

# Diagnosis and Treatment of Mental Disorder Cases

第2版 2nd Edition

## 精神疾病 案例诊疗思路

主 审 张亚林  
主 编 杨世昌 王国强  
副主编 冯砚国 张迎黎 杜爱玲



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

R749  
Y270.02

第2版

# 精神疾病案例诊疗思路

Diagnosis and Treatment of Mental Disorder Cases  
(2nd Edition)

主 审 张亚林

主 编 杨世昌 王国强

副主编 冯砚国 张迎黎 杜爱玲

编 者 (以姓氏拼音为序)

曹磊明 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)

杜 江 (上海交大医学院附属精神卫生中心)

杜爱玲 (新乡医学院第二附属医院)

冯砚国 (新乡医学院第二附属医院)

关 涛 (沈阳市精神卫生中心)

黄国平 (四川省精神卫生中心)

申景进 (广东医学院附属深圳第六人民医院)

王国强 (南京医科大学附属无锡精神卫生中心)

王新友 (新乡医学院第二附属医院)

韦少俊 (广西壮族自治区精神卫生中心)

向 慧 (贵州省人民医院)

杨世昌 (新乡医学院心理学系/第二附属医院;  
江苏省精卫心理研究院)

张东军 (新乡医学院心理学系)

张惠实 (华中科技大学同济医学院附属精神病医院)

张迎黎 (新乡医学院第二附属医院)

张云淑 (河北省精神卫生中心)

邹韶红 (新疆自治区人民医院)

学术秘书(兼) 张东军

人民卫生出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

精神疾病案例诊疗思路/杨世昌等主编. —2 版.

—北京:人民卫生出版社,2012. 11

ISBN 978-7-117-16446-7

I. ①精… II. ①杨… III. ①精神病-诊疗

IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 225154 号

|       |                                                  |                              |
|-------|--------------------------------------------------|------------------------------|
| 人卫社官网 | <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>   | 出版物查询,在线购书                   |
| 人卫医学网 | <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> | 医学考试辅导,医学数据库服务,医学教育资源,大众健康资讯 |

版权所有,侵权必究!

## 精神疾病案例诊疗思路 第 2 版

主 编: 杨世昌 王国强

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 35

字 数: 852 千字

版 次: 2008 年 7 月第 1 版 2012 年 11 月第 2 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16446-7/R·16447

定 价: 66.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

## 再 版 序

又来了,杨世昌主编的书要再版,又要我写序。

时间真快,转眼就快五年了。记得是在2008年,杨世昌博士说他编了一本叫《精神疾病案例诊疗思路》的书,要我作序。因为是学生的处女作,我例外地放下手头的工作,怀着喜悦和热情,匆匆但认真地阅过全书,并趁着余兴,一挥而就3000多字,算是为他的书作了序。

即兴之作,难免瑕疵。但只要作者不呆,必含真情实意;只要作者不傻,或有真知灼见。因为不加修饰的原发冲动是潜意识通向客观世界的直达快车。灵感的每一次闪烁如果都被缜密的逻辑平息,甚至是被世俗的功利掩盖,而去斟字酌句、文过饰非,那才是文明的灾难。当然,我还有点自知之明,我知道我的观点时下的人未必都认同,我知道我的文字时下的人未必都爱读。所以,我对我寄出的文字刻意注明:“可以不用,不可以乱改”。这是因为我愿意文责自负,这是因为我珍惜自己的羽毛。

在记忆中,我的文章大概有两次曾被大幅删改。

第一次是在30年前,我的导师批改我的第一篇学位论文,大刀阔斧,去叶留枝,我虽心痛却也心服。因为经老师修理之后,文章起承转合、浑然一体,看起来干净利落,读起来通顺流畅。使我顿悟,使我受益终生。

第二次就是本书第1版学生要我写的“序”。拿到书时我才发现我写的“序”已被断头截肢、面目全非,不知受难于哪位高手的鬼斧神工。我已读不出我的思想、我的逻辑、我的观点、我的感情了。而且不是先斩后奏,是斩了也不奏,而是直接付印成书,真有被绑架的感觉。我暗想,我将不再为杨世昌的书写序了。

坊间传言:做官要身段柔软心肠硬。而我不是这块料,恰恰是身段不软心肠不硬,最听不得吴侬软语。且看杨世昌的信又不期而至,依然是那么诚恳,依然是那么急切。怎么办呢?好歹师生一场,况且这也是功莫大焉的好事呀,我也只能自食其言了。

