



团 体 标 准

T/CACM 1373.1—2021

神志病中西医结合临床诊疗指南 第 1 部分：精神分裂症

Clinical diagnosis and treatment guidelines of mental diseases for
integrated Chinese and western medicine—Part 1: Schizophrenia

2021-10-15 发布

2022-01-01 实施

中华中医药学会
中国标准出版社

发 布
出 版

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：黑龙江神志医院、黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、北京中医药大学附属东方医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本文件主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵思涵、赵玉萍、于明、王群松、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王国才、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

神志病中西医结合临床诊疗指南

第 1 部分：精神分裂症

1 范围

本文件确立了精神分裂症的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本文件适用于精神分裂症的中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

精神分裂症 schizophrenia

一种感知、思维、情感、行为等多方面障碍，以及精神活动不协调的常见精神疾病。临床以表情淡漠，沉默痴呆，喃喃自语，静而少动；或精神亢奋，躁妄不安，骂詈呼号，动而多怒；以及语无伦次，多疑善虑，秽洁不知；甚或妄见、妄闻、妄想。大多数患者对疾病缺乏自知力，以不同程度认知功能障碍为主要特征。

4 诊断

4.1 诊断原则

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，参照西医诊断标准进行西医疾病诊断，参照中医诊断标准进行中医证候诊断。

4.2 西医诊断

4.2.1 临床表现

4.2.1.1 感知觉障碍

主要有言语性幻听，内容可以是争论性、评论性，或命令性幻听，也可以表现为思维鸣响。

4.2.1.2 思维障碍

主要为思维联想障碍和妄想。最常见思维散漫、破裂及不连贯等；被害妄想和关系妄想。慢性患者可表现为思维贫乏，如词汇短缺，言谈空洞。

4.2.1.3 情感障碍

主要表现为迟钝淡漠，情感反应与思维内容、外界刺激不协调等。在精神分裂症早期或康复期常见

焦虑、抑郁情绪。

4.2.1.4 意志行为障碍

主要表现为日常活动减少,主动性降低,性格孤僻,行为毫无目的等与现实脱离的情况。同时伴或不伴怪异行为,如收集废物、自言自语、蓬头垢面,或无目的性的冲动行为等。

4.2.2 诊断标准

4.2.2.1 总则

主要参照《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)中文版》(WHO,2022)中精神分裂症的诊断标准。

4.2.2.2 症状标准

至少有下列其中 2 项,并非继发意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落:

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

4.2.2.3 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。

4.2.2.4 病程标准

病程标准如下:

- a) 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;
- b) 若同时符合分裂症和情感性精神障碍的症状标准,当情感症状减轻到不能满足情感性精神障碍症状标准时,分裂症状需继续满足分裂症的症状标准至少 2 周以上,方可诊断为分裂症。

4.2.2.5 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。尚未缓解的分裂症患者,若又患本项中上述 2 类疾病,可并列诊断。

4.2.3 辅助检查

推荐使用复合性国际诊断检查问卷(CID1)、简明精神病性评定量表(BPRS)及阳性与阴性症状量表(PANSS)。可进行一般体格检查、神经系统检查及 CT、MRI 及 fMRI 等其他检查,以排除其他脑器质性疾病和躯体性疾病。

4.3 中医诊断

4.3.1 中医病名诊断

中医并没有明确提出精神分裂症的病名,根据其特点可归属于中医神志病学“癫病”“狂病”等范畴。

临证需综合望、闻、问、切四诊信息,结合中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证进行中医证候诊断。

4.3.2 中医病因病机

中医辨治精神分裂症主要病位在脑,涉及心、肝、胆、脾、肾等诸脏。先天禀赋不足,情志不和,引起机体阴阳失调,脏腑功能紊乱,致气、痰、火、瘀相互搏结,蒙蔽脑窍。阴阳失调,脑之神机逆乱是其核心病机所在,其性质属本虚标实。

