

精神科 躯体问题处理手册

HANDBOOK OF MEDICINE in PSYCHIATRY

主编 Peter Manu, M.D.
Raymond E. Suarez, M.D.
Barbara J. Barnett, M.D.

主译 王学义



北京大学医学出版社

精神科 躯体问题处理手册

HANDBOOK OF MEDICINE in PSYCHIATRY

主编 Peter Mann, M.D.
Raymond E. Quinlan, M.D.
Anthony J. Schwartz, M.D.

译者 王世昌



北京大學醫學出版社

精神科躯体问题处理手册

Handbook of Medicine in Psychiatry

主 编 Peter Manu
Raymond E. Suarez

北京大学医学出版社

Handbook of Medicine in Psychiatry

Peter Manu, Raymond E. Suarez, Barbara J. Barnett

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc.
Washington D. C. and London, UK

Copyright © 2006 American Psychiatric Publishing, Inc. All rights reserved.

Simplified Chinese translation copyright 2009 © by Peking University Medical
Press. All rights reserved.

北京版权局著作权合同登记号: 图字: 01-2007-2700

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科躯体问题处理手册/(美)马努,(美)苏亚
雷斯,(美)巴奈特著;王学义等译. —北京:北京大学
医学出版社,2009.

书名原文: Handbook of Medicine in Psychiatry

ISBN 978-7-81116-629-3

I. 精… II. ①马…②苏…③巴…④王… III. 精神病学:
内科学-手册 IV. R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 085462 号

精神科躯体问题处理手册

主 译: 王学义

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 曹霞 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 15.75 字数: 472 千字

版 次: 2009 年 9 月第 1 版 2009 年 9 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-629-3

定 价: 49.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

参译人员名单

译校人员（按姓氏笔画排序）

于鲁璐	马 雷	王 岚	王小敏
王永良	王育梅	叶 翠	史少霞
朱颀峰	任会鹏	刘小玉	李 凝
吴振国	余 明	宋 美	张 萍
张云淑	金圭星	胡 蕊	姚绍敏
贾海玲	高明龙		

译者前言

精神科也与其他学科一样，同一患者可能合并或出现许多其他学科问题。精神科至少有 50% 以上的患者伴有躯体疾病。虽然精神科患者以精神问题前来就诊，但精神科医生无论是在采集病史、体格检查还是实验室检查方面，都应对患者可能存在的躯体问题进行全面评估，以避免不良事件和意外事件的发生。

我们翻译的《精神科躯体问题处理手册》一书，改良了以往多数书籍将疾病按照传统的器官-系统分类方法。本书总结了精神科常见内科症状的会诊原因，如胸闷气短、恶心呕吐、感染、电解质紊乱、血液异常、心电图异常等，按照不同系统的常见症状进行了分类，对其临床表现、鉴别诊断和风险分级进行了详细的讨论，并针对精神科疾病伴发躯体疾病以及治疗过程中常发生的躯体症状提出了具体的评估与处理原则。因此，我们相信，本书不仅对提高精神科医生对躯体疾病的诊断与处理有很大帮助，同时，还有助于促进和提高综合医院医生的联合会诊水平，对研究生、医学生、进修医生和基层医生掌握内科知识，早期识别与处理精神障碍患者的躯体疾病也颇为有益，有利于科研与教学水平的全面提高。

由于本书涉及多学科医学知识，难免翻译有不妥之处，希望广大同仁予以指正。

王学义

2009 年 9 月

著者前言

精神科至少有 50% 的患者伴有躯体疾病，但这些躯体问题并未得到充分的认识、正确的诊断和最佳的治疗。这种状况可能是由于医疗保健的系统问题、精神疾病的行为问题、精神障碍继发于躯体问题以及精神药物的副作用。然而，这也与精神科医生采集病史不详细、轻率下诊断、忽视躯体检查有一定关系。

在美国，获得精神科医生资格需要 4 个月的内科培训过程，但无明确的特定目标。传统的培训方法是在教学医院病房里，精神科住院医师与内科住院医师一起诊疗躯体疾病，如心肌梗死、心力衰竭、肺炎、呼吸衰竭、败血症、静脉炎、肝硬化以及恶性肿瘤。我们缺乏实验数据说明这类知识如何应用于精神科领域，我们只知道在专科精神病医院危及生命或晚期的疾病并不常见，也超出了专科医务人员的技能范围。我们和上百名精神科住院医师以及主治医师讨论，认为传统的内科培训并不能使精神科医生特别关注精神病患者的躯体问题，在处理急性疾病的各种症状、精神药物副作用、慢性退行性疾病的表现方面并没有减少对内科会诊的需求。

