中毒所致的延迟性神经心理后遗症	519
第三节	苯丙胺中毒所致精神障碍	527
第十一章	脑外伤所致精神障碍	541
第十二章	癫痫所致精神障碍	555
第十三章	颅脑肿瘤所致精神障碍	565

第十四章 其他脑器质性精神障碍	577
第一节 肝豆状核变性所致精神障碍	577
第二节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	584
附录 英文缩写英中文词汇对照	597

第一章 概 论

第一节 脑器质性精神障碍的定义

一、脑器质性精神障碍

脑器质性精神障碍是指个体由于先天遗传或后天获得的中枢神经系统病变所致精神异常。先天遗传是指上代异常基因或基因突变导致中枢神经系统发育不全或缺损后产生精神障碍；后天获得是指个体从胎儿期开始，由于感染、外伤、中毒等因素造成中枢神经系统损害而产生精神障碍。需要说明的是，先天遗传导致的精神异常并非必须是在出生后即存在，如家族性阿尔茨海默病多半要到 55 岁以后才出现认知和精神异常。

目前对脑器质性精神障碍的定义往往基于已经发现的病理变化，而还未发现有脑实质性病理变化的精神障碍尚未被认可为器质性疾病。因此，对脑器质性精神障碍比较准确的定义应该为“脑器质性精神障碍是指脑部被证实有确切病因如遗传、变性、感染、创伤、中毒、肿瘤等所引起的，通过现有实验室技术证实病理形态学和病理生理学改变，并在此基础上产生的精神障碍”。以外伤为例，一名女性经受了脑挫裂伤导致的性格和行为上的改变，临床上将其归类为脑外伤所致精神障碍；而另一名男性在浴室里修脚时被刀片割破皮肤，继而担心自己会感染艾滋病，出现坐立不安、紧张、出汗甚至心悸、呼吸困难等症状，临床上一一般只诊断为急性焦虑障碍，而不会被诊断为“皮肤受伤后所致精神障碍”。

关于脑器质性精神障碍的范围，传统上，无论是教科书还是各种疾病分类标准，狭义的脑器质性精神障碍包括癫痫伴发精神障碍在内的脑器质性病变，而不包括全身性感染、中毒、躯体疾病和精神活性物质所致精神障碍。但是中毒引起的精神异常往往是在脑器质性改变的基础上产生的。

例如一氧化碳中毒,脑中最主要的改变是缺氧所致的急性脑水肿,毛细血管和静脉的扩张以及出血性坏死。由于继发的微血管病变,使脑室周围白质缺血、缺氧,引起脑白质疏松,大脑白质的广泛髓鞘脱失,苍白球出现对称性软化灶以及典型的血流淤滞、血管麻痹,大脑皮质发生灶性或板层状变性坏死,海马区亦有不可逆损害。影像学中CT表现为脑白质弥散性或灶性低密度影、额叶损害为重,部分有基底节苍白球区病灶,以后病期延长导致脑萎缩。这种既有病因又有脑器质性的改变,本书纳入脑器质性精神障碍范畴,也并非无稽之谈或是没有依据的考虑。精神活性物质的急性中毒和长期使用都可造成中枢神经的损害,因此,本书将酒精和苯丙胺所致精神障碍也纳入了讨论范围。Down 综合征、孤独症、Rett 综合征以及 Asperger 综合征虽然也有器质性基础,但国际及国内的分类标准都把它们列入了精神发育迟滞及儿童期其他心理发育障碍。因此本书未将这类先天心理发育障碍列入脑器质性精神障碍。

我国古代已有关于器质性精神障碍的描述。早在公元前战国时期成书的《黄帝内经》就有中毒性精神障碍的记载:“阳明之厥,则癫疾欲走呼,腹满不得卧,面赤而热,妄见妄言。”所谓“阳明之厥”,指发热的意思,而“妄见妄言”就是幻觉和妄想的意思。《三国志通俗演义》中也已有关于精神障碍的多种描述,其中较为典型的是对孙策中毒后出现精神异常的描述:“一人拈弓搭箭,射中孙策面颊。……医者言曰:‘此箭头上有药,毒已入骨。可将息一百日,勿得妄动。若怒气冲激,其疮难治。’……是夜,独见于吉(指道人于吉,被孙策所杀)披发而来。策于帐内叱喝至晓,如狂若醉。”按照现代精神医学理论判断,孙策实际上就是中毒性精神障碍的表现。

