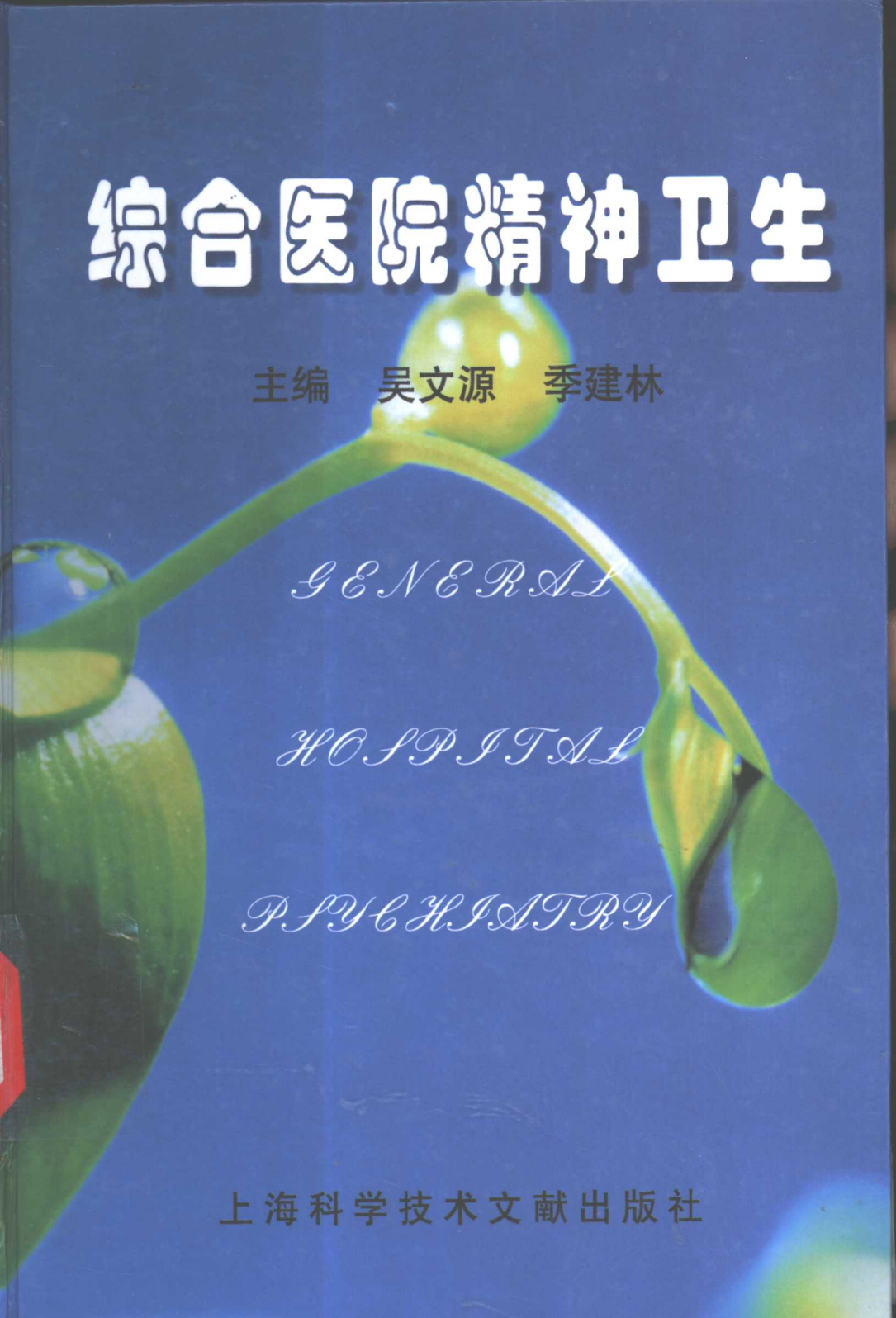


综合医院精神卫生



主编 吴文源 季建林

GENERAL

HOSPITAL

PSYCHIATRY

上海科学技术文献出版社

综合医院精神卫生

主编 吴文源 季建林

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

综合医院精神卫生/吴文源主编. —上海:上海科学技术文献出版社, 2001. 7

ISBN 7-5439-1758-0

I. 综... II. 吴... III. 精神卫生 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 043710 号

责任编辑:何剑秋

封面设计:徐利

综合医院精神卫生

.....
主编 吴文源 季建林
.....