依然是认真地再读一次,发现比第1版确实更充实了,比如多了人格障碍、性心理障碍、精神障碍相关的伦理与法律等章节;比如多了一些新的内涵;比如多了一些临床实例。同时,编排也比第1版更有特点、更有层次、更有新意了。

本书最大的临床意义是诊疗思路的示范和训练。我一贯主张:七分诊断三分治疗。所以,我在第1版的序言中没有谈及治疗,而只是专门讨论了诊断思路。不是顾此失彼,是有意为之,是要突出诊断在医疗实践中的重要作用。如果第1版的序言有幸能重见天日,我的诊断思路便可大白于天下,供读者参考。因此,关于诊断思路此处不再赘述,只谈治疗思路。

虽然在我看来治疗只占三分,实际上治疗也很有讲究,也很值得思考。



诊断是治疗的必要依据,但不是全部依据。况且精神障碍的诊断也不仅仅是疾病诊断,还有所谓的多轴诊断。每一轴的诊断都有助于治疗的选择。比如是药物治疗、是心理治疗、是物理治疗还是其他治疗,抑或是几种方法合并治疗。

各种各样的治疗方法、各种各样的药物,没有绝对的优劣之分。梅虽逊雪三分白,雪却输梅三分香。只要选择得当,用得恰到好处,都是治病良方。

不是使用的治疗方法越多越好,不是使用的药物越贵越好。开个大处方,开上一大堆药物,飞机大炮一起上,就好比一个不自信的厨子,把所有好吃的东西都放在一个锅里煮。诊断要准、出手才“狠”,诊断不是模棱两可,治疗才敢单刀独进甚或重拳出击,既会切中顽疾、也不伤及无辜。

不论是选择哪种治疗方法,处方之前要明确具体的治疗目标,比如是对因治疗、是对症治疗、是对副反应的治疗、还是保护薄弱器官的治疗。

不是相同的诊断一定选择相同的治疗,必须参考的因素很多,比如患者的年龄、性别、职业、文化,以及宗教信仰。

药物治疗是临床最常用的方法,但患者的诸多个体因素需要考虑,比如患者的健康状况,是否经期、孕期、哺乳期?是否患有其他疾病?是否正在服用其他药物?从而决定选择何种药物,以及何种剂量、剂型、给药途径、服用方法、疗程及调整周期。

不是每一种疾病都适合心理治疗,患者的定向能力和识别能力损害越重,心理治疗获益的可能性就越小,比如精神分裂症的急性期、比如伴精神病性症状的躁狂状态;而与社会心理因素相关的障碍,从心理治疗中获益的可能性就较大,比如应激相关障碍、比如神经症、比如大多数疾病的康复期。

不是每一种心理治疗都会有同等的疗效,除了病种之外还有诸多因素影响疗效,比如患者的人格、患者的处境、治疗者的能力以及医患关系。

不是每一种治疗方案定下之后就一成不变、一劳永逸。精神科当代几乎所有的治疗方法都带有不确定性、带有试探性、甚至带有一定程度的危险性,比如药物治疗的安全性、比如物理治疗的合理性、比如心理治疗的可靠性。因此,方法选用、治疗频率、疗程长短,往往都要在不断的观察中摸索和修正。

治疗中勤于思考、善于思考、乐于思考是成为一代良医的宝贵天赋。随意处方,不仔细观察、不用心琢磨,而是假以时日、任其自然。患者好了,自诩为治疗有方;患者不好也不用检讨,因为有人发明了一个新诊断——“难治性XX病”,成了某些精神科医师的不二法宝。有了这个诊断就万事大吉,永远立于不败之地了。因为不是我们无能,是疾病太难治了!随波逐流、不思进取,缺乏内疚、缺乏反思、缺乏探究精神,是庸医陋习,是行医之大忌也。

纵观全局,面对极其复杂的精神疾患,我们如今所拥有的治疗方法都好似蚍蜉撼树,显得简单乏力。所以,治疗思路就显得弥足珍贵了。

我们期望药物的针对性更强、收益/风险比率更高、服用方法更简单,还期望有可供参考的科学指标,以提高用药的目的性、准确性、安全性和对治疗结果的预测性。

我们期望所有的物理治疗都能机理清楚,物理刺激与精神反应的过程不再是“暗箱操作”,还期望早日结束肯定要冒风险却不一定有疗效的尴尬局面。

我们期望心理治疗起效不能太慢、疗程不能太长,要简单易行,且行之有效。还期望把那些束之高阁、神秘莫测的独门绝技公之于天下,请那些身怀高招却又不显山露水的大师们

走下神坛,走进临床。

我们期望摸着石头过河,不断实践、不断思考、不断研究、不断总结,我们期望整合的、辩证的、多维医学模式的治疗方法不断问世。

我们不仅要共同期望、更要共同努力,本书便是这努力之一。本书的正副主编及编者中共有七位曾是我的学生,他(她)们大多已经做了研究生导师了,各有临床心得,各有专业建树。我颇感欣慰,吾道南来原是濂溪一脉,大江东去无非湘水余波。

