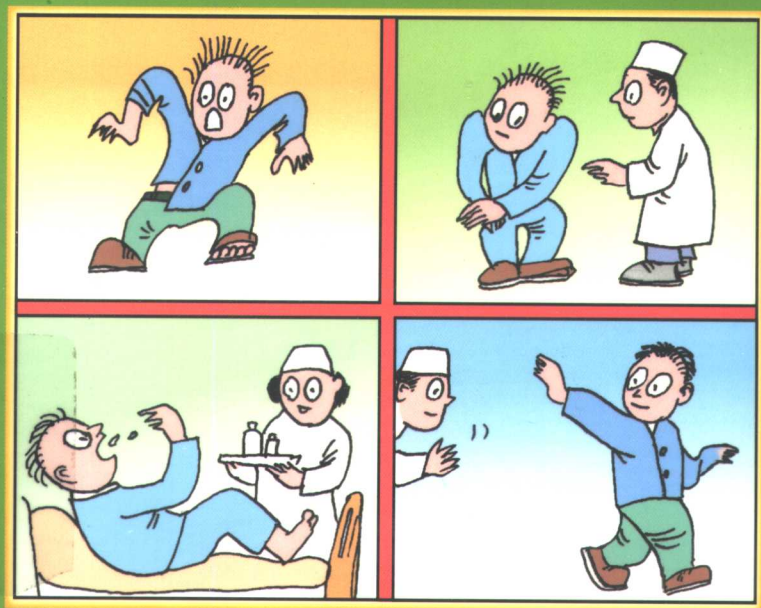


中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

中西医结合治疗 难治精神病的良方妙法

吴大真 柯新桥 总编

徐三文 汪厚根 主编



中国医药科技出版社

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

中西医结合治疗 难治精神病的良方妙法

吴大真 柯新桥 总编

徐三文 汪厚根 主编

中国医药科技出版社

登记证号：(京) 075 号

内 容 提 要

精神病属临床发病率较高的疾病，给患者与家庭带来极大的痛苦。本书作者力图以中西医结合的思路，探讨出一套行之有效、有较高临床水准的防治方法。本书以临床常见、难治精神疾病为探讨对象，大量参考国内相关文献，并结合作者自身临床经验，博采众说为一体，以指导临床诊治为宗旨，突出治疗中的良方妙法和研究的前沿性。不失为一本中西医结合之佳作，可供精神科临床、科研人员参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合治疗难治精神病的良方妙法/徐三文等主编. —北京：中国医药科技出版社，2001.3
(中西医结合治疗难治病的良方妙法/吴大真，柯新桥主编)

ISBN 7-5067-2430-8

I. 中… II. 徐… III. 精神病-中西医结合疗法
IV. R749.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 07235 号

中国医药科技出版社 出版
(北京市海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

北京昌平精工印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm $\frac{1}{32}$ 印张 16 $\frac{3}{4}$

字数 354 千字 印数 1—5000

2001 年 3 月第 1 版 2001 年 3 月第 1 次印刷

定价：26.00 元

丛书编委会

总 编 吴大真 柯新桥

副总编 周祯祥 郝建新

聂 广 李 燕

编 委 王良骏 王国华

包高文 任开明

刘风云 刘建国

许德甫 陈 梁

汪厚根 金福兴

徐明雄 徐三文

徐保国 黄保希

樊 群 黎烈荣

编 委 会

主 编 徐三文 汪厚根

编 委 占长明 江卫军

陈 跃 周金林

金福兴 柯 源

胡建高 聂文斌

陶舜尧 黄亚芳

罗桂桃

编 著 者 的 话

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书，经编委会及各分册主编的共同努力，将陆续编撰出版发行，以奉献给热心关注、爱护中医、中西医结合事业的朋友们。可以说，中医和西医是两套几乎完全不同的医学理论体系，它们是在不同的历史条件下形成的。因此，其自然观、生命观、疾病观、诊疗观乃至方法论等，均存在着明显的差异。然无数事实充分说明，临床实践中若能互相取长补短，有效地发挥中西医各自的优势，常可显著地提高某些疾病（尤其是一些疑难病例）的临床疗效，充分地显示了走中西医结合之路的广阔前景。鉴于此，我们特组织各地有关专家、教授，集体编撰这套以各科疑难杂病的防治为重点的大型临床参考丛书，其目的旨在反映目前疑难病中医、中西医结合防治的前沿研究状况，促进中医、中西医结合事业的健康发展。

