

临床医疗护理常规

2012年版

精神科诊疗常规

JINGSHENKE ZHENLIAO CHANGGUI

马 辛 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师应知应会的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核唯一指定用书

中国医药科技出版社

精神科诊疗常规

第2版

精神科诊疗常规

（住院医师规范化培训教材）

编 者 潘 毅

编者姓名：潘毅 职称：副主任医师



中华人民共和国卫生部医政司编 人民卫生出版社出版

（本书为住院医师规范化培训教材）

（本书为住院医师规范化培训教材）

（本书为住院医师规范化培训教材）

精神科诊疗常规

马 辛 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市精神科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市精神科专科领域执业医师“定期考核”业务水平的唯一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目(CIP)数据

精神科诊疗常规/马辛主编. —北京:中国医药科技出版社, 2012. 11
(临床医疗护理常规)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5568 - 9

I. ①精… II. ①马… III. ①精神病 - 诊疗 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 174093 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{16}$

印张 10 $\frac{5}{8}$

字数 221 千字

版次 2012 年 11 月第 1 版

印次 2012 年 11 月第 1 次印刷

印刷 北京市密东印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5568 - 9

定价 68.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕 鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楦			
办公室主任	许 朔				
办公室副主任	路 明	赵艳华			
办公室成员	陈 平	许东雷	李 尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马 辛	王 杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕 鹏	许 朔	孙 正	李 简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴 念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应 岚	张兆光	张奉春	张国安	陈 杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔 巍	崔丽英	湛贻璞
	路 明	魏丽惠			

《精神科诊疗常规》

编委会

主 编 马 辛（首都医科大学附属北京安定医院）

副主编 王向群（北京大学第六医院）

杨甫德（北京回龙观医院）

张 松（中国人民解放军第 261 医院）

王 刚（首都医科大学附属北京安定医院）

编 委（以姓氏笔画排序）

王绍礼（北京回龙观医院）

李占江（首都医科大学附属北京安定医院）

郭红利（首都医科大学附属北京安定医院）

魏 镜（中国医学科学院北京协和医院）

秘 书 陈 斌（首都医科大学附属北京安定医院）

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏

2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科学分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改造。

5. 本次修编仍不含中医专业。

Preface

前言

精神科诊疗常规分册的修订是在 2002 版的基础上,本着保持原有书写风格、顺应时代发展、符合北京地区医疗机构和精神卫生医护人员专业开展情况、力求体现北京地区精神疾病的医疗水平、条理清晰、重点突出、通俗易懂、适当创新、不配插图的原则,本册仅用十二章归纳了精神科重点及常见临床疾病的诊断、治疗、处理的最基本内容。其中药物治疗部分在各个疾病章节中已有充分论述,故不再另行分章赘述。

新修编的精神科诊疗常规分册与上版比较其不同之处为:①以现代医学理论为指导;②充分体现目前北京地区的日常基本的医疗水平;③参考国内外相关版本的最新进展;④结合临床实践经验;⑤尽量选择疗效确切、费用低的、国产的项目,不排斥进口的、合资的项目,注意避免应用过度的、不必要的、昂贵的检查;⑥增加了治疗最新进展;⑦列出了参考文献内容,便于临床医务人员学习掌握相关知识。

读者对象、适用范围:①北京市各级医疗机构的全体医护人员②卫生行政部门检查日常医疗护理质量的依据;③判定医疗事故的依据;执业医师定期考核工作业务水平测评(入门水平)等的参考依据。

由于本次修编工作任务重、时间紧,编写人员的学术观点、研究方向不同,在修编过程中难免会有疏漏,甚至错误出现,敬请读者指正。

致谢:原书主编蔡焯基教授对本次修编工作的支持与指导;北京协和医院、首都医科大学附属北京安定医院、北京大学第六医院、北京回龙观医院、中国人民解放军第 261 医院等单位的领导与专家教授的鼎力支持与具体帮助;北京医师协会精神科分会秘书处的辛勤付出。