4.3.3 中医证候分型

4.3.3.1 癫病

4.3.3.1.1 肝郁脾虚证

情感淡漠,静而少动,语无伦次,多疑善虑,或意志减退,或妄见妄闻,肢体困乏,胸胁胀闷,少寐易惊,食欲不振,脘闷暖气;舌质淡红,舌苔薄白,脉弦细。

4.3.3.1.2 痰气郁结证

精神抑郁,表情淡漠,语无伦次,喜怒无常,多疑紧张,胆小易惊,胸闷太息,呕恶痰涎;舌质淡红、舌苔白腻,脉弦滑。

4.3.3.1.3 痰瘀内阻证

情感淡漠,沉默痴呆,少语或不语,记忆减退,意志减退,或妄见妄闻,肢体麻木,局部刺痛,懒散少动,纳呆,大便稀溏;舌体胖或舌质紫暗、舌苔腻,脉滑或沉弦涩缓。

4.3.3.1.4 心脾两虚证

表情呆板,面色无华,神思恍惚,语言错乱,或喃喃自语,心悸易惊,夜寐不安,食少倦怠,喜卧少动;舌质淡红、舌苔白,脉细弱无力。

4.3.3.2 狂病

4.3.3.2.1 痰火内扰证

彻夜不眠,头痛躁狂,两目怒视,面红目赤,甚则狂乱莫制,骂詈毁物,逾垣上屋,高歌狂呼;大便干结、溲赤、面红目赤、喜冷饮;舌质红或绛、舌苔黄厚或黄腻,脉滑数有力。

4.3.3.2.2 阴虚火旺证

狂病日久,病势较缓,有疲惫之象;时而烦躁不安,时而多言善惊,恐惧不安,形瘦面红,心烦不寐,口干唇红;舌质红、少苔或无苔,脉细数。

4.3.3.2.3 气血瘀滞证

面色黯滞,胸胁满闷,头痛心悸,躁扰不安,少寐易惊,恼怒多言,言语支离,甚则登高而歌,或妄闻妄见;舌质紫或瘀黯、少苔,舌下脉络瘀血,脉涩数或弦。

4.4 鉴别诊断

精神分裂症当与器质性疾病所致精神障碍、药物或精神活性物质所致精神障碍、心境障碍、偏执性

精神障碍、强迫性神经症等疾病进行鉴别。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

中医治疗以祛邪补虚为总原则。初期以实邪为主,治以理气解郁,泻火豁痰,化瘀通窍之法;后期以正虚为主,治以补益心肾,滋阴养血,兼祛邪之法。

5.1.2 西医治疗原则

5.1.2.1 抗精神病药物治疗可作为首选治疗方法。根据临床表现选择合适药物,以单一用药为原则,从小剂量开始逐渐增加到有效推荐量,注重个体化差异;若单药疗效欠佳,可换用或考虑不同化学结构、药理作用的药物联合使用。定期监测血药浓度,评估疗效及不良反应。

5.1.2.2 早发现、早治疗,急性期以阳性症状、激越冲动、认知功能受损为主要表现者,宜采取积极的药物治疗,尽早实施有效的足剂量、足疗程的药物治疗,缓解症状。

5.1.2.3 按照治疗分期进行长期治疗,防止病情波动和反复。

5.1.2.4 根据病情、家庭照料情况和医疗条件选择治疗场所,包括住院、门诊、社区和家庭病床治疗;具有明显危害社会安全和严重自杀、自伤行为者,通过监护人同意,需紧急收住院积极治疗。

5.1.2.5 根据经济情况,尽可能选用疗效确切、不良反应轻、便于长期治疗的抗精神病药物,提高患者依从性,减轻其经济负担。

5.1.2.6 积极进行家庭教育,争取家属重视,建立良好的医患联盟,配合对患者的长期治疗;定期对患者进行心理治疗、康复和职业训练。

5.1.2.7 对于首发精神分裂症,根据病证结合诊疗模式,可以考虑单独应用中医药治疗;抗精神病药物治疗的过程中,配合中医辨证治疗,可以起到减毒增效的作用。

5.2 中西医结合治疗策略

在中西医结合的全程治疗中,不同的疾病分期宜采取不同的治疗方法。急性治疗期,以西药治疗为主,中医治疗为辅;巩固治疗期,中西医治疗并举;维持治疗期,以中医治疗为主,西药治疗为辅,配合心理治疗和康复训练。治疗宜采用个体化方案,抗精神病药物从小剂量开始,逐渐加大剂量,尽可能使用最低有效剂量进行治疗,在特殊人群和儿童、老年患者中限制使用剂量。尽可能单一用药,当一种抗精神病药物经足量足程治疗疗效不佳,可换用另一种作用机制不同的抗精神病药物治疗;对难治性病例可合并另一种作用机制不同的药物进行治疗,重视合并药物的相互作用。中医药在缓解抗精神病药物治疗过程中发生的血清泌乳素增高、便秘、肥胖、粒细胞减少等不良反应方面,具有特殊优势,可根据个体情况辨证应用中药及非药物疗法。中医药治疗精神分裂症的优势方向集中于维持治疗期,以及缓解抗精神病药物治疗过程中发生的不良反应。