治疗是科学、医学科学,治疗也是艺术、人文艺术。科学与艺术,日月双星,互为映辉,如同高山大海,一脉相连。用手处方的是技术工、用脑处方的是治疗师、用心处方的才是治疗艺术家。

最后还是那句老话,本序可以不用,不可以乱改。当然错字病句还是恭请斧正,不然就落下一个讳疾忌医的大毛病了。

中南大学湘雅二医院精神卫生研究所教授  
博士生导师、一级主任医师、国家教学名师

张亚林

2012年7月7日于湘雅二医院

## 再版前言

当精神科医生对精神患者进行诊断和治疗的时候,哲学家们会站在医生的背后,考虑医生是如何进行诊断思维的,精神疾病的诊断特别重视思维方法。诊断思维的过程是抽象的,但给精神疾病患者的诊断和治疗是具体的,诊断的正确程度可以通过反复的临床实践来衡量。

《精神疾病案例诊疗思路》一书自 2006 年构思,2008 年出版,该书的临床实用性受到同行的赞赏,编写的思路也得到同行的肯定,这给了我莫大的鼓励。5 年来,几乎每年均有同行联系到我咨询相关的问题,咨询的缘由可能此书不仅有它的临床实用性,尤其是对专业职称考试中案例分析题的考试有一定的帮助,用句时髦的话说:“可能是该书的出版顺应时代的潮流吧”;5 年悄然飞逝,第 1 版已经脱销,出版社建议,修订此书,进行再版。其实,当第 1 版出版后,当我们本书的编者拿到样书,欣喜之余,深知肩上的重任,深感思维的复杂性,想将一个问题,一个思路淋漓尽致地呈现出来实属不易。自 2008 年我们继续收集、积累临床案例,尤其是被误诊的病例,当时,我们就有再次改善和提高本书质量的夙愿,因此,出版社的建议与我们第 1 版书的编委会意见一拍即合;再之,为确保本次修订质量,特邀请活跃在临床、教学一线,并愿积极奉献、分享经验的同道们加入本次修订的编写队伍。

本次修订就第 1 版而言,存在以下不同地方:一是在脑器质性精神疾病所致精神障碍、躯体疾病所致精神障碍等章节中增加一小节——临床误诊病例,同时增加常见的躯体疾病所致精神障碍的案例力度,此举若能达到提高精神疾病专科医师在诊疗过程中,严格采用诊断思路的“三步走”(详见第二章:精神疾病的诊断思维)的诊断意识,可能会减少误诊。二是增加了一些就诊于精神疾病专科医院几率较大,但常被误认为功能性疾病的案例,如狂犬病所致精神障碍、低血糖症所致精神障碍、烟酸缺乏症所致精神障碍等,早期识别,及时治疗,惠及患者。三是,就在本书编写之际 DSM-V 被美国精神病学会(APA)审议通过,尤其是对近几年热点之一网络成瘾有了一个归属,尽管可能有专家存在不同的声音,认为一旦将“网络成瘾”归为精神疾病,担心可能会有一部分人“被精神病”,鉴于临床相关案例的有力佐证,无论咱们是否承认其为精神疾病并不重要,但由于过度沉迷于此行为而诱发的精神障碍无疑是我们医务人员干预和服务的对象。依据 DSM-V,我们修订时将书中第八章由第 1 版的“精神活性物质所致精神障碍”改为“精神活性物质与行为成瘾所致精神障碍”,增加“网络成瘾所致精神障碍”一节。四是较第 1 版增加了人格障碍、性心理障碍、精神障碍相关的伦理与法律等章节,使得本书结构及内容更加完善。同时,本次修订增加了“索引”部分,以方便读者快速针对性的查阅。

在本书的编写过程中,所采用的病例几乎均出自编者多年从事临床、教学一线医生的亲身经历的病例,在完稿之前,衷心地感谢那些曾经就诊或仍继续治疗的患者,正是他们的亲身经历成为此书的素材,鉴于尊重患者、保护隐私的原则,又不能公开地向他们提名致谢,只能心存感激。

