



KEJIAN JISHI HUIZHEN CONGSHU

科间即时会诊丛书

J 精神科 即时会诊

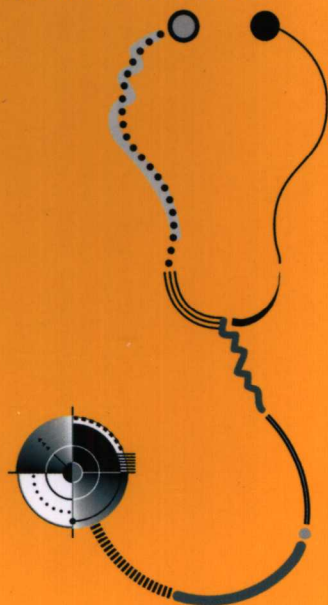
(供非精神科医师专用)

JINGSHENKE JISHI HUIZHEN

主 编 李凌江



湖南科学技术出版社



科间即时会诊丛书

J 精神科 ■ 即时会诊

(供非精神科医师专用)

JINGSHENKE JISHI HUIZHEN

主 编 李凌江

编 者 (按姓氏笔划)

王小平 李凌江 刘哲宁

苏中华 罗学荣 高雪屏

解亚宁

 湖南科学技术出版社

科间即时会诊丛书

精神科即时会诊 (供非精神科医师专用)

主 编: 李凌江

责任编辑: 邹海心

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-4375808

印 刷: 衡阳博艺印务有限责任公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 湖南省衡阳市黄茶岭光明路 21 号

邮 编: 421008

出版日期: 2005 年 5 月第 1 版第 1 次

开 本: 700mm×1020mm 1/16

印 张: 16.5

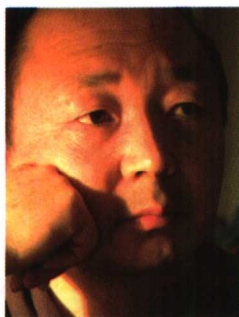
插 页: 1

字 数: 225000

书 号: ISBN 7-5357-4249-1/R·971

定 价: 33.00

(版权所有·翻印必究)



李凌江，留学美国哈佛大学，医学博士，中国吴阶平医学研究奖与保罗杨森药学研究奖获得者。现任中南大学精神卫生研究所所长、精神卫生系主任、教授、博士生导师，兼任中华医学会行为医学分会副主任委员、中国神经科学学会神经精神专业委员会副主任委员、《中国行为医学科学》副主编、《国外医学精神病学分册》编委会主任委员、全国高等医学院校本科生规划教材《精神病学》和《精神科护理学》主编。曾主持国家自然科学基金等科研项目10项，在国内外学术期刊发表论文104篇，主编或参编专著14部，获湖南省科技进步奖5项。

出版说明

随着医学科学的发展,临床医学分工越来越细,从早期简单的内、外、妇、儿科发展到细致专业分工,如腹部外科,甚至更专业的肝胆外科,这种专业分工细化对提高疾病治疗水平无疑有极大的推进作用。但是,人体是一个复杂精密的整体,可能同时一位患者在罹患2种以上疾病,却又不可能同时在两个以上科室就診治疗,此时责任科室的医师将遇到非本专业疾病,需要邀请相关专业的医师前来本科室会诊。为了满足科室间会诊的需要,医院里建立了一种专门制度,国外称“on call”,也就是我们常说的随叫随到的“科间即时会诊”。在我国,“科间即时会诊”通常由各专科24小时值班的总住院医师负责。

担任“即时会诊”的总住院医师是从优秀中青年医师中选拔出来的,他们熟悉本专业医疗知识,尽管如此,在应邀参加其他科室的“即时会诊”时仍然会遇到比在本专业科室更加复杂的情况,同时又要求做到快速准确诊断和及时果断处置。从某种意义上讲,“科间即时会诊”需要特定的知识和经验,本书正是为了满足这一需要编写出版的。

与此同时,在以“人”为本的医疗思想指导下,任何一名专科医师不仅要熟练掌握本专业诊疗知识技术,同时也应该从整体健康的角度去关心患者,他们需要谨慎周密地考虑其他专科疾病与本专科疾病的关系。一个人的精力是有限的,要求一名专科医师熟练地掌握其他专科医学知识肯定是不现实的,但是简捷有效地了解相关专科知识以便处理复杂的临床问题,处理多种疾病共存现象,又是非常必要的。本书内容为此类学习提供了实用的系统知识。