一般情况下,器质性精神障碍(organic mental disorders)实际上就是指脑器质性精神障碍,因此,在了解脑器质性精神障碍之前,有必要先了解器质性精神障碍的基本概念。

在我国的《辞海》中对器质性疾病和器质性精神病分别描述如下:器质性疾病指组织结构上有病理变化的疾病,它与功能性疾病相对而言;器质性精神病指因脑部病理性变化所引起的精神病。临床上,器质性与非器质性或功能性疾病之间没有明显的界限,只是从量变到质变的过程,其区别在于前者是重要组织器官在结构上有明显的、影响个体功能的、需要医学处理的病理变化;后者是由于体内某系统暂时失调、组织结构没有或者仅有轻微的病理变化,所产生的症状不需治疗即可消失。以普通感冒和肺炎为例,虽然同是呼吸系统疾病,但性质不一样,前者是非器质性疾病,后者属器质性疾病。普通感冒是由病毒感染引起的急性自限性疾病,无须

治疗,几天后即能自愈。但对于免疫功能有缺陷的个体,病原体可侵入支气管或肺部,发展为支气管炎或肺炎,如不及时治疗,甚至可危及生命。同理,处于应激状态下,一个中枢神经系统功能完善、发育健全的个体可能会出现幻视或幻听,或者抑郁、情绪不稳定,但这些都只是一过性的。而对于中枢神经功能发育不良或有缺陷的个体,所产生的幻觉、抑郁等症状会持续存在,并继而出现妄想、行为紊乱、自杀等重性精神症状,或者转为慢性、反复发作性、进行性加重性精神疾病。

目前认为,器质性精神障碍只是一个历史名称,Spitzer等(1992)甚至认为器质性精神障碍实际上已经是一个过时的名称。因为个体在出现精神症状后,其脑部或多或少存在病理变化,有些目前还没发现器质性病变只是暂时的,人们最终将会找出所有精神疾病的病因病理学基础。实际上,依据目前的医学科学水平,临床上不可能对每例精神病患者进行病理学检查来证实其是否为器质性精神障碍。因此,对器质性精神障碍作以下描述可能更适合临床医师作出判断,即器质性精神障碍是指一类有脑形态学异常改变或者已经有明确病因病理学基础的精神障碍。广义的器质性精神障碍包括脑器质性病变引起的精神障碍,躯体疾病引起的精神障碍,精神活性物质、非精神活性物质及物理化学因素引起的精神障碍;狭义的器质性精神障碍仅指中枢神经系统变性、感染、外伤、肿瘤等引起的精神障碍,也称为脑器质性精神障碍。在我国的精神障碍分类里,所有器质性精神障碍是病因病理学分类,所有“功能性”精神障碍是症状学分类。所谓“功能性”精神障碍并非没有生物学基础,只是目前尚未被发现。因为迄今为止,精神障碍的分类基础还处于逻辑实证主义或逻辑经验主义阶段,即主要是依靠临床医师所观察到的表象——精神症状来描述某种精神疾病。

在美国精神病学会组织编写的《诊断与统计手册:精神障碍》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)第3版修订版(DSM-III-R)中尚保留器质性精神障碍这一诊断类别,包括:老年期或老年前期的痴呆;精神活性物质所致的器质性精神障碍;与躯体疾病或情况有关,或是病因不明的器质性精神障碍。在1994年5月出版的美国《诊断与统计手册:精神障碍》第4版(DSM-IV)中则已删去了器质性精神障碍这一名称,与之相应的诊断类别是“谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍”,“由躯体疾病引起的、在他处未提及的精神障碍”,以及“与物质有关的精神障碍”。实际上,DSM-IV对精神障碍的定义中,已经包含了器质性精神障碍的内容:“精神障碍是发生于某人在临床上明显的行为或心理症状群或症状类型,伴有当前的痛苦(distress)(即,令人痛苦的症状)或功能不良(disability)(即,在某一个或一个以上重要方面的功能缺损),或者伴有明显较

