

the Insurance of Enterprise
Insurance Claim
the Whole Book of Operation

企业保险
投保与索赔
操作全书

第三卷

主 编 赵卫国

内蒙古人民出版社

企业保险 投保与索赔操作全书

主编 赵卫国

第三卷

内蒙古人民出版社

第五章 人身保险意外伤残给付标准

第一节 精神系统

〔解释〕

在该条款所列的精神系统疾病是指颅脑损伤所伴发的精神障碍。颅脑损伤所伴发的精神障碍又称“外伤性精神障碍”或“外伤性精神病”，主要是由于颅脑受到外伤后直接或间接的引起精神异常。

外界作用力是造成颅脑损伤的根本原因，在保险中所常见到的例如头部受到钝性物体的挤压引起脑实质损伤，枪弹、爆炸物、飞行物等造成的颅脑贯通伤。钝器打击或头颅撞击到静止的物体上，或是运动的物体撞击到静止的头颅上所形成的脑挫伤、脑挫裂伤、颅内血肿、颅骨严重骨折等。急剧的头部加速运动或急剧的减速运动使大脑在颅腔内产生线性、剪绞性或旋转性移动引起的损伤。另外还有颅腔内异物滞留、血肿机化、瘢痕形成、外伤性脑积液、损伤性脑萎缩、脑实质溢出等。

在保险理赔中有时出现争议的还有损伤性疾病，是指被保险人原有某种疾病，头部受到意外性伤害所引起的精神障碍。此种情况时就应该分析损伤与疾病的因果关系，确定原有疾病是造成精神障碍的主要原因，还是外伤是造成精神障碍的主要原因。根据因果关系再决定是否赔付、赔付多少。

脑外伤之后，是否会出现精神障碍？出现什么样的精神障碍？精神障碍的严重程度如何？这些问题首先与脑损伤的严重程度和损伤部位有着密切关系。脑损伤越严重，损伤的部位越广泛，或是损伤了某个特定部位，越容易引起精神障碍。关于精神障碍的性质，广泛性脑损伤一般引起精神功能的全面障碍，例如急性期的昏迷或谵妄、慢性期的痴呆等。就脑局部损伤与精神障碍的关系而言，从频度来看，最常出现精神障碍的是颞叶损伤，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少。从障碍的性质来看，颞叶损伤常引起人格障碍，表现为情绪不稳定与冲动控制障碍；前额叶损伤亦易引起人格障碍，表现为情绪淡漠而又幼稚化、意志减退、精神运动迟缓；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。

除以上论述的因素之外，心理和社会的诸多因素也对脑外伤后精神障碍的临床表现、病程发展与预后也有一定影响。所谓心理——社会因素，主要是指受伤人伤前的心理素质与人格特征、对外伤的认识与态度、有无获得赔偿的可能、外伤对生活及工作的影响等。有的时候，心理和社会因素与躯体——生物学因素交错重迭，难以鉴别，使保险公司的核赔人员或专业医务

人员不易确定当前症状的性质,不知究竟是脑外伤性的精神障碍?还是功能性的精神障碍?因而对确定给付带来一些混淆和困难。

该给付标准条款中的精神系统疾病也还包括中毒性精神障碍。中毒对人体的损伤是属于意外性的伤害(自杀或自伤自残在规定时间内的除外),只要是被保险人在有效的保险期限内发生了意外性中毒,中毒后留有严重的精神障碍,就应该按给付标准进行给付。

常见的亲神经毒物有:铅、汞、锰、铊、砷、四乙基铅、有机磷、有机汞、有机砷、有机锡、一氧化碳、二硫化碳、苯、甲苯、甲醇、四氯化碳、汽油、氰化氢、硫化氢、有机氯、溴甲烷、氯丙烯等。

中毒不太严重或者是早期的慢性中毒时,中枢神经系统的损害只是暂时的中毒改变,表现出中枢神经系统和植物神经系统轻度功能紊乱所致的神经障碍。如果极早的脱离毒物现场或毒物接触,再加上正确合理的治疗,中毒者将随着毒物在体内被代谢或排泄分解转化和中和,以及靶器官物质的复能或再合成而得到康复,不会遗留精神障碍的后遗症。

重度急性中毒和晚期慢性中毒,毒物对神经系统可以造成器质性损害,常造成严重的精神障碍,极为严重的可引起中毒性脑病。此时如能及时有效的抢救,神经系统的功能也可能得到完全或部分的恢复。

中毒不太严重的精神障碍常以神经症性综合征为主要表现,例如有头痛、头昏、易疲劳、乏力、注意力不集中、记忆力减退、失眠、多梦、情绪不稳、易激惹、烦躁、消瘦、性功能减退等。由于毒物的种类不同,再加上摄入量和个体差异等因素,临床症状可分为兴奋型、抑制型、植物神经失调型和混合型四种。

如果在短时间内摄入了大量的亲神经毒物,即可出现严重的精神障碍,或在慢性中毒进展期间遇到某些诱因而发作。有时症状来势凶猛,有迅速发展的定向力、记忆力、判断力损害,意识障碍从意识混浊、昏睡以致昏迷,可伴有多种精神症状,如妄想、幻觉、精神运动性兴奋或木僵、情绪抑郁、焦虑或兴奋、欣快、言语增多、临床上有时误诊为功能性的精神病。

比严重的精神障碍还要重的中毒性脑病也可以发生,可出现脑水肿、颅内压增高、惊厥、瘫痪、皮质性失听或失明、意识障碍和痴呆症状群。慢性中毒性脑病可出现共济失调、锥体外系症状等脑损害症状和体征。

