



国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材  
全国高等学校教材

供精神医学及其他相关专业用

# 精神疾病临床案例解析

*Making Sense of Clinical Cases in Psychiatry*

主 编 刘铁桥 杨世昌

副主编 李 静 王惠玲 郭延庆



人民卫生出版社





国家卫生和计划生育委员会“十三五”规划教材  
全国高等学校教材  
供精神医学及其他相关专业用

# 精神疾病临床案例解析

*Making Sense of Clinical Cases in Psychiatry*

主 编 刘铁桥 杨世昌

副主编 李 静 王惠玲 郭延庆

编 者 (以姓氏笔画为序)

王绪轶 (中南大学湘雅二医院)

王惠玲 (武汉大学人民医院)

孔令韬 (中国医科大学附属第一医院)

孔祥娟 (济宁医学院)

甘照宇 (中山大学附属第三医院)

伊琦忠 (新疆医科大学第一附属医院)

刘铁桥 (中南大学湘雅二医院)

刘登堂 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

李 静 (四川大学华西医院)

杨世昌 (新乡医学院第二附属医院)

何志磊 (齐齐哈尔医学院)

庞良俊 (安徽医科大学)

孟 纲 (广西医科大学第一附属医院)

侯召香 (哈尔滨医科大学大庆校区)

郭延庆 (北京大学第六医院)

唐 勇 (南京医科大学附属脑科医院)

学术秘书: 王绪轶 (中南大学湘雅二医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神疾病临床案例解析/刘铁桥,杨世昌主编.—北京:人民卫生出版社,2016

ISBN 978-7-117-23246-3

I. ①精… II. ①刘…②杨… III. ①精神病-病案-分析-医学院校-教材 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第226026号

人卫智网 [www.ipmph.com](http://www.ipmph.com) 医学教育、学术、考试、健康,  
购书智慧智能综合服务平台

人卫官网 [www.pmph.com](http://www.pmph.com) 人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

精神疾病临床案例解析

主 编:刘铁桥 杨世昌

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:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/16 印张:16

字 数:473千字

版 次:2016年11月第1版 2016年11月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-23246-3/R·23247

定 价:43.00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市场营销中心联系退换)

# 全国高等学校精神医学专业第二轮规划教材 修订说明

全国高等学校精神医学专业第一轮国家卫生和计划生育委员会规划教材于2009年出版,结束了我国精神医学专业开办30年没有规划教材的历史。经过7年在全国院校的广泛使用,在促进学科发展、规范专业教学及保证人才培养质量等方面,都起到了重要作用。

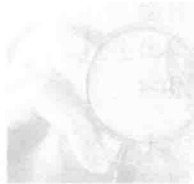
当前,随着精神卫生事业的不断发展,人民群众对精神健康的需求逐年增长,党和政府高度重视精神卫生工作。特别是“十二五”期间,精神卫生工作作为保障和改善民生及加强和创新社会管理的重要举措,被列入国民经济和社会发展规划。世界卫生组织《2013—2020年精神卫生综合行动计划》中提出:“心理行为问题在世界范围内还将持续增多,应当引起各国政府的高度重视。”

2015年6月,国家卫生和计划生育委员会、中央综治办、国家发展和改革委员会、教育部等十部委联合发布《全国精神卫生工作规划(2015—2020年)》,为我国“十三五”期间精神卫生工作指明了方向。文件明确提出精神卫生专业人员紧缺的现况,而高素质、高质量的专业人才更是严重匮乏,并要求到2020年,全国精神科执业(助理)医师拟从目前的2万多名增至4万名,要求加强精神医学等精神卫生相关专业的人才培养,鼓励有条件的地区和高等院校举办精神医学本科专业,并在医学教育中保证精神病学、医学心理学等相关课程的课时,为我国精神医学专业教育提出了明确要求。

为此,人民卫生出版社和全国高等学校精神医学专业第二届教材评审委员会共同启动全国高等学校精神医学专业第二轮国家卫生和计划生育委员会规划教材,并针对目前全国已经开展或正在申请精神医学专业办学的60余所医学院校的课程设置和教材使用情况进行了调研,组织召开了多次精神医学专业培养目标和教材建设研讨会,形成了第二轮精神医学五年制本科“十三五”规划教材的编写原则与特色:

1. 坚持本科教材的编写原则 教材编写遵循“三基”“五性”“三特定”的编写要求。
2. 坚持必须够用的原则 满足培养精神科住院医师的最基本需要。
3. 满足执业医师考试的原则 合理的知识结构将为学生毕业后顺利通过执业医师考试奠定基础。
4. 坚持整体优化的原则 不同教材之间的内容尽量避免不必要的重复。将原《老年精神病学》内容合并到《临床精神病学》中;将原《行为医学》内容合并到《临床心理学》中;增加《精神疾病临床案例解析》《会诊联络精神病学》。
5. 坚持教材数字化发展方向 在纸质教材的基础上,配有丰富数字化教学内容,帮助学生提高自主学习能力。

