

孙延强 靳士立
李沛英 卞清涛
主 编

常见
精神疾病临床
医护手册

CHANGJIAN JINGSHEN JIBING LINCHUANG
YIHU SHOUC

青岛海洋大学出版社

98
R473.74
6
2

常见精神疾病临床医护手册

孙延强 靳士立 主编
李沛英 卞清涛

11907104



青岛海洋大学出版社



3 0003 8949 8

(鲁)新登字 15 号

常见精神疾病临床医护手册

孙廷强 靳士立 主编
李沛英 卞清涛

*

青岛海洋大学出版社出版发行

青岛市鱼山路 5 号

邮政编码 266003

新华书店经销

安丘市印刷厂印刷

*

1997 年 9 月第 1 版 1997 年 9 月第 1 次印刷

32 开本(850×1168 毫米) 10.25 印张 260 千字

印数 1—3000

ISBN 7-81026-903-8/R·100

定价:13.80 元

顾问 成义仁

主编 孙延强 靳士立 李沛英 卞清涛

副主编 全丰芝 于悦欣 刘朝军 孟庆立

马爱荣 范翠莹 邱兆芳 许少山

编委(按姓氏笔划为序)

王小静 王玉革 王秀菊 冯秀玲

刘继明 任兰振 朱萍 朱友德

陈合民 张增 张雷 张秀芳

张建平 张复英 杨根领 杨警予

苏秋菊 郑玉山 孟繁华 相其林

赵福云 赵相英 徐伟 贾占玲

韩曙光 詹来英 戴爱民

前 言

随着医学科学的飞速发展和现代医学模式的转变,精神医学的基本概念和医护方法等方面也出现了许多变革和进步。广大精神科医护人员渴望不断更新知识、提高医护水平,以便在精神科临床实践中,正确分析各种复杂的临床症状,及时做出正确诊断,避免延误对患者的治疗。有鉴于此,我们在总结多年临床实践经验的基础上,广泛收集国内外最新资料,编写了这本《常见精神疾病临床医护手册》。

本书分器质性、功能性和少年儿童期精神疾病三部分,全面而系统地讲述了41种精神疾病的基本概念、病因和发病机理、临床表现、诊断和鉴别诊断、病程和预后、治疗和护理知识等;特别是对精神疾病患者的护理措施,从一般护理、对症护理、家庭护理和心理护理几方面做了极其详细的阐述,此为本书区别于其他同类书的一大特点。本书内容新颖,科学性和实用性强。希望本书出版后,能成为精神科广大临床医护人员和医学院校师生的良师益友。

由于水平所限,书中可能有不妥之处,敬请广大同仁指正。

编 者

1997年5月

目 录

一、器质性精神障碍	(1)
颅脑损伤伴发的精神障碍	(1)
颅脑肿瘤伴发的精神障碍	(14)
阿尔采末氏病	(21)
散发性脑炎伴发的精神障碍	(27)
肝豆状核变性伴发的精神障碍	(33)
震颤麻痹伴发的精神障碍	(39)
高血压病伴发的精神障碍	(43)
脑动脉硬化伴发的精神障碍	(48)
癫痫性精神障碍	(53)
肝性脑病伴发的精神障碍	(66)
肾脏疾病伴发的精神障碍	(73)
甲状腺机能异常伴发的精神障碍	(80)
药物依赖	(86)
酒依赖和酒中毒性精神障碍	(93)
一氧化碳中毒伴发的精神障碍	(103)
有机磷中毒伴发的精神障碍	(107)
抗精神病药中毒伴发的精神障碍	(113)
产后精神障碍	(118)
手术后精神障碍	(124)
二、功能性精神障碍	(128)
精神分裂症	(128)
情感性精神障碍	(151)
偏执性精神病	(167)

