

CHANG JIAN JING SHEN ZHANG AI
QUAN CHENG ZHI LIAO YU HU LI ZHAO GU

常见精神障碍

——全程治疗与护理照顾

主 编 陈景清 詹来英 等



天津科学技术出版社

常见精神障碍

——全程治疗与护理照顾

陈景清 詹来英 等主编

天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见精神障碍: 全程治疗与护理照顾 / 陈景清等主编.
天津: 天津科学技术出版社, 2009. 5
ISBN 978-7-5308-2984-4

I. 常… II. 陈… III. ①精神障碍-治疗②精神障碍-
护理 IV. R749.055 R473.74

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第072657号

责任编辑: 郑东红

编辑助理: 张建锋

责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人: 胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022) 23332693 (编辑室) 23332393 (发行部)

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

天津午阳印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张 12.625 字数 304 000

2009 年 5 月 第1 版第 1 次印刷

定价: 35.00 元

编 委 会

主 编 陈景清 詹来英 付凤珍 肖立群 张 丽
梁 田 李荣琴 瞿学烨 郭 俊 马忠义
王 欣

副主编 李尚兰 赵玉波 张 潇 谢传革 张传芝
胡春风 杜 芳 居丽晶 于 兰 曹中昌
张金响 何敬海

编 委 许海丽 李传平 冯俊慧 张卫红 翟爱玲
张 宇 李金德 周浩田 郭 军 王桂山
孙秀娟 许同芳 许 玲 刘 华 范继美
郭全芳 胡勤玲 李秀英 孙爱芹

前 言

21世纪竞争日益激烈，随着工业化的进程日益加剧，各种精神障碍和心理卫生问题将会大幅度上升。人类已由躯体疾病时代进入精神障碍时代，精神障碍将是21世纪的流行病，精神障碍防治任重道远。

1990年WHO疾病负担研究中精神障碍及相关的心理卫生问题导致的疾病负担在疾病总负担中占10.4%，比例超过1%的25种疾病中，精神疾病占了5项，分别是抑郁症(4.2%)、自杀/自伤(1.6%)、酒精中毒(1.3%)、双相障碍(1.2%)和精神分裂症(1.0%)，比例超过0.5%的还有强迫症、Alzheimers病/痴呆和惊恐障碍，这些精神障碍在全球范围内都是常见的高负担疾病。

近几年来，随着生物精神病学和精神药理学的发展，为精神障碍的治疗和康复提供了信息和手段。精神障碍大多是慢性病程，致残率高，长期住院经济花费高，又不利于社会功能的恢复，因此说家庭社区治疗也是此类患者治疗的主要场所。不仅专业的精神科医务人员要掌握精神药物的用药变化，社区保健和家属也应掌握精

神障碍的治疗、康复方面的知识，这也成为本书编写的指导思想，其旨在为临床精神科医生、护士、社区保健人员、患者及家属提供指导和支持。

本书的编写是围绕常见的精神障碍的全程治疗和护理照顾这一主线，重点阐述常见精神障碍的临床评估、精神药理基础、用药习惯的改变、精神药物及治疗的发展、康复指导、精神科的护理等，取材于国内外文献的最新研究进展，结合从事精神科工作的丰富临床经验，内容翔实。

在编写本书过程中，难免存在疏漏不到之处，请广大读者提出宝贵意见，予以斧正。

济宁市精神病防治院

陈景清

2009年1月

目 录

第一章	精神障碍生物学基础	1
第一节	多巴胺(DA)及其受体	1
第二节	5-羟色胺(5-HT)及其受体	2
第三节	氨基酸及其受体	2
第四节	去甲肾上腺素(NE)及其受体	4
第五节	乙酰胆碱(Ach)及其受体	4
第二章	精神障碍的治疗学基础	6
第一节	概述	6
第二节	抗精神病药	6
一、	药理机制	6
二、	抗精神病药物的种类	9
三、	药物治疗的收益和风险	23
四、	药物选择	33
五、	维持用药问题	34
六、	合并用药问题	35
第三节	抗抑郁药	36
一、	概述	36
二、	抗抑郁药的分类	37
三、	抗抑郁药的药代动力学	37
四、	抗抑郁药的药理机制	39
五、	抗抑郁药受体的临床效应	42
六、	药物相互作用	43
第四节	情感稳定剂	44
一、	锂盐	44

