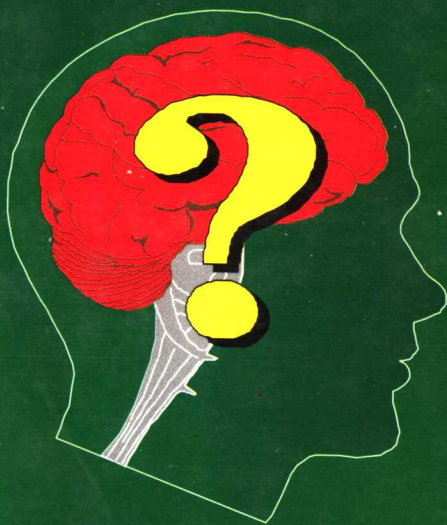


主编 靳士立 王坤明
韩曙光 杨冬梅

器质性 QI ZHI XING
精神障碍 JING SHEN ZHANG AI

精神障碍



青岛出版社

鲁新登字 08 号

书 名 器质性精神障碍
主 编 靳士立 王坤明 韩曙光 杨冬梅
出版发行 青岛出版社
社 址 青岛市徐州路 77 号(266071)
本社网址 <http://www.qdpub.com>
邮购电话 (0532)5814750 5814611 - 8662 传真(0532)5814750
责任编辑 董恩滨 E-mail:deb@qdpub.com
封面设计 青岛深深白广告公司
印 刷 青岛新新华印刷有限公司
出版日期 2003 年 8 月第 2 版,2003 年 8 月第 2 次印刷
开 本 32 开(850mm × 1168mm)
印 张 9.75
字 数 260 千
书 号 ISBN 7 - 5436 - 0417 - 5
定 价 15.00 元

(青岛版图书售出后如发现倒装、错装、字迹模糊、缺页、散页等质量问题,请寄回承印厂调换,联系电话:0532 - 7896554)

主 编	靳士立	王坤明	韩曙光	杨冬梅	
副主编	王玉革	刘庆海	赵继栋	张庆良	王衍武
	郭时敬	赵聿雪	郭琳	曹修纯	刘润新
编 委	(按姓氏笔画为序)				
	马运宏	万晓娜	王显金	王秋玲	王建云
	山君来	叶萌	史雪艳	司延春	刘平
	刘华	刘波	刘红霞	刘贵献	刘桂芳
	李秀玲	李秀辉	任志君	宋天华	李红丽
	陈国栋	张万强	张立群	张传芝	张校明
	张淑爱	赵旭	杨丽	杨警予	房茂胜
	郭良苏	侯秀梅	高淑娜	商振旺	贾国富
	谢晓燕	翟宁			

前 言

器质性精神障碍是精神医学的一个重要分支,主要研究脑部疾病和躯体疾病所导致的精神障碍。器质性精神障碍不但是精神科和神经科医生的必修课题,而且也是内科、外科、妇科医生必须具备的相关知识。这样,一旦他们在临床工作中遇到这类问题,对问题的解决将起到非常重要的作用。随着医学的飞速发展,对器质性精神障碍的研究也取得了长足的进步,有关新技术也在不断地更新。但是,目前这方面的书籍相当少,国内有一部《器质性精神病学》,也是1992年出版的。为此,我们邀请了一些国内相关专业的专家,在参阅大量国内外文献的基础上,结合自己的临床经验,编写了这本《器质性精神障碍》。

全书对41种临床常见的器质性精神障碍,从病因和发病机理、临床表现、诊断和鉴别诊断、治疗及预后等方面进行了详细阐述,特别是在治疗方面,由于近年来临床上新的精神药物不断出现,与传统的精神药物相比,这些新药副作用小,对器质性精神障碍的治疗功效卓越,因此,在每一种疾病的治疗部分,我们将新药的应用进行了详细论述。