从事化学性工业生产的广大职工,发生中毒的机会最多,也是最为严重的。在人身保险意外伤害的赔案中,也还常碰到生产劳动中使用接触这些化学性毒物的中毒事件,误服的较少,用于他杀、自杀、自伤、自残的案件更少。

精神系统伤害残疾的人身保险给付,在赔付的实践中最为常见的就是外伤性精神障碍和中毒性精神障碍这两大类型。这两种精神障碍在临床疾病的分类上是两个完全不同的各自独立的疾病,两种致伤因素有本质的不同,所产生的损害后果也是不完全一样,这两种疾病无论从发病上、病理机制上、损害脏器上和损害后果上都不一致,但他们所产生的损伤结局有一个相同的临床表现,即精神障碍。

无论是外伤性精神障碍还是中毒性精神障碍,如果在医疗终结时间以内(意外伤害规定在180天),经过充分的治疗仍不能恢复的,即视为后遗症。凡是留有精神障碍的损伤,必定会有不同程度的伤残后果,不同程度的社会适应能力的丧失,不同程度的劳动能力的下降或丧失等。保险人可根据被保险人的损伤和中毒所伴发的精神障碍程度轻重,来决定不同比例的给付标准。

凡是外伤性或中毒性精神障碍的赔付,一定要有专科医院或综合性医院的精神科专家的鉴定,或者要由保险公司的核赔部门所指定的医院进行。鉴定人一定要有二人以上,否则鉴定无效。在作精神医学鉴定的时候先要调查以下几个方面的问题:

(1)被鉴定人的简要经历:包括出生时的情况,有无早产、难产、产程中受伤和新生儿窒息史。幼年发育情况以及主要经历。

(2)损伤情况:头部损伤部位,临床各项检查、诊断、治疗抢救经过,被鉴定要提供全部病史资料的原件。

(3)中毒情况:与毒物接触史、接触方式、接触时间长短。有无自服、误服、他人给服、以及服药名称、服药量、临床表现症状和体征,抢救经过,收集临床化验检验报告,要有化验检查的定性和定量。被鉴定人要提供所有的病史资料原件。

(4)受伤或中毒前后的精神状态,特别应注意调查医疗终结时的精神障碍情况。包括:言语、思维、举止行为、生活习性、与周围人和家人的接触情况,重点了解精神障碍的表现,与以往有何不同?

(5)以往学习情况、智力如何、学习态度、学习成绩、有无学习困难和留级情况,品行如何,有无休学、退学、转学,对调查到的情况应说明时间和原因。

(6)恋爱、婚姻情况及夫妻关系如何?对配偶及子女的态度如何?有无离婚、分居,应查明时间和原因。

(7)以往性格、脾气、兴趣、爱好和生活习惯,有无奇怪癖性?有无重大精神创伤史及不幸遭遇?何时出现性格改变,对改变后的性格应详细了解。并记录具体表现。如果曾经有过重大精神创伤史,应了解清楚精神创伤后的具体表现,有无幻视、幻听、躁狂、抑郁、诊断为什么精神病?

(8)工作情况:工作和劳动态度如何?工作能力、工作效率,何时因何事受处分、奖励,特别对工作中的重大失误应查明原因,受到处分后的精神状态,查明工作调动次数及原因。

(9)有无违法、乱纪或犯罪情况、被关押、被管制、拘留和劳改等,如有违法、违纪和犯罪的,应查明原因、犯罪经过和犯罪后劳动中的表现。

(10)既往健康状况:曾否生病?有无高烧、抽风、吸毒、酗酒、自杀及精神失常史,何时、何故患病?有无多疑、多虑、出走、夜游、懒散、自言自语、独自发笑等表现,诊断情况及治疗经过。

(11)家庭成员中有无患精神病的(二系三代):主要家庭成员的个性、痴呆、有无性格异常、自杀、杀人、自伤、犯罪,有无近亲结婚史,有无精神病人,对被鉴定人的影响如何?

(12)保险公司的核赔人员对被鉴定人的看法如何?有无怀疑患有精神病、痴呆,怀疑的依据是什么?提出鉴定的原因。

(13)被鉴定人的单位同事、同学、邻居和朋友对被鉴定人的看法,有无怀疑患有精神病?怀疑的依据是什么?

(14)鉴定的目的和要求:明确诊断或鉴定结论,分析出精神障碍与颅脑外伤或中毒的因果关系,并作出行为能力、劳动能力及伤残等级,医疗终结时间,是否还需要治疗?如有可能也可以提出给付比例方案。

精神病医学鉴定人应根据委托单位的委托鉴定项目,尽最大努力作出明确的鉴定结论。将精神检查结果、智力测验、人格测验、原发性颅损伤和中毒后的化验复查结果,最好能提供给

保险公司作为给付备案依据。

为了保障精神医学鉴定结论的正确性,在鉴定中所需要的有关材料,委托机关应尽最大努力提供,如拒绝提供材料的,精神病医学专家可以根据其缺少材料的重要程度,作出延期鉴定、只作诊断、不予鉴定。

对于外伤性精神障碍在人身保险的给付中,核保人员应认真的进行审查、核实、调查取证。在审查中发现病历有诈时应给予揭露,情节严重带有明显欺诈骗赔性质的,可以拒赔,并说明拒赔的理由。在核赔的过程中要实事求是,决不能站在保险公司一方利益上搞行业保护主义。在调查取证中,也要尊重受害人提供的调查线索和交来的有关证据材料。