多的发生死亡、痛苦、功能不良，或丧失自由的风险。而且，这种症状群或症状类型不是对于某一事件的一种可期望的、文化背景所认可的（心理）反应，例如对所爱者死亡的（心理）反应，不论其原因如何，当前所表现的必然是一个人的行为、心理或生物学的功能不良。然而，无论是行为偏离正常（例如，政治的、宗教的或性的），还是个人与社会之间的矛盾冲突，都不能称为精神障碍，除非这种偏离或冲突是正如前述那样的个人功能不良的一种症状。”

我国由中华医学会精神科分会组织编写的《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版（CCMD-3）还保留器质性精神障碍一词，其主要意义是兼顾病因病理学分类和症状学分类。而且在现有医疗技术水平和现阶段的临床实践中，继续使用器质性精神障碍这一概念，对诊断和治疗有实际意义。

在某些领域中使用器质性精神障碍这个概念易产生混乱，例如在司法精神病学概念中，器质性精神障碍多半不负刑事责任，或者是没有行为能力。然而，绝大部分国家都把醉酒驾驶机动车作为违法行为，应该负有相应的刑事责任。当有人醉酒驾车被交警扣留后，交警将会对当事人作出拘留处理。同样在遇到吸食冰毒后出现的刑事犯罪时，相应的司法机关人员却感到难以把握，便提出司法鉴定。不管是酒精还是冰毒，都属于精神活性物质。而在传统上精神活性物质所致精神障碍并不归属于器质性精神障碍，加上酗酒和吸食毒品属个人意志行为，应该负有责任。

在联络精神医学中，精神科医师往往会遇到器质性精神障碍的识别与处理等问题。同时还存在着器质性精神障碍患者应该住到精神科还是其原发疾病相应的临床科室的问题。不管怎么说，器质性精神障碍诊断概念的意义在于使我们探索躯体疾病或外伤与精神障碍之间的联系。例如，同样是额叶损害引起的精神障碍，但在不同的患者可表现不同的精神症状群，有的以幻觉妄想为主，有的以人格改变为主，有的则以智能损害为主。而不同的躯体疾病又可产生相似的精神症状群，例如肺性脑病和肝性脑病都可以产生被害妄想。而且，器质性精神障碍与“功能性”精神障碍还是有明显差异的，器质性精神障碍的急性发作可出现意识障碍，其慢性过程多半是痴呆、遗忘和人格改变。虽然不能否认精神分裂症、情感障碍患者在晚期也可出现痴呆、人格改变等表现。也许，器质性精神障碍与“功能性”精神障碍是精神疾病一根轴上从一端到另一端的移行。因此，从多方考量，器质性精神障碍这一名称，还具有存在的价值。

二、器质性精神病学

在临床实践中，精神科医师和内科医师往往处于这种窘境，精神科医

师在怀疑患者的精神症状可能由脑部疾病所引起的时候,却难以查到神经系统阳性症状或体征,或者是不能有效利用诸如影像学技术来对可疑病例进行判断;而内科医师在遇到脑瘤、脑血管疾病等脑部疾病或躯体疾病出现精神障碍时,对如何使用抗精神病药物心存疑虑,表现得谨小慎微,因而无法有效地控制患者的精神症状。因此,如何使临床医师充分认识精神症状与脑部疾病之间的联系,如何让临床医师在处理脑部疾病与精神症状共存问题上能够得心应手、游刃有余,器质性精神病学将有助于我们解决这些难题。

Lindqvist 和 Malmgren (1993 年)首先提出了器质性精神病学 (organic psychiatry) 的概念,他们把器质性精神病学定义为“是一种实践,在临床上可以界定为一些需要精神科处理的病例,这些病例存在着由明确的躯体疾病或外伤导致脑功能紊乱而产生的精神症状”。

