



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

全国高等医药院校教材

(供临床·口腔·法医·预防·护理·妇幼保健等专业用)

精神病学

第3版

主编 孙学礼



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

全国高等医药院校教材

(供临床·口腔·法医·预防·护理·妇幼保健等专业用)

精神病学

J i n g s h e n b i n g x u e

第3版

主编 孙学礼



高等教育出版社·北京
HIGHER EDUCATION PRESS BEIJING

内容简介

本书是以医学生及护理专业学生为对象的精神病学教科书,可供5、7、8年制等不同学制学生及护理专业的学生使用。与其他精神病学教科书比较,本书更强调学生整体临床思维的培养;与国外精神病学的教学思路及教学理念接轨;以疾病为单元,每种疾病结合具体案例来描述精神症状及指导学生诊断、治疗方法,了解该疾病最新的国内外研究进展;介绍临床各科室常见精神、心理问题的诊治(如身体疾病、中枢神经系统疾病、精神活性物质使用所伴随的精神症状,综合科室焦虑抑郁症状的处理)。文字深入浅出,内容精彩丰富,对初涉精神病学领域的学生具有训练基础、掌握知识、拓展视野、激发兴趣的效果。

希望本书能够在国内的精神病学教学改革、临床实践以及促进相关专业的国际交流方面有所帮助。

图书在版编目(CIP)数据

精神病学/孙学礼主编. --3版. --北京:高等教育出版社,2013.8

供临床、口腔、法医、预防、护理、妇幼保健等专业用
ISBN 978-7-04-037248-9

I. ①精… II. ①孙… III. ①精神病学-高等学校-教材 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第175996号

策划编辑 席雁 孙葵葵 责任编辑 孙葵葵 书籍设计 张楠 责任印制 刘思涵

出版发行	高等教育出版社	网 址	http://www.hep.edu.cn
社 址	北京市西城区德外大街4号		http://www.hep.com.cn
邮政编码	100120	网上订购	http://www.landaco.com
印 刷	北京人卫印刷厂		http://www.landaco.com.cn
开 本	787mm×1092mm 1/16	版 次	2008年4月第1版
印 张	34		2013年8月第3版
字 数	880千字	印 次	2013年8月第1次印刷
购书热线	010-58581118	定 价	62.50元
咨询电话	400-810-0598		

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换

版权所有 侵权必究

物料号 37248-00

数字课程

精神病学

(第3版)

登录以获取更多学习资源!

登录方法:

1. 访问 <http://res.hep.com.cn/37248>
2. 输入数字课程账号(见封底明码)、密码
3. 点击“LOGIN”、“进入4A”
4. 进入学习中心,选择课程

账号自登录之日起一年内有效,过期作废。

使用本账号如有任何问题,
请发邮件至: life@pub.hep.cn

精神病学(第3版)

孙学礼 主编

内容介绍 | 纸质教材 | 相关资源 | 版权信息 | 联系方式

4A

学习中心

欢迎登录

账号

密码

LOGIN

内容介绍

本数字课程是《精神病学》(第3版)纸质教材的配套资源,是利用数字化技术整合优质教学资源的出版形式,可扩展纸质教材的内容。为读者提供拓展资源、演示文稿(PPT)、习题与答案等,供读者完善学习内容。

高等教育出版社版权所有 ©2013

<http://res.hep.com.cn/37248>

读者可凭纸质版教材封底所附明码和密码登录,访问本书的数字课程网站 <http://res.hep.com.cn/37248>,获取相应数字资源。

请在具有 IE 内核的浏览器下访问数字课程。其他浏览器访问,可能造成课程资源无法正常显示。

编写委员会

主 编 孙学礼

副主编 王高华 许秀峰 高成阁 况 利

编者(以姓氏笔画为序)

王 刚(首都医科大学)

王育梅(河北医科大学)

王高华(武汉大学)

白克镇(泸州医学院)

许秀峰(昆明医科大学)

牟 君(重庆医科大学)

李幼辉(郑州大学)

况 利(重庆医科大学)

张 波(四川大学)

张晋碚(中山大学)

周茹英(西部精神医学协会)

胡峻梅(四川大学)

高 东(第三军医大学)

黄 颐(四川大学)

谭庆荣(第四军医大学)

王 雪(四川大学)

王学义(河北医科大学)

王惠玲(武汉大学)

伊琦忠(新疆医科大学)

孙学礼(四川大学)

李小麟(四川大学)

杨德兰(重庆医科大学)

张 岚(四川大学)

张玉堂(兰州大学)