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

5.3.1.1 癔病

5.3.1.1.1 肝郁脾虚证

治法:疏肝健脾,养脑安神。

方药:加味逍遥散(《内科摘要》)加减。

常用药:柴胡、郁金、香附、白芍、百合、党参、茯苓、川芎、炒白术、山茱萸、炒枣仁、炒麦芽。

加减:食欲不振者,加神曲;便溏者,加白扁豆、大枣。

5.3.1.1.2 痰气郁结证

治法:理气解郁,化痰开窍。

方药:顺气导痰汤(《济生方》)加减。

常用药:半夏、茯苓、陈皮、甘草、生姜、胆南星、枳实、木香、香附、远志、郁金、石菖蒲。

加减:沉默痴呆、神志呆钝者,加川贝、礞石;大便干燥、彻夜不眠者,加大黄、酸枣仁、朱砂;胁肋胀满、不思饮食者,加桔梗、玄参、莱菔子、焦三仙。

5.3.1.1.3 痰瘀内阻证

治法:消痰活血,开窍醒神。

方药:愈癲汤(《癲病(精神分裂症)中医诊疗方案》)加减。

常用药:半夏、天南星、槟榔、牵牛子、茵陈、大黄、三棱、莪术、郁金、石菖蒲、甘草。

加减:头目不清者,加菊花、川芎、白蒺藜;不寐者,加炒枣仁、琥珀。

5.3.1.1.4 心脾两虚证

治法:健脾养心,益气安神。

方药:养心汤(《仁斋直指方论》)加减。

常用药:黄芪、茯苓、茯神、半夏、当归、川芎、远志、肉桂、柏子仁、酸枣仁、五味子、人参、甘草。

加减:心神失养较著者,加龙齿、磁石(打碎先煎)镇心安神;兼有血瘀,加丹参、红花、当归、地龙活血化瘀;病久脾肾阳虚,加附子、肉桂、仙茅、仙灵脾、巴戟天温补脾肾。

5.3.1.2 狂病

5.3.1.2.1 痰火内扰证

治法:镇心安神,清热涤痰。

方药:生铁落饮(《医学心悟》)加减。

常用药:天冬、麦冬、浙贝母、胆南星、橘红、远志、石菖蒲、连翘、茯苓、茯神、玄参、钩藤、丹参、朱砂,用生铁落煎熬1小时,以汤代水煎药服。

加减:痰火壅盛,舌苔黄腻者,合礞石滚痰丸,泻火逐痰,再用安宫牛黄丸清心开窍;肝胆火盛,可用当归龙荟丸泻肝清火;内热较盛,可用加减承气汤清泄胃肠实火。

5.3.1.2.2 阴虚火旺证

治法:滋阴降火,安神定志。

方药:二阴煎(《景岳全书》)合用定志丸(《医心方》)加减。

常用药:生地黄、麦冬、酸枣仁、甘草、黄连、玄参、茯苓、木通、灯心草、竹叶、人参、茯神、石菖蒲、远志。

加减:痰火未清,加胆南星、竹茹、天竺黄清热化痰;阴虚较著,加龟甲、阿胶、白芍滋养津液;虚火旺盛,加白薇、地骨皮、银柴胡清虚热。

5.3.1.2.3 气滞血瘀证

治法:理气解郁,疏瘀通窍。

方药:癫狂梦醒汤(《医林改错》)加减。

常用药:桃仁、赤芍、柴胡、香附、木通、大腹皮、陈皮、青皮、苏子、桑白皮、半夏、甘草。

加减:血瘀较重伴有疼痛者,加元胡、丹参。

5.3.2 中成药

复元康胶囊:消痰活血,调神醒脑。每次5粒,每日3次,口服,或遵医嘱。用于痰瘀内阻证。

5.3.3 中医非药物治疗

5.3.3.1 针刺治疗

针刺治疗主要包括头部取穴、腹部取穴和电针取穴,由专业针灸师操作,保证治疗疗程。

- a) 治疗原则:调神醒脑。
- b) 头部取穴:百会,配经外奇穴印堂。印堂直上2.0 cm向后平刺25 mm~40 mm深,目内眦直上平行于该针两旁各1穴,均向后平刺25 mm~40 mm深,小幅度、轻捻转,偶伴提插,捻转速度达200 r/min以上,连续3 min~5 min,1次/d。
- c) 腹部取穴:于剑突下0.5寸处,针尖向肚脐方向刺一针,然后在其左右旁开0.5寸处分别刺入两针,进针后平刺1.5寸深,施轻度手法捻转,连续5 min~10 min,必要时可以通电针刺激,1次/d。
- d) 电针取穴:百会、水沟、印堂,斜刺进针。捻转泻法5 min,得气后,将电麻仪导线连接针柄,频率80次/min~90次/min,可见针柄抖动,穴位局部可见轻微肌肉抽动,以患者无不适感为度。留针1 h/次,1次/d,20 d~40 d为1个疗程。

5.3.3.2 穴位注射

穴位注射由专业针灸师操作,保证治疗疗程。

- a) 取穴:内关、三阴交,交替注射。
- b) 药物:舒必利注射液(首次剂量0.1 g,最大剂量0.3 g,根据病情及躯体情况确定药量)。
- c) 操作:穴位常规消毒,选用1 mL的7号一次性注射器抽取药液,进针得气回抽无回血后缓慢推注,观察5 min~10 min,身体有无不适感,24 h内保持局部干燥。
- d) 疗程:每周3次,2周为1个疗程。

5.3.3.3 穴位贴敷疗法

穴位贴敷由专业针灸师操作,保证治疗疗程。

- a) 取穴:大椎、腰奇、间使。
- b) 药物:白芥子、夜交藤、合欢花、桂枝、石菖蒲、远志、郁金、川芎、当归,粉碎研末后,用油调成糊状,置于贴敷膜上。
- c) 操作:穴位局部消毒后,取药贴敷相应穴位6 h~12 h。
- d) 疗程:8周为1个疗程。

