

实用精神疾病 诊疗手册

郑贍培 ◎主编

上海科技教育出版社



第二版

R749
Z2Pa

C12

100471

第二版

实用精神疾病 诊疗手册

郑瞻培◎主编

上海科技教育出版社



C0160823



主 编
郑 瞻 培

编 者
(按姓氏笔画为序)
张良栋 忻仁娥 郑瞻培 赵介城

实用精神疾病诊疗手册
(第二版)

郑瞻培 主编

上海科技教育出版社出版发行

(上海冠生园路 393 号 邮政编码 200233)

各地新华书店经销 上海中华印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 8.875 插页 2 字数 215,000

1995 年 12 月第 2 版 1995 年 12 月第 2 次印刷

印数 5201—15200

ISBN 7-5428-0737-4/R·41

定价: 12.40 元

FA23/11

序

(第二版)

我国的医药卫生事业正在欣欣向荣地发展。40多年来，在保证人民基本医疗、提高人民健康水平、防治传染病等方面，我们做了大量工作，培养了一大批卫生科技人才，基本上满足了广大人民群众对卫生保健的迫切需要。

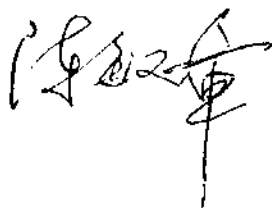
1977年5月，第30届世界卫生大会通过了举世闻名的“2000年人人享有卫生保健”的决议；提出全球主要的卫生目标是：到2000年世界上所有的人都达到在社会和经济生活两方面富有成就的健康水平。围绕这一全球目标，我国确定了卫生事业发展的总目标：到2000年我国城乡居民都能获得最基本的卫生保健服务，力求达到与小康相适应的健康水平，实现人人享有卫生保健。

在世纪之交之际，发展我国的医疗卫生事业，实现上述总目标，固然离不开具有中国特色的卫生事业管理体制和运行机制，离不开医学科技的进步、医疗诊断手段和工具的现代化，但也离不开医疗卫生队伍业务素质水平的提高。

我国历来十分重视医学教育工作。我国已有医学院校100多所，中等卫生学校500多所，为城乡培养了260多万名医学专业人员。当前，提高医务人员特别是青年医务工作者解决临床实际问题的能力，已成为我们加强医疗卫生队伍业务建设的重要一环。

近年来，上海科技教育出版社出版了一套《实用医学手册》丛书，这是以青年医生为主要读者对象的中级实用临床手册，颇受青年医生、实习医生和地区、县医务人员的欢迎。临床问题复杂、急迫，关系病人的祸福安危。这套丛书按青年医生当前的实际需要进行总体设计，汇集一批造诣深的知名医学专家的丰富经验，内容广泛、简要精练、实用性强。

在这套书即将再版之时，我衷心希望它能在提高我国卫生队伍的业务水平上进一步发挥作用。



1995年5月

前 言

(第一版)

精神医学是临床医学中的一个重要部分，这一点越来越为广大临床医师所认识；因此需要有一本简明扼要的工具书，精神科专业青年医师更是需要有一本系统、实用、新颖的专业用书。本诊疗手册就是为了适应这种需要而编写的。我们在编写时，力求内容系统全面，叙述简明扼要，便于临床工作参考和查阅。对于精神医学实践中经常遇到的鉴别诊断，本手册均一一列表对照。书后并附有常用量表。