在调查确定外伤性精神病的因果关系时是比较困难的,有极个别的伤者和其亲属,往往为了索取保险金而千方百计的隐匿证据,串通证人不讲实话。或者故意编造虚构保险事故经过欺骗核保人员、欺骗医生和鉴定人。也有极少数医生为了贪图蝇头小利,帮助被保险人共同伪造病历、企图蒙混过关。只要认真的调查取证,伪装皆可剥去,真象即可大白。

对于外伤性精神障碍如何分类和诊断,中华精神科学会于1994年5月在泉州会议通过,现将有相关内容介绍如下:

CCMD—2—R《中国精神疾病分类方案与诊断标准》,其中外伤性精神障碍是这样分类和诊断的:

00.4 颅脑创伤所致精神障碍

由各型颅脑创伤引起的精神障碍和后遗的综合征。其诊断宜标明颅脑创伤类别和后遗综合征类型,如脑挫伤所致精神病性症状编码为0044,脑挫伤所致人格改变编码为00.43,脑挫伤所致柯萨可夫综合征编码为00.41等。

〔诊断标准〕

(1)符合脑器质性精神障碍的诊断标准。

(2)有明确的颅脑创伤伴不同程度的意识障碍病史障碍的发生和病程与颅脑创伤相关。

00.46 脑震荡后综合征(294;F0712)并且精神由脑震荡引起的后遗神经症样精神障碍。

〔诊断标准〕

(1)有明确的颅脑创伤伴短暂的意识障碍病史。

(2)颅脑创伤后出现的头昏、晕眩、注意力不集中、记忆力减退、对声音或光线敏感、睡眠障碍、情绪不稳等症状,至少持续六周以上。

(3)神经系统检查或脑CT检查,不能发现弥散性或局灶性脑器质性损害征象。

(4)社会功能下降。

根据中国精神疾病分类方案与诊断标准,结合《国际疾病分类》第10版(1CD—10)精神与行为障碍分类与编码,现将颅脑损伤伴有意识障碍的几种情况列举如下:

(1)颅脑外伤所致的精神障碍;

(2)颅脑外伤所致的精神病;

(3)颅脑外伤所致的遗忘综合征;

(4)颅脑外伤所致的人格障碍;

- (5) 颅脑外伤所致的痴呆;
- (6) 颅脑外伤所致的神经症综合征;
- (7) 颅脑外伤诱发的其它精神障碍;
- (8) 外伤性癫痫性精神障碍。

中毒性精神障碍,是由于躯体摄入了有毒物质所引起的,根据毒物的来源不同可分为职业性中毒、药物性中毒(医疗中毒)及食物中毒。

药物中毒性精神障碍,又称药源性精神障碍,其原因是由于药物剂量太大或过敏而导致的神经系统损害。当中毒性精神障碍发生后,病人主要表现为不同程度的躁狂状态、意识障碍、妄想症状或兴奋表现。神经系统损害较轻的,经过治疗可以恢复,如损害较重的可有永久性的后遗症状。

职业性中毒是由于从事化学工业工作的人,有与毒物接触的机会。也有的是从使用相关毒物的人,也可出现中毒现象。在司法实践中还有报导毒物泄露造成周围人群中毒的情况。常见的有 CO 中毒、农药中毒、重金属毒物中毒等。这些毒物毒性极强,对神经系统的损害特别重,所以对造成的精神障碍也特别重。

意外性中毒也是保险公司赔付的范围。例如误服他人投毒、误当茶水或饮料服用,生活在有毒的环境中所出现的慢性中毒或意外事故性中毒等。目前社会上流通的有毒物质比较多,有各种农作物杀虫剂、灭鼠药,也常发生中毒。保险人在处理这中毒性赔案时,要认真的进行调查、取证、去伪存真,必要时可以聘请化学专家或职业病防治专家作出科学鉴定。在赔付中尽量地做到公平合理、合情合法。

对中毒性精神障碍的赔付应注意以下几个方面的问题:

(1) 要尽可能的作现场勘查,要认真的调查取证,调查清楚患者的毒物接触史,接触的是否密切。通过现场勘查取得毒物残留物、呕吐物,通过血液化验取得毒物分析的结果。如果在血液检验不到毒物的则不能认定为中毒。

(2) 聘请毒物分析专家或职业病中毒专家作出科学鉴定,排除其它疾病。

(3) 中毒后出现的一系列精神症状,一定要符合中毒性精神障碍的诊断标准,精神症状一定要出现在中毒之后,而决不能出现在中毒之前。常见的精神症状有心理、生理症状,行为或反应方式的改变。例如:吐词不清、步态不稳、恶心、呕吐、心悸、注意力不集中、痛觉迟钝,有的可出现幻觉、昏迷和抽风等。

(4) 中毒性精神障碍发生后,经过充分正确及时的治疗抢救完全康复的,没有后遗症状的;有的中毒后有一过性精神障碍症状,当脱离中毒环境后临床症状即很快消失了,此种情况的中毒性精神反应皆不能列入保险金给付。对于医疗终结之后仍不能恢复的精神障碍才符合人身保险意外伤害残疾给付条件,然后再根据精神障碍的严重程度确定赔偿具体比例数额。中毒性精神障碍按临床类型可作如下划分:

- (1) 中毒性精神病;
- (2) 中毒性精神病状态;
- (3) 中毒性精神障碍;
- (4) 中毒性遗忘综合征;
- (5) 中毒性人格改变;