5.3.3.4 情志疗法

情志疗法由专业心理治疗医师实施。

- a) 顺情从欲疗法:顺从患者的意念,满足其身心需求,以释却心理病因的一种心理治疗方法,主要适用于情志、意愿不遂所致者。
- b) 运动宣泄疗法:通过适当体育运动让患者把压抑的情绪发泄出来,以减轻和消除心理压力,从

而达到治疗目的的一种心理疗法。

- c) 以情胜情法:利用五行生克理论,如金克木法:若患者极度抑郁,可以利用悲伤的话题引导患者通过哭泣将内心压抑的想法和情感宣泄;木克土法:当患者思虑过度,脾气郁结,可以用言语或者行为使患者发怒,发泄情绪。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗

5.4.1.1 第一代抗精神病药物

吩噻嗪类:包括氯丙嗪、奋乃静、三氟拉嗪、硫利达嗪及氟奋乃静等,适用于妄想幻觉、兴奋躁动、思维障碍等阳性症状。严重兴奋冲动、拒绝服药者可肌注或静脉点滴氯丙嗪。治疗剂量:氯丙嗪 200 mg/d~600 mg/d,奋乃静 20 mg/d~60 mg/d。

硫杂蒯类:包括氯普噻吨(泰尔登)、氯哌噻吨和氟哌噻吨。目前已很少作为首选药物使用。治疗剂量:泰尔登 200 mg/d~600 mg/d,氯哌噻吨 10 mg/d~50 mg/d,氟哌噻吨 2 mg/d~10 mg/d。

丁酰苯类:较常用的是氟哌啶醇,有口服和注射两种剂型。主要适用于精神分裂症的阳性症状和兴奋、激越等行为异常。治疗剂量:6 mg/d~20 mg/d。

苯甲酰胺类:代表药物是舒必利,低剂量时有一定抗焦虑和抗抑郁的作用,高剂量有控制幻觉妄想的作用,静脉滴注能有效缓解紧张症的症状。治疗剂量:800 mg/d~1 600 mg/d。

5.4.1.2 第二代抗精神病药物

第二代抗精神病药物包括氯氮平、利培酮、奥氮平、喹硫平和阿立哌唑等,除适用于妄想幻觉、兴奋躁动等阳性症状外,对情感淡漠、社会退缩等阴性症状和认知功能有一定的改善作用。治疗剂量:氯氮平 200 mg/d~400 mg/d,利培酮 2 mg/d~6 mg/d,奥氮平 5 mg/d~20 mg/d,喹硫平 300 mg/d~750 mg/d,阿立哌唑 10 mg/d~30 mg/d。

第二代抗精神病药物较第一代抗精神病药物的副反应少且轻,特别是锥体外系不良反应较少发生。值得注意的是,氯氮平可能引起粒细胞减少或缺乏,在治疗前及治疗中定期监测血象,如有异常结果应立即停药,并对症处理。

5.4.2 无抽搐电休克治疗(MECT)

MECT 适用于木僵等紧张症状群,兴奋躁动、消极抑郁及严重的幻觉妄想等症状。隔日 1 次,8 次~12 次为 1 个疗程,一般 3 次~5 次即可控制症状。

绝对禁忌症:颅内压增高疾病(颅内占位性病变、脑血管疾病、颅脑损伤、炎症等其他能够引起颅内压增高的情况);严重的肝病、心血管疾病、肾脏疾病、呼吸系统疾病、消化性溃疡;新近或未愈合的骨关节病;严重的青光眼和先兆性视网膜脱落。

5.4.3 工娱治疗

经抗精神病药物治疗症状改善之后,可以有组织地安排精神分裂症患者参加某些工作、劳动、娱乐和体育活动等,以恢复病情,改善情绪,增强体质,建立信心,提高社会交往和适应环境的能力,防止长期住院形成的退缩懒散的生活习惯,促进社会功能的恢复。

5.4.4 心理治疗

心理治疗有利于患者自知力的恢复,增加治疗的依从性,降低复发率,改善家庭成员间的关系,促进社会功能的恢复。认知行为治疗有助于改变不良认知和行为模式,提高人际交往能力,恢复学习或工作

能力,全面达到社会功能康复。

不同时期的心理治疗方法的选择有所侧重。急性期多采取支持性心理治疗;恢复期心理治疗侧重团体心理治疗与技能训练、认知治疗、行为治疗、家庭治疗。慢性期以行为治疗、团体心理治疗、工娱治疗和支持性心理治疗为主。

5.5 中西医结合分期治疗

5.5.1 急性治疗期

主要治疗目标是控制症状,尽快恢复社会功能,防止严重的药物不良反应。精神分裂症急性期首选抗精神病药物,可考虑联合中医药及非药物治疗、心理治疗等。并定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。经临床积极治疗,症状往往可以缓解或消失。首发精神分裂症建议首选中医药及非药物疗法控制症状,并考虑联合心理治疗。

