

医 师 查 房 丛 书

精神科 查房手册

主 编 姚芳传 王克威
江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE

精神科查房手册

主 编 姚芳传 王克威

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神科查房手册/姚芳传主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2003. 10

(医师查房手册丛书)

ISBN 7-5345-3944-7

I. 精... II. 姚... III. 精神病-诊疗-手册
IV. R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 072103 号

医师查房手册丛书

精神科查房手册

主 编 姚芳传 王克威

责任编辑 蔡克难

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华发行集团有限公司
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 金坛古籍印刷厂

开 本 850×1168mm
印 张 12.625
插 页 4
字 数 420 000
版 次 2003 年 10 月第 1 版
印 次 2003 年 10 月第 1 次印刷
印 数 1—4 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-3944-7/R·725

定 价 26.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换

前 言

精神医学是医学的一部分,但有其很多特点,与医学其他各科有很大的不同,主要有以下几点:

1. 精神医学研究精神疾病的流行病学、病因、临床表现、分类、治疗和预防等,患者的主要表现是精神状态的障碍,也可兼有身体和实验室方面的改变,更需要按照生物—社会—心理医学模式,深入而全面地考虑问题,才能更完整地了解精神疾病患者情况,及时而准确地做出诊断,进行适当的治疗和处理。

2. 精神疾病的临床表现主要为精神活动的异常,有很多患者不一定有明确而肯定的阳性体征和实验室改变,而精神状态又常会因时因地而有所不同,精神检查方法是否能因人而异,恰当地进行,常是能否深入而正确地掌握患者感知、情感、思维、智能等精神状态的关键,也是获得正确诊治方案的基础。

3. 随着医学的发展,国内外均在不断地更新精神疾病的分类,新的病种还会经常出现,又随着跨文化精神医学的发展,不同的国家、地区和民族,不同的文化背景、生活习惯、风土人情和宗教信仰等,都会形成对精神疾病分类和临床表现认识的差异,也给正确的诊断和治疗增加很多难度。

4. 对精神疾病而言,是否有精神障碍,也就是说,究竟是患有精神疾病还是并非精神疾病而是个体的性格习惯问题、道德品质问题、思想信仰问题或境遇影响问题等,有时还相当难鉴别,而这两方面的处理是完全不同的。而有精神障碍者,是否已达到精神

病的程度,有时也颇难肯定。

5. 精神疾病的治疗,既要恰当用药,对某些疾病而言,心理治疗又更具有极其重要的位置。在药物治疗方面,精神药物近年来已有长足的进步,新一代的抗精神病药、抗抑郁药、抗焦虑药和心境稳定剂不断问世,选取疗效肯定、副反应轻、依从性好、安全度大的药物,在各种精神疾病的不同病程中合理使用精神药物,大有讲究。

正因为如此,精神科查房也有与其他各科不同的方面,不仅需要耐心细致,对患者极端负责的精神,还需要丰富的精神医学知识和科学的、先进的以及切合实际的诊疗方法,才能更好地为患者诊治疾病,为患者的家属提供有效的咨询和指导。

从这些方面出发,本书编写者通力合作,写成这本《精神科查房手册》,力求做到以下几点:

1. 根据精神科特点,写出精神科考虑的有关问题,内容切合实际,条目明晰,内容丰富,可适用于各级医师查房时参考。

2. 尽量增加精神医学新的发展和有关知识,如诊断标准、各种量表、治疗方案和新近精神药物介绍等。

3. 以实用为主,着重解决查房中常见问题,如各种精神疾病检查中的要点和注意事项、对门诊记录的应用和评价、鉴别诊断及进一步检查的意见、预后判断和今后安排等,便于为精神科医师们掌握和运用。