- (6)中毒性痴呆;
- (7)中毒性神经症综合征;
- (8)中毒性脑衰弱综合征。

以上的八种情况又可区分为轻型、中型、重型、严重型几种程度,每一种程度的保险给付都不一样。

1. 外伤性或中毒性严重精神障碍
2. 外伤性或中毒性重度精神障碍
3. 外伤性或中毒性中度精神障碍
4. 外伤性或中毒性轻度精神障碍

〔解释〕

由于外伤性精神障碍与中毒性精神障碍是两种独立的疾病,从发病原因、发病机制、病理生理上都不一样,下面将这两种精神障碍分别给予叙述:

第一、外伤性精神障碍

〔解释〕

在头部受伤者中,相当一部分人会有不同程度的脑损伤。脑损伤既有原发性质的,也有继发性质的。原发性脑损伤包括脑震荡、脑挫伤及脑裂伤,后二者实际上很难明确划分,因此常合称为脑挫裂伤。继发性脑损伤有脑水肿和颅内血肿,也包括硬膜外血肿、硬膜下血肿和脑内血肿等。

脑外伤的一些后遗症病理改变,有疤痕、粘连、积水、囊肿等,也有一部分伤者可以出现精神症状。脑外伤能引起精神症状的并不太多,即使出现精神症状,随着原发性损伤的治愈,其精神症状也随之消失。根据不完全统计,颅脑损伤后留下精神障碍的只占 25% 左右。因为颅脑外伤留下妄想、幻觉、怪异行为、痴呆、癫痫等顽固性症状的毕竟为数不多。

有些脑外伤后出现精神障碍或精神症状,并不是皆与脑外伤有直接关系,并不是所出现精神症状的伤者都能确定为脑器质性病变。其中有相当一部分病人可能是由于对外伤及后果的心理反应,有些精神障碍可能与外伤后功能残缺导致习惯性因应方式改变有关,还有些精神障碍则原本属于功能性质,脑外伤或者起了诱发作用,或者根本就是两种不同情况巧合性地出现在同一病人身上。人身意外伤害残疾给付标准中的精神系统的伤害残疾主要是指脑器质性精神残疾,功能性的精神症状不在赔付之列。

（一）颅脑损伤所致的精神病

〔解释〕

颅脑损伤所致的精神病,是由于颅脑外伤为直接原因的一种短暂性或者永久性的器质性精神障碍。短暂性的精神病可以是一过性,短的为数天即可消失,也有数月后才消失的。在人身保险赔付规定上为180天,如果180天以前能治愈的则不视为精神障碍后遗症,如果超过180天仍不能治愈的,则应给付外伤性精神障碍的赔付金。

脑外伤性精神病与外伤的因果关系上比较难以确定,没有精神病学专家或神经外科专家就更难以确定。因为精神病症状并不是与脑外伤是同步的,有一些病例是脑外伤与精神障碍同时出现,也有一些精神障碍症状出现的比较晚,在颅脑损伤治愈后才出现,还有一些颅脑损伤后迟发性精神障碍的病例,是在半年后才出现的。人身意外伤害残疾大部分是在半年以内给付的,如果伤残保险金给付后所出现的精神病又如何核赔?对于这个问题还应该共同遵守实事求是的原则,是原发性损伤引起的就应该赔付,与颅脑损伤无关的就应该拒赔。

脑外伤后伴发的精神病有多种多样,大部分是精神分裂症样发作;其次是偏执性精神病样发作;第三是情感性精神病样发作。

〔伤害残疾评定要点〕

（一）有明确的颅脑损伤史、临床检查、临床辅助检查及实验室检查有阳性发现,现代先进特殊仪器检查支持临床诊断;

（二）伤后的手术治疗,可直接发现颅内血肿、脑损伤病灶、颅内异物等。

（三）精神病症状出现在颅脑损伤之后,而不是出现在脑损伤之前。通过医学专家会诊或鉴定,认定脑损伤与精神病之间存在因果关系。

（四）符合下列诊断标准:

1. 有下列表现之一:

- （1）有突出的妄想;
- （2）持久或反复出现幻觉;
- （3）紧张综合征,包括紧张性运动兴奋与紧张性木僵;
- （4）有个别的精神分裂症状,如评价性幻听或思维障碍;
- （5）情感障碍明显,且妨碍社会功能;
- （6）有明显的偏执样精神症状,可有妄想出现,例如被害和嫉妒观念。

2. 上述表现至少持续一周。

〔伤害残疾给付标准〕

（一）在医疗终结时间内能彻底治愈的只作原发性颅脑损伤的赔付或只赔付医疗费用,不作损伤性精神障碍的伤残给付。只有在医疗终结时间后（180天）仍留有不同程度精神症状的,或有复发倾向的,或有明显残疾后果的方可符合人身保险意外伤害残疾的给付条件。

(二)外伤性精神病(亦称颅脑损伤所致精神病)伤残给付标准可分以下几种类型:

1. 患者精神活动能力丧失,社会功能丧失,呈严重的精神失常状态,不能参加任何生产、工作和学习,生活不能自理,平时要有专门的监护人,人身保险伤残给付标准最高为 100%;
2. 患者精神活动能力显著下降,社会功能显著下降,病人表现为重度精神失常状态,或呈间歇性、周期性精神发作,生活尚能自理或大部分自理,有时需要监护人,人身保险伤残给付标准最高为 90%;
3. 患者表现为中度精神失常,社会适应能力比伤前下降,精神失常表现为时轻时重,轻时基本上接近正常人,重时不能干工作,对一些复杂的以及高难度的和精细的工作不能胜任,只能干些轻工作,不要监护人,人身保险伤残给付标准最高为 60%;
4. 病人表现为轻度精神失常,加重或发作时影响工作,对高空、高压、高速、高温以及潜水等特殊工作不能胜任,工作效率比以前有所下降,人身保险伤残给付标准最高为 40%。

