

伴随几代美国医生的成长

美国名医诊疗手册

精神病学

PSYCHIATRY

(第6版)

David A. Tomb 编著

张勉 翻译

Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权
天津科技翻译出版公司出版

美国名医诊疗手册

精神病学

PSYCHIATRY

第6版

David. A. Tomb 编著

张勉 翻译

Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权
天津科技翻译出版公司出版

著作权合同登记号: 图字:02-2000-121

图书在版编目(CIP)数据

精神病学:第6版/(美)汤姆(Tomb, D. A.)编著;张勉译. —
天津:天津科技翻译出版公司, 2001.8

(美国名医诊疗手册)

书名原文:House Officer Series:Psychiatry(Sixth Edition)

ISBN 7-5433-1373-1

I. 精… II. ①汤…②张… III. 精神病学 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 035263 号

Copyright © 1999 Lippincott Williams & Wilkins

All rights reserved. No reproduction, copy or transmission of this publication may be made without written permission.

This is a translation of PSYCHIATRY.

中文简体字版权属天津科技翻译出版公司。

本书中所给出的各种药物的适应证、副作用和剂量安排,虽经专家审定均正确无误,但今后仍会有所变更,因此读者在使用时应以各药厂提供的使用说明为准。

14W62/02
授权单位: Lippincott Williams & Wilkins Inc.

出版: 天津科技翻译出版公司

出版人: 邢淑琴

地址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电话: (022)87893561

传真: (022)87892476

E-mail: jsttbc@public.tpt.tj.cn

印刷: 天津市蓟县宏图印务有限公司

发行: 全国新华书店

版本记录: 850×1168 32 开本 11.375 印张 插页 0.5 印张
277 千字

2001 年 8 月第 1 版 2001 年 8 月第 1 次印刷

定价: 21.80 元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

中文版前言

《美国名医诊疗手册》系列丛书是 Lippincott Williams & Wilkins Inc. 出版的一套《House Officer Series》的中文译本。

这套书涉及临床医学的各个主要科目,均由工作在临床和教学第一线的各科著名资深专家编著而成。编者不是把书编成一本一般的教科书,而是着重于评价和分析临床常见的各科问题,其中包括资历欠深的临床医师所关心和提出的疑难问题。书中汇集了大量临床信息,阐述了如何根据临床资料进行诊断和鉴别诊断,给出了具有指导意义的临床处理方法。书中的图表或提供资料,或指出重点,或分析,或比较,清晰地展示给读者一个思路,使读者一目了然。书中还列出了大量推荐读物或参考文献,供读者需要时查阅。

正是由于这套书内容实用、重点突出、编排科学、可操作性强,以及携带方便、价格合理,20年前的首次出版便获得了极大成功。以后随着医学科学的迅速发展,又数次再版修订,更新了内容,增添了涉及医学科学发展前沿的诊断手段和药物,从而使这套书始终受到广大临床医师的积极欢迎,经久不衰。我们把这套书奉献

给中国的临床医师和医学生,旨在帮助诸位迅速提高临床诊疗能力,增强自信心,成功面对越来越复杂多变的临床问题。

本套书由我国若干名各科医学教授、主任医师、副主任医师、医学博士及外语工作者共同协作翻译。由于时间紧迫,虽经认真译校,恐仍有不当之处,敬请同仁赐教指正。

祝你成功!

编译者

2001.7.10

前言

经历了又一个4年,本书迎来了再次重版。此次再版时,丛书组织者们的注重点已并非在于对精神疾病高深莫测的解释方面,而是转向那些尽管种类为数不多但对医生们实用性颇高的、有一定临床价值的、前未意料而兴起的又一代新型药物。同时,近5年来,为我们所探索的精神病性及情感性障碍的精神药理学研究已又有了鼓舞人心的长足发展。因此,我将很想在新版的内容中能充分地体现出上述这些变革。再版中突出的增加改进内容是,为绝大多数患者提供了更多更新的治疗手段,而尽管这些方法在疗效方面尚未有更大的突破,但从其所引致的躯体不适及副作用来讲,将使他们尽量地减少了经济上的开支。