本手册除可供精神科医师阅读参考外，由于还详细收集了涉及其他临床科的精神医学有关问题，因此也是非精神科医师及基层医务人员、医学院校学生的良师益友。

由于编写手册的经验不足，错误在所难免，望读者不吝指正。

编者

1992年6月

目 录

第一章	精神疾病的诊断	1
第一节	病史	1
第二节	精神检查	3
第三节	现代辅助检查	5
第四节	实验室检查	7
第五节	心理测验	10
第六节	诊断原则	19
第二章	精神疾病症状与鉴别	21
第一节	意识障碍	21
第二节	感知障碍	26
第三节	思维障碍	30
第四节	情感障碍	35
第五节	意志、行为和动作障碍	39
第六节	注意障碍	41
第七节	记忆障碍	42
第八节	智能障碍	43
第九节	常见精神病理综合征	45
第三章	精神疾病的治疗	48
第一节	药物治疗	48
第二节	特殊治疗	62
第三节	心理治疗	66
第四节	中医治疗	74
第四章	脑器质性精神障碍	81
第一节	颅内感染所致精神障碍	81

第二节	颅脑外伤所致精神障碍	87
第三节	脑肿瘤伴发精神障碍	89
第四节	脑血管病所致精神障碍	92
第五节	脑变性疾病所致精神障碍	98
第六节	癫痫性精神障碍	107
第五章	躯体疾病伴发精神障碍	111
第一节	躯体疾病伴发精神障碍概述	111
第二节	急性感染伴发的精神障碍	113
第三节	心脑综合征	115
第四节	肺脑综合征	117
第五节	肝脑综合征	119
第六节	肾脏疾病伴发的精神障碍	121
第七节	营养代谢疾病伴发的精神障碍	125
第八节	血液疾病伴发的精神障碍	134
第九节	内分泌疾病伴发的精神障碍	137
第十节	结缔组织疾病伴发的精神障碍	146
第十一节	爱滋病伴发的精神障碍	149
第十二节	其他疾病伴发的精神障碍	150
第六章	中毒性精神障碍	154
第一节	药物依赖所致精神障碍	154
第二节	酒中毒所致精神障碍	157
第三节	一氧化碳中毒所致精神障碍	161
第四节	药源性精神障碍	163
第五节	有机磷中毒所致精神障碍	165
第七章	精神分裂症	168
第八章	情感性精神病	177
第九章	偏执性精神病	187
第十章	老年精神疾病	191
第一节	老年期谵妄	191
第二节	脑动脉硬化性精神障碍	193

第三节	老年性和早老性痴呆·····	195
第四节	情感性精神病·····	197
第五节	神经症·····	199
第六节	老年期精神分裂症·····	200
第十一章	反应性精神障碍·····	201
第十二章	神经症·····	207
第一节	癔症·····	207
第二节	焦虑症·····	211
第三节	强迫症·····	214
第四节	恐怖症·····	216
第五节	疑病症·····	217
第六节	抑郁性神经症·····	219
第七节	神经衰弱·····	221
第八节	人格解体神经症·····	222
第十三章	人格障碍·····	224
第十四章	性变态·····	230
第十五章	精神发育迟滞·····	235
第十六章	心身疾病·····	237
第十七章	儿童精神医学·····	239
第一节	儿童精神病·····	239
第二节	儿童神经症·····	241
第三节	多动综合征·····	243
第四节	品行障碍·····	244
第五节	特殊功能发育障碍·····	245
第六节	儿童少年期其他行为障碍·····	246
第七节	儿童学习困难·····	251
附录 1	苯二氮草类常用药名一览表·····	254
附录 2	常用量表·····	256
附录 3	精神疾病的分类·····	264

第一章

精神疾病的诊断

第一节 病 史

(一) 采集病史要求

1. 采集人态度诚恳、和气，取得供史人合作，不要带有思想框框去询问。

2. 对每一精神异常现象都要了解其来龙去脉，遇有精神因素，要了解其详细内容。

3. 采集病史除了询问供史人外，还要详细了解在门诊、外院、历次住院的诊治经过，包括应用药物的效应等。

4. 遇病人单位或家庭成员间对疾病看法有分歧时，应分别记入病史内。

5. 病人的书信、日记等都是重要的病史资料。

(二) 病史格式

1. 一般资料

姓名 性别 年龄(最好用出生年月)

婚姻 籍贯 职业(填写专业职务和工种)

文化程度 工作单位(包括工作部门、车间)