(二)颅脑外伤后遗忘综合症

〔解释〕

颅脑外伤后遗忘综合征也称为脑外伤后记忆障碍,主要表现为在严重的颅脑损伤后,经过系统的治疗已恢复了对周围环境的感知能力,但却不能牢固的识记所获得事物的印象。近事记忆遗忘表现突出。对时间、地点、定向存在明显障碍。病人有时表现记忆虚构,伴有多疑或各种妄想等。大部分患者的记忆障碍在数天或数周后可以自行恢复,留有永久性记忆障碍的病人很少。

脑外伤后所出现的遗忘综合征可分为两类,一类是记忆的改变,表现为记忆减退和病理性遗忘;另一类是记忆质的改变,表现为错构症和虚构症,以及柯萨可夫综合征等。

脑外伤后的遗忘是病理性遗忘,遗忘形式有以下几种:

- (1)顺行性遗忘:即回忆不起外伤发生以后一段时间内所经历的事件,遗忘的时间与外伤同时开始,对如何受伤、如何送往医院等不能回忆;
- (2)逆行性遗忘:即回忆不起外伤发生之前某一阶段的事件,伤者回忆不起在受伤前他在什么地方,正在做什么事情,遗忘可能是完全的或部分的,但多数伤者只涉及较短一段时间;
- (3)进行性遗忘:即伤者除有遗忘外,记忆损害进行性加重,其受影响较大的是再认和回忆;
- (4)局限性遗忘:由于大脑皮层损害的部位不同,可出现以视觉记忆、听觉记忆、运动记忆为主的遗忘症状;
- (5)后发性遗忘:在颅脑损伤之后意识障碍恢复之初,记忆尚好,经过一段时间之后,又出现了明显的遗忘症状。

记忆质的改变主要包括错构症、虚构症、潜隐记忆等,下面作简要介绍:

- (1)错构症:是对过去实际经历过的事物,在其发生的时间、地点、情节上有回忆错误,张冠李戴,唐汉不分,往往将日常生活中的事近移。
- (2)虚构症:是患者在回忆中将过去事实上从未发生过的事或体验,说成确有其事,填补

记忆缺失。

(3) 潜隐记忆:是患者对不同来源的记忆混淆不清,相互颠倒,把自己过去看过的或听到的或是自己在梦中体验过的事物的回忆,认为是自己实际体验过的事物。

(4) 似曾相识感:患者在经历完全陌生的事物时,有一种过去曾经亲身经历过的感觉,又称熟悉感,并长时间坚持认为自己确实是经历过的。

(5) 旧事如新症:患者对过去经历过的事情在重新经历时产生完全陌生的感觉,又称为陌生感。

(6) 健忘性失语症:又称为名词性失语或命名性失语,出现以专有名词被遗忘的遗忘症。

(7) 系统成份性遗忘症:脑损伤后,单纯忘记了获得较晚的外国语言知识,却保存了本国语言知识。或忘记了音乐、数学等获得性符号系统,但保存着日常语言和生活体验的记忆。

(8) 柯萨可夫综合征:Korsarkoff 根据临床经验,将近事遗忘、定向障碍与虚构症三个症状合并为一个症状群。本综合征是一种选择性或局灶性认知功能障碍,而无全面的智能减退。最初以为柯萨可夫综合征是慢性酒精中毒的特征性症状群,后来发现颅脑外伤等脑器质性损害时也出现这一综合征。

造成遗忘症最常见原因是意识障碍,脑外伤后常有意识障碍,遗忘的程度与意识障碍深浅的程度有一定关系。脑外伤后遗忘症多发生在脑创伤较广泛、严重、意识丧失 6~72 小时或 72 小时以上患者。脑器质性损害是造成遗忘症的另一常见原因,颞、额叶损害最容易引起记忆障碍;根据皮质损害的部位不同,分别可引起视觉记忆障碍、听觉记忆障碍、运动记忆障碍等。两侧颞叶内侧损害可产生严重的遗忘综合征,而无其它智能缺损,这可能与损害颞叶内侧的海马、杏仁核等记忆神经结构有关。第三脑室附近、导水管、丘脑内侧背核、乳头体等部位的脑损害,亦可产生明显的记忆障碍或柯萨可夫综合征。脑损伤还可导致神经递质、蛋白质等活性物质降低、从而损害记忆能力。

〔伤害残疾评定要点〕

(1) 被保险人有明确的颅脑损伤史,脑外伤后有确证的意识障碍,脑外伤之前患者记忆能力完全正常,而外伤后的记忆能力明显减退,或完全丧失了记忆能力;

(2) 临床检查、临床辅助检查、实验室检查皆能确定颅脑损伤的事实和严重程度;

(3) 通过临床诊断和鉴别诊断应排除其它脑器质性遗忘综合征,并应确定伤者的遗忘综合征与脑外伤之间构成因果关系;

(4) 脑外伤意识恢复后,会遗留一段时间近事记忆障碍,包括顺行性和逆行性遗忘,其持续时间一般和脑损伤总的严重程度有关,由于与记忆有关区域的损伤,可长期存在记忆减退,远近记忆均可受损,一般近记忆受损更为严重,其它认知活动可无障碍,有的伤者为填补记忆缺损,出现虚构和错构症状;

