

中国精神障碍防治指南丛书

精神分裂症 防治指南

主编单位 中华医学会

主编 舒 良



北京大学医学出版社

中国精神障碍防治指南丛书

精神分裂症防治指南

主编单位 中华医学会

主 编 舒 良

副 主 编 司天梅

北京大学医学出版社

JINGSHEN FENLIEZHENG FANGZHI ZHINAN

图书在版编目 (CIP) 数据

精神分裂症防治指南/舒良主编. —北京: 北京大学
医学出版社, 2007. 6

(中国精神障碍防治指南丛书)

ISBN 978-7-81116-257-8

I. 精… II. 舒… III. 精神分裂症—防治—指南 IV.
R749.3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 049496 号

精神分裂症防治指南

主 编: 舒 良

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 6 字数: 152 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷 印数: 1-5000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-257-8

定 价: 13.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《中国精神障碍防治指南》编写委员会

名誉主任 沈渔邨

主 任 张明园 舒 良

学术秘书 张鸿燕

委 员 (以姓氏笔画为序)

马 崔 王祖诩 刘协和 严 俊 杨德森

沈其杰 沈渔邨 张 立 张明园 陈远光

陈彦方 周东丰 赵旭东 顾牛范 黄明生

舒 良 蔡焯基

精神分裂症防治指南

主 编 舒 良

副主编 司天梅

编 者 (以姓氏笔画为序)

于 欣 马 崔 王传跃 师建国 纪丽萍

张培琰 陈彦方 姚贵忠 徐一峰 黄明生

前 言

由卫生部疾病预防控制局、中国疾病预防控制中心精神卫生中心和中华医学会精神病学分会牵头，编写《中国精神障碍防治指南》（以下简称《指南》）。现已完成的是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、老年期痴呆和儿童注意缺陷多动障碍（ADHD）。它们是《中国精神卫生工作规划，（2002~2010年）》（以下简称《规划》）中规定的重点疾病。

精神分裂症及双相障碍（旧称躁狂抑郁症），无疑是目前我国精神科服务的重点，而且在今后一段时间内仍然是我国专科服务的重点病种。抑郁障碍，则包括一组以情绪低落为主要表现的精神疾病或精神障碍，患病率相当高，正在日益引起人们的重视。以上三类精神疾病，均被世界卫生组织列为造成主要劳动力年龄段（15~45岁）的十大主要致病病种。随着人口的老齡化，老年期痴呆将为今后一段时期中，致残率增长最快的精神障碍。ADHD（旧称多动症），则为儿童最常见的精神障碍。

本《指南》参考和借鉴了国内外最新研究成果和指导建议，国际精神药物治疗规程委员会（IPAP）以及美国哈佛医学院的专家也多次提出咨询建议。在格式方面则参照卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》（试行本）。

本《指南》的指导思想之一是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍和 ADHD 的发生和发展，都是生物-心理-社会因素综合作用的结果，它们的防治必须采取生物-心理-社会的综合措施。合适的精神药物治疗对上述疾病有肯定的效果，但是不能忽视也不能偏废心理社会干预。老年期痴呆虽以生物学因素为主，但在

干预方面，社会心理干预仍占重要地位。

本《指南》的另一指导思想是上述各类精神障碍，都呈慢性或慢性发作性过程，因而需要全病程防治。在病程的不同阶段，采用以人为本的不同措施。在《指南》的编写中，还考虑到我国的国情和现实的社会经济发展水平，特别是与我国情况相应的卫生经济学原则。

《指南》的读者主要是在第一线服务的精神卫生工作者，包括专科医师、通科医师、综合医院心理科医师、临床社工师以及精神卫生管理人员。

本《指南》的起草委员会，包括来自全国各省市的 50 余名精神科临床及精神卫生预防管理的专家。老年期痴呆部分，还邀请神经科和老年科专家，参与编写和审稿。

精神分裂症、抑郁障碍和双相障碍防治指南的试行本，于 2003 年 9 月推出。承全国同道在试行中，提出不少宝贵意见和建议，成为本《指南》修改和定稿的重要参考依据。实践是检验真理的唯一标准，我们竭诚期望大家在本《指南》的实施中，继续批评指正，使《指南》日臻完善。