5.5.2 巩固治疗期

原则上急性期治疗期间持续使用有效抗精神病药物至少6个月,并维持原剂量不变。监测药物不良反应,调整药物剂量,提高患者的依从性,促进社会功能的恢复。推荐在抗精神病药治疗基础上联合中医药治疗,稳定病情,改善残留症状,预防复发。

5.5.3 维持治疗期

主要治疗目标是改善症状,预防复发;监测与处理药物持续治疗中的不良反应,促进社会功能恢复和生活质量持续改善。密切监测复发的早期征象,一旦发现,迅速恢复原治疗,继续使用急性期和巩固期治疗有效的药物。推荐结合心理疗法,有助于降低复发风险,提高药物治疗的效果与患者的依从性。同时建议中医药疗法系统治疗,改善预后。

5.6 疗程

原则上首次发作至少维持治疗2年;有过1次复发,存在残留症状、持续存在心理社会应激因素、发作年龄早、有精神疾病家族史、共病其他精神或躯体疾病者,需要维持治疗3年~5年;多次复发需要维持治疗5年以上,有明显残留症状者,主张维持终身治疗。建议系统评估病情,若治疗效果明显,功能恢复达到病前水平,病情稳定且无复发倾向,可在密切关注病情的前提下,逐步撤减抗精神病药物用量,至完全停药。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准

6.1.1 癫病

治愈:语言、举止、神情均恢复正常,能正常处理日常事务。

好转:神情安定,言语、举止基本正常,或有改善。

未愈:精神、语言、举止异常不能控制。

6.1.2 狂病

治愈:语言、举止、神情均恢复正常,能正常处理日常事务。

好转:神情安定,语言、举止基本正常,或有改善。

未愈:语言、举止、神情均无改善。

6.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现,以及体格检查结果和相关实验室报告,可以根据治疗前后简明精神病性评定量表(BPRS)、阳性与阴性症状量表(PANSS)各项评分及总分进行临床疗效评估。

6.3 安全性指标

6.3.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征;定期进行心电图检查,血常规、血糖、血脂,肝、肾功能等化验;必要时进行血药浓度监测。

6.3.2 量表评定

副反应量表(TESS)适用于评定各类抗精神病药物引起的副作用。根据体格检查结果以及实验室报告,结合患者的实际病情,作出相应评定。一般治疗前及治疗后2周、4周和6周进行评价。

7 预防与调护

精神分裂症易受情志、环境等因素刺激而复发,对于症状缓解、临床治愈的患者,可按照疗程坚持服药以巩固疗效,不建议自行或者突然停药,避免发生错服、漏服药物的现象,不建议在重大生活事件及应激事件发生时终止治疗。终止维持治疗时,可缓慢减量,至少持续4周~8周,观察有无复发征象,减少撤药综合征的发生。停止治疗前,告知精神分裂症存在复发的潜在风险,制定短期和长期的预防复发治疗计划。停药后,继续对患者进行定期随访,设立院外患者病情和诱发因素的监护人。指导患者及监护人进行精神康复训练,避免受到情志刺激和不良环境因素的影响,密切注意是否有复发先兆,及时应对处理或就医,嘱患者定期复查。有自杀企图或伤人行为者,要有专人护理,严密观察病情变化,限制活动范围,加强安全措施。

8 预后

从总体上看,本病若经及时、有效治疗,一般预后较好。若患者病前性格较开朗,社会适应能力良好,发病突然,有明显诱因刺激,病邪由痰、瘀实邪上扰脑神所致,其情志活动尚丰富,有一定意志要求者,病程较短,预后较好。若病前性格偏激孤僻,社会适应能力较差,发病缓慢、隐匿,不易察觉,无明显诱因刺激,病邪由心脾肾亏虚,脑神失养,灵机迟滞所致,其情感淡漠,呆滞愚笨,意志减退,妄见妄闻妄想者,病程较长,预后较差。

9 注意事项

本文件不适用于特殊群体(儿童、妊娠哺乳期妇女、老年人)的精神分裂症的诊断与治疗,不适用于难治性精神分裂症的诊断与治疗。应用本文件时先明确诊断,以免发生诊疗错误,影响患者的转归及预后。