季建林(复旦大学)

郑 重(四川大学)

殷 莉(四川大学)

高成阁(西安交通大学)

程宇琪(昆明医科大学)

学术秘书 殷 莉 付雪垠

前言

随着全球疾病谱和疾病负担的变化,精神疾病和精神卫生问题将成为,或者说正在成为 21 世纪人类所面临的主要健康问题之一。20 世纪 90 年代的多次调查表明,中国疾病谱的变化和世界疾病谱变化的趋势一致。早在 20 年前的调查中就显示,中国的精神疾病负担占总疾病负担的第一位,并且随着时间的推移,这种趋势会更加突出。这就意味着,并非仅仅是精神专科医生,而是整个医学界将面临着医疗与保健的新问题。而通过医学教育,丰富医学生的精神卫生知识,改变医学生的医学知识结构是面对这种趋势的重要环节。

本书是以医学生为对象的精神病学教科书,与以往的教科书比较有如下的特点:①注重对精神病学专业以外的其他医学专业学生的精神病学知识的培养,所以本书特别强调对躯体疾病、中枢神经系统疾病、精神活性物质依赖等情况所伴随的精神症状的识别和处理,以及对抑郁障碍、儿童精神卫生等涉及大众健康问题的知识的了解。②为了与医学其他学科的接轨,本书放弃了国内以往精神病学教科书传统的编排方法,去掉了“精神病症状学”、“精神疾病治疗学”等专门章节,而以疾病为主线,结合疾病来描述精神症状和治疗。③为了保证学科的完整性和学生对精神病学较为全面的了解,主张 5、7、8 年制等不同学制学生使用相同的教材,至于对不同层次学生的具体要求,可以通过各院校制定不同的教学大纲来完成,这样既给教师提供了更为丰富的备课资料,又为学生提供了自学的空间。④强调学生的基础训练,在第一篇中对于临床精神病学领域中常用的诊断、治疗技术进行了较为详尽的介绍。⑤在对各个疾病的描写中,强调理论联系实际,加入了许多典型案例,便于学生加深对基本概念和疾病的理解。⑥就神经症、焦虑性障碍等概念和分类问题提出了自己的见解。⑦强调了不同辅助检查结果,特别是影像学、神经内分泌、心理测验在不同精神疾病诊断、鉴别诊断、分型、预后判断等方面的

意义,有利于反映学科发展的趋势,有利于促进将本学科近 20 年来的研究成果用于教学及临床实践,也有利于强调精神病学与“大医学”接轨的总的发展理念。

总之,作者希望本书能够对国内的精神病学教学改革、临床实践以及促进相关专业的国际交流有所帮助。事物总是在发展中完善的,尽管本书已经修订至第 3 版,但肯定仍有不少不尽如人意之处,希望老师和同学提出宝贵意见。

孙学礼

2013 年 4 月于成都

目 录

前言	
第一篇 总论	
002 第一章 绪论	
002 第一节 精神病学相关的概念	
005 第二节 中国精神疾病负担	
006 第三节 精神病学与临床其他学科的联系	
008 第四节 精神障碍的危险因素	
013 第五节 精神活动的生物学基础	
013 第六节 精神病学的任务和发展方向	
020 第二章 精神障碍的分类和标准化诊断	
020 第一节 精神障碍的分类和诊断标准	
037 第二节 精神科的基本技能	
054 第三章 精神科相关治疗技术	
054 第一节 精神药物概述及一般分类、应用原则	
064 第二节 电抽搐治疗	
072 第三节 经颅磁刺激治疗	
076 第四节 心理咨询及心理治疗在精神病学的应用	
089 第四章 精神障碍与法律相关问题	
089 第一节 概述	
092 第二节 精神科临床实践中的法律问题	
102 第三节 精神障碍的司法鉴定	
112 第四节 精神障碍者的管理问题	
第二篇 成人精神障碍	
118 第五章 中枢神经系统疾病所致精神障碍	
118 第一节 概述	
129 第二节 阿尔茨海默病	
141 第三节 血管性痴呆	
146 第四节 癫痫性精神障碍	
152 第五节 颅内肿瘤所致精神障碍	
155 第六节 颅内感染所致精神障碍	
159 第七节 颅脑损伤所致精神障碍	
165 第六章 躯体疾病所致精神障碍	
165 第一节 概述	
168 第二节 躯体感染所致精神障碍	
170 第三节 内脏器官疾病所致精神障碍	
173 第四节 内分泌疾病和代谢疾病所致精神障碍	
180 第五节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	
182 第七章 精神活性物质所致精神障碍	
182 第一节 概述	
188 第二节 酒精所致精神障碍	
193 第三节 阿片类药物所致精神障碍	
198 第四节 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍	
202 第五节 可卡因所致精神障碍	
204 第六节 致幻剂所致精神障碍	
206 第七节 挥发性有机溶剂所致精神障碍	
207 第八节 抗焦虑药和催眠药滥用	
209 第九节 烟草依赖所致精神障碍	
211 第八章 非依赖性物质所致精神障碍	
211 第一节 概述	
212 第二节 有机化合物所致精神障碍	
218 第三节 一氧化碳中毒所致精神障碍	
221 第四节 医用药物所致精神障碍	
226 第五节 植物性食物所致精神障碍	
228 第九章 精神分裂症	
228 第一节 概述	
230 第二节 临床表现	