张明园 舒 良

2006 年 9 月

目 录

1	精神分裂症的概念	1
2	精神分裂症的流行病学及防治现状	2
2.1	精神分裂症的流行病学概况	2
2.2	精神分裂症的防治现状和任务	3
3	精神分裂症的发病危险因素及相关因素	6
3.1	精神分裂症的发病相关因素	6
3.2	精神分裂症的神经生物学改变	11
4	精神分裂症的临床评估和诊断分类	14
4.1	精神分裂症的临床评估	14
4.2	精神分裂症的临床表现、病程和预后	20
4.3	精神分裂症的诊断与分类	26
4.4	有关量表的应用及其临床意义	31
5	精神分裂症的治疗	35
5.1	治疗目标	35
5.2	治疗策略	36
5.3	药物治疗	39
5.4	心理治疗	74
5.5	改良电抽搐疗法	83
6	精神分裂症药物治疗程序	94
6.1	急性期治疗	94
6.2	恢复期治疗（巩固期治疗）	101
6.3	维持治疗	101
6.4	难治性精神分裂症治疗	102
6.5	抗精神病药物不良反应的处理程序	102
6.6	抗精神病药物出现并发症的治疗程序	106
6.7	抗精神病药物出现其他问题的治疗程序	107

6.8	抗精神病药物超量中毒的治疗程序	108
6.9	换药	110
7	特殊人群	112
7.1	儿童精神分裂症	112
7.2	老年期精神分裂症	114
7.3	孕期、围产期和哺乳期妇女的精神分裂症	117
7.4	合并躯体疾病患者的药物治疗	119
7.5	合并其他精神障碍的精神分裂症	120
7.6	精神分裂症与自杀问题	122
8	精神分裂症的康复	124
8.1	康复和康复医学的概念	124
8.2	精神分裂症是产生精神残疾的主要疾病	125
8.3	精神残疾康复的主要内容及其实施方式	127
9	精神分裂症的人群防治	130
9.1	政策和各部门的支持	130
9.2	人员培训	132
9.3	精神卫生的健康教育	134
9.4	心理社会干预	136
9.5	心理应激应对模式的指导	140
9.6	疾病与危险因素监测	140
9.7	人群防治计划的设计与评估	140
10	精神分裂症防治指南的推广和实施	145
10.1	《中国精神卫生工作规划(2002~2010年)》中 与精神分裂症防治有关的指标	145
10.2	加强卫生部门的主导作用,协调多部门参与 精神疾病防治工作	147
10.3	广泛开展《指南》宣传和培训,提高专业人员 防治重点精神疾病的业务水平和能力	148
10.4	开展健康教育,提高重点精神疾病防治知识知晓率	148
10.5	多渠道筹集资金,共同促进《指南》推广	149
10.6	加强《指南》实施信息收集与评估,增强《指南》的 指导性	149

附录	150
阳性和阴性症状量表 (PANSS)	150
参考文献	177



精神分裂症的概念

精神分裂症（schizophrenia）是一种常见的病因未完全阐明的精神疾病。多起病于青壮年，常有知觉、思维、情感和行为等方面的障碍，一般无意识及智能障碍。病程多迁延，约占精神科住院患者的一半以上，最终结局约一半左右患者出现精神残疾，为社会以及患者和家属带来严重的负担。

精神分裂症患者的就诊和治疗的比率较低，往往也不及时。因此，为了早发现及早治疗这一精神疾病，保证人民健康，保证新世纪我国经济的可持续发展，大力开展精神分裂症的防治，已刻不容缓。



精神分裂症的流行病学及防治现状

2.1 精神分裂症的流行病学概况

世界卫生组织估计，全球精神分裂症的终身患病率大概为 3.8‰~8.4‰。美国的研究，终身患病率高达 13‰。每年新发病例，即年发病率为 0.22‰左右。尽管 2/3 的患者需住院治疗，但仅一半的精神分裂症患者获得治疗。

1982 年国内开展的 12 地区精神疾病流行病学调查，其中精神分裂症的终身患病率为 5.69‰（1985 年发表），1994 年进行的 12 年随访，上升为 6.55‰（1998 年发表），而且，15 岁以上人口中，城市的精神分裂症患病率显著高于农村，前者为 7.11‰，后者为 4.26‰。

1978 年 4 月，国务院办公厅组织的包括精神残疾在内的全国残疾人抽样调查，涉及样本总数 369 448 户，计 1 579 315 人。结果显示：全国精神残疾率 1.8%，其中精神分裂症残疾率为 1.67%。1987 年全国残疾人抽样调查资料（全国残疾人抽样调查办公室）精神残疾占各类疾病的 4.4%（男 4.0%，女 4.8%）。

1994 年 3 月至 1996 年 4 月，在四川新津县农村进行了精神分裂症流行病学调查。查出的 510 例精神分裂症患者中，有 156 例（男性 81 例，女性 75 例）自发病至调查时从未接受过任何治疗，占 30.6%；354 例接受过治疗，占 69.4%。从未治疗者和接受治疗者的临床痊愈分别为 9.6%，31.1%。结果显示农村社区中精神分裂症自然预后较差，在缺乏治疗的情况下，自然好转

