

实用精神医学 急诊手册

徐声汉 郭莲舫 ①编著

上海科技教育出版社



第二版

R749.05
XSH
C.2

100506

第二版

实用精神医学 急诊手册

徐声汉 郭莲舫 ①编著

上海科技教育出版社



C0161704



编 者
徐声汉 郭莲舫

实用精神医学急诊手册
(第二版)

徐声汉 郭莲舫 编著

上海科技教育出版社出版发行

(上海城生园路393号 邮政编码 200233)

各地新华书店经销 常熟第六印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 7.5 插页 2 字数 165,000

1995年12月第2版 1995年12月第4次印刷

印数 24,901~34,800

ISBN 7-5428-0200-7/R·4

定价: 11.00元

FA27/17

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。

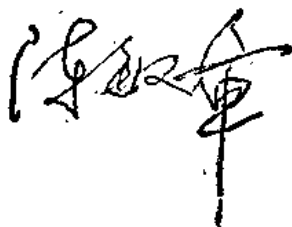
1977年5月,第30届世界卫生大会通过了举世闻名的“2000年人人享有卫生保健”的决议;提出全球主要的卫生目标是:到2000年世界上所有的人都达到在社会和经济生活两方面富有成就的健康水平。围绕这一全球目标,我国确定了卫生事业发展的总目标:到2000年我国城乡居民都能获得最基本的卫生保健服务,力求达到与小康相适应的健康水平,实现人人享有卫生保健。

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和水平的提高。

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

初版前言

精神紊乱可以导致各种危险情况，或则影响到社会或则威胁病人自身生命安全，因而需送急诊。近年来医院急诊中涉及精神科问题必须紧急处置的患者日益增多。在欧美国家，一些有心理问题或“情感危机”的人也常常到综合性医院急诊室去就诊，形成了“会诊—联络精神病学 (Consultation-Liaison Psychiatry)”这样的精神病学分支；把精神科医生在病房会诊、重点监护室、急诊服务及联合门诊等活动作为业务内容，加强了精神医学与临床各科的联系。

鉴于目前国内还缺少指导这方面工作的专著，我们根据自己的实践经验，并参阅了国外同类书籍，编写了这本手册。

本手册是《实用医学手册》系列之一。它遵循“简明、实用”的要求编写，是一本中级水平的医学临床工具书，适合精神科专业及非精神科专业青年医师，医学实习生及基层医务人员阅读参考。对综合医院心理咨询开展亦有助益。

手册第三至六章由郭莲舫副主任医师执笔，其余各章均为徐声汉教授编写。由于作者经验不多，存在缺点、错误和不当之处，希予指正。

编者 一九八八年一月

于上海市精神卫生中心

目 录

第一章 精神病的病史和检查	1
第一节 病历格式及内容	1
第二节 精神检查法	3
第三节 体格检查和实验室检查	7
第二章 常见急诊精神症状的鉴别诊断和 处理	9
第一节 精神科急诊处理的一般原则	9
第二节 兴奋状态	10
第三节 抑郁状态	13
第四节 木僵状态	16
第五节 意识模糊状态	18
第六节 偏执状态	20
第七节 幻觉状态	23
第八节 痴呆状态	24
第九节 焦虑状态	26
第十节 疑病状态	28
第十一节 强迫状态	30
第十二节 神经衰弱状态	31
第三章 躯体疾病中常见精神障碍的急诊	34
第一节 躯体疾病伴发精神障碍的病	

因	34
第二节 躯体疾病伴发精神障碍的诊 断要点	35
第三节 躯体疾病伴发精神障碍的处 理原则	37
第四节 常见躯体疾病伴发精神障碍 的诊断和处理	38
一、急性感染性精神障碍	38
二、肺性脑病	40
三、肝性脑病	41
四、肾性脑病	43
[附] 透析性脑病	45
五、心脏病时的精神障碍	46
六、白血病时伴发精神障碍	48
七、贫血时伴发精神障碍	50
八、系统性红斑狼疮时的精神障碍	52
九、烟酸缺乏时的精神障碍	53
十、糖尿病伴发精神障碍	54
十一、自发性低血糖症时的精神障碍	56
十二、甲状腺功能亢进伴发的精神障碍	57
十三、甲状腺功能减退时的精神障碍	59
十四、垂体前叶功能减退时的精神障碍	60
十五、慢性肾上腺皮质功能减退症时的精神 障碍	62
十六、皮质醇增多症时的精神障碍	63
十七、高血压病伴发精神障碍	64
十八、手术后的精神障碍	66
第四章 中毒性精神障碍	68
第一节 中毒性精神障碍的病因	68