第二轮规划教材全套共11种,适用于本科精神医学专业及其他相关专业使用,将于2016年年底全部出版发行。希望全国广大院校在使用过程中提供宝贵意见,为完善教材体系、提高教材质量及第三轮规划教材的修订工作建言献策。



## 全国高等学校精神医学专业第二届教材 评审委员会

**主任委员** 赵靖平 (中南大学湘雅医学院)  
刘吉成 (齐齐哈尔医学院)

**委 员** 崔光成 (齐齐哈尔医学院)  
郭延庆 (北京大学第六医院)  
黄 颀 (四川大学华西临床医学院)  
陆 林 (北京大学第六医院)  
吕路线 (新乡医学院)  
李占江 (首都医科大学附属北京安定医院)  
李春波 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)  
刘哲宁 (中南大学湘雅医学院)  
刘寰忠 (安徽医科大学)  
潘 湛 (温州医科大学)  
施慎逊 (复旦大学上海医学院)  
宋印利 (哈尔滨医科大学)  
汤艳清 (中国医科大学)  
唐 宏 (赣南医学院)  
王高华 (武汉大学人民医院)  
王克勤 (济宁医学院)  
王玉花 (齐齐哈尔医学院)  
许华山 (蚌埠医学院)  
许 毅 (浙江大学医学院)  
苑 杰 (华北理工大学)  
张丽芳 (长治医学院)  
张 宁 (南京医科大学)

# 全国高等学校精神医学专业第二轮规划教材

## 目 录

1. 精神病学基础(第2版)	主 编	陆 林 李春波
	副主编	黄 颀 谭云龙 张丽芳 胡 建
2. 临床精神病学(第2版)	主 编	赵靖平 张聪沛
	副主编	李占江 翟金国 张晋碚
3. 精神药理学(第2版)	主 编	刘吉成 艾 静
	副主编	吕路线 王传跃 时 杰
4. 儿童少年精神病学(第2版)	主 编	郭兰婷 郑 毅
	副主编	罗学荣 刘寰忠 陈 炜
5. 心理学概论(第2版)	主 编	崔光成 孙宏伟
	副主编	许华山 周郁秋 唐 宏
6. 临床心理学(第2版)	主 编	王 伟 张 宁
	副主编	薛志敏 汤艳清 张 岚
7. 司法精神病学(第2版)	主 编	苑 杰 李功迎
	副主编	李玉凤 邵 阳 邱昌建
8. 社区精神病学(第2版)	主 编	杨甫德 刘哲宁
	副主编	王玉花 苏中华
9. 会诊联络精神病学	主 编	王高华 曾 勇
	副主编	陈晋东 李 平 欧红霞
10. 精神疾病临床案例解析	主 编	刘铁桥 杨世昌
	副主编	李 静 王惠玲 郭延庆
11. 精神医学专业实践指导(第2版)	主 编	鲁先灵 赵 敏
	副主编	王文林 张华平

## 主编简介



刘铁桥,医学博士,教授/主任医师,博士生导师。现任中南大学精神卫生研究所行为医学教研室主任及应激与成瘾行为研究室主任。兼任中国医师协会精神科医师分会副会长,中国药物滥用防治协会专家委员会委员,湖南省医学会心身医学与行为医学专业委员会主任委员,湖南省精神科医师协会候任会长等。

主修临床精神病学。墨尔本大学公派访问学者。作为主编、副主编编著各类精神科著作 21 部,参编 40 余部,其中作为主编编著国家级规划教材 6 部,作为副主编编著国家级规划教材 1 部。主持 NIH、WHO、国家自然科学基金等课题 16 项,以第一作者或通讯作者发表论文 80 余篇,获省部级科技成果一、二等奖 6 项。2013 年遴选为湖南省高层次卫生人才“225”工程首批精神病学学科带头人培养对象。



杨世昌,医学博士,教授/主任医师,硕士生导师。新世纪百千万人才工程省级人选入选者,河南省高等学校青年骨干教师资助计划资助对象;参与美国中华医学会基金会(CMB)课题 2 项,主持河南省科技厅课题 1 项,卫生厅课题 2 项,教育厅课题 3 项。中国睡眠研究会睡眠与心理卫生专业委员会常务委员,河南省心理学教学研究会副会长。河南省精品课程“精神病学”主讲教师之一,河南省重点学科“精神病学”及“应用心理学”学科核心成员。

《精神疾病案例诊疗思路》(第 1 版、第 2 版)和《家庭教养与儿童青少年心理》主编;卫生部“十二五”规划教材《心理学基础》副主编;卫生部“十一五”规划教材《精神医学临床实践》副主编。主持教学改革立项 2 项,获河南省省级教学成果一等奖 1 项。以第一作者或通讯作者发表中英文论文 80 余篇,其中 CSSCI 收录 17 篇,CSCD 收录 10 篇。

