

临床诊疗指南

精神病学分册

中华医学会 编著



人民卫生出版社

临床诊疗指南

精神病学分册

中华医学会 编著

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

临床诊疗指南. 精神病学分册/中华医学会编著. —北京: 人民卫生出版社, 2006. 2

ISBN 7-117-07427-2

I. 临… II. 中… III. ①临床医学-指南②精神病学-诊疗-指南 IV. ①R4-62②R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 006986 号

策划编辑 杜 贤 姚 冰
周春桃 刘 盛

责任编辑 姚 冰

封面设计 郭 淼

版式设计 何美玲

责任校对 常淑玉

临 床 诊 疗 指 南 精神病学分册

编 著: 中华医学会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

邮购电话: 010 - 67605754

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 8. 75

字 数: 157 千字

版 次: 2006 年 2 月第 1 版 2006 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07427-2/R · 7428

定 价: 17. 00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

内 容 提 要

《临床诊疗指南·精神病学分册》共 15 章，主要介绍常见精神障碍的诊断和治疗要点。包括的精神障碍有：器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、精神分裂症、抑郁障碍、双相情感障碍、神经症、应激相关障碍、心理因素相关的生理障碍、人格障碍、习惯和冲动控制障碍、精神发育迟滞和儿童少年期精神障碍等。以条理化的方式描述各类疾病的概念、临床表现、诊断要点和治疗方案与原则。内容强调可操作性和规范性，内容适合精神科及精神卫生专业人员。其他各科医务人员及对精神病学有兴趣的人士也可参阅。

序

在卫生部的领导和财政部的支持下,由中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会组织 50 多个专科分会的近千名医学专家编写的《临床诊疗指南》问世了。作为一名卫生管理工作者和医务工作者,我感到由衷的高兴,并热烈祝贺我国《临床诊疗指南》的出版。

随着医学科学技术的飞速发展和人民群众对医疗卫生工作要求的不断提高,无论是卫生管理部门还是广大临床医务人员,都希望能有一部全国权威性的学术著作,指导和规范临床医务工作者的诊断、治疗和护理行为,使各级医疗机构的医务人员在日常医疗、护理工作中有章可循。《临床诊疗指南》第一版的出版,是我国临床医学发展史上的重要里程碑。

中华医学会人才荟萃,汇集了我国卫生界的医学专家和学术权威。多年来,中华医学会在开展学术交流、引导和推动学术发展、培养医学人才方面发挥了积极而重要的作用。由中华医学会牵头组织的数千名来自全国各地的专家中有老一辈的医学专家,有担当医疗、教学、科研重任的医学骨干,也有近年来崭露头角的后起之秀。他们集中了我国医学界老、中、青医务人员的智慧,汇集了广大临床医学工作者的宝贵经验。专家们的广泛参与和认真讨论,保证了《临床诊疗指南》的代表性和可操作性。《临床诊疗指南》的编写,可谓是一项浩大的工程。借此机会,我代表卫生部对中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会以及各位专家为编写《临床诊疗指南》付出的心血和努力表示衷心的感谢!

《临床诊疗指南》的出版必将极大地推进我国医疗工作科学化、规范化、法制化的进程。卫生部要求我国广大医务工作者在临床实践中认真学习、领会、应用《指南》,为人民群众提供更高质量的临床医疗服务。

《临床诊疗指南》作为洋洋数千万字的医学巨著,第一版的问世难免存在不足之处。希望广大医务人员和医疗卫生管理工作者在医疗服务的实践过程中,及时向中华医学会、中华口腔医学会和中华护理学会反映《指南》中存在的不足。随着医学科学技术的发展,我们将对《指南》不断修订再版,使其日臻完善。



2004 年 9 月

序

在国家卫生部的重视和领导下,中华医学会组织编写的《临床诊疗指南》出版了。这是继《临床技术操作规范》出版后,我国医疗卫生管理界的又一项开创性的出版工程。这部旨在指导全国广大医务工作者临床诊疗行为的巨著的成功出版,是全国军地医疗卫生界数千名专家教授精诚合作的成果。我谨代表全军广大卫生人员,向为本书编写和出版工作付出辛勤劳动的军地医学专家、中华医学会和人民卫生出版社,致以崇高的敬意和衷心的感谢!