第二节 中毒性精神障碍的诊断要点	69
第三节 中毒性精神障碍的处理原则	71
第四节 常见中毒性精神障碍的诊断 和处理	72
一、酒精中毒	72
二、一氧化碳中毒	76
三、有机磷中毒	79
四、激素所致精神障碍	82
五、抗胆碱能药物中毒	83
[附] 药物依赖及戒断反应	84
第五章 脑器质性精神障碍的急诊和处理	87
第一节 脑器质性精神障碍的病因	87
第二节 脑器质性精神障碍的诊断要 点	89
第三节 脑器质性精神障碍的处理原 则	92
第四节 常见脑器质性精神障碍的诊 断和处理	93
一、脑动脉硬化症时的精神障碍	93
二、颅脑外伤伴发的精神障碍	97
三、多发性硬化症时的精神障碍	103
四、风湿性脑病时的精神障碍	105
五、肝豆状核变性时的精神障碍	107
六、正常压脑积水时的精神障碍	109
七、颅脑肿瘤伴发的精神障碍	110
八、癫痫伴发的精神障碍	115
九、散发性脑炎的精神障碍	119
十、麻痹性痴呆(脑梅毒)	123
十一、老年性痴呆	124

第六章 急诊中联络精神医学问题	126
第一节 临床各科病人的心理问题和处理	126
一、疾病的一般心理反应	126
二、急重疾病的心理问题	127
三、慢性疾病的心理反应	128
四、各类心理问题的处理	129
第二节 常见心理危机和干预	132
一、危机的心理反应	132
二、心理危机干预	133
三、急诊中常见心理危机处理	134
第七章 急诊中常见的精神疾病	137
第一节 精神疾病分类概述	138
第二节 精神分裂症	142
第三节 躁狂抑郁症	146
第四节 偏执性精神病	148
第五节 反应性精神病	150
第六节 神经症	151
一、癔症	151
二、强迫症	153
三、恐怖症	154
四、焦虑症	155
五、抑郁性神经症	157
六、疑病症	159
七、神经衰弱	160
第七节 精神发育迟滞	162
第八章 精神药物的急诊应用	164
第一节 精神药物治疗的一般原则	164
第二节 急诊常用精神药物	165

第三节	精神药物的副作用和处理·····	174
第九章	精神药物急性中毒的诊断和处理·····	187
第一节	抗精神病药急性中毒·····	187
第二节	三环类抗抑郁药急性中毒·····	190
第三节	单胺氧化酶抑制剂中毒·····	191
第四节	急性锂中毒·····	192
第五节	抗焦虑药中毒·····	193
第六节	抗震颤麻痹药中毒·····	194
第七节	镇静催眠药中毒·····	195
第十章	精神病人意外事件的预防和处理·····	198
第十一章	精神病人的急诊室观察和护理·····	203
第一节	观察和记录·····	203
第二节	精神病的一般护理·····	205
第三节	特殊症状的护理·····	206
附录	ICD-10 精神与行为障碍分类 ·····	212

第一章

精神病的病史和检查

第一节 病历格式及内容

(一)一般资料 包括姓名 性别 年龄(填写实足年龄) 婚姻(已、未、离、丧偶) 籍贯 民族 职业(填写专业职务和工作) 文化程度 工作单位(包括具体工作部门) 单位地址(包括联系电话及厂休日期)及联系人 家庭地址(包括联系电话)及联系人(注明与病人关系) 来诊日期(急诊病人应以0~24 h为时间单位标准注明时间) 供史者(姓名及与病人关系) 医生对病史资料的估价(是否详细、是否完整、客观性及可靠性)

(二)主诉 疾病的主要症状及病程。据现病史资料归纳概括,要求简明、扼要、通顺,与病史内容相符,不要用专科术语。

(三)现病史

1. 起病情况 ①诱发原因(精神因素应了解精神刺激的性质、强度与持续时间;躯体因素则应了解疾病的最终诊断及主要表现,重大手术或药物过量、过敏等;注意所从事工作的环境与发病有无关系,有无职业性中毒等)。②起病

* 从症状开始出现到疾病明朗化(影响正常生活或工作,需要治疗),历时2周以内为急性起病,2周至2月为亚急性起病,2月以上为缓慢起病。

时间、地点(具体在什么场合,什么时间出现异常)。③起病形式(急性、亚急性或缓慢起病*, 有无明显的间歇期,有无自动缓解、顿挫现象)。④起病初发症状(包括反常的言行、动作、表情,或与家庭、单位所发生的矛盾等)。