提出器质性精神病学这一概念的意义有助于临床医师在遇到器质性精神障碍病例时能够综合考虑其致病原因,也就是器质性精神病学的结构分析。尽管器质性精神障碍的主要病因是躯体疾病或外伤,但躯体、心理和社会因素对精神症状的形成所产生的影响是不容忽视的。进一步讲,我们必须考虑到器质性精神障碍患者或多或少存在着人格特质的易感因素,如遗传倾向、习惯性反应模式,都可影响到临床过程。在器质性精神病学中,心理因素非常多见,躯体疾病不仅直接损害大脑,个体由此产生的心理应激同样也能损害大脑。如急性应激障碍患者所表现的意识模糊就是心理应激的典型表现。

此外,几种器质性精神障碍同时存在会让临床医生感到特别棘手。在某些脑功能紊乱的患者中,另外两种或更多的病因也可不同程度地表现出相应的精神症状。而在另外一些病例中,可能是以某种主要病因的精神症状显得突出,其他疾病较少出现精神症状甚至没有精神症状。甚至在有些病例中还没有任何原发疾病特征的症状群。

目前精神科领域中的定义包括经验性定义和操作性定义。然而,在大多数哲学家的观点里,一个定义应该使用标准的术语,应该要有必须条件和附加条件。根据这个标准,至今尚无令人满意的器质性精神病和器质性精神病学的定义。

第二节 脑器质性精神障碍的基本表现

脑器质性精神障碍的患病率尚无确切的统计,美国国立精神卫生研究院 (1966 年) 的统计,约占精神病院初入院患者的 1/5。Riley 等 (1968

年)发现,谵妄占住院老年患者的50%,上海精神卫生中心统计(1987年),占全院住院患者的5.68%。

虽然器质性精神障碍的临床表现扑朔迷离,但还是有一些基本症状的存在,Lindqvist等(1993年)提出了器质性精神障碍的6种基本表现:

1. 衰弱-情绪障碍(astheno-emotional disorder, AED) 轻度和中度的衰弱-情绪障碍表现为注意力集中能力受损、记忆困难、精神疲劳、易激惹和情绪不稳。严重的衰弱-情绪障碍病例通常表现为联想过程贫乏、呆滞,综合能力缺乏和抽象思维能力减弱。轻度衰弱-情绪障碍的病因可以是器质性的,也可以是心理性的。中度严重病例则往往是器质性的,但也可见于一些心理性病例如慢性疼痛和睡眠障碍。重症病例几乎只见于器质性病因。当中度严重的衰弱-情绪障碍患者状况恶化时,原有症状变得更加严重,而新的症状也会出现。注意困难将变得更加严重,甚至不能通过放松来暂时缓解,联想贫乏和迟缓。

衰弱-情绪障碍是脑器质性精神障碍中最常见的症状,所有弥漫性或局灶性脑器质性病变或损伤都可以产生该症状群,包括颅脑损伤、肿瘤、感染、退行性病变性疾病、脑血管疾病等。

2. 嗜睡-昏睡-昏迷障碍(somnolence-sopor-coma disorder, SSCD) 重症嗜睡-昏睡-昏迷障碍病例表现为深度昏迷,中度严重病例表现为精神运动性抑制,伴随情绪、动机执行能力和大部分认知功能的损害,也可引起睡眠趋势增加。轻症嗜睡-昏睡-昏迷障碍病例可表现为轻度注意困难和记忆下降。

嗜睡-昏睡-昏迷障碍通常由有毒化学物质作用于脑或者由颅内高压所引起。也可发生于其他一些疾病,如伴有向蝶鞍蔓延的垂体腺瘤。病程演变主要取决于原发病因的性质。

3. 精神错乱(confusional disorder, CD) 精神错乱的周围环境意识障碍与自我意识障碍都较严重,患者难以掌握外界事物。主要表现是思维与言语不一致,此外还可出现定向障碍、焦虑、幻觉和妄想,严重者可出现不协调的精神运动性兴奋。精神错乱最常继发于脑的弥漫性或局灶性机械损伤或化学损伤,其意识障碍程度比谵妄严重。在美国的《诊断与统计手册:精神障碍》里,通常把由器质性因素引起的精神错乱归类在谵妄之中,而由心理因素引起的精神错乱则往往被划入短暂反应性精神病。

4. 幻觉-体感障碍-人格解体障碍(hallucination-coenestopathy-depersonalisation disorder, HCDD) 典型的幻觉-体感障碍-人格解体障碍患者可体验到视幻觉或其他视觉障碍、体感障碍、人格解体或现实解体,一般没有听幻觉。视觉障碍多半是假性视幻觉(患者能意识到幻觉的性质),但也

