

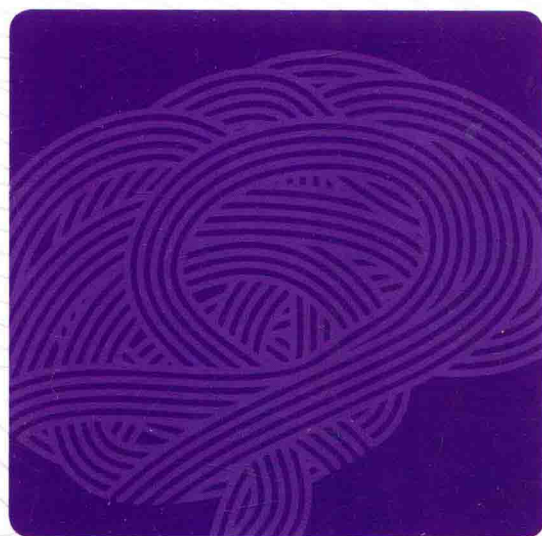
常见精神疾病临床路径丛书 ■ ■ ■

总主编 张克让

精神分裂症

规范化诊疗及临床路径

主 编 徐 勇 刘 莎 王斌红



科学出版社

常见精神疾病临床路径丛书

总主编 张克让

精神分裂症规范化诊疗及临床路径

主 编 徐 勇 刘 莎 王斌红

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共 5 章, 主要立足于精神分裂症, 全面介绍了精神分裂症基础与临床研究的经验和成果, 突出精神分裂症的规范化诊疗与临床路径的实施, 具有新颖性、实用性、可读性和条理性。临床路径部分按照 WHO 国际诊断分类标准系统 ICD-10, 将相近的两种重性精神病——持久的妄想性障碍和分裂情感性障碍也纳入其中, 由此制订了精神分裂症及相关障碍的临床路径。第五章重点阐述了精神疾病规范化诊疗过程中重要检查治疗的必要性。本书可供精神科医生、护士、技术人员和管理者阅读使用。

图书在版编目(CIP)数据

精神分裂症规范化诊疗及临床路径 / 徐勇, 刘莎, 王斌红主编. —北京: 科学出版社, 2017.6

(常见精神疾病临床路径丛书 / 张克让主编)

ISBN 978-7-03-053800-0

I. ①精… II. ①徐… ②刘… ③王… III. ①精神分裂症-诊疗
IV. ①R749.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 137805 号

责任编辑: 戚东桂 康丽涛 / 责任校对: 何艳萍

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 吴朝洪

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

三河市骏杰印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 6 月第 一 版 开本: 720×1000 1/16

2017 年 6 月第一次印刷 印张: 10 1/4

字数: 169 000

定价: 45.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

《精神分裂症规范化诊疗及临床路径》编委会

主 编	徐 勇	刘 莎	王斌红	
副主编	韩 柏	刘 伟	王 宇	宋海滨
编 委	(按姓氏汉语拼音排名)			
	陈 涛	段慧君	冯 斌	韩 柏
	康明明	李 莉	李 丽	李剑虹
	李玉斌	刘 莎	刘 伟	那 龙
	秦经平	宋海滨	王 玲	王 宇
	王斌红	王建国	徐 勇	叶锋华
	张星亮	张泽栋	赵 婷	

序

精神疾病属多因子复杂疾病，临床表现复杂多样，现有诊治主要依据临床症状。在缺乏精准指标的现状下，规范化诊治显得更为重要。临床路径是规范诊治的重要手段之一，也是医疗保险支付的基础与保障。