单位地址(包括联系电话，厂休日期)

家庭地址(包括联系电话)

联系人(注明与病人关系)

供史人(注明与病人关系、详细及可靠程度)

入院日期(急诊入院应注明入院具体时间)

2. (代)主诉包括病程时间和主要症状。

3. 现病史

(1) 起病情况 可能诱发的原因(精神的或躯体的)、起病时间和地点,起病形式、起病的初发症状等。

(2) 病情演变 症状变化,病程是持续性或间歇性,间歇期的表现是否与病前一样,对学习、工作、生活和睡眠的影响,引起症状变化的生理和环境因素,经过治疗及效果。

(3) 既往有住院史的,要详细记述每次出入院日期、诊断及治疗、疗效情况。

(4) 特别需要注意的问题,如拒食、拒药、冲动、自杀、营养状况等。

4. 过去史 系统回顾除精神科疾患外的其他疾病情况,重点询问脑外伤、高热惊厥、抽搐、昏迷、手术等情况,注意有无药物过敏史。

5. 个人史 包括母孕、分娩、出生发育、学习、工作、恋爱婚姻情况,女病人要了解月经及分娩情况,重点了解个性特征,兴趣爱好,嗜烟酒习惯等。

6. 家族史 了解家庭组成人员的年龄、职业、健康状况及个性脾气。二系三代精神病史及诊断。

7. 体格检查 包括神经系统检查。

8. 精神检查 (见后)

9. 病史小结 综合病史特点、精神检查发现、体格检查阳性所见及实验室异常结果。

10. 诊断及鉴别诊断 根据病史小结,提出诊断或拟诊断,要求根据我国统一制订的诊断标准,逐条列出依据,除诊断不明确者,一般不要以症状代替诊断,有针对性地对本诊断有可能混淆的其他疾病加以鉴别,并提出待排除或否定理由。

11. 治疗方案 提出治疗措施和理由,并提出进一步

检查方案。

12. 预后估计 写明估计依据。

(三) 病程记录

1. 入院三天记录 每天记录其精神活动变化,并记录饮食、躯体、睡眠、药物治疗反应等。

2. 新病人讨论记录

(1) 须记录参加讨论的各医生姓名。

(2) 对答式精神检查记录。

(3) 各参加讨论医生对病人诊断治疗的意见。

(4) 主治医生或主任医生对病情的分析、诊断和治疗意见。

3. 病程记录

(1) 精神症状演变 包括病人的要求等。

(2) 医嘱更改原因。

(3) 实验室阳性发现的处理。

(4) 躯体情况变化的原因及处理。

(5) 上级医生查房的内容和处理意见。

(6) 家属会客时的反映及假出院情况等。

(7) 其他。

4. 出院讨论记录 主要记录主治医生的精神检查内容、最后诊断、疗效估计、出院决定和注意事项。

第二节 精神检查

(一) 注意事项

1. 医生态度必须亲切、同情、和蔼、耐心,以取得病人合作。

2. 精神检查前要详细了解病史,以使检查做到有的放矢。

3. 为让病人无拘束地暴露想法,检查者不要急于打断病人讲话,或进行解释,避免公式式的发问,但可进行有针对性的提问。

4. 检查者不但要细听病人讲话,而且要注意观察病人表情、姿势、动作等。

5. 精神检查的记述不仅要用精神科术语,而且要有具体情节的描述。

6. 每次检查的时间最好不要超过1小时,如病人不耐烦,可以另找时间进行检查。不要勉强病人。

(二) 精神检查内容

1. 对合作病人的检查内容

(1) 一般表现 ①定向 了解病人对时间、地点、人物的确认情况。②仪态 包括仪表及态度,仪表包括病人的动作、姿势、衣著、装饰、清洁卫生和面部表情等。态度包括合作和接触两个方面,“合作”指病人能否按医生所讲的去;“接触”是指病人能否根据环境刺激而及时地产生相适应的反应。③注意 包括主动注意及被动注意。

