

现代精神病学概论卷一

精神疾病

JINGSHEN JIBING

主编：张书琴 邹振民 赵建敏



第四军医大学出版社

现代精神病学卷一

精神疾病

JINGSHEN JIBING

主 编：张书琴 邹振民 赵建敏



第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

精神疾病/张书琴, 邹振民, 赵建敏主编. -西安:第四军医大学出版社, 2007. 8

现代精神病学

ISBN 978-7-81086-404-6

I. 精… II. ①张…②邹…③赵… III. 精神病学-研究 IV. R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第113498号

精神疾病

- 主 编 张书琴 邹振民 赵建敏
责任编辑 杨耀锦
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路17号 (邮编: 710032)
电 话 029-84776765
传 真 029-84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 涿州市京南印刷厂
版 次 2007年8月第1版 2007年8月第1次印刷
开 本 850×1168 1/32
印 张 9
字 数 220千字
书 号 ISBN 978-7-81086-404-6/R·293
定 价 45.00元 (共2卷)
-

(版权所有 盗版必究)

内容提要

本书共16章,系统介绍了器质性精神障碍、精神活性物质及非成瘾物质所致精神障碍、精神分裂症及其他精神病性障碍、心境障碍、应激相关障碍、癔病、神经症、心理因素相关生理障碍、人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍、精神发育迟滞、童年和少年期精神病、与文化相关的精神障碍、周期性精神病、产褥期精神障碍等精神疾病的病因、分类、临床表现、诊断、治疗及护理、康复等内容。有重点地阐述了家庭如何护理精神疾病患者、患者在家庭中发生意外的处理以及常见康复措施等问题。本书内容丰富、全面,注重实用,可供从事精神疾病临床工作的医务人员参考,亦可作为精神疾病患者及其家属的家庭指导用书,还可供在校医学生阅读参考。

前 言

精神疾病既是当今严重危害人类健康的常见疾病，也是一类致残率较高的疾病。其中，抑郁症目前已成为世界第四大疾患，而到2020年，可能成为仅次于心脏病的第二大疾病。世界卫生组织在《2001年世界卫生报告》中指出：全世界共约有4.5亿各类精神疾病患者，每4人中就有1人在其一生中的某个阶段产生某种精神障碍。在我国，严重精神疾病患者约有1600万人，癫痫患者约有600万人；青少年和儿童中，约3000万人受到情绪障碍和心理行为问题困扰；老年人和妇女的精神疾病及心理行为问题也日益增多。因此，精神疾病的防治工作不仅成为世界医学的重要课题，同时也是我国疾病的防治重点。

为了加大科学防治精神疾病的力度，作者结合多年临床实践经验，参考国内外有关信息，编写了《现代精神病学卷一——精神疾病》一书。本书作者由长期工作在临床一线的专家、学者组成，不但系统介绍了精神疾病的病因、分类，各种精神疾病的临床表现、诊断要点、治疗方法等内容，而且详细阐述了患者及其家属比较关心的家庭护理及康复问题。全书内容丰富、全面，条理分明，注重实用，不仅适用于基层社区精神疾病的防治宣教，可供社区康复医师和医学院校在校学生阅读参考，还可作为精神疾病患者的院外护理康复及预防保健用书。

本书在编写过程中参阅了大量相关书刊，在此，向参考资料的作者以及给予大力支持的相关人员表示诚挚的感谢。由于编者水平有限，书中不足之处在所难免，敬请广大读者批评指正，以便修订时改进。