4. 篇幅适中,对常见病、多发病写得更详细些,对所有精神疾病均有所顾及。

但由于编写者水平有限,书中不免错谬之处,欢迎读者和同道们指正。

姚芳传 王克威

目 录

第一章	精神障碍与精神病	1
	精神障碍	1
	精神病	11
第二章	器质性精神障碍	14
	阿尔茨海默病	14
	血管性痴呆	22
	皮克(Pick)病所致精神障碍	27
	亨廷顿(Huntington)病所致精神障碍	30
	帕金森病所致精神障碍	31
	肝豆状核变性(Wilson 病)所致精神障碍	35
	急性病毒性脑炎所致精神障碍	38
	脑外伤所致精神障碍	42
	脑瘤所致精神障碍	44
	癫痫所致精神障碍	46
	躯体疾病所致精神障碍	49
	器质性智能损害	52
	器质性遗忘综合征	55
	器质性人格改变、习惯与冲动控制改变、性心理改变	56
	器质性精神病性症状	57
	器质性意识障碍(如谵妄)	58
	器质性情感障碍	60
	器质性癔症样综合征	61
	器质性神经症样综合征	61

第三章	精神活性物质所致精神障碍或非成瘾物质所致精神障碍	63
	酒精所致精神障碍	64
	阿片类物质所致精神障碍	76
	安非他明类所致精神障碍	80
	镇静催眠药和抗焦虑药所致精神障碍	83
	非成瘾物质所致精神障碍	85
第四章	精神分裂症(分裂症)和其他精神病性障碍	89
	精神分裂症	89
	分裂样精神病	102
	偏执性精神障碍	102
	旅途性精神病	106
	妄想阵发(急性妄想发作)	109
	感应性精神病	112
	分裂情感性精神病	114
	周期性精神病	117
第五章	心境障碍(情感性精神障碍)	121
第六章	癔症	140
第七章	应激相关障碍	147
	急性应激障碍	147
	创伤后应激障碍	151
	适应障碍	155
第八章	与文化相关的精神障碍	162
	气功所致精神障碍	162

巫术所致精神障碍	164
恐缩症	167
第九章 神经症	170
恐惧症(恐怖症)	170
焦虑症	174
强迫症	179
躯体形式障碍	184
神经衰弱	190
第十章 心理因素相关生理障碍	195
神经性厌食	195
神经性贪食	201
神经性呕吐	202
失眠症	203
非器质性性功能障碍	208
第十一章 人格障碍	213
偏执性人格障碍	218
分裂样人格障碍	219
反社会性人格障碍	220
冲动性人格障碍	222
表演性(癡症性)人格障碍	223
强迫性人格障碍	224
焦虑性人格障碍	225
依赖性人格障碍	227
第十二章 习惯与冲动控制障碍	229
病理性赌博	229
病理性纵火	231

病理性偷窃	234
拔毛症(病理性拔毛发)	237
第十三章 性心理障碍(性变态)	239
易性症	239
恋物症	242
异装症	243
露阴症	244
窥阴症	245
摩擦症	246
性施虐与性受虐症	247
同性恋	248
第十四章 精神发育迟滞	251
第十五章 言语和语言发育障碍	264
第十六章 特定技能发育障碍	269
特定学校技能发育障碍	269
特定运动技能发育障碍	272
儿童孤独症(Kanner 综合征)	274
Rett 综合征	278
童年瓦解性精神障碍(Heller 综合征)	281
Asperger 综合征	284
第十七章 童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍	287
多动障碍	287
品行障碍	292
儿童分离性焦虑症	296

儿童恐惧症(儿童恐怖症)	298
儿童社交恐惧症	301
儿童广泛焦虑症	303
儿童社会功能障碍	306
抽动障碍	308
非器质性遗尿症	312
非器质性遗粪症	314
婴幼儿和童年喂食障碍	316
婴幼儿和童年异食癖	318
刻板性运动障碍	320
口吃	322
第十八章 其他精神障碍和心理卫生情况	325
无精神病	325
诈病	326
自杀	329
自伤	332
病理性激情	334
病理性半醒状态	336
第十九章 常用新型精神药物	339
第一节 抗精神病药	339
第二节 抗抑郁药	359
第三节 其他精神药物	387

第一章 精神障碍与精神病

精神障碍

精神障碍(mental disorder)在国内与精神疾病是同义词。人的精神活动发生异常,若其程度和持续时间都已符合规定的诊断标准,即属于精神障碍。精神活动包括感觉、知觉、注意、记忆、思维、智能、情感反应、意志等各个方面会受到性格、教育、文化背景、信仰、环境遭遇和健康情况等因素的影响,表现就各种各样,因人而异。因此在一定程度内的变异不一定就是有精神疾病(障碍)。“患者”就诊后精神科医师首先要确定来诊者是否肯定有病,还是性格习惯、思想方法、道德品质、宗教信仰或特殊境遇等非精神疾病的问题。这一问题有时颇为复杂,鉴别相当困难。门诊不一定都能完全正确地判定,住院后还需继续明确。