本书内容新颖,言简意赅,实用性强,是临床各科医务人员和医学院校师生的重要参考书。

由于水平所限,书中疏漏之处在所难免,恳请广大同仁不吝斧正。

编 者

于山东省安康医院

2003年春

目 录

第一章 绪论	1
第二章 器质性精神障碍的临床表现	3
第一节 器质性意识障碍(谵妄)	3
第二节 器质性智能障碍(痴呆)	11
第三节 器质性遗忘综合征	22
第四节 器质性人格改变	24
第五节 妄想综合征	25
第六节 幻觉综合征	27
第七节 神经衰弱综合征	30
第八节 抑郁综合征	33
第九节 躁狂综合征	35
第三章 器质性精神障碍的检查及诊断	38
第一节 临床检查	38
第二节 影像学检查	43
第三节 心理测验及量表	53
第四节 脑电生理学检查	64
第五节 分类	68
第六节 诊断原则与鉴别诊断	70
第七节 治疗原则	73
第四章 脑部疾病所致精神障碍	76
第一节 病毒性脑炎所致精神障碍	76
第二节 流行性病毒感染所致精神障碍	79
流行性乙型脑炎所致精神障碍	80

流行性甲型脑炎所致精神障碍	83
脊髓灰质炎病毒所致精神障碍	86
柯萨奇病毒脑炎所致精神障碍	89
埃可病毒脑炎所致精神障碍	91
第三节 散发性脑炎所致精神障碍	92
第四节 化脓性脑膜炎所致精神障碍	97
第五节 脑脓肿所致精神障碍	100
第六节 脑囊虫病所致精神障碍	102
第七节 Alzheimer 病	106
第八节 Pick 病	113
第九节 脑血管病所致精神障碍	122
多发梗塞性痴呆	123
Binswanger 病	130
卒中后的精神障碍	134
蛛网膜下腔出血	146
第十节 癫痫性精神障碍	152
第十一节 颅内肿瘤所致精神障碍	162
第十二节 颅脑损伤伴发的精神障碍	167
第十三节 多发性硬化所致精神障碍	178
第十四节 肝豆状核变性伴发的精神障碍	184
第十五节 震颤麻痹所致精神障碍	188
第十六节 高血压病所致精神障碍	191
第十七节 脑动脉硬化所致精神障碍	194
第五章 躯体疾病所致精神障碍	198
第一节 躯体感染所致精神障碍	198
第二节 内脏疾病伴发的精神障碍	201
呼吸系统疾病伴发的精神障碍	201
心血管疾病伴发的精神障碍	203
肝脏疾病伴发的精神障碍	204

胰腺疾病伴发的精神障碍	205
肾性脑病	206
肾透析伴发的精神障碍	207
第三节 甲状腺功能异常伴发的精神障碍	208
甲状腺功能亢进(甲亢)(hyperthyroidism)伴发的精神障碍	208
甲状腺功能减退伴发的精神障碍	210
第四节 脑垂体功能异常伴发的精神障碍	211
脑垂体功能亢进伴发的精神障碍	211
脑垂体功能减退伴发的精神障碍	212
第五节 糖尿病及低血糖伴发的精神障碍	213
糖尿病伴发的精神障碍	213
低血糖伴发的精神障碍	215
第六节 经前综合征	216
第七节 妊娠及产后精神障碍	219
妊娠期精神障碍	219
产后精神障碍	220
第八节 更年期综合征	222
第九节 血卟啉病所致精神障碍	224
第十节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	227
第十一节 恶性肿瘤所致精神障碍	233
第十二节 手术所致精神障碍	240
第十三节 艾滋病所致精神障碍	241
第六章 中毒性精神障碍与物质依赖	253
第一节 一氧化碳中毒	253
第二节 苯中毒	257
第三节 有机磷农药中毒	259
第四节 抗胆碱能药物中毒	261
第五节 三环类抗抑郁药中毒	263

第六节 抗精神病药中毒	265
第七节 碳酸锂中毒	268
第八节 酒精所致精神障碍	270
第九节 镇静催眠药或抗焦虑药所致精神障碍	278
巴比妥类中毒	278
非巴比妥类镇静催眠药物依赖与中毒	283
抗焦虑药物依赖	284
第十节 阿片类物质所致精神障碍	285
第十一节 中枢兴奋剂所致精神障碍	288
第十二节 致幻剂所致精神障碍	290
第七章 器质性精神障碍的护理	293
第一节 心理护理	293
第二节 一般护理	294
第三节 症状护理	296

第一章 绪 论

一、器质性精神障碍的概念

精神障碍分为器质性精神障碍和功能性精神障碍两大类。前者指脑部有明显器质性改变,包括各种原发于脑部的病变和继发于躯体疾患或中毒所致的精神障碍;后者指根据目前的科技发展水平,还未能发现脑部存在明显的形态学或确切的脑组织病理变化,而仅仅表现为大脑功能紊乱的一类精神障碍。