2009年卫生部印发了《临床路径管理指导原则（试行）》，涵盖112个常见病种的临床路径，但并未涉及精神疾病临床路径。于是，我们团队成立了精神疾病临床路径编制小组，编制了《常见精神疾病临床路径（草案）》。后历经三年的临床应用和三次修订，形成了《常见精神疾病分段临床路径（内部试用版）》。2012年卫生部印发了双相情感障碍等5个重性精神疾病临床路径，在此原则的指导下，编制小组对《常见精神疾病分段临床路径（内部试用版）》再次修订并在临床应用，最终于2014年编著出版了《常见精神疾病临床路径》一书。该书出版后得到了众多同行的关注，并提出了许多宝贵意见。

2016年始，我们编制小组又在《常见精神疾病临床路径》的基础上，采纳了众多专家同行的意见和建议，纳入了国内外相关研究进展，结合医疗保险支付改革的现况进行了再次修订。修订后的临床路径由于内容较多，篇幅较大，为便于应用，将其分为《抑郁障碍规范化诊疗及临床路径》、《双相情感障碍规范化诊疗及临床路径》、《精神分裂症规范化诊疗及临床路径》、《焦虑障碍规范化诊疗及临床路径》及《常见精神疾病规范化护理及临床护理路径》共五个分册。

在《常见精神疾病临床路径丛书》付梓之际，感谢所有为本丛书做出贡献的专家学者。由于编者水平有限，书中难免存在不妥之处，恳请读者批评指正。

山西医科大学心理卫生研究所

山西医科大学第一医院精神卫生科

张克让

2017年6月

前 言

精神分裂症是临床最常见的重性精神疾患之一，其人群终生患病率约为 1%。该病多起病于青少年，症状复杂，并具有慢性化病程、易复发、社会功能受损明显的特点，严重威胁人类的身心健康。研究显示，精神分裂症较其他精神疾病的功能结局更差，预期寿命明显缩短，其疾病负担占全球 15~44 岁人群的 2.6%，是导致残疾的第四大原因。无论是正在治疗或是康复中的患者，还是游荡在社会上存在肇事肇祸风险的患者，这一精神疾患都给家庭和社会带来了沉重的负担。

近年来，规范化诊疗的理念与方法已经广泛应用于各类精神障碍的诊疗过程中。精神障碍的规范化诊疗是提高疾病诊断准确率、缩短临床治疗周期、提高临床痊愈率、减少复发、提高患者生活质量、恢复社会功能的重要保障。对于精神分裂症的研究虽有很多，但其临床规范化程度仍显不足，因此有必要不断总结精神分裂症近年来的研究及诊疗进展，并在此基础上不断规范精神分裂症的诊疗。精神分裂症防治涵盖生物、心理、社会因素的综合措施，并应贯彻全病程综合防治的原则，其规范化诊治主要包括规范化的临床评估、规范化的诊断、规范化的治疗等，对于住院患者而言临床路径是保障规范化诊疗的有效手段与措施。

因精神疾病的复杂性，从国家层面下发的精神疾病临床路径指导原则，落后于其他专业的临床路径。精神疾病的临床路径下发始于 2012 年底，卫生部首次下发了《卫生部办公厅关于印发双相情感障碍等 5 个重性精神疾病种临床路径的通知》，其中包含双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症等 5 个重性精神疾病种的临床路径。精神分裂症的临床路径也进入研究阶段，笔者所在科室结合目前国内外精神分裂症各指南、循证医学证据等，已于 2010 年制订并正式实施了精神分裂症临床路径。在 5 年的临床实践中，不断总结经验，完善相关内容，按疾病特点细化并分段原有的临床路径。从实施临床路径以来，先后经过五版的修订，现对其不足之处做了进一步改进，编制了新版精神分裂症临床路径。本书延续了分段式临床路径组织架构，同时新增了重要节点的关卡模式，强化了医院业务流程管理、规章制度建设，实现了临床路径各环节闭环管理。