本文件中的主要内容仅用以指导临床工作的概括性或综合性标准,单纯依据本文件中的内容并不

能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功,更不能简单认为本文件中的内容已经囊括了精神分裂症临床操作中的所有规范,而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时,所有的结论首先必须建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上,而不能简单地依据本文件中的相关内容来作出判断或评价。本文件中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的,其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在本文件使用过程中,要不断对其相关理论知识、操作技术等进行提炼和总结,形成更为合理和更为科学的操作模式。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会.疾病分类与代码:GB/T 14396[S].北京:中国标准出版社.
- [2] 国家中医药管理局.中医病症分类与代码:GB/T 15657[S].北京:中国标准出版社.
- [3] 国家中医药管理局.中医临床诊疗术语:GB/T 15657(所有部分)[S].北京:中国标准出版社.
- [4] 王晓燕,郑爱菊.精神分裂症的中医辨治进展[J].中国中医急症,2005(3):266-267.
- [5] 郭雅明,汪金涛,李文芳.中西医结合治疗精神疾病发展和现状[J].中医临床研究,2018,10(33):131-132.
- [6] 廖芳,吕粟,戴静,等.MRI 分析首发未用药精神分裂症患者白质纤维及皮质结构异常改变[J].分析仪器,2021(3):137-139.
- [7] 谭志,陈武标,庞燕华,等.低频振幅 fMRI 联合基于体素的形态学分析在精神分裂症中的应用[J].实用医学杂志,2017,33(14):2380-2385.
- [8] 蔡莉,高硕.PET 在精神分裂症中的研究进展[J].国际放射医学核医学杂志,2011(2):69-72.
- [9] 李秀琴,李贤佐,罗馨,等.精神分裂症的 CT 表现[J].中国神经精神疾病杂志,2005(4):47.
- [10] 王荣福,刘萌.活体核素示踪神经受体研究进展[J].北京大学学报(医学版),2007(5):550-554.
- [11] 朱震亨.丹溪医集[M].北京:人民卫生出版社,1993.
- [12] 周湧灿,刘兰英.中医及中西医结合治疗精神分裂症研究进展[J].新中医,2020,52(20):10-13.
- [13] 贾竑晓,张宏耕.神志病中西医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [14] 陆林,沈渔邨.精神病学[M].第六版,北京:人民卫生出版社,2017.
- [15] 李洪海,贾维铭.浅谈精神分裂症的临床特征及治疗原则[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(84):32.
- [16] 赵靖平,施慎逊.中国精神分裂症防治指南[M].第 2 版.北京:中华医学电子音像出版社,2015.
- [17] 靳士军,李玉欣,刘淑萍,等.精神分裂症的中西医结合治疗进展[J].河北中医,2007(9):861-862.
- [18] 丁勤章.精神分裂症的中医治疗[J].中国全科医学,2003,6(3):194-196.
- [19] 张平,梁家柱,刘勇.中西医结合治疗精神分裂症的研究进展[J].吉林中医药,2006(8):76-78.
- [20] 高峰.中西医结合治疗精神分裂症的几点思考[J].天津中医药,2006(5):395-396.
- [21] 王绍礼.精神分裂症残留症状中西医结合治疗[C].中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 16 届年会论文汇编.中国中西医结合学会精神疾病专业委员会:中国中西医结合学会,2017:6.
- [22] 马静.中西医结合治疗精神分裂症的研究进展[J].河北中医,2014,36(7):1110-1112.
- [23] 白冰,赵永厚.中医药治疗精神分裂症临床研究进展[J].河北中医,2016,38(4):637-640.
- [24] 张德龙,章东元,陈方,等.逍遥散配合米氮平片治疗精神分裂症后抑郁临床研究[J].光明中医,2020,35(14):2210-2211.
- [25] 黄俊东,于林,朱志敏.加味道遥散联合奥氮平对精神分裂症患者认知功能、内分泌激素和神经功能的影响[J].世界中医药,2018,13(10):2429-2432.
- [26] 黄俊东,于林,朱志敏.加味道遥散对奥氮平所致闭经精神分裂症作用的临床研究[J].白求恩医学杂志,2018,16(2):207-208.
- [27] 李炜东.逍遥散加减治疗精神分裂症临床观察[J].陕西中医函授,2000(3):36-37.