在本书编写的过程中得到了新乡医学院领导及编写人员所在单位领导的关心和支持;衷心感谢新乡医学院心理学系罗艳艳教授和朱金富教授,他们始终关心、支持本书的编写工作;感谢新乡医学院心理学系及第二附属医院的同事们,正是你们的鼎力支持与协作,使得第2版修订工作顺利完成。感谢各位编者的通力合作。感谢我年迈的父母,他们能协助我养育我可爱的女儿,才使我有相对充足的时间及精力,安心伏案。

在编写的整个过程中,始终得到我的导师中南大学湘雅第二医院精神卫生研究所张亚林教授的关心,几度叮咛,“对你而言,编书不是机会问题,关键是书的质量”,我会铭记,深知朴素言语背后的分量,在想偷懒时总好像有道深邃的目光关爱着我,鞭策着我,使我不敢懈怠。衷心感谢敬爱的张亚林教授在百忙中对本书认真细致的审稿,通读全书,提出宝贵的意见和建议,并为本书作序。

由于作者们的水平有限,书中错误在所难免,恳请读者、同道提出宝贵的批评和意见。

杨世昌

2012年7月1日于新乡医学院院系楼



## 序 (第1版)

窗外下着 2008 年的第一场雪,也是湖南久违了的一场大雪。本书的主编杨世昌博士请我给他的书作序。白雪茫茫,记忆也茫茫。杨世昌博士大约跟了我六年,读完了硕士又读博士。我的印象中他的电脑玩得很好,时间久了,人脑难免也受电脑的影响,加上攻读博士学位期间经过严格的临床培训,所以他在前言中说他在全省人机对话中考得第一名,我一点也不意外。

言归正传。本书名为《精神疾病案例诊疗思路》,就我的从医体会来说,七分诊断,三分治疗。诊断是前提,诊断也更重要。所以,主要谈谈诊断的思路吧。

在很长一段时期内,精神疾病的诊断主要是根据患者的临床表象和医生自身的临床经验而作出的,可变性和随意性都很大,因而诊断的不一致性在精神科医生之间是一个司空见惯的现象。为了解决这个问题,20 世纪 70 年代,美国华盛顿大学的精神科医生 Feighner 制定了第一个操作性较强的精神分裂症的诊断标准,此后美国的 DSM、WHO 的 ICD 和我国的 CCMD 系统均制定了较全面的精神疾病的诊断标准。诊断标准为消除医生之间、学派之间的诊断分歧功莫大焉。

诊断标准的出现固然是精神病学的重大进步,但是很多诊断标准缺乏“客观”证据的支持,往往是由专家们综合不同学派的观点而达成的共识。标准本身就是折衷的产物,因而存在着某些不确定性和可讨论性。由于诊断标准条目的制定突出了统一性、可辨认性和可操作性。对那些有争议的、辨认模糊的临床现象或操作困难的诊断条目都只能舍弃。因此,“诊断标准”实际上是建立在部分信息基础上的,不是全息诊断。顾此难免失彼,信度的提高是以牺牲效度为代价的。

精神疾病的诊断只能如此,那么其他临床学科的诊断情况如何呢?

各种统计表明,临床误诊的总体比率大约在 20% ~ 30%。临床各科差不多;国内国外差不多;而且几十年来也差不多,并没有因为诊断技术(如生化检验、CT、磁共振,以及精神科的诊断标准)的进步而有所减少。

问题出在哪里?

问题是不是就出在本书所谈的诊断思路?

中医的诊断是颇有思路的。《黄帝内经》说:“天不足西北,故西北方阴也,而人右耳目不如左明也。地不满东南,故东南方阳也,而人左手足不如右强也。”这是天人相应的思路。又如:“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝,……怒伤肝,悲胜怒,思伤脾,怒胜思……”这是阴阳五行的思路。仔细分析就会发现,中医的诊断思路主要运用了两种方法:即直接的类比和

间接的推演。

还是在 20 世纪五四时代,一阵西风扑面而来。全盘西化的实验主义者们对这种诊断思路是嗤之以鼻的。新文化运动的旗手胡适就是其中的一个。碰巧的是胡适生了一场病,遍访西医无效,最后还是被中医名家陆仲安先生治好。于是,胡适先生就有点“不好意思了”,不能像鲁迅先生那样干脆利落地骂“中医不过是有意或无意的骗子”,更不能像郭沫若先生那样理直气壮地来一句“我一直到死绝不会麻烦中医郎中的”。时过境迁,这些才子墨客们早已魂归他们崇尚的西天,然而有趣的是江山代有才人出,近些年来此风又有重来之势。