精神科医生需要了解哪些躯体疾病呢？我们先作一个回顾性分析，某精神病医院有 208 张床位，2002 年对入院的 1001 例患者进行了内科会诊，其中男性患者 501 名，女性 500 名，年龄最小 8 岁，最大 98 岁。首次入院诊断为情感障碍 57%，精神分裂症和其他重性精神病 33%，物质滥用 25%，焦虑障碍 7%，痴呆 6%，间歇爆发性障碍 3%，注意缺陷障碍 3%，进食障碍 2%，平均住院天数 32 天。其中 742 名患者内科会诊 2 120 次，随诊 1 800 次。需要内科会诊最多的是痴呆患者（每例患者每周 2.3 次）。精神分裂症、物质滥用、间歇爆发性障碍患者每人每周会诊 0.9 次。74 名患者（占总数的 10%）需立即转送到综合医院做进一步诊断与治疗。

在 2 120 次会诊当中，对 148 个特殊问题进行了评估，其中有 26 种症状和实验室检查异常问题，至少有 3% 的住院精神病患者是因为这些问题请求会诊。在症状分类中，请求会诊的最常见原因是跌倒

(6.4%)，其次是高血压 (6.3%)，水肿 (5.8%)，皮疹 (5.6%)，便秘 (5.2%)，咳嗽 (5.1%)，腹痛 (5.1%)，四肢痛 (5.1%)，胸痛 (5.1%)，恶心、呕吐 (4.9%)，软组织挫伤 (4.9%)，腹泻 (3.8%)，眼红肿 (3.7%)，低血压 (3.5%)，发热 (3.4%)，咽喉痛 (3.4%) 以及腰背痛 (3.1%)。实验室检查异常包括高血糖 (8.6%)，贫血 (7.5%)，心电图异常 (6.3%)，尿常规异常 (6.3%)，氮质血症 (4.6%)，血钾异常 (4.6%)，白细胞异常 (3.3%)，甲状腺功能异常 (3.1%) 以及低钠血症 (3.1%)。

精神病医院需内科会诊的大多原因仅限于一组症状、体征、实验室检查结果异常。其中最多见的三类问题是精神科药物副作用（跌伤、高血糖、低血压、低钠血症、恶心、便秘、白细胞减少），疼痛症状以及呼吸道和泌尿系感染。这些结果和循证依据为提高精神科医生内科知识提供了最实用的课程，为精神科医生的训练和实践提供了第一手材料。

编写本书反映了在精神科病房独立工作的医师所面临的实际问题，我们将疾病由传统的器官—系统分类法改良为以常见的症状进行分类，如心脏骤停，异常体征，疼痛，常见的感染征象和呼吸窘迫。每一章均定式讨论主要的临床特征、鉴别诊断、风险分级以及精神科的处理方法。我们竭尽全力把精神障碍及其治疗可能引起的病理生理改变，以及常见的和严重疾病的典型症状表现编辑成册，供大家参考。

我们的工作并不能取代全面的内科知识书籍与电子版的资源，但我们为 21 世纪复杂的精神科临床实践建立一个新的工具。

Peter Manu, M. D.

Raymond E. Suarez, M. D.

Barbara J. Barnett, M. D.

目 录

第 1 部分 心脏骤停与气道阻塞

第一章 心脏骤停	(3)
第二章 窒息与喉痉挛	(10)

第 2 部分 生命体征异常

第三章 发 热	(19)
第四章 高 血 压	(28)
第五章 低血压与直立性低血压	(34)
第六章 心动过速	(41)
第七章 心动过缓	(45)

第 3 部分 呼吸窘迫

第八章 呼吸困难	(55)
第九章 喘 鸣	(63)
第十章 睡眠呼吸暂停	(73)

第 4 部分 疼痛症状

第十一章 胸 痛	(83)
第十二章 腹 痛	(90)
第十三章 腰 背 痛	(99)
第十四章 肢体疼痛	(107)

第 5 部分 神经系统症状

第十五章 无反应的精神科患者	(117)
第十六章 跌 伤	(125)
第十七章 头部外伤	(130)
第十八章 头 痛	(136)

第十九章 晕厥	(145)
第二十章 癫痫发作	(153)
第二十一章 与神经阻滞剂相关的锥体外系症状	(165)

第6部分 胃肠系统异常

第二十二章 吞咽困难	(179)
第二十三章 胃灼热	(184)
第二十四章 恶心、呕吐	(189)
第二十五章 腹泻	(196)
第二十六章 便秘	(202)
第二十七章 胃肠道出血	(209)
第二十八章 肝功能异常	(218)