全套丛书，重心内容以“难治病的中西医结合防治”为主，力图反映各科（或各系统）中医、中西医结合的最新研究进展。虽然如此，但其间仍然存在有不成熟的地方。我们怀着真诚的感情，希望广大读者关心她、批评她，使之为中医、中西医结合的发展做出应有的贡献。

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书编委会
总编 吴大真 柯新桥

编写说明

一、精神病是临床常见多发病，范围广泛，不仅给患者身心造成伤害，而且还给患者家属带来极大的痛苦和压力，甚至给社会造成危害。50年代以来，尤其是近20年来，广大中医、西医、中西医结合工作者不断探索与实践，积累了丰富的临床经验。系统总结这些经验，使之更好地为临床服务，显然是一件非常有意义的工作。为此，我们特参考国内相关文献，结合自身临床体会，集体撰成此书，以供从事精神科疾病的临床、教学和科研的同道参考、借鉴。

二、本书重点收载了精神科常见、多发、疑难疾病共17种。总体编写原则是：诊断以西医为主，防治以中医为主；略于基础理论，详于防治方法；以治为主，防治结合；力图反映中西医结合防治精神病的最新进展，突出先进性、实用性、可靠性。

三、每种病一般按【病因病理】、【临床表现】、【辅助检查】、【诊断要点】、【防治方法】、【研究进展】等6方面进行编写，其中【防治方法】、【研究进展】是其重点。编写时力求全书体例基本统一。但在每一部分内容下面又可依编写的需要适当调整。总之，注重分清层次，突出重点，阐述清楚，使读者查阅方便。

四、在每种病的【研究进展】中，汇集了近年来国内文献报道的研究成果和临床经验，希望能反映中医、中西医结合防治精神病的前沿状况，为进一步研究提供新的思路。在

研究述评中，编者结合自己的认识和实践，企望能对今后的临床治疗和相关研究有所启迪。

五、本书所刊载的中医、中西医结合治疗方法，大多经过临床反复实践证实为确有良效者。为了便于读者查寻，特将主要参考文献附之于后。

六、由于编者水平有限，加之时间仓促，缺点、错误及疏漏之处在所难免，祈望广大读者批评指正。

编 者

2000年12月

目 录

老年痴呆症	1
癫痫	38
男性更年期综合征	88
女性更年期综合征	107
周期性精神病	142
精神分裂症	156
情感性精神障碍	199
癔症	238
焦虑症	267
强迫症	285
恐怖症	303
抑郁症	317
神经衰弱	336
反应性精神病	369
精神发育迟滞	382
儿童多动综合征	410
抽动-秽语综合征	435
附录一 精神科常用量表	450
附录二 方剂索引	502

老年痴呆症

老年痴呆症是一种以进行性的记忆和认识丧失为主的老年期或老年前期发病的大脑变性疾病。其主要表现为隐袭起病的进行性智能衰退。病理上以大脑皮层灰质部分存在大量淀粉样斑块和神经纤维缠结，以及大量记忆神经元丧失为特征。临床类型以发病年龄可分为早发性和迟发性；以人群分布可分为散发性和家族性。随着人口老年化，本病的发生率有日趋增加的趋势，多数报道 65 岁以上的老年人发病率为 3% 左右。

结合本病的临床表现，常将其归属于中医学“老年呆病”、“痴呆”、“郁证”、“文痴”、“白痴”等范畴。

【病因病理】

一、西医

本病的病因目前尚未明确，大量研究提出有关的多种假说，其中一致性较高的相关因素有高龄、遗传史、中枢胆碱能低下、先天愚型（21 三体综合征）和脑外伤。而铝中毒、慢性病毒感染等说均未获证实。导致本病的机制可能是多因素作用的结果。病理改变主要为弥漫性脑萎缩，神经元显著减少，大量老年斑、神经元纤维缠结、颗粒空泡体形成，胆碱乙酰化酶及乙酰胆碱含量明显减少。

