

精神分裂症

陈弘道 主编

中国科学技术大学出版社

精神分裂症

主 编

陈弘道

参加编著者 (以姓氏笔划为序)

田敏华 米改屏 沈心芳 李泽爱

中国科学技术大学出版社

1996·合肥

内 容 简 介

本书从神经生化、医学遗传学、脑显像技术、社会学等方面阐述了精神分裂症发病因素,介绍了精神分裂症的阳性、阴性症状和混合症状的特点,编入了多种诊断量表、治疗观察量表和各种治疗原则、方法及其毒副作用,详细探讨了诊断、鉴别诊断以及护理要点。全书内容新颖、全面、系统,是广大精神科临床工作者不可多得的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

精神分裂症/陈弘道 主编 —合肥:中国科学技术大学出版社,

1996年10月

ISBN 7-312-00821-6

I 精神分裂症

II 陈弘道 主编

III ①精神病 ②鉴别、诊断 ③治疗、护理

中国科学技术大学出版社出版发行

(安徽省合肥市金寨路96号,邮编:230026)

中国科学技术大学印刷厂印刷

全国新华书店经销

开本:850×1168/32 印张:11 字数:282千

1996年10月第一版 1996年10月第一次印刷

印数:1—1600册

ISBN 7-312-00821-6/R·37 定价:18.00元

前 言

精神分裂症是精神科临床上严重而最常见的一组精神病,所以对于精神分裂症的研究在精神科范围内来说有特殊重要的地位。

1975年我曾编写“精神分裂症的临床诊断与鉴别诊断”一本讲义,整整20年过去了,由于神经生理、生化、抗精神病药、医学遗传学、新的脑显像技术及多种诊断、治疗量表等迅猛发展,还有社会学、社会心理学、行为科学的兴起,为精神分裂症增加了不少新篇章。但是,迄今为止国内尚无一本精神分裂症的专著。因此,在原讲义的基础上扩大补充编写一本比较完整的精神分裂症书籍实有必要,在同志们的协作下,现在这本书终于面世了。本书系统、全面、内容新颖,是精神科不可多得的参考书。由于水平有限,书中不足之处,敬请读者指正。

陈弘道

1996年2月

目 录

前 言	(1)
第一章 概念的沿革	(1)
第二章 发病因素	(8)
第一节 遗传因素	(8)
一、家系研究	(8)
二、双生子的研究	(8)
三、寄养子的研究	(9)
四、遗传传递及遗传异相性的研究	(9)
五、分子遗传学的研究	(11)
第二节 病前个性	(13)
第三节 躯体因素	(14)
第四节 激素功能异常	(14)
第五节 免疫功能异常	(15)
一、精神分裂症病毒感染假说	(15)
二、精神分裂症有关自身免疫疾病的研究	(15)
第六节 心理社会因素	(17)
第三章 神经生化异常	(18)
第一节 多巴胺学说	(19)
一、多巴胺的高活性	(19)
二、多巴胺高活性的药理学证据	(19)
三、多巴胺活性增高仍有疑点	(20)
四、多巴胺受体的问题	(21)
第二节 去甲肾上腺素学说	(23)
第三节 5-羟色胺学说	(24)
第四节 病理甲基转移学说	(26)
第五节 γ -氨基丁酸学说	(27)

第六节 多肽类学说	(28)
第四章 一般资料	(30)
第一节 发病率、患病率	(30)
第二节 病程及预后	(31)
第三节 预防	(33)
第五章 精神病理学	(35)
第一节 概述	(35)
第二节 阳性症状	(37)
一、感觉障碍	(37)
二、知觉障碍	(37)
三、记忆障碍	(42)
四、思维障碍	(42)
五、怪异行为	(50)
附:阳性症状评定量表	(52)
第三节 阴性症状	(62)
一、情感障碍	(62)
二、思维障碍	(63)
三、意志障碍	(64)
四、注意障碍	(65)
附:阴性症状评定量表	(65)
第四节 混合性症状	(72)
一、情感障碍	(72)
二、紧张性综合征	(73)
三、意识障碍	(74)
四、精神自动症	(76)
五、Capgras 综合征	(77)
六、Frégoli 综合征	(77)
七、相互变形综合征	(78)
八、双重自身综合征	(78)