西医的诊断则是强调科学的,解剖、生理、病理,以及物理检查、化学检查等方方面面的数据来不得半点马虎。由于西医是因病论治,所以如果诊断不明,治疗自然就很难。糟糕的是有时候在一系列物理、化学、甚至穿刺、活检之后,诊断是清楚了,却要告诉患者是一个不治之症。

中医的高明之处在于辨证施治,只要你还有一口气,证总是有的。虽然不同的中医大夫可能给你辨出不同的证、开出不同的药方来的,但至少中医能给人以希望,让你不至于单独直面绝症的威胁。这个大夫的方子不行,还有那个的,全部用完了,还有土方、偏方、民间方、草药方。显然,中医的运用之妙,存乎一心。每个人都可以按照自己的主观思路去分析判断。

中医缺点什么,我不敢像鲁迅们那样妄加议论,但西医的问题还是可以说说的。很多医生习惯了:几个症状、体征,加上几个检查结果,达到或超出多少数值,就得出了诊断。问题似乎十分明显,多一点就是,少一点就不是了。医学不是算术呵,怎么加加减减就成?这不符合逻辑思维!

在医学领域,强调逻辑思维能力的训练,已有多年的历史。在意大利萨莱若创建的西方最早的医科大学的条例中规定:“若不事先学三年逻辑,便不得学习医学”。

早先,主要从传统的形式逻辑研究医学思维。如发表于《柳叶刀》的“鉴别诊断,一种帮助逻辑思维的器械”。20 世纪 60 年代以后,开始从数理逻辑和概率逻辑方面研究医学思维。如《用电子计算机诊断疾病——关于计量诊断学》等书。近年,更有关于模糊逻辑、辩证逻辑的说法。

有人会说:我没学过逻辑学,不是照样可以当医生吗?

事实上是这样的:因为你从小受到的文化教育和在医学院校受到的专业教育,已经包含了很多普通逻辑学和医学逻辑学的内容。只是自己处在不自觉状态。如果有意识地学习、应用医学逻辑,可以减少诊断失误,提高临床诊断思维的自觉性和正确性。

做了三十多年的医生,我个人很在意临床诊断思维方式的学习,也很在意学生们临床诊断思维的训练。我觉得有两种诊断思路值得推荐:

第一种思路是建立一个诊断假说。

俄国临床医学家包特金说过:“患者的诊断或多或少地都是假说,必须不断地加以验证。可能会出现新的事实,或者导致改变诊断、或者使原有诊断的可能性加大”。

所以我们做出的初步诊断实际上都只是假说。一个好的诊断假说,应该具备下列逻辑条件:①不能违背已确定的医学知识;②应该能够解释已有的临床发现(至少是解释主要临床表现的);③不能与现有的资料相矛盾。有人认为,应该等到全部资料齐备,才可考虑诊断。原则上讲,这是不对的,这可能延误诊断。

假说与真理总是会有一些距离,假设的诊断也未必一定正确。所以,一个初步诊断是否反映了患者的真实病情,一定需要进行不断地验证。建立诊断假说,并不是诊断的终结,而是临床思维的新起点。应当不断搜集新的资料,对初步诊断进行验证、修正,甚至颠覆。

第二种思路是采用数学诊断法。

现代临床诊断思维,在很大程度上都是对可能性大小的判断。临床上的资料,往往都带有统计学的特征。真正意义上的“特异性”症状、体征和检查结果是很罕见的。最可靠的说法是:各种不同的资料,以不同的频率见于不同的疾病;或者各种不同组合的资料,以不同的频率见于不同的疾病。这样,我们就可以根据概率的大小,对疾病做出诊断。或者根据概率的大小,将几种疾病按序排列。

其实这就是一种模糊的概率,因为准确永远是相对的。有些医生对此很不习惯,甚至不以为然。殊不知在国外,连很多患者也接受了这种观念,他们可能会问医生“这种病遗传的可能性有多大?”