本书共有4本分册,《外科即时会诊》、《内科即时会诊》、《急诊会诊》和《精神科即时会诊》(供非精神科医生专用)。这些内容已经能够涵盖各级综合医院中最常见的科间即时会诊问题,丛书内容精练,实用性强。其中《精神科

即时分册》做了一个副标题“供非精神科医师专用”，则是考虑到大部分综合医院未设精神科，而精神障碍是影响躯体疾病的治疗的不可忽视的因素，在邀请精神科会诊不方便的条件下，临床医师适当掌握一些精神障碍疾病的诊疗知识，对提高临床疗效很有好处。

编写“科间即时会诊丛书”，在我国还是一种尝试，缺乏可以借鉴的样板。中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院的高年资医师赵水平教授、何爱咏教授、李凌江教授、肖奇明教授以及他们的同事有感于“科间即时会诊”在综合医院临床活动中的重要性，在繁忙的医疗、教学、科研活动之余，争分抢秒，不遗余力完成了编写任务。尽管本丛书尚不尽如人意，可能有这样或那样的不足和缺陷，但她毕竟是一个新生事物，适应和满足了临床即时会诊的发展需要，希望广大读者能喜欢她，呵护她，对本书的编写工作提出宝贵的意见。

湖南科学技术出版社

2005年1月

前言

在综合医院临床各科中，我们经常可以见到许多患者既有躯体症状，又有精神症状，有些甚至出现严重的自杀、伤人毁物行为，这时往往需要精神病学科与非精神病学科的共同处理。一般来讲，临床各科需要与精神科共同处理的情况大体上有4种：一是躯体疾病患者患病后出现的心理行为反应，如手术患者的术前焦虑和术后抑郁；二是躯体疾病或治疗过程如药物导致的精神症状，即精神症状是躯体疾病的病理表现之一；三是患者的躯体功能障碍或不适不是躯体病变所致而是精神障碍的表现；四是躯体疾病与精神疾病的共病状态，即患者既有躯体疾病，又有精神疾病，如抑郁症的患者同时患有心肌梗死。这些问题常常使临床非精神科医师感到束手无策而需要精神科医师的帮助。

编写本书的原意是为综合医院中精神科会诊医师提供一本到非精神科的临床各科（如内科、外科、妇科、儿科、老年科、急诊科）会诊时有用的手册。然而，现在我国绝大多数综合医院还没有设立精神科，临床各科遇到的精神科问题时需要非精神科医师独立处理。因此，本书内容的深度和广度设计主要为临床各科非精神科医师阅读着想。也就是说，本书的读者对象主要是非精神科的临床各科医师。如果他们掌握了这些知识，在临床上面临躯体疾病患者出现精神症状时，就可以自己处理而不需等待精神专科医师的会诊了。同时，精神专科的医师读了这本书也应该是有益的，因为他们可以了解许多除了精神专科以外的精神疾病的问题，不但对于其他专科请他们会诊时有所帮助，而且对于自己精神科患者的诊治也会有所裨益。

本书共分十章约30万字。

第一章绪论，介绍了精神疾病的几个基本概念，精神疾病的检查和诊断方法的特殊性与技巧，使读者开篇就对精神病学这个领域有个宏观的了解。掌握一些接近精神疾病患者

的技巧，使之做出正确的诊断，这是任何一个接触精神疾病患者的医师所必备的入门知识，而且对于建立良好的医患关系也是很有帮助的。

第二章讲述患者心理和及其干预，是从总体上介绍了一个人患病后有哪些心理反应，为何会有这样的反应，他（她）会采取哪些方式来求治，作为一个医师应该怎样和患者讨论他们的病情，对他们的心理状况应做哪些心理干预。这些问题是我国临床各科医师了解较少，而患者又有很大心理求助需求的。医师不去了解、不去处理患者心理问题，单纯诊治躯体疾病，充其量只是个“头痛医头，脚痛医脚”的“好医师”；但如果医师在处理躯体疾病的同时又关注并帮助患者解决了相关心理问题，才真正称得上是一个好医师，患者也才能真正称为完全的痊愈。

第三章到第五章介绍了临床各科中常见的精神症状与处理。躯体疾病伴发的精神症状，无论其躯体的原发病是什么，对精神症状本身的处理基本上是对症而不是对因的，因此这三章的目的就是帮助医师在临床上识别这些常见的症状以及如何处理它们。其中，第三章主要介绍了谵妄、痴呆症状群，这两个症状群常表明脑部病变很严重；第四章介绍了躁狂、抑郁、幻觉妄想症状群，这三类症状群是重性精神病的常见症状，但脑部损害较谵妄、痴呆轻，不一定有器质性的病变；第五章介绍了躯体化障碍、焦虑障碍、睡眠障碍和进食障碍，这类患者一个最大的特点就是不断求诊于临床各科，各项实验室检查没有异常，非精神科医师常常苦于找不到病因和做不出医学诊断，患者因躯体的不适又深信自己有病，为此医师和患者都很苦恼，我希望医师读了此章后这种苦恼会少一些。