二、器质性与功能性精神障碍的关系

把精神障碍划分为器质性与功能性,只是相对的、人为的和有条件的分类,不是绝对的。之所以这样划分,是为了便于在临床中对疾病进行诊断、鉴别诊断和治疗。随着科学技术的不断进步,特别是近年来随着分子生物学的飞速发展和电子计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)等新技术在临床上的广泛应用,过去无法发现存在脑部病变的疾病,不久的将来,也可能会发现脑部有结构的变化。如目前已发现部分精神分裂症患者存在额叶结构的异常,且以前认为是功能性疾病的全身麻痹症和维生素缺乏引起的精神障碍,则早已被证实为器质性精神障碍。

三、器质性精神障碍的患病率

国外有资料显示:1966年美国国立精神卫生研究所统计,在精神病院的初入院患者中,器质性精神障碍的患者占20%。国内资料显示:1984年上海精神卫生中心统计,器质性精神障碍(主要包括中毒、感染、脑肿瘤、癫痫、动脉硬化性、老年性等所致的精神障碍)占全院病例的2.6%,而于1987年进行的统计调查,这一数字达到5.68%。21世纪,世界各国逐渐步入老龄化社会,器质性精神障碍

的患病率也将逐渐上升,同时随着医学基础研究的飞速发展,器质性精神障碍的诊断率必将逐步升高。

四、器质性精神障碍的历史和现状

早在 19 世纪末,医学上就对器质性精神障碍有所认识,如 1891 年 Klippel 就对“动脉性痴呆”进行过描述;1894 年 Bingswnger 又对“动脉硬化性痴呆”、“全身麻痹性痴呆”和“皮质下病变痴呆”进行了区分;1896 年 Kraepelin 明确认识到“老年性痴呆”和“动脉硬化性痴呆”是两种不同的疾病;1892 年 Pick 发现并命名了 Pick 病(Pick's disease);1907 年 Alzheimer 在老年性痴呆患者中找到了老年斑,1913 年 Kraepelin 才把这种病正式命名为 Alzheimer 病(Alzheimer's disease)。但是,在上世纪 70 年代以前,对器质性精神障碍的研究较少,发展较慢,基本上是精神病学领域里的一个冷门,精神科医生对纯粹的由病理心理演变所导致的功能性精神障碍比较感兴趣。

自 1970 年以来,上述状况才得到缓解,器质性精神障碍日益受到重视,相关的研究也在逐渐增多,在器质性精神障碍领域取得了一些进展,这些进展主要集中在对 Alzheimer 病的基础和临床研究。造成这种转变的原因主要有以下几个方面:

① 科学技术的飞速发展,使新的脑影像学检查技术和脑电描记技术不断涌现,可信度较高的心理测试软件和工具层出不穷,为器质性精神障碍的检查和研究提供了有效的帮助,而且对患者无任何创伤,检查结果清晰、明确、可靠。

② 世界各国人口老龄化趋势日益加重,上世纪 80 年代大多数工业化国家已率先步入老龄化社会,预计到 2025 年左右,很多国家的老年人口将达到总人口的 20%。而老年期又是器质性精神障碍的高发期,因此引起了医学界的重视。

③ 上世纪 70 年代以来,随着生物-心理-社会医学模式的发展,会诊-联络精神病学在一些国家也得到了迅猛发展,并已成为精神医学一个新的分支学科。

(新士立)

第二章 器质性精神障碍的临床表现

第一节 器质性意识障碍(谵妄)

器质性意识障碍也就是通常所说的谵妄(delirium),与急性脑病综合征(acute brain syndrome)也是同义词,指由于脑部广泛性代谢失调所引起的急性器质性精神病性反应。其关键性症状是意识障碍,主要以意识清晰程度的下降、意识范围的变化和意识内容的改变为主。病人由于意识不清、注意力降低,有认知功能障碍、感知觉障碍、思维活动紊乱、定向及记忆障碍。精神运动可以增强,出现兴奋躁动,也可以减弱,表现为少言少动。此外,病人还经常有植物神经功能紊乱和睡眠-醒觉节律失调。谵妄常在24小时之内出现起伏和变化,通常是昼轻夜重。谵妄的病程及发展取决于原发疾病的性质,一般是暂时和可逆的,大多在一周内痊愈。