编 者
2012 年 2 月

第一章 器质性精神障碍	(001)
第一节 痴呆	(001)
一、阿尔茨海默病	(002)
二、血管性痴呆	(002)
三、可在他处归类的其他疾病的痴呆	(002)
四、非特异性痴呆	(003)
第二节 谵妄	(007)
第三节 器质性遗忘综合征, 非酒精和其他精神活性物质所致	(012)
第四节 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其他精神障碍	(012)
一、脑血管病所致精神障碍	(014)
二、帕金森病所致精神障碍	(015)
三、亨廷顿病所致精神障碍	(016)
四、肝豆状核变性所致精神障碍	(016)
五、颅内感染所致精神障碍	(016)
六、脑外伤所致精神障碍	(018)
七、脑瘤所致精神障碍	(019)
八、癫痫性精神障碍	(019)
第二章 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍	(021)
第一节 使用酒精所致的精神和行为障碍	(021)
一、酒精依赖	(021)
二、急性酒精中毒	(022)
三、酒精所致精神障碍的诊断与治疗	(023)
第二节 使用鸦片类物质所致的精神和行为障碍	(023)
一、阿片类成瘾	(023)
二、阿片类药物中毒的诊断与治疗	(024)
第三节 使用大麻类物质所致的精神和行为障碍	(025)
第四节 使用镇静催眠剂所致的精神和行为障碍	(025)
一、苯二氮䓬类药物依赖	(025)
二、镇静安眠药急性中毒	(026)
第五节 使用可卡因所致的精神和行为障碍	(027)
一、可卡因依赖的诊断和治疗	(027)
二、可卡因急性中毒的诊断与治疗	(028)

第六节 使用其他兴奋剂包括咖啡因所致的精神和行为障碍	(028)
一、苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍	(028)
二、苯丙胺类药物急性中毒的诊断与治疗	(029)
三、咖啡因	(030)
第七节 使用致幻剂所致的精神和行为障碍	(030)
第八节 使用烟草所致的精神和行为障碍	(031)
第九节 使用挥发性溶剂所致的精神和行为障碍	(031)
第十节 使用多种药物及其他精神活性物质所致的精神和行为障碍	(032)
第三章 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍	(033)
第一节 精神分裂症	(033)
第二节 分裂型障碍	(040)
第三节 持久的妄想性障碍	(042)
第四节 急性而短暂的精神病性障碍	(043)
第五节 感应性妄想性障碍	(046)
第六节 分裂情感性精神障碍	(048)
第四章 心境障碍	(052)
第一节 躁狂发作	(052)
第二节 双相情感障碍	(053)
第三节 抑郁发作	(055)
第四节 复发性抑郁障碍	(056)
第五节 持续性心境（情感）障碍	(057)
一、恶劣心境	(057)
二、环性心境	(058)
第六节 其他心境（情感）障碍	(059)
一、混合性情感发作	(059)
二、复发性短暂抑郁障碍	(059)
第七节 未特定的心境（障碍）	(059)
第五章 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍	(060)
第一节 神经症性障碍	(060)
一、恐惧性焦虑障碍	(060)
二、其他焦虑障碍	(062)
三、强迫性障碍	(064)
四、神经衰弱	(065)
第二节 应激相关障碍	(066)
一、急性应激障碍	(066)
二、创伤后应激障碍	(067)
三、适应障碍	(068)
第三节 分离（转换）性障碍	(069)
一、分离性障碍	(071)