二、卡马西平·····	50
三、丙戊酸钠·····	52
第五节 抗焦虑药·····	54
一、苯二氮草(BZ)类抗焦虑药·····	54
二、丁螺环酮·····	59
三、普萘洛尔·····	60
第六节 精神兴奋药·····	62
一、药代动力学·····	62
二、药理作用·····	62
三、临床适应证·····	63
四、副作用和药物相互作用·····	63
第七节 镇静催眠药·····	64
一、巴比妥类及其他传统镇静催眠药·····	64
二、苯二氮草类药·····	64
三、非苯二氮草类药·····	66
第八节 精神药物的过量与急性中毒·····	70
一、抗精神病药过量与急性中毒·····	70
二、三环抗抑郁剂过量与急性中毒·····	74
三、锂中毒·····	79
第三章 精神障碍的心理治疗·····	82
第一节 概述·····	82
一、心理治疗的意义·····	82
二、心理治疗发展简史·····	86
三、心理治疗的分类·····	88
第二节 常用的心理治疗方法·····	90
一、支持疗法·····	90
二、分析性心理治疗·····	95
三、认知疗法·····	103
四、行为疗法·····	109

五、森田疗法·····	117
六、生物反馈疗法·····	122
七、催眠暗示疗法·····	126
八、家庭治疗·····	134
九、婚姻治疗·····	141
十、集体心理治疗·····	148
第四章 其他治疗·····	153
第一节 电休克治疗·····	153
一、作用机制·····	153
二、适应证·····	154
三、禁忌症·····	155
四、疗前准备·····	155
五、操作方法·····	156
六、治疗反应的观察·····	157
七、并发症及其处理·····	157
八、无抽搐电休克治疗·····	158
第二节 精神外科疗法·····	160
一、概述·····	160
二、精神外科治疗的解剖生理学基础·····	161
三、手术适应证及病例选择·····	163
四、精神外科手术方法·····	164
五、立体定向术患者的护理照顾·····	166
第六节 工娱疗法·····	168
一、理论基础·····	168
二、适应范围·····	169
三、治疗方法·····	170
四、工娱治疗时的护理照顾·····	174
第五章 常见精神障碍的临床评估·····	176
第一节 精神分裂症的临床评估·····	176

一、精神分裂症的临床评估·····	176
二、精神分裂症的诊断标准与分类·····	186
三、有关量表的应用及其临床意义·····	190
第二节 抑郁障碍的临床评估·····	192
一、临床评估·····	192
二、抑郁障碍的诊断标准与分类·····	200
三、有关量表的应用及临床意义·····	204
第六章 精神分裂症的治疗·····	207
第一节 治疗目标及治疗策略·····	207
一、治疗目标·····	207
二、治疗策略·····	207
第二节 抗精神病药物治疗·····	210
一、抗精神病药物治疗原则·····	210
二、不同抗精神病药物治疗的评价·····	212
第三节 抗精神病药物治疗的收益和风险·····	224
第四节 精神分裂症药物治疗程序·····	225
一、急性期治疗·····	225
二、恢复期治疗(巩固期治疗)·····	227
三、维持治疗·····	227
四、难治性精神分裂症治疗·····	228
五、抗精神病药物不良反应的处理程序·····	228
第五节 心理干预和康复·····	230
一、精神分裂症的康复·····	230
二、精神残疾·····	231
第六节 精神分裂症的护理·····	238
第七章 抑郁障碍的治疗·····	241
第一节 治疗目标及治疗策略·····	241
一、治疗目标·····	241
二、治疗策略·····	241

第二节 抑郁障碍的药物治疗	243
一、抗抑郁药物的治疗原则	243
二、不同类型抗抑郁药的治疗评价	244
第三节 对不同类型抑郁症的治疗	251
一、伴有明显激越的抑郁症的治疗	251
二、伴有强迫症状的抑郁症的治疗	252
三、伴有精神病性症状的抑郁症的治疗	252
四、伴有躯体疾病的抑郁障碍的治疗	252
第四节 难治性抑郁症的药物治疗	253
一、难治性抑郁症的概念	253
二、难治性抑郁症的药物治疗	253
第五节 双相抑郁的治疗	254
一、提高对双相抑郁认识	254
二、双相抑郁被误诊或漏诊的原因	255
三、防止双相抑郁误诊漏诊的主要线索	256
四、双相抑郁的药物治疗	258
第六节 抑郁障碍的护理照顾	264
第八章 躁狂症的治疗	267
第一节 药物治疗	267
一、躁狂症的治疗原则	267
二、药物治疗策略	267
第二节 躁狂症的护理照顾	270
第九章 神经症的治疗	273
第一节 恐怖症	273
一、行为治疗	273
二、精神分析治疗	274
三、药物治疗	275
第二节 广泛性焦虑症	275
一、药物疗法	275