我们通过广泛地查阅国内外有关精神分裂症基础与临床研究的相关文献并参考近年来国内外精神分裂症防治指南，包括《中国精神分裂症防治指南》（第

二版)、《2015 新加坡卫生部临床实践指南》、《2014 英国精神药理学协会指南》、《2014 加拿大临床实践指南》,以及其他相关诊疗规范、循证医学证据及临床实践等,在2014年出版的《常见精神疾病临床路径》中精神分裂症相关临床路径章节的基础上编写了本书。全书共5章,第四章临床路径部分按照WHO国际诊断分类标准系统ICD-10,将相近的两种重性精神病——持久的妄想性障碍和分裂情感性障碍也纳入其中,由此制订了精神分裂症及相关障碍的临床路径。第五章重点阐述了精神疾病规范化诊疗过程中重要检查治疗的必要性。其余章节仍主要立足于精神分裂症,全面介绍了精神分裂症基础与临床研究的经验和成果,突出精神分裂症的规范化诊疗与临床路径的实施,从而使本书具有新颖性、实用性、可读性和条理性的特点。由于时间及条件限制,书中难免存在不足甚至错误之处,欢迎同行批评指正。

编 者

2017年3月

目 录

第一章 精神分裂症概述	1
第一节 精神分裂症的概念及流行病学	1
第二节 精神分裂症的临床表现	1
第三节 精神分裂症的诊疗现状及诊疗模式	5
第四节 精神分裂症其他相关障碍概述	5
第五节 精神分裂症的临床路径应用概况	9
第二章 精神分裂症研究进展	11
第一节 精神分裂症的病因学研究进展	11
第二节 精神分裂症的评估研究进展	18
第三节 精神分裂症的诊断研究进展	26
第四节 精神分裂症的治疗研究进展	33
第三章 精神分裂症规范化诊疗	45
第一节 精神分裂症的规范化诊断	46
第二节 精神分裂症的规范化治疗	47
第四章 精神分裂症及相关障碍临床路径	50
第一节 精神分裂症及相关障碍临床路径标准住院流程	50
第二节 精神分裂症及相关障碍临床路径文本	51
第三节 精神分裂症及相关障碍临床路径表单	92
第四节 精神分裂症及相关障碍临床路径知情同意书	118
第五节 精神分裂症及相关障碍临床路径满意度调查	119
第六节 精神分裂症及相关障碍临床路径质控管理	120
第七节 精神分裂症及相关障碍临床路径信息化管理	124
第五章 精神疾病相关重点检查治疗说明	127
第一节 精神疾病检查相关说明	127
第二节 精神疾病治疗相关说明	130
第三节 精神疾病疗效评估相关说明	132
第四节 影响治疗效果的临床因素说明	133

参考文献	134
附录 1 卫生部临床路径管理相关文件及精神分裂症临床路径（2012 年版）	136
附录 2 精神疾病临床路径监护、评估表单	145
附录 3 精神疾病临床路径变异记录表	150

第一章 精神分裂症概述

第一节 精神分裂症的概念及流行病学

精神分裂症 (schizophrenia, MIM 181500) 是临床最常见的重性精神疾患之一。它是一种对内在与外在现实感带来严重影响的综合征, 主要表现为知觉、思维、情感、言语与活动方面的障碍和精神活动与环境不协调。通常意识清晰, 一般智能良好, 部分患者在疾病过程中可以出现认知功能损害。多为青春后期和成年早期发病, 男女发病率相当, 男性的平均发病年龄较女性早。其发病原因尚不明确, 遗传和环境因素参与其中, 有报道估计该病的遗传度高达 63%~83%。世界卫生组织估计, 全球精神分裂症的终生患病率为 0.30%~0.66% (WFSBP) /该病人群终生患病率约为 1%。每年的新发病例, 即年发病率为 0.22%左右。在全球范围内, 精神分裂症占 15~44 岁人群疾病负担的 2.6%, 是世界上导致残疾的第四大原因。目前, 我国各类精神障碍患者已超过 8300 万人, 以精神分裂症为代表的重性精神疾病患者达 1600 万人。精神疾病已成为社会和家庭的沉重负担。WHO 资料显示, 与精神疾病和行为障碍相关的疾病负担占全部疾病负担的 20%, 超过了心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾病, 在我国疾病总负担中排名首位。