*

上海科学技术文献出版社出版发行

(上海市武康路2号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

常熟人民印刷厂印刷

*

开本 850×1168 1/32 印张 10.25 字数 284 000

2001 年 8 月第 1 版 2001 年 8 月第 1 次印刷

印数:1-5 100

ISBN 7-5439-1758-0/R·459

定价:28.00 元

《科技新书目》576-594

编者(依章节先后为序排列)

- 吴文源 同济大学附属同济医院
- 王立伟 复旦大学附属华山医院
(原上海医科大学附属华山医院)
- 季建林 复旦大学附属中山医院
(原上海医科大学附属中山医院)
- 李春波 同济大学附属同济医院
- 骆艳丽 同济大学附属同济医院
- 陆 峥 同济大学附属同济医院
- 朱晓彤 复旦大学附属中山医院
(原上海医科大学附属中山医院)

序

吴文源和季建林教授主编的《综合医院精神卫生》一书的出版,我由衷地感到高兴。一方面,本书的问世,填补了国内同类参考书的阙如,为在综合医院精神科或心理科工作的同道提供了一本好书;另一方面,本书所以能出版,标志着有这样的需求,即在综合医院也有了解精神卫生的需要。

综合医院设立精神科或心理科是世界性的趋势。以美国为例,1939年综合医院设精神科的才153所,1970年便发展为797所,1984年上升为1358所,1992年则达到1616所。据我所知,现在在欧美各国,很少有医学院的教学医院或较大的综合医院没有精神科的。

当然,综合医院的精神科和精神病院有分工,在治疗对象方面各有侧重。以加拿大的住院统计资料为例,精神病院收治的患者中,精神分裂症占40%;而综合医院的住院患者,精神分裂症仅占7%。从本书的编写内容看,作者们充分考虑到综合医院精神卫生服务对象的特点,以较大的篇幅介绍了“非精神病性”精神障碍的诊断和治疗。这是本书有别于“普通精神医学”的又一特点。

本书不但适合于综合医院的精神科或心理科医师,同样还适合于综合医院的临床各科医师及全科医师。以往的医学实践多数是“以疾病为中心”,现代则提倡“以患者为中心”。前者是生物医学模式的反映,认为疾病是某种或某些生物学变化的结果,同一疾病的生物学机制相同或基本相同,其表现和处理必然相仿。后者则认为患者是有病的人,而人与人之间,除了生物学的差别外,还存在心理学和社会学的差异。同一疾病,对具体的患者而言意义不一,反映也不一;同样的处理,其效果也不尽相同。心理卫生知

识的了解,应有助于临床各科提高医疗质量,千百万患者也将因而受益。

今年世界卫生日(WHD2001)的主题是:“精神卫生——消除偏见,勇于关爱”。本书的问世,紧扣这一主题。“综合医院不需要精神科”,“只有精神科才需要精神卫生知识”,这些论点均有“偏见”之嫌。要关爱,单有爱心还不够,要有行之有效的方法和技术,医师的最大关爱应该是帮助患者解决痛苦。从某种意义上说,本书是作者们献给世界卫生日的一份厚礼。

中华医学会精神科分会主任委员

张明园

2001年6月

前 言

工业化社会给人们带来巨大机遇与财富,同时使人们的健康也受到不同程度的影响,人们对卫生保健的需求发生了变化,生物-心理-社会医学模式的提出使人们对由心理社会因素导致对健康的影响及致病的作用日趋加以关注。研究表明,在综合医院中,50%的反复就诊者有精神障碍,主要包括抑郁障碍、焦虑障碍、酒精和其他物质滥用。与不伴有抑郁者比较,抑郁患者消耗两倍的医疗资源,负担两倍的医疗费用,总的就诊次数高7倍之多。有惊恐障碍者的就诊次数比没有惊恐障碍者高10倍以上。有患焦虑障碍的哮喘患者比无焦虑障碍者住院次数高3倍,住院天数与精神障碍呈显著相关。同样,精神障碍明显影响患者的生理功能和生活质量。

另一方面,综合医院只有44%的有精神障碍的患者得到精神科治疗,精神障碍(抑郁、痴呆、谵妄、物质滥用)的检出率只有 $1/3 \sim 1/2$,全科医师对其识别率不高。由于文化背景对精神问题的影响,即使识别后对精神障碍患者的治疗也存在许多不足,如抗抑郁药物使用的剂量不足,信息提供不恰当,没有足够随访等。日常医疗实践中患者的心理与精神问题应由精神科医师或心理医学工作者与内外妇儿各科医师协同解决,在国外称之为会诊-联络精神医学(consultation-liaison psychiatry, CLP)。

