

医
师
提
高
丛
书

主 编◇张明园

精神分裂症 现代诊疗

江苏科学技术出版社



精神分裂症 现代诊疗

主 编 张明园

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神分裂症现代诊疗/张明园主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2001.10

(医师提高丛书)

ISBN 7-5345-3451-8

I. 精... II. 张... III. 精神分裂症-诊疗
IV. R749.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 071857 号

医师提高丛书

精神分裂症现代诊疗

主 编 张明园
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 江苏省新华书店
照 排 南京展望照排印刷有限公司
印 刷 南京通达印刷厂

开 本 850 mm × 1 168 mm 1/32
印 张 9.125
字 数 220 000
版 次 2001 年 10 月第 1 版
印 次 2001 年 10 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7—5345—3451—8/R·597
定 价 16.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

编写者：

- | | |
|-----|----------------------------------|
| 张明园 | 上海市精神卫生中心(200030)
上海第二医科大学 |
| 朱紫青 | 上海市精神卫生中心(200030) |
| 施慎逊 | 复旦大学华山临床医学院
上海市精神卫生中心(200030) |
| 王立伟 | 复旦大学华山临床医学院
上海市精神卫生中心(200030) |

11/11/06/07

精神分裂症无疑是危害人民健康最严重的精神疾病之一。在我国,精神科的住院患者中,十有七八是精神分裂症。

本病患病人数多,起病年龄轻,且呈慢性病程,对患者劳动能力的破坏性影响可想而知,而照料者的负担也极为沉重。不仅如此,精神分裂症患者的病态行为,还可能产生不良的社会影响,因病所致的肇事肇祸,有时会导致严重后果。

精神分裂症给人的印象,几乎都是负面的,甚至达到谈病色变的程度。而这种负性认知,对于本病的积极防治极为不利。许多人得了病而不愿承认;有些病人家属,明知病人有病,却不愿去找医生。病人及其家属乃至社会的“病耻感”(stigma),成为本病防治的一大障碍。

其实,各国的精神科临床和基础科学工作者,都在致力于本病的研究。与以往相比,该学科的认识和实践都有长足的进步。精神分裂症的病因学研究,虽然没有突破性发现,但应用分子生物学、脑影像学等现代技术的研究,已有愈来愈多的证据,证明本病为脑的疾病。这类研究,正在逐渐接近精神分裂症病因之谜的最终揭开。

在诊断学方面,操作性诊断标准的问世,结束了不同国家不同学派各执一词的混乱局面,形成了本病诊断的世界性共同语言。20世纪五六十年代美国诊断为精神分裂症而英国诊断为情感性疾病的怪现象,已经成为历史。多轴诊断的应用,使本病的诊断更加适合生物—心理—社会的现代医学模式,能更好地指导因人而异的治疗和康复方案的制订。评定量表和包括神经心理测验在内的心理测验的应用,使病情及治疗干预效果的评估更为客观、规范

和数量化。

治疗学方面的进展更为突出。抗精神病药的问世,改变了精神分裂症的预后和转归。早年,精神分裂症的同义语为早发性痴呆;如今,后一术语已经因精神科治疗学的发展而摒弃,痴呆不再是本病不可避免的结局。相反,绝大多数的本病患者可以回归社会,在社区中治疗和康复。近年发展的新型抗精神病药,不但提高了疗效,而且有助于提高患者的生活质量。社会心理的治疗和干预技术的发展,则有助于患者的康复,减轻照料负担。

世界卫生组织总干事布伦特兰博士最近披露,将要发起“全世界防止精神分裂症、抑郁症、自杀和癫痫的运动”,并号召全世界的政府、学术团体、专业机构、非政府组织和文明社会的共同参与。我们编写这本介绍精神分裂症的诊断和治疗为主的图书,意在和大家共享国内外的有关信息及我们的经验,这也是我们响应世界卫生组织号召、参与上述世界性运动的具体行动。

编者

2001年7月



张明园, 1940年生于上海。1961年毕业于上海第二医学院医疗系。曾赴美国哈佛医学院及芝加哥伊州大学精神科进修。现任上海市精神卫生中心(邮政编码200030) 主任医师, 上海第二医科大学教授和博士生导师, 中华医学会精神病学分会主任委员。发表医学论著400余篇。获国际、国家、卫生部及上海市科教进步奖等10余项。

