

JSJBZLCG

精神疾病 诊疗常规

冯志颖 主编

>>> >> >



JSJBZLCG
JSJBZLCG
JSJBZLCG

JSJBZLCG

精神疾病诊疗常规

冯志颖 主编



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神疾病诊疗常规/冯志颖主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2004.1
ISBN 7-5308-3478-9

I . 精... II . 冯... III . 精神病—诊疗 IV . R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 042342 号

责任编辑:李 彬

版式设计:雒桂芬

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市和平区西康路 35 号 邮编:300051 电话(022)27306314

网址:www.tjkjbs.com.cn

天津新华印刷三厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787 × 1092 1/32 印张 18.25 字数 514 000

2004 年 1 月第 1 版

2004 年 1 月第 1 次印刷

定价:27.00 元

前 言

精神疾病是严重危害人民群众身心健康的一类疾病。随着我国社会经济的快速发展和人民生活水平的不断提高,各种精神心理疾患的患病率呈明显上升趋势。据 WHO 统计,造成人类功能残缺的前 10 位疾病中,有 5 类属于精神疾病。但是,由于人们认识上的偏见,许多患者不愿到精神心理专科医院就诊。而在综合性医院各科,医生因专业知识所限又不能对精神疾病予以正确识别和恰当治疗,因此迫切需要通过继续医学教育提高临床医生对这类疾病的识别和处理能力。而且,防治各类精神疾病也是我国精神卫生工作的重要内容。

《中国精神卫生工作规划(2002~2010 年)》也明确要求“做好重点精神疾病的医疗和康复工作”。《规划》中指出,在综合性医院和基础医疗卫生机构,要培训能够从事精神卫生工作的专业人员,要求到 2005 年完成 50%,到 2010 年完成 80%相关人员的培训。为此,迫切需要一部能够对相关人员进行培训,并且便于基层医疗卫生机构初学者或综合性医院其他临床学科医生使用的诊断和治疗精神疾病的专业参考书。在这种情况下,我们萌生了撰写《精神疾病诊疗常规》的想法,并得到了天津科学技术出版社的大力支持。

本书在参考近年国内外出版的精神病学专著和相关期刊文献的基础上,结合作者多年临床实践经验,由天津市安定医院、天津市医学高等专科学校和天津市第一中心医院心

理科部分医师集体编写而成。

本书分为常见的精神疾病、精神科急诊和精神疾病的治疗三部分。疾病分类基本上以《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(CCMD-3)为准,个别地方参照过去习惯用法。内容力求新颖、实用,文字尽量简明、扼要。书后附有 CCMD-3 疾病诊断的中英文名称对照,便于读者查阅。

由于参加编写的人员较多且知识经验有限,各章节内容的繁简程度与体例格式可能有所不同,疏漏或不当之处也在所难免,尚望广大读者和同道不吝赐教,以期日后改进。

冯志颖

2002 年 10 月

于天津市安定医院

编写人员名单

主 编	冯志颖				
副 主 编	刘建勋	田红军	李合群	沈建华	
主编助理	田红军				
学术秘书	沈建华				
编写人员	(按章节为序)				
	刘建勋	康 莉	陆永艳	左津淮	郭 杰
	冯志颖	陈清刚	田红军	杨桂伏	沈建华
	李合群	项 罡	胡青山	赵双桅	刘小娟
	于际敬	孙 凌	金红霞	李洪英	梁海翔
	黄建军	刘利军	林 虹	刘 茹	曹大卓
	赵美荣				

