



精神分裂症的诊断与治疗

JINGSHENFENLIEZHENGDE
ZHENDUANYUZHILIAO

主编

窦建军 李 会 刘春乔
魏中华 刘力军 孙淑敏

中医古籍出版社

精神分裂症的诊断与治疗

主编 窦建军 李 会 刘春乔
魏中华 刘力军 孙淑敏

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神分裂症的诊断与治疗/窦建军等著. - 北京: 中医古籍出版社,
2011. 6

ISBN 978 - 7 - 5152 - 0029 - 3

I. ①精… II. ①窦… III. ①精神分裂症 - 诊疗 IV. ①R749. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 110273 号

精神分裂症的诊断与治疗

窦建军 李 会 刘春乔 魏中华 刘力军 孙淑敏 主编

责任编辑 刘 婷

封面设计 陈 娟

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京金信诺印刷有限公司

开 本 710mm × 1000mm 1/16

印 张 15.375

字 数 270 千字

版 次 2011 年 6 月第 1 版 2011 年 6 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5152 - 0029 - 3

定 价 22.00 元

编 委 会

主 编 窦建军 李 会 刘春乔 魏中华
 刘力军 孙淑敏

副主编 刘德芳 苟汝红 穆喜术 朱永鑫
 袁红伟 李亚红 张 微 孙秀丽
 马占平 朱世辉

编 委 史永双 李 光 刘艳敏 杨冬梅
 熊润红 李春波

内 容 提 要

本书对精神分裂症的病因、发病机制、诊断、鉴别诊断、治疗等做了较为详尽的介绍，尤其在相关治疗学方面参考最新治疗动态，具有一定的实用价值，适合基层全科医生的连续医学教育，可作为精神卫生专业学生的相关课外教材。

目 录

第一章 精神分裂症的流行病学、病因及发病机制	(1)
一、流行病学	(1)
二、病因及发病机制	(2)
第二章 精神分裂症症状学及其鉴别	(5)
一、精神分裂症的诊断标准	(5)
(一) CCMD - 3 中精神分裂症诊断标准	(5)
(二) ICD - 10 中精神分裂症诊断标准	(7)
(三) DSM - IV 的精神分裂症诊断标准	(9)
二、临床鉴别	(10)
(一) 感知觉及其障碍的临床鉴别	(10)
(二) 思维及其障碍的临床鉴别	(16)
(三) 注意及其障碍的临床鉴别	(36)
(四) 记忆及其障碍的临床鉴别	(38)
(五) 智能及其障碍的临床鉴别	(43)
(六) 意识及其障碍的临床鉴别	(47)
(七) 情感及其障碍的临床鉴别	(54)
(八) 意志行为及其障碍的临床鉴别	(60)
(九) 人格及其障碍的临床鉴别	(68)
三、精神分裂症的诊断程序	(71)
四、精神分裂症的认知障碍问题	(74)
(一) 一般认知过程与障碍	(75)

(二) 精神分裂症不同病期的认知障碍	(76)
(三) 精神分裂症认知障碍的基础	(78)
(四) 认知障碍的治疗	(79)
五、精神分裂症的诊断问题	(80)
(一) 临床症状特征与诊断	(81)
(二) 病期与严重程度的判定与诊断	(90)
(三) 排除标准的约束	(91)
(四) 症状与分型诊断问题	(91)
(五) 有关诊断标准的应用注意事项	(92)
六、精神分裂症的鉴别诊断	(92)
(一) 临床表现特征的变异性	(92)
(二) 有关精神分裂症鉴别诊断的几种情况	(95)
(三) 典型病例	(97)
(四) 鉴别诊断的措施	(99)
(五) 诊断原则和标准	(99)
(六) 鉴别诊断	(100)
(七) 再诊断后的观察和评估	(103)
七、精神分裂症误诊的常见原因和因素	(104)
(一) 病因与发病机理不明确	(104)
(二) 临床表现的变异性	(105)
(三) 诊断标准的变异性和局限性	(106)
(四) 人为因素	(107)
(五) 社会文化因素	(108)
第三章 临床表现	(109)
一、感知觉障碍	(109)
二、思维及思维联想障碍	(109)
三、情感障碍	(112)