于此,我还要提出的是:在本书于20年中完成了6版之后,我很想再一次郑重地向伯纳德·格劳泽医学博士(Bernard I. Grosser M. D.)表示感谢。格劳泽博士是美国犹他州大学医学院精神科研究室主任,他由始至终地在保障本书的发行及印刷中为我提供了激励与帮助。当然,此书的本身是远不及体现其研究室所从事的重要工作,也更谈不上为其研究所的发展或

辉煌起到什么作用。尽管如此,他为了更有益于精神医学的培训和年轻医生的实践,为了本书简洁精炼的特色及一次次的再版都坚持不懈地给予了支持。与此同时,多年来他也为本书的顺利发行始终提供了诸多方便。

大卫·A·汤姆 医学博士

(*David A. Tomb, M.D.*)

目录

1. 精神疾病的分类…………… (1)
简介精神疾病的分类和 DSM-IV。
2. 精神科的检查…………… (4)
虽然在 DSM-IV 中已列明了疾病的诊断步骤,但完整的病史和可靠的精神科检查仍是很有必要的;其他有诊断价值的资料则可通过心理测评、脑电图、脑影像技术和阿米妥催眠心理分析而获得。
3. 精神病性障碍…………… (23)
此范畴中主要的是精神分裂症,属慢性病程疾病;其他类别为体现不同病因学的精神分裂样障碍。
4. 心境障碍…………… (48)
心境障碍包括抑郁和躁狂发作,表现为重性或轻性型,疾病可呈原发性或由药物因素所诱发;此类疾病的治疗通常是特异及有效的。
5. 谵妄、遗忘和其他认知功能障碍 …… (68)

这些是只有在脑损伤时才有的症状,因此要特别强调与绝大多数精神疾病的鉴别诊断。

6. 痴呆..... (75)

痴呆是一组人为限定的及为其他疾病诊断提供线索的症状群,依照综合的治疗原则可划分为可治疗(可逆)型和不可治疗(不可逆)型。

7. 自杀和攻击行为..... (87)

自杀的病例并非少见且判定不一,因此对他们必须谨慎地识别并积极治疗。攻击性的病例则需要特殊的控制及认真的检查。

8. 焦虑性障碍..... (99)

焦虑性障碍并非仅指焦虑症,还包括恐怖症,以及严重应激下的适应不良性反应和强迫性障碍。

9. 分离性障碍..... (114)

这是一组具戏剧性变化的症状群,包括遗忘症、神游症、分离性身分识别障碍和人格解体性障碍。此组症状并非常见,但引人注目。

10. 悲怆和临终患者..... (119)

本章介绍正常和非正常的悲怆状态及治疗原则,以及对慢性疾病或临终前反应状态的处置原则。

-
11. 疑似躯体疾病的状态…………… (129)
此类状态中,有些是躯体疾病患者同时患有精神科疾病,但还可能是转换性障碍、躯体化障碍、疑病症和疼痛障碍。
12. 心身性障碍…………… (143)
本章介绍心身疾病的一般特征及其心理生理学机制,并简列某些特殊的心身性障碍。
13. 与非精神药物有关的精神症状群…
…………… (157)
本章介绍绝大多数药物在临床治疗过程中通常会出现的精神症状群。
14. 躯体疾病的精神症状群…………… (163)
焦虑、抑郁和错乱状态也都可能由确实的躯体疾病所引起。本章介绍通常会出现精神症状的躯体疾病。
15. 神经科疾病的精神症状群…………… (170)
部分基于中枢神经系统病理性病灶的神经科疾病可导致精神症状群。本章介绍某些典型的神经疾病。
16. 酒精的精神科问题…………… (175)
常见的与酒精相关情况有中毒、依赖、戒断、震颤性谵妄和幻觉症。本章介绍有关治疗问题。