九、人格解体综合征	(78)
十、强迫性综合征	(79)
十一、意志障碍	(79)
十二、人格改变	(80)
十三、智能障碍	(81)
十四、定向力障碍	(81)
十五、自知力障碍	(82)
第五节 动力精神医学的特点及有关症状	(83)
第六章 物理检查	(86)
第一节 神经系统软体征	(86)
第二节 电子计算机轴性断层扫描(CT)	(87)
第三节 核磁共振显像(MRI)	(88)
第四节 正电子发射显像(PET)	(88)
第五节 脑诱发电位(BEP)的研究	(89)
第六节 脑电图(EEG)	(90)
第七节 眼球运动与精神分裂症	(90)
第七章 诊断	(93)
第一节 诊断标准	(93)
一、Feighner(1972)的诊断标准	(93)
二、Spitzer(1978)研究用诊断标准	(94)
三、DSM-IV 诊断标准	(95)
四、ICD-10 诊断标准	(98)
五、中国精神疾病分类方案 与诊断标准(CCMD-2-R)	(107)
六、I 型与 II 型精神分裂症及症状评定标准	(111)
第二节 诊断重点	(111)
第三节 诊断方法的趋向及误诊因素的探讨	(113)
第八章 临床类型及病例	(115)
第一节 类型	(115)

一、ICD-10 分类	(115)
二、DSM-IV 分类	(115)
三、CCMD-2-R	(116)
第二节 病例	(116)
第九章 器质性精神障碍的鉴别与诊断	(126)
第一节 脑变性疾病所致精神障碍	(127)
一、阿尔采莫氏病	(127)
二、匹克氏病	(129)
三、帕金森氏病	(130)
四、克-雅氏病	(130)
五、亨廷顿氏舞蹈症	(131)
六、肝豆状核变性	(131)
七、正常颅压脑积水性精神障碍	(132)
第二节 脑血管病所致精神障碍	(133)
一、急性脑血管病所致精神障碍	(133)
二、多发梗塞性痴呆	(134)
三、高血压病及脑动脉硬化所致精神障碍	(135)
第三节 颅内感染所致精神障碍	(136)
一、病毒性脑炎所致精神障碍	(137)
二、脑脓肿所致精神障碍	(138)
三、流行性脑炎所致精神障碍	(139)
四、脑炎后综合征所致精神障碍	(139)
五、狂犬病所致精神障碍	(139)
六、结核性脑膜炎所致精神障碍	(140)
七、麻痹性痴呆所致精神障碍	(140)
第四节 颅脑创伤所致精神障碍	(143)
一、急性颅脑创伤所致精神障碍	(144)
二、颅脑创伤后所致慢性精神障碍	(144)
第五节 颅内肿瘤所致精神障碍	(147)

一、	额叶肿瘤所致和精神障碍	(147)
二、	枕叶肿瘤所致和精神障碍	(148)
三、	顶叶肿瘤所致和精神障碍	(148)
四、	颞叶肿瘤所致和精神障碍	(149)
五、	胼胝体肿瘤所致和精神障碍	(149)
六、	间脑肿瘤所致和精神障碍	(149)
七、	垂体肿瘤所致和精神障碍	(150)
八、	天幕下肿瘤所致和精神障碍	(150)
第六节	癫痫性精神障碍	(151)
一、	癫痫发作前、发作时及发作后的精神障碍	(151)
二、	癫痫发作间的精神障碍	(152)
第七节	其它脑器质性精神障碍	(154)
一、	弥漫性硬化症所致和精神障碍	(154)
二、	结节性硬化症所致和精神障碍	(154)
三、	多发性硬化症所致和精神障碍	(156)
第八节	躯体感染所致和精神障碍	(157)
一、	流行性感冒所致和精神障碍	(158)
二、	疟疾所致和精神障碍	(158)
三、	其它躯体感染所致和精神障碍	(158)
第九节	内脏疾病所致和精神障碍	(160)
一、	心脑综合征	(160)
二、	胰岛疾病所致和精神障碍	(161)
三、	肝脑综合征	(161)
四、	肺脑综合征	(162)
五、	支气管哮喘所致和精神障碍	(162)
六、	肾脑综合征	(162)
第十节	内分泌障碍所致和精神障碍	(163)
一、	垂体功能障碍所致和精神障碍	(163)
二、	甲状腺功能改变所致和精神障碍	(165)