第7部分 常见的感染征象

第二十九章 眼部红肿	(227)
第三十章 咽喉痛, 耳痛及上呼吸道感染	(234)
第三十一章 排尿困难与脓尿	(242)
第三十二章 咳嗽	(246)

第8部分 皮肤及软组织异常

第三十三章 皮肤病	(257)
第三十四章 水肿	(267)

第9部分 血液异常

第三十五章 中性粒细胞减少症	(279)
第三十六章 血小板减少症	(291)
第三十七章 贫血	(296)

第10部分 肾及电解质异常

第三十八章 氮质血症	(303)
第三十九章 血尿	(314)

第四十章	低钠血症	(321)
第四十一章	高钠血症与多尿	(328)
第四十二章	低钾血症	(335)
第四十三章	高钾血症	(341)
第四十四章	尿路梗阻	(348)

第 11 部分 内分泌与代谢异常

第四十五章	糖 尿 病	(355)
第四十六章	高脂血症	(364)
第四十七章	甲状腺功能异常	(370)
第四十八章	高钙血症	(378)
第四十九章	肥 胖	(383)

第 12 部分 心电图异常

第五十章	ST 段与 T 波改变	(391)
第五十一章	心律失常	(402)
第五十二章	Q-Tc 间期延长	(409)

第 13 部分 精神状态的急性改变

第五十三章	激 越	(421)
第五十四章	谵 妄	(431)

第 14 部分 多种躯体疾病患者的处理

第五十五章	电痉挛疗前的风险评估	(443)
第五十六章	多种躯体疾病的患者	(451)
索 引		(469)

第 1 部分

心脏骤停与气道阻塞

第一章 心脏骤停

临床表现

心脏骤停的表现包括突然用手捂住胸部、虚脱直至患者感到窒息。

室性心动过速（室速）是一种快速性心律失常，心率通常高于120次/分，起搏点在心室。因为心室收缩完全独立于心房，所以心房排空和心室充盈之间缺乏相互联系。室速时，由于心房与心室之间无联系导致左心室的无效充盈，心输出量下降。室速通常起源于一系列的室性期前收缩，在心电图上以宽大畸形的QRS波群为特征。室性心动过速的QRS波形呈单一者，称为单源性室性心动过速。室性心动过速呈现QRS波形态各异，称为多源性室性心动过速。阵发性室性心动过速节律历时短于30秒者，称为非持续性室性心动过速，长于30秒者，称为持续性室性心动过速。室性心动过速的一个特殊类型是“尖端扭转型”，其表现特点为QRS波群沿着心电图基线上下波动。这种变化通常由药物所致，例如ⅠA类抗心律失常药和一些抗精神病药物，或由于电解质紊乱（特别是低镁血症和低钙血症），导致心脏Q-T间期延长。室性心动过速的症状还可能出现心悸，头晕，意识模糊，焦虑，出虚汗，晕厥，气短，胸痛，癫痫发作。这些症状是心脏与大脑血流灌注不足的表现。

心室纤颤（室颤）是源于心室的心律失常，如果不经治疗，室颤将迅速导致心脏骤停。主要表现以高度紊乱不规则的心室收缩为特征，导致身体其他部位供血不足，组织灌注下降、缺氧、血液循环停滞。这种心律失常通常发生在急性心肌缺血时，其危险因素包括：冠心病、急性充血性心力衰竭、先天性心脏病、原发性心肌病、心脏瓣膜病及近期心脏外科手术史。被电击或心脏外伤存活者也可能发生室颤。

鉴别诊断

当患者呼之不应、呼吸停止、测不到脉搏，医生要考虑是否发生了心脏骤停。这种情况下应该考虑各种原因，包括气管阻塞、严重的低温、持续性癫痫发作和药物过量中毒（特别是阿片类药物）所致的呼吸抑制。详见表 1-1。

表 1-1 心脏骤停的鉴别诊断

-
- 心肌缺血或者心肌梗死
 - 隐匿中毒
 - 缺氧
 - 高钾血症
 - 张力性气胸
 - 钝器或者锐器的刺伤
 - 大量内脏出血
 - 阻塞或反应性呼吸道疾病所致的呼吸停止
 - 气道阻塞
 - 阿片类物质使用过量
 - 严重的低体温
 - 癫痫发作
-