- 244 第三节 诊断与鉴别诊断
246 第四节 治疗及预后
255 第五节 发病机制及危险因素
- 259 第十章 心境障碍
259 第一节 概述
261 第二节 临床表现
267 第三节 诊断与鉴别诊断
278 第四节 治疗及预后
291 第五节 危险因素与发病机制
307 第六节 自杀
- 315 第十一章 神经症概述
- 319 第十二章 焦虑障碍
319 第一节 概述
323 第二节 惊恐障碍
327 第三节 恐怖症
331 第四节 广泛性焦虑障碍
335 第五节 强迫障碍
- 341 第十三章 分离(转换)性障碍(癔症)
341 第一节 概述
343 第二节 临床表现
348 第三节 诊断与鉴别诊断
350 第四节 治疗
351 第五节 危险因素及发病机制
- 355 第十四章 躯体形式障碍
355 第一节 概述
359 第二节 躯体化障碍
364 第三节 疑病症
367 第四节 持续性躯体形式疼痛障碍
371 第五节 躯体形式的自主神经功能紊乱
- 373 第十五章 应激相关精神障碍
373 第一节 概述
375 第二节 急性应激障碍
377 第三节 创伤后应激障碍
381 第四节 适应障碍
383 第五节 危险因素与发病机制
- 386 第十六章 心理生理障碍
386 第一节 进食障碍
- 398 第二节 睡眠与觉醒障碍
- 409 第十七章 人格障碍
409 第一节 人格的概念及人格障碍概述
411 第二节 临床表现
414 第三节 诊断与鉴别诊断
417 第四节 治疗及预后
418 第五节 危险因素
- 420 第十八章 性心理及性功能障碍
420 第一节 性心理障碍
433 第二节 性功能障碍
- 442 第十九章 精神科急诊
442 第一节 总论
448 第二节 常见精神科急诊临床状况与综合征
- 459 第二十章 精神障碍的护理与康复
459 第一节 概述
461 第二节 精神科护理的基本理论
463 第三节 精神科基础护理
464 第四节 精神疾病患者危急状态的防范与护理
466 第五节 精神疾病患者的组织与管理
- ### 第三篇 特殊人群的精神障碍
- 472 第二十一章 起病于儿童少年期的精神障碍
472 第一节 精神发育迟滞
476 第二节 心理发育障碍
486 第三节 其他起病于儿童期的行为与情绪障碍
- 507 第二十二章 女性精神障碍概述及特征
- 514 第二十三章 老年精神障碍概述
514 第一节 心理的正常老年化过程
517 第二节 老年期精神障碍的临床特征
520 第三节 老年期精神障碍诊断及治疗应注意的问题
- 522 专业名词中英文对照
529 参考文献