早在20世纪40年代,我国已开展了综合医院精神医学的教学与临床实践,当时以北京的协和医院、上海的华山医院和长沙的湘雅医院为代表。由于传统生物医学模式以及历史等诸多因素的影响,从50年代后期全国各地才逐步设立了精神病专科医院,综合医院精神卫生服务逐步由专科医院取代。精神医学与临床医学各

科的联系相对疏远,在许多人的印象中(包括部分临床医务人员),精神医学就是诊治精神分裂症等重型精神疾病的医学。其实不然,精神医学服务的概念是广义的,对重型精神病(如精神分裂症、精神发育迟滞等)的防治只是其中一小部分;而在临床精神医学服务中,综合医院精神医学所占比重是相当大的,它包括各科躯体疾病所伴发或所致的精神障碍(即传统分类中的脑器质性精神疾病和症状性精神病)、心理生理疾病(如睡眠障碍、进食障碍、性功能障碍等)、以各种躯体不适为主诉的心理或功能障碍(如抑郁、焦虑、疑病和恐怖等)、特殊问题的处理(如自杀、慢性疼痛、获得性免疫缺陷综合征、酒精中毒、药物依赖等)以及临床各科患者在诊治过程中所发生的心理反应(如重症监护病房、外伤、移植、老年、妇女和儿童等)。在国外,综合医院精神医学已经成为临床医疗服务的五大科室(即内科、外科、儿科、妇产科和精神科)之一。国内自1987年以来,逐步在许多综合医院开设了医学心理咨询门诊和住院患者的精神科或心理医学会诊服务,并开展了部分临床研究与教学工作,取得了一定成效。

本书由在上海几所三级甲等综合医院工作的精神卫生专家共同编写,其初衷是感叹于在过去20年中,国内精神医学已取得了很大发展,出版了许多专著,但至今尚无一部反映综合医院精神医学的专著,也甚少涉及综合医院精神医学这一与临床医学密切相关的分支学科。有鉴于此,作者们根据各自的临床实践与体会,参考美国哈佛大学麻省总医院的《综合医院精神医学手册》等专著,并复习近年来的国内外研究文献,编撰此书,旨在指导临床实践,为综合医院精神医学在我国的发展与推广尽一份力。

由于作者水平有限,在国内编撰此类专业书籍尚属首例,因此难免有诸多疏漏和不足,恳请读者指正与原谅。

吴文源 季建林

2001年3月9日于上海

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概述	1
第二节 国内外进展	5
第三节 历史概况	5
第四节 国内发展史	7
第五节 组织形式	10
第六节 精神疾病诊断与分类	10
第七节 《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版简介	13
第二章 脑器质性精神障碍	14
第一节 痴呆综合征	15
第二节 谵妄综合征	20
第三节 遗忘综合征	24
第四节 常见脑器质性精神障碍	25
第三章 抑郁障碍	35
第一节 抑郁障碍的临床流行病学	35
第二节 抑郁障碍的临床表现	37
第三节 抑郁障碍的诊断与鉴别诊断	43
第四节 抑郁障碍的病因及发病机制	52
第五节 抑郁障碍的病程与预后	53
第六节 抑郁障碍的治疗	54
第四章 焦虑障碍	60
第一节 概述	60
第二节 在综合医院中焦虑障碍的普遍存在	63

第三节	焦虑障碍的相关情况	66
第四节	焦虑障碍的病因与发病机制	76
第五节	焦虑障碍的诊断与鉴别诊断	82
第六节	焦虑障碍的防治原则	96
第五章	躯体形式障碍	99
第一节	躯体化障碍	99
第二节	持续性疼痛障碍	105
第三节	躯体形式的自主神经功能紊乱	116
第六章	心理生理障碍	118
第一节	概述	118
第二节	常见心理生理障碍	126
第三节	心理生理障碍诊治原则	136
第四节	睡眠障碍	137
第五节	进食障碍	146
第六节	性功能障碍	151
第七章	躯体疾病伴发的精神障碍	155
第一节	概述	155
第二节	常见躯体疾病伴发的精神障碍	158
第八章	临床各科患者的心理问题	167
第一节	外科手术患者	168
第二节	重症监护患者	172
第三节	慢性内科疾病患者	175
第四节	肿瘤患者	177
第五节	外伤患者与器官移植患者	181
第六节	运动障碍(神经科疾病)患者	185
第七节	妇产科患者	186
第八节	老年患者	190
第九节	儿科患者	192
第九章	精神活性物质所致精神问题	200

