根据国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》编写

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

精神病学

Psychiatry

主编 | 唐宏宇　方贻儒



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

精神病学

Psychiatry

主　编　唐宏宇　方贻儒

副主编　李占江　刘铁桥　胡　建　贾福军

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

精神病学 / 唐宏宇，方贻儒主编 . —北京：人民卫生出版社，2014

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

ISBN 978-7-117-19827-1

Ⅰ. ①精… Ⅱ. ①唐… ②方… Ⅲ. ①精神病学 - 医师 - 职业培训 - 教材 Ⅳ. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2014）第 232711 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询，在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导，医学数据库服务，医学教育资源，大众健康资讯

版权所有，侵权必究！

精 神 病 学

主　　编：唐宏宇　方贻儒
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：北京人卫印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：850 × 1168　1/16　　**印张：**19
字　　数：523 千字
版　　次：2014 年 11 月第 1 版　2014 年 11 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-19827-1/R · 19828
定　　价：45.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

编者（以姓氏笔画为序）

王　雪　四川大学华西医院

王高华　武汉大学人民医院

方贻儒　上海交通大学医学院附属精神卫生中心

吕路线　新乡医学院第二附属医院

刘铁桥　中南大学湘雅二医院

刘铁榜　深圳市康宁医院

许秀峰　昆明医科大学第一附属医院

李占江　首都医科大学附属北京安定医院

李晓驷　安徽省精神卫生中心

张　宁　南京医科大学附属脑科医院

陆　峥　同济大学附属同济医院

胡　建　哈尔滨医科大学附属第一医院

贾福军　南方医科大学

郭延庆　北京大学第六医院

唐宏宇　北京大学第六医院

谭庆荣　第四军医大学第一附属医院

魏　镜　北京协和医院

编写秘书　郭延庆　北京大学第六医院

出版说明

为深入贯彻国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》文件精神，满足全国各地住院医师规范化培训的要求，在国家卫生和计划生育委员会科教司领导和支持下，全国高等医药教材建设研究会、全国住院医师规范化培养教材评审委员会组织编写了《住院医师规范化培训规划教材》，人民卫生出版社正式出版。

本套教材的编写原则是：①坚持“三个对接”：与5年制的院校教育对接，与执业医师考试对接，与专科医师的准入和培训对接；②强调“三个转化”：在院校教育强调“三基”的基础上，本阶段强调把基本理论转化为临床实践、基本知识转化为临床思维、基本技能转化为临床能力；③强化“三个临床”：早临床、多临床、反复临床；④提高“四种能力”：职业道德、专业能力、人际沟通与团队合作能力、教学与科研的能力；⑤培养“三种素质”：职业素质、人文素质、综合素质；⑥实现“三医目标”：医病、医身、医心。不仅要诊治单个疾病，而且要关注患者整体，更要关爱患者心理。

本套教材强调“规范化”和“普适性”，实现培训过程与内容的统一标准和规范化。其中临床流程、思维与诊治均按照各学科临床诊疗指南、临床路径、专家共识及编写专家组一致认可的诊疗规范进行编写。在编写过程中不断地征集带教老师和学员意见并不断完善，实现“从临床中来，到临床中去”。本套教材的编写模式不同于本科院校教材的传统模式，注重体现PBL和CBL的教学方法，符合毕业后教育特点，并为下一阶段专科医师培训打下坚实的基础。

本套教材共47种。根据新近印发的《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》的文件要求，分为临床学科（42种）、医学人文（5种）两类。本套教材充分考虑各学科内亚专科的培训特点，能够满足不同地区、不同层次的培训要求。

本套教材是在全面实施以“5+3”为主体的临床医学人才培养体系，深化医学教育改革，培养和建设一支适应人民群众健康保障需要的临床医师队伍的背景下组织编写的，希望全国广大住院医师培训基地在使用过程中提供宝贵意见。

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

教 材 目 录

序号	教材名称	主编	副主编
1	内科学 心血管内科分册	张 澍 霍 勇	陈 红 高海青 何 奔 周玉杰
2	内科学 呼吸与危重症医学科分册	王 辰 高占成	康 健 王 虹 李海潮 代华平
3	内科学 消化内科分册	唐承薇 张澍田	陈旻湖 房静远 陈卫昌 王蔚虹
4	内科学 血液内科分册	黄晓军 吴德沛	王健民 邵宗鸿 侯 明 卢振霞
5	内科学 肾脏内科分册	梅长林 余学清	陈江华 陈 楠 付 平 倪兆慧
6	内科学 内分泌科分册	童南伟 邢小平	郭晓蕙 肖海鹏 余学锋 陈 兵
7	内科学 风湿免疫科分册	张奉春 栗占国	鲍春德 刘 毅 毕黎琦 杨念生
8	内科学 感染科分册	魏 来 李太生	范学工 张文宏 党双锁 赵龙凤
9	儿科学	申昆玲 黄国英	母得志 薛辛东 罗小平 黄松明
10	急诊医学	于学忠 黄子通	陆一鸣 陈玉国 陈旭岩 张连阳
11	皮肤性病学	张学军 涂 平	徐金华 高兴华 陆前进 晋红中
12	精神病学	唐宏宇 方贻儒	李占江 刘铁桥 胡 建 贾福军
13	神经病学	贾建平 陈生弟	黄一宁 洪 震 周 东 唐北沙
14	全科医学	于晓松 季国忠	霍洪军 赵 钢 李双庆 王 敏
15	康复医学	励建安 黄晓琳	燕铁斌 何成奇 岳寿伟 吴 毅
16	外科学 普通外科分册	刘玉村 朱正纲	王 杉 胡三元 刘青光 程南生
17	外科学 神经外科分册	李新钢 王任直	赵世光 游 潮 刘建民 康德智
18	外科学 胸心外科分册	胡盛寿 王 俊	孙立忠 高长青 庄 建 肖颖彬
19	外科学 泌尿外科分册	叶章群 周利群	黄翼然 张小东 吴 斌 黄 翔

序号	教材名称	主编	副主编
20	外科学 整形外科分册	祁佐良 李青峰	郭树忠 王晓军 郭 澍 江 华
21	骨科学	裴福兴 陈安民	翁习生 阎作勤 林建华 贺西京
22	小儿外科学	孙 宁 郑 珊	冯杰雄 刘文英 高 亚 董 蒨
23	妇产科学	杨慧霞 狄 文	王建六 赵 霞 薛凤霞 漆洪波
24	眼科学	黎晓新 王宁利	许 迅 刘奕志 刘 平 沈 晔
25	耳鼻咽喉头颈外科学	韩东一 肖水芳	许 庚 唐安洲 张 榕 潘新良
26	麻醉学	刘 进 于布为	王国林 李文志 赵国庆 任家顺
27	临床病理学	陈 杰 步 宏	王连唐 李 挺 吴 强 戚基萍
28	临床检验医学	王 前 王建中	府伟灵 李 莉 续 薇 欧启水
29	放射影像学	郭启勇 王振常	胡道予 龚启勇 滕皋军 刘士远
30	超声医学	姜玉新 张 运	王金锐 田家玮 唐 杰 李建初
31	核医学	黄 钢 李亚明	李 方 王全师 石洪成 王 铁
32	肿瘤放射治疗学	王绿化 朱广迎	郎锦义 郭小毛 马 骏 刘晓冬
33	医学遗传学	邬玲仟 张 学	赵彦艳 张咸宁 余细勇 刘睿智
34	预防医学	朱启星 傅 华	张正东 王 彤 宿 庄
35	口腔医学 口腔全科分册	周学东 白玉兴	宋宇锋 刘洪臣 章锦才 徐 欣
36	口腔医学 口腔内科分册	凌均棨 陈 智	孙 正 牛玉梅 俞立英 潘亚萍
37	口腔医学 口腔颌面外科分册	俞光岩 王慧明	王佐林 周 诺 胡勤刚 董福生
38	口腔医学 口腔修复科分册	周延民 陈吉华	高 平 陈 江 余占海 麻健丰
39	口腔医学 口腔正畸科分册	王 林 沈 刚	周 洪 邓 锋 毛 靖 王建国
40	口腔医学 口腔病理科分册	钟 鸣 王 洁	李铁军 陈 宇 周 峻 肖 晶
41	口腔医学 口腔颌面影像科分册	王铁梅 余 强	郑广宁 傅开元 程 勇 曾东林
42	重症医学	于凯江 杜 斌	管向东 王祥瑞 马晓春 康 焰
43	循证医学	王吉耀 何 耀	徐佩茹 祁艳波 王聪霞 王小钦
44	医学科研方法	陈世耀 刘晓清	张宏家 吕 明 肖志波
45	医学伦理学实践	邹和建 陈晓阳	纪宗正 张 欣 杨 薇 王兆良
46	医患沟通技能训练	李惠君 郭 媛	王 颖 刘惠军 韩新生 曹素艳
47	住院医师英语手册	唐熠达 冉志华	蔡世荣 潘 慧 金泽宁 李 刚

全国住院医师规范化培养教材

评审委员会名单

总 顾 问 赵玉沛 沈晓明 王德炳 刘德培 吴孟超
刘允怡 陈灏珠 钟南山 杨宝峰

顾　　问（按姓氏笔画排序）

冯友梅 武汉大学
吕兆丰 首都医科大学
闫剑群 西安交通大学
步 宏 四川大学
张英泽 河北医科大学
张学军 安徽医科大学
汪建平 中山大学
郑树森 浙江大学医学院
赵 群 中国医科大学
柯 杨 北京大学
桂永浩 复旦大学
陶立坚 中南大学
黄 钢 上海交通大学医学院
雷 寒 重庆医科大学
腾皋军 东南大学医学院
瞿 佳 温州医科大学

主任委员 王 辰 陈贤义

副主任委员（按姓氏笔画排序）

于晓松 中国医科大学第一附属医院
万学红 四川大学华西临床医学院 / 华西医院
王 虹 南京医科大学第一附属医院
刘继红 华中科技大学同济医学院附属同济医院
李 青 国家卫生和计划生育委员会医药卫生科技发展研究中心
杜 贤 人民卫生出版社
邵 洁 上海交通大学医学院附属瑞金医院
陈 红 北京大学人民医院
陈旻湖 中山大学附属第一医院
林建华 福建医科大学附属第一医院
唐安洲 广西医科大学附属一院
郭启勇 中国医科大学附属盛京医院
高海青 山东大学齐鲁医院
阎作勤 复旦大学附属中山医院

委　　员（按姓氏笔画排序）

于凯江　哈尔滨医科大学附属第二医院
毛　颖　复旦大学附属华山医院
王　前　南方医科大学南方医院
王以朋　北京协和医院
王共先　南昌大学第一附属医院
占伊扬　江苏省人民医院
申昆玲　首都医科大学附属北京儿童医院
伍伟锋　广西医科大学第一附属医院
刘　彬　吉林大学第一医院
刘建国　天津医科大学总医院
刘青光　西安交通大学医学院第一附属医院
朱晒红　中南大学湘雅三医院
汤宝鹏　新疆医科大学第一附属医院
许　迅　上海市第一人民医院
吴一龙　广东省人民医院
张东华　哈尔滨医科大学附属第一医院
张成普　中国医科大学附属盛京医院
张学文　吉林大学中日联谊医院
李占江　首都医科大学附属北京安定医院
李海潮　北京大学第一医院
沈　晔　浙江大学医学院附属第一医院
狄　文　上海交通大学医学院附属仁济医院
邱海波　东南大学附属中大医院
陈　椿　福建医科大学附属协和医院
陈卫昌　苏州大学附属第一医院
陈昕煜　国家卫生和计划生育委员会科技教育司
周玉杰　首都医科大学附属北京安贞医院
罗天友　重庆医科大学附属第一医院
胡娅莉　南京大学医学院附属鼓楼医院
费广鹤　安徽医科大学第一附属医院
赵龙凤　山西医科大学第一临床医院
赵增仁　河北医科大学第一医院
唐北沙　中南大学湘雅医院
徐剑铖　第三军医大学第二附属医院（新桥医院）
贾建国　首都医科大学宣武医院
贾明艳　北京医学教育协会
高　亚　西安交通大学医学院第二附属医院（西北医院）
高　炜　北京大学第三医院
高长青　中国人民解放军总医院
诸葛启钏　温州医科大学附属第一医院
龚启勇　四川大学华西临床医学院 / 华西医院
董　蒨　青岛大学医学院附属医院
谢苗荣　首都医科大学附属北京友谊医院

主编简介



唐宏宇

医学硕士，主任医师。现任中国医师协会精神科医师分会会长，北京大学第六医院伦理委员会主任委员。

1987年毕业于湖南医学院医疗系，1992年获得北京医科大学硕士学位。2003年和2012年分别在澳大利亚墨尔本大学和美国哈佛大学进修和访问。1987年开始从事精神科临床及科研、教学工作，在精神障碍的临床诊治、精神疾病司法鉴定、精神医学伦理与法律咨询、精神病学教学与培训方面具有丰富经验。以第一作者和通讯作者发表论文30余篇，主编（译）精神病学教材和专著5本，参编30余本。

2003年开始参与精神科住院医师规范化培训体系建设，2010年起主持制（修）订精神科住院医师规范化培训细则和基地标准。



方贻儒

医学博士，精神科主任医师、教授、博士生导师。现任上海交通大学医学院附属精神卫生中心副主任、精神病学教研室主任。

1984年毕业于湖南医学院医疗系，后在上海第二医科大学攻读精神病与精神卫生学硕士及博士学位。曾分别在日本北海道大学医学部和美国麻省总医院精神科学习和交流。

从事精神病与精神卫生学科临床、科研及教学工作30年，在临床精神病学的心境障碍诊治、生物精神病学等领域有深入研究和多项成果。目前是中国“双相障碍协作组”组长，同时担任精神医学领域多家杂志的副主编、编委。获上海市科学技术进步三等奖1项，国家发明专利1项。发表学术论文200余篇（SCI收录论文50余篇），主编《精神病学》、《抑郁障碍》等教材与专著20余部。

副主编简介



李占江

主任医师、教授、博士生导师。现任北京安定医院副院长，北京地区住院医师规范化培训精神科专家委员会主任委员，中国心理卫生协会心理治疗与咨询专业委员会委员。

1985 年毕业于河北医学院医疗系。1998 年获得中国科学院心理研究所博士学位。主要研究领域为焦虑抑郁障碍与认知行为理论及治疗。以第一作者或通讯作者发表论文 60 篇，主编（译）和参编书籍 20 部，获北京市科技进步三等奖 2 项。近年主持完成国家 / 部市级科研课题 6 项，目前承担国家自然科学基金、教育部及北京市科技项目 4 项。



刘铁桥

医学博士，主任医师、教授、博士生导师。现任中南大学湘雅二医院精神卫生中心科主任，中国医师协会精神科医师分会副会长。

曾在香港大学和墨尔本大学学习，主攻临床精神病学。湖南省高层次卫生人才“225”工程首批培养对象，精神病学学科带头人。发表科研论文 130 余篇，主编著作 17 部。主持 NIH、WHO、国家自然科学基金等课题 15 项，获科技成果奖 6 项。



胡建

医学博士，主任医师、教授、博士生导师。现任哈尔滨医科大学精神卫生研究所所长，中国药物滥用防治协会酒精滥用与酒精依赖防治研究专业委员会主任委员，黑龙江省医师协会精神科专业委员会第一届委员会主任委员。

1982 年毕业于哈尔滨医科大学医疗系，1998 年获得湖南医科大学精神病学博士学位。先后在芬兰赫尔辛基大学和澳大利亚新南威尔士大学研修。主编 / 副主编专业教材 11 本，参编专业教材 20 本。



贾福军

医学博士，主任医师、教授、博士生导师。现任广东省精神卫生中心主任，广东省医学会精神病学分会主任委员，广东省心理健康协会会长，广东省预防医学会副会长。《中国心理卫生杂志》常务编委，*Asia Pacific Psychiatry*、《中华精神科杂志》、《中华行为医学与脑科学杂志》、《中华实用儿科临床杂志》、《上海精神医学》、《临床精神医学杂志》等编委。中央保健委会诊专家。

前　言

2013年12月31日发布的国卫科教发[2013]56号文件《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》中明确要求“适当加大全科以及儿科、精神科等紧缺专业的招收规模”，为精神科住院医师规范化培训提供了政策保障。根据国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材主编人会议精神和《住院医师规范化培训内容与标准(试行)——精神科培训细则》的要求，我们组织全国的专家编写了此教材。

本书内容和写作方式均紧扣精神科住院医师规范化培训的基本目标：培养会看病的精神科医生。经过3年的规范化培训，精神科住院医师应具备进行常见精神障碍临床诊治所必须的资料收集和分析、治疗方案制订、临床沟通、风险评估与处理的能力，还要具备心理治疗的最基本技术。本书写作方式借鉴“以问题为基础的学习(PBL)”和“以案例为基础的学习(CBL)”的要点，选取精神科临床工作中常见的病种，依据临床诊治的实际流程和疾病的具体特点进行写作，尽量展现临床工作的实际过程，力图为使用者提供最实际的帮助。

在强调基本技能和基础内容的同时，本书针对我国精神科培训中的薄弱环节进行了重点弥补，如心理治疗的操作实录与讨论、法律和伦理的相关内容、精神科急诊和联络会诊的案例等。全书疾病分类与诊断要点以ICD-10为基准，同时也注意介绍国际诊断分类的最新进展(如DSM-5)。

全书共13章，力图精练实用。凡是精神病学本科教材以及其他专业参考书中已经详细介绍的内容，本书主要作为知识点进行引用。也就是说，本书主要作为住院医师的培训教材使用，重在培养临床思路和实际操作技能，以知识的运用为主，学习新知识为辅。因此，本书的知识点仅作为基本参考资料，需要更深、更广的相关知识的读者，建议参阅其他教材、参考书和文献。

本书编者都是具有丰富临床和教学经验的一线专家，还有一些专家如孙静、易正辉、唐毅、潘苗、刘忠纯等，对本书也做出了重要贡献，在此一并致谢。

面对全新的写作方式，各位编委虽竭尽全力，不断交流与沟通，但仍难免有疏漏和遗憾。希望读者积极反馈，提出宝贵意见，以期不断修正和完善。

唐宏宇　方贻儒

2014年11月

目　录

第一章　基本技能与临床思维……1

第二章　精神分裂症……34

第三章　双相障碍……61

第一节　双相Ⅰ型障碍与躁狂发作……62

第二节　双相Ⅱ型障碍与抑郁发作……72

第三节　双相障碍混合发作与快速循环发作……80

第四章　抑郁障碍……89

第五章　神经症性障碍……107

第一节　广泛性焦虑障碍……107

第二节　强迫障碍……120

第六章　分离(转换)性障碍与躯体形式障碍……131

第一节　分离(转换)性障碍……131

第二节　躯体形式障碍……148

第七章　器质性精神障碍……161

第一节　谵妄……161

第二节　痴呆……172

第八章　躯体疾病所致精神障碍……185

第一节　急性躯体疾病与精神障碍……185

第二节　内分泌代谢疾病与精神障碍……197

第三节　风湿免疫性疾病与精神障碍……202

第九章　精神活性物质所致精神障碍……205

第一节　苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍……206

第二节　阿片类物质所致精神障碍……211

第三节　酒精所致精神障碍……215

第十章　应激相关障碍……225

第一节　急性应激障碍……225

第二节　创伤后应激障碍……232

第十一章　儿童期特发的精神障碍……243

第十二章　精神科急诊……259

第十三章　精神康复与社区管理……272

中英文名词对照索引……279

第一章 基本技能与临床思维

【学习要求】

1. 重点掌握精神状态检查和病史采集的内容、步骤、方法。
2. 掌握资料分析的逻辑思维方法、临床诊断原则和思路。
3. 掌握制订治疗方案的原则和思路。
4. 熟悉临床诊治程序相关的法律规定和执行程序。
5. 熟悉临床风险评估的基本内容和方法。
6. 熟悉临床常见的沟通问题的处理原则和方法。

【核心知识】

1. 资料收集的主要内容包括精神状态检查(mental state examination,MSE)、病史采集、躯体和神经系统检查、辅助检查等。检查次序依临床实际情况而定,但对患者本人的检查(重点是精神状态检查)是法律规定的必要内容,无论是检查的次序还是对检查结果的采信,都应当放在优先位置。对自愿就诊且能够自主讲述病史的患者,应当首先和患者本人晤谈,精神状态检查和病史采集同时进行。资料收集也是医患沟通过程,建立在良好医患关系基础上的资料收集才能保证客观、准确、全面、重点突出的基本要求。"人"的信息和"病"的信息同等重要。

2. 资料分析遵循从症状学诊断到疾病分类学诊断的基本思路。在诊断分析中要注意贯彻症状学诊断原则和等级诊断原则,首先确认症状并构筑临床综合征(即确定症状学诊断),然后考虑所有可能的假设诊断;在对假设诊断进行分析甄别的过程中,首先考虑等级较高的精神障碍。在适用诊断标准之后还需要验证诊断,反向检视当前诊断能否解释所有临床资料。资料分析还应包括临床风险评估和预后估计,为临床决策提供全面的依据。资料收集和资料分析是紧密关联、交互融合的过程,应努力培养"边收集、边分析"的临床思维方法。

3. 治疗方案的制订和实施应符合法律和伦理的要求。治疗方案应当是建立在循证医学证据和规范化治疗指南基础之上的个体化方案,并获得患者或家属的知情同意。药物选择除了考虑对症,还要充分考虑药物的不良反应和相互作用、治疗依从性、治疗可及性和可持续性、功能恢复等多方面的因素。除了药物治疗,心理治疗和康复治疗也是治疗方案的重要内容。

4. 对患者的理解和人文关怀是从事精神科诊疗工作的基本素质要求。临床沟通应作为精神科住院医师的基本能力进行培训,并作为临床诊疗的常规内容而贯穿始终。

【临床病例】

病例一

病历摘要(一)

男,22岁,已婚,汉族,中专文化,技术工人,信奉佛教。由母亲陪伴来诊。

[问题] 如何理解和分析上述信息?

思路1:具有临床意义的资料绝对不只是现病史,一些最基本的个人资料往往也是临床问题

学习笔记

的重要线索，对这些信息进行认真分析，有助于引导收集资料的正确方向，锻炼逻辑思维和临床思路。本例是一位结婚较早的青年男性，中等文化程度的技术工人，应注意收集学业和婚恋方面的资料。陪伴者是母亲而不是妻子，应考虑家庭关系方面的因素，还要明确是否自愿就诊，因为可能涉及法律和伦理问题。

知识点

"病人"与"病"的信息

全面了解并理解信息是精神科资料收集和分析的重要目标。面对来诊者，医生除了要搞清"他/她得了什么病？"，还要知道"这是什么人？""是如何来诊的？"也就是说，了解患者是什么人和了解患有什么病同样重要。从临床风险管理和法律、伦理方面考虑，有时了解患者是什么人更重要。

"病"的信息主要是为了确立诊断和制订治疗方案；"人"的信息对于建立医患关系、制订和实施治疗方案、预后估计、维持治疗与社会康复等，都有重要的临床意义。对"病"和"人"的同等关注是"生物-心理-社会医学模式"的要求。

思路2：男性22岁即已婚，在农村并非少见，在城市则不多见，提示可能有婚恋方面的特殊情况。与常识和常态不符合的任何信息都可能是需要关注的问题线索，在临床工作中应注意培养对这些信息的敏感性。

思路3：许多精神障碍患者就诊时有陪伴者。与其他躯体疾病的陪伴者相比，精神障碍的陪伴者经常涉及家庭关系和监护人相关的法律事宜，而且与治疗方案的制订、住院治疗方式（自愿或非自愿）、治疗依从性等问题都有密切关系。有些陪伴者的心理问题比就诊者更为突出，甚至本人就是精神障碍患者。本例的陪伴者是母亲而不是妻子，医生应敏感地考虑是否存在家庭矛盾，或者家属意见不一致等问题。为了避免主观臆断，应在随后的晤谈中选择合适的时机进行询问。

对于陪伴者，精神状态检查之前应明确其身份。已婚者由父母或者其他亲属陪伴时，要注意自愿就诊、监护人、信息保密等涉及法律和伦理的问题。

思路4：宗教信仰可能成为影响沟通的因素，也可能与精神症状有密切联系。22岁的男性技术工人信奉佛教，在当前中国文化背景下不是常见现象，应考虑这个信息的背后可能存在需要关注的问题。另外，中国的迷信观念和佛教、道教信念等交织、融合，有鲜明的文化特点。近几十年中国社会处于历史上非常独特的发展和转型期，西方文化和宗教的影响日益明显，在某些患者的精神症状中也时有体现，精神科医生应当对此保持关注。

知识点

精神症状与文化

精神症状与文化有密切关系。某种文化中视为正常的现象在另一种文化中可能被认为是异常。临床上应注意鉴别宗教信念和宗教妄想、宗教体验和幻觉；在中国应注意迷信观念、佛教和道教信念、邪教信念等与妄想（delusion）的鉴别。

1. 典型的妄想有三个核心特征：病态的坚信、自我卷入、个人独有，与文化相关的信念则不完全符合这些特征。

2. 文化对妄想有"塑型作用"。妄想的内容和表现形式或多或少受到个人经历和所处环境的影响，但同样文化背景中的其他人都不能理解的异常观念，要考虑是精神症状的可能性，比如"走火入魔"的某些表现不被佛教徒认为是正常现象。

3. 某些与文化相关的异常表现，如附体、恐缩症、气功走火入魔等，尽管有群体性的发作，但目前仍被视为精神症状。

学习笔记

思路5：患者有陪伴者并不一定意味着是非自愿送诊，在正式交谈前应当询问患者是否愿意就诊。本例即可演变为以下三种情况：

(1) 完全自愿就诊

医："您自己愿意来的，还是别人让您来的？"

患："我自己愿意来的"。

医："您和我谈话时，允许他们在场吗？"

患："没关系，可以。"（如患者不允许，则其他人不应在场）

医："您结婚了吗？妻子没有陪您来？"

患：……（解释）

医：（结束时）"有些问题我还没有完全理解，问一下陪您来的人可以吗？"

患："可以。"（如患者不允许，则应尊重其意愿）

(2) 知情同意后的自愿就诊

医："您自己愿意来的，还是别人让您来的？"

患："他们让我来的，我自己不愿意来。"

医："既然来了，愿意和我谈谈吗？"

患："愿意。"（仍属于自愿就诊，即可按第一种情况继续进行）

以上两种情况都应当注意：如果陪伴者不是近亲属而是同学、同事、老师、朋友、恋人等，即使患者同意他们在场，医生也应主动提醒患者及陪诊者考虑个人隐私保密问题，直至得到患者的明确答复。

(3) 非自愿就诊

医："您自己愿意来的，还是别人让您来的？"

患："他们让我来的，我不愿意来。"

医："既然来了，愿意和我谈谈吗？"

患："不愿意。"

医：（沟通后患者仍不愿意，则问家属）"您为什么送他来看病？"

家属："他表现不正常，砸东西，打父母，用刀架在自己脖子上威胁家人。"

医：（对患者）"您这属于法律规定的需要接受医生检查的范畴。"（继续沟通）

对于没有危害他人或伤害自身的明确行为，但精神症状明显严重的患者，应仔细、审慎地进行风险评估；具有明显"危险的"患者同样符合法律规定的可以非自愿医疗的标准。对于不符合非自愿医疗标准的，如患者不同意接受检查，陪伴者也无权要求医生采取强迫措施对患者进行精神状态检查。

知识点

《中华人民共和国精神卫生法》关于就诊与诊断的自愿原则

第二十七条　精神障碍的诊断应当以精神健康状况为依据。除法律另有规定外，不得违背本人意志进行确定其是否患有精神障碍的医学检查。

解读：《精神卫生法》（mental health law）确立的自愿原则适用于所有精神障碍患者（包括重性精神病），除非患者存在法律另有规定的情形，即非自愿住院（involuntary admission）的标准。

第二十八条　除个人自行到医疗机构进行精神障碍诊断外，疑似精神障碍患者的近亲属可以将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。对查找不到近亲属的流浪乞讨疑似精神障碍患者，由当地民政等有关部门按照职责分工，帮助送往医疗机构进行精神障碍诊断。

学习笔记

解读：①即使以前曾被诊断为某种精神障碍，本次未经医生的检查也视为法律所指的“疑似患者”。②个人自行来诊属于完全自愿。由近亲属、民政部门送诊者，仍需要询问来诊者本人的意愿（是否愿意接受医生的检查），如果愿意则仍属于自愿就诊。③符合法律规定的非自愿医疗的标准又拒绝就诊者，按照非自愿医疗程序进行处理。

病历摘要（二）

患者表示是在家人劝说下来诊的，自己愿意和医生交谈，也不反对母亲在场。自诉1年来心情差、悲观厌世，经常失眠，白天工作效率差，经常走神，对事情不感兴趣。

[**问题**] 对于以上资料，你有哪些思考和判断？

思路1：此例仍属于自愿就诊，精神状态检查和病史采集可以同时进行。

知识点

精神状态检查和病史采集的关系

依照《精神卫生法》和《执业医师法》规定，诊断必须以对患者的检查结果为依据，因此，无论以前是否明确诊断，本次精神状态检查都是必须要做的。遵照自愿原则，对于能够自主讲述病史的自愿就诊者，病史提供者是患者本人，精神状态检查和病史采集可以融合（在病历格式中分开书写）。医生认为需要向家属补充询问病史时，应征求患者同意。对于非自愿送诊的患者，则主要向家属采集病史。

精神状态检查和病史采集的先后次序，在自愿就诊者是融合的，非自愿送诊者则应根据临床实际情况而定。低年资住院医师在接受基础培训后，应逐渐增加先做精神状态检查的方式，这有利于锻炼临床沟通能力和独立思考、发现、检查、确认精神症状的能力。

思路2：应考虑心境低落、兴趣丧失、睡眠障碍、自杀观念和行为等心境障碍症状以及是否构成抑郁状态的症状学诊断。首先重点澄清最重要的抑郁症状。

知识点

澄清典型抑郁症状

ICD-10将心境低落、兴趣丧失、导致劳累感增加和活动减少的“精力下降”作为抑郁发作的三个典型症状，应从主观体验和客观表现两个方面进行检查和记录。

1. 心境低落：最近你的心情怎样？是否每天大部分时间都这样？有什么方法（如改变环境、自我调整、别人安慰等）能让自己高兴起来吗？心情不好最严重到什么程度？有过自杀想法或者行为吗？

2. 兴趣丧失：你是否对所有事情都不感兴趣或觉得没意思？以前喜欢做的事情现在是否也没兴趣？做的时候能感到快乐吗？

3. “精力下降”：觉得累或身上没劲吗？休息后能好些吗？感到不想活动或者感到变懒了？日常工作的精力如何？家务活能做吗？日常生活呢？

最后要问清楚：以上情况有多长时间了？

思路3：澄清其他抑郁症状，判断全部症状是否满足抑郁状态的标准。

学习笔记

知识点

澄清抑郁状态的其他症状

1. 注意障碍：记性有变化吗？是否觉得脑子笨了？脑子清楚吗？和别人谈话时反应怎样？能和以往一样作出决定吗？

2. 睡眠障碍：睡眠怎样？是入睡困难/容易醒/醒得早？躺下后多久才能入睡？平时几点醒？现在呢？睡不着时怎么办？当时心情怎样？

3. 食欲下降和体重下降：胃口怎样？平时爱吃的还爱吃吗？瘦了吗？大概瘦了多少（多长时间之内）？

4. 自信下降、对前途无望感、自责自罪、自杀，尤其对自杀观念和行为，要按照危险评估的相关内容进行仔细澄清。

思路4：抑郁症状的特异性不高，与生活事件以及其他精神症状都可能有关，因此要注意发现其他症状线索，避免“先入为主”地只考虑心境障碍。在澄清主诉的抑郁症状之后，还要询问可能的原因，明确抑郁症状是原发还是继发。具体到本例，应当重点询问“有什么原因或者事情导致你睡不着觉吗？”“白天不能工作是因为心情不好还是有其他原因？”等问题。

知识点

原发症状和继发症状

这一对术语有多种含义：①依现象学的“不可理解性”标准来界定，原发症状无法用个人经历、当前处境和心境来解释，也没有可理解的事件关联，在所处背景下具有“不可能性”，如原发性妄想；②依发生时间来界定，先发生的症状谓之原发，如焦虑发作之后出现抑郁，则焦虑为原发，或者反之；③代表疾病本质的症状谓之原发，附加的其他症状为继发，如精神分裂症的“4A症状”为原发症状；④有因果关系的几个症状，作为原因的为原发症状，如评论性幻听为原发症状，对幻听的解释性妄想为继发症状。

依“不可理解性”标准界定的原发症状更具有临床诊断意义。K. Schneider提出的“一级症状”几乎都是不可理解的原发症状，而且多数被列入ICD-10中精神分裂症症状学标准的a~d项。

从症状的临床诊断意义出发，要求精神状态检查时重点关注原发症状，比如思维鸣响或者言语评论性幻听经常继发被洞悉体验和关系、被害妄想，前两者是具有较高诊断特异性的原发症状，而继发的被洞悉体验则不属于ICD-10症状学标准的a~d项，但是这并不意味着其他症状就不重要。诊断标准的弊端之一就是为了提高诊断的一致性而将其他临床症状排除在外，导致精神障碍症状学的“萎缩”。

病历摘要（三）

患者1年前“发现”妻子和父亲、表兄、舅舅以及其他男性等有不正当关系。夫妻争吵不断，由此心情郁闷、烦恼、愤怒，经常失眠。不久又发现单位所有人都在议论他戴了“绿帽”，儿子不是他的。上班时由于走神出了大事故而被解聘。在重新找工作时，他发现自己的隐私已被招聘单位知晓，每次应聘都有人话里话外地暗示、讽刺他，心情更加郁闷，追查妻子的言行到了茶饭不思、工作不干的地步，多次扬言杀了妻儿之后自杀。1个月前殴打妻子，妻兄带人打了他一顿。父亲和妻子都坚决否认他的“发现”，说他有“神经病”。他认为自己可能有抑郁症，这才同意来诊。

［**问题 1**］目前应考虑可能存在哪些症状？如何开始诊断思路？

思路 1：资料收集是不断补充和积累的渐进过程，应当善于发现新问题，实事求是地记录和分析。具体到本例，最初主诉为心境障碍的症状，新的资料则提示思维障碍（可能是嫉妒妄想和关系妄想）最先出现，应考虑心境障碍很可能不是原发，而是继发于妄想，因此在精神状态检查时要重点鉴别和确认妄想症状，同时还要考虑是否存在其他精神病性症状。

知识点

妄想（delusion）的特征及鉴别要点

有学者定义妄想是“涉及自我且为个人独有的病态坚信，它不接受事实和理性的纠正”，并认为以下三个特征缺一不可：

1. 妄想是不可动摇的坚信，不接受事实和理性的纠正。美国的《精神障碍诊断与统计手册》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，4th ed，DSM-Ⅳ）对此描述为：“不论所有其他人相信什么，也不论毫无疑问和昭然若揭的证据或证据指向反面，妄想始终为患者所坚信。”还有学者指出，这一特征的典型表现是指向反面的证据越多，妄想越坚信。

2. 妄想是自我卷入的。“妄想的内容与个人需要、恐惧或安全等密切相关。”不涉及自我的异常思维很难被认为是妄想。如某人坚信外星人的存在，只要这种坚信与自己的切身利益无关，就不能当作妄想。

3. 妄想是个人独有的。妄想不是任何群体或亚文化所共同接受的信念，这一特征是与迷信、宗教、邪教观念鉴别的要点。

K.Jaspers 的“不可理解性”以及 ICD-10 的“与文化不相称且根本不可能”的描述，有助于判断原发妄想；“与事实不符”有助于鉴别妄想和超价观念，但不是妄想的核心特征。这两点对于鉴别偏执人格者经常出现的超价观念（多为被害或嫉妒性质）具有重要的临床意义。将偏执型人格障碍误诊为偏执性精神病或者精神分裂症，从而导致临床和法律的双重困境，是应当引起高度重视与反思的临床经验。

学习笔记

思路 2：诊断分析应开始于资料收集，二者相辅相成，逻辑地交织和融合。住院医师要培养“边收集、边分析”的临床思维方法，学会对最初获得的信息进行深入思考和分析，推测各种可能的症状和诊断，以引导后续资料收集的重点和方向。资料不断积累的过程同时是诊断和鉴别诊断的过程，也就是“假设诊断由少变多又由多变少，最终剩下最可能的诊断”的分析过程。

精神障碍的诊断遵循从症状（symptoms）而构筑综合征（syndrome），由综合征而疾病分类学诊断（nosology diagnosis）的基本思路，即“S-S-D 思路”。

具体到本例：目前信息提示可能有两类症状——最先出现的思维障碍（妄想）和随后出现的心境障碍（抑郁），因此症状学诊断考虑“妄想、抑郁状态”，疾病分类学诊断首先考虑“伴有抑郁症状的精神病性障碍”，但需进一步发现和澄清其他症状以进行鉴别和排除诊断。排除诊断重点考虑脑器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍、精神活性物质所致的精神障碍，因此还要获得既往疾病史、精神活性物质使用史、家族史、个人史等资料；鉴别诊断重点考虑分裂情感性障碍、伴有精神病性症状的抑郁障碍，因为目前症状学诊断是“妄想、抑郁状态”。

知识点

精神科诊断的 S-S-D 思路

症状学诊断原则是当前精神障碍的病因学研究尚未取得突破的现实选择。首先确认症状并构筑临床综合征，再以综合征为基础建立假设诊断（hypothesis diagnosis），然后通过

鉴别和排除诊断分析来确定最可能的诊断，最后应用诊断标准作出疾病分类学诊断，此即S-S-D思路。具体步骤如下：

1. 症状分析：根据症状三要素(性质、频度与强度、持续时间)确认症状，并按照“知、情、意”进行大的归类。

2. 构筑综合征：分析现有症状是否构成临床综合征(症状群)，确定症状学诊断。

3. 提出假设诊断：以症状学诊断为基础，按照“马和斑马”原则依次列出所有可能的疾病分类学诊断。

4. 鉴别与排除诊断：纵横交叉地对假设诊断进行鉴别与排除，依照等级诊断原则首先排除(或考虑)器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍。

5. 应用诊断标准：运用诊断标准(ICD-10)对最可能的诊断进行核实。

6. 反向验证：验证当前诊断是否可以解释所有资料。如果不能，则应考虑多轴诊断和共病诊断。如果还不能，则表明当前诊断结论存在问题，需要重新诊断。

知识点

假设诊断的“马和斑马”原则

“听到马蹄声首先考虑马而不是斑马”的谚语借用到临床诊断思路中，其意思是根据症状首先考虑最可能的常见病和多发病，而不是少见病、疑难病。比如确定“幻觉、妄想状态”后，如果是青年患者则首先考虑精神分裂症，次要考虑所有能够出现“幻觉、妄想状态”的其他疾病；如果是老年患者并且是首发，则首先考虑脑器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍等，其次考虑心境障碍，精神分裂症则是最后考虑的诊断——除非有新的资料表明不是首发；如果是中年患者的首发病例，除了要考虑“晚发精神分裂症”，还应重点考虑精神活性物质(尤其是酒)所致精神障碍。这也提示在病史采集时就要开始诊断分析，以便及时获得全面而准确的资料。

[**问题 2**] 如何评估暴力和自杀风险？

思路 1：早期接触患者(尤其是严重精神障碍患者)时即需要对暴力和自杀风险保持敏感，及时进行初步评估。本例在就诊前 1 个月有针对妻子的暴力行为，起病后多次有“杀了妻儿之后自杀”的想法，这些言行与妄想症状之间可能存在密切联系。患者本人遭受妻兄殴打，可能存在报复心理。总的来说，该例存在明显的暴力和自杀风险，应当予以足够关注并及时进行心理干预。

知识点

暴力风险评估的要点

推荐“结构式临床判断法”，即整合静态和动态的因素、临床评估和量化评估相结合的方法。常用的暴力风险评估工具有 Broset 暴力清单、敌意临床风险 20(HCR-20)、外显攻击量表(OAS)、暴力风险量表(VRS)等。临床评估的重点是临床特征(疾病和症状的性质与严重性)，高风险特征包括：

1. 谵妄、器质性人格改变、嫉妒妄想、被害妄想、言语性命令性幻听等症状。

2. 精神分裂症、抑郁症、人格障碍(反社会型、边缘型、冲动型)、低智商等疾病。

3. 既往暴力行为是最好的预测指标，尤其是最近 1 个月内曾有暴力行为，以及最近 1 年内曾因危害他人安全而非自愿住院治疗者。

4. 治疗依从性差、合并酒精和药物滥用等。

知识点

自杀风险评估的要点

自杀风险评估的方法也是临床评估结合量化评估。

1. 高风险的临床特征

(1) 严重的自杀观念和自罪妄想、命令性幻听。

(2) 合并严重或难治的慢性躯体疾病。

(3) 双相障碍、抑郁障碍、精神分裂症、边缘型(冲动型)人格障碍等。

(4) 自杀史和家族自杀史。

(5) 最近或持久的应激生活事件是重要的自杀促发因素。

2. 自杀风险等级评估:对以下问题回答"是"的项目按照右侧分值进行评分。

最近一个月内,			
(1) 你是否觉得死了更好,或者希望自己已经死了?	否	是	1
(2) 你是否想要伤害自己?	否	是	2
(3) 你是否想到自杀?	否	是	6
(4) 你是否有自杀的计划?	否	是	10
(5) 你是否有过自杀未遂的情况?	否	是	10
在你的一生中,			
(6) 你是否有过自杀未遂的情况?	否	是	4

自杀风险等级:1~5 分为风险,6~9 分为中等风险,≥10 分为高度风险。

思路 2:应根据风险评估的结果及早考虑干预措施。

知识点

暴力和自杀风险早期干预的要点

1. 及时进行支持性心理治疗,尽量避免风险由可能性发展成为事实。

2. 在遵守保密原则的前提下积极与患者监护人及近亲属进行沟通,妥善处理必须进行信息披露的情况(如严重暴力风险的披露、危害他人安全行为的严重精神障碍的信息上报)。

3. 明确记录评估结果和沟通过程,必要时让患者或监护人、近亲属签字。

4. 及时、有效地采取治疗措施。

[问题 3] 如何评价患者的自知力?

思路:自知力是影响知情同意和治疗依从性的重要因素,也是判断疾病严重程度和疗效的重要标准。自知力的概念简而言之是指患者对自身精神疾病的认识和判断能力,但不是"有"或"无"的问题,要从多方面予以评估。具体到本例,患者自认为有抑郁症并同意来诊,很显然对其他精神症状并没有全面的认识和判断,他的自知力存在缺陷,应当在精神状态检查时予以全面评估。

知识点

自知力的评估要点

《牛津精神病学》关于自知力评估的四个方面:

1. 是否认识到周围其他人发现他有异常表现(如言行古怪、情感高涨等)。

2. 如果承认别人看到他的异常,自己是否也认为是异常的。

学习笔记

3. 如果自己能认识到异常，是否认为是自己精神方面的问题（如有的患者认为这些异常是有人下毒、迫害他所致）。

4. 如果认为是自己精神方面的问题，是否认为需要治疗。

［**问题 4**］如何理解患者家庭和婚姻关系方面的问题？

思路 1：从患者的自述中可以理解，他将心情不好归因于妻子与多位男性有染，其可能的思维障碍、暴力和自杀风险与婚姻和家庭矛盾有密切关系，说明这方面的问题有可能是其疾病发生、发展、预后的重要影响因素，也可能对治疗依从性产生明显影响。

思路 2：社会心理因素和素质因素是精神障碍发病的重要因素。尽管临床所见多数精神障碍病因不明，但是以素质因素（predisposing）、诱发因素（precipitating）、附加因素（perpetuating）为基础的病因学分析（即所谓的“3P”因素分析）仍然是诊断过程的重要内容，在 S-S-D 思路的排除和鉴别诊断中起到一定作用，对于制订治疗方案和康复计划尤其重要。

知识点

“3P”因素分析

“3P”因素影响精神障碍的发生、发展、转归。素质因素对应“为什么他 / 她容易发病”的问题，诱发因素对应“为什么那个时候发病”的问题，附加因素对应“为什么病情经常波动、恶化，或者总是好不了”的问题。在症状学诊断原则之下对这些因素进行分析，其主要意义不在于诊断，而在于全面、深入地理解患者这个人及其病情的发展和转归，是制订个体化治疗方案必不可少的内容。

病历摘要（四）

患者的舅表姐曾患“精神病”住院治疗，3 年前自杀死亡。患者是独子，母孕期及生长发育无异常。7 岁上学，成绩一般。父母管教严厉，干涉较多，和父母关系一直紧张。结婚 2 年，儿子 1 岁半，目前夫妻关系濒临破裂。性格外向、敏感、固执。既往体健，无违禁药品使用史，近 1 年常醉酒。无药物过敏史，无脑外伤和重大躯体疾病史。

［**问题**］如何理解和评价上述资料？

思路：家族史、既往史、个人史是精神障碍诊断分析过程中“纵向分析”的重要资料，也是反映“3P”因素的主要内容。家族史和个人史不能作为诊断的决定因素，但对治疗方案制订、风险评估和预后估计有重要价值，同时对于全面理解患者也是非常重要的信息。既往史有可能成为排除和鉴别诊断的决定因素，如明确存在脑外伤史、严重躯体疾病史（尤其是幼年或者当前的大脑疾病）、精神活性物质使用史等，假设诊断首先要考虑器质性精神障碍和精神活性物质所致精神障碍以及精神发育迟滞等。本例有精神疾病阳性家族史及自杀家族史，还存在幼年养育方式、亲子关系、婚姻关系等多方面的问题以及某些性格缺陷。无器质性疾病和精神活性物质使用史。很显然，“3P”因素在本例中较为突出。

知识点

既往史、个人史、家族史、婚姻生育史在精神分裂症诊治中的作用

既往健康状况尤其是中枢神经系统疾病、某些慢性疾病、重要脏器疾病，一方面有可能导致或加剧精神症状，另一方面，精神科药物有可能导致或加重躯体疾病或与治疗躯体疾病的药物发生相互作用。

学习笔记

个人史(包括发育情况、职业功能、人际关系、婚姻家庭关系、兴趣与爱好等)一定程度上反映个体的综合素质。研究发现,病前良好的发育特征、性格特征、社会功能和人际关系是罹患精神障碍的保护因素,也是预后良好的重要预测因子,反之亦然。

家族史提示个体的易患素质。血缘关系越近,遗传负荷越大。

知识点

等级诊断原则

等级诊断是精神障碍诊断的基本原则之一(另一个是症状学诊断原则)。等级诊断以"一元论"为指导思想,将器质性精神障碍作为最高等级(即诊断"功能性精神障碍"首先应排除器质性精神障碍)。它有助于提高诊断的一致性,但并不利于全面理解和解决患者的问题,因此,ICD-10 同时也强调"有多少诊断就作多少诊断"的思路,DSM 系统也提倡共病诊断来弥补其不足。

病历摘要(五)

精神状况检查:意识清楚,自主讲述病史及内心体验,情感反应协调。有明确的抑郁体验、嫉妒妄想、关系妄想,但是只承认有抑郁症,表示愿意住院治疗心情不好的症状。

诊断:妄想状态。

评估:自愿住院治疗。

[问题 1] 如何评价该患者的门诊记录?

思路:该门诊记录项目全面,病史内容比较详细,但精神状态检查记录过于简单,没有询问幻觉,也没有落实是否存在"抑郁状态",还忽略了危险性评估。患者住院后应补充相关内容。

知识点

正确评价和使用门诊记录

1. 认识门诊记录的局限。门诊精神状态检查和病史采集要求重点突出,对主要症状、诊断、风险评估、既往治疗等内容有相对详细的记录,但由于时间限制而难免疏漏,因此对于门诊记录既要认真参考又不要过分依赖。

2. 患者在门诊的表现和入院后相比常有差异,在门诊可以见到病房里见不到的多种表现,要尊重门诊记录,对住院患者进行深入检查。

3. 对住院患者进行精神状态检查和询问病史之前,应当认真阅读和分析门诊记录。这样做不仅有助于提高精神状态检查的效率,也有助于独立思考,分析和发现门诊记录中不确定、不完善或者不正确之处,找到发现新问题的线索。

[问题 2] 该患者的住院方式有何特点?

思路:该患者属于自知力不全、有一定暴力风险的严重精神障碍患者,但自己愿意住院,因此他既符合法律规定的非自愿住院治疗的标准,同时又应遵从自愿住院原则。他的自愿住院治疗与没有危险性的非严重精神障碍患者的自愿住院治疗性质相同,但临床操作上有区别,属于"有条件的"自愿住院,应当设置更为严格而合理的风险管理措施,并取得患者和家属的知情同意。

学习笔记

知识点

自愿住院原则

《精神卫生法》第三十条："精神障碍的住院治疗实行自愿原则。"

解读：自愿原则适用于所有患者，除非证明该患者符合法律规定的例外（即非自愿住院治疗）。也就是说，对任何患者都要首先争取其自愿住院治疗，当自愿住院治疗成为不可能时（符合非自愿住院治疗标准并且患者拒绝住院治疗），再考虑非自愿住院治疗。

[问题 3] 如何接诊入院患者及其家属？

思路：通过阅读和分析门诊记录，梳理出在病房接诊患者及家属的注意事项和检查重点，做到准备充分、心中有数。

(1) 该患者自愿住院治疗，可以同时进行精神状态检查和病史采集，但为了更详细地了解病史，需要家属补充病史、沟通知情同意等有关事项。

(2) 精神状态检查除确认门诊病历记载的抑郁症状、嫉妒妄想、关系妄想之外，还应注意发现其他症状（尤其是幻觉），更详细地评估暴力和自杀风险。

(3) 病史采集应重点关注亲子关系、婚恋过程及婚姻关系、宗教信仰、个性特点等。

(4) 要进行规范的躯体和神经系统检查、必要的临床量化评估、实验室检查和其他辅助检查。

[问题 4] 如何进行精神状态检查？

思路 1：应遵循精神科临床晤谈的规范步骤，检查内容要全面，同时重点突出，仔细澄清、确认主要症状。要把检查过程当作沟通过程，注意运用沟通技巧。

知识点

精神状态检查的规范步骤和基本要求

精神状态检查一般按三段式步骤：开始、深入、结束。基本沟通技巧是观察、倾听、提问、非言语交流，要求"共情"，采取"以患者为中心，以医生为主导"的晤谈方式。

开始阶段要注意观察和倾听，与患者建立关系，发现临床问题的线索，处理患者的情绪，确定最有效的谈话方式。此阶段应当"多看、多听、少问"。深入阶段要善于运用提问、澄清、核实、对焦等沟通技术，深入澄清精神症状和重要临床问题。结束阶段要注意运用总结和核实技巧，对病情做初步总结与解释，鼓励和安慰患者，为后续的交流做好铺垫。

精神状态检查时要注意"三不"原则：不随意打断、不陷入争辩、不进行道德评判。

思路 2：精神状态检查前应当对常规检查内容牢记于心，首先做到全面，然后逐渐对突出问题和重点内容进行深入。

知识点

精神状态检查的主要内容和检查次序

精神状态检查包括一般情况、感知觉和思维障碍、情感障碍、意志和行为障碍等方面的内容。要求首先熟悉"知、情、意"的内容及常见和重要症状的检查方法，避免重大遗漏。

住院医师在培训之初可以按照"知、情、意"的次序进行检查，但应当逐渐学会根据具体情况灵活把握检查次序，学会在自然流畅地和患者交谈的同时，思考与分析症状和可能的假设诊断，以此引导下一步的检查。

学习笔记

病历摘要(六)

入院后精神状态检查(完整记录)。

1. 一般情况:青年男性,体型瘦高,年貌相称。自行步入病房,意识清楚,衣着整洁,态度礼貌,配合更衣及检查。正常进食,大小便正常。入睡困难,凌晨2点要求服安眠药,次日晨查房时仍在睡觉。否认经常早醒,无明显食欲减退和体重变化。

2. 认知活动

(1) 感知觉及思维活动:主动接触,问少答多,语速、语量适中。回忆1年前在儿子的满月宴上,一位陌生男宾客打了个响指,他突然意识到儿子和这个人有血缘关系,随后发现妻子的眼神和举止十分尴尬,周围其他人都面露嘲讽表情。仔细观察又发现男宾客中和妻子可能有染的不止一人,气得大碗喝酒,酩酊大醉。后来又发现妻子和包括父亲在内的许多男性有不正当关系,她见了男人不分亲疏长幼都暗送秋波,说话声音变了,脸红气促,不自然的举止特别多。下班回家经常发现床上特别乱,妻子不愿意和他同床。周围人都在议论他"戴绿帽",陌生路人也带着蔑视嘲笑的表情看他,招聘单位互相传递他因差错而被解雇的信息,因此都不录用他。认为奸情发展到谋杀是迟早的事情。

患者自发现妻子不忠以后,逐渐沉湎于两件事:一是信奉佛教,每天打坐半小时。最近1个月好像开了"天眼",有时能看到金光和佛像,几秒即逝;偶尔能听到声音叫他的名字,说"你是好人",他认为是菩萨的声音。后来经常凭空听到单位同事的声音说他是"王八"等,每次几句话到连续几分钟。二是经常酗酒,每次与妻子吵架后都喝醉,心情不好或者睡不着时也喝几两,很少超过250g(半斤),酒后容易发脾气打人。强调没有"酒瘾"而是"买醉"。

(2) 注意力、记忆力、智能:交谈中注意力集中,记忆力和智能粗测正常。

(3) 自知力:不认为上述体验和想法是病态,但承认自己有抑郁症和失眠症,并要求治疗。

3. 情感活动:讲述时伴随相应的表情和情绪波动,有时流泪。自从发现妻子不忠之后经常整夜不能入睡,电视剧和报刊上任何"出轨"情节都引发他的联想,对其他事情不感兴趣,经常情绪低落,自我评价低,认为自己是"窝囊废"。对前途感到无望,常有悲观厌世的想法,但是"死也要拉个垫背的"。内心很爱妻子,又痛恨她不忠(哽咽、流泪),心情完全被妻子的言行左右,她表现出对自己好一点或者她周围没有男人时,自己的心情就好很多。否认有持续心情很好的阶段。

4. 意志与行为:入院后多独处,少与其他患者交往,但主动询问病房规章。多在安静角落看书、读报、看电视,不时起身来回走动,显得坐立不安。频繁给母亲打电话,表情激动地争吵。对医护人员保持礼貌。否认有明显体力疲乏感,未见自伤及怪异行为。凌晨2点找值班医生要安眠药,服用后很快入睡。

[**问题1**] 如何记录精神状态检查?

思路:应如实、全面地记录,重点内容要详细记录(如该患者的妄想产生过程)。记录方式一般为综述式,重点或者疑难症状可采取对话式;具体症状的描述要体现症状的三要素(性质、频度与强度、持续时间)。行文要简洁、准确、重点突出,并非越长越好。

知识点

精神科病历书写的基本要求

1. 遵守有关病历书写的法律法规和行业规范。
2. 按照精神科病历书写的专业要求,实事求是地进行客观描述。
3. 体现精神科的诊治思路,各部分内容的逻辑关系清晰。
4. 表达准确,行文简练,字迹清楚。

学习笔记

[问题2] 如何分析精神状态检查的结果?

思路1:精神状态检查的结果是诊断精神障碍的最重要依据,应遵循S-S-D思路,首先分析精神症状,确定症状学诊断,然后分析症状(群)对于疾病分类学诊断、治疗方案制订、风险评估和管理等方面的临床意义。

思路2:本例患者有妄想知觉和嫉妒妄想(原发)、关系妄想(继发)、言语性幻听(持久)、幻视(片段)、心境低落、兴趣下降、睡眠障碍、自杀观念、自我评价低、无望感。这些症状构成"幻觉妄想状态"和"抑郁状态"两组临床综合征。

思路3:患者的精神症状以妄想为主,继发心境障碍和幻觉,药物治疗应以抗精神病药物为主,必要时辅助以抗抑郁剂。

思路4:精神症状和冲动行为均主要指向家人,还有自杀观念。对医护人员尚保持礼貌。要制订针对性的心理干预和风险管理措施。

[问题3] 还需要重点补充哪些病史资料?

思路:结合门诊病历和目前精神状态检查结果,应向家属重点了解其个性特点、亲子关系和家庭关系、婚恋过程及婚姻关系,以及入院前的暴力、自杀行为及其发生的原因与背景,饮酒的具体表现。

病历摘要(七)

医生征得患者同意后,向其母亲补充询问病史:自幼聪明、调皮、学习不努力,父母既溺爱又管教很严,初中开始非常逆反,经常与父母争吵、砸东西,和父亲硬碰硬地打架,偷偷往父亲的茶杯里吐唾液,放安眠药。在学校里表现尚可,成绩一般。读中专时依然贪玩,侠义外向,朋友多。20岁毕业后进工厂,人际关系好。把女友带回家过夜,父母强烈反对,父子互殴,他租房和女友同居。妻子是农村多子女家庭中的老小,漂亮活泼但要强不服输,夫妻经常吵架,打得四舍不宁。他怀疑妻子和父亲有染,儿子不是亲生的,多次说要掐死孩子,动辄打骂父亲,导致父亲离家租房单住。母亲疼爱孙子并严加看护,不再管他,母子关系反倒融洽许多。1个多月前妻子被他打得跑回娘家,他被妻兄带人打伤。近一年来吵架后就酗酒,曾喝得胃出血而送医院抢救,2个月前曾诊断为"胃十二指肠炎"。

[问题1] 如何理解和分析上述病史资料?

思路:患者性格外向,社会交往和工作能力正常。少儿期有"局限于家庭内的品行障碍"表现,亲子关系问题突出。近年来针对父母的暴力行为与亲子关系和婚恋问题之间有心理学上可理解的联系;针对妻子和父亲的暴力行为与嫉妒妄想有密切关系。考虑到人格特点和精神症状的双重因素,要提高其针对父亲和妻儿的暴力风险等级,还要考虑不恰当的饮酒方式导致的躯体损害。

[问题2] 该患者还需要进行哪些辅助检查?

思路:还需要对患者进行仔细的躯体和神经系统检查,心、脑电图检查,血尿便常规、血生化及电解质检测,以及必要的量化评估,如焦虑和抑郁量表、阳性与阴性症状评定量表、人格量表、暴力和自杀量表等。

知识点

精神科辅助检查的临床意义

精神状态检查和病史采集毫无疑问是诊断精神障碍的最重要依据,但决不能因此而忽略其他必要检查的临床意义。躯体及神经系统检查,心、脑电图和实验室检查等,不仅是等

学习笔记

级诊断和排除诊断的依据，也是评估躯体疾病风险的基础（精神科的意外死亡事件很多与没有及时发现躯体疾病有关）。量化评估是临床诊断的重要参考，也是制订治疗计划和评估疗效的依据。应以精神状态检查和病史采集的结果为基础来确定其他检查项目，要求全面且重点突出，如躯体疾病史，老年患者，怀疑有记忆或智能障碍、人格缺陷、抑郁、焦虑、精神病性症状、暴力、自杀等，均有不同的检查重点和检查工具。

常规化验检查包括：血尿便三大常规、血电解质[包括肌酐和肾小球滤过率（glomerular filtration rate，GFR）]、肝肾功能、血脂、血糖、催乳素（prolactin，PRL）、肌酸激酶（creatine phosphokinase，CPK）、人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus，HIV）等。

常规物理检查包括：心电图、脑电图、胸部X线片等。

常规心理测验包括：阳性与阴性症状评定量表（positive and negative syndrome scale，PANSS）、简明精神病评定量表（brief psychiatric rating scale，BPRS）、汉密尔顿焦虑量表（Hamilton anxiety scale，HAMA）、汉密尔顿抑郁量表（Hamilton depression scale，HAMD）、症状自评量表（symptom checklist 90，SCL-90）、明尼苏达多相人格调查表（Minnesota multiphasic personality inventory，MMPI）等。

非常规检查：如脑CT、MRI，脑脊液检查，梅毒抗体检测，铜蓝蛋白检测等。

病历摘要（八）

入院前3周在某综合医院的胃镜和B超检查报告单：胃炎、十二指肠炎；脑MRI检查报告单：未见明显异常。

入院躯体及神经系统检查均未见明显异常。

心电图（electrocardiogram，ECG）、脑电图（electroencephalogram，EEG）、胸部X线片等检查结果均正常。

血常规：PLT 110×10^9/L（125~350/L），余正常。

血电解质：K^+ 3.4mmol/L（3.5~5.3mmol/L），余正常。

血生化：ALT 60U/L（9~50U/L），AST 80U/L（15~40U/L），余正常。

临床量化评估结果：

明尼苏达多相人格调查表（MMPI）550题：T分大于70分的量表为：②抑郁76分；④精神病态72分；⑥妄想86分；⑧精神分裂79分；⑨轻躁狂72分。两点编码为6.8以及8.2。

汉密尔顿抑郁量表（HAMD）17项：22分。

汉密尔顿焦虑量表（HAMA）：26分。

阳性与阴性症状评定量表（PANSS）：总分92分，阳性量表分30分，阴性量表分14分，一般精神病理量表分48分。攻击危险性补充项目总分12分。

临床总体印象量表（clinical global impression，CGI）：6分（严重有病）。

自杀风险因素评估量表：18分（10~20分为危险，20~30很危险）。

［问题1］该患者的躯体检查、实验室检查、影像学检查结果的临床意义是什么？

思路：以上检查结果是精神科鉴别诊断和排除诊断的重要依据。该患者有胃肠道炎症检查结果，但没有相应主诉和自觉症状；肝功能、血常规、电解质的轻度异常，结合其大量饮酒史，考虑是饮酒导致的躯体损害。

［问题2］精神科量化评估的临床意义是什么？

思路1：精神科量化评估结果是重要的临床资料。它是临床诊断的参考、临床疗效评估的主要依据、临床科研的重要工具。

学习笔记

知识点

精神科量化评估的主要作用

量化评估对临床诊断具有参考作用，但不能替代临床观察。在临床上主要应用于：

1. 临床诊断的参考，与诊断标准配套使用的量化评估工具，如复合性国际诊断交谈检查表（composite international diagnostic interview，CIDI）、DSM-Ⅳ轴 1 障碍临床定式检查表（structured clinical interview for DSM-Ⅳ-TR，SCID）、简明国际神经精神访谈（mini-international neuropsychiatric interview，MINI）。

2. 疗效评估和分析，如临床总体印象量表（CGI）、阳性与阴性症状评定量表（PANSS）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）和焦虑量表（HAMA）等。减分率超过 50% 为“治疗有效”，减分率大于 20% 为“开始起效”。

3. 作为临床研究工具，划定评分界线作为研究入组的标准之一，以保证样本的同源性；作为疗效评估的主要工具；作为流行病学调查的主要工具。

4. 用于临床培训，有助于全面有序地检查患者和考虑诊断。

思路 2：明尼苏达多相人格调查表（MMPI）检查结果分析。本例 MMPI 的 T 分大于 70 分的量表为：②抑郁 76 分；④精神病态 72 分；⑥妄想 86 分；⑧精神分裂 79 分；⑨轻躁狂 72 分。两点编码为 6.8 以及 8.2，与临床判断基本吻合。

知识点

MMPI 的结构和结果解释

MMPI 是世界上应用最广泛的心理测验之一，结果反映患者的心理状态和特征。550 题共 13 个量表，其中 10 个临床量表为：①疑病；②抑郁；③癔症；④精神病态；⑤男子气、女子气；⑥妄想；⑦精神衰弱；⑧精神分裂；⑨轻躁狂；⑩社会内向。3 个效度量表为：L 说谎，F 诈病，K 无法回答。

T 分超过 60 分即属于异常，超过 70 分则为明显病态。高分集中在前 3 个量表的多为神经症；高分出现在后面量表的多为重性精神病。根据最高分的两个临床量表组合进行分析，称为两点编码。精神分裂症的两点编码多为 68/86，躁郁症的两点编码主要是 28。

如果效度量表 L（说谎）得分大于 60，则要慎重考虑其他量表结果的可信性。

思路 3：汉密尔顿抑郁和焦虑量表结果分析。本例 HAMD（17 项）得分 22 分，HAMA 得分 26 分，均达到中度，表明存在很明显的心境障碍。值得注意的是，焦虑量表得分相对较高，结合其他临床症状（如嫉妒妄想）来综合考虑，提示要更加注意防范和处理与妄想有关的易激惹行为。

知识点

HAMD 和 HAMA 的结构和结果解释

HAMD 用于已经诊断为抑郁症的患者，评价其病情轻重和治疗效果，但是不能很好地区分抑郁症和焦虑症，因为二者总分都很高。临床多以 17 项版本总分≥17 为分界值。≥24 分为“严重抑郁”，≥17 分为“轻 - 中度抑郁”，<7 分为“没有抑郁”。以减分值为疗效评估标准时，减分值大于 6 分即表明“治疗有效”，总分 <7 分为“临床痊愈”，总分减至 8~10 分为“好转”，仍在 18 分以上为“效果不明显”。

学习笔记

HAMA 用于评定神经症及其他障碍的焦虑症状的严重度，同样不能很好地鉴别抑郁和焦虑。临床版本为 14 项，只有躯体焦虑和精神焦虑两个因子，以≥14 分为基准分界值。≥29 分为“严重焦虑”，≥21 分为“明显焦虑”，≥14 分为“肯定有焦虑”，≥7 分为“可能有焦虑”，<7 分为“没有焦虑”。

思路 4：阳性与阴性症状评定量表（PANSS）结果分析。本例 PANSS 总分 92 分，阳性量表分 30 分，阴性量表分 14 分，一般精神病理量表分 48 分。另外，攻击危险性补充项目总分 12 分，表明其以阳性症状为主，伴有明显冲动攻击风险。

知识点

PANSS 的结构和结果解释

共 30 个项目，4 个分量表（P- 阳性量表 7 项、N- 阴性量表 7 项、G- 一般精神病理量表 16 项、S- 攻击危险性补充项目 3 项），1~7 的 7 级评分。

总分 30~210 分（正常人至少 30 分），分值越高，病情越重。60~70 分是纳入临床研究的分值界限，即达到确定精神病状态的标准。经过治疗，总分减少 8 分即为药物“有效”，减分率越高，疗效越好。

阳性量表和阴性量表分值的区别反映患者阳性和阴性症状哪个占优势，可作为判断预后和决定用药［多巴胺（dopamine，DA）受体阻断剂还是 DA/5- 羟色胺（5-hydroxytryptamine，5-HT）受体阻断剂］的重要参考。根据这两个分量表得分构成，可以判断精神分裂症的临床分型：

Ⅰ型：阳性量表分中≥4 分的项目≥3 项，同时阴性量表分中≥4 分的项目 <3 项。

Ⅱ型：阴性量表分中≥4 分的项目≥3 项，同时阳性量表分中≥4 分的项目 <3 项。

混合型：两个量表中≥4 分的项目都≥3 项。

思路 5：临床总体印象量表（CGI）结果分析。本例 CGI-1 的得分为 6 分，属于严重有病。

知识点

CGI 的结构和结果解释

CGI 有 3 个分量表。

CGI-1 为疾病严重性：1- 正常，2- 边缘，3- 轻度有病，4- 中度有病，5- 明显有病，6- 严重有病，7- 疾病极端严重（0- 未评）。

CGI-2 为疗效：同样是 7 级评分（0- 未评）。

CGI-3 为效果指数：疗效 / 副作用。4- 明显进步，3- 中度进步，2- 稍有进步，1- 没有进步或者恶化（其中副作用评分为：4- 严重副作用超过疗效，3- 中度副作用影响正常生活，2- 轻度副作用影响很小，1- 无副作用）。

［问题 3］根据目前全部资料，如何进行诊断分析？

思路 1：诊断分析要把握症状学诊断原则和等级诊断原则，按照 S-S-D 基本思路进行分析，同时要体现对患者的全面理解。要综合判断资料的可信度。

（1）患者的各项检查（包括精神状态检查）结果是最主要的诊断依据。

（2）精神状态检查与病史一致的症状是最可信的；病史中没有而精神状态检查发现的症状，如果能确认亦属于比较可信；精神状态检查和病史矛盾的症状，应留待进一步观察确认，暂时不作为诊断依据。

学习笔记

思路2：以本患者为例的S-S-D诊断思路如下：

(1) 症状分析：该患者存在“知、情、意”三方面的症状。

1) 认知症状：①幻视。片段，与佛教信仰及相关行为有关，可见于同样信仰的其他人，临床意义不大。②言语性幻听。开始与佛教有关，后来的内容脱离信仰背景，符合具有临床意义的幻觉的“三要素”。③妄想知觉。看见(听到)某人打响指，突然认为该人和自己儿子有血缘关系，随后出现内容荒谬的嫉妒妄想。④关系妄想。继发于妄想知觉和嫉妒妄想，具有心理学上的可理解性。⑤自知力明显受损。对主要症状没有自知力，对情感症状有部分自知力。

2) 情感症状：多数继发于感知觉和思维障碍。①心境低落；②兴趣下降但并非丧失，保留对日常活动的关注；③以入睡困难为主的睡眠障碍；④有自杀观念、自我评价低、无望感等；⑤受妄想影响的易激惹。

3) 意志与行为症状：与妄想有关的意志增强，同时有日常生活和工作的意志减退，以及暴力行为和有害的饮酒行为。

4) 其他表现：①一般情况。意识清楚，饮食、大小便正常，没有明显的活动减少和食欲减退。②躯体健康状况。体瘦，有胃肠道炎症和肝功能异常。

(2) 构筑临床综合征并分析其特点

1) 幻觉、妄想状态：患者的幻觉和妄想并非紧密联系的原发-继发关系，此与典型的幻觉-妄想综合征有区别，但是妄想是诊断特异性较高的原发性妄想(妄想知觉和嫉妒妄想)。

2) 抑郁状态：有两个抑郁的典型症状(心境低落、兴趣下降)，并至少有四个其他症状(对前途无望、自我评价低、自杀观念、睡眠障碍)，因此达到中度抑郁状态的症状条目数。抑郁状态是继发于思维障碍的，且没有构成“躯体综合征”。

3) 酒的有害性使用造成的躯体症状：肝功能异常可能与酗酒有关，饮酒和抑郁之间也存在的关系，目前未发现依赖综合征的症状。

(3) 提出假设诊断：基于症状和临床综合征，依照“马和斑马”原则依次提出假设诊断。

1) 精神分裂症(伴抑郁症状)。

2) 分裂情感性障碍。

3) 抑郁发作(伴精神病性症状)。

4) 使用酒精所致的精神和行为障碍(精神病性障碍？　)。

5) 躯体疾病所致的精神障碍(器质性幻觉症、器质性妄想性障碍、器质性心境障碍)。

知识点

精神科诊断分析基本步骤

Ⅰ　症状分析——落实所有症状，按照“知、情、意”归类。

Ⅱ　构筑综合征——从现有症状中识别出可能存在的临床综合征。

Ⅲ　提出假设诊断——依照“马和斑马”原则考虑所有可能的诊断。

Ⅳ　鉴别与排除诊断——按照“选言推理”原则，纵横交叉地鉴别与排除。

Ⅴ　应用诊断标准——运用现行诊断标准对最可能的诊断进行核实。

Ⅵ　反向验证——验证当前诊断是否可以解释所有资料，并考虑以多轴诊断和共病诊断。

(于欣．精神科住院医师培训手册——理念与思路．北京：北京大学医学出版社，2011)

(4) 鉴别与排除诊断分析：按照“选言推理”(逐一排除法)和等级诊断原则，纵横交叉地分析资料以进行鉴别与排除诊断。

1) 器质性和症状性精神障碍：患者意识清楚，无脑外伤史，无明显躯体疾病的症状表现，肝功能异常更有可能是酒有害性使用的后果，指标异常程度和目前的意识状态、幻觉、妄想、抑郁

学习笔记

症状等都没有病因学上可以解释的联系，因此，暂时排除脑器质性和症状性精神障碍。

2）饮酒所致精神障碍：患者非社交性大量饮酒近 1 年，经常醉酒，有躯体损害的后果，但目前没有酒依赖和戒断症状的证据。饮酒是受妄想及继发心境障碍影响的行为，不排除逐渐和心境障碍互为因果，但不能从病因学上解释饮酒和幻觉、妄想的关系，故综合分析后，考虑“酒的有害性使用”的诊断，有待进一步观察住院后是否有酒依赖（尤其是戒断症状）的表现。

3）精神分裂症：患者具有“知、情、意”等多方面的症状，并以思维障碍症状群为主导，继发情感障碍症状群和意志行为症状。有原发妄想和言语性幻听。目前排除脑器质性和症状性精神障碍、精神活性物质所致的幻觉和妄想，故应优先考虑精神分裂症偏执型（伴抑郁症状）。

4）分裂情感性障碍：幻觉、妄想症状群和抑郁症状群分别符合精神分裂症和抑郁发作的症状学标准，二者同时存在长达 1 年，符合“同样突出”的特点。患者保持鲜明的情感反应，也没有明显的人格衰退和社交退缩，应当考虑分裂情感性障碍的诊断。目前存疑的是：①多数抑郁症状显然是继发于妄想的，目前难以确认符合症状学标准的抑郁状态是否与妄想“同时出现或者只相差几天”；②抑郁不具备“内源性抑郁”的“躯体综合征”特征，而精神分裂症的表现中却有“一级症状”。因此，目前尽管难以排除分裂症情感性障碍，但考虑为首要诊断并不合理。

5）抑郁发作：患者有符合中度抑郁发作症状条目数和病程标准的“抑郁状态”，但是不符合抑郁发作的排除标准。

综上所述，目前最可能的诊断：①精神分裂症；②酒的有害性使用。

目前不能排除，需要进一步观察的诊断：分裂情感性障碍。

（5）适用诊断标准：运用现行诊断标准（ICD-10）对最可能的诊断进行核实。

1）精神分裂症：有 b 组症状中的“妄想知觉”和 e 组症状中的幻觉，症状存在 1 个月以上且发生在抑郁症状之前，无明确的脑器质性疾病史。虽然有饮酒史，但没有明确的酒依赖、慢性酒中毒等精神障碍，因此，目前判断幻觉和妄想症状与饮酒之间没有病因学的证据。

2）酒的有害性使用：有不良的饮酒行为，并有躯体损害的证据，但是没有明确的依赖症状。

学习笔记

知识点

ICD-10 的基本原则和结构

1. 采用症状学分类，在描述性定义中尽量避免病因学假说。

2. 诊断要点以临床表现和病程为基本内容，没有将严重程度和社会功能缺损列入（即没有自知力标准），排除标准以“鉴别诊断”代替。

3. 尽量容纳世界各国的诊断名称，在多数诊断要点之后设有“含”与“不含”的说明，许多传统诊断名称在此能找到。

4. 分为 10 类，共约 400 余种疾病名称。从第一类 F0 器质性（包括症状性）精神障碍到第七类 F6 成人人格与行为障碍，体现等级诊断原则。

（6）反向验证：思考当前诊断是否可以解释所有临床资料，并考虑多轴诊断和共病诊断。具体到本例，“精神分裂症”和“酒的有害性使用”的诊断能够解释目前大部分临床资料。存疑并需要用其他诊断来解释的资料包括：①活跃的情感和正常社交功能；②持续存在的抑郁状态；③躯体疾病检查的异常结果；④心理检查的异常结果；⑤家庭和婚姻关系问题。

［**问题 4**］根据目前资料，如何对患者进行风险评估及评估的结果如何？

思路：风险评估主要包括躯体疾病风险、暴力风险、自杀风险，有时法律风险也可能成为必要内容。评估的基本方法是临床评估结合量表评估。

（1）躯体疾病风险：患者有胃十二指肠炎，肝功能、电解质、血常规的一些指标轻度异常，但无明显的自觉症状，考虑是酒的有害性使用的后果。既往和目前都没有脑部和躯体的其他重大

疾病，故躯体疾病风险可控。

(2) 暴力风险：男性患者，自少年期至今，有多次针对家人的暴力行为，入院前一个月有针对妻子和亲人的、与嫉妒妄想和酗酒均有关的暴力行为，人格测验显示其轻躁狂和精神病态因子高分，综合评估其具有针对家人和嫉妒妄想对象的高度暴力风险。

(3) 自杀风险：自杀观念与妄想有关，有自杀家族史，自杀风险量表评估为“危险”，HAMD 评分为中度抑郁，综合评估其具有中度以上自杀风险。

(4) 法律风险：和妻子及妻兄可能存在法律纠纷，并可能影响治疗和预后。

病历摘要(九)