## 副主编简介



李静,教授/主任医师,博士生导师。在四川大学华西医院从事精神科临床、教学和科研工作 31 年。承担科技部“863”计划、中国全球基金项目、国家食品药品监督管理局精神和戒毒药物临床研究课题等 20 余项。主编教材和专著 2 部,参编专著多部,在国内外发表论文 80 余篇,获得省部级科技奖 3 项。目前兼任中国医师协会精神科医师分会成瘾工委员会副组长,中国药物依赖防治协会副秘书长、中国新药评审专家,英国 *ADDICTION* 杂志编委、中国药物滥用防治杂志副主编、四川省卫生厅学术技术带头人等。



王惠玲,医学博士,教授/主任医师,硕士生导师。现任武汉大学人民医院精神卫生中心副主任。兼任中华医学会精神病学分会全国青年委员、中国神经科学学会精神疾病基础与临床分会委员、中国研究型医院学会心理与精神病学专业委员会委员、原卫生部全国精神病学双基培训委员会高级讲师等。美国约翰霍普金斯大学访问学者。先后承担国家级、省部级及国际合作课题 9 项,发表论文 40 余篇。获得省市级科技进步奖 3 项。承担本科生、研究生“精神病学”“医学心理学”“神经科学”等课程的教学任务,作为副主编编著教材 1 部,参编著作 5 部。



郭延庆,北京大学第六医院副教授,副院长。北京市孤独症儿童康复协会培训部主任;中国优生科学协会环境与优生分会副主任委员;中国残疾人康复协会应用行为分析专业委员会主任委员。从事儿童精神病学工作 20 余年,在儿童孤独症的诊治与教育康复领域有突出贡献。在美国内华达大学和哈佛大学任访问学者两年。主编(译)教材、专著 3 部。参与编写多部儿童精神病学相关教材。著有《应用行为分析与儿童行为管理》。



## 前 言

很高兴全国高等学校精神医学专业第二届规划教材评审委员会能将《精神疾病临床案例解析》一书列入教材目录,更荣幸我们能成为本教材首版编委!

众所周知,大多数精神疾病至今尚无可以确定诊断的特异性症状和实验室指标,诊断主要基于对各类临床资料的推理与分析。基于此,较之于其他专业医生而言,在思维逻辑及推理判断方面就给精神科医师提出了更大的挑战!

高级医师的培养不可能一蹴而就,临床思维的培养需要从医学本科教育阶段开始。实践过程中发现,即使医师将书本知识背得滚瓜烂熟,但如缺乏系统、严谨的逻辑思维能力,其实际执业能力将会大打折扣。因此,本教材试图通过案例诊疗思路演示及解析来培养精神卫生专业学生的临床思维能力,为其将来成为高级临床精神科医师奠定基础,应该说是个教学创新的有益尝试。

本教材选择精神科常见案例,依据临床诊疗的实际流程和不同疾病的具体特点来逐步展示案例的内容,将各个疾病的知识点在案例中有机地体现出来,层层演绎,逻辑分析,力图尽早提高学生运用知识的能力、培养正确的临床诊疗思路,包括资料收集、分析、诊断与鉴别诊断,治疗原则与预后评估等。需要说明的是,本教材对疾病的分类与诊断主要采用《国际疾病分类与诊断标准》(第10版)(ICD-10),同时在某些案例中也适当介绍了美国的《精神疾病诊断与统计手册》(第5版)的一些观点。

作为医学本科教材,本书始终坚持“三基五性”的原则,尤其适用于精神医学实践教学环节使用。同时为适应新的医学考试模式和扩大读者对象,书中有几个相对复杂的案例解析,这并非有意超出教学大纲,其目的是想让学生及早了解临床医学的复杂性,及早体会书本知识与医疗实践之间的微妙关系。

本书所采纳的案例均出自编者亲自诊治过的患者,在完稿之前,我们要衷心感谢那些曾经就诊或仍在接受治疗的患者,正是他们的亲身经历成就了本书的素材,鉴于尊重患者和保护隐私的原则,我们不能公开提名致谢,只能心存感激!此外,还要感谢各位编者的辛勤劳动和人民卫生出版社的大力支持,促成了本书的顺利出版!限于编者的水平有限,书中不足之处在所难免,我们真诚期待各位读者提出您宝贵的意见,使之不断完善!