出版与《临床技术操作规范》相配套的《临床诊疗指南》,是加强军队医院科学化管理、保证正常医疗秩序、提高医疗工作质量的前提。随着我国社会主义市场经济的迅猛发展,信息技术、生物技术和其他高新技术在各领域的广泛应用,临床诊疗新理论、新技术、新方法不断涌现,医学学科之间、医学学科与人文社会学科之间也广泛相互渗透、影响,形成了一大批引人注目的医学新学科。同时,人口的老龄化、疾病谱的变化、全民卫生保健意识的不断增强,对广大医务工作者的临床诊疗技术和执业能力提出了更高的要求。学习新理论,掌握新技术,不断提高诊治水平,是军地广大医务人员所面临的共同任务,更是提高我国医疗事业整体水平的紧迫需要。

中华医学会组织编写的这部《临床诊疗指南》,全面、系统地介绍了医学科学的最新进展,既有科学可靠的临床诊断标准,又有优化先进的临床治疗方案,充分体现了科学性、先进性、权威性的有机统一,这部巨著的出版,对于加强军队医院科学化管理,保证正常医疗秩序,提高医疗工作质量,确保医疗安全,都具有重要的指导意义。我希望,军队各级医疗机构以及全体医疗工作者,在严格执行《临床技术操作规范》的同时,重视抓好《临床诊疗指南》的学习和使用。以一流的业务技术,一流的医疗质量,一流的服务水平,为广大患者提供更优质的服务,为繁荣我国军地卫生事业,不断做出更大的贡献。

总后卫生部部长

2004 年 10 月

前 言

《临床诊疗指南》是由国家财政部支持、卫生部领导、中华医学会组织编写的指导全国临床医务人员诊断治疗行为的第一部医学学术巨著。

现代临床医疗工作随着信息技术、生物技术和其他高新技术的发展和应用,临床新技术不断涌现,各相关学科的专业分化和交叉更加明显,对疾病的预防、诊断、治疗和转归、康复的认识更加深入,推动着临床医疗事业日新月异的向前发展。尤其是近年发展起来的循证医学采用信息技术,经过大样本的分析研究,在取得充分可靠证据的基础上,提出科学可靠的诊疗方案,实现优化的临床诊断治疗。人类疾病纷繁复杂,病人的病情千变万化,探求疾病预防、诊断、治疗、转归、康复的规律,是对广大医务人员的挑战,更是面临着新的发展机遇。

随着我国社会主义市场经济和社会事业的协调发展,人民生活水平的不断提高,对医疗服务的质量和水平提出了愈来愈高的要求。医务人员必须具备全面的医学理论知识、熟练的医疗技术操作能力、丰富的临床实践经验和良好的医德;要不断更新知识和技术,提高临床诊断治疗水平才能胜任临床医疗工作;要在医疗过程中对每一个病人进行连续、严密的观察,及时准确地做出分析、判断和处理,提供规范化服务。

为了满足广大医务人员学习提高业务水平的需要,对医务人员临床诊断、治疗工作进行具体的指导,使诊疗行为有章可循、有据可依,以有利于提高医务人员的综合素质,提高医疗服务的质量,有利于加强医疗工作的管理,有利于提高人民群众的健康水平,制定符合我国国情的临床诊疗指南,成为我国医疗事业发展过程中的一件大事。正是基于这样的考虑,在国家财政部的支持下,卫生部委托中华医学会组织专家编写了《临床诊疗指南》。

自 2001 年开始,《临床诊疗指南》在卫生部的领导下,中华医学会牵头组织了中华口腔医学会和临床专业密切相关的 56 个专科分会,由数千名专家教授历经 4 年编写而成。《临床诊疗指南》内容丰富翔实,具有科学性、权威性、先进性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医疗专业人员在临床医疗工作中参照使用。大家在实践中如发现有什么问题或意见和建议,希望能及时反馈给中华医学会,以便再版时进行修订。

《临床诊疗指南》按学科以分册的形式将陆续出版发行。

中华医学会

2004 年 9 月

临床诊疗指南

领导小组名单

组 长 王陇德

副组长 朱庆生 余 靖 黄洁夫 马晓伟 白书忠
傅 征 宗淑杰

成 员 杨 镜 曹泽毅 刘海林 肖梓仁 胡亚美
郭应禄 王忠诚 王澍寰 汤钊猷 巴德年
吴孟超 吴咸中 陈可冀 陆道培 史轶蘩
朱晓东 顾玉东 韩济生 陈洪铎 高润霖
王正国 庄 辉 张震康 吴明江 王海燕
李超林 钟南山 刘彤华 王春生 赵书贵