-
17. 药物滥用的精神科问题…………… (190)
临床中应掌握的药物包括阿片类、镇静催眠药类、致幻剂类、兴奋剂类和吸入剂类。
18. 性心理障碍…………… (217)
本章所列出的是性功能正常者的心理性障碍,如性偏离和性身分障碍,并列举了可考虑使用的治疗方法。
19. 睡眠障碍…………… (230)
可靠地评价失眠和睡眠过度这两种常见睡眠障碍状态的关键是:精确的病史和对正常睡眠的认识。
20. 人格障碍…………… (243)
本章介绍对几类不同人格障碍的识别。尽管此类病例可引致某些混乱状态,但对任一病例来讲,他们的人格特征也可视为是“自然而然”的问题。
21. 精神发育迟滞…………… (253)
精神发育迟滞经常可见且可由多种原因所致,但此症不一定是不可逆的状态。
22. 心理治疗…………… (259)
所使用的诸多类别心理治疗方法中,较主要的有精神分析、支持性心理治疗、病人小组治疗、行为-认知治疗和病人家庭治疗。

23. 生物学疗法..... (271)

成人临床中的主要药物有抗抑郁药、强安定药和弱安定药,以及锂盐等。电休克仍是较主要的疗法,而现代的精神外科则是次要的。

24. 关于老年患者..... (332)

老年病例具有一些特异的敏感问题,因此从治疗安全角度出发,必须要了解更专化的精神药理学和精神治疗的原则。

25. 有关法律问题..... (341)

在精神病学中,法律问题一直是很重要的,尤其是非自愿被管制与治疗目标的判定相混淆时,以及精神病态与犯罪情节相重叠时更是如此。

精神科常用药物..... (351)

第 1 章

精神疾病的分类

很长时间以来,精神疾病的诊断标准化问题一直是模棱两可及欠推敲的,有些疾病诊断则倾向于主观性的、难以验证的、单纯精神现象学的,甚至某些疾病的诊断是异类混同在一起的。

《美国精神疾病诊断统计手册》(第 4 版)(DSM-IV)^[1]作为现代诊断系统则可能避免了上述欠缺,手册是通过对症状群的独特组合而实现了对疾病的识别。该手册尽量地限定了那些虽可能具重叠性但仍可被识别的精神疾病,并保留了疾病各自专化的诊断标准。当被评定的病例符合了疑似诊断的病史要点及必备的症状标准项目数(确立诊断并非要求符合全部症状项目)时,疾病诊断即可确立。手册中的各类疾病均具有各自的一组“为操作而限定”的诊断标准。手册允许并列诊断,并为各病类限定了“未另外分类”(NOS)的亚类,即允许归入那些通常可见却表现非特征性症状的病例。同时,某些病类还列有亚型以便于相互区别(例如偏执型精神分裂症),和/或列有有关注明(指随病程的变化,例如轻度、中度、严重或痊愈),但并非均是如此。另外,手册还许可暂时诊断(指目前难以确定)或

暂缓诊断(指目前资料不足)。

例如:某患者表现有(a)妄想和幻听性症状,同时表现(b)社交及职业功能损害,(c)症状持续6个月以上,(d)完全可以排除躯体疾病状态和(e)明显的重性情感性症状,则可确立精神分裂症诊断。如另外他又表现有(f)情感淡漠,或不適切或愚蠢的情感,以及(g)言语和行为紊乱,那么又可确立瓦解型的附加诊断。

DSM-IV提高了诊断**可靠性**(不同医生对同一患者做出相同诊断的可能性),但在**有效性**(诊断对具特征性状态辨识的确切性)方面的增进则是有限的。DSM-IV理想地将精神症状群重组为许多症状段,然而每一个症状段并非又可自限为“有效的”症状群^[2,3]。另外,DSM-IV仍没有对任一疾病的致因给以假设,而只是进行了描述或归类。当然,这主要是鉴于绝大多数疾病的病因学还是未知的。DSM-IV较好地解决了跨文化问题,在必须特殊关注之处给予了有关症状方面的解释。尽管如此,DSM-IV也是远非完美的^[4],故仍应给以“临床性的评价”,以及在做最后诊断时要谨慎地使用。最后还应铭记的是,作为一名医生,你所面对的首要患者以及他的供述或经历,而并不是诊断。