入院诊断：

1. 症状学诊断：幻觉、妄想状态，抑郁状态。

2. 疾病分类学诊断

(1) 精神分裂症(偏执型)(F20.0)。

(2) 酒的有害性使用(F10.1)。

(3) 胃十二指肠炎(K29)。

(4) 酒精性肝损害(K70)。

(5) 与配偶的关系问题(Z63.0)。

(6) 与双亲的关系问题(Z63.1)。

3. 待确定的诊断：分裂情感性障碍。

4. 风险评估：高度暴力风险，中度自杀风险，一般躯体疾病风险。

[**问题 1**] 到目前为止，你如何理解患者的“病”和患者这个“人”？

思路 1：只有从接诊开始就同时关注“病人的信息”和“病的信息”，才能在资料收集过程中获得正确诊断和制订治疗方案所必需的全面资料。

思路 2：患者具有原发的精神病性症状，当前主要诊断为精神分裂症，但有待进一步观察是否是分裂情感性障碍。他是一个自少年时期开始至今和父母关系差、当前又面临严重婚姻问题的青年技术工人，性格缺陷和家庭关系不良是精神症状、饮酒行为、暴力和自杀风险的重要影响因素(“3P”因素)，因此，单纯药物治疗精神病性症状显然是不够的，应加强心理干预(包括家庭心理治疗)。性格中的外向侠义、正常社交功能、自愿住院治疗等，是临床沟通的有利因素。住院后除了进一步观察和处理诊断分析中的疑点之外，还要注意评估和防范家庭婚姻问题所导致的临床风险。

[**问题 2**] 制订治疗方案应遵循哪些原则？

思路：以生物 - 心理 - 社会医学模式为指导思想，制订包括心理干预在内的全面的治疗方案。规范化和个体化是具体方案的基本要素。

知识点

制订治疗方案的基本原则和思路

1. 把建立治疗关系放在首位，与患者和家属协商治疗方案，听取并尊重患者本人的意见(而不仅是家属的意见)，并评估患者的知情同意能力。

2. 治疗方案应符合伦理和法律的要求，综合考虑诊断与风险评估的结果。

3. 以生物 - 心理 - 社会医学模式为指导思想，全面关注患者的问题，重点解决当前最主要的问题。

4. 治疗方案应当有循证医学的依据，符合规范化治疗的基本要求，同时又符合患者个人的具体情况。

学习笔记

[问题 3] 简述该患者的治疗方案及依据。

思路 1:针对当前主要的精神科问题的治疗方案。

(1) 精神症状药物的对症治疗方案:该患者首先考虑抗精神病药物治疗,必要时联合抗抑郁剂治疗。选择药物的原则是综合考虑具体药物的药理学特点、不良反应、患者的症状特点、躯体状况、个体耐受性等,力争达到疗效和依从性的最佳平衡,同时还要考虑短期治疗与长期治疗的关系、药物经济学因素等,以保证治疗的可及性和连续性。综合以上分析,该患者首选对肝肾功能和血液系统损害较小、其他副作用也较小的非典型抗精神病药。鉴于目前抑郁症状同样突出,可以联合使用治疗精神病性抑郁有优势的抗抑郁剂。

知识点

精神障碍规范化治疗指南的价值与局限

1. 治疗指南是多年临床经验的沉淀和规范临床试验的总结,是治疗方案的重要参考。

2. 指南的最大局限是试图按照诊断驱策治疗的方式规范所有治疗,但精神障碍的治疗在一定程度上不是单纯由诊断驱策的。

3. 规范的药物临床试验所纳入的样本往往采取比较严格的诊断标准,设置严格的试验条件和排除标准,观察的时间也有限,因此得出的结论并不都适用于临床的复杂情况。

4. 患者的情况千差万别,治疗方案除了要规范化,更重要的是个体化,因此,规范化基础之上的个体化,是正确运用治疗指南的基本思路和原则。

(2) 心理干预方案:该患者的早期心理干预目的主要是提高治疗依从性、降低暴力和自杀风险,主要方法是支持性心理治疗。精神病性症状得到缓解后,应逐渐加强认知治疗以提高症状自知力和人格自知力,加强家庭 - 婚姻治疗以减轻疾病持续因素的影响,进一步提高持续治疗的依从性。

学习笔记

知识点

支持性心理治疗的概念和应用

是一种基础性的心理治疗模式,依据应激与挫折的一般理论,利用各种主观和客观的资源来帮助患者度过当前危机,应付困境。治疗机制主要是通过给予患者安全感,保留和激发希望,增强发挥自身潜能去克服困难的信心。

支持性心理治疗的实施首先要求建立基于“共情”的良好关系。基本方法主要有:①细听倾诉;②支持与鼓励;③说明与指导;④培养信心与希望;⑤调整对应激的看法;⑥控制与训练;⑦善用资源;⑧改变环境;⑨鼓励功能性的适应。主要适用于:①当前遇到任何应激性事件的情况;②帮助患者了解病情、治疗进程、预后,增加治疗依从性;③在疾病慢性期维持治疗和康复,减少恶化和复发。

(3) 暴力和自杀风险的防范与管理措施:除了“防冲动”、“防自杀”的医嘱之外,还应有针对具体问题的切实可行的措施。比如该患者的“防冲动”措施至少应包括针对精神症状的有效药物治疗、及时的心理干预、密切的观察以发现情绪和行为异常的苗头、及时与家属或者陪住者进行沟通等。

(4) 对未确定诊断的密切观察:精神科诊断应当是开放的,病情变化或新的资料都可能改变主要诊断。本例“分裂情感性障碍”的诊断应严密观察和追踪。

思路 2:针对躯体疾病和健康状况的治疗方案。

如果患者的躯体疾病较重则应当请有关科室会诊。该患者的胃肠炎和肝功能异常相对明

显，建议请消化科会诊；血常规和电解质问题相对较轻，以改善营养、加强观察和监测为主。

思路3：遵守知情同意原则与患者及家属沟通及协商治疗方案。

知识点

与精神障碍患者协商治疗的基本原则

1. 知情同意原则不因疾病种类和病情轻重而改变，调整的只是操作方式。

2. 治疗方案的科学合理性不因知情同意能力而改变，但否定合理治疗的决定与知情同意能力有密切关系。医生应当首先推定患者有知情同意能力，除非有证据表明其没有。没有知情同意能力的患者否定合理治疗时，需要监护人或近亲属代为作决定。医生不能没有程序地首先认定患者没有知情同意能力而直接将决定权交给家属。

3. 评估患者的知情同意能力。对知情同意能力可能受损的患者进行临床评估，注意不要与行为能力混淆。无行为能力需要法院的宣告，临床医生没有资格进行决断。在法院宣告之前，任何患者首先被视为具有行为能力（如被害妄想的患者在知情同意的前提下签字接受阑尾炎手术）。对具体医疗问题的知情同意能力，则需要临床医生的判断。

4. 劝说患者接受治疗的关键是深入了解和理解患者内心的真实想法，因人、因事而异地进行耐心解释和说明。

思路4：仔细评估患者的知情同意能力。如前述，医生应当首先推定患者具有知情同意能力，当怀疑患者的知情同意能力可能受损时，要有必要的评估结果作为没有知情同意能力的理由。

知识点

精神障碍患者知情同意能力的临床判断要点

一般从四个方面判断患者对具体问题的知情同意能力，必要的时候运用知情同意能力评估量表（如 MacCAT-CR 和 MacCA-T）进行全面和深入的评估。

1. 能否正确地理解相关信息。
2. 能否了解自己的状况。
3. 能否理性分析接受医疗过程的后果。
4. 能否正确表达自己的意愿，并作出与意愿相一致的决定。

[**问题 4**] 如何估计患者的预后？

思路：以疾病诊断为基础（即疾病的种类与整体预后的关系），从有利和不利两个方面全面分析影响预后的因素。具体到本例患者，成年起病、急性起病、社会功能相对完整、有固定工作和收入等，是预后有利的因素。不利因素有原发妄想、个性缺陷、家庭支持差、家族遗传史等，综合评估近期的对症治疗效果良好，维持治疗和康复可能出现问题，故预后一般。

[**问题 5**] 开始治疗后需要重点注意哪些问题？

思路：密切观察药物效果、副作用、病情变化。对于该患者还应重点注意观察是否有酒依赖的戒断反应、躯体疾病的变化、可能导致暴力风险的意外事件等。

病历摘要（十）

在协商治疗及知情同意过程中，患者表示愿意服用抗抑郁药物、安眠药、保肝药等，对于抗精神病药物表示反感。经反复沟通，他承认自己有多疑、偏执、焦虑，愿意接受治疗相关问题的药物。最终达成药物治疗选择为：利培酮、舍曲林、劳拉西泮或氯硝西泮，辅以营养、保肝药物。

学习笔记

利培酮治疗起始剂量1mg/d，一周内加量至3mg/d，辅以氯硝西泮2mg prn。服药一周后患者睡眠和焦虑情绪明显改善，无不良反应，没有观察到与饮酒有关的戒断反应。第8天利培酮加至4mg/d。住院第3周幻觉和关系妄想消失，第4周嫉妒妄想有明显动摇，但心境依然低落，遂加用舍曲林(左洛复)50mg/d，4天后加至100mg/d。第6周心情明显好转，各项实验室检查正常。入院第6周末的量表检查结果为：CGI-1：3分；CGI-2：2分；CGI-3：4/1；PANSS：42分；HAMD(前17项)：6分。

由于妻子一直没来探视，患者为此担心着急而要求出院，表示继续门诊治疗，但他的母亲不同意出院。

[问题1] 如何评价目前的疗效和病情？

思路：精神状态检查和临床观察，结合量表评估，是临床上评估疗效的基本方法。本例患者经过6周的治疗，精神病性症状和抑郁症状均明显改善，总体印象CGI得分显示病情明显改善，PANSS减分率54%，表明疗效较好，HAMD得分减至7分以下，抗抑郁疗效很好。实验室检查正常。综合评估目前病情显著好转。

[问题2] 如何处理患者要求出院但家属不同意的情况？

思路1：住院患者的出院应遵守《精神卫生法》的规定：自愿住院治疗的患者可以随时要求出院；因伤害自身而非自愿住院治疗的患者的出院由监护人决定；医疗机构要对因危害他人而非自愿住院治疗的患者是否可以出院进行及时评估，可以出院的应当及时通知患者及监护人。

知识点

自愿住院治疗患者的出院

《精神卫生法》第四十四条第一款规定："自愿住院治疗的精神障碍患者可以随时要求出院，医疗机构应当同意。"

第三款规定："医疗机构认为(自愿住院治疗的)患者不宜出院的，应当告知不宜出院的理由；患者仍要求出院的，执业医师应当在病历资料中详细记录告知的过程，同时提出出院后的医学建议，患者应当签字确认。"

思路2：该患者是具有较高暴力和自杀风险的自愿住院治疗患者，属于"有条件的自愿"，此类患者的入院和出院事宜都应征求监护人的意见，但患者具有最终决定权。医生应积极沟通、协调，并宣传法律。

病历摘要(十一)

医生与患者及其母亲讨论出院事宜，其母亲仍不同意出院，并说出理由：患者的妻子正在起诉离婚。患者情绪激动，拍桌怒吼："为什么不早说！"摔门扬长而去。当晚不眠，次日开始对护理挑刺，和病友争吵时出言不逊。随后1周他表现明显的话多、夸大、管闲事、易激惹、少眠。凭空听到多人的声音议论他妻子和父亲同居了，母亲和医生串通当"老鸨"，对幻听坚信不疑，认为妻子本来就是个"婊子"，要求立即出院去离婚，然后找电影明星或者亿万富婆结婚，病房某漂亮护士作临时老婆也可以。说自己是亿万富翁，如果让他出院就给病房500万，否则找黑社会拆了医院。拒绝服药，说当初上当受骗了。医生与之沟通时，母亲在旁劝了几句，他甩手就给母亲一巴掌。

[问题1] 如果评估目前病情？

思路1：目前病情恶化，同时出现两组表现同样突出的症状：一是精神病性症状群，表现有议

学习笔记

论性幻听、嫉妒妄想、夸大妄想等；二是情感症状群，以易激惹为主，伴随话多、夸大、管闲事、少眠等。

思路2：应重新考虑诊断。目前症状学诊断是幻觉-妄想状态，躁狂状态（易激惹+其他四个症状，且已经达到必须治疗的程度），入院时待观察的诊断至此成为首要诊断：分裂情感性障碍。

[问题2] 分析病情恶化的原因。

思路：病情恶化的诱因是婚姻问题，这是与首发症状有关的因素，也是疾病的持续因素。从患者得知妻子起诉离婚的反应可以看出，前期治疗过程中没有重视对这一问题的处理（尽管对门诊病历进行分析时即已提出应重视）。

[问题3] 对于自愿住院患者，是否可以约束和隔离？

思路：精神科使用约束和隔离应严格遵守法律规定。《精神卫生法》规定的约束和隔离标准适用于所有住院治疗的患者，但是强调“没有其他替代措施”的前提。本例患者首先应尽可能安慰和劝说，如无持续的冲动、伤人行为，则不必予以隔离或约束。

知识点

精神科约束与隔离的标准

《精神卫生法》第四十条规定：“精神障碍患者在医疗机构内发生或者将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序的行为，医疗机构及其医务人员在没有其他可替代措施的情况下，可以实施约束、隔离等保护性医疗措施。实施保护性医疗措施应当遵循诊断标准和治疗规范，并在实施后告知患者的监护人。禁止利用约束、隔离等保护性医疗措施惩罚精神障碍患者。”

解读：①法律严格规定只有三种情况才允许约束和隔离，临床常见的不合作情况如拒绝服药、进食、换衣服等行为，只有达到“发生或者将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序”的程度，才能予以约束和隔离；②必须以“没有其他可替代措施”作为前提；③必须遵循操作规程；④实施后要告知患者的监护人。

[问题4] 如何处理当前的情况？

思路：①更改诊断为分裂情感性障碍，评估其具有危害他人安全的行为和危险。②变更住院治疗形式，对患者实施非自愿住院治疗。该患者目前属于由医院决定、监护人办理手续的非自愿住院治疗（即因危害他人安全的行为而予以非自愿住院治疗）。③及时调整治疗方案。

知识点

《精神卫生法》“非自愿住院治疗”的标准

第三十条　精神障碍的住院治疗实行自愿原则。

诊断结论、病情评估表明，就诊者为严重精神障碍患者并有下列情形之一的，应当对其实施住院治疗：

（一）已经发生伤害自身的行为，或者有伤害自身的危险的。

（二）已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的。

第八十三条　本法所称严重精神障碍，是指疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害，对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍。

解读：①“非自愿住院治疗”的两条标准缺一不可：一是“严重精神障碍”，二是“有伤害自身或危害他人安全的行为或者危险的”；②“严重精神障碍”不是一个精神疾病分类学概念，而是以症状严重和功能丧失为标准的法律概念。

学习笔记

病历摘要(十二)

经医生反复劝说,患者仍然情绪激动地表示要立即出院,并砸毁房间物品。医生决定将患者转入封闭病房进行非自愿住院治疗,但是患者妻子拒绝前来签字,最终由母亲作为监护人签字。给予利培酮 4mg/d,丙戊酸钠 800mg/d,氯硝西泮注射 2mg,tid。无明显药物反应,2 周后症状缓解,情绪逐渐稳定。

[**问题 1**] 如何确定非自愿住院治疗的决定人?

思路:应遵照法律规定来确定非自愿住院治疗的决定人。《精神卫生法》规定,伤害自身的患者的非自愿住院治疗由监护人决定;危害他人的患者的非自愿住院治疗由医院决定、监护人同意,监护人和患者本人都可以对医院的决定提出异议并申请重新诊断和医学鉴定,直至法律诉讼。再次诊断和鉴定结论出来之前,医院应按照原来的诊断对患者进行治疗。

[**问题 2**] 如何处理家属对于住院治疗的不同意见?

思路:患者利益最大化是基本原则,同时要深入理解和遵守《精神卫生法》的有关规定。本例患者可以由其母亲作为非自愿住院治疗的签字人。

知识点

《精神卫生法》的监护人定义

《精神卫生法》第八十三条规定:"本法所称精神障碍患者的监护人,是指依照民法通则的有关规定可以担任监护人的人。"

解读:《精神卫生法》所指的监护人和《民法通则》中的监护人的概念不同,前者可以不经过法庭宣告,而是本着患者权益至上的原则,在可以担任监护人的人如配偶、父母、成年子女、其他近亲属中协商产生,其职责和权限只限于代理患者决定有关医疗相关事宜;后者则需要法院宣判,能够代理患者进行所有民事行为。

学习笔记

病历摘要(十三)

患者继续住院 2 周,幻觉、兴奋等症状消失,嫉妒妄想明显动摇,并有一定现实检验和批判能力,对冲动毁物和打骂母亲的行为表示后悔,情绪稳定,无冲动言语和行为。总共住院 10 周后以显著好转出院,在门诊继续治疗。

[**问题 1**] 非自愿住院患者能否出院的标准是什么?

思路:以临床标准和法律标准相结合的原则判断继续住院治疗的必要性。临床标准为"病情是否明显缓解",法律标准为"是否仍然存在需要非自愿住院治疗的条件"(即是否必须住院治疗)。使患者自愿地、尽可能地在没有限制自由的条件下治疗,是立法的目的之一。该患者目前病情明显缓解,情绪稳定,没有危险行为,对既往行为表示后悔,没有必要继续违背其本人意愿进行住院治疗。如果患者表示愿意继续住院,则根据具体情况可以转入自愿住院治疗。

[**问题 2**] 患者出院医嘱的重点是什么?

思路:患者首次接受药物治疗并且有良好效果,应嘱咐其坚持服药治疗,定期门诊;患者起病及病情波动与家庭、婚姻关系有密切关系,应加强相关的心理干预。患者面临失业和婚姻解体,这是当前最主要的疾病持续因素,应制订相应的干预措施。

【总结】

1. 自愿原则不因患者疾病种类和严重程度而改变,但执行程序因疾病严重性而转换,本例即是因病情恶化而从自愿转为非自愿医疗的精神病性障碍患者。

2. 诊断过程中资料收集和资料分析应当同步，充分体现逻辑思维。要同等重要地看待“人的信息”和“病的信息”，实践“生物 - 心理 - 社会医学模式”。

3. S-S-D 诊断思路是当前精神障碍病因学尚未取得突破的现状下优先遵循的临床诊断思路，症状学诊断和等级诊断是基本的诊断原则。

4. 精神科的特殊性要求临床工作应遵守伦理原则和法律规定，重视临床风险评估，这两点还应当作为临床治疗决策的基础。

5. 精神科的治疗方案应符合伦理和法律的要求，体现生物 - 心理 - 社会医学模式的内涵，在遵循治疗指南和循证医学思想的前提下充分体现个体化原则。

6. 保持诊断的开放性。对于可疑的诊断应密切观察和追踪，实事求是地更改诊断并调整治疗方案。

病例二

病历摘要（一）

男，23 岁，未婚，汉族，中专文化，个体经营者。

主诉：凭空闻语，认为被迫害 2 个月余，加重 2 天，毁物伤人。由其父亲及民警多人护送入院。病史提供者为父亲。

[**问题**] 如何理解和分析上述信息？

思路 1：恋爱的年龄和个体经营状况可能成为“3P”因素线索，即可能有恋爱或生意上的挫折等作为发病诱因，但是需进一步询问而不能主观臆断。主诉提示有感知觉和思维障碍（幻听、被害妄想），以及危害他人安全的行为，属于《精神卫生法》中具有“危害他人安全的行为”的“疑似精神障碍患者”，因此可能属于非自愿医疗。

思路 2：无论门诊接诊还是收入院，都应明确患者的就诊性质（自愿还是非自愿）。本例送诊者中即有可以作为监护人的父亲，也有民警，这提示两种可能：家属无法送诊而请求警察协助，或者因危害公共安全而由警察送诊，同时通知家属。无论哪种情况，医生都应了解其危害行为是否触犯《刑法》，并正确区分《刑法》和《刑事诉讼法》的“强制医疗”和《精神卫生法》的非自愿医疗，二者的性质和程序均不相同。强制医疗依司法程序，由法院判决在强制医疗机构执行；卫生行政部门管辖的精神卫生机构如果由政府指定，也可收治“肇事肇祸精神病人”，但程序不同于非自愿住院治疗。

知识点

强制医疗的相关法律规定

1.《精神卫生法》第五十三条规定：“精神障碍患者违反治安管理处罚法或者触犯刑法的，依照有关法律的规定处理。”

2.《刑事诉讼法》第二百八十四条规定：“实施暴力行为，危害公共安全或者严重危害公民人身安全，经法定程序鉴定依法不负刑事责任的精神病人，有继续危害社会可能的，可以予以强制医疗。”

第二百八十五条规定：“根据本章规定对精神病人强制医疗的，由人民法院决定。公安机关发现精神病人符合强制医疗条件的，应当写出强制医疗意见书，移送人民检察院。对于公安机关移送的或者在审查起诉过程中发现的精神病人符合强制医疗条件的，人民检察院应当向人民法院提出强制医疗的申请。人民法院在审理案件过程中发现被告人符合强制医疗条件的，可以作出强制医疗的决定。对实施暴力行为的精神病人，在人民法院决定强制医疗前，公安机关可以采取临时的保护性约束措施。”

学习笔记

病历摘要(二)

现病史:2个月前开始无故不上班,在家闭门不出,常自言自语,似乎与人对话。几次到派出所控告邻居,说邻居想暗害他,凭空听到声音说他的坏话,认为警察包庇坏人,顿服安眠药10余片而急诊洗胃,曾到某中医精神科门诊诊治(诊断不详),服中药煎剂后睡眠改善,但白天嗜睡,口水很多。服药2周后凭空闻声现象明显减少。2天前患者自行停药,当晚不眠,用被子捂头,手脚做奇怪动作。频繁自语自笑,凭空与人对骂,骂邻居是坏蛋,监视、迫害他,扬言要杀人。父亲劝说时,他挥拳将父亲打得口鼻流血。砸毁电话、拔断电话线和电视天线,关掉煤气以至于父母无法做饭。入院当天清晨,持菜刀猛砍邻居家门,不听劝阻,家人遂和邻居一起报警。患者向警察控诉邻居用"声控器"控制其身体和大脑。否认有病并且拒绝就医,家属请求警察协助将其送来医院诊治。

起病前后均无高热、抽搐、不省人事等情况,有多次冲动伤人毁物行为。

[问题1]以上病史资料提示存在哪些症状?

思路:患者可能存在言语性幻听、被害妄想、被控制妄想等症状。应掌握这些症状的临床表现和鉴别要点,在精神状态检查时进行重点澄清。

[问题2]如何澄清和鉴别幻听?

思路:幻听是精神科最常见的知觉障碍,有非言语和言语性幻听之分。前者多为单调的机械声、虫鸣、鸟叫等;后者对于重性精神病的临床诊断意义较大,有些言语性幻听具有诊断特异性。应按照精神症状三要素进行确认。

(1) 性质:要询问听到声音时周围是否有人,或者能看到人但是客观上不可能听到(鉴别关系妄想);要询问具体内容,尤其注意是否针对患者的行为进行追踪性的评论,或者声音彼此之间针对患者进行争议和议论,或者声音来自身体某个部位(此三种类型幻听是ICD-10的精神分裂症诊断的症状学标准c项的内容),同时要判明是否属于思维鸣响。

(2) 频度和强度:是否每天都出现?每次多长时间?受影响程度(如参与对话、反抗、照办等)。

(3) 持续时间:指症状出现至今总的时间,结合频度以明确病程特点。

知识点

真性幻觉与假性幻觉(pseudo hallucination)

关键鉴别点是患者体验到的幻觉定位。不管是在体内还是感觉域外,定位相对明确的是真性幻觉(患者清楚地"听到"肚子里或者骨头里有声音,或者看到脑后甚至墙外的形象,都是真性幻觉)。定位模糊不清或者体验为"脑海里"、"心里"等主观意识中的,为假性幻觉。康金斯基综合征中可见典型的假性幻觉。

[问题3]如何澄清、鉴别被害妄想和关系妄想?

思路:被害妄想(delusion of persecution)和关系妄想(delusion of reference)是临床最常见的妄想,同时也最容易被误诊和误用,以至于缺乏认真分析就作为诊断精神分裂症的关键症状。这两个症状可以见于许多其他的精神障碍,如心境障碍、器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍等,临床发现这两个症状时不应仅考虑精神分裂症。参考以下几点进行仔细澄清:

(1) 确认妄想是原发还是继发:继发于幻觉的被害妄想和关系妄想并不少见,如威胁性的言语性幻听常继发被害妄想,对于诊断来说幻听更为关键。明确病因的前提下出现被害妄想和关系妄想,则首先考虑器质性、精神活性物质所致以及症状性精神障碍。继发于心境低落(或高涨)的关系妄想和被害妄想也不少见。

学习笔记

(2) 与超价观念鉴别：从现实或事实的“不可能性”以及心理学的“不可理解性”两个方面进行判断。患者感到周围人都在议论他，应澄清是否有事件诱因，涉及对象泛化还是固定，经常还是偶尔出现，与事件相关还是无关等，综合判断是否具备“不可理解”和“根本不可能发生”的性质（即原发症状的特点）。某人感到周围人在议论他也许是事实，或者超价观念，但说电视、报纸都在说他，而他当时并不是新闻人物，此种情况更可能是关系妄想。

知识点

关系妄想和被害妄想

关系妄想是指某些客观事实上与患者无关的人或事，患者却感到某种具有针对他本人的意义，如认为别人的言谈举止、眼神动作等，都在传递有关他的信息。如果这些意义非常特殊，也称为特殊意义妄想，如患者看到某人摸头发，表示对方在暗示自己应当去变性。

被害妄想是临床上最常见的妄想，但特异性不高。某些特殊情况或特定文化背景下或特定历史时期，被害体验可能源自被迫害的事实，因此要特别注意用“不可理解性”和“不可能性”来核实其是否构成妄想。相对来说，关系妄想反倒更有可能是原发的。

[**问题 4**] 如何澄清、鉴别被控制妄想（delusion of being controlled）和物理影响妄想（delusion of physical influence）？

思路：这两个症状的表现常有关联和重叠，甚至被当作同义词。由于被视为诊断精神分裂症的“一级症状”，因此要特别慎重地予以澄清和确认。患者主诉“感到被人控制”或者“被人影响”，经仔细询问是因为他感到周围人都在监视、跟踪、迫害他，使得他失去行动自由，因此感到被别人控制和影响，这种现象实际上不符合被控制和被影响妄想的定义，而是关系妄想和被害妄想。

知识点

物理影响妄想和被控制妄想

是指患者明确感到躯体或四肢运动、各种感觉（如皮肤的冷、热、酸、痛感）、内脏运动、思维活动、情感表达（如哭、笑）以及意志和行动等，受到非己力量的支配和影响。患者的不自主体验是症状的核心，随之对原因进行妄想性解释。典型表现如患者体验到思维不受自己支配，或者受到严重扰乱，有些患者把这种体验归因于有人用物理方式如无线电、脑电波等进行干扰或控制的结果，有些则仅有体验而没有具体原因的解释。在精神状态检查时，应当重点询问患者的体验以及体验的不自主感。

[**问题 5**] 精神障碍的起病形式有哪些？

思路：精神障碍的起病形式主要有三种，从精神正常到明显异常的时间来判断，2 周之内的为急性起病，2 周以上到 3 个月之间的为亚急性起病，3 个月以上的为缓慢起病。起病方式是诊断的参考信息，也是影响治疗效果和预后的因素。

[**问题 6**] 精神障碍的病程特点与诊治的关系是什么？

思路：病程是精神障碍诊断的两个最重要标准之一（另一个是症状学标准），ICD-10 对于多数精神障碍的诊断有明确的病程规定。不少精神障碍具有独特的起病形式和病程特点，对病程的长期追踪结果更具有诊断和鉴别价值。

学习笔记

知识点

几种常见精神障碍的起病方式和病程特点

疾病起病方式	病程特点
精神分裂症	缓慢起病居多，迁延、波动，慢性病程且易复发
双相障碍	急性居多，间歇交替发作，多次复发转慢性
抑郁发作	急性或亚急性间歇发作，易复发，转慢性
谵妄	急性，波动较大
阿尔茨海默病	慢性、隐袭进行性恶化
脑血管性痴呆	急性或亚急性，波动或阶梯恶化

[**问题 7**] 如何看待住院前的中医治疗？

患者急诊洗胃后首先服中药煎剂治疗，睡眠改善，凭空闻声现象减少，但出现明显嗜睡、口水很多等情况，突然停药后当晚病情急剧恶化，这些情况非常类似某些抗精神病药物的起效、不良反应、突然停药后病情变化的特点。某种抗精神病药物尤其容易产生嗜睡和口水多的不良反应，突然停用后的反应也比较大，提示接诊时应当询问中药煎剂的成分，必要时进行药物成分检测，为后续治疗提供参考。

[**问题 8**] 非自愿住院治疗的标准是什么？

思路：《精神卫生法》规定的非自愿住院治疗标准是同时符合以下两条：

(1) 诊断为“严重精神障碍”：依照《精神卫生法》第八十三条规定的定义，“严重精神障碍”不是精神疾病的分类学概念，而是指精神症状严重且社会功能丧失的所有精神障碍。

(2) 具有以下任何一个情况：①已经发生伤害自身的行为，或者有伤害自身的危险的；②已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的。

知识点

非自愿住院标准的临床操作要点

1. “严重精神障碍”的判断需符合以下两条：①具有精神病性症状（幻觉、妄想、广泛的兴奋、显著的精神运动性迟滞、紧张症行为、明显的阴性症状等）；或具有造成身体健康受损或者危及生命的其他思维障碍（如严重厌食症对肥胖的超价观念）；或具有造成身体健康受损或者危及生命的拒食、受冻、意向倒错、自杀、自伤等行为障碍。②社会功能严重受损或生活不能自理，或因丧失对所患精神障碍的认识能力而拒绝治疗。

2. 危险性标准的操作要点：①危害他人安全的行为未达到触犯《刑法》的程度，否则应执行强制医疗的司法程序。②“危险的”判断应属于以下三种情况之一：危险即将发生，或必将发生，或一旦发生则后果十分严重。前两者的判断参见病例一关于暴力和自杀风险评估的知识点；一旦发生则后果十分严重的常见情况如：某人出现明显的精神异常表现，该人是幼儿园或中小学工作人员，或者是民航或公交驾驶员、能够使用武器的军人或目前生活在集体宿舍。这种情况下即使该人没有危险行为，但也符合法律规定的“危险的”标准。

病历摘要（三）

既往史：4 年前曾遭车祸，造成左腿骨折，短暂“不省人事”，住院治疗近 1 个月。病历记载“步行入院，意识清楚，诉头痛头晕”，“脑 MRI 检查正常”，诊断“脑震荡，左腿开放性骨折，全身皮肤挫伤”。出院后正常学习，无明显头痛头晕。否认有其他躯体疾病，否认伤寒、结核等传染病史，否认食物或药物过敏史。

学习笔记

个人史：行2（患者排行老二），上有一姐。母孕期无异常，足月顺产，自幼生长发育正常，适龄读书，学习成绩一般。初中毕业后曾到武术学校习武1年，后续读高中，考入中专学习电子商务。2年前毕业，帮助父亲经营农副产品公司。性格内向、急躁、倔强，喜欢舞刀弄枪、玩电脑游戏。曾谈恋爱，因动手打女友而于半年前分手，没有明显情绪反应。否认吸毒及长期大量饮酒史。

家族史：外婆及表妹均有“精神异常”，表现为骂人、摔东西等，诊治不详。

躯体及神经系统检查：T 36.6℃，P 78次/分，R 20次/分，BP 128/78mmHg，意识清楚，左腿有手术瘢痕。其他未见明显异常。

脑MRI：未见明显异常。

[**问题**] 如何分析既往史、个人史、家族史与本次精神障碍的关系？

思路：既往史、个人史、家族史的相关信息，是精神障碍病因学“3P因素”的重要来源。具体到本例：4年前因车祸导致短暂意识丧失，有“脑震荡”的临床诊断，但没有脑震荡后综合征的表现。那么，脑外伤是本次精神障碍的病因还是发病的素质因素？

患者性格内向、急躁，喜好武力，曾因暴力而导致女友离开，本次起病后有多次暴力行为，这些都是暴力风险评估的重要信息。

精神疾病的家族史既是发病的素质因素，也可作为持续因素而影响预后。

知识点

颅脑损伤与精神障碍

颅脑损伤可引起急性和慢性精神障碍。前者如脑震荡综合征和外伤性谵妄，在时间上紧接脑损伤而发生；后者如脑震荡后综合征、脑外伤后人格改变、器质性幻觉症、器质性紧张性障碍、器质性妄想性障碍、器质性心境障碍和焦虑障碍以及器质性分离障碍、癫痫性精神病、外伤性痴呆等。这些器质性障碍多在脑外伤后1年之内出现。一般认为，外伤距离精神症状的出现时间越近，作为直接病因的可能性越大，反之，作为发病素质因素的可能性越大。

诊断颅脑损伤所致精神障碍必须有颅脑损伤的明确证据，同时脑损伤在时间上有成为直接病因的可能。损伤的证据主要是神经系统阳性体征、影像学资料和实验室检查结果。一旦脑损伤的证据确立，应当首先考虑器质性精神障碍的诊断，这是等级诊断原则。

病历摘要（四）

入院精神状态检查（完整记录）

1. 一般情况：意识清晰，衣饰整洁，被动合作，对答切题，定向完整准确。饮食及大小便正常，入睡困难。

2. 认识活动：患者近2个月来几乎每天都能听到由邻居领头的多名男女声音讽刺辱骂他，他走到哪里声音就跟到哪里，比如邻居说：“他是个流氓！”其他声音就随声附和。有时也有声音（多是前女友的）说“他是好人”，于是他们就开始争论，讨论他是否是好人。曾给前女友打电话求证但无人接听。无论他想什么或者干什么，声音都进行议论。比如上楼找邻居论理，出门就听到声音说“他上来了，赶紧走”，还有声音说“让他来，整死他”。他认为是邻居安装了“声控器”在跟踪自己，意图谋害。“声控器”不仅跟踪他，还能探测他的思想，发射“超声脑电信号”扰乱他的思维，比如他想反驳邻居的声音时，“声控器”就发射信号让他的大脑失控，自动产生一个相反的想法，并控制他的舌头运动，说自己不愿意说的

话。“声控器”还控制他的步态姿势，使他走路像鸡鸭一样摇摆，于是周围人的眼神、举止都在嘲笑他“像鸭子”。患者认为“超声脑电波”已经使他发生了遗传变异，成了一个怪物。

患者某日听到一个阿姨喊：“水生，快回来！”立即明白她是他的生身母亲，因为他的名字中有三点水，由此认为自己不是现在父母所生。

交谈中注意力不集中，常警惕地东张西望，有时欲言又止，询问下表示是“声控器”在发信息威胁他不要乱讲。记忆、智能水平粗测正常。否认自己精神失常，表示来医院是为了避免邻居迫害，但现在看来好像躲不了。承认睡眠不好，归咎于邻居的影响和迫害。

3. 情感活动：患者因感到声音干扰、被控制、被迫害而心情低落，同时又十分气愤。涉及邻居的问题时，表现明显易激惹，谈到打伤父亲则没有悔恨表情。没有明显的兴趣丧失，仍喜欢玩游戏。对医生的安慰和关心有言语和表情上的感谢回应。

4. 意志与行为：入病房后被动合作，无怪异行为，但反复要求医护人员保证安全。对既往过量服用安眠药的解释是：“做给他们看的，看能否放我一马”。问其为何拿刀砍邻居门，答称：“忍无可忍。多次报警却没人理我，于是让他们报警，结果把我当精神病了。”对警察和家人十分不满。无冲动行为。

5. 实验室检查：血尿便常规、血生化、甲状腺功能、胸透等均正常。

血药检测：存在氯氮平的成分。

心理测验如下：

PANSS：总分 118 分。阳性量表分 36 分，阴性量表分 14 分，一般精神病理量表分 68 分。

攻击危险补充项目评分 13 分。

Young 氏躁狂量表：12 分（20 分以上提示躁狂状态）。

CGI-1：7 分（极严重有病）。

自杀风险因素评估量表：12 分（≥10 分为高度风险）。

MMPI：（拒绝检查）。

[**问题 1**] 根据目前为止所掌握的临床资料，如何进行诊断分析？

思路：按照 S-S-D 诊断分析思路，首先进行症状分析并构筑综合征，然后依次提出假设诊断、进行鉴别与排除诊断、应用诊断标准、反向验证诊断。

具体到本例的诊断思路如下：

（1）症状分析

1）认知：①幻听（持续的言语性幻听，追踪评论性和议论性的）；②被控制妄想；③非血统妄想（原发的，妄想知觉性质）；④被害妄想（继发的）；⑤自知力丧失。

2）情感：情感症状继发于幻觉和妄想。①心境低落；②易激惹。

3）意志与行为：受幻觉、妄想支配的冲动、自杀行为。

（2）构筑临床综合征并分析其特点：主要症状群是幻觉 - 妄想状态，原发幻听继发被害妄想，原发的被控制妄想和非血统妄想，幻觉和妄想都具有诊断特异性。有幻觉和妄想支配的暴力行为和自杀行为。

（3）假设诊断

1）精神分裂症。

2）脑器质性精神障碍（器质性幻觉症、器质性妄想性障碍）。

3）人格障碍。

4）心境障碍。

（4）鉴别与排除诊断分析

1）器质性精神障碍：患者有明确的脑外伤史，应当考虑此诊断。患者的脑损伤并非严重，损

学习笔记

伤当时和目前均无明确的影像学证据，外伤后距离此次发病有 4 年，其间社会功能正常，无明确的脑损伤相关的精神症状。故综合分析其脑损伤是本次精神障碍发病的素质因素而不是病因，暂排除器质性精神障碍。

2）精神分裂症：患者的追踪评论性的幻听、议论性幻听、被控制妄想、原发妄想（非血统妄想）等，都是精神分裂症的“一级症状”，并且持续时间超过 1 个月，因此精神分裂症的可能性最大。

3）心境障碍：患者的情感症状、自杀行为、睡眠障碍等，均继发于幻觉、妄想，没有显著的兴趣丧失、精力下降等，不足以构成抑郁状态或躁狂状态的临床相。

4）人格障碍：患者性格内向、急躁，喜好武力，有暴力行为。有明确的病程（2 个月余），目前暴力行为与幻觉、妄想直接相关，既往社会功能和人际关系方面无明确的异常表现，虽有某些方面的性格缺陷，但不符合人格障碍的诊断。

（5）适用诊断标准：患者符合 ICD-10 中精神分裂症的诊断标准。

1）症状学标准：有 b 组症状中的“被控制妄想”和“妄想性知觉”、c 组症状中的跟踪性评论性幻听和议论性幻听。

2）上述符合症状学标准的症状存在超过 1 个月。

（6）反向验证：精神分裂症的诊断基本上可以解释目前的临床资料，需要进一步关注情感症状的发展。

[**问题 2**] 简述对患者的风险评估及防范措施。

思路：

（1）暴力风险：男性患者，自幼喜好武术，因使用暴力导致恋爱对象离开，但没有经常而持久地使用暴力。本次起病后有频繁的暴力行为，指向对象与幻觉、妄想有直接关系。结合其内向、急躁、喜好武力的个性特点，综合判断当前具有高度的暴力风险。

防范措施包括：①尽快控制幻觉、妄想；②加强支持性心理治疗；③尽量减少激惹患者的因素如言语和环境事件等；④与家属沟通。

（2）自杀风险：目前自杀风险量表评估为“高度危险”，入院前的自杀行为与幻觉、妄想有直接关系。防范措施包括：①应尽快控制症状；②同时加强支持性心理治疗；③护理上加强观察和巡视；④与家属沟通。

（3）躯体疾病风险：患者曾因车祸造成脑震荡，目前无后遗症，但仍应考虑外伤可能增加精神药物的敏感性，在选择药物时要慎用容易导致癫痫及意识障碍的药物。

（4）法律风险：患者是非自愿住院治疗，可能会提出再次诊断、医学鉴定、出院后起诉。

[**问题 3**] 制订治疗方案的基本原则和步骤有哪些？

思路 1：应当在建立关系的前提下，根据患者的具体情况，遵循规范化治疗指南和循证医学证据，以解决当前主要问题为首要目标，制订全面而个体化的治疗方案，并要符合法律和伦理的要求，取得患者或家属的知情同意。

思路 2：参考步骤如下：

（1）明确当前最需要解决的临床问题：尽快控制幻觉、妄想症状，有效管理情绪反应、暴力和自杀风险等。

（2）分析与治疗措施密切相关的具体情况：①既往曾有脑外伤史，目前身体健康；②亚急性起病，以阳性症状为主的精神分裂症，对治疗不合作，有擅自停药历史；③存在高度暴力和自杀风险；④知情同意能力可能存在缺陷；⑤曾短期使用过氯氮平，突然停药后病情加重。

（3）根据以上分析，确定当前主要治疗方案：选择“以幻觉、妄想症状为主、不合作的精神分裂症”的规范化治疗流程。鉴于患者有脑外伤史以及当前暴力和自杀的高度风险，具体药物首选氟哌啶醇肌内注射治疗，辅助口服氯硝西泮。

（4）评估患者的知情同意能力：依据知情同意能力评估的四个基本方面（能否正确地理解相

关信息、能否了解自己的状况、能否理性分析接受医疗过程的后果、能否正确表达自己的意愿并作出与意愿相一致的决定),评估本例患者目前知情同意能力明显缺陷,且属于非自愿住院治疗,因此主要取得家属(监护人)的知情同意,但是依然要听取患者的意愿表达(尽管由监护人代为决定)。

(5) 制订更全面的治疗方案并与家属沟通:除了沟通当前治疗可能的不良反应和处理措施,还要沟通后续可能的治疗方案,如改良电抽搐治疗(modified electroconvulsive therapy,MECT)、使用典型或者非典型抗精神病药的长效针剂等问题。

[**问题 4**] 对患者的预后估计及其理由是什么?

思路:根据影响精神分裂症预后因素的综合分析,预后有利的因素包括:①亚急性起病;②阳性症状突出;③首次药物治疗很快起效;④家庭经济状况和支持较好。预后不利的因素包括:①脑外伤史;②性格缺陷;③阳性家族史;④自知力差,不合作,短期治疗后即停药,导致病情波动。估计近期对症治疗疗效良好,但远期维持治疗需要采取措施,重点保证治疗依从性。

病历摘要(五)

与患者协商治疗遭到拒绝,患者有摔门、砸墙等易激惹行为,在劝说下很快平静。医生与患者父亲沟通治疗方案,在努力劝说下患者表示接受肌内注射氟哌啶醇 10mg+ 异丙嗪 50mg,每日 3 次(第一天半量),晚口服氯硝西泮 2mg 助眠。

治疗 1 周后幻听明显减少,情绪趋于平稳。治疗 2 周后幻听基本消失,被控制妄想程度削弱,但被害妄想改善不明显,认为某同室病友被邻居收买专门监视他,二人曾有言语冲突。

改用利培酮长效注射剂,加强心理治疗,调换病友房间。患者病情趋于稳定。住院 6 周后幻听和被控制妄想消失,非血统妄想和被害妄想明显动摇。医生通知患者出院,但家属担心其没有痊愈而不愿意接其出院。

学习笔记

[**问题 1**] 患者拒绝治疗,是否应当在约束下进行治疗?

思路:约束和隔离应当严格遵循《精神卫生法》的相关规定。患者拒绝治疗的后果如果是“将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序的行为”,可以进行约束和隔离,但前提是“没有其他可替代措施”,也就是说,在实施约束和隔离前应尽量尝试其他措施以避免之。具体到本例,患者在开始时拒绝治疗,并有摔门、砸墙等行为,但这是短暂的情绪反应,通过劝说可以缓解,并且在进一步劝说下接受治疗,因此避免了不必要的约束。

过分使用约束和隔离是一种简单粗暴的工作方法,不仅容易造成患者的心灵创伤,加深社会对精神科的误解,而且增加患者以及医护人员躯体损伤的风险,并且可能引发医疗纠纷和法律诉讼。

[**问题 2**] 如何处理家属不接患者出院的情况?

思路:应以《精神卫生法》的相关规定为依据进行处理。该患者属于因危害他人安全而予以非自愿住院治疗的,是否可以出院应由医疗机构进行评估后作出决定,并将决定及时通知患者和监护人。如患者和监护人有不同意见,应进行耐心沟通,努力争取与患者和家属达成共识。在沟通中首先要了解家属不接出院的真实心理,根据具体情况采取有效的沟通策略。

知识点

非自愿住院治疗患者的出院

1. 因伤害自身而予以非自愿住院治疗的患者,监护人可以随时要求让其出院,医疗机构应当同意。如医疗机构认为患者不宜出院的,应当告知不宜出院的理由;患者或者其监

护人仍要求出院的，医师应当在病历资料中详细记录告知的过程，同时提出出院后的医学建议，患者或者其监护人应当签字确认。

2. 因危害他人安全而实施非自愿住院治疗的患者，医疗机构应当根据患者病情定期组织检查评估，评估结果表明患者不需要继续住院治疗的，应当立即通知患者及其监护人。

3.《精神卫生法》第四十五条规定："精神障碍患者出院，本人没有能力办理出院手续的，监护人应当为其办理出院手续。"

病历摘要(六)

经了解，家属不愿意接患者出院的主要原因是认为他针对邻居的被害妄想和针对父母的非血统妄想没有完全消除，担心出院后再次出现暴力行为。医生就有关情况与患者和家属沟通，达成基本共识：患者转入自愿住院治疗，住开放病房继续治疗和观察。此期间患者可以请假回家，逐渐适应环境，促进症状的进一步缓解和自知力的恢复。患者继续在开放病房住院 2 周，期间请假回家两次，没有感到邻居的迫害。辅以认知治疗，患者的自知力基本恢复，家属同意接出院。

【总结】

1. 在理解的基础上执行法律规定的非自愿住院治疗的标准和程序。

2. 治疗方案要综合考虑患者的具体情况，遵循治疗指南和临床技术标准，在规范的前提下充分体现个体化原则。

3. 以患者为中心，充分尊重患者，建立良好的医患关系，提高治疗依从性。

4. 慎重使用约束和隔离，只有在没有其他可替代措施时才使用，并且要遵循法律标准和临床技术操作规程。

（唐宏宇　刘铁榜）

学习笔记

参考文献

1. 于欣 . 精神科住院医师培训手册——理念与思路 . 北京：北京大学医学出版社，2011.
2. 沈渔邨 . 精神病学 . 第 5 版 . 北京：人民卫生出版社，2009.
3. 郝伟，于欣 . 精神病学 . 第 7 版 . 北京：人民卫生出版社，2013.
4. 许又新 . 精神病理学 . 第 2 版 . 北京：北京大学医学出版社，2011.
5. 世界卫生组织 . ICD-10 精神与行为障碍分类 . 范肖冬，汪向东，于欣，等译 . 北京：人民卫生出版社，1994.

第二章 精神分裂症

【学习要求】

1. 掌握精神分裂症的临床表现、诊断标准、药物治疗原则和方法，主要的鉴别诊断要点。

2. 巩固症状学知识，培养资料收集和分析能力、临床思维和沟通能力、制订规范化治疗方案的能力。

3. 熟悉遵循伦理和法律的临床决策与风险评估的基本内容和方法。

4. 熟悉阳性与阴性症状评定量表（PANSS）、治疗副反应量表（treatment emergent symptom scale，TESS）、临床疗效总评量表（clinical global impression，CGI）等常用量表的临床应用。

5. 了解精神分裂症患者的康复措施与社区管理过程。

【核心知识】

精神分裂症（schizophrenia）是症状表现、病程及预后的变异性都很大的一组精神病性障碍（psychotic disorder）。常有认知、情感、意志和行为等多方面的异常表现以及不同程度的整体精神功能损害。初次发病年龄多在15~35岁，慢性、隐袭起病者多见，也有急性起病并伴有严重行为紊乱者。通常意识清晰，可有认知功能损害，但基本智能尚好（可合并精神发育迟滞）。

本病常导致正常人保持个体性、唯一性和自我定向体验的基本功能受到损害。患者常有个人化的原发体验，如感到深层思维、情感和行为被他人洞悉、共享、影响，由此可产生解释性妄想。患者可能将自己作为一切事件的核心，或者感到日常处境中的人或事具有专门针对自己的特殊意义。幻觉（尤其是听幻觉）很常见，有些具有诊断特异性。患者典型的思维特点是将正常精神活动中受到抑制的某个整体概念的不重要或者与处境无关的特性放到首要位置，表现出思维模糊、省略及隐晦，频繁出现思潮断裂和无关插入语，使得正常人与之交流时感到费力、难以理解、不知所云。患者的心境常是肤浅、反复无常或不协调的，矛盾意向和意志障碍可表现为惰性、违拗或木僵。可存在紧张症。可有幼稚、愚蠢、怪异、攻击和暴力行为。20%的患者有自杀企图，5%~6%的患者最终死于自杀。

由于缺乏客观指标，目前诊断仍停留在症状学层面，其信度和效度并未完全解决。本病的基础处理是对症治疗，即使用抗精神病药物控制精神症状。一些药物治疗效果不佳和（或）有木僵、违拗、频繁自杀、攻击冲动的患者，可以单用或合用电抽搐治疗。难治性患者在经过仔细的临床评估后，可以通过增加药物剂量、换药、合并用药以及等待观察等方案来处理。以循证医学证据为导向的治疗指南是临床上决定治疗方案的重要参考。当前，对症治疗的目标已经逐渐被功能恢复的目标所取代，心理-社会干预和全面康复伴随药物治疗贯穿治疗全过程，有助于获得比以前更为良好的整体预后。

学习笔记

【临床病例】

病例一

病历摘要(一)

女,49岁,大学文化,已婚,公务员。因缓起孤僻、发呆、自语自笑、行为异常半年,加重3个月,由丈夫等家属陪同入院。

半年来,患者无明显原因逐渐变得孤僻,很少出门,下班回家不做家务,常独坐发呆又否认有心事。睡眠差。近3个月更为异常,长时间发呆,有时突然冒出一句:"看你们究竟要怎样?"或者对丈夫说:"出门要小心!你最近有没有听到关于我的传言?"1个月前患者拒绝上班,经常自言自语,有时大笑或者对空骂人。近1周来,患者睡前将菜刀放在枕边说要"自卫"。近2天通宵不眠,情绪激动,频繁自语、冷笑、对空谩骂,拒绝进食,说食物里有异味。经家人反复劝说才勉强来诊。病中无头痛、发热、抽搐史。

既往体健。半年前体检发现总胆固醇(total cholesterol,TC)偏高(5.6mmol/L),余无异常。行2,有姊妹3人,幼年生长发育无异常。22岁大学毕业。病前性格好强、敏感、多疑,人际关系尚好,工作能力强。27岁结婚,育有1子(在读大三)。近半年来月经紊乱,但未绝经。无烟、酒及违禁药品使用史。家族史阴性。

[**问题1**]据以上资料,患者可能存在哪些症状?

思路:应高度怀疑存在言语性幻听、关系妄想、被害妄想。

幻觉和妄想是精神科最常见的症状。有幻听的患者常有自语自笑、倾听状、发呆、对空谩骂等表现。有妄想的患者常有相应的情绪与行为改变,如被害妄想者可以表现出警觉性高、紧闭门窗、闭门不出、拒绝饮食、发怒、攻击等;嫉妒妄想者会对配偶纠缠不休地询问、检查、跟踪等。

不能浅尝辄止地根据患者和家属的简单描述就确定症状的存在,应当深入澄清具体现象的内容、频度与强度、持续时间、当时情景、患者的看法和反应等,最好能举例描述,以确定症状的性质及其特异性。还要注意澄清各种表现之间的关系(如原发和继发的关系),思考是否构成临床综合征等。

知识点

根据病史初步判断疾病特征

不同种类的精神障碍可能有某些相同表现,同一种精神障碍也可能有不同表现,这种特点在精神分裂症患者中表现尤为突出。但是,任何疾病都有相对特异性的症状和体征,医生从最初采集病史时就应注意发现和甄别。

多数病史提供者将患者最外显的言行异常作为患者有病的证据,有时不免忽略重要但不引人注目的细节;有的家属则过分强调自己对病因的猜测,忽略患者的具体表现。医师在接诊时应以患者及其家属讲述的主要外在表现为基础线索,进行全面而深入的问诊和分析,确定症状的性质特征,弄清症状产生的前因后果,形成对疾病特征的初步判断。

[**问题2**]目前考虑哪些假设诊断?为什么?

高度怀疑患者存在"幻觉-妄想状态",此为"精神病性症状",因此判断患者属于"精神病性障碍"而非"神经症性障碍"。在疾病分类学诊断中,器质性精神病、精神活性物质所致精神障碍、精神分裂症及妄想性障碍、双相障碍、抑郁障碍等均可能出现精神病性症状,因此均应列入最初的假设诊断。

学习笔记

思路 1：本例患者起病年龄较晚，从临床思路上应首先排除器质性精神障碍。同时依据诊断之“马和斑马”原则（首先考虑多发病和常见病），精神分裂症在重点考虑之列。由于目前资料不能确认当前“幻觉 - 妄想状态”是否有诊断特异性，因此还要考虑其他诊断的可能性。

思路 2：假设诊断为鉴别诊断提供了一个基本的思路框架。鉴别诊断是一个逐渐排除假设诊断的过程，无法排除的假设诊断才有可能是最终诊断。

知识点

几种临床思维方法

1. 顺向思维：以患者的特异或典型的表现、体征及实验室检查为依据，直接作出诊断。

2. 逆向思维：根据患者的病史及检查结果的某些特点，初步判断出诊断范围（即建立多个假设诊断），然后根据进一步检查和分析，排除其中的大部分，筛选出最可能的诊断。

3. 肯定之否定：对某些疑似诊断假设其肯定，以此来解释全部病史和体征，如果发现不能以该诊断来解释全部临床表现，则诊断不成立。

以上思维方法在精神科诊断分析的 S-S-D 思路中经常综合、交替地使用。

［**问题 3**］如果要确定诊断，还需要从哪些方面重点收集资料？

还需要补充询问病史，进行全面的躯体和神经系统检查、精神状况检查、常规的以及必要的实验室检查和物理检查。精神状况检查是重中之重。

思路 1：全面、深入的精神状况检查是建立精神障碍诊断的基础。这需要多年的历练和经验总结才能达到纯熟。低年资住院医师要学会抓住两个重点：一是直接从病史提供的异常表现入手，锻炼“深入检查”的能力。要仔细澄清异常表现的性质、频度、强度、持续时间、可能的原因、患者的看法和反应等。二是从日常生活状态入手，锻炼“全面检查”的能力，探索患者在睡眠、饮食、工作、学习、生活和社会功能方面的问题，勾画患者病前和病后的整体精神状态，比较其变化，分析其问题，再逐步深入到患者的内心世界。

本例患者高度怀疑存在幻觉 - 妄想状态，因此要注意澄清幻觉、妄想的内容和表现形式，以及有无诱发因素、症状出现的先后顺序（原发与继发）、出现的频度、持续的时间、患者对症状的态度等，以判断这些症状是否相伴出现、是否构成某些特殊的综合征等。还要注意询问患者为何睡不着觉，为何发脾气、骂人，睡前为何要放一把刀在枕边等（在此要评估患者的暴力、自伤自杀风险）。

知识点

精神分裂症的特异性症状

对于精神分裂症的诊断而言，只有相对特异尚无绝对特异性的症状。即使是 Bluler 的“4A”症状或 Schneider 的首级症状，也可见于其他精神障碍。

精神症状很少单独出现，某些症状或症状群的同时或相伴出现就构成了临床症状群。如幻觉和妄想经常同时出现（可以是原发和继发的关系，也可以没有紧密联系），并可能伴随其他症状，构成具有较高诊断特异性的综合征（如康金斯基综合征等）。资料收集时要有“构筑综合征”的思路，因为综合征的诊断意义常比单个症状要大。

对患者的行为进行追踪评论的幻听、彼此对患者加以讨论的幻听，或来源于身体某一部位的其他类型的幻听、思维鸣响、被动体验和被控制妄想、荒谬离奇的原发性妄想和妄想知觉等症状，对诊断精神分裂症具有较高的特异性。

思路 2：纵向了解整体的人。横断面的精神状况检查是了解目前患者疾病状况的基础，纵向

学习笔记

了解患者的既往情况是建立正确诊断的重要补充。从整体的“人”的概念来分析患者的情况，对确立诊断和制订治疗方案都有重要意义。因此需要仔细了解既往史、个人史、家族史、婚姻生育史、月经史等资料。

思路 3：躯体和神经系统检查以及常规的和有针对性的辅助检查（包括实验室检查、物理检查、量表评定等）是鉴别诊断和制订治疗方案的重要依据，也是监测药物不良反应、调整治疗方案所必需的信息。

病历摘要（二）

体格检查：T 36.3℃，P 80 次 / 分，R 20 次 / 分，BP 120/80mmHg。

躯体及神经系统检查：未见明显异常。

精神检查：患者由多人陪送步行入院，年貌相称，衣着欠整。意识清晰，定向力完整。被动接触，目光警惕。经医生耐心解释和安慰，患者表示愿意和医师交流。自诉半年前开始发现同事的眼神、动作在“议论”自己，不久就发展成散布谣言说她卖弄风骚勾引领导，还用监视器跟踪她，窃听她的手机通话。自己在路上也经常看到不三不四的人三五成群地谈论她，电视、报纸、网络上都有影射她的文章。近 1 个月来，她经常听到耳边有声音议论她，多是难听和威胁的话，但又看不到人。声音有时清晰有时模糊，多是一些不熟悉的人，有男有女，白天晚上都出现。还有声音说要将她丈夫和孩子一起“做了（杀了）”，有时一说就是几个小时，搞得她非常难受，就和他们对骂。说到此处，患者号啕大哭，说“自己没有做过坏事，为什么要这样对我！”医师问她为何这两天不吃饭，她回答说不敢吃，闻到饭里气味不对，如今科技这么发达，不知道他们又使了什么办法想害她。问其为何睡前在枕头边放菜刀，患者冷笑着说：“我还不想死，实在逼急了就和他们同归于尽！”问其采取过什么防范措施比如报警等，患者说害怕报警不能解决问题，反而危险更大，因为公安局里也有他们的人。患者因感到被害而心情不好，紧张害怕。

患者不承认有精神方面的疾病，但承认因为害怕和担心而睡眠很不好，同意服用药物帮助睡眠。患者自诉本来不想住院，听说医院很安全，24 小时都有医师、护士值班保护，所以同意到医院“躲一躲”。

实验室资料及辅助检查：PANSS 量表评定总分 97 分（阳性量表分 34 分，阴性量表分 12 分，一般精神病理量表分 51 分）。其他实验室资料暂缺。

[**问题 1**] 根据目前资料，最可能的诊断是什么？

初步诊断：精神分裂症（偏执型、晚发型）。

思路 1：首先确立症状学诊断为“幻觉 - 妄想状态”。具有对诊断精神分裂症特异性较高的评论性幻听，妄想内容具有荒谬和不可能的性质（电视、报纸、网络上都有影射她的文章），心情不好、激越、哭泣、失眠等均系继发症状。患者意识清晰，智能正常，既往体健，病史中未有发热、头痛、抽搐等表现，首次发病年龄 49 岁，故考虑晚发型精神分裂症的诊断。

知识点

晚发型精神分裂症

90% 的精神分裂症起病于 15~55 岁之间，高峰年龄段男性为 10~25 岁，女性为 25~35 岁。与男性不同的是，约 3%~10% 的女性患者起病于 40 岁以后。

40 岁以后首次发病者一般称为“晚发型精神分裂症”（late onset schizophrenia），60 岁以后起病者称为晚期妄想痴呆（Roth，1955）或极晚发分裂症样精神病。

学习笔记

晚发型精神分裂症女性多于男性，临床表现以妄想为主，幻觉常见，以听幻觉为主，精神衰退和思维紊乱（瓦解症状）常不突出，较少出现情感淡漠，预后相对较好。

有研究发现，晚发型精神分裂症患者比早发型患者的遗传学负荷较轻，较多偏执型人格和分裂型人格特征，较多脑器质性改变及感觉缺陷。

思路 2：首次起病年龄偏大，应重点排除器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍，并与妄想性障碍、伴有精神病性症状的心境障碍进行鉴别。本例患者的病史资料表明她既往体健，没有物质滥用史；妄想逐渐发展为泛化、趋于荒谬，幻听较为突出；无长期的病理性优势情感（抑郁、躁狂），情感症状继发于幻觉和妄想，因此以上几类疾病不作优先考虑，必要时做脑影像学检查如脑 MRI，重点排除脑器质性精神障碍。

知识点

精神分裂症的主要鉴别诊断

1. 脑器质性及躯体疾病所致精神障碍：理论上讲，凡能引起大脑功能异常的疾病均可能出现精神症状，尤其当颞叶和中脑受到损伤时。鉴别要点：①躯体疾病与精神症状的出现在时间上密切相关，病情的消长常与原发疾病相平行。②症状多在意识障碍的背景上出现，幻觉常以幻视为主，症状可有昼轻夜重，较少有精神分裂症的“特征性”症状。某些患者由于病变的部位不同，还会有相应的症状表现。③体格检查和实验室检查常可找到相关的证据。

2. 精神活性物质所致精神障碍：鉴别要点是确定的用药史，精神症状与药物使用在时间上的密切关系，用药前患者精神状况正常，症状表现符合不同种类药物所致（如有意识障碍、幻视等）精神障碍的特点。

3. 妄想性障碍：病前常有性格缺陷（如偏执性人格），幻觉少见并且不突出，妄想结构通常系统、严密，内容有一定现实基础且相对固定，思维有条理和逻辑；行为和情感反应与妄想一致，一般无人格衰退。

4. 心境障碍：严重抑郁可出现精神运动性迟滞，达到木僵程度，需与紧张性木僵鉴别。严重抑郁可出现与心境低落有关的自罪妄想、被害妄想、幻听等精神病性症状，严重躁狂（谵妄性躁狂）患者可出现夸大妄想、行为紊乱等症状，需综合考虑患者的情绪背景、症状出现和缓解的先后、精神病性症状持续的时间、治疗反应、病程特点等因素作出判断。

[**问题 2**] 基本完成资料收集后，在作出临床治疗决策前需要进行哪些总体评估与考虑？

思路 1：与诊断有关的评估。

知识点

与确立诊断有关的综合评估

包括：①评估发病的原因或诱因；②澄清病史资料，应尽量向熟悉患者的不同知情人核实；③完整的体格检查和精神检查；④确定共患的精神、躯体疾病，如物质使用、感染性疾病（梅毒、HIV）等；⑤常规实验室检查及必要的脑影像学检查（首发或症状表现不典型患者）等。

思路 2：与治疗有关的评估。合理的治疗选择应建立在诊断正确、对个体的总体状况有充分了解的基础之上。

学习笔记

知识点

与治疗有关的综合评估

1. 与患者及其照料者制订、经营好治疗联盟。这样有利于提高治疗依从性，改善长期预后。

2. 分析与预后有关的优势与劣势（包括支持网络和经济状况等），改善不利于预后但是可以进行干预的因素。

3. 评估总体躯体健康状况，同时治疗共患的躯体疾病。

4. 治疗前评估可能受到抗精神病药物影响的某些基础数据：包括生命体征；体重、身高、体重指数（body mass index，BMI）、腰围；锥体外系反应（extrapyramidal symptom，EPS）；迟发性运动障碍（tardive dyskinesia，TD）；认知状况；糖尿病危险因素；血催乳素水平；血脂；心电图；血清钾、镁浓度；视觉检查，筛查视力变化；怀孕和性传播疾病（sexually transmitted disease，STD）等。

思路3：风险评估。风险评估是治疗干预决策中的重要一环，仔细的评估可以防止或减轻患者由于疾病所导致的继发性伤害，减少医患纠纷。精神科临床风险种类主要有：①人身安全风险：暴力攻击、自杀自伤、逃跑走失、受到他人伤害等；②合并躯体疾病风险；③医疗措施风险：保护性约束中的伤害、治疗措施风险（治疗方案的规范与程序、药物不良反应、物理治疗和心理治疗风险）、治疗结局风险（无效或恶化）；④经济风险：拖欠费用、费用过高不能坚持治疗；⑤关系风险：关系逾越风险、沟通风险；⑥其他风险：法律和伦理方面的风险。

推荐使用结构式临床判断法进行风险评估（详见第一章）。对高风险患者应及时采取相应措施并告知监护人。

[**问题3**] 如何决定治疗方式？

本例患者尽管由家属送诊，但在与医生沟通后接受住院建议，也属于自愿住院。患者没有明确的危险行为，但存在潜在危险，如精神症状导致的攻击冲动行为或者自伤行为（晚上在枕头边放刀），因此属于“有条件的自愿住院”，要设置较为严格的风险防范措施，做好随时转入非自愿住院治疗的知情同意。

思路1：如果门诊患者存在以下情况，医生应建议其住院治疗：①有伤害自身或危害他人安全的行为或者危险的；②生活不能自理者；③需要持续监护者；④门诊治疗不安全或无效者。

思路2：自愿住院是基本原则。患者符合《精神卫生法》非自愿住院治疗标准的，则应按照法律执行，并做好充分的知情同意。

思路3：对于不符合非自愿住院治疗的法律标准，但又不承认有病的精神分裂症患者，劝说接受治疗是精神科医生必须重点培训的沟通能力。应善于利用患者能够接受的观点，劝说其接受住院或者门诊治疗。

知识点

提高治疗依从性的注意事项

1. 建立长期药物维持治疗的理念。从一开始就要与患者和家属沟通，达成长期治疗是病情稳定的基础这一基本共识。

2. 最大限度地避免药物不良反应的发生。

3. 把药物治疗作为日常生活和社区保健的常规事务，使之习惯化。

4. 持续不断地进行依从性治疗训练。包括共同回顾病史以讨论持续治疗的重要性；

学习笔记

改善患者对患病和治疗的态度；进行精神卫生知识宣教（尤其是精神症状的基本知识）；深入了解患者对治疗抵触的原因，有的放矢地进行解释和教育；尊重患者对治疗的感受，适时调整治疗方案，尽可能减轻不良反应；利用典型案例和团体康复策略。

病历摘要（三）

入院当日给予利培酮 1mg、阿普唑仑 0.8mg，晚上口服。同时完善常规实验室检查。患者睡眠改善，次日晨起未诉不适。1 周内逐渐将利培酮加量至 4mg/d。期间各项辅助检查结果回报：血尿便三大常规、肝肾功能、ECG、血糖、血 PRL 水平均正常。血脂偏高（总胆固醇 5.7mmol/L）；脑 MRI 检查正常。主治医师和主任查房均诊断为“精神分裂症”，指示在系统药物治疗的同时逐步加强心理 - 社会干预。

［**问题**］对于确诊的精神分裂症患者，如何制订合理的治疗计划？

思路 1：首先要有总体考虑。精神分裂症多为慢性病程，需要长期、综合、个体化的治疗计划，即目前倡导的全病程治疗。合理的药物治疗是基础，恰当的心理 - 社会干预措施对提高总体预后有重要作用。

知识点

制订精神分裂症综合干预计划需要考虑的问题

1. 制订和执行治疗计划：①制定符合实际的治疗目标；②选择合适的药物和心理 - 社会干预措施；③使用量表如 PANSS、BPRS、CGI 等评估疗效；④确保执行治疗计划，并根据患者的具体情况适时调整治疗计划。

2. 形成治疗联盟，促进治疗依从：①将患者的个人目标与治疗结局联系起来，使患者理解科学治疗是良好结局的基础，而良好结局又是实现个人目标的基础；②减少或消除不利于治疗依从的因素，如药物不良反应、缺乏自知力、患者对药物治疗风险与利益的感知与理解、认知和记忆损害、治疗联盟、花费、交通、文化信念、社会支持等。

3. 为患者和家庭提供健康教育：①疾病的性质；②复发表现；③应对策略等。

4. 治疗共病：包括焦虑抑郁、物质滥用、躯体疾病等。

5. 确保不同服务之间的协调，整合多学科服务。

6. 做好全程治疗记录（要保管好记录）。

思路 2：不同治疗阶段的考虑。不论首发还是多次复发的精神分裂症患者，治疗阶段均包括急性期治疗、巩固期治疗和维持期治疗。各治疗时期的治疗目标和治疗方法有所侧重。本例患者处于首次发病急性期，首先需要按照急性期的处理原则来执行。患者为49岁的女性首发患者，阳性症状为主，无明显兴奋、激越，基本配合治疗，药物可能引起的月经紊乱及闭经对其生活和生育影响不大，故首先选择性价比较高、抗胆碱能不良反应少、疗效不错的利培酮口服治疗。

知识点

精神分裂症患者急性期治疗目标和某些重要考虑

1. 治疗期的治疗目标

（1）选择合适的方法，尽快缓解主要症状，争取临床缓解。

（2）为恢复社会功能、回归社会做准备。

（3）预防自杀自伤、攻击暴力、外逃、毁物、受到他人伤害等继发性不良后果的发生。

学习笔记

(4) 将药物不良反应降到最低,防止严重不良反应的发生,提高长期治疗的依从性。

2. 急性期治疗的一些重要考虑

(1) 选择对患者最少应激的环境,降低环境应激因素。

(2) 讲解疾病的性质和处理方式。研究发现,即使是处于急性发作期的患者,医师合理的讲解也能被患者不同程度地接受和理解。

(3) 与家属沟通,讲解疾病的性质,告知可能涉及的治疗方法;了解家属对疾病的理解与期待,纠正某些不正确的认知;对家属提供合理的建议和心理支持。

(4) 尽快启动抗精神病药物治疗。药物治疗前,尽量与患者及家属讨论药物治疗的风险与效益,尽可能取得患者同意,尽量减少药物的不良反应,尽快滴定到可以耐受的目标治疗剂量。药物的选择一般需要基于以下情况来综合考虑:①症状特征和严重程度;②以往治疗的症状改善程度;③以往的不良反应情况;④服药的便利性;⑤药物的不良反应特征;⑥患者的偏好;⑦便于使用的剂型;⑧可以接受的价格。

病历摘要(四)

利培酮 4mg/d 合并阿普唑仑 0.8mg qn,口服治疗 3 周,患者睡眠明显改善,每晚能安静入睡 5~6 小时。耳边议论的声音次数减少且逐渐模糊不清(入院前每天几乎持续出现,现在一天出现 1~2 次,每次 10~20 分钟),虽然仍感烦恼和奇怪,但情绪稳定。认为住院环境是安全的,但仍然认为家里和单位存在危险,不认为自己的症状是精神病的表现。生命体征正常、饮食及大小便正常,未见其他明显药物不良反应。当前 PANSS 评定:总分 51 分(阳性量表分 17 分,阴性量表分 10 分,一般精神病理量表分 24 分)。

[**问题**] 针对患者目前情况,如何考虑下一步处理措施?

患者治疗 3 周后病情好转,治疗反应较好,无明显药物不良反应,故应维持原治疗方案,继续观察。

思路 1:疗效满意、不良反应最少是抗精神病药物个体化治疗的基本要求。相对于复发患者来说,首发患者的药物剂量可以取治疗剂量的低值,目前患者已有较好的治疗反应,但观察期只有 3 周,故维持此方案进一步观察。

知识点

抗精神病药物治疗的总体处方原则

1. 尽可能使用所选药物的最低有效剂量。如要加量,至少要观察两周以上,评估效果不佳后进行。

2. 除某些例外情况(如氯氮平的增效治疗),多数患者应单一用药,必要时合并情绪稳定剂和镇静催眠药物。

3. 长效制剂首次用药后血药浓度在 6~12 周内仍在上升,所以在此期间增加剂量不合适。

4. 多种抗精神病药物联合使用增加 Q-T 间期延长和突发心搏骤停的风险。

5. 对单药治疗(包括氯氮平)不佳的患者,需要对联合治疗所针对的靶症状和不良反应做仔细的评估和记录,如 6~10 周的联合治疗无效,应恢复单药治疗或换药。

6. 不应将抗精神病药物当作临时镇静剂使用,需要时推荐短程使用苯二氮䓬(benzodiazepine,BDZ)类。

7. 应使用标准化量表评估患者对药物的治疗反应并予以记录。

8. 用药期间监测躯体症状及生理指标(血压、心率、ECG、血常规、LFT、血糖、血脂)。

学习笔记

思路 2：如果初次发病患者经治疗剂量的药物治疗 3 周无效或症状改善非常有限（PANSS 量表减分率低于 20%），最新观点认为应及早加量或换药。

知识点

抗精神病药的起效速度

以往认为抗精神病药多延迟起效（2~4 周），此观点有两层含义：其一是在治疗上需要等待适当的时间（多数治疗指南推荐 4~6 周）才能换药；其二是抗精神病药物的早期作用是非特异性的（如镇静），和抗精神病相关甚少。此观点目前受到质疑。Agid 等（2003）认为，抗精神病药物的抗精神病效应在第 1 周就明显起效，不只是对激越和敌意的非特异性效应。

早期起效的三个临床含义：①强调一种药物在患者治疗初期起效的重要性，有利于在治疗初期仔细观察患者的变化；②鼓励医师利用定式问卷评估患者疗效；③有利于医师较早作出是否换药的决定：对于治疗前 2~3 周无效或几乎无效者，可以考虑增量或换药，因为不少研究发现，如果治疗前 2 周症状减分率低于 20%，提示此药对患者疗效不佳。

病历摘要（五）

原方案继续治疗 2 周，配合自知力恢复训练，患者仍有间断的评议性幻听，频度与持续时间变化不大，但认识到是幻觉。患者感到肢体运动不如以前灵活，走路时有点迈不开腿，讲话舌头不灵活，睡眠较多。PANSS 量表评定总分 49 分（阳性量表分 16 分，阴性量表分 11 分，一般精神病理量表分 22 分）。

［问题］针对目前情况，你会如何处理？

思路 1：有效治疗剂量范围内共治疗 5 周，虽然有效但症状没有完全消失，此时应该考虑适当增加药物剂量。

知识点

处理抗精神病药物反应不佳时的建议

1. 症状控制不佳时通常有四种选择：增加剂量、换药、合用其他药物、继续观察等待。应在仔细进行临床评估的基础上作出具体选择。

2. 首先需要评估的因素包括：服药依从性；是否为快速药物代谢者；是否为药物吸收不良者；测量血药浓度。如血药浓度适当、疗程足够而治疗反应不佳，可考虑加量或换药。

3. 对两种以上药物相继治疗疗效不佳者，建议选用氯氮平。

4. 对氯氮平治疗仍然不佳者，可以考虑合并用药或其他增效治疗措施。

思路 2：患者出现肢体运动不如以前灵活，走路有点迈不开腿，讲话觉得舌头不灵活等，提示有轻度锥体外系反应（EPS），可以加用盐酸苯海索。患者睡眠多，目前没有明显焦虑、激越和静坐不能等症状，可以逐步减停阿普唑仑。

知识点

抗精神病药物所致 EPS 的处理

1. 类帕金森病：①盐酸苯海索 2~12mg/d 或异丙嗪 25~75mg/d；②减少药量（如病情许可）；③换药（上述处理无效或患者不能耐受时）。

学习笔记

2. 静坐不能：① β- 受体阻断剂如普奈洛尔 10~60mg/d，症状缓解即减、停，不宜长期使用；②尝试使用抗焦虑药物如苯二氮䓬类，有效则可能是药源性的焦虑、激越；③适当减少药物剂量（如病情允许）；④换药（上述处理无效或患者不能耐受时）。

3. 急性肌张力障碍：即刻肌内注射东莨菪碱 0.3mg，同时加用常规剂量的盐酸苯海索。

4. 迟发性运动障碍（TD）：一般发生在长期、大量用药之后，可以表现多种形式的躯体不自主运动，典型表现为口 - 舌 - 颊三联症，严重者表现为躯体向一侧强直弯曲或一侧肩后旋倾斜等。处理：①重在早期识别评估；②停用抗胆碱能药物；③异丙嗪 50~150mg/d，口服或静脉滴注，严重者临时用小剂量氟哌啶醇；④逐渐减、停原来药物，换用致 EPS 少的药物，如氯氮平、奥氮平等。

病历摘要（六）

增加利培酮剂量至 5mg/d，盐酸苯海索 2mg/d，治疗 1 周后幻听明显减少，继续治疗 1 周后幻听消失且未再出现，自知力基本恢复。患者情感反应协调，无不适主诉。肝肾功能、血常规、心电图复查正常。家属和患者均要求出院，医师评估后同意出院，并嘱咐出院后的注意事项。出院前 PANSS 量表评定总分 39 分（阳性量表分 7 分，阴性量表分 10 分，一般精神病理量表分 21 分）。

[**问题 1**] 就患者目前的情况，下一步该如何处理？

思路：此患者在住院的急性期治疗中获得了满意的疗效，下一步进入巩固治疗期，巩固治疗期一般 3~6 个月，此期间药物治疗剂量原则上不减量，除非出现明显的药物不良反应和某些特殊情况。如患者在巩固治疗期间病情一直稳定，则可以进入维持治疗期。

知识点

精神分裂症巩固期治疗

1. 治疗目标：预防症状复燃；促进回归社会。

2. 措施：①监测药物疗效和治疗剂量持续 6 个月；②评估不良反应，一般不主张减少治疗药物剂量，必要时调整药物来减少不良反应；③控制精神分裂症后抑郁或强迫症状，预防自杀；④控制和预防长期药物不良反应，如 EPS、TD、溢乳、体重增加、糖脂代谢障碍、肝肾功能及心电图变化等；⑤给予持续的心理干预；⑥对患者和家庭进行健康教育，包括解释疾病的病程和预后特征、说明依从治疗的重要性、为患者制定现实的目标等；⑦联络好医院 - 社区服务系统，使患者能在社区中获得持续服务。

[**问题 2**] 为何要向患者及家属解释精神症状？

思路：精神分裂症患者在其疾病早期会对自身的症状感到迷茫、奇怪、将信将疑或采取相应的应对措施（如询问别人是否有相同体验、用纸塞耳朵、不外出等），随着病情的发展，患者会对病态表现变得坚信。多数患者的症状经合适的药物治疗后会逐步减轻直到消失，但他们仍会对精神症状的产生表示不解。此时对患者进行科学并且浅显易懂的解释，对增加患者服药的依从性、正确应对疾病有很大帮助。

[**问题 3**] 出院时应重点告知患者及家属哪些注意事项？

思路：急性期的治疗只是全病程治疗的开始，康复过程还有很长的路要走，需要患者、家属、专业人员及社会各界的共同努力。

知识点

精神分裂症患者出院医嘱的重点

1. 坚持按医嘱服药：不要自行增、减药量，药品最好由专人管理。

2. 定期复查：病情稳定者1~3个月复查一次，不稳定的患者随时复诊且要增加复诊频度。

3. 定期检查：主要是可能因药物影响的躯体和实验室指标(比如服用氯氮平查血常规)。

4. 告知禁忌事项：如尽量不要使用精神活性物质，不要从事某些高危作业和职业(如驾车，高空、高温作业等)。

5. 照料者责任：督促患者自理生活，从事力所能及的工作，增加社交活动，促进社会功能恢复，注意疾病早期复发的迹象、常见药物副作用的表现及应对措施，避免过度保护或者忽视。

6. 保持联系通路：告知医院的紧急咨询电话、门诊联系电话等。

病历摘要(七)

患者出院半个月即恢复上班，能完成工作任务，个人生活自理。家人发现她不如以往注意仪表，很少参加社交活动。每月由丈夫陪同复查，维持利培酮5mg/d，盐酸苯海索2mg/d。各项常规化验检查结果正常(总胆固醇5.8mmol/L，与入院时差不多)。出院后5个月第5次复查时，患者丈夫反映患者近半个月来言语、活动明显减少，常自责，说对不住家人，得了精神病会影响孩子的前途。精神检查未发现有幻觉、妄想，但存在明显的心境低落、易疲劳、兴趣减少、不想做事、自责、早醒、醒后难入睡、对未来担忧、食欲差。承认有自杀念头，但觉得如果自杀会对不起丈夫、孩子及亲人。否认感到单位同事及周围人的偏见和歧视。

[**问题**] 针对患者目前的情况，你有何考虑?