四、意志与行为障碍	(112)
第四章 精神分裂症的治疗	(114)
一、抗精神病药	(114)
(一) 抗精神病药的分类	(114)
(二) 抗精神病药的受体阻断作用	(116)
(三) 抗精神病药的临床应用	(117)
(四) 不良反应及其处理	(121)
中枢神经系统其他不良反应	(122)
自主神经系统不良反应	(122)
(五) 药物相互作用	(125)
(六) 第一代抗精神病药	(127)
(七) 第二代抗精神病药	(132)
二、精神分裂症的药物治疗	(157)
(一) 精神分裂症的急性期治疗	(157)
(二) 精神分裂症的巩固期治疗	(163)
(三) 精神分裂症的维持期治疗	(164)
(四) 慢性精神分裂症患者的治疗	(166)
三、电抽搐治疗	(166)
(一) 概述	(166)
(二) 治疗方法	(167)
(三) 禁忌证	(172)
(四) 不良反应和并发症	(173)
四、生物反馈治疗	(174)
(一) 生物反馈的适应证和禁忌证	(175)
(二) 生物反馈治疗步骤	(175)
(三) 生物反馈训练	(176)
(四) 治疗注意事项	(177)



五、经颅磁刺激治疗	(178)
(一) TMS 在精神科的临床应用	(179)
(二) 安全性注意事项和问题	(180)
六、心理治疗	(180)
(一) 治疗目的为减轻痛苦	(181)
(二) 治疗目的为重新适应	(183)
(三) 治疗目的为恢复功能	(185)
(四) 治疗目的为重新塑造	(191)
(五) 治疗一个以上患者的疗法	(193)
第五章 心理社会康复	(196)
一、精神康复的基本内容	(196)
二、精神病防治网的建立	(198)
三、健康教育	(200)
四、开设家庭病床	(201)
第六章 难治性精神分裂症	(203)
一、难治性精神分裂症的概念与一般治疗策略	(203)
二、对难治性精神分裂症阴性症状的处理	(207)
三、难治性精神分裂症认知缺损症状的评估及处理	(210)
第七章 阳性和阴性症状评定量表 (PANSS) 和简明精神病	
评定量表 (BPRS) 评分标准	(214)
参考文献	(237)

第一章 精神分裂症的流行病学、 病因及发病机制

精神分裂症 (schizophrenia) 是一组病因未明的精神疾病, 具有思维、情感、行为等多方面的障碍, 以精神活动和环境不协调为特征。通常意识清晰, 智能尚好, 部分病人可出现认知功能损害。多起病于青壮年, 常缓慢起病, 病程迁延, 有慢性化倾向和衰退的可能, 但部分病人可保持痊愈或基本痊愈状态。

一、流行病学

世界卫生组织 (1999) 估计, 精神分裂症在全球精神分裂症的终身患病率大概为 3.8‰~8.4‰, 年发病率为 0.22‰, 但在世界不同地区患病率的差异可以很大, 总的来看, 发达国家的患病率平均要高于发展中国家。这种差异除了地域、种族、文化等因素之外, 诊断标准的不同与掌握上的不一致也是造成差异的原因之一。精神分裂症的发病高峰年龄集中在男性为 15~25 岁, 女性稍晚。有 1/3 的病人曾试图自杀, 10% 的精神分裂症患者最终死于自杀。1993 年全国流调资料显示精神分裂症的终生患病率为 6.55‰, 与 1982 年的流调结果 5.69‰相比差别不大。2004 年河北省流行病学调查显示为 6.62‰。

我国的大部分流调资料都提示女性患病率高于男性, 但二者之间无明显差异, 性别差异在 35 岁以上年龄组相对明显; 农村患病率低于城市。同时还发现, 无论城乡, 精神分裂症的患病率均与家庭经济水平呈负相关。1990 年, 精神分裂症居中国疾病负担的第 18 位。由此可以看出, 我国每

年所造成的医疗费用支出以及病人本人和家属劳动生产力的损失是相当巨大的。

二、病因及发病机制

1. 遗传因素

国内外有关精神分裂症的家系调查、双生子以及分子遗传学研究，发现本病患者近亲中的患病率要远远高于一般人群，且血缘关系愈近，发病率愈高。双生子研究发现同卵双生的同病率是异卵双生的4~6倍，双生子的遗传率高达80%。寄养子研究发现精神分裂症母亲所生子女从小寄养出去，生活于正常家庭环境当中，成年后仍有较高的患病率，提示遗传因素在精神分裂症发病中有主要作用。且父母均患精神分裂症，其子女患病率明显高于父母一方患精神分裂症者。

2. 神经病理学及大脑结构的异常

研究证明，精神分裂症患者很可能是脑发育障碍所致。选取典型病例进行尸解研究，精神分裂症患者的海马神经元组织结构紊乱，恒定在中前额叶（海马、嗅外皮质、海马旁回）存在脑组织萎缩，类似的表现也存在于额叶。CT发现精神分裂症患者出现脑室的扩大和沟回的增宽，脑皮质体积减小，这些变化在精神疾病的早期已经存在。PET（正电子发射成像）更提供了在活体身上研究大脑功能活动的手段，精神分裂症患者在测试状态如进行威斯康星卡片归类试验（应当由额叶完成的活动）时，并不出现额叶活动的增强，提示患者存在额叶功能低下。