第一节 药物依赖	200
第二节 酒依赖与酒精中毒	202
第三节 精神活性物质所致精神障碍	206
第四节 防治原则	214
第十章 特殊问题	216
第一节 自杀与自伤	216
第二节 性变态	224
第三节 获得性免疫缺陷综合征	228
第十一章 精神分裂症	238
第一节 精神分裂症的临床表现	238
第二节 精神分裂症的诊断与鉴别诊断	242
第三节 精神分裂症的病因与发病机制	244
第四节 精神分裂症的防治原则	246
第十二章 精神科会诊原则	248
第一节 交谈与精神检查	248
第二节 心理卫生评估	252
第十三章 精神药物治疗	264
第一节 用药原则	264
第二节 抗抑郁药	267
第三节 抗焦虑药及镇静催眠药	272
第四节 抗精神病药	276
第五节 益智药物	280
第十四章 心理治疗与心理咨询	289
第一节 治疗目的为减轻逆境和维持功能(A组)	291
第二节 治疗目的为重新适应(B组)	293
第三节 治疗目的为恢复功能(C组)	296
第四节 治疗目的为重新塑造(D组)	305
第五节 治疗一个以上患者的疗法	306

第一章

绪 论

第一节 概 述

在综合医院中,心理卫生是指除精神病以外的各种与心理障碍或心理应激相关的疾病。心理卫生涉及面较广,具体包含① 躯体疾病中的心理问题:躯体疾病所致心理反应,包括肿瘤患者、危重患者、慢性病患者、创伤患者及器官移植患者等心理问题;② 诊断、治疗、手术中的心理问题:疾病行为、治疗环境对诊断过程中的心理反应,治疗作用引起的心理反应,手术中的心理问题;③ 在病因中有显著心理致病因素作用的心身疾病;④ 功能性躯体不适,即躯体形式障碍(somatoform disorders);⑤ 不同类型神经症;⑥ 不良生活方式与行为所致障碍;⑦ 人格特征突出与人格障碍。

疾病所致心理反应是指疾病本身影响脑的功能而造成的心理障碍,即躯体疾病是病因,精神障碍是后果,如综合医院中常见的器质性脑病综合征,尤其临床各科老年患者中较为常见。国外资料显示,估计 21%~26%的内科门诊患者患有精神障碍,对不同年龄、性别的患者进行调查后发现,慢性躯体疾病患者的精神障碍患病率为 25%,无躯体疾病者为 17.5%,慢性躯体疾病患者的终生患病率达到 42%(多为物质滥用,情感或焦虑性疾病),无慢性躯体疾病患者为 33.4%,33%~60%的短程普通内外科的患者伴有明显

的心理社会因素和精神障碍。国内资料显示,综合医院住院患者中精神疾病患病率为20%~70%,差异之大可能是诊断标准不一致的缘故。其中抑郁性障碍、器质性脑病综合征和焦虑性障碍占70%~80%,如甲状腺功能亢进时的易怒、急躁、情绪的兴奋和抑郁等,尿毒症时的淡漠、呆滞、迟钝等,慢性功能不全引起水、电解质、蛋白质、糖类、脂肪代谢障碍,因有毒代谢产物蓄积而中毒引起的类神经中毒症状,如情绪不稳、易怒、乏力等,这些心理反应较易被临床医师所忽视;相反,较易发现脑外科与心内科抢救患者中因缺血或继发供血不足所引起的情绪反应、谵妄、意识障碍,不同类型表现的心理反应取决于疾病本身的轻重缓急及痛苦程度。

由于对患者角色和疾病行为适应不一致,每个人对疾病、衰老与死亡有不同反应,疾病、治疗、患者的心理活动与社会环境因素复杂地交织在一起,躯体疾病引起了一系列心理变化,即身心反应(somato-psychiatric reaction)。各种不同治疗、就诊、出院等均时刻影响着患者的心理问题,这些心理问题存在于临床各科中,各科医师诊治患者过程中应该注意这些身心反应,才有利于使患者心理与躯体一样得到康复。据粗略统计,综合医院初诊患者分类中,略高于1/3的患者是躯体疾病,不足1/3的患者是心理疾病,即神经症,其余1/3的患者是与心理因素密切相关的躯体疾病,即心身反应(psychosomatic reaction),此广泛存在的反应又恰恰是被忽略的现象,如心血管系统的高血压病、冠心病,消化系统的溃疡病、肠易激综合征,呼吸系统的哮喘病,内分泌系统的甲状腺功能亢进症,以及皮肤科中神经症性皮炎等。处理上应请精神科医师联络会诊,协助治疗。