刘铁桥 杨世昌

2016年7月

# 目 录

第一章 精神障碍的诊断 .....	1
第一节 诊断思维与诊断程序 .....	1
第二节 临床资料的分析要点 .....	2
一、症状分析与诊断 .....	3
二、病程分析与诊断 .....	7
三、病因及其他背景资料与诊断 .....	7
第三节 诊断过程中的某些原则 .....	8
一、纵向的病程观察与横断面的检查发现并重的原则 .....	8
二、体征、实验室检查发现与临床症状表现并重的原则 .....	9
三、常见疾病、严重疾病、单一诊断优先考虑的原则 .....	9
四、共病诊断原则 .....	10
五、状态诊断原则 .....	10
第四节 误诊与诊断分歧的解决 .....	10
一、误诊原因分析 .....	10
二、减少误诊的办法 .....	11
三、诊断分歧的解决办法 .....	12
第二章 常见精神疾病临床案例解析 .....	13
案例一 情绪不稳定型人格障碍(边缘型) .....	13
案例二 精神分裂症(成人) .....	17
案例三 血管性痴呆 .....	22
案例四 器质性抑郁障碍(卒中后抑郁) .....	26
案例五 脑肿瘤所致精神障碍 .....	30
案例六 精神发育迟滞(中度) .....	34
案例七 分离(转换)性障碍 .....	38
案例八 精神分裂症(儿童) .....	44
案例九 分裂情感性障碍 .....	46
案例十 重度抑郁发作(伴精神病性症状) .....	48
案例十一 分离(转换)性障碍 .....	53
案例十二 精神分裂症(成年) .....	58
案例十三 妄想性障碍 .....	62

案例十四	系统性红斑狼疮所致精神障碍	64
案例十五	病毒性脑炎所致精神障碍	68
案例十六	癫痫所致精神障碍	73
案例十七	甲状腺功能亢进所致精神障碍	75
案例十八	谵妄	79
案例十九	双相障碍(I型)	84
案例二十	双相障碍(II型)	88
案例二十一	双相障碍(混合型)	91
案例二十二	苯丙胺所致精神障碍	94
案例二十三	糖皮质激素所致精神障碍	98
案例二十四	氯胺酮所致精神障碍	101
案例二十五	神经梅毒所致精神障碍	106
案例二十六	冲动控制障碍(拔毛癖)	109
案例二十七	重度抑郁发作(老年期)	111
案例二十八	急性应激反应	117
案例二十九	社交焦虑障碍	121
案例三十	精神发育迟滞(轻度)	125
案例三十一	使用大麻所致精神障碍	128
案例三十二	晚发型阿尔茨海默病性痴呆	134
案例三十三	双相障碍(混合型)	138
案例三十四	颅脑损伤所致精神障碍	141
案例三十五	偏执型人格障碍	145
案例三十六	强迫性障碍	149
案例三十七	广泛性焦虑障碍	155
案例三十八	惊恐障碍	158
案例三十九	躯体形式障碍	165
案例四十	社交焦虑障碍	169
案例四十一	性别改变症(易性症)	174
案例四十二	酒精所致精神障碍	178
案例四十三	阿片所致精神障碍	184
案例四十四	苯丙胺所致精神障碍	188
案例四十五	酒精所致精神障碍	191
案例四十六	神经性厌食症	197
案例四十七	创伤后应激障碍	201
案例四十八	抽动秽语综合征	206
案例四十九	注意缺陷与多动障碍	208
案例五十	儿童孤独症	210
案例五十一	儿童孤独症	213
案例五十二	注意缺陷与多动障碍	218
案例五十三	恋物症	223
案例五十四	非器质性失眠症	226
案例五十五	睡行症	229
案例五十六	神经性贪食	231

---

案例五十七 生殖器反应丧失 .....	234
参考文献 .....	237
中英文名词对照索引 .....	240

# 第一章

## 精神障碍的诊断

正确的诊断(diagnosis)是制订治疗方案,预测疾病进程,进行学术交流和科学研究的前提。作为临床医学的理想诊断应能说明疾病的病因、发病机制、病理解剖与生理改变、症状体征表现、治疗反应及预后特征。然而,就精神医学领域,目前能够满足上述条件的疾病种类不多。由于大多数所谓的“功能性”精神障碍的病因、病理生理机制至今尚未完全明了,各类辅助检查的阳性证据由于特异性不高,也难以给疾病的确诊提供实质性的帮助,因此,精神疾病的分类仍处于现象描述症状群的水平,而诊断也主要基于详细的病史与精神状况检查所提供的资料。

### 第一节 诊断思维与诊断程序

在获得了完整、可靠的临床资料后,不同的医师会按照各自习惯的思维模式和原则来归类分析并确定对于诊断最为重要的资料。理论上讲,正确的诊断步骤应该是在对全部临床资料进行系统分析,再结合自己既往对于类似病例诊疗经验的回忆对比,在冷静的思索一番后才作出最可能的假设诊断,然后根据假设诊断确立治疗方案,通过治疗反应与病程进展的反馈信息,进一步检验原来诊断的正确与否,是否获得了预期的疗效与转归,以进一步肯定或修改原来的诊断。