思路1：患者出院后半年内有一些阴性症状(如不太注意仪容仪表、很少参加社交活动)，近半个月出现抑郁症状群，应考虑精神分裂症后抑郁的诊断。精神分裂症患者的抑郁、焦虑症状可能属于疾病的一部分，也可能是继发于疾病的影响、药物不良反应以及患者对精神病态的认识和担心。以阴性症状为主要表现者较少出现焦虑抑郁情绪，而焦虑抑郁情绪明显者提示发生自杀和物质滥用的可能性增加，需要特别注意。

知识点

ICD-10关于精神分裂症后抑郁的描述和诊断要点

这是一种发生在精神分裂性疾病的余波之中的抑郁发作，病程可迁延。仍存在某些精神分裂症的症状，但已不构成主要的临床相，分裂性症状既可是阳性症状，也可是阴性症状，但后者更常见。至于抑郁症状究竟是在原有的精神病性症状缓解后才显露出来(而不是新发生的抑郁)，还是构成精神分裂症的内在组成部分(而非对精神分裂症的心理反应)尚不明确，对诊断也不重要。抑郁症状极少达到满足重度抑郁发作的严重程度，而且很难确定哪些症状源于抑郁症，哪些症状源于抗精神病药物治疗或源于精神分裂症自身的意志损害和情感平淡。这种抑郁障碍伴有自杀危险性的增加。

诊断要点：只有同时满足下列条件，方能作出诊断：①过去12个月内患者曾患过符合精神分裂症一般性标准的分裂性疾病；②某些精神分裂症症状依然存在；③抑郁症状明显并困扰患者，至少符合抑郁发作的标准，且症状已存在至少2周。

如患者已不存在任何精神分裂症的症状，应诊断为抑郁发作。如果分裂性症状仍很鲜明和突出，应维持精神分裂症相应亚型的诊断。

学习笔记

思路2：针对患者目前的情况，临床医师应该对患者的抑郁程度、可能的自杀危险等进行评估，并给予合理的处理措施，如合并使用抗抑郁药、加强心理干预、告知家人注意监护等。

病历摘要（八）

调整治疗方案：利培酮4mg/d，盐酸苯海索2mg/d，舍曲林50mg/d，艾司唑仑1mg/d，同时给予支持性心理治疗和认知治疗，嘱家人注意看护，要求患者每1~2周随访一次，必要时随时就诊。2周后患者复诊，诉心情好转，饮食睡眠也有改善，一直坚持上班。交谈时有笑容，对医生表示感激，要医生和丈夫放心。对患有精神病仍存在心理负担。

[**问题1**] 针对患者目前情况，如何考虑下一步的处理？

思路1：患者的精神病性症状在急性治疗期消失，巩固治疗期间也未出现，患者在巩固治疗期间虽有抑郁症状出现，但经过调整治疗方案对症处理后症状已有改善，因此可以考虑进入维持治疗期，目前的药物治疗方案可以继续维持不变。精神分裂症后抑郁的抗抑郁药物治疗疗程究竟要多久，目前尚无统一规定，一般认为抑郁症状消失数月后可以考虑减、停药物。

知识点

维持治疗方案的要点

1. 维持期抗精神病药物治疗

（1）药物剂量：第一代药物为接近出现EPS时的剂量；第二代药物为不出现EPS时的剂量或治疗剂量。

（2）权衡减量与复发危险之间的关系并告知患者及照料者。

（3）鉴别激越症状与静坐不能，给予对症处理。

（4）评估阴性症状，给予对症处理：是否继发于帕金森综合征？是否为抑郁症状？是否为抗胆碱能药物和其他镇静剂所致？

2. 维持期的心理-社会治疗：根据患者的特点，选用不同的心理-社会治疗，增强应对躯体、心理应激能力。

3. 维持期的辅助药物治疗需注意药物之间的相互作用

（1）合用其他精神药物治疗应出于以下目的：①治疗共病状况（物质滥用、焦虑抑郁等）；②治疗攻击行为；③增加治疗效果（增效治疗）；④治疗副作用或不良反应。

（2）体重管理：除了控制饮食、多运动外，也可试用二甲双胍、托吡酯治疗。

（3）积极治疗共患的躯体疾病。

4. 继续监测和评估

（1）每次复诊评估EPS、异常的不随意运动。

（2）每3个月评估1次体重、BMI、腰围。有代谢综合征的高危个体以及服用奥氮平、氯氮平者，每月测一次甘油三酯；空腹血糖和糖化血红蛋白于服药后第3个月测一次，其后至少每年测一次，对服用高危药物者，测量次数要更频繁。

（3）每年评估1次电解质，肝、肾、甲状腺功能。

（4）有临床指征时应评估生命体征、血常规、心电图、催乳素等指标。

5. 维持期使用电抽搐治疗（electroconvulsive therapy，ECT）的目的：①患者对ECT治疗效果好；②药物维持治疗效果不佳或不能耐受的患者可以使用ECT维持治疗。

6. 与最可能观察到患者症状复发的人员保持联系，结成治疗联盟，提高治疗依从性。

7. 鼓励患者参与、利用自助治疗机构（组织）。

思路2：维持治疗期的主要目的是：预防疾病复发和恶化，恢复社会功能，实现患者的全面康

学习笔记

复。在此期间，除药物治疗、临床评估外，还有大量的心理 - 社会康复工作需要完成。本患者目前对患精神病仍有心理负担，需要进行支持性心理治疗。应根据患者的具体情况选择适当的心理 - 社会干预措施，这些措施包括：家庭干预、支持性就业、积极的社区治疗（assertive community treatment，ACT）、社交技能训练、认知行为治疗（cognitive behavioral therapy，CBT）、体重管理、认知校正（cognitive remediation）、同伴支持和同伴提供服务（peer support and peer-delivered services）、综合性的心理 - 社会干预（combined psycho-social interventions）。

思路 3：我国大多数重性精神病患者和家人同住，大量的照料工作由家属完成。不良的家庭气氛和不健全的家庭结构不仅会影响个体正常的发育与个性的发展，还会影响已患疾病的预后甚至导致复发。本例患者属于预后良好的个案，家庭气氛和睦，患者服药依从性较好，只是对疾病有一些消极的认识和社交退缩，因此需要进行适当的心理支持治疗和认知治疗，配合社交技能训练。然而，对于预后不佳的精神分裂症患者，家庭照料是一个非常需要技巧的工作。

知识点

家庭照料者的责任和监护内容

1. 密切观察和记录病情，定期带患者随诊复查。
2. 督促患者按时按量服药，说服和劝导维持服药。
3. 解决具体困难；指导或督促患者的日常生活。
4. 熟悉复发预警症状，定期为专业人员提供病情动态。
5. 防止意外事件：当出现肇事行为时，有义务对其采取强制性保护措施；陪同送医院诊治，承担相应费用。
6. 向社会呼吁，改变对精神病患者的歧视与偏见。
7. 负责患者的人身安全、基本权利的获得及财产保管。
8. 做好患者的心理疏导工作。

学习笔记

［问题 2］如何消除或减轻患者对精神疾病的顾虑？

思路：精神疾病的病耻感（stigma）是一个世界性的问题，社会对精神疾病的偏见和歧视是导致患者讳疾忌医、阻碍患者康复与社会整合的重要因素。病耻感的产生来源于疾病本身的特殊性、社会各界的误解以及患者本人的自我感受增强等方面，减轻病耻感有助于患者提高自信以接受现实。

知识点

消除或减轻病耻感的常用方法

1. 使用“正常化”信息（例如，幻觉可以在特定环境下出现于任何人）。
2. 鼓励对疾病“无羞耻”地接受，与其他内科疾病做类比。
3. 以小组的形式，如将有共同体验的成员组成一个小组，解释这一现象的广泛性。小组形式对年轻的患者特别有效，可能与年轻人的价值观自主性和年轻人的文化特点有关。
4. 来源于患者支持小组的合适书面材料或自传记录、疾病治疗成功者的个案报道（榜样作用）。

病历摘要（九）

患者维持治疗 1 年，在医师的指导下于 2 个月前减少利培酮剂量至 3mg/d，停服舍曲林和盐酸苯海索。患者病情稳定，工作和生活正常，无精神病性症状，情感适切。体重增加 3.5kg，但患者表示对此不太在意。此时患者及家属都希望进一步减、停药物。

［问题］如何考虑和应答患者要求减药的想法？

思路1：根据患者的具体情况（起病年龄、治疗效果、治疗依从性等），结合患者个性特征，可以考虑进一步减少药物剂量直至停药，但要告知注意事项。目前学术界对精神分裂症患者药物维持治疗的时间尚无定论，多数学者认为：多次复发或疾病发作时危险性较大的患者，宜长期服药维持。首次发作、病期短、症状消失快且彻底，在1年维持治疗期间症状无波动者，可以考虑缓慢减、停药物，期间密切观察病情变化，告知患者和照料者识别和应对复发迹象的方法。

知识点

精神分裂症的复发

1. 复发先兆：①失眠及生活规律的改变；②旧事重提；③否认有病；④不按医嘱服药，擅自减药或拒药；⑤情绪、行为改变；⑥躯体改变、躯体不适主诉增多等。应该说明的是，上述症状缺乏特异性，对某一特定患者上述某些症状的组合构成这一患者的复发标志。家属发现上述的某些情况时一定要与患者沟通，了解为何会出现这些情况，患者如何解释，必要时与医生联系。

2. 预防复发：①坚持按医嘱服药；②及时识别复发早期的预警症状；③正确处理社会心理应激因素；④提供有效和方便的求助策略；⑤保持良好的社会角色；⑥避免使用非法药物；⑦营造良好的家庭环境。

3. 应对复发：密切关注病情的变化，但不要轻易下复发的结论；及时门诊随访，适当增加药物剂量或更改药物；严防消极冲动行为，必要时住院治疗；寻找导致复发的可能因素，做好心理调节。

思路2：患者服药的副作用不大，服药对个体生理指标没有明显影响，但是减、停药物导致的复发风险肯定存在。大量研究表明，精神分裂症的复发率超过80%，且目前尚难以预测谁会复发、谁不会复发。因此，如果不考虑经济和其他方面的原因，建议患者考虑更长时期的药物维持治疗。

知识点

精神分裂症的病程、结局状况及预后影响因素

1. 对近30年间发表的有关精神分裂症的前瞻性随访研究的系统回顾发现，预后良好者占42%，一般者占35%，不良者占27%。

2. 世界卫生组织（WHO）将精神分裂症的病程转归类型归纳为：①单次发作，完全持久的缓解；②单次发作，不完全缓解；③两次或多次发作，间歇期完全或基本正常；④两次或多次发作，间歇期残留部分症状；⑤首次发作后即表现为持续的精神病态（无缓解期），逐渐衰退。

3. 影响预后的因素：大多数研究认为，女性、文化程度高、已婚、初发年龄较大、急性或亚急性起病、病前性格开朗、人际关系好、病前职业功能水平高、以阳性症状为主症、症状表现中情感症状成分较多、家庭社会支持多、家庭情感表达适度、治疗及时且系统、维持服药依从性好等因素常是提示结局良好的因素，反之则为结局不良的指征。

学习笔记

病例二

病历摘要(一)

男,20岁,大二学生,汉族。因急起头痛乏力、行为紊乱、自语自笑8天,由家人陪同转诊入院。

患者8天前出现头痛、头晕、乏力,半夜起床外出2次,不知其所为。次日出现目光呆滞,讲话无条理,自语自笑。夜间不眠,多次起床开灯、关灯,说:"房间有老鼠",问:"妈妈是不是在外面叫我?"频繁自语,话多,内容杂乱无主题,不时自笑。第4天由父母送往专科医院住院治疗,第8天(今日)家属认为患者病情加重而转院。

起病以来有低热(T 37.3~37.6℃),无抽搐、昏迷及大小便失禁现象。饮食少,睡眠差,生活不能完全自理。无烟酒及其他成瘾物质使用的嗜好史,心理-社会应激情况不详。

[**问题**]就目前信息,你有哪些考虑?

患者表现出急性发作的精神病性状态,根据"马和斑马"原则,首先考虑最常出现此类状态的常见疾病:急性短暂性精神障碍、脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、急性应激障碍、心境障碍以及精神分裂症急性复发。

思路1:急性短暂性精神病性障碍(分裂样精神病)。依据有:①急性起病,病期8天;②临床表现为言语、行为紊乱等明显的精神病性症状。

知识点

急性短暂性精神病

急性短暂性精神病(acute and transient psychosis)指一组起病急骤、症状表现多种多样、大多在3个月内痊愈的精神病性障碍。有如下临床特征:

1. 急性起病:在2周或更短的时期内(48小时内起病者称暴发性起病)从正常状态转变为明显异常的精神病性状态(不含焦虑、抑郁、社会退缩或轻度异常行为的前驱期)。

2. 存在典型综合征:首推迅速变化和起伏的"多形性"精神病状态,其次为典型的精神分裂症症状。

3. 有或者没有急性应激。

4. 2~3个月内(往往在几周甚至几天内)痊愈。仅一小部分患者发展成持久的残疾。

5. 不符合躁狂或抑郁发作标准;不是由于器质性病因、物质或药物使用所致。

思路2:病毒性脑炎所致的精神障碍。依据有:①青年,急性起病;②起病前有头痛、头晕、乏力等前驱症状以及体温偏高;③可疑幻视(说房间有老鼠)。

知识点

病毒性脑炎的主要临床表现

1. 多为急性或亚急性起病:部分患者发病前有上呼吸道或肠道感染史,急性起病者常有头痛、疲惫,可伴脑膜刺激征,部分患者可有轻、中度发热。

2. 精神症状:以精神运动性抑制症状较多见,也可表现为精神运动性兴奋,可有视听幻觉、各种妄想等。记忆、计算、理解能力减退常见。

3. 中枢神经系统症状:多数患者在早期有不同程度的意识障碍,可有癫痫发作及肢体上运动神经元性瘫痪、舞蹈样动作、扭转性斜颈、震颤等各种不随意运动。

学习笔记

4. 脑神经损害：如眼球运动障碍、面肌瘫痪、吞咽困难、舌下神经麻痹等。
5. 自主神经症状：以多汗为常见，伴有面部潮红，呼吸增快等。
6. 其他：如瞳孔异常、视盘水肿、眼球震颤、共济失调和感觉障碍都可见到。

思路3：急性躁狂发作。依据有：患者急性起病，话多，内容杂乱。尽管患者没有情感高涨、夸大等表现，但部分急性躁狂患者可以表现为不协调的精神运动性兴奋，且患者病程短，疾病尚未充分发展，故暂时无法排除急性躁狂发作。

知识点

谵妄性躁狂

常由急性躁狂过度而来。患者有意识障碍、定向错误，可有幻觉、错觉和妄想。患者高度兴奋，不食不眠，言语、动作不停且杂乱，语句毫无联系，由于话多而导致声音嘶哑或语不成声，动作毫无目的性。有些患者表现为情绪紧张，全身震颤，出汗，脉搏加快，瞳孔散大，体温升高，大小便不能自理，若不及时治疗则可衰竭致命。待处理好转后，患者对病中经过部分或全部遗忘，意识障碍消失后才呈现躁狂症的基本特征。

病历摘要（二）

既往体健。独子，第1胎，母孕期吃过保胎药（不详），早产4周，出生13个月才会叫“爸、妈”，1岁半才会行走。7岁上学，成绩中等，高中毕业考入“二本”大学。病前性格内向、胆小、害羞，喜独处，从不主动交友，无特殊爱好和烟酒嗜好。恋爱史不详。

其堂兄患“精神分裂症”5年，2次住院，目前仍在服用利培酮维持治疗，因工作能力明显下降而待业在家。父亲为公务员，母亲为中学教师，家庭经济状况较好，家庭关系和睦。

躯体及神经系统检查：T 36.7℃，四肢肌张力稍增高。余无异常。

实验室检查：血白细胞为 11.5×10^9/L，大小便常规、肝肾功能、心电图、血糖、血电解质均无异常发现。

[**问题**] 根据上述资料，你有哪些考虑？

思路1：患者母孕期吃过保胎药，为早产儿，幼年时有发育延迟的表现，这些可能是后天罹患精神疾病的易感因素。堂兄患精神分裂症5年，提示患者有遗传易感素质。

知识点

神经发育缺陷和遗传因素在精神分裂症病因中的作用

有学者认为，精神分裂症的病因主要有两方面证据：神经发育缺陷和遗传因素。研究发现，患者的海马、额叶皮层、扣带回和内嗅脑皮层有细胞结构紊乱，这些变化不伴有胶质细胞的增生，推测是在脑发育阶段神经元移行异位或分化障碍破坏了大脑皮层联络的正常模式，故有精神分裂症的神经发育异常假说（Stefan & Murray，1997）。

大量研究提示，精神分裂症患者在出现精神症状之前就已存在某些脑病理及临床方面的轻度异常，其异常可能源于胚胎时期的神经发育障碍。一方面可能与母孕期及婴幼儿期暴露于某些神经发育危险因素有关，另一方面，遗传素质本身也可能构成了个体的易感素质基础，且两者之间存在复杂的相互作用。

思路2：患者自幼内向、胆小、害羞，喜独处、从不主动交友等性格特征，是罹患精神疾病的易

学习笔记

感个性特征。性格特征是遗传和神经发育状况的外部体现。持续的易感个性特征可能出现信息处理紊乱、心理-生理反应异常和社会竞争力缺陷。而外部刺激与性格特征之间的相互作用可能使个体大脑对信息加工产生过度负荷，交感警觉性增强以及对外部刺激的处理过程损害，从而出现精神症状和(或)功能性障碍，导致进一步的环境冲突，形成恶性循环。

知识点

精神疾病的易感性

遗传易感性：多基因共同作用，产前不能诊断，所以通过修正遗传易感性的方法来预防精神病的发生目前尚不可能。

神经元(神经发育)易感性：各种原因导致的大脑发育异常。优生优育，针对产前与产后的保健可以减少神经元易感性。

精神应激易感性：通过提高应对应激的能力、减少应激源等方法可以降低。

躯体易感性：如头部外伤、药物依赖等。可以部分预防。

病历摘要(三)

精神状况检查：被动接触，检查合作但较难深入。年貌相称，不修边幅。意识清晰，时间、空间及人物定向准确。言语无条理，交谈不切题。医生问他为何来住院？患者反问“你们是坏人还是好人？”医生回答“我们是好人，不会伤害你”，患者哈哈大笑并大声说：“医生是好人，神仙姐姐是好人！”突然站起来要抱女医生，然后又说“神仙姐姐告诉我，我能读博士。”医生问“神仙姐姐在哪里？”他说“神仙姐姐在天上，她只和我说话。”一会儿叫“爸爸”，过一会儿又说“爸爸不是真的。”医生问“是否感觉有人想伤害你？”他答“爷爷被人害死了，爸爸被人害死了，你们都是害人精……”说完后又傻笑。智能粗查无异常。情感不协调，有时哭泣，有时发笑。举止怪异，起坐不安，不时伸舌头，张嘴傻笑，自言自语。暂未发现暴力攻击、自伤自杀行为。无自知力，不认为自己有病，但对住院治疗持无所谓的态度。PANSS评分总分96分。

[**问题**] 据以上全部信息，目前有哪些诊断上的考虑及处理？

思路1：首先建立症状学诊断而不是匆忙作出疾病分类学诊断。某些首发的精神障碍由于患者尚处于疾病早期，疾病的某些症状和体征尚未充分表现，或受某些因素的影响(如共患躯体疾病、不适当的治疗等)而表现不典型时，难于作出明确的疾病分类学诊断。此时建立症状学诊断不仅是诊断思路的要求，也体现了严谨、科学的态度。依据不足而匆匆作出诊断结论，可能导致误诊误治和医疗纠纷。

思路2：在紧急评估的基础上进行对症处理。精神科大多数疾病的处理都是对症处理，除非药物治疗对患者来说有某些特殊禁忌或患者及其监护人强烈反对药物治疗。本例患者目前处于急性精神病性状态，思维和行为紊乱，可能存在幻听和妄想，饮食睡眠不好，因此需要立即接受抗精神病药物治疗及支持治疗。

知识点

精神分裂症患者“治疗延误”的原因、后果及对策

许多患者在接受药物治疗前疾病已持续相当长时间，这种“治疗延误”的原因包括：①家属识别能力有限。将某些行为改变认为是正常的反应，对青少年的反常或怪异行为常不像对成人的行为一样引起重视。②担心与顾虑。担心精神病的“帽子”引起的病耻感，否认异常行为的严重程度。③获得精神卫生服务有困难。④初级卫生保健机构识别能力有

学习笔记

限。⑤精神卫生专门人员的不确切诊断等。

“治疗延误”的后果包括：①增加某些不良后果发生的几率。病态行为带来继发性的自伤自杀、伤人毁物、受到他人伤害等；物质滥用问题增加（可能由于精神疾病所致，抑或是作为一种应对措施），将使问题变得更为复杂。②总体预后变差：接受药物治疗前阳性症状持续的时间越长，其恢复越慢，缓解常不彻底，复发率增加。“治疗延误”可以恶化长期结局，因疾病的生物学毒性可导致长期病态。

减少“治疗延误”的可能措施包括：①重点教育：集中于社区和某些易于接触到精神疾病患者的机构（如学校心理咨询所、收容所等）。②一般教育：培训初级卫生保健人员，提高识别能力。③尽快接受专家的建议，增加转诊，提供方便的精神科服务并督促执行精神卫生服务的治疗协定。④在低耻辱感的场所（low stigma setting）接受治疗；治疗强调最好的疗效、最少的副反应、最佳的效价比。⑤心理 - 社会干预贯穿始终，不仅注重急性症状的缓解，还要注意促使患者回归社会的整合问题。⑥持续监测最大疗效的获得和复发的预防。⑦对首发患者采用注册制，定期接触，防止脱落而未能接受医疗干预。

思路 3：风险评估。风险评估是精神疾病诊疗过程中的重要一环。尽管本患者目前暂无明显攻击、暴力等危险行为，但是随着疾病的进一步发展，这类症状有可能出现，因此要做好看护工作（风险评估详见第一章）。

思路 4：尽快明确诊断。完整的病史材料，全面的躯体、神经系统及精神状况检查，常规的以及必要的实验室检查和物理检查等资料，都是建立正确诊断的基础。本例患者尚需进一步落实病史材料，动态评估观察其躯体、神经系统及精神状况变化，必要时做脑电图、脑脊液及脑影像学检查来排除脑器质性疾病。

思路 5：与家属沟通。对家属的疑惑、顾虑、期望等问题进行必要的解释和了解，努力建立好治疗联盟。

病历摘要（四）

入院后急查血糖、血常规、血电解质、心电图，均未见异常。肌内注射氟哌啶醇 5mg 紧急处理。进一步补充病史材料。父母反映患者此前 2 个月内除了说过睡眠不好、常有头部不适感以外，并无言行异常。同学反映患者最近 1 个多月来似乎较以往更为内向，有时躺在床上发呆，走路经常低着头，半个月前有几次因头痛、疲劳而缺课，没有发现其他异常言行。同学否认患者遭遇重大精神刺激。本次入院前已连续 3 天每日 2 次肌内注射氟哌啶醇 10mg，同时口服利培酮 1~2mg/d，阿莫西林胶囊 0.5g，每日 3 次。

[问题 1] 根据上述资料，你有何考虑？

思路 1：多数精神分裂症患者在明显的精神症状出现之前会有时间长短不一的前驱期，症状表现多种多样，没有特异性。本例患者也有某些前驱期症状。

知识点

精神分裂症患者常见的前驱期症状

1. 情绪症状：抑郁，焦虑，情绪波动，易激惹等。
2. 认知症状：异常或古怪的观念，学习或工作能力下降。
3. 感知症状：对自我和外界的感知改变，蒙眬或困惑感。
4. 行为症状：社会活动退缩或丧失兴趣，多疑，功能水平下降，动机下降等。
5. 躯体症状：各种躯体不适感，睡眠和食欲改变，乏力。

学习笔记

思路2：患者的四肢肌张力增高与注射氟哌啶醇有关还是神经科疾病所致，尚需仔细鉴别。口服阿莫西林胶囊后体温和血常规已经正常，提示其发热可能为细菌感染所致。

[问题 2] 如何识别精神分裂症的早期表现？

思路：前驱期症状并不一定会发展成精神病，可以产生于其他躯体疾病或是对应激性事件的反应。因此，当一个既往健康的个体（尤其是年轻人）出现了无法解释的适应功能下降或者丧失同伴关系时，需仔细评估以判断是否属于精神分裂症的早期表现。

知识点

精神分裂症早期表现的识别要点

一旦发现个体具有前驱期症状，需要仔细进行以下评估：

1. 高危因素：①年龄：青少年和成年早期；②特征性危险因素：精神病阳性家族史、易患人格、病前适应能力较差、头部外伤史、产科并发症、出生季节等；③状态危险因素：生活事件、心理应激、药物依赖等。

2. 探索精神病性症状的可疑线索，确定患者有无幻觉、妄想、思维障碍：患者为什么辍学？为何出现睡眠障碍？为何不想见朋友？生活习惯为何会改变？对来自家庭和朋友所告知的资料进行评定非常重要，因为他们可能会注意到患者自己不能意识到或不愿意讲的行为变化。

[问题 3] 对有精神分裂症前驱期症状的个体，可能的干预措施有哪些？

思路：延误治疗不利于预后，然而前驱期症状缺乏特异性（假阳性率太高），不恰当地早期干预同样会产生不良后果，而且面临伦理困境。以下措施可供参考：①通过专家评定，告知其近亲属保持密切观察，并告知观察的主要内容；②对高危个体进行随访，对某些特定问题进行干预（如减少应激源、治疗药物滥用等）；③提供适当的心理干预措施。

学习笔记

病历摘要（五）

入院后给予口服奥氮平 5mg/d，肌内注射氟哌啶醇 5mg bid。次日患者出现张口困难，吐词不清，颈部扭转，表情痛苦。立即肌内注射东莨菪碱 0.3mg，约 15 分钟后症状缓解，加口服苯海索 2mg bid，未再出现类似情况。复查肝肾功能、脑电图检查均无异常。住院第 1 周末，奥氮平剂量增加至 15mg/d，停止注射氟哌啶醇。患者睡眠改善，但常有自言自语、言语杂乱，有时无原因地喊叫。情感不协调，时有傻笑。喜欢摸女医护人员，几次在走廊上脱光衣服玩生殖器。对医生说："神仙姐姐讲话了，要我安心住院"，还说死去的爷爷也和他讲话了，要他好好学习等。未发现明显的妄想。住院后一直意识清晰，无抽搐及大小便失禁现象，神经系统检查无异常。

继续给予奥氮平 15mg/d 治疗两周，总体状况明显改善，接触交谈较前合作，行为异常及自语、傻笑现象明显减少，不再听到"神仙姐姐"和他对话。情感平淡。承认自己大脑可能出了问题，但对具体表现没有认识。PANSS 量表评分 71 分。

[问题 1] 如何考虑下一步的治疗？

思路 1：奥氮平治疗已 3 周，症状有一定程度改善，属于部分有效，可以考虑继续增加奥氮平的剂量到 20mg/d，继续观察 2~3 周。

思路 2：此患者在 3 周的治疗过程中没有发现脑器质性精神障碍的证据，也无病理性的优势情感（躁狂、抑郁），故目前考虑诊断为精神分裂症，应按照首发精神分裂症的急性期治疗原则处理（具体原则参见本章病例一）。

[问题 2] 该患者选择奥氮平治疗的理由是什么?

思路:本例患者以不协调的精神运动性兴奋症状群为主要临床相,年轻男性,紧急处理中发现其易于出现锥体外系反应,其堂兄服用利培酮效果一般,家庭经济状况较好。根据以上因素综合考虑,故选用镇静作用较强、抗胆碱能作用较轻、EPS 发生率低的奥氮平治疗。

知识点

首发精神分裂症的选药需要考虑的重点

1. 药物的药理特点和不良反应,尽量做到个体化对症:因为目前无充分证据表明抗精神病药的有效性方面存在明显差异,针对个体的不良反应就成为重点考虑的问题。

2. 患者的个体因素:如年龄、性别、工作性质、激惹 / 睡眠紊乱的程度、是否伴发焦虑抑郁症状、有无家族史等。肌张力障碍在年轻的首发患者(尤其是男性)中较易出现;老年患者应尽量避免使用抗胆碱能药物或使用抗胆碱能作用强的抗精神病药;有的女性患者对体重增加非常反感等。家族中同类患者疗效很好的药物可作首选(药物遗传学特征)。

3. 药物的可及性和维持治疗的可能性:应考虑患者的经济状况、药物可获得性、当前治疗和长期治疗的综合平衡。比如对长期服药反感者可首选长效针剂。

4. 药物使用的临床经验:如镇静作用较强的药物适合有睡眠障碍或激越的患者;有抗抑郁作用的抗精神病药(如舒必利、齐拉西酮)适用于伴发抑郁症状的精神病性障碍;镇静作用较小的药常可联合镇静药物(如苯二氮䓬类)使用,待睡眠紊乱或激越症状缓解后,再逐渐撤除。

病历摘要(六)

奥氮平增加到 20mg/d 继续治疗 2 周,精神症状明显改善,能有效交谈,否认幻觉妄想,思维有条理。情感显平淡,接触被动,否认有情绪不好。偶有自笑,问其笑什么,回答说"想到好笑的事情就笑。"不愿意提及病中的病态表现,说"那是脑子糊涂了,现在好了。"体重由 60kg(身高 173cm)增加到 63kg(BMI=21),余无其他不适。复查血常规、肝肾功能、心电图、血脂、血糖均正常。患者愿意回家服药,家属也要求出院。

[问题 1] 如何考虑下一步的治疗?

思路:急性期治疗目标基本达到,阳性症状得到控制,残留个别阴性症状,此时应考虑进入 3~6 个月的巩固治疗期,使症状进一步改善,防止阳性症状复燃。巩固期最好不要减少药物剂量,除非有明显的药物不良反应和特殊情况。巩固治疗期间病情稳步好转,则进入维持治疗期。

[问题 2] 出院时医师应该告知患者和家属哪些注意事项?

思路:急性症状的控制只是全病程治疗中的第一步,后续治疗和康复需要患者、家属、专业人员及社会各界的共同努力。重要告知事项详见本章病例一。

病历摘要(七)

患者出院后休学,维持奥氮平 20mg/d 口服,出院后 2 个月自笑症状完全消失,也无幻觉、妄想、思维紊乱等阳性症状。坚持每月到医院复诊,第 3 次复诊时家属反映患者的学习、生活的主动性与病前相比差别较大,病前虽然性格内向,但喜欢看书学习,一般交往也可以,但目前不愿意外出,不与人交流,也不锻炼身体,每次需要家人督促、陪同才外出散步,每天窝在家里看电视、上网;食欲好,每天睡 10 小时以上,体重增加到 74kg(BMI=24.7)。患者自觉状态不错。没有锥体外系反应,复查肝肾功能、血脂、血糖、心电图均正常。

[问题 1] 如何考虑下一步治疗?

思路:患者精神病性症状消失较慢,自笑症状在出院后 2 个月才完全消失,且目前尚存在主动性低、社交退缩等阴性症状,无锥体外系反应,但体重增加明显。因此药物治疗剂量暂不宜减量,同时需要督促工娱治疗、进行体重管理。具体方法可参见本章病例一。

[问题 2] 如果患者经奥氮平 20mg/d 治疗 6 周疗效不佳,应如何处理?

思路:按目前治疗指南,首发患者如果对所选药物在足量(药品说明书上规定的上限)、足疗程(一般 4~6 周)治疗无效或效果不佳时,可以考虑换药。当前最新观点认为:如果初始治疗 2~3 周无效或几乎无效即可考虑增量或换药,因为不少研究发现治疗头两周症状减分率低于 20% 则提示药物对该患者疗效不佳。

[问题 3] 如果经过两种不同作用机制的抗精神病药物足量、足疗程治疗,疗效还是不佳,你如何处理?

思路:针对以上情况,目前多数治疗指南建议选用氯氮平治疗。氯氮平对难治性精神分裂症患者中的 30%~50% 有效,高于其他抗精神病药物。如不能使用氯氮平(患者拒绝、血象有问题等),还可以选择其他合并用药方案,或使用增效治疗,或合并使用电抽搐治疗和重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation,rTMS)等。合并用药最好选择作用机制不同的药物,还要避免合用的两种药物有共同的不良反应(如氯氮平和氯丙嗪均有很强的镇静作用)。如果合并用药 8~12 周仍然无效则建议恢复单一用药,因为联合治疗的增效证据并不充分,却可能增加不良反应。

知识点

难治性精神分裂症

难治性精神分裂症(treatment resistant schizophrenia,TRS)的概念至今尚未统一,目前国内外相对广泛接受的定义由 Kane 于 1996 年提出:过去 5 年内对 3 种剂量(相当于氯丙嗪 600mg/d)和疗程(8 周)适当的抗精神病药物(3 种药物至少有 2 种化学结构是不同的)的治疗反应不佳或不能耐受其不良反应,即使经充分的维持治疗,病情仍然复发或恶化者才可称为 TRS。

难治性精神分裂症的处理原则:①重新审查诊断是否正确,是否共患其他疾病,是否有持续的心理 - 社会应激源;②血药浓度是否在治疗范围;③重新梳理用药史,针对目标症状群制订新的治疗方案,维持一种积极的治疗态度;④配合心理 - 社会干预,如认知行为治疗等。

[问题 4] 如果氯氮平治疗效果也不佳,应如何处理?

思路:对氯氮平治疗反应不佳者,有学者称之为“超难治性精神分裂症”。对这些患者选择氯氮平的增效治疗是一种常用策略。

知识点

对氯氮平反应不佳者的增效治疗

1. 合用阿米舒必利(400~800mg/d):可能有一些增效作用。
2. 合用阿立哌唑(15~30mg/d):证据不多,可能改善代谢指标。
3. 合用氟哌啶醇(2~3mg/d):有一些支持的证据。
4. 合用拉莫三嗪(25~300mg/d):对部分患者有效;还可以减少酒精消耗。
5. 合用 omega-3 脂肪酸:可能有效。

学习笔记

6. 合用利培酮(2~6mg/d):部分有效。

7. 合用舒必利(400mg/d):对部分患者有效。

8. 合用托吡酯(200~300mg/d):有支持和不支持的结果,可能可以减轻体重,但可能引起认知功能损害。

9. 合并电抽搐治疗:可能有效。

病历摘要(八)

患者出院后一直维持奥氮平 20mg/d 口服,病情稳定。半年后随访时家人反映:患者的学习主动性和兴趣有所增加,能看英语书、独自外出散步、游泳等。睡眠越来越多(每天 12 小时以上),体重持续增加到 84kg(BMI=28.1)。复查肝肾功能、血脂、血糖、心电图均正常。

[**问题 1**] 就患者目前的情况,应如何处理?

思路 1:患者巩固治疗期基本完成,期间未见阳性症状的复现,阴性症状也有改善,可以考虑进入维持期治疗。患者睡眠较多,体重增加明显,可考虑将药物剂量适当减少,严密观察病情变化,严格控制饮食和进行体重管理。

思路 2:体重增加是某些抗精神病药物的常见不良反应,其发生率和体重增加的量以氯氮平、奥氮平最明显,喹硫平、利培酮等次之,阿立哌唑、齐拉西酮及某些第一代抗精神病药物(如奋乃静、氟哌啶醇)较少。抗精神病药物所致体重增加的个体差异性大,与药物可能存在量效关系。治疗前无法预测谁会体重明显增加,只能根据患者的基础体重及家族肥胖史来作一些初步预测。

知识点

精神分裂症与代谢综合征

代谢综合征(metabolic syndrome,MS)为一组代谢内分泌紊乱的危险因素,包括糖耐量减低、胰岛素抵抗、糖尿病、肥胖(尤其是内脏肥胖)、脂代谢紊乱及高血压等。

大量研究发现,精神分裂症患者 MS、心血管疾病与糖尿病的患病率增高。长期应用某些抗精神病药物可引起体重增加、血糖及血脂代谢异常,增加 MS 的风险。

抗精神病药物所致 MS 的干预措施:强调早期干预。对每个患者选择最合适的剂量;对有糖尿病史或糖耐量减低、糖尿病家族史、肥胖或超重、年龄、性别等糖尿病的危险因素进行评估;监测体重、血压、血糖、血脂、血清胰岛素水平及尿常规,出现异常及时调整,必要时予以降糖药物治疗。此外,对患者进行糖尿病知识教育,指导合理饮食、适度运动。

[**问题 2**] 如果药物减量后患者的体重继续增加,应如何处理?

思路 1:对于抗精神病药物所致的不良反应,总的处理原则是:如果病情控制良好,首先考虑的是适当减少剂量或合用对抗药物,只有在减量或使用对抗药物均不能解决问题、患者难以耐受时才应考虑换药。对于某些急性、危重的不良反应则需要立即停药或换药,并给予相应对症处理。

知识点

抗精神病药的换药方法

1. 骤停原药换药法：适用于出现严重不良反应时，如恶性综合征、严重过敏、严重肝细胞坏死、粒细胞缺乏等。此法易于出现疗效空档致复发或撤药综合征，应在住院时进行。

2. 快速停原药加新药：两药重叠时间短，适用于撤药反应不明显的药物。

3. 缓减原药、缓加新药：是临床上最常用的换药方法，两药重叠时间视服药的种类和剂量而定，一般 2 周左右。此法可减少撤药反应及症状复燃，但可能增加合用的不良反应。

临床上一般多采用缓慢递减方法，使药物作用的受体功能恢复有一个适应过程。这样可以减少撤药反应，也可减少病情的复发。

思路 2：氯氮平、氯丙嗪等低效价高剂量的抗精神病药物不宜骤停，否则容易出现撤药综合征。

知识点

抗精神病药物的撤药综合征

1. 抗胆碱能反跳：抗胆碱能药物或抗胆碱能作用强的抗精神病药物快速撤除所致，主要表现为失眠、恶心、呕吐、出汗等症状，症状大多轻微，严重者可以出现谵妄，一般持续不超过 2 周。

2. 运动障碍、焦虑激越：突然撤药后多巴胺功能反跳性增强所致。表现为口、唇、舌、下颌、肢体、躯干不自主的或刻板的运动，睡眠时消失，焦虑紧张时加重；有的出现焦虑、躯体不适感和激越行为。

3. 超敏性精神障碍：长期抗精神病药治疗中断后精神病阳性症状的恶化或复发，其机制可能是抗精神病药引起多巴胺 D_2 受体超敏。主要表现为即使继续用抗精神病药，复发率仍增加；抗精神病药的耐受性增加，增量无明显副作用，且病情仍恶化；减量后出现新的或更重的精神病性症状等。

病历摘要（九）

奥氮平调整至 17.5mg/d 口服，观察 2 个月，病情稳定。进一步调整药量至 15mg/d，维持治疗 4 个月，病情稳定。患者恢复上学，能适应学习和学校生活，有疲劳感，睡眠较多。体重 82kg。复查肝肾功能、血脂、血糖、心电图均正常。奥氮平减少至 12.5mg/d，继续治疗 3 个月，病情稳定，将奥氮平减至 10mg/d。患者治疗依从性好。

[**问题**] 维持期抗精神病药物的剂量如何调整？维持治疗多久合适？

思路 1：迄今为止，关于维持期抗精神病药物的减量速度、维持剂量究竟多大合适，国际上尚无统一标准。多数专家认为减药的速度越慢越有利于疾病的稳定。2013 年发表的一项最新研究结果建议：如使用第一代药物，剂量为接近出现 EPS 时的剂量；如使用第二代药物，剂量为不出现 EPS 时的剂量或治疗剂量。

思路 2：对于维持治疗究竟要多久合适，目前也无一致观点。长期随访研究发现，80% 以上的精神分裂症患者会复发，况且无法预测谁会复发谁不会复发。因此原则上建议尽可能长期维持治疗，尤其是对于发作时危险性很大的患者，除非有某些禁忌证的出现。

学习笔记

知识点

关于抗精神病药物长期治疗的观点

1. 抗精神病药物不能“根治”精神分裂症，其治疗性质类似于降糖药物治疗糖尿病。

2. 具体维持服药时间无统一规定，但对于有严重攻击、自杀行为和残留症状者，可能需要终生服药。

3. 预防复发需要长期的药物治疗，维持治疗剂量个体化。

4. 家庭干预及认知行为治疗有利于全面预后。

5. 不同药物适用于不同个体，要与患者讨论其感受到的不良反应，找到最适合的药物。

6. 抗精神病药物不能突然停药。

思路 3：不同精神分裂症患者的长期结局具有较大变异性，因此对维持剂量和维持时间均需要个体化考虑。有观点认为，如果患者在接受药物治疗前仅有一次阳性症状发作，且在其后一年的维持治疗中无阳性症状及复发迹象，可试行停药观察，但要使患者及其家属意识到潜在的复发风险并同意这一方案，并告知复发的早期表现与应对措施。

病历摘要（十）

患者持续服奥氮平 10mg/d 3 年余，病情稳定，坚持 3 个月复诊一次，各项化验指标正常，体重下降到 75kg。目前大学毕业，在某银行做财务工作，基本能胜任工作。患者及家属对疗效均感到满意，但担心长期服药会对身体和智力产生伤害。

[**问题**] 针对患者的担心，应如何进行告知和解释？

思路：抗精神病药物总体来说是安全的，不良反应大多出现在治疗早期或治疗的前半年，如果前期不良反应较少，一般预示长期治疗也相对安全。抗精神病药物不会使患者变傻、变呆，如果不服药，疾病所导致的大脑功能损害及社会功能损害比药物所致的伤害更大，因为由于疾病所致的化学毒素（如长期持续的多巴胺功能亢进）会损害躯体和大脑。

同时需要定期复查某些指标，如体重、血液学和血生化检查、心电图、脑电图、催乳素等，必要时还应进行 MRI、血药浓度检查。同时家属和患者都要密切注意迟发性运动障碍（TD）的表现。

病历摘要（十一）

患者病情稳定，一直坚持工作。谈恋爱 1 年，和女友感情很好，尚未把病情告知女友，因为担心告知后女友不理解，同时对婚姻和生育有诸多疑虑，和父母一同来咨询相关问题。

[**问题 1**] 精神分裂症患者能否结婚？

思路 1：从伦理和法律的层面进行考虑。联合国《世界人权宣言》、《公民和政治权利国际公约》等文件中都强调精神疾病患者应当享有婚姻、生育、保健的权利。《中华人民共和国婚姻法》（2001 年修正）第七条规定：“患有医学上认为不应当结婚的疾病，应禁止结婚”。第十条规定：“婚前患有医学上认为不应当结婚的疾病，婚后尚未治愈的，为无效婚姻”。但是所有法律都没有明确指明精神疾病属于“医学上认为不应当结婚的疾病”。

但是，享有权利和能否行使权利不是等同的。《中华人民共和国母婴保健法》第九条规定：“经婚前医学检查，对有关精神病在发病期内的，医师应当提出医学意见，准备结婚的男女双方应当暂缓结婚；”也就是说，发病期的患者应当暂缓结婚。这是因为患者在发病期的认知和判断能力可能受到影响，可能不具备履行缔结婚姻的民事行为能力，应当等病情稳定（最好是临床痊愈）之后结婚。

学习笔记

思路2：从专业的层面考虑。精神分裂症患者的婚育对其社会功能和生活质量的影响非常大，相关研究结果不一致。有调查表明，已婚患者的平均住院时间显著短于未婚者，出院后情况更稳定，复发率更低，婚后服药情况较婚前有明显改善；同时也有调查表明，患者离婚率高，离婚后1~4年内的复发率明显高于其他患者，且复发后症状比以前更严重，住院时间更长，衰退也更快等。因此，精神分裂症患者的婚姻与生育问题需要十分谨慎地对待和处理，而且需要更长时期的研究以得到更可靠的证据来说明和指导解决有关问题。

综合来说，要考虑以下问题：①首先要明确是在寻找幸福，还是在寻找照顾者。患者对婚姻的期望值直接影响对婚姻的满意度。②患者与对方长期交往的能力如何，能否承担应有的家庭责任。③最好在婚前告知病情，征得对方的理解与同意。④最好在病情稳定较长时间后（至少1年）再决定婚姻事宜，对发作频繁的患者暂时不宜结婚。⑤家属要随时指导患者正确看待婚姻生活，提高患者分析问题、解决矛盾的能力。切忌用“结婚冲喜”作为治疗方式，也不能存在丢“包袱”的思想。⑥药物可能对性功能造成某些影响。

[问题2] 精神分裂症患者能否生育？

思路1：从伦理和法律层面上考虑，没有理由禁止精神分裂症患者生育。精神科医生应尽的义务是帮助患者在生育自主权和有益性之间取得平衡。在提供全面、充分信息的前提下，让患者自主决定，而不是简单地否定或者鼓励他们生育。医生有责任掌握精神分裂症患者的优生学、遗传学、精神病学、法律和伦理等多方面的知识，对具体某个患者提供相应的知识和信息，帮助患者分析和权衡利弊，以便他们作出合理的决定。但是，医生不应以权威自居，武断地为患者作决定，侵犯患者的决定权。在一些特殊情况下，比如病情不稳定的患者无计划地妊娠，医生应该支持合法的监护人替代患者决定是否流产还是继续妊娠。

学习笔记

知识点

精神分裂症患者的怀孕与停药时机

1. 停药是复发的首要危险因素，停药后怀孕的最大风险是孕期病情复发，尤其是怀孕的前3个月病情复发后的处理很棘手。应根据患者具体的病情变化特点（尤其是治疗效果和病程特点）、常规维持治疗期限、既往复发特点和间歇时间等因素，综合考虑本次为了怀孕是否减药、停药，还是继续服药。

2. 考虑到病情复发的时间规律，要求在维持治疗的情况下病情稳定1年以上才考虑怀孕，而不强调停药多久才能怀孕，因为停药时间越长离复发时间越近，越容易造成怀孕后病情很快复发的局面。

3. 按照精神药物的代谢特点，一般停药1个月以上体内药物已经基本清除。如果既往停药不久即复发者则不宜停药，此类患者应提醒其慎重考虑是否要怀孕。

思路2：从专业层面上考虑，精神分裂症患者在考虑生育时要权衡利弊，充分考虑以下问题：疾病的遗传倾向；患者是否能履行做父母的职责；患者的病态表现可能对孩子的成长造成影响；药物可能对胎儿造成影响；怀胎、分娩的过程对患者自身的生理、心理均会产生影响，可能促使疾病复发。

知识点

抗精神病药的妊娠用药及分级

比较一致的观点是药物对胎儿的影响在孕期的前3个月比较明显，而且相对肯定。因此，孕期的前3个月禁止使用抗精神病药物。既往病情和治疗的经验表明停药后很快复发，

因而确实不能停药者，只有在明显利大于弊的前提下才考虑维持治疗下妊娠，而且要尽量选择对胎儿影响较小的药物。FDA 关于孕期使用抗精神病药的分级为：

A 类：无。

B 类：氯氮平。

C 类：氯丙嗪、氟哌啶醇、奋乃静、氟奋乃静、硫利达嗪、三氟拉嗪、哌泊噻嗪棕榈酸酯、喹硫平、利培酮、奥氮平、帕利哌酮、阿立哌唑、齐拉西酮。

未分级：氟哌噻吨、舒必利。

[**问题 3**] 婚前是否要将病情告知对方？

思路：从伦理和法律的层面考虑，患者享有隐私权，有权利保守自己的病情。但是，婚姻不是个人单方面的决定，而是两个人的缔约，双方的诚信是缔约的前提，否则就有可能被认为是故意欺骗，埋下法律纠纷的隐患。按照《民法通则》的有关规定，配偶列为患者可能的监护人的首位，要承担监护职责。因此，患者在恋爱期间是否向对方告知病情，应当完全由个人决定；如果考虑要结婚，就应当选择恰当的时机谨慎、郑重、如实地告知病情，同时要求对方保守秘密，对方也有义务保守秘密。

不少精神分裂症患者在相识之初就把自己曾经患病的信息明确告诉对方，等待对方决定是否继续交往，以免日久情深时再告知，一旦对方提出分手而造成患者情绪波动，从而导致病情反复。对这样的做法，医生应当保持尊重。

【总结】

本章为了便于读者系统学习，所以先对精神分裂症的临床特征、诊断及治疗原则进行了概要性介绍。然后，选择了两个病例（病例一为精神分裂症偏执型，病例二为急性发作的精神分裂症青春型。尽管 DSM-5 取消了这些临床分型，但本教材是以 ICD-10 为导向，故仍保留分型的概念）来对精神分裂症的诊断、治疗流程逐层演示，期间对与精神分裂症有关的概念、病因学、临床特点、诊断和鉴别诊断、药物与心理社会干预等相关问题进行了阐释，内容基本涉及了精神分裂症临床处理过程的各个方面。希望读者在学习过程中能举一反三，将关键的知识点有机地应用于临床诊疗实践过程之中。

概括起来，对于精神分裂症患者（当然，也可能同样适用于其他精神疾病患者）的临床处理应该包括以下内容。

第一步：详细、客观地收集相关病史材料，包括对患者的精神状况检查以及对相关知情人的询问。

第二步：对相关材料进行评估，通过与其他精神疾病鉴别来确定诊断，制订合理的、个体化的治疗方案。这方面的内容包括：

(1) 评估发病的原因或诱因，如果方便，应与患者亲近的不同个体交谈来获得某些真实的材料，以便确定诊断。

(2) 完整的体格检查和精神状况检查。

(3) 确定有无其他共患的精神、躯体疾病，如物质滥用、感染性疾病（梅毒、AIDS）等。

(4) 评估总体躯体健康状况。

(5) 评估潜在危险：自杀、自伤，攻击、冲动，外跑，受到他人伤害等。

(6) 评估有利于患者康复的优势与劣势。

(7) 评估某些可能被抗精神病药物治疗影响的基础数据，以利于治疗过程中监测比较，包括：①生命体征；②体重、身高、BMI、腰围；③锥体外系症状（EPS）和运动障碍；④简易精神状态

学习笔记

检查(mini-mental state examination,MMSE);⑤糖尿病危险因素;⑥高催乳素血症;⑦血脂;⑧心电图和血清钾、镁浓度;⑨视觉检查,筛查视力变化;⑩怀孕和性传播疾病。

(8) 必要时行脑影像学检查(首发或症状表现不典型患者)。

第三步:根据上述评估,确定适合患者的治疗场所。

(1) 住院治疗指征:①有威胁自身及他人行为者;②生活不能自理者;③需要持续监护者;④门诊治疗不安全或无效者。

(2) 其他治疗:如日间医院或部分住院、家庭照顾、家庭危机干预、积极的社区治疗等。这些方式适用于不需要正式住院者和需要过渡治疗的患者。

(3) 不符合上述标准的患者可以在门诊接受治疗。

第四步:制订和执行个体化的治疗计划。

(1) 制定符合患者实际情况的治疗目标:使用定量量表评估治疗反应和不良反应,治疗期间应监测某些生理生化指标。抗精神病药物治疗应该作为精神分裂症患者治疗的基础,依照急性治疗期、巩固治疗期、维持治疗期的治疗方式执行。而心理-社会等干预措施可以依据患者所处不同时期及患者的特征选择使用。

(2) 形成治疗联盟,促进治疗依从:①将患者的个人目标与治疗结局联系起来考虑;②评估影响治疗依从性的因素,减少或消除导致治疗不依从的因素;③对于治疗依从性不佳者,提供主动拓展服务。

(3) 为患者和家属提供健康教育:包括讲解疾病的性质、治疗的利与弊、复发表现及应付策略等。

(4) 治疗共病:包括物质滥用、其他精神疾病或躯体疾病。

(5) 确保不同服务体系之间的协调,整合多学科服务:理想的状况是由个案管理者来协调执行个体化的治疗方案,并不时反馈调整治疗方案。

(6) 做好全程治疗记录(要保管好记录)。

(刘铁桥　陆　峥)

学习笔记

参考文献

1. 郝伟,于欣.精神病学.第7版.北京:人民卫生出版社,2013.
2. 于欣.精神科住院医师培训手册——理念与思路.北京:北京大学医学出版社,2011.
3. 郝伟,于欣,徐一峰.精神科疾病临床诊疗规范教程.北京:北京大学医学出版社,2009.
4. 刘铁桥.老年精神病学.北京:人民卫生出版社,2009.
5. Stahl SM, Morrissette DA, Citrome L, et al. "Meta-guidelines" for the management of patients with schizophrenia. CNS Spectrums, 2013, 18(3): 150-162.
6. Taylor D, Paton C, Kapur S. The maudsley prescribing guidelines in psychiatry. 11th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Gelder M, Andreasen N, Lopez-ibor J. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford University Press, 2012.

第三章 双相障碍

【学习要求】

1. 掌握双相障碍(bipolar disorders,BPD)躁狂发作、抑郁发作、混合发作、快速循环发作的临床特点,诊断和鉴别诊断要点,治疗原则和规范化治疗方法,常见药物不良反应的处理以及重要的临床沟通原则。

2. 熟悉改良电抽搐治疗(MECT)技术治疗双相障碍的适应证与操作技巧。

3. 了解双相障碍非典型症状的主要特点。

【核心知识】

双相障碍指既有躁狂或轻躁狂发作,又有抑郁发作的一类精神障碍。常见焦虑相关症状及合并物质滥用,也可出现幻觉、妄想、紧张症状等精神病性症状。一般为反复发作性病程,抑郁发作和躁狂/轻躁狂发作循环、交替出现,或以混合特征方式存在,病情严重者更有一年之内4次以上发作而难觅相对稳定间歇期的快速循环方式。还有许多非典型特征(atypical features)及共病(comorbidity)所致的各种不同表现,在儿童、青少年和老年人中尤其突出。

双相障碍,尤其是双相抑郁长期被临床医生所忽略,其临床识别率、诊断率和治疗率依然较低,美国的一项调查显示,69%的双相障碍患者曾被诊断为单相抑郁、焦虑障碍、精神分裂症、人格障碍和精神活性物质滥用等其他疾病。研究表明,首次出现肯定的双相障碍临床症状后,平均约8年才能得到确诊,发病后大约10年才能得到首次治疗。

一、认识双相障碍

既往认为双相障碍患病率约1%左右,目前认识到这是一组患病率高、复发率高、自杀率高的常见精神障碍。ICD-10和我国的诊断分类系统(CCMD-3)将其笼统地归于"心境障碍"而无细分,美国的DSM-Ⅳ则将其划分为双相Ⅰ型、双相Ⅱ型以及环性心境障碍等亚类,逐渐得到公认。有学者建议除此之外,尚有必要将"软双相"和"阈下双相障碍"等非典型表现形式作为亚类纳入,并由此估计双相障碍患病率高达6%以上。虽然各国流行病学报告的终生患病率结果不一,但总的来说远高于既往数据。如2011年由WHO组织的一项多国调查结果显示,我国深圳市双相障碍的终生患病率分别是:Ⅰ型0.3%、Ⅱ型0.2%、非特异性双相障碍1.0%,总患病率1.5%。尽管存在争议,但认识渐趋一致:基于双相障碍临床表现的复杂性,不能只是简单地寻找躁狂/抑郁反复、交替发作证据,而应以"心境不稳定性"特征作为诊断双相障碍的判别条件。因此,临床医师需要仔细甄别其病程演变及病情特征,减少漏诊和误诊。

二、诊断双相障碍

准确的诊断有赖于对该类疾病"心境不稳定性"本质的认识,以及对于波动性、发作性病程的深入理解。正确诊断必须坚持症状学识别与病程认识并重。

1. 确定目前(或最近)一次发作的类型　通过病史和详细的精神状况检查,确定目前或最近一次发作是抑郁发作还是躁狂发作,或是混合特征的发作,并确定亚型。

2. 确定以前的发作类型　详细收集既往病史,为避免遗漏重要资料,最好按照某种定式检查逐项进行,根据资料确定以前有过哪些类型的发作以及有过多少次发作。

学习笔记

3. 确定疾病分类学诊断　根据目前或最近一次发作的类型和以前有过的发作类型，确定疾病诊断。如果只有抑郁发作，则诊断为抑郁障碍；如果仅为轻性抑郁发作，则诊断为轻性抑郁；如果轻性抑郁持续2年以上，则诊断为恶劣心境；如果既往有过躁狂/轻躁狂发作，则应诊断为双相障碍。

4. 保持诊断的开放性　如果患者就诊时是第一次发作，或者只观察到一种类型的发作，此时很难预测以后是否会复发与再次发作，也很难预测会发生哪类发作。因此，当疾病复发、再次发作时，诊断可能会随之改变。本次抑郁发作缓解后，如以后出现躁狂/轻躁狂发作，则诊断改变为双相障碍。

三、治疗双相障碍

治疗共识是：急性期的早期积极干预措施与恢复期的长期维持治疗，不仅可以控制双相障碍患者的症状，缩短其病期，改变其结局，而且可以延长患者的寿命和改善其功能。对治疗效果不佳的相关诊断因素、治疗策略优化、可能导致转相或环性心境发作的药物[和(或)其他治疗措施]、复发早期预警和预防等都需要认真分析并及时处理。即使目前为首次发作，若存在相关双相障碍家族史时，应在发作缓解后予以巩固治疗和长期预防。治疗原则包括：

1. 综合治疗原则　根据生物-心理-社会医学模式，树立整体疾病观念，采取药物治疗、物理治疗、心理治疗和危机干预等相结合的综合措施，稳定提升疗效，提高依从性，预防复发及自杀，恢复社会功能和改善生活质量，以“临床治愈”并最终“痊愈”为目标。

2. 个体化治疗原则　制订治疗方案时需要考虑患者性别、年龄、发作类型、主要症状、躯体情况、是否合并使用药物、首发或复发、既往治疗史等多方面因素，选择合适的药物，从较低剂量根据患者反应逐步滴定。治疗过程中需要密切观察治疗反应、不良反应以及可能出现的药物相互作用等，及时调整，以保证患者良好耐受。

3. 长程治疗原则　双相障碍属于慢性病程，几乎终生以循环方式反复发作，尤以快速循环型患者为甚。因此，坚持长程治疗是目前防止双相障碍反复发作的必要选择。双相障碍多数首选药物治疗，治疗应连续，但治疗程序可依照任务分为急性期、巩固期和维持期三期。急性期的治疗目的是控制症状、缩短病程和减少继发后果；巩固期的治疗目的是防止复燃和恢复社会功能；维持期的治疗目的是防止复发、保持社会功能和改善生活质量。

学习笔记

第一节　双相Ⅰ型障碍与躁狂发作

【临床病例】

病历摘要(一)

男，19岁，汉族，大学二年级学生，无宗教信仰。因渐起言语凌乱、注意力不集中、多疑2个月，在父母陪伴下首次门诊就诊。

患者2个月前无明显诱因开始说话啰唆且难以理解，还买很多稀奇古怪的书籍，每天花大量时间阅读，不知疲倦，夜眠少。上课注意力不集中，旷课，学习成绩明显下降。同学与他疏远，但家人未注意到他的异常，后来症状逐渐加重，表现为言语凌乱，时有自语，常反复问一些古怪的问题如：“1+1为什么等于2”，“人为什么要吃饭”。怀疑有人窃听他的手机，认为有人监视他，多次到老师那里哭泣，称压力太大已经忍受不了。老师觉察其异常而通知其家人，回家后父母也发现其注意力不集中，言语内容乱，遂带他来看门诊。

既往身体健康。独子，母孕期正常。婴幼儿期体格及智力发育良好，童年未遭遇重大生活事件。5岁多上学，学习成绩好，性格比较随和，与同学关系好。顺利考上大学。核心型家庭，成员关系和睦。否认二系三代有精神病家族史。

[问题 1] 根据上述病史资料，你认为该患者可能存在哪些精神症状？

高度怀疑患者存在精神病性症状和情感症状。

思路 1：患者有明确的起病时间，凸显两组症状：一组是精神病性症状，如言语凌乱、多疑、认为被窃听和监视、言行难以让人理解；另一组症状为情感症状，如精力充沛不知疲倦、夜眠少、情绪不稳定。有必要深入了解两组症状发展的先后顺序和相互关系（有无原发和继发关系）、精神病性症状的特异性、情感症状的协调性。

思路 2：门诊由于时间限制，家属 / 知情者对病史提供的侧重性有时会左右医生的判断。本例患者的家属更多关注患者的异常言行，对情感症状仅一带而过。医生应当敏锐地注意到病情演变过程和症状变化特点，全面了解各种症状之间的联系，在相关的多个症状维度上进行信息补充和再核实。需要指出的是，精神病性症状可以出现甚或并不少见于精神分裂症之外的其他常见精神疾病中。

知识点

多症状维度的问诊和病史补充技巧

1. 当几个症状维度同时出现时，必须确定症状出现的次序。问诊不同症状维度时需用过渡语，使患者不会困惑为什么要改变话题或为什么会这么询问。

2. 提问时要注意系统性和目的性，杂乱无章的提问会使家属或患者感到困惑或注意力不集中。

3. 注意重点问诊症状的发生、发展、性质、强度、频度、加重和缓解因素。

4. 每个症状维度的问诊结束时要进行归纳和小结，让患者和家属核实。

[问题 2] 目前初步诊断可能有哪些？

由于患者起病年龄比较年轻，现有资料显示，明显的精神病性症状和情感症状应重点考虑重性精神病性障碍的诊断，如精神分裂症、严重心境发作（抑郁发作、躁狂发作），但需首先排除器质性精神障碍或物质滥用所致精神障碍等。

思路 1：妄想及可疑幻觉为主要临床症状，首先考虑精神病性障碍，如精神分裂症。由于目前表现的幻觉、妄想不具备诊断特异性，需进一步核实其性质是原发还是继发。患者系首发，需首先排除器质性精神障碍及精神活性物质所致精神障碍的可能。

思路 2：情感症状是另一组症状，具体表现为精力旺盛和情绪不稳定。心境障碍（双相障碍）也是需要重点考虑的可能诊断。该患者起病年龄较年轻，应考虑伴有精神病性症状的双相障碍。但同样应首先排除器质性和精神活性物质所致精神障碍。

思路 3：本例患者同时存在精神病性症状和情感症状，需界定两组症状出现的先后顺序、持续时间以及症状间的内部联系。精神病性症状和情感症状同时存在的情况，多发生在精神分裂症、心境障碍及分裂情感障碍疾病中，临床首次接触患者时仅是横断面检查和对既往纵向病史的收集，需进一步详细的精神检查及必要的追踪观察。

知识点

伴情感症状的精神分裂症

急性发作期精神分裂症半数以上存在情感症状（可达 69%），以抑郁症状多见。首次发病年龄以伴有躁狂者最小，伴抑郁者次之，无情感症状者最晚。伴抑郁症状发病次数最多，症状改善最慢；伴躁狂症状发病次数最少，症状改善最快；无情感症状的精神分裂症患者发病次数介于以上两者之间。对于伴情感症状的精神分裂症是否在使用抗精神病药物的同时需要加用抗抑郁药物或心境稳定剂的问题，仍是争论的热点，但近年来对抑郁症状明显且有自杀倾向患者的研究支持适当加用抗抑郁剂。

学习笔记

[问题 3] 为明确诊断,需要进行哪些方面的病史收集及检查?

需要明确有无器质性疾病和精神活性物质使用情况,进行常规实验室检查和针对病史做必要的物理检查。

思路 1:患者系首发,需进行常规的实验室检查和针对病史进行必要的物理检查,以排除器质性精神障碍的可能;另外,应掌握患者精神活性物质使用情况,以排除精神活性物质所致精神障碍的可能。

思路 2:由于患者同时存在几个症状维度,需进一步了解各个症状维度间的相互关系,如出现的先后顺序、消长情况。起病初期症状对疾病诊断有一定价值,但随着疾病的发展,病初症状有时会逐渐不明显,而以其他症状成为临床主要表现,这时需警惕诊断上的混淆。对于一时难以确定诊断的患者,可以先进行症状学诊断。

病历摘要(二)

体格检查:T 37.0℃,P 70 次 / 分,R 20 次 / 分,BP 120/80mmHg。躯体及神经系统检查未见异常。

实验室检查、脑电图、头颅 MRI 等:报告均正常。

精神状况检查(问答记录摘要):

医生问	患者答
你在哪上学?	四川,有个地震情结。
什么是地震情结?	就是想去四川感受一下,以前我有 2000 元,捐了 1500 元。
上大几了?	大二。
成绩怎么样?	不好,对专业不太满意。
为什么不满意?	我学的是轻工业与生物专业,简称轻生。长期这样心理压抑,觉得世界都在怀疑我。
世界怀疑你是什么意思?	我现在的声音比较厚重,其实还有个孩子的声音,我可以现在就唱歌给你听。
向老师哭诉是怎么回事?	那段时间很恍惚,有些幻觉,觉得昨天想的事今天就发生了。
有人特别注意你,和你过不去吗?	我自己想把自己要求得很完美,不是很在乎。
你觉得有什么不好?	周期性的紧张,不知道怎么拒绝各种挑战。
在其他地方看过病吗?	没有。我在这儿可以学到很多东西,眼镜度数看镜片有几个圈就行了。

PANSS 评分:72 分;YMRS 评分:12 分。

门诊诊断:精神分裂症

[问题] 如何评价门诊精神检查及门诊诊断?

思路 1:从精神检查来看,患者接触尚可,问答合作,存在幻听,思维似乎有些散漫,诊断“精神分裂症”有其理由。但门诊记录没有确认幻听的频度、内容、持续时间,妄想内容未进一步了解,故症状并非能确认。另外,忽略了一些思维过度活跃的现象,如患者说:“我学的是轻工业与生物专业,简称轻生(意联)。”又说:“我在这儿可以学到很多东西,眼镜度数看镜片有几个圈就行了(联想加快所致跳跃性思维)。”这些言语看似思维散漫,但病史中有精力充沛和言语凌乱的描述,检查时就应注意鉴别言语凌乱是否为思维过度活跃的表现,观察、询问患者的情感体验,以鉴别思维散漫和思维奔逸。一般来说,精神分裂症患者思维散漫的同时往往可见情感平淡,而心境障碍患者则具有一定的感染力。

学习笔记

思路2：对于首诊患者，首先要排除器质性精神障碍、物质使用所致精神障碍的可能，在精神检查时应在这些方面询问患者，当然病史收集时也已经从供史者处采集了这些方面的信息。

思路3：门诊除了精神检查外，应对患者在相应症状上进行量化评估。本例患者应进行精神病性症状和情感症状的评估，如进行阳性与阴性症状评定量表（PANSS）、杨氏（Young）躁狂评定量表（Young mania rating scale，YMRS）、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分，以帮助症状分析。该患者PANSS评分>60分，对于诊断精神分裂症有一定价值。YMRS评分12分，说明该患者有轻度躁狂表现，需在治疗及随访的过程中关注分裂、情感两组症状的消长情况，以及时修正诊断。

病历摘要（三）

门诊首选第二代抗精神病药物进行治疗，患者配合治疗。给予奥氮平10mg/d，睡前服用。1周后加至20mg/d，除困倦、食欲增加外，未有其他不适主诉。4周后原有症状明显改善，言语流畅有逻辑，但情绪逐渐变得低沉，不愿活动，对什么事都提不起兴趣来，担心病好不了，学业跟不上。门诊将奥氮平减至10mg/d，2周后情绪好转，兴趣恢复。继续服药2周后，自觉状态尚好，奥氮平用量维持10mg/d，继续上学。但每天第一、二节课明显思睡，食欲亢进，治疗4个月后体重增加了10kg，努力节食控制体重未再增加，维持奥氮平10mg/d。定期常规实验室检查提示各项指标正常。

[**问题**] 如何评价门诊的处理？

思路1：门诊根据“精神分裂症”的诊断给予奥氮平治疗4周，原来的症状改善，但对于随后出现的病情变化（情绪低沉、兴趣下降）未进行深入探究，如没有进一步检查患者是否有思维迟缓、行为动作减少、自我评价下降以及躯体不适表现等。由于情绪低、兴趣下降是在疾病治疗过程中出现，此时精神病性症状已基本缓解，应考虑精神分裂症后抑郁、抑郁障碍、双相障碍的诊断。

思路2：治疗过程中体重增加明显，考虑与药物有一定关系。在治疗过程中应告知监测体重、血糖、血脂等指标，本次就诊中可记录相应的指标结果，并与治疗前进行对比，为今后治疗中的监测提供基础对照。另外，可建议患者适当的体重管理方法。如果体重有进一步增加，且代谢指标出现异常，建议改用较少出现此类不良反应的抗精神病药物。

病历摘要（四）

自首次门诊以来连续服药总时间1年，病情稳定，半年前停药。近半个多月来患者无明显诱因出现兴奋、话多，整天忙碌要开公司，不停地写计划，到处张贴小广告，多次宴请同学、朋友谈合作，2周花去2万元。言辞夸大，扬言1年后公司要上市赚大钱。睡眠少或整夜不眠，却仍显精力充沛。有时情绪不稳定，哭泣，称自己过得很苦，钱花光了，每天只能吃一顿饭。近几天患者独自住宾馆，称有很多便衣暗中监视他，感到周围的气氛不对。时有自语，对空谩骂，发脾气，毁坏宾馆的物品。虽如此，仍然不分昼夜地忙碌开公司，随身携带的提包里装满了公司开业计划书。门诊以“躁狂、妄想状态”，按非自愿住院收住院。

躯体及神经系统检查、实验室检查和物理检查等，均无具有临床意义的阳性结果。

[**问题**] 据以上资料分析，患者可能存在哪些症状（群）？

高度怀疑情感症状群和精神病性症状群。

思路1：情感症状：包括情感高涨、活动增多、精力充沛、言辞夸大、睡眠减少，是本次反复的

学习笔记

主要表现。精神病性症状:包括被监视感、可疑幻听。两组症状在本次发作中均比较突出。

思路2:当同时出现两组表现都很突出的症状时,除了澄清症状的性质,还应重点澄清两组症状的关系(如原发和继发),精神病性症状与心境是否协调。

病历摘要(五)

住院当日精神状况检查(问答记录摘要):

医生问	患者答
学什么专业?	轻工生物。
喜欢吗?	开始不喜欢,现在喜欢了。
你上学怎么做生意了?	白天跑业务,晚上看书,两不误啊。
你的公司什么时候成立的?	正式成立是5月份。
公司有几个人?	20个人左右,都是大学生。
招聘过来的吗?	大一的时候就有一些关系。
工资怎么发?	不给工资,靠友谊嘛。
以前因为什么病来医院的?	上次是精神分裂症。
具体怎么回事?	主要是怀疑有个同学老是监视我,他从小就从老师那儿知道我的情况,周围人都知道我。
他会害你吗?	这个没有吧。
现在你的心情如何?	很好啊,XXX号。
什么是XXX号?	就是很好的意思。
听说你整夜不睡觉?	应该说不需要那么多睡眠,我现在睡2个小时就够了,每天很多事要做。再说精力好就不需要花太多时间睡觉了。
有能力开公司吗?	人就是要早点有想法,我现在开公司,一年后就能上市。但我也苦啊,花钱请人吃饭,自己有时只能吃一顿饭(哭泣)。
你花了多少钱了?	身边的2万元上一周内就基本花光了,总得请同学吃饭啊。
感到有人监视你?	在宾馆我就把他们的东西砸了,很多便衣啊,做点事真难,他们就不希望你能成大事。
你有时一个人讲话?	似乎听到有人说我,难道不可以骂他们?
想到会不成功吗?	没有想过,胆大才能做事。

YMRS评分:21分;HAMD评分:8分;PANSS评分:56分

[**问题1**]目前考虑什么诊断?

思路1:患者本次发病表现为明显的情感症状,即情感高涨、易激惹、兴趣增加、自我评价增高、行为动作增多、睡眠减少,虽然同时有精神病性症状,如关系妄想(被监视感)以及可疑幻听,但这些症状与患者的心境是协调的。因此要首先考虑伴有精神病性症状的躁狂发作。

回顾一年前首次发病表现,患者当时以精神病性症状为突出表现,同时亦有精力旺盛、情绪不稳定表现,只是在整体表现上不占主导。经过抗精神病药物(奥氮平)治疗后曾出现情绪低落、兴趣下降表现,减药后症状缓解,而精神病性症状未再出现。也应分别考虑躁狂和抑郁发作。

因此,该患者目前首先考虑:双相障碍(躁狂,伴有与心境相协调的精神病性症状)(ICD-10),需在治疗中进一步观察,排除精神分裂症的可能性。

学习笔记

知识点

ICD-10 双相障碍(躁狂,伴有精神病性症状)的诊断标准

符合躁狂发作的诊断标准。

发作不同时符合精神分裂症或分裂情感障碍躁狂型的标准。存在妄想和幻觉,但不应有典型精神分裂症的幻觉和妄想(即不包括完全不可能或与文化不相应的妄想,不包括对患者进行跟踪性评论的幻听或第三人称的幻听)。

除外:发作不是由于精神活性物质使用或任何器质性情感障碍所致。

使用第五位数字标明幻觉或妄想与心境是否相协调:

F30.20 躁狂,伴有与心境相协调的精神病性症状。

F30.21 躁狂,伴有与心境不相协调的精神病性症状。

思路 2:参照 DSM-Ⅳ诊断分类细分临床类型,诊断为“双相Ⅰ型障碍”,为临床治疗提供指导。

知识点

DSM-5 双相Ⅰ型和双相Ⅱ型的概念

双相Ⅰ型:必须符合躁狂发作诊断标准。躁狂发作可能先于轻躁狂或抑郁发作,也可发生于轻躁狂或抑郁发作之后。

双相Ⅱ型:必须符合目前或既往轻躁狂发作标准及符合目前或既往抑郁发作标准。

双相障碍的最严重形式为双相Ⅰ型障碍,终生患病率 1%,一次躁狂发作即可诊断。双相Ⅱ型和环性心境则终生患病率为 2%~7%。

[**问题 2**] 本次诊断与首次诊断不同,如何评价和考虑?

