



主◎编

·王祖承
·谢 斌
·方贻儒

L 临·床·诊·断·学
INCHUANG ZHENDUANXUE *E*

精神 疾病

诊断学

上海科学技术出版社

临

床 诊 断 学

精神疾病诊断学

JINGSHEN JIBING ZHENDUANXUE

◎主 编 王祖承 谢 斌 方贻儒

上海科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

精神疾病诊断学 / 王祖承, 谢斌, 方贻儒主编. — 上海: 上海科学技术出版社, 2006. 12

(临床诊断学)

ISBN 7-5323-8561-2

I. 精... II. ①王...②谢...③方... III. 精神病—诊断学 IV. R749.04

中国版本图书馆CIP数据核字 (2006) 第078843号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社
(上海钦州南路71号 邮政编码200235)

新华书店上海发行所经销

上海市印刷十厂有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 20

字数: 440 千字

2006年12月第1版

2006年12月第1次印刷

定价: 68.00元

如发生质量问题, 读者可向工厂调换

出版说明

科学技术是第一生产力。21 世纪,科学技术和生产力必将发生新的革命性突破。

为贯彻落实“科教兴国”和“科教兴市”战略,上海市科学技术委员会和上海市新闻出版局于 2000 年设立“上海科技专著出版资金”,资助优秀科技著作在上海出版。

本书出版受“上海科技专著出版资金”资助。

上海科技专著出版资金管理委员会

内 容 提 要

本书分总论和各论两部分,共17章。总论介绍精神疾病的症状学和临床检查,以及精神科病史的撰写,包括目前常用的精神疾病的诊断依据和诊断方法。各论则按《中国精神疾病诊断分类—第3版(CCMD-3)》项目,在介绍各种精神疾病相关特点的同时,介绍有关的诊断思路和诊断方法。

精神科疾病的诊断缺乏有效的化学和物理检查手段,临床诊断历来是个难题。本书突出精神疾病的临床诊断思路,有助于提高精神科医师的临床诊断能力,也可帮助其他专科医生较好地了解精神科临床诊断。

本书主要读者对象为精神科临床医生,亦可供有关的其他专科医生参考阅读。

“临床诊断学”丛书编委会

主 编

于金德 王鸿利

副主编(以姓氏笔画为序)

王伟铭	王祖承	王耀平	方贻儒	邓伟吾
冯信忠	朱正纲	刘定益	汤希伟	吴明章
沈志祥	陆志檬	陈楠	陈生弟	陈舜年
林其德	侍庆	胡翊群	高蓓莉	诸葛传德

谢斌

学术秘书

胡翊群(兼)

《精神疾病诊断学》编委会名单

主 编

王祖承 谢 斌 方贻儒

参编者 (以姓氏笔画顺序)

王 振	王祖承	仇剑崙	方贻儒
杜亚松	肖泽萍	何燕玲	张海音
张新凯	苑成梅	南达元	洪 武
袁训初	高之旭	黄继忠	谢 斌

学术秘书

苑成梅 邵 阳

“临床诊断学”丛书前言

诊断学是基础医学向临床医学过渡的一门学科,也是临床医学中最重要的基础学科。它作为医学生从基础理论步入临床实践的第一步,也作为临床医生知识更新和进修提高的关键学科。由于临床医学理论和技术的不断进展,越来越多的先进设备和仪器广泛应用,进一步促进了临床医学的发展。本丛书强调诊断学的基本理论、基本技能和基本知识的重要性,特别强调对临床资料、辅助检查结果综合分析和逻辑思维能力的培养和提高。

本丛书是一套完整的临床诊断学,以分册形式出版,每一分册为一个学科。每一分册的第一部分叙述本学科的总论,第二部分介绍本学科主要疾病的诊断和思维,第三部分剖析本学科的典型病例的诊断。它的特点是:①全面、系统:覆盖面达整个临床医学。②高质量、高水平:充分体现先进性、实用性和独特的思维方式。③纵横交叉:各分册诊断学都显示本学科的纵向发展和学科间的横向联系。④综合分析和逻辑思维:本丛书重视临床学科的综合分析和诊断思维的逻辑性。⑤本丛书是以临床学科为分册,重点突出本学科的诊断学特点。