然而,在实际工作中,不少医师(尤其是经验丰富者)并不会按上述方法按部就班地进行其诊断思维。事实上,对于某些常见且易于诊断的患者没有必要循规蹈矩,有时在门诊工作中,由于时间的限制,亦不允许作太长的考虑,这就要求医师不仅要有丰富的临床经验,还要有正确的决策能力。一般来讲,经验丰富的医师,对于大多数患者常不需交谈多久就会形成初步的诊断印象,包括一个或几个可能的诊断。然后在与患者进一步的接触与交谈中,根据患者的陈述及反应,脑中不停地思索相关诊断的可能性,并根据患者叙述病情的内容,有选择地分配注意力和询问要点,医师认为是重要的内容便特别注意,医师认为是不重要的内容就不大注意,医师认为是无关的内容甚至会打断患者的谈话,通过选择性的提问与感知,主动获取证据,看看是否有足够的证据支持他当初的诊断设想。如果患者继续谈话的内容和对提问的答复进一步支持最初的诊断印象,那么医师再作某些补充检查,获得支持证据,诊断也就基本确定。如果随着谈话的深入,所得的资料越来越不支持原先的诊断设想,在病史与检查中另有新的发现,在医师的头脑中就会或迟或早地自动放弃原来的诊断设想,而考虑另一种疾病,并重新搜寻另一种疾病的诊断证据,如有所获且证据充足,便会更换诊断。大多数情况下,诊断不难作出。但是,有少部分病例,医师在做完检查后发现所获资料矛盾重重,模棱两可,混杂不清,无法确定诊断,此时医师可暂且放弃积极的诊断思维,等待病史材料及实验室资料的进一步补充;或适当地观察一段时间,看看能否确定诊断,必要时提出集体讨论,共同做出诊断决定。

国外有学者专门研究了精神科医师诊断的形成时间及思维方式,如 Kendell 于 1973 年在英国 Maudsley 医院给一批受试医师观看初入院精神科患者检查的录像片的研究发现,约 3/4 的医师在最初交谈检查 3 分钟内形成了诊断意见,绝大部分医师在 5 分钟内形成了自己的诊断意见,然后将这初

步印象与出院时的最后诊断对比发现,医师在观看录像片 5 分钟后形成的诊断意见有 60% 与出院诊断符合,即使最初 2 分钟形成的诊断意见也有 48% 的符合率。此种实验如果能排除常见病所造成的概率性的耦合,即可证实多数医师的诊断概念在检查的早期阶段即已形成。Elestein 在 1972 年的研究也证实有经验的医师大多是在检查之初即已形成初步的诊断概念,然后用大量的时间来证实其设想的正确与否,而不是先收集各种资料,逐步分析,最后才形成诊断概念。而临床医师在初步印象的形成与推断过程中又有几种不同的情况:有的医师最初形成几个诊断设想,在继续检查过程中主要是鉴别与选择的过程;有的医师最初形成单一的诊断,在其后的检查中固执不放,局限于单一的思路中,对许多反证材料视而不见;当然,也有一小部分医师,最初没有任何初步印象,等到全面检查完后才来分析作出诊断,这种方法在初学者中较为多见。

在诊断思维过程中应避免几种极端形式:一种是过于自信,主观武断,强调直觉,对于疾病在证据不多情况下,就轻易作出诊断,有时甚至流于轻率亦在所不顾。另一种则刚好相反,过于谨慎,极度地害怕承担任何风险与责任,抱着“不求有功,但求无过”的心态,犹豫不决,反复权衡,此病有可能,彼病也不能排除,结果是罗列多个可能的诊断,似乎面面俱到,却难以解决实际问题。这种看起来谨慎负责的态度,其实有时候会耽误对患者的治疗。还有一种情况就是强调以往个人的实际经验,沿引类推,针对患者某些个别症状与个别患者的转归情况而提出自己独特的诊疗见解,走进了狭隘的死胡同而不能回头。以上几种情况不仅会造成对患者的误诊或延误治疗,同时也会束缚医师自己的思维并限制其医疗水平的提高。值得强调的是:一个医师不管他头脑多么聪明,如果没有扎实的理论知识及长期临床实践经验的积累,是绝不可能有很高的诊疗水平的。因为,医师能否对患者做出正确的诊疗,理论知识是基础,详细真实的临床资料的挖掘与辨析是根据,而丰富的临床经验与合理的逻辑思维则是保证。

在此,推荐一个实用的诊断思维步骤,供大家借鉴使用。

### (一) 收集资料

1. 临床病史 通过询问患者及知情者获得,注意甄别可靠与存疑的事实。
2. 实体检查 包括躯体状况检查与精神状况检查。
3. 实验室检查 包括常规检查及某些认为有必要的特殊检查,如 CT、MRI、CSF、HIV、药物毒物筛查等。
4. 病程观察 病程是发作性病程、持续性病程还是波动性病程等。