(5) 如果伤者的头颅外伤较轻,根据伤情不可能会出现较为严重的记忆障碍时,应该认真的作出记忆障碍的真实原因,应与慢性酒精中毒所致的柯萨可夫综合征、颅内感染性疾病、脑动脉硬化症、中毒和内分泌疾病、以及癔症和其它心音性疾病所致的记忆缺损相鉴别,有足够的证据证明颅脑的较轻损伤与记忆缺损之间不存在因果关系;

颅脑损伤后存在记忆障碍是比较普遍的,因为颅脑外伤患者几乎都有外伤后意识障碍,只

有脑部损伤比较广泛、严重、外伤后昏迷时间较长者,脑外伤性记忆障碍才可出现,并且较为持久、严重,只有这样的伤者才能属此诊断范畴,才是脑外伤后记忆障碍伤残评定的和保险金给付的对象;

(6)颅脑外伤后记忆损害的主要鉴定工具宜用韦氏成人记忆测验(WAMR—RC),韦氏成人记忆测验用记忆商数(MQ)作为记忆能力的指标,记忆障碍的划分,与韦氏成人智力测定相同,即分为五类:

- ①极重度记忆缺损:MQ 在 25 以下;
- ②重度记忆缺损:MQ 在 25 ~ 39;
- ③中度记忆缺损:MQ 在 40 ~ 54;
- ④轻度记忆缺损:MQ 在 55 ~ 69;
- ⑤边缘记忆缺损:MQ 在 70 ~ 84。

〔伤害残疾给付标准〕

(1)在医疗终结时间以内完全治愈的(180 天),不作颅脑损伤后记忆障碍的人身保险金的给付,只作原发性损伤的给付。

(2)如果在 180 天后仍不能完全治愈的,留有不同程度后遗症的,可按下列标准给付意外伤害残疾保险金:

①有严重的记忆丧失,出门后找不到回家,不能正确判明年月日时,不知道自己身居何处。即使自己刚吃过饭,也不知道自己吃的什么饭、什么菜,更不知道是早饭、中午饭、还是晚饭。不知道近期国家发生了什么重大事情,身边发生什么事情,家中发生了什么事情。不能参加生产、劳动、工作和学习。精神活动能力和社会功能丧失。日常离不开别人监护,生活不能自理。此种情况的人身意外伤害残疾赔付金最高为 100%。

②有重度的社会功能下降和精神活动能力下降,记忆力显著减退。容易受他人指使或者暗示做些违法犯罪的活动。自知力和定向力不全,日常生活尚能自理或部分自理,在别人的教导下能做一些简单的日常工作和自己照顾自己的事情,但较易出现差错。有时需要监护人,属大部分丧失劳动能力。人身意外伤害残疾保险金最高给付为 90%。

③工作能力明显下降,对他人交给的任务很少能圆满完成,对复杂的和高难度的工作以及精细的工作不能胜任。即使有专人帮交也不能胜任各种复杂的工作,只能干些简单的工作或轻工作。平时可以不需要监护人,生活能自理。人身意外伤害残疾赔付金最高为 60%。

④受害人有轻度记忆力下降,日常生活中或工作中常有丢三忘四的情况,有时工作中出现差错。日常生活完全可以自理,有时尚能照顾他人。对某些特殊性工作不能胜任,例如:高压、高空、高速、高温、低温、潜水以及财务会计工作等。工作效率比伤前明显下降,劳动能力属小部分丧失。人身意外伤害残疾保险金给付最高为 40%。

(三) 颅脑外伤后人格障碍

〔解释〕

颅脑外伤所致的人格障碍也称脑外伤后人格改变,或叫病态人格和变态人格。是一种超越正常范围的特殊的人格结构,导致其行为失去社会的常规,甚至达到违反社会秩序,或对社会造成危害结果的程度,因此也有的学者称之为反社会性格。

脑外伤后人格障碍,主要表现为人格发展的不协调,是在没有认知过程障碍和没有智能障碍情况下出现的情绪反应、动机和行为活动的异常。人格改变是指一个人原来的性格正常,由于头颅外伤的影响而发生了显著的改变,以行为模式和人际关系显著而持久的改变为主要临床表现,下述几种心理机能方面发生显著变化:

(1)意志、欲望的改变:一种表现是意志缺乏,对周围的一切人和事漠不关心,没有主动性,没有自发的积极性。另一种表现是欲望的增强,活动增多,多言好辩,纠缠不休,食欲或性欲亢进,只想满足个人需求,不愿照顾别人利益。

(2)情感心境的改变:一种表现是病理性欣快症,情绪甚高,小事大笑不止,自觉身体良好,精神饱满。另一种是整日感到不满、事事不顺心、很受委屈、易激惹、暴怒。

(3)行为幼稚:如同小孩一样,说话不经考虑、行动不计后果、情绪反应单纯而易表露,或行为放荡。

(4)原来人格特征的尖锐化与平坦化:脑外伤后人格改变初期,往往可有原来人格特征的尖锐化,原来多言的人变的争论不休,原来急躁的人变的整日怒气冲冲。到了人格改变后期则原有的个人心理特征都丧失了,情绪淡漠、意志缺乏、随遇而安,缺乏社会责任感。

〔伤害残疾评定要点〕

(1)有明确的颅脑损伤史,外伤前人格正常,外伤后人格发生显著改变。所发生的人格改变并不是伤后立即发生,而是在伤后相当长的一段时间出现。

(2)在鉴别诊断中排除人格改变是由脑炎、癫痫、精神分裂症、脑肿瘤、麻痹性痴呆、老年性痴呆等疾病所遗留的。

(3)至少有下列情形之一的,方可诊断为脑外伤后人格改变:

①情绪不稳,如伤前心境正常,脑外伤后突然转变为抑郁、焦虑或易激惹;

②反复的暴怒发作或攻击行为,与诱发因素显然不相称;

③社会责任感明显减退,对工作不负责任,于他人交往不守信誉,情感冷漠,对周围事物缺乏应有的关心,对人也不能保持正常的人际关系;

④本能亢进,缺乏自我控制能力,伦理道德观念明显受损,缺乏自尊心和羞耻感,自我为中心,易于冲动,行为不顾后果;

⑤社会适应功能明显受损,所有的精神活动均显不同程度的迟缓,转换更为困难,内省力丧失。

1994年5月中华精神科学委员会在泉州修改通过的《中国精神疾病分类方案与诊断标准》，在该标准中统一了人格改变的诊断名称，具体的诊断标准如下：

以行为模式和人际关系显著而持久的改变为主要表现，至少有下列情况之一：

- (1) 情绪不稳，心境由正常可突然转变为抑郁、或焦虑、易激动；
- (2) 反复的暴怒发作或攻击行为，与诱发因素显然不相称；
- (3) 明显的情感淡漠，对周围事物不关心；
- (4) 社会性判断明显受损，如进行性轻率、行为不计后果；
- (5) 偏执、多疑。

病程至少持续二个月。年龄已满18岁。

〔伤害残疾给付标准〕

(1) 在医疗终结时间内彻底治愈的，不能按照颅脑损伤后人格改变赔付，只能给予原发性颅脑损伤的赔付。

(2) 经过180天的治疗仍留有明显严重的人格改变症状的，例如：经常冲动，终日手忙脚乱做些无效劳动，好与他人争斗或挑起事端，游手好闲或浪游四方，偷盗等违法犯罪活动的，可适当给付最高为40%；对于虚弱无力型，萎靡懈怠，懒散过寄生生活的，最高给付伤残保险金不超过60%。

(3) 对原来的工作不能胜任，对交给的工作任务很难完成，工作缺乏责任心，表现为孤僻固执，不易与他人相处，和同志们以及领导关系紧张，有明显的社会适应不良，人身伤残保险金最高给付不超过60%。

(4) 如果头颅损伤本来就十分严重，再加上难以治愈的人格改变，两种情况的保险金给付的和如果超过了100%时，即按100%的比例给付。

(5) 严重的脑损伤，预后皆较差，可以留有精神障碍、痴呆、人格改变和其它类型的精神样症状性精神病。这几种后遗症可以单独存在，也可以混合存在，原则上不能把各种精神障碍累计相加，因为精神障碍包括所有的精神样症状，只能按一种精神障碍给付。

在伤残赔付上要掌握一个原则和标准，凡是严重精神障碍的，不能工作和学习，需要监护人的就最高给付100%；如果属于重度精神障碍，不能工作和学习，但生活尚能自理的，有时候需要监护人的，最高给付90%；一般性的精神失常，还能干些简单的或轻工作的，不需要监护人的，伤残给付最高掌握在60%；对于颅脑损伤后确实出现过精神失常，有时出现有时正常呈间歇性，不发作时和好人一样，只是对特殊工种不能胜任的，伤残给付最高为40%。

(6) 颅脑损伤后所出现的痴呆给付标准，请参考第25条外伤性痴呆中的有关内容。

(7) 颅脑损伤所出现的精神障碍是多种多样的，不可能全部的详细的列出来。当被保险人受伤后也可能经过各级劳动能力鉴定委员会作过鉴定；如果属于交通事故致伤致残的，也可能经过交通伤残鉴定委员会鉴定过，或者是经过政法机关的法医专家鉴定过。保险机关的核赔技术人员，原则上应该亲自对伤者进行检查鉴定，确定给付标准。但是如果有其它原因或特殊情况无法进行核赔检查时，也可以用其它专业委员会的鉴定结论作伤残赔付参考，但这种参考不能作为依据。

如果有劳动能力丧失程度鉴定结论的，可以把该结论移植到保险赔付参考：

- ①完全丧失劳动能力的,最高保险金给付标准为 100% ;
- ②大部分丧失劳动能力的,最高保险金给付标准为 80% ;
- ③部分丧失劳动能力的,最高保险金给付标准为 50% ;
- ④小部分丧失劳动能力的,伤残保险金最高给付标准为 25% 。

如果其它损伤专业鉴定委员会没有作出劳动能力丧失程度,只是作出伤残等级的,也可以把伤残等级移植到人身保险金赔付中参考,无论是道路交通伤残等级还是劳动工伤伤残等级都可以用这种办法借鉴参考,但是如人身保险意外伤害残疾给付标准中有明确规定的不允许借鉴。

- ①伤残一级的,保险金最高给付为 100% ;
- ②伤残二级的,保险金最高给付为 90% ;
- ③伤残三级的,保险金最高给付为 80% ;
- ④伤残四级的,保险金最高给付为 70% ;
- ⑤伤残五级的,保险金最高给付为 60% ;
- ⑥伤残六级的,保险金最高给付为 50% ;
- ⑦伤残七级的,保险金给付最高为 40% ;
- ⑧伤残八级的,保险金最高给付为 30% ;
- ⑨伤残九级的,保险金最高给付为 20% ;
- ⑩伤残十级的,保险金最高给付为 10% 。