可以有视物显小症、视物变形症等。体感障碍是患者感到自己的体像变化,例如感到自己身体的某一部分扩大,这类患者常常有清晰的幻觉体验。虽然人格解体 and 现实解体现象在各种精神病学情境中都能发生,但是幻觉-体感障碍-人格解体障碍中的人格解体比其他精神障碍如抑郁症和强迫状态更加明显和突出。

5. 情绪-动机削弱障碍 (emotional-motivational blunting disorder, EMD) 这种障碍表现为情绪、动机和认知功能的失调,情绪和动机的变化比认知障碍较易发现。动机削弱常常是一些特殊的欲望,如个人卫生或职业欲望的消失或减弱。情绪-动机削弱障碍患者的情感肤浅则表现为缺乏对他人的感受和考虑,包括缺乏对亲人的关心,这在额颞叶痴呆患者中表现较为突出。

情绪-动机削弱障碍与额叶损害有关,即所谓的“额叶综合征”。早在1940年,人们发现大批额叶切除的患者出现不同程度的情绪-动机削弱障碍。然而,该障碍也可发生于边缘系统结构、丘脑和下丘脑损害以及严重的内分泌紊乱。

6. 柯萨可夫遗忘障碍 (Korsakoff's amnestic disorder, KAD) 充分发展的柯萨可夫遗忘障碍表现为逆行性遗忘、短期记忆损害、定向障碍和虚构症。记忆失调并非继发于注意或动力的减退。柯萨可夫遗忘障碍的患者几乎总伴有情绪-动机削弱障碍,这种现象是可以理解的,因为这两种障碍在病因学上基本相似。

柯萨可夫遗忘障碍仅发生于双侧脑损害,或是边缘系统、下丘脑、部分丘脑的功能失调。

需要指出的是,精神器质性障碍患者往往存在两种或两种以上器质性疾病因,在某些病例中,多种器质性病因引起的精神障碍泾渭分明,根据精神症状容易作出正确的多相诊断。而多数情况下,多种器质性病因引起的精神障碍相互作用,形成不典型精神症状群,使诊断复杂化,称之为两种或两种以上精神器质性障碍交互作用 (interactions between two or more mental organic disorders)。

一个简单而又常见的例子就是颅脑外伤患者,既有嗜睡-昏睡-昏迷障碍又有情绪衰弱症。开始,患者处于昏迷状态,临床医师肯定会考虑嗜睡-昏睡-昏迷障碍,随着患者逐步清醒,经过2周的时间,嗜睡-昏睡-昏迷障碍逐渐消退,在此期间常常会出现情绪衰弱症状,但我们很难判断情绪衰弱症的严重程度,必须待嗜睡-昏睡-昏迷障碍完全消失,才能确定情绪衰弱症的程度。当患者从昏迷中清醒过来时,还可以出现情绪-动机削弱障碍和(或)柯萨可夫遗忘障碍,在这种病例中,我们应该预料到还存在着不容忽视的

情绪衰弱症。

第三节 脑器质性精神障碍的诊疗原则

一、临床资料的收集

(一) 病史采集

怀疑脑器质性精神障碍时, 病史应尽可能要求患者本人提供, 并向其他知情人证实。但伴精神障碍的患者往往无法提供完整准确的病史, 因而一般需要家属提供, 并由其他知情人补充完善。首先要明确患者的主诉, 即主要症状及其出现的时间, 然后再嘱其叙述现病史。询问病史时应避免作暗示性提示。要明确患者及其家人所用词汇的含义。如对头晕、昏倒、神志不清、痴痴呆呆、抽搐等, 患者和医师可能有不同的理解, 听取病史的过程中, 应予以澄清。需要注意的是, 患者亲属往往只提供行为异常的资料, 而忽视提供躯体疾病的资料。例如一名血管性痴呆患者的亲属往往只诉说患者的多疑、自私及吵闹行为, 而不提他何时患有高血压、何时发生脑卒中等重要病史资料。