④言语动作 减少或增多,动作和言语的协调性。

(2) 感知 ①错觉 了解错觉出现的时间及病人的反应等。②幻觉 了解清晰程度及幻觉种类、性质、频率、出现时间、持续时间及病人态度。③感知综合障碍。

(3) 情感 ①客观的 根据病人的姿态、动作、言语、面部表情等外在表现来了解病人的情感体验。②主观的 以启发诱导的方法,触及病人感情或生活中实际问题,通过病人讲述和面部表情进行分析,了解病人的内心体验,自我感觉状态,并需注意情感和思维、行为之间的相互关系。

(4) 思维 ①思维过程和逻辑障碍 有无思维奔逸或迟缓、连贯性、主题是否明确、概念是否确切、推理合理性、强制性或强迫性观念等。②妄想 种类、内容、系统性,是继发的还是原发的,有无泛化,与其他症状关系等。

(5) 智能 ①记忆 远事记忆可询问病人的经历及以往发生的事情;近事记忆可询问病人在24小时或48小时以内发生过的事情;即刻记忆检查可先告诉病人一个人名、

一事物和一个地址，令其复述，或3~5位数字的顺背或倒背。②计算 通常用100-7连续心算法，正常人完成的时间不应超出一分钟，所发生的错误不应超出一个以上。③判断 使对所列举的两种不同事物或事件中找出其共同点及主要差异。④常识 根据病人的文化水平，列举时事、历史、地理等知识。⑤自知力 病人是否知道自己有病、病的性质、发病原因、病的经过、可能发生的后果、未来自己的安排和打算等。

2. 对不合作病人的检查内容

(1) 一般情况 入院方式、仪表装饰、饮食、睡眠、大小便及生活料理情况等。

(2) 意识定向 病人对周围事物的反应，与周围人物的接触状况，对时间、地点、人物能否识别。

(3) 面部表情 观察面部表情的表现，表情出现与环境、言语刺激、人物接触等的关系及协调程度。

(4) 动作行为 动作是增多抑减少，行为的目的性，与环境的关系，特殊姿势及怪异动作的存在，有无冲动、伤人、毁物、自伤、逃跑等行为。

(5) 言语和书写 有否缄默、语多、自语现象，言语的连贯性和内容。进行笔谈的观察其字迹、内容等，有无书信、日记等资料。

(郑晓培)

第三节 现代辅助检查

(一) X线CT

CT可以清楚地显示脑实质(皮质和髓质)、脑室-脑沟系统的横断面图，故可以用以辨别：①脑实质的高密度和低密度；②脑室-脑沟系统的扩大，变形和移位；③两半球对称性。

1. CT对颅脑病变的定位以至定性诊断有一定价值。

(1) 鉴别颅内血肿、脑水肿、蛛网膜下腔出血和脑梗

裂伤。

(2) 诊断脑梗死、脑出血、脑肿瘤。

(3) 各种脑萎缩，包括 Alzheimer 型老年痴呆。

(4) 对脑脓肿可以确定其部位、大小和数目。

2. 可显示动脉瘤出血，脑动、静脉畸形。

3. 精神分裂症的研究：已发现部分病人有脑室扩大，大、小脑萎缩，脑密度减低和大脑非对称性改变。

(二) 脑电域象图(BEAM)

1. 精神分裂症

(1) 部分病人显示额区大量慢电位活动以 δ 波为主，而以左侧活动大于右侧；

(2) P300的波幅在左颞区明显降低。

2. 老年性痴呆和酒中毒

(1) θ 波和 β 波分布在右侧前额区；

(2) 在前额区P300的潜伏期延长。

3. 抑郁症 P300的波幅偏低，界于精神分裂症患者与正常人之间。

4. 癫痫 BEAM可证实有癫痫发作。

(三) 正电子发射型断层摄影(PET)