本丛书主要为临床各科的住院医师、主治医师、主任医师知识更新和进修提高之用,也可供高等医学院校学生和教师在学与教中参考,还可供辅助诊断科室技术人员和医学研究机构的研究人员之用。本书在编写过程中,由于内容涉及面广,作者人数较多,加之编者学识所限,编写时间仓促,缺点在所难免,敬请专家和读者批评、指正。

编 者

2006.1

于上海交通大学附属瑞金医院

前言

在精神科临床上,有关对精神疾病的诊断问题,本身就是一个难题。因为随着医学科学的发展,通过物理的、化学的各种仪器进行诊断,在内外各科中已广泛应用,遗传学、生化学、影像学等的检查方式层出不穷,对有关疾病的早期确诊、排除其他诊断都起着决定性的作用,大大提高了医疗诊断的水平。但精神疾病则不然,到目前为止,精神疾病的诊断还是以临床症状为主,以观察精神症状及其演变作为确立疾病的依据。这样,其准确性就必然相对滞后。诊断的难度就增加,而其他如物理的、化学的诊断还只能作非常浅表的诊断依据,是属于辅助诊断。近30年中,逐步开辟了不少从心理学角度进行诊断的方法,有力地推动了临床精神科工作的发展,但也只能属于辅助诊断之一,不能与其他医学科目相比,这就是精神疾病诊断的难点之一。其次是精神疾病的精神症状并不是一成不变的,其特征性的部分是否属于病态,既要得到专科医师的肯定,也要有社会的认同。这和精神科专科医师的临床经验、理论水平、认识角度密切相关,所以要提高精神科的诊断水平,就必然和精神科医师的专科能力有关。因此,业内人士希望出版专门介绍有关精神疾病诊断方面的专著,以推进精神疾病的诊断水平的提高。

鉴于以上情况,由上海市精神卫生中心、上海交通大学医学院精神医学教研室和其他有关的同道一起参与了本书的编写,其中不少是精神病学的医学博士、医学硕士,以及教授、副教授。他们都有较丰富的临床工作经验,在结合实践的基础上,探讨理论的发展,也是非常适宜的,为此他们都积极参与、认真编写,并进行反复校审,完成了这本专著。

当然,由于过去从未尝试过有关精神疾病的诊断学的撰写工作,经验不足,加上思考的方式和视野还不够广泛而全面,因此难免有错误、遗漏,务请各位指正,以利我们进一步提高。

王祖承

2006年7月

目 录

第 一 章 绪 论 1

- 第 一 节 概述 1
- 第 二 节 精神科诊断的历史回顾和现状 2
- 第 三 节 对精神科诊断的认识 5

第 二 章 精神障碍的症状学 10

- 第 一 节 概述 10
- 第 二 节 感知觉和感知觉障碍 10
- 第 三 节 思维和思维障碍 14
- 第 四 节 注意和注意障碍 18
- 第 五 节 记忆和记忆障碍 19
- 第 六 节 智能和智能障碍 21
- 第 七 节 自知力和自知力障碍 23
- 第 八 节 定向力和定向力障碍 23
- 第 九 节 情感和情感障碍 24
- 第 十 节 意志和动作行为障碍 26
- 第 十 一 节 意识和意识障碍 28
- 第 十 二 节 精神障碍综合征 30