编 者

2007年5月

目 录

第一章 器质性精神障碍	1
第一节 阿尔茨海默病	1
第二节 脑血管病所致精神障碍	10
第三节 其他脑部疾病所致精神障碍	15
第四节 躯体疾病所致精神障碍	20
第二章 精神活性物质所致精神障碍	28
第一节 酒精所致精神障碍	28
第二节 阿片类药物所致精神障碍	34
第三节 大麻类药物所致精神障碍	37
第四节 镇静催眠药或抗焦虑药所致精神障碍	38
第五节 兴奋剂所致精神障碍	40
第六节 致幻剂所致精神障碍	41
第七节 烟草所致精神障碍	42
第八节 挥发性溶剂所致精神障碍	42
第三章 非成瘾物质所致精神障碍	44
第一节 肾上腺皮质激素所致精神障碍	44
第二节 抗胆碱能药物所致精神障碍	45
第三节 三环抗抑郁药物所致精神障碍	45
第四节 一氧化碳所致精神障碍	46

第五节	有机磷中毒所致精神障碍	48
第六节	苯中毒所致精神障碍	50
第七节	铅中毒所致精神障碍	51
第八节	汞中毒所致精神障碍	53
第九节	食物所致精神障碍	56
第四章	精神分裂症及其他精神病性障碍	59
第一节	精神分裂症	59
第二节	急性短暂性精神病	90
第三节	偏执性精神障碍	94
第四节	分裂情感性精神障碍	97
第五章	心境障碍（躁狂抑郁症、情感性精神障碍）	102
第一节	躁狂发作	102
第二节	抑郁发作	107
第三节	双相障碍	114
第四节	持续性心境障碍	119
第六章	应激相关障碍（心因性精神病）	124
第一节	急性应激反应	124
第二节	创伤后应激障碍	128
第三节	适应性障碍	130
第七章	癔病、神经症	134
第一节	癔病	134
第二节	恐怖症	142
第三节	焦虑症	151
第四节	强迫症	160
第五节	躯体形式障碍	169
第六节	神经衰弱	175

第八章 心理因素相关生理障碍	180
第一节 进食障碍	180
第二节 失眠症	191
第三节 非器质性性功能障碍	195
第九章 人格障碍	200
第十章 习惯与冲动控制障碍	214
第十一章 性心理障碍	220
第十二章 精神发育迟滞	226
第十三章 童年和少年期精神病	238
第一节 多动症	238
第二节 品行障碍	241
第三节 儿童情绪障碍	243
第四节 抽动障碍	247
第五节 孤独症	250
第十四章 与文化相关的精神障碍	255
第一节 气功所致精神障碍	255
第二节 迷信巫术所致的精神障碍	258
第十五章 周期性精神病	261
第十六章 产褥期精神障碍	265

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 阿尔茨海默病

一、概述

阿尔茨海默病(AD)是病因不明的进行性变性疾病,是痴呆最常见的病因,首先由Alzheimer(1907)描述。AD主要分为:①老年前期型(<65岁);②老年型;③非典型或混合型。

二、临床表现

AD可以发生在任何年龄,但通常发生在60岁以后。女性多于男性,约2:1。起病缓慢、隐袭,首发征象主要是近记忆、短时记忆障碍,如隔5分钟复述3件物品有困难,学习新知识困难,做事丢三落四,随做随忘。远记忆也逐渐受损。定向力障碍较明显,如在原来熟悉的环境中走失。严重时连亲人姓名、年龄都忘记。智能损害,如计算、判断、分析、创造能力减退,不能适应社会环境,不能从事脑力劳动,严重时连简单劳动都不能做,经常出错,如不会做饭,忘记关煤气等。晚期可出现精神症状,如被害、被盗观念甚至妄想;情感淡漠或欣快,焦虑或抑郁;早期人格与自知力相对完整,病情进展可见人格改变,如自私、固执、不修边幅,甚至不知羞耻;行为被动;进食过多,随便乱吃;睡

眠节律紊乱，夜间不眠，甚至吵闹，白天昏昏欲睡；少数患者可有神经系统损害的症状体征。

三、诊断与鉴别诊断

AD的临床诊断主要根据患者详细病史、临床症状、精神量表检查及相关辅助检查。诊断标准包括：①发病年龄40~90岁，多在65岁以后；②临床症状确认为痴呆，神经心理测试支持痴呆；③进行性加重的记忆及其他智能障碍；④必须有两种或以上认知功能障碍；⑤无意识障碍，可伴精神、行为异常；⑥排除可导致进行性记忆和认知功能障碍的脑病。