二、分离性运动和感觉障碍	(071)
三、其他分离（转换）性障碍	(072)
第四节 躯体形式障碍	(072)
一、躯体化障碍	(073)
二、疑病障碍	(074)
三、躯体形式自主神经功能紊乱	(075)
四、持续的躯体形式疼痛障碍	(075)
第六章 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征	(077)
第一节 进食障碍	(077)
一、神经性厌食	(077)
二、神经性贪食	(080)
三、神经性呕吐	(081)
第二节 非器质性睡眠障碍	(082)
一、非器质性失眠症	(082)
二、非器质性嗜睡症	(083)
三、非器质性睡眠-觉醒节律障碍	(084)
四、梦魇	(084)
五、睡行症	(084)
六、睡惊症	(085)
第三节 非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍	(086)
第四节 产褥期伴发的精神及行为障碍,无法在他处归类	(086)
第五节 在他处分类的障碍及疾病伴有的心理及行为因素	(087)
第六节 非依赖性物质滥用	(087)
第七节 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征	(087)
第七章 成人人格与行为障碍	(089)
第一节 成人人格障碍	(089)
一、偏执型人格障碍	(089)
二、分裂样人格障碍	(090)
三、社交紊乱型人格障碍	(091)
四、情绪不稳型人格障碍	(092)
五、表演型人格障碍	(093)
六、强迫型人格障碍	(093)
七、焦虑型人格障碍	(094)
八、依赖型人格障碍	(094)
九、其他特异性人格障碍	(095)
十、混合型及其他人格障碍	(095)
第二节 成人行为障碍（习惯与冲动控制障碍）	(095)
一、病理性赌博	(095)
二、病理性纵火（纵火狂）	(096)

三、病理性偷窃（偷窃狂）	(096)
四、拔毛症	(096)
五、其他习惯与冲动障碍	(096)
第三节 性心理障碍	(096)
一、易性症	(097)
二、双重异装症	(097)
三、童年性身份障碍	(097)
第八章 心理发育障碍	(0100)
第一节 特定性言语和语言发育障碍	(0100)
一、特定性言语构音障碍	(100)
二、表达性语言障碍	(101)
三、感受性语言障碍	(102)
四、伴发癫痫的获得性失语	(103)
第二节 特定学校技能发育障碍	(103)
一、特殊阅读障碍	(103)
二、特定拼写障碍	(104)
三、特殊计算技能障碍	(105)
第三节 特定性运动功能发育障碍	(106)
第四节 混合性特定发育障碍	(107)
第五节 广泛（弥漫）性发育障碍	(107)
一、儿童孤独症	(107)
二、不典型孤独症	(109)
三、Rett 综合征	(110)
四、其他童年瓦解性障碍	(111)
五、Asperger 综合征	(112)
第九章 通常起病于童年与少年期的行为与情绪障碍	(113)
第一节 多动性障碍	(113)
一、注意缺陷与多动障碍	(113)
二、多动性品行障碍	(115)
第二节 品行障碍	(115)
一、反社会性品行障碍	(116)
二、对立违抗性障碍	(117)
第三节 品行与情绪混合性障碍	(118)
一、抑郁性品行障碍	(118)
二、其他品行与情绪混合性障碍	(119)
三、品行与情绪混合性障碍（未特定）	(119)
第四节 特发于童年的情绪障碍	(119)
一、儿童分离性焦虑症	(119)
二、儿童恐惧症	(120)