第 三 章 精神疾病的检查与精神科病史的缮写 32

- 第 一 节 精神检查 32
- 第 二 节 实验室检查 35
- 第 三 节 量化评估 50
- 第 四 节 病历缮写 58

第四章 脑器质性精神障碍的诊断 62

- 第一节 概述 62
- 第二节 临床诊断 64
- 第三节 心理诊断 73
- 第四节 实验室诊断 75
- 第五节 诊断标准 76

第五章 躯体疾病所致精神障碍的诊断 81

- 第一节 概述 81
- 第二节 临床诊断 82
- 第三节 心理诊断 93
- 第四节 实验诊断 94
- 第五节 诊断标准 96

第六章 精神活性物质与非依赖性物质所致精神障碍的诊断 97

- 第一节 概述 97
- 第二节 临床诊断 100
- 第三节 心理诊断 105
- 第四节 实验诊断 107
- 第五节 诊断标准 108

第七章 精神分裂症 112

- 第一节 概述 112
- 第二节 临床诊断 112
- 第三节 心理诊断 115
- 第四节 实验室诊断 126
- 第五节 诊断标准 131

第八章 其他精神病性障碍的诊断 134

- 第一节 概述 134
- 第二节 临床诊断 135
- 第三节 心理诊断 140
- 第四节 实验诊断 141
- 第五节 诊断标准 142

第九章 心境障碍的诊断 147

- 第一节 概述 147
- 第二节 临床诊断 150
- 第三节 心理评估 157
- 第四节 实验诊断 159
- 第五节 诊断标准 161

第十章 神经症性障碍的诊断 166

- 第一节 概述 166
- 第二节 临床诊断 167
- 第三节 心理诊断 178
- 第四节 实验诊断 179
- 第五节 诊断标准 180

第十一章 其他与心理因素相关的精神障碍 190

- 第一节 非器质性睡眠障碍 190
- 第二节 与应激相关的精神障碍 195
- 第三节 进食障碍 204

第十二章 人格障碍的诊断 209

第 一 节	概 述	209
第 二 节	临床诊断	211
第 三 节	量表评定	218
第 四 节	实验诊断	220
第 五 节	诊断标准	222

第 十 三 章 习惯与冲动控制障碍的诊断 229

第 一 节	概 述	229
第 二 节	临床诊断	230
第 三 节	心理诊断	233
第 四 节	实验诊断	234
第 五 节	诊断标准	235

第 十 四 章 性心理障碍的诊断 238

第 一 节	概 述	238
第 二 节	临床诊断	239
第 三 节	心理诊断	243
第 四 节	实验诊断	245
第 五 节	诊断标准	245

第 十 五 章 精神发育迟滞的诊断 248

第 一 节	概 述	248
第 二 节	临床诊断	249
第 三 节	心理诊断	250
第 四 节	实验诊断	252
第 五 节	诊断标准与鉴别诊断	252

第 十 六 章 儿童少年期精神障碍的诊断 255

第一节	概述	255
第二节	临床诊断	257
第三节	心理诊断	261
第四节	实验诊断	264
第五节	诊断标准	267

第十七章 典型病例 274

第一节	器质性精神障碍	274
第二节	精神分裂症	274
第三节	抑郁症	277
第四节	躁狂症	280
第五节	创伤后应激障碍	282
第六节	神经症	283
第七节	人格障碍	284
第八节	儿童精神障碍	285
第九节	精神发育迟滞	289

附录	英汉名词对照	291
----	--------	-----

第一章

绪 论

第一节 概 述

随着医学科学的发展,精神医学也在日新月异地变化着,社会、经济、文化的进步也正促使精神卫生事业加快发展。精神障碍的发现、认识、鉴别、干预,以及康复措施莫不与精神障碍的识别、诊断密切相关。这样,对精神障碍正确诊断的重要性就日益明显,也发展成为一种专门研究的范围和课题。