### (二) 分析资料,作出诊断

1. 如实评价所收集的上述资料。
2. 根据资料的价值,排列所获重要发现的顺序。
3. 根据症状与体征出现的先后、持续的时间、严重程度及特异性程度,选择至少 1 个、最好是 2 ~ 3 个关键性的症状与体征或综合征。
4. 列出关键性指征可能存在于哪几种疾病,即提出假设诊断。
5. 回顾全部诊断依据(正面指征与反面指征),通过鉴别诊断分析,在几种疾病中选择可能性最大的诊断。
6. 依据现行诊断标准,建立疾病分类学诊断。最好能用一种疾病的诊断来解释全部临床现象,否则考虑与其他疾病并存(共病诊断)。

## 第二节 临床资料的分析要点

诊断是建立在对临床资料的正确分析判断之上的。对于有经验的医师,临床资料的分析评估,鉴别诊断的逐渐展开,犹如一部推理小说中的故事情节,贯穿于整个检查与临床思维过程之中。此时,医师会调动其所有的知识储备积极思考,对混杂的信息进行归类、分析、推理与判断,从而建立正确的

诊断。诊断思维与诊断原则是每个精神科医师必须掌握的一门技术,也是比医学其他各科较难掌握的一门技术,其难点在于精神症状较之躯体症状更为抽象、复杂多变,可操作性差。患者究竟有无情感淡漠,有无思维贫乏和意志减退,病期如何估算,间歇期是否真正彻底缓解,心理应激在患者的发病中究竟起了多大的作用,不同的医师在检查同一患者时可能会出现不同甚至相反的观点。好在经过历代精神医学工作者的努力,尤其是近40年来诊断标准的制定,定式检查、心理测验与症状量表的应用,诊断的科学性与一致性已有很大的提高。

临床资料的分析主要是根据疾病的症状、病因、病程、预后,发病的背景资料,病前人格,家族史及躯体和实验室检查等各方面的资料进行全面的综合分析,而其中又以症状分析最为重要。

## 一、症状分析与诊断

### (一) 症状梯级的概念

了解症状梯级是梯级诊断原则的基础。精神症状是大脑的病理产物而不是对外界环境刺激的正常心理反应和正常适应行为方式。那么不同的精神症状就很可能反映出大脑不同广度与不同严重程度的病理生理变化。大脑损害范围广、程度重时所产生的症状较之大脑损害程度轻、范围窄时所产生的症状等级要高,而越是等级高的症状其独立性越好、越具特异性;相反越是低等级的症状,则越具普遍性,其独立性和特异性就差。痴呆综合征、遗忘综合征及明显的人格改变反映大脑有比较广泛而严重的功能障碍,因此,这些症状的存在即可诊断脑器质性精神障碍,哪怕还存在明显的其他“功能性精神病”的症状与神经症症状,也只诊断为器质性精神障碍。痴呆综合征反映大脑显著全面的智能损害,遗忘综合征只显示记忆功能的严重受损,而人格改变综合征主要表现为适应功能的显著下降,情绪与行为反应的抑制能力削弱与冲动性增加。因此,这三者所反映的脑损害程度也是由重到轻的。

妄想是在大脑病理基础上产生的,患者坚信不疑,不能接受客观事实的检验与校正的一种病态思维,它不是智能障碍的产物。妄想形成时,患者还保留有一部分正常的思维。形成系统的妄想说明,患者在病态思维中仍有概念的组合作加工与推理判断能力,部分保存逻辑思维能力,只是前提与结论都是错误的。思维障碍进一步加重才出现思维结构障碍,出现联想松散与破裂性思维,言语支离破碎,妄想亦毫无系统性可言,同时可伴有行为紊乱,甚至基本生活都不能自理。思维障碍作为一个复杂的症状群,反映了大脑中等程度的损害,其较轻的一端是以系统的妄想,思维保持整合功能,日常生活及社会功能部分损害为特征,其临床表现模型为妄想性障碍(偏执型精神障碍)。而较重的一端是以思维结构解体,妄想支离破碎,言行紊乱,社会功能与日常生活明显受损为特征。其临床表现模型为精神分裂症青春型(以瓦解症状群为特征)。

心境障碍症状群:指患者较长一段时间内(一般为数周或数月),持续出现心境不良,如抑郁、焦虑、恐惧或情绪高涨。抑郁时可伴有思维迟缓,动作、行为减少,各种躯体不适等;高涨时可出现思维加快,动作、行为增多等;但一般没有明显的思维结构与思维内容方面的障碍,亦无意识、记忆、智能方面的明显异常,人格保持完整,能与环境保持较好的接触,自知力良好或部分受损,病程为发作性,多数缓解较好,反映大脑功能的轻度障碍。但较之下述的神经症性症状群相比,则又要严重一些,因为心境障碍中可以出现妄想,自知力可能受损,社会功能损害程度亦较重。