三、儿童社交恐惧症	(121)
四、儿童广泛焦虑症	(122)
第五节 特发于童年与少年期的社会功能障碍	(123)
一、选择性缄默症	(123)
二、儿童反应性依恋障碍	(124)
第六节 抽动障碍	(125)
一、短暂性抽动障碍	(126)
二、慢性运动或发声抽动障碍	(126)
三、Tourette 综合征	(126)
第七节 通常起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍	(129)
一、非器质性遗尿症	(129)
二、非器质性遗粪症	(130)
三、婴幼儿和童年喂食障碍	(131)
四、婴幼儿和童年异食癖	(131)
五、刻板性运动障碍	(132)
六、口吃	(132)
七、通常起病于童年和少年期的其他特定性行为与情绪障碍	(133)
八、通常起病于童年与少年期的未特定性行为与情绪障碍	(133)
第八节 精神发育迟滞	(133)
第十章 无抽搐电痉挛治疗与重复经颅磁刺激治疗	(138)
第一节 无抽搐电痉挛治疗	(138)
一、MECT 治疗适应证和禁忌证	(138)
二、MECT 治疗方法	(139)
三、MECT 治疗相关不良反应	(140)
四、MECT 治疗疗程	(141)
第二节 重复经颅磁刺激治疗	(141)
一、重复经颅磁刺激简介	(141)
二、rTMS 治疗参数	(141)
三、rTMS 基本操作技术	(142)
四、rTMS 治疗精神障碍及其疗效	(143)
五、rTMS 治疗需要考虑的安全问题	(144)
六、rTMS 的不良反应与处理	(145)
第十一章 心理治疗	(147)
第一节 心理治疗对象和形式	(147)
一、心理治疗的对象	(147)
二、心理治疗形式	(147)
第二节 心理治疗提供者应具备的条件	(147)
一、知识	(148)
二、技能	(148)

三、态度	(148)
第三节 支持性心理治疗	(148)
第四节 行为治疗	(149)
第五节 认知行为治疗	(150)
第六节 森田疗法	(151)
第七节 生物反馈治疗	(151)
第十二章 康复治疗	(153)
第一节 日常生活技能训练	(153)
第二节 家庭生活技能训练	(153)
第三节 文体娱乐活动训练	(154)
第四节 社会交往技能训练	(155)
第五节 疾病的自我处置技能训练	(155)
第六节 职业技能训练	(156)

第一章 器质性精神障碍

器质性精神障碍是一组由脑部疾病或躯体疾病导致的精神障碍。由脑部疾病导致的精神障碍，包括脑变性疾病、脑血管病、颅内感染、脑外伤、脑瘤等所致精神障碍。躯体疾病导致的精神障碍只是原发躯体疾病症状的组成部分，也可与感染、中毒性精神障碍统称为症状性精神障碍。

第一节 痴 呆

痴呆是一组进行性的、以多种神经精神功能障碍为特点的临床综合征。

随着病情的发展，患者会出现以下改变：记忆障碍、语言障碍、定向力障碍、人格改变、日常生活能力困难、自我忽视、精神症状（如淡漠、抑郁或精神病性症状）以及行为异常（如激越、睡眠异常或性行为脱抑制）。很多痴呆患者仍能保留一定的功能。

在住院患者中，请求精神（心理）科会诊的常见原因是与谵妄相关的行为紊乱。与其他常见原因所导致的谵妄患者相比，痴呆患者更容易出现急性脑病综合征。就是说，痴呆患者更可能因为较轻的全身疾病如泌尿系感染、肺部感染甚至制动就出现谵妄。因此，对于临床谵妄的患者，高度警惕他们是否同时合并痴呆非常重要。

仅仅因为认知功能障碍请求精神（心理）科会诊的情况较少见。而另一个请求精神（心理）科会诊的原因是痴呆相关的抑郁症状。对于精神科医生来说，仔细区分抑郁症状究竟是痴呆的原因、是与痴呆合并出现的问题还是痴呆所导致的抑郁是非常有价值的，当然这也是有一定困难的。进行鉴别诊断思考时，需要详细了解患者病史；既往有无精神疾病史、有无抑郁发作史；出现抑郁和认知功能障碍的时间关系等。

其他一些医疗问题也促使临床医生要考虑患者是否存在痴呆。如患者忘记是否吃药导致无法遵从医嘱；患者因为忘记关火或者电源导致意外烫伤；患者无法适应住院的陌生环境而出现焦虑、烦躁不安、激越或偏执症状等。后者往往是因为，在痴呆早、中期的认知功能障碍并不明显妨碍患者应付熟悉的环境，而当他们住院时对环境不熟悉、由不熟悉的护理人员照顾、生活上与家里的作息时间不一致等情况下，他们的应对机制不能正常发挥作用。