现在对于各种诊断标准和诊断技术的评价,多数都是根据概率比较优劣的。而且已经有了许多数学诊断模型。随着电脑和软件技术的发展,数学诊断法可能会得到更大的应用。

无论是建立初步诊断假说、采用数学诊断法、还是两者结合运用,都在遵守着循证医学的原则。毫无疑问,循证医学有它的普适性。但是,当下很少有人关注循证医学的局限性,甚至潜在的危害性。因为未知的事物总是扑朔迷离、“缺乏”证据,死守“循证”就有可能扼杀发现、抑制创新。一定要记住:医学的未知数很多很多,况且循证医学针对人群,而临床诊断面对个体。中世纪伟大的犹太内科学家 Maimonides 早就说过:每一个患病的个体都提出了新问题,永远都不要说一个患者与另一个患者相同。

精神科医生应该比其他科医生更懂得“以人为本”,更注意个体在生物学、心理学和社会环境交互作用中的独特性。

最后我还要说,在强调了诊断的逻辑性之后,千万别忽略了诊断的非逻辑性。

临床诊断思维,有时是直觉的、甚至是艺术的。有些资深的医生看一眼患者似乎就知道是什么病,而且八九不离十。看起来很神奇,实际上这是多年临床经验的结晶,这是大脑智慧灵光的闪现。这正是电脑诊断与人脑诊断的巨大差别之所在,这恐怕也是电脑永远望尘莫及人脑之所在。

是为序。

中南大学湘雅二医院精神卫生研究所教授  
博士生导师、一级主任医师、国家教学名师

张亚林

2008年1月15日



# 前言 (第1版)

本书分两个部分。第一部分:介绍精神疾病的诊断学基础——晤谈技术、病史采集、精神状况检查以及精神疾病的诊断思维。第二部分:根据多年临床实践编写相关病例,每个病例依据临床就诊过程逐步提供病情或临床相关信息,予以分析诊疗思路。同时编写相关的理论知识。

在本书的编写过程中,所采用的病例均出自几位多年从事临床、教学一线医生的亲身经历的病例,在完稿之前,衷心地感谢那些曾经就诊或仍继续治疗的患者,正是他们的亲身经历成为此书的素材,鉴于尊重患者、保护隐私的原则,又不能公开地向他们提名致谢,只能心存感激。

另外,在本书编写的过程中得到了新乡医学院各级领导及编写人员所在单位领导的关心和支持;衷心感谢新乡医学院第二临床学院李恒芬教授和李玉凤教授,她们始终关心、支持本书的编写工作,在编写的思路和内容等方面均提出宝贵的意见和建议。还要感谢各位编者的通力合作。

衷心感谢中南大学湘雅第二医院精神卫生研究所张亚林教授在百忙中对本书认真细致的审稿,通读全书,提出宝贵的意见和建议,并为本书作序。

由于编写团队的水平有限,编写过程诚惶诚恐,唯恐出错。鉴于思维本身的抽象性、复杂性,故接收到每一临床信息加工过程中难免有不妥甚至谬误之处,致使书中错误在所难免,不瞒各位读者和同道说,在原计划准备参加编写的人员中有为担心自己编写错误,误导读者而退出编写者;有为某些观点不同争得面红耳赤者;亦有为某术语表达而查经寻典者。几位曾热心参与编写而又担心由于自己编写错误误导读者的准编委们退出编写的行为,曾使我深思,但最终也激励着我继续编写,因为我相信读者和同道是带着自己的思维和观点去分析我们编写的每一个案例,即便有不同的意见,可能从另一方面验证、澄清我们从事的精神医学临床知识的真知灼见,使得读者对某一问题的印象更加深刻,从此角度,即便将我们的错误观点能作为反面教材,促使同道进一步明辨诊治的方案,对患者而言,岂非幸事?但我们的编写团队恳请读者、同道提出您宝贵的批评和意见,使之日臻完善。

杨世昌

2008年5月于新乡医学院第二附属医院





# 录

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 第一章 精神疾病的诊断学基础 .....     | 1  |
| 第一节 晤谈的程序 .....          | 1  |
| 第二节 沟通技巧 .....           | 2  |
| 第三节 非语言沟通 .....          | 6  |
| 第四节 病史采集及内容 .....        | 8  |
| 第五节 精神状况检查 .....         | 13 |
| 第六节 不合作患者的精神检查 .....     | 18 |
| 第七节 常见精神症状综合征 .....      | 18 |
| 第二章 精神疾病的诊断思维 .....      | 21 |
| 第一节 临床诊疗思维 .....         | 21 |
| 第二节 临床诊断步骤 .....         | 24 |
| 第三节 精神疾病诊断的“梯级诊断” .....  | 25 |
| 第三章 精神科误诊 .....          | 28 |
| 第一节 医生的因素 .....          | 28 |
| 第二节 病史的因素 .....          | 30 |
| 第三节 精神疾病因素 .....         | 31 |
| 第四节 对待误诊的态度 .....        | 31 |
| 第四章 精神科诊断思维能力的培养 .....   | 33 |
| 第一节 培养诊断思维能力的重要性 .....   | 33 |
| 第二节 医学生临床思维存在的问题 .....   | 33 |
| 第三节 精神科诊断思维能力的培养途径 ..... | 33 |
| 第五章 脑器质性精神疾病所致精神障碍 ..... | 35 |
| 第一节 阿尔茨海默病 .....         | 35 |
| 第二节 病毒性脑炎所致精神障碍 .....    | 51 |