精神障碍不同于一般医学中的疾病,对它的认识需从生物学特性和社会学特性两方面出发。从生物学角度看,可能是正常范畴,而从社会学角度看可能属于不能忽视的或是反常的;反之亦然。譬如自杀,是一种不健康的社会行为,正常的健康人是不会采取这种自绝行为的。但是在任何时代、任何国家和地区,都存在自杀这一行为,因而,我们不能将其简单地笼统归为精神疾病所致。它固然可以由躯体疾病、其他精神疾病所造成,但也可以与各种社会心理因素有关。因此,在精神障碍分类与诊断的范畴中(如中国精神障碍分类与诊断标准第3版,2001,简称CCMD-3)仍然把它列入“其他精神障碍和心理卫生情况”栏目中,作为一种“心理卫生情况”备案,以便能进一步去探索和研究。同理,许多属于“社会病理现象”(指不易为社会所接受的、反映社会病理现象的)范围的情况,诸如流浪、出走、偷窃、杀人放火、吸毒、酗酒等,均具有生物学和社会学两种特性,也不能武断的判定其属于精神疾病或不属于精神疾病,必须具体情况具体分析。在这种情况下,正确诊断精神疾病显得尤为重要。再例如精神发育迟滞这一精神疾病,在诊断时有两个主要指标,一是智力低下,二是社会适应困难,前者属于生物学范畴,后者则包括社会学范畴,两者缺一不可。可以说,精神疾病的特征不仅表现为突出而明显的异常症状,而且还表现为正常功能的缺陷。

对精神障碍的认识,是以大多数人普遍的行为模式为基础的。在很多情况下,若某一现象为大多数人所能接受,就需要慎重对待和处理。在正常人的群体范围中,可以有“不正常”的情况发生,比如有的人会产生一过性的幻觉、错觉,可能有自笑,也可能出现抑郁、焦虑、偏执状态,还可能有性格变异,但由于是一过性的或可以得到社会的容忍,故也不能列为必须接受治疗的精神病态范畴。

另外,对精神障碍的认识,不同地区、不同时代可能会有差异,这与文化差异的影响密切相关。如在东南亚地区出现的Latah病、Amok病,可能是一种特殊的病理性精神症状,但由

于没有统一的诊断标准去衡量,至今仍未能做出较明确的解释,只能归在“由于不同文化所产生的特殊精神疾病”范畴中。可见,在一种文化环境中被认为是精神疾病的,在另一种文化环境中可能不认为是病态。

在中国,早在公元前3世纪到公元前2世纪的战国时代,当时的医学专著《内经》就把人的精神活动称之为“心神”,并记载了许多有关精神症状的内容,如谵妄、幻觉、妄想等。以后,对精神病的命名有癫、狂、心风、痴呆、呆病、花痴、邪祟等。在分类上也提到将精神病分为痴、狂两大类;此外还有痼,但这三者间只是粗略的区别,并没有具体描述详细的、确切的分类。要进一步探索精神障碍,找出其发病规律、病理现象、治疗特征,首要的条件就是要有正确的判断措施,亦即准确的、科学的诊断方法。只有掌握了诊断精神疾病的方法,才能进一步去研究精神疾病。

第二节 精神科诊断的历史回顾和现状

在我国,古代的《内经》一书中就已将精神疾病分为“癫”、“狂”两大类,并对相应的反常表现作了描述。之后又提出了“痼”一症。这三种病症就成为了我国传统精神疾病的诊断名称。分别根据不同的症状,予以诊断。

在国际上,古希腊医学家希波克拉底(Hippocrates,公元前460年~公元前377年)将精神病分为癫痫、躁狂症、抑郁症、精神炎、产褥期精神病、酒精中毒性谵妄和痴呆等疾病。在他的诊断系统中,将精神兴奋状态称为躁狂症,而将相反的状态称为抑郁症,是按症状和表现进行诊断的。

近代和现代精神病学的发展是从欧洲开始的,因此有关精神疾病的诊断分类也是从欧洲开始的。最早,英国的 Gullen(1710~1790年)于1769年提出“neuroses”,泛指当时称之为神经系统疾病的病症,以后逐渐从中分化出神经症。之后法国的 Pinel(1745~1826年)又将神经症分为功能性和躯体性两大类,他是根据是否存在躯体疾病来划分的。德国的 Griesinger(1817~1868年)则于1845年提出精神病的发生存在躯体或脑部的器质性基础,指出精神病是脑病的一种,并将脑部病变列为诊断精神病的必要条件之一,从而把精神症状与脑部病理变化联系起来。