目 录

第一章 概述 (张明园)	1
第一节 流行病学	5
一、发病率	5
二、患病率	7
第二节 病程和预后	8
一、精神分裂症的结局	8
二、精神分裂症的病程	10
三、精神分裂症和自杀	11
第三节 疾病负担	11
一、直接成本	12
二、间接成本	12
三、伤残调整生命年	13
四、药物经济学	14
第四节 病因学研究进展	15
一、遗传说	16
二、神经发育障碍说	22
三、神经递质说	23
四、素质——易感性假说	24
第二章 精神分裂症的诊断问题 (王立伟 施慎逊 张明园)	25
第一节 诊断概述	25
第二节 临床习用诊断	27
一、前驱症状和病前个性特征	27
二、基本症状	29

第三节 标准化诊断	35
一、中国精神疾病分类方案和 诊断标准(CCMD)	36
二、国际疾病分类及诊断(ICD 系统)	39
三、美国的诊断标准(DSM 系统)	39
第四节 多轴诊断	42
第五节 实验室辅助诊断	44
一、脑影像学辅助诊断	44
二、神经电生理检查	48
三、神经免疫和神经内分泌	50
四、遗传标记	53
五、智力和人格的心理测验	55
六、成套神经心理测验	57
第六节 鉴别诊断	59
一、躯体疾病和神经系统疾病	59
二、其他精神疾病	61
第七节 亚型诊断	64
一、常见临床亚型	64
二、I 型和 II 型精神分裂症	68
三、精神分裂症的其他亚型	69
附: CCMD-3 关于精神分裂症及 其亚型的诊断标准(2001)	72
第八节 常用评定量表	75
一、常用于精神分裂症的评定量表	75
二、简明精神病量表(BPRS)	77
附: BPRS 工作用评定标准(量表协作组)	80
三、阳性与阴性症状量表	85

四、大体功能评定量表	100
五、社会及职业功能评估量表	102
附：阳性和阴性症状量表评分表	104
第三章 精神分裂症的治疗问题 (朱紫青 张明园)	106
第一节 治疗概述	107
一、临床治疗所面临的挑战	107
二、精神分裂症治疗的一般原则	109
第二节 抗精神病药物的新发展	111
一、第一代抗精神病药	112
二、第二代抗精神病药	116
三、其他药物	139
第三节 精神分裂症急性期的治疗	145
一、初发病例的处理	145
二、持续期复发病例的处理	152
三、美国精神科学会对急性期治疗的推荐	155
第四节 抗精神病药治疗中的不良反应	156
一、锥体外系症状(EPS)	157
二、迟发性运动障碍(TD)	157
三、镇静作用	158
四、体重增加	159
五、内分泌作用	160
六、性功能障碍	160
七、抽搐发作	161
八、自主神经系统的不良反应	161
九、对造血系统的影响	162
十、对肝脏的作用	162
十一、对皮肤和眼的作用	163

十二、抗精神病药所致的恶性综合征(NMS)	163
十三、药物过量	163
十四、猝死	164
十五、药物相互作用	164
十六、第二代抗精神病药的不良反应	165
第五节 精神分裂症的电休克治疗	165
一、目标及效能	166
二、不良反应与并发症	168
三、禁忌证	169
四、实施方法及注意事项	169
五、改良电休克治疗及其实施要点	171
六、近代对电休克治疗作用机制的探讨	173
第六节 疗效差或部分有效者的处理	174
一、“难治性”病例的概念	174
二、高剂量治疗	175
三、更换药物	175
四、氯氮平的选择	176
五、联用其他抗精神病药的不同观点	177
六、其他联合治疗	177
第七节 精神分裂症的长期治疗	180
一、依从性问题	180
二、维持治疗的指征	183
三、维持治疗的药物剂量	185
四、间断给药法的可行性	185
五、第二代抗精神病药用于维持治疗的可能性	186
第八节 精神分裂症阴性症状的处理	187
一、阴性症状的鉴别	187

二、疾病亚型与缺陷症状	188
三、第二代抗精神病药能否改善阴性症状	189
四、其他药物对策	190
第九节 精神分裂症认知缺损的评估及处理	190
一、认知缺损的评估	191
二、第二代抗精神病药物的作用	192
三、认知矫正及认知疗法	192
四、有待发展的策略	194
第十节 影响治疗和疗效的因素	194
一、精神科的临床特征	194
二、人口学及心理社会变量	199
三、合并药物滥用或躯体疾病	206
四、治疗设施选择的影响因素	209
第十一节 精神分裂症的心理社会干预策略	209
一、心理社会干预和社区康复	210
二、心理社会干预效果评估研究的新进展	225
三、美国“精神分裂症患者结局研究小组” 的推荐	234
第十二节 精神分裂症治疗研究的展望	235
一、生物学治疗研究方面	236
二、心理社会干预研究方面	236
三、预防及康复研究方面	237
附录 I. 主要的抗精神病药物品种介绍	238
附录 II. 精神科药物所致运动障碍的临床研究 用诊断标准	264
附录 III. 抗锥体外系不良反应药物	268
参考文献	272