谵妄的定义有狭义和广义之分。按照狭义的概念,谵妄是指以意识障碍、显著的兴奋躁动及感知觉障碍为三联特征的一组器质性精神障碍,震颤谵妄是其典型的表现。广义的概念实际上是指全部急性脑器质性综合征的总称,意识障碍是病人基本的症状,但兴奋躁动与感知觉障碍则可有可无。因此,我们所说的“谵妄”实际上是广义的概念。

【流行病学】

谵妄是一种常见的器质性精神障碍,一般内、外科住院病人谵妄的发生率为10%~15%,内科重症监护病房(ICU)中发生率为18%~20%,老年病房住院病人为16%~50%,严重烧伤住院病人达20%~30%,胸外科手术病人为20%。精神科会诊的病人只是其中

的一部分,一般为谵妄较重的病例。谵妄病人的死亡率较高,特别是老年人,估计为 15% ~ 30%。

【病因】

谵妄的病因一般是生物学性质的,即患者在躯体方面具有器质性的病理过程,生物学性质的病因是谵妄状态发生和发展的必要条件和前提。谵妄的常见病因包括:中枢神经系统障碍(脑肿瘤、癫痫、脑外伤、颅内感染、脑脓肿、蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿、脑梗塞、退行性疾病);代谢性障碍(尿毒症性脑病、肝功衰竭、严重贫血、低血糖、维生素 B 族缺乏、烟酸缺乏、营养不良、水及电解质平衡失调、内分泌疾病);心肺功能障碍(心肌梗塞、心力衰竭、心律紊乱、呼吸衰竭及休克);综合因素(重金属中毒、严重创伤、手术后状态、电击、日射病、冻伤及感觉剥夺等)。

引起谵妄的药物主要包括:镇静安眠药、抗胆碱能药、抗精神病药、抗抑郁药、锂盐、抗癫痫药、抗高血压药(甲基多巴、心得安、可乐宁)、抗心律不齐药(利多卡因、奎尼丁)、抗 Parkinson 病药、鸦片类、洋地黄毒甙类、皮质类甾醇、西咪替丁、雷尼替丁、双硫醒、氨茶碱、苯丙胺、苯环己哌啶等。

此外,不同年龄组的人引起谵妄的病因也不同,如童年期以感染发热、药物、癫痫及外伤较为多见;青少年期以药物或物质中毒、成瘾物质戒断、头部外伤、感染、手术后等较为多见;壮年期以戒酒、镇静安眠药戒断、工业中毒、内脏疾病、内分泌疾病、肿瘤等较为多见,老年期则以脑血管病、药物或药物戒断、心脏病时较为多见。

【临床表现】

由于谵妄的病因不同,临床表现复杂多变。在谵妄的诸多症状之中,意识障碍是最根本、最重要的,但在有些意识障碍程度较轻的病例,意识障碍往往表现得不明显,容易造成误诊。临床上谵妄分为三种类型:以精神运动过度为特征的活动亢进型,以精神运动水平和警觉性减低为特征的活动低下型,两种状态兼而有之的混合型。谵妄大多急性起病,部分病人有 1 ~ 2 天的前驱期。

一、意识清晰度下降

患者可从轻度的嗜睡、定向困难、注意力涣散、思维缓慢、表情茫然、反应迟钝过渡到昏睡,直至昏迷。

二、意识范围改变

主要表现为朦胧状态。此时病人意识活动范围缩小,意识水平轻度下降,很少与外界交往,难以与之沟通,有时可以出现恐惧或暴怒性激情发作,甚至出现冲动伤人行为,大多历时短暂,数日内即可恢复清醒。