须与下列痴呆性疾病鉴别：①多发梗塞性痴呆（MID）；②抑郁性假性痴呆；③老年良性健忘症（AAMI）；④其他痴呆性疾病：正常颅压脑积水、Pick病或额颞痴呆、路易体痴呆、Creutzfeldt-Jakob病、帕金森病痴呆、进行性核上性麻痹、麻痹性痴呆等。

四、治疗

目前尚缺乏特殊的病因治疗措施，一般生活上的照顾和护理极为重要。注意患者的饮食、营养和日常的清洁卫生，尽量督促患者自己料理生活，鼓励患者参加适当活动，以减缓其精神衰退。

1. 用于改善认知功能的对症治疗 ①胆碱乙酰转移酶(AchE)抑制剂：他克林、多奈哌齐（安理申）、雷司替明（艾斯能）；②促进脑部代谢和神经保护性治疗：可用脑复康、核糖核酸、氢化麦角碱、石杉碱甲及胆碱前体二甲氨乙醇等，以及钙离子拮抗剂：西比灵、尼莫地平等可有帮助；③中药在AD的治疗中近几年来日益受到人们的重视，如有研究显示银杏制剂对改善认知功能有益。

2. 神经阻滞剂、抗焦虑、抗抑郁治疗 有精神兴奋或抑郁、行为紊乱、难以管理者，可给少量神经阻滞剂或抗焦虑或抗抑郁药物，但需注意副反应，当症状改善后，宜及时停药。抗精神病

药可用如利培酮(维思通);抗抑郁药如氟西汀、西酞普兰;抗焦虑药可用丁螺环酮。

五、家庭护理

(一) 一般护理

1. 应有家人与其同一居室居住,可以随时照顾患者。房间应舒适、安全、简洁,室内阳光充足,通风好、空气新鲜,室内以温度 $22^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $50\%\sim 60\%$ 为宜,地面要防滑。

2. 家人要帮助患者将身边常用物品整理放置在固定位置,并拿走周围环境中的危险物品和不必要的物品,不轻易改变病房布置,以防患者辨认困难。

3. 家人要反复培养和训练患者,维持其日常生活的能力,如反复叠被、穿衣等,让患者参与一些简易的劳动操作,如择菜、扫地、擦地等,从而强化其责任感,充实其精神生活,防止患者精神活动继续衰退。

4. 保证足够的营养及睡眠,一般以低脂、低盐、易消化的软食为宜,同时要补充钙,多喝牛奶,防止骨质疏松,减少骨折的发生,患者出现睡眠倒错时,家人要制止患者白天入睡,让患者做一些活动,以保证夜间的睡眠。

5. 家人要精心观察,善于发现躯体并发症,要区别痴呆的一些表现与心脑血管疾病的表现,以早发现、早诊治。

(二) 伴发症状的家庭护理

1. 排便障碍

(1) 便秘:要求家人在平时的饮食中多给患者一些富含粗纤维的食物,如韭菜、芹菜等,定时吃一些香蕉,或每天喝一些蜂蜜水,鼓励患者多活动,以促进肠蠕动,减少便秘的发生。家人要每天观察患者有无大便,如患者几天未解大便,出现烦躁、痛苦的表情时,可用手掌在患者腹部顺时针方向轻轻地按摩,用力不能过大,有助于肠蠕动加快。如无效,可给少量缓泻剂,或用开塞露灌肠,以保证大便通畅。

(2) 尿潴留：家人要劝慰患者，不要紧张，可以采取一些诱导措施，让患者自己排尿，如打开水管让患者听流水声，用温水清洗会阴部，下腹部放热水袋等。注意千万不要盲目用手按压下腹部，防止膨胀膀胱受压后破裂。