该组疾病一般病程迁延, 呈反复加重或恶化, 占住院患者的一半以上, 约一半患者最终出现衰退和精神残疾, 给社会及患者和家属带来严重的负担。精神分裂症的高住院率与高致残率是直接导致患者贫困及其家庭因病返贫的直接原因。此外, 有危害生命与财产行为的精神分裂症患者还会带来社会安全问题。精神分裂症在任何国家都是重点防治的主要精神疾病。

第二节 精神分裂症的临床表现

一、前驱期症状

前驱期症状是指在明显的精神症状出现前, 患者所出现的一些非特异性的症状。这些症状不具有特异性, 在青少年中并不少见, 但更多见于发病前。最常见的前驱期症状可以概括为以下几方面。①情绪改变: 抑郁, 焦虑, 情绪波动, 易

激惹等；②认知改变：出现一些古怪或异常观念，学习或工作能力下降等；③对自我和外界的感知改变；④行为改变：如社会活动退缩或丧失兴趣，多疑敏感，社会功能水平下降等；⑤躯体改变：睡眠和食欲改变，乏力，活动和动机下降等。由于此时的患者在其他方面基本保持正常，且常常对这些症状有较为合理的解释，故处于疾病前驱期的这些表现常不为家人重视。

二、显症期症状

精神分裂症患者普遍存在 5 个症状维度（亚症状群）：幻觉、妄想症状群（阳性症状群），阴性症状群，瓦解症状群，焦虑抑郁症状群及激越症状群。另外，常见的临床表现描述归类常常基于知情意等认知心理过程，具体如下。

1. 思维障碍 精神分裂症的众多症状中，思维障碍是最主要、最本质的症状，往往因此导致患者认知、情感、意志和行为等精神活动与周围环境的不协调，与现实脱离，即所谓“精神分裂”。

（1）思维形式障碍：又称联想障碍。主要表现为思维联想过程缺乏连贯性和逻辑性，这是精神分裂症最具有特征性的症状。与精神分裂症患者的交谈多有难以理解和无法深入的感觉。阅读患者书写的文字材料，也常不知所云。在交谈时，患者说话毫无意义地绕圈子，经常游离于主题之外，尤其是在回答医生的问题时，句句说不到点子上，但句句似乎又都沾点儿边，令听者抓不住要点（思维散漫）。病情严重者，言语支离破碎，根本无法交谈（思维破裂）。有时患者会对事物作一些不必要的、过度具体化的描述，或是不恰当地运用词句。有的患者使用普通的词句、符号甚至动作来表达某些特殊的、只有患者本人才能理解的意义（病理性象征性思维）。有时患者创造新词或符号，赋予特殊的意义（词语新作）。有时患者逻辑推理荒谬离奇（逻辑倒错性思维）；或者中心思想无法捉摸，缺乏实效的空洞议论（诡辩症）；或者终日沉湎于毫无现实意义的幻想、宏伟计划或理论探讨，不与外界接触（内向性思维）。有时患者脑中出现两种相反的、矛盾对立的观念，无法判断对错，影响行为取舍（矛盾思维）。有的患者可在无外界因素影响下思维突然出现停顿、空白（思维中断），或同时感到思维被抽走（思维被夺）。有的患者可涌现大量思维并伴有明显的不自主感、强制感（思维云集或强制性思维），有时患者会感到某种不属于自己的，别人或外界强行塞入的思想（思维插入）。慢性患者可表现为语量贫乏，缺乏主动言语，对问题只能在表面上产生反应，缺乏进一步的联想（思维贫乏）。