三、 甲状旁腺功能异常所致的精神障碍	(166)
四、 肾上腺皮质机能异常所致的精神障碍	(167)
五、 性腺功能改变时所致的精神障碍	(167)
第十一节 营养或代谢疾病所致的精神障碍	(169)
一、 糖代谢紊乱所致的精神障碍	(169)
二、 维生素缺乏所致的精神障碍	(170)
三、 电解质紊乱所致的精神障碍	(171)
第十二节 染色体异常所致的精神障碍	(171)
一、 常染色体畸变所致的精神障碍	(171)
二、 性染色体异常所致的精神障碍	(171)
第十三节 其它躯体疾病所致的精神障碍	(173)
一、 血液系统疾病所致的精神障碍	(173)
二、 结缔组织疾病所致的精神障碍	(174)
三、 术后所致的精神障碍	(176)
第十四节 精神活性物质所致的精神障碍	(177)
一、 嗜酒所致的精神障碍	(177)
二、 鸦片类物质所致的精神障碍	(180)
三、 大麻类物质所致的精神障碍	(180)
四、 可卡因所致的精神障碍	(181)
五、 镇静催眠药所致的精神障碍	(182)
六、 抗焦虑药所致的精神障碍	(182)
七、 其它兴奋剂所致的精神障碍	(183)
第十五节 非依赖性物质所致的精神障碍	(184)
一、 非依赖性药物所致的精神障碍	(184)
二、 有机化合物所致的精神障碍	(186)
三、 重金属和其它化学物质所致的精神障碍	(186)
四、 一氧化碳中毒所致的精神障碍	(188)
第十章 其它精神障碍的鉴别诊断	(189)
第一节 偏执性精神障碍	(189)

一、偏执性精神病	(189)
二、短暂精神病性障碍	(190)
第二节 分裂情感性精神病	(191)
一、临床表现	(192)
二、鉴别诊断	(192)
第三节 周期性精神病	(193)
一、临床表现	(193)
二、鉴别诊断	(194)
第四节 情感(心境)性精神障碍	(194)
一、临床表现	(195)
二、鉴别诊断	(195)
第五节 神经症	(198)
一、临床表现	(198)
二、鉴别诊断	(199)
第六节 心因性精神障碍	(200)
一、心理创伤后应激障碍	(200)
二、适应障碍	(203)
三、与文化有关的精神障碍	(203)
四、与其它心理因素有关的精神障碍	(205)
第七节 人格障碍	(206)
一、临床表现	(206)
二、鉴别诊断	(208)
第八节 意向控制障碍	(209)
一、临床表现	(209)
二、鉴别诊断	(210)
第九节 性变态	(210)
一、临床表现	(210)
二、鉴别诊断	(211)
第十节 精神发育迟滞	(211)

一、	临床表现	(211)
二、	鉴别诊断	(212)
第十一章	治疗	(214)
第一节	抗精神病药	(214)
一、	概述	(214)
二、	分类	(214)
三、	长效抗精神病药	(245)
四、	抗精神病药与其它药物的相互作用	(247)
五、	抗精神病药的严重并发症	(252)
六、	抗精神病药急性中毒的处理	(261)
七、	难治性精神分裂症的治疗	(263)
第二节	电休克治疗	(267)
一、	概述	(267)
二、	作用机理	(268)
三、	治疗前准备	(268)
四、	治疗方法	(269)
五、	ECT 与疗效	(272)
六、	禁忌症	(273)
七、	副作用与并发症	(273)
八、	ECT 死因及预防	(275)
第三节	胰岛素休克治疗	(276)
一、	适应症与禁忌症	(276)
二、	治疗方法	(276)
三、	并发症处理	(277)
四、	联合应用	(278)
第四节	精神外科治疗	(278)
一、	概述	(278)
二、	立体定向术	(279)
第五节	心理治疗	(280)

一、概述	(280)
二、治疗目的	(281)
三、注意事项	(282)
四、治疗方法的选择	(283)
第六节 环境治疗及社区治疗	(285)
一、环境治疗	(285)
二、社区治疗	(286)
第十二章 护理	(288)
第一节 精神病理学的护理观察与记录	(288)
一、概述	(288)
二、护理观察方法	(289)
三、护理记录方法	(289)
四、护理记录实例	(290)
第二节 疾病不同阶段的护理	(296)
一、疾病早期的护理	(296)
二、疾病充分发展期的护理	(297)
三、疾病慢性期的护理	(308)
第三节 治疗的护理	(309)
一、抗精神病药毒副作用的护理	(309)
二、电休克治疗的护理	(313)
附:无抽搐电休克的护理	(314)
三、胰岛素治疗的护理	(316)
四、精神外科治疗的护理	(320)
五、心理治疗及护理	(323)
六、工娱治疗及护理	(324)
七、针刺、电针、耳针治疗的护理	(326)
参考文献	(328)