二、心理治疗·····	281
第三节 惊恐障碍·····	282
一、药物治疗·····	282
二、心理行为治疗·····	287
三、病程和预后·····	288
第四节 强迫症·····	289
一、药物治疗·····	289
二、精神外科治疗·····	290
三、心理治疗·····	290
第五节 癔症·····	291
一、心理治疗·····	291
二、药物治疗·····	293
三、物理疗法·····	294
第六节 疑病症·····	294
一、心理治疗·····	294
二、药物治疗·····	295
第七节 神经症的护理照顾·····	295
一、强迫症的护理照顾·····	295
二、焦虑症的护理照顾·····	297
三、癔症的护理照顾·····	298
四、疑病症的护理照顾·····	299
五、恐怖症的护理照顾·····	302
第十章 睡眠障碍的治疗·····	305
一、失眠症的治疗·····	305
二、嗜睡症的治疗·····	308
三、睡眠-觉醒节律障碍的治疗·····	309
四、睡行症的治疗·····	309
五、夜惊的治疗·····	310
六、梦魇的治疗·····	310

五、夜惊的治疗·····	310
六、梦魇的治疗·····	310
第十一章 应激障碍的治疗·····	312
第一节 急性应激障碍·····	313
一、临床评估·····	313
二、ASD 对 PTSD 的预测作用·····	314
三、ASD 的治疗·····	315
第二节 创伤后应激障碍·····	316
一、药物治疗·····	316
二、心理治疗·····	319
三、环境治疗·····	319
四、创伤后应激障碍的护理照顾·····	319
第十二章 老年期痴呆的治疗·····	321
第一节 老年期痴呆的药物治疗·····	321
一、胆碱能药物·····	321
二、脑功能促进剂·····	324
三、其他药物·····	325
四、抗精神病药物·····	325
五、其他精神药物·····	327
第二节 老年期痴呆的康复治疗·····	328
一、老年期痴呆的临床评估·····	328
二、认知功能康复训练·····	329
三、日常生活的照顾·····	330
第十三章 脑器质性精神障碍的治疗·····	334
第一节 颅脑创伤所致的精神障碍·····	334
一、急性期治疗·····	335
二、慢性期治疗·····	335
三、颅脑外伤所致精神障碍的护理照顾·····	336
第二节 癫痫性精神障碍·····	338

三、外科手术治疗·····	340
四、癫痫性精神障碍的护理照顾·····	340
第三节 酒依赖和酒中毒性精神障碍·····	341
一、酒依赖的治疗·····	341
二、酒中毒性精神障碍的治疗·····	344
三、酒精中毒性精神障碍的治疗·····	347
四、酒精中毒性精神障碍的护理照顾·····	348
第十四章 儿童期情绪和行为障碍的治疗·····	350
第一节 儿童情绪障碍·····	350
一、心理、行为治疗·····	350
二、药物治疗·····	351
三、儿童情绪障碍的护理照顾·····	351
第二节 多动性障碍·····	352
一、药物治疗·····	353
二、心理治疗·····	354
三、多动障碍的护理照顾·····	354
第三节 抽动障碍·····	355
一、药物治疗·····	356
二、心理治疗·····	358
三、抽动障碍的护理照顾·····	358
第十五章 精神发育迟滞的治疗·····	360
一、生物学方面的措施·····	361
二、教育与训练·····	363
三、精神发育迟滞的护理照顾·····	364
第十六章 治疗的有关问题·····	366
第一节 治疗依从性·····	366
一、不依从的原因·····	366
二、提高依从性的策略·····	367
第二节 精神科药物治疗所致体重增加·····	368

第三节	抗精神病药物所致高泌乳素血症	369
第三节	精神药物导致性功能障碍	370
第四节	抗精神病药物所致锥体外系症状	372
一、	帕金森综合征	372
二、	静坐不能	373
三、	迟发性运动障碍	375
四、	急性肌张力障碍	376
第五节	恶性综合征 (NMS)	377
第六节	5-羟色胺综合征 (SS)	379
第七节	5-羟色胺再摄取抑制剂戒断综合征	381
第八节	孕期给药	382
一、	精神药物的应用	382
二、	用药指导原则	383
第九节	哺乳期给药	384
一、	一般原则	384
二、	哺乳期的药物选择	384
三、	减少对婴儿影响的策略	385
第十节	躯体疾病患者的给药	385
一、	心血管病患者的给药	385
二、	肝脏疾病患者的给药	386
三、	肾脏损害患者的给药	387