1. 精神分裂症

(1) 利用 ^{133}Xe 吸入技术，发现左侧半球血流异常与其症状相联系，发现那些孤独、活动少、紧张症状群与额叶前中央区的血流低有关，而认知障碍包括幻觉和额叶后中央区枕叶两侧和颞区的高血流有关；

(2) 利用 18F去氧葡萄糖注入病人静脉后，摄制出“大脑葡萄糖图”，发现病人的额叶皮层，左侧半球中央灰质区的葡萄糖利用率低。

2. 情感性精神障碍

(1) 18F去氧葡萄糖注入静脉后，发现双相抑郁，双相混合状态病人整个大脑的葡萄糖代谢率均明显降低，当转为躁狂时，则大脑的葡萄糖代谢率增加；

(2) ^{133}Xe 和 ^{18}F 去氧葡萄糖,可发现单相抑郁病人左侧额区皮层葡萄糖代谢率下降,或两半球的葡萄糖代谢率不对称。

3. 痴呆

(1) 用 ^{18}F 去氧葡萄糖技术,发现痴呆病人的大脑葡萄糖代谢率低于正常人,而小于65岁病人的右半球的代谢损害比左侧半球为大。

(2) $^{15}\text{O}_2$, ^{18}F 去氧葡萄糖技术,发现 Alzheimer 型的痴呆病人,还有额-顶区皮层的代谢率减低。

(四) 核磁共振成像(MRI)

1. 精神分裂症

(1) 患者的额叶,大脑和头颅均较正常人小,而且有这类发现的病人多伴有阴性症状。

(2) 阴性症状多的病人其下值高。

2. 痴呆

(1) SDAT和MID病人的 T_1 大于正常人。

(2) SDAT病人的白质PD值大于正常人和MID病人,而MID的PD值与正常人无差异。

3. 情感性精神障碍 双相病人的额叶和颞叶 T_1 值高于正常人。

4. 孤独症 发现病人的第四脑室扩大,小脑和边缘系统异常。

5. 其他

(1) 测定脑垂体的体积,位置及构形。

(2) 检查脑动、静脉血管畸形和多发性脑损害,脑出血等优于X线CT。

(五) 经颅多普勒超声(TCD)

第四节 实验室检查

长期以来,精神科医师主要根据经验,而缺乏可靠的实验室指标来进行精神疾病的诊断。近十余年来,许多研

究家们提出了一些有助于诊治的方法，兹分述如下，以供参考。

(一) 脑脊液检查 有助于诊断和治疗。

1. 颅内出血 脑出血、蛛网膜下腔出血、颅脑外伤。
2. 中枢神经系统炎症 脑炎、脑膜炎。
3. 颅内肿瘤 各种脑瘤、脑膜瘤等。
4. 神经递质及其代谢产物。
5. 免疫球蛋白。

(二) 药物血浓度的测定 有助于观察下列药物在体内的药动学规律。

1. 血锂测定。
2. 血中氯氮平及N-去甲基代谢物。
3. 血中吩噻嗪衍化物。
4. 血中安定。

(三) 精神疾病遗传的实验研究

1. 早期识别某些遗传疾病 妊娠第16~20周的羊水分析。

(1) 分析染色体 诊断有无染色体遗传因子的携带者，如先天性智力低下，生长发育迟缓，并伴有多种畸形等。

(2) 进行生化测定 诊断有无先天性代谢异常如G6-PD缺失基因，苯丙酮酸尿症等。

2. 精神分裂症高发家系的CT检查 若发现其一级亲属的第Ⅱ脑室扩大，可推测他们发病风险较高。

3. 限制性酶切片段长度多态(RFLP) 这是一种DNA重组技术和连锁分析，发现Nollo家系中第11号染色体短臂顶端的胰岛素基因(INS)和致膀胱癌基因(Harvey RAS-1, HRAS1)的位点与双相情感性精神病相连(Lods>3)，因而推测情感性精神病的基因也位于同一条染色体上。

(四) 精神病生化的实验研究

1. 地塞米松抑制试验(DST)