第一篇
总论

夫道者

上知天文

下知地理

中知人事

可以长久

——《素问·气交变大论》

观阴阳之开阖以命物

知存亡之门户

筹策万类之终始

达人心之理

见变化之朕焉

而守司其门户

——《鬼谷子·捭阖第一》

第一章

绪论

第一节 精神病学相关的概念

一、精神病学的概念

精神病学(psychiatry)系医学的重要组成部分,是主要研究精神疾病或精神障碍的病因、发病机制、临床症状、病程转归、诊断治疗以及防治的临床医学科学。与内科学、外科学等临床医学学科一样,精神病学属于医学的二级学科之一,按照研究对象、研究领域以及研究方法等方面的不同,精神病学又包括了许多三级学科和特殊的研究领域。研究精神疾病或精神障碍的临床诊断以及临床治疗技能的领域,称为临床精神病学(clinical psychiatry);利用分子生物学技术、影像学技术、电生理技术、生物化学技术等来研究精神障碍或精神疾病的病因、病理生理机制以及实验诊断标准等的学科称为生物精神病学(biological psychiatry);研究精神疾病或精神障碍在老年期的特殊表现以及老年期特殊的精神障碍及精神卫生问题的领域,称为老年精神病学(geriatric psychiatry);研究精神疾病在儿童及青少年期的特殊表现以及在此时期所发生的特殊精神疾病及精神卫生问题的学科,称为儿童精神病学(children psychiatry);涉及对非精神专科医生的精神病学知识教育以及研究和解决内科疾病、外科疾病中所出现的精神疾病以及精神卫生问题的领域,称为会诊-联络精神病学(consultation-liaison psychiatry);研究精神病学在司法过程中应用的领域,称为司法精神病学(forensic psychiatry);涉及研究个体所处的社会文化环境对于精神疾病或精神障碍发生、发展、转归及预后影响以及个体行为问题的领域,称为社会精神病学(social psychiatry);涉及研究精神药物的分类及其对于精神疾病和行为问题的作用机制、作用效果等领域,称为精神药理学(psychopharmacology)。随着社会的需要、对于精神疾病认识水平的提高以及精神病学学科的发展,涉及精神病学学科的分支将还会增加或融合或重新整合。此外,由于任何疾病的发生、发展以及治疗、预后等方面,不仅仅涉及个体所生长的自然环境以及生物学方面的问题,同时也必然会涉及个体所生存的社会环境,而在治疗精神疾病方面更是如此,因此,临床心理学是与精神病学关系最为密切的相关学科。讨论精神病学,离不开精神卫生的问题,这是因为精神卫生与精神疾病的发生、临床表现、治疗、预后及预防等方面均有密切的关系,因此,本书将要介绍的内容实际上是精神病学及精神卫生学方面的内容。

二、精神障碍的概念及其相关问题

典型案例

患者,男性,43岁。文化程度:大学。职业:医务人员。近1年来经常突然出现心慌、坐立不安、出汗、手抖等情况,非常难受。上述发作每周2~4次,曾因此数次急诊就医,作心电图、胸片、超声心动图等检查均正常。此外,患者逐渐出现对人说话紧张,以至于后来在别人面前语无伦次,不能表达自己的意图和传递自己需要传递的信息。近2周来,除了在别人面前不能正常表达自己的意图以外,还进一步出现听不见或不能理解别人的讲话,以至于沟通无法进行,故而停止工作和大部分社交活动,同时,因为害怕上述发作而不敢轻易出门。但在上述发作出现的间歇以及自己独处看影视作品,或阅读,或与家人相处交流时,思维活动和理解能力不受影响。患者对自己的状况非常担心,盼望早日明确诊断和得到及时治疗。

案例分析

该患者在上述1年多的时间内所表现的主要异常总结起来有以下三个方面:一是内心体验到的莫名恐惧和不安;二是出汗、手抖等自主神经功能紊乱的症状;三是对于一些活动的回避,例如因为怕病情发作而不敢出门,因为见人感到紧张而回避社交活动等。以上症状构成了精神病学中所描述的焦虑(anxiety)症状。在不能事先有效预见的情况下所出现的发作性焦虑症状称为“急性焦虑发作”,而在与别人交流或与陌生人接触时所出现的焦虑症状则称为“社交焦虑”。

(一) 关于精神障碍的概念问题

精神障碍(mental disorders)是指在各种致病因素(包括物理、化学、生物、心理和社会等方面的因素)影响下所导致的精神活动的失调或异常情况的总称。人的精神活动主要是指整个心理现象,包括两个方面,一方面是包括人的三个心理过程,即认识过程、情感过程和意志过程。其中,认识过程又包括感性认识过程(即感觉)和理性认识过程(即思维)以及保证认识过程得以顺利进行的注意、记忆等方面内容。另一方面就是人的人格,当然也包括上述各方面(感觉、思维、注意、记忆),特别是以认识过程各方面组合所体现出的智能。精神障碍就是指以上任意一方面或多方面异常的总称。本节案例主要是焦虑问题,焦虑属于病理优势情感的一种类型,因此,该案例属于精神障碍的范畴,该患者属于精神障碍。在此,有必要同时提出与之相关的一些概念。