精神障碍中最严重的一些疾病,称为精神病(psychosis),其他部分称为非精神病性精神障碍(non-psychotic mental disorder),这两者在临床表现、预后、治疗、康复、管理和司法意义等方面都具有极大的差别,决不可混为一谈。

【入院评估】

(一) 病史询问要点

1. 家族史和个人史较临床其他各科更为重要,了解更应深入详细,供史者应对患者有全面的了解,有时还需向其他有关方面进行补充、核实,如家庭成员、亲友、同事、邻居等。

2. 对患者生长发育过程及其环境背景都应了解,如家庭状况(住地、居处、经济、文化、成员等),家庭各成员间关系及对患者的态度和影响、健康状况等,患者个人史包括母孕期情况和围生期、婴幼儿期及各发育期所受教育培养、性格、智能等发育情况,成长后应了解学习、工作、婚姻、子女等情况。不少精神疾病与遗传因素有关,对家族中的有关病史需有详细了解,最好画出家族遗传谱系图。

3. 过去病史着重了解脑部疾病情况,如颅脑外伤、感染、癫痫发作等,也需了解重要躯体疾病史,更为重要的是要研究过去疾病与精神疾病的关系,

对考虑用药和其他治疗的影响。曾有过精神异常者则要详细了解其经过情况及与本次疾病的关系,研究是本次疾病的前驱,还是本次是过去疾病的复发,还是两者无直接关系?

4. 现病史需了解本次疾病的全过程,起病的可能有关因素及形式,异常言行的前因后果,研究其是否有可理解性和荒谬离奇的程度,并与周围与患者相仿性别、年龄和处境者相比较,是否与众不同或违背常情常理?再与患者过去为人、待人接物、处事方式相比较,是否有显著变化和如何变化的?

5. 虽所患的主要系精神疾病,但也必须详细了解患者躯体健康情况,若躯体有病,也应明确诊断,并适当治疗,并需研究与精神障碍的关系和用药的影响等,应了解有无冲动、破坏、伤人、自伤、自杀、拒食、出走等情况,家庭和周围对患者的支持和态度,以及与患者的相互影响,以往治疗情况(如用药的种类、剂量、效果和副反应)等也需详细了解。

(二) 精神检查要点

1. 对患者做总体观察和描述,如仪态、衣着、修饰、整洁、合作和自理生活能力等。

2. 观察患者的言语行为,如有无不正常的自语、傻笑、怪异动作、发呆等,了解言语的连贯性和逻辑性,有异常言行者更需仔细并追踪观察,研究与环境的关系和影响。

3. 与患者的接触情况,交谈效果,分析其谈话内容和情感反应,意志状态,以及有无感知、注意等方面的障碍,结合患者文化和经历,了解患者记忆和智能,并从患者总体情况中,了解其意识是否清晰或有何障碍?

4. 了解患者对自身疾病的认识,以及对亲属、住院治疗和医务人员意见和态度。

(三) 体格及实验室检查要点

1. 躯体各系统和重要脏器的功能状况均应做详细检查,以明确有无躯体疾病及其与精神障碍的关系,是躯体疾病所致精神障碍,还是两者伴发,还是相互无直接关系?肯定精神障碍是器质性的,还是功能性的,还是两者兼有?