(3) 大小便失禁：一方面，家人要训练患者养成按时排便的习惯，如定时带患者蹲厕所，或给患者便盆；另一方面，要及时更换尿湿的被褥及衣裤，保持好患者个人的卫生及床单清洁整齐。

2. 自杀、自伤及冲动外走行为 家人要留心观察患者情绪和行为表现，最好有专人看护，跟随患者，以便发现有自杀自伤倾向时及时采取有效的防范措施。有冲动攻击行为的老年人应加强安全护理，必要时给予保护性约束。家人要注意，在保护和控制患者过程中，动作要轻柔，避免发生骨折和外伤。对卧床者，可给其加床档，防止坠床。对意识模糊、幻觉、妄想的老年人要控制在一个房间内，不令其外出，严加看管，并且房间内不要有危险物品。当患者从事适当的户外活动时，需有家人跟随，防止迷路走失，防止交通事故或物品被窃等情况发生。

3. 睡眠障碍 家人可采取以下措施。

(1) 白天限制患者睡眠时间，带患者干一些简单的劳动或参加工娱活动，如打打拳、散散步等。

(2) 给老年痴呆患者创造一个舒适安静的睡眠环境，房间光线要暗，空气流通，温度适宜，患者的床铺要整洁，被褥枕头柔软。如果尿床要及时更换尿湿的被褥及衣裤。

(3) 晚餐不能饮食过饱或过多饮水，以免腹部胀满不适影响睡眠，或多次起床小便影响睡眠，睡前可饮1杯热牛奶。睡前不看令人紧张的电视及小说，不与患者谈不愉快的事。

4. 感染 家人要对患者多给予生活上的照顾，随天气的变化给患者随时增减衣服，不要着凉。进食及喂饭时，要叮嘱患者吞咽慢一些，防止因呛咳而发生吸入性肺炎。长期卧床的患者应定时翻身，按摩受压部位，保持皮肤清洁、干燥，防止褥疮的发生。

家人还要尽可能地用轮椅或搀扶患者外出活动,接触阳光及新鲜空气,增强免疫力。

5. 智力减退 老年痴呆患者常常因智力减退使生活能力逐渐下降,家人要对其进行训练,教患者自己穿衣、洗漱,经常带患者外出散步,多和患者聊天,早晨可带领患者外出锻炼身体,晚上则看一会儿电视,听一会儿广播或音乐。患者锻炼的时间要循序渐进,随着时间的延长,锻炼时间逐渐延长,开始不要强迫患者。强化患者记忆,可在房间内设置醒目的标记,放置患者熟悉的物品,也可利用时针、日期、新闻等内容训练患者的定向力。虽然患者生活自理能力下降,但家人不要事事包办,应训练患者自己来做,可延缓患者痴呆的进程。

6. 营养摄入不足 应将营养保证、患者食欲和满足感三者调节好,既满足营养和热量需要,也在心理上增加满足感。饮食既要照顾到老人饮食习惯爱好,同时又合理营养和易于消化,对不知饥饱的患者,家人要限制患者进食,对咀嚼或吞咽困难者,家人要耐心慢喂,防止噎食,并在食谱上做到无骨无刺,饭后应给予足够的汤或开水,尤其是夏天要注意供给水分。

7. 生活自理能力下降 家人应协助料理生活,但不能事事包办,应反复进行生活能力训练,防止和减缓精神衰退。家人应随气候变化,注意增减衣服,并要设法恢复患者自己穿衣能力。

(三) 药物治疗的家庭护理

1. 要按医嘱服药 家人要严格按照医嘱给患者服药,不能随意增减药量。

2. 观察药物的副作用 家人应给予生活上的照顾,在上厕所、洗漱时予以搀扶。患者变换体位时,如起床时或下蹲位起立时家人应嘱其动作要缓慢,家里最好在厕所、床边安扶手,改蹲便器为坐便器。