第一章 概 述

长久以来,尽管精神分裂症(schizophrenia)这一病名被世界各地统一使用,可人们对精神分裂症这一概念的内涵和外延的理解却不尽相同。20世纪60年代末英、美两国曾因而爆发了一场颇为激烈的争论。有人分析两国住院病人的诊断分布发现,在英国精神科住院的病人中,精神分裂症和情感性疾病这两大精神疾患的比例约为1:2;而美国的统计报表却与之相反,两病的比例恰好倒置为2:1。双方都说,对方的诊断有问题。

后来,两国的诊断专家决定开展一项联合研究。各将一组连续的住院病历,邮寄给对方,让对方做再诊断。结果,英国专家对这批美国病人的诊断,精神分裂症和情感性疾病的比例,约为1:2,即与英国报告的统计数相同;而美国专家对英国病人的诊断比例,又是2:1,还是美国对美国病人报出的统计数。由此,两国的专家得出结论,由于对疾病概念的理解不同,导致对同样的病人给出不同的诊断。两国住院病人疾病分布的差异,实际上反映了疾病概念的差异。

大致上,有关精神分裂症的概念经历了 Kraepelin 时期、Bleuler 时期、新 Kraepelin 时期及诊断标准时期。

一、Kraepelin 的早发痴呆

大家都承认,Kraepelin 是现代精神医学的奠基人之一。1899 年他在精神疾病的分类中首次提出了“早发痴呆”(dementia praecox)的病名。虽然,他也指出:本病的主要特征是人格内在联

系的破坏,殃及精神生活的情感和意志部分;然而,在实际理解中,人们往往就疾病名称而顾名思义,一是早发,起病于青年或壮年早期,二是痴呆,疾病的结果是必然的精神衰退。他的那组病人,只有4%完全恢复,13%部分能恢复原有的生活和工作,83%则渐趋衰退。应该说,Kraepelin关于本病的概念,强调了疾病的不良结局。

Kraepelin的概念,至20世纪30年代以后,逐渐被下文要提到的Bleuler概念及其发展所取代。但由于Kraepelin本人在现代精神医学中的特殊地位,早发痴呆的概念始终并未消失,后来发展起来的新Kraepelin学派,以及在许多精神科工作者头脑中始终存在的本病是“不治之症”的观点,都源自Kraepelin的概念。

二、Bleuler的精神分裂症

1911年,Eugen Bleuler将Kraepelin的早发痴呆更名为精神分裂症,这一病名一直沿用至今。

Bleuler认为,精神分裂症的症状发生机理是精神功能的分裂,因而定名。据此,他提出了本病的基本症状为:联想障碍、情感淡漠、矛盾症状和内向性。由于以上4个症状均以A字做词首,后人将之称为“4A”症状。接着他又描述了许多附加症状,诸如幻觉、妄想、奇特行为等。Bleuler对于本病的贡献甚巨,他在《精神分裂症》一书中对本病的临床描述极为细致,并区分出若干对精神分裂症具诊断价值的症状,如“感到自己的思想能被他人知道”(被洞悉感)及若干特殊的幻觉等,纳入了现在正在应用的许多诊断标准中。Bleuler本人,虽不强调本病的预后,但仍认为,本病极少痊愈,但能取得很大进步。

20世纪40年代以后,特别是在美国,精神分裂症的概念逐渐被扩大。一方面,他们扩大了Bleuler的4A症状的涵义;又提出:

任何精神分裂症证据的存在,便是精神分裂症。甚至,在临床实践中,只要有幻觉或妄想,便诊断为精神分裂症。于是,精神分裂症几乎成了所有精神病的代名词。

二次大战以后,美国在世界上的独特地位,使从美国开始的精神分裂症诊断的扩大化逐渐向各国弥散。我国也同样深受其害。一度导致许多精神病院中 90% 以上的病人被诊断为精神分裂症。1970 年以后,美国及许多其他国家开始纠正这一倾向,但当时正值我国闭关锁国的特殊历史时期。应该说,精神分裂症诊断泛化的影响,在我国迄今依然存在。