目 录

第一篇 常见精神疾病

第一章 脑器质性精神障碍	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 阿尔茨海默病	(1)
第三节 其他脑变性疾病所致精神障碍	(11)
第四节 脑血管病所致精神障碍	(18)
第五节 颅内感染所致精神障碍	(27)
第六节 脱髓鞘脑病所致精神障碍	(36)
第七节 脑外伤所致精神障碍	(40)
第八节 脑瘤所致精神障碍	(42)
第九节 癫痫所致精神障碍	(46)
第二章 躯体疾病所致精神障碍	(54)
第一节 概述	(54)
第二节 躯体感染所致精神障碍	(59)
第三节 内脏器官疾病所致精神障碍	(64)
第四节 内分泌疾病所致精神障碍	(72)
第五节 营养代谢疾病所致精神障碍	(77)
第六节 结缔组织疾病所致精神障碍	(79)
第七节 染色体异常所致精神障碍	(80)
第八节 围生期精神障碍	(85)
第九节 癌症所致精神障碍	(87)
第十节 外科手术术后精神障碍	(89)
第三章 精神活性物质所致精神障碍	(93)



第一节	酒精所致精神障碍	(93)
第二节	毒品所致精神障碍	(100)
第三节	其他成瘾物质所致精神障碍	(105)
第四章	非成瘾物质所致精神障碍	(110)
第一节	一氧化碳所致精神障碍	(110)
第二节	工业中毒所致精神障碍	(111)
第三节	农药中毒所致精神障碍	(114)
第四节	医用药物中毒所致精神障碍	(117)
第五章	精神分裂症和其他精神病性障碍	(124)
第一节	精神分裂症	(124)
第二节	偏执性精神障碍	(134)
第三节	急性短暂性精神病	(136)
第四节	感应性精神病	(140)
第五节	分裂情感性精神病	(142)
第六节	周期性精神病	(146)
第六章	心境障碍	(150)
第一节	概述	(150)
第二节	抑郁发作	(152)
第三节	躁狂发作	(163)
第四节	双相障碍	(167)
第五节	持续性心境障碍	(170)
第七章	神经症	(177)
第一节	概述	(177)
第二节	恐惧症(恐怖症)	(179)
第三节	焦虑症	(182)
第四节	强迫症	(187)
第五节	躯体形式障碍	(191)
第六节	神经衰弱	(196)
第八章	癔症	(200)
第九章	与应激和文化相关的精神障碍	(210)



第一节	急性应激障碍	(210)
第二节	创伤后应激障碍	(214)
第三节	适应障碍	(217)
第四节	气功所致精神障碍	(220)
第五节	巫术所致精神障碍	(222)
第六节	恐缩症	(224)
第十章	心理因素相关生理障碍	(227)
第一节	进食障碍	(227)
第二节	非器质性睡眠障碍	(236)
第三节	非器质性性功能障碍	(245)
第十一章	人格障碍和习惯与冲动控制障碍	(259)
第一节	人格障碍	(259)
第二节	习惯与冲动控制障碍	(269)
第十二章	性心理障碍	(273)
第一节	概述	(273)
第二节	性身份障碍	(276)
第三节	性偏好障碍	(280)
第四节	性指向障碍	(284)
第十三章	精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍	(288)
第一节	精神发育迟滞	(288)
第二节	特殊发育障碍	(294)
第三节	广泛性发育障碍	(304)
第十四章	童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍	(319)
第一节	注意缺陷与多动障碍	(319)
第二节	品行障碍	(324)
第三节	特发于童年的情绪障碍	(328)
第四节	儿童社会功能障碍	(332)
第五节	儿童抽动障碍	(334)
第六节	童年和少年期非器质性生理障碍	(340)



第二篇 精神科急诊医学

第十五章 精神科急诊总论	(346)
第一节 精神科急诊的概念与范围	(346)
第二节 精神科急诊的评估、诊断和处理原则	(348)
第十六章 急性精神病状态	(351)
第一节 急性意识障碍	(351)
第二节 急性兴奋状态	(356)
第三节 急性抑郁状态	(360)
第四节 急性木僵状态	(363)
第五节 急性幻觉状态	(365)
第六节 急性妄想状态	(368)
第七节 惊恐发作	(371)
第八节 暴力行为	(373)
第九节 自伤和自杀行为	(377)
第十节 拒食	(381)
第十七章 与物质滥用有关的急诊	(384)
第一节 急性醉酒状态	(384)
第二节 酒依赖戒断反应	(385)
第三节 酒精中毒性脑病	(387)
第四节 成瘾物质急性中毒	(388)
第五节 毒品依赖戒断反应	(390)
第六节 镇静催眠药戒断综合征	(391)
第十八章 精神药物不良反应的急诊处理	(393)
第一节 急性肌张力障碍	(393)
第二节 静坐不能	(394)
第三节 药源性帕金森病	(394)
第四节 排尿困难和急性尿潴留	(395)
第五节 麻痹性肠梗阻	(396)