- [28] 段波,郭蓓.顺气导痰汤联合牛黄清心丸治疗精神分裂症 45 例[J].光明中医,2018,33(2):225-226.
- [29] 李红.中西医结合治疗精神分裂症的疗效观察[J].亚太传统医药,2008(5):69-70.
- [30] 王建荣.中西医结合治疗精神分裂症 32 例疗效观察[J].山西中医学院学报,2007(6):45.
- [31] 蒋鹏,杨茂吉,黄维碧.中西医结合治疗精神分裂症 40 例观察[J].实用中医药杂志,2006(2):98-99.
- [32] 朱学平,孙运亮,朱孔美,等.顺气导痰汤与抗精神病药治疗精神分裂症的对照研究[J].中国民康医学,2005(12):743-745.
- [33] 吴国英.顺气导痰汤加减治疗精神分裂症[J].浙江中医学院学报,2002(4):27-28.
- [34] 张浩,高潇,柴剑波,等.愈癫汤治疗痰气郁结型抑郁患者的临床观察[J].中医药学报,2016,44(4):110-112.
- [35] 张浩,高潇,柴剑波,等.愈癫汤治疗痰瘀互结型周期性精神病的临床观察[J].中医药信息,2016,33(4):74-75.
- [36] 高潇,张浩,柴剑波,等.愈癫汤治疗痰热型缺血性中风后不寐 20 例临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2016,31(2):729-730.
- [37] 曹媛媛.养心汤联合氯氮平治疗难治性精神分裂症安全性的随机对照研究[C].中国中西医结合学会.2017 年第五次世界中西医结合大会论文摘要集(下册).中国中西医结合学会,2017:1.
- [38] 黄卓玮,龚传鹏,陈明鉴.养心汤联用喹硫平改善精神分裂症患者主观舒适度的临床研究[J].中医药导报,2017,23(6):80-82.
- [39] 曹媛媛,王春生,高淑英,等.养心汤联合氯氮平治疗复发精神分裂症的效果[C].中国中西医结合学会精神疾病专业委员会.中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 16 届年会论文汇编.中国中西医结合学会精神疾病专业委员会:中国中西医结合学会,2017:5.
- [40] 陈生梅,艾春启,王熙,等.加味生铁落饮治疗痰火上扰证狂病伴危险行为患者的效果[J].中国医药导报,2015,12(2):89-93.
- [41] 高景和.中西医结合治疗精神分裂症 27 例疗效观察[J].山西中医,2002(4):37.
- [42] 金舒白,彭正令,邵卫文,等.针刺结合中药治疗精神病 155 例[J].上海针灸杂志,1984(1):2-4.
- [43] 王娣,贾竑晓,金鑫.清热养阴法对难治性精神分裂症患者 BDNF 的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(46):126-127.
- [44] 范国华,王新福,刘乙,等.醒神定志丸治疗精神分裂症 200 例临床观察[C].中国社会工作协会康复医学工作委员会.二零零四年度全国精神病专业第八次学术会议论文汇编.中国社会工作协会康复医学工作委员会:中国社会工作协会康复医学工作委员会,2004:2.
- [45] 陈以教,苏毓辉,陈家馨.中西医结合治疗精神分裂症一五〇例[J].福建中医药,1961(1):17-19.
- [46] 张颖.癫狂梦醒汤加减辅助治疗精神分裂症临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(12):1587-1588.
- [47] 周湧灿,刘兰英,李伟.癫狂梦醒汤合并阿立哌唑治疗男性精神分裂症临床研究[J].新中医,2020,52(14):45-47.
- [48] 王林谭,白冬梅.癫狂梦醒汤对精神分裂症的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(13):24-25.
- [49] 蔺超.癫狂梦醒汤加减与利培酮联合治疗精神分裂症的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(24):162.

- [50] 罗塘仁.联用癫狂梦醒汤和利培酮治疗精神分裂症的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(24):200-201.
- [51] 金学敏.癫狂梦醒汤加减联合齐拉西酮胶囊治疗精神分裂症的临床效果研究[J].中国实用医药,2019,14(33):141-142.
- [52] 王万宇.复元康胶囊联合利培酮治疗首发精神分裂症的临床研究[D].黑龙江省中医药科学院,2019.
- [53] 赵永厚,赵玉萍,柴剑波,等.复元康胶囊治疗Ⅰ、Ⅱ型精神分裂症240例临床观察[J].世界中西医结合杂志,2012,7(2):169-171.
- [54] 邹伟,苏建民.神志病中西医治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [55] 夏花.认知行为疗法联合针刺治疗精神分裂症缓解期临床研究[J].新中医,2020,52(21):100-102.
- [56] 赵永厚,赵玉萍,柴剑波,等.针药结合干预精神分裂症患者氧化应激损伤60例临床研究[J].江苏中医药,2014,46(10):60-62.
- [57] 周梦煜.电针联合心理干预治疗精神分裂症后抑郁症临床研究[J].中医学报,2013,28(3):450-452.
- [58] 冯伟,申鹏飞.头三针为主治疗精神分裂症[J].湖北中医杂志,2012,34(5):70.
- [59] 汪艳,韩遵民,赵铁牛,等.转枢阴阳针法治疗精神分裂症后抑郁患者35例临床研究[J].中医杂志,2011,52(17):1472-1474.
- [60] 卢惠鹏,马沛珍.电针百会、印堂辅助治疗精神分裂症残留阴性症状的疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(28):52-54.
- [61] 乐海峰,陈勇华,王建林,等.智能电针联合齐拉西酮治疗急性期精神分裂症冲动行为临床研究[J].新中医,2020,52(16):126-128.
- [62] 李群,田野.头针配合电针对偏执型精神分裂症患者认知功能的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(3):104-106.
- [63] Jia Jie, Shen Jun, Liu Fei-Hu. Effectiveness of electroacupuncture and electroconvulsive therapy as additional treatment in hospitalized patients with schizophrenia; A retrospective controlled study[J].Frontiers in psychology,2019,10.
- [64] 柳成蛟.电针治疗150例精神病人的临床疗效分析[J].黑龙江科学,2019,10(2):60-61.
- [65] 卢惠鹏,马沛珍,曹民佑.电针百会、印堂与西药治疗精神分裂症后抑郁疗效对比观察(英文)[J].World Journal of Acupuncture-Moxibustion,2018,28(1):10-14+74.
- [66] 林峰,陈明.奥氮平联合电针治疗男性精神分裂症阴性症状30例临床分析[J].中国卫生标准管理,2018,9(2):97-99.
- [67] 王雪梅,刘惠英,刘焕军,等.利培酮联合电针疗法对精神分裂症的疗效观察[J].航空航天医学杂志,2016,27(12):1563-1564.
- [68] 熊典樟,易燕,朱贤苟,等.电针与无抽搐电休克治疗紧张型精神分裂症疗效对照观察[J].中国针灸,2009,29(10):804-806.
- [69] 姚丰菊,孙富根,张志华.电针辅助治疗精神分裂症的近期疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2006(3):253-255.
- [70] 张炳茹,张晓斌,程立新,等.足三里注射黄芪液对精神分裂症T淋巴细胞亚群及免疫球蛋白的影响[J].中国民康医学,2006(17):728-731.
- [71] 武翠凤,李敏.穴位注药治疗精神分裂症的研究[J].中国全科医学,2004(19):1382-1384.
- [72] 潘玉印,王吉英,刘士永,等.穴位注药治疗精神分裂症的研究[J].泰山医学院学报,2002(2):128-130.