1. 精神病(psychosis):这一概念是指在认知、情感、意志和行为等方面有明显障碍,致使患者歪曲地反映现实,不能适应正常的生活;具有危害自身和社会的行为者,临床上又称重性精神障碍。这类患者一般不能正确认识自身疾病,缺乏现实批判能力。因为目前尚无明确的脑形态学改变,因而将它与精神分裂症等同起来,也有内因性精神病(endogenic psychosis)之称。在国外一般医学字典上认为,精神病应包括脑器质性精神障碍综合征和功能性精神病(functional psychosis),而功能性精神病又包括精神分裂症、心境障碍、偏执性精神障碍和精神病性抑郁障碍等。

2. 精神疾病:在精神病学领域中最常用英语“mental illness”来描述精神疾病,而很少用

“mental disease”,因为“disease”常指生理的障碍,而不指心理障碍,从翻译角度两者可同称为精神疾病。目前也有人提出,精神疾病这一词汇应被精神障碍(mental disorder)所取代,因为该概念的内涵与外延均与精神障碍相似。而由于临床实践中,特别是国内临床实践中过去更习惯使用“精神疾病”,因此了解这一概念目前仍有必要。

3. 精神卫生(mental health):是一个涉及内容非常广泛的领域。对于一般人群来说,精神卫生涉及个体的准确的自我评价、个体的工作能力、个体的社交能力、个体与他人保持亲密关系的能力、个体对于环境(特别是对于社会环境)的适应能力、个体的愉快体验以及个体的生活质量等多方面的问题。精神卫生工作就是采取各种行之有效的方法来保障和促进个体的心理健康。而对于精神疾病患者来说,由于存在着上述某方面的缺陷,因此精神卫生就意味着采取各种方式使以上情况得以恢复。此外,从预防医学的角度上讲,精神卫生就涉及各类精神障碍的预防,从而减少各类心理和行为障碍的发生。从某种意义上讲,精神卫生是除精神病学领域以外的整个医学领域也均应密切注意的问题。

(二) 精神状态正常与否的判断标准

每一个人的认知、情感、行为以及人格都是不同的。以交通违规为例,尽管每个个体的认识一致,都是持否定态度,但也可以表现出不同的情感,有的可以表现出愤怒,有的可以表现出平淡,并出现与之相应的行为。因此,精神病学临床上一个重要的问题是要明确正常与异常的概念和标准。在精神病学临床工作中,判断正常与否的标准有三个方面,即统计学标准、社会标准和个人标准。

1. 统计学标准:其含义是指以概率来划分正常与异常的标准,通俗地讲,就是以群体大多数人的指标作为正常指标的标准。医学上多数判断正常与否的标准采用的是统计学标准,如血压、心率、呼吸、肝功能、肾功能等。以心率为例,群体中大多数人的窦性心率为60~100次/min,因而当某个个体的心率高于100次/min时便称之为“窦性心动过速”,而低于60次/min则称之为“窦性心动过缓”。判断精神障碍的指标是同样的道理,如果某个个体的思维方式、情感反应或行为模式等明显不同于群体所表现出的模式,则应被视为异常。统计学标准中的正常概率一般定在95%,有的指标则定在99%。

2. 社会标准:由于心理活动受到社会文化因素的影响,不同文化背景的群体对于同一事件可以产生出不同的认知、情感和行为反应。如一名中学生某次考试成绩是否名列前茅对于处在东方文化群体和西方文化群体的个体来说,所产生的认知、情感和行为反应是具有非常大的差别的。社会标准至少包括习惯性标准、文化标准和伦理道德标准等方面的内容。例如某个个体总是爱在群体中突出自己,或总是爱穿非常奇异的服饰,或总是有“标新立异”的想法等,在西方社会可能认为是可以理解的现象,而在东方社会可能会将其作为值得关注的异常情况的开始,这就是文化标准;又如,在子女即将成年,甚至已经成年上了大学以后,母亲仍然将其作为未成年子女对待,甚至有的母亲放弃工作和自己的家庭生活,跟着子女来到就学的城市,租住房屋,给子女作“陪读”2~3年甚至更长的时间,在东方文化群体,特别是在中国社会被视为可以理解,但在西方社会则可能被视为异常。这既受文化标准的影响,也受习惯性标准的影响。此外,对于独立性行为、同性恋问题的正常与否的判断都涉及不同的伦理道德标准问题。

3. 个人标准:主要是强调个体的体验,个体的过去或者是一贯的思维、情感、行为模式、价值取向等情况与目前状况的比较。前者指的是尽管一切检查都正常,如果个体体验到明显的不适或者痛苦,应视之为异常。后者主要是指同样的情况,如果作为一个个体一贯的表现则可