三、新 Kraepelin 概念

物极必反。在精神分裂症诊断扩大化的发源地美国,1970 年以后,有一批学者提出了狭义的精神分裂症概念。他们依据 Kraepelin 的早发痴呆说,进一步提出,精神分裂症预后必然恶劣,治得好的或预后良好的便不是精神分裂症。

在临床实践中,他们主张,凡有情感症状者,不论有无精神分裂症证据,均应首先考虑情感性疾病。在有些走得较远的精神科机构中,精神分裂症成了“少见病”,精神分裂症和情感性疾病在住院病人中的比例,降为 1:5。他们对上述等级诊断原则的合理性,提出以下理由:

(1) 不诊断为精神分裂症,对病人有好处。因为病人怕被诊断为精神分裂症,不诊断可以消除诊断标签的负面影响。

(2) 不诊断为精神分裂症对病人亲属有利,理由同上。

(3) 不诊断为精神分裂症,医生会竭尽全力制订治疗方案,因而有利于治疗。

(4) 即使是精神分裂症,耽误诊断也无妨;精神分裂症的预后及转归反正不好,病人并未因诊断延误而受影响。

(5) 如果不是精神分裂症,被当作精神分裂症治疗,抗精神病药的副作用,将会给病人带来不必要的伤害。

在20世纪70年代末,新 Kraepelin 主义在美国相当泛化,对全世界的精神科也有相当影响。这类影响突出地反映于美国精神科学会的精神疾病分类和统计手册第三版(DSM-Ⅲ)中。DSM-Ⅲ有许多功绩,特别是下文还要提到的工作用诊断标准。然而,就精神分裂症而言,竟然以病程不短于6个月作为该病的诊断标准之一,显然是新 Kraepelin 学派对精神分裂症过分苛求的翻版。

四、诊断标准的概念

精神分裂症概念的纷争,很大程度上是由于该病的病因未明所致。不同的学派,以不同的理论解释该病。而概念的混乱,则严重妨碍了它的研究和学科的交流。甚至在某种程度上,影响了学科的发展。过分泛化的后 Bleuler 概念固然不足取,新 Kraepelin 概念对精神分裂症的虚无主义倾向也不被多数精神病学家接受。近年,有关精神分裂症的概念在诊断标准的基础上,例如美国的《精神疾病诊断和统计手册》第4版(DSM-Ⅳ)和《国际疾病分类》第10版(ICD-10)的基础上,渐趋一致。

编制诊断标准的专家们认为,本病病因未明,就应该摒弃有关病因的争议,精神分裂症可能是同质性的也可能是异质性的。目前的临床诊断主要是现象学的。精神分裂症从精神病理现象学上看,应该是感知、思维、情感、意志和行为等心理活动的多领域损害,其中有些较为常见,且具相对的诊断价值。在此基础上,规定了诊断本病必需具备的症状学条件,然后又规定了严重程度标准、病程标准和排除标准,从而形成了以诊断标准为基础的疾病概念。

DSM-IV 和 ICD-10 对本病的诊断标准或概念相当接近,但也有区别。DSM-IV 对病程的要求较严,强调本病的慢性病特征;而 ICD-10 则相对宽松些。中国精神疾病分类和诊断标准,CCMD-2R 及即将出版的 CCMD-3,参照上述两种国际通行的诊断标准,在病程方面则取 ICD-10(具体内容,详见本书的诊断章)。

诊断标准式的概念,已被绝大多数精神科工作者接受,它们已写入了教科书,用于医学院和住院医师的教育;在科学研究中,特别是多中心或跨国研究中,将之用做入组标准,从而推动本病的发病机理、治疗和预防的研究。突出的实例之一为:应用诊断标准后,本国和各地的本病流行病学调查结果,渐趋接近,不再像未用诊断标准前发病率或患病率的结果可相差 10 余倍。估计在本病的病因研究没有重大突破前,会继续保持诊断标准式的疾病概念。

第一节 流行病学

一、发病率

前已述及,1980 年以后,由于诊断标准的应用,世界各国有关精神分裂症流行病学的调查,其结果相当接近(表 1)。据世界卫生组织的估计,年发病率为 0.22‰ 左右。中国上海的 10 年调查平均为 0.16‰,范围为 0.10‰ ~ 0.24‰,各年度发病率(incidence)的差异,很可能是病例发现或病例统计等技术问题所致。