|            |                                |            |
|------------|--------------------------------|------------|
| 第三节        | 克雅氏病 .....                     | 59         |
| 第四节        | 脑血管病所致精神障碍 .....               | 63         |
| 第五节        | 癫痫所致精神障碍 .....                 | 68         |
| 第六节        | 脑外伤所致精神障碍 .....                | 84         |
| 第七节        | 颅内肿瘤所致精神障碍 .....               | 97         |
| <b>第六章</b> | <b>躯体疾病所致精神障碍 .....</b>        | <b>114</b> |
| 第一节        | 甲亢所致精神障碍 .....                 | 114        |
| 第二节        | 肝豆状核变性致精神障碍 .....              | 127        |
| 第三节        | 低血糖症所致精神障碍 .....               | 134        |
| 第四节        | 胰岛 B 细胞腺瘤伴发精神障碍 .....          | 141        |
| 第五节        | 系统性红斑狼疮所致精神障碍 .....            | 147        |
| 第六节        | 狂犬病所致精神障碍 .....                | 156        |
| 第七节        | 肺性脑病 .....                     | 161        |
| 第八节        | 肝性脑病 .....                     | 167        |
| <b>第七章</b> | <b>中毒所致精神障碍 .....</b>          | <b>176</b> |
| 第一节        | 一氧化碳中毒所致精神障碍 .....             | 176        |
| 第二节        | 有机磷中毒所致精神障碍 .....              | 181        |
| 第三节        | 工业毒物中毒所致精神障碍 .....             | 187        |
| 第四节        | 左旋多巴所致精神障碍 .....               | 196        |
| <b>第八章</b> | <b>精神活性物质与行为成瘾所致精神障碍 .....</b> | <b>204</b> |
| 第一节        | 海洛因依赖 .....                    | 204        |
| 第二节        | 苯丙胺类药物所致精神障碍 .....             | 214        |
| 第三节        | 酒精中毒所致精神障碍 .....               | 221        |
| 第四节        | 网络成瘾所致精神障碍 .....               | 230        |
| <b>第九章</b> | <b>精神分裂症及其他妄想障碍 .....</b>      | <b>243</b> |
| 第一节        | 精神分裂症 .....                    | 243        |
| 第二节        | 分裂情感性精神病 .....                 | 273        |
| 第三节        | 偏执性精神障碍 .....                  | 278        |
| <b>第十章</b> | <b>心境障碍 .....</b>              | <b>287</b> |
| 第一节        | 心境障碍——躁狂发作 .....               | 287        |
| 第二节        | 心境障碍——抑郁发作 .....               | 302        |

|             |                  |     |
|-------------|------------------|-----|
| <b>第十一章</b> | <b>应激相关障碍</b>    | 319 |
| 第一节         | 急性应激障碍           | 319 |
| 第二节         | 创伤后应激障碍          | 324 |
| 第三节         | 适应障碍             | 329 |
| <b>第十二章</b> | <b>神经症及癔症</b>    | 338 |
| 第一节         | 焦虑性神经症           | 338 |
| 第二节         | 强迫性神经症           | 345 |
| 第三节         | 社交恐惧症            | 353 |
| 第四节         | 疑病症              | 362 |
| 第五节         | 癔症               | 372 |
| 第六节         | 癔症性精神障碍          | 379 |
| <b>第十三章</b> | <b>人格障碍</b>      | 389 |
| 第一节         | 反社会型人格障碍         | 389 |
| 第二节         | 偏执型人格障碍          | 393 |
| 第三节         | 分裂样人格障碍          | 396 |
| 第四节         | 表演型人格障碍          | 401 |
| 第五节         | 边缘型人格障碍          | 404 |
| 第六节         | 强迫型人格障碍          | 409 |
| <b>第十四章</b> | <b>性心理障碍</b>     | 413 |
| 第一节         | 性身份障碍            | 413 |
| 第二节         | 性偏好障碍            | 419 |
| 第三节         | 性指向障碍            | 427 |
| <b>第十五章</b> | <b>心理生理障碍</b>    | 434 |
| 第一节         | 神经性贪食症           | 434 |
| 第二节         | 神经性厌食症           | 437 |
| 第三节         | 神经性厌食症及共病        | 446 |
| 第四节         | 失眠症              | 451 |
| 第五节         | 嗜睡症              | 457 |
| <b>第十六章</b> | <b>儿童期心理发育障碍</b> | 464 |
| 第一节         | 精神发育迟滞           | 464 |
| 第二节         | 儿童孤独症            | 471 |
| 第三节         | 注意缺陷与多动障碍        | 479 |