思路 1:反映了双相障碍诊断的复杂性和容易漏诊的特点。本例患者首次发病时精神病性症状比较明显,同时也有情感症状的线索,但当时忽视了。首次依据精神分裂症的诊断予以抗精神病药物治疗之后,精神症状较快缓解,但随之出现明确的抑郁症状,却再一次被忽略,以至于在维持治疗中没有及时调整治疗方案。这提示:对首发、起病年龄比较年轻、精神病性症状缓解快及治疗后期情感症状突出的患者,应高度怀疑存在双相障碍的可能性。在继续治疗的过程中,应对精神病性症状和情感症状同等程度地加以关注,以及时修正诊断。

思路 2:精神科基于症状学诊断的局限性,在患者每次就诊的过程中如有新的症状出现,都需要进行恰当评估,以使横断面的表现与纵向病史相结合,有助于验证和修正诊断。

知识点

双相障碍与精神分裂症的关系

传统观点认为精神分裂症和双相障碍分属不同的诊断类别,然而随着对其临床特征的了解和研究的深入,不仅发现这两类疾病存在部分交叉的临床症状,而且在发病年龄、性别分布和患病率上均存在很大相似性。越来越多的证据显示它们存在共同的分子遗传学基础。

1. 精神分裂症和双相障碍表型特征交叠,两组疾病的一级亲属较正常对照患病风险增高约 7~10 倍,具有相似的遗传易感性。

2. 分子遗传学研究提示二者存在遗传交叠,如共同的连锁区域为 13q 和 22q。

3. 它们在病因学上互有联系又各有特点,均有神经认知功能损害的表现,精神分裂症或有更为严重的脑结构和神经心理学方面的异常。

学习笔记

[问题3]以本病例为例,双相障碍应当重点与哪些精神障碍进行鉴别?

思路1:与精神分裂症相鉴别。患者首次发病时有明显的精神病性症状,同时亦有情感症状,经抗精神病药物治疗后,精神病性症状缓解,而一度出现抑郁症状。继续抗精神病药物治疗后出现躁狂症状,由于既有抑郁发作,又有躁狂发作,最终符合"双相障碍(躁狂,伴有精神病性症状)"的诊断标准。此过程表明双相障碍与精神分裂症既需要仔细的横断面甄别,也需要长期的纵向追踪。

知识点

如何鉴别双相障碍与精神分裂症

双相障碍是以情感障碍表现为主导症状并贯穿于整个病程,情感高涨或低落,伴随思维和行为改变,发作间歇期基本正常。而精神分裂症的表现是以特征性的幻觉、妄想、思维逻辑障碍等为主要表现,内心体验和周围环境不协调,发作间歇期多残留不同程度的社会功能缺损。如果在不符合躁狂发作或抑郁发作的心境下出现了幻觉、妄想、思维逻辑障碍等表现(即出现独立于情感症状之外的精神病性症状情况),一般不单纯考虑双相障碍的诊断,应考虑精神分裂症或分裂情感性精神病。

思路2:需重点排除下列可能的临床情况:

(1)器质性疾病所致的躁狂:一般没有典型的情感高涨表现。本例患者情感高涨表现比较突出,且病史中及入院后均未查及脑器质性和躯体疾病证据,故排除器质性疾病所致精神障碍。

(2)精神活性物质相关的精神障碍:物质或药物使用可导致类躁狂样表现,家属或患者提供相关的使用史。该患者无物质或药物使用史,故排除精神活性物质相关的精神障碍。

学习笔记

知识点

器质性疾病及精神活性物质所致的躁狂发作

躁狂发作可能伴随某些躯体疾病尤其是脑部疾病出现。这种由于躯体疾病所致的躁狂发作一般并不表现为典型的情感高涨,没有"愉快"的临床特点,而是以情绪不稳、焦虑紧张等体验为主,其发生与原发疾病密切相关。发生于脑器质性疾病的躁狂以"欣快"体验为主,不具有鲜明性和感染力,患者并不主动参与环境。详细的躯体及实验室检查可资鉴别。

某些药物可导致类似躁狂的表现,这种类躁狂与用药有密切的关系,患者常伴有程度不等的意识障碍,一般不难鉴别。

病历摘要(六)

住院后停用奥氮平,选用喹硫平、碳酸锂、双丙戊酸钠治疗。喹硫平起始剂量100mg/d,1周内加至600mg/d,2周内加至700mg/d;碳酸锂1.0g/d,双丙戊酸钠1.5g/d。治疗3周后多疑、被监视感消失,情绪趋于平稳,思维流畅,无明显加速现象,夸大减轻,认为自己还是学生,先要学习,完成学业才能工作,称当时似乎控制不了自己的行为,对病情有部分认识。治疗6周后症状基本消失,临床痊愈出院。出院时继续使用的药物剂量为:喹硫平600mg/d,碳酸锂1.0g/d,双丙戊酸钠1.0g/d。

[问题1]双相障碍的治疗分期与治疗药物选择。

双相障碍治疗总体分为急性期、巩固期和维持期。

思路：急性期治疗包括双相抑郁发作和躁狂发作治疗。躁狂发作急性期治疗主要使用传统心境稳定剂，如碳酸锂、丙戊酸盐和卡马西平，近年来第二代抗精神病药物已用于躁狂发作治疗。抑郁发作急性期治疗至今仍面临很大挑战，很少药物被证实有效，其中抗抑郁药物的使用争议最大，有很多互为矛盾的研究结论。一些研究显示拉莫三嗪有中度疗效。第二代抗精神病药物喹硫平具有治疗双相抑郁的适应证，其他治疗双相抑郁的药物为奥氮平和氟西汀合剂、鲁拉西酮。

巩固维持期治疗的主要目标是防止复燃、预防复发，保持病情稳定，从临床治愈转向痊愈，恢复社会职业功能。现有研究表明，碳酸锂预防复发效果优于丙戊酸盐；而近年来使用第二代抗精神病药物维持治疗双相障碍的研究较多，常用的喹硫平、奥氮平、注射用利培酮和阿立哌唑单药治疗，以及锂盐或双丙戊酸钠分别联合喹硫平、注射用利培酮、阿立哌唑、齐拉西酮均获准临床应用。

[问题 2] 双相躁狂急性期治疗的基本原则与药物治疗的具体推荐。

思路 1：双相障碍的治疗主要参考 2007 年《中国双相障碍治疗指南》。

知识点

《中国双相障碍治疗指南》双相躁狂急性期治疗规范化程序

第一步：①以心境稳定剂（包括某些第二代抗精神病药物）单药治疗为主，可选用锂盐；②由于混合发作对锂盐反应差，可选用卡马西平、丙戊酸盐；③躁狂及混合性发作可伴有过度兴奋、暴力行为及精神病性症状，直接使用第二代抗精神病药物。

若兴奋症状突出，可在以上 3 种方案中临时加用苯二氮䓬类药物，如口服或肌内注射氯硝西泮，控制症状后逐渐停用。各方案中所用药物均应在可耐受的条件下尽快达到有效治疗剂量。

第二步：采用联合治疗策略，一般继续沿用第一步骤所选择的方案加用另一种药物（包括第一代抗精神病药）进行联合治疗。

第三步：加用 MECT 强化治疗。临床上，严重兴奋状态可能导致严重后果，为尽快控制症状，也可以在治疗的第一、第二步骤便施行 MECT。如果经上述治疗仍无效，应组织专家会诊，分析治疗无效的原因，给予妥善处理。经药物治疗病情缓解者，应继续原治疗方案 2~3 个月，以防复燃。此期可在密切观察下适当减少药量或品种，但仍以包括心境稳定剂的联合治疗为宜。

思路 2：还建议参考最新出版的 2013 年加拿大焦虑与心境障碍治疗网络（Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments，CANMAT）联合国际双相障碍学会（Intemational Societyfor Bipolar Disorders，ISBD）推出的《双相障碍治疗指南更新》。

知识点

《CANMAT/ISBD》躁狂急性期药物治疗推荐

一线推荐：单独治疗用药可选锂盐、双丙戊酸钠、双丙戊酸钠缓释剂、奥氮平、利培酮、喹硫平、喹硫平缓释片、阿立哌唑、齐拉西酮、阿塞那平、帕潘立酮缓释片；联合治疗用药可选利培酮、喹硫平、奥氮平、阿立哌唑、阿塞那平等，辅助锂盐或双丙戊酸钠治疗。

二线推荐：单独治疗可选卡马西平、卡马西平缓释片、ECT、氟哌啶醇；联合治疗可选锂盐 + 双丙戊酸钠。

三线推荐：单独治疗可选氯丙嗪、氯氮平、奥卡西平、他莫昔芬、卡立哌嗪；联合治疗可选锂盐或双丙戊酸钠 + 氟哌啶醇，锂盐 + 卡马西平。

不予推荐：单独治疗用加巴喷丁、托吡酯、拉莫三嗪、维拉帕米、噻加宾；联合治疗用利培酮 + 卡马西平，奥氮平 + 卡马西平。

学习笔记

[问题3]本例患者急性期治疗是否恰当？需注意哪些问题？

思路1：患者为双相障碍，目前为伴有精神病性症状的躁狂发作，选择碳酸锂、丙戊酸钠，联合喹硫平治疗符合治疗指南。需要注意的是，碳酸锂与丙戊酸钠联合治疗时各自的药物剂量可能下降，因两药治疗剂量与中毒剂量比较接近，而且丙戊酸盐是细胞色素CYP450同工酶抑制剂，影响多种药物的代谢过程，因此治疗过程中应定期监测血锂浓度及丙戊酸盐浓度、肝肾功能及其他常规指标。躁狂发作急性期使用喹硫平治疗的推荐剂量为600mg/d以上，以快速控制兴奋症状。

思路2：碳酸锂治疗浓度与中毒浓度比较接近，治疗过程中除了监测血锂浓度外，临床应观察患者的意识状态、言语清晰度，如是否有口齿不清、胃肠道症状如腹泻、有无四肢震颤和步态不稳现象，以便早期发现中毒表现。丙戊酸盐治疗过程中应注意剂量，过量会引起意识障碍和精神病性症状如幻觉，还要注意肝脏的毒副反应，有些患者治疗的过程中会出现水肿及肥胖现象。

知识点

血锂浓度与锂盐过量、中毒

由于锂盐的治疗量和中毒量较接近，应对锂盐浓度进行监测。急性期治疗的血锂浓度为0.6~1.2mmol/L，维持治疗的血锂浓度为0.5~0.8mmol/L。1.4mmol/L视为有效浓度的上限，老年患者的治疗血锂浓度不超过1.0mmol/L为宜。

锂盐过量中毒指当血锂浓度达到或超过1.5mmol/L时所出现的程度不等的中毒症状。早期表现为不良反应加重，如频发的呕吐和腹泻、无力、淡漠，肢体震颤由细小变得粗大，反射亢进。血锂浓度2.0mmol/L以上可出现严重中毒，表现为意识模糊、共济失调、吐字不清、癫痫发作乃至昏迷，应立即停药，清除过多的锂，如洗胃、输液，矫正脱水、维持适当体液和电解质平衡。严重中毒可用血液透析。其他治疗包括支持和对症治疗。

另外，碳酸锂治疗可引起白细胞升高。

思路3：要关注丙戊酸盐使用时的注意事项。

知识点

丙戊酸盐的使用注意事项

效能：治疗双相障碍的躁狂发作，特别是快速循环发作及混合性发作效果较好。

用法和注意事项：抗躁狂治疗应从小剂量开始，0.5~0.75g/d，逐渐增加至1.0~2.0g/d，不超过3.0g/d。有效血药浓度为50~100μg/ml，以不超过125μg/ml为宜。白细胞减少与严重肝脏疾病者禁用。肝、肾功能不全者应减量。治疗期间定期检查肝功能与白细胞计数。本品可经乳汁分泌，哺乳期妇女使用本品应停止哺乳。6岁以下禁用，老年患者酌情减量。

不良反应：常见有恶心、呕吐、厌食、腹泻等。少数可出现嗜睡、震颤、共济失调、脱发、异常兴奋与烦躁不安等。偶见过敏性皮疹、血小板减少症或血小板凝聚抑制引起异常出血或瘀斑、白细胞减少或中毒性肝损害。极少数发生急性胰腺炎。

药物过量：早期表现为恶心、呕吐、腹泻、厌食等消化道症状，继而出现肌无力、四肢震颤、共济失调、嗜睡、意识模糊或昏迷。

学习笔记

病历摘要(七)

出院时后坚持服药,喹硫平 600mg/d,碳酸锂 1.0g/d,丙戊酸钠 1.0g/d。坚持上学,并将第一次住院期间未考试的科目全部补考过关。经多次随访后,鉴于病情稳定日久,在维持治疗 1 年后逐渐减少所用药物的品种与剂量,调整药物及剂量为喹硫平 300mg/d,丙戊酸钠 1.0g/d,继续治疗 1 年半,病情稳定,顺利毕业,已准备工作,患者本人及家属都希望能够停药。

[**问题 1**] 双相障碍维持期长期随访的治疗模式如何?

思路:双相障碍维持期治疗应是采取药物治疗、躯体治疗、物理治疗、心理治疗、危机干预等措施的综合治疗。需考虑多方面因素,如治疗的依从性、复发的预防、预防快速循环的可能、维持治疗的药物选择、维持治疗的药物剂量、心理 - 社会干预等。

[**问题 2**] 如何与家属和患者沟通维持期的治疗?

思路 1:双相障碍是反复发作性疾病,应告知患者和家属长期治疗的重要性和实施方法。本例患者为第二次发作,经急性期快速控制后即进入维持治疗期。应告知家属维持期治疗并不一定能够完全防止复发可能,教育患者和家属了解早期复发的表现,以便自我监测并及时复诊。

思路 2:维持期持续多久目前尚无定论。该患者本次为第二次发作,维持期治疗应在 2~3 年,其后如病情持续稳定可逐渐减药(包括药物品种与剂量),边减边观察,如有波动,建议立即恢复原治疗方案,并维持更长时间,总体原则是防止复发。

思路 3:维持期治疗需监测相关指标,总体原则既具有治疗效应,又保证安全性。应定期复查相关指标,早期发现一些不良反应并及时复诊。

知识点

双相躁狂维持期治疗要点

1. 心境稳定剂:①碳酸锂:维持量为最低有效量,血锂浓度应保持在 0.5~0.8mmol/L 之间。维持期期间一旦有复燃或复发迹象,立刻增量;如果既往有突然转相史,则减量宜小。②丙戊酸钠:预防躁狂发作的持续时间比锂盐长。有效维持血药浓度为 50~100μg/ml,据此调节药量。③卡马西平:卡马西平对双相障碍的维持功效显著优于安慰剂,但在延长下次复燃或复发时间方面不如锂盐。④拉莫三嗪:对双相Ⅰ型患者的维持治疗有效,FDA 批准拉莫三嗪用于双相障碍的维持治疗,主要延迟抑郁复燃或复发,而锂盐主要延迟躁狂复燃或复发。⑤托吡酯:因缺乏对照资料,托吡酯不作为双相障碍维持治疗的主要候选药物。⑥加巴喷丁:尚没有加巴喷丁对双相障碍快速循环患者的具体试验。加巴喷丁的一项试验中包括了双相障碍快速循环患者,提示其疗效低于拉莫三嗪,与安慰剂相当。

2. 抗精神病药:第一次躁狂发作恢复后,1 年内约一半患者将有第二次躁狂发作。从理论上讲,进入维持阶段后,抗精神病药应逐渐撤除,但单用心境稳定剂效果或有限,若患者为精神病性躁狂,长期使用抗精神病药仍为维持期治疗的趋势。①第一代抗精神病药:单用或辅助使用第一代抗精神病药预防双相障碍的效果不确切,常引起转相而导致躁狂后抑郁和快速循环发作。②第二代抗精神病药:利培酮长期治疗有心境稳定效应,对躁狂和抑郁症状均有效;锂盐或丙戊酸钠联合奥氮平使到下次症状复燃的时间明显延长,复燃率倾向较低;喹硫平已被批准为单药治疗双相抑郁和双相躁狂;齐拉西酮联合心境稳定剂可治疗躁狂;氯氮平辅助抗躁狂有长期效应,但只用于难治性患者而不用于早期干预。

学习笔记

【总结】

双相障碍是指既有符合症状学诊断标准的躁狂或轻躁狂发作，又有抑郁发作的一类重性、高致残性心境障碍（双相Ⅰ型可无抑郁发作）。根据美国精神病学会2013年5月推出的第5版《精神障碍诊断与统计手册》（DSM-5），该病划分为双相Ⅰ型、双相Ⅱ型、环性心境障碍、物质/药物导致的双相及相关障碍、其他内科疾病所致双相及相关障碍、其他特定的双相及相关障碍、非特定的双相及相关障碍等类型。双相Ⅰ型障碍是指临床过程中包含一次或以上躁狂/混合发作；双相Ⅱ型是指包含一次或以上重性抑郁发作以及至少一次轻躁狂发作（没有躁狂发作，也非混合发作）。

双相Ⅰ型障碍患者出现精神病性症状的概率（不管近1个月或终生）显著高于双相Ⅱ型患者。在诊断过程中要防止误诊，尤其对年轻的首发患者，虽短期诊断精神分裂症，仍需根据患者病情变化定期重新评估诊断及治疗。因双相障碍被误诊的概率较大，有研究显示，有些双相障碍患者可长达7~10年才被正确诊断。

双相障碍的治疗主要分为急性期快速控制和巩固、维持期长期随访的治疗模式。双相障碍治疗药物主要包括心境稳定剂、抗精神病药、抗抑郁药和镇静催眠药四大类。双相躁狂急性期治疗规范化程序：第一步骤以心境稳定剂单药治疗或采用联合治疗策略，在第一种心境稳定剂的基础上联合/加用另一种药物（包括第一代抗精神病药）治疗。第二步骤指在药物控制不佳或见效缓慢的情况下加用MECT强化治疗。临床上，严重兴奋状态可能导致严重后果，为尽快控制症状，也可以在治疗第一步骤的同时施行MECT。双相躁狂发作巩固、维持期治疗的主要药物为心境稳定剂和第二代抗精神病药物，治疗期间心境稳定剂剂量宜根据血药浓度进行调整，可适当减量至最低有效量。抗精神病药物只宜选择第二代抗精神病药物。一般采用心境稳定剂单药或联合治疗，或1种（不超过2种）心境稳定剂联合抗精神病药物。其他治疗包括心理治疗等。长期治疗过程中应定期进行药物血药浓度和血液学指标、肝肾功能、相关代谢指标的检测。

第二节 双相Ⅱ型障碍与抑郁发作

【临床病例】

病历摘要（一）

女，21岁，大二学生。情绪低落、兴趣减退、寡言少动、生活懒散1个月余，在母亲陪同下来门诊。

患者与男友分手后，逐渐出现胃口差、早醒，心情压抑、烦躁，早上尤其明显。整天愁眉苦脸，对任何事情不感兴趣，连原来最喜欢逛淘宝店浏览或购物也觉得无聊。说话少，不愿意和室友交流。生活懒散，一周洗一次澡，经常待在寝室不去上课。自觉变笨了，称自己“是班上最笨的”，感到前途没希望，读书花钱连累父母，认为活着没什么意思。发病以来患者睡眠差，进食差，近一个月体重下降3kg，并有消极言行，尚未见明显的冲动言行。

既往体健，性格内向、敏感，自我要求苛刻。家族史：叔叔有“抑郁发作”病史，目前仍然使用抗抑郁药物治疗，病情基本稳定。

躯体和神经系统检查未见阳性体征；辅助检查血常规、电解质、肝肾功能均在正常范围之内。

精神检查：意识清晰，定向准确，接触交谈基本合作，仪态欠整，注意力集中，陈述病史中的情况时语音较低，言语较少，语速偏慢，思维略显迟缓，自我评价低，存在消极言语，情感明显低落。未发现幻觉和妄想，无冲动行为，智能粗测正常，自知力部分存在。

学习笔记

[问题1] 心境障碍有哪些高危因素?

思路:本例患者为年轻女性,有抑郁障碍家族史,既往无罹患躯体疾病,本次起病主要为情绪障碍,为抑郁发作高危人群,应给予重视。

知识点

心境(抑郁/双相)障碍发病因素

遗传、性别、年龄、罹患躯体疾病等是心境障碍发生的生物学危险因素,人格特点、童年期创伤经历以及是否遭遇生活事件是发病的重要心理-社会因素。

1. 生物学因素:①遗传因素。抑郁障碍患者亲属罹患该病的概率是普通人群的10~30倍,遗传度可达40%~70%。而且血缘关系越近,患此病风险越高。②性别。成年女性患病率约为男性的2倍,可能与性激素、男女心理-社会应激以及应对应激(应激性事件)的行为模式不同有关,但女性的自杀死亡率低于男性。③年龄。心境障碍发病年龄为20~50岁,女性早于男性。双相障碍早于单相抑郁,双相障碍平均发病年龄<20岁,单相抑郁为>30岁。④躯体疾病。躯体疾病因素尤其是慢性躯体疾病(持续2年以上)、严重躯体疾病或疼痛性疾病,如心血管疾病(如冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌梗死等)、癌症、神经系统疾病(如帕金森病、多发性硬化、脑卒中、癫痫、颅脑损伤等)、内分泌疾病(如糖尿病、甲状腺功能低下、甲状旁腺功能障碍、Addison病、Cushing综合征、高催乳素血症等)等患者罹患抑郁障碍的风险明显高。此外,在产后发生抑郁的可能性也较大。

2. 心境(抑郁/双相)障碍发作的心理-社会因素:①人格特征。神经质、焦虑、冲动性和强迫性等人格特征者更易出现抑郁发作。②童年期创伤经历。③生活事件。常见负性生活事件,如丧偶、离婚、婚姻不和谐、分居、失恋、失业、严重躯体疾病、家庭成员患重病或突然病故,均可导致抑郁障碍的发生。

[问题2] 目前有哪些症状?考虑哪些诊断?

思路1:患者主要的临床表现为:①精神症状有显著而持久的心境低落、兴趣丧失、自我评价低、活动减少、自杀观念、思维迟缓;②躯体症状有胃口差、体重下降、睡眠差,并表现出"晨重夜轻"的节律。

知识点

抑郁发作症状特点

以心境低落、兴趣丧失、疲乏无力为典型症状,伴有活动减少、注意力下降、思维迟缓、认知功能损害等表现。食欲和性欲下降、体重减轻、以早醒为特征的睡眠障碍(也有失眠)、症状晨重晚轻的节律等生物性症状代表"内源性抑郁"的特征。另外,各种疼痛、内感不适、人格解体和现实解体、精神病性症状及强迫症状等也不少见。所有症状持续两周以上才符合"显著而持久"的概念。

思路2:患者具有抑郁发作的三个典型症状和六个其他症状,没有幻觉和妄想,故诊断初步考虑为"重度抑郁发作,不伴有精神病性症状"(ICD-10抑郁障碍诊断概念与类型划分,见第四章)。

思路3:对该患者的病因学分析("3P"因素分析)有助于制订长期治疗方案、临床沟通和估计预后。内向、敏感、自我要求苛刻的性格特点,叔叔有"抑郁发作"病史等,是发病的素质因素,也可能成为持续因素;与男友分手是诱发因素。

[问题3]需要和哪些疾病相鉴别?

思路1:抑郁发作首先需要与继发的心境障碍鉴别。①继发性心境障碍通常有明显的器质性疾病或精神活性物质使用史,体格检查和辅助检查常有阳性发现;②器质性心境障碍急性期可出现意识障碍,如谵妄等急性脑病综合征表现,慢性期则可出现遗忘综合征及智力障碍;③器质性和药源性心境障碍的症状随原发疾病的病情消长而波动,原发疾病好转或在有关药物停用后,情感症状会逐渐好转或消失;④继发性心境障碍既往多数没有心境障碍的发作史,而原发心境障碍可有类似的发作史。

思路2:患者起病于失恋之后,需要与应激相关障碍鉴别。①创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder,PTSD)常在严重的、灾难性的、对生命有威胁的创伤性事件如强奸、地震、被虐待后出现,多数有典型的三联症表现(闯入性回忆或闪回、警觉性增高、持续的回避)。②适应性障碍与一般生活事件(如工作失败、失恋等)以及敏感的个性特点、不当的应对方式等有关,可表现出抑郁、焦虑的症状,但一般不会达到能够独立诊断抑郁发作的程度。ICD-10的适应障碍中有"短暂的抑郁反应"亚型,所指为生活事件后出现的不超过1个月的轻度抑郁状态,"持久的抑郁反应"为长期的应激情景中出现的不超过2年的轻度抑郁状态。本例的症状表现显然超出了一般的轻度抑郁状态。

思路3:患者出现动力缺乏、生活懒散,需与精神分裂症相鉴别。①精神分裂症的精神运动性抑制症状,其情感非原发症状,而是以思维障碍和情感淡漠为原发症状。②精神分裂症患者的思维、情感和意志行为等精神活动是不协调的,常表现为言语凌乱、思维不连贯、情感不协调,行为怪异,没有感染力。③精神分裂症多数为发作进展或持续进展病程,病情缓慢期常有残留精神症状或人格的缺损;而抑郁发作大多为间歇病程,间歇期基本正常。④病前性格、家族遗传史、预后和药物治疗的反应等均有助于鉴别。当然,最重要的鉴别要点是存在诊断精神分裂症的特征性症状。

思路4:与恶劣心境相鉴别。恶劣心境是一种慢性、轻度、持续性的心境低落,一般病程标准在2年以上,其间从未符合过抑郁发作的诊断标准。病程中心情不好的时间远远多于心情正常的时间,即几乎没有间歇期。没有抑郁发作的特征性生物学症状(即"躯体综合征")。如果在恶劣心境的病程中叠加1次以上典型的抑郁发作,则诊断为"双重抑郁"。

[问题4]根据目前诊断,如何制订治疗方案?

思路1:患者抑郁发作诊断明确,病情严重,社会功能明显受损,需积极的医学帮助与治疗介入,抗抑郁药物治疗是首要选择。

知识点

常用抗抑郁药物分类

三环类抗抑郁药(TCAs):阿米替林、丙米嗪、氯米帕明。

单胺氧化酶抑制剂(MAOIs):苯乙肼、吗氯贝胺。

选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs):氟西汀、帕罗西汀、氟伏沙明、舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰。

5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs):文拉法辛、度洛西汀。

肾上腺素和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(NaSSA):米氮平(米塔扎平)。

去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂(NDRI):安非他酮。

其他:阿戈美拉汀、曲唑酮等。

思路2:综合考虑患者情况:青年女性,无明显的躯体疾病。根据《中国抑郁障碍防治指南》,该患者拟选择SSRIs作为初始治疗,处方西酞普兰20mg/d。

学习笔记

知识点

《中国抑郁障碍防治指南》选用抗抑郁药物的原则

1. 诊断要明确。

2. 全面考虑患者症状特点、年龄、躯体情况、药物的耐受性、有无合并症，因人而异地个体化合理用药。

3. 逐渐递增，尽可能采用最小有效剂量，使不良反应减至最小，以提高服药依从性。

4. 小剂量疗效不佳时，根据不良反应和耐受情况，增至足量（有效值上限）和足够长的疗程（>6~10 周）。

5. 如仍无效，可考虑换药，换用同类药物或作用机制不同的另一类药。

6. 尽可能单一用药，应足量、足疗程治疗。当换药无效时，可考虑两种作用机制不同的抗抑郁药物联合使用。一般不主张联用两种以上抗抑郁药。

7. 治疗前后向患者及家人阐明药物性质、作用和可能发生的不良反应及对策，争取他们的主动配合，能遵医嘱按时按量服药。

8. 治疗期间密切观察变化和不良反应并及时处理。

9. 根据生物 - 心理 - 社会医学模式，心理应激因素在本病发生发展中起重要作用，因此，在药物治疗基础上辅以心理治疗，可望取得更佳效果。

10. 积极治疗与抑郁共病的躯体疾病、物质依赖、焦虑障碍等。

思路 3：根据患者对药物治疗反应是否“敏感”、症状控制、病情改善等情况。治疗 2 周后，西酞普兰可酌情加至 40mg/d，并定期门诊随访。

知识点

抑郁障碍的全病程治疗

1. 急性期治疗控制症状，并尽可能达到临床治愈。治疗严重的抑郁症时，一般药物治疗 2~4 周开始有效。如果患者用药治疗 6~8 周无效，改用同类另一种药物或作用机制不同的另一类药物可能有效。

2. 巩固期治疗的目的是防止症状复燃。巩固治疗至少 4~6 个月，所使用药物的剂量应与急性期相同，而且用法等保持一致。在此期间患者常出现病情不稳定，症状复燃风险较大。

3. 维持期治疗的目的在于防止病情复发，在此期间可以根据情况适当调减药物种类和剂量。维持治疗完成后，病情稳定，可缓慢减药至终止治疗。但应密切监测复发的早期征象，一旦发现宜迅速恢复原有治疗。多数意见认为首次抑郁发作维持治疗为 9~12 个月；有 2 次以上复发特别是起病于青少年、伴有精神症状、病情严重、风险高并有家族遗传史的患者维持治疗时间至少 2~3 年；多次复发（3 次以上）和（或）残留症状明显的患者主张长期维持治疗。

思路 4：门诊医生需要采用汉密尔顿抑郁量表 -17 项（HAMD-17）及治疗副反应量表（TESS）评估服药期间病情的变化，观察西酞普兰的疗效与不良反应。

知识点

抗抑郁治疗的“5R”概念

Response（有效）：HAMD-17 或蒙哥马利 - 阿瑟伯格抑郁量表（Montgomery-Asberg depression rating scale，MADRS）治疗前后的减分率 >50%。

学习笔记

Remission(临床治愈/缓解):HAMD-17 总分≤7 分,或 MADRS 总分≤10 分。

Recovery(痊愈/稳定缓解):HAMD-17 总分≤7 分,或 MADRS 总分≤10 分,抑郁症状消失至少 6 个月。

Relapse(复燃):患者急性期病情缓解,进入巩固治疗期之后症状再燃,即在抗抑郁治疗起效后 6 个月内病情复现。

Recurrence(复发):维持期之后病情控制、本次发作完全缓解后再次出现新的抑郁发作。

病历摘要(二)

患者第一次门诊就诊后至今 2 周,因为害怕药物不良反应影响学习,只吃了几片药。2 小时前用刀割腕自杀被室友发现,送至综合医院急诊清创缝合处理后建议到精神科就诊,在辅导员和同学的陪同下来诊。精神检查:意识清晰,定向全面,接触交谈不合作,仪态欠整,问多答少,不停叹气,不愿与医生交流,未见怪异行为,智能检查不合作,对疾病缺乏自知力,仍然不愿意住院治疗,认为通过自己的意志力可以调节好自己的抑郁情绪。

[**问题**] 辅导员要求让患者住院,作为门诊接诊医生,应如何处理?

思路 1:患者出现自伤行为,且 2 周前已经确诊为“重度抑郁发作,不伴有精神病性症状”,属于《精神卫生法》所指的“严重精神障碍”,符合《精神卫生法》第三十条第一项的非自愿住院治疗的标准。

思路 2:该患者应当按照《精神卫生法》第三十一条的规定,由监护人决定是否住院治疗。按照《精神卫生法》第八十三条的规定,只有患者的父母或者其他近亲属才能担任监护人,因此医生应当与患者的陪伴者(辅导员)沟通,让学校尽快联系患者的父母或者近亲属前来作出是否让患者住院的决定,或者由患者的监护人出具临时委托书,由被委托人暂时代为办理住院手续。

病历摘要(三)

因患者父母在外地不能立即赶到,但患者病情紧急需要立即住院,故患者父母紧急传真委托书,决定让患者住院并委托学校辅导员代为办理住院手续,承诺 2 天后赶到医院补办入院手续的签字。入院后考虑患者睡眠不佳、胃口较差、体重下降,同时患者在院外未服药,改用米氮平 15mg qn 治疗。治疗 2 天后,患者的情绪明显好转,愿意和其他病友交流,乐于助人,成为病房内的“开心果”。查房时患者称前一个月是在积蓄能量,现在复活了。自觉头脑清醒了,要做的事情很多,反复要求出院,以弥补之前落下的功课,还要参加社团比赛活动等。追问病史,患者称中学阶段以来几乎每年都有一两个月的时间感觉非常好,精力旺盛,感觉脑子转得比较快,而且爱花钱,受人欢迎。患者很喜欢那种感觉。

入院后辅助检查:血液学指标、血电解质、肝肾功能、血糖、甲状腺功能未见明显异常;胸部 X 线片、心电图、脑电图均正常。

[**问题 1**] 患者病情改变与抗抑郁药物治疗有关吗?为什么?

思路 1:患者入院才两天,刚刚开始使用抗抑郁药物,其药理作用尚未充分发挥,但患者情绪出现戏剧性好转,成为病房中的“开心果”。应首要考虑是病情的自然演变,即病情转相,从抑郁发作转向了躁狂发作。结合询问病史,追溯病情演变过程,证明其情绪“波动性”、“不稳定性”的特征久已存在。由此可见,患者应该更改诊断为双相障碍(BPD)。

学习笔记

知识点

双相障碍误诊的常见原因

1. 首次发作为抑郁发作的患者已被误诊，在临床上 BPD 患者以抑郁发作起病者数倍于以躁狂发作起病者。

2. 现有诊断分类系统对“轻躁狂发作”的诊断要件、尤其是病期标准过于苛刻，即便相对宽松些的 DSM-Ⅳ也要求诊断患者为“轻躁狂发作”时，需满足症状标准的同时，至少持续 4 天。但不少临床可能观察到的轻躁狂持续时间仅为 1~3 天。

3. 许多患者在就诊时不愿意回忆轻躁狂发作，或将曾经出现过的轻躁狂发作视为正常行为范畴，甚至当作渴望出现的状态。

4. 部分医生未能及时识别患者的轻躁狂。

5. 不典型症状在双相抑郁中更为常见。

思路 2：目前患者情绪略显高涨，活跃，要求增多，但是不影响患者的日常生活。根据现有症状以及既往发作史、病程发展情况，修改诊断为“双相障碍，目前为轻躁狂”。

知识点

轻 躁 狂

轻躁狂（hypomania）是躁狂发作的较轻表现形式，也可以称为阈下躁狂发作。较之环性心境，其心境和行为的异常及波动性更为明显，不宜归于其下。轻躁狂不伴有幻觉及妄想等精神病性症状。存在（至少连续几天）心境高涨、精力和活动增多、说话滔滔不绝、与人过分熟悉、性欲增强、睡眠减少等表现，但是其程度不导致工作严重受损或引起社会拒绝。

思路 3：DSM-5 强调诊断心境障碍时要注明病情严重程度和病程特点，以及是否伴有精神病性症状等，特别是在双相障碍中需进一步区分究竟属于双相Ⅰ型障碍抑或双相Ⅱ型障碍，按照 DSM 诊断系统，本患者归属于双相Ⅱ型障碍。

知识点

双相Ⅰ型和双相Ⅱ型

DSM 诊断系统将双相障碍分为双相Ⅰ型（躁狂或混合发作 + 重性抑郁发作）和双相Ⅱ型（轻躁狂发作 + 重性抑郁发作）。

抑郁障碍患者一旦出现满足诊断标准的轻躁狂发作，即应修改诊断为“双相Ⅱ型障碍”；双相Ⅱ型障碍患者若出现躁狂发作则改诊断为“双相Ⅰ型障碍”。

[问题 2] 患者以后的治疗需要如何调整？

思路 1：诊断由重度抑郁发作更改为双相障碍轻躁狂发作（双相Ⅱ型障碍），因此需要遵循双相障碍治疗原则实施整体治疗计划。

知识点

双相障碍治疗原则

1. 综合治疗原则：采用药物治疗、物理治疗、心理治疗（包括家庭治疗）和危机干预等措施的综合治疗。

学习笔记

2. 长期治疗原则：①急性期治疗的目的是控制症状、缩短病程。治疗应充分并达到完全缓解，以免症状复燃或恶化。②巩固治疗的目的是防止症状复燃、促进社会功能的恢复。药物（如心境稳定剂）剂量应与急性期相同。一般抑郁发作的巩固期治疗时间为4~6个月，如无复燃，即可以转入维持期治疗。③维持期治疗的目的在于防止复发、维持良好的社会功能，提高患者生活质量。对于已确诊的双相障碍患者，可在第二次发作（无论是躁狂还是抑郁）缓解后即给予维持治疗。维持期治疗中，在密切观察下可适当调整治疗措施和治疗药物的剂量，如逐渐减少或停用联合治疗中的非心境稳定剂。使用治疗剂量的心境稳定剂者预防复发的效果较使用低于治疗剂量者好。

思路2：针对该患者，治疗需要首先选用心境稳定剂，并停用抗抑郁药物。患者为年轻女性，考虑到丙戊酸盐可能引起多囊卵巢综合征、体重增加等不良反应，综合考虑宜使用碳酸锂治疗，起始剂量0.5g/d。使用碳酸锂需定期复查血锂浓度，密切注意并防止锂盐中毒。治疗第1个月建议每周复查1次，1个月后每2周复查1次或酌情处理。

思路3：要注意双相抑郁发作患者急性期药物治疗选择策略及病情控制不佳时的后续药物治疗方案选择。

知识点

双相障碍抑郁发作推荐用药

一线药物：喹硫平、锂剂或拉莫三嗪单独用药；奥氟合剂，锂剂或丙戊酸盐+SSRIs/安非他酮，奥氮平+SSRIs，锂剂+丙戊酸盐。

二线药物：喹硫平+SSRIs/锂剂/丙戊酸钠。

思路4：双相抑郁患者在住院期间除了给予药物治疗等措施，还需要辅助心理治疗，以使患者认识疾病，鼓励患者正确对待疾病，提高治疗依从性。认知行为治疗、家庭治疗及团体治疗是比较合适的心理治疗选择，可以达到全面提升疗效、更好改善预后的效果。

知识点

双相抑郁发作的心理治疗要点

抑郁发作常有社会-心理因素的影响，药物治疗若联合心理治疗往往有事半功倍的作用。建议以支持性心理治疗为主，通过倾听、解释、指导、鼓励和安慰等帮助患者正确认识和对待自身疾病，主动配合治疗；其他方式还包括认知治疗、行为治疗、人际心理治疗、婚姻及家庭治疗等一系列的心理治疗技术，纠正患者歪曲的认知，矫正其不良行为，改善人际交往能力，提高患者家庭和婚姻的满意度，减轻抑郁情绪，调动其积极性，纠正其过偏的人格，提高解决问题的能力，最终达到节省医疗费用、促进其康复、预防复发的功效。

病历摘要（四）

经调整治疗方案，使用碳酸锂起始剂量0.5g/d，一周内加至1.5g/d，继续住院治疗1个月后，患者病情逐渐稳定，待人接物适切，处事理智合理，能主动帮助年老病友，且与其他的病友相处融洽。无药物不良反应，查血锂浓度1.0mmol/L。因学校进入期中考试阶段，患者出院回校。

[**问题**] 出院后患者及家属需要注意什么？

学习笔记

思路1：患者因病情稳定出院，需要做好出院宣教。嘱咐按时规律服药，定期门诊随访，不随意减药和停药，以防止复燃/复发，同时要定期复查血锂。

知识点

双相障碍的复燃/复发

双相障碍患者停药后1年内复发率明显高于单相抑郁。有学者认为，一生中只发作一次的双相障碍病例仅占5%。随访研究发现，40%的双相障碍患者在1年内复发，60%的双相障碍患者2年内复发，73%的双相障碍患者在5年内复发。最初的3次心境发作（复发），每次发作间歇期通常会越来越短，以后的发作时间、间歇期持续时间却可能较少改变。而每次发作经系统治疗后，约70%的患者可获得显著进步和（或）完全缓解。

思路2：双相障碍抑郁发作患者病情缓解后进入巩固维持治疗期间，除了告知患者定期随访、坚持服药等要点，还需要对患者家属进行疾病知识宣教，让家属协助做好监督、督促、简评等事情，同时提供平和、温馨、合适的社会支持及康复环境等以减少疾病复发。

心理治疗和社会支持系统对预防双相障碍的复发有非常重要的作用，应尽可能解除或减轻患者过重的心理负担和压力，帮助患者解决生活和工作中的实际困难及问题，提高患者应对能力，积极为其创造良好的环境。

【总结】

本例患者为年轻女性，发病早期以情绪低落、兴趣减退、自我评价低等一系列典型的抑郁症状为主要表现，也因此而被误诊为“抑郁发作”，但不久就出现兴奋、话多、自我感觉好等轻躁狂症状，使诊断得到明确。纵观其发病情况与既往病情演变过程，该病例是一个典型的双相障碍Ⅱ型病例。

双相障碍常会被误诊或漏诊，临床上尤需注意具有一系列“非典型特征”的抑郁发作患者。这些非典型特征包括：青少年起病，病期短暂（“一阵风”式的抑郁），具双相障碍阳性家族史，情绪起伏大，迟滞/疲乏症状突出，病情复杂（如伴精神病性症状、共患物质滥用）等。更需要重视那些经多种抗抑郁药物治疗无效或效果较差的“难治性抑郁”，有可能是被漏诊的双相障碍。值得注意的是，轻躁狂发作相关症状常因以下原因被忽视：其一，双相障碍患者很希望处于轻躁狂状态，并误认为这是自己的正常状态；其二，经验不足的医生在采集病史时不重视询问或追溯该问题。双相障碍的患者情绪呈不规则的“正弦波”样变化，波峰时出现躁狂症状，波谷时表现抑郁症状，不同时点有着不一样的心境。然而患者就诊时常会着重或仅仅描述当前情绪状态的痛苦，因此，医生在采集病史时需要全面地了解患者的情绪变化，从而更好地把握双相障碍的诊断。

本病例在诊断明确、更改修正诊断后立即给予心境稳定剂治疗，其后患者病情较快获得控制，情绪平稳。可见，对双相障碍尤其是双相抑郁发作，治疗的关键是合理使用心境稳定剂，而非对症性地使用抗抑郁药物。目前获得认可的心境稳定剂有锂盐及抗惊厥药物，如丙戊酸盐、卡马西平、拉莫三嗪等；近年来临床研究证据表明，第二代抗精神病药物具有心境稳定作用，被越来越多地推荐用于治疗双相障碍。双相障碍抑郁发作是否需要辅助使用抗抑郁药物，目前尚无一致结论，学界多数不主张使用抗抑郁药物，尤其强调不能单独使用以期缓解病情。另有学者认为，对于那些抑郁发作时间长、病情重、难以缓解的双相Ⅱ型患者，可以考虑在使用心境稳定剂的基础上短暂使用那些转躁概率小的抗抑郁药物，如安非他酮、SSRIs。慎用双通道、三环类抗抑郁药物，以减少转躁风险。此外，就治疗方案而言，无论双相障碍患者处于躁狂发作相还是抑郁发作相，给予改良电抽搐治疗（MECT）会起到较快起效、缩短病期、防止自杀和冲动行为的效果。

学习笔记

第三节 双相障碍混合发作与快速循环发作

【临床病例】

一、混合发作

病历摘要(一)

男,36岁,未婚,无业。3年前无明显诱因出现情绪极不稳定,早上垂头丧气,有气无力,对任何事情丧失信心,认为自己是败类,还不如死了算了,这样可以一了百了;下午就觉得自己是重要人物,兴奋话多,到处吹牛。这种一天之内情绪突好突坏的现象持续1个月左右,未经治疗逐渐好转。近2周来情绪又出现波动,在心情不悦的同时又有话多、遇事冲动、易发脾气,稍不如意就大发雷霆,甚至动手打骂父母,将家中的电视机砸掉。早晨不愿起床,称心情不好、压抑、烦躁、苦闷,对任何事物缺乏兴趣,认为活着没意思;到下午像换了个人,精力旺盛,爱管闲事,帮交警指挥交通,将家里钱财随意施舍给流浪汉;晚上不睡觉,乱花钱,出入酒吧夜总会,花大量的钱请朋友喝酒吃饭,且大量饮酒,常常喝醉。近1周来情况愈发严重,生活毫无规律,动辄要死要活,饮酒发泄闹事,被家属送来就诊。

否认以往有重大躯体疾病及精神疾病。独生子,足月顺产,高中文化程度,学习成绩一般,曾在超市做过一段时间临时工,工作能力一般,3年前患病后没有再出去工作。未婚,有过多次恋爱史,吸烟十余年,每天一包。平时偶尔饮酒,性格外向开朗,脾气急躁。其父性格也十分冲动,脾气急躁。

躯体和神经系统检查、辅助检查等均未见明显的阳性结果。

精神检查:意识清,定向正确,接触主动,对答切题,言语明显增多,滔滔不绝,甚至无法打断,但同时表示自己情绪不佳、苦闷,活着没意思,情绪易激惹,谈到父母送其来看病时高声叫骂。谈到一天内情绪波动很大,早上低落,而下午又非常高兴,爱花钱。否认幻觉及妄想,自知力较差,不承认自己有精神方面的疾病,对来医院看病很反感,但承认自己可能有情绪问题。

[问题1]根据以上资料,有何诊断上的考虑?

思路1:患者一天之内情绪有急剧的两极变化,上午表现为情绪低落、兴趣减退、疲倦乏力、自我评价低、消极观念等抑郁症状;下午则出现易激惹、易发脾气、话多、兴奋、行为鲁莽、轻率、不计后果等躁狂症状。符合双相障碍混合发作的临床特征。

知识点

双相障碍混合发作

1. ICD-10的诊断要点:抑郁心境伴以连续数日至数周的活动过度和言语迫促,以及躁狂心境和夸大状态下伴激越,精力和本能驱动降低。抑郁状态与轻躁狂或躁狂症状也可以快速转换,每天不同,甚至因时而异。如果在目前的疾病发作中,两套症状在大部分时间里都很突出且发作持续时间至少2周,则作出双相障碍混合发作型的诊断。

2. 临床上倾向于三类情形:①完全混合发作,即同时符合躁狂发作和抑郁发作诊断标准且持续至少1周,存在明显功能损害,达到精神病性程度或需立即住院。②混合性躁狂发作,指符合躁狂或轻躁狂发作标准的同时合并数个抑郁症状。近年来的文献提示,合并2项抑郁症状就应考虑为混合性躁狂发作。③混合性抑郁发作,符合重性抑郁发作标准,同时至少合并3项躁狂或轻躁狂症状。

学习笔记

思路2：临床上完全符合ICD-10双相混合发作诊断标准的情况并不多见，DSM-5以“具有混合发作特征”来细化、标注和明确双相障碍的心境发作状态，与临床实际比较符合。

知识点

DSM-5“躁狂/轻躁狂发作，伴混合特征”的诊断标准

1. 完全符合躁狂/轻躁狂发作的全部诊断标准，在躁狂发作和轻躁狂发作同时或目前的大多数时间内满足至少3条以下所列出的症状：①无论是主观表达（如感到伤心或空虚）还是客观表现（如痛苦表情）为恶劣心境或抑郁情绪；②兴趣减退，愉快感下降，无活力（可能是主观的陈述或客观的观察）；③几乎每天精神动力减退（不仅仅是主观的感觉变慢，他人也能观察出）；④疲劳、乏力；⑤有无价值感、不切实际或过分的罪恶感；⑥反复想死（不害怕死亡），没有特定计划的反复自杀，或有特定的适宜的自杀计划。

2. 有明显的混合发作的症状，这些症状影响患者的日常生活。

3. 对于个体症状既完全符合躁狂发作，也符合抑郁发作的诊断标准，由于最为突出的临床损害以躁狂发作为主，故诊断为：躁狂发作，伴混合特征。

4. 排除物质（物质滥用、医疗用药或其他的治疗用药）所致的混合发作。

知识点

DSM-5“抑郁发作，伴混合特征”的诊断标准

1. 完全符合抑郁发作的全部条件，同时目前的大多数时间或大多数抑郁发作时患者满足以下至少3条或以上的躁狂和轻躁狂发作症状：①兴奋，心境高涨；②自我感觉良好、夸大；③言语增多，讲话滔滔不绝；④思维奔逸、灵敏；⑤精力旺盛或计划增多（社会、工作及学习性活跃）；⑥频繁不计后果地参加高风险工作（例如：挥霍钱财、性欲增强或愚蠢的商业投资）；⑦睡眠需求量减少（与睡眠障碍不同）。

2. 目前呈现混合发作的异常行为。

3. 患者症状完全符合躁狂发作及抑郁发作，由于最为突出的临床损害以抑郁发作为主，故诊断为：抑郁发作，伴混合特征。

4. 排除物质（物质滥用、医疗用药或其他的治疗用药）所致的混合发作。

[问题2] 该疾病需要和哪些精神疾病鉴别？

思路1：精神分裂症或分裂情感性精神障碍。患者有明显的情绪高低的改变，而且有兴奋话多，因此要与精神分裂症或分裂情感性精神障碍相鉴别。但精神检查未见明确的幻觉及妄想等精神病性症状，患者呈协调性的精神运动性兴奋，各种临床现象均未脱离现实，而且病程以“情绪剧烈波动、反复摇摆”为特征，因此缺乏诊断精神分裂症或分裂情感性精神障碍的充分依据。

思路2：精神活性物质所致躁狂/抑郁混合发作。精神活性物质滥用常常会导致情绪改变，如焦虑、抑郁、烦躁、易激惹等，患者可能同时会有情绪低落等抑郁症状及易激惹等躁狂发作表现。而且患者有饮酒情况，尤其是发病时有大量饮酒甚至醉酒现象，因此要与之相鉴别。从病史看患者并没有长期、大量使用精神活性物质的证据，发病时的大量饮酒应与其躁狂发作所导致的鲁莽轻率行为有关，抑郁及躁狂症状并非由饮酒所导致，因此可予以鉴别。

[问题3] 如何制订该患者的治疗方案？

思路：患者诊断为双相障碍，总体需遵循双相障碍治疗原则。需要强调的是，具有混合发作特征的双相障碍是该类疾病中的重症，治疗选择必须谨慎而合理。应坚持使用心境稳定剂治疗，务必慎用抗抑郁药物。具体到本例患者，选用丙戊酸钠1.0g/d，合并喹硫平（起始剂量200mg/d，在1周内滴定至600~800mg/d）。

学习笔记

知识点

双相混合发作治疗原则

1. 宜采取联合治疗策略，联合使用心境稳定剂、非典型抗精神病药、MECT 等。

2. 锂盐对混合状态的疗效不佳，抗惊厥药有效，其中丙戊酸盐既能改善抑郁症状，又能改善躁狂症状，是治疗混合状态的首选药物，疗效优于锂盐。

3. 合并使用第二代抗精神病药有助于快速控制症状。

4. 必要时联合苯二氮䓬类药物作为附加镇静药物。

5. 对顽固性混合发作可考虑合并使用甲状腺激素治疗，提高甲状腺激素水平达到正常值的上限。

6. 尽量避免使用抗抑郁药。抗抑郁药对混合发作不但无效，且会加重混合状态的情绪不稳定，导致与抗抑郁药相关的慢性激越性心境恶劣。

病历摘要(二)

住院 2 个月后病情明显缓解，未见明显的情感高涨及发脾气现象，也未见有情绪明显低落及消极言行，但情绪仍然欠稳定，常上午郁郁寡欢，下午显话多，对自己疾病也没有足够认识。考虑家庭经济原因，家属坚持要求出院。

[**问题**] 经过系统治疗，患者的预后如何？

思路 1：患者未婚，无业，经济条件较差；总病程 3 年，病后工作能力下降明显。总体评估其各种影响因素，均不利于治疗结局和良好预后。经积极治疗后或可改善相关症状，有一定的近期疗效，但远期预后较差。

思路 2：为了改善患者预后，恢复社会功能，促进患者康复，在患者住院时需要辅助一些家庭治疗，让家属适当参加健康宣教课程，在促进患者认识自身疾病的同时，鼓励患者及其家庭良好互动，在坚持治疗、平稳情绪、和谐氛围等方面达成共识，共同面对。建议患者病情有所好转后尽可能回归社会。

【总结】

混合发作属于双相障碍严重、难治的类型，其成因复杂、病情疑难。如本例患者在数小时内躁狂和抑郁发作急剧转换，也可以是在抑郁 / 躁狂发作的基础上叠加 3 项或更多的反向症状。症状易陷于无休止的“摇摆”之中，治疗难度大，对患者的社会功能以及疾病总负担的影响更甚。

双相障碍混合发作通常发病更早，家族史阳性者多见，甚至呈现高发家系，病前环性人格特征者居多，尤其在少儿期出现反复抑郁发作的患者，有可能因长期不当使用抗抑郁药物而造成日趋显现的混合发作特征。

临床治疗更强调遵从整体(心境稳定)治疗原则，建议两种心境稳定剂联用，或在使用心境稳定剂的基础上辅以非典型抗精神病药物可能有更好效果，但不主张使用抗抑郁药物。

二、快速循环发作

病历摘要(一)

女，25 岁，已婚，大专文化。7 年前的 6 月份因高考受挫，情绪低落、话少、失眠，对周围任何事情提不起兴趣，不久自然好转。同年 9 月底上大专后参加学校多个社团活动，整日忙碌、疲劳，渐出现话多、兴奋、好打扮，买很多礼物送给同学，言行冲动，常因小事大发脾

学习笔记

气，还摔坏新手机。10月中旬到某专科医院就诊，诊断“躁狂症”，予氯丙嗪、碳酸锂治疗(药量不详)，2周后病情好转，住院1个月后出院继续上学。氯丙嗪100mg/d、碳酸锂1.0g/d维持半年后自行停药，正常学习生活。

[问题] 对首次起病的诊治有何判断和评价？

思路1：首次住院时为躁狂发作，但回顾此前曾有情绪低、话少、失眠表现，尽管自然缓解，应考虑当时可能有抑郁发作，因此需要补充抑郁表现的持续时间和有助于判断严重程度的信息。首次诊断为“躁狂症”只反映了住院当时的横断面特征，应高度怀疑“双相障碍”的可能性，并在明确诊断之前首先排除器质性精神障碍和物质使用所致精神障碍。

思路2：病史中未提及精神病性表现，由于兴奋和抑郁症状并不具备特异性，仍需补充是否有精神病性症状，以排除精神分裂症的可能。

思路3：首次住院时针对躁狂症状使用氯丙嗪、碳酸锂治疗，符合《双相障碍治疗指南》的原则与流程，但在躁狂发作控制后应尽快减量并停用氯丙嗪(属第一代抗精神病药物，不具心境稳定作用)，并逐渐改为心境稳定剂维持治疗。如需联合抗精神病药物，则建议使用第二代抗精神病药物。有研究报道，第一代抗精神病药物(氯丙嗪、氟哌啶醇)可能会诱导药源性抑郁发生。

思路4：患者18岁起病，3个月之内有抑郁和躁狂交替发作的表现，维持期治疗中应预防复发，尤其预防快速循环发生的可能。可以从药物治疗尤其是药物的选择上早期预防，如避免抗抑郁药物的长期使用。还要注意心理治疗，防止因心理-社会因素引起的反复发作。

知识点

双相障碍快速循环的临床特征

双相障碍快速循环(rapid-cycling，RC)发作是指患者频繁以躁狂、轻躁狂、抑郁或混合的形式发作，每年发作≥4次，每次发作均有明确的转相和两次同相发作，间歇期>2个月，可伴有精神病性症状，精神病性症状与心境协调一致或不协调，发作时社会功能明显受损。

双相障碍中10%~30%的患者可出现RC，女性多见；与未发生RC的患者比较，出现RC发作者起病年龄小。患者常常罹患双相Ⅱ型并以抑郁发作起病，并在病程中有更多的抑郁发作，对治疗反应较差，长期预后不佳，并较其他类型的双相障碍有更高的自杀率。

病历摘要(二)

5年前的4月份因男友提出分手，患者出现情绪低落，话少，哭泣，难入眠，常常凌晨2~3点即醒，不能再入睡。早晨不起床，不愿去上课，曾连续几天独自躲到车棚里待半天，先后用割手腕、过量服用地西泮等方式企图自杀。5月份由家人带去当地精神专科医院门诊，予文拉法辛缓释片150mg/d、碳酸锂1.0g/d治疗，3周后病情明显改善。继续维持上述药物治疗2个月，又出现兴奋、话多，自觉精力充沛，称头脑反应比平时快，心情轻松愉快。同学们感到她在那段时间情绪较好、状态不错，但定期门诊随访时医生认为患者有轻度兴奋，嘱其停用文拉法辛缓释片，继续碳酸锂1.0g/d治疗，2周后恢复正常。

[问题1] 如何评价这两次的病情反复及治疗方案？

学习笔记

思路1：第一次反复符合抑郁发作标准，第二次符合轻躁狂发作标准，两次发作间隙期较短，应警惕其转变为快速循环的可能，因双相障碍均可发生快速循环，重新审视治疗方案是否合理。

知识点

双相障碍快速循环型的定义和诊断标准

Coryell提出的定义是：①至少1次以上符合研究用诊断标准定义的躁狂或抑郁发作；②一年内至少4次以上的躁狂或抑郁发作。重性抑郁发作之间至少有2周以上的欣快期分离，或情感状态从一个极端转至另一个极端（躁狂、轻躁狂至抑郁或相反的转变），才视为一次新的发作。

ICD-10标准：①必须满足双相情感障碍的标准；②必须在过去12个月内至少出现4次心境发作（发作的分界是缓解或向相反的另一极或混合发作转变）。

思路2：快速循环型双相障碍的抑郁发作期不主张使用抗抑郁药物，若抑郁发作严重尤其是患者有强烈的自杀企图时，可短期使用转躁概率低的抗抑郁药物，但强调务必同时联合心境稳定剂治疗。患者情绪改善后需停用抗抑郁药物，以防止转相。本例患者的抑郁发作经抗抑郁药物治疗后病情缓解，应逐步停服抗抑郁药物，使用心境稳定剂维持治疗。而文拉法辛缓释片继续使用2个月后转为轻躁狂状态，与使用抗抑郁药物不当有一定关联。提示该患者在今后的治疗过程中应注意使用抗抑郁药物导致转相的风险。

知识点

快速循环型双相障碍治疗药物选择

快速循环型双相障碍患者更多经历抑郁发作，且抑郁发作较非快速循环型患者趋于难治。相关治疗的研究显示，目前尚没有明确的证据证实抗抑郁药物对快速循环型患者有效，且临床也观察到使用抗抑郁剂可能会导致快速循环型患者病情恶化，部分长期使用抗抑郁药的患者会有抑郁转躁狂或更多次的发作。因此，在治疗快速循环型患者时，应避免使用抗抑郁药物。

一些对快速循环型双相障碍患者有效的治疗包括：锂盐、双丙戊酸盐、拉莫三嗪、卡马西平、非典型抗精神病药物和心理治疗。

思路3：双相障碍是易复发疾病，受多种因素的影响，应在维持期教育患者和家属进行预防与干预。本例患者有失恋的生活事件，针对这一心理因素，应早期给予相应的心理支持，预防可能的病情反复。

[问题2] 门诊如何识别和处理轻躁狂状态？

思路1：轻躁狂状态往往不被患者本人和家属所关注，因为患者本人有明显的轻松感和自我良好感，症状并不导致家属和周围人的烦扰。医生发现患者存在轻度兴奋时，应详细询问病史，仔细辨别是一贯性格还是以往未曾出现的状态，必要时使用轻躁狂筛查工具如心境障碍问卷（mood disorder questionnaire，MDQ）、32项轻躁狂检查清单（32-item hypomania checklist，HCL-32）进行筛查。如果患者在接受抗抑郁治疗，应在药物治疗上进行合理调整，并与患者和家属进行沟通。

思路2：门诊随访过程中，医生应重视收集双相障碍的影响因素，监测一些重要的实验室指标，如甲状腺功能、性激素水平的变化等，发现问题及时作出判断并进行相应处理。

学习笔记

知识点

快速循环发生的易感因素和危险因素

1. 易感因素：女性，绝经期，抑郁起病且起病年龄早，甲状腺功能低下（包括亚临床甲状腺功能减低），脑损伤，性激素变化，抑郁 - 躁狂 - 缓解（depression-mania-free interval，DMI）发作模式者，双相Ⅱ型障碍者，情感旺盛气质者，环性心境障碍者。

2. 危险因素：酒精滥用，咖啡因，使用兴奋剂，暴露于强光下，使用苯二氮䓬类药物，睡眠被剥夺，服用抗抑郁药物。

病历摘要（三）

上次门诊治疗恢复正常后不到 1 个月，患者又出现话少、卧床，感觉头痛、背部酸痛、全身乏力、有莫名的压抑感，看什么都嫌烦，多次出现想死念头。为尽快控制病情而住院，诊断“双相障碍，抑郁相”。住院第三天起行改良电抽搐治疗（MECT），同时予艾司西酞普兰 10~20mg/d 治疗。MECT 治疗 6 次后停止，加用碳酸锂 1.0g/d 和丙戊酸钠 1.0g/d，1 周后患者情绪明显改善，与病友交流好，住院 20 天后以“临床痊愈”疗效出院。出院 1 个月后随访时，医生嘱其停用艾司西酞普兰，继续服用碳酸锂 1.0g/d 联合丙戊酸钠 1.0g/d，但患者父母及患者本人担心情绪会波动，尤其害怕情绪提不上来会影响学习，仍坚持服用艾司西酞普兰 10mg/d，碳酸锂、丙戊酸钠继续维持原剂量。2 个月后患者表现话多，整夜不眠，给同学发短信，凌晨打电话给外地的同学，发短信告知母亲“去北京了”，就立即离家去北京看望很久未联系的高中同学。到北京后召集 10 多个同学在高档酒店聚会，席间滔滔不绝，次日再次宴请同学。同学感觉其有些不正常而联系患者父母。患者回家后仍兴奋，乱花钱，再次住院治疗。

［问题 1］目前患者的诊断是什么？

思路：患者在不到 1 年时间里 4 次发作躁狂或抑郁，因此可诊断为“双相障碍，伴有快速循环特征”。

知识点

双相障碍快速循环发作的流行病学

双相障碍中 10%~30% 的患者可出现快速循环，多发生于双相Ⅱ型，约占 75%~83.5%。双相Ⅰ型和Ⅱ型患者成为快速循环的特征包括：初始发病表现为抑郁、发病年龄早、病程中更多以抑郁发作为主，且抑郁发作的频率和严重程度更突出。快速循环特征还包括女性多见，可能的原因有：甲状腺功能减退和性激素影响；女性比男性更可能有更多的抑郁发作，且重性抑郁的发生率以女性为高；女性更常寻求治疗且更有可能接受抗抑郁药的治疗，这也反映出快速循环型双相障碍中女性占多数的特点。

［问题 2］治疗上应作何调整？

思路 1：双相障碍（快速循环发作）由于其快速转相，治疗上抗抑郁药物和传统抗精神病药物均有可能加重病情而致反复发作。目前患者为躁狂发作，心境稳定剂是基础用药，但躁狂急性期仅使用传统心境稳定剂通常难以奏效，多数需要联合抗精神病药物治疗。应选择第二代抗精神病药物，以防止第一代抗精神病药物所诱发的抑郁转相。心境稳定剂选择 1 种或 2 种联合使用，并贯彻足量、足程的治疗原则。值得注意的是，心境稳定剂联合使用时需密切观察可能的药物相互作用，通常每种药物用量酌减，并及时监测血药浓度，以防药物不良反应。

学习笔记

思路2：碳酸锂对双相障碍的维持治疗显示其能够降低躁狂的复发，在预防复发的效果上优于丙戊酸盐。目前的研究显示，拉莫三嗪能够降低抑郁的复发，疗效优于碳酸锂。然而对于快速循环发作，未有充分循证证据表明何种治疗能够显示出必然的优势，联合和单药治疗快速循环在降低复发率和延长复发时间方面也未能发现显著意义的差别。必须重点强调的是，辅助抗抑郁药治疗有效并持续使用的双相障碍患者，出现快速循环发作的可能性是其他患者的3倍以上。

知识点

快速循环发作的治疗策略

控制或减少可能促进快速循环发生的因素；增加或优化心境稳定剂的使用；在经典的治疗失败后进一步施行试验性治疗，包括心境稳定剂如碳酸锂、丙戊酸盐、拉莫三嗪、卡马西平和(或)第二代抗精神病药物单一或联合应用治疗；只有在抑郁症状严重、抑郁发作持续时间长、抑郁发作有自杀意念时才慎重考虑在心境稳定剂治疗的基础上加用抗抑郁药物治疗，抑郁缓解后立即停药；若经上述治疗疗效仍不明显，可试用改良电抽搐治疗。另外，同时联合心理-社会治疗对部分患者可能有效。

病历摘要(四)

住院后先予氟哌啶醇10mg肌内注射，bid，3天后兴奋、话多有所减少，停氟哌啶醇，予氯氮平、碳酸锂和双丙戊酸钠缓释片治疗，1周后剂量渐加至氯氮平300mg/d、碳酸锂1.0g/d、双丙戊酸钠缓释片1.5g/d，治疗4周后治愈出院。

[**问题1**] 如何评价本次住院的治疗措施？

思路1：急性躁狂发作时，如需在短期内控制其冲动行为，可给予肌内注射抗精神病药物或苯二氮䓬类药物。目前临床常用氟哌啶醇和氯硝西泮肌内注射，症状改善后改口服，根据具体情况调整药物剂量。

思路2：双相障碍快速循环发作首先需选用心境稳定剂，可联合2种以上心境稳定剂使用；非典型抗精神病药物目前亦作为候选的心境稳定剂使用。目前比较公认用于双相障碍快速循环发作的非典型抗精神病药物多为氯氮平和喹硫平。心境稳定剂碳酸锂、丙戊酸钠、拉莫三嗪作为一线用药，碳酸锂能预防躁狂的发作，丙戊酸钠能预防躁狂和混合发作，拉莫三嗪预防抑郁发作较碳酸锂有优势。必要时根据具体情况监测血药浓度。

[**问题2**] 双相障碍快速循环的治疗过程中还应关注哪些问题？

思路：关注甲状腺功能。双相障碍快速循环发作患者可能存在甲状腺功能低下，采用联合甲状腺素片治疗可改善一部分患者的总体疗效，但需注意定期监测甲状腺功能，以合理调整甲状腺素的替代治疗。

知识点

锂盐治疗与甲状腺功能的关系

锂盐治疗中甲状腺功能减退发生率为4%~30%，锂盐引起甲状腺功能减退在女性患者中更为明显。有研究发现，那些发展为快速循环的患者中有31%的患者在锂盐治疗后出现甲状腺功能减退，而没有发展为快速循环的患者仅有2%在锂盐治疗后出现甲状腺功能减退；快速循环患者锂盐治疗后促甲状腺激素(thyroid-stimulating hormone，TSH)显著升高。锂盐诱导的甲状腺功能减退可能还与其治疗的时间有关。多数情况使用T_4联合锂盐用于双相障碍快速循环患者的治疗。甲状腺功能减退严重时不建议使用锂盐。

学习笔记

病历摘要(五)

出院4年多来,一直服用碳酸锂1.0g/d,丙戊酸钠1.0g/d,氯氮平的剂量随病情变化而经医生调整在50~200mg/d之间。病情时有波动,多表现为情绪低、少语、兴趣下降、失眠等,曾先后几次有明显自杀企图,加用艾司西酞普兰、文拉法辛缓释片后病情很快改善,但上述药物在继续使用过程中又出现短暂轻度兴奋、话多、花钱多的现象,停用抗抑郁药物并增加氯氮平剂量后,病情很快好转。患者病情反复期间多次查甲状腺功能,均发现有甲状腺功能减退现象,同时服用甲状腺素片。

[问题] 双相障碍快速循环的维持治疗如何?

思路1:双相障碍快速循环的维持治疗有一定难度。1种或2种心境稳定剂联合第二代抗精神病药物是目前治疗的基本用药,尽管坚持联合治疗,但仍然会有病情波动,尤其是有情绪不稳的促发因素时(如甲状腺功能异常,睡眠障碍,滥用物质的撤除,药物使用如类固醇类激素、肌肉松弛剂,心理应激,支持系统丧失等),应根据具体情况采取药物调整和加强心理-社会干预的综合治疗策略。

思路2:要注意甲状腺功能的异常,多数情况为甲状腺功能低下,可给予甲状腺素片起增效作用,甲状腺功能明显低下者应减少或停用碳酸锂。

思路3:注意与患者及其家属保持沟通,保证药物治疗的依从性。要将病情反复的早期识别知识告知患者和家属,以及时发现复发先兆,及时复诊。

思路4:为了防止诱发快速转相,使用抗抑郁药物一定要谨慎,尤其避免频繁使用或更换抗抑郁药物。

【总结】

DSM-5将双相障碍快速循环定义为:在过去的12个月中至少有4次或4次以上心境发作,符合重性抑郁、躁狂、混合性或轻躁狂的发作标准。双相障碍人群中快速循环的患病率为10%~30%,作为一种病程的特异性而非疾病的亚型,提示所有双相障碍患者在病程中都有快速循环的可能。发展为快速循环的人群多为双相Ⅱ型及女性患者,发病年龄早且首发为抑郁发作亦与将来的快速循环相关。有关快速循环的病因尚不清楚,至今研究最多的有甲状腺功能低下、性激素影响、脑损伤和精神药物影响等。

首次诊断为双相障碍的患者,尤其是那些具有快速循环发作特征的人群,应在今后的诊治过程中警惕快速循环发生的可能,尽可能避免不适当的治疗行为,如长期使用抗抑郁药物;避免苯二氮䓬类药物、可卡因、兴奋剂、酒精的使用,避免暴露于强光、睡眠剥夺等;病情恶化时,可考虑使用甲状腺素、尼莫地平等增效剂。

确定为快速循环的患者首先要减少或停止可能促进快速循环发生的因素,如甲状腺功能下降、抗抑郁药物的使用等;增加或优化心境稳定剂的使用,包括碳酸锂、丙戊酸盐、卡马西平、拉莫三嗪,其各自具有优势治疗方面。在经典治疗失败后进一步进行试验性治疗,如碳酸锂、丙戊酸盐、拉莫三嗪、卡马西平单药或两种药物联合第二代抗精神病药物治疗,同时配合进行心理治疗。只有在抑郁症状严重、抑郁发作持续时间长、抑郁发作有自杀意念时才谨慎考虑在心境稳定剂治疗的基础上加用抗抑郁药物治疗,抑郁缓解后逐渐减低抗抑郁药物剂量直至停药;若上述治疗疗效不明显,可试用改良电抽搐治疗。

双相障碍快速循环治疗期间还要注意监测相关的血药浓度,因心境稳定剂如锂盐,其治疗浓度与中毒浓度接近。定期复查血常规、肝肾功能、血脂,心电图也是必要的,以早期发现不良反应。

由于双相障碍快速循环患者治疗效果差、认知功能受损较重,治疗依从性往往较差,在长期治疗过程中,医生、家属及患者需建立治疗联盟,以减少心境发作频率。

(方贻儒 张 宁)

学习笔记

参考文献

1. 方贻儒 . 实用精神医学丛书——抑郁障碍 . 北京：人民卫生出版社，2012.
2. 江开达，黄继忠 . 实用精神医学丛书——双相障碍 . 北京：人民卫生出版社，2012.
3. 王祖承，方贻儒 . 精神病学 . 上海：上海科学教育出版社，2011.
4. 赵靖平，方贻儒 . 双相障碍的早期识别 . 中华精神科杂志，2011，44(4)：240-242.
5. 方贻儒，刘铁榜 . 双相障碍抑郁发作药物治疗专家建议 . 中国神经精神疾病杂志，2013，39(7)：385-390.
6. 方贻儒，吴志国，陈俊 . 双相障碍的诊治与研究——机遇与挑战 . 上海交通大学学报(医学版)，2014，34(4)：413-416.

学习笔记

第四章 抑郁障碍

【学习要求】

1. 掌握抑郁障碍的临床表现、诊断与鉴别诊断、抗抑郁药物的规范化治疗、自杀风险评估方法。

2. 掌握改良电抽搐治疗(modified electroconvulsive therapy, MECT)抑郁障碍的适应证。

3. 熟悉抗抑郁药物不良反应的处理方法。

4. 熟悉汉密尔顿抑郁和焦虑量表的评估及具体应用。

5. 了解认知行为治疗在抑郁障碍中的应用。

【核心知识】

1. 抑郁发作的核心症状包括心境低落、兴趣和愉快感的丧失、导致疲劳增加和活动减少的精力减退,常伴有注意力障碍及思维迟钝、自我评价降低、无望感等负性认知体验,以及食欲、性欲、体重方面的变化,可出现自伤、自杀行为。病程多具有反复发作的特点,每次发作大多数可以缓解,部分可有残留症状或转为慢性。

2. 诊断时要仔细了解既往躯体状况和精神活性物质使用史,注意精神病性症状如幻觉、妄想等与情感症状的关系,尤其要仔细询问既往有无心境障碍发作(抑郁发作、轻躁狂发作或躁狂发作)的病史。如果患者同时存在焦虑症状,应考虑共病焦虑障碍的可能性。

3. 抗抑郁治疗的总体目标是提高临床治愈率、预防复发、提高生存质量、恢复社会功能,达到真正意义上的治愈。提倡全病程治疗理念。抗抑郁药物的选择应根据药物的药理特点、患者的病情、个体的耐受性和偏好、经济因素等多方面综合考虑,选择最合适的药物,并注意向患者及家属阐明与治疗有关的情况。对治疗中出现的抗胆碱能不适、激越、失眠、镇静、性功能障碍等副作用要及时发现和处理。

4. 抑郁障碍的发病及病情变化多数与心理-社会因素有关,应根据患者的具体情况选择单独或合并心理治疗。

5. 自杀风险存在于病程的各个时期,应时刻保持警惕,及时采取预防措施。

【临床病例】

病历摘要(一)

女,26岁,已婚,汉族,中专文化,农村小学教师。1年来心情差,心烦,易发脾气,失眠,近2个月来沉默少语,发呆,疑心大,由母亲陪伴来诊。

[**问题1**] 如何理解上述信息包含的心理-社会因素?