(2) 思维内容障碍：主要是指妄想。妄想是一种歪曲的信念，但患者对此却坚信不疑，无法说服。精神分裂症的妄想往往荒谬离奇、易于泛化。在疾病的初期，患者对自己的某些明显不合常理的想法可能持将信将疑的态度，但随着疾病的进展，患者逐渐与病态的信念融为一体。妄想的发生可以突然出现，与患者的既往经历、现实处境及当时的心理活动无关（原发性妄想）。也可以逐渐形成，或是继发于幻觉、内感性不适和被动体验。最多见的妄想是被害妄想与关系妄想。妄想有时表现为被动体验，这往往是精神分裂症的典型症状。患者丧失了支配感，感到自己的躯体运动、思维活动、情感活动、冲动都是受他人或受外界控制的。被动体验常常会与被害妄想联系起来，或描述为影响妄想（被控制感）、被洞悉感。其他多见的妄想还有释义妄想、嫉妒或钟情妄想、非血统妄想等。

2. 感知觉障碍 最突出的感知觉障碍是幻觉，以言语性幻听最为常见。精神分裂症的幻听内容可以是争论性的或评论性的，也可以是命令性的。幻听有时以思维鸣响的方式表现出来。患者行为常受幻听支配，如与声音长时间对话，或因声音而发怒、大骂、大笑、恐惧，或喃喃自语，或作侧耳倾听，或沉湎于幻听中自语自笑。也可见到其他类型的幻觉：如某患者拒绝进食，因为她看见盘子里装有碎玻璃（幻视）；某患者感到有人拿手术刀切割自己的身体，并有电流烧灼伤口的感觉（幻触）等，但首先要排除是否有器质性精神障碍的可能。

3. 情感障碍 主要表现为情感迟钝或平淡。情感平淡并不仅仅以表情呆板、缺乏变化为表现，患者同时还有自发动作减少、缺乏肢体语言。在谈话中很少或几乎根本不使用任何辅助表达思想的手势和肢体姿势，讲话时语调单一、缺乏抑扬顿挫，与人交谈时很少有眼神接触，多茫然、低头或东张西望。患者丧失了幽默感及对幽默的反应，检查者的诙谐很难引起患者会心地微笑。情感淡漠也是常见的情感障碍。最早涉及较细腻的情感，如失去了以往对亲人的体贴，对同事的关心、同情等。加重时患者对周围事物的情感反应变得迟钝，对生活、学习或工作的兴趣减少。随着疾病进一步发展，患者的情感日益淡漠，对一切无动于衷，丧失了与周围环境的情感联系。患者的情感反应可表现为与内在思维或外界环境的不协调。有的患者在谈及自己不幸遭遇或妄想内容时，缺乏应有的情感体验，或表现出不恰当的情感。少数患者出现情感倒错，如获悉亲人病故却表现欣喜。抑郁与焦虑情绪在精神分裂症患者中也并不少见，需注意鉴别。

4. 意志与行为障碍 多指患者的活动减少，缺乏主动性，行为变得孤僻、被动、退缩（意志减退）。患者在坚持工作、完成学业、料理家务方面有很大困难，往往对自己的前途毫不关心、没有任何打算，或者虽有计划，却从不实施。患者

可以连坐几个小时而没有任何自发活动,或表现为忽视自己的仪表,不去料理个人卫生。有的患者吃一些不能吃的东西,如喝尿,吃粪便、昆虫、草木(意向倒错),或伤害自己的身体。有时可出现愚蠢、幼稚的作态行为,或突然的、无目的冲动行为,甚至感到行为不受自己意愿支配。有的患者表现为紧张综合征:因全身肌张力增高而命名,包括紧张性木僵和紧张性兴奋两种状态,两者可交替出现,是精神分裂症紧张型的典型表现。木僵时以缄默、随意运动减少或缺失以及精神运动无反应为特征。木僵患者有时可以突然出现冲动行为,即紧张性兴奋。