二、中医

中医学认为，人的神志、记忆、思维、性格等皆由脑所主，故本病病位在脑。本病的发生与脑、五脏六腑皆有密切

关系，但与脑、肾、肝、脾、心关系尤为密切。《类证治裁》说：“夫人之神宅于心，心之精根于肾，而脑为元神之腑，精髓之海，实记忆所凭也。”人到老年，脏腑皆虚，尤其肝肾亏虚，精血不足，髓海空虚，加之七情失调，饮食失宜等损伤而致本病发生。本病病因病机归纳起来主要有以下几个方面。

1. 精虚髓空 人至老年肾精亏虚，肝肾不足，复遇调摄失宜，如劳倦太过、饮食失宜等，致肝肾精血更虚，而髓海赖精血的充养才能发挥正常功能。精血不足，必致髓海空虚，神明失用而发为本病。

2. 心肝火旺 若情志失调，致五志过极而化火，引起心肝火旺；或素体肝火旺盛，人至老年，肾阴不足，水火不济，而心火旺盛，致心肝火旺，神明被扰而发为本病。

3. 痰浊内盛 情志不调，气机不畅，津液运行不畅，聚而为痰；或肝木克犯脾土，或因饮食不节，或因思虑太过，损伤脾胃，脾胃健运失职，水谷不化精微，反而聚生痰浊，痰浊内盛，蒙蔽清窍而发本病。

4. 瘀血阻滞 情志失调，气机不畅，致血行不畅而成瘀血；或因年老诸脏皆虚，行血无力而致瘀血阻滞，发为本病。

5. 脾肾两虚 因年迈脾肾亏虚，更加上饮食不节，损伤脾阳，或因过用寒凉，中阳受损，终至脾肾两虚而发为本病。

【临床表现】

本病多数在 65 岁以后发病，少数在老年前期发病。老年期起病者，起病极其缓慢，为潜隐性起病，起病初期不被人发现，症状严重后，或因躯体症状，或因精神创伤后被家属注意到痴呆症状时，也只能推测不确切的发病时期，甚至可

推测到 2~3 年前，老年前期发病的起病相对较快。以老年期发病的晚发型为主，临床表现可人为地分为三个阶段，此三个阶段的症状及时期并无明确的分界，各阶段均有交叉和移行。

第一阶段：大约 1~3 年。主要表现为记忆下降，以近记忆下降为主，学习新知识感到困难。工作主动性下降；在承担新任务、新工作时常常无法胜任。在日常生活中，对刚做过的事出现遗忘，对新的人名、地名及日期的记忆尤为困难。在此阶段中，常有敏感、多疑、产生大量的关系妄想、被害妄想以及嫉妒妄想，有的患者是在产生上述精神症状时才发现有病。情绪不稳定，易激惹，易伤感，有时有明显的抑郁、焦虑情绪。其工作效率、质量虽明显下降，但原来熟悉的工作尚能勉强维持，日常生活基本能自理。脑电图检查示正常范围或轻度异常。头颅 CT 检查多数正常，少数可有脑沟、脑裂增宽，进行记忆量表测查时常可发现记忆的轻、中度下降，这一结果有助于早期诊断。

第二阶段：发病后的 2~10 年间。不仅近记忆下降明显，远记忆障碍也逐渐明显，表现为记不清自己一生的经历，记不得过去所学的知识，甚至忘记了一般常识。在此阶段中，定向障碍（时间定向、场所定向、人物定向等）逐渐明显，情感变化逐渐明显，随着痴呆加重，焦虑及抑郁情绪减轻。有的患者变得欣快、无忧无虑、高谈阔论、喋喋不休；有的则变得冷漠，对周围事物不关心，甚至关系到自己切身利益的事务也无动于衷。在此阶段中，判断力、计算力及理解力均明显下降，在与别人交谈中，不能理解别人的话，自己的话也难以让人理解。在痴呆逐渐加重之后，原来的幻觉及妄想

可逐渐不再注意，或者变得断断续续、支离破碎。常有动作及行为改变，有的表现呆坐，不语少动；有的表现终日无事忙碌，收集废物，或重复无意义的动作等。在此阶段中，患者已无法进行正常工作，日常生活料理也发生困难。有的患者出现四肢痉挛、口齿不清、动作不灵活、碎小步态等神经系统症状椎锥体外系症状及体征。脑电图检查可发现中度异常（慢波明显增多）；头颅CT检查可见脑室扩大，脑沟和脑裂增宽、变深，被诊断为脑萎缩，少数患者脑萎缩不明显；进行记忆量表测查结果为高度记忆障碍。进行简短精神状况测查（MMSE）时分数下降明显，可判定为痴呆。