3. 神经生化方面的异常

（1）多巴胺（DA）假说 早期研究认为，精神分裂症患者中枢DA功能亢进。抗精神病药物治疗精神分裂症主要是对DA，特别是DA₂受体的阻断作用。长期使用可卡因或苯丙胺，会在一个无任何精神病遗传背景的人身上产生幻觉和妄想。苯丙胺和可卡因的主要神经药理学作用是可以升高大脑神经突触间多巴胺的水平。而阻断多巴胺D₂受体的药物可用来治疗精

精神分裂症的阳性症状。多宗研究提示精神分裂症患者血清高香草酸 (HVA, DA 的主要代谢产物) 增高, 尸体脑组织中 DA 或 HVA 高于对照组; PET 研究发现未经抗精神病药物治疗的患者纹状体 D_2 受体数量增加, 因此推测脑内多巴胺功能亢进与精神病症状有关。

(2) 氨基酸类神经递质假说 谷氨酸是皮层神经元重要的兴奋性递质, 中枢谷氨酸功能不足可能是精神分裂症的病因之一。使用放射配基结合法及磁共振波谱技术, 发现精神分裂症与正常人群相比, 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) 可在受试者身上引起幻觉及妄想, 但同时也会导致情感淡漠、退缩等阴性症状。抗精神病药物的作用机制之一就是增加中枢谷氨酸功能。

(3) 5-羟色胺 (5-HT) 假说 Wolley 等提出精神分裂症可能与 5-HT 代谢障碍有关的假说。非典型 (新型) 抗精神病药在临床上的广泛应用, 再次使 5-HT 在精神分裂症病理生理机制中的作用受到重视。非典型抗精神病药物氯氮平、利培酮、奥氮平等除了对中枢 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 DA 调节释放有关。5-HT_{2A} 受体激动剂可促进 DA 的合成和释放, 而 5-HT_{2A} 受体拮抗剂可使 A₁₀ DA 神经元放电减少, 并能减少中脑皮层及中脑边缘系统 DA 的释放, 这与抗精神病作用及锥体外系反应的减少均有关系。

上述学说仍在假说阶段, 至今尚无患者大脑或某些特定区域 DA 等受体变化, 或者功能亢进或减退的病理学和影像学的直接证据。

4. 神经发育病因学假说

D. Weinberger 和 R. Murray 提出了精神分裂症的神经发育假说, 由于遗传的因素和母孕期或围产期损伤, 在胚胎期大脑发育过程就出现了某种神经病理改变, 主要是新皮质形成期神经细胞从大脑深部向皮层迁移过程中出现了紊乱, 导致心理整合功能异常。其即刻效应并不显著, 但随着进入

青春期或成年早期，在外界环境因素的不良刺激下，很容易出现精神分裂症的症状。

5. 子宫内感染与产伤

研究发现，母孕期曾患病毒感染者及产科并发症高的新生儿，成年后发生精神分裂症的比例高于对照组。

6. 社会心理因素

遗传因素在精神分裂症的发病中占有重要地位，但心理社会因素在其病因学中仍可能具有一定的作用。除了前述的精神分裂症与社会阶层、经济状况有关外，临床发现，大多数精神分裂症患者的病前性格多表现为内向、孤僻、敏感多疑，很多患者病前6个月可追溯到相应的生活事件。国内调查发现，精神分裂症发病有精神因素者占40%~80%。当然目前没有证据表明精神因素就是病因，素质差并不等于有病，这类群体只是遭遇社会心理应激或不很清楚的诱发因素之后，他们难以应付容易发病。

第二章 精神分裂症症状学及其鉴别

一、精神分裂症的诊断标准

(一) CCMD-3 中精神分裂症诊断标准

1. 症状标准

至少有下列 2 项，并非继发于意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落，单纯型精神分裂症另规定；

- (1) 反复出现的言语性幻听；
- (2) 明显的思维松弛、思维破裂、言语不连贯，或思维贫乏或思维内容贫乏；
- (3) 思想被插入、被撤走、被播散、思维中断，或强制性思维；
- (4) 被动、被控制，或被洞悉体验；
- (5) 原发性妄想（包括妄想知觉，妄想心境）或其它荒谬的妄想；
- (6) 思维逻辑倒错、病理性象征性思维，或语词新作；
- (7) 情感倒错，或明显的情感淡漠；
- (8) 紧张综合征、怪异行为，或愚蠢行为；
- (9) 明显的意志减退或缺乏。