- [73] 吕月娣,王鹤秋,张小兰.生大黄神阙穴贴敷治疗精神分裂症患者便秘 48 例[J].浙江中医杂志,2018,53(3):197.
- [74] 高萍,顾崇祺,黄淑琛,等.中医特色护理在氯氮平所致精神分裂症便秘患者中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(17):2638-2641.
- [75] 胡晓飘,应美艳,徐巧燕.穴位贴敷联合腹部按摩辅助治疗精神分裂症临床研究[J].新中医,2021,53(13):190-193.
- [76] 李健博,陈浩阳.精神分裂症采用中医进行治疗的临床效果[J].家庭医药.就医选药,2018(9):113.
- [77] 刘晓雯.中医心理 TIP 技术对 2 例偏执型精神分裂症康复作用质性研究[D].中国中医科学院,2017.
- [78] 徐其涛,李凌峰,薛中峰,等.改良森田疗法与中医心理治疗法治康复期精神分裂症患者的疗效观察[J].中国民康医学,2017,29(9):49-51.
- [79] 黄小燕,陈春,王琳,等.心理疗法联合利培酮治疗对精神分裂症患者社会功能及精神症状的影响[J].心理月刊,2021,16(22):73-75.
- [80] 王莉.情志疗法联合精神运动康复用于精神分裂症患者的效果观察[J].中国基层医药,2020,27(17):2154-2156.
- [81] 刘群,王莉,张振,等.中医情志疗法联合精神运动康复在精神分裂症患者中的应用[J].中国医学创新,2020,17(18):77-81.
- [82] 陈文陶.利培酮联合改良电抽搐疗法治疗精神分裂症的临床效果[J].黑龙江医药科学,2019,42(4):69-70.
- [83] 曹月梅,成红霞,陈宽玉,等.利培酮合并电休克治疗对分裂症患者血清 C 反应蛋白影响的对照研究[J].国际精神病学杂志,2020,47(3):472-474+488.
- [84] 曾波涛,张柏梅,牛静,等.改良电抽搐治疗对精神分裂症患者阴性症状的疗效[J].中国继续医学教育,2020,12(3):95-97.
- [85] 陶桂凤.改良电抽搐治疗对精神分裂症和抑郁症患者血清同型半胱氨酸的影响[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(65):65-66.
- [86] 全传升,潘继英.无抽搐电休克联合奥氮平对女性精神分裂症患者兴奋激越的疗效观察[J].中国基层医药,2018,25(24):3237-3239.
- [87] 刘合懿,林璿,何令,等.工娱治疗对慢性精神分裂症患者社会功能康复的作用研究[J].临床医学,2020,40(8):73-74.
- [88] 卜永飞,沈明芳,汪昌学,等.奥氮平联合工娱疗法治疗精神分裂症临床效果的研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(36):134.
- [89] 张涛.康复工娱疗辅以药物治疗对精神分裂症患者康复潜能、阴性症状以及社会功能改善的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(29):2-3.
- [90] 杨连.支持性心理治疗联合丙戊酸钠在精神分裂症治疗中的价值[J].心理月刊,2020,15(24):222-223.
- [91] 梁云飞,郭雪琴,陈健,等.认知知觉功能障碍训练联合心理治疗对精神分裂症患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(24):94-96.
- [92] 李亚男,高学柱,倪文博.心理治疗在精神分裂症临床治疗中的应用效果[J].心理月刊,2020,15(22):78-79.
- [93] 孙宁华.综合心理治疗对康复期精神分裂症患者社会功能的影响[J].心理月刊,2020,15(21):92-93.

[94] 次央.团体心理治疗在精神分裂症康复期患者中的应用效果[J].西藏医药,2020,41(5):60-61.

[95] 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012,11:34.