思路1:精神科已婚患者首次来诊时多数由配偶陪同,而此次陪伴者是母亲,应了解是否存在夫妻关系问题,因为这可能是起病诱因。

思路2:患者由家人陪伴来诊,应考虑患者是否自愿就诊,避免可能面临的法律纠纷。如果需要住院治疗,自愿住院者以患者本人签字为主,非自愿住院者则以监护人为主,配偶、父母、成年子女以及其他近亲属,都可以作为《精神卫生法》特指的监护人。

学习笔记

思路3：要考虑患者母亲是否是完全知情者，因为已婚者有可能不和父母生活在一起。如果有必要，还要询问更多的知情者。

知识点

向家属和知情人了解病史的注意事项

1. 无论是自愿还是非自愿就诊，向家属和知情人了解病史之前都应当征求患者本人的意愿。如果自愿就诊者不同意，则应尊重其意见。

2. 由于知情人大多缺乏专业知识，陈述病史时常出现以下几种情况，应予以注意：

(1) 过分强调精神因素的致病作用。有些家属还给予情绪化的主观评论，甚至要求医生发表评价，这种情况隐含医疗风险，应敏锐察觉和防范。建议在认真倾听的前提下，适时将谈话主题回到对精神异常具体表现的描述上，避免过早地对事件与病情之间的关系予以评价。

(2) 忽视或隐瞒躯体问题。有些家属注重患者精神异常的表现而忽视患者的躯体情况，个别家属有意无意地隐瞒患者既往或目前所患的躯体疾病，如果没有及时发现和处理这些问题，会带来极大的医疗风险。

(3) 提供阳性症状多，忽视早期症状和不典型的阴性症状。

(4) 提供情绪和行为的异常多，忽视患者思维和内心的异常体验。

3. 注意收集患者在发病前后的有关书写材料。有些症状在与患者的交谈中难以发现，但书写材料则能明确反映。如有些患者在交谈时并不表现出异常的思维逻辑障碍，但在书写材料中往往能发现诡辩证、逻辑倒错性思维、病理象征性思维、词语新作等。

学习笔记

[**问题2**] 根据以上资料，应考虑哪些症状？

可初步判断患者存在抑郁、焦虑及妄想症状，需要在随后的检查中逐一核实和确认，并充分考虑其他症状的可能性，避免“先入为主”地只考虑和确认与预想诊断有关的症状，而对其他症状进行选择性的忽略。

思路1：患者长期存在心情不好、心烦、易发脾气这些情感症状，近期还表现出了沉默少语、发呆等，应考虑是否构成“抑郁状态”的症状学诊断，仔细询问其他相关症状。

知识点

如何深入细致地确认抑郁的主要症状

1. 抑郁心境。很多抑郁患者用诸如“郁闷、忧愁、沮丧”等词语描述心境低落的症状，医生要善于用“对焦”的沟通技巧来核实，还要注意观察忧郁的表情与眼神，以及唉声叹气、哭泣、流泪等抑郁常见的外显行为。

2. 兴趣减退及愉快感缺乏。要询问平时的兴趣和爱好、探索新事物的兴趣，日常活动如读书、看电视等的兴趣，是否对几乎所有事情都失去兴趣，在进行活动时能否沉浸其中并感到快乐等。

3. 精力下降。很多患者容易把兴趣减退引起的不想活动错误地理解为精力不足，因此医生在询问时需明确询问“在过去的2周以来你觉得身体比以前或平时更加疲劳或精力不足吗？”如果回答否定，那么可以进一步询问“即使做一些小量的活动后，如步行两站路，你感觉身体要比想象的更疲劳吗？”

4. 注意力不集中。应明确询问一些具体问题，如“阅读报纸时能将一篇文章从头到尾读完吗？”“能理解文章的意思吗？”

思路2：情绪不好、心烦、易发脾气、失眠也可以是焦虑的表现，因此需要考虑“焦虑状态”的可能，应询问患者及家属相关的情况，如是否存在“自由浮动”性的恐慌、担心（为将来的不幸烦恼、感到忐忑不安、注意困难等）、运动性紧张（坐卧不宁、紧张性头痛、颤抖、无法放松）、自主神经功能紊乱（出汗、心动过速或呼吸急促、上腹不适、头晕、口干等）等不适。

思路3：敏感、多疑是思维内容的异常，少语、发呆则有可能是思维“内向性”的表现，这些表现提示感知和思维障碍的可能性，应详细询问患者少语、发呆的具体性质，是脑子反应迟钝、不愿想事情，还是“沉浸在自己的世界里”。另外，需明确敏感、多疑的性质、强度、持续时间及有无可理解的心理背景。需要注意的是，妄想往往不是单独出现的，应同时询问有无其他伴随症状（幻觉，其他的妄想内容如被害妄想、嫉妒妄想等）。

知识点

“发呆”的鉴别

抑郁症患者的“发呆”是精神运动抑制的表现，是指其反应迟缓、思维迟钝、运动减少和（或）变慢等。患者感到精神和肢体的活动都很困难，像一台生了锈的机器一样运转不灵。而在外人看来，患者的活动显著减少而缓慢，甚至终日呆坐不语，严重者可陷于木僵状态（depressive stupor）。因此，K. Schneider 称之为“生命的消沉”（vital depression）。

精神分裂症的“发呆”常常是思维内向性的外在表现。患者沉湎于自己的精神世界中，思维与现实世界完全隔绝，表现出长时间地呆立、呆坐、沉默不语、独处，有时会出现喃喃自语或做些莫名其妙的动作，令人费解。

病历摘要（二）

患者于1年前休产假结束后回到工作岗位，因新校长推出多媒体教学的高要求，新分配的大学生和她竞争等，她感到很不适应，不久即出现情绪低落、疲乏无力，经常感到紧张不安、担心，易发脾气。夜间入睡困难，深夜12点后才能入睡，早晨4~5点钟左右即醒，醒后辗转反侧难以再次入睡。白天有时一阵阵地坐卧不宁，伴有心悸、胸闷及胸背部的烧灼感，勉强坚持工作。近2个月来病情加重，整日忧心忡忡，高兴不起来；兴趣下降，不再爱上网，不愿看电视，躲避同事聚会；不愿料理家务；活动减少，动作缓慢，反应迟钝，经常独自呆坐；话语少，即使讲也只有比较简单的几句话；总是感到疲乏，没有精神，经常卧床。几次对母亲讲：单位某同事向领导及同事讲她的坏话，现在全校师生都知道了。路上也被人跟踪，有不少人对自己指指点点，看自己的眼神不对。夜深人静时能听到单位同事议论自己的声音。对生活绝望，数次流露不想活的念头，称“如果不是担心孩子，自己早就解脱了”。近2个月来病休在家，不思饮食，体重下降7kg。

［问题1］目前应考虑哪些精神症状和诊断？

思路1：根据以上病史资料，高度怀疑患者存在抑郁症状群和焦虑症状、关系妄想和言语性幻听，需要在精神检查及补充病史中进一步核实。

思路2：患者的症状可能是同一疾病在不同时期、不同方面的表现，也可能是两种及多种疾病的混杂表现。首先按照“等级诊断原则”进行分析和诊断，但不能排除“共病”的可能性。

思路3：抑郁心境贯穿疾病的始终，后期出现精神病性症状，按照“马和斑马”原则的分析思路，优先考虑伴精神病性症状的抑郁发作，同时在疾病过程中出现的焦虑症状群，应考虑到焦虑障碍共病的可能性。在最终诊断抑郁发作之前，需排除器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、精神分裂症、双相情感障碍、分裂情感性障碍的诊断，因为这些疾病既可以出现抑郁、焦虑症状，也可以出现精神病性症状。因此，进一步获取既往疾病史、精神活性物质使用史、家族

学习笔记

史、个人史等资料有助于诊断和鉴别诊断的判断。

知识点

抑郁症与焦虑症“共病”(comorbidity)

抑郁症与焦虑障碍在ICD-10和DSM-5中都属于两个独立的疾病单元,但是抑郁症和焦虑障碍共存的现象在临床上很常见。20世纪80年代,英国New castle学院的Martin Roth提出,多数抑郁症患者有焦虑,多数焦虑障碍患者有抑郁。根据美国国家共病研究(national comorbidity survey,NCS)报告,58.9%的抑郁症患者在患病同时或一生中伴有符合诊断标准的焦虑障碍,而且先前的焦虑障碍与抑郁症的住院、自杀企图和生活影响都显著相关。抑郁症与焦虑障碍共病使患者症状加重,损害加重,主观忧伤加重,病程持续更长。

中国焦虑障碍协作组于2002年进行了抑郁症与焦虑障碍共病的研究,发现在中国抑郁症与焦虑障碍的共病发生率为68.9%,合并的焦虑障碍以广泛性焦虑为主。

思路4:在考虑抑郁发作的可能性时,应注意询问患者既往有无类似的抑郁发作或轻躁狂或躁狂发作的表现。心境障碍是一种发作性的疾病,并有一定的自发缓解性,很多抑郁患者在第一次到医院就诊之前就可能出现过一些程度较轻或很快缓解的心境障碍发作,可能已经达到了抑郁发作或轻躁狂/躁狂发作的标准,只是由于某种原因未到医院就诊。对其进行仔细询问,有助于确立正确的诊断(是首次抑郁发作还是复发性抑郁发作,是单相抑郁还是双相抑郁),避免漏诊双相障碍,并有助于我们治疗方案的调整及预后的判断,尤其是双相障碍的治疗原则和方案完全不同于单相抑郁。

[问题2] 如何评估该患者的自杀风险?

思路1:患者存在明显的抑郁情绪,应该在资料收集的最初阶段即开始对其自杀风险进行评估,预防意外的发生。该患者最近2个月来一直流露出不想活的念头,应高度警惕其自杀的可能性。从患者目前表露出的症状看,她有经常出现的自杀意念而没有付诸行动的具体计划,但其自杀意念频繁,应评估其有中度自杀风险的可能性。

知识点

临床评估自杀风险等级

低风险:闪现的自杀观念,能够自我打消。

低-中风险:经常出现自杀观念但没有付诸行动的想法,或出现付诸行动的想法时能够很快地予以自我否定。

中度危险:不仅经常出现自杀观念而且有付诸行动的具体计划,如购买药品、上吊、跳楼等,但没有行动的准备。

高度风险:有自杀的准备行动,如选择地点、购买药品、散发财产、安排后事、写遗书等。对于中度和高度风险者,要注意澄清是什么原因没有采取最后的行动,这些原因是制订防范计划和心理干预的重要参考因素。

极高风险:自杀未遂成为就诊的主诉。

另外,自杀未遂和自杀家族史是自杀的两个重要影响因素,而抑郁症恢复期、精神分裂症后抑郁、焦虑突出的老年抑郁、伴有难以治愈的躯体疾病等,都是自杀的高度风险因素。

思路2:根据自杀风险评估结果及早进行干预,该患者至少有两点需要在住院初期注意:首先要向患者家属交代自杀的可能风险,并在病历中记录沟通过程,由家属签字确认,同时要求家属陪住;其次,利用患者对女儿的寄托及责任感来鼓励和安慰,减少当前出现自杀的可能性。

学习笔记

知识点

自杀风险的防范和处理

1. 早期干预措施

(1) 早期防范:在资料收集时注意进行风险评估。

(2) 支持性心理干预:在精神检查的结束阶段要有一定的时间来专门处理此事。门诊应向患者家属交代自杀风险,医嘱“防自杀”并且要记录沟通过程,落实药物掌握者;对于住院患者,除了向家属交代风险之外,必要时(中高度自杀风险的患者)要争取家属留院陪住。无论是门诊还是病房,都要劝说患者不要采取行动,善于发现并利用患者自我打消念头和行动的原因来减少当前的自杀风险。

(3) 严防再次自杀:对于因自杀未遂而来就诊的患者,应保持高度警惕,防范在很短的时间内发生第二次自杀。应引入紧急心理危机干预,住院患者必要时采取保护性约束措施。

2. 深度干预措施

(1) 必要的镇静:一般使用苯二氮䓬类药物如氯硝西泮、劳拉西泮等肌内注射予以镇静。某些非典型抗精神病药物如奥氮平、氯氮平等,在镇静的同时也可以起到预防自杀的作用。

(2) MECT:是对自杀意念和行为严重者的重要治疗手段。

(3) 控制症状:尽快控制与自杀有关的精神症状,是防范精神障碍自杀的根本措施。

(4) 心理治疗:应当作为防范自杀的常规后续内容。

病历摘要(三)

入院精神检查:

1. 一般情况:患者自行步入病房,动作显迟缓。年貌相称,略显消瘦,衣着整洁,配合护理。可在家人督促下进食,饮食量小,大小便基本正常。存在入睡困难及早醒,上床后需2个小时左右才能入睡,早晨5点前即醒,难以再次入睡。体重下降明显。

2. 认知活动:接触略显被动,问答可,语速慢,语量适中。患者自感脑子反应迟钝,好像“生锈”了一样,因此总是做不好工作,教学质量明显下降,2个月前被校长批评,并把她从重点班调到普通班。她从校长办公室出来时正好看到同教学组的某同事带着惊讶的目光看她,后来又听到校长办公室传来笑声,就感觉那是他们在嘲笑自己无能。此后工作越来越吃力,甚至坚持不下去,发现学校的许多同事也在用嘲笑或者怜悯的目光看她,三三两两地议论她。病休后,发现周围不认识的人也用异样的眼神看自己,指指点点的,似乎他们都知道自己被校长批评的事情,在议论自己能力不行,被学校开除了。看到某同事在学校之外与别人说话,就感觉她是在跟踪自己,把自己指给别人看,想让更多的人知道自己的“丑事”。有时晚上睡不着时,听到墙外有模模糊糊的议论自己的声音,说“不光孩子没带好,恐怕还要被学校给辞了”等内容,白天没有听到。感到委屈和自责,认为都是自己能力不够,没有管好孩子,没有做好工作,经常默默流泪。

交谈中注意力集中,自诉记忆力差,但经过测试后发现基本正常,智能粗测正常。认识到自己最近的状态不对,情绪不好,脑子变慢了,整个人呆呆的,别人也应该发现了这一点,认为可能是心理出了问题。

3. 情感活动:自诉产假后恢复上班就感觉压力很大,心里特别着急,担心做不好会被辞退,整日惴惴不安,好像要发生什么不好的事情一样,为此有时甚至整晚睡不着觉。看到周围同事尤其是新来的大学生能力强,很受领导器重,自己感到非常失落和沮丧,特别压

学习笔记

抑、郁闷，心头上似乎压了一块巨大的石头，脑子反应变迟钝了，对任何事情都提不起兴趣。被校长批评后更加认为没有前途了，感到绝望，脑子里经常闪过“不如死了算了”、“死了就轻松了”等想法，但一想到年幼的女儿，这些想法就打消了，检查过程中经常流泪。

回忆8年前曾有过类似的心情不好的状态，表现为情绪低落、心烦、全身疲乏、失眠、食欲差，持续约2个月，服用中药治疗后完全缓解。此后7年生活、工作一直顺利，没有出现这种情况，直至此次发病。谈恋爱期间曾有2周时间和男友一起去休假，当时心情愉快，但没有过头的话多、睡眠需要减少及鲁莽冲动等。

4. 意志行为：入院后多卧床或呆坐，少与其他患者交流，但能够对医护人员询问病情作出回答，自诉自己全身疲乏，未见自伤及怪异行为。

补充病史：学校同事只是感觉到她的精神状态不好，并无患者所讲的那样议论她的情况，也无解聘她的意向。

[**问题1**] 向患者所在的学校了解情况时应注意什么？

思路：应注意遵守告知与保密原则。如果法定监护人或其他近亲属对患者某方面的病情不了解，医生应当向相关知情人了解情况，但应注意将病史情况及了解过程及时告知患者的法定监护人。同时要注意就患者信息的保密问题与知情人达成共识。

[**问题2**] 从目前资料分析，患者存在哪些症状？

思路：患者有心境低落、兴趣减退、精力下降、自我评价低、自责、无望感、睡眠障碍、食欲下降、关系妄想（继发的）、片段言语性幻听、浮游性焦虑（对未来的各种担心）、运动性不安（坐卧不宁）及自主神经功能亢进（心悸、胸闷、胸背部烧灼感）。这些症状构成“抑郁状态”、“焦虑状态”和“幻觉、妄想状态”的临床相。精神症状以抑郁心境为主，伴有焦虑症状，在此基础上继而出现了妄想及片段性的幻觉。

[**问题3**] 如果要确立诊断，尚需补充哪些病史资料？

思路：需了解患者的既往史、个人发育史、家族史、婚姻生育史，且需进行全面的躯体和神经系统检查，并完善血尿便常规、血生化、电解质、心电图、脑电图、胸部X线片及必要的量化评估[HAMD、HAMA、焦虑自评量表（self-rating anxiety scale，SAS）、抑郁自评量表（self-rating depressive scale，SDS）、PANSS、自杀风险因素评估量表等]。

病历摘要（四）

患者姑姑曾患“抑郁症”。患者行1，有一个弟弟。母孕期及幼年生长发育未见异常。6岁上学，成绩中等，15岁考入中专，18岁毕业后应聘到现在的学校当民办教师。幼年常受父亲批评和打骂，母亲胆小懦弱不帮她说话。本人性格内向、敏感，做事认真、怕出错而追求完美。3年前经人介绍与丈夫相识并结婚，夫妻感情尚可，育有1女，现在1岁半。婚后与公婆一起生活，婆媳关系开始尚可，女儿出生后丈夫长期出差，公婆帮助照顾孩子但对她逐渐冷淡，有时发牢骚嫌她生了个女孩。近2个月患者自感没有精力照顾女儿，几乎全部由公婆代为照看。既往体健，月经规律。无烟酒嗜好和违禁药物使用史。

躯体及神经系统检查、脑CT、心电图、脑电图、胸部X线片等均未见异常。

血常规：HGB 105g/L（110~130g/L）。

血生化：总蛋白60g/L（65~85g/L），白蛋白38g/L（40~55g/L）。

血电解质：未见异常。

临床量表评估结果：

HAMD（24项）：39分

HAMA：28分

学习笔记

SDS:76 分

SAS:62 分

PANSS:60 分,其中阳性分 13 分,抑郁分 19 分。

自杀风险因素评估量表:19 分(10~20 分为危险,20~30 很危险)。

[问题 1] 如何理解和评价患者的家族史、个人史和既往史?

思路 1:患者有“抑郁症”阳性家族史,还存在儿童期的不良经历(父亲的批评和打骂),性格内向、敏感,求完美,这些都是“3P”因素中的素质因素;而患者起病前的生活事件(生育、抚养、休假后重新适应工作等)是发病的诱发因素,家庭支持差(与公婆相处不融洽,丈夫不在身边)则是其发病的持续因素。在下一步制订治疗方案及评估预后时均需要考虑这些问题。

思路 2:患者既往无器质性疾病和精神活性物质使用史,可初步排除器质性疾病所致精神障碍及精神活性物质所致精神障碍。

[问题 2] 如何考虑患者躯体检查及化验检查的异常?

思路:患者血红蛋白降低、血生化总蛋白及白蛋白水平轻度下降,考虑与其长期食欲差有关,可能为进食不足导致的营养问题。

[问题 3] 简述你对本例患者的 S-S-D 诊断思路。

思路 1:症状分析。

(1) 认知方面:①言语性幻听。能听到不清晰的议论自己的声音,片段,夜晚出现,且与患者的内心心境相关,诊断特异性不高。②关系妄想。继发于患者对自己的负性评价,对患者的情感及行为有一定影响,但在相当程度上能够被大部分人所理解,不具有诊断特异性。③思维迟缓。患者有脑子反应迟钝、像“生锈了”一样的体验,对抑郁的诊断有一定的临床意义。④自知力部分存在。对自己的异常有察觉,并认为是心理出现了问题,有求治愿望。

(2) 情感方面:情感症状为原发症状。①心境低落,贯穿病程的始终。②兴趣丧失。提不起兴趣参加一些娱乐活动及社交活动。③精力下降。经常感觉全身疲乏、无力。④自我评价低、自责、无望感。⑤睡眠障碍。以入睡困难及早醒为特点。⑥自杀观念。频繁出现不想活的念头。⑦焦虑。对未来存在各种担心,并经常有惴惴不安的感觉,好像有不好的事情要发生。⑧运动性不安。在病史中有坐卧不宁的表现。⑨自主神经功能亢进。有心悸、胸闷及胸背部烧灼的感觉。

(3) 意志与行为方面:意志行为下降。目前不能坚持工作,已休假 1 周,个人生活能够自理,但动作显缓慢。

(4) 其他方面:①一般情况:意识清楚,活动明显减少,食欲差,大便次数少,小便正常;②躯体健康状况:消瘦,有轻度营养不良。

思路 2:构筑临床综合征并分析其特点。

(1) 抑郁状态。患者有三个“核心症状”(心境低落、兴趣丧失、精力下降)、七个其他症状(自我评价低、自责自罪感、无望感、自杀观念、思维迟缓、睡眠障碍、食欲下降),不能继续工作及日常的家务活动,达到了重度抑郁状态的症状条目及严重程度要求。抑郁状态是原发性的,伴有“躯体综合征(兴趣下降、早醒、食欲下降、体重减轻、精神运动性迟滞)”,且伴有精神病性症状。

(2) 焦虑状态。患者在起病的早中期存在明显的浮游性焦虑(对未来的各种担心及惴惴不安的感觉)、运动性不安(坐卧不宁)及自主神经功能亢进(心悸、胸闷、胸背部烧灼感),这些构成了焦虑状态的综合征。但到了疾病后期(尤其是入院前 2 个月开始),患者的浮游性焦虑主观感受变得不明显,而运动性不安及自主神经功能亢进的症状也变得模模糊糊,“焦虑状态”变得不明确了。

(3) 幻觉、妄想状态。患者的幻觉为片段的、夜晚出现的、与患者的抑郁心境相关的言语性幻听。妄想主要为关系妄想,同样继发于抑郁心境,都不具有特异性的诊断价值。

思路3：基于症状、临床综合征和既往史等资料，依照“马和斑马”原则提出假设诊断。

(1) 复发性抑郁障碍（目前为伴精神病性症状的重度抑郁发作）。

(2) 双相情感障碍（目前为伴精神病性症状的重度抑郁发作）。

(3) 分裂情感性障碍。

(4) 广泛性焦虑障碍。

(5) 精神分裂症（伴有抑郁症状）。

知识点

抑郁发作的鉴别诊断

1. 躯体疾病所致抑郁：如果抑郁心境障碍与当前所患躯体疾病存在病因学和时间上的紧密联系，则诊断为躯体疾病所致心境障碍。

2. 脑器质性疾病所致抑郁：帕金森病、痴呆性疾病、脑血管病等容易导致抑郁。早期可能难以鉴别，随着时间推移其慢性脑病综合征越来越明显，影像学检查可见脑皮质的萎缩等。老年人初发抑郁症状，应首先考虑是否为脑器质性疾病的首发症状。

3. 精神分裂症：尽管伴有抑郁症状的精神分裂症不少见，但大多数精神分裂症的情感是平淡而非低落；伴有精神病性症状的抑郁发作也不少见，需要综合考虑抑郁症状和精神病性症状之间的关系（原发还是继发）、发生与缓解的时间特点、症状性质（特异性）等。

思路4：首先根据病史资料和各项检查结果，排除脑器质性、躯体疾病所致精神障碍，以及精神活性物质所致精神障碍，然后逐一对以上假设诊断进行分析，按照“选言推理”原则筛选出最可能的诊断。

(1) 精神分裂症。患者的言语性幻听及关系妄想均继发于抑郁心境，并非原发性质，具有可理解的心理背景，而且从内容和表现形式来看，都不具备ICD-10诊断精神分裂症的症状特异性。

(2) 分裂情感性障碍。抑郁症状群符合了抑郁发作的症状标准，但幻觉-妄想症状群如前所述达不到精神分裂症的症状标准，且出现时间明显晚于抑郁症状，不符合分裂情感性障碍两组症状“同样突出”、“同时出现或者只相差几天”的特点。

(3) 双相情感障碍。患者既往曾有持续2周的心情愉快期，但没有达到诊断轻躁狂或躁狂的“睡眠需求减少”、“精力增高”、“话多”、“易激惹”、“行为鲁莽”等特征，故目前暂时排除双相情感障碍。需要特别指出的是，患者的病史特点及临床特征具有双相抑郁发作的某些特点（如首次发病年龄早、伴有精神病性症状、存在“抑郁症”家族史、既往曾有过抑郁发作），应高度关注今后发展成为双相情感障碍的可能性。

(4) 抑郁发作。患者本次病程有符合重度抑郁发作症状条目和持续时间的“抑郁状态”，也有“躯体综合征”的临床表现，伴有幻觉、妄想等精神病症状，病史和检查结果不能解释器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍。

患者8年前曾有一次类似发作，具有情绪低落、精力下降、失眠、食欲下降以及焦虑，至少满足轻度抑郁发作的诊断标准。因此，本次最可能的诊断是：“复发性抑郁障碍，目前为重度抑郁发作，伴精神病性症状”。

(5) 广泛性焦虑障碍。患者在病程中曾有持续数月的“恐慌”、“运动性紧张”、“自主神经活动亢进”，符合广泛性焦虑障碍的症状标准。但患者的这种焦虑状态在本次病程的中早期比较明显，到了后期，随着患者抑郁症状的加重，焦虑的主观感受程度弱化，自主神经功能紊乱的症状也变得不明显，已达不到广泛性焦虑的症状强度标准。因此，就患者目前住院时的精神症状，不足以诊断广泛性焦虑。这种情况可按“衰竭性抑郁”的症状变化特点来理解。需要说明的

学习笔记

是，如果患者目前的焦虑状态达到广泛性焦虑障碍的症状标准，则根据 ICD-10 “需要多少诊断就记录多少诊断”的原则，应考虑“广泛性焦虑障碍”的共病诊断。

知识点

衰竭性抑郁

P. Kielholz 于 1982 年提出了“衰竭性抑郁”的概念，临床特点是开始阶段以精神活动易兴奋为主，表现为联想回忆多而杂乱、注意力不集中，因而感到记忆差、入睡困难。其他如头痛、易疲劳和心情不好等症状不严重，也可以不明显。随后的临床相以自主神经功能紊乱为主，同时有焦虑，易疲劳也往往明显。最后便进入衰竭抑郁期，以抑郁症状为主要临床相，但往往仍伴有各种躯体的模糊不适感。

思路 5：运用 ICD-10 诊断标准对目前最可能的诊断进行核实。

知识点

ICD-10 中抑郁发作的诊断要点

F32 抑郁发作：以下描述了三种不同形式的抑郁发作[轻度(F32.0)、中度(F32.1)、重度(F32.2)和(F32.3)]。各种形式的典型发作中，患者通常有心境低落、兴趣和愉快感丧失、导致劳累感增加和活动减少的精力降低。常见的症状还有稍做事情即觉明显的倦怠。其他常见症状有：①集中注意和注意的能力降低；②自我评价和自信降低；③自罪观念和无价值感(即使在轻度发作中也有)；④认为前途暗淡悲观；⑤自伤或自杀的观念和行为；⑥睡眠障碍；⑦食欲下降。

F32.0 轻度抑郁发作：心境低落、兴趣和愉快感丧失、易疲劳这几条通常视为最典型的抑郁症状。要作出确定的诊断，应至少存在上述症状中的 2 条，再加上至少①~⑦所描述的症状。所有症状都不应达到重度。整个发作持续至少 2 周。轻度抑郁发作的患者通常为症状所困扰，继续进行日常的工作和社交活动有一定困难，但患者的社会功能大概不会不起作用。

F32.1 中度抑郁发作：应至少存在轻度抑郁发作中给出的 3 条典型抑郁症状中的 2 条，再加上至少 3 条(最好 4 条)其他症状。其中某几条症状较为显著；但如果存在的症状特别广泛，这一点也不是必需的。整个发作持续至少 2 周。通常中度抑郁患者继续进行工作，社交或家务活动有相当困难。

F32.2 重度抑郁发作，不伴精神病性症状：轻度和中度抑郁发作(F32.0，F32.1)中提出的所有 3 条典型症状都应存在，并加上至少 4 条其他症状，其中某些症状应达到严重的程度。但是，如激越和迟滞这类主要症状十分明显时，患者可能不愿或不能描述许多其他症状。在这种情况下，从总体上评定为重度发作也是适宜的。抑郁发作一般应持续 2 周，但在症状极为严重或起病非常急骤时，依据不足 2 周的病程作出这一诊断也是合理的。重度抑郁的患者除了在极有限的范围内，几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动。

F32.3 重度抑郁发作，伴精神病性症状：符合 F32.2 中给出的重度抑郁发作的标准，并且存在妄想、幻觉或抑郁性木僵。妄想一般涉及自罪、贫穷或灾难迫在眉睫的观念，患者自认对灾难降临负有责任。听幻觉常常为诋毁或指责性的声音；嗅幻觉多为污物腐肉的气味。严重的精神运动迟滞可发展为木僵。

思路 6：反向验证当前诊断是否可以解释所有资料，并考虑多轴诊断和共病诊断。“复发性

学习笔记

抑郁障碍，目前为伴精神病性症状的重度发作”能解释目前患者的绝大部分资料。需要用其他诊断来解释的资料为患者的消瘦、血常规及血生化检查的异常结果。

[**问题 4**] 如何对该患者进行临床风险评估？

思路：该患者为抑郁患者，应着重对其自杀风险进行评估，其次要对躯体疾病风险、法律相关风险及暴力风险进行评估。

(1) 自伤及自杀风险：患者为重度抑郁患者，有较频繁出现的自杀观念，但无相应的付诸行动的想法，自杀风险量表评估为“危险”，综合评估其具有中度自杀风险。

(2) 躯体疾病风险：患者消瘦（体重下降 7kg），血红蛋白、血清总蛋白、白蛋白轻度下降，考虑与患者进食量少造成的轻度营养不良有关。无重大的内脏及脑部疾病史，评估躯体疾病为轻度风险。

(3) 法律相关风险：已婚患者由母亲陪同就诊，应考虑潜在的因婚姻纠纷引起的法律风险。

(4) 暴力风险：患者为女性，既往无暴力行为，且目前的状态表现为精神运动性抑制，目前评估暴力风险相对低。

病历摘要（五）

入院诊断：

症状学诊断：抑郁状态，幻觉、妄想状态。

疾病分类学诊断：复发性抑郁障碍，目前为伴精神病性症状的重度发作（F33.3）。

次要诊断：轻度营养不良。

风险评估：中度自杀风险，一般躯体疾病风险，一般法律风险，低暴力风险。

[**问题 1**] 对于明确诊断的抑郁症患者，如何制订合理的急性期治疗方案？

根据生物 - 心理 - 社会医学模式，全面关注并处理患者的精神症状、躯体问题及可能出现的自杀风险。

思路 1：轻、中度抑郁的急性期，可根据患者情况选用药物治疗或心理治疗，或两者结合；对于重度抑郁应首选抗抑郁药物治疗，根据临床实际情况决定是否合并心理治疗，必要时考虑药物合并或者单用改良电抽搐治疗。

知识点

改良电抽搐治疗（MECT）用于抑郁障碍的适应证

电抽搐治疗（ECT）用于抑郁障碍的治疗已有 70 多年的历史。它是以一定量的电流通过大脑，引起意识丧失和痉挛发作，从而达到治疗目的的一种方法。改良电抽搐治疗是结合应用肌肉松弛剂，使患者在治疗中不出现痉挛也达到治疗目的。它比传统的 ECT 心脏负荷小，无骨关节方面的禁忌，不良反应的风险明显降低。MECT 用于抑郁障碍的适用指征有：

1. 对于严重抑郁，有强烈自伤、自杀企图及行为，明显自责、自罪者为首选治疗方法。
2. 拒食，违拗、紧张性木僵者以及极度躁动、冲动、伤人者。
3. 药物治疗无效或不能耐受药物的患者。
4. 患有躯体疾病又不宜使用抗抑郁药者（如部分合并有心血管疾病的抑郁患者）。
5. 有骨折史或骨质疏松的抑郁患者，以及年老体弱的抑郁患者。

禁忌证有：严重脑器质性及躯体疾病、急性全身感染和发热、肌肉松弛剂过敏者。

思路 2：抗抑郁药物的选择需根据药物的特点及不良反应、患者的躯体状况、抑郁发作的亚

学习笔记

型、药物的价格和成本等各个方面综合判断。本例患者首选抗抑郁药物治疗，同时合并抗精神病药物治疗。患者有轻度营养不良，有双相抑郁的某些特征，且具有精神病性症状，宜选择转躁风险较小、不会加重精神病性症状、副作用较小的抗抑郁药物，合并使用副作用较小的第二代抗精神病药物，一方面针对精神病性症状，同时也针对患者潜在的双相风险。

知识点

抗抑郁药选用时应考虑的因素

1. 既往用药史：如有效仍可用原药，除非有禁忌证。
2. 药物遗传学：近亲中使用某种抗抑郁药有效，该患者也可能有效。
3. 药物的药理学特征：如有的药镇静作用较强，对明显焦虑、激越的患者可能较好。
4. 可能的药物间相互作用：有无药效学或药代学配伍禁忌。
5. 患者躯体状况和耐受性。
6. 抑郁亚型：如非典型抑郁可选用选择性 5- 羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）或单胺氧化酶抑制剂（MAOIs），精神病性抑郁可选用阿莫沙平。
7. 药物的可获得性及药物的价格和治疗成本问题。

知识点

对不同类型抑郁症的治疗建议

1. 伴有明显激越的抑郁症：选用镇静作用相对较强的抗抑郁药，如米氮平、帕罗西汀、氟伏沙明、曲唑酮、文拉法辛以及阿米替林、氯米帕明等。
2. 伴有强迫症状的抑郁症：较大剂量的 SSRIs 或三环类药物中的氯米帕明。
3. 伴有精神病性症状的抑郁症：可选用阿莫沙平（不宜使用安非他酮）。
4. 伴有躯体疾病的抑郁障碍：选用不良反应少、安全性高的 SSRIs 和 SNRIs 药物。

思路 3：心理治疗方案。急性期心理治疗的原则是以处理当前为基本目标，具体到本例，重度抑郁发作、中度自杀风险，住院开始的 2 周内应采取支持性心理治疗，目的主要是增加治疗依从性，降低自杀风险；抑郁症状初步缓解后，心理治疗的目标在于患者比较深层的心理问题，采用认知行为疗法纠正其歪曲的负性认知模式及不良的行为方式，促进病情缓解达到临床痊愈，并降低复发风险。

思路 4：自杀风险的防范与管理。在医嘱中下达“防自杀”的医嘱，并制订有针对性的可行措施。具体包括在睡前应用苯二氮䓬类药物帮助患者镇静及缓解焦虑，及时的心理干预，密切观察患者与自杀有关的情绪及行为异常，与家属就自杀的风险进行沟通并签署知情同意书，对患者家属进行自杀征兆观察的教育及要求家属陪住等。

思路 5：针对躯体问题的治疗方案。患者目前存在轻度的营养不良，考虑到患者能够自行进食但食欲偏差，在改善营养方面应以高蛋白食物为主。

[问题 2] 对该患者的预后如何评估？

思路：抑郁发作一般在症状缓解后能够恢复正常的社会功能，但其具有明显的复发倾向。该患者社会功能相对完整、夫妻关系良好、有相对稳定的工作和收入，这些都是复发的保护因素；而家族遗传史、发病年龄较早（18 岁）、抑郁的二次发作、不良的性格特征、婆媳关系失和等，则是复发的不利因素。综合以上考虑，评估其以后具有较高的复发风险，对患者的生活质量有一定影响。

学习笔记

病历摘要(六)

入院后,根据患者的症状特点、身体状况、家庭经济状况等,选择帕罗西汀合并阿立哌唑治疗。帕罗西汀初始剂量20mg/d,晚上口服阿普唑仑0.8mg辅助睡眠、改善焦虑;阿立哌唑初始剂量5mg/d,第4天加量至10mg/d。住院1周后,患者睡眠改善,但心境仍然低落,提不起兴趣做事情,全身乏力,有时觉得病友在议论自己。对治疗效果感到怀疑和失望,觉得服药不能帮助她解决困境。

[**问题1**] 如何看待患者对治疗的失望,应该如何处理?

思路:抗抑郁药物一般都在1~2周之后起效,而不良反应却可能在服药后很快出现,如果医生在处方药物时忽略了对患者进行相关药物知识的教育,做好充分的知情同意,患者就可能对疗效产生失望甚至认为"越治越差"。因此,医生应该在用药前就对患者和家属进行药物起效特点和不良反应的说明,并在治疗过程中随时关注患者的治疗感受,积极进行支持性心理治疗,提高其治疗依从性。

知识点

针对处方药物进行患者教育的要点

1. 药物的药理作用特点以及针对患者的处方药物(组合)产生疗效的可能起效时间及一般规律,如可能先出现睡眠改善、食欲增加,然后是精力恢复,最后才是情绪改善等。

2. 药物不良反应的一般知识,如胃肠道刺激反应等,解释常见、少见、罕见的概念。

3. 告知不良反应的应对方法。

[**问题2**] 为何没有选择转躁风险更小的安非他酮?

思路:有研究表明,不同类型的抗抑郁药的转躁率存在差异:TCAs、SNRIs、NaSSA>SSRIs> 安非他酮。安非他酮是目前公认的转躁风险最小的抗抑郁药物,但由于其对DA再摄取具有轻度抑制作用,可能导致精神病性症状的加重,因此应当避免用于治疗伴精神病性症状的抑郁症患者。故本例未选择该药物。

[**问题3**] 患者目前存在敏感、多疑的表现,且抗精神病药物仍未加到治疗的最大剂量,应如何调整?

思路:对于伴有精神病性症状的抑郁症患者应用抗精神病药物时,药物剂量可根据精神病性症状的严重程度适当进行调整。该患者存在敏感、多疑症状,但该症状的严重程度较轻,因此可选用较低剂量的药物进行控制,可继续给予患者阿立哌唑10mg/d口服,观察患者的精神病性症状的变化。

病历摘要(七)

患者自服药第6天出现口干和便秘,并有小便排出不畅感,症状逐渐加重,至第10天时甚至小便不能排出。另外,患者服药后白天容易瞌睡,尤以早晨服药后明显。患者为此感到烦躁、担心。

[**问题**] 如何解释上述临床现象,如何处理?

思路1:口干、便秘、小便排出不畅等不适是帕罗西汀抗胆碱能副作用的常见表现。帕罗西汀对毒蕈碱受体阻断作用强,是唯一和M受体结合的SSRIs,因而可能有较多的抗胆碱能反应。本例患者由于尿潴留症状较重,可给予氯贝胆碱10mg/d口服,待症状好转后再逐渐减量。白天瞌睡可能与帕罗西汀的镇静作用有关,可将帕罗西汀改为睡前服用,并观察患者白天的睡

学习笔记

意变化。

思路2：抗抑郁药物在使用过程中，除了观察常见不良反应，还要注意识别和防范其他患者十分关注的或者是危险的副作用，如性功能障碍、心脏方面的副作用，5-羟色胺综合征等，应注意向患者及家属解释、沟通。

知识点

5-羟色胺综合征

SSRIs可加强很多中枢5-羟色胺能药物的疗效，导致5-羟色胺能系统过度兴奋，出现中枢5-羟色胺综合征（central serotonin syndrome，CSS），以合并两种5-羟色胺能药物多见。临床表现有恶心、呕吐、腹痛、颜面潮红、多汗、心动过速、激越、震颤、腱反射亢进、肌张力增高。病情进展可出现高热、呼吸困难、抽搐、酸中毒性横纹肌溶解，继发球蛋白尿、肾衰竭、休克和死亡。它是一种严重的不良反应，应及时确诊、停药并进行内科紧急处理。

病历摘要（八）

经过对症处理，患者的口干、便秘及尿潴留症状得到缓解，白天瞌睡也明显减少。住院治疗第2周末，自杀想法减少，但仍然感觉脑子反应慢、全身困乏，提不起兴趣做事情。敏感、多疑症状减轻，感到病房内其他人议论自己的情况也明显减少。HAMD评分：32分，HAMA评分：23分。

[问题] 针对患者目前情况，医生如何考虑下一步的治疗措施？

思路1：患者的汉密尔顿抑郁量表评分2周内减分率≤20%。根据国际最新观点，如果抗抑郁治疗2周后病情未获明显改善，需及时改变治疗策略。因此，应加大帕罗西汀剂量，继续对患者病情进一步观察。

思路2：如果该患者经过帕罗西汀足量抗抑郁治疗6周无明显改善，且再换用另一种作用机制不同的抗抑郁药如文拉法辛足量治疗6周也无明显改善，需考虑按照难治性抑郁的治疗程序来进行治疗。

知识点

难治性抑郁症（treatment resistant depression，TRD）及治疗策略

1. 定义：符合ICD-10抑郁发作的诊断标准，先后使用两种或两种以上不同化学结构的抗抑郁药足量（治疗量上限，必要时测血药浓度）、足疗程治疗（6周以上）无效或收效甚微者。

2. 治疗策略：对难治性抑郁症建议采取以下治疗策略：

（1）增加抗抑郁药的剂量：可至最大治疗剂量的上限，同时注意监测血药浓度。对三环类抗抑郁药，应慎重加量，严密观察心血管的不良反应，避免过量中毒。

（2）抗抑郁药物合并增效剂：①合并使用心境稳定剂；②抗抑郁药与抗癫痫药联用（慎用卡马西平）；③联合使用第二代抗精神病药物；④合并丁螺环酮；⑤加用甲状腺素；⑥合并苯二氮䓬类，但不能长期联用。

（3）两种不同类型或不同药理机制的抗抑郁药联用：①SSRIs与SARIs联用，如氟西汀合并曲唑酮；②SSRIs和SNRIs/NaSSA联用，剂量都应比单用时剂量小，加量速度应较慢，同时严密观察药物的不良反应；③SNRIs和NaSSA联用。

（4）合并电抽搐疗或采取生物-心理-社会综合干预措施。

学习笔记

病历摘要(九)

经帕罗西汀30mg/d、阿普唑仑0.8mg/d、阿立哌唑10mg/d继续治疗2周后，患者心境低落及兴趣减退症状明显缓解，全身困乏症状基本消失，能够和病友进行正常交流和参加活动，想念女儿，想回家去照顾她。敏感、多疑的症状消失，不再感觉周围的人在议论她，能够认识到之前的感觉是自己想的太多了。住院5周后HAMD评分:9分；HAMA评分:7分；PANSS评分:34分，其中阳性分7分，抑郁分4分。以显著好转出院，在门诊继续治疗。

[问题1] 患者出院后，治疗方案如何进行调整？

思路:该患者在住院期间的急性期治疗中取得了较好的临床疗效，应进入恢复期治疗。恢复期治疗一般4~6个月，此期间患者应继续使用帕罗西汀治疗，并保持剂量30mg/d不变。如果患者在恢复治疗期间病情一直稳定，则可进入维持期治疗。

知识点

抗抑郁药物的治疗策略

抑郁症为高复发性疾病，目前倡导全病程治疗，包括急性期治疗、恢复期(巩固期)治疗和维持期治疗三期。

急性期治疗推荐6~8周。争取尽快控制症状，尽量达到临床痊愈。一般药物治疗2~4周起效。如果用药治疗4~6周无效，可改用同类其他药物或作用机制不同的药物。

恢复期(巩固期)治疗至少4~6个月。在此期间患者病情不稳，复燃风险大，原则上继续使用急性期治疗有效的药物，并且剂量不变。

维持期治疗一般为6~8个月。对于有2次以上复发(特别是近5年有2次发作者)、青少年发病、伴有精神病性症状、病情严重、自杀风险大、有遗传家族史的患者，都应考虑较长时间的维持治疗(一般2~3年)。多次复发者主张更长期维持治疗。最新观点认为，维持期治疗尽可能接近或维持急性期治疗剂量，能更有效地防止复发。

[问题2] 患者目前是否可以停止使用抗精神病药物？

思路:对于伴有精神病性症状的抑郁症，经抗精神病药物治疗后精神病性症状消失，应继续治疗1~2个月，若症状未再出现，可考虑减量药物直至停药。目前患者的精神病性症状虽然已经消失，但仍需继续服用阿立哌唑10mg/d 2个月，之后根据情况逐渐减量，减药速度不宜过快，避免出现撤药综合征。至于是否停药，要综合考虑其具体情况以及双相风险。

[问题3] 出院时应向患者及家属告知哪些注意事项？

思路1:首先应告知患者坚持按医嘱服药，不得自行增、减药量，并定期到门诊复查，初始可每月一次，待病情稳定后可1~3个月复查一次，如病情有变化，可随时就诊；告知患者尽量避免饮酒，饮酒可能会造成病情的波动，还可能与苯二氮䓬类药物相互作用引发意外；注意不要从事高危作业等。

思路2:针对患者与公婆的关系进行心理咨询与治疗，以帮助她缓解紧张的婆媳关系。同时要处理丈夫常年出差而导致患者感到心理支持差的问题，减轻其抑郁的持续因素。

思路3:患者目前处于哺乳期，服药期间不宜母乳喂养，同时要和患者讨论抚养孩子对母亲身心健康的正反两方面的影响，帮助其学会正确处理。

学习笔记

知识点

女性抑郁障碍在孕期、哺乳期的注意事项

最新研究表明，抑郁症状对胎儿的影响要大于抗抑郁药的影响，因此孕期预防抑郁复发或者治疗抑郁发作比防止药物对胎儿的不良作用更为优先。基本原则如下：

1. 尽量避免药物对胎儿的影响。虽然抗抑郁药的致畸作用尚缺乏确凿证据，但原则上在孕期的前3个月不宜使用抗抑郁药，除非明显利大于弊才谨慎使用；产前要适量减少用药或停药，减少产时胎儿呼吸、神经肌肉异常反应的风险。

2. 孕期用药要有循证医学证据，参照孕期抗抑郁药使用分级，尽量选择对胎儿影响小的药物，如B类药物。

3. 以孕产妇的安全为前提。对于抑郁发作维持期病情稳定后停药的怀孕女性，应密切关注孕期复发征象，因为孕期抑郁发作不仅危害孕妇心身健康，也会影响胎儿发育。

4. 哺乳期服药者可考虑人工喂养。通过乳汁分泌的药物对婴儿的影响相对较确定。

病历摘要(十)

患者维持治疗已2年，目前服用帕罗西汀20mg/d，其余药物均已停用。目前患者能够正常工作，生活状态良好，情绪稳定。现来医院咨询药物减量及停药的可行性及方法。

[**问题**] 如何回复患者的咨询问题？

思路1：患者为复发性抑郁症患者，曾有过2次抑郁发作，但2次发作有8年的间隔期，因此维持治疗期可为2~3年，符合可以停药的条件，可以试行停药。停用帕罗西汀应缓慢进行，可减量为10mg/d服用7~10天，再停用药物，以避免出现撤药反应。

思路2：教育患者注意复发的可能征兆，如失眠及焦虑情绪的出现等。如果出现预警症状应及时到医院就诊。

知识点

抑郁症的复发风险

随访研究显示，大多数经治疗恢复的抑郁症患者仍有30%于一年内复发。近年来的临床研究发现，急性期及维持期获得缓解的患者，其复发率明显低于未获得缓解的患者。已获得缓解的患者随机分为两组，一组继续应用药物维持治疗，另一组给予安慰剂治疗。第一年药物持续治疗组复发率为23%，第二年复发率为28%；而安慰剂组第一年复发率为42%，第二年为47%。重视对残留症状的治疗，特别是对抑郁伴有的注意力障碍、睡眠障碍、精力缺乏及持续焦虑症状的强化治疗，对预防复发具有重要意义。

病历摘要(十一)

门诊对患者进行了系统的认知心理治疗，过程摘录如下：

1. 与患者沟通、交流，建立问题行为清单：最主要的为抑郁情绪、幻觉、妄想。

2. 形成个案概念化：在患者成长过程中，父亲对其苛责，经常批评和嘲讽她(起源)。由此产生的结果是，患者形成了“我是无能的”以及“如果做不好，别人就会批评我、耻笑我”这两种图式(机制)。这些图式在近一年被激活，是因其遭受了一系列生活事件(带孩子的压力、与公婆关系的不和谐、休产假后重新上班需要新的适应、面临新同事的竞争)(诱发因素)，因此频繁出现自动化思维(机制)，包括“我是无能的”、“我做不了这件事情”、“所

学习笔记

有人都会嘲笑我”，这些想法使患者产生了抑郁情绪、幻觉和一些妄想，并最终导致了患者的回避和退缩行为（症状、问题）。

3. 建立治疗计划：通过问题行为的微观、宏观分析，发现患者的生活事件所引起的内心独白都是“我是无用的、没有价值的，无论我多努力，都会被别人否定和看不起”等，这正是从小父亲所给予的评价。所以治疗计划的目标是让患者从固有的自动化思维模式里跳出来，客观地、多角度地看待自己，看待周围的人，重新自我评定和认知。

4. 实施治疗：咨询过程如下（共 12 次，一周一次，一次 60 分钟）：

（1）第一次咨询：收集资料，形成个案概念化，对当前的问题行为进行微观分析。咨询中问及患者的几个问题：①你进这个学校工作多年，病前曾是重点班的老师，说明你的教学质量和教学能力是优于其他老师的，学校领导是认可你的。那么，你那时是怎么看待自己和其他老师的？②你觉得新来的大学生在某些方面比你强，他只是强于你还是强过了其他老师呢？③校长除了训过你，还指责过其他同事吗？引导患者多角度看生活事件的发生。

患者以往面对不同的生活事件时，内心的反应都是自我无能。在和治疗师讨论后，患者发现这些是很多人都会碰到的常见问题，但别人似乎没有像自己这样想。患者对自己有了新的思考，并看到希望，愿意参与后期治疗。

（2）第二次咨询：患者反馈明白了一点，好像是自己想太多了，别人也不会像自己这样，不明白为什么自己总这样想。

咨询内容：收集成长史，做问题行为的宏观分析。让患者觉察到自己行为问题的背后其实是爸爸曾经给予自己的价值认定和后来自己给自己的价值认定。患者对父母有很多的不满和抱怨，但一直压抑在心里，父亲对自己简单粗暴，从来只有否定，母亲懦弱，弟弟是父母的宝，眼中的骄傲。

患者在此次治疗中，发现自己原来一直是贬低和嘲笑自己的。

（3）第三次咨询：做催眠放松，建立安全之地。

患者做了催眠放松后感到很舒服，很久没有感到如此放松过，平时总是胡想。治疗师建安全之地，为后面治疗做准备。

留家庭作业，让患者回忆并记录曾经觉得自己做过的值得肯定的事情，或者受到的称赞，得到过的荣誉。

（4）第四次咨询：继续催眠放松，进入安全之地的练习。

治疗师与其交谈，患者在讲述自己曾经取得过的一些成绩时很开心，但马上又会显露沮丧的表情，表示这些只是一瞬间会开心罢了。治疗师发现患者的思维里，自己做得好的事情很少，即使有也无法自我肯定，而归因于巧合和机遇。

留家庭作业，晚上入睡前自己做放松练习。

（5）第五次咨询：患者反馈心情要好一些，没有以前那么憋闷了。睡眠也能好一些，半个小时差不多就能入睡，早上醒的还是早。

咨询内容：用行为物品摆放技术呈现家庭关系。父母和弟弟很近，而自己又远又是个破纸杯，弟弟是漂亮的盆栽。患者站在不同的位置看呈现的物品，去感受家中每一个人的情感，先宣泄了自己的情绪，又体会了家人的内心情感。觉得大家还是关爱自己的，和弟弟是有差别，但也不是不爱自己，父亲对自己有期待，会很严厉地要求自己，其实父母也很辛苦。小时侯父亲总批评自己，但自己参加工作，成了家，当了老师，父亲是挺高兴的。

留家庭作业，与父母交流，询问在父母眼里自己有哪些优点。

患者在此次治疗中，宣泄了一直以来压抑在内心的情绪，对父母家人的不满、怨恨、委屈，之后也觉察到自己的片面性，但觉得治疗师的作业有难度，不敢面对父亲，在治疗师的

学习笔记

鼓励下，愿意尝试。治疗师在与患者的交谈中，通过患者和父母的相处细节，发现父母在心里是很在乎这个女儿的，只是没有用更好的方式，没有表达。

(6) 第六、七次咨询：患者反馈：没想到在父母眼里，自己还有那么多优点，乖巧，懂事，做事认真，细心。自己心情好多了，感觉一下轻松了好多，睡眠也越来越好了。

治疗师继续和患者讨论童年和父母的互动事件，患者也发现虽然小时候父亲对自己很严厉，对自己的不满很多，但也向亲戚朋友夸过自己，自己偶尔知道这些，但当时觉得那时父亲对别人说的不是真心话。父亲也为自己做了很多事，现在可以理解，其实父亲小时候对自己那样要求，只是想让自己更好而已。

此次治疗中，发现患者已经慢慢开始用更多的角度去看待一件事情。

(7) 第八次咨询：患者反馈觉得自己和父母的关系越来越好，心情也舒畅了许多，但还是担心回到学校会怎么样？同事会怎样看自己？

咨询内容：行为空椅技术。患者和某同事进行对话，坦诚地说出自己的想法、所有的担心、恐惧竞争的失败和对对方的敌意。交换座位体会对方的感觉和想法。几次换位对话后，发觉其实对方并没有敌视和看不起自己，都是自己猜想的。

留家庭作业，给某同事打电话，问问当时在校长门外的情况，并说明自己在多媒体上有一些问题，可以问问她吗？

患者在此次咨询中，发现一直以来自己对这个同事是羡慕、嫉妒、恨的情绪，自己内心对其充满敌意，但又无法发泄出来，就觉得自己很不好，但赖在对方的身上会让自己舒服一些。治疗师通过患者家人大致了解了学校和同事的情况，选择留这样的作业，让患者去体会差距，除了用恨和抱怨表达，还可以有其他的方式。

(8) 第九、十次咨询：患者反馈和该同事的沟通让自己很开心，说她很友善，其实并不知道校长都说了什么，还表示她是新来的，有好多问题想向患者请教。患者反思自己原来的那些想法都是自己的猜想，让自己一直那么疲惫。以前根本没精力管女儿，现在可以陪女儿玩了。

治疗师和患者讨论曾经和同学、同事相处的情况。患者发现自己以前会小心翼翼地与人相处，总怕别人觉得自己不好，看不起自己，所以会很敏感，平常的一句话、一个行为，自己就会胡思乱想，现在发现都是自己的问题。

(9) 第十一次咨询：讨论了和老公还有公婆的关系。在有孩子后心情也不好，觉得生了女孩公婆会嫌弃自己。最后觉察到公婆也是很疼爱这个孙女的，也付出很多。患者表示现在自己想好好补习一下多媒体教学的内容，有信心掌握它，等休假结束后就去上班，像以前一样认真对待自己的工作。

此次咨询，治疗师发现患者已经能够觉察到自己的一贯思维和行为模式，并能较合理地应对，准备结束治疗。

(10) 第十二次咨询：结束治疗。

患者在此次治疗后，妄想和幻觉状态已经消失，睡眠改善，有信心投入到工作中，与公婆的关系没有太大进展，但觉得自己可以面对，并有信心慢慢改善。在治疗师看来，患者已基本从应激状态中走出来，可以面对当下的生活，但仍需要家人的支持，不断觉察自己，提高应对应激事件的能力。

【总结】

本例患者是一个典型的抑郁症患者，在对该患者进行诊断的过程中，首先需全面、客观地收集病史资料，并进行详细的躯体、精神检查及必要的实验室检查。在询问及检查中，一要注意患

学习笔记

者的躯体问题及精神活性物质使用问题；二要适时就患者既往有无心境障碍的发作进行澄清，并注意对伴随的焦虑症状进行分阶段及现况分析；三要就自杀及其他风险的相关问题进行了解。之后运用“S-S-D 分析思路”及“等级诊断”原则，依次进行症状学诊断、假设诊断、鉴别和排除诊断分析、疾病分类学诊断、风险评估等。

考虑到该患者是在一定心理 - 社会因素下出现的伴有精神病性症状的重度抑郁发作，急性期治疗上首选抗抑郁药物治疗，辅以适当剂量的抗精神病药物，待患者病情好转后再合并心理治疗，并在整个过程中注意自杀风险的评估及干预。抗抑郁药的选择需根据患者病情、药物的药理特点、经济因素等几方面进行考虑，目前一般推荐使用安全性较高的新型抗抑郁药物。在治疗过程中要注意及时处理常见的不良反应，并就药物的起效时间及不良反应情况提前与患者及家属沟通。

急性期治疗结束后，应针对抑郁症高复发、需要全病程治疗等进行患者及家属教育，提高长期治疗的依从性，尽可能防止复发，提高患者的生活质量。

（谭庆荣　贾福军）

参考文献

1. 江开达 . 抑郁障碍防治指南 . 北京：北京大学医学出版社，2007.
2. 于欣 . 精神科住院医师培训手册——理念与思路 . 北京：北京大学医学出版社 . 2011.
3. 沈渔邨 . 精神病学 . 第 5 版 . 北京：人民卫生出版社，2009.
4. Goldbloom DS. 精神科临床评估技巧 . 王学义，主译 . 北京：北京大学医学出版社，2010.
5. 许又新 . 精神病理学 . 第 2 版 . 北京：北京大学医学出版社，2011.

学习笔记

第五章 神经症性障碍

【学习要求】

1. 掌握神经症性障碍的共同特点。

2. 掌握恐惧性焦虑障碍、惊恐障碍、广泛性焦虑障碍、强迫障碍的临床特征、诊断与鉴别诊断、治疗原则和方法。

3. 熟悉神经症性障碍的临床流行病学特点、病因和发病机制、常用的临床诊断和症状评定工具。

4. 熟悉支持性、认知行为、动力性等心理治疗理论和常用方法。

5. 了解神经症性障碍的演变历史和发展现状。

【核心知识】

1. 神经症性障碍是指一组发病与心理 - 社会因素密切相关，病前有一定的人格基础，主要表现为焦虑、恐惧、强迫、疑病或躯体症状，但又缺乏相应器质性证据，自我感到痛苦或社会功能受损，自知力保持完整的精神障碍。

2. 必要的体格与神经系统检查、相关的物理和实验室检查以排除躯体及大脑的器质性疾病，在诊断神经症性障碍时是非常重要的临床环节。

3. 诊断的主要依据是神经症性障碍的症状特点（焦虑、恐惧和强迫症状特点，缺乏器质性证据和自知力完整），症状持续存在达到一定的时间（惊恐障碍除外），自我感到痛苦或社会功能不同程度受损。

4. 神经症性障碍的治疗原则包括综合治疗、全病程治疗和个体化治疗。

5. 治疗药物主要包括苯二氮䓬类抗焦虑药物和抗抑郁药物。苯二氮䓬类药物在临床上常为短期应用；SSRIs 类药物作为一线用药。

6. 神经症性障碍的各种心理治疗方法中，循证医学证据最强的是认知行为治疗。有关临床指南推荐药物联合心理治疗是理想的治疗模式，但特定恐惧性焦虑障碍的推荐治疗首选心理治疗。

第一节 广泛性焦虑障碍

【临床病例】

病历摘要（一）

女，40 岁，已婚，大学文化，经济学研究员。主诉紧张不安、心悸、胸闷、出汗、入睡困难 6 个月，自行到精神科门诊就诊。

[问题 1] 自行到精神科门诊就诊的临床意义是什么？

思路 1：患者主动到精神科门诊就诊，一般说明患者对自己的精神痛苦有认识和评判能力，自知力相对完整，现实检验能力保持完整。

学习笔记

知识点

自知力与精神障碍

自知力是判断精神障碍严重程度的一个重要标准，也是判断知情同意能力和治疗效果的重要参考，但ICD-10没有将其列入诊断要点。一般来说，重性精神病的自知力缺乏较为常见，而自知力通常保持完整的精神障碍主要是神经症性障碍，包括恐惧性焦虑障碍、惊恐障碍、广泛性焦虑障碍、强迫障碍、躯体形式障碍、神经衰弱等。

自知力相对完整也可见于重性精神障碍的发病早期或疾病严重程度轻的患者。如精神分裂症早期、轻中度抑郁障碍及双相障碍、部分分离（转换）性障碍患者等。

思路2：自行就诊的情况较常见于轻性精神障碍或重性精神病的早期。轻性精神障碍尽管在精神病学历史上不作为一种严谨的疾病分类，但在临床工作中，它往往指具有神经症性障碍特点的一类精神障碍。

知识点

神经症性障碍的共同特点

神经症性障碍（neurotic disorders）的概念是从神经症（neuroses）的概念发展演变而来，这类障碍往往具有如下共同特点：

1. 起病常与心理-社会因素有关，并以人格特征作为其发病的基础。患者在发病前常有各种各样的生活事件或应激；在人格上具有一定的易感性，如胆小、敏感、易紧张、追求完美、严谨、刻板等。

2. 临床表现以恐惧、焦虑、强迫、疑病/躯体症状或神经衰弱等为主要症状。

3. 症状没有任何可以证实的脑或躯体器质性病变的基础。

4. 患者对疾病保持相当的自知力，感到痛苦，主动要求治疗。

5. 社会现实检验能力未受损害，患者能够正确地感知自我与周围环境，保持自我与外在环境的协调统一。

6. 社会功能相对完好。相对于重性精神障碍，神经症性障碍患者的社会功能是完好的，大多数患者可以保持相对正常的社会功能。但与正常人或患者病前社会功能相比较，会有不同程度的减退。

思路3：患者主动就诊有时也出于缓解与家庭成员、同事之间的矛盾或求助于医生来肯定或证明其精神状态完好，不一定代表其有相对良好的自知力，临床上需要进一步甄别。

[问题2] 紧张不安、心悸、胸闷、入睡困难属于何种疾病的常见表现？

思路1：患者主诉紧张、害怕、坐立不安，需要考虑到焦虑和恐惧的临床特征。当紧张、害怕没有明确的客观对象时，一般是焦虑的表现；当紧张、害怕指向明确的客观对象时，属于恐惧的表现。对恐惧对象的行为回避或逃避，回避成功能够有效缓解这种恐惧和生理症状，就是典型的恐惧状态。如果担心、紧张的原因在身体内部或缺乏明确的对象，患者就很难表现出回避行为，而表现出自主神经功能亢进的一系列生理症状，这属于典型的焦虑表现。

思路2：焦虑-恐惧状态是一组非特异性症状，临床上可见于多种精神障碍，如神经症性障碍、躯体形式障碍、应激相关障碍、心理生理障碍、物质滥用、药物戒断、精神病性障碍以及躯体疾病伴发的精神障碍等。

学习笔记

知识点

神经症与神经症性障碍的概念演变

自1769年苏格兰医生William Cullen命名了神经症以后的200多年时间里，其范畴在不断地发展变化。既往神经症所包括的精神障碍，因不完全符合神经症的共同特点而逐渐从神经症中分离出去，如分离（转换）障碍不仅可以没有自知力，对自己的症状并不感到痛苦，同时还可以表现出人格解体。所以神经症的概念是否值得沿用，在国际上出现了很大的分歧。我国的CCMD-3仍将神经症作为一个疾病单元，保留神经症的分类，包括恐惧症、焦虑症（惊恐障碍、广泛性焦虑障碍）、强迫症、躯体形式障碍和神经衰弱。在ICD-10中将神经症性障碍与应激相关障碍和躯体形式障碍归为一大类，提出神经症性障碍的概念，但并未给出描述性定义，也未明确指出神经症性障碍应包括哪些障碍。从字面理解，ICD-10中的神经症性障碍主要包括恐惧性焦虑障碍、其他焦虑障碍（惊恐障碍、广泛性焦虑障碍）和强迫性障碍。

神经症性障碍作为一组精神障碍，其所包括的疾病在不同的历史阶段有不同的认识，所以其准确的流行病学资料难以掌握。但有一点是肯定的，神经症性障碍是一组十分常见的精神障碍。据国外统计，神经症的时点患病率约为10%~12%。

病历摘要（二）

一年前患者的父亲因“心脏病”住院治疗，需要患者陪护，同时单位有重大项目需要患者负责，时间紧、任务重。不久逐渐出现睡眠差，入睡困难，反复思考问题，自己不能控制。入睡后似睡非睡，迷迷糊糊，晨起头脑昏昏沉沉。总是提心吊胆，内心不安，孩子上学担心路上不安全，丈夫出差害怕出事，为此坐立不安，来回踱步。阵发性心悸、胸闷、出汗、四肢发麻，有时持续2个小时以上。感到非常痛苦，食欲差，体力弱，以致不能上班工作。在门诊接受药物治疗后效果不好，又担心病好不了，要“疯了”，要“失去控制了”。记性差，爱唠叨，反复诉说自己的担心和不适，询问家里的人自己是否好不了。每天从下午就开始紧张，担心晚上睡不着，经常哭泣，不让丈夫离开自己，否则就发脾气，认为丈夫不理解自己，又觉得自己给丈夫带来很多麻烦。有时想到一死了之，又担心孩子还小，自己死后没人照顾。

既往身体健康。无脑外伤及药物过敏史。生长发育、月经史正常，自由恋爱结婚，顺产一子，夫妻感情好，儿子学业成绩优良。个人性格偏外向，但是胆小、敏感，做事认真、严谨，对自己要求严格，与人相处融洽，喜欢文学和电影，无烟酒嗜好。否认家族中有精神疾病患者。父母健在。体格检查无异常。

[**问题1**] 如何从以上资料分析患者的临床特征？

思路1：患者系女性，中年，脑力劳动者。主要表现为焦虑状态，没有明确对象地担忧、紧张，伴有自主神经功能亢进的症状，警觉性增高，入睡困难，关注自己的身体症状，没有明显的回避行为。这些症状让患者感到痛苦，影响生活和工作能力，持续达到半年以上，达到了病理性焦虑的标准。

知识点

病理性焦虑与焦虑障碍（anxiety disorder）

焦虑是一种情绪反应，在正常人也可以经常体验到。面临考试、面临棘手的问题时会感到压力、紧张，从而激发个人的内在动力，积极寻求资源，做好准备，应对困难，得以解决。所以，焦虑在正常人具有积极意义。

学习笔记

病理性焦虑是指持续地、无原因地感到紧张不安或无现实基础地预感到灾难、威胁或大祸临头感，同时伴有明显的自主神经功能紊乱及运动性不安，自己感到痛苦，日常生活、工作或学习受到影响。病理性焦虑具有如下的特点：①焦虑的程度没有现实基础或与环境不相称；②焦虑导致个体精神痛苦和自我效能的下降；③焦虑并不随着客观问题的解决而消失，往往与人格有一定关系。

思路2：患者在原发性焦虑基础上，出现了继发性焦虑，担心自己的疾病好不了，要“疯了”，要“失去控制了”等。因此同时具备Ⅰ型担忧和Ⅱ型担忧的特点。

知识点

Ⅰ型担忧和Ⅱ型担忧

Wells提出了广泛性焦虑障碍（generalized anxiety disorder，GAD）的一种认知模型，即担忧模型。在这个模型中，GAD患者倾向于将担忧作为一种策略，应对自认为有威胁性的事件，这些事件经常是闯入性的负性想法，如听到关于交通事故的消息，他会有“可能我的妻子遭遇了事故”的想法突然闯入。这个模型包括了两种担忧：Ⅰ型担忧和Ⅱ型担忧。

Ⅰ型担忧：对正在发生或者已经发生的事件的担忧，也包括内部事件如身体不适、想象不好的场景等的担忧。但是这种担忧如果在找到了解决方法后，其产生的焦虑情绪就会下降。

Ⅱ型担忧：GAD患者往往对Ⅰ型担忧持有负性的信念（如认为“疯掉”）等，就会产生Ⅱ型担忧，即对担忧的担忧。Ⅱ型担忧的出现使得GAD患者的担忧具有广泛性、痛苦性和不可控的特点，是GAD的病理性担忧，在GAD的病理心理中起着核心和独特的作用。

学习笔记

［问题2］该患者需要进行哪些临床评估？

思路1：从精神科临床诊断与治疗出发，针对该患者首先要进行临床症状及其演变规律的评估，如症状出现的诱因或原因、症状出现的形式（急性、亚急性或慢性）、症状发展的特点（持续性或发作性、有无正常间歇期）等；其次进行用于鉴别诊断症状的评估，如该例患者是否有明显的回避行为、强迫症状特点以及精神病性症状等；再次评估主要症状的既往治疗情况，如何种药物、治疗剂量、治疗时间和效果等。

思路2：也可以应用诊断性评估工具和症状严重程度评估量表，以及人格评估工具等协助诊断和治疗，如应用MMPI、SAS、HAMA等。

知识点

焦虑障碍常用的诊断和症状严重程度评估工具

1. 诊断评估工具：针对不同的诊断系统具有不同的诊断评估工具，如针对DSM-Ⅳ疾病诊断系统有定式临床诊断检查提纲（SCID-Ⅰ和SCID-MINI），针对ICD-10有神经精神病学临床评定量表（schedules for clinical assessment in neuropsychiatry，SCAN），针对这两个诊断系统的有复合性国际诊断检查问卷（composite international diagnostic interview，CIDI）。这些诊断工具均是针对所有精神障碍的成套诊断工具，需要经过专门的培训后才能使用，多用于临床研究。专用于焦虑障碍诊断的评估工具有焦虑障碍访谈提纲（anxiety disorders interview schedule for DSM-Ⅳ，ADIS-Ⅳ），该工具也涉及心境障碍和躯体障碍。

2. 症状严重程度评估工具：针对焦虑障碍的不同疾病有特定的症状评估工具。如针对恐惧症的医生用Marks Sheehan恐惧量表、Liebowitz社交焦虑量表；针对惊恐障碍的惊恐障碍严重程度量表（PDSS）；针对GAD有焦虑自评量表（SAS）和医生用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）。

[**问题 3**] 该患者需要做哪些辅助检查?

思路 1:该患者在焦虑或恐惧状态下出现自主神经功能亢进症状,在临床上需要进行常规的体格检查和实验室检查,以排除可能的躯体疾病。如心电图、胸部 X 线片等。

思路 2:该患者存在阵发性心悸、胸闷、出汗等症状,应针对心脏、甲状腺、肾上腺疾病进行相关检查以排除冠状动脉粥样硬化性心脏病、二尖瓣脱垂综合征、甲状腺功能亢进、肾上腺嗜铬细胞瘤等。如必要的心肌酶学、超声心动、甲状腺功能和肾上腺 MRI 等检查。

[**问题 4**] 该患者需要补充哪些病史?

思路:由于物质滥用、镇静催眠药物的撤药反应、精神病性障碍以及抑郁障碍经常出现焦虑症状,在诊断焦虑障碍前也要排除这些精神障碍所引起或伴发的焦虑症状。需要进一步补充完善病史和必要的精神检查。还需要了解患者是否有物质使用的历史,是否具有幻觉、妄想等精神病性症状,患者的抑郁体验出现的时间及与焦虑症状的关系等。

病历摘要(三)

既往史:既往体健,无酒精及其他物质滥用史。

辅助检查:ECG 为窦性心律,心率 90 次 / 分。甲状腺功能无异常。心脏彩超无异常。肾上腺 MRI 扫描无异常。

心理测验:SAS 78 分,SDS 52 分,HAMA 28 分。

精神检查:面容憔悴,主动接触,自诉病史,交谈流畅、融洽。自诉内心紧张,总觉得要发生什么事,心里总堵得慌,一阵阵地心慌、胸闷,手心出汗,手也哆嗦,短则 10 余分钟,长则一天都是这样。每天下午重些,在家里来回走动,服用半片“艾司唑仑”后自觉症状会好点儿。为了不让孩子看到自己难受时的样子,尽量控制自己,坚持做晚饭,但饭后自己待在卧室时就担心自己的病,担心自己的未来,担心自己的睡眠,对上床睡觉极度恐惧。早上一睁眼就感到这是难熬的一天,不知道自己的未来会怎样。这个家要被自己毁了,有时候感到活着没有意思,偶尔脑海里会出现一闪而过的想死的念头,但自己知道不能这样,自己的孩子小,丈夫也需要自己,希望尽快把自己的病治好。在诊室反复询问医生“我的病能好吗”,“我会不会疯了”,反复要求医生给予保证。食欲差。否认有精神病性症状。诊断:广泛性焦虑障碍。

[**问题 1**] 如何考虑患者的诊断?