分裂情感性精神病	(174)
癔症	(177)
焦虑性神经症	(183)
强迫性神经症	(194)
抑郁性神经症	(202)
恐怖性神经症	(208)
疑病性神经症	(219)
神经衰弱	(228)
失眠症	(234)
神经性厌食	(239)
反应性精神病	(244)
人格障碍	(252)
同性恋	(261)
三、儿童及少年期精神障碍	(266)
婴儿孤独症	(266)
儿童多动综合征	(271)
精神发育迟滞	(282)
儿童精神分裂症	(289)
儿童情感性障碍	(296)
遗尿症	(302)
附录	(308)
临床常用精神病药物	(308)
临床常用检验正常值	(313)
主要参考文献	(321)

一 器质性精神障碍

颅脑损伤伴发的精神障碍

头部直接或者间接地受外力作用而造成不同程度的损伤,在急性期或慢性期可能发生精神活动的失调及缺陷,即颅脑外伤所致的精神障碍。

无论是在战争年代或是和平环境,头部外伤都是常见情况。本世纪以来,随着公路交通的发展,车祸增多,致使头部外伤发生率明显上升。随着神经外科及急救医疗技术的发展,近年来颅脑外伤的急性期死亡率下降,但由此所致的精神障碍则仍属治疗上的难题。据估计,颅脑损伤后的存活者中出现各种精神障碍者超过25%,对这些病例进行细致的精神医学检查并开展有的放矢的治疗及康复培训是精神科医生责无旁贷的任务。因此,探索颅脑损伤伴发的精神障碍的病理、诊断、治疗及预防后遗症,不仅对提高疗效、减少精神缺陷和致残,同时对劳动力保护等一系列问题,都具有重要意义。

【病因与发病机理】

颅脑损伤可为各种形式的外力作用所致,因而这些外力作用也是发生脑外伤精神障碍的基本病因,这些外力大致可分以下几种。

1. 非穿透性直接外力作用于头部引起的颅脑损伤

(1) 头部处于静止状态,受运动物体打击。如行驶车辆撞击或

坠落物击中等引起颅脑的加速性损伤,即冲击伤。这种损伤部位往往与致伤物撞击头颅的部位一致。此种外力亦可使脑在颅内移动发生摩擦、牵拉、扭曲等从而引起着力点对侧的脑损伤,即对冲伤。

(2)运动的头部撞在静止的物体上。如从高处坠落、突然跌倒以头着地等,除着力点部位的冲击伤外,也可造成对冲性脑损伤,且常常是更严重的脑挫裂伤。

(3)头部受到两个或两个以上不同方向的外力作用,使头颅变形。如车轮挤压、产钳伤等造成颅脑两处或多处作用点的损伤。

2. 间接外力作用引起的颅脑损伤

间接外力作用即外力作用于身体其他部位,通过传导作用于头部引起,如人体从高处下落,臀或者是着地时冲击力沿着脊柱传至颅底而发生脑损伤。另外,当外力作用于胸部时,如建筑物倒塌压于胸部、车身撞击、车轮辗压躯体上部、爆炸时高压气浪冲击胸部,使胸腔内压力突升,引起上腔静脉压突然上升,导致颅内小血管破裂或点状出血。

3. 穿透性直接损伤

主要见于战争时期火器伤、金属异物穿透脑部、弹道造成直接的脑撕裂伤,此外高速运动的异物带来的巨大冲击力也会辐射到周围脑组织而加重脑损伤。

以上外力作用可造成颅脑的闭合性或开放性两种损伤,平时以前者较多见。开放性颅脑伤有硬脑膜破裂,且颅脑直接或间接与外界相通,易于发生感染,加重脑功能的损害。

颅脑损伤越重,受累部位越广泛,越易引起精神障碍。广泛性脑损伤一般引起精神功能的全面障碍。就局部脑损伤与精神障碍的关系而言,从频度上讲,最容易出现精神障碍的是颞叶,其次是前额叶及额叶眶部,顶叶及枕叶损伤后出现精神障碍的机会最小。从精神障碍的性质上看,颞叶损伤常引起人格障碍,表现为情绪不稳与冲动控制障碍;前额叶损伤亦易引起人格障碍,表现为情感淡