第六章到第八章分科介绍了临床各科中常见的精神障碍和处理原则。其中第六章是内外各科的精神障碍介绍；第七

章是产科、老年科、急诊科、ICU 病房中常见的精神障碍；第八章为几个特殊的专科中常见的精神障碍的介绍，包括艾滋病、肿瘤、物质滥用等。不同科室的医师在临床上遇有精神症状的患者，可以各取所需去阅读相关章节。

第九章是综合医院中精神药物的简要介绍。只要静下心来读读这一章，我相信非精神科的医师在临床工作中应用精神药物会有更多的自信。

第十章是心理治疗的介绍。心理治疗是一种有效但又相对抽象的治疗方法，不了解它的人也许认为不过是谈谈话，其实每一种正规的心理治疗方法都是有理论、有规定程序、有评估指标、特别讲究操作技巧的。此章限于篇幅，只能介绍一些基本的概念，但对这些知识的了解不但为有志深入研究心理治疗的医师提供一些入门知识，而且对于各科医师建立良好的医患关系会有潜移默化的作用。

在此，我要感谢本书的作者们，他们都是我国精神病学界的临床医学博士，年轻有为，思想活跃，长期工作在综合医院精神科的临床第一线，我相信读者一定能从他们的见解和经验中获得某些知识和启迪，并得出医学博士不但会做研究也会看病的结论。我还要衷心的感谢湖南科学技术出版社尤其是责任编辑邹海心为此书出版做出的巨大努力，没有他们极大的支持和频频的关注，也许此书至今还在孕育之中。

最后，我殷切期待着读者们为此书提出宝贵意见，你们的意见才是使本书不断完善的根本保证。

李凌江

2005 年元旦于中南大学湘雅二医院

目录

第一章 绪 论

- 第一节 精神疾病的概念与联络会诊精神病学 (1)
- 第二节 精神疾病的检查与技巧 (4)
 - 一、病史采集 (4)
 - 二、精神状况检查的基本方法 (7)
 - 三、精神状况检查的内容 (10)
 - 四、标准化精神检查工具评估 (12)
 - 五、躯体检查与特殊检查 (14)
- 第三节 精神疾病的诊断和思维方法 (14)
 - 一、精神症状与诊断 (14)
 - 二、病程与诊断 (17)
 - 三、诊断思维方法与原则 (17)

第二章 患者心理及其干预

- 第一节 躯体疾病引起的心理反应与干预 (21)
 - 一、躯体疾病引起的心理与行为反应 (21)
 - 二、影响患者心理反应的有关因素 (22)
 - 三、对躯体疾病的心理应付方法 (25)
 - 四、病情告知 (27)
- 第二节 求医行为与遵医行为 (29)
 - 一、求医行为 (29)
 - 二、遵医行为 (32)

第三章 临床各科患者常见的精神症状及处理(1)

第一节 概述	(37)
一、精神症状的本质	(37)
二、精神症状的识别方法及在诊断中的地位	(38)
三、精神症状的归类与学习方法	(39)
第二节 谵妄	(39)
第三节 痴呆	(46)

第四章 临床各科患者常见的精神症状及处理(2)

第一节 躁狂状态	(58)
第二节 抑郁状态	(70)
第三节 幻觉妄想状态	(82)

第五章 临床各科患者常见的精神症状及处理(3)

第一节 躯体形式障碍	(92)
第二节 焦虑状态	(100)
第三节 睡眠障碍	(109)
第四节 进食障碍	(113)

第六章 临床各科患者常见的精神障碍(1)

第一节 内科患者的精神障碍及干预	(119)
一、心脏疾病伴发的精神障碍	(120)
二、呼吸系统疾病伴发的精神障碍	(122)

三、肾脏疾病伴发的精神障碍	(123)
四、内分泌和代谢性疾病伴发的精神障碍	(126)
五、系统性红斑狼疮所致精神障碍	(129)
六、感染所致精神障碍	(130)
第二节 外科患者的精神障碍及干预	(132)
一、术前心理/精神问题	(132)
二、术后并发症与处理	(134)
三、各外科专科伴发的精神障碍	(137)

第七章 临床各科患者常见的精神障碍(2)