第一章 精神障碍生物学基础

第一节 多巴胺（DA）及其受体

目前已知的 DA 受体可分为两类五种亚型，分别为 D₁ 型 DA 受体，包括 D₁、D₅，D₂ 族受体，包括 D₂、D₃、D₄。在脑中表达部位不同，D₂ 受体主要在基底节表达，D₃、D₄ 主要在纹状体以外脑区表达，典型抗精神病药对 D₂ 受体亲和力高（70%~90%），D₂ 受体占据 80% 可能出现的治疗反应。DA 神经元有 3 个主要通路：（1）中脑-边缘皮质系统，起于腹盖区（VTA、A₁₀ 细胞群），投射到伏隔核、杏仁核和新皮质，与精神分裂症很多症状有关。（2）黑质-纹状体系统，起于中脑黑质（SN、A₉ 细胞群）投射到尾状核、壳核、豆状核，与 EPS、TD 等运动功能有关。（3）结节-漏斗系统，与药物内分泌作用有关。当中脑-边缘通路的多巴胺功能亢进时，激动多巴胺 D₂ 受体，引起阳性症状（幻觉、妄想、攻击等）。阻断 D₂ 受体，改善阳性症状，阻断 D₂ 受体强度与改善阳性症状程度有关，在阻断 D₂ 受体抢断上，不典型抗精神病药不比典型抗精神病药有任何优势，因此说治疗阳性症状时，典型与非典型抗精神病药疗效相当。当中脑-皮质通路功能增强时，激动 D₁ 受体，可改善阴性症状和认知功能。当激动纹状 D₂ 受体，抑制肌张力，改善帕金森综合征；阻断 D₂ 受体，增加肌张力，引起药物性帕金森综合征、急性肌张力障碍和静坐不能。激动突出后膜上的 D₂ 受体，强效抑制催乳素释放，当抗精神病药阻断 D₂ 受体，引起催乳素脱抑制升高，导致高催乳素血症。

第二节 5-羟色胺 (5-HT) 及受体

脑内 5-HT 神经元细胞体主要集中于中脑下部、脑桥上部和延髓的中缝核群。其发出的神经纤维分为上行纤维和下行纤维。上行纤维分布至全脑，下行纤维分布至脊髓前后角。现已发现有 14 种 5-HT 受体亚型，很多非典型抗精神病药对 5-HT₂ 受体家族和 5-HT₆、5-HT₇ 受体亲和力高，氯氮平至少对 5 种 5-HT 受体 (5-HT_{2A}、5-HT_{2C}、5-HT₃、5-HT₆、5-HT₇) 有较高亲和力，利培酮对 5-HT₂ 亲和力也较高。5-HT 和 DA 系统解剖和功能有密切关系，5-HT 对 DA 神经元具有调控作用。研究表明，5-HT 抑制中脑边缘和黑质纹状体 DA 活性，还可以直接抑制纹状体 DA 释放，这些发现导致认为 5-HT_{2A} 受体可能是非典型抗精神病药重要作用位点。5-HT_{2A} 拮抗剂可能减轻慢性抗精神病药物治疗对 DA 的抑制作用，从而在某些脑区增强 DA 功能，以缓解阴性症状和 EPS。

选择性 5-HT 回收抑制剂增加 5-HT 能，从而激动 5-HT_{2A} 受体，能抑制去甲肾上腺素或多巴胺释放，导致精神迟钝；不典型抗精神病药阻断 5-HT_{2A} 受体，导致前额皮质的去甲肾上腺素和多巴胺脱抑制性释放，精神活跃，改善阴性、认知和抑郁症状。

第三节 氨基酸及受体

氨基酸类神经递质是中枢神经系统内主要的神经递质，分布广、含量多，主要属传导性神经递质。氨基酸类神经递质分为两类。一类是兴奋性氨基酸，包括谷氨酸、门冬氨酸等，其作用是使突触后神经元去极化产生兴奋。另一类是抑制性氨基酸，包括 γ 氨基丁酸 (GABA)、甘氨酸等，其作用是使突触后神经元超极化产生抑制。谷氨酸受体在中枢神经系统内分布广