第六节	恶性综合征	(397)
第七节	体位性低血压	(398)
第八节	粒细胞缺乏症	(399)
第九节	过敏性药疹	(399)
第十九章	急性精神药物中毒	(402)
第一节	抗精神病药急性中毒	(402)
第二节	抗抑郁药急性中毒	(407)
第三节	锂中毒	(411)
第四节	镇静催眠药急性中毒	(413)
第二十章	精神科意外事件的急救处理	(416)
第一节	噎食窒息	(416)
第二节	吞食异物	(418)
第三节	猝死	(419)
第二十一章	心理危机的应急干预	(422)
第一节	概述	(422)
第二节	心理危机的原因和正常应对	(423)
第三节	心理危机的种类和表现	(424)
第四节	心理危机干预的原则和措施	(427)

第三篇 精神疾病的治疗

第二十二章	精神药物治疗	(434)
第一节	抗精神病药	(434)
第二节	抗抑郁药	(445)
第三节	情感稳定剂	(453)
第四节	抗焦虑药和镇静催眠药	(457)
第二十三章	物理治疗和其他治疗	(465)
第一节	胰岛素治疗	(465)
第二节	电痉挛治疗	(470)
第三节	内分泌治疗	(474)



第四节	精神外科治疗	(477)
第二十四章	中医治疗	(482)
第一节	影响精神活动的中药	(482)
第二节	中药治疗	(489)
第三节	针刺治疗	(492)
第二十五章	心理治疗	(496)
第一节	概述	(496)
第二节	支持性心理治疗	(500)
第三节	分析性心理治疗	(502)
第四节	认知疗法	(507)
第五节	行为疗法	(512)
第六节	人际性心理治疗	(518)
第七节	生物反馈疗法	(524)
第八节	暗示性心理治疗	(527)
第九节	催眠疗法	(529)
第十节	森田疗法	(532)
第二十六章	精神康复治疗	(538)
第一节	概述	(538)
第二节	院内精神康复	(539)
第三节	社区精神康复	(543)
附录	《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》	
	(CCMD-3)诊断名称中英文对照	(548)



第一篇 常见精神疾病

第一章 脑器质性精神障碍

第一节 概 述

脑器质性精神障碍(mental disorders to brain organic diseases)是一组由脑变性、脑血管病、脱髓鞘脑病、颅内感染、颅脑创伤、颅内肿瘤或癫痫等器质性因素直接损害脑部所致的精神障碍。其主要临床表现为谵妄、遗忘综合征、智能障碍、人格改变、精神病性症状、情感障碍、神经症状表现或行为障碍等。

通常情况下脑器质性精神障碍应具有下列临床特征。

- (1)有引起精神障碍的脑部疾病、脑损伤或脑功能不全的证据。
- (2)精神症状发作继发于脑病变。
- (3)精神障碍可因原发性脑部疾病的变化而发生相应的变化。
- (4)精神症状不是由其他病因,如明显的家族遗传史、应激或躯体疾病、精神活性物质或非依赖性物质等所引起。

第二节 阿尔茨海默病

阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)是一种中枢神经系统原发性退行性病变。本病起病隐袭,呈持续进行性痴呆,以记忆减退、认知障碍和人格改变为特征。其病理改变主要为皮质弥散性萎缩,沟回增宽,脑室扩大,神经元大量减少,并可见老年斑(senile plaques, SP)、神经原纤维缠结(neurofibrillary tangles, NFT)等病变。实验室检查可发现胆