及痊愈患者达 17.9%，大约 2/3 精神分裂症患者保留有明显的精神病性症状，社会功能损害明显，残疾率高。

2.2 精神分裂症的防治现状和任务

2.2.1 中国精神分裂症的防治回顾

精神分裂症的高致残率是直接导致患者贫困和其家庭因病返贫的直接原因。此外，有危害行为的精神分裂症患者所造成社会不稳定甚至严重社会治安问题更是有目共睹。精神分裂症在任何国家都是重点防治的精神疾病。

自新中国成立以来，我国精神医学和其他医学学科一样，贯彻执行了预防为主方针，以医院为中心扩大院外防治工作，正在建立和健全适合我国国情的精神病防治体系，对早期发现及时治疗常见精神病取得了一定成果。主要有以下几个阶段：

(1) 建国初期，精神病防治工作主要致力于建立新的精神病院，并在专业人员和防治机构严重不足的情况下，工作重点放在对重性精神病患者的收容、管理和治疗上。

(2) 20 世纪 70 年代以来，我国已基本完成城乡基层卫生组织的建设，各地精神病院都先后建立了防治科，负责以精神病防治为主要内容的社区精神卫生服务工作，开展了大规模的精神病普查及流行病学调查，掌握了精神障碍的患病情况，为制定精神卫生服务计划提供主要依据。并对基层医务人员进行专业培训，城乡建立了精神病三级防治网，在农村设立家庭病床，大大降低了以精神分裂症为主的精神疾病的复发率和社会肇事率。

(3) 20 世纪 80 年代起这一工作得到了重视。1986 年全国第二次精神卫生工作会议起草了《关于加强精神卫生工作的意见》，从加强领导、增加投入、培养人才等方面推进了社区精神病防治和康复工作的发展。1991 年国家的“八五”计划纲要将精神病防治康复工作纳入国家发展计划，探索实行开放式的防治康复方

法，这给有精神疾病的千家万户带来了福音。全国残联将精神残疾的康复列入“八五”计划，这在国内外都是创举。2001年又召开全国第三次精神卫生工作会议，由于国家的重视、各级政府领导和有关部门的协作及参与，将为精神分裂症的防治提供更为有力的帮助，我国的精神卫生工作将会得到进一步发展。

2.2.2 目前的严峻形势和我们的任务

在21世纪中国疾病负担问题研讨会上，精神疾病已被列为疾病负担的第一位。精神分裂症的终身患病率仍有上升趋势。1994年对四川新津县的调查中，大多数农村精神分裂症患者未接受治疗的主要原因有经济水平低、认识不足等。从未治疗者中，已经成为精神残疾者占82.7%，其中极重度占53.5%，重度占14.7%。可见形势的严峻。

另外我国对精神分裂症发病机理及其临床的研究尚不够，以社区为基础的康复(CBR)与国外也存在较大差距。国内仅北京、上海、成都等城市开展CBR较好，其余则因为多种原因尚未开展或开展得不尽如人意。这对精神分裂症患者的回归社会或多或少地会造成影响。

2.2.3 我们的对策

在政府的领导下，充分发挥基层精神卫生工作者的作用，并对非精神卫生专业人员进行宣教，普及精神卫生知识是我们的策略之一，这对精神分裂症患者的早期发现和早期干预有很大帮助。

另外，不定期对精神卫生专业人员进行培训，提高他们的诊断和治疗水平，提高对精神分裂症患者的治愈率，进而减少致残率及复发率，以改善基层精神卫生工作的现状。

新药的发现和应用，为精神病患者的康复提供了有力的保证，帮助他们及时回归社会，减少精神残疾的发生。要大力对精

精神分裂症患者的家属、亲人进行教育，让他们知道如何防止精神分裂症复发是防止精神分裂症致残的有效措施。

总之，我们要努力在本世纪我国经济腾飞的同时，减轻我国疾病负担水平，遏制精神分裂症的上升趋势。宜在各地政府的领导下，大力开展以社区为基础的精神康复。

3

精神分裂症的发病危险因素 及相关因素

精神分裂症是由一组症状群所组成的临床综合征，它是多因素的疾病。尽管目前对其病因的认识尚不很明确，但个体心理的易感素质和外部社会环境的不良因素对疾病的发生发展的作用已被大家所共识。无论是易感素质还是外部不良因素都可能通过内在生物学因素共同作用而导致疾病的发生，不同的患者其发病的因素可能以某一方面较为重要。下面就有关因素概述如下。

3.1 精神分裂症的发病相关因素

遗传和环境共同起作用导致了精神分裂症的发生，有关精神分裂症发病的危险因素及相关因素包括生物学因素和社会环境因素。

3.1.1 生物学因素

3.1.1.1 遗传因素

半个多世纪的研究证实，遗传因素在精神分裂症的发病中起重要作用。一级亲属中同患本病的危险率约为4%~14%，约是一般人群的10倍。若双亲均患精神分裂症，其患病危险率可高达40%。在患者的二级亲属中，患病危险率约高于一般人口的3倍。国外不同地区对孪生子调查资料（1974），发现精神分裂症单卵孪生子的同病率较双卵孪生子高。单卵孪生子的同病率为6%~73%；双卵孪生子的同病率为2.1%~12.3%。另有一些研究表明精神分裂症症状愈典型且严重者的孪生子间同病率越