能被视为正常;而对另一个体来说,如果是近期内从另一种状态逐步或突然变为目前的状态则很可能被视为异常。如某个体一贯少言寡语、不合群,对于亲人的情感反应较为平淡,对于工作缺少热情或不够尽心,只能说明该个体的个性特征就是如此;而另一个体在1年或2年内逐渐出现上述情况,则有可能被视为精神分裂症的早期症状。

另一个应该注意的问题是,异常情况的出现频度是十分重要的,偶然的精神异常可以出现在几乎所有人身上,而频繁出现的异常情况则具有较为重要的意义。就如偶然的腹痛可以在许多人身上出现,很少有人因此去就诊;但如果频繁出现腹痛,则多数人会前去就诊并要求医疗方面的专门援助。此外,单一出现的精神异常并不能够明确地提示某种精神疾病或精神障碍的存在,而与单一的精神异常情况相比,一组精神症状的出现对于提示某种精神疾病或精神障碍更具有临床意义。就像阑尾炎(appendicitis)可以出现腹痛,但单一的腹痛决不足以诊断阑尾炎,临床上诊断阑尾炎必须依据症状(如疼痛以及其他消化系统症状)、体征(如腹肌紧张、局部的压痛和反跳痛、体温增高等)以及重要的辅助检查结果。以上情况首先说明,频繁出现的精神症状比偶然出现的精神症状更应受到重视和更具有临床意义;其次是说明,一组精神症状,即精神临床综合征在判断个体是否存在某种精神疾病或精神障碍方面比单一存在的精神症状更具有意义。本节案例中的患者被判断为具有急性焦虑发作和社交焦虑就是根据患者具有恐惧(phobia)的体验、自主神经功能紊乱的表现以及运动不安等一组症状而得出的。

还应该注意的问题是,不是所有的精神症状或精神方面的异常都必须进行医疗干预,只有在精神方面的异常明显影响到了个体的社会功能或(和)给个体本人带来明显痛苦的时候,医疗或心理学的干预才成为必要或者必然,也只有在这种情况下,该个体才能够被称为“患者”。社会功能包括:工作(学习)能力、社交能力、生活自理的能力以及个体遵守道德、法规、法律的能力。也就是说,前述任何一种能力受到明显损害,就使医疗干预成为必要或者必需。本节案例中的患者由于某种精神异常而导致社交和工作能力明显受损,因此医疗干预是非常必要的。还有必要提到的问题是,社会功能不仅仅是作为判断精神症状严重程度以及是否进行医疗干预的重要指标,同时也是治疗所有精神障碍的最终指标。

第二节 中国精神疾病负担

1993年,世界卫生组织(WHO)等开展全球疾病负担(global burden of disease, GBD)问题的研究,在研究中应用伤残调整生命年(disability adjusted of life years, DALYs)的减少作为衡量单位。1990年全球疾病负担前5位的疾病为下呼吸道感染、围生期疾病、腹泻、获得性免疫缺陷综合征(AIDS,简称艾滋病)和抑郁障碍,提示精神疾病中的抑郁障碍已经排位到第5位。如果将15~44岁年龄组的前10位的疾病负担排序,有5种疾病为精神疾病,它们分别是抑郁障碍、自杀和自伤、双相情感障碍、精神分裂症、酒精和药物依赖。在全球的疾病负担中,精神疾病负担占总疾病负担的1/5。据WHO公布的1998年度调查资料显示,中国精神疾病负担已接近或超过某些发达国家。

中国精神疾病负担仍以DALYs为单位排序,以1990、1998、2002年为例,顺序依次为抑郁

障碍(单相)、自杀和自伤、双相情感障碍、精神分裂症、强迫症、阿尔茨海默病和酒精中毒等。这些疾病均为精神病领域内研究的重点,也是精神病学教学的重点。精神病学的医学教学该得到应有的重视,尤其是发病率高和致残率高的抑郁障碍、精神分裂症等疾病。

1999年,WHO的总干事在中国-WHO精神卫生高层研讨会上,引用全球疾病负担资料指出,中国精神疾病中最重的是抑郁障碍和自杀、精神分裂症、癫痫、精神发育迟滞和阿尔茨海默病,与全球的状况大致一致。为此,WHO发起了“全世界防止抑郁、自杀、精神分裂症、癫痫”的运动。