碱乙酰化酶及乙酰胆碱含量显著减少。临床上小部分病人有明显阳性家族史,称为家族性阿尔茨海默病(FAD),大部分为非家族性或散发性AD。AD分为老年前期型、老年型、非典型或混合型和其他型4种。

一、流行病学

随着世界人口逐年老龄化,该病发病率呈逐年上升趋势。英国Martin Roth(1978)的研究,AD患病率为6.2%,以后多数研究结果一致认为在5%~8%之间。Evans等报道(1989)65~74岁患病率为3%,75~84岁可高达19%,随年龄增长患病率会更高。

女性的AD患病率约为男性的2~3倍,日本Hasegawa等报道(1986)男性患病率为0.6%,女性为1.6%。但有人认为性别差异是由于女性寿命较长,因而患AD的危险性高于男性。

二、神经病理学改变

病理解剖可见大脑皮质弥散性萎缩,脑回皱缩,脑沟增宽,以颞、顶和前额叶最明显,枕叶、运动和感觉皮质受累较少。脑重量减轻,SP和NFT大多出现于大脑皮质中。

(一)老年斑

AD患者的大脑皮质、海马及某些皮质下核团如杏仁核、前脑基底神经核和丘脑中有大量的SP形成。SP中心是 β -淀粉样蛋白,它是 β -淀粉样蛋白前体(APP)的一个片段。正常老年人脑内也可出现SP,但数量比AD患者明显少。

(二)神经原纤维缠结

AD患者的大脑皮质、海马及皮质下神经元存在大量NFT。NFT是双股螺旋丝结构,其主要成分是高度磷酸化的tau蛋白。

(三)皮质下神经核病变

AD患者皮质下神经核如纹状体、蓝斑和缝际核神经细胞可见广泛变性和脱失。

三、病因和发病机制

AD的确切病因尚不十分清楚,但有两点可以肯定。第一与机体衰老有关,第二与遗传因素有关。其病因学假说很多,但一般分为自身危险因素和环境危险因素。



(一)自身危险因素

1. 遗传因素 多数研究者发现 AD 患者家庭成员患 AD 的危险性比一般人群高 3~4 倍。AD 的分子遗传学研究表明,早发型 AD 基因座分别位于 21、14 和 1 号染色体。相应的基因为 APP(与 βA_4 形成有关)、S182(早老素-1,约 70%~80%的早发型 AD 由该基因突变引起)和 STM2/E5-1(早老素-2)。迟发型 AD 基因座位于 19 号染色体,相应的基因为 ApoE。综上所述,AD 具有遗传异质性,其不可能是单基因遗传,而可能是由遗传与环境因素相互作用引起,是多基因疾患。

2. 中枢神经递质 AD 患者脑部乙酰胆碱(Ach)明显缺乏,乙酰胆碱酯酶和胆碱乙酰转移酶活性降低,特别是海马和颞叶皮质部位。此外,AD 患者脑中亦有其他神经递质的减少,如去甲肾上腺素(NE)、5-羟色胺(5-HT)、谷氨酸。

3. 免疫学说 有人提出 AD 是一种免疫系统疾病。其理由为 AD 家族病人中自身免疫性疾病如甲状腺炎的患病率高,老年斑核心发现免疫球蛋白,AD 患者脑中抗神经抗体滴度较高。

(二)环境危险因素

AD 的危险因素文献报道较多,性别、脑外伤、低教育水平、母育龄过高或过低、病毒感染、吸烟、饮酒、甲状腺疾病、滥服镇痛药、铝暴露等,但肯定者寥寥无几。

四、临床表现

(一)记忆障碍

是 AD 早期的突出或核心症状。表现忘性较大,丢三落四,严重时说的话或做过的事转眼即忘。因记忆障碍常导致言语交流困难,可出现似曾相识和旧事如新症。疾病早期以近记忆损害为主,随着病程进展,近记忆也逐渐受累,严重时连自己的姓名及住址都遗忘,可出现错构及虚构。