思路 1:通过患者临床特点分析、病史补充、辅助检查结果和精神检查的特点,患者的躯体症状和精神症状缺乏相应的器质性证据,没有物质滥用历史,心理测验的证据提示焦虑状态,病程持续在半年以上,可以排除躯体及脑器质性疾病所致焦虑障碍。

该患者的某些轻度抑郁症状继发于焦虑症状基础上,没有抑郁的核心症状,因此不考虑抑郁发作;精神检查未发现精神病性症状,故排除精神分裂症及其他妄想性障碍所伴发的焦虑症状,初步考虑广泛性焦虑障碍的诊断。

知识点

广泛性焦虑障碍的诊断要点(ICD-10)

广泛性焦虑障碍的基本特征为泛化且持续性的焦虑,不局限于甚至不是主要见于任何特定的外部环境(即“自由浮动”)。患者的焦虑是原发性的,具有恐慌(为将来的不幸烦恼)、运动性紧张(坐卧不宁、紧张性头痛、颤抖等)和自主神经活动亢进(头重脚轻、出汗、口干、心动过速或呼吸急促等)的特点。

病程至少在 6 个月以上(此与 DSM-5 相同)。焦虑症状非躯体疾病、物质滥用及其他精神障碍所致。

学习笔记

思路 2：在排除躯体疾病、物质滥用和其他精神障碍伴发的焦虑障碍后，焦虑障碍间的鉴别就显得尤为重要。在此需要牢记不同焦虑障碍的症状特征和病程标准。患者表现为担心、紧张、害怕，但无明确的客观对象，也无明显的回避行为，可以排除恐惧性焦虑障碍。患者有时出现阵发性恐惧、紧张不安、心悸、胸闷、出汗等症状，但患者有持续性担忧，对躯体症状没有明显的恐惧反应和发作时的“发疯感”和“失控感”，可以排除惊恐障碍。患者反复担忧和反复询问，寻求保证，需要与强迫障碍进行鉴别。强迫障碍的强迫观念具有很强的反强迫特征，强迫观念的内容相对固定，不会“飘忽不定“，往往伴发强迫行为。

知识点

恐惧性焦虑障碍和惊恐障碍的诊断要点（ICD-10）

1. 恐惧性焦虑障碍：患者出现的焦虑仅仅是或主要是存在于个体之外的、明确的、目前无危险的情境或物体所引起，并对这些情境或物体表现出特征性回避或带着畏惧去忍受。其严重程度可从轻度的不安直到恐惧。患者的担忧可能集中于个别症状，如心悸或感觉要晕倒，常伴有继发的恐惧，如害怕会死、失控或发疯。患者知道他人在同样的情境不感到危险或威胁仍然表现出恐惧，甚至单纯想象进入恐惧性情境就会产生预期性焦虑。

（1）场所恐惧：恐惧或自主神经症状必须是焦虑的原发表现；焦虑必须局限于（或主要发生在）至少以下两种：人群、公共场所、离家旅行、独自出行；对恐惧情境的回避必须是或曾经是突出特点；可伴有或不伴有惊恐障碍。

（2）社交恐惧：恐惧或自主神经症状必须是焦虑的原发表现；焦虑必须局限于（或主要发生在）孤立的（限于公共场所进食、公开讲话或遇到异性）或泛化的（家庭外所有的）社交情境；对恐惧情境的回避必须是或曾经是突出特征。

（3）特定恐惧：恐惧或自主神经症状必须是焦虑的原发表现；焦虑必须局限于面对特定的恐惧物体（动物、血液、牙科等）或情境（高空、幽闭、黑暗、雷鸣、传染疾病的场所等）；对恐惧情境的回避必须是或曾经是突出特点。

2. 惊恐障碍：基本特征是严重焦虑（惊恐）的反复发作，焦虑不局限于任何特定的情境或环境，发作具有不可预测性；突然发生的心悸、胸痛、哽咽感、头晕、非真实感（人格解体或现实解体），继发出现怕死、失去控制或发疯感；一次发作持续几分钟，有时长些。一般应在大约 1 个月内有几次严重的惊恐发作（4 周内至少 4 次以上发作为中度，4 周内每周至少 4 次发作为重度）；在发作的间歇期内没有焦虑症状（尽管预期性焦虑常见）；惊恐发作非躯体疾病、物质滥用及其他精神障碍所致。

［**问题 2**］从治疗的角度出发，如何理解 GAD 的病因和病理机制？

思路 1：要进行合理的针对性治疗，就需要了解 GAD 的病因和发病的机制。遗憾的是，GAD 的病因并不十分清楚，可能与心理 - 社会因素和生物学因素有关。部分患者在病前具有易于紧张、恐惧、敏感、警觉性高等人格特点，发病前有的存在心理 - 社会应激因素，患者在遭遇某些生活事件后发病，尤其是威胁性事件更易导致焦虑。该例患者病前工作和生活压力（调研任务、照顾父亲）较大，胆小、敏感、追求完美的性格特点对其 GAD 的发病有一定的作用。

思路 2：现有资料支持遗传因素在 GAD 的发生中起一定作用。家系调查发现，GAD 患者一级亲属的患病率达 25%，明显高于正常人群。双生子同病率研究发现，GAD 患者在单卵双生子（monozygotic twin，MZ）的同病率（50%）也高于双卵双生子（dizygotic twin，DZ）的同病率（15%）。GAD 发病可能与脑干（主要是蓝斑）、边缘系统以及额叶前部的功能异常有关。对 GAD 的神经学机制的了解提示，影响大脑神经递质的药物，特别是影响去甲肾上腺素（noradrenaline，NE）、5-HT、γ- 氨基丁酸（gamma-aminobutyric acid，GABA）等递质的药物可能具有相应的治疗作用。

学习笔记

知识点

焦虑障碍的生物学因素与药物治疗

家族史是焦虑障碍的危险因素。与焦虑关系密切的神经递质系统包括NE能系统、GABA能系统、5-HT系统。苯二氮䓬类药物可以作用于苯二氮䓬类受体从而消除焦虑反应；影响大脑额叶及边缘系统NE能系统的药物可以治疗焦虑症状；影响5-HT系统的抗抑郁药物也可以部分或完全缓解患者的焦虑症状。

社交恐惧可能与基底核和纹状体的多巴胺功能障碍有关。许多证据提示中枢神经递质、CO_2等某些化学物质与惊恐障碍的发病有关。结合有限的脑影像学资料认为，蓝斑、中缝核对边缘系统和大脑皮层的投射构成了焦虑障碍的神经解剖基础。

思路3：GAD的病理心理学机制有精神动力学和认知行为理论的解释。精神动力学派认为GAD患者为避免其他更令自己不安的内心无意识冲突的侵扰，为了保护自我而采取持久的焦虑表现。焦虑是一种保护性反应。认知行为学派认为GAD是由于患者自动化思维对内外信息的危险性进行过度评价，激发病理性焦虑程序所致。导致GAD持续存在的机制可能有：①焦虑、担心是逃避更强烈的负性情感的一种策略；②对于未来不可能威胁的担心、焦虑排除了解决现实问题的紧迫性，限制了解决冲突的能力；③GAD患者采取某种程度的想象性思维，相信他们的担忧可以阻止更糟糕的结局，从而对焦虑过程进行了负强化。

[**问题3**] GAD的治疗原则是什么？

思路1：GAD治疗首先要遵循焦虑障碍的治疗原则，强调药物治疗与心理治疗联合的综合治疗策略。对于轻度GAD患者也可以单独使用心理治疗，对于中重度患者建议在药物治疗基础上联合心理治疗以获得更好的疗效。

知识点

焦虑障碍的治疗原则

1. 综合性治疗原则：由于焦虑障碍的发病及维持与生物-心理-社会因素密切相关，所以其临床治疗中首要遵循的原则就是综合治疗原则。这里所讲的综合是指在生物-心理-社会医学模式指导下的综合治疗，主要包括心理治疗、药物治疗和其他生物学治疗。对于焦虑障碍来讲，心理治疗和药物治疗都很重要，二者不能偏废。尽管现有的循证证据并不完全支持心理治疗与药物治疗联合会对焦虑障碍的治疗带来更大的益处，但也有数据支持这一观点。所以，在临床上往往强调心理治疗联合药物治疗会给患者带来最大的益处。

2. 个体化治疗原则：焦虑障碍的药物和心理治疗要个体化。依据患者的不同特点，有针对性地选择用药和心理治疗方案。依据患者的年龄、性别、病情、病程、既往用药经历以及药物本身的代谢特点和药理作用、心理治疗的偏好和循证实践证据等综合因素来考虑选择治疗药物的种类、剂量和心理治疗方案。

3. 对症治疗原则：目前对焦虑障碍的药物治疗仍然停留在对症治疗阶段。所以，抗焦虑药物的选用往往依据患者的焦虑症状特点。如果患者表现出明显的激越性焦虑，在临床上往往选用起效快的苯二氮䓬类药物。如果患者没有失眠，而且焦虑症状较轻，往往选用阿扎哌隆类药物治疗。如果患者有较重的抑郁症状，就可以优先选用抗抑郁药物治疗。对于以自主神经系统功能亢进为主要症状者，可以选用β-受体阻断剂等。

4. 优化治疗原则：在焦虑障碍治疗中，心理治疗、药物治疗的选择要考虑治疗的成本效益，通过成本效益分析，选用患者能够获得最大益处，而不良反应和经济负担最轻的治疗，即优化治疗原则。

学习笔记

5. 全病程治疗原则：尽管关于焦虑障碍全程治疗的循证研究较少，但现有的有影响的治疗指南强调焦虑障碍治疗的全病程治疗概念。一般推荐焦虑障碍的治疗应包括急性治疗、巩固治疗和维持治疗三个阶段，持续时间约在9个月到1.5年。

思路2：GAD药物治疗要遵循循证医学证据进行药物种类和剂量的选择。GAD的药物治疗可用抗焦虑药物和抗抑郁药物。GAD的急性期治疗一般持续6~8周，如果疗效不佳，可以换用另一种类药物进行治疗。目前的资料显示，药物治疗可以使80%的GAD患者显效。对于该例患者首选的治疗药物可以是SNRIs类的文拉法辛或SSRIs类的帕罗西汀等，同时可以短期联合苯二氮䓬类药物，如劳拉西泮或氯硝西泮等。

知识点

GAD的药物治疗

1. 抗焦虑药物治疗：主要有苯二氮䓬类药物、阿扎哌隆类药物和β-受体阻断剂。有研究证据认为，苯二氮䓬类药物对于焦虑的躯体症状更为有效。临床上常选用中长效药物（阿普唑仑、氯硝西泮、劳拉西泮等）治疗GAD。小剂量开始，逐渐增加到治疗剂量。维持2~6周后逐渐停药，以防依赖发生。一般停药过程不应短于2周，以防症状反跳。阿扎哌隆类药物主要是丁螺环酮、坦度螺酮等，通过5-HT_{1A}受体的部分激动作用发挥抗焦虑作用，同时也具有一定的抗抑郁作用，而没有肌肉松弛和镇静作用，长期使用也没有耐受性和依赖性问题。起效较慢，一般在72小时后才起效，治疗3周后才能显示出临床疗效，用于轻、中度焦虑的治疗。β-受体阻断剂普萘洛尔、阿替洛尔具有减慢心率、降低自主神经兴奋的症状、减轻焦虑的躯体症状的作用，但是对于GAD的确切疗效并不肯定，只用于GAD的辅助治疗。

2. 抗抑郁药物治疗：主要是SSRIs、SNRIs和TCAs类药物，具有抗焦虑和抑郁作用，已成为治疗GAD的常用药物。常用GAD治疗药物有文拉法辛、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰、多塞平、阿米替林等。常用的治疗剂量类似于抑郁症治疗剂量，当一种药物治疗12周后无效，可以尝试换用另一种药物。在临床上主要使用抗抑郁药物，特别是SSRIs和SNRIs类药物被发达国家临床指南推荐为GAD一线治疗药物，而苯二氮䓬类药物只在急性治疗阶段短期使用。由于TCAs类药物具有明显的中枢镇静、抗胆碱能和心血管不良反应，目前在临床上往往作为GAD治疗的二线用药。

思路3：GAD在药物治疗的基础上需要联合心理治疗以达到最好的治疗效果。GAD可用的心理治疗有支持性心理治疗、认知行为治疗（cognitive behavior therapy，CBT）和精神动力取向心理治疗等方法。现有的循证医学证据显示，CBT治疗GAD具有明确的短期疗效，50%的患者可以得到完全缓解。支持性心理治疗和精神动力取向心理治疗的循证研究证据相对较少。

[问题4] 该患者的心理治疗如何选择？

思路1：因为心理治疗对于GAD是非常重要的治疗手段之一，在有条件的情况下尽可能给患者提供心理治疗是非常必要的。如果没有经过专业训练的心理治疗师提供专业心理治疗，那么，精神科医师至少给患者提供支持性心理治疗。对于该患者，医生要注意设身处地地理解患者的痛苦，与患者建立良好的治疗关系，对患者的焦虑症状提供必要的心理教育，让患者理解GAD的本质，对不安和紧张提供必要的解释和保证。

学习笔记

知识点

GAD 的支持性心理治疗

支持性心理治疗是基础的心理治疗，其主要特点是善用患者的潜在“资源”与能力，减轻挫折，改变对挫折的感受与看法，指导适当的方法，供给所需的精神支持，协助患者度过危机、应付困境，以较有效的方式去处理所面对的困难或挫折。主要技术方法包括：

1. 耐心倾听：细心去听取患者的倾诉，充分了解病情。治疗者让患者倾诉内心的痛苦与烦恼，起到情感“宣泄作用”。

2. 解释指导：采用通俗易懂、深入浅出的语言讲清焦虑障碍发生的原因和性质，指导患者如何来应对焦虑症状带来的痛苦。

3. 支持鼓励：鼓励患者充分利用自身的潜力，调动患者的积极性，振作精神，提高应付焦虑的信心。

4. 调整对应激的看法：协助患者对应激进行重新的评估与了解，减轻对挫折的反应。

5. 善用各种“资源”：帮助患者对可利用的内在、外在“资源”进行分析，看是否最大限度运用了“资源”去获得所需的支持，来对付面临的心理困难和挫折。

思路 2：如果患者经过药物治疗后症状得到一定改善，愿意接受心理治疗，可以给患者提供短程动力性心理治疗。本例患者文化程度高、领悟能力强、家庭支持良好、求治愿望强烈，可以考虑联合动力性心理治疗。治疗初期的关键点在于建立关系和评估合适的GAD治疗对象。首先，患者至少能够察觉到自己有心理冲突，并且为此冲突而苦恼；其次，患者有能力从感情关系上、从人际关系上理解、思考冲突。治疗中期的重点是要识别防御机制、焦点冲突，重建防御机制和内在冲突外在化。通过精神分析、客体关系和自体心理学治疗的程序和技术，包括自由联想、梦的阐释、移情和阻抗的处理、允诺参与、投射认同以及面质等帮助焦虑障碍患者学会接受自己和他人的弱点和局限性，积极地面对生活中的问题，完善和整合自我功能，从而消除病理性焦虑，保持人格独立和完整。当患者病理性的焦虑体验消失，对自己的防御机制有了正确的认识，能够理解并识别自己的移情反应，将早年不当的亲密客体的关系功能化，自我同一性得到充分的统一，这时该是治疗的结点。

知识点

GAD 的动力性心理治疗

经典的精神分析认为，焦虑是本我、自我与超我之间协调不一致所导致的心理紧张、不安、忧虑、担心和恐惧，自我防御机制是解决个人心理冲突、保持心理平衡所采用的心理策略。当人们采用不当的防御机制来解决内心冲突时就会使人们形成焦虑性精神障碍。客体关系理论强调人际关系，尤其是婴儿与母亲的关系在焦虑障碍形成中的作用。将婴儿期形成的“客体关系“的矛盾情感指向同一客体，或者重要照料客体对儿童的过度关心和漠不关心，这样会形成人们产生焦虑的基础。自体心理学认为自体的不完整、自身解体是焦虑障碍产生的重要的基础。治疗的关键点在于重建心理发展的连续性，修通以往生活经历中导致心理发展受到阻碍的心理动力冲突，治疗主要通过解决关键的潜意识冲突，并通过对移情、阻抗的分析，使得患者的整个成长和发展过程得到改变，从而达到缓解病态焦虑的目的。治疗频率为 1~2 次 / 周，总治疗次数小于 25 次的称为短程动力学治疗，超过 25 次的为长程治疗。

思路 3：该患者在急性期药物治疗的同时可以接受认知行为治疗。目前的证据显示，CBT 是

学习笔记

GAD 的有效治疗方法。对于轻度患者可以单用 CBT，但该患者病情严重，焦虑明显，同时有严重的睡眠问题，所以在药物治疗的同时联合 CBT 是该患者的理想选择。

知识点

GAD 的认知行为治疗

认知行为治疗（cognitive behavior therapy，CBT）是基于认知行为理论模型建立的一种以目前问题为取向的、短程的、半结构式的心理治疗方法。主要通过患者与治疗师合作，识别与患者目前症状、情绪状态和（或）问题解释有关的情感、信念和想法的类型和作用；让患者学会识别、监控和消除与靶症状 / 问题有关的错误想法、信念和解释的方法和应对技巧；通过学习和不断实践这一套针对目标想法、信念和（或）问题的应对技巧而达到纠正患者情绪和行为问题的目的。CBT 包括三个核心命题：认知活动影响行为，认知活动可以被监测和改变，认知改变可以产生预期的行为改变。CBT 主要分为三类：应对技能治疗、问题解决治疗和认知重建治疗。CBT 对于焦虑障碍的治疗一般在 12~24 次之间，依据不同患者的特点和疾病严重程度会有不同的变化。主要的治疗过程包括资料的收集与评估、治疗关系的建立与维持、案例概念化、治疗目标和治疗计划的制订、治疗计划的实施和反馈、治疗的结束。

病历摘要（四）

与患者协商治疗方案后决定采用 CBT，医生需要收集更为详细的资料。患者的主要问题是控制不住地担忧：担忧自己的身体，担忧自己的病好不了，自己这样会“疯掉”，自己会“完了”。失眠、入睡困难，每天下午就会恐惧自己晚上不能入睡，睡不好，这说明自己的病好不了，身体会越来越坏。当自己焦虑时就反复询问家人，自己是否会“疯掉”，得到家人的肯定和保证后会有所减轻，认为自己必须依赖“氯硝西泮”，服这种药就会缓解自己的焦虑。不敢一人在家，需要丈夫陪伴自己，否则就会发生危险。

患者行 2，有姐姐。既往无重大疾病，自幼发育良好，幼年学习良好，父母要求严格，照顾细致入微，母亲容易出现紧张，放学晚了母亲就会因为担心而去学校找她。大学毕业后自由恋爱结婚，婚后 11 年来夫妻关系良好，丈夫做研究工作，家庭经济状况良好。儿子 10 岁，小学 4 年级，学习成绩优秀。

[**问题 1**] 该患者 CBT 的总体过程是怎样的？

思路 1：遵循 CBT 的总体流程，包括资料的收集与评估、治疗关系建立、案例概念化、治疗目标的制定、治疗计划的制订和实施。

思路 2：经与患者讨论协商，共同确定治疗目标是消除焦虑、改善睡眠、增进社会功能。与患者讨论从何时开始进行治疗，确定选择患者认为最痛苦且愿意改善的目标作为首要的治疗目标。

思路 3：该患者的病情较重，治疗时程设置为 15 次，依据治疗进展实时进行必要的调整。

知识点

GAD 的 CBT 总体安排

GAD 的 CBT 中常用的技术方法有心理教育、放松训练、生物反馈、系统脱敏、暴露、认知矫正等。往往需要 16~20 小时，连续 4 个月的治疗。在门诊一般为 15~20 次会谈，住院患者可以每天 1 次治疗会谈，持续 3~4 周，出院后随访 3~4 个月。CBT 主要包括四个环节：①建立良好的治疗关系和治疗联盟，进行心理教育；②进行性肌肉放松训练或指导想象的

学习笔记

放松训练，减轻患者焦虑的生理和情绪反应；③帮助患者了解焦虑的非理性认知、自动的思维，学习新的问题取向的认知方式；④将学会的新的认知方式应用到现实的焦虑情境中反复暴露与训练，巩固新的认知和行为模式。

CBT一般分为初期、中期和后期三个阶段，每个阶段有不同的治疗重点。

初期治疗主要包括搜集资料、建立良好的治疗关系、对患者存在的主要问题（包括症状）和次要问题进行评估、进行案例解析、明确治疗目标、制订治疗计划。同时进行GAD的心理教育。

中期治疗主要是对患者不合理的认知进行认知重建。采用认知策略和行为策略对患者的主要问题（包括症状）和次要问题进行干预。可使用的认知技术包括苏格拉底式提问、自动想法和核心信念的识别与替代方法、行为实验等。通过自动思维记录三列表或五列表，记录在焦虑出现时的诱发事件和当时的想法，以识别患者出现的自动想法和中间假设或核心图式。针对自动想法和核心图式通过行为实验或现实检验的方法挑战这些信念的不合理性，尝试应用相对理性的想法或假设来替代不合理的想法和信念，同时让患者评价用这些替代的想法后情绪的变化。行为策略方面常用的技术主要是暴露、问题解决、放松训练等。

后期治疗主要是了解患者对在治疗中习得的处理焦虑症状的认知和行为方面的技能的掌握情况、哪些技能使用起来存在实际的困难，对一些没有完全掌握的技能再进行强化训练，同时鼓励患者将在治疗中学会的应对策略在生活实践中不断应用以预防GAD的复发。

[**问题2**] 从CBT角度如何进行患者的案例概念化？

思路1：从水平分析的角度看，患者独自在家时（事件），感到紧张、害怕、不安（情绪），脑子里会出现“我会犯病”、“我自己处理不了自己的问题”、“我会焦虑得失去控制”等（自动想法），继而会出现生理上的症状（心悸、出汗和肌肉紧张）。当肌肉紧张等生理症状出现后，就会强化自己的想法“我要犯病”、“我要紧张啦”、“我的病好不了”的想法，进一步加重了患者的焦虑情绪。

思路2：从垂直分析看，患者母亲具有焦虑性人格特点，容易出现紧张，同时对患者采取了过度保护的教育方式，患者形成了胆小、敏感、追求完美的性格特点，潜在地形成了这样的观念：“我是需要保护的”、“我是不能失败的”、“如果我失败了，我就完了”等核心图式或中间假设。

思路3：患者在中间信念或核心图式的基础上，在照顾病重父亲和工作压力的双重压力下，激活其核心图式或中间信念。

知识点

CBT对焦虑障碍的案例概念化

CBT的案例概念化（case conceptualization）是非常重要的环节。通过案例概念化，使治疗师对于患者焦虑症状的发生、发展和维持的机制具有一个完整的理解，为治疗目标和治疗计划的制订提供重要的基础。对于不同焦虑障碍的案例概念化会有所不同，但总体上CBT认为焦虑障碍是由于患者对某种特定刺激的危险性过度解释所致。恐惧性焦虑障碍患者对客观物体或情境的危险性进行了夸大性解释，惊恐障碍对身体的生理反应后果进行了歪曲评价，GAD患者对于原发焦虑反应的后果或威胁具有夸大的解释。患者为了预防危险刺激的出现或避免不良后果的发生而采取了一系列的认知和行为应对策略，如恐惧性焦虑障碍患者采取了行为回避，惊恐障碍患者认为“离开家就有可能犯病”而待在家里，GAD患者因为担忧而担忧。这些应对策略持续使用就会强化患者原有疾病的负性信念。这些负性信念就会使患者的焦虑症状进一步恶化，反过来恶化的焦虑症状进一步强化存在的危险或作为新的危险源，形成恶性循环，使焦虑障碍得以维持。

学习笔记

[**问题 3**] 如何对该患者进行 CBT 心理教育?

思路 1:在 GAD 的 CBT 中,向患者进行有关 GAD 的临床表现和产生原理的教育十分重要。焦虑和惊恐是每个人都会有的自然的情绪状态,这是人生经历的一部分。焦虑是我们每个人想到一些糟糕的事或威胁性的事情可能发生时都有的一种反应(正常化)。而患了 GAD,就是正常焦虑的严重程度发生了变化,从轻微不安到极度痛苦。通过对 GAD 患者存在的负性情绪,如烦躁、紧张感、易激惹等的教育从而一定程度上提高患者对情绪的意识能力。同时,也要对患者的躯体感觉异常进行教育,如焦虑使人的自主神经系统功能亢进,出现血压升高、心跳加速、皮肤苍白、口干舌燥、手掌及脚趾等部位出汗增多甚至呼吸深而快、骨骼肌紧张、尿频、肠蠕动加快、腹泻等现象。通过 GAD 的教育让患者正确理解其疾病的性质和症状表现的意义是 CBT 的基础。

思路 2:在患者教育中,要让患者理解 CBT 对 GAD 治疗的循证证据、CBT 的常用概念与治疗原理,提高患者对 CBT 的依从性。

知识点

CBT 的基本概念

CBT 认为人的认识过程有两个水平,一个是意识层面的,另一个是自动化层面的认知加工。在自动化层面的认知加工包括有自动思维(automatic thought)、中间信念(intermediate belief)和图式(schema)。自动思维是指某种情境下,患者脑内即刻出现的想法或图像,往往在情绪波动(焦虑或抑郁时)时易于发现。图式也称核心信念,是指从幼年发展起来对自己、对世界的根本看法,植根于更深层面,对当前的看法具有潜在影响的基本观念。中间信念是处于图式和自动思维之间的一些规则、态度或假设。它们之间的关系是,图式通过中间信念来影响自动思维。

[**问题 4**] 该患者的认知干预方法是什么?

思路 1:在心理教育和案例概念化的基础上,针对患者的焦虑情绪进行干预的重要步骤是识别在焦虑时患者脑内即刻出现的自动想法。该患者在自己独处时,情绪焦躁不安、担心紧张,这时通过“此时此刻在你脑海里的想法是什么?”的提问来识别患者的自动想法。患者说:“我的病好不了了。我要疯掉了。这样的话,我的家就毁了。我的孩子该怎么办?”等。在这些想法中,可以看出患者的自动想法和中间假设。通过在某一具体情境下来识别患者的自动想法,探究患者的中间信念和核心图式,为患者的认知矫正做好准备。

知识点

GAD 患者常见的认知歪曲形式

1. 歪曲的自动思维:①灾难化:“我的身体完了。”②贴标签:“我是个失败者。”③黑白思维:“我总是焦虑的。”“我从来就没有好过。”④过度概括化:“我一点也不能处理我的焦虑。”“我处理不了任何事情。”

2. 适应不良的假设:“我总是焦虑,丈夫就会离开我。”“我必须时刻当心焦虑,这样焦虑就不会突然袭击我。”

3. 功能失调性图式:①控制性:“我不能完全控制自己的焦虑的话就会失控。”②抛弃性:“我会被抛弃的。”

思路 2:在患者学会识别自动想法、中间信念和图式的基础上,应用成本效益分析、现实检验等方法来挑战患者的认知歪曲,从而让患者更理性地看待自己的焦虑和歪曲认知,继而去改变

学习笔记

自己的歪曲认知。如患者灾难化的想法“我这样焦虑下去，我的家就毁掉了。”治疗师会在理解患者情绪的基础上询问：你是如何知道你的焦虑会毁掉你的家庭的？这个结果会发生吗？发生的概率有多大呢？通过探究式提问，让患者理解到自己想法的不合理性，改变自己想法的动机，用更理性一点的想法来代替非理性的想法，如“尽管我焦虑，我还是能应付一些事情。”这时让患者来评价：如果这样想，你的焦虑会怎样？在临床上有很多认知挑战的方法。常用的一种方法是五列联表法。

情境	情绪(0~10 评分)	自动想法	替代想法	情绪再评估(0~10 评分)
独处	焦虑紧张(7)	我焦虑控制不了，家庭就毁了	尽管我焦虑，我还是能应付一些事情	焦虑紧张(5)

[**问题 5**] 该患者的行为干预方法有哪些？

思路 1：GAD 患者肌肉紧张会加重患者的焦虑情绪，通过放松训练，如渐进式肌肉放松、呼吸放松(参见有关书籍)等多种放松技术，来缓解焦虑。

思路 2：患者存在大量的认知回避，回避考虑未来、考虑解决问题的方法，甚至通过担忧来回避问题的解决。为了控制担忧而反复询问别人获得保证，以此来缓解焦虑。在治疗中选择担忧的内容，如担心自己病好不了(主观痛苦单位 60)、担心自己睡不着觉(80)、担心自己的未来完了(50)等，按照患者焦虑等级进行排序(见前面括号中的数字)。通过让患者将注意力集中于“自己的未来完了”等担忧相关的想法，并且想象可能发生的最令人害怕的、最坏的结果，唤起患者的担忧；当患者能够在想象中生动地引发担忧之后，让它们在脑海中清晰地保留 30 分钟左右，之后让患者说出尽可能多的最坏结果之外的可能结果(自己如何就完了，自己会变成什么样，自己有什么解决的办法等)，同时阻止患者去询问别人寻求保证，直到情绪有所缓解(焦虑等级至少下降 50%)。

病历摘要(五)

经过文拉法辛 225mg/d 同时联合 CBT 10 次治疗，1 个月后症状得到缓解，担忧明显减轻，睡眠改善，能够料理家务，逐渐恢复日常的家庭生活。

[**问题 1**] 如何安排患者的巩固和维持治疗？

思路 1：GAD 作为一种慢性复发性疾病，在药物治疗有效后需要进行巩固和维持治疗。巩固期治疗至少 2~6 个月，维持治疗至少在 12 个月以上，然后逐渐缓慢减药，直至停用。

思路 2：在巩固和维持治疗阶段，心理治疗的联合应用也是非常重要的手段。针对该例患者复发的有关问题(如家庭问题、人际关系问题等)的心理治疗也是必需的。

知识点

焦虑障碍的巩固和维持治疗

一般认为，焦虑障碍经过急性期治疗，患者的症状得到有效控制，就进入巩固治疗阶段。巩固治疗一般至少需要 12 周的时间。在巩固治疗阶段，患者的症状没有出现反复，其治疗就进入维持治疗阶段。

在维持治疗阶段，目前的指南推荐维持治疗最短的时间需要 6 个月，长者在 1 年以上，有的患者用药时间会更长。对于社交焦虑障碍患者的维持治疗一般在 1 年以上，惊恐障碍患者一般在 6~12 个月以上。维持时间长短除了与所患焦虑障碍的具体类型有关，也取决于患者的人格特点、药物耐受性和所遇到的心理 - 社会因素强度与频度。有研究报道，急性期治疗后每月 1 次的心理维持治疗可减少患者的病情复发。

学习笔记

在维持治疗阶段，治疗药物的剂量如何来把握，没有严格的规定或指标可循。一般来说需要最低的治疗剂量来进行维持治疗。所以，在维持治疗6个月后，可以尝试缓慢减药，减药速度一定要缓慢，当在减药时出现症状的波动，就要恢复到原有剂量进行维持治疗。如果同时应用CBT进行维持治疗，有助于减少或早日停用药物维持治疗。

[**问题2**] 如何评估患者的预后及预防复发？

思路1：GAD呈慢性波动性病程，大约一半的患者症状迁延、时好时坏。一般来说，20岁之前发病会有更严重的焦虑表现、功能受损、家庭功能不良和社会适应不良，与其他精神障碍共病的患者预后欠佳。GAD常见的共病是物质滥用，特别是酒精和药物滥用。与抑郁症的共病也非常常见。尽管临床上GAD患者自杀较为少见，但焦虑本身是自杀的高危因素之一，在临床上对这类患者的自杀问题不能掉以轻心。

思路2：患者教育（疾病知识、治疗依从性教育和治疗动机的调动）也是非常重要的，可以提高治疗依从性，对治疗中所遇到的困难能够预见，并做好心理应对准备，也可以使患者尽早识别自己疾病复发的征兆，提前做好应对或及早进行干预，以避免疾病的恶化或复发。

第二节　强迫障碍

【临床病例】

学习笔记

病历摘要（一）

女，29岁，汉族，已婚，大学文化，公司职员。因害怕癌症，怕被传染，回避，反复检查与清洗6年，近1个月加重，由母亲陪伴到门诊就诊。

[**问题**] 对上述信息有哪些临床思考？

思路1：女性，23岁发病（可能是大学刚毕业），疾病持续6年后才由母亲陪伴来就诊，提示患者：①可能有夫妻关系问题；②起病处于特殊时期，可能有生活事件的诱因；③自知力可能并不完整，也可能患者对自身痛苦认识不够，不知道是否属于疾病，在哪里寻求帮助。

知识点

强迫障碍与自知力

强迫障碍（obsessive-compulsive disorder，OCD）的终生患病率可达2%~3%，年患病率约为0.7%。一般从发病到首次就医平均需要7年的时间。症状多具有反复恶化或缓解的慢性病程，治疗较为困难，给患者带来极大的痛苦或社会功能损害。

由于强迫症状的难以理解性和荒谬性，患者感到自己得了怪病，特别是涉及性、渎神、暴力等内容的强迫症状，患者会尽量隐蔽，不让别人知道。但并非所有患者都能认识到自己强迫症状的魔幻性和不合理性，有些患者可能反而认为症状是合理的，求治愿望也不强烈。在DSM-Ⅳ中，这些患者归为自知力不全的OCD亚型。在临床上容易与精神分裂症混淆。

OCD患者对强迫症状的自知力分为三个等级：自知力良好（认为不做仪式动作厄运不会或不可能发生）、自知力差（认为不做仪式动作厄运可能会发生）和自知力缺乏（确信不做仪式动作厄运就会发生）（DSM-5）。

思路2：患者的主诉有两个特征：一是观念（害怕肿瘤、癌症，怕传染），二是行为（回避，反复检查和清洗）。前者提示疑病的可能，需进一步澄清有无疑病障碍的症状特征：患者是害怕患癌症还是担心被传染上癌症？应询问其是否有反复进行医学检查的行为。患者主诉是害怕被传染癌症，并回避与肿瘤相关的情境或物体，提示更可能是恐惧性焦虑障碍；患者反复检查与清洗的行为则提示强迫障碍的可能性。

知识点

强迫障碍的临床特征

强迫障碍（OCD）的主要临床表现有强迫思维、强迫动作或仪式、焦虑、抑郁情绪和回避行为。约70%的OCD患者同时具有强迫思维和强迫动作，只有强迫思维的OCD患者约占25%，仅出现强迫动作的病例少见。

1. 强迫思维（obsessions）：是以刻板形式反复进入患者头脑中的侵入性观念、表象或冲动、思维反刍、确信等，它们几乎总是没有效率的，令人痛苦的。患者往往试图抵制，但不成功。强迫思维最常见的表现形式有强迫观念、强迫表象、强迫情绪和强迫冲动意向。强迫观念包括强迫性怀疑、强迫性穷思竭虑、强迫联想（包括强迫性对立思维）和强迫性回忆（对过去的经历、往事等的反复回忆）。其中以强迫怀疑和怕脏最为常见。

2. 强迫动作或仪式行为（compulsive acts or rituals）：是OCD患者为了减轻强迫思维伴随的痛苦而采取的有意识的动作或行为，其表现一般以减少强迫思维的方式进行。最常见的强迫动作或行为是为了缓解怕脏或污染、怀疑等强迫观念所引起的苦恼而出现的强迫性洗涤、强迫检查，以及强迫计数和强迫性仪式行为。

3. 强迫性缓慢（compulsive slowness）与继发症状：某些OCD患者在外显行为上并无不断重复的行为表现，其明显特征就是缓慢，患者停留在某一动作上，可持续数小时以上，这种现象被称为强迫性缓慢。

学习笔记

病历摘要（二）

患者6年前大学毕业后，在一家网络公司工作，与一位男同事谈朋友。男友母亲患“红斑狼疮”，与其谈及血液病时，她即感到很不舒服，紧张、害怕，后见到血就紧张，害怕“血液病”，不敢碰卫生间的纸篓，担心沾上血，上洗手间后要反复洗手。但这些症状对工作、生活没有太大影响。4年前因不适应工作变化和老板的要求，主动辞职，同年结婚。婚后症状有所缓解，但仍不愿意接触生猪肉，害怕碰到猪血，很长时间没有工作。后因月经不规律到社区医院就诊，怀疑“宫外孕”，在做检查时，因医生戴着手术手套的手抓过自己的手，感到紧张、害怕。其姨夫患“胰腺癌”住院，她感到害怕，不敢到医院探望，担心自己感染肿瘤，害怕类似肺癌的任何颜色，如电脑鼠标、黑的东西等。3年前姨夫去世，此后她在看电视戒烟广告中肺癌的图片时，感到非常恶心和不舒服，害怕自己得癌症，见到类似肿瘤的颜色（紫红色），就想到自己可能会得癌症。为此不愿意说和听到“肿瘤”、“癌症”的词句。洗手时反复检查自来水是否会是紫红色，确认没有才能洗手。漱口前要检查牙膏袋上的说明，确认上面没有肿瘤等类似的文字才敢挤牙膏。病情逐渐发展，洗澡时先放很长时间的水，确认没有她害怕的颜色之后才开始洗。担心卫生间龙头的自来水中有肿瘤细胞而不在卫生间洗漱，改用客厅的洗脸池洗漱。患者感到痛苦，但无明显的抑郁情绪，进食、睡眠良好，坚持上班。一年前来医院门诊治疗。

既往健康。独生女。自幼生长在知识分子家庭，父母均是政府职员，母亲比较爱干净，对其影响较大。孩子从外面回来，母亲要让其保证干净后才可以进入家里的卧室，自小养

成了比较爱干净的习惯。上大学住校时或到别的地方留宿，睡觉前需要认真清理床铺后才能安心入睡。学习中等。夫妻关系良好，丈夫也有强迫症状，目前丈夫在国外工作。父母很关心患者，也提供很多的帮助。经济条件良好。

人格特点：中间性格。爱干净，追求完美，脾气较犟。

家族史：无类似精神疾病史。

[问题 1] 患者的临床特征有哪些？

思路 1：幼年期由于母亲对干净的追求和要求，患者养成了平时爱干净、认真、胆小、追求完美的人格特点。对干净比较关注，容易出现检查行为。在人格基础上经历了生活事件，如男友母亲患“红斑狼疮”、姨夫患“胰腺癌”之后，出现了怕血、怕脏、怕癌症传染等强迫症状。对于患者出现强迫症状的机制，精神动力学、行为学派和认知学派均有相应的心理病理机制假设来解释。

知识点

强迫障碍的病因和发病机制

OCD 的病因和发病机制有心理 - 社会因素和生物学因素方面的理论假设。

1. 心理 - 社会因素：在日常生活工作中的各种生活事件，特别是增加个体责任感的事件，常是 OCD 的诱发因素。15%~35% 的患者具有强迫性人格特征，如内向、胆小、认真、优柔寡断、严肃、刻板、循规蹈矩、追求完美等。但强迫性人格障碍并不一定发展成为 OCD。

(1) 传统的精神动力学派认为，OCD 患者的心理发育停滞在肛欲期，无意识领域的冲突性情绪通过隔离、抵消、反向形成、置换等防御机制的使用而表现出强迫症状。新精神动力学派认为，对儿童发展的过度要求和控制是导致强迫症状产生的关键因素。

(2) 行为主义学派认为，强迫症状的形成是构成焦虑反应的经典条件反射和强迫动作或行为的操作条件化的结果。引起焦虑的无条件刺激与某种观念或动作的多次结合，这种观念和动作就会引起患者的焦虑反应，内心的冲突，试图控制，不断地强化，形成强迫观念。当强迫动作或行为实施可以降低条件性焦虑时，强迫动作或行为通过负强化作用而得以维持。

(3) 认知心理理论认为，OCD 患者对反复出现的闯入性想法与他自己的自身信念系统（如绝对化、过高的责任感、完美主义要求和夸大危险的想象）相互作用出现负性自动想法，引起负性情绪，为了预防和排除这种威胁或危险，患者采取中和行为，降低焦虑，强迫症状得以出现和维持。

2. 生物学因素：家系调查发现，OCD 患者一、二级亲属中 OCD 及相关精神障碍的患病率（51.1%）较正常对照组（13%）高。OCD 患者中单卵双生子的同病率为 65%~85%，而双卵双生子的同病率为 15%~45%，提示遗传因素在 OCD 的发病中起一定作用。神经心理测验显示，OCD 患者存在双侧或优势侧额叶功能障碍；脑结构与功能影像研究显示，强迫症状的出现可能与额叶或基底核的功能异常有关，支持 OCD 患者存在眶额叶—基底核—丘脑—额叶神经回路活动增强的环路模型。

OCD 的神经化学研究主要集中在 5-HT 神经递质系统。氯米帕明、SSRIs 对强迫症状有明显的改善作用，给 OCD 患者服用选择性 5-HT 激动剂（M- 氯苯哌嗪）可使患者的强迫症状加重，都说明 5-HT 系统功能的异常可能在 OCD 的病因学中具有重要作用。

思路 2：从心理机制分析，患者在人格特征基础上经历了周围人患病的诱发，在接触血、癌症等相关情境时激活患者固有的核心图式，夸大闯入性想法的实际风险，表现出反复出现的怕污染、怕传染的想法，触发患者的焦虑反应，以反复洗手、检查、询问、回避行为来缓解焦虑而形成强迫动作。患者知道这些想法不合逻辑，这些行为没有意义，但自己不能控制，为此苦恼。具备

学习笔记

典型的强迫症状特征。

思路3：患者除了表现出典型的强迫观念和强迫动作外，同时伴有中等程度的焦虑症状，但没有明显的抑郁情绪。尽管害怕被血、癌症等情境污染而罹患疾病，但并不存在反复求医和进行医学检查的行为。与周围环境接触良好，没有现实检验能力的损害。不存在明显的精神病性症状。自知力较好，愿意接受治疗。

思路4：从治疗和预后的角度，了解患者具有的积极资源是有裨益的。患者具有良好的教育背景，没有精神疾病家族史，家庭经济状况良好，丈夫和父母对患者有良好的情感支持，患者具有一定的治疗动机。这些有利资源对患者的治疗提供了良好的基础。

[**问题2**] 如何对强迫障碍进行诊断？

思路1：作出OCD的诊断要在临床特征基础上依据诊断标准来进行，并进行临床亚型的诊断，如强迫思维或穷思竭虑为主型、强迫动作（仪式行为）为主型、混合性强迫思维和动作型、自知力不全的OCD亚型。

知识点

强迫障碍的诊断要点（ICD-10）

1. 至少2周在大多数时间（每天超过1小时，DSM-5）里存在强迫思维和（或）强迫行为。

2. 强迫思维（思想、观念或表象）和强迫行为（动作）具有下述共同特征，必须全部符合：①必须被看作是患者自己的思维或冲动；②即使患者不再对其他症状加以抵制，必须至少有一种思想或动作仍在被患者徒劳地加以抵制；③实施动作的想法本身应该是令人不愉快的（单纯为缓解紧张或焦虑不视为这种意义上的愉快）；④想法、表象或冲动必须是令人不愉快地一再出现。

3. 强迫思维或行为造成痛苦，或干扰患者的社会或个人功能，往往是由于耗费时间。

4. 需除外其他常见的情况：强迫思维或行为不是由其他精神障碍所致。

亚型诊断：强迫思维或穷思竭虑为主型、强迫动作（仪式行为）为主型、混合性强迫思维和动作型、自知力不全的OCD亚型。

思路2：一些脑器质性疾病，如脑肿瘤、脑出血、脑外伤等，特别是基底核病变的患者可以出现继发性强迫症状。这些患者的强迫症状往往表现较为单调，缺乏相应的情感体验。还可以通过病史、神经系统阳性体征和必要的辅助检查结果加以鉴别。

思路3：在临床上，约有1/3的抑郁症患者可以出现强迫症状，OCD患者也可以出现抑郁症状，二者也需要鉴别。抑郁症患者往往抑郁情绪出现在前，且具有抑郁发作的典型症状；OCD患者强迫症状往往是抑郁症状出现的原因，且没有抑郁发作的典型特点。如果强迫症状与抑郁症状群均达到临床诊断标准，可以作出两种障碍的诊断。某些精神分裂症患者可以出现强迫症状，有的OCD患者的症状具有一定的荒谬性和不合理性，且自知力又不完整，因此OCD需要与精神分裂症进行鉴别。这时要注意收集精神分裂症的特征性症状，如思维联想障碍、思维逻辑障碍、幻觉、妄想、情感淡漠等。

思路4：焦虑障碍患者也会出现反复出现的想法、回避行为和寻求保证，需要与强迫障碍进行鉴别。GAD患者反复思考的想法是对现实生活的担忧而无强迫行为。恐惧性焦虑障碍患者所担心害怕的分别是外界客体而非强迫症状，控制的愿望并不强烈，甚至是没有控制的愿望，同时也并不存在强迫行为。特别是恐惧性焦虑障碍患者，在完全回避恐惧的对象后，其焦虑、恐惧症状完全消失，而OCD患者没有明确的害怕的客体对象，甚至于害怕的仅仅是一种“可能性”，回避行为比恐惧症要弱，回避后恐惧症状也不能完全消失。

DSM-5把强迫以及相关障碍从焦虑障碍中分离出来，单独成为一类。相关情况参考知识点：DSM-5的强迫及相关障碍分类。在诊断OCD时也需要与其他相关障碍鉴别，体像障碍患者的

学习笔记

强迫思维和行为只限于患者的躯体外貌；拔毛症只限于强迫性拔毛行为而没有强迫思维；囤藏障碍患者在丢弃生活中的废弃用品时存在持续的困难，为大量囤集这些东西而苦恼，但没有有关囤集行为的强迫观念。

知识点

DSM-5 的强迫及相关障碍分类

300.3　强迫障碍
300.7　体像障碍
300.3　囤藏障碍
312.39　拔毛症（trichotillomania）
698.4　抓痕障碍（excoriation disorder）
物质 / 药物所致强迫障碍
294.8　其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍
300.3　其他特定的强迫及相关障碍
300.3　未特定的强迫及相关障碍

病历摘要（三）

患者诊断强迫障碍，服用舍曲林治疗，最大剂量 200mg/d，同时进行心理教育和简易的逐级暴露治疗，病情减轻。可以上班，正常工作，可以回到卫生间洗脸、漱口，检查牙膏说明文字的时间缩短，检查自来水时间缩短，洗手次数时间缩短，但仍不愿说“肿瘤、癌症”等词，仍要检查牙膏说明中的文字。舍曲林维持治疗剂量 100mg/d。

［问题 1］强迫障碍的治疗原则和治疗目标。

思路 1：强迫障碍作为一种生物 - 心理 - 社会综合因素导致的神经症性障碍，其治疗要采用综合的治疗模式。

知识点

强迫障碍的治疗原则

1. 综合性治疗原则：由于 OCD 发病及维持与生物 - 心理 - 社会因素密切相关，所以临床治疗中首先要遵循的原则就是综合治疗原则。主要包括心理治疗、药物治疗和其他生物治疗。对儿童、青少年来说，由于药物使用的限制，心理治疗是 OCD 首选推荐的治疗方法。

2. 个体化治疗原则：在 OCD 的药物治疗中要关注到患者的个体特征。依据患者的年龄、性别、症状特点、病程、既往用药以及药物本身的代谢特点和药理作用等综合因素来考虑选择治疗药物的种类和剂量。

3. 优化治疗原则：在 OCD 治疗中，心理治疗、药物治疗的选择要考虑治疗的成本效益，通过成本效益分析，选用对患者能够获得最大益处而不良反应和经济负担最低的治疗，即优化治疗原则。

4. 全病程治疗原则：OCD 呈慢性病程，容易复发，国外有影响的临床治疗指南强调 OCD 治疗的全病程治疗概念。一般认为，OCD 的治疗应包括急性治疗、巩固治疗和维持治疗三个阶段。经过急性治疗，临床症状完全或明显好转，社会功能基本不受影响的情况下，一般推荐至少治疗 1~2 年以后才能开始逐渐缓慢减药。有学者建议，当 OCD 患者既往出现 2~4 次复发后，需要进行更长期的治疗。

学习笔记

思路 2：总体目标是消除患者的临床症状，促进社会功能的恢复，改善患者的生活质量和减少疾病的复发。OCD 治疗的理想目标是患者花费在强迫症状上的时间每天不超过 1 小时，与 OCD 有关的焦虑很轻或没有，能够接受并忍受不确定性，对患者的日常社会功能没有影响。围绕 OCD 治疗的总体目标，在治疗的不同阶段，OCD 的治疗目标是有侧重的。急性治疗阶段的主要目的是尽快控制令患者最为苦恼的强迫症状，改善患者的情绪。一般持续 10~12 周。巩固治疗阶段的主要治疗目标就是进一步减轻患者的临床症状，同时增进其社会功能的恢复。维持治疗阶段的主要治疗目标是促进社会功能的恢复和预防复发。

[**问题 2**] 如何安排强迫障碍的药物治疗？

思路 1：药物治疗是强迫障碍治疗最常用的方法，对 50%~70% 的 OCD 患者有效，但不能完全消除强迫症状。

思路 2：常用药物有 TCAs 类的氯米帕明和 SSRIs 类的氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、西酞普兰、氟伏沙明等。相对于抑郁障碍的治疗，强迫症所需药物的剂量更大且显效较慢。药物治疗有效后需要长期维持治疗，一般推荐在 1 年以上。停用药物后患者的强迫症状复发率很高。突然停药，复发率更高。在 SSRIs 药物中，一种药物无效时换用另一种药物，约有 20% 的患者可获得疗效。

知识点

强迫障碍的药物治疗

虽然有 Meta 分析结果提示氯米帕明治疗 OCD 的疗效较 SSRIs 药物好，但头对头的临床试验结果并不支持这一观点。由于 SSRIs 药物的副作用较氯米帕明少，在临床上将 SSRIs 药物作为 OCD 的一线治疗药物。

选择 SSRIs 药物治疗时，应综合考虑安全性和可接受性，充分考虑药物的不良反应、药物相互作用、既往治疗反应、目前躯体情况以及精神疾病共病等因素。如帕罗西汀是 SSRIs 药物中体重增加和抗胆碱能作用最强的药物，不建议作为肥胖、糖尿病、便秘、排尿困难等 OCD 患者的首要治疗选择。在药物选择过程中要注意到药物对肝脏 CYP450 等药物代谢酶和血浆蛋白结合率的影响程度。除了文拉法辛、米氮平之外，西酞普兰、艾司西酞普兰、舍曲林的药物相互作用几乎没有或很轻。但是，在 MAOIs、哌替啶、右美沙芬等药物治疗基础上加用 SSRIs 药物治疗时，在临床会引起严重的 5-HT 综合征。所以，在临床上应用 SSRIs 药物时要关注到患者其他药物的使用情况，特别是 SSRIs 药物剂量很高时要倍加小心。

思路 3：当 OCD 患者换用三种不同种类药物系统治疗后仍无足够疗效，可以采用联合治疗以增进患者的治疗效果。在抗强迫的增强治疗中，首先推荐的方法是合并使用 CBT。CBT 可以使部分患者有效。在增效药物治疗中证据最多的是小剂量抗精神病药物联合治疗，可以提高 5-HT 再摄取抑制剂治疗 OCD 的疗效。特别是针对 OCD 患者中症状比较荒谬、自知力不完全者，小剂量新型抗精神病药物抗强迫的增强作用更好。

在临床上，一种 SSRIs 药物与氯米帕明联合进行治疗也是一种增效治疗选择，但在这两种药物联用的情况下，氯米帕明剂量不宜过大，并要进行氯米帕明和去甲米帕明血浓度的监测，以防出现严重的药物不良反应——5-HT 综合征。对于有些患者表现出明显的焦虑、紧张不安时，可以合并使用苯二氮䓬类药，如氯硝西泮等。氯硝西泮能作用于 γ- 氨基丁酸(GABA)和 5-HT 系统，与氯米帕明或 SSRIs 药物联用可有增强抗强迫的作用，是治疗 OCD 较好的辅助用药。碳酸锂也是增强抗强迫作用的增强药，单独使用没有抗强迫的作用，但联合抗强迫药物治疗具有增强抗强迫作用的效果。

学习笔记

思路 4：临床上一般认为，CBT 联合药物治疗是 OCD 的理想治疗模式。当单独使用药物或 CBT 无效时，联合使用可以使约 25% 的患者有效。在联合药物治疗时可以使 OCD 患者更容易接受 CBT，而 CBT 可以使患者在停用药物治疗后得以维持疗效，减少复发或反复。

病历摘要(四)

患者近 1 个月来准备出国去看丈夫。某日与姨妈洗澡时，怀疑接触到姨父(因癌症去世)的黄色澡巾，因而病情加重，在家漱口 2 小时，担心自己会得癌症，洗澡时间长，仍检查牙膏袋上的文字，又回到客厅洗漱。2 周前再次来诊，恢复舍曲林治疗，剂量 150mg/d。同时进行了症状的再次评估，与患者讨论了以前的治疗经过，探讨以前获益的原因，患者答应进行系统的治疗，布置了家庭作业，进行症状清单并对其情绪反应程度(0~100 严重)进行评估。经过系统的 CBT 治疗，患者耶鲁 - 布朗强迫量表(Yale-Brown obsessive-compulsive scale，Y-BOCS)评分下降为 14 分。

[**问题 1**] 强迫障碍的 CBT 技术有哪些要点？

思路 1：该患者在药物维持治疗时，由于心理诱发因素的作用而出现病情反复，可考虑联合应用 CBT。OCD 常用的 CBT 技术要点有：心理教育与正常化、案例解析、饼图法、序列事件概率分析、成本效益分析、普适性分析、检查证据、行为实验、暴露与仪式行为阻止等。CBT 的核心是暴露(exposure)与反应预防(response prevention)以及认知重组。治疗设置一般分为 8~20 次，对于难治性病例也有更长程的治疗。

知识点

强迫障碍 CBT 的总体安排和内容

强迫障碍常用的 15 次 CBT 操作手册的阶段安排和主要内容如下：

治疗阶段	治疗内容
第 1~3 次治疗	建立治疗联盟：合作经验主义、共情、理解、真诚
	收集信息及评估：刺激源、强迫思维 / 行为、安全行为、治疗动机、家庭状况、童年经历和目前的生活背景、工作经历等
	心理教育：闯入性思维及 OCD 的认知模型等
	案例解析：强迫症状的认知行为分析(水平解析)
	正常化：闯入性思维、焦虑
	讨论并制定治疗目标：短期、中期、长期的治疗目标
第 4~7 次	识别歪曲认知：苏格拉底式提问、思维日记等
	认知重建：发展可替换的想法、苏格拉底式提问、饼图、概率计算、行为实验、利弊分析等
	案例解析：结合患者的成长经历、核心信念及条件假设进行纵向解析，识别患者的易感、诱发、维持及保护性因素(纵向解析)
	心理教育：暴露和反应阻断的原理及实施过程
	建立焦虑等级列表
第 8~12 次	治疗师协助下和自我指导的暴露与反应阻断
第 13~15 次	预防复发、治疗回顾与总结

思路 2：CBT 的首要基础是系统的资料收集和评估。资料收集包括一般资料、主要症状的演

学习笔记

变特点、症状诱发和维持因素、治疗经过、个人发展历史和经历的重要事件等，在资料收集的基础上进行诊断性评估。事实上，在资料收集和评估过程中也在进行治疗关系建立和心理教育的实施。

知识点

强迫障碍的系统评估

有几个标准化的测试工具可以用于OCD患者的评估。结构化的临床访谈如SCID或ADIS-Ⅳ可以用于OCD的诊断。耶鲁-布朗强迫量表(Y-BOCS)可以用于评估OCD的严重程度和追踪治疗疗效。Maudsley强迫量表(Maudsley obsessional-compulsive inventory，MOCI)是一项自评量表，它的指标包括检查、清洁、拖延和怀疑以及量表总分。强迫问卷(obsessive-compulsive questionnaire，OCQ)用于评定患者的一项症状检查清单。患者在单个条目上的应答情况有助于形成诊断，如果在后期再次测评，可以用于评价治疗效果。

评估的主要手段是临床面谈。面谈中应当掌握患者强迫思维的具体细节，实施的仪式和回避的情形。要收集有关内部感官刺激(如躯体感觉)、外界客观事物(如煤气炉)、情境(如进入公共卫生间)和人物(如他们的孩子)等触发强迫性痛苦和抵抗意向的内容信息，另外还要评估患者是否能承认他们的强迫性想法具有一定程度的不现实性，这也是非常重要的。这时要询问患者：如果他们不是真的处在能触发他们恐惧的情境下时，他们在多大程度上相信他们害怕的事情将会变成现实。自我监测将会提供在初始评估中没有显现出来的许多具体细节信息，可以作为评估病情发展一个基线测量。

思路3：在评估的基础上对案例进行案例概念化，即利用认知行为治疗理论形成对该案例的理解，以指导治疗目标和治疗计划的制订。该例患者在幼年家庭环境的影响下形成了追求完美等认知图式。在引起恐惧的情境中(黄色澡巾)引发其自动想法(姨夫的澡巾，会传染癌症)，从而表现出恐惧情绪，生理上的心悸、恶心感，行为上的回避(避免接触澡巾)或确认(反复询问、寻求保证等)。反过来，行为的回避或仪式行为通过对情绪的缓解而强化固有的强迫观念，只有这样才能避免“癌症传染”的发生。

[问题2] 患者病程迁延，如何考虑预后与复发预防？

思路1：OCD的病程多迁延，可达几年或十几年，呈波动性。40%~60%的患者经系统治疗后症状可以明显改善。1/3的患者属于难治性病例，影响社会功能，预后较差，是导致精神残疾的十大精神障碍之一。发病年龄较早、男性、起病缓慢、病程长、人格缺陷、社会适应不良者治疗困难，预后差。

思路2：复发的预防除了系统的治疗外，在CBT治疗结束前帮助患者预测可能会导致病情复发的潜在应激源是很重要的。针对明确的应激源，应当重新探讨应对这些应激源的方法，包括放松和认知重建。最后，要求患者写出一个如果病情复发了可以遵照执行的程序清单，包括自我引导的暴露及阻止反应法(exposure and response prevention，ERP)以及在患者没有能力控制症状时需要会见治疗师的进一步治疗性会谈。

病历摘要(五)

CBT治疗谈话记录摘录如下：

医师：“那我们来看看自己的表现如何？从你记录的症状清单中，我发现，你见到黄色的东西就会感到不安、焦虑。是这样吧？”

患者：“对，我看到、接触到黄色的、蓝色的东西就会紧张，脑子里想到会传染、会得病(患者回避癌症的字词)，就会更紧张(识别自动想法)。”

学习笔记

医生:“那在别人遇到这样的情况,脑海里出现这些想法,他们会怎么样?”

患者:“他们也可能出现这样的想法(闯入性想法),但别人不会紧张。

医生:“噢,那我想知道,在六年前你看到这些颜色的东西会紧张吗?”

患者:“不会呀。”

医生:“那么,你觉得现在看到的蓝色的、黄色的东西与六年前看到的东西有什么不一样吗?”

患者:(患者思考后)“实际上没有什么变化(通过与别人和自己过去的比较,进行心理教育和正常化)。”

医师:“那为什么现在害怕这些呢?”

患者:(陷入沉思)……

医师:“那是什么让你害怕呢?”

患者:“那是我的想法(认识到想法的不合理性)。”

医师:“那想法和事实有什么区别吗?”

患者:“想法只是脑子里的想法,事实是已经发生的。”

医师:“那当时你的想法是发生的事实吗?”

患者:……(沉思中)

[**问题**] OCD 的认知干预有哪些要点?

思路 1:在认知干预中,心理教育是重要的方法之一。要强调有不愉快的闯入性想法是正常的,患者通常使用的策略(如回避黄色澡巾行为)实际上会让他们的焦虑变得更严重,在不采取仪式的情况下允许他们自己的这些想法存在,他们的焦虑、这些观念出现的频率、仪式化的驱动力反而会减少。

思路 2:在 OCD 的 CBT 中,针对患者的自动想法、中间信念或核心图式的认知矫正是非常重要的环节,不仅可以降低强迫观念的强度,同时也有利于患者接受暴露与反应阻断干预。在认知矫正技术中,一方面是如何识别自动想法和核心图式,如思维日记;另一方面是矫正这些想法的技术,如苏格拉底式提问、行为实验等。对于“黄色澡巾会传染癌症”的想法,过分强调了想法的重要性,想法与事实的融合,导致恐惧的发生,可应用苏格拉底式提问、行为实验等技术进行干预。

知识点

OCD 患者常见的中间信念

1. 责任感膨胀(inflated responsibility):人有能力阻止危险或不好事情的发生;“不竭尽全力去阻止可能发生的危害”等于“给自己或他人带来危害”。

2. 夸大危险(overestimated threat):任何差错都会导致灾难性的后果,“假如我不消除我的强迫思维,那我将会越来越焦虑”,“消极的想法将给我带来糟糕的运气”。

3. 思维的重要性(over importance of thought):夸大思维的重要性,将思维与行为融合(thought-action fusion,TAF),认为“出现不可接受的负性想法后,负性想法变成事实的可能性增加”(TAF- 可能性),“有不符合道德标准的想法就等于发生了不符合道德标准的行动”(TAF- 道德),“有这样的想法意味着我是不正常的”,“想法的出现意味着我必须阻止想法变成事实”。

4. 控制思维(control of thoughts):“完全控制想法是可能的”、“不能控制想法是心理脆弱和无能的表现”、“对想法的控制失败意味着丧失了对所有事物的控制能力”。

学习笔记

5. 不能忍受不确定性(intolerance of uncertainty):“我应该消除一切可能的风险,必须百分之百确定”,“我只有百分之百确定了,我才能停止强迫行为”。

6. 完美主义(perfectionism):“我应该是完美的”,“不完美意味着失败”。

7. 不能忍受焦虑(intolerance of anxiety/distress):“焦虑太可怕了”,“如果我不消除焦虑,那么我将会发疯、我会失去控制”。

病历摘要(六)

患者目前的症状清单如下:

症状(观念和行为)	干扰/痛苦程度(无0~100重)
1. 接触绝症、癌症患者,害怕肿瘤传染给自己	100
2. 不愿意接触肿瘤患者及其家属接触过的东西,害怕被传染(如黄色、蓝色的东西:衣架、澡巾、抹布)	100
3. 洗手、刷牙时,脑内不要出现肿瘤等类似想法,若出现,就会反复刷洗	100
4. 不愿意说“癌症”、“肿瘤”和看这些字词	90
5. 洗手、刷牙时要反复看,确认不是黄色、蓝色	80
6. 喝水时,有意识地看水杯的颜色和形状	50
7. 看到黄色(蓝色)的东西,衣服、毛巾	30

[**问题**]强迫障碍患者的行为干预有哪些要点?

思路1:通过心理教育,在对患者的焦虑诱发情境进行全面评价的基础上,患者愿意接受暴露治疗时才可以进行暴露与反应阻断的行为干预。

知识点

OCD的暴露与反应阻断技术

1. 暴露:目的是削弱强迫观念和焦虑情绪之间的联系。帮助患者认识到,如果他们系统地允许自己在不采取回避或仪式化动作的情况下去思考和面对那些强迫观念和触发强迫性痛苦的刺激,他们的焦虑最终会减轻,同样,他们的强迫意念也会减轻。暴露的第一步是制定患者强迫观念的等级表。通过临床访谈和患者自我监测收集患者所有的强迫观念并且让患者评定每一种想法产生焦虑的程度,以0~100分的主观痛苦单位(subjective units of distress,SUDs)分值来表示。这些想法按照激活的焦虑程度由最轻到最严重的顺序进行排序。另外一个暴露等级表是关于实物(如黄色物体)、情境(如洗漱)、人物(如姨夫)和内部刺激(如“肿瘤”词汇)等已经和强迫意念关联并且是被患者回避的内容。等级表制定后就应该开始进行暴露。一开始,患者在治疗师在场的情况下对等级表中最低等级的条目内容进行暴露。在暴露过程中,要求患者大约每5分钟按照0~100分SUDs评分方法评定他或她的焦虑或痛苦程度。暴露治疗持续进行直到患者的焦虑程度显著地降下来,最理想的情形是焦虑能降低到基线水平(例如暴露开始前的状态)或至少降低一半。早期的暴露治疗至少90分钟,因为焦虑可能要经过1个小时或更长时间才能消失,特别是在治疗初始阶段。等级表第一个暴露完成就要开始下一个暴露。患者在治疗结束前可以重复地面对等级表中最高等级的条目内容,这样才能算是暴露治疗成功。

2. 仪式反应阻断:直接目标是患者的强迫动作和其他回避性行为,仪式反应阻断常常

学习笔记

被用作暴露治疗的链接。治疗师应教会患者减少并最终消除在面对强迫意念时的所有回避性行为，这样与强迫性想法及其触发刺激关联的焦虑就会自然而然地自动消退了。在开始正式的暴露治疗之前，应指导患者进行打断他们仪式动作的行为练习，让患者为仪式阻断做好准备。有用的技术包括：①非常缓慢地进行仪式行为（这样的做法会干扰仪式的强度）。②以不同于平常的次数重复仪式行为（例如，如果患者总是重复做某种行为4次，则让他尝试做3次）。③延迟开始仪式行为。通过延迟的方法，患者开始时可以延迟1分钟实施仪式行为，然后逐渐增加延迟的时间到几个小时。在这些特定的延迟时间过去后，可以询问患者是决定进行实施仪式行为还是再次延迟时间。许多患者会惊奇地发现，如果他们抵制住了最初的仪式化冲动之后，进行仪式的冲动将会不再出现。应该鼓励患者去尝试体验和发现那些最适合他们的技术方法。

仪式阻断最适合的方法是让患者“突然中止”，但对于多数患者而言，可能需要逐渐地消除他们的仪式化，特别是每周治疗一次的门诊患者。可以采取包括减少仪式行为的时间、减少仪式行为的发生频次或增加仪式行为的时间间隔等多种策略。

思路2：暴露是让患者暴露于促发强迫症状、导致回避的现实情境。反应预防就是鼓励患者在促发强迫行为出现的情境中控制自己的强迫行为。这种暴露的过程往往采用逐级暴露技术，按照由弱到强的焦虑等级逐步进行。暴露可以是在现实情景中，也可以是想象的情景。暴露与反应预防并不是一次完成的，往往需要保证15~30小时最基本的训练时间，才能保证CBT的疗效。

学习笔记

【总结】

本章通过广泛性焦虑障碍和强迫障碍两个案例，按照临床诊断和治疗思路介绍了主要的诊断要点、鉴别诊断、治疗原则、主要药物治疗选择和认知行为治疗的整体流程和主要方法。通过学习本章的内容，期待能为年轻医师提供一个整体的临床诊治框架，使年轻医师能够掌握住院医师培训细则中所要求的理论知识并达到技能要求。但是，由于篇幅的限制，在临床表现、治疗药物选择和具体用药剂量，以及认知行为治疗的介绍中，具体涉及的理论和技术方法的深度以及技能操作步骤仍然不能够详细介绍，需要参考其他相关书籍，进一步加强自己的临床理论知识和技能训练。

（李占江　李晓驷）

参考文献

1. 吴文源．焦虑障碍防治指南．北京：人民卫生出版社，2010.
2. 张聪沛．临床精神病学．北京：人民卫生出版社，2009：155-189.
3. Sadock BJ，Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry（Vol. Ⅰ）. 8th ed. Pheladelphia：Lippincott Williams & Wilkins，2005：1718-1828.
4. 江开达．精神药理学．北京：人民卫生出版社，2007：749-774.
5. Koran，LM，Hanna GL，Hollander E，et al. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry，2007，164（7 Suppl）：5-53.

第六章 分离(转换)性障碍与躯体形式障碍

【学习要求】

1. 掌握分离(转换)性障碍与躯体形式障碍的分类、临床表现、诊断标准、治疗原则。
2. 熟悉几种主要心理治疗的适应证和基本程序。
3. 理解“神经症性”症状的心理学意义。
4. 了解从精神动力学角度理解患者症状发生的心理学机制和意义。

【核心知识】

1. 分离(转换)性障碍与躯体形式障碍都属于传统的“神经症性障碍”范畴,其多种多样的临床表现与患者使用的不同的心理防御机制密切相关,其发病、临床表现、诊断、治疗及其转归均与生物 - 心理 - 社会因素密切相关。

2. 根据精神分析或精神动力学的观点,神经症性症状是心理冲突的结果,也和个人的早年经历密切相关。神经症的症状是有功能的,既有原发性获益,亦有继发性获益。

第一节 分离(转换)性障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

女,17 岁,未婚,汉族,高一学生。由父亲陪伴前来门诊。

[**问题**] 如何理解和分析上述信息?

思路 1:患者的基本信息和来诊方式(包括由什么人陪诊)等往往传递重要的信息。本例是一位 17 岁高一学生,应重点注意收集其成长环境、学业以及相关应激因素等方面的资料。陪诊者为什么是父亲而不是母亲?应敏感地考虑是否存在家庭矛盾,尤其是母女关系是否存在问题。在随后的晤谈中选择合适的时机进行询问、澄清。

思路 2:患者 17 岁,虽未达到 18 岁法定成人的年龄,但已接近 18 岁,在考虑治疗和住院方式时,应当充分征求并尊重她本人的意愿。

病历摘要(二)

患者表示是在家人劝说下来诊的,自己愿意和医生交谈,也不反对父亲旁听。自诉“左半身一阵阵不能动,头脑里有嗡嗡嗡的声音,已经 2 个月了。”

[**问题 1**] 对于患者的讲述,你有哪些思考?

思路 1:此例属于自愿就诊,精神检查和病史采集可以同时进行。

思路 2:“偏身运动障碍”系躯体症状,应考虑有无器质性疾病,首先澄清运动障碍的部位、性质、程度、有无伴随的感觉障碍等。“阵发性”还应考虑癫痫的可能性。

[**问题 2**] 如何鉴别癫痫性抽搐发作与“癔症性”发作性运动障碍?

学习笔记

思路:癫痫系神经系统疾病,必有符合神经系统解剖规律的相应阳性体征和辅助检查结果,而"癔症性"发作性运动障碍没有符合神经系统解剖规律的相应阳性体征和辅助检查结果,其发生与心理因素密切相关。

知识点

分离性抽搐(dissociative convulsion)与癫痫(epilepsy)大发作的鉴别

	分离性抽搐	癫痫大发作
发作诱因	多在精神刺激之后(也可自我暗示发作)	可无明显诱因
先兆	可以有,但内容形式多变化	内容形式固定
发作形式	翻滚、四肢乱舞、表情痛苦、保持呼吸	症状刻板,强直期、阵挛期次序分明,呼吸停止
拇指	发作握拳时常在其余四指之外	常在其余四指之内
言语	可以讲话	绝无
意识	多清楚、可有蒙眬	丧失
大便失禁	无	可有
小便失禁	偶有	常有
眼球运动	躲避检查者	固定朝向
眼睑	掰开时阻抗大	松弛
咬伤	较少咬伤自己,可咬伤他人	可咬伤自己的舌、唇
摔伤	较少、较轻	较重、多伤在头面部
持续时间	数分钟到数小时	不超过数分钟(除外持续状态)
发作地点	多在人群中、安全地带	不择
睡眠中发作	无	常见
脑电图	正常	可见棘波或阵发性 θ 或 δ 波

病历摘要(三)

患者诉:2个月前某晚睡觉时突然感觉左侧半身从脚底到头部麻木不能动,以身体中心为界,有昏死感,约十几分钟后缓解,之后断断续续发作,一周3~4次,每次发作前自己都有感觉,症状相同。平时头部像被什么东西拴住一样,"打不开",整天如此,注意力不能集中。失眠,觉得累。近1个月晚上感觉头脑里有持续的"嗡嗡"响声,几乎整夜如此,白天听不见。感到左手没有右手有力。20天前当地某医院做头颅MRI检查无明显异常,后又到某大学附属医院耳鼻喉科就诊,诊断为"神经性耳鸣",具体服药不详,症状未见好转。无消极言行,无冲动伤人及自伤行为,无高热,无抽搐,无意识障碍。生活自理。饮食、大小便正常。

[**问题**]患者自述病程2个月,未提供诱发因素,如何评价?

思路1:患者就诊时往往关注的是本次发病的情况和发病时间,需要医生耐心追问以往有无类似病史及其他精神异常。

思路2:患者没有提供发病的诱发因素,原因可能有多种:①确实不存在明确可辨且与目前症状有关的致病或诱发因素;②病前虽有相关致病因素,但患者自己并不知道此种因素与目前的症状有关;③出于某种忌讳,如交谈时有他人在场而不便告诉医师病前有何相关因素;④相关事件为创伤性事件,患者存在遗忘,或因被压抑在潜意识中而不能回忆;⑤出于某种目的,故意隐瞒相关因素。

学习笔记

对于该案例,需要另寻时间在合适的场合,获得患者充分信任后仔细询问。

知识点

精神分析理论的地志学模型(topographical model)

精神分析(psychoanalysis)的观点认为,人的心理活动分为三个部分:

1. 意识(conscious)部分:包括我们所能感知到的、主动回忆出、认识到的或是预见到的一切。

2. 潜意识(unconscious)部分:不为我们所知,自己意识(察觉)不到但又确实存在,并且影响着甚至是左右着我们心理活动的部分。

3. 前意识(preconscious)部分:介于意识和潜意识之间的部分。

该模型的核心观点是:我们的大多数精神生活是潜意识的,潜意识的思想、情感和愿望构成了心理的基础。而意识层面的经验(内容)只是冰山一角。

病历摘要(四)

追问患者病史信息,补充如下:1 年前可能因为学习压力大开始出现胸口发闷,左侧中腹部不适,疼痛,不能吃饭,一吃就想吐,恶心,症状时轻时重,尤以心情不好时为重。心情激动时感觉从左侧手臂到手心一阵子麻木,不能动,持续时间短,几分钟的样子。患者从未将这些症状告诉他人,也未有任何治疗,症状断断续续、时轻时重、持续 1~2 个月后自行缓解。期间能坚持上学。

[问题 1] 患者主诉有诸多躯体不适时,应注意哪些问题?

思路 1:患者的主诉是否符合躯体疾病的特点?针对这些主诉有无相关辅助检查阳性结果的证据?有无对患者的生活、学习造成影响?对该病例而言,应重点询问消化系统、心血管系统及神经系统的相关检查结果,并注意症状的转归。

思路 2:1 年前虽有前述症状,未经任何治疗即自行缓解,期间能坚持上学,提示患者 1 年前并无严重躯体疾病。

思路 3:患者 1 年前即有症状,且当时的症状与目前(近 2 个月来)的症状之间有一定的联系,故总病程应为 1 年。

[问题 2] 目前应优先考虑何种疾病?

思路:根据目前的病史,应优先考虑分离(转换)性障碍,但应进一步排除器质性疾病。

[问题 3] 根据以上病史,应重点询问哪些既往史、个人史?

思路 1:精神疾病与心理 - 社会因素密切相关,尤其是传统意义上的神经症性障碍与早年的成长经历及目前面临的心理冲突关系更为密切。

思路 2:询问相关的个人成长经历尤其是早年经历有助于理解分离(转换)性障碍症状的意义。

知识点

生物 - 心理 - 社会医学模式(the bio-psycho-social medical model)

1977 年由美国罗彻斯特大学 Prof. G.L.Engel 率先提出。这一模式的基本观点是:在考察有关人类健康和疾病时,对病因、病理、症状、诊断、治疗、护理和康复的分析、判断、对策,都必须重视心理 - 社会因素的影响,人的心理与生理、精神与躯体、机体的内外环境是一个完整的统一体。

生物 - 心理 - 社会医学模式不是对生物医学模式的否定,而是对生物医学模式的补充和完善。

学习笔记

病历摘要(五)

既往史:小时候常生病,常诉头痛。未听说有高热抽搐史。12岁后体健。否认外伤史。

个人史:姐弟两人。母孕期及出生时正常,生下后送给在农村的姑妈抚养,12岁时接回父母家。父亲长期在外做工程,母亲从事家政工作。7岁上学,成绩优异。病前性格内向。月经15岁初潮,至今不甚规则。否认过敏史。

家族史:否认二系三代有精神疾病阳性家族史。

[问题1]患者的个人经历可能给患者的成长带来什么样的影响?

思路1:患者为何一出生就被他人抱养?我国自20世纪80年代末开始全面实施计划生育政策,出生后即被抱养是否与父母希望再生一个男孩有关?患者确实有弟弟,支持此种假设。但患者究竟为何出生后就被抱养仍需进一步核实。

思路2:患者一出生就被他人抱养,从心理学的角度看就是一种亲情的剥夺,甚至构成心理创伤性事件。如果没有事后得到他人良好照顾的补偿,此种经历甚至构成心理创伤性事件,并会成为青春期后出现心理或精神疾病的隐患。

知识点

客体关系(object relations)理论关于婴儿心理发展的分期

客体关系理论学家Mahler把客体关系概念集中在一个人的心理诞生(产生)方面,她认为心理诞生是一个"分离"与"个体化"的过程,由此婴儿才能与母亲分离,并成为一个独立的个体。根据她的观点,婴儿心理诞生经历了三个发展阶段:自闭阶段(时间:从初生到出生1个月);共生阶段(大约从出生后2个月开始);分离—个体化阶段(出生4、5个月以后,再分为4个亚阶段)。每一个发展阶段都有其特定的任务、挑战和危机。如果儿童的某个特定发展阶段不能如期完成,或突遇创伤性事件,便会导致严重的心理障碍。

尤其在自闭阶段和共生阶段,如果亲子关系中断或者遇到严重的创伤性事件,就会导致各种严重的心理障碍。

思路3:患者出生后即被抱养,未经母乳喂养,自小体质瘦弱多病是否也与此事件有关?

[问题2]患者12岁时接回父母家的原因是什么?

思路1:患者自小被抱养,12岁时突然被接回父母家,虽然其父亲没有说明原因,但其中原因需要进一步探明。

思路2:患者从被抱养的环境回到已经离开12年的原生家庭,是否会产生适应不良?她的突然出现,会不会和弟弟形成争夺父爱、母爱的竞争关系?患者的性格内向,是否与此经历有关?

病历摘要(六)

体格检查:T 36.5℃,P 88次/分,R 20次/分,BP 115/80mmHg。偏瘦,五官无异常,心肺无异常,腹部无异常。神经系统检查:意识清晰,自主体位,左利手,步态正常,近视,双眼均400度,余脑神经检查(-)。全身感觉正常,四肢肌力正常,腱反射正常,病理反射(-)。

[问题]此时的神经系统检查有何意义?

思路1:精神科疾病虽有本身的特点,但没有确切的相应阳性体征和实验室辅助检查的阳性结果,然而对每一个患者均进行体格检查和相应的辅助检查是诊断过程中不可缺少的内容。

思路2:该患者有偏身运动障碍和头部感觉障碍,遵从"等级诊断原则",应首先考虑有无神

学习笔记

经系统的器质性疾病,故应重点进行神经系统的检查。

病历摘要(七)

精神检查:意识清晰,文静,显幼稚。查及以躯干中线为界左侧半身(包括头面部)的麻木感,性质不固定,时轻时重,头部有时有牵拉感。左侧肢体发作性麻痹,每次持续 10 多分钟,但未见阳性体征。无幻觉、妄想,思维联想正常,有疑病观念。交谈时表情、语气平淡,未见明显抑郁和焦虑,但看见医生转而和家属交流时,她开始无声哭泣、流泪。记忆正常,对发病过程能够准确回忆。智能正常,求治心切。

[问题 1] 交谈时表情、语气平淡,是否就是情感淡漠?

思路:对一个人情感反应的判断,不能仅凭被观察者的面部是否有与所述的思维内容相应的表情,还应结合语气、声调、躯体姿势的变化以及四肢末端的细微变化来综合判断,还应看整个检查过程中的情感变化,而不仅仅根据某一片段的反应作出判断。本例患者在交谈过程中表情、语气平淡,未见明显情绪变化,但检查结束时看见医生转向和家属交流,开始无声哭泣、流泪,似有很大委屈,说明患者其实存在丰富的情感反应,而非情感淡漠。此种现象也提示患者存在情感的压抑,并认为他人(家人或者医师)未能充分理解她。

[问题 2] 总体而言,该病例有哪些临床特点?

思路:纵观整个病史和检查情况,该病例有以下临床特点:

(1) 女性,高中生。

(2) 急性起病,诱因不详,发作性病程,总病程 1 年,本次病期 2 个月。

(3) 主要表现为阵发性以身体中心为界的左半身偏身运动障碍,伴头部主观感觉障碍。主要发生在夜间,每次持续 10 余分钟,可自行缓解。缓解期正常。

(4) 有特殊成长经历。出生后即被抱养,12 岁时又回到父母身边。

(5) 幼年时身体瘦弱多病,但无明确脑外伤史和高热昏迷抽搐史。本次发作曾被诊断为"神经性耳鸣",做头颅 MRI 检查未见异常。

(6) 体格检查系左利手,除双眼近视外,未见神经系统相应阳性体征。

(7) 精神检查主要存在不符合神经解剖规律的以中心为界的左半身主观感觉障碍和运动障碍,存在疑病观念及情感压抑。求治心切。无幻觉妄想,无记忆智能障碍。

[问题 3] 如何考虑该病例的诊断?应和哪些疾病相鉴别?

思路:该患者存在发作性偏身运动障碍和感觉障碍,根据等级诊断原则,应重点排除有无脑器质性和躯体疾病所致精神障碍。

(1) 中枢神经系统疾病:该病例的症状主要涉及神经系统,因此应重点考虑是否存在中枢神经系统和周围神经系统疾病。由于突出症状为发作性的以躯干中心为界的、同时涉及上肢和下肢的左半身偏身运动障碍(不完全性麻痹),但客观检查意识清晰,自主体位,步态正常,除双眼近视外,余脑神经检查(-)。全身感觉正常,四肢肌力正常,腱反射正常,病理反射(-)。头颅 MRI 未见异常。因此可以排除中枢神经系统疾病。

(2) 特殊类型的癫痫:发作性病程,间歇期正常,应考虑此种疾病的可能性。该病例的病程虽为发作性,每次持续 10 余分钟,但临床症状是阵发性肢体的麻痹而不是抽搐,发作时意识清晰,事后能回忆,既往无明确高热抽搐和脑外伤史,目前无支持此病的依据。

(3) 抑郁症和恶劣心境:青少年期发病,病程 2 年,有可理解的负性生活事件,精神检查时有哭泣、流泪和压抑等,应考虑抑郁症的可能。但该患者的哭泣、流泪并非持续性的,也并非主要症状。虽然提示可能存在心境低落,但心境低落不是主要症状,也无兴趣与愉快感丧失、易疲劳以及睡眠障碍等典型的抑郁症状,且哭泣、流泪和压抑等可视为分离(转换)性障碍的附加症状,

学习笔记

故不诊断抑郁症或恶劣心境。

(4) 分离(转换)性障碍[dissociative (conversion) disorder]:该案例的临床特点符合神经症性障碍,主要症状为阵发性以中心为界的左半身偏身运动障碍和感觉障碍。主要发生在夜间,每次持续 10 余分钟,可自行缓解,缓解期正常。临床表现和总的特点符合"分离(转换)性障碍"中"分离性运动障碍"的表现。对照 ICD-10 关于分离(转换)性障碍的诊断标准,该案例符合三项标准中的①和②两项,即:①存在分离性运动障碍;②不存在可以解释症状的躯体障碍的证据;但目前不符合③项的标准,即"有心理致病的证据,表现在时间上与应激性事件、问题或紊乱的关系有明确联系(即使患者否认这一点)。"

知识点

ICD-10 关于分离(转换)性障碍的诊断要点

确诊必须存在以下各点:①存在 F44.- 中分别标明的各种障碍的临床特征的证据;②不存在可以解释症状的躯体障碍的证据;③有心理致病的证据,表现在时间上与应激性事件、问题或紊乱的关系有明确联系(即使患者否认这一点)。

附:F44.- 中分别标明的各种障碍包括:F44.0 分离性遗忘(dissociative amnesia);F44.1 分离性漫游(dissociative fugue);F44.2 分离性木僵(dissociative stupor);F44.3 出神与附体障碍(trance and possession);F44.4~F44.7 分离性运动障碍(dissociative motor disorder)和分离性感觉障碍(dissociative sensation disorder);F44.8 其他分离性障碍;F44.9 分离(转换)性障碍,未特定。

[**问题 4**] 根据 ICD-10 关于分离(转换)性障碍的诊断要点,确诊必须同时存在三项。该病例只明确符合①、②两项,是否意味着不能诊断分离(转换)性障碍?

思路:在 ICD-10 关于分离(转换)性障碍的诊断要点之后,对诊断标准解释如下:"有时虽高度怀疑,却难以找到心理致病的有力证据。若存在已知的中枢或外周神经系统的障碍,作分离性障碍的诊断时应格外慎重。如果没有心理致病的证据,诊断应为暂时诊断,而且应继续从生理和心理两方面进行探究。"因此,该病例可以暂时诊断分离(转换)性障碍,并在后续的工作中做进一步的探究。

[**问题 5**] 针对该案例的情况,医师此时应该如何处理?