第一章 概念的沿革

在西腊语中‘schizos’是分裂的意思,‘phrenos’是精神的意思,精神分裂症(schizophrenia)一词来源于此。精神分裂症是一组最常见的病因未明的精神病,起病于青壮年为多,有个性改变,思维、感知、情感、行为等方面的障碍和精神活动的不协调,与环境不一致。一般无意识和智能障碍,病程多迁延,有精神衰退的可能。

Bleuler 提出了关于精神分裂症的定义:“用早发性痴呆或精神分裂症的名称来称呼此组精神病:其病程是慢性的,有时有间歇性发作,而且可能在任何阶段静止不发展或好转,但决不会完全恢复。此病的特征是思维、情感以及周围世界关系的特殊改变形式,其它精神病无此种突出的改变。”Bleuler 扩大了早发性痴呆的范围,包括 Kretschmer 所谓“分裂样者(schizoid)”的病例在内。

精神分裂症概念的形成有其历史性,Spurzheim 及 Esquirol (1772—1840)注意到青年人易患一种精神病,这种病以后有不同程度的衰退,称之为“后天白痴”或“意外白痴”。Burrows(1828)注意到青年智能退化是一种精神病的表现。Griesinger(1845)曾提到有关年青人出现的紧张症、单狂、情感障碍等相类似的一类疾病。Morel(1860)首先提出“早发性痴呆(démence précoce)”的命名。Kahlbaum(1868)将一些肌张力增加出现木僵或兴奋的精神病命名为紧张症(catatonia)。Sander(1868)提出了偏执(paranoid)的概念。Hecker(1870)将发生在青春发育期有愚蠢、荒谬及淘气行为伴有精神衰退的一类精神病,命名为青春期精神病(hebephrenia)。Корсаков(1891)将一些急性起病的精神病称之为“心思沉郁”(Дивноя)。以上各家的记载是对精神分裂症不同症状及转归的描述。

Emil Kraepelin(1896)通过对以往的种种有关记载和临床方面的研究,根据病程、预后及多半青春期发病的特点,认为其共同特征为精神活动内在联系的受损,这类疾病有思维障碍,同时有情感和意志活动方面的障碍,慢性进行最后达到痴呆的程度,因而命名为“早发性痴呆”(dementia praecox),并提出此病属于脑病的一种,故无自愈的可能。Emil Kraepelin(1899)将早发性痴呆与躁郁症加以区分,并将躁狂期和抑郁期合并为单一的疾病,强调体质因素在此病发病中的重要性。Diem(1903)提出了单纯性早发性痴呆(dementia praecox simplex)的名称。Kahlbaum(1863)及 Kraepelin(1912)先后提出了妄想痴呆(paraphrenia)的病名。

Eugen Bleuler(1911)详细研究了大量临床资料,从心理学的角度出发,根据病人的行为、情感及思维之间彼此不协调等基本症状,提出精神分裂症(schizophrenien)的概念,作为一个疾病单元,指出本病发病期不一定是青春期,从10岁到45岁都有发病可能,病程有时是慢性的,有时是明显的间歇发作,且可能在任何阶段停留下来不发展或好转,大部分病人不能恢复原样,但也有自愈的可能,不一定非发展成痴呆不可。本病特征为思维、情感和外界关系特殊形式的改变,指出原发性症状(primary symptoms)所谓“四A”症状:①思维联想松弛(loosening of thought association);②孤独退缩自我全神贯注于个人的天地之中(autistic withdrawal into a private world of preoccupation with the self);③对周围环境的矛盾状态(ambivalence toward the environment);④情感不適切(inappropriateness of affect)，“四A”症状称之为本病的核心症状。而幻觉、妄想、言语、行动、情感的其它症状及精神衰退称为附带症状(accessory symptoms),附带症状多见于精神分裂症的亚型中。

在Bleuler原发性与附带性症状的基础上,有些学者将发病较早,缓慢进展,病前人格明显偏离及预后不良者称为核心性精神分裂症(nuclear schizophrenia),如单纯型及青春型精神分裂症;而