漠、幼稚、意志减退、精神活动迟缓；顶叶损伤易引起认知功能障碍；脑基底部损伤易引起记忆损害等。

此外，心理——社会——躯体(生物学)因素也对脑损伤后精神障碍的临床表现、病程及预后有一定影响。所谓心理——社会因素主要是指患者病前的心理素质与人格特征，对伤的认识与态度，有无获得赔偿的可能及外伤对生活、工作的影响，家属、单位的态度等。有时外伤也可作为原本属于功能性精神障碍的诱因或使已缓解的精神病复发，本章仅限于讨论颅脑损伤引起的器质性精神障碍。

【临床表现】

头部外伤的精神障碍大致分两类，一类见于外伤急性阶段，如脑震荡；另一类是脑外伤的慢性后遗症，其中包括从急性期延续下来的精神异常和在急性期后一段时间逐渐发展起来的精神障碍。临床上，颅脑损伤所引起的精神障碍在闭合性原发性损伤病例中尤为常见，而且症状也比较多样化。被精神科医师诊断为颅脑外伤的病人主要有两类：一类为少数有严重持久的精神后遗症患者，如持久的记忆障碍；另一类为为数较多的情绪障碍及无力状态，这些症状常不很明显而易被忽视，但可造成持久性伤残。

1. 颅脑损伤后急性阶段精神障碍

(1)脑震荡：是头颅受到外暴力作用后引起的一过性意识丧失的急性脑功能障碍。临床上主要表现为意识障碍及其后出现的近事遗忘。这是颅脑损伤中最轻的形式，由于创伤的严重程度不一，所引起的精神症状也可轻可重。

创伤程度较轻时的病人可没有显著意识障碍，很大程度上只是产生短暂轻度的意识模糊或神志恍惚，一般经几秒至十几分钟即完全恢复。

典型的情况是外伤后先有短暂的意识全丧失(昏迷)，同时伴有植物神经症状，如面色苍白、脉搏细弱缓慢、呼吸减慢、血压下

降、出冷汗、瞳孔散大、光反射及角膜反射迟钝或消失等。一般经几分钟至半小时后清醒。如果昏迷时间超过半小时，脑外伤的程度就恐怕不只是单纯的脑震荡了。

脑震荡患者意识恢复之后对受伤前后的经历会有短时期的记忆丧失。对受伤前一段时间中经历的遗忘称逆行性遗忘；对受伤当时及稍后一段经历的遗忘为顺行性遗忘。遗忘时间的长短与脑震荡程度及意识障碍的时间成正比。对外伤前后经历的遗忘及意识障碍是诊断脑震荡的必要条件。

脑震荡后由于脑血液循环所引起的血管痉挛、扩张、瘀血及脑水肿等影响，病人可有头痛、头昏、眩晕、恶心、耳鸣、对声和光过度敏感、易疲劳、情绪不稳、注意力涣散、失眠、多梦等。查体可见有眼球震颤，个别病例可出现听力、嗅觉下降，伴舌尖偏斜等。

(2)脑外伤后急性精神障碍：脑外伤后急性精神障碍是指出现于脑外伤后急性阶段的意识模糊以及可能伴发的各种精神症状。一般发生于较严重脑外伤之后，先有长达数小时的昏迷，然后继以数日或数周的意识模糊阶段，并伴发多种精神病性症状，如幻觉、妄想及精神运动性兴奋等。

脑外伤后急性精神障碍的临床表现多种多样，大多数患者表现为谵妄状态，即意识模糊、表情迷惘，有时异常兴奋、烦躁不安，易激惹，言语紊乱，语句不连贯，动作单调，行为冲动，定向力丧失或无目的乱闯，对周围事物辨认能力下降等。有的病人虽然也是意识不清，但相对安静，显得精神萎靡、淡漠、无欲、少言少动；有的则在意识清晰度下降的情况下，出现明显幻觉，并可继发片断不系统的妄想，如被监视、追逐感等，常带有明显情绪色彩，病人显得紧张，惊恐不安。