2. 严重标准

自知力障碍，并有社会功能严重受损或无法进行有效交谈。

3. 病程标准

- (1) 符合症状标准和严重标准至少已持续 1 个月，单纯型另有规定。
- (2) 若同时符合精神分裂症和心境障碍的症状标准，当情感症状减轻到不能满足心境障碍症状标准时，分裂症状需继续满足精神分裂症的症状

标准至少 2 周以上，方可诊断为精神分裂症。

4. 排除标准

排除器质性精神障碍及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。尚未缓解的精神分裂症病人，若又罹患本项中前述两类疾病，应并列诊断。

5. CCMD-3 中精神分裂症亚型分类与诊断标准

(1) 偏执型分裂症

符合偏执型分裂症的诊断标准，以妄想为主，常伴有幻觉，以听幻觉多见。

(2) 青春型分裂症

符合分裂症诊断标准，常在青年期起病，以思维、情感、行为障碍或紊乱为主。例如明显的思维松弛、思维破裂、情感倒错、怪异行为或愚蠢行为。

(3) 紧张型分裂症

符合分裂症诊断标准，以紧张综合征为主，其中以紧张性木僵常见。

(4) 单纯型分裂症

①以思维贫乏、情感淡漠，或意志减退等阴性症状为主，从无明显的阳性症状；

②社会功能严重受损，趋向精神衰退；

③起病隐袭，缓慢发展，病程至少 2 年，常在青少年期起病。

(5) 未定型分裂症

①符合精神分裂症诊断标准，有明显阳性症状；

②不符合上述亚型的诊断标准，或为偏执型、青春型，或紧张型的混合形式。

说明：本型又名混合型或未分化型。

(6) 其他型或待分类的分裂症

符合精神分裂症诊断标准，不符合上述各型的诊断标准，如儿童分裂症，晚发性分裂症等。



(7) 分裂症后抑郁

①最近1年内确诊为精神分裂症，分裂症病情好转而未痊愈时出现抑郁症状；

②此时以持续至少2周的抑郁为主要症状，虽然遗有精神病性症状，但已非主要临床相；

③排除抑郁症、分裂情感性精神病。

(8) 分裂症缓解期

曾诊断为精神分裂症，现临床症状消失，自知力和社会功能恢复至少已2个月。

(9) 分裂症残留期

①过去符合精神分裂症诊断标准，且至少2年一直未完全缓解。

②病情好转，但至少残留下列1项：

1个别阳性症状；2个别阴性症状，如思维贫乏、情感淡漠、意志减退，或社会性退缩3人格改变。

③社会功能和自知力缺陷不严重。

④最近1个月症状相对稳定；无明显好转或恶化。

(10) 慢性其他病程类型

①符合精神分裂症诊断标准；

②病程至少持续2年。

(11) 分裂症衰退期

①符合精神分裂症诊断标准；

②最近1年以精神衰退为主，社会功能严重受损，成为精神残疾。

(二) ICD-10 中精神分裂症诊断标准

1. 症状标准

具备下述(1)~(4)中的任何一组(如不甚明确常需要两令或多个症状)或(5)~(9)至少两组症状群中的十分明确的



- (1) 思维鸣响、思维插入、思维被撤走及思维广播；
 - (2) 明确涉及躯体或四肢运动，或特殊思维、行动或感觉的被影响、被控制或被动妄想；妄想性知觉。
 - (3) 对病人的行为进行跟踪性评论，或彼此对病人加以讨论的幻听，或来源于身体某一部分的其他类型的幻听；
 - (4) 与文化不相称且根本不可能的其他类型的持续性妄想，圣口具有某种宗教或政治身份、或超人的力量和能力（如能控制天气或与另一世界的外来者进行交流）；
 - (5) 伴转瞬即逝或未充分形成的无明显情感内容的妄想，或竺妻尊久的超价观念，或连续数周或数月每日均出现的任何感吾的幻觉；
 - (6) 思潮断裂或无关的插入语，导致言语不连贯，或不中肯或语词新作；
 - (7) 紧张性行为，如兴奋、摆姿势，或蜡样屈曲、违拗、缄默及木僵；
 - (8) 阴性症状，如显著情感淡漠、言语贫乏、情感迟钝或不协调，常导致社会退缩及社会功能下降，但须澄清这些症状并非由抑郁症或神经阻滞剂治疗所致；
 - (9) 个人行为的某些方面发生显著而持久的总体性质的改变，表现为丧失兴趣、缺乏目的、懒散、自我专注及社会退缩。
2. 严重程度标准
无
 3. 病程标准
特征性症状在至少1个月以上的大部分时间内肯定存在。
 4. 排除标准有3条
 - (1) 存在广泛情感症状时，就不应作出精神分裂症的诊断，除非分裂的症状早于情感症状出现；
 - (2) 分裂症的症状和情感症状两者一起出现，程度均衡，应诊断分裂