多轴分类系统

DSM-IV中,除附加限定的操作性标准外,还采用了多轴分类系统,以提供其他重要临床资料。患者可不必完全符合每五个轴的编码,但对规范的诊断来讲,必须要有前三个轴的诊断。

• 轴 I 临床精神状态诊断。

• 轴Ⅱ 人格障碍和/或精神发育迟滞(没有时也要描述)。

• 轴Ⅲ 与精神障碍并存的躯体疾病诊断。

• 轴Ⅳ 列举社会心理和生活环境的困难,通常指近一年内的非寻常问题,如失业、离异、经济拮据、童年受虐等。

• 轴Ⅴ 功能状态总评量表(GAF),这是一项针对近一年来现实整体状态最佳水平的概括性评价(评定的量化范围为1~100)。此量表也常用于策划治疗和预计结局。

参考文献

1. American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Clark LA, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol* 1995; 46:121-153.
3. Sullivan PF, Kendler KS. Typology of common psychiatric syndromes. *Br J Psychiatry* 1998; 173:312-319.
4. Tucker GJ. Putting DSM-IV in perspective. *Am J Psychiatry* 1998; 155:159-161.

第 2 章

精神科的检查

精神检查有助于(a)确立疾病诊断,(b)评定患者症状严重度,(c)确认发病的早期过程,(d)建立与患者的治疗关系,(e)完善对患者的动态认识,和(f)帮助患者配合心理治疗。某些(传统精神分析观点)精神病学家论称,对患者最有效的了解是源自与其由始至终的接触,而这种接触应是建立在与患者有意识和无意识的关系上的。为应用 DSM-IV 而设计的检查患者方法为一种称为定式检查的方法,这种定式检查要求精细的病史和症状的描述性资料,以及对专设问题的诸项回答^[1-4]。但任何可以获取与患者有关的确实及有效资料的检查方法均仍有其难以解决的自身问题,因此,理想的诊断还是需要下述组合的临床评价。

对精神科病人的全面性评价应包括精神方面的病史、精神状态的检查、系统的躯体检查、实验室的筛选性检查,以及必要的特殊心理学和生物学检查。对病史和精神状态的了解通常在最初的接触中就获得。

为了更多地获取而不仅仅是收集证据,检查者并非只是以病史和精神检查作为所要发掘的有价值资料的来源,而还要包括患者的人际交往类型和非言语性

交流能力,以及他所提出的抉择和所产生的结果。鉴于大部分有意义资料往往是来自于非形式化的检查,因此必须避免过早地使用定式方法。在精神检查初始阶段,应允许患者表达他的担忧并努力发掘他寻求帮助的理由(如询问“现在是为什么?”)。为了逐步地与患者建立合作关系,检查者应表示对他的支持、关注、赞叹和鼓励,同时尝试对他或她表示同情,以及对患者所遭受的伤害表示中肯的理解。当患者表现焦虑时,应尽力帮助他减少痛苦;若转入安静时,应对他表示友善的容忍与接纳。只有在患者已能接受随意性交谈时,方可尝试定式检查。当患者表示疑虑时,应循序渐进地进行接触,并应及时地判断患者是否可能有冲动或自杀的意向,或是否必须收治入院。

精神检查若是熟练的话,通过病史和初步接见即可顺利地获取大部分临床信息。在接触患者的过程中,检查者通常已能识别资料并筛查缺漏的资料,因此应尽量减少过多的形式化提问。然而,可靠有效的临床资料仍是绝对必要的(例如,满足 DSM-IV 诊断标准的现象学表现、精神病家族史、由于被社会排斥所产生的心理反应、丧失了抽象能力,等)。在进行接触的过程中,要细心审慎地考虑可能会遗漏什么,并可采取一些直接性提问以节省时间顺利结束检查。如与患者的关系先已建立,也可平稳地转入更为形式化的交谈(如“现在我需要问你一些可能非常敏感的问题”)。