思路:针对该案例,可有以下选择:

(1) 继续门诊治疗:在患者接受相关辅助检查明确诊断后,药物治疗,辅以心理支持治疗,定期门诊复诊。优点是费用相对较低,且药物治疗对大部分精神科医师而言相对容易;缺点是门诊就诊时间有限,很难深入探究导致患者出现症状的原因,因而难以做到有针对性的心理治疗。此外,药物本身对分离(转换)性障碍的症状没有确切疗效。

(2) 建议患者接受系统心理治疗:优点是可以不用服药,没有药物副反应,可以在系统心理治疗过程中进一步探究致病的心理因素及针对性地进行心理矫治;缺点是耗时较长,患者家住外地,难以保证完成每周 1 次、一次 50 分钟的系统心理治疗,且由于患者尚未完全成年,来诊时需家人陪同,高频率地往返两地甚为不便。

(3) 住院治疗:优点是便于进一步明确诊断,探明有无致病的心理因素,以及根据致病因素有的放矢地进行心理治疗(包括对家属的心理干预)、合理用药和及时调整药物;此外,更换环境也有可能利于患者的康复。缺点是费用相对较高,同时需要陪护,付出较多。但患者家属的陪伴和为患者的付出,可能有利于该患者感受到家人对自己的关注和支持。此外,患者来诊时正是假期,短期住院不会影响到患者的学业。

[**问题 6**] 如果住院治疗,医师需要和患者及其家属做哪些沟通工作?

学习笔记

思路:应履行向患者和家属告知获得患者及家属知情同意的义务。针对该患者,应重点告知和说明以下几点:

(1) 目前可以采取哪几种形式的治疗及各自的优缺点。

(2) 向患者和家属宣传《精神卫生法》的相关规定。

(3) 向患者和家属介绍开放病房的基本情况和注意事项。

病历摘要(八)

经过与患者和其父亲协商,决定在全开放式病区住院治疗。

门诊诊断:分离性运动障碍 F44.4。

[**问题 1**] 围绕明确诊断和为治疗做准备,住院医师应重点做哪些工作?

思路:主要有以下工作:

(1) 进一步收集病史:其中重点是个人成长经历的细节,包括与抱养家庭成员的关系、与原生家庭成员的关系、12 岁时回到父母身边的适应情况、初次发病时的诱因和细节等。

(2) 相关辅助检查:除住院常规检查外,重点是有助于进一步排除神经系统器质性疾病的特殊检查如头颅 CT 或头颅 MRI、脑电图或脑电地形图,以及有助于协助诊断的心理学测验如人格测验,焦虑、抑郁程度的测验等。

[**问题 2**] 该案例的临床表现不符合脑器质性疾病的诊断,是否有必要做脑电地形图和头颅 MRI 检查?

思路 1:医学是一个涉及人的健康和生命的学科,也是遵从循证医学规律、重视客观检查证据的学科。该患者的临床表现以阵发性、以中心为界的左半身偏身运动障碍为主,体格检查没有相应阳性体征,明显不符合脑器质性疾病的临床特点,但要明确作出诊断,则需要获得相关辅助检查的证据。此外,该患者尚有头部"嗡嗡嗡"的感觉,也有必要做脑电地形图和头颅 MRI 检查,以帮助明确排除脑部器质性疾病。

思路 2:临床上存在这样的现象,患者曾经做过某些检查,但由于患者或家属文化水平和医学知识有限,并不能正确转述医学检查的结果,而致误导医生的思路。此外,也存在不同医院的诊断水平存在差异的客观事实。患者本次发作曾在他院做过头颅磁共振检查,结果未见异常。但这种检查结果只是患者父亲的陈述,本次来诊时,既未携带原始影像资料,也未出示检查报告。因此,仍有再次做头颅磁共振检查的必要。

思路 3:对于神经系统疾病而言,常用的特殊辅助检查可分三大类:影像学检查、电生理检查以及脑脊液检查。其中脑脊液检查属于"有创性"检查,必须有确切指征时才考虑实施。而影像学检查、电生理检查为"无创性"检查,不会造成医源性损害。

思路 4:对神经症性障碍患者而言,不论患者所述的症状多么不合理,医生都应对其症状给予必要的关注和重视。针对患者存在的症状做相关的辅助检查,一是要获得不存在器质性疾病的充分证据,为下一步向患者解释其症状与心理 - 社会因素密切相关做准备;二是这种检查本身就是对患者的尊重,是相信患者陈述和关心患者的具体体现,有助于建立良好的医患关系或治疗关系,为治疗包括心理治疗打下良好的基础。

病历摘要(九)

入院检查结果:

血常规、尿常规、大便常规、生化全套等入院常规检查均正常。

心电图:正常。

B 超:肝、胆、胰、脾未见明显异常。

学习笔记

胸部正位X线影像学诊断:两肺纹理增强。

脑电地形图:正常范围。

MRI检查:头颅平扫未见明显异常信号。

艾森克人格问卷(Eysenck personality question,EPQ):P 55分,E 45分,N 60分,L 30分(标准分)。MMPI:Hy、Hs、Pt量表高分。

HAMD(17项):总分19分;HAMA:总分7分。

[**问题1**]如何看待上述辅助检查结果?

思路:根据上述检查结果,结合病史和体格检查结果,支持患者目前无确切躯体疾病(胸部正位X线片显示"两肺纹理增强",可能与患者"小时多病"如常见的呼吸道感染有关);脑电地形图和头颅MRI检查正常,进一步排除脑器质性疾病;两项人格测验结果,支持分离(转换)性障碍的诊断;HAMD、HAMA检查结果提示患者无明显抑郁和焦虑,支持分离(转换)性障碍的诊断。

[**问题2**]如何探索患者有无致病的心理因素?

思路1:原则上对于任何一种精神障碍都应探索是否有相关的心理-社会因素,并根据心理-社会因素的性质和对疾病的影响程度(致病、诱发、持续),帮助诊断和治疗。就该案例来说,不仅涉及能否明确诊断为分离(转换)性障碍的问题,还涉及如何理解和治疗患者的转换症状问题。因此,探索患者有无致病的心理因素至关重要。

思路2:尽管很多精神障碍与心理-社会因素密切相关,但临床上常见的现象是,患者往往否认病前有何心理应激因素或目前正面临何种心理冲突。对于神经症患者而言,最重要的原因之一就是相关因素为难以启齿的隐私事件或相关事件为创伤性事件,患者存在遗忘,或因被压抑在潜意识中而不能回忆,或者因医患关系不佳,患者对医生不信任,不愿透露相关心理因素。而欲去除上述诸多因素,需要首先与患者建立起良好的医患关系和治疗联盟。而欲建立良好的医患关系和治疗联盟,医生需要做到尊重患者,对患者的心理因素和心理冲突持中立、接纳、理解和共情的态度,而不应站在社会道德的角度来审视患者的心理冲突并批评指责患者。只有在患者感到安全和充分信任医师的前提下,患者才会把自己最为隐私的心理活动告诉医师。

思路3:探索患者的致病心理因素和心理冲突,远比检查患者是否存在幻觉和妄想、有无记忆智能障碍困难得多,不仅需要花费更多的时间倾听患者的诉说,还要同时品味患者所说内容的含义,要能听出患者话中的"弦外之音"。要注意患者的用词,描述一件事情的方式和顺序,注意患者的口气、语调、躯体姿势以及有无口误、沉默以及在什么时候出现口误或沉默等。通常情况下,注意患者是如何说(表达)的,要比患者具体说什么更为重要。

思路4:探索心理致病因素的过程,既是患者倾诉的过程,也是医师或心理治疗师倾听的过程。而就主要由心理因素致病的一类精神障碍而言,不论是患者的倾诉还是医师或心理治疗师的倾听,其本身就具有治疗作用。

思路5:要探索和理解患者尤其是神经症性障碍患者面临的心理冲突,医师需要掌握一定的相关心理学理论和心理治疗技能,并在实践中不断提高自己的技能。其中精神分析或精神动力学的相关理论和技能极为实用。

知识点

精神分析理论中决定论原则

精神分析的理论认为,心理现象中,任何事情都不是偶然的或碰巧发生的。每一个心理事件的产生,都是一些先前事件所决定的。一些看似"偶然"的事件,如遗忘、口误、笔误、失误、梦等,都能找到当事人的愿望或意图,都与其心理生活在意义上有着联系。

学习笔记

病历摘要(十)

住院医师和患者的一次晤谈过程摘录如下：

医生："你第一次出现不舒服是什么时候？"

患者："初三的时候。那时候突然呕吐，身体不舒服。有时左胳膊突然不能动，过几分钟又好了。"

医生："出现不舒服前发生了什么事吗？"

患者："没发生什么事，可能是因为学习压力大吧。他们就希望我成绩好。在家里，和父母闹矛盾，他们让我做什么，我偏不做，和他们对着干。就是看他们不爽，因为从小到大他们从来没有在身边陪着我。"

医生："怎么不舒服的？"

患者："脑袋像被拴住一样，难受，总想睡觉，一点精神都没有。到高中了，总是耳鸣，头脑里嗡嗡响，有时还头痛。心情容易烦躁，老师在上面讲课的时候就觉得很烦，很想上去捶他一顿，特别是数学，我不喜欢的科目。"

[**问题**] 患者有想打老师的冲动意味着什么？

思路：在精神检查(或在心理访谈、心理治疗)过程中，原则上，应该出现的未出现，不应该出现的却出现了，往往都是有意义的信息。医师应对此种现象保持敏感。该患者给人的印象是内向和老实，但却出现要打老师的冲动，这十分令人意外。应当在恰当的时候就此话题进一步询问。

病历摘要(十一)

医生："出现这种情况时，家里人知道吗？"

患者："不知道，他们一直以为我是感冒，我心里知道可能是心理方面的毛病，但不敢说，怕家里人说我疑神疑鬼。可能我总想做些事让父母关心我，多陪陪我。但实际上只有我生病的时候，他们才会陪我。我不想别人比我优秀，不喜欢和他们玩，讨厌他们。因为我很努力，初中的时候我成绩还好，到高中就不行了。身体不舒服也不想读书。本来以前很勤快的，家里有什么力所能及的家务我都会做，生病以后就很懒了，什么都不想做。"

[**问题 1**] 如何理解患者出现身体不适却不告诉父母？

思路：提示患者与父母的关系有问题。患者不信任父母，认为即便告诉父母，父母也不理解自己。

[**问题 2**] 患者说："可能我总想做些事让父母关心我，多陪陪我。但实际上只有我生病的时候，他们才会陪我。"意味着什么？

思路：患者生病也有好处，因为此时就可以达到让父母多陪陪她的目的。

病历摘要(十二)

医生："还有什么其他症状？"

患者："身上没有力气，这里(指着左中腹部)像是有股气，想打嗝，打了之后还是不舒服，就再喝水、再打嗝。"

医生："这些是什么时候出现的？"

患者："这是初三时开始出现的。"

医生："高中时第一次不舒服时是什么情况？"

患者："上课时突然发生的。"

学习笔记

医生:“上什么课?”

患者:“数学课。”

医生:“当时是什么情况?”

患者:(沉默片刻)“不记得了。”

[问题]患者此时的沉默意味着什么?

思路:沉默的含义有多种,但在此时应是阻抗的表现。

知识点

关于阻抗(resistance)

阻抗的定义:阻抗意味着对抗(resistance means opposition)。所有来自患者内部的、与分析程序和分析过程相对抗的力量都是阻抗,包括阻止、妨碍患者自由联想的力量、干扰患者试图回忆和获得内省的力量、与患者理性自我(reasonable ego)及想改变自己的欲望对抗的力量等。

根据 Freud 的观点,存在于患者身上的不和谐想法会使患者非常痛苦。此时,患者的自我就会发挥防御功能,压制这些想法和意念,并将之排斥出意识之外,阻止它进入记忆,包括自由联想。这种排斥的力量有多强,则阻抗也相应地有多大。因此,我们可以说:患者的不能被催眠,实质是他不愿意被催眠。患者说“不知道”,实际上是他不想知道。

病历摘要(十三)

医生:“能记得什么?”

患者:(举左手)“好像手抖了一下。”

医生:“以后呢?”

患者:“以后就睡觉时左半边身体会酸痛,手突然一下发抖。有时睡着睡着,左半边身子就不能动了,身体麻麻的,想喊喊不出来,过大概十几、二十分钟自己好了。怕自己成为植物人。”

医生:“发作时有什么先兆吗?”

患者:“头晕,身体感觉不对劲。有时我有预感,快要麻了,就突然坐起来,猛地睁开眼睛,就会好一点,就不会发麻。”

医生:“还有什么别的不舒服吗?”

患者:“没有了。就是不喜欢别人唠叨,特别是我妈,有时候唠叨得我不想回家。”

[问题]患者在询问其躯体不适时,突然主动将话题转到其妈妈身上,可能意味着什么?

思路:提示患者躯体不适的原因与其妈妈的唠叨有关。

病历摘要(十四)

医生:“你有兄弟姐妹几个?”

患者:“两个,有个弟弟。”

医生:“弟弟多大?”

患者:“弟弟比我小两岁,现在上初二。他成绩不好,特别贪玩。但是他只是不努力,脑子特别好,想象力丰富,我想不到的他都能想到。其实有时候觉得他挺好的,不像我一根筋。”

学习笔记

[问题1]为什么要询问患者兄弟姐妹的情况?

思路:依据患者的年龄,患者的兄弟姐妹都应该是在实行计划生育政策期间出生。患者为女孩,在其之后2年又有一个弟弟出生。虽然没有人来说明为什么患者一出生就被抱养,但作为主管医生由此可以形成一个假设:患者的父母希望有个男孩。但当发现第一个孩子是女孩后,就把她抱养给他人,从而使自己有再生一个男孩的机会。如果这种假设成立,意味着患者的父母重男轻女,被抱养实际构成对患者的忽视,并会在患者心中产生被抛弃的幻想。但目前这只是一种假设,需要在日后的治疗过程中进一步与患者探索。

[问题2]如何理解"其实有时候觉得他挺好的"这句话的弦外之音?

思路:这句话的弦外之音是,大部分时间觉得弟弟不好。提示患者潜意识中对弟弟有怨言。但受其"超我"的影响,不能说自己不喜欢弟弟,便以"反向形成"的方式赞扬弟弟。

知识点

精神分析理论的结构模型(structural model)

Freud于1923年提出了结构模型,并提出了本我、自我、超我三个心理结构的概念。Freud所说的这三种心理结构,并不是有形的实体与区域,而只是一种将重要的心理功能概念化的形式。

本我(id)是与生俱来的,代表人的本能。本我中包含原始的、以躯体为基础的愿望和冲动,并按"快乐原则"行事。

自我(ego)是后天形成的,本我的要求要靠自我来实现。自我是心理关于调节、适应的执行部分,按"现实原则"行事。

超我(superego)也是后天形成的,代表人的道德和良知,是道德化的自我。超我通过对自我的监察,使自我的行为符合道德规范。超我按"至善至美原则"行事。

根据这一模型,自我存在于本我和超我之间,既要满足本我的要求,又要顾及现实环境是否允许本我的要求,同时还要接受超我的严厉监察。自我受到来自三方面的压力,始终处于各方矛盾和冲突的焦点。当内在的冲突发生时,自我调动多种防御机制,通过斡旋,采取妥协的办法,力争使三方力量保持平衡。但任何一方力量的消长,都会使机体失去平衡,并由此导致焦虑。

病历摘要(十五)

医生:"听说你小时候是住你姑妈家的?"

患者:"嗯,是的。是一生下来就到我姑妈家了。"

医生:"姑妈家里有哪些人?"

患者:"姑妈家有爷爷、奶奶,有两个儿子,大儿子结婚了,另外一个没有结婚。"

医生:"你怎么称呼你姑妈?"

患者:"我喊她婶婶。"

医生:"既然一出生就抱过去了,为什么喊婶婶,不喊妈妈?"

患者:"小时候记不清楚,他们让我喊什么就喊什么。"

医生:"你能再说下姑妈家的关系吗?和你爸爸是什么关系?"

患者:"(我们这里说的)"姑妈"其实是我爸的姑妈,就是我姑奶奶和姑爷爷,我叫他们作爷爷、奶奶,大伯和婶婶是姑爷爷姑奶奶的儿子、儿媳妇。我是抱给姑爷爷、姑奶奶的。"

医生:"婶婶和大伯有孩子吗?"

患者:"有一个儿子一个女儿。"

医生:“怎么是抱给姑爷爷、姑奶奶的?”

患者:“不知道。”

医生:“在姑爷爷、姑奶奶家过得怎么样呢?”

患者:“过得不错啊,爷爷、奶奶都很疼我。”

医生:“那小时候没想过自己怎么没有爸爸、妈妈吗?”

患者:“小时候贪玩,爷爷、奶奶也对我好,就没想过。”

医生:“有没有问过姑爷爷、姑奶奶为什么自己没有父母?”

患者:“小时候就这样过来的,不在乎,就没问。”

医生:“你是什么时候开始知道自己和别人不一样的?”

患者:“七岁才知道。那时候上学,别人都有人接送,我没有,一个人回家,孤苦伶仃的。小时候特别缺乏安全感,渴望父爱、母爱。”

医生:“意识到没有父母后是什么感受?”

患者:“小时候别人开玩笑说我是从垃圾堆里捡来的,那时不在意,后来十一二岁时开始在意了,心里酸酸的。”

医生:“你是怎么到现在的家里的呢?”

患者:“十二岁的时候,爷爷、奶奶去世了,没人带我了,所以爸爸、妈妈来接我。”

医生:“记得当时的场景吗?”

患者:“记得啊。大概是下午两三点,我在凉席上午睡。听到外面有车子过来,后来出去看,他们过来和伯伯、婶婶商量,接我回去。”

医生:“看到爸妈觉得奇怪吗?”

患者:(继续很平静的口气)“没什么,以前也见过他们,知道他们是谁。”

[**问题**]患者在见到爸妈来接自己时没有强烈的情绪反应意味着什么?

思路:叙述此段经历时语气极为平静,似乎在说他人的故事,此种现象符合心理防御机制“情感隔离”的特点。

知识点

心理防御机制(defense mechanism)

心理防御机制是Freud对人类心理最具创始性的贡献。防御机制是将不愉快的情感成分从意识层面消除的一种心理操作。心理防御机制是一种在自我中自动进行的潜意识心理活动,它能帮助人们保持一种心理平衡。

Freud描述了诸如潜抑(repression)、置换(displacement)、反向形成(reaction formation)、投射(projection)、隔离(isolation)、压抑(regression)、抵消(undoing)、内射(introjection)、转向攻击自我(turning against the self)、转向反面(reversal into the opposite)以及升华(sublimation)等十多种经典的防御机制。

心理防御机制具有双刃剑的作用,在帮助人们面临心理压力时保持心理平衡,使人们不至于崩溃的同时,也会给当事人带来不利的影响。

病历摘要(十六)

医生:“那时几年级?”

患者:“十二岁,三年级。因为身体不好,留过一级。小时候常常感冒,经常去医院,都感觉‘医院就是我家’。”

学习笔记

医生:“爸妈接你,你是什么感觉?”

患者:“稀里糊涂的感觉,自己也就喊了爸妈。觉得回来后日子会好过些,不像以前那样贫困。”

医生:“弟弟当时见到你什么反应?”

患者:“问我是谁,我不敢说话,待在爸爸旁边。爸爸跑了一天很劳累了,可能在椅子上睡着了,也就没回答弟弟。后来就这样过去了。后来弟弟也就叫我姐。”

医生:“回来后过得怎么样?”

患者:“回来后父母常年在外奔波,没有时间待在家里,他们就给我买新衣服啊,给我买东西吃啊。可我不要这些,我只想他们多陪陪我。以前在爷爷、奶奶那里虽然贫困点,但过得很满足。在这里弟弟比较受宠嘛,老是欺负我,几乎每天我们都斗嘴。和他斗嘴心里就烦,想打他的感觉,有时甚至想离家出走。”

医生:“你打过弟弟吗?”

患者:“从来没有。还没打呢,弟弟就哭了。”

医生:“大人参与吗?”

患者:“没有,父母不会偏心。谁错就批评谁。有时就打有错的人。”

医生:“弟弟被打得多还是你被打得多?”

患者:“弟弟被打得多。但我有时甚至希望妈妈打我几下,心里会好过些。妈妈老是唠叨,特别是初三的时候。妈妈说话比较重,很伤自尊。一说我左手就会突然抽搐一下,长此以往就现在这样了。”

医生:“妈妈是怎么打的?”

患者:“就轻拍一下,他就哭了。拍我的话也是这样。”

医生:“什么时候开始不打你呢?”

患者:“一直很少打我,谈不上什么时候不打。”

[**问题**]从这段对话中能得到什么信息?患者说“妈妈说话比较重,很伤自尊。一说我左手就会突然抽搐一下,长此以往就现在这样了。”作为医师或治疗师你会有何联想?

思路:提示患者左手突然的抽搐与患者感到被其妈妈责备、自尊受到损害密切相关。如果两者存在密切联系,那么患者出现运动障碍症状的心理致病因素就有可能与患者受到母亲的责备有关。值得关注的是,患者的反应为什么不是全身反应而只是局部的反应?为什么患者强调左手而不是右手?一般而言,在受到他人不合理的责备时会有愤怒反应。因此,患者的左手抽搐就应该是患者内心愤怒和有反抗的躯体化的表现。

知识点

神经症性症状是心理冲突(psychical conflict)妥协的产物

精神分析的理论认为:当本能的愿望和冲突过于强烈,或超我的力量过于强大,都会使自我感到不安,并为此焦虑。为平息焦虑,自我便会动用心理防御机制,将不为现实环境和超我所允许的愿望、幻想、意念等,压抑到潜意识中去。潜抑(repression)也是最基本的和最重要的心理防御机制。在某种特定的情境中,会激发这些被压抑了的愿望和冲突。当这些存在于潜意识的愿望和冲突过于强烈之时,便会经过自我的斡旋,以妥协的形式穿过前意识而进入意识。而这种妥协的形式,便是具有象征意义和兼有多种功能的各种各样的神经症性症状。

学习笔记

病历摘要(十七)

医生:“你住院了到现在感觉怎么样?”

患者:“家里人很着急,我很乐观,觉得就是心里的一点问题,调整一下应该会好。其实我也烦躁,但怕妈妈烦,我一烦妈妈也就烦,吃不下饭,所以我克制自己。我特别不喜欢家人为我操心,我要做的事就一定要做好,是那种要强的人,喜欢干干脆脆,要念书就念好,不然就直接放弃不念了。有时候觉得生病也挺好的,生病了爸妈就会关注我,妈妈陪在身边,爸爸也给我买东西吃,还和我谈心。”

医生:“你妈妈说你什么时你最烦?”

患者:“她着急,想回去。一直说家里还有那么多事怎么搞啊。我心里想回去就回去呗,不过我没说出来过。在家里的话一说学习我就烦,中考时说考不上怎么办,那样的话说让我去学幼师,或者去美容院当学徒之类。我爸爸也说‘我要看到成绩,你要努力。’”

医生:“到高中以后成绩怎么样呢?”

患者:“不行了,生病后感觉一直让自己颓废,觉得身体也不舒服,不想动,心想就这么颓废吧。”

医生:“你内心想不想上学?”

患者:“有点不想上了,怕自己又到你们这里来,成了疯子,怎么办?”

医生:“上学和到这里(医院)来有什么关系?”

患者:“这次生病就是因为在课堂上报期中考试成绩,老师在全班同学面前老是说我,说我退步了,不用心什么的。烦死了!当时手就抽搐了。”

医生:“是不是你说‘很想上去揍他一顿’的那个老师?”

患者:“是的,就是那个数学老师。”

医生:“老师多大年纪?男的?女的?”

患者:“40多岁,像我妈,特别唠叨。”

医生:“你说初三身体不舒服,可能是因为学习压力大,你什么时候感到压力最大?”

患者:“就是考试成绩。其实初三时我的学习成绩还算不错,但只要成绩单一拿回家她就唠叨。一唠叨,我就烦,就想吐,恨不得……”

医生:“恨不得揍她一顿?”

患者:(笑)“不会吧!她是我妈!但确实有一次她说我没用,考得这么差,不知怎么回事,突然左手抬不起来了,过一会又好了。”

医生:“你父母什么文化水平?”

患者:“爸爸初中,妈妈小学。他们以前对学习特别重视。最近好多了,因为我常常会反抗。”

医生:“你妈妈怎么样?”

患者:“妈妈很勤快,每天早上四五点就起床买菜,把家里收拾一遍。给我们做饭后,十二点半准时出去,说是做家政,其实就是给别人带孩子。晚上回来,给我们带东西吃。我们就把菜热一下吃。”

医生:“爸爸呢?”

患者:“他常年在外奔波,在外面做工程。我妈也有时出去几个月,照顾我爸。只要有工程他们就出去,有时一出去一年都不回来,我们是外婆带的,她自己还有个孙子。”

医生:“哪些问题给你解决了,你就觉得好了?”

患者:“把我的思维打开了,头不舒服治好了就行。住院以后半身麻木也没有了。”

医生:“现在住院妈妈是和你睡一起吗?”

学习笔记

患者:“是的,妈妈和我睡一个被窝里,以前从来没有睡一起过。”

医生:“妈妈抱着你睡的吗?”

患者:“没有,一人睡一头,妈妈从小就没抱过我,不过十二岁才回来,都那么大了,谁还抱你啊,也抱不动。现在这样就挺好了。”

[**问题**] 如何从精神动力学角度理解患者发病的心理机制及症状的意义?

思路 1:患者特殊的成长经历使患者自幼存在被抛弃恐惧。

该患者一出生就被抱养,从精神动力学的角度看,构成了一种“被抛弃”。更为特殊的是,该患者是被送去给姑爷爷、姑奶奶抱养,此种情况实际上比由养父、养母抱养的情况更糟糕,因为父母的形象直接缺失了,甚至在七岁之前干脆没有父母的概念,直至上学后看到别的同学上学都有父母接送,才渐渐意识到自己没有父母。此种情况必然会使患者产生“被抛弃恐惧”。别人和其开玩笑,说其是捡来的,此种玩笑对一个幼小的儿童而言,更会使其认为自己是被父母抛弃的。患者 12 岁时抱养自己的姑爷爷、姑奶奶相继去世,实际又构成再次“被抛弃”。在此种“被抛弃恐惧”的影响下,患者不会有安全感,会形成自卑、内向、敏感的性格,同时也会在潜意识中存在希望不被抛弃,亲人尤其是父母始终陪伴在自己身边的愿望。患者多次提到希望父母能多陪陪自己,就是这种希望不被抛弃愿望的体现。

思路 2:退行、压抑、隔离、被动攻击等是患者的主要防御机制。

患者虽有希望父母能多陪陪自己的愿望,但现实情况是,父亲常年在外工作,母亲虽然在家,并且“很勤快,每天早上四五点就起床买菜,把家里收拾一遍,并给我们做饭”,但此种勤快的目的,在患者看来只是能够“十二点半准时去给别人带孩子”,且直到晚上才回来。此种情况反而会加重患者自己被忽视、被抛弃的恐惧。为了避免面对不被重视、不被关注的现实时可能导致的痛苦(如心酸的感觉),患者使用了“退行”的防御机制,具体表现为两种形式,第一是“生病”,因为 12 岁前,自己一生病姑爷爷、姑奶奶就会陪同其去医院,以至于医院都成了其“第二个家”。患者目前的发病同样获得了父母的关注,“成功地”让父母陪同自己住院。第二是“不长大”,因为只有退行到儿童时期,才有合理的理由让父母陪同自己。患者的外貌像个孩子就是患者潜意识中“希望自己始终是个孩子,从而有理由得到父母多一些陪伴”的愿望的体现。此外,该患者还同时联合使用了“压抑”(小时候不去考虑自己为什么没有爸爸和妈妈的问题,谈到具体发病情景时说记不得了)、“隔离”(在描述一出生就被抱养,养育自己的姑爷爷、姑奶奶去世,12 岁时亲生父母来接自己回家等经历时,没有相应的痛苦或激动的表情和语气,似乎是在说别人的故事)和“被动攻击”(见思路 3~5 相关描述)等防御机制。

思路 3:患者的主要症状——阵发性左手抽搐和偏身麻痹,是患者本我和超我之间、潜意识中攻击与恐惧之间冲突的妥协产物。

患者 1 年前(初三)首次发病是一次考试后,母亲对其成绩不满,不但“唠叨”,还说其“没用”。一般而言,没用的东西就会被扔掉、抛弃掉。正是这个“没用”,激发出患者已经压抑在潜意识中对父母“抛弃”自己的愤怒和攻击的冲动。前面提到,患者左手突然的抽搐与患者感到被妈妈责备、自尊受到损害密切相关,患者左手突然的抽搐可以理解为:一方面是患者潜意识中有动手打妈妈一顿的冲动,另一方面,患者在意识层面理智地意识到不应该打妈妈,且也在潜意识中存在如果打妈妈,可能会遭到妈妈抛弃的恐惧。这种“本我愿望”与“超我要求”之间的冲突,以及潜意识中“攻击”与“恐惧”之间的冲突,使得患者以一种妥协的方式,通过出现躯体化的症状——左手抽搐和左半身不能动,来平衡本我和超我之间、潜意识中攻击与恐惧之间的冲突,从而达到“一石二鸟”的目的。

思路 4:患者 2 个月前再次出现症状与移情反应有关。

导致本次住院的原因是 2 个月前症状的再次发作。其诱因是当天因一次考试成绩不好,受

学习笔记

到数学老师的批评。这位女性老师的年龄和性格与其妈妈相似,此种情景极为类似1年前初次发病时被母亲批评的情景,由于移情反应,即在潜意识中,患者把这位老师视为自己的母亲,由此激发出患者产生"很想上去捶她一顿"的冲动,并由于同样的心理机制,在此后(如睡觉前)想到与此时有关的事情时,受暗示或自我暗示的影响出现左半身不能动的症状。

知识点

移情(transference)

在精神分析理论指导下的心理治疗过程中,患者无意识地根据其早年生活中建立的模式来对治疗师作出相应的反应,在潜意识中,患者将自己在早年生活中与某个客体的互动关系中所经验到的,所发展出的驱力、防卫态度、感受与反应,转移到治疗师的身上,也就是将以往与其他客体之间的经验及关系及其相关情感体验转移到目前的客体身上。这种现象在精神分析治疗中被称为"移情"。

移情的临床表现为:将来自过去经历中的其他人的情感体验应用到目前的个体身上,而实际上这种情感体验只适合既往的其他人而不适合目前的个体,但好像目前的个体就是过去的某个个体。

移情现象不仅见于精神分析治疗过程中,也见于其他心理治疗过程中;不仅见于神经症性患者,也见于正常人群。

移情主要是一种潜意识现象,一般来说,自我察觉不到或意识不到这种反应的不恰当性或歪曲性。移情既有正性移情,也有负性移情。对移情的分析和处理是精神分析治疗的主要内容之一。

思路5:患者左侧偏身麻痹的症状具有多种意义和功能。

左手抬不起来,既表达了要打人的"本我"愿望,也因左手抬不起来,不能实施攻击行为,同时满足了不应该打妈妈的"超我"要求。之所以是左侧不是右侧,应该与患者是左利手有关。是半身麻痹而不是全身麻痹,可以理解为是以象征的方式分别表达了处于对立的两种愿望:由于生病,得到了父母的关注和陪伴,甚至享受到了和妈妈同睡的待遇(患者认为从小妈妈就没有抱过她);也由于生病,自己的成绩下降,让只看重和关注自己成绩的爸爸、妈妈受挫,达到"被动攻击"父母的目的。

病历摘要(十八)

根据以上资料可以作出明确的入院诊断。

主要诊断:分离性运动障碍 F44.4。

次要诊断:非典型的父母养育状况 Z60.1。

[**问题1**] 明确诊断为分离(转换)性障碍之后,应如何治疗?

思路:分离(转换)性障碍的治疗应采取综合性治疗,包括心理治疗、药物治疗、针对患者整个家庭成员的治疗、康复治疗等。

知识点

分离(转换)性障碍的治疗步骤

分离性障碍:一般采用创伤治疗的三阶段模式治疗分离性遗忘、分离性漫游和分离性身份障碍。第一阶段是获得安全;第二阶段是回顾和重温创伤记忆,减少它们对个体的影响、意义和丧失;第三阶段为重建联系,整合自我,使自己从创伤后症状和忧虑中得以解脱,回归相对轻松的生活。

学习笔记

转换性障碍的治疗步骤:①全面的神经内科及内科检查评估;②及时诊断;③医师进行治疗性确诊(症状有比较大的可能不是来源于内科或神经科的问题,而是继发于潜在的心理冲突);④运用医学模式和心理学模式相结合,强调躯体需求,做到既能使患者愿意参与治疗而又不至于因此感到蒙羞(告知其心理学因素及对冲突的心理反应与目前的躯体不适有联系,如果可以,使用渐进的躯体治疗来增强服从感和控制感);⑤共病精神障碍的治疗;⑥针对患者的防御机制,帮助患者形成更成熟和更能适应的防御机制,预防今后转换障碍的进一步发展。

[问题 2] 该患者的药物治疗如何进行?

思路:药物在分离(转换)性障碍的治疗方面不占主导地位,且目前也没有针对分离(转换)性障碍的特效药。如果用药,主要是针对所共病的精神障碍的治疗,或是针对伴发的焦虑、抑郁、失眠等症状适当选用抗焦虑、抗抑郁药,且无需大剂量给药。如出现分离性的精神病性症状,可适当选用抗精神病药物。该案例实际选用的是 SSRIs 抗抑郁药舍曲林,50mg,每日一次口服。

[问题 3] 什么是心理治疗?在选择心理治疗时应注意哪些问题?

思路 1:心理治疗是一类应用心理学原理和方法,由专业人员有计划地实施的疾病治疗技术。心理治疗人员通过与患者建立治疗关系与互动,积极影响患者,达到减轻痛苦、消除或减轻症状的目的,帮助患者健全人格、适应社会、促进康复。

思路 2:心理治疗的种类和流派较多,在选择心理治疗时,要考虑具体心理治疗的适应证、治疗师对心理治疗的理论和技术的掌握程度、心理治疗的设置(场所、疗程、治疗的频率和每次治疗的具体时间、费用、协议等)、医患匹配条件以及患者是否有动机等多种因素。心理治疗要遵循科学原则,不可使用超自然理论。

知识点

常用心理治疗(psychotherapy)

心理治疗的理论流派和临床技术众多,按学术思想分类可分为精神分析及心理动力学心理治疗、人本主义治疗(或客客中心治疗)、认知行为治疗和系统式治疗;按治疗对象分为个别治疗、夫妻治疗或婚姻治疗、家庭治疗和团体治疗等;按言语及非言语技术使用情况分为言语性技术和非言语性技术;按心理干预的强度、深度、紧急程度分为一般支持性治疗、深层治疗和危机干预。此外,还可按照文化背景进行分类。

目前在国内医疗机构内较常使用的心理治疗技术可分为三组:

1. 基本心理治疗技术:指综合上述各个流派的基本共性特点,在临床工作中对多数患者,尤其是对程度较轻的心理问题具有普遍实用性的一般性心理治疗技术。主要包括建立治疗联盟的关系技术、用于心理健康教育及解决一般心理问题的支持-解释性心理治疗等。属于心理治疗人员必须熟练掌握、运用的通用技术。

2. 专门心理治疗技术:指针对有适应证的患者,根据一定的流派理论进行的较有系统性、结构性的特殊心理治疗,包括精神分析及心理动力学治疗、人本主义治疗、认知行为治疗、系统式家庭治疗以及催眠治疗、危机干预、团体治疗、表达性艺术治疗等。心理治疗师应受过相应技术的专门训练。

3. 其他特殊心理治疗技术:指在本土传统文化基础上融合现代心理学原理和技术,在相应的文化群体中有成功应用经验的某些心理治疗理论和方法,以及一些基于传统的或创新的心理学原理开发的治疗技术。对于这些心理治疗方法,宜进行充分的科学探索,在严格、规范管理下谨慎使用,经充分论证后加以推广。

学习笔记

[**问题 4**] 该患者适合哪些专门心理治疗?

思路:针对该患者的情况,精神分析或精神动力学取向的心理治疗为最佳选择。除此之外,也可以针对患者不恰当的认知选用认知行为治疗(包括催眠治疗、暗示治疗等)、家庭治疗等。

病历摘要(十九)

患者住院期间依从性良好,按时服药,按时参加病房里为患者举行的各种康复活动。住院 5 天后,左半身麻痹现象消失,住院 10 天出院。出院以后继续接受每周一次、每次 50 分钟的精神动力学取向的系统心理治疗。

[**问题**] 如何看待患者住院 5 天即症状消失?

思路:症状可以在暗示、自我暗示的影响下"戏剧般"地好转或消失,是分离(转化)性障碍的临床特点之一。该患者好转的因素有多种,既包括心理治疗和药物治疗的作用,也包括环境的改变和在住院期间得到父母高度的关注和陪伴、父母也在住院期间接受了医师的咨询和指导等。患者的症状虽然很快消失,但仍有可能在特定的环境下,通过暗示或自我暗示再发。因此,出院后仍需要在门诊继续接受系统心理治疗。

【总结】

分离(转换)性障碍属于典型的传统概念中的神经症性障碍。发病被认为与早年的创伤性成长经历、特定的人格特征及近期的心理 - 社会因素密切相关。用精神动力学的观点可以很好地理解和解释患者症状的发生机制及其症状的意义。

该案例为 17 岁的女性,其极为特殊的个人成长经历构成了患者发病的基础,并决定了患者所使用的防御机制(退行、压抑、隔离、被动攻击等)。进入青春期后,随着个体的成长并逐渐具有真正攻击他人的能力时,当环境中再次出现使自己难以承受的心理因素的刺激时(母亲对自己的责怪),便会激发原本压抑在潜意识中的攻击欲望,因这些攻击欲望不符合患者超我的要求,且患者潜意识中也担心因攻击行为而失去母亲的关照甚至有再次被抛弃的恐惧,自我便动用躯体化的防御机制来平衡各方的利益,这就是临床出现"偏身运动障碍"的症状。

诊断分离(转换)性障碍必须首先排除器质性疾病。全面、系统的体格检查以及相关的辅助检查必不可少,同时需要耐心细致地询问病史,认真探索可能的心理因素及与疾病的关系。对患者采取尊重、理解、共情、中立、接纳及有节制等支持态度,有助于建立良好的医患关系和获得病人的确切信息,并在此基础上开展治疗工作。

目前未能证实药物治疗对分离(转换)性障碍有效,药物主要用于针对所共病的精神障碍的治疗,或是针对伴发的焦虑、抑郁、失眠等症状适当选用抗焦虑、抗抑郁药,且无需大剂量给药。如出现分离性的精神病性症状,可适当选用抗精神病药物。

心理治疗的方法有多种,医师可根据自己的特长以及具体患者的情况酌情选用。

第二节　躯体形式障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

女,19 岁,已婚,农民,汉族。因心情差、烦躁、磨牙 1 年,由父亲陪伴来门诊。

患者 1 年前在具体诱因不详的情况下渐出现心情差,整日闷闷不乐,心情烦躁,有时坐立不安,经常磨牙,生气、急躁,劳累时明显,时轻时重,有时发愣,问话不讲话,感觉头发昏,

学习笔记

不能做事情,失眠,入睡困难,少眠,曾自行服用舍曲林,效果不佳,为求进一步诊治,家人陪诊。病中患者无明显冲动、伤人行为,无明显消极、自伤言行。病前无高热、惊厥及意识障碍史。

[**问题**] 根据以上资料,应考虑哪些问题?

思路 1:病程 1 年,主要症状是心情差、烦躁、磨牙,但目前不知这几个症状哪个为主要症状,哪个为次要症状,需要进一步细问。

思路 2:"诱因不详",是真的不知道?还是另有不便说的隐情?

思路 3:磨牙的症状有无器质性的基础?有没有经过专科医院检查?

病历摘要(二)

4 年前曾因割腕到精神科门诊咨询,短期服用过舍曲林(诊断和用药剂量不详)。否认肝炎、结核等传染病史;否认高血压、心脏病、糖尿病史。否认手术、外伤史。否认药物及食物过敏史。

[**问题**] 4 年前的割腕行为提示哪些可能性?

思路:正常人以及多种精神障碍均可能出现割腕自伤的行为,应追问行为的原因和目的或动机(如想自杀还是别的目的)?就本例而言,应优先考虑是否有抑郁症的可能性。

知识点

自伤(self-injury)的临床表现

自伤分为蓄意性自伤和非蓄意性自伤。蓄意性自伤可发生于正常人和各类精神疾病。非蓄意性自伤则常见于以下疾病:

1. 精神分裂症患者在幻觉或妄想的影响下可出现自伤行为。
2. 抑郁症患者可在自罪妄想的影响下,以自伤方式来惩罚自己。
3. 精神发育迟滞和痴呆患者因智能障碍导致自我保护能力受损,易误伤身体或者在受刺激时做出冲动性的自伤行为。常见的自伤方式有以头撞墙、咬伤自己等。智能测试或脑影像学检查有助于明确诊断。
4. 癫痫可在意识蒙眬状态下出现自伤行为。
5. 人格障碍边缘型、表演型、反社会型人格障碍等,都可发生自伤行为,有时可视作自杀姿态,三者的起因和动机常有较大区别。

病历摘要(三)

患者为独生女,母孕期及幼时生长发育可,适龄上学,初中文化,辍学后曾短暂跟随小姨在幼儿园帮工,能力欠佳。后又曾外出打工,每个工作都只能干 2 个月左右。半年前结婚,夫妻感情欠佳,未生育。病前性格内向,少语。其母亲有"精神分裂症"。

[**问题**] 如何看待患者母亲有"精神分裂症"病史?

思路:除了考虑精神疾病阳性家族的遗传因素,还要了解其母亲发病的年龄和疾病发作期与患者的养育过程(尤其是发展关键期)在时间上的关系,患者本人对母亲疾病的态度和看法。父或母有精神分裂症,并非子女就必然患病;子女如果患病,也不一定就是精神分裂症。另外,病史提供的疾病名称未必就是临床上的明确诊断。

学习笔记

病历摘要(四)

体格检查:意识清晰,五官无异常,心肺无异常,四肢活动自如,右腕部有一表浅线状瘢痕。神经系统检查无异常。

[问题] 如何评价体格检查资料?

思路:作为门诊病历,简要记录体格检查结果可以理解。但针对该例患者应当明确记录对口腔检查的结果,尤其是可以引起磨牙症状的相关疾病的体征,如牙齿有无畸形,牙序列有无错位,局部有无感染灶,下颌下淋巴结、耳后淋巴结有无肿大或触痛等。

病历摘要(五)

精神检查:意识清,年貌称,仪表尚整,接触主动,对答切题,自述病情,有疑病观念,未引出幻觉及妄想。称心情不好,易烦躁,一急牙就不停地磨。记忆智能正常,定向力全,自知力基本存在,求治心切,要求住院彻底治好磨牙。

诊断印象:抑郁症。

治疗意见:住院治疗。

[问题 1] 如何评价上述门诊病历的记录?

思路:总体而言,该门诊病历项目齐全,基本符合门诊书写规范的要求,具有参考价值,但存在重点不够突出、关键信息不全等不足。如主诉是心情差、烦躁、磨牙一年等,但发病的具体原因、症状的演变过程以及本次来就诊并住院的主要原因和目前的主要症状是什么却不够清楚,精神检查也不够全面和深入。

[问题 2] 根据以上资料,住院医师目前应重点考虑哪些诊断的可能?

思路:应重点考虑抑郁症、口腔局部病变、躯体形式障碍等。

[问题 3] 入院后应在哪些方面进一步追问病史?

思路:应重点注意以下问题:

(1) 诱因:究竟有无诱发精神障碍的心理 - 社会因素,性质、强度以及与临床症状之间的关系等。

(2) 病程:门诊病历现病史中记录病程为 1 年,但在既往史中提到 4 年前患者曾有割腕史,并曾为此来院咨询。4 年前具体是什么情况?那时的问题和现在的病情有什么关联?如果有较为密切的关联,则患者的病程应是 4 年,而不是 1 年。

(3) 主要症状:究竟是以抑郁为主要表现,还是以磨牙为主要症状?两者之间的关系如何?

(4) 磨牙症状的相关问题:程度、频率,做过哪些相应检查,是否经过治疗等。

(5) 与丈夫的关系:尤其是为何早婚?与丈夫的关系如何?

病历摘要(六)

住院后和患者的一次晤谈摘录如下:

医生:“有什么不舒服吗?”

患者:“就是磨牙!一急,牙就不停地磨,一睁眼就不停地磨。”

医生:“从什么时候开始的?”

患者:“4 年多了,来你们医院咨询过,吃过舍曲林和安眠药,断断续续地吃。”

医生:“我是问,像你那样的磨牙有多少时间了?”

患者:“1 年多了。”

医生:“出现磨牙时你在做什么?”

学习笔记

患者:“那时我在小姨的幼儿园里学当幼师。”

医生:“什么时候到幼儿园的?在那里待了多长时间?”

患者:“也就待了两个季节,遇到一些事情,压力就大了。”

医生:“什么事情?”

患者:“在幼儿园里没有我能干的事情,话也不说了,也不接触人了。她们让我带唱歌,可我没学过这个,我说我不能带,就跟小姨发生了纠纷,被她打了一顿,讲我:‘教小孩有什么不会的!’”

医生:“怎么打的?”

患者:“用木头棍子打我的腿,还当着很多人的面。当时我没说什么,可回到房间我就开始哭,磨牙,当天晚上我就想回家,不在那儿干了。”

医生:“打了几下?”

患者:“好几下。”

医生:“你有没有反抗?”

患者:“没有,我一动没动。”

医生:“为什么动都不动?”

患者:“我尊重她,她是我长辈。”

[**问题**]如何从精神动力学的角度理解患者的没有反抗?

思路:“应该尊重长辈”的观念是患者的“超我”。当长辈用木棍打自己,自己至少可以躲开,但却一动不动,说明“超我”极为强大。而过于强大的“超我”必然意味着有对“本我”的过度压抑。

病历摘要(七)

医生:“跟家里讲了这事吗?”

患者:“没有跟家人讲就来你们医院看了。后来父亲还讲:‘你不听话,她不打你吗!’”

[**问题**]在外受到不公正待遇却不告诉家人意味着什么?父亲说:“你不听话,她不打你吗!”的效果是什么?

思路:在外受到不公正待遇却不告诉自己的家人常提示得不到家人的心理支持。而患者父亲的话,则进一步说明患者得不到父亲的理解和支持。

知识点

社会支持系统(social support system)

社会支持系统有很多近义词和同义词,包括:社会纽带(social networks)、社会网络(social bonds)、有意义的社会接触(meanful social contact)、密友的可获得性(availability of confidants)、社会联系(social ties)、友谊关系(human companionship)等。

社会支持既包括客观上的、实际的或可见的支持,也包括主观上体验到的或情绪上的支持,但主要指个体通过社会联系所获得的他人在精神上的支持,即个体感到在社会中被尊重、被支持、被理解的情绪体验和满意的程度。能起到最佳社会支持效果的依次是:配偶、家庭成员、朋友和同事(同学、老师)、社会团体。

病历摘要(八)

医生:“什么时候你会磨牙呢?”

患者:“没有规律性,只要急的时候、累的时候就会磨牙。”

学习笔记

医生:“什么情况下你会‘急’?”

患者:“受气的时候,明明是人家不对,还责怪我,我又不会和别人辩。”

医生:“磨牙磨到什么程度?”

患者:“咯吼咯吼响,边上的人都能听见。”

医生:“什么时候不磨牙?”

患者:“几乎每天都在磨牙。一天当中吃东西、睡觉、还有讲话的时候不磨牙。”

医生:“和我们讲话时磨牙吗?”

患者:“你们看见的,不磨牙。”

医生:“想过什么办法不磨牙吗?”

患者:“就是吃口香糖。吃口香糖可以防止磨牙,也就是有磨牙习惯以后才开始吃口香糖的。”

医生:“去口腔科看过吗?”

患者:“去过。医生讲很多人都磨牙,讲我不怎么厉害,厉害的人牙板都磨平了,而我的牙都是好好的,连畸形、错位都没有。”

医生:“有没有做过什么检查?”

患者:“做了好多检查,还拍了很多牙片,做过脑电图、脑扫描,都说没有问题。”

医生:“去过几次医院?”

患者:“到过好多家医院,还到过北京的一个口腔医院看过,也说没有问题。”

医生:“给你开药了吗?”

患者:“他们不给我开,说我好好的,没病。”

医生:“你相信吗?”

患者:“我不相信。到你们医院才说有病的。”

医生:“你认为是什么病?”

患者:“不知道!但应该是有病,不然怎么会这样。”

医生:“这次住院有什么原因吗?”

患者:“这次的原因是和丈夫不和,心情不好,脑子里跟放电视一样,脑子不受控制,眼睛直愣愣的,一下子人就不舒服了。”

[**问题**]患者说:“脑子里跟放电视一样,脑子不受控制”,此时应该考虑什么问题?

思路:应进一步澄清此话的含义,并注意和假性幻觉、被控制体验、强制性思维以及强迫思维等症状相鉴别。

病历摘要(九)

医生:“脑子里放电视是什么意思?”

患者:“就是老是想他说的话,想他那副样子,那口气,特别气人。一气,什么都讲不出了,特别累。这时就有一种感觉,知道要磨牙了,接着就磨牙了。”

医生:“他说什么让你生气?”

患者:“老是怪我事情没做好,说我笨,做事不动脑子。”

医生:“说心情不好,是指生气吗?”

患者:“是的。”

医生:“如果他不气你,脑子里有放电视的感觉吗?”

患者:“平静下来就没有了。”

学习笔记

[**问题**] 此时,如何理解患者所说的“脑子里放电视”?

思路:根据以上对话,患者所说的“脑子里放电视,不受控制”实际上是一种可理解的“受气”后较为强烈的负性情绪反应,而不是假性幻觉、被控制体验、强制性思维以及强迫思维等症状。

病历摘要(十)

医生:“你4年前在干嘛?”

患者:“重复上了初二,后学了幼师。”

医生:“为何不接着上完初中?”

患者:“初二时发生了一个事故,我拿一块玻璃,被一个同学走过来不小心碰到了,玻璃破了,把我手给划了,静脉断了,还流了血。结果老师就说我笨,怪我把玻璃搞破了。我说不是我搞破的,老师就把我一拽,在班上当着好多同学的面打了我一巴掌,还让我反省。”

医生:“反省什么?”

患者:“说:‘好好想想,到底是不是你搞的!’”

医生:“家里人知道不知道这件事?”

患者:“知道了,但我爸跟别人讲我自杀了。”

医生:“为什么?”

患者:“因为以前我在家一发脾气就讲想死。那时我学习不行,上学在混日子,放弃了一样。同学不喜欢我,老师好像也不喜欢我。从那天下午开始我感觉同学都在笑我,议论我。”

医生:“议论你什么?”

患者:“说我笨,被老师批评了,好狼狈什么的。”

医生:“真的想过死吗?”

患者:“没有。”

[**问题**] 患者有没有关系妄想?

思路:判断患者的某种想法是否属于妄想,首先要看这种想法是否具有可理解性。该患者认为同学和老师不喜欢她,是因为自己的学习成绩不好;同学们笑她、议论她发生在一件特殊的事件之后,是有现实基础的和可以理解的,因此不能当作妄想观念理解。

病历摘要(十一)

医生:“后来呢?”

患者:“后来感觉迷茫了,一晚上没睡觉,睁着眼,满脑子都是学校里发生的事。我爸讲我脑子坏了,要给我休学,从那天开始抑郁了。”

医生:“那个时候有磨牙吗?”

患者:“有时有,但不像现在这么明显。记得手划破后,右边口腔里的板牙肿了起来,跟家人讲了,家人没怎么在意,第二天早上就开始磨牙了,但几天后又好了。以后断断续续的,感到不舒服就磨磨牙,开始以为是板牙又肿了,但到医院查过,医生说不是。”

医生:“不上学在家干什么?”

患者:“休息,正好也放寒假了。一开学就转到另外一个学校了,重新上初二,在另外一个学校又出现以前那个情况,不睡觉,不爱讲话,内向,给同学这个印象;下学期又变了,又开始活泼好动,持续一个夏秋季,到冬天又呆了,钻牛角尖。后来就不念书了,跟着小姨在幼儿园里学习、生活。自己充满希望跟着她去了,谁知快到秋冬季节的时候,出了她要我带唱歌的事,就又一下子变呆了,钻牛角尖了,老想,没学过唱歌,怎么能带唱歌?不知怎么办了,想逃避起来了。磨牙也磨得明显了。”

学习笔记

[**问题**] 如何理解患者所说的一个阶段“不睡觉,不爱讲话,内向,变呆了”,一个阶段“又开始活泼好动”?

思路:应考虑阶段性抑郁与躁狂交替出现的表现。

病历摘要(十二)

医生:“你有兄弟姐妹吗?”

患者:“我是独生女,我妈有分裂症,没有生活自理能力,以前有正式工作。后来讲是受到刺激了,整天不讲话。”

医生:“谁把你带大的?”

患者:“奶奶带的,爷爷去世得早,但奶奶在我 11 岁时去世了,父亲又在外忙碌,所以什么事都自己做。”

医生:“你爸爸是做什么的?”

患者:“开大货车的。”

医生:“你爸打过你吗?”

患者:“小时打过,稍做错一点事就骂你,不辩还好,一辩,就打你一巴掌。”

医生:“打你,你是什么反应?”

患者:“能有什么反应?忍着呗。”

医生:“跟丈夫关系怎么样?”

患者:“我们结婚时间不长,结婚几个月以后就跟我闹,跟我讲过够了。”

医生:“他多大?”

患者:“比我还小 1 岁。”

医生:“你们怎么认识的?”

患者:“不想说这个。反正结婚后就变了,不听我的了,还说我“不像以前那样了”。医生,我到底是什么病因,我就想找到这个病因,对症治疗。”

[**问题**] 问及患者是怎么和她丈夫认识时,患者不愿正面回答,此时医师应怎样处理?

思路 1:患者不愿回答,且很快把话题转向询问自己的病情,提示这里有些隐情。医师应尊重病人的隐私权,此时不宜继续追问。

思路 2:从精神动力学的角度看,问及其他的事情,均能很好地回答,唯独问及某事却不愿回答,且很快把话题转向其他方面,往往提示不愿回答的事有重要意义。

思路 3:在精神动力学取向的心理治疗过程中,如果治疗师察觉到患者在回避某事,尽管患者没有说出在回避什么,但治疗师可以根据所掌握的临床资料,自己先做一个假设,并在后续的治疗过程中择机再次和患者就所回避的问题进行探讨,验证或修订自己的假设。如对该案例,可以假设:患者自小经常处于不被信任、不被尊重的状态,潜意识中就会希望身边有一个能够尊重自己、信任自己,能够耐心听自己解释的人。当其丈夫在某些方面表现出这些特质时,患者就会对丈夫理想化,并在潜意识需求的驱动下,很快和丈夫仓促结婚。

思路 4:患者从一个话题突然转向另一个话题,其中既有故意回避(或称阻抗)的原因,同时也有自由联想的因素,提示前后两个话题之间存在潜意识层面的相互联系,即患者所说的“病”和与丈夫的关系之间存在密切的联系。

病历摘要(十三)

医生:“你最想解决什么问题?”

患者:“磨牙的问题,这已经成为我的一种负担,一有,头脑就不清醒了。”

医生:“如果说你有一种咬牙切齿的感觉,你能接受吗?”

学习笔记

患者:“能。”

医生:“如果说你心里有恨,你能接受吗?”

患者:“我青春期比较早熟,是有种抱怨感。”

医生:“如果说你恨到‘咬牙切齿’,你能接受吗?”

患者:……(沉默片刻)“你是说,磨牙和恨有关?”

医生:“你认为呢?”

患者:“让我想想。”

[**问题 1**] 根据以上全部材料分析,该病例有哪些临床特点?

思路:纵观整个病史和检查情况,该病例有以下临床特点:

(1) 19 岁的已婚女性。

(2) 总病程 4 年,慢性波动性病程,近 1 年加重。症状的发生与加重和不被理解的心理因素在时间上密切相关。

(3) 早期以情绪低落和波动为主,伴躯体症状磨牙;近 1 年以躯体症状磨牙为主,伴情绪低落。

(4) 病程中曾因磨牙多次就诊。做过多种检查,包括口腔专科检查,未见异常。入院后体格检查亦未发现导致磨牙的局部病变。

(5) 自小缺少父母关爱(虽为独生女,但母亲有“分裂症”,父亲忙碌,自小由祖母带大)。

(6) 入院后体格检查亦未发现导致磨牙的局部病变。

(7) 主要存在躯体症状磨牙、疑病观念及轻度抑郁。无幻觉妄想,记忆智能正常,求治心切。

[**问题 2**] 如何考虑患者的诊断与鉴别诊断?

思路:应考虑有无以下疾病的可能:

(1) 口腔局部病变所致的磨牙:目前该患者的主要症状是磨牙,根据等级诊断原则,应首先考虑有无局部器质性病变。但该患者在病程中曾因磨牙在多家医院多次就诊,做过多种检查,包括口腔专科检查,未见异常,入院后体格检查亦未发现导致磨牙的局部病变,尤其是此种磨牙在“受气”后出现和加重,睡眠时、注意力转移以及在讲话时消失,不符合局部器质性病变所致磨牙的规律,因此可以排除口腔局部病变所致的磨牙。

(2) 精神分裂症:由前面提到的对阳性家族史和患者敏感多疑症状的分析不难除外精神分裂症的可能性。

(3) 创伤后应激障碍(PTSD):4 年前首次发病时,有负性的心理应激因素,且发病与此心理因素在时间上密切相关,以后一有类似情况就出现症状,并且,如果考虑到患者在遇到应激事件后得不到他人尤其是家人有力的社会支持,此种应激因素的效应会被放大而被患者体验为创伤性事件。因此,应想到有无罹患此种疾病的可能。但该患者的应激因素并非属于极其严重的创伤性事件,且临床上没有“在白天的现象里或睡梦中存在反复的、闯入性的回忆或重演”,也没有明显的回避性行为,因此,不支持 PTSD 的诊断。

(4) 双相障碍:青春期在心理 - 社会因素的影响下急性发病,病情伊始有情绪低落、抑郁、少语、发呆、失眠。持续时间远远大于 2 周。尽管经询问,曾经的“割腕自杀”其实是其父亲的一种误解,但病程中确实因有抑郁、少语、发呆、发愣等而做心理咨询,并服用过抗抑郁剂舍曲林。连续两三年间,冬天的时候明显,到夏天的时候又活跃起来等,活跃期可持续一个夏秋季,有抑郁与躁狂交替出现的现象,符合双相障碍的诊断。但本次住院以躯体症状磨牙为主,没有明显的躁狂和抑郁表现,因此,双相障碍不是本次住院的主要诊断,而是共病诊断,且属于基本缓解状态。

学习笔记

(5) 躯体形式障碍:自小缺少父母关爱的女性,在负性心理因素之后发病,病程4年,病情波动,逐渐加重,主要临床特征为伴有抑郁心情的反复出现的躯体症状磨牙。病程中曾因磨牙多次就诊。做过多种检查,包括口腔专科检查,未见异常,但患者不予相信,积极要求继续检查和治疗,临床特点符合ICD-10躯体形式障碍中F45.8其他躯体形式障碍项下的"磨牙"的诊断。

[**问题3**] 躯体形式障碍常见哪些临床亚型?有哪些共同点?

思路:躯体形式障碍常见的临床亚型有躯体化障碍、躯体形式的自主神经功能紊乱和疑病障碍。此类障碍的共同点见"知识点:躯体形式障碍的主要特征"。

知识点

躯体形式障碍的主要特征

1. 符合神经症性障碍的共同特点。

2. 以躯体症状为主,并且表现为对躯体症状的过分担心(担心程度与实际情况不相称);或者对躯体健康的过分关心,如对通常出现的生理现象和异常感觉过分关心,但这些担心或过分关注不是妄想。

3. 反复就医或要求医学检查,但检查结果阴性和医师的合理解释均不能打消其疑虑。

4. 社会功能受到损害。

5. 以上症状不足以诊断为其他神经症性障碍、抑郁症、精神分裂症、偏执型精神病等。

[**问题4**] ICD-10中是否有明确的关于"磨牙"的诊断标准?

思路:ICD-10中并没有为"磨牙"确定诊断标准,但磨牙属于躯体形式障碍中的一种,其实质是心理问题躯体化。因此,诊断该病可以参照F45.0躯体化障碍的诊断标准。

知识点

ICD-10对躯体化障碍的描述

F45.0躯体化障碍:主要特征为多种多样、反复出现、时常变化的躯体症状。在转诊到精神科之前,症状往往已存在数年。大多数病人已有过与基层和专门医疗保健机构长期接触的复杂经历,期间曾进行过许多没有阳性发现的检查或一无所获的手术。症状可涉及身体的任何系统或任一部位,但最常见的是胃肠道感觉(疼痛、打嗝、反酸、呕吐、恶心等)、异常的皮肤感觉(痒、烧灼感、刺痛、麻木感、酸痛等)、皮肤斑点。性及月经紊乱方面的主诉也很常见。

通常存在明显的抑郁和焦虑,并可能需要特殊治疗。

本障碍为慢性波动性病程,常伴有社会、人际及家庭行为方面长期存在的严重障碍。女性远多于男性,常在成年早期发病。因经常接受治疗可致药物依赖或滥用(多为镇静剂和镇痛剂)。

[**问题5**] 临床上还有哪些特殊的躯体形式障碍的表现?

思路:ICD-10中的其他躯体形式障碍(F45.8),病人主诉的症状不是通过自主神经系统中介,且局限于身体的特定系统或部位。任何其他不是由躯体障碍引起、在时间上与应激性事件或问题密切相关,或能引起对病人注意明显增加(人际或医疗方面)的疼痛,都划归于此类。肿胀感、皮肤蚁行感以及感觉异常[脸刺感和(或)麻木感)]是常见的例子,其他还有咽喉部的"癔症球"(咽喉部哽咽感)以及其他形式的吞咽困难、心因性斜颈及其他痉挛性障碍(不包括Tourett综合

学习笔记

征)、心因性瘙痒症(不包括特殊皮肤损害,如斑秃、皮炎、湿疹或心因性荨麻疹)、心因性痛经[不包括性交疼痛(F52.6)和性冷淡(F52.0)]、磨牙。

[问题6]入院后要做哪些辅助检查?

思路:除住院常规检查外,重点是有助于进一步排除神经系统器质性疾病的特殊检查如头颅CT或头颅MRI、脑电图或脑电地形图,以及有助于协助诊断的心理学测验如人格测验,焦虑、抑郁程度的测验等。

病历摘要(十四)

入院后辅助检查结果:

血、尿、便常规:均正常;血生化检查:正常;心电图:正常;脑电地形图:正常;头颅CT:未见明显异常。

SCL-90:轻度强迫、人际关系敏感;中度躯体化、焦虑、抑郁、恐怖、偏执症状。MMPI:Hs(74分)、Hy(72分)高分。

[问题1]如何看待上述辅助检查结果?

思路:根据上述检查结果,结合病史和体格检查结果,支持患者目前无确切躯体疾病;脑电地形图和头颅CT检查正常,进一步排除器质性疾病;SCL-90提示:轻度强迫、人际关系敏感;中度躯体化、焦虑、抑郁、恐怖、偏执症状。支持躯体形式障碍的诊断;MMPI:Hs、Hy高分,提示患者无明显抑郁和焦虑,支持躯体形式障碍的诊断。

[问题2]综合上述临床资料及辅助检查结果,患者的入院诊断是什么?

思路:根据上述临床资料及辅助检查结果,该患者的入院诊断应该为:

(1) 其他躯体形式障碍(磨牙)F45.8。

(2) 双相情感障碍,目前为缓解状态F31.7。

[问题3]该患者的治疗应该如何进行?

思路:对躯体形式障碍的治疗应采取综合性治疗,以心理治疗为主,包括个别心理治疗、针对患者整个家庭成员的家庭治疗、康复治疗等,适当配合药物治疗。

知识点

躯体形式障碍的治疗目标

躯体形式障碍尚无随机对照试验支持的可治愈手段。症状在短期内完全缓解是不现实的,即使长期治疗也很难完全缓解。治疗可能达到的目标是,减少新的症状,减少计划外的来诊次数,降低对专科治疗的渴求,减少换药和新检查的要求。治疗早期在建立良好的医患关系和全面评估患者的社会-心理-生物学因素的同时,需注意处理患者的病痛并防止医源性的损害。长期目标是通过心理治疗的手段,提高患者的自知力,使他们能够找到更多的乐趣,更好地管理自己的生活。

[问题4]该患者的药物治疗如何进行?

思路:药物主要是针对所共病的精神障碍的治疗,或是针对伴发的焦虑、抑郁、失眠等的对症使用。虽然有研究支持5-羟色胺和去甲肾上腺素双重阻断剂对躯体化的症状包括疑病症状的治疗效果,但考虑到患者既往双相障碍的可能病史,在使用抗抑郁剂时应当慎重,或者与心境稳定剂合并使用(具体参考第三章双相障碍第一节)。

[问题5]哪些心理治疗对该患者合适?

思路:对该患者可采取以下心理治疗:

学习笔记

(1) 一般性支持性心理治疗。重点是倾听、共情与理解、接纳与反映、肯定、中立、解释、宽慰、鼓励、指导等。

(2) 认知行为治疗。重点是帮助患者识别与磨牙相关的认知歪曲,改变有关自我的认知,帮助其学会表达自己的情感和意愿,提高其适应能力,建立自信和获得他人的尊重,配合放松训练等。

(3) 家庭治疗。重点是提供家庭成员的相互理解、相互尊重、相互支持。

(4) 精神动力学取向的心理治疗。重点是通过定期、长程的访谈(如每周一次,每次50分钟),根据对患者所作的精神动力学诊断,运用澄清、面质、领悟、修通等技术,对心理防御机制、移情、阻抗等进行分析,在意识层面解决潜意识冲突。

知识点

精神动力学治疗中阻抗分析的技术要点

分析一词包含了多种以促进病人获得领悟为目的的技术,其中至少包括4种不同的过程:面质(confrontation)、澄清(clarification)、解释(interpretation)、修通(working through)。阻抗的分析中也包含着这4个步骤。

面质和澄清是作为解释之前的准备,病人首先要认识到自身阻抗的存在,阻抗必须是"可见的",然后才能面对。面质和澄清可以提高解释的功效,使解释成为有效的解释。修通是对于解释的重复和具体化,它将瞬间的领悟转化为持久的行为和反应方式的改变,使解释产生实际效果。

学习笔记

[问题6] 该案例是否适合精神分析或精神动力学取向的心理治疗?

思路1:尽管随着时代的发展,精神动力学取向的精神分析治疗的适应证有所扩大,但其最佳适应证仍然是"神经症性障碍"。

思路2:精神分析或精神动力学取向的心理治疗的适应证,不仅仅取决于诊断,还取决于患者有无治疗动机、有无心理学头脑、是否能够观察自己的情感而不是将自己的情感付诸行动、是否具有领悟力以及有无支持性的环境和良好的医患匹配等多种因素。

思路3:患者对治疗师所做出的尝试性的解释的态度,也是判断患者是否适合做精神分析或精神动力学取向的心理治疗的重要指征。该患者对医师的解释反应良好,提示该患者适合接受精神分析治疗。

知识点

精神动力学心理治疗的患者入选标准

患者:神经症水平的障碍、心理学头脑、能观察情感而不在情感上见诸行动、能通过阐释(interpretation)来缓解症状。

环境:支持性环境。

治疗师-患者:良好的治疗师-患者匹配。

[问题7] 根据现有资料,如何从精神动力学的角度来理解患者的发病心理机制以及症状的意义?

思路1:患者有着特殊的成长经历,使其形成顺从、合理化、压抑等基本防御机制。尽管患者本人是独生女,但因其母亲是"分裂症"患者,父亲为大货车司机,经常在外,自小多由祖母带大,因此所受关爱较少,且由于父亲脾气暴躁,稍有错误即遭责骂,如患者解释或争辩,反致父亲责打,致使患者只能以"顺从"的心理防御方式来适应其生活环境。具体表现为:当被误解或不被

理解时,不做辩解,以避免遭受责打。同时以“他们是长辈,应该听话”的合理化的方式将愤怒“压抑”到潜意识中去,顺从地“忍着”。患者在学习幼师时期,被其小姨用木棍打时,既不反抗,也不躲避,就是此种模式的体现。

思路 2 :进入青春期后,患者“自我”的力量逐渐增强,当再次遇到被误解或不被理解并受到不公正待遇时(如在 4 年前初中时被老师打了一巴掌,还被老师责令“反省”),反抗和攻击他人的“本我”欲望也会逐渐增强,但由于“超我”(不能攻击长辈和老师)的力量同样强大,此时,自我便发展出一种新的防御机制——“躯体化”来平衡本我与超我之间的冲突。

思路 3:“躯体化”的症状磨牙有着多种功能:①磨牙的外部表现就是咬牙切齿,既以象征的方式表达了属于“本我”的愤怒,同时也不会因实际攻击他人尤其是长辈而遭致“超我”的谴责;②以生病的方式退行,并成功地获得他人尤其是其父亲的关注(继发性获益)。

思路 4:患者早婚的原因虽然尚未澄清,但极有可能与自小缺乏关爱和被忽视,潜意识中希望自己找到一个能关心、爱护、尊重、理解自己的人有关。在此种潜意识愿望的支配下,很容易“移情”于表现出能关心、爱护、尊重、理解自己的人,从而形成仓促的早婚。由于这种婚姻关系含有较多非理性的“移情”成分,因此往往与实际情况不符,而一旦发现对方不能关心、爱护、尊重、理解自己时,如患者认为其丈夫“婚后就变了”,便会再次动用躯体化的防御机制来维持自己的心理平衡,表现为磨牙症状更加明显,并为此导致本次的住院。

思路 5:上述对患者的精神动力学分析(精神动力学的诊断),尤其是对早婚的精神动力学分析,仅仅只是一种假设,需要在心理治疗过程中得到验证和修正。另一方面,如果上述精神动力学的假设与患者的实际情况相符,即可围绕上述动力学的假设(诊断)和患者一起工作,通过面质、澄清、解释、修通等技术手段,使患者逐步认识到自己的防御机制和移情,将压抑在潜意识中的冲突上升到意识中予以解决,从而达到消除症状、更好地适应环境的目的。

学习笔记

病历摘要(十五)

患者住院期间按时服药,参加院内提供的多项康复活动,并接受每周两次、每次 50 分钟的精神分析治疗。住院 16 天,情绪渐趋稳定,磨牙明显减少,经患者父亲提出,并与患者共同商量,决定出院,改为门诊每周一次精神分析治疗,并暂时继续服用抗抑郁剂和碳酸锂。

【总结】

该案例是一个典型的生物 - 心理 - 社会因素共同致病并影响疾病转归的案例。患者有一定的先天遗传因素(母亲有“分裂症”史),有没能得到充分照顾和心理支持的个人成长史(由祖父母带大,和父亲、母亲均没有有效的交流和沟通,甚至受委屈后如果辩解还会受到父亲的责打等),有直接诱发出现症状的心理 - 社会因素(被老师批评并责令“反省”、被小姨用木棍打、和丈夫闹矛盾),也有影响出现躯体症状的生物学因素(牙龈发炎,板牙肿胀)。这些因素相互作用,交织影响,共同导致出现躯体化症状磨牙以及双相(情感)障碍。

躯体形式障碍的治疗很复杂,需要在生物 - 心理 - 社会医学模式的指导下,运用综合治疗的手段来解决问题。不同于重性精神疾病,躯体形式障碍的治疗更强调心理治疗。就该案例而言,精神动力学取向的系统心理治疗是一个较好的选择。该案例还存在共病双相(情感)障碍,相应的规范化药物治疗也是必不可少的一环。

(李晓驷　李占江)

参考文献

1. 于欣 . 精神科住院医师培训手册——理念与思路 . 北京：北京大学医学出版社，2011.
2. 江开达 . 精神病学 . 北京：人民卫生出版社，2010.
3. Gabbard GO. 精神障碍治疗学 . 赵靖平，主译 . 北京：人民卫生出版社，2010.
4. 世界卫生组织 . ICD-10 精神与行为障碍分类——临床描述与诊断要点 . 范肖冬，汪向东，于欣，等译 . 北京：人民卫生出版社，1994.

学习笔记

第七章 器质性精神障碍

【学习要求】

1. 掌握急性和慢性器质性精神障碍的临床表现、诊断要点。
2. 熟悉谵妄和痴呆的常见病因、临床评估方法。
3. 熟悉器质性精神障碍的治疗原则和护理策略。
4. 了解精神科联络及会诊的临床程序与基本技能。

【核心知识】

1. 谵妄(delirium)是一种常见的急性器质性精神障碍,核心症状是意识障碍,常有注意力和觉醒程度的改变,还常伴随精神运动异常、睡眠觉醒周期紊乱、妄想、情绪异常等症状。急性起病,波动性病程。对注意的指向、集中、保持和转移以及定向力的评估是构建临床综合征的关键。

2. 谵妄常常是多个危险因素所致,临床处理要点包括寻找和纠正基础病因、加强护理和预防策略、对症使用精神药物治疗。

3. 痴呆(dementia)是一种由大脑病变引起的慢性综合征,临床特征为记忆、理解、判断、推理、计算和抽象思维多种认知功能减退,可伴有幻觉、妄想、行为紊乱和人格改变,意识一般无异常。痴呆的评估包括认知功能、社会及个人生活功能、行为和精神症状三方面评估,其中认知障碍包括记忆障碍、视空间障碍、抽象思维障碍、语言障碍、失认、失用等表现。

4. 原发性痴呆的治疗目前主要包括一般生活照料、药物治疗和心理治疗。

5. 器质性精神障碍具有最高的等级诊断级别,一旦建立该诊断,临床上应尽可能通过综合评估寻找病因。

6. 器质性精神障碍以有效的对因治疗为理想目标,综合治疗中需结合药物对症、护理和康复策略。

学习笔记

第一节 谵 妄

【临床病例】

病历摘要(一)

男,65岁,胃癌根治术后3天。昨日由ICU转入普通病房,出现"兴奋狂躁,大喊大叫,不配合治疗,踢打护士和家人",外科医生发来会诊邀请。

[问题1]"兴奋狂躁"应如何考虑?

思路1:非精神科医生常用"狂躁"来描述患者兴奋、易激惹症状,精神科医生应根据会诊科室、躯体疾病种类、病史等,首先考虑器质性兴奋的可能性,并推测可能的病因。本例为老年男性,急性病程(术前有常规评估,没有明显精神异常),胃癌,手术后3天,急起精神异常1天,表现为明显兴奋、攻击、不配合治疗,应首先考虑急性脑病综合征,并推测可能的原因有:手术创伤、麻醉用药和术后用药、胃癌转移及相关用药、高龄等。需要特别指出的是,老年人出现谵妄的常

见原因中绝对不能忽视多种药物的使用。

知识点

急性脑病综合征

1. 急性脑病是由于快速发生的大脑结构性或者功能性异常所导致，最常见的临床表现包括谵妄和昏迷，两者的核心特征都是意识障碍，昏迷可以看作是谵妄的进一步意识障碍加重。

2. 谵妄的核心症状是意识障碍，包括注意受损、认知和（或）知觉异常，还常伴随精神运动异常、睡眠觉醒周期紊乱、妄想、情绪异常等症状。急性起病，常表现为波动病程。

3. 昏迷则是意识丧失，表现为不能被唤醒，对自我和环境的意识消失。

思路 2：精神分裂症、躁狂、急性应激反应等精神科问题也可以表现为明显的兴奋、攻击。精神分裂症和躁狂一般有既往史或者前驱期异常，急性应激反应与重大心理应激相关，这些可作为鉴别诊断继续排除。

特别重要的考虑是，谵妄在综合医院，特别是术后患者中非常常见。依照先考虑常见病再考虑罕见病的临床思路出发，应优先考虑谵妄。

知识点

谵妄的发生率

依据不同调查研究结果：在综合医院住院患者中约有 15%~30% 出现谵妄；在手术患者中约有 10%~60% 出现谵妄；在重症患者中，谵妄的发生率为 50%~90%。不同人群中的谵妄发生率可参考以下数据：

疾病 / 手术类型	谵妄发生率
髋关节骨折	21.7%（4%~53%）
择期髋关节或膝关节置换	12.1%（9%~28%）
心脏手术	32%（0%~73%）
重大择期手术	10%（9%~17%）
择期血管手术	34.5%（29%~39%）
ICU 中 >65 岁的手术和内科疾病患者	70%~87%

思路 3：谵妄有不同的临床类型。

知识点

谵 妄 分 型

DSM-5 中从精神运动水平将谵妄分为高活动型 / 兴奋型、低活动型 / 淡漠型、混合型。

1. 高活动型的特点：包括活动水平增高，动作速度加快，丧失对活动的控制，坐立不安和盲目活动，语量多，语速快，音量高，大喊大叫，攻击行为，各种幻觉妄想。

2. 低活动型的特点：活动水平下降，警觉性降低，更多表现为嗜睡。

3. 混合型的特点：虽然注意和意识清晰度受损，但是精神运动水平正常；也包括精神运动水平在高活动型和低活动型间快速波动者。

临床上，混合型最为常见，低活动型次之，完全的高活动型则较少；但低活动型可能较少会引起临床医生注意。总体来说，高活动型的病程较短，预后相对较好。

学习笔记

[问题 2] 谵妄是如何发生的?