有些病人在意识障碍背景上，突出表现为伤前个性特征的失控与强化，如依伤前人格特征的不同，分别表现为严重的焦虑、抑郁、疑病倾向、偏执倾向、做作行为等。

外伤后急性精神障碍通常持续数日至2周,如延续至1个月以上,则表示有更严重的颅脑损害,必须密切注意。至于日后是否有遗留症状,须经6个月才能判明。

(3)脑外伤后记忆障碍:脑外伤患者意识恢复之后,总会遗留一段时间的近事记忆障碍,即伤者对受伤前后一段时间内的经历的遗忘,即顺行性遗忘及逆行性遗忘,其时间长短一般和脑外伤的严重程度有关,是脑功能严重损伤的反映。临床上常将顺行性遗忘时间作为评估脑外伤严重程度的一个指标,但不能作为预测预后良好与否的指标。若外伤遗忘不能及时恢复,则形成以虚构为特征性症状的外伤后遗忘综合征。

(4)脑外伤后聋哑症:这是脑外伤后急性障碍的一种特殊类型。常在爆炸产生的高压气浪冲击时发生,其发生机理主要是听觉及语言功能在超强刺激下被抑制。病人在意识恢复后丧失了听觉及说话能力,此时病人虽听不见别人问话,但仍能保持良好的理解力,能借助纸笔或表情、手势与人交谈。除聋哑外,其他精神活动正常。病人对自己的病症非常关心,求治心切。一般于数日或数月内逐渐恢复,如合并一定的心理因素,可作为一种转换性感觉障碍而较长期地固定下来。

2. 颅脑外伤的慢性后遗症

(1)颅脑损伤后综合征:颅脑损伤后可遗留许多不同的现象,人们通常依病人主诉不同而冠以不同的名称,如脑震荡后遗症、外伤性神经官能症、外伤后脑衰弱状态等。这类综合征是大脑闭合性外伤后常见的一种后遗症。临床上一般发生于脑外伤1个月后,个别可在数月甚至数年后不等。临床上精神病学者对此综合征的病因、病理、生理等做了大量研究,认为与颅脑损伤的严重程度有一定的关系。

病人可表现为头痛、头昏、眩晕,睡眠障碍,情绪不稳、急躁、焦虑、易伤感抑郁,脑力下降,注意力不集中,记忆力减退,反应迟钝,

易疲劳,对声、光敏感,对冷、湿、酒精耐受力下降;癔症样发作,如失明、失聪、瘫痪等;植物神经功能紊乱,如心慌、胸闷、多汗、血压下降、性功能减退、便秘及腹泻等。查体有舌尖及手指颤动,眼球震颤,一侧或双侧掌颞反射阳性,腹壁反射不对称等。脑电图可有广泛性节律失调。

这类症状中头痛最多见,且严重的症状多为胀痛、钝痛或搏动性痛,为局限性(受伤部位)、弥漫性或位于双颞侧并向额部反射;休息后可减轻,头部转动、噪声、光或其他刺激以及气候变化时加重。如头痛持久不愈,镇痛剂无效,反应迟钝,伴恶心、呕吐等时,应进一步仔细检查,防止慢性硬脑膜下血肿或脑积水等并发症。

此症一般在数月至2年内可以恢复。

(2)外伤性癫痫:本症是头部外伤后脑组织有瘢痕形成、局部萎缩变形、脑膜组织粘连等病变所致。其发生率在较大程度上受伤势和追踪年限的影响,且与颅脑损伤的性质、类型、部位以及脑损伤并发症等密切相关。脑外伤性癫痫可为早发和晚发。前者在伤后1个月内出现,占10%~15%,其中较多在意外后48小时内发生;晚发者多出现于受伤后2年内,占85%。发作可能是突然的或由于过度疲劳、情绪紧张、心理刺激等诱发。有全身性和局灶性(约为2:3)发作两种,全身性者以大发作多见;局灶性发作的特点依病灶部位不同而异,发生于颞叶者约为25%,可引起自动症,表现为梦样状态、阶段性遗忘、似曾相识、幻嗅等。