神经症性症状群:包括神经衰弱症状(精神易兴奋,感觉过敏,脑力和体力容易疲劳)、疑病症状、焦虑、抑郁症状、强迫症状等,而思维结构与内容障碍极为罕见(在分离性障碍与强迫思维中有轻度障碍),神经症性症状群反映了大脑功能的轻度障碍和(或)暂时性失调,且有可逆性质。这类症状,几乎可见于各种精神疾病之中,在脑器质性精神障碍与重性“功能性精神障碍”中,特别是在起病初期及恢复期,神经症性症状极为常见,甚至是主要的症状。在各类躯体疾病的恢复期或早期,神经症性症状亦很常见,这些情况可能是由于感染、外伤、病原微生物与化学毒素对大脑代谢产生了轻微的损害所致。

综上所述,各类精神疾病的主要症状群可以组成一个由重到轻的症状梯级来反映大脑功能障碍



的不同程度,大致可做如下排列。

脑器质性精神病综合征

痴呆综合征

遗忘综合征

人格改变综合征

精神分裂综合征(思维障碍综合征)

思维解体综合征(青春型综合征)

系统妄想综合征(妄想性障碍)

心境障碍综合征

神经症性综合征

上述症状梯级概念的形成与排序,是历代精神病学家的大致共识,虽然症状梯级的数目、名称与顺序略有不同,但总体概念基本一致。此处未给人格障碍、适应性障碍及心理生理障碍等排序,根据临床观察,如要将它们排序的话,等级应当在神经症性症状之下,因为它们大脑功能最复杂的或发育最晚的部分可能有最轻微的障碍,类似轻微脑损害综合征,也可能根本没有损害。

### (二) 症状的原发与继发

原发症状和继发症状这一术语有多种含义:①依现象学的“不可理解性”标准来界定,原发症状指无法用个人经历、当前处境和心境来解释,也没有可理解的事件关联,在所处境境下具有“不可能性”,只能用生物学的病理基础来解释,如原发性妄想。②依发生时间来界定,先发生的症状谓之原发,如焦虑发作之后出现的抑郁情绪;被害妄想之后出现的焦虑、抑郁、恐惧情绪或攻击行为等。③代表疾病本质的症状谓之原发,附加的其他症状为继发,如精神分裂症的“4A 症状”为原发症状。④有因果关系的几个症状,作为原因的为原发症状。如评论性幻听为原发症状,对幻听的解释性妄想为继发症状。实际应用中,依“不可理解性”标准界定的原发症状更具有临床诊断意义,Schneider 提出的“一级症状”几乎都是不可理解的原发症状,而且多数被列入《国际疾病分类与诊断标准》(第 10 版)(ICD-10)中精神分裂症的症状学标准的 a~d 项。

从症状的临床诊断意义出发,要求精神检查时重点关注原发症状,如思维鸣响或者言语评论性幻听经常会继发被洞悉体验及关系、被害妄想,前两者是具有较高诊断特异性的原发症状,而被洞悉体验则不属于 ICD-10 的症状学标准的 a~d 项。由此说明,原发性症状可能在诊断中更具地位,但并不意味着其他症状就不重要。在缺乏客观证据的前提下所制定的诊断标准本身就是折中的产物,其所存在的不确定性和可讨论性就可以理解,主要的弊端之一就是为了提高诊断的一致性和可操作性而将其他有争议的症状条目排除在外。因此,这种以提高信度为原则而建立的诊断标准,势必以牺牲效度为代价。

### (三) 常见主要症状的临床意义

精神症状是疾病本质特征的外部表现。研究与分析症状是弄清精神障碍本来面目的一条重要途径。在分析具体患者的症状时,应从病史及精神状况检查中全面掌握精神症状的特点,要弄清究竟是哪个心理过程发生了障碍,精神症状的产生有无特殊外在环境背景及内在的生理、心理背景,症状出现的规律如何。另外,还要注意相同的病因可在不同的个体或在同一个体的不同机能状况下引起不同症状,不同的病因又可引起相同的症状,情况错综复杂,难以把握。所以不结合患者的发病背景和病程演变规律而单独地分析症状,其价值是有限的。精神症状种类繁多,且每种精神病都没有可赖以确定诊断的“唯我独有”的特征性症状。不过,经过历代精神医学工作者的研究发现,精神症状对疾病的诊断虽无绝对特异性,但不同的疾病还是有其较常见的症状表现形式(尤其是以综合征的形式出现时,其诊断意义更大),某些症状较常见于某些疾病而罕见于其他疾病,某些症状在不同的背景下出现会有不同的诊断意义,理解这些特点有助于诊断准确性的提高。下面我们分析某些常见主要症状的临床意义。



