



清濱醫院護理部衛教專欄

器質性精神障礙

器質性精神障礙 (Organic psychosis) 是指各種腦器質性精神病、軀體疾病和中毒引起的可逆性或不可逆性腦功能損害時所致的精神障礙。包括腦器質性精神障礙、軀體疾病所致精神障礙 (即症狀性精神病) 和精神活性物質所致精神障礙 (即中毒性精神障礙)。儘管僅有少數癲癇患者伴有精神障礙，不少患者未發現有組織結構的病理性改變，但傳統上仍將癲癇包括要內，而有明確腦器質性病變的精神發育遲滯卻不包括要內。

器質性精神障礙在綜合性醫院內並非少見，發生率約為 15-30%。儘管病因各異，但其臨床表現具有相對的共同特徵，對診斷與治療均有重在意義，意識及認知功能障礙是器質性精神障礙的最基本的臨床表現，在這些基本症狀的基礎上，可出現限局性腦損害 (如額葉、頂葉、顳葉、胼胝體等) 的症狀，以及失去大腦皮質控制的“釋放”症狀和繼發於腦器質性損害的性損害的情緒症狀，都可能給診斷帶來困難。

[病因與發病機理]

一、腦器質性疾病：如顱腦損傷、腦腫瘤、腦血管疾病、腦子急性或慢性感染、腦寄生蟲病和腦變質性疾病時所發生的精神障礙，是由腦部器質性病變直接引的，故稱為腦器質性精神障礙。不論病變性質如何，其精神症狀的表現通常與病變部位、進展急緩、損害範圍和嚴重程度有關。

二、軀體疾病：如心、肺、肝、腎疾病，內分泌功能紊亂，代謝和營養障礙，急性或慢性感染性疾病時所伴發的精神障礙。這種精神障礙軀體疾病臨床表現的一部分，故又稱症狀性精神病。其發生除與各種軀體疾病本身直接有關外，和體內各系統的改談也有關係，如高熱、脫水、酸鹼平衡失調、電解質代謝異常、毒性中間代謝產物蓄積、腦缺氧、腦微循環改變、維生素缺乏等，這些都可引起腦功能失調而出現精神症狀。

三、中毒：重金屬、醫用藥物、農藥與食物中毒等，致幻植物 (如大麻) 與嗜好物 (酒) 等亦可引發起精神障礙。

四、年齡因素：同一器質性病因，在不同年齡階段的臨床表現傾向性不同。兒童與少年患者易發生譫妄狀態，壯年以後易發生遺忘綜合或癡呆，老年人常見的有某種程度的大腦皮層細胞損害，處於功能代償狀態，可因輕度呼吸道感染、全身麻醉、脫水或藥物等的影響而以生譫妄。

五、個體素質傾向：在器質性精神障礙中，當人格素質傾向的抑制解除而釋放強化時，臨床表現可呈現為類精神分裂症、類偏執症、類情感障礙的精神狀態。M. Bleuler 發現具有精神



清濱醫院護理部衛教專欄

分裂症或躁鬱症症狀的腦腫瘤患者，其家族中精神分裂症及躁鬱症患病率高於一般居民，認為腫瘤本身並不導致精神分裂症與躁鬱症，是與腦腫瘤增強了遺傳傾向的外顯率有關。

六、其他：心理社會因素及文化背景對症狀發展及嚴重程度發生影響。

常見的臨床表現：有三種狀態

(一) 譫妄狀態 (delirium state) 是一組意識內容改變和廣泛認識功能障礙為特徵的急性全面精神障礙。多繼發於各種急性中毒、感染和軀體疾病。常見急性起病，病程短暫，病變發展迅速，故又稱急性腦綜合征。

譫妄的最初症狀，可以從病人的一些非特異性症狀表現出來，如焦急、抑鬱、易激動、注意集中困難、健忘、惡夢或言語散漫。有時首先出現自言自語，像是在與有對話。伴有不安寧或完全失眠 1 至天的睡眠障礙，是即將發生譫妄的最初信號。

注意、記憶和定向障礙是診斷譫妄的三個必要的條件：(1) 注意不能持久集中，以致話題不能說完，不能持續做一個工作或簡單的計算困難；(2) 記憶障礙主要為近事遺忘，尤其即刻記憶不良，但遠記憶尚良好，若持續的對月份或年份不能正確記憶，經再三校正仍不能記憶時，是譫妄的徵象；(3) 定向不良是由於注意集中新近記憶障礙所致。

此外。還可有：情緒障礙、睡眠不良或不眠、感知及行為障礙。常伴有帶恐怖性的、生動的錯視或幻視、被害妄想，以致病有情緒恐懼、抑鬱、易怒或欣快。動作減少，尋衣摸床、撚空動作或吵鬧不安，待業紊亂，有晨甚至出現攻擊性行為，當眾脫衣，玩弄大小便等。言語不聯貫。常喃喃自語。自知力和判斷力不良，生活不能自理。與此相反，當一個譫妄患者自發變得安靜時，可能預示原發病情加重，患者先變得不活躍，接著陷入錯迷。譫妄時精神狀態的常見特徵是症狀的波支性，這種波動日夜轉為興奮為多見。