【诊断标准】

ICD-10 关于痴呆的诊断要点如下：诊断痴呆的基本条件是存在足以妨碍个人日常生活的记忆和思维减退。典型的记忆损害影响新信息的识记、储存和再现，以前学过的和熟悉的资料也可能会丢失，但这种情况尤见于痴呆晚期。痴呆不仅仅是记忆障碍，还有思维和推理能力损害以及观念的减少；信息摄入过程受损，使患者逐渐感到难以同时注意一个以上的刺激，例如参加几个人的交谈，以及将注意的焦点从一个话题转移到另一个话题。如果痴呆是惟一的诊断，则需提供意识清晰的证据。然而，谵妄附加痴呆的双重诊断也很常见。上述症状和功能损害至少肯定存在 6 个月或以上，方可

确定痴呆的临床诊断。

一、阿尔茨海默病

以下是临床确诊的基本条件。

- (1) 存在如上所描述的痴呆。
- (2) 隐匿起病，缓慢退化，通常难以指明起病的时间，但他人会突然觉察到症状的存在。疾病进展过程中会出现明显的平台期。
- (3) 无临床依据或特殊检查的结果能够提示精神障碍是由其他可引起痴呆的全身疾病或脑的疾病所致（如甲状腺功能低下、高血钙、维生素 B₁₂ 缺乏、烟酸缺乏、神经梅毒、正常压力脑积水或硬膜下血肿）。
- (4) 缺乏突然性、卒中样发作；在疾病早期无局灶性神经系统损害的体征如轻瘫、感觉丧失、视野缺损及运动协调不良（这些症状会在疾病的晚期出现）。

二、血管性痴呆

诊断的前提是存在如上所述的痴呆；特征有认知功能的损害往往不均衡；可能有记忆丧失、智能损害及局灶性神经系统损害的体征；自知力和判断力保持较好；突然起病或呈阶梯性退化。局灶性神经系统症状和体征加大诊断的可能性。但某些病例只有通过神经影像学或实施神经病理学检查才能确诊。

其他特征包括：高血压、颈动脉杂音、伴短暂抑郁心境的情绪不稳、哭泣或爆发性大笑、短暂意识混浊或谵妄发作、因梗塞而加剧的认知损害等；人格相对保持完整，部分患者的人格改变多见淡漠、缺乏控制力或原有人格特点如自我中心、偏执或易激惹更加突出。

三、可在他处归类的其他疾病的痴呆

多种疾病可导致痴呆，如颅内局灶病变、创伤性疾病、感染性疾病、内分泌疾病、营养和代谢性疾病以及自身免疫性疾病等。此外主要累及脑部组织的疾病也包含于此如额颞叶痴呆、路易体痴呆、帕金森病所致痴呆、克 - 雅病性痴呆、亨廷顿病性痴呆等。

额颞叶痴呆包含了一组以额颞叶萎缩为特征的痴呆综合征。常见有匹克病、额叶痴呆（frontal lobe dementia）和原发性进行性失语（primary progressive aphasia）。通常于 40 ~ 70 岁之间起病。与其他类型的痴呆早期出现认知功能障碍不同，这类痴呆患者明显的人格和行为改变如行为幼稚，无自制力、说谎、嗜酒、懒惰、无礼貌、好恶作剧、冲动、易激惹、漫游、判断理解力差、偷窃、性行为脱抑制等比记忆障碍出现得更早也更显著。部分患者首发症状可为社交退缩、缺乏主动性或抑郁情绪。

路易体痴呆（dementia with Lewy body, DLB）是一组在临床和病理上可能重叠于帕金森病和阿尔茨海默病之间的神经系统变性疾病所致的痴呆，患者以发作性谵妄和波动性认知功能障碍、突出的精神症状（尤其是视幻觉）、锥体外系症状（帕金森症）为临床特点。以路易体（Lewy body）为其病理特征。

根据国际路易体痴呆工作组 1996 年的报告，临床诊断路易体痴呆需要满足以下