1. 幻觉 幻觉(hallucination)是最常见的精神症状之一。幻觉一旦出现,我们要根据其来源、种类、性质、数量、内容、持续时间、幻觉出现时的意识状况及幻觉对患者精神活动和行为的影响等情况来进行分析与评估。一般在意识清晰状况下出现的幻觉,最多见于精神分裂症,尽管在心境障碍、急性应激障碍、物质依赖(滥用)、分离障碍等患者亦可出现,但无论从数量、持续时间还是内容上均不如前者突出。而在意识障碍下出现的幻觉,则应考虑中毒性、躯体疾病及脑器质性精神障碍或戒断综合征,此时的幻觉,一般以幻视(visual hallucination)为多见。如急性传染病常出现一些生动鲜明的惊险场面,而在物质依赖和中毒时常出现一些动物如老鼠、蛇、昆虫等幻视,颞叶癫痫可出现要素性幻视,顶枕部位的病灶则产生较复杂的景象性幻视。自窥症多见于精神分裂症,苍蝇幻视多见于眼部疾患。精神分裂症患者的幻视常为一过性的,如患者出现持续而丰富的幻视时,则精神分裂症的诊断可疑。幻嗅(olfactory hallucination)可见于精神分裂症,也是颞叶癫痫最常见的一种先兆症状。幻触(tactile hallucination)多见于精神分裂症(尤其是性器官的幻触),也见于急性脑病综合征。内脏幻觉常见于精神分裂症,抑郁症及老年期精神障碍,并常与疑病、虚无妄想相联系。

最常见的幻觉是幻听(auditory hallucination),约占幻觉出现率的70%,可见于各种功能性或器质性精神病。一般认为,在意识清晰状况下出现典型的幻听,是诊断精神分裂症的重要征象。Schneider认为,思维化声、评论性幻听,争议性幻听是精神分裂症的较特征性的症状,此观点被ICD-10采纳,尽管这些症状也可见于其他精神疾病。持续时间较长,较为典型,数量较多的幻听常见于精神分裂症,而在心境障碍、急性应激障碍、躯体或脑器质性疾病所致精神障碍及物质中毒和戒断中,幻觉的持续时间一般较短。需要注意的是,慢性酒精中毒、尿毒症及糖尿病等也可表现大量持续存在的幻觉。假性幻觉、机能性与反射性幻觉则主要见于精神分裂症。

2. 思维障碍 在意识清晰状态下出现思维松散(looseness of thinking)、破裂或中断,思维自主性障碍如强制性思维(forced thought),思维被控制、被夺走、被插入或被广播,以及思维逻辑方面的障碍如病理性象征性思维、逻辑倒错性思维及语词新作(neologism)等常指向精神分裂症。物质依赖或戒断、躯体和脑器质性病变所致精神障碍常出现思维结构方面的障碍,但它们通常是在意识障碍的状况下发生的。慢性脑器质性精神障碍常出现病理性赘述(circumstantiality)。联想加速、思维奔逸(flight of thinking)主要见于躁狂症,偶见于兴奋躁动的精神分裂症和器质性精神障碍。思维迟缓(inhibition of thought)主要见于抑郁症患者。而思维贫乏(poverty of thought)则是以阴性症状为主症的精神分裂症患者的常见症状,且常与情感淡漠(apathy)、意志减退及社交退缩等相伴出现。

在意识清晰状态下出现的妄想(属于思维内容障碍),原发性妄想(primary delusion),无任何心理、社会背景资料可以解释的妄想,内容荒谬、逻辑性和系统性差的妄想常是精神分裂症(schizophrenia)的较为特征性的症状。逻辑严密,系统性强,有一定现实基础的妄想是妄想性障碍的特征。持续短暂,突然产生,突然消失的一个或多个妄想且间歇期正常是急性妄想发作的特征。妄想内容片断且变化不定,前后复述不一致,是器质性精神障碍的妄想的特征。

3. 情感障碍 不同类型的精神疾病其情感活动也具有一定的特征性,合理的分析将有助于诊断。情感淡漠、情感不协调与情感倒错(parathymia)主要见于精神分裂症。情感体验与外界环境、内心活动与脸部表情的不协调,情感体验不能被外人理解,不能与人进行情感上的交流,毫无原由、毫无意义地独自发笑是精神分裂症较为独特的症状。但在额叶肿瘤的早期亦可表现情感淡漠和行为懒散而无记忆智能等方面的明显改变,应予警惕。

如果某患者表现有严重的情绪抑郁(depression),思维迟缓,动作行为减少,自我评价低,自我感觉不良,甚至自责自罪或同时伴有食欲、性欲减退,体重减轻,早醒等症状,重症抑郁症的诊断基本确定。然而轻度的抑郁症状如不结合其他病史资料分析则没有一点特征性,它几乎可以出现于各种精神疾病之中。长期持续的轻度抑郁可能指向心境恶劣障碍,而心因性和躯体疾病等导致的抑郁症状则常有程度波动,夹杂有焦虑的成分,并且可以找到心理、生理学上的解释。

情感高涨(elation)是躁狂发作的主要症状,也见于服用某些精神活性物质(如酒、兴奋剂、海洛因