高。寄养子研究也支持遗传因素在发病中起作用的观点，同时它还提示不应忽视非遗传因素的作用。以上资料显示精神分裂症具有一定的遗传因素，而血缘关系越近，危险率越高；且遗传因素的影响较环境及其他因素大。

有关遗传因素的现代研究主要是在精神分裂症的高发家族中寻找染色体和基因异常。从分子生物学的技术广泛应用以来，便有许多有关某个特殊的染色体部位与精神分裂症有关的报道。至少有一半以上的染色体曾被不同的文章报道过与精神分裂症有关，其中报道较多的有第 5、11、21 和 8 号染色体的长臂及第 19 号染色体的短臂和 X 染色体。近几年第 6、13 和 22 号染色体与精神分裂症的关系也引起人们的关注。截至目前，精神分裂症的基因定位研究尚无定论。大量的实验结果提示，精神分裂症可能是多基因遗传，由若干基因的叠加作用所致。

3. 1. 1. 2 神经免疫、内分泌因素

关于神经免疫方面的研究已揭示一些有意义的结果，相当一部分精神分裂症患者有免疫功能的异常，包括细胞免疫和体液免疫两方面的，涉及的成分有 NK 细胞、淋巴细胞亚群、淋巴细胞转换功能、淋巴因子、人类白细胞抗原、自身抗体、抗脑抗体、免疫球蛋白以及补体等。这些异常与某些因素，诸如家族史、内稳态紊乱、神经内分泌乃至神经递质变化等有联系。对这众多错综复杂潜在联系的研究，可能使我们对该症发病机制的认识有所进展。

精神分裂症大多在青春期前后性成熟期发病，部分患者在分娩后急遽起病。此外，精神分裂症的复发率在绝经阶段也较高。以上临床事实说明内分泌在发病中具有一定作用。甲状腺、性腺、肾上腺皮质和垂体功能障碍，也曾被不少学者疑为本病的病因，但有关这些方面的研究未能作出肯定的结论。

抗精神病药的发展以及基础研究提示精神分裂症可能存在多种神经递质功能异常：

(1) 多巴胺水平增高：依据是几乎所有的抗精神病药物均是多巴胺 D_2 受体的阻滞剂，所有可增高多巴胺水平的药物，尤其是苯丙胺 (Amphetamine) 均可导致精神症状的出现。这种假说的基础是认为脑内多巴胺通路异常。近 20 多年的研究发展了这一假说，认为 D_1 受体可能与阴性症状有关，甚至有学者开始研究利用 D_1 受体激动剂来治疗阴性症状。

尽管精神分裂症的多巴胺假说 20 多年来在精神分裂症的生化研究中占了主导地位，但也有不少相反的资料对它提出疑问。这些资料提示精神分裂症发病机制的复杂性。

(2) 5-羟色胺水平异常：拟精神病药物 LSD-25，是 5-HT 的抗代谢物，能在健康人身上引起一过性类似精神分裂症的症状，因此在 1954 年就有人提出这一假说。近 10 年来，非经典抗精神病药得到了较快的发展，这些药一个共同的特点是：除了对中枢神经系统中 DA 受体有拮抗作用外，还对 $5-HT_{2A}$ 受体有很强的拮抗作用。 $5-HT_{2A}$ 受体可能与情感、行为控制及调节 DA 释放有关。广泛临床研究结果提示，非经典抗精神病药物对阳性和阴性症状都有效，可能就是由于它们对 5-HT 有相对高的亲和力，而 5-HT 神经元传递也可调节 DA 的激动和释放。以上间接提示 5-HT 在精神分裂症病理生理机制中，起着重要作用。

(3) 谷氨酸水平低下：中枢谷氨酸不足可能参与精神分裂症发病过程。使用放射配基结合法及磁共振波谱技术，发现与正常人群比，精神分裂症患者大脑某些区域谷氨酸受体亚型的结合力有显著变化，谷氨酸受体拮抗剂如苯环己哌啶 (PCP) 可使正常受试者出现类精神分裂症表现，包括幻觉、妄想等阳性症状和情感淡漠、退缩等阴性症状。

(4) 其他神经递质：乙酰胆碱 (ACh) 在几个脑区内都有抗多巴胺 (DA) 能效应。目前有人提出了精神分裂症的乙酰胆碱假说，还有待将来进一步研究。

有关血小板单胺氧化酶活性 (MAO)，多项研究发现精神分