2. 病情演变 ①症状变化(初发症状与目前症状表现是否一致,有否加重,什么因素所致,与环境、心境、个性关系如何)。②持续时间变化(症状表现是间歇性还是持续性,间歇期表现是否恢复到病前正常情况)。③症状的消长(哪些症状初期不引起注目,而后却变为主要症状,哪些初起症状随时间推延而消逝,哪些症状贯穿于病程始终)。

3. 诊治情况 了解起病后就医、诊断及治疗情况。若有原始病史资料,应扼要摘录。

4. 病后一般情况 病时的生活状况,如学习、工作、饮食起居及睡眠等。特别要注意近 come 有无不眠、早醒,有无厌食、拒食或进食不正常的情况,月经周期及性生活情况也应询问。

5. 必须特别防护的情况 有无消极、自杀、自伤、冲动、打人、出走等企图及行为。

6. 来诊原因 阐明直接促使病家来门诊、急诊的原因。

(四)过去史 重点询问既往的疾病史,以往精神病史。如果与现在疾病密切相关,应在现病史中叙述。躯体疾病如脑外伤、高热惊厥、抽搐、昏迷,心、肝、肾等内脏疾病,重大手术及药物过敏史等。按发生次序了解诊断及治愈后的情况。

(五)个人史 系指从母孕期起,到出生后的整个生活经历。应根据病人发病年龄重点询问。如对儿童则应详细询问母亲怀孕时健康状况、分娩情况、出生发育情况、学习及家庭教育情况。对老年病人则不必详问幼年史。成人应着重询问工作情况、学习情况、恋爱婚姻情况,女病人尚须了解月经、分娩情况。对生活中的特殊遭遇,曾否受过重大

精神刺激等影响身心健康因素必须询问。还需重点了解病前性格特征、兴趣、爱好、习惯、嗜好、待人接物态度等。

(六)家族史 了解家庭组成人员以及二系三代中有无精神疾病,包括各类精神病、癫痫、低能、癔症、强迫症和严重神经官能症等。必须写明亲属关系和患何种精神病;如诊断不明,则描写具体表现。尽可能了解家族成员的性格特征和神经系统疾病情况。性格特征描述具体表现,神经系统疾病则应注明诊断、转归。

(七)精神检查 (见本章第二节)

(八)躯体检查 神经系统检查及常规化验检查

注意阳性或异常发现及其与精神病的关系。

(九)病历小结及分析 包括扼要的病史,主要的临床表现、精神检查所得的精神症状,躯体阳性体征及对诊断有参考意义的化验结果。在掌握以上资料的基础上,对病例提出诊断根据及鉴别诊断的分析,拟定治疗方案及作出预后的估计。

(十)诊断或印象 首先列出精神病诊断,包括疾病名称及亚型;次列其他诊断。门诊、急诊一时不能明确诊断的病例,可提出印象或初步诊断或写明综合症状,如偏执状态、抑郁状态、木僵状态等,待观察确诊。

医生签名 ×××

第二节 精神检查法

(一)合作病人

1. 一般表现

(1)接触情况 是主动抑被动,合作情况和程度,对周围环境的态度等。

(2)仪态 观察病人服饰、仪容,表情如何,是否适应现实环境条件。

(3)意识状态 意识是否清晰,若有意识障碍要具体

描述(嗜睡、意识模糊、谵妄、昏睡、昏迷)。

(4) 定向能力 了解对时间、地点、人物能否确认;自身姓名、年龄、职业的自我定向等。

(5) 注意 其中包括主动注意:能否集中,抑涣散,维持时间长短;被动注意:注意转移是否迟钝,有否随境转移。

2. 动作与行为 动作、言语量的增减与质的变化,本能活动(如食欲、性欲)的减退或增强,动作与言语是否配合、协调,有无兴奋、木僵、怪异的动作行为或特殊姿势等。

3. 感知障碍

(1) 错觉 应了解内容,出现时间及频度,病人反应及出现错觉时的意识状态。

(2) 幻觉 应了解内容,清晰程度,种类,性质,频度,出现时间,持续时间及病人对幻觉所抱态度。

(3) 感知综合障碍 有无时间、空间、形体等感知综合障碍,并了解病人的感受。

4. 情感活动

(1) 客观的 观察病人的面部表情、姿态、动作、语言、声调等外部表现来了解病人的情感体验为高涨、低落、焦虑、淡漠,还是其他。

(2) 主观的 以启发式谈话,触及病人病情或生活中实际问题,根据病人诉述来了解其内心体验,并注意自身感觉、自我评价,消极悲观及自伤自杀企图。检查时对反映病人情绪变化的瞳孔、呼吸、心率等植物神经功能状态要联系看;了解其情感强度,情感与其他精神活动的协调性及对周围事物是否有相应的情感反应。