第三节 精神病学与临床其他学科的联系

典型案例

患者,女性,51岁。因1年来乏力、消瘦、多饮前来就诊,实验室检查发现空腹血糖(FPG)为9.6 mmol/L,餐后2h血糖为13.5 mmol/L,糖化血红蛋白为10.5%,临床诊断为糖尿病。下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴检查发现,早晨8:00的血浆皮质醇640 nmol/L,促肾上腺皮质激素(ACTH)120 ng/L(均高于正常)。除以上情况外,近1年来患者还感到心烦、阵发心慌和坐立不安,同时夜间睡眠差,主要表现为入睡困难,有时同时出现早醒,次日除前述的乏力体验以外,还感到记忆力下降、注意力不集中和思睡。此外,患者家庭关系不合,与其丈夫长期分居,有一个独生女儿,母女俩关系密切,相依为命。2年前,女儿19岁高中毕业考入外地大学,遂去外地就读。此后的2年时间内,患者一人单独生活,除有时在晚上接听女儿从外地打来的电话外,基本上不与人交往。在过去的20年中,患者一直工作积极,但在近1年的时间内,由于工作单位人员调整,患者基本上处于无事可做的情况,为此非常苦恼。做出初步诊断以后,患者接受治疗。主要用药为二甲双胍1000~2000 mg/d,连续用药2个月,效果不理想,主要体现在FPG和餐后2h血糖下降不明显,患者仍然感到乏力和多饮。由于以上情况患者转入心理卫生中心治疗。治疗方案是维持原有的糖尿病(diabetes mellitus)治疗模式,同时给予阿普唑仑(alprazolam)2.4 mg/d以及帕罗西汀(paroxetine,赛乐特)30 mg/d以抗焦虑和解决睡眠障碍问题。采用以上方案治疗4周以后,患者情况出现以下变化:一是患者的睡眠改善,同时自述情绪好转。由于患者在入院之初曾述自己没有情绪低落的问题,故治疗4周后医生再次问及为什么当时没有叙述情感的问题而现在又主动述情绪好转,患者称自己心情不好的时间已经很久了,所以自己理解当时的情绪是正常的,而经过治疗以后,情绪真的好转,通过比较才意识到自己以往很长一段时间情绪都是低落的。二是患者血糖代谢的各种指标基本稳定在正常范围内,同时所需降糖药物的剂量明显减少。该患者病情明显好转出院。

案例分析

从上述案例可以发现一个问题,那就是同一临床问题涉及不同的医学学科分支。上述案例具有明显的代表性。根据国内外对于糖尿病患者的调查发现,糖尿病患者中同时存在明显抑郁(depression)情感的占患者总数的29%左右,而同时伴有明显焦虑情感的占患者总数的32%,糖尿病患者群体的自杀(suicide)率为一般人群自杀率的3~5倍。此外,患者的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)总分以及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)总分与糖代谢指标的增高有正相关的关系。采用抗抑郁剂(antidepressant)和抗焦虑剂(anxiolytic)治疗后,患者在临床上表现为焦虑和抑郁情绪的改善,同时其糖代谢指标也趋于正常。在此过程中发现,患者HAMD和HAMA分数的下降与患者糖代谢指标改变密切相关。从而提示,患者的抑郁和焦虑情绪直接影响到了患者糖尿病的治疗效果,乃至转归和预后。而对于患者抑郁和焦虑症状的注意以及积极治疗有助于糖尿病本身症状的改善和糖代谢指标的恢复。这是从临床层面来看问题。

从更深入的层面来看问题,首先应该试图去弄清楚的就是为什么糖尿病患者中存在着如此明显的抑郁与焦虑。目前的研究表明,可能有以下因素与之相关:①躯体问题和精神异常偶然同时存在。也就是说两者内在没有必然的联系,但当同时存在的情况下,情感的异常必然进一步影响糖代谢指标,而治疗情感问题有利于糖尿病本身疾病的恢复也就是顺理成章的了。但这么高的出现率似乎仅仅用“巧合”来解释是非常牵强的,至少这一种解释不能代表所有患者中所出现的情况。②糖尿病和情感障碍具有某些共同的病理生理过程或共享着某些致病因素。这一点在临床和实验室研究中得到部分证实。从本节提供的糖尿病患者的案例来看,患者具有HPA轴过度活跃的证据。HPA轴的活跃与糖代谢的异常有明显的关系,同时HPA轴的活性过度与中枢神经系统5-羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素(NE)的下降共同构成了抑郁障碍“5-HT-NE-HPA轴链”的病理生理假说。此外最近的研究还表明,HPA轴活性过度所产生的皮质醇增高可以产生明显的神经毒性作用,作为其结果,可以出现中枢神经系统某些部位,特别是海马、杏仁核以及前额叶皮质神经元可塑性的下降,导致这些区域神经元树突和胞体的萎缩,从而产生认知功能障碍以及出现焦虑、抑郁症状。而降低HPA轴的过度活性,有利于患者糖代谢指标的恢复,同时也是抗抑郁剂产生抗抑郁作用的重要方面。目前在临床上使用的许多类型的抗抑郁剂,如选择性5-羟色胺重吸收抑制剂(SSRI)、选择性5-羟色胺-去甲肾上腺素重吸收抑制剂(SNRI)均有抑制HPA轴活性以及对中枢神经系统神经元的保护作用。上述案例采用抗抑郁和抗焦虑治疗不仅使患者的睡眠和情绪症状明显改善,同时对于糖代谢指标的恢复也有明显的帮助可以说明这个问题。③心理社会因素的影响。这就是说糖尿病发生以后,由于患者生活和饮食方面的限制、躯体症状的影响以及对糖尿病发生并发症的担心均构成了患者的应激(stress)因素,由此导致患者出现明显的焦虑和抑郁症状。④还有的学者认为,抑郁和焦虑症状可能是糖尿病综合症的固有症状,也就是说糖尿病本来就存在着两部分症状,一部分是躯体症状,一部分是精神症状,当然也包括了情感症状。这些情况说明,精神病学与其他临床学科有着广泛的联系,以上病案就涉及内分泌学、心身医学、精神病学等临床学科。