三、意识内容改变

主要表现为谵妄状态和精神错乱状态。

1. 谵妄状态:是一种常见的急性器质性精神障碍的表现形式。知觉障碍也是谵妄最常见的症状,其表现包括错觉、幻觉及定向障碍。谵妄时的错觉以错视最为常见,其次是错听。错觉通常发生在感觉分辨有些困难的环境条件下,例如在光线暗淡中出现错视。谵妄程度较轻的病人有时可自行发现并纠正错觉,但程度较重者往往对错觉深信不疑,甚至由此引发妄想,或出现较激烈的行为反应。谵妄时幻觉的出现率为40%~70%,以幻视最为常见,其次是幻视与幻听兼而有之,再其次是幻听。在震颤性谵妄(即戒酒性谵妄)、感染发热性谵妄及药源性谵妄时,幻觉内容往往带恐怖色彩,病人常因此而感到恐惧不安,并可做出防卫或逃避反应,有时会因此伤人或自伤。但在其他原因引起的谵妄中,幻觉的内容不一定恐怖,病人对幻觉往往采取隔岸观火式的旁观态度。此外,谵妄病人还常有定向障碍。程度较轻时,只有时间定向障碍或/和地点定向障碍;重度谵妄时可出现对人物的定向障碍,更进一步甚至可发生自我定向障碍。谵妄时的定向错误常常是将不熟悉的事物误认为熟悉的,例如将病房当成自己家,将医护人员当成家属等。谵妄的各种症状在24小时之内常有起伏波动,通常是晚上严重些,有的学者称之为“日落效应”(sundowneffect)。如护理记录或病情记录显示病情在一天之内有显

著波动,便应警惕谵妄的可能性。

2. 精神错乱状态:表现类似谵妄,但是程度相对较轻。常出现突然情绪不稳、躁动不安,可转换于欣快与激动暴怒之间,有时伴有原始而非完整的幻觉,也可出现片段的妄想,妄想通常是不系统、不持久的,有时可通过解释说服而得到纠正。

四、记忆障碍

谵妄时由于意识不清,对新信息难以铭记和保存,瞬间记忆及短期记忆都发生障碍。谵妄过后,患者对病中经历常只有零星片段的记忆,甚至全部遗忘。有些病人事后对病中幻觉的生动形象能清楚记得,似乎说明单纯发生在脑内的神经联系过程由于不像外界事物那样需要注意与感知的参与,所以较易保留下来。

五、情绪障碍

最常见的是焦虑、抑郁及情绪不稳,也容易受错觉、幻觉或妄想的影响而发生相应的情绪变化。

六、精神运动障碍

临床医生对谵妄时精神运动障碍的认识偏重于精神运动性兴奋一面,即认为谵妄时必有兴奋躁动。近年来注意到除经常出现精神运动性兴奋之外,谵妄病人也有只表现为意识障碍及精神运动抑制者,甚至可静卧不动,逐渐陷入昏睡或昏迷状态。谵妄时的精神运动兴奋大多属于不协调性质,程度有轻有重,重者可不停喊叫、扭动、翻滚、无目的地摸索或抓挠,有的病人可表现为重复动作与刻板动作,包括一些职业性动作的刻板性重复。少数病人在病程中可由兴奋躁动演变为精神运动抑制,往往是病情加重,甚至是陷入昏迷的先兆。

七、不自主运动

谵妄时除精神运动障碍之外,还可出现神经病学症状性质的不自主运动,常表现为震颤、扑翼样运动及多发性肌阵挛。震颤以戒酒性谵妄时最为典型,震颤性谵妄(delirium tremens)由此得名。多发性肌阵挛(multifocal myoclonus)为静息时发生的多处肌群的迅速、短暂、

不对称收缩,最常累及面部、肩部,其他部位也可发生。扑翼样运动与多发性肌阵挛都是谵妄的特征性症状,它们的出现表明有谵妄存在,但没有它们也不能否定谵妄的诊断。

八、植物神经功能障碍

谵妄时常有植物神经功能障碍,其表现形式因原发病因而异,因此可出现各式各样的植物神经症状,如皮肤潮红或苍白、多汗或无汗、瞳孔扩大或缩小、心跳加快或减慢、血压升高或降低、体温升高或下降、恶心、呕吐、腹泻或便秘等。以精神症状为突出表现的病人如伴有明显的植物神经症状,应当警惕谵妄的可能性。

九、睡眠-醒觉节律障碍

谵妄时常有睡眠-醒觉节律障碍,典型表现是白天嗜睡和夜间失眠。

【病程与预后】

谵妄的预后一般是良好的,病程短暂。依原发病因与谵妄程度的不同,大多数病例常在数小时、数天、或1~2周内缓解,极少超过一个月。但并非所有的谵妄病例都有好的转归,有的病例由于脑部发生不可逆转的病理改变,可转变成其他性质的器质性精神障碍,如痴呆等。有功能性精神病潜在倾向的病例可因谵妄而诱发,在谵妄症状消失之后,出现功能性精神病的典型症状。也有部分病例由于原发疾病的快速发展,或者由于较长期的兴奋躁动、不进饮食而引起躯体功能衰竭,最终死亡。此外,非精神科住院病人的意外死亡如跳楼致死等,有相当一部分是由于谵妄时的幻觉、妄想及定向障碍影响所致。