在前人研究成果的基础上,德国精神病学家克雷丕林(Kraepelin,1856~1927年)提出了系统性的精神病分类,他详细地描述了早发性痴呆和躁狂抑郁性精神病的临床特征、病程和预后,并提出了妄想痴呆和妄想狂的区别要点。继之,法国的夏科(Charcot,1825~1893年)也提出了应认真、仔细观察临床资料,进行全面系统的分析。之后,许多著名的精神科专家在精神疾病的发生、确立方面做了大量工作,并试图阐明其发病过程、诊断特征,如威尼克(Wernick,1848~1905年)的神经系统器质理论、雅斯丕斯(Jaspers,1883~1969年)的现象学研究、克来西麦尔(Kretschmer)的体型和气质研究、麦尔(Meyer,1866~1950年)的精神生物反应理论、巴甫洛夫(1849~1936年)的条件反射理论等,都从不同角度探索了精神疾病的发病规律,试图找出诊断精神疾病的有效方法和途径。

至20世纪50年代时,在精神疾病的诊断方面已基本形成一个模式,即通过详细了解发病史、生活和人格发展史、家族史、社会环境演变等线索,再加上高超而适当的精神检查、接触技巧,进而作出精神疾病的诊断。且已经形成规范的疾病分类,使精神疾病的诊断在世界各国逐步趋于一致。

在精神疾病的分类学上,世界卫生组织(WHO)自1948年起,提出《国际疾病分类》系统(统称为ICD),以后每隔5年修改一次。至20世纪60年代,增加了有关精神障碍的分类内容,并加上了诊断系统。至第8版(ICD-8),正式将精神障碍列入分类方案,而且为了便于诊断和应用,又增加了“描述性定义”。以后随着ICD-9及ICD-10的相继公布,形成了一系列诊断项目,如《临床描述与诊断要点(CDDG)》、《研究用诊断标准(DCR-10)》、《多轴诊断的分类及运用》等。继之又编制出《复合性国际诊断交谈检查(CIDI)》、《神经精神疾病学临床评定表(SCAN)》、《国际人格障碍检查(IPDE)》等诊断工具。美国于20世纪50年代便推出了《精神障碍诊断统计手册(DSM)》,50年来已出过4版,有专门的与DSM配套的《诊断标准》,对精神科的临床工作、研究工作都有很大影响。

在ICD及DSM两个分类及诊断系统的影响下,中国自20世纪80年代起,开始制定符合中国国情的《中国精神疾病诊断分类》(简称CCMD)系统,并吸收了ICD和DSM的优点,分别提出了工作用及研究用的诊断标准。

(一) 工作用诊断标准

一般包括以下主要内容。

1. 症状学标准 规定诊断该种疾病应具备的精神症状,在有些疾病中,还具体规定了必备症状和兼具症状,并具体要求所列症状的条目数或比例。
2. 病程标准 规定诊断该种疾病所需的最短持续病程,或某些发作性疾病在某一病程中的最少发作次数。
3. 严重程度标准 规定了诊断该种疾病所必需的社会适应功能或心理功能缺损程度,或需要医疗及其他特殊照顾的程度。
4. 排除标准 规定了诊断该种疾病必须排除的各类情况,包括躯体疾病、其他精神疾病及某些心理社会问题。有些疾病还列出了某些需排除的精神症状。

(二) 研究用诊断标准

研究用诊断标准(research diagnostic criteria)实际上属于广义的工作用诊断标准,在其发展初期原作为科学研究之用,后逐步扩大到临床使用。简言之,“工作用”既包括科研范围,也包括临床工作。为区分两者的适用范围,今后的发展趋势是发展两类“诊断标准”,一类为简式,适合于临床运用,包括各种不典型的病例;另一类则要求详细而严格,适合于科研应用,需要研究的病例要相对同源而不包括那些非典型病例。

为了适应精神疾病诊断的准确性和规范性,美国的DSM又提出了多轴诊断系统。多轴诊断系统,又称多轴评估(multiaxial assessment)。1995年DSM-IV公布的精神疾病多轴诊断系统中,主要有5个轴,每一轴涉及各自不同的信息资料,有助于临床医师提出治疗计划及