领导小组办公室

主 任 王 羽 赵书贵

副主任 张宗久 佟维训 赵明钢

临床诊疗指南

编辑委员会名单

名誉主任委员 吴阶平 韩启德
主任委员 王陇德
常务副主任委员 宗淑杰
副主任委员 杨 镜 曹泽毅 刘海林 肖梓仁 胡亚美 郭应禄
王忠诚 王澍寰 汤钊猷 巴德年 吴孟超 吴咸中
陈可冀 陆道培 史轶蘩 朱晓东 顾玉东 韩济生
陈洪铎 高润霖 黄洁夫 王正国 钟南山 庄 辉
刘彤华 张震康 吴明江 王海燕 李超林 王春生
赵书贵

委 员 (以姓氏笔画为序)

于中麟 王正国 王忠诚 王海燕 王新房 丛玉隆
朱晓东 朱积川 庄 辉 刘贵麟 江观玉 孙永华
杜如昱 李 晶 李春海 杨伟炎 吴明辉 何晓琥
邱贵兴 张乃鑫 张宏誉 张明园 张思仲 张惠霞
张震康 陆道培 陈 新 陈可冀 陈明哲 陈洪铎
陈振光 陈盛祖 陈清棠 罗 敏 罗爱伦 孟迅吾
赵家良 赵瑞琳 钟南山 顾玉东 钱荣立 徐光炜
殷蔚伯 高润霖 高景恒 郭应禄 唐福林 萧树东
曹泽毅 戚可名 章咏裳 湛贻璞 斯崇文 韩济生
端木宏谨 燕树林 戴建平

编委会办公室

主 任 王 羽 赵书贵
副主任 张宗久 佟维训 赵明钢

临床诊疗指南·精神病学分册

编著者名单

主 编	张明园	主任医师	上海市精神卫生中心
		教授	上海交通大学医学院
副主编	周东丰	教授	北京大学精神卫生研究所
	施慎逊	教授	复旦大学上海医学院
编著者 (按姓氏笔画排列)			
	江开达	主任医师	上海市精神卫生中心
	孙学礼	教授	四川大学华西医学中心
	李雪荣	教授	中南大学湘雅医学院
	沈其杰	主任医师	深圳康宁医院
	吴文源	教授	同济大学医学院
	邹义壮	主任医师	北京回龙观医院
	苏林雁	教授	中南大学湘雅医学院
	陈彦方	教授	山东医科大学
	张亚林	教授	中南大学湘雅医学院
	张鸿燕	副研究员	北京大学精神卫生研究所
	郝 伟	教授	中南大学湘雅医学院
	舒 良	教授	北京大学精神卫生研究所
学术秘书	昂秋青	副主任医师	上海市精神卫生中心
顾 问 (按姓氏笔画排列)			
	刘协和	教授	四川大学华西医学中心
	沈渔邨	教授	北京大学精神卫生研究所
		院士	中国工程科学院
	杨德森	教授	中南大学湘雅医学院
	姜佐宁	主任医师	北京安定医院
	徐韬园	教授	复旦大学上海医学院
	姚芳传	主任医师	南京市脑科医院

临床诊疗指南·精神病学分册

编写说明

本分册为中华人民共和国卫生部和中华医学会为规范医务人员技术操作、指导诊疗行为、提高医疗质量、保障人民健康的系统工程中的一颗“螺丝钉”。关于这一系统工程的目的、意义及重要性，在总的序言中已有阐述，不再重复。这里只就本分册简作说明。

一、本分册中，精神障碍的分类及诊断标准均使用的是 2001 年的《中国精神障碍分类和诊断标准第三版》（CCMD-3）。CCMD-3 和国际疾病分类 ICD-10 大致相同，但又有些区别：CCMD-3 更适合于我国的具体情况。为便于检索和对照，将 CCMD-3 和 ICD-10 的分类编码对照，编入附录。

二、精神障碍与其他疾病相比，更加强调“以病人为中心”，而不是“以疾病为中心”，更需要治疗的“个体化”。特别是“心理治疗”及“心理社会治疗”，在我国发展的历史还不长，仍在引进和消化阶段，在国际上，也没有公认的“规范”可以借鉴。精神科的临床工作，在规范化的同时，必须注意具体病人的具体情况。