(3)外伤性人格改变:此种人格改变是头部外伤后常常发生并为时较久的后遗症之一。它首先取决于脑损伤的类型、部位,并与个体素质及心理等影响有关。

最常见的人格改变有遗忘,注意力集中困难和随意性思维减退;行为上表现为丢三落四,不知道做什么事及为何做某事。

额叶损伤可引起特殊的人格改变,表现为不能客观地看待问题,缺乏预见性和灵活性;不能预见自己行为后果、情绪欣快、健谈

而内容零乱,并具夸大色彩,有时则表现为迟钝、淡漠。

颅脑损伤人格改变的另一类型是易激惹、自控力下降。可表现为攻击和暴怒发作、危害社会等。

这类病人中部分 2~3 年内渐恢复,有的则进一步加重,需长期监护。

(4)外伤性痴呆:头部受到较严重、广泛损伤,尤其在优势半球受伤时较易出现痴呆。临床上轻度的智能障碍颇难判断,患者可有脑力不济、健忘、工作效率低、易出错等。重症病例表现为行动迟缓、表情呆滞淡漠,有时则无因出现欣快或阵发性哭笑。逻辑和抽象思维受累最为显著,并有严重记忆障碍。

临床上严重的外伤性痴呆非常少见。除严重的病例外,外伤 2~3 年内一般不能对其智能障碍做肯定结论。

(5)外伤性精神病:头部外伤可诱发潜在的精神病已无疑义,但是否可为致病因素则是争论已久的话题。近 20 年来,有的学者所进行的研究发现,部分病例个体素质等具有重要意义;另一部分病例则不能排除脑部外伤的直接致病作用。

①精神分裂样精神病:Achte 等对第二次世界大战头部外伤的随访研究显示,本病发病率为 26%,高于一般进展型精神分裂症,其临床表现与一般的精神分裂症基本相似。但外伤后精神分裂样精神病有颅脑外伤后综合征的表现和特征,家族精神病史低,多表现为阳性症状,患者发生人格改变的倾向性较大,一般发生于外伤后 2 年内。

②外伤性偏执性精神病:此病的发生率为 2.1%,为头部外伤及个体素质、心理和环境等影响所致。往往在外伤较长时间后起病,表现为敏感多疑,常不能与人泰然相处,易发生争执、激怒和冲动,因而可能发生伤人和破坏事件。

③外伤性情感障碍:Achte 等所观察的资料中抑郁症发生率为 1.3%,躁狂症为 0.1%,这类病人在精神状态方面表现有脑器

质性综合征的部分特点。临床表现与典型的躁狂抑郁性精神病不同。其情绪波动迅速,持续数小时或数天。

3. 电抽搐(ECT)治疗引起的脑损伤

ECT 是精神科常用的躯体治疗方法,疗效肯定。但可引起一些副作用,在精神方面主要引起暂时性记忆减退,尤其是对铭记和贮存过程造成损害;通常于 ECT 后几周内自行恢复,不会酿成长期记忆损害。

【诊断与鉴别诊断】

依据头部外伤史(如受伤时的情况、意识障碍程度、时间)、症状及体征,一般可以做出正确诊断,同时亦可借助 X 片、脑电图、电子计算机 X 线脑断层扫描等为确定诊断提供依据。另外,心理测验,如一般智能、注意和记忆、联想与思维测验,可以协助判断是否存在脑器质性病理特征。精神症状特点必须符合 CCMD-2-R 关于脑器质性精神障碍的诊断标准。

临床上有时外伤不一定累及头部或者头部外伤程度很轻,没有真正造成脑损伤。但在心理及环境因素影响下,可出现这样那样的心因性症状。此外,有头部外伤史的人也可再罹患其他神经或精神疾病。这实际上是见于同一个体的两种不同疾患,不能归结为脑外伤性精神障碍,这是本节讨论的重点。