3. 防止藏药 家人在给患者吃药的过程中,一定要亲眼看患者将药服下,检查口腔,防止患者将药物藏起来一次大量吞服而

发生意外。

(四) 家庭心理支持

家人要尊重、理解患者，不要嫌弃患者。对生活不能自理的患者，家人应协助、照顾。家人一方面应理解患者的处境和心情，另一方面应多陪伴患者，多与患者聊天，开导患者，让患者正确面对现实，适应目前的状况。在老人情绪不好时，家人可以和患者一起回忆以往的幸福和成就，以增加患者的幸福感和新鲜感。老年人的心理需求得到满足，精神状况将有所改善。

六、康复措施

(一) 现实环境导向

现实环境导向是一种特别的康复技巧，现已广泛地应用于照顾老年人及老年精神病患者，特别是老年痴呆症患者。此技巧之目的是协助那些因老年、长期住院或患其他脑病而引致记忆力及认知能力衰退的人，重新学习掌握某些有切身关系的资料及信息，从而改善其对周围环境及事物的认知和处理方法，使其能更有信心及独立地进行各种日常活动。它实际是一些特别的技巧和方法，去帮助患者重新认知及掌握有关日期、时间、地点、人物等资料，使患者日常的活动能力及行为得到改善。而持续地提供各种刺激和鼓励社交接触，亦有助增加与外界的沟通，避免与现实脱节。

“现实环境导向”大致可分为“24小时现实导向”和“现实环境导向小组”。前者是利用一些特别的环境设计，如大标志及指示等，再配合护老者的接触，整天不间断地提供“环境导向”的资料，去协助患者熟悉现在的居住环境，让他们不会因感到迷惘而惶惑不安；后者则以小组形式，集合一些认知能力相似的患者，针对他们的问题作适当训练。要达到最佳效果，宜双管齐下，且要持续不断实行。

(二) 缅怀治疗

缅怀是一种在老年精神科及老年科广泛采用的治疗媒介，亦适用于治疗老年痴呆症及老年抑郁症。

缅怀可通过不同的形式进行，包括个别回想、与人面谈、小组分享、展览及话剧等。

随着痴呆症患者的近期记忆衰退，加上患者在判断能力、语言、思维、运算及理解能力的减退，患者会渐渐与现实脱节，以致成为与人沟通的障碍。缅怀治疗是利用患者所拥有的记忆作媒介，去鼓励患者与人沟通及交往。由于远期记忆是一些实在的材料，患者可以在没有压力的情况下抒发自己的意见及情感。在分享过往光辉岁月及成就的时候，患者的个人尊严得以维护，且有助他们重新肯定自己。与此同时，患者会感到被接纳和谅解，而朋辈的分享也给予一个学习和认同的机会，使患者得到更大的支持去面对目前或将来的挑战。

一般缅怀活动会揉合开心与不快的回忆。因为过分着眼于开心的回忆会造成逃避现实；只侧重于不快往事却又会令患者情绪低落。故此，护老者应抱着谨慎态度。合适的缅怀活动有助增进患者的生活满足感，减低抑郁及改善生活质量。

（三）记忆训练活动

记忆衰退是一种症状而不是诊断，它与一些行为问题有着紧密的关系。要进行记忆训练，首先明确记忆的基本概念、衰退的成因及其对日常活动的影响。

记忆训练是指任何一种能够助患者或护老者去适应、明确或减轻因脑部受创而引致的记忆障碍的技巧或策略。当中尤重于减低环境对患者的要求，以及采取适当的处理日常生活的策略。虽然训练记忆力的方法有很多种，包括直接训练法，但在痴呆症患者的功效却不甚显著。替痴呆症患者进行记忆力训练之功效仍有待鉴定，但若能针对未曾受损的记忆功能而训练，则往往能促进患者的日常活动功能的改善。此外，部分患者仍保留提取旧有记忆的能力，而训练患者利用外界的提示去支持此过程也有助改善表现。