三、临床分型

1. 单纯型 单纯型较少见,约占精神分裂症患者的 2%。多为青少年起病,病情进展缓慢、持续。以阴性症状为主症,极少有幻觉妄想,或仅出现一过性的幻觉妄想。表现为逐渐加重的孤僻离群,被动退缩,生活懒散,对工作学习的兴趣日益减少,缺乏进取心,本能欲望不足。情感日益淡漠,冷淡亲友,对情绪刺激缺乏相应的反应。治疗效果较差。

2. 青春型 青春型常为青年期起病,起病常为急性或亚急性,以情感和行为的失调或解体为主要临床表现。表现为思维破裂,言语零乱,话多,内容荒谬,情感不协调,喜怒无常,表情做作,好扮鬼脸,傻笑,行为幼稚愚蠢奇特,动作杂乱,多病情进展较快,可有波动,甚至有短暂的自发缓解,但易复发。只要系统治疗、坚持服药,可望获得较好预后。

3. 紧张型 紧张型患者目前少见。大多起病于青、中年,起病较急,常紧张性兴奋和紧张性木僵交替出现,亦可单独发生,以木僵为多见。紧张性木僵:表现为运动抑制,轻者动作缓慢,少语少动(亚木僵),重者终日卧床,不语不动,对周围刺激无反应,唾液留在口中都不咽不吐。患者肌张力高,有时出现蜡样屈曲。可出现被动服从,主动性违拗,模仿动作和模仿言语。患者意识清,能感知周围事物,病后能回忆。常持续数周至数月。幻觉妄想少见。紧张性兴奋:突然发生,行为冲动,不可理解,言语内容单调刻板,行为无目的性,可出现伤人、毁物行为。持续时间可为数小时至数周。紧张性兴奋可自发缓解,或转入木僵状态。此型预后较好。

4. 偏执型 约占精神分裂症半数。临床表现以相对稳定的妄想为主,往往伴有幻觉(特别是幻听)。多中年起病,缓慢发展,初起多疑敏感,逐渐发展成妄想,以关系、被害妄想最多见。妄想内容多离奇、荒谬,脱离现实,妄想的范围常逐

步扩大,泛化,不少患者常几种妄想同时存在。此型自发缓解者少见,如能尽早系统治疗,预后较好。

5. 未分化型 未分化型是指患者符合精神分裂症的诊断标准,有明显的阳性症状,但又不符合上述论及的任何类型的一组患者。

6. 残留型 为精神分裂症的慢性期,以突出的阴性症状为主,指过去符合精神分裂症诊断标准,目前主要表现为阴性症状,而无阳性症状的波动,病期一年以上的慢性精神分裂症,表现为精神运动迟滞、活动过少、情感迟钝、被动及缺乏始动性、言语量少和内容贫乏。

7. 精神分裂症后抑郁 指患者在过去一年内曾符合精神分裂症的诊断标准,目前病情好转但未痊愈时出现抑郁症状,且抑郁情绪持续2周以上,此时可残留有精神症状,一般以阴性症状多见。

8. 未定型 如果患者的临床表现同时具备一种以上亚型的特点,又没有明显的分型特征,临床上将其归入“未定型”(也称混合型)。

第三节 精神分裂症的诊疗现状及诊疗模式

由于精神分裂症患者前驱期表现不典型而且病程迁延,导致早期识别率较低,待发病治疗时往往已经伴随有社会功能的减退。同时由于目前对于精神疾病尤其是精神分裂症,社会大众仍存在病耻感,也导致其就诊率很低。抗精神病药虽然能够改善精神症状,但是对认知损害的疗效不理想,同时存在或多或少的不良反应,均导致患者依从性较低,过早中断治疗。

目前大力提倡生物-心理-社会医学模式,而对于精神疾病的诊疗则更为关注这一点。既往精神疾病的诊断多基于临床医生的个人经验和主观判断,缺乏较为客观的诊疗依据和标准,同时也较少参考循证医学的结果。不同地区、不同医院,不同的治疗组或者不同医师个人针对某一精神疾病可能采用不同的治疗方案。随着国民经济的不断发展,精神疾病负担也随之不断加重,更进一步要求临床精神卫生工作者规范诊疗行为,实施一套可以经得起检验并能不断改进的标准化诊疗模式与治疗程序,也就是要按照精神疾病独特的临床路径来规范医疗行为。