1. 神经症

颅脑损伤后综合征,有时在临床表现上与普通神经症极为相似,但脑外伤所致的症状如头痛、头晕、焦虑、激动、注意涣散、疲乏无力等较为突出,表现形式变化极少。而头痛等症状常受体位变换及气候改变的影响。一般神经症的表现较为复杂多变,受心理和环境因素的影响较显著。有时可借助体征及脑电图等作为鉴别诊断的参考。

2. 情感性精神障碍

头部外伤后病人精神障碍中体诉较多,疑病倾向突出,抑郁色

彩明显,外伤后一定时期内出现人格改变,举止轻率、表情欣快、夸夸其谈,妄自尊大等。临床上脑外伤所致的情绪波动迅速,持续时间短暂,并有记忆障碍。而单纯情感性精神障碍临床上症状典型,记忆良好,一般家族史多,脑电图正常。

3. 精神分裂症

在颅脑外伤后可出现幻觉、妄想等精神分裂症常见症状,但一般的精神分裂症具有遗传倾向、个体素质等因素。临床上多具有精神分裂症特征性症状,病程呈进行性。如有意识障碍则为时短暂,记忆缺陷不致长期存在,一般无神经系统阳性体征,可资鉴别。

4. 病态人格

病态人格患者显著的素质缺陷,在个体发育早期就表现出人格结构异常,所以仔细追溯患者性格发生异常的时期,以判明在伤前其人格表现是否正常,是鉴别外伤性人格改变的要点之一。另外,外伤性人格改变一般有智能缺损及神经系统阳性体征,可资鉴别。

5. 癫痫

一般多发生于儿童、青少年期,当这一时期出现颅脑外伤性癫痫时,就需与原发癫痫相区别。原发者家族中可有类似病史,临床发作类型以大发作为主,局灶型较少,神经体征阴性,脑电图常为重度弥散性放电等,可与外伤性癫痫相区别。

【病程和预后】

影响脑外伤精神障碍预后的因素主要与头部外伤的性质、类型、意识丧失时间、有无并发症及外伤后治疗是否及时恰当、充分以及伤者伤前人格状况、对外伤的态度及情绪反应、家属对外伤的认识态度等社会心理因素有关。一般轻型病例急性期精神障碍在积极治疗下,可在短期内或1~2个月内充分恢复,也不残留后遗症。至于远期的精神障碍,可以因头部外伤严重,残留一部分神经功能缺陷及种种精神障碍,可能迁延较长久,但一般也会在1年内

恢复。轻度脑损伤及精神障碍如智能、人格损伤等如超过1年,一般就固定定型,不再好转也不再恶化了。有些患者在1年之后临床上继续显示进步,这主要是中枢神经系统中,未受损伤的部分发挥代偿及心理适应性获得重建的缘故。

有学者研究发现,头部外伤后遗忘时间与恢复工作时间有一定的关系,如下表所示:

外伤后遗忘时间与恢复工作时间的关系

外伤后遗忘时间	恢复工作的时间
5'~1h	4~6W
1~24h	6~8W
1~7d	2~4M
7d↑	4~8M

这是作为判定患者头部受伤后治疗及休养计划的参考。

【治疗】

对颅脑损伤病人应尽早制定长期治疗计划,在其急性阶段的救治属神经外科范畴,读者如需了解可查阅有关专著,本节着重从精神科角度介绍某些相关问题。

1. 一般处理

(1)在急性期应严格卧床休息,在轻度脑震荡病例中,根据病情可休息1~2个月。过早起床活动对头痛等后遗症有一定影响,较重病例卧床时间应延长,同时加强解释工作,以免造成精神负担,加重病情。

(2)当病人处于昏迷状态时,应加强护理,定时翻身并采取侧卧位以防舌后坠及口腔分泌物吸入气管导致吸入性肺炎。

(3)兴奋躁动病人,可注射副醛等。必要时给予精神药物,如冬眠灵、奋乃静等。尽可能给最小有效量,大剂量可诱发意识障碍。禁用吗啡等麻醉剂。