在综合医院的各科门诊中,上述的约1/3就诊者经各专科医师各项检查后没有发现任何器质性病变。既往内科诊断的神经官能症,如心脏神经症,胃肠神经症;外科诊断的外伤后神经症;妇产科诊断的更年期神经症等,其中绝大多数不愿到精神病院或精神科就诊,而是分散在各专病门诊或基层医院诊治,有的久治不愈,

其中约 10% 因迁延不愈最终到精神科诊治。目前绝大部分患者包括不同类型神经症在综合医院心理科或心身科诊治。

在功能性躯体疾病患者中还有一部分患者虽然并不符合神经症诊断,自感躯体与器官有某种不适,甚至有强烈病感,反复求医,希望解除症状,但均未找到相应内脏病变,且病变程度与患者不适程度不符合,这类患者符合躯体形式障碍。《国际疾病分类》第 10 版(ICD-10),其生活事件或心理冲突伴有负性情绪(焦虑、抑郁、愤怒),与认知功能降低(精神不振及记忆力降低),可导致多个系统不适。躯体不适可有躯体化症状(somatization symptom)、持续疼痛等不同形式表现,它们由心理冲突、情绪矛盾转化而来,也有学者认为躯体不适是抑郁症状,为隐匿性抑郁症。由于我国改革开放以来,就业结构发生改变,社会竞争日益加剧,近年来此类以功能不适诉述的患者不少,他们大多分布在综合医院各科门诊,如背痛者在骨科诊治,胸痛者在心内科诊治或在基层地段医院诊治,作过多种检查,花去昂贵检查费用,既未得到明确诊断,症状亦未缓解,最后经精神科医师诊治后,明确诊断,并用抗抑郁药物等治疗,取得了良好疗效。为适应目前临床诊断需要,躯体形式障碍也纳入《中国精神障碍分类与诊断标准》中。因此在当今医疗改革中,迫切需要提高各科医师的医学心理学与精神病学的基本知识。

随着社会发展、科学进步,生活方式与人类行为本身所致疾病日益受到人们关注,有学者称为现代社会病,例如城市中车祸,进食障碍中神经性厌食与贪食症,酗酒行为所致慢性酒精性精神障碍及酒精性肝硬化,慢性胃炎,获得性免疫缺陷综合征(AIDS,又称艾滋病),嗜赌行为,攻击及自杀行为,性放纵行为或迷信等,不良行为与不良生活方式所致心理卫生均可出现在综合医院门诊或急诊就诊的患者中。另外还有部分人性格特征突出,性格不健全,过分虚荣,嫉妒心理,或逆反心理者并不属于心理障碍,而是心理健康有问题,也需要得到心理咨询或心理治疗。

综合医院中治疗手段有药物与非药物治疗两大方面,这些不同治疗手段会给患者带来不同心理反应,而直接影响患者治疗效果的各种心理反应却往往被各科医师所忽略,因为他们经常注意的是患者的躯体反应。注意药物治疗中引起心理反应,例如肿瘤患者化疗会引起消化系统及脱发等不良反应,为此患者不太愿意接受此类治疗。同样的治疗剂量在同一疾病不同患者身上会引起差异很大的不良反应,其原因是除了患者自身体质好坏不同以外,患者的心理反应在治疗中起了很大作用。如果事先能向患者仔细讲述可能发生的不良反应,以及给予预防不良反应发生的措施,使患者了解这一治疗在疾病中的重要性,鼓励患者以积极态度对待治疗,能在很大程度上减少患者的心理反应,有利于减轻患者的不良反应。非药物治疗中手术治疗、理疗、体疗等,这些治疗方法本身可引起患者的不同心理反应。尤其手术治疗,术前患者因担心手术的麻醉,对手术的不了解而产生焦虑、害怕等反应;如果既往有手术不成功体验或原有心理功能障碍者,在手术时颇易产生强烈和持久的焦虑,如接受计划生育手术者,对手术有心理反应者占80%以上。这些人手术以后又往往会产生抑郁、易激惹、持续疼痛等,这些反应可多见于女性乳房切除术患者,她们往往有心理上损失感,性功能、工作、生活能力下降,或自我评价能力损失,主诉颇多,以躯体症状为主,时间持续,似“隐匿性抑郁症”样表现。某些手术患者,如心胸手术或脑外伤手术后容易出现谵妄等急性脑器质性病变,轻者为定向不全,反应迟钝,近事记忆障碍;重者伴幻觉、恐怖症,可伤人或自伤。手术所致创伤、感染、电解质紊乱等均可导致谵妄产生。在老年患者,即使不大的手术,如白内障切除术,心理反应可能与原有脑损害基础或手术后双目被包扎等而丧失时间感觉有关。如果既往有抑郁症史、心理适应障碍或有家族精神病史者手术后谵妄机会更多。为预防手术前后心理反应,各科医师必须对患者进行术前咨询,手术前谈话是一项很好的术前咨询,让患者充分了解手术性质、方法及可能发生的问题,手术中