三、分册的作者都是工作多年的资深专业工作者，对撰写的专题颇为熟悉，且有相当写作经验，但写《指南》或《规范》的经验实在不多。虽然作者们都尽力，反复审稿，反复修改，有些篇章依然不甚理想。希望同道们在实际应用中提出宝贵意见，在不久的将来再版时，能渐趋完善。

四、有一点需加说明。卫生部疾病控制司、中国疾病预防控制中心精神卫生中心、北京大学精神卫生研究所和本专科分会，曾编写过《中国精神障碍防治指南》（以下简称《防治指南》），其中精神分裂症、抑郁症和双相情感障碍等 3 个专病部分已在本分册撰写前定稿，老年期痴呆部分也将定稿。《防治指南》，只写重点疾病，内容包括健康教育、预防、社区康复等疾病防治的各个方面，篇幅较长，是与《中国精神卫生工作规划：2002～2010 年》配套的技术性指导文件。为避免《防治指南》和本分册内容上的冲突和不一致，邀请了《防治指南》的主要执笔人撰写本分册的相应章节。

最后，还要感谢担任顾问的德高望重的老教授和老专家们，他们以高度负

2 编写说明

责的治学精神，仔细审阅，严格把关，为我们树立了榜样。同时，也感谢美国礼来制药有限公司和阿斯利康制药有限公司对审稿会议及调研活动的经费资助。

中华医学会精神病学专业委员会

名誉主任委员 张明园

2006 年 1 月

目 录

第一章 器质性精神障碍	1
第一节 阿尔茨海默病.....	1
第二节 脑血管病所致精神障碍.....	4
第三节 脑外伤所致精神障碍.....	7
第四节 癫痫所致精神障碍.....	9
第五节 颅内感染所致精神障碍	11
第六节 躯体疾病所致精神障碍	13
第二章 精神活性物质所致精神障碍	21
第一节 阿片类药物所致精神障碍	22
第二节 酒精所致精神障碍	24
第三节 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍	26
第三章 中毒所致精神障碍	29
第一节 一氧化碳中毒所致精神障碍	29
第二节 有机磷类农药中毒所致精神障碍	31
第三节 肾上腺皮质激素所致精神障碍	33
第四章 精神分裂症	35
第五章 其他精神病性障碍	39
第一节 急性短暂性精神病性障碍	39
第二节 偏执性精神障碍	40
第三节 分裂情感性精神障碍	42
第六章 抑郁障碍	44
第一节 抑郁症	44
第二节 恶劣心境	47
第七章 双相情感障碍	49
第一节 双相障碍	49
第二节 环性心境障碍	53
第八章 癔症和神经症	55
第一节 癔症	55

第二节 恐惧症	57
第三节 惊恐障碍	58
第四节 广泛性焦虑	59
第五节 强迫症	60
第六节 躯体形式障碍	62
第七节 神经衰弱	64
第九章 应激相关障碍	67
第一节 急性应激障碍	67
第二节 创伤后应激障碍	68
第三节 适应障碍	69
第十章 心理因素相关的生理障碍	71
第一节 神经性厌食	71
第二节 神经性贪食症	72
第三节 神经性呕吐	74
第四节 失眠症	74
第五节 嗜睡症	76
第六节 睡眠-觉醒节律障碍	77
第七节 非器质性性功能障碍	78
第十一章 人格障碍	83
第十二章 习惯与冲动控制障碍	87
第一节 病理性赌博（赌博癖）	87
第二节 病理性纵火（纵火癖）	88
第三节 病理性偷窃（偷窃癖）	89
第四节 病理性拔毛（拔毛癖）	89
第十三章 性心理障碍	91
第一节 性身份障碍	91
第二节 性偏好障碍	92
第三节 性指向障碍	94
第十四章 儿童心理发育障碍	95
第一节 精神发育迟滞	95
第二节 言语和语言发育障碍	97
第三节 特定学校技能发育障碍	98
第四节 广泛发育障碍	99
第十五章 儿童少年行为和情绪障碍	102

第一节 儿童多动症·····	102
第二节 对立违抗障碍·····	103
第三节 品行障碍·····	104
第四节 儿童分离性焦虑障碍·····	105
第五节 抽动障碍·····	106
附录《中国精神障碍分类和诊断标准》第三版 (CCMD-3) 和 ICD-10 诊断编码对照·····	109