第四节 精神分裂症其他相关障碍概述

本书第四章临床路径部分涉及的病种包括精神分裂症及相关障碍(持久的妄

想性障碍、分裂情感性障碍), 因此本节对这两个病种作一概述, 其余部分仍以精神分裂症为主要介绍内容。

一、妄想性障碍

妄想性障碍又称偏执性精神障碍 (paranoid disorders), 是指一组病因未明, 以持久、系统且比较固定的妄想为主要临床特征的疾病的总称。国内无确切的发病率 and 患病率。患者的行为、情感反应与妄想观念相一致; 无幻觉或偶尔出现幻觉; 病程长而无明显的精神衰退; 智能保持良好。主要包括偏执狂、偏执状态。

1. 临床表现

(1) 偏执狂: 发病缓慢且以系统妄想为主要症状, 并伴有相应的情感和意向活动, 人格保持较完整。妄想建立在与患者人格缺陷有关的一些错误判断或病理思考的基础上, 结构有层次, 条理分明, 其推理过程有一定的逻辑性, 内容不荒谬, 不泛化, 不伴幻觉, 患者坚信不疑。常见包括诉讼狂、色情狂、夸大狂和嫉妒狂。

(2) 偏执状态: 妄想结构没有偏执狂那样系统和固定, 可伴有幻觉。患者多于 30~40 岁起病, 以女性为常见, 且以未婚者居多。

2. 诊断要点 临床上如果患者以系统性妄想为主要症状, 内容比较固定, 具有一定的现实性, 社会功能受损, 无明显的精神衰退表现, 病程至少持续 3 个月以上并排除相关疾病即可诊断此病。

3. 鉴别要点

(1) 精神分裂症偏执型: 精神分裂症偏执型的临床症状多以妄想为主, 但其内容荒谬、离奇、泛化, 且不具有现实性, 常伴有幻觉, 晚期常有精神衰退。

(2) 偏执型人格障碍: 以猜疑和偏执为主要特征, 但其并未达到妄想的程度, 开始于童年、少年或成年早期, 只是人格偏离正常, 而非真正的精神病。

(3) 心因性妄想症: 妄想的产生, 与不良的社会心理因素或应激有直接的联系, 妄想内容不泛化, 预后良好, 妄想内容具有现实性和容易暴露的特点, 预后良好。与不同的是, 偏执性精神障碍在不良的社会心理因素消除后, 妄想仍持续存在并可能进一步发展。

4. 治疗要点

(1) 药物治疗: 抗精神病药物可改善妄想性障碍的症状并防止恶化或复发。具体使用方法可参照精神分裂症的治疗。伴有焦虑和抑郁的患者可予抗焦虑和

抗抑郁药物。对服药依从性很差的患者，长效抗精神病药制剂不失为一种较好的选择。

(2) 心理治疗：是十分必要和重要的治疗方法。对偏执狂和偏执状态心理治疗相当困难，建立良好的医患关系是治疗的前提。心理干预常配合药物治疗进行，有效的心理干预有助于良好医患关系的建立，提高依从性。