2. 某些实验室检查应作为所有精神疾病住院患者的常规检查,如血、尿、粪常规,肝功能、血糖、胸部透视、心电图和脑电图等,这些检查不仅很可能对精神疾病有关,更与今后的用药和治疗有关。有些项目在住院过程中,尤其在某些药物治疗或有躯体合并症时及时并定期复查,如氯氮平治疗时需按时检查血白分、心电图和血糖等。

考虑精神疾病可能为器质性,或躯体有某些合并症者需进一步做相关检

查,如颅脑 CT、磁共振(MRI)、脑电地形图、脑脊液、多普勒、动态心电图、肾功能等。

(四) 分析门诊资料

1. 了解门诊病历记录中病史的提供者与入院时提供者是否不同,门诊病历对疾病发生、发展的情况与入院后所收集到的病史有何异同,若有区别,分析其原因,辨别其可靠性。

2. 门诊病历记录一般都比较简略,可作为住院时的参考,需做全面补充,但门诊病历有些已经历较长时间、多次的纵向观察,如用药的种类、剂量变化、疗效和副反应及其处理等,常有较大的参考价值,对疗效差、副反应严重者,一般考虑不再适用,并可分析曾用药物的个体差异特性,对疾病的演变过程有的可作为分析的参考,如起病形式,病程属渐进性、持续性、间隙性还是趋向缓解?对疾病的诊断和预后常有较大参考价值。

3. 门诊病史记录中有躯体和实验室异常者应分析其过程和转归情况,有的需在住院后复查和继续观察,因很多对精神疾病的诊断和继续治疗,对躯体健康的维护有很大关系。

(五) 继续检查项目

1. 躯体检查、精神检查和某些实验室检查均需进行,有的需要复查(如门诊检查有异常者),有的需重新做全面检查(如体格、精神状态和实验室常规检查)。

2. 门诊病历大多受时间等因素的限制,有些检查项目会被遗漏,其中对诊断、治疗有较大参考价值的,则应尽快做补充检查,精神科量表的检查和心理测试就常有这样的情况。如老年性痴呆患者的智力测验,抑郁症患者抑郁程度的评定,精神分裂症患者各种精神状态的评定,应激相关障碍生活事件量表的评定,药物使用过程副反应量表的评定等。这些都应补充、充实,这样不仅对患者的诊断和治疗有帮助,而且对今后的临床工作总结和开展教学研究工作也十分重要。有关评定量表和心理测验项目在以后各章各种疾病中做相应的叙述,对精神障碍的总体上,常用以下几种量表评定:

(1) 大体评定量表(global assessment scale, GAS) 用以评定病情概况,分成 100 个等级(1~100 分),分数越低,病情越重,评定内容应考虑到精神症状和社会功能两方面。1~10 分指最严重、最危险,需要昼夜监护者,或是一切日常生活完全需要他人照料者;91~100 分指精神状态正常,社会适应良好者,具体评分标准如下:

91~100 在各方面都有较好的活动能力,能正确处理日常生活中问题,人们愿意与其相处,没有精神症状。

81~90 各个领域均有良好活动、兴趣和社交,一般而言,对生活能满意,若有症状,为暂时性的,偶对事物感到无法处理和应付。

71~80 活动能力轻度受损,有“日常的”担忧,有时无法处理,精神症状轻度或不存在。

61~70 有轻度症状(如轻度抑郁或轻度失眠等),或在某些方面活动有困难,但一般仍较好,有意义的人际关系,大多数未经训练的人不会认为他“有病”。

51~60 有中等程度的症状,一般活动有些困难,如缺乏朋友、情感平淡、抑郁心境、病态的自我怀疑,欢快心情及话多,中等度的反社会行为等。

41~50 有严重症状或活动能力受损,大多精神科医师认为需要加以关注或进行治疗,如自杀观念或自杀姿态,严重的强迫症状,频繁焦虑发作,严重反社会行为,强迫性酗酒,中等程度的躁狂症状等。

31~40 在几个领域中有严重损害,如工作、家庭关系、判断、思考、心境(如抑郁时回避朋友、对家庭不负责任、不能料理家务),现实检验(如幻觉或妄想)或交谈(如言词含糊不清、不合逻辑或文不对题)等领域受损,或有自杀行为。

21~30 几乎所有领域都不能正常活动(如整天卧床不起),或其行为相当程度上受妄想或幻觉影响或支配,或交谈严重受阻(如有时言谈不连贯或缺乏回答)或行为极不合适。

11~20 需某些监督管理,才能防止其自伤或伤人等意外,不能维持至少的个人卫生,如反复的自杀行为或频繁的暴力表现,躁狂性激动,乱搞粪便等,或交谈严重受损(言语重度不连贯或缄默)。