第三阶段：在发病8~12年左右。为全面性痴呆，极度的智能障碍。患者与周围环境已无法正常接触，无法进行交谈，语言支离破碎，毫无意义。表情淡漠，无任何情感交流。肢体痉挛，站立及行走困难，约有1/3患者可发生癫痫发作。生活完全不能自理，需人照料。脑电图检查结果重度异常，呈现全面的慢波；头颅CT检查结果为全面的脑萎缩、皮质明显变薄；记忆量表测查已无法进行。

在病程的各个阶段，如果发生急性感染、骨折或者某种环境发生改变时，可能发生意识障碍（谵妄状态），表现为间断性，昼轻夜重，兴奋、躁动或攻击性行为，大量的错觉及幻觉，以幻觉多见。也可有片断的关系妄想或被害妄想体验。在急性谵妄状态恢复后，痴呆程度往往明显加重。多数患者的死因为急性感染等躯体合并症。

本病的临床表现错综复杂，但其总的临床相是以记忆障碍、智能障碍为主，两者虽有一致性，但也有各自区别，判断痴呆的轻重程度时以两者之中的严重者优先判定，如记忆障碍

为中度障碍，智能障碍轻度时，判断为中度痴呆。

【辅助检查】

1. 神经心理测验 智能减退是本病的本质特征。神经心理测验有助于筛选有无痴呆及确定其程度。国内使用较多的量表有社会活动功能调查表 (FAQ)、简易智力状态检查表 (MMSE)、日本长谷川式痴呆量表 (HDS)、韦氏成人智力量表 (WAIS)。

2. CT 和 MRI 检查 以往认为本病的影像学主要表现为脑室系统普遍扩大和脑沟增宽，与老年性脑萎缩无法区别。新近有关研究表明本病的脑萎缩以颞叶最明显，且较早发生，尤其在 CT 负角（与听眦线呈 -20° 角）扫描时更清晰地显示出颞角扩大，颞叶皮质萎缩，海马回密度减低。另一有意义的发现是本病不论病情轻重，均有第三脑室扩大。MRI 除上述 CT 所见外，用高场强 MRI 资料表明本病脑铁沉积明显高于正常人。

3. PET 检查 用放射性同位素标记，在三个轴向平面显示脑代谢情况。对本病脑组织葡萄糖利用率及血液灌注量的研究，呈现脑平均血流量显著低下，局部脑血流量以额、颞、顶下降为主，两侧基本对称，下降程度与病情有关。全脑氧及葡萄糖代谢下降以中晚期明显，早期变化不显著。

4. 脑电图检查 本病的脑电图异常主要表现为 α 节律减少甚至消失，随着病程进展出现弥漫性慢波。典型的表现是在普遍不规则 θ 波的背景上叠加 δ 波。但在早期多数患者缺乏上述特征性变化，仅表现为 α 波节律变慢，波幅降低。有研究表明本病的脑电图变化与神经心理测验得分减少程度相

关，慢波的多少与5年存活率及病理变化有关，对预后有一定的参考意义。

5. 诱发电位检查 听觉诱发电位检查发现，本病患者事件相关电位的P300波潜伏期明显延长，波幅显著降低，且与认知功能缺损程度相关，但无特异性。

6. 病理学检查 脑组织的病理检查是确定本病的最可靠依据，尽管目前活检出现并发症的概率 $<5\%$ ，死亡率 $<1\%$ ，但因活检结果对治疗意义不大，且面临医德问题，故活检不常用，国内目前多用的仍是尸检。

【诊断要点】

本病的诊断可分为拟诊和确诊，前者为临床诊断，后者为死后的病理诊断。其诊断必须结合病史和临床检查，依靠医师经验与判断和日趋完善的诊断标准，不可单独依赖量表与神经心理测验作为临床唯一依据。另外还应排除老年期的其他精神病，如中毒性、症状性或反应性精神病或抑郁症，以及因甲状腺机能减退、严重贫血、神经梅毒、颞叶肿瘤等所致之痴呆；亦应与脑动脉硬化性精神病相鉴别。