第二、中毒性精神障碍

〔解释〕

该条款中规定的中毒性精神障碍,而不是中毒,如果只有中毒的事实,而没有中毒后的精神障碍,则不在该条款的讨论之列。即使有中毒的事实经过,中毒后也出现了典型的精神症状,但经过抢救、治疗和康复,在医疗终结期限内治愈,精神障碍症状彻底消失,没有任何精神障碍的后遗症,此种情况也不在中毒性精神障碍的赔付范围。该条款规定的确切含意应该是中毒后留下的不可逆的精神障碍后遗症。

保险法和保险条款中规定自杀性质的不予赔付。中毒发生的原因大部分是被保险人在生产劳动或生活中发生的意外事件,这种情况伤残赔付是理所当然的。在中毒的事件中确实也有极少数是自杀性质的,这种自杀没有导致死亡,只是造成了精神伤残。这种自杀服毒所造成的精神伤残原则上是不予赔付的,不予赔付的理由规定是防止被保险人、受益人出现道德上的危险,用自杀自残的办法来骗取保险金。但是有的保险公司在制定保险合同条款时规定了投保二年后发生的自杀自残是可以赔付的。赔付的理由是投保后经过漫长的二年,用服毒致残的方法来骗取保险金的可能性极小。特别是服毒自杀未死的案件经过调查,都是想自杀身亡,没有一个是想服毒致残的。根据此种情况,建议各保险公司对于投保二年后所发生的服毒自杀未死,而造成中毒性精神障碍的应当给予赔付。

中毒性精神障碍是某些毒物进人体内引起的中毒,导致脑功能失调而产生的一系列精神

症状。在人身保险意外伤害残疾的赔付中,较为常见的有工业生产中有毒物质中毒,农林业生产中的农药中毒、医疗卫生业中的医用药品中毒、日常生活中的食物中毒、煤气中毒及家庭纠纷和重度精神刺激后的服毒自杀性中毒等。

无论是工业、农业和日常生活中常见的中毒有以下数种:

- (1) 铅及其化合物中毒;
- (2) 汞及其化合物中毒;
- (3) 锰及其化合物中毒;
- (4) 镉及其化合物中毒;
- (5) 职业性铍病;
- (6) 铊及其化合物中毒;
- (7) 钒及其化合物中毒;
- (8) 磷及其化合物中毒;
- (9) 砷及其化合物中毒;
- (10) 砷化氢中毒;
- (11) 氯气中毒;
- (12) 二氧化硫中毒;
- (13) 光气中毒;
- (14) 氨中毒;
- (15) 氮氧化物中毒;
- (16) 一氧化碳中毒;
- (17) 二硫化碳中毒;
- (18) 硫化氢中毒;
- (19) 磷化氢中毒;
- (20) 工业性氟病;
- (21) 氰及腈类化合物中毒;
- (22) 四乙基铅中毒;
- (23) 有机锡中毒;
- (24) 羰基镍中毒;
- (25) 苯中毒;
- (26) 甲苯与二甲苯中毒;
- (27) 铬中毒;
- (28) 正乙烷中毒;
- (29) 有机氟聚合物单体及其裂解物中毒;
- (30) 汽油中毒;
- (31) 二氯乙烷中毒;
- (32) 四氯化碳中毒;
- (33) 氯乙烯中毒;
- (34) 三氯乙烯中毒;

- (35) 氯丙烯中毒;
- (36) 氯丁二烯中毒;
- (37) 苯的氨基及硝基化合物(不包括硝基甲苯)中毒;
- (38) 三硝基甲苯中毒;
- (39) 甲醇中毒;
- (40) 酚中毒;
- (41) 五氯酚中毒;
- (42) 甲醛中毒;
- (43) 硫酸二甲酯中毒;
- (44) 丙烯酰胺中毒;
- (45) 有机磷农药中毒;
- (46) 氨基甲酸酯类农药中毒;
- (47) 杀虫脒中毒;
- (48) 溴甲烷中毒;
- (49) 拟虫菊酯类农药中毒
- (50) 细菌性食物中毒;
- (51) 其中类型的中毒等。

急性中毒或比较轻的中毒一经发现,只要能及时抢救治疗般都能康复,可以不留下任何后遗症或精神障碍。对急性重度和极重度的中毒,发现后虽经多方有效积极的抢救治疗,也还会留下永久性的精神障碍症状。对亚急性和慢性中毒,由于中毒早期不易发现,中枢神经受到持续的慢性损害,因此,精神障碍的症状持续较久,大部分中毒者将会留下永久性的残疾。

《中国精神疾病分类方案与诊断标准》——CCMD—2—R 中,对中毒性精神障碍是这样规定诊断标准的:

(1) 在一次或多次摄入某种物质后引起。

(2) 至少出现下列精神障碍之一:

- ① 情绪不稳;
- ② 幻觉;
- ③ 冲动性行为;
- ④ 判断力受损;
- ⑤ 意识障碍。

(3) 可出现言语不清、共济失调、步态不稳、肌肉抽搐、瞳孔变化和植物神经功能紊乱等躯体症状和体征。

(4) 社会功能或现实体验能力受损。

(5) 不符合依赖和戒断综合征的诊断标准,也无遗忘综合征等较严重的精神障碍。

中毒性精神障碍损伤临床类型可作如下划分:

- (1) 中毒性精神状态,或称中毒样精神病;
- (2) 中毒性遗忘综合征;
- (3) 中毒性人格障碍,或称中毒性人格改变;