1~10 需持续监督管理,才能防止自伤或伤人等意外,长期不能维持至少的卫生,或有严重自杀行为。

评定时需注意:①若同时符合若干等级评定标准,应按最严重的等级标准评定。②先评出大范围等级,再根据病情偏重还是偏轻,再在这一等级中具体评分。③多次 GAS 评分可作为住院过程中病情改变或好转程度的参考。

(2) 功能大体评定量表(global assessment function, GAF) 也用以评定病情概况,分成 9 个等级(1~90 分),分数越高,病情越轻,评定心理、社会 and 职业功能,但不包括因躯体问题或环境所引起的功能损害。

81~90 没有症状或症状极轻(如考试前轻度焦虑),各方面功能均佳,对很多活动均有兴趣并能参加,社交能力强,对生活普遍满意,仅有一些日常小问题(如偶与家人争吵),如有症状,多为时短暂且属于心理社会刺激的必然反

应(如与家人争吵后出现注意力不集中)。

71~80 社交、职业或学习能力仅有轻微损害(如一时学业落后)。

61~70 有轻度症状(如抑郁心境或轻度失眠)或在社交、职业、或学习功能的某一方面有些困难(如偶尔逃学或在家中行窃),但一般功能良好,保持某些有意义的人际关系。

51~60 有中等度症状(如情感平淡,说话啰嗦,偶有惊恐发作)或有社交、职业或学习能力中度损害(如几乎没有朋友,常与人冲突)。

41~50 症状严重(如有自杀意念、严重的强迫性仪式动作、频繁行窃)或社交、职业、学习功能严重受损(如无朋友,不能工作)。

31~40 现实检验或语言交流有某些损害(如缺乏逻辑性,概念模糊或前后不连贯)或工作、学习、家庭关系、判断、思维或心境的几个方面严重损害(如抑郁者回避朋友、对家庭冷淡、不能工作,儿童常欺侮较幼者,在家胆大妄为并逃学)。

21~30 行为明显受妄想或幻觉影响,或言语交流或判断严重损害(如有时思维破裂,行为明显不适切,自杀观念严重),或在几乎所有方面功能丧失(如整日卧床不起,无工作,无朋友)。

11~20 有自伤或伤人的危险(如自杀未遂、频繁暴力)、躁狂性兴奋或不能维持至少的个人卫生(如便床、尿裤),或言语交谈明显受损(如大多是思维破裂或缄默)。

1~10 持续存在严重的自伤或伤人危险(如经常暴力),或长期不能维持至少的个人卫生,或一旦成功必定致死的严重自杀行为。

评定时注意:① 评定分两个不同时期进行,一为目前,另一为过去1年中至少几个月内的最高水平,后者对估计疾病预后有一定意义。② 对儿童和少年而言,评定至少应包括在校期间最高功能几个月的情况。

(3) 临床疗效总评量表(clinical global impression, CGI) 分以下3个项目:

1) 病情严重程度(severity of illness, SI),采用0~7分的8级记分法,根据被评者目前病情与同类患者比较而评分:0 无病;1 基本无病;2 极轻;3 轻度;4 中度;5 偏重;6 重度;7 极重。

2) 疗效总评(global improvement, GI),采用0~7分的8级记分法,根据被评者目前病情与入组时相比,做出评定:0 未评;1 显著进步;2 进步;3 稍进步;4 无变化;5 稍恶化;6 恶化;7 严重恶化。

3) 疗效指数(efficacy index, EI),需综合疗效和副反应进行评定。疗效

分4级：4为“显效”，指症状完全消失或基本消失；3为“有效”，指症状有肯定进步或部分症状消失；2为“稍有效”，指症状略有减轻；1为“无变化”或“恶化”，指症状无变化或恶化。副反应也分4级：1为“无”，指没有副反应；2为“轻”，指有些副反应，但不影响患者功能；3为“中”，指副反应明显，影响患者功能；4为“重”，指有严重甚至危及患者安全的副反应。疗效指数(EI)=疗效分/副反应分。亦可根据表1-1的编码进行评分：

表1-1 疗效和副反应编码表

疗 效	副 反 应			
	无 (1)	轻 (2)	中 (3)	重 (4)
显著 (4)	01	02	03	04
有效 (3)	05	06	07	08
稍有效 (2)	09	10	11	12
无效或恶化 (1)	13	14	15	16