二、分裂情感性障碍

分裂情感性障碍 (schizo-affective psychosis) 是一组精神分裂症和双相情感障碍两种疾病的临床相同时存在又同样突出的精神障碍。

1. 临床表现

(1) 有典型的双相障碍的抑郁或躁狂临床相，同时具有精神分裂症症状。这两种症状同时存在或先后在发病中出现。

(2) 病程呈间歇发作，症状缓解后不留明显缺陷。

(3) 起病较急，发病前可有应激诱因。病前个性无明显缺陷，部分患者可有分裂症、双相障碍家族史。

(4) 发病年龄以青壮年多见，女性多于男性。

2. 分型

(1) 分裂情感性障碍，躁狂型。

(2) 分裂情感性障碍，抑郁型。

(3) 分裂情感性障碍，混合型。

3. 诊断要点 只有在疾病的同一次发作中，明显而确实的分裂性症状和情感性症状同时出现或相差几天，因而该发作既不符合精神分裂症又不符合抑郁症或躁狂发作的标准，此时可以做出分裂情感性障碍的诊断。

4. 鉴别要点 首先要排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。与精神分裂症或情感障碍的鉴别并不难，关键是对临床症状的认定及确认分裂症症状和情感性症状的主次地位。如果一个患者在不同发作中分别表现以分裂性症状或情感性症状为主要临床相，仍按每次发作的主要临床相做出各自的诊断。

(1) 精神分裂症青春型：分裂情感性障碍躁狂型需与精神分裂症青春型相鉴别。青春型患者以不协调的精神运动型兴奋为主要临床表现，但情感色彩不鲜明，不具有感染力，言语内容凌乱，令人费解，行为多具冲动性，知情意三者互不协

调,无明显的间歇期或间歇期存在残留症状,病程迁延,可很快进入衰退。

(2)精神分裂症后抑郁:分裂情感性障碍抑郁型需与精神分裂症后抑郁鉴别。部分精神分裂症患者在经过抗精神病药物治疗后,精神症状得到适当控制时,可出现持续时间较长的抑郁症状。患者抑郁症状的产生,可能与抗精神病药物的使用有关(药源性抑郁),或可能与患者的病情明显好转后出现对所患疾病的担心及考虑今后的前途等有关,也可能是精神分裂症症状的一部分。

(3)躁狂症:分裂情感性障碍躁狂型需与躁狂症相鉴别。躁狂症患者的情感活跃、生动,有感染力,无思维逻辑障碍,无情感不协调或怪异行为。虽然躁狂症患者可出现类似精神分裂症症状,但其严重程度及特征并不成为主要的临床相,不足以诊断为精神分裂症。

(4)抑郁症:抑郁症具有典型的情感低落、思维迟缓和言语行为减少等症状,整个病程中无情感不协调或怪异行为。虽然患者也可出现类似精神分裂症的症状,但无知情意三者的不协调表现,其严重程度及特征并不成为主要的临床相,不足以诊断为精神分裂症。

(5)应激相关障碍:患者在不良的社会心理因素的影响下起病,可出现情绪低落,言行减少或兴奋冲动等症状,情感反应强烈且鲜明。精神症状与心理创伤密切相关,随不良的社会心理因素的消除而逐渐缓解,无间歇期,且在痊愈后极少复发。

5. 治疗要点 一般采用抗躁狂药物或抗抑郁药物和抗精神病药物合用,可取得较好疗效。如药物治疗效果不佳时可选用电休克治疗。

(1) 分裂情感性障碍躁狂型的治疗

1) 急性期治疗:对这一状态的精神药物,最常用的药物是氯丙嗪和锂盐。两者对控制急性症状均有效。

2) 维持治疗:锂盐可用于维持治疗及预防分裂躁狂型或双相型复发。接受长期锂盐治疗的患者应注意液体和食盐的摄入,定期监测血锂水平、肾和甲状腺功能。此外,锂可通过胎盘,影响胎儿发育。妊娠前3个月要慎用。

3) 部分双相型分裂情感性障碍的患者及难治病例的治疗:除抗精神病药物和锂盐外,可考虑情感稳定剂如卡马西平、丙戊酸钠,单独或合并使用,合并用药要注意药物的副作用。

(2) 分裂情感性障碍抑郁型的治疗

1) 急性期治疗:一般认为抗精神病药物和抗抑郁药物合并使用对精神病性抑郁是一个可供选择的方案。