第一节 产科患者的精神障碍及干预	(145)
一、产科患者的精神障碍	(145)
二、产科精神障碍的治疗与干预	(147)
第二节 老年科患者的精神障碍及干预	(149)
一、老年患者的精神障碍	(149)
二、诊断	(153)
三、治疗	(154)
第三节 急诊室患者的精神障碍及干预	(158)
一、概述	(158)
二、病史收集及检查	(158)
三、具有生命危险的精神科急诊	(159)
四、急诊室常见的精神科疾病	(164)
第四节 重症监护室患者的精神障碍及干预	(166)
一、ICU 患者的精神障碍	(166)
二、ICU 患者伴发精神障碍的几种常见原因	(170)
三、ICU 患者的精神评估	(170)
四、ICU 患者的精神障碍治疗	(171)

第八章

临床各科患者常见的精神障碍(3)

第一节 HIV/AIDS 患者的精神障碍及干预

- (174)
- 一、AIDS 中枢神经系统感染与神经系统疾病 (174)
- 二、AIDS 患者的心理状态 (175)
- 三、AIDS 在精神病学方面的临床表现 (176)
- 四、诊断与鉴别诊断 (180)
- 五、治疗与预防 (181)

第二节 精神活性物质所致的精神障碍及干预

- (182)
- 一、乙醇所致的精神障碍 (182)
- 二、非法成瘾物质所致的精神障碍 (187)
- 三、镇静、催眠、抗焦虑药 (190)

第三节 肿瘤患者的精神障碍及干预 (191)

- 一、恶性肿瘤确诊后患者的心理反应 (192)
- 二、肿瘤患者伴有的精神障碍 (193)
- 三、肿瘤患者精神障碍的治疗 (196)

第九章

综合医院中精神药物的应用

第一节 抗精神病药物 (199)

- 一、分类 (199)
- 二、作用机制 (200)
- 三、临床应用 (200)
- 四、药物间的相互作用 (205)
- 五、适合综合医院非精神科应用的抗精神病药物
..... (206)

第二节 抗抑郁药物	(208)
一、药理作用	(208)
二、临床应用原则	(209)
三、三环类抗抑郁药	(210)
四、单胺氧化酶抑制剂	(213)
五、新型抗抑郁药物	(213)
第三节 心境稳定剂	(217)
一、碳酸锂	(217)
二、具有心境稳定作用的抗癫痫药物	(219)
第四节 抗焦虑药物	(220)
一、苯二氮革类	(221)
二、丁螺环酮	(224)
三、非 BDZ 类抗焦虑药	(225)

第十章 综合医院中的心理治疗

第一节 概述	(226)
第二节 心理治疗的一般原则和几个基本问题	(227)
一、共同的治疗因素	(227)
二、对医务人员的要求	(227)
三、常见的医源性心理问题	(228)
四、心理治疗的实施方式	(230)
五、心理治疗过程	(230)
六、支持性心理治疗	(231)
第三节 精神动力学心理治疗	(233)
第四节 行为治疗	(239)
第五节 认知行为治疗	(246)

【E 阅读】

第一章 绪 论

第一节 精神疾病的概念与联络会诊精神病学

对一般人来讲，精神病是一个令人恐怖而又充满神秘色彩的名词，常使人联想起一个个满身泥污、言行古怪、时哭时笑、呆滞冷漠或暴躁凶残的人，实际上有这些表现的严重精神患者其比例很少。在非精神科临床工作中更常见到和需要医学处理的是外表正常或接近正常而内心痛苦的患者。看下面的例子：

【病例 1】

某男，65 岁，受凉后感冒第 3 天半夜起床，狂呼：天亮了！不识妻儿为何人，称保姆为去世的母亲。家人送其去医院，患者惊恐异常，狂奔出屋，被民警收容，家人去认领，患者双手做一些不解其意的动作，表情恐惧。送到医院，发现意识模糊，白细胞升高，X 线片证实为肺炎，抗感染治疗 4 天后精神症状完全消失。

【病例 2】

某电台“心灵之约”主持人，29 岁，近 2 周来渐出现懒言少动，缺少笑容，有时对同事感慨地说人为何要活着？主持节目和听众交流时极易动感情甚至痛哭流泪。独自来心理门诊咨询，发现患者有严重的抑郁情绪，诊断为抑郁症。医师通知家属来门诊和患者一起商量治疗方案，家属和患者都不接受抑郁症的诊断，只认为是心情不好，不是病。不同意住院治疗，也不愿服用抗抑郁药，怕药物使大脑“变蠢”。1 周后患者自杀。媒体大篇报道，推测许多原因甚至绯闻，唯独未提到抑郁症。