同样的情况在神经性厌食(anorexia nervosa)、高血压(hypertension)、冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary heart disease,简称冠心病)、消化性溃疡(peptic ulcer)、甲状腺功能亢进症(hyperthyroidism,简称甲亢)、甲状腺功能减退症(hypothyroidism,简称甲减)等疾病中也得到证实。精神问题与躯体疾病或神经系统疾病的联系总结起来有这样四种情况,一是躯体

疾病或神经系统疾病与精神疾病共同存在,在临床的诊断与治疗中应该分别加以注意;二是某种躯体疾病或神经系统疾病的长期存在作为某种精神疾病的危险因素,促进某种精神疾病的发生或促进某类精神异常的出现,如脑血管疾病的存在可以成为抑郁障碍发生的重要危险因素;三是某种精神疾病的存在成为某种躯体疾病或中枢神经系统疾病发生的重要危险因素,如焦虑障碍的存在成为高血压发生的重要危险因素已经被证实;四是某些躯体疾病的临床表现特征本身就包含了躯体症状和精神症状两个方面,如甲状腺功能亢进症所表现的易激惹以及甲减所表现出来的抑郁综合征均是这方面的例子。而以上所列举的四种情况相互交叉,不能截然分开,本节的案例就是最好的说明。

在临床实践中,以上问题是一个普遍存在的问题。据四川大学华西医院 2004 年的统计,在内科住院患者 417 例中,发现符合 CCMD-2-R 和 ICD-10 诊断标准的抑郁障碍患者占总调查人数的 3.4% 和 3.6%,而内科医生对其识别率只占 10.15%。从医学模式的转变观点出发,许多躯体疾病的患者由于对疾病缺乏认识,就会产生一系列的心理负担,如恐惧、焦虑和抑郁,这些心理障碍反过来又会影响躯体疾病的康复。相反,精神疾病也可以伴发躯体疾病,如有报道精神分裂症患者患躯体疾病的概率大于正常对照组 3~4 倍。所以精神病学与临床各学科联系相当密切。临床工作中,在对待任何疾病或异常情况的时候应该注意的问题是:①利用医学各个学科的知识综合考虑问题。②应该充分考虑到患者的文化背景。③应该充分考虑到患者的个性、各种应激因素对于患者疾病的影响。

第四节 精神障碍的危险因素

一、问题

面对所有慢性非感染性疾病都存在一个原因的探讨问题,这个问题对于临床医学来说是至关重要的问题,精神障碍当然也不例外。例如,为什么患者会逐步出现情感的低落和自杀的行为,是什么原因导致患者出现各种幻觉(hallucination)、妄想(delusion)、运动兴奋、睡眠问题等情况。这个问题与临床治疗直接有关,于是就有了对精神障碍的病因学研究。研究的领域涉及非常宽泛的范围,并取得了一些成就。

二、过去几十年中对精神障碍病因的探讨

(一) 遗传因素的研究

遗传因素的分析方法有群体遗传学方法、遗传分析法和分子遗传学方法。

1. 群体遗传学研究:有三种方法,包括:①家系研究:了解到许多疾病有遗传因素。如精神分裂症患者的一级亲属患精神分裂症(schizophrenia)的可能危险率为 4%~14%,约为一