(二) 癡呆狀態 (dementia state) 以大腦認知功能的全面受禍，緩慢出現全面智慧障礙為主要臨床特徵，包括記憶、思維、理解、判斷、計算等能力減退和人格改變，而無意識障礙。因多見於起病緩慢、病程較長的慢性腦部病變 (變性病與腦血管病)，故又稱為慢性腦綜合全
征。

起病大多緩慢，常以神經衰退綜合的表現開始，有不很明確的身體不適，近記憶減退，注意力不易持久集中，思考變得困難，工作能力減退，興趣減少，情緒顯得不如以前熱情，患者的認識能力在數月或數年中逐漸下降，性格也逐漸發生改變，對人的產切，進取性和主動性



清濱醫院護理部衛教專欄

均減退，並有情緒不穩，易發脾氣或多疑。由於推理、判斷、自知力以及高級情感活動如羞恥感、道德感等的受損，有的患者可出現愚蠢性犯罪行為。

有責任中表現對診斷癡呆具有重要意義：（1）記憶不良，尤其近記憶障礙顯著；（2）以往獲得的知識減退，以致影響社交活動和工作能力。檢查時可發現計算與理解困難，抽象思維障礙，例如對同類的兩種事物（如貓和鼠、牛和馬）有何異同點不能區別。

（三）遺忘（Amnesia）症 是一種選擇性局灶認知功能障礙。意識清楚，智力相對良好，突出的臨床表現為嚴重的近記憶障礙和言談虛構傾向，常位有時間定向障礙。患者具有易暗示性，如給新的提示，可引出新的虛構內容。這一綜合症又稱柯薩可夫（kasakov）綜合征，曾認為是慢性酒中毒的特徵性症狀，現發現還可見於腦外傷、一氧化碳中毒、血管性病變、腦及第Ⅲ腦室腫瘤等。病理部位常在下丘腦後部及中線附近組織（間隔一顳葉結構），亦見於兩側海馬。

二、其他精神障礙

（一）精神病樣表現：部分患者在意識清楚及智力尚完好情況下出現精神病樣狀態。在疾病早期可出現類似症、恐怖症、強迫症及疑病症等神經症樣臨床相。某些患者還可出現類精神分裂症和類躁狂抑鬱樣精神狀態。

（二）局灶性腦損害的精神症狀：器質性精神障礙時的腦損害可為彌漫性損害，也有損害相對較局限的病變區，在這種情況下可出現局類性腦損害精神狀態（其神經症狀與體征的表現參閱神經病學專著）。額葉損害可產生明顯的人格改變。由於抑制的解除而變得誇大、不機智、多言、幼稚性興奮和詼諧言語。社會道德性控制能力減退，不考慮個人前途，性行為不檢點，有經濟與有事交往上發生判斷錯誤。有的表現為極度淡漠或缺乏始動力。頂葉損害可有複雜的認知障礙、包括視覺—空間障礙和體象障礙。較少引起精神病性症狀。顳葉損害常見到智力障礙、類似額時損害的人格障礙、性功能紊亂和精神分裂症樣精神症狀。雙側顳葉內側損害可產生嚴重的遺忘症，卻無其他智力缺損。慢性顳葉損害可有嚴懲人格改變，特別是情緒不穩和攻擊性行為。枕葉損害中層得能感知景象或事物的個別屬性，不能說出整個事物的意義。胼低體病變擴及兩半球時可呈現嚴重的智力障礙。間腦及離幹等深部中線組織病變的特徵性症狀是遺忘綜合征、嗜睡和運動不能性緘默症（Akionetic mutism）。以信進行性智力減退、情緒不穩、欣快、暴怒、多食及垂體功能障礙等。



清濱醫院護理部衛教專欄

[診斷和鑒別診斷]

器質性精神疾病在原發病診斷明確的情況下，不論表現為何種精神障礙，診斷一般不難。但臨床上可見到有些器質性疾病，尤其見於腦部疾患，精神異常為首發症狀時，會造成診斷困難。

能過精神檢查，若有下列缺損，可考慮有器質性精神疾病，缺損越廣泛，臨床上診斷越容易：

一、定向障礙：對時間、地點和周圍有物的認識能力不良；

二、記憶減退：近事記憶及某些遠事記憶能力喪失；

三、計算不良：100-7 或 100-3 連續遞減困難錯誤；

四、理解和判斷困難：對問題的理解和判斷困難，抽象思維能力明顯減退，自知力不良；

五、情感障礙：情感反應膚淺、不穩、淡漠或欣快。

在已確定有器質性精神障礙基礎上，結合病史、軀體和神經系統檢查，各項輔助檢查（如生化、超聲波、放射擊學、腦電圖等）結果，找出相對的器質性病因。

鑒別診斷：主要與精神分裂症、躁鬱症、神經症等相區分。這些疾病起前可有精神誘發因素，或許有家族史可供參考，無意識障礙，雖有多彩的思維障礙內容，但無智力缺損，軀體和神經系統檢查不出器質性病因。