【病例3】

女性，教师，2年前出现尿频尿急，每日数十次，量少，有时持续几天后自行缓解，但多数时间存在。求诊于临床内外各科，各项检查均正常。泌尿外科建议其来看精神科，发现患者有焦虑个性，婚姻关系紧张，焦虑情绪已达到焦虑症的诊断。给予抗焦虑治疗，3天后尿频尿急症状缓解，1周后症状基本控制。动员其和丈夫一起来医院接受心理治疗，持续2年随访未见复发。

上述病例1是躯体疾病，但早期表现出精神症状；病例2和病例3为抑郁症和焦虑症，但外在表现是行为的轻微改变或躯体症状而内心痛苦。这些患者很少到精神病专科求医，也很难被公众甚至非精神科医师联想到精神病。

简单来讲，精神病（psychosis）是指在各种因素（包括生物的、心理的、社会环境的）作用下造成大脑功能失调，出现以感知觉、思维等认知活动障碍为主的一类程度严重的精神疾病，如精神分裂症。其幻觉、妄想等感知觉、思维异常的症状又称为精神病性症状（psychotic symptom），这些患者多到精神病专科就诊。而精神疾病（mental illness）又称为精神障碍（mental disorder），是一个更为广泛的概念，它是指在各种因素作用下造成大脑功能失调，出现感知、思维、情感、意志行为、智力等心理过程的异常，其严重程度达到需要用医学方法进行治疗的一类疾病，它包括了精神病但其范畴更为广泛。目前世界上有影响的精神疾病分类系统如国际疾病分类系统、美国和中国的精神疾病分类系统都将精神疾病分为十大类。

表 1-1

精神疾病的类别

-
1. 器质性精神障碍
 2. 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍
 3. 精神分裂症和其他精神病性障碍
 4. 心境障碍（情感性精神障碍）
 5. 癔症、应激相关障碍、神经症
 6. 心理因素相关生理障碍
 7. 人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍
 8. 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍
 9. 童年和少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍
 10. 其他精神障碍和心理卫生情况
-

这十大类疾病除精神分裂症、严重的心境障碍多首诊于精神病专科医院外，其他精神障碍的患者多首诊于非精神科，因此是临床各科医师经常面临和需要积极处理的。尤其是在综合医院各科室住院或门诊的患者中，往往既有躯体症状，又有精神症状，这时往往需要精神病学与非精神病学的共同处理。一般来讲，临床各科需要与精神科共同处理的情况无非是4种：一是如第二章所述的躯体疾病患者患病后出现的心理行为反应，如手术患者的术前焦虑和术后抑郁等；二是躯体疾病或治疗过程如药物导致的精神症状，即精神症状是躯体疾病的病理表现之一，如上述病例1；三是患者的躯体功能障碍或不适不是躯体病变所致而是精神障碍的表现，如上述病例3；四是躯体疾病与精神疾病的共病状态，即患者既有躯体疾病，又有精神疾病，如抑郁症的患者共患心肌梗死。如果非精神科医师掌握了精神科的基本知识，就可以在缺少精神科会诊医师时能及时处理这些情况而不会感到束手无策。

因此，在一些医学比较发达的国家或地区，一门新的学科应运而生：即·联络会诊精神病学（consultation-liaison psychiatry, CLP）。其内容为精神科医师在综合医院开展精神科医疗、教学、科研工作，重点研究综合医院中社会心理因素、躯体疾病和精神障碍之间的关系，以心理、社会、生物学手段诊治患者。具体是为非精神科专业的临床各科医师提供联络和会诊服务，并提高他们对各科患者所伴有的心理和精神科问题的识别和处理能力。联络会诊精神病学起始于1930年前后，美国心理生物学家 Adolf Meyer 的两个学生 Henry 和 Dunbar 分别在康奈尔大学医学院和纽约哥伦比亚大学医学院开展了综合医院精神病学的临床和研究。发展到1970年前后，联络精神病学在发达国家已得到迅速的发展，如美国设有精神科综合医院由1939年的153所增加到1984年的1358所；欧洲1987年成立了由14个国家组成的欧洲会诊联络精神病学工作组，目的是协调和发展国际间的CLP合作研究，在标准化的综合医院中逐步建立并开展精神病学的医学教学研究工作。我国在这方面的工作开展得较为缓慢，在大型的综合医院中设有精神科的不多，临床各科的精神科问题常常因为缺少精神科会诊医师而得不到及时的处理，而非精神科的医师又往往缺少处理精神科问题的经验。因此，本书的第一章就简要的介绍一些精神科的基本知识，为临床各科医师提供一点诊治精神科问题的勇气和经验。