(二)视空间和定向障碍

也是 AD 的早期症状之一。如常在熟悉的环境或家中迷失方向,找不到自己的卧室,散步或外出常迷途不返而浪迹街头。韦氏成人智力量表检查视空间技能分值最低。时间定向差,分不清年月日和上



下午。

(三)言语障碍

言语障碍常呈特定模式,其顺序先是语义学出现障碍,表现为找词困难,用词不当或张冠李戴,可出现阅读和书写困难,继之出现命名障碍。言语障碍进一步发展可表现语法错误,语句颠倒,最终音素也遭破坏而胡乱发音,不知所云,或缄默不语。部分患者可出现失认、失用。

(四)智力障碍

常表现为全面智力减退,包括理解、推理、判断、抽象概括和计算等认知功能障碍。患者的思维迟钝、缓慢,缺乏逻辑性,说话常自相矛盾而不觉察。有人对 AD 病人进行纵向观察发现,简易智力状况检查(MMSE)每年平均约下降 3 分,但个别病人智力减退速度可能不同。

(五)人格改变

额、颞叶受损患者常有明显的人格改变。表现懒散,退缩,自我中心,敏感多疑,乖戾自私,不负责任,训斥他人或骂人,言语粗俗,行为不规,仪表不整,藏匿物品,拾拣破烂视为珍宝,不知羞耻。但人格改变并非必然,在精心看护下,人格改变可能不突出。

(六)精神症状

可出现认知、情感及行为障碍,进食及睡眠出现异常,言语动作怪异,表现退缩、古怪、纠缠家人。可出现“灾难反应”而表现强烈的言语或人身攻击。部分患者出现夕阳综合征(其特征为倦睡、精神错乱、共济失调)、Capgras 综合征及 Klüver-Bucy 综合征。可出现错认、幻觉及妄想。情感淡漠是早期常见症状。约 40%~50% 的患者可出现短暂的抑郁心境,除此之外,欣快、焦急和激惹也较为常见。

(七)神经系统症状和体征

可表现肌张力增高、震颤等锥体外系症状,也可出现伸趾、强握、吸吮等原始反射。晚期可出现癫痫样发作。

六、临床类型

根据起病年龄及脑局灶性病变程度,大致可分为 4 型。

(1)老年型,发病年龄在 65 岁后。

(2)老年前期型,发病年龄在 65 岁前,其病程进展较快。



(3)非典型或混合型。

(4)其他型。

七、病程及预后

病程呈进行性加重,一般为2~12年,罕有20多年者。其病程大致分为3个阶段:第一阶段表现为记忆力减退、学习新知识困难、判断力下降、定向力障碍、情感障碍、猜疑等,但还能保持正常生活能力;第二阶段痴呆加重,远、近记忆力均可出现明显障碍,认知功能进一步减退,人格改变,皮质高级功能受损,生活需他人帮助;第三阶段为严重痴呆,患者常卧床不起,二便失禁,生活不能自理,常伴躯体疾病,如感染、骨折等,可危及生命。本病预后较差。

八、诊断

(一)诊断依据

1. 首先确定存在痴呆,其判断标准

(1)发病于65岁前后,起始症状为记忆缺失,呈进行性痴呆。

(2)出现多种皮质高级功能紊乱,包括思维抽象能力、理解力、判断力、分析综合能力及计算能力障碍等。

(3)学习新事物能力及信息摄入过程受损。

(4)意识清晰。

(5)偶以情绪障碍和社会功能衰退为前驱症状。

(6)生活能力下降。

(7)上述功能减退超过4个月。

2. 阿尔茨海默病确诊应符合下列标准

(1)符合痴呆标准。

(2)隐袭起病,缓慢退化。

(3)可排除躯体疾病及其他脑器质性疾病。

(4)人格改变。

(5)早期无局限性神经系统体征,而在晚期可出现某些局灶性体征。

(二)辅助检查

1. 病理学检查 大脑皮质区均出现萎缩,以前额叶、颞叶及顶叶明