编码与评分关系为 01—4.00 分, 02—2.00 分, 03—1.33 分, 04—1.00 分, 05—3.00 分, 06—1.50 分, 07—1.00 分, 08—0.75 分, 09—2.00 分, 10—1.00 分, 11—0.67 分, 12—0.50 分, 13—1.00 分, 14—0.50 分, 15—0.33 分, 16—0.25 分。

单项分 SI 为 0~7 分, GI 为 0~7 分, 疗效指数 EI 为 0~4.00 分。一般认为药物的疗效指数在 1.0 以上者, 所研究的药物方有价值。

【病情分析】

(一) 诊断依据

1. 病史 根据病史提供的情况, 先做有无精神疾病的分析, 不仅要注意现病史, 还需注意家族史、个人史和过去史, 并应注意病史中所提供的情况是否有某种精神疾病的早期症状、前驱症状、后遗或残留症状以及复发病状的可能。

2. 临床表现 精神状态的表现常是诊断精神疾病的最有价值的部分, 对病史中或临床观察发现到的精神症状, 应向患者了解其自我感受和对患者或周围环境的相互影响, 对异常的言语、行为应向患者了解为什么会这样说、这样做, 以区别其是疾病的症状还是思想方法、道德品质、文化背景等的反映。躯体方面的症状表现也应引起重视, 做详细的体格检查, 并分析其与精神症状的关系。

3. 辅助检查 某些实验室检查十分重要,入院后除必要的常规检查外,应根据病情进行相应的检查,以确定或排除器质性疾病的可能,鉴别精神障碍属于器质性的还是功能性的,并为某些药物治疗做准备,如发现白细胞过低者不宜使用氯氮平等药物,肝功能异常者不宜使用氯丙嗪等药物,在某些药物使用过程中,还需经常地、定期地复查,以防止和及早发现可能出现的严重副反应。经过一定时期住院治疗,某些量表也需重复检查,以观察病情动态和进步情况,为判定预后和疗效参考。

4. 诊断标准 很多精神疾病病因至今不明,临床上缺乏可靠的、肯定存在的体格和实验室检查的阳性结果为依据,诊断往往依靠于病史和精神检查。因此,客观而具体的诊断标准十分必要,它可以提高精神疾病诊断的科学性和正确性,减少和避免误诊和漏诊。具有良好品质的诊断标准有应有高度的信度(可靠性)和效度(有效性)。现在国际上公认的诊断标准有“国际疾病分类”(ICD)和“美国精神障碍诊断与统计手册”(DSM),它们都定期修改、补充和更新,前者已出第10版(ICD-10),后者已出第4版(DSM-IV)。我国则由中华精神科学会制定了“中国精神障碍分类与诊断标准”,也在相隔相当时间后再版,现已出第3版(CCMD-3),为各种精神疾病制定了诊断标准,是精神科必备的工具书,在查房时应时时对照,作为诊断精神疾病的规范。

(二) 临床分类、分型、分期

精神障碍有精神病性与非精神病性之别,按CCMD-3,以病因分类为主,病因不明者以症状分类为辅,共分为10类。本书内容,即按此排列。各种精神疾病是否属于精神病性,大致的划分如下:

1. 精神病性 如精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂样精神病、旅途性精神病、妄想阵发(急性妄想发作)、感应性精神病、分裂情感性精神病、周期性精神病、癔症性精神病、急性应激性精神病等。

2. 非精神病性精神障碍 指那些已构成精神障碍(疾病),而未达到精神病程度的疾病,如癔症(癔症性精神病除外)、应激相关障碍(急性应激性精神病除外)、神经症、心理因素相关生理障碍、人格障碍、习惯和冲动控制障碍、性心理障碍、精神发育迟滞以及童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍等。

3. 其他 有些精神疾病,程度较轻者属非精神病性精神障碍,程度较重者可达精神病范畴,如器质性精神障碍、精神活性物质或非成瘾性物质所致精神障碍、心境障碍、与文化相关的精神障碍,以及少年期心理发育障碍等。

各种精神疾病,按其临床情况不同,可分为若干类型,如阿尔茨海默病按