|      |                       |     |
|------|-----------------------|-----|
| 第四节  | 注意缺陷与多动障碍合并品行障碍 ..... | 488 |
| 第五节  | 抽动障碍 .....            | 498 |
| 第十七章 | 精神障碍相关的伦理与法律 .....    | 506 |
| 第一节  | 精神障碍诊疗的伦理与法律问题 .....  | 506 |
| 第二节  | 精神障碍相关法律能力的评定 .....   | 523 |
| 参考文献 | .....                 | 535 |
| 索引   | .....                 | 541 |



体姿势如双臂交叉在胸前、身体前倾、左右摇摆、驼背坐着、坐的笔直等来了解患者的情绪及行为。

3. 询问性交谈或封闭性交谈 根据诊断的需要或检查过程中发现的问题,或病史中尚存在的疑问,需要进一步澄清或验证的问题,由医生进行针对性的提问。如依据开放性交谈的线索判断“您是否觉得周围不安全?”“您是否感觉同学们的一言一行都是针对你的?”,让患者予以回答,通过此交谈可以对开放性交谈检查发现的可疑症状进行补充和验证,以防遗漏病史和精神现状中存在的重要问题,使病史趋于完整。

## 第二节 沟通技巧

医生在收集病史、介绍医院规章制度、进行健康教育、实施治疗等医疗行为中,必须借助晤谈沟通,才能达到互通信息,相互理解的目的。掌握晤谈沟通的技巧,才能更好地开展医疗工作,使患者满意。

### 一、倾听——良好沟通的基本功

倾听就是指用心去听,去理解、去感受对方,并做出积极的反应。如果要想使谈话成功,就必须学会倾听。倾听是一项重要的和基本的沟通技巧。在晤谈过程中,医生尽可能花一定的时间耐心、专心地倾听患者的诉说。在交流过程中若患者的回答离题太远,医生可以通过提醒,委婉地帮助患者回到主题。医生应给患者充分的时间描述自己的身体症状和内心的痛苦,唐突地打断可能会在刹那间丧失患者的信任,影响患者对医生的信任程度,阻碍交流的顺畅进行。可以说,倾听是建立和发展医患间良好关系最重要的一种方法,此过程要听懂患者言语所表达的意思。要想成为一个有效的倾听者,必须努力做到以下几个方面。

1. 倾听的准备 准备花时间去听患者的讲话,最好坐下来与患者晤谈(双手或双腿都不要交叉放置),这是一种身体语言,可以传递一种信息。保持与患者的目光接触(不是目不转睛地盯着患者),可以表示医生对晤谈感兴趣以及愿意听患者谈话。可以通过使用适当的面部表情以及身体的姿势,表示医生注意听患者的讲话。

#### 2. 倾听技巧

(1) 专心、耐心地倾听:出于尊重对方,在晤谈中,必须给予良好的视觉接触,还应有点头或说“对”、“是的”、“好”等来表示专心和认同。

(2) 要感受性地听,不要评判性地听:听者应当先去感受对方的话语中表现出来的情绪情感,站在对方的立场去体会、思考,与之进行情感交流,然后才能进行分析评判。

(3) 积极反馈,适当提问:积极向对方提出反馈,对于不明白的地方,应该适时提出疑问,以利于沟通的有效进行,帮助对方清楚表达自己的意思,传达准确的信息。但需要避免干涉性和盘问式的提问,不要探问隐私。对于自己明白的,也可以给出适当的反馈。

(4) 不要随意打断对方:在对方表述的过程中,不应该随意地打断对方,更不要插进去大讲特讲。因为这会使对方觉得很扫兴,也感到没有得到尊重和理解。