【诊断与鉴别诊断】

谵妄的诊断包括两个步骤,首先要确定是不是谵妄,如果谵妄的诊断得以成立,就还要查找引起谵妄的病因。

谵妄的诊断主要根据临床表现,包括以急性意识障碍为基础的典型症状群、症状的波动起伏性以及病程的相对短暂性。如果存在

着扑翼样运动和/或多发性肌阵挛,对确诊有帮助。

脑电图检查对谵妄的诊断有参考价值,谵妄时随着意识清晰程度即觉醒(arousal)程度的下降,通常会出现弥漫性的脑电基本节律变慢,但戒酒性谵妄时的脑电活动是以低波幅快波为主的。总之,谵妄时必定有脑电波的改变,虽然有时这种变化比较轻微,不被人注意。有的学者认为,如果在病程中连续做几次脑电图检查,次次都属正常,那么谵妄的诊断便可以排除。

在根据临床相来做出谵妄的诊断时,一些常用的诊断标准有参考意义。CCMD-3 有关器质性意识障碍的诊断标准如下:

一、症状标准

(1)程度不同的意识障碍和注意缺损。

(2)全面的认知损害,至少有以下3项

① 错觉或幻觉(多为幻视)。

② 思维不连贯或抽象思维和理解力受损,可有妄想。

③ 即刻记忆和近记忆受损,远记忆相对完整。

④ 时间定向障碍,严重时可有个人和地点定向障碍。

(3)至少有下列一项精神运动性障碍

① 不可预测地从活动减少迅速转到活动过多。

② 反应时间过长。

③ 语速增快或减慢。

④ 惊跳反应增强。

(4)情感障碍,如抑郁、焦虑、易激惹、恐惧、欣快、淡漠或困惑。

(5)睡眠-醒觉周期紊乱。

(6)躯体疾病或脑部疾病史、大脑功能紊乱的依据(如脑电图异常)有助于诊断。

二、严重程度标准

日常生活和社会功能受损。

三、病程标准

往往迅速起病,病情每日波动,总病程不超过6个月。

四、排除标准

排除其他可导致意识障碍的器质性综合征,尤其是智能障碍、急性短暂性精神病性障碍、分裂症或情感性精神障碍的急性状态。

如上所述,有些谵妄者可以幻觉、妄想及思维零乱为其突出表现,因而可与精神分裂症发生混淆。但谵妄的发病远比精神分裂症急骤,而且往往在病前人格适应良好,近期又没有明显心理-社会刺激的背景下突然发病,因而与精神分裂症不同。在症状表现方面,精神分裂症没有意识障碍,一般也不会有定向、记忆和睡眠-醒觉节律方面的异常,植物神经功能失调即使有也不会像谵妄时那样显著。精神分裂症以幻听为主;而谵妄时常有错觉,幻觉以幻视为主。精神分裂症的妄想内容往往涉及病人本人,如坚信自己受迫害、被追踪、监视等,而谵妄时的妄想内容往往不以病人本人为对象,如坚信所住医院的其他病区失火等。值得注意的是,很多抗精神病药物具有抗胆碱能作用,如安坦就有这种作用,因此精神分裂症病人在治疗过程中有可能并发药源性谵妄,不要误认为症状加重或复燃,反而增加用药剂量。谵妄与痴呆一般不容易混淆,因为前者是急性起病、病程短暂的意识障碍,后者则是慢性或亚急性起病、呈进行性加剧的智能障碍。

谵妄的诊断一经确定,便应当尽量查找其病因,主要是通过病史、体格检查及实验室检查来获得诊断依据。病史方面,特别要注意躯体疾病史、用药史、有无酒瘾或药瘾等;体格检查主要是找出躯体疾病。实验室检查的项目以发现问题为目的,不要盲目求全。一般来说,血、尿、粪常规检查和血糖、血尿素氮及电解质的测定、肝功能检查、胸部X线检查、心电图、脑电图等应列为必要的检查项目。必要时应做血液 T_3 及 T_4 测定、脑脊液检查、CT等。