第一章 器质性精神障碍

第一节 阿尔茨海默病

【概述】

阿尔茨海默病（AD）属于一组原因未明的原发性脑变性病变，起病缓慢，以逐渐加重的痴呆为主要临床症状，病情发展虽可停顿一时，但不可逆转。病理改变主要为皮层弥漫性脑萎缩，神经元大量减少，并可见老年斑、神经元纤维缠结、颗粒性空泡小体等病变，胆碱乙酰化酶及乙酰胆碱含量减少。病理检查对明确诊断和排除其他精神障碍有重要意义。

【临床表现】

1. 记忆障碍 早期主要累及短程记忆，学习新知识困难，不能完成新的任务；记不住熟人姓名，难以进行有效的交谈；常放错或丢失东西等。随着病程进展，远程记忆也逐渐受累，可出现错构和虚构症。

2. 定向障碍 如常在熟悉环境或家中迷失方向，散步或外出不知回家的路，时间定向力也差。

3. 言语障碍 先出现语义学障碍，表现用词不当，说话重复，可有病理性赘述，也可出现阅读和书写困难，继之出现命名性失语。言语障碍最终发展为胡乱发音或缄默不语。

4. 失认或失用 如不能识别物体、地点和面容（失认）；不能正确完成系列动作，不能按指令执行可以自发完成的动作（失用）。

5. 全面性智能减退 包括理解、推理判断、抽象概括和计算等认知功能障碍。思维迟钝，内容贫乏，不能进行分析归纳，说话常自相矛盾。

6. 人格改变 可以是既往人格特点的发展，或向另一极端偏离。懒散，退缩，自我中心，敏感多疑，乖戾自私，不负责任。言语粗俗，行为不顾社会规范，不讲卫生，藏匿物品，捡拾破烂。可出现性脱抑制，不知羞耻，当众脱光衣服或公开手淫。

7. 妄想和情感障碍 有些是继发于人格改变，有的则是认知缺陷所致。妄想内容多为不系统的偷窃、被害、贫困和嫉妒。可出现情感淡漠、历时短暂

的抑郁心境，也可出现欣快、焦虑和易激惹。

8. 激越反应 常为应激状况下产生的继发性激越，表现突然而强烈的言语或人身攻击，发生和终止都很突然。

9. 进食、睡眠和行为障碍 常有食欲减退，睡眠节律紊乱。动作重复刻板或表现退缩。

10. 神经系统症状 可有肌张力增高、震颤等锥体外系症状，也可出现伸趾、强握、吸吮等原始反射。晚期可见癫痫发作。

11. 为慢性进行病程，总病程一般为2~10年，预后不良，部分患者病程进展较快，最终常因营养不良、肺炎等并发症或衰竭死亡。

【诊断要点】

1. 临床诊断以病史和症状为主，辅以精神、智能和神经系统检查。老年或老年前期发生的进行性认知障碍，以记忆尤其是近记忆障碍、学习新知识能力下降为早期症状，继而出现智能减退、定向障碍和人格改变。

2. 体检和神经系统检查未能发现肿瘤、脑血管病等证据。

3. 血液、脑脊髓液、EEG及脑影像学检查（脑CT或MRI等可见普遍性脑萎缩）不能显示特殊病因，无物质依赖或其他精神病史，加上各项心理测验、实验室检查，诊断正确率可达90%。

【分型】

1. 老年前期型

(1) 起病年龄在65岁以前。

(2) 符合上述诊断要点。

(3) 病情恶化较快，常早期出现失语、失写、失读和失用等症状，额叶及顶叶病变较重，多有同病家族史。

2. 老年型

(1) 起病年龄为65岁或65岁以后。

(2) 病情缓慢加重，早期以记忆障碍为主要表现。

(3) 符合阿尔茨海默病的诊断标准。

3. 非典型或混合型 符合阿尔茨海默病的诊断标准，但临床症状不典型，或同时合并脑血管病。

4. 其他型 符合阿尔茨海默病的诊断标准，但不完全能归入上述三型的。

【鉴别诊断】

1. 年龄相关记忆缺损（AAMI） 为大脑的生理性衰老；仅有记忆减退，无其他认知功能的明显减退，亦无明显社会功能的缺损。

2. 抑郁症 部分老年期抑郁症患者可以有类似痴呆的表现，称为抑郁性