5. 言语和思维 记录其表现形式,可用与患者的对话举例。

(1) 有无联想障碍 应答切题程度,主题是否明确,言语是否通畅、连贯,语量和语速的异常,思想内容有无内在联系,患者对思维活动的主观体验,有否强制性思想或强迫

观念。

(2) 有否逻辑障碍 概念是否确切,推理有否荒谬,是否出现矛盾观念,病理性象征及语词新作等。

(8) 妄想 妄想的种类,具体内容,结构,涉及范围,有无泛化现象,是否固定或成系统,荒谬程度,患者对妄想的态度,妄想与其他症状之间的关系。

6. 智能情况 包括感知、记忆、抽象概括、学习知识、积累经验和解决问题能力等综合精神活动的功能。详细了解可进行智商测定。临床检查如下:

(1) 记忆 常用顺背数字,倒背数字,回忆近期或以往生活事件,复述简短故事等来了解有无记忆减退、遗忘症(包括即刻回忆、近记忆及远记忆力)、记忆增强,有无错构、虚构。

(2) 计算 常用 100~7 连续递减法,简单算术应用题,记录心算结果,应结合病人病前水平作出比较。

(8) 常识 根据文化背景的不同,举出有关生活经验、政治常识、时事新闻、历史地理等进行提问或对成语作解释,观察病人了解的深度和广度。

(4) 判断 举例要求病人对事物作判断,指出其间的共同点和主要差异,如矮子与小孩有什么区别?根据病人的年龄和原有水平作评判。

7. 自知力 病人对自己精神状态的认识和判断能力。根据能否认识自己的病态及对治疗的态度,判定其为自知力完好、部分自知力及无自知力等不同情况。

(二) 不合作病人 极度兴奋躁动、紧张症状群、意识模糊的病人,常不能合作检查而洞悉其思想内容及内心活动。对这类病人的全面精神检查可待病人病情改善后再进行,但应尽量地根据其在环境中的具体表现及对周围事物的反应,观察记录,内容格式如下:

1. 一般外貌 观察其仪态、衣着、接触、合作程度、睡眠、饮食等日常生活情况。

2. 意识定向 一般可从病人的面部表情、自发言语、生活自理能力及行为等方面进行判断。直接检查时要观察病人对周围环境是否注意,对外界刺激的反应,令其做某项动作,能否领会、配合,对时间、地点、人物及自身处境能否识别等。

3. 动作行为 有无自发行为,有无刻板、重复动作、模仿动作,动作是增多抑减少,有无目的性,有无冲动、伤人、毁物、自伤、自杀行为,对命令的行为是否执行,有否抗拒、违拗、逃避或被动服从。病人是久卧还是呆立,姿态是否自然,肌张力有否增加,改变其姿势的反应如何?有无蜡样屈曲或特殊的姿态保持,当面检查及暗中观察有无不同表现。

4. 面部表情 观察无人时病人是闭眼、凝视或警惕周围事物,检查时注意病人面部表情如呆板、欣快、忧愁、焦虑、茫然、淡漠等,有无谛听神情、有无惊恐、流泪和表情变化,对工作人员及家属亲友等有何反应,当询问病人有关内容时,有无情感流露。

5. 应答书写 有无自发言语或说话意向,如唇动、喃喃作语、摇头、摆手示意动作,言语内容如何,是否刻板重复,对问话是否回答,应答声调与速度如何,有无模仿言语,呈缄默表现者可否用笔谈方式问答,书写是否正确流畅,内容如何。

6. 其他 记录能观察到的一切精神症状,如女病人能否料理月经期卫生,本能活动意向有无亢进或减弱,是否能逃避危险、具备自我保护能力,情感反应与环境的协调性等。

(三) 器质性精神病检查重点 急诊工作中,对疑为症状性精神病和脑器质性精神病的患者,应着重对以下诸点进行检查。

1. 意识状态 可从患者与环境的接触、定向、注意、应答、领悟、执行命令及事后回忆等诸方面来综合判断。