关于本病的诊断、辨证分型、疗效标准等详见附录。

【防治方法】

一、一般措施

1. 应尽可能照顾发病人的生活，注意保持清洁卫生；督促患者保持与周围环境的必要接触，鼓励参加力所能及的劳动和文娱活动，以减缓精神衰退。子女及亲属应多与患者交谈，以防语言机能衰退和健忘。

2. 不要让患者单独外出，以免走失；并应防止各种感染或骨折的发生；晚期卧床不起的患者应加强褥疮护理；不能禁绝抽烟者，应严加节制和照管，以免造成烫伤和火灾。

3. 通过解释、劝导等以鼓励患者建立战胜疾病的信心，指导患者参加一些必要的老年性活动，如打太极拳、练静养功，或学书画、养花鸟等。

二、饮食调护

1. 应对患者的进食及营养加强护理。总以清淡之饮食为宜，多食蔬菜、豆制品及各类水果等，忌食辛辣发物、肥甘厚味及烟酒等。

2. 食疗方

(1) 鲜鸽汤：鸽肉、鸽脑中含有极为丰富的脑组织中不可缺少的有机物质，能使人脑受损的脑细胞得到营养和修复，可常常服用。

(2) 猪脑山药汤：山药、丹参各 15g，猪脑髓 1 具。共入砂锅内加水炖煮，调味服食。隔日 1 次，常食之。

(3) 益智鸽蛋汤：枸杞子、龙眼肉、制黄精各 10g，鸽蛋 4 个，冰糖 50g。将枸杞子、龙眼肉、制黄精均洗净切碎待用，冰糖砸碎装在碗内。锅置大火上加清水 750g，加入上 3 味药同煮至沸后约 15 分钟，再把鸽蛋打破逐个下锅内，同时将冰糖屑下入锅中同煮熟即成。空腹服用，每日服 1 次，连服 7 日。

(4) 核桃补脑蜜饯：核桃 1500g，去壳炒熟，用蜜适量炙。装瓶备用。每日适量食之。

三、辨证论治

1. 心脾两虚 神情呆滞，智能低下，心悸梦扰，神疲倦怠，头晕纳差，舌淡苔薄白，脉细弱。治宜健脾养心，宁神

开窍。方用养心汤加减：黄芪 30g，党参、当归、炒白术、怀山药、炒枣仁、远志、石菖蒲、天冬、麦冬各 10g，茯苓、龙骨（先煎）各 15g。

2. 肝肾亏虚 迷惑健忘，智能低下，行为幼稚，头晕耳鸣，失眠口干，腰膝酸软，舌红少苔，脉沉细。治宜滋补肝肾，填精生髓。方用六味地黄汤加减：熟地 30g，山药、益智仁、龙骨（先煎）、川牛膝各 15g，山萸肉、枸杞子、石菖蒲、远志、菟丝子、白芍、阿胶各 10g。

3. 气滞血瘀 躁扰不安，恼怒多言，或神情呆滞，智力低下，胸胁胀闷，面色暗滞，舌暗，边有瘀点，脉弦细或涩。治宜理气解郁，活血化瘀。方用桃红四物汤加减：桃仁、川芎、柴胡、郁金、石菖蒲、当归、远志各 10g，红花 5g，赤芍、丹参各 15g，陈皮 6g，水蛭粉 3g 冲服。

4. 痰瘀交阻 意识模糊，神情痴呆，精神抑郁，或狂暴不安，言语杂乱，哭笑无常，或喃喃自语，语无伦次，痰多泛恶，胸膈痞满，舌紫暗，苔白腻，脉弦滑。治宜活血化瘀，豁痰开窍。方用通窍活血汤加减：桃仁、川芎、陈胆星、石菖蒲、全瓜蒌、当归、天竺黄、郁金各 10g，红花 5g，赤芍 15g，枳壳 6g，水蛭粉 3g 冲服。

5. 气虚血瘀 神呆善忘，终日不言不语，或哭笑无常，神疲气少，不思饮食，大便溏稀，小便艰涩，舌质淡紫，脉细涩。治宜益气升阳，活血开窍。方用补中益气汤加减：黄芪、党参各 15g，赤芍、柴胡、白芍、当归、石菖蒲、远志、炒枣仁、炒白术各 10g，升麻、陈皮各 6g，水蛭粉 3g 冲服。

以上方药均每日 1 剂，水煎取汁分次温服。