将发病较晚,进展较快,病前人格较正常,疗效良好,有自愈可能者称为周围性精神分裂症(peripheral schizophrenia),如紧张型及偏执型精神分裂症。也有将病前人格及社会环境均有偏差,起病缓慢,可能与遗传因素有联系,且预后不良者称为“过程”性精神分裂症(process schizophrenia);另一种病前人格正常,而由于社会心理因素所引发的一种精神分裂症,起病急而预后良好,称为反应性精神分裂症(reactive schizophrenia),两者兼有的称过程-反应性精神分裂症(process-reactive schizophrenia),北欧学者则称之为精神分裂样障碍(schizophreniform disorder)。

Mayer-Gross(1923)将起病较急,有梦样状态的精神分裂症称为梦呓状态(oneiroid states)。Kasanin(1933)将有分裂和情感性症状的精神分裂症称为分裂情感性精神病(schizo-affective psychosis)。Hoch-Polatin(1949)将伴有神经症症状者称为假性神经症型精神分裂症(pseudoneurotic schizophrenia)。Loenhard将精神分裂症分为无系统的精神分裂症(die unsystematischen schizophrenien)及有系统的精神分裂症(die systematische schizophrenien)等。又将不典型的精神分裂症称之为非典型性精神分裂症(atypical schizophrenia)。Kety等(1975)提出精神分裂症系列性疾病(schizophrenia spectrum diseases)的命名。

Schneider(1939)认为某些精神症状在精神分裂症诊断上特别重要,称为一级症状(first-rank symptoms),指出这些症状在急性期最为明显,并认为大多数精神分裂症都有一级症状,住院的精神分裂症病人约80%有一种以上的一级症状。Trimble认为Schneider一级症状不是精神分裂症所独有,它与颞叶病变有关,尤其是优势侧,所以只能作为颞叶病变的征象。

Crow(1980)主张将阳性症状为主者称为Ⅰ型精神分裂症,阴性症状为主者称为Ⅱ型精神分裂症。

Trimble(1988)指出Ⅰ型精神分裂症患者体内生长激素对阿扑吗啡反应性增强,催乳素基线值降低,血小板MAO活性下降,

脑脊液中高香草酸水平低值。Ⅱ型精神分裂症患者颞叶皮质的胆囊收缩素含量下降,此型与多巴胺功能异常关系不大。

目前精神分裂症是否为一疾病单元尚存在种种分歧,Bleuler认为精神分裂症不是一种“species”病,应是一类或一族“genus”病,Kretschmer 和 Strecker 等认为精神分裂症不是一疾病单元,是一种反应类型。Stanton 及 Rosenberg 等认为精神分裂症和心脏病一样是一组疾病的总称。有些学者(Cambell CM 等)认为所谓“功能性”精神病除躁狂抑郁性精神病以外,似乎均可纳入精神分裂症。

从精神分裂症诊断标准来看,CCMD-2-R(1995)指出:本症是一组病因未明的精神病,多起病于青壮年,常有感知、思维、情感、行为等多方面的障碍和精神活动的不协调。一般无意识障碍和智能障碍,病程多迁延。ICD-10(1992)指出:精神分裂性障碍以基本的和特征性的思维和知觉歪曲、情感不协调或迟钝为总体特点,通常意识清晰、智能完好。DSM-IV(1994)未提出明确的定义。但是以上三者均有明确的诊断标准和排除标准,对于精神分裂症的诊断是有帮助的。CCMD-2-R 精神分裂症诊断的症状标准为 8 条,还有严重程度标准、病程标准及排除标准。ICD-10 精神分裂症诊断的症状为 9 条,比较完整。而 DSM-IV 精神分裂症的症状标准简化为 5 条,可能导致诊断的扩大化。病程标准 CCMD-2-R 定为至少持续 3 个月,ICD-10 定为 1 个月,DSM-IV 定为半年,包括前驱期与残留期。我们认为病程为 1 个月,不易排除一些短暂精神病性障碍及分裂样精神病,病程太长入院后往往不能明确诊断,病程至少持续 3 个月较为实用。

虽然,有关精神分裂症的生物学指标不断有所发现,例如分子遗传学的研究,内切酶的发现,DNA 顺序的变异,可为特殊的内切酶所辨认。神经生化方面对于 DA,5-HT,GABA 及神经肽等的研究,还有神经激素、神经免疫功能、脑的新显像技术、眼运动功能障碍(eyemovement dysfunction,EMD)、脑电图包括诱发电位、软体