及手术后可能采取的措施,使患者有充分心理准备,手术前咨询是取得手术成功的关键。如有精神病患者,可请精神科医师会诊共同研究,对有不同心理反应者手术前适量应用抗焦虑药物,术后定期随访患者,观察病情,建立良好医患关系,均能减少受术者各种不良反应。

上述内容均归属综合医院心理卫生,最终可通过精神科医师,尤其是临床心理科医师,以联络会诊方式处理。但临床各科医师务必提高识别这些不同类型心理卫生问题的能力,共同努力,提高患者生活质量,促使患者身体健康和心理健康。

第二节 国内外进展

随着综合医院中精神卫生问题的出现,会诊-联络精神医学(consultation-liaison psychiatry, CLP)诞生并逐步发展。近十年来,其概念更为明确,范围不断扩大,属于综合医院精神病学。其内容为精神科医师在综合医院开展精神科医疗、教学和科研工作,重点研究综合医院心理卫生、社会因素、躯体疾病和精神障碍之间的关系,以心理、社会 and 生物因素多维诊断及治疗患者。具体是为非精神科专业的临床各科医师提供联络或会诊服务,并提高他们对各科患者所伴心理反应或精神科问题的识别能力。对医学生及专业医务人员进行有关精神科知识教育及心理社会知识教育。研究躯体疾病心理反应及心理和行为治疗对躯体疾病的疗效,以及 CLP 的综合评估等。

尽管各国的 CLP 发展情况不平衡,但已普遍引起人们的关注,至今在多数综合医院已经开展了有关方面的临床、教学和科研工作。

第三节 历史概况

CLP 的历史已有 60 多年,开创于 1930 年前后,美国心理生物

学家 Adolf Meyer 的两位学生 Henry 和 Dunber 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及研究。国外会诊-联络精神病学的发展大致可分三阶段。

(1) 第一阶段(1930~1945年) 在20世纪20年代和30年代,美国的许多综合医院陆续建立了精神科,为各科医师提供精神病会诊,少数医院精神科只有联络精神病学工作,没有精神科床位。当时精神科职能除了会诊外,联络精神科医师参与精神病与医学交叉的各种问题的讨论。1932年美国的 Dunber 在综合医院中研究躯体疾病的心理社会因素,提出心理社会因素可以影响疾病的发生、病程及预后,他是第一位联络精神病学的研究者。“联络精神病学”一词由 Billings 在1939年首先应用。

(2) 概念形成期(1945~1969年) 此时期各国精神病学服务组织逐步增加,在普通医院中,精神病学会诊方式日趋成熟,其中主要的且最简单的形式是接受非精神科医师的委托对患者进行会诊,并提出处理建议。此时期最重要的发展是联络精神病概念方面的文献增多。到20世纪60年代,在会诊中对患者人格特征和疾病进行精神动力学检查;以危机为中心的治疗性会诊及临床心理治疗;扩大精神病学会诊,同时研究治疗小组与患者的家庭。随着联络精神科医师在教学和科研中的作用越来越多,联络工作继续发展,分成会诊模式与联络模式。这一阶段,在美国的一些教学医院及综合医院陆续开设精神科并建立 CLP 服务,同时开展各专科 CLP 服务及科研(如儿科、重症监护、肿瘤及骨科、外科等),此类服务分别称“联络”或“会诊”或“会诊联络”,取决于以何种方式服务而定。

(3) 迅速发展期(1970年至今) 20世纪70年代由于美国社区精神卫生中心建立,使精神病学与普通医学之间裂隙增大,开始在全美国建立或扩大联络精神病学服务,使年轻的精神科医师接受联络精神病学训练,1974年培养了数百名联络精神科医师。随着联络服务数量及规模增长,联络精神病学的教育已成为美国精