1. 现病史 现病史应具有明确的时间概念。要按症状出现的顺序反映主要症状的出现、发展、演变(如起病是突然还是隐匿、是由轻到重还是相反、是时轻时重还是时好时坏等)、前驱症状、伴随症状、病程长短、病情高峰时间等。尤其注意询问神经系统症状与精神症状之间的相互消长关系。如哪个首先出现哪个后续出现, 两者相隔时间有多长, 神经症状变化时精神症状有什么改变等。病史应反映出影响主要症状的因素, 如诱发因素、加重因素、减轻因素等。病史应有空间概念如疼痛的具体部位、范围, 导致眩晕的体位等。了解症状的性质对诊断很有帮助。如规则的跳动性疼痛提示血管因素, 而闪电样不规则出现的剧烈而短促的疼痛则为神经痛的特点。现病史应简要概括患者来院前为本病经历的诊疗情况(但不能将此内容作为病史的主体)。

采集急诊患者的病史, 应抓住重点, 把握急缓, 不能长时间拘泥于细节, 必要时, 应针对患者出现的紧急情况先采取急救措施, 再详问病史。

2. 既往史 应注意患者近期有无感冒、发热、腹泻等感染史, 高血压、糖尿病、脑外伤、过度劳累史以及既往有无与现病症类似的症状。

3. 个人史 个人史应注意个人烟酒嗜好或特殊饮食嗜好、有无药物滥用、成瘾史及毒物接触史, 小儿或怀疑癫痫、神经精神发育障碍时还要了解出生史(是否足月、顺产还是难产、有无窒息史及围生期异常)。

4. 家族史 家族史主要了解直系或旁系亲属中有无与患者同样或属同一系统的疾病。

(二) 临床检查

1. 体格检查 对于急诊患者,在了解病史的基础上,要抓紧时间作好重点检查。对于普通患者则应进行详细的体格检查,不要放过任何细节问题。例如某些可疑的阳性体征,可能需要多次检查才能确定。脑器质性精神患者,不能只重视神经系统检查而忽视体格检查。

2. 神经系统检查 神经系统检查前必须问清病史,得到初步印象,以避免检查盲目无序。但在询问病史的同时,就应观察患者的情况,如意识、姿势、表情、步态、动作等。

神经系统检查包括意识功能、感觉功能、运动功能、反射功能、脑神经及脑膜刺激征等方面的检查,检查时既要重点突出,又要保证不遗漏必要的项目。感觉功能检查时要避免暗示性提问。运动功能检查时要注意患者有无肢体疼痛或关节疾患所致的运动受限。反射功能检查时应嘱患者放松全身并避免紧张(如患者肌肉紧张,可与其交谈或令其非检查部位用力,以分散其注意)。疑有脑疝者,在进行脑膜刺激征检查时要特别小心,以免加重病情。

对急诊患者,要迅速观察患者的意识状态,查清有无瞳孔不等大、频繁呕吐、频繁抽搐、躁动不安、呼吸困难及发绀等,以便及时抢救。待病情稳定后再进行有针对性的重点检查。

怀疑精神障碍具有脑器质性基础时,神经系统检查应特别仔细地反复进行,并将变化情况进行动态比较。精神症状可能影响神经系统检查过程及检查结果,所以检查前应多做解释说明,尽可能设法取得患者的理解与配合,必要时也可以根据具体情况预先使用某些镇静类药物。当患者不能耐受长时间检查时,也可根据轻重缓急情况分段检查。

3. 精神检查 一般情况下精神检查按照临床检查要求进行。如果科研需要,最好作定式或半定式检查,如精神现状检查(PSE)、精神分裂症和情感性障碍和精神分裂症检查提纲(schedule for affective disorders and schizophrenia, SADS)、美国《诊断与统计手册:精神障碍》第4版(DSM-IV)配套的临床定式检查(structured clinical interview for DSM-IV, SCID)。脑器质性精神障碍的一般精神状况检查内容如下:

(1) 认知功能检查:包括记忆、智能、定向力、注意力、抽象思维能力、意识状态以及某些神经心理功能。上述功能受损,常指示脑部有器质性损害。

(2) 临床常规精神状态检查:包括感知觉、思维、情感和行为障碍的