记忆训练活动基本包括思维的运用，例如动脑筋游戏、谜语、小组讨论及时事评论等；其他文字游戏，记名字和配对游戏，甚

至某些电视节目中的游戏也可归入此类。虽然此等活动未必能够改善记忆力，但却有助于患者发展不同策略，提升其自信；因此这些活动也可视作辅助策略的练习，甚至是作为一般刺激智能的方法。推行的形式可考虑利用各种感官提示，包括视觉、嗅觉、味觉、听觉及动作。

（四）音乐治疗

音乐治疗是有计划地运用音乐去改善智能、身体及社交方面有缺欠的人士对其生活环境的适应能力。它对某些人是工作，但对其他人却可能是文娱活动。它的多元化和力量涉及不同的层面，包括功能、感官、认知、社交和情绪。音乐对身心都有正面的影响，如促进情绪改变，增强情感上的反应，促进情绪健康及改善社交技巧。对某些人来说，甚至可以加强人、物和地方的认知。若配合一些身体活动，亦有助促进健康。再者，对一些有躁暴行为的痴呆症患者，音乐亦有纾缓和安定的作用。

音乐活动的名类繁多，可包括听音乐、唱歌、敲击乐器、音乐体操等，且可融于日常生活，在不同时间播放不同的音乐，有助于患者对时间的认知。

（五）美术治疗

美术治疗是经美术活动沟通媒介，通过治疗关系去满足参加者在情绪、社交及发展方面的需要、治疗对象甚为广泛，包括长期病患者、痴呆症患者及抑郁症患者。常用于医院、康复中心、学校，甚至监狱。参与美术及手工艺小组能建立自尊，增强大小肌肉的协调，增加能力及耐力，改善认知能力，促进创意表达、兴趣及社交，改善决断力和避免退化。

美术治疗着重过程多于结果。通过不同形式的活动，参与者更能明白自己的需要和了解在潜意识的想法。由于它揉合了情感、认知及人生经历，对参与者来说是一种独特的活动。而且，美术能实现幻想，鼓励情感流露，亦给予身体各项感官刺激。此外，美术活动亦穿插了社交的元素；所以，一项精心编排的美术活动能

减低冷漠及抑郁。

(六) 感官刺激

感官刺激是通过个别或小组活动去为感知有缺欠的人，有系统地提供有意义及熟悉的感官经验，包括嗅觉、触觉、视觉、听觉及味觉。“多感官刺激”旨在提供一个既轻松又愉快的经历，容许参与者在没有压力的气氛下自由自在地去探索四周的环境，令精神及身体得到松弛，且能刺激其基本的感官。当中的信念在于相信每个人都需要适量的刺激，而均衡的感官刺激能令脑部正常操作及保持警醒。因为过剩、过少及难以明了的刺激会令人在掌握其周围环境时出现困难，导致行为上的混乱。

由于痴呆症的患者在智能和记忆方面的缺欠，加上感官的认知能力衰退，使患者难以适应其周围环境，有如置身于既陌生又毫无意义的环境中。若能稳定及恰当地组织其周围环境，会有助于患者的适应力和在日常生活中的表现。感官刺激并不局限于任何模式，且应融于日常生活。在环境方面，在墙壁和地面上避免选择一些容易混淆的图案；妥善控制环境的噪音。此外，若能在规律的生活中增加少许变化，也可打破沉闷的气氛，为生活添彩。

(七) 其他

1. 环境要求 首先应注意安全，要注意门锁和大门的设计，以防止患者走失，家具、墙壁等要避免有尖角，以减少对患者的损伤，门锁选择易开型，将患者的姓名、病症、亲属联系方式等制成卡片，让患者随身携带，其次要给患者环境和方向、地点的提示。

2. 建立有效沟通 开始谈话时，先称呼他的名字，并介绍自己，以引起他的注意，接触患者应该在他的面前或视线范围以内；应与患者保持目光的接触；交谈时，语速要慢，可用身体语言来表达，如微笑等。

七、预后

早期诊断、早期治疗有助于 AD 患者。病程通常持续 5~10 年，常死于营养不良、肺部感染和褥疮等并发症。