风险分级

有突发心脏骤停风险的患者通常患有冠心病、心脏瓣膜病、原发性心肌病、近期心脏外科手术史、先天性心脏病、晚期肾病、慢性肺病、肺栓塞或肿瘤病史。其他危险因素包括药物滥用（特别是可卡因类物质）和正在服用抗心律失常的药物。

精神科评估与处理

1991 年建立的“生存链”术语，有助于业外人士（外行）以及医疗卫生工作者处理突发事件，提高心脏骤停患者的生存率。生存链

有四个关键步骤：尽早处理（识别心脏急症并给予相应处理），尽早心肺复苏（CPR），尽早除颤（对于心室纤颤和室性心动过速者），尽早给予心脏生命支持疗法和药物治疗（见表 1-2）。

表 1-2 心脏骤停患者的基本治疗原则/初级 ABCD 复苏步骤 [包括基本的心肺复苏 (CPR) 及除颤]

- 检查患者是否有反应
- 电话呼叫 120
- 除颤器和救护车

气道：通畅呼吸道（望、听、触），使用仰头举颏法

呼吸：提供气道正压通气，给两次缓慢呼吸，活瓣-面罩-呼吸装置紧紧包绕口鼻

循环：开始 1 分钟的胸外心脏按压（每 15 次胸外心脏按压进行两次人工呼吸），持续心脏按压直至使用除颤器

除颤：采用监护仪对室颤和室性心动过速进行监测。一旦发现室颤或室性心动过速，立即进行 3 次除颤（单相 200J、300J、360J）。如果仍没有反应，进行 1 分钟的心肺复苏后再次对室颤和室速进行评定。如果未检测到心肌电活动，则要进一步排查和治疗潜在的病因

假设怀疑患者心脏骤停，首先，我们要轻轻摇晃患者，大声说“你还好吗？”以确认患者有无反应。如果证明有外伤（例如，有人目击患者摔伤，或者有明显的出血征象），切记不要摇动患者，而是轻轻触摸患者并尽量跟患者讲话。如果确信患者没有任何反应，应该立即呼救，拨 120 呼叫急救车。如果是在医院，应该发出“信号”，呼叫“抢救车”以及自动体外除颤器（AED）。

抢救者应与患者保持恰当的位置，尽早进行心肺复苏。若患者体位不便，应该想办法轻轻在患者的后背放上硬的支持物，例如放在一块木板上。若患者合并颈椎损伤，移动患者时，应该使患者的头、颈、胸部保持在一条线上。待患者摆好体位，立即进行抢救，具体步骤包括 ABCD（开通气道、人工呼吸、人工胸外按压、除颤）。

开通气道

首先应该让患者张开嘴并且检查气道是否有异物。抢救者一手置于患者前额部，用力使头后仰，另一手的示、中两指抬起下颌，使下颌慢慢抬起，这样可以使舌抬起，使气道通畅。若存在颈椎损伤，抢救者应该一手抓住下颌骨，另一手放在患者的头上，进行手法复位。这样下颌骨就会被慢慢抬起，气道阻塞症状就会逐渐缓解。

人工呼吸

抢救者首先观察胸廓有无起伏，仔细听有无气流呼出的声音，有无气息。这三步应该立即进行，若确定无呼吸或只有终末呼吸或偶有呼吸，抢救者应该立即对患者进行人工呼吸，或者通过活瓣-面罩-呼吸装置，或捏鼻进行每两秒钟一次的吹气。当使用面罩时，一定要认真检查，确保面罩紧扣于患者的口鼻。尽可能不引起胃膨胀、胃反流、胃内容物的吸入。人工呼吸是否有效，可通过观察和评估胸廓是否有上下起伏运动。

循环（人工胸外按压术）

一旦患者的人工呼吸成功，抢救者应能测到患者的脉搏。在成年人，检查脉搏应该将两个手指放在颈动脉上（即将两手指放在下颌角并且邻近气管处），检查搏动至少应持续 5~10 分钟。若没有查到搏动，应该立即进行 15 次胸外心脏按压。在儿童，进行两次人工呼吸后，应作如下检查：呼吸、咳嗽、运动、脉搏（婴儿摸肱动脉，儿童摸颈动脉）。心脏按压的深度应该依年龄而定。一般抢救者应该靠近患者胸部，将两个手指置于其剑突切迹下。另一只手的手掌紧挨着这两指并交叉握住前一个手的手掌。保持肘关节垂直，抢救者应该使胸廓下压深度 3.5~5cm，心肺复苏以每 15 次胸外按压，进行 2 次人工呼吸，直到获得除颤设备。

除颤

如果患者显示出组织灌注不足的症状，例如胸痛、呼吸急促、低