思路 1:谵妄是由快速发生的大脑结构性或者功能性异常所导致,其核心症状是意识障碍。

知识点

意识障碍

意识的生理基础可能是上行网状激活系统(高位脑桥以上的网状结构)和中枢整合结构(丘脑、基底前脑和大脑皮质)之间的往返神经元投射,相应部位的结构或者功能受到影响就可能出现意识障碍。从临床上讲,意识有两个主要成分:意识清晰度和意识内容。意识是一个连续谱,一端是意识完全正常;中间则是谵妄,表现为不同程度的意识水平降低;另一端则是昏睡直至昏迷。

思路 2:谵妄临床处理第一步的关键是尽快明确病因。

知识点

谵妄的器质性病因(I WATCH DEATH)

1. infections/inflammation/immunity　颅内感染:脑膜炎、脑炎;全身感染:炎性反应;炎症 / 免疫相关:感染后脑炎、副肿瘤综合征、狼疮脑病等。

2. withdrawal　酒精或其他成瘾性物质的戒断。

3. acute metabolic　严重的电解质异常、酸碱平衡异常、低血糖、高血糖、贫血、低蛋白血症、维生素或其他营养物质缺乏(Wernicke 脑病)、肝性脑病、肾性脑病。

4. trauma　外伤,例如脑挫伤、颅内血肿、弥漫轴索损伤。

5. central nervous system pathology　中枢神经系统病变,包括其他条目描述的创伤、炎症 - 感染性脑病,还包括退行性脑病、癫痫、脑瘤、视听水平下降等。

6. hypoxia　低氧血症,例如肺性脑病。

7. drugs　精神活性药物:镇静催眠药、酒精、阿片类、抗惊厥药、抗帕金森病药、锂盐、麻醉剂、抗抑郁剂、可卡因、苯丙胺、麦角酰二乙胺(lysergic acid diethylamide,LSD);其他:抗胆碱能药、洋地黄、皮质激素、西咪替丁、镇痛剂、抗组胺药、抗生素、降压药、干扰素、免疫抑制剂、胰岛素、阿司匹林、肌松剂。

8. endocrinopathies　内分泌病变、下丘脑和垂体功能衰竭、Cushing 综合征、甲状腺功能低下危象、甲状腺功能亢进危象、肾上腺功能衰竭(Addison 病)。

9. acute vascular disorders　脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血、颅内静脉窦血栓形成。

10. toxins　有机磷、一氧化碳中毒、杀虫剂等。

11. heavy metals　重金属。

思路 3:无法查明某一种主要病因时,需作出综合判断。除以上病因外,临床更常见的情形是,尽管经过了大量的临床检查和检验,仍不能将谵妄归于某一个明确的器质性病因学因素,只能推测是多重危险因素所致。

对于这一现象,通过脑功能不足理论能较好理解。有作者将谵妄比喻为大脑的储备功能(素质因素)不足以应付各种生理和(或)心理应激(诱发因素)所致的脑功能紊乱。目前研究总结发现的显著危险 / 病因学因素包括:高龄,之前接受过大手术,有基础的中枢神经系统疾病(例如痴呆、帕金森病、卒中),严重的共病或医疗情况(例如终末期疾病、烧伤、肾透析),药物,癌症,物质滥用,导管插入,约束,营养不良等。危险因素越多,意味着脑功能基础越脆弱,越容易发生谵妄。在遇到重大应激(例如手术)或者哪怕小的应激(环境变化)之后

学习笔记

就可能出现谵妄。

年龄也是重要的危险因素，可能与老龄伴随的认知功能减退甚至未发现的痴呆有关。另外，综合医院中，谵妄在大型手术后的发生率很高。

如本例患者临床所见即为多重危险因素，病史中所提示的有：高龄，重大手术，ICU 住院（环境变化，可能有多种插管，很可能有镇痛药、镇静药使用）等。

［问题 3］下一步病房会诊中重点要了解哪些信息？

思路：要确认患者精神行为症状是否为谵妄。明确谵妄诊断主要分两方面：一方面了解症状学特征，另一方面寻找和明确器质性病因 / 危险因素。

特别要强调的是：谵妄只是一个症状群，是基础疾病所呈现的冰山一角。对谵妄的处理中，针对原因是首要原则。有些原因本身就是医学急症（例如电解质异常），通常会伴有其他的躯体症状，很少只出现精神科症状。但精神症状常常是最吸引临床医生注意的，除了医学上的可能延误躯体诊断，临床医生还可能因为对精神症状的恐惧而下意识地将病人当成“精神病人”而处理不够积极。因此，在联络会诊中，重视躯体问题怎么强调都不过分。尽管有部分患者始终找不到确定的躯体因素，但发现一些危险因素而提请临床医生注意也是非常重要的。

精神科方面，从患者本人、家属、主管医生、护士、病房其他工作人员、患者同室病友等处了解采集完整的精神症状史，重点了解当前症状和与之前精神状态的差别。

知识点

谵妄与昏迷的关系

昏迷在恢复到意识完全正常之前常有一段时间的谵妄。一项在 ICU 患者中进行的前瞻性研究发现，89% 的昏睡或昏迷患者在恢复过程中出现谵妄。相反，很多患者从意识清醒进展到完全昏迷，中间也经历谵妄，因而谵妄是一个非常重要的临床症状，提示可能有严重的躯体问题需要临床医生关注。

学习笔记

病历摘要（二）

会诊时首先与主管医生交流。主管医生补充描述病史：

本次躯体疾病史：患者最近半年腹痛，2 周前胃镜检查发现胃癌，3 日前全麻下行胃癌根治手术，手术顺利，失血不多，术后至 ICU 监护，第 2 日下午在 ICU 拔除气管插管，生命体征平稳，呼吸良好，简单对答可，由 ICU 转回普通病房。

既往史：患者有高血压、糖尿病数年，规律使用降压药物、口服降糖药，血压、血糖平稳。

目前血常规：血红蛋白正常，血白细胞轻度升高，中性粒细胞为主。血生化：正常。血气分析：正常。内科会诊心肺查体无异常。神经内科会诊未发现明确神经系统定位体征。均建议精神心理科会诊。

精神状况方面：术前与患者接触时，对答良好。前日转回普通病房后，夜间睡眠差，显烦躁，偶有谵语，如让家属“滚”。要回家，自己要拔腹腔引流管。躁动时血压升高，心率增快。给予艾司唑仑 1mg 口服，约 1 小时后入睡，间断醒来。今日上午嗜睡，中午简单对答尚可，下午开始明显烦躁，大喊大叫，对家人发脾气，对护士输液操作不配合，甚至踢打护士。

［问题 1］为何要先从主管医生处了解更多情况？

思路：会诊是一项需要合作的工作。会诊时先与主管医生沟通，除补充了解病情外，还可以

了解主管科室或主管医生面临的主要困扰、急迫的需要和主要希望解决的问题。同时了解患者和家属的基本信息和态度，明确有无需要会诊医生协助向家属解释的问题，或者有无需要在沟通中注意回避的问题。切忌主观、盲目地认为精神科会诊就是简单地给出精神障碍诊断和治疗意见。

[**问题 2**] 躯体方面需要关注哪些病史信息？

思路：躯体方面的病史信息可按照病因学 / 危险因素的可能性进行重点询问，特别是有无新出现的躯体状况（如感染、电解质异常）、有无新近的特殊用药（如镇痛药、镇静安眠药、激素、喹诺酮类、特殊抗真菌药）等。如果有类似线索，要重点了解其与精神症状发生的时间关系、患者有无明确躯体不适等。有些患者可能因疼痛、静脉输液等插管位置不适、便秘等烦躁不安，但由于虚弱或意识浑浊而表达不清，加重谵妄。

[**问题 3**] 会诊时需要进行哪些体格检查和实验室检查？

思路 1：综合医院工作中的一个重点和优点就是多学科合作。精神科会诊时常有检查结果作为基础，有利于结合病史完善某些体格检查和实验室检查。

思路 2：体格检查的一般顺序为：首先评估 ABC（气道、呼吸、循环）；之后进行神经系统查体，包括精神状态、脑神经、运动和感觉功能、反射、共济、脑膜刺激征；再后是一般查体，包括心、肺、腹部等。低活动型谵妄与昏睡需要进行鉴别诊断。进行一般意识状态评估时的一个较好工具是格拉斯哥昏迷评分（Glasgow coma score，GCS）。

知识点

格拉斯哥昏迷评分（GCS）

睁眼（eye opening，E）

4- 自发睁眼

3- 语言吩咐睁眼

2- 疼痛刺激睁眼

1- 无睁眼

语言（verbal response，V）

5- 正常交谈

4- 言语错乱

3- 只能说出（不适当）单词

2- 只能发音

1- 无发音

运动（motor response，M）

6- 按吩咐动作

5- 对疼痛刺激定位反应

4- 对疼痛刺激屈曲反应

3- 异常屈曲（去皮层状态）

2- 异常伸展（去脑状态）

1- 无反应

E、V、M 三者分数相加即得到 GCS 评分（最低 3 分，最高 15 分）。选择评判时的最好反应计分。注意运动评分左侧右侧可能不同，用较高的分数进行评分。轻度昏迷：13 分到 14 分；中度昏迷：9 分到 12 分；重度昏迷：3 分到 8 分。

在气管插管患者中，V 项目不适用。评估时应注意患者不是处于镇静状态。

学习笔记

思路3：会诊的精神科医生应系统了解患者的实验室检查结果。一方面掌握已有的实验室检查资料，另一方面思考如何依据其病史和体格检查的情况对当前患者进行实验室检查。

知识点

谵妄患者的实验室检查

1. 一般检查：包括血常规、尿常规、血生化、电解质、甲状腺功能、维生素 B_{12}、叶酸、血气，ECG、血尿毒物筛查、酒精水平检查。如果有发热或怀疑感染/炎症，应检查红细胞沉降率（erythrocyte sedimentation rate，ESR）、C反应蛋白（C-reactive protein，CRP）、抗核抗体（antinuclear antibody，ANA），留取血培养。

2. 头部CT扫描：如果怀疑脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血等急性血管事件，应行头部CT检查。

3. 腰椎穿刺：如果怀疑脑膜炎或者脑炎，或者CT检查没有发现明确病灶，但仍高度怀疑颅内病变，则需要进行腰椎穿刺脑脊液检查。脑脊液异常结果及其提示信息请参见神经内科学相关部分。

4. 脑电图（EEG）：大多数情况下，谵妄的诊断不需要做脑电图。如果怀疑癫痫发作则一定要做脑电图。另一方面，脑电图可以对临床有些提示，具体请参见神经内科学相关部分。此处补充几种特殊状况：弥漫背景变慢是谵妄患者最常见的改变；三相波提示肝性脑病和肾衰竭及肺衰竭；快β波提示镇静催眠药戒断。

5. 头颅MRI和磁共振血管成像（magnetic resonance angiography，MRA）/磁共振静脉成像（magnetic resonance venography，MRV）。

［**问题4**］重点需要了解的精神科既往病史信息有哪些？

思路：重点了解有无精神病、抑郁、躁狂病史，有无酒、药滥用史（在综合医院十分常见，酒、药戒断也是导致谵妄的一个常见原因），既往认知状况（在老年患者中认知下降或者基础痴呆是导致谵妄或者叠加出现谵妄的一个极高危因素）。结合患者当前状态可进一步了解患者性格基础（如行为表现与基础性格差异很大，提示精神症状明显）、平时工作生活状况（如谵妄患者可能会进行某些刻板动作，与既往工作内容相关）等，以便于考察患者目前认知状况等方面。这些信息很多需要从家属处获得。

病历摘要（三）

家属补充：患者昨日夜间睡不着时似有恐惧感，称看见窗帘后面有人。今日声称下午某经理要来看自己，让家属快些去准备。家属反映患者在ICU期间气管插管时不能对答，但对家属的语言有反应。患者性格固执，易发脾气，但总体情绪可，大部分时间开心，有自己的娱乐爱好，乐于与朋友交往。做管理工作，已退休3年，最初有过情绪稍差，睡眠差，未至医院诊治，约半年后渐好转。否认其他明确情绪低落史或高涨史。否认既往类似兴奋躁动史。未发现明显记忆力减退，在家读书、看报、养花等，少量家务，均能完成。患者既往间断社交性饮酒，量不大，近几年很少饮酒，近1个月不曾饮酒。吸烟较多，每天半包，近1周入院后未吸烟。否认其他物质滥用史。

［**问题1**］谵妄有哪些临床特征？

思路：对任何急性发生的精神行为异常都需要重视急性脑病/谵妄的可能性。谵妄的精神症状可以各种各样，核心症状为意识障碍。谵妄的病程特点除常急性发生外，还常有波动性，精神症状在一天内就有轻重变化，常昼轻夜重。

学习笔记

知识点

谵妄的主要症状

1. 意识障碍：是谵妄的主要症状。患者常常有时间和(或)地点定位障碍，相对少见有人物定向障碍(但常常有错认)，几乎不会有自我定向障碍。时间定向异常是最常见的谵妄预警症状。注意力差。

2. 认知障碍：高级认知功能，包括抽象能力、言语流利水平、记忆能力都明显受损。

3. 知觉异常：常见的知觉异常包括错觉、假性幻觉以及幻觉。幻觉最常见，幻听相对少见。幻视在震颤谵妄中尤为常见，生动(小动物幻视)。

4. 精神运动异常：或者是兴奋激越，或者是淡漠，或者是两者混合。

5. 睡眠节律异常：患者可能表现出严重的失眠，夜间不能持续睡眠，白天困倦，有时睡眠觉醒周期完全破坏和颠倒。

6. 妄想：大约 20%~40% 的案例存在片段的妄想，常常是关于周围环境的被害妄想。

7. 情绪异常：常常有烦躁不安和情绪易波动(情绪状态的快速、不协调改变)，在低活动型谵妄中，烦躁不安可能被误认为是抑郁或者人格问题。

8. 自主神经症状：高热、高血压、心动过速、出汗、面色潮红等。

9. 神经系统症状：震颤、肌肉抽搐、腱反射亢进、扑翼样震颤等。

[**问题 2**] 如何进行精神检查以确认谵妄的具体症状？

思路：精神科检查应首先评估定向、记忆、注意、高级认知功能(抽象、判断、语言和书面表达及理解、视空间能力)。尽管这些方面都很可能受损，但是注意障碍是诊断谵妄的关键症状，其他各种认知异常也可见于痴呆患者。有研究发现，所有谵妄患者都有注意受损。使用数字记忆跨度倒述试验和数字划消试验等敏感测试，在一定程度上可以将谵妄患者与痴呆患者区分开，也可以将他们与没有痴呆的老年住院患者区分开。MMSE 是一个有效的筛查工具，但是不能区别谵妄和痴呆；数字跨度顺述测试也不能区分谵妄和痴呆。

知识点

对注意力的检查

数字记忆跨度测试：用逐渐加长的数字序列测试短时记忆，首先顺向(正常最大范围为 5~7 位数字)，然后倒过来说(正常最大范围为 4~6 位数字)。

数字划消试验：要求患者从一列数字中删去某个数字，正确删除的数目减去错误删除的数目即是得分。

病历摘要(四)

在家属陪伴下于床旁看患者：束缚于床，闭目，基本安静。能够通过语言刺激唤醒，四肢活动可。精神检查：接触可，反应偏慢，语量偏少，对答基本切题。时间定向：知道年份，月份、日期不准确。地点定向：知道在哪家医院，但不知具体所在科室以及自己的床位号。认识自己的妻子，知道医生和护士的身份，对自己的姓名回答正确。86-7=90；数字顺述位数：5；倒述位数：3。远记忆尚可，近记忆稍差，不记得自己不配合治疗。被问及是否见过让自己恐惧的东西，患者称“好像有，不记得”。否认幻听。表情稍平淡，自称情绪“挺好”，否认不安全感。问其对医护有何要求，患者稍显激动，称“给我松开(约束)”。

[**问题 1**] 患者目前的精神症状有哪些？符合谵妄么？

学习笔记

思路：注意受损是确定的。时间、地点定向受损，近记忆差，高级认知检测尚可，可疑幻视或错视，确定有对现实的异常判断，尚不能肯定为妄想，并且异常观念不持续；睡眠觉醒节律紊乱；有情绪波动，易激惹；起病急，呈波动性特点。以上符合谵妄的症状学标准。按照谵妄的诊断标准，需要进一步确认躯体因素。

知识点

DSM-5 中谵妄的定义

1. 注意力异常（指向、集中、维持和转移注意力的能力降低）和意识清晰度下降（对患者的定向下降）。

2. 在短时间内（通常几小时至几天）出现，严重程度在一天内常有波动。

3. 其他的认知异常（例如记忆缺陷，定向紊乱，语言、视空间能力下降，知觉异常）。

4. 1 和 3 中的异常不能由其他之前就存在的或者进展的神经认知障碍更好地解释，并且不是发生在觉醒水平严重降低的状态，例如昏迷。

5. 病史、体格检查或者实验室检查结果方面有证据表明，这些异常是另一个医学状况的直接生理后果、物质中毒或者戒断（例如由于药物滥用或药物治疗）、暴露于某种有毒物质，或者多重病因所致。

［**问题 2**］如何从病因学上考虑患者的躯体状况？

思路 1：积极查找躯体疾病病因。对照上述 DSM-5 标准，本例患者中第 4 条是满足的。躯体因素方面：患者的基础糖尿病、高血压经治疗稳定。3 天前行胃癌根治术。仍在禁食，静脉营养治疗。有疼痛，但目前在镇痛治疗中。有留置静脉通路输液，手术留有腹腔引流管，为防止患者拔管而给予肢体约束。体温升高，其他体征正常。血红蛋白正常，白细胞升高，中性粒细胞为主，血生化正常，血气正常。心肺查体正常。发热、血象升高考虑为术后应激反应。目前患者对答基本切题，肢体运动正常，未见明确神经系统定位体征。因而没有发现明确可以导致谵妄的器质性基础疾病。手术应激、疼痛、输液通路、腹腔引流管、肢体约束可能是谵妄的危险因素。

思路 2：积极查找躯体疾病用药因素。患者服降压药、降糖药十余年，虽然有些降压药［例如乌拉地尔（压宁定）、β- 受体阻断剂等］可能与谵妄相关，但本例患者为长期用药，降压药和降糖药药物直接导致谵妄的可能性不大。近日手术应用过麻醉药，目前仍在应用吗啡镇痛，不能排除与麻醉镇痛药物应用相关。患者精神异常在应用艾司唑仑前就已出现，谵妄不能用艾司唑仑单独解释，但艾司唑仑可能加重谵妄。另外，患者长期吸烟，近 1 周被迫戒烟，戒烟的常见症状包括烦躁、失眠，但一般不导致意识障碍。

知识点

对药物的回顾非常重要

20%~40% 的谵妄案例中，药物是潜在原因，也是最容易改变的危险因素。多药联用与药物中毒和戒断是最常见的原因。应仔细回顾药物，暂停非必需药物。

阿片类药物可能与谵妄有关。但是术后适当镇痛与镇痛不充分相比能减少谵妄的发生。有关镇痛药的研究表明，哌替啶与谵妄相关危险较高，而芬太尼透皮贴的危险最低。

思路 3：综合考虑加以澄清。临床最终没有发现明确的一元论病因学因素，但患者存在多重危险因素，如高龄，重大手术打击，多重用药，麻醉药、镇痛药、苯二氮䓬类药物应用等。可以作出初步判断：谵妄。这种情况在临床上是常见的，可以解释患者的临床表现。

［**问题 3**］精神科鉴别诊断需考虑什么？

学习笔记

思路：本例既往无精神病史，目前无系统妄想，无情绪高涨，即可与精神分裂症、躁狂发作相鉴别。至于急性应激反应，本例为择期手术，患者对疾病已有一定了解，患者教育水平、之前对事物的应对能力良好；急性应激反应行为紊乱者在精神检查中较多见幼稚、回避具体问题、认知检查“假性痴呆”等特点，本例未见这些特点，因而暂不考虑急性应激反应。

知识点

谵妄的重要鉴别诊断

1. 痴呆：通常为慢性潜隐起病，数月或数年内逐渐进展。可以出现各种认知缺陷，但通常注意缺陷不显著。痴呆患者中知觉异常相对少见，睡眠觉醒周期通常正常。

2. 精神分裂症：精神分裂症患者的幻觉更常见为幻听，而非幻视，而在谵妄中幻视更常见。精神分裂症患者的妄想更加复杂和系统化，而谵妄患者的妄想常常简单、片段。

3. 急性躁狂：持续的情绪高涨、易激惹，伴有过分自信或者夸大，睡眠需求减少，话多，思维加速，意向增强。躁狂患者通常没有意识问题、严重认知受损或者波动病程。

4. 抑郁：可能需要与低活动型谵妄相鉴别。注意障碍、波动病程以及知觉障碍提示谵妄。

5. 失语：失语有其临床特征，并常伴随其他神经系统定位症状，认知功能受损通常也更局限（定向、注意、记忆大多正常）。

[**问题 4**] 谵妄该怎么处理？

思路：谵妄的临床处理原则主要包括三个方面：积极纠正基础病因；非药物干预策略防止症状加重，防止产生更多并发症；药物治疗谵妄。

（1）积极纠正基础病因：当临床考虑是高龄、手术应激、多重用药、特殊用药、疼痛等多重因素所致谵妄时，可干预的躯体因素有：停用艾司唑仑；继续维持适当镇痛，必要时可请麻醉科会诊，能够调整为谵妄风险更低的镇痛剂；在患者较为平静并且有家属陪护的情形下，尽量不予约束。继续注意一般状况，特别是营养（患者胃肠外营养，需注意电解质平衡、维生素 B 水平、白蛋白水平等）；注意血象、发热变化，警惕感染；注意患者有无疼痛、便秘、排尿困难等躯体不适。

（2）非药物干预措施：对谵妄的非药物干预措施是十分重要的，但常常被忽视。例如特别是基础有认知功能异常的患者，谵妄恢复困难，药物治疗效果不佳，家属陪护能够有效减少患者对环境的不信任，改善患者舒适度，减轻患者症状。需要对医护家属反复交待并强调其重要性。对本例患者也都适用以下措施。

知识点

谵妄的非药物干预措施

1. 保护患者和其他人：收走潜在危险物品，尽量一对一护理；尽量不使用约束；将患者置于靠近护士站的房间，以方便快速、持续地监控患者状况。

2. 尽量避免过量声光刺激，尽量有患者熟识的亲朋陪伴。

3. 限制白天睡眠，保持昼夜节律，白天尽量自然光，夜间柔和人工光线（以减少错觉）。

4. 患者头顶柔和光源，医务人员接触患者时不会被患者看成是黑影。

5. 让患者看到日历和钟表，帮助时间定向。

6. 如果患者平常使用眼镜或助听器，应让患者获得这些辅助设备改善感知。

7. 尽早向患者家属解释清楚，特别是向家属说明这一状态不代表患者“疯了”，在基础疾病好转后，精神状态通常也能恢复。在患者清醒的间歇或清醒后，也应向患者反复解释这是疾病的一个伴随症状，是暂时的，他们不需要感觉羞愧。

学习笔记

8. 鼓励医护人员和家属反复帮助患者定向(在什么医院什么病房,来治疗什么疾病等);告知陪护人员对患者保持平静安慰的态度。

9. 家属可以带一些患者的个人物品(例如照片)帮助患者定向。

10. 患者应尽量维持适当活动水平,例如由人陪同散步或在床上活动。

11. 医务人员在接触患者时应该首先对患者解释自己的身份以及将要进行的操作;避免在患者床旁讨论病情,以减少患者对环境的不安甚至被害妄想。

12. 尽量维持一组固定的医务人员负责患者,以免患者需要不停面对新面孔。

(3) 精神药物治疗谵妄的原则:短期、对症、小剂量起始。针对兴奋或者精神症状(主要是精神病性症状)进行对症治疗,对于低活动型一般不用精神药物治疗。治疗中及时评估,当精神症状被控制,即应停药。

知识点

处理谵妄的精神药物

肌内注射氟哌啶醇:一般起始剂量为 0.5~1mg/ 次,3 次 / 天,可渐增至 10mg/d,依据睡眠觉醒规律调整分次给药剂量和时间。注意锥体外系反应和监测 QT 间期。QT 间期超出 450ms 或者较既往心电图延长超出 25% 的患者,应进行心电监护、心内科会诊、减少用量或终止用药。

非典型抗精神病药:

奥氮平 2.5~10mg/d,注意过度镇静作用。

喹硫平 25~200mg/d,注意体位性低血压。

利培酮 0.5~2mg/d,可能有锥体外系反应。

苯二氮䓬类药物:一般情况下避免使用。可用于治疗酒精或苯二氮䓬类药物戒断反应以及帕金森病、路易体病、恶性综合征病史者。如为增加镇静及降低抗精神病药剂量,可以小剂量使用短效制剂,如劳拉西泮 0.25~1mg/ 次。

使用精神药物还应注意评估患者的基础疾病及用药禁忌。本例患者存在兴奋、不配合治疗、昼夜节律异常、可疑精神病性症状,影响躯体状况治疗,可能危害患者自身及家属、周围医护人员的安全,给予适当抗精神病药对症治疗是适当的。按照上述用药原则考虑,本例给予奥氮平,2.5mg qn 起。

知识点

特殊躯体状况慎用精神药物

肝性脑病:肝性脑病可能因肝脏灭活功能异常,致内源性苯二氮䓬样物质累积,因而不适合应用苯二氮䓬类药物。

严重甲状腺功能减退或垂体前叶功能减退:给予镇静类药物可能诱发甲状腺功能减退危象,一般不建议应用镇静药物,尽量避免使用抗精神病药。

[问题 5] 对谵妄患者该如何安排随诊?

思路:对患者的持续监控非常必要;谵妄患者的病情变化迅速,最初治疗期间,最好能够每日主动随诊,而不是在急需时“应邀”会诊。应向病房医护人员强调对谵妄的处理绝不仅是系统、规范地控制各种精神行为症状,还需要规律监测患者生命体征和一般躯体状况变化。

学习笔记

知识点

围术期谵妄的预防

对高危患者的预防性精神药物治疗没有显示能降低谵妄发生率，但可能影响病程和严重程度。目前尚没有足够资料支持预防性使用抗精神病药物。

使用行为和环境策略可以降低谵妄的发生率（绝对危险下降 5%~18%）。研究证明，术后谵妄的有效预防措施如下：

1. 提供视听辅助设备。
2. 早期活动。
3. 避免血容量不足和电解质异常。
4. 停用高危药物。
5. 反复帮助定向。
6. 限制白天睡眠，维持昼夜节律。
7. 适当镇痛，同时避免过分镇静。

病历摘要（五）

予奥氮平 2.5mg qn，1 天后患者睡眠改善，白天仍间断有“胡言乱语”，但较前减轻。未再有大吵大闹，基本配合治疗。

随诊再次检查患者：处于觉醒状态，对答基本切题，能记得检查者曾来过，具体时间回忆不正确，对之前对话内容记不清，定向、注意、记忆力较前改善。否认再有看到令自己恐惧的画面。

[问题 1] 随诊时注意观察什么？

思路：重点仍为上述一般躯体情况变化以及精神症状变化。特别要注意的是，谵妄的临床表现可能由高活动型转向低活动型，患者可能不再有兴奋躁动表现，而是表现得安静甚至嗜睡，临床医生或者家属可能误以为是病情好转。要注意询问患者有无嗜睡表现，检查时要了解注意力水平、其他认知功能较前是否改善。

[问题 2] 谵妄的预后如何？

思路：预后是医生和患者家属都关心的问题，而且是沟通的主要内容之一。大部分谵妄是可逆的，一般病程为 10~12 天。在某些慢性危险因素始终存在的情况下，谵妄也可能持续很长时间。有研究发现，老年谵妄患者只有 4% 在出院时完全缓解，21% 在 6 周时完全缓解，18% 在 6 个月时完全缓解。最常见的残留症状为认知症状。有些谵妄发作可能与基础的持续认知损害（痴呆）有关，或者基础疾病（创伤性脑损害、脑炎、脑梗死等）导致认知损害，这样的情况下，意识、认知功能可能始终不能完全恢复。

本例目前一般躯体情况稳定，精神症状在对症治疗后快速好转，有望获得完全缓解。但患者高龄，在未来的化疗或其他躯体应激中又可能出现谵妄。

知识点

谵妄的转归

1. 完全缓解。
2. 进展至慢性器质性脑病综合征。
3. 进展至功能性精神病。
4. 急性发作缓解，但之前存在的基础痴呆持续。
5. 死亡（Fele 等，1999）。

学习笔记

第二节　痴　　呆

【临床病例】

病历摘要(一)

男,59岁。因“爱忘事,沉默寡言,兴趣减退,进食减少,体重下降3年余”,在妻子的陪同下就诊。

[问题]以上信息应考虑哪些临床情况?

思路1:老年患者以上述主诉来就诊时,首先要考虑是否存在躯体疾病。许多躯体疾病如恶性肿瘤、代谢性疾病(甲状腺功能减退)、感染性疾病等,均会出现上述情况。而躯体疾病经常成为精神科住院患者在院内猝死的重要原因。

思路2:要重视与记忆障碍相关的主诉。“爱忘事”是一个非常宽泛的描述,可能是年龄相关的记忆障碍,或是神经症病人所述的健忘(“记不住”),也可能是意识障碍时的记忆下降,还有可能是某些精神障碍(如脑器质性精神障碍、精神分裂症)所致的记忆减退。因此要判断这个“爱忘事”的具体情况具有何种临床意义。

知识点

记忆减退

1. 正常的遗忘往往是由于内容无关紧要(不值得长期记住它),随着时间消退。例如我们通常记不得上星期七天内每天每顿都吃了些什么。

2. 年龄相关记忆障碍(age-associated memory impairment,AAMI)指老年人有健忘症状而缺乏痴呆临床证据,是一种正常或生理性非进行性大脑衰老的表现。其记忆减退主要体现在记忆再现过程,即不能自如地从记忆库中提取已储存的信息,如记不住人名、地点、电话号码和邮政编码,经提示就能回忆起来。患者对此往往感到负担,或主动求医,或设法弥补而采用记笔记、请人提醒等办法。

3. 神经症患者所主诉的记忆减退,往往表现在受到患者当时注意、知觉、想象、思考、情绪等干扰,记忆不牢或有些模糊。

4. 意识障碍或者意识改变状态下发生的记忆减退往往表现为“不能回忆”,所遗忘的内容往往是疾病发作时所发生、经历的事情。

5. 由于精神障碍(如器质性精神障碍、精神分裂症等)所致的记忆减退属于近记忆被破坏,或者说根本形不成近记忆。一般人即使并不特别去记住,但总可以想起昨天一日三餐吃了什么,而痴呆患者记不起来,有时加以提示仍回答不上来,甚至刚刚吃过饭也说没有记得吃过。

思路3:记忆障碍是否继发于情绪障碍?患者的主诉“爱忘事,沉默寡言,兴趣减退,进食减少,体重下降3年余”会让医生想到抑郁的表现,但是抑郁发作很少有3年的持续病程,结合患者59岁的年龄,从等级诊断的思路上首先要考虑患者是否存在器质性病因所致的抑郁,同时应注意询问既往是否有过抑郁发作等精神障碍相关的病史。

病历摘要(二)

这是一位皮肤黝黑、高个子的中老年男性,面庞清瘦,表情变化很少,常皱着眉头,动作

学习笔记

略显迟缓。衣着简单朴实，但是干净整洁。从进门到坐下，患者始终没有主动说话，在妻子急切地与医生介绍病情时，也始终静坐一旁，但是对医生的问候能够有礼貌地回应。

[**问题**] 从上面的描述中我们可以发现哪些问题？

思路：患者的接触是被动、合作的，对于就诊并没有表现出明显的不悦与拒绝。从其衣着打扮看，患者仍保持了较好的自我照料。但是，患者在医生与家属讨论与自己密切相关的疾病问题时却没有什么反应，医生应当对此有敏锐的观察并引起足够重视。

知识点

社会性退缩

这一症状有异质性的病因，但共同点是病人与其他人的接触和交往显著减少。大体上可以分为以下三种：

1. 回避性：有些患者在社交时感到紧张不安甚至恐惧，因而回避社交。神经症以及与此相联系的人格障碍，尤其是恐惧症和强迫症，常有社会性退缩。耻感和自卑感强烈的人也有回避社交的倾向。心情低落，不论诊断为何，都可有社会性退缩。偏执病人也可以有。

2. 缺乏动机和对社交根本不感兴趣：见于精神分裂症。社会性退缩是阴性症状的一种表现，或者说，它本身就是一个阴性症状。分裂人格也有类似情况。

3. 与痴呆或不同智力缺陷相联系的社会性退缩：是知识、智力和社交技巧丧失的结果，当然也与高级情感损害有关。

简言之，就社交而言，回避者是“不为”，精神分裂症患者可以说是“不欲”，而痴呆者则是“不能”。

病历摘要(三)

患者妻子反映，患者从3年前起记性明显减退，说过的话过一会儿就忘记了，经常找不到自己刚刚收起的东西，同时出现食欲减退、体重下降。总说“吃不下饭”，此后患者渐渐变得不爱说话，对家庭其他成员不怎么关注，平常自己感兴趣的事情也不做，工作上的事情很少惦记。睡眠尚可，但常在夜间睡眠中出现下肢的抽动。半年前起家属发现患者记性较前更差，有时在小区散步找不到自己的家。

[**问题 1**] 从上述病史中推测患者可能还存在哪些症状？

思路：首先可能存在认知症状。上述病史显示该患者存在记忆损害的同时，还有在熟悉的环境中迷失方向，提示可能存在视空间或定向障碍。其次可能存在精神行为症状，主要表现为食欲和食量减退，体重下降；变得不爱说话，对家庭其他成员关注减少；兴趣减退，对工作热情降低，平常自己感兴趣的事情也不做，工作上的事情很少惦记了。

知识点

认 知 症 状

认知症状主要包括记忆障碍(也有学者认为记忆障碍是独立于认知以外的功能障碍)、视空间和定向障碍、言语障碍和智力障碍等。

1. 记忆障碍：记忆在临床上被分为长程记忆、短程记忆和即时记忆。意识障碍的记忆特征是即时记忆受损很明显；而痴呆和遗忘综合征患者短程记忆受损严重。

2. 视空间和定向障碍：视空间障碍指在熟悉环境或家中迷失方向，如找不到厕所在哪

学习笔记

儿、走错自己的卧室、散步或外出迷途不知返而浪迹街头。画图测验不能精确临摹简单图形。定向力包括时间、地点、人物以及对自身状况的认识。定向障碍一般在大脑器质性疾病中较为多见，往往是意识障碍的一个重要标志。也可能与意识障碍无关，如部分精神分裂症患者、深睡觉醒者、昏迷后意识恢复者、突然流落到陌生地方的人。

3. 言语障碍：包括口语障碍，指言语表达不能；听语障碍，指词义的理解障碍；阅读障碍，指对文字的意义失去认识的能力；书写障碍，指不能用文字书写来表达。

4. 智力障碍：包括既往获得的知识以及运用这些知识和经验解决新问题、形成新概念的能力。包括理解力、推理判断力、抽象概括能力以及计算能力等。

[**问题 2**] 为验证上述推测，需进一步获得哪些临床资料？

思路 1：首先，认知功能评估是老年精神科检查的重要内容，有助于临床医生判断患者是否存在认知功能损害、认知功能损害的表现形式以及严重程度。其次，要进一步评估患者的精神行为症状，包括感知觉、思维、情感和行为方面的异常表现，如幻觉、妄想、淡漠、抑郁、焦虑、激越和异常运动行为。最后，要了解患者既往的认知功能和精神状态，以及社会功能状况。

思路 2：在认知功能初步评估过程中，可以使用筛查工具，如简易智力状态检查（mini-mental state examination，MMSE）。

知识点

简易智力状态检查（MMSE）

临床上用于初步筛查痴呆的认知测查工具有很多。国内外使用最多、信度和效度较好的首推 Folstein 等（1975 年）编制的简易智力状态检查（MMSE）。该测验简便易行，在短时间内可了解患者的总体智能。该测验总分为 30 分，共 20 题，30 项组成，最高分为 30 分。每项回答正确评 1 分，错误或不知道评 0 分，不适用评 9，拒绝回答或不理解评 8，在累积总分时 8、9 均按 0 分计算。内容分为 5 个方面：①定向力；②记忆力；③注意力和计算力；④回忆；⑤语言。

MMSE 检测痴呆的敏感性多在 80%~90%，特异性为 70%~80%。本检查具有敏感性强、操作容易的优点，信度良好，并具有相当高的平行效度。但我国目前尚无统一采用的 MMSE 区分正常与认知障碍的分界标准。有研究认为，北京协和医院（1999 年）的标准相对更加敏感，痴呆检出率为 93.6%，对痴呆早期识别有较大的意义。其标准是文盲组≤19 分为痴呆，小学文化组≤22 分为痴呆，初中及以上文化组≤26 分为痴呆。

同时，MMSE 也存在一定的缺点：①受教育程度影响大，教育程度高的老年人可能会出现假阴性，教育水平低的老年人可能会出现假阳性，对轻度认知功能障碍的检出不敏感；②记忆力检查如命名测验过于简单；③受语言影响大，操方言者可能会出现假阴性；④语言项目占绝大部分，非语言项目少；⑤对认知功能的变化不敏感。

病历摘要（四）

患者经营一家网络公司，工作敬业，常常每天工作 14~15 个小时。喜欢智力游戏，鲜有对手。平素身体健康，否认吸烟嗜好，爱好饮酒，常与同事朋友“一醉方休”。兴趣爱好广泛，性格外向、开朗。家族史未见明显异常。

精神检查：神志清楚，定向力完整，反应慢。接触被动，无主动言语，尚合作，讲话内容简短。仪表整洁。记忆力明显减退，不能说出早餐的内容及自己家的地址。计算力下降，

学习笔记

问其“100-7”，回答“93”，之后不能再算出；推理能力差，如“父亲的哥哥和哥哥的父亲是同一个人么？”，不能回答；答不出问题时显得着急，眉头紧皱。未查及幻觉、错觉及感知觉综合障碍；未查及妄想及其他思维内容障碍；自诉情绪尚可，否认有情绪低落的体验；入院后，饮食需督促，未见冲动、怪异行为。

筛查量表：MMSE 21 分。

[**问题 1**] 如何看待和评价上述信息？

思路：首先可以确定：相比于发病前，患者存在明确的、广泛的认知功能减退，且严重影响了其社会功能。了解发病前的功能有助于鉴别精神发育迟滞。其次，既往史和家族史均未见明显异常，这些对鉴别诊断非常有必要。

[**问题 2**] 从以上内容可以构建哪些综合征？

思路 1：首先考虑痴呆综合征。痴呆是一种由大脑病变引起的综合征，临床特征为记忆、理解、判断、推理、计算和抽象思维多种认知功能减退，可伴有幻觉、妄想、行为紊乱和人格改变。严重影响工作、生活和社交能力，意识一般无异常。其诊断的基本条件在于存在如上所述的足以妨碍个人日常生活的记忆和思维减退。

该患者存在明确的记忆减退，以近记忆减退更为突出，同时计算力、理解力均有显著的下降，并且出现社会性退缩等行为异常，相比于患者既往能力有显著的下降，严重影响了患者的社会功能，因此考虑痴呆综合征诊断明确。

知识点

ICD-10 中有关痴呆的诊断标准

1. 脑部疾病所致的一种综合征，通常为慢性（病程至少 6 个月）；进行性记忆障碍，同时至少有下列一种或多种大脑皮质功能障碍：思维、定向、理解、计算、学习能力、语言、判断。

2. 意识清楚。

3. 认知功能通常伴有情绪控制、社会行为或动机退化，对个人生活能力有影响，其性质取决于患者所处的社会和文化环境。

思路 2：需要和其他器质性综合征进行鉴别。

（1）与遗忘综合征（amnestic syndrome）鉴别。

知识点

遗忘综合征

遗忘综合征又称科尔萨科夫综合征（Korsakoff syndrome），是由脑器质性病理改变所致的一种选择性或局灶性认知功能障碍，以近事记忆障碍为主要特征，无意识障碍，智能相对完好。

临床主要表现为近事记忆障碍，特别是近期接触过的人名、地名和数字最易遗忘，为了弥补这些记忆缺陷，常产生错构和虚构。患者意识清晰，其他认知功能仍可保持完好，常可伴有情感迟钝和缺乏主动性。严重记忆缺损的患者常有定向障碍，特别是对时间、地点定向不能辨别，但罕见有自我定向障碍。患者学习新知识的能力明显下降，亦难以回忆新知识，明显影响社交和职业功能。

主要针对病因治疗，硫胺素缺乏所致者，应及时补充 B 族维生素，但酒精依赖患者即使经 B 族维生素治疗，也很少能完全恢复。

(2) 与谵妄鉴别：谵妄是一组以急性、广泛性认知障碍，尤以意识障碍为主要特征的综合征，常因脑部弥漫性感染、短暂的中毒或代谢紊乱等引起。因其往往急性起病、病变发展迅速，故又称为急性脑病综合征。该患者病史较长，隐匿起病，无意识障碍表现，无躯体疾病、中毒、代谢紊乱的证据，因此不支持谵妄综合征的诊断。

[问题 3] 痴呆有哪些主要类别？

思路 1：按病因学进行划分，有原发性痴呆和继发性痴呆。原发性痴呆是后天获得的中枢神经系统退行性病变引起的，多不可逆，是中老年人常见的痴呆类型，主要有阿尔茨海默病、皮克病等。继发性痴呆是由其他大脑器质性病变引起的，如中枢神经系统梅毒、脑瘤、脑外伤等引起的痴呆。从患者目前临床表现看，病情进展缓慢且隐匿，无感染、外伤相关病史，因此考虑原发性痴呆的可能性大，但应进一步完善针对病因的相关检查之后才能进一步明确。

思路 2：按病变解剖部位划分，痴呆可分为皮质和皮质下痴呆。皮质型痴呆主要累及大脑皮质，临床表现为多种皮质高级认知功能低下的症状，如遗忘、失语、失用等。阿尔茨海默病是典型的皮质型痴呆。皮质下痴呆是指进行性核上性麻痹痴呆，累及深部灰质和白质结构如基底核向额叶的投射。临床表现为精神运动迟缓，回忆困难，抽象思维减退，表情淡漠。一般没有失语、失用和失认症状，如亨廷顿病痴呆。帕金森病可兼有皮质和皮质下痴呆症状。从患者的临床表现看，无明显的肌张力、姿势、步态和动作异常，有明显的认知功能减退和视空间问题，因此考虑皮质痴呆可能性大。

知识点

皮质型和皮质下型痴呆

特点	皮质型	皮质下型
言语	失语症	正常
说话	正常	发声不清、音低、缄默
记忆	遗忘、学习困难	健忘、回忆障碍
认知	计算、判断、抽象思维障碍	缓慢
视空间能力	异常、结构障碍	凌乱
人格	不关心、脱抑制	淡漠、抑郁
肌张力	早期正常	增高
姿势	早期正常	弯腰背屈
步态	早期正常	不稳
动作	早期正常	张力障碍、震颤、迟缓

[问题 4] 针对病因的评估有哪些？

思路 1：痴呆病因评估的“midnights”原则。

知识点

痴呆病因—— “midnights”原则

M——metabolism，代谢，透析性痴呆、肾上腺脑白质营养不良等。

I——inflammation，炎症，多发性硬化、系统性红斑狼疮等。

D——degeneration，变性病，阿尔茨海默病、帕金森病、皮克病等。

N——neoplasm，颅内肿块，肿瘤、硬膜下肿块、脑脓肿等。

学习笔记

I——infection，感染，艾滋病、梅毒等。

G——gland，内分泌疾病，甲状腺功能减退、甲状旁腺病等。

H——hereditary，遗传病，亨廷顿病、唐氏综合征等。

T——toxication/trauma，中毒，头部外伤、拳击家痴呆、慢性酒精中毒痴呆等。

S——stroke，卒中，多发性梗死、Binswanger 病、皮质细小梗死等。

思路 2：明确内科及神经科查体及相关的实验室化验检查。系统的内科及神经系统检查可以帮助我们发现重大的脏器疾病以及神经系统定位体征，以进一步除外继发性痴呆。同时，实验室检查必不可少。甲状腺及甲状旁腺功能、叶酸及维生素 B_{12} 水平、毒物筛查、各项抗体检查、肿瘤指标筛查、基因检测等均有助于帮助我们寻找继发性痴呆的线索。此外，对于痴呆患者而言，神经影像学检查也有助于区别原发性变性疾病和其他原因引起的痴呆。神经影像学检查可以帮助我们除外由脑血管疾病、酒精中毒、帕金森病、恶性病变、既往头外伤、慢性癫痫、亨廷顿病、脑积水、脑肿瘤等引发的痴呆。

病历摘要（五）

患者相关的检查结果回报：内科检查未见明显异常。神经科检查高级智能活动同精神科检查，脑神经检查（-）；四肢肌力、肌张力正常，腱反射（-），病理征（-），全身深浅感觉未见明显异常，共济（-），脑膜刺激征（-）。

实验室检查：血常规（-）、肝肾功能（-）、电解质（-）、血糖及糖化血红蛋白（-）、HIV-Ab（-）、快速血清素试验（rapid plasma reagin，RPR）（-）、铜蓝蛋白（-）、同型半胱氨酸（homocystein，HCY（-）、甲状腺功能（-）、血清铁（-）、铁四项（-）、血氨（-）、叶酸（-）、维生素 B_{12}（-）。

脑电图未见明显异常。头颅 MRI 提示多发腔隙性梗死灶。

［**问题**］目前为止，你的诊断印象是什么？

思路 1：首先考虑阿尔茨海默病（Alzheimer disease，AD）。流行病学显示，老年期痴呆的最常见原因是阿尔茨海默病，该病病因未明。

知识点

ICD-10 中有关 AD 的诊断标准

1. 存在如上所述的痴呆。

2. 潜隐起病，缓慢退化，通常难以指明起病的时间，但他人会突然察觉到症状的存在。

3. 无临床依据或特殊检查的结果能提示精神障碍是由其他可引起痴呆的全身性疾病或脑的疾病所致（如甲状腺功能低下、高血钙、维生素 B_{12} 缺乏、烟酸缺乏、神经梅毒、正常压力性脑积水或硬膜下血肿）。

4. 缺乏突然性、卒中样发作，在疾病早期无局灶性神经系统损害的体征。

部分病例 AD 的特点和血管性痴呆（vascular dementia，VD）的特点会同时出现，对于这些病例应作出双重诊断。如果 VD 发生在 AD 之前，则根据临床表现也许无法作出 AD 的诊断。

思路 2：必须要考虑的鉴别诊断如下：

（1）与非痴呆情况相鉴别

1）年龄相关记忆障碍（age associated memory impairment，AAMI）。

学习笔记

知识点

年龄相关记忆障碍(AAMI)

Crook 等提出 AAMI 的诊断标准:

1. 年龄至少 50 岁。

2. 主诉日常生活中逐渐出现记忆减退(如记名字困难、将东西放错、忘记电话号码)。

3. 记忆减退的心理测验证据,如公认的标准化测验操作分比年轻人平均值至少低一个标准差。

4. 总的智力功能无损。

5. 无痴呆的证据。

6. 现在和过去无任何可引起认知障碍的内科疾病、神经病或精神病,包括精神活性物质,也无一小时以上意识丧失的脑外伤。

AAMI 与早期痴呆鉴别可能存在困难,需长期随访才能作出正确判断。

2) 轻度认知障碍(mild cognitive impairment,MCI)。

知识点

轻度认知障碍(MCI)

MCI 是介于正常衰老和痴呆之间的一种认知功能损害状态。其诊断标准是:

1. 有记忆障碍的主诉,最好有知情者证实。

2. 可查出与年龄和教育程度不相符的客观记忆损害。

3. 总体认知功能基本正常。

4. 日常生活能力大致正常。

5. 不够痴呆诊断标准。

3) 心因性假性痴呆(Ganser 综合征):患者对一些非常简单的问题回答很荒谬,如 2+1=9。但可以看出他的回答并未超出问题性质的范围,还是作为加法计算的,称为近似回答。又如病人把自己说成是 30 岁,而他父亲却只有 18 岁。在生活中,他却能解决比较复杂的问题,如下象棋、打牌等,一般生活也能自理。这类假性痴呆多见于癔症或为强烈精神压力或创伤作用下产生的精神障碍。

4) 抑郁症:严重的抑郁症患者可表现为思维迟缓、注意减退、意志丧失、对环境反应冷淡、显得迟钝呆滞,可被误诊为痴呆。但抑郁症患者有明确的起病时间,病史中发现患者有早醒,情绪呈昼重夜轻的节律改变,深入交谈可流露抑郁情绪,且使用抗抑郁药物有效,提示抑郁症可能。

(2) 与其他原发性痴呆相鉴别

1) 额颞叶痴呆(frontotemporal dementia,FTD):早期以人格改变、自知力差和社会行为衰退为主,遗忘出现较晚,空间定向及认知障碍也出现较晚。CT 示额叶和(或)颞叶局部萎缩与 AD 的弥漫性前部脑萎缩不同。

2) 路易体痴呆(dementia with Lewy bodies,DLB):起病缓慢,出现明显的锥体外系表现、锥体束损害以及痴呆症状,锥体外系症状在疾病早期出现,而 AD 至少在发病一年后出现轻微的锥体外系症状。此外,DBL 的临床表现有波动性及显著幻视,也不同于 AD。

(3) 与继发性痴呆相鉴别

1) 血管性痴呆(vascular dementia,VD):血管性痴呆既往称多发性梗死性痴呆(multi infarct

学习笔记

dementia，MID)，是老年性痴呆的第二位原因，仅次于AD，占老年期痴呆的20%。VD多见于60岁以上的老人，男性多于女性。多数患者伴有高血压。一般进展缓慢，常因卒中发作导致急性加剧，病程波动，多呈阶梯式发展，常可伴有局限性神经系统体征。

知识点

ICD-10关于VD的诊断要点

1. 存在痴呆。
2. 认知功能的损害往往不平均，故可有记忆丧失、智能损害及局灶性神经系统损害体征。
3. 自知力和判断力可保持较好。
4. 突然起病或呈阶段性退化，以及局灶性神经科体征和症状使诊断成立的可能性加大。对于某些病例只有通过CT或最终实施神经病理学检查才能确诊。

知识点

AD与VD的鉴别

	AD	VD
起病	隐匿	较急，常有高血压病史
病程	进行性缓慢进展	波动或阶梯恶化
早期症状	近记忆障碍	神经衰弱综合征
精神症状	全面性痴呆	以记忆障碍为主的限局性痴呆
	判断力、自知力丧失	判断力、自知力较好
	有人格改变	人格改变不明显
	淡漠或欣快	情感脆弱
神经系统	早期多无限局性体征	限局性症状和体征如病理反射、偏瘫
CT	弥漫性脑皮质萎缩	多发梗死和软化灶
Hachinski评分	<4	>7

2) 其他继发性痴呆：甲状腺功能低下可以出现记忆力下降，但常伴随嗜睡和黏液水肿；维生素B_{12}缺乏出现记忆力下降伴随下肢锥体束和后索损害以及大细胞性贫血；感染性因素导致的痴呆往往可以通过实验室检查明确，如HIV和梅毒感染会查到相应的HIV-Ab及RPR阳性，而病毒性脑炎会有病毒感染的相关表现。

病历摘要(六)

患者家属希望知道患者病情的严重程度和预后如何，医生专门约时间与患者家属进行有关沟通。

[**问题1**] 阿尔茨海默病的严重程度及预后如何？

思路：阿尔茨海默病呈慢性进行性病程，有资料表明，发病早、有痴呆家族史者病程进展可能较快。通常可将病程分为三期，但各期间可存在重叠与交叉，并无截然界限。阿尔茨海默病是一种预后不良的慢性进行性加重的疾病。从患者目前的情况看，其尚处于疾病的早期。

学习笔记

知识点

阿尔茨海默病分期

第一期(早期):一般持续1~3年,以近记忆障碍、学习新知识能力下降、视空间定向障碍、缺乏主动性为主要表现。生活可自理或部分自理。

第二期(中期):病情继续发展,智力与人格改变日益明显,出现皮质受损症状,如失语、失用和失认等,也可出现幻觉和妄想。神经系统可有肌张力增高等锥体外系症状。生活部分自理或不能自理。

第三期(后期):呈明显痴呆状态,生活完全不能自理。有明显肌强直、震颤和强握、摸索及吸吮反射。大小便失禁,可出现癫痫样发作。

总体而言,本病预后不良,部分患者病情进展较快,最终可能因营养不良、压疮、肺炎等并发症或衰竭死亡。

[问题2]与家属沟通过程中应当注意什么?

思路:对患者家属而言,痴呆可能意味着较为沉重的照料负担以及强烈的心理应激,所以充分和有效的沟通可以有助于患者家属正确认识痴呆的本质,了解痴呆患者的精神与行为改变,获取正确的护理与照料知识,以及减少应激反应。

知识点

痴呆患者病情告知时的注意事项

患者家属对痴呆疾病本质是否有正确的认知,关系到患者能不能得到及时的诊治以及是否能被正确地理解。

1. 患者亲属在面对痴呆患者时,最困惑的是不理解其亲人是否真的患了痴呆,尤其对患者所出现的某些人格改变和行为异常困惑不解或痛苦万分,构成了他们不能正确认识和对待患者的主要问题。

2. 医护人员除了应向患者亲属解释痴呆的病理性质之外,更要向他们说明痴呆患者在患病后正逐渐丧失其原有的社会属性与功能。尤其要指出患者作为一个曾经受亲属爱戴的长辈的身份特征也正发生着改变,逐渐失去与保持亲情有关的种种功能,以期亲属能够在此基础上调整其伦理观念与亲情态度。

3. 医护人员还应针对具体问题指导患者亲属正确处理与患者互动中的情感与伦理方面的挫折与困惑,采取理智合理的态度与方法,正确应对患者的需求。

4. 鼓励患者家属通过正确的途径获取照料患者的相关知识,而不是道听途说。

5. 帮助患者家属获取社会支持,如痴呆患者家属联谊会、社区服务机构、老人福利院等。

[问题3]在治疗和护理方面需考虑哪些?

思路1:确定治疗方案。首先要明确治疗的目标;其次可以选择的治疗方法包括药物治疗、心理或社会行为治疗;再次要遵循相应的原则制订治疗方案;最后根据相应的原则选择相关药物。

知识点

阿尔茨海默病治疗目标

1. 改善认知功能。

2. 延缓或阻止痴呆的进展。

学习笔记

3. 抑制和逆转痴呆早期部分关键性病理过程。
4. 提高患者的日常生活能力和改善生活质量。
5. 减少并发症，延长生存期。
6. 减少看护者的照料负担。

知识点

制订治疗方案的原则

1. 首先要明确其中的核心症状或突出症状。
2. 让看护者与家属参与到对核心症状的评估和治疗方案的制订及执行中来。
3. 积极有效地处理躯体问题。
4. 因人际关系改变或生活变动引起的精神行为症状，可采取相应的措施。
5. 较为轻微的痴呆的精神行为症状(the behavioral and psychological symptoms of dementia，BPSD)首先考虑非药物治疗，较为严重的 BPSD 才考虑药物治疗。
6. 采取药物治疗前应全面评估患者的躯体状况。
7. 极度激越或有明显暴怒或攻击行为的患者，应给予适当约束和保护。

思路 2：针对该患者目前的情况，决定个体化的治疗方案。患者目前处于疾病的早期，有一定的生活自理能力，因此核心症状是改善认知功能，延缓或阻止痴呆的进展。可选择改善认知药物，同时应加强心理支持与行为指导，使病人尽可能长期保持生活自理及人际交往能力。

知识点

选择药物时必须遵循的原则

1. 一定要针对靶症状。
2. 以最小有效剂量进行治疗。
3. 根据病情变化及时调整药物。
4. 起始剂量宜小、剂量调整的幅度宜小、剂量调整间隔时间宜长。
5. 始终警惕药物的不良反应。

知识点

AD 认知功能改善药

在药物治疗方面，首先应考虑改善认知功能的药物。用药目的在于改善认知功能，延缓疾病进展，逆转痴呆的病理过程，提高患者日常生活能力，改善生活质量。目前循证依据提示，可改善患者认知功能和行为的药物有胆碱酯酶抑制剂和 N- 甲基 -D- 天冬氨酸(N-methyl-D-aspartate，NMDA)受体拮抗剂。

分类	中文通用名	日剂量(mg)
胆碱酯酶抑制剂	多奈哌齐	5~10
	重酒石酸卡巴拉汀	6~12
	加兰他敏	15~45
	石杉碱甲	0.4~0.6
NMDA 受体拮抗剂	盐酸美金刚	10~20

学习笔记

病历摘要(七)

加用多奈哌齐5mg/d药物治疗后，患者主动讲话有所增加，表情较前略丰富，活动有所增多。日常生活在家人帮助下基本可以自理。此后患者每3~6个月随访一次，病情一直平稳。

大约2年后，患者记忆障碍加重，表现为日常用品丢三落四，想不起亲人的名字。有时会说一些从来没有发生过的事情，并坚信自己确实经历过，事后再问，情况就又变了。有一次去小区散步，自己找不到家门了。“说话啰唆，半天也没有弄明白想要讲些什么”，“白天闷头大睡，晚上大喊大叫”，情绪较前更加不稳定，常怀疑家人偷拿了自己的东西，外出时常有不当行为，如在街边小便。

[**问题**] 对目前症状应当如何评价？在治疗上需要做什么调整？

思路1：判断患者的病情加重。认知方面主要表现有：①更严重的记忆障碍，患者远记忆进一步受累，连家人的名字也开始忘记；②视空间和定向力也进一步受累，在熟悉的环境中会迷失方向；③言语障碍相比于早期的话少，患者语量增大，但是却让人更加难以理解，呈现出流畅性失语的特点。精神行为方面的表现有：①妄想，AD患者因为记忆减退，不记得把东西放在哪儿而出现一种具有特征性的“偷窃”妄想；②睡眠障碍，患者正常睡眠节律紊乱或颠倒；③情绪和行为异常，在这一阶段，患者情绪变得不稳定，易激惹，行为也呈现出脱抑制的特点。

思路2：治疗方面需要做必要调整。目前病情已进展至第二阶段，可以将胆碱酯酶抑制剂改为美金刚改善认知功能。另外，患者出现了明显的精神症状，治疗的目标需要兼顾控制痴呆的精神行为症状(BPSD)，需要在改善认知药物基础上使用抗精神病药物。同时应注意防范走失、意外事故和外伤等风险。

学习笔记

知识点

严重痴呆的护理注意事项

1. 患者需有专人陪护或入住看护条件较好的养老院或托老所。
2. 防止走失、意外事故和外伤。
3. 注意在进食过程中的异常现象，如呛咳、误吸、噎食，必要时使用必要的辅助设施，如胃管鼻饲等。
4. 嘱患者家属或护理人员关注患者躯体情况，及时发现躯体问题并给予必要处理。
5. 提醒患者家属注意观察患者情绪变化，尤其关注抑郁、兴奋情绪，防范冲动、自伤、伤人行为。

病历摘要(八)

患者停多奈哌齐，改用美金刚，滴定加量到15mg/d，并加用喹硫平25mg qn后，夜间睡眠较前明显改善，但是白天情绪有时仍难以控制，显烦躁不安，会发脾气、摔东西，家人安抚常不起作用，食欲有减退，有时哭泣。

[**问题1**] 如何处理痴呆患者的情绪问题？

思路：患者情绪波动较大，应警惕其攻击和激越行为。对于有明显的攻击和激越现象的患者，加用心境稳定剂可减轻或减少攻击行为。常用的药物有碳酸锂、丙戊酸盐、拉莫三嗪等。有时候痴呆患者会合并焦虑和抑郁，而SSRIs抗抑郁药是老年抑郁的首选药物。若上述药物对患者的焦虑或睡眠障碍作用不明显时，可考虑使用抗焦虑药物，如丁螺环酮和苯二氮䓬类药物。对于苯二氮䓬类药物的使用要充分考虑其不良反应对患者的影响，如易致跌倒、过度镇静、共济

失调、运动障碍等，有可能诱发谵妄，加重痴呆患者认知损害而致外伤和照料困难。对于合并睡眠呼吸暂停综合征的患者，原则上不使用苯二氮䓬类药物。

[**问题 2**] 处理患者的精神行为症状，除药物治疗外还有哪些办法？

思路 1：行为与心理治疗。对痴呆患者的行为治疗主要是调整刺激与行为之间的关系，常用的做法为改善激发患者异常行为的刺激因素以及这种异常行为带来的后果。如对刺激因素和行为之间的相互关系以及整个过程中的相关因素进行细致的分析，尽力减少这类刺激因素，降低患者行为反应的发生频率，减轻其不良后果。

常用的心理治疗包括支持性心理治疗、回忆治疗（诱导患者回忆可引起并保持正性情感反应的事件）、确认治疗（使患者体会自我价值并通过认定与过去经历的情绪反应之间联系来减少不良刺激）、扮演治疗（使患者扮演在家庭或事件中的某个角色而减轻患者的社会隔离感）、技能训练（模拟课堂环境进行学习的场景，尽可能保持患者残存的认知功能）。

思路 2：环境及其他治疗。环境治疗主要是改造患者生活的环境，一方面减少可能诱发患者不良情绪反应、异常行为的刺激因素；另一方面则是增加有利于患者保持功能、诱发正性情感反应、减少挫折感、方便生活、增进安全的设施，如有自动冲洗装置的便盆、自动开关的水龙头、加盖的电器插座、隐蔽的门锁、黑暗环境中的无阴影照明等。

有人采用让患者参与豢养动（宠）物的治疗方法减少患者的孤独感、保持正性情绪。也有人发现在看护者在场的情况下让痴呆患者与儿童共同游戏和彼此照料生活对痴呆患者有改善情绪、减轻孤独退缩的良好效果。

音乐治疗可让患者聆听能唤起愉快体验的熟悉音乐、歌曲，亦可辅导患者以卡拉 OK 的方式哼唱青年时代喜好的歌曲。在患者生活的环境中播放舒缓的背景音乐可稳定患者情绪。

【总结】

谵妄是一种常见的急性器质性精神障碍，核心症状是意识障碍，表现为注意力和觉醒程度的改变，对于注意的指向、集中、保持和转移以及定向力的评估是构建临床综合征的关键。临床上常伴随精神运动异常、睡眠觉醒周期紊乱、妄想、情绪异常等症状，急性起病，常表现为急性和波动性病程。从精神运动水平将谵妄分为高活动型、低活动型和混合型，在临床上常见的是混合型，而低活动型最容易被漏诊。

谵妄常常是多个危险因素所致，包括脑器质性损害、药物、代谢、电解质异常、器官衰竭、严重全身感染、高龄，手术及操作创伤、严重的共病、物质滥用、约束、营养不良等。临床评估的要点是最容易改变的危险因素，如多药联用、药物中毒和戒断是最常见的原因，应仔细回顾药物，暂停非必需药物。

临床处理要点包括寻找和纠正基础病因、护理和预防策略、对症精神药物治疗。精神药物方面，一般是针对兴奋或者精神症状进行短期对症治疗。

在联络会诊中，全面了解各方提供的信息，构建急性脑病综合征，仔细复习病史资料和临床、实验室检查结果，尤其是药物的副反应、多重用药、物质戒断等，对于寻找危险因素和对因处理至关重要。处理时应谨记科室间的合作、医疗与护理的合作及密切随诊。

痴呆是一种由大脑病变引起的慢性综合征，临床特征为记忆、理解、判断、推理、计算和抽象思维多种认知功能减退，可伴有幻觉、妄想、行为紊乱和人格改变。严重影响生活、工作和社交能力，意识一般无异常。广义的痴呆指 18 岁以后出现的智力减退，40 岁以前发病少见，60 岁以后发病率上升。多种病因可导致痴呆，其中最常见的是阿尔茨海默病与血管性痴呆。痴呆的治疗目前主要包括一般生活照料、药物治疗和心理治疗。药物治疗包括改善认知功能的药物和控制精神行为症状的药物。总体而言，痴呆病程慢性进展，预后不良。

本例患者隐匿性起病，逐渐进展加重。案例中呈现了患者自症状开始影响生活直至生活逐

学习笔记

渐不能自理的过程。这也是在临床上经常遇到并且医生能够有所作为的阶段。这一阶段治疗的效果直接影响到患者寿命的预期、生活质量的保持、看护人员的压力、社会保障的负担等各个方面。目前国内在痴呆患者的照料方面仍存在许多不足，培训相应的医务人员、心理学家、社会工作者、康复师以及看护人员是解决这一问题的关键。

（魏　镜）

参考文献

1. 利文森（美）. 心身医学 . 吕秋云，译 . 北京：北京大学医学出版社，2010.
2. Geoffrey L. loyd，Elspeth Guthrie. Handbook of Liaison psychiatry. Cambridge University Press，2011.
3. 沈渔邨 . 精神病学 . 第 5 版 . 北京：人民卫生出版社，2009.
4. 江开达 . 精神病学 . 第 2 版 . 北京：人民卫生出版社，2010.
5. 张明园 . 老年期痴呆防治指南 . 北京：北京大学医学出版社，2007.

学习笔记

第八章 躯体疾病所致精神障碍

【学习要求】

1. 掌握躯体疾病所致精神障碍的临床特点及临床诊疗的基本原则和思路。
2. 熟悉联络会诊中的医疗沟通和风险评估与管理。
3. 熟悉从整体医学的角度来理解躯体疾病与精神症状关系的理念。

【核心知识】

在ICD-10分类中，F00-F09为器质性，包括症状性、精神障碍。而器质性精神障碍（organic disorders）是指由于脑部疾病或躯体疾病引起的精神障碍。本章主要讨论后者，躯体疾病所致精神障碍是由脑以外的躯体疾病如躯体感染、内脏器官疾病、内分泌障碍等导致的精神障碍。

人的精神活动是脑和环境交互作用的产物，因此，“器质性”和“功能性”精神障碍不能截然分开。同样，躯体疾病所致精神障碍是躯体疾病导致脑功能和结构改变才产生精神障碍的，故与脑器质性精神障碍的区分也是相对的。因此，应将精神障碍作为躯体疾病中的症状，它的产生是全身性疾病的组成部分，同时又影响着疾病的转归和预后，这就告诉我们人是一个整体，看待患者的疾病必须将整体医学的观念融入到现代医疗实践中。

在躯体疾病所致的精神障碍诊疗过程中，应该理解精神障碍的产生与躯体疾病有因果关系，即没有躯体疾病就不会产生后来的精神症状，从诊断等级来说，精神症状应该首先从器质性疾病中获得解释。因此，躯体疾病在精神障碍的发生、发展中起到决定性的作用；同时，精神障碍可能影响医生、患者对躯体疾病与精神障碍关系的认识，继而影响诊断和治疗过程；再者，精神障碍也在某种程度上制约着原发疾病，常常影响原发疾病的康复。在这些疾病的治疗过程中，也一定遵循先处理危及生命和重要器官功能的症状，再治疗精神症状的原则，同时在治疗过程中进行持续的医学评估直到正常或相对正常。

在综合医院中，精神科医师常常需要与其他学科医师进行合作，在综合医院急诊室、住院患者会诊、联合门诊中的合作使患者能够得到“身”和“心”的综合服务，这种服务不仅是整体医学的体现，也让患者得到更恰当的医学服务，这样在医患沟通、医疗效能和风险管理中都会有更加良好的结局，医患双方也会有更良好的体验。

第一节 急性躯体疾病与精神障碍

【临床病例】

病历摘要（一）

女，50岁。因“失眠、紧张、心烦半年，胸闷、有濒死感2小时”而急诊入院。

患者半年前退休，感到不适应，经常失眠，以入睡困难和睡眠浅、多梦、易惊醒为主，近2个月还经常出现早醒，每周有大约2~3天在凌晨4时左右醒来，无法再次入眠。由于睡眠不佳，次日疲乏无力，感到头昏、心烦意乱、紧张不安，整日无所事事，诚惶诚恐，担心、焦虑，

学习笔记

有时不敢独自在家。今晨6时左右紧张加剧，伴胸闷、呼吸不畅，有濒死感，家人急送患者来诊。

既往有“上呼吸道感染”史10年，5年前在某三甲医院诊断“慢性阻塞性肺疾病，肺功能Ⅲ级”。同年，患者因“头昏”查血压升高，最高血压为180/120mmHg，在某三甲医院诊断为“高血压3级，极高危组”，坚持服用“氨氯地平片5mg/d”，监测血压波动在140/100mmHg。发现血脂升高2年，以甘油三酯和低密度脂蛋白、胆固醇升高为主，诊断为“混合性高脂血症”，规律服药治疗。

平素性格内向，一贯谨小慎微。已绝经2年。

有高血压病家族史，其父亲长期患高血压，后因脑出血死亡。

[问题1] 根据上述病史，如何考虑临床诊疗？

思路1：判断患者是否有精神障碍。患者的生活事件是退休，同时绝经不久，处于更年期，这是焦虑抑郁情绪易发的重要时期；患者的精神症状相关的病程达到半年，临床表现和严重程度符合广泛性焦虑的诊断标准。急诊的原因可以考虑为首次惊恐发作。

知识点

精神科医师的整体医学观

生物-心理-社会医学模式不仅强调环境与生物人的交互作用，也强调人的心身统一。由于精神医学更加强调心理-社会因素对精神疾病的发生、发展和转归的影响，使之在医学领域中最能进行环境与个体、心与身的整合，并常常利用这种优势帮助其他临床医学领域的医生。但是，长期处于“形而上”的视角使得精神科医师常常忽视“形”的本身，更不愿意探究“形”与“上”的关系，片面认为强调心理-社会因素就是代表整体医学观。与之相对的是其他临床医学越来越关注患者的心理-社会层面，并不断拓展自己的服务领域，形成了整体医学观。

精神科医师应当避免忽视可能导致患者出现精神异常的病理生理学过程，以免临床能力仅仅停留在对目前精神症状进行治疗方面。要反思我们的精神科治疗通常没有与患者的心理-社会层面进行交汇，或者对心理-社会治疗的本质缺乏生物学层面的认识。

思路2：在诊断精神疾病前要排除器质性疾病。在面对患者疑似“惊恐障碍”发作时，应首先排除可能导致惊恐发作的相关躯体疾病，特别是致命性疾病。如本病例应该优先考虑患者可能突发心肌梗死伴惊恐发作，单纯的惊恐发作是在排除相关的器质性疾病后才能作出的诊断。

知识点

精神科的等级诊断原则

精神障碍临床诊断的一个重要原则是首先考虑有明确器质性因素或明确病因的疾病诊断，然后考虑目前认为没有明确器质性因素或明确病因的疾病；在后者的考虑中又优先考虑病情严重、预后较差的疾病，后考虑发作性或病情和预后相对良性的疾病。

[问题2] 精神科医师在会诊中如何迅速对患者的精神障碍作出基本判断？

思路1：患者是否有意识障碍？意识障碍是判断精神障碍与器质性疾病的重要依据。与精神科会诊相关的意识障碍通常涉及谵妄、嗜睡和昏睡。下述的基本诊断过程能够帮助医师对患者的病情作出基本判断。

学习笔记

知识点

精神科会诊如何在5分钟内判断患者的病情

1. 病史：①既往是否有过类似发作？②本次病前是否“健康”？③本次病前是否有生活事件？④是否有高血压、糖尿病、其他重要脏器疾病？⑤本次病史中是否有发热、头外伤？⑥患者是否有过量服用某种食品、物质或药物史？

2. 检查：①意识是否清晰？②生命体征是否正常？③是否有缺氧表现？④患者的表情怎样（痛苦、焦虑、忧愁或平淡）？⑤是否有症状与体征不相符合的状况？

3. 最重要的实验室检查：①床旁心电图/心电监护；②血氧饱和度。

思路2：患者是否有焦虑？如果患者意识是清晰的，焦虑是精神科医师在急诊科会诊中遇到的另一个常见问题。提示患者有焦虑的相关症状如精神紧张、不安、恐惧；肌肉紧张、颤抖；自主神经功能紊乱的相关症状如胸闷、胸痛、气短、恶心、腹部不适等。要谨慎地将上述症状归为与焦虑相关和焦虑不相关一起考虑：这些症状是否有器质性疾病作为基础？如果没有，支持和否定的客观证据是什么？不能因为患者存在焦虑而忽视躯体疾病，排除躯体疾病必须有客观的证据。

知识点

焦虑发作的归因

1. 仅仅是焦虑（惊恐）的发作。
2. 是对躯体症状的心理反应，如心肌缺血导致的胸前区不适。
3. 躯体疾病的症状如甲状腺功能亢进所致的焦虑。
4. 与使用物质或药物相关的焦虑。

［**问题3**］面对焦虑和惊恐发作的患者要考虑哪些疾病？如何贯彻诊断的等级原则？

思路：在临床中对焦虑发作进行归因。根据上述等级诊断原则和导致焦虑发作的可能因素，需要在诊断过程中逐一排除器质性疾病，强调首先排除可能危及生命的疾病，然后再逐渐排除其他躯体疾病。除非作出确诊，否则排除任何疾病均需要明确的证据。一些患者的焦虑是多种因素的结果，在临床处置时认识到这一点非常重要。在急诊室或精神科急会诊中，最常见的是急性焦虑发作（惊恐障碍）与躯体疾病进行鉴别诊断，此时急性焦虑发作可能是独立的精神障碍，也可能是躯体疾病导致的心理反应，或者是躯体疾病的组成部分。

知识点

急性焦虑发作的鉴别诊断

按照诊断的等级原则，应该按顺序进行以下疾病类别的鉴别诊断：

1. 心血管疾病：如冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌梗死、心律失常、瓣膜脱垂、高血压等。

2. 神经系统疾病：如癫痫、脑血管疾病、前庭功能紊乱等。

3. 呼吸系统疾病：慢性阻塞性肺疾病、哮喘、过度换气综合征等。

4. 物质所致焦虑：许多药物在中毒、戒断或长期应用后可致典型的焦虑障碍。如某些拟交感药物苯丙胺、可卡因、咖啡因；酒精相关的焦虑；某些致幻剂及阿片类物质；其他如类固醇药物、镇静催眠药、抗精神病药物、抗抑郁药、苯二氮䓬类药等。

5. 内分泌代谢疾病：甲状腺功能亢进症、库欣综合征、嗜铬细胞瘤、低血糖等。

6. 其他精神障碍导致的焦虑：精神分裂症、抑郁障碍等。

学习笔记

[问题 4] 精神科医师在急诊室中要重点关注哪些实验室检查结果?

思路:首先考虑患者是否有导致猝死的疾病。

(1) 首先关注是否有冠状动脉、心肌、主动脉、肺动脉的急性病变,即刻检查如心电图、心肌酶学、超声心动图、胸部 X 线片或者胸部 CT 等有助于诊断;血糖、血电解质检查除外如低血糖、低血钾等;精神活性物质急性中毒和戒断反应,如过量使用阿片类物质、与酒相关的震颤谵妄等。

(2) 其次考虑其他疾病:心血管、脑部疾病、内分泌代谢疾病、精神活性物质相关疾病。

知识点

如何在急性焦虑的鉴别诊断中应用实验室检查的资料

对于急性焦虑或惊恐障碍的患者,EKG、心肌酶学、血糖、血氧饱和度、血电解质、胸部 X 线片或者胸部 CT 检查是基本的;怀疑心血管疾病者可进一步做超声心动图、运动试验、冠状动脉 CT、冠状动脉造影等;怀疑脑部疾病可行 EEG、脑 CT/MRI;怀疑惊恐与精神活性物质相关时需进行尿筛查实验;怀疑与内分泌疾病相关要检查甲状腺功能、肾上腺功能;部分患者的焦虑与前庭功能相关,需进行相关检查。

[问题 5] 精神科医师在急诊室如何处置焦虑患者?

思路 1:在诊断进行中可先给予支持治疗。当患者焦虑不严重时,可以通过患者的亲友陪护、医护人员给予心理支持,同时给予恰当的处置来降低或缓解患者的焦虑。恰当的处置可以包括:①低流量吸氧;②生理功能的监护,并将正常的结果告知患者;③开通静脉通道,为后续处理进行必要准备。

知识点

精神科医师在会诊联络中使用支持性心理治疗

支持性心理治疗是精神科医师最常用的心理治疗,这一方法简单实用,是在会诊中构建医患关系、消除医患纠纷隐患、与患者及其家属充分沟通、重新修正病史、进一步明确诊断和降低患者及其家属焦虑的重要方法。在会诊联络精神病学(liaison psychiatry)临床实践中,医生的倾听非常重要,倾听的对象包括三个方面:医护人员对患者病情的介绍、患者亲友的介绍和需求的表述、患者自己的表述等,认真的倾听是心理支持的开始;在倾听的基础上要对目前的临床资料有一个相对完整的归纳总结,这一过程常常在会诊医师的思维中完成。因此,对精神科医师的要求是很高的,他必须用心理 - 社会和生物学知识来解释患者目前的处境,更重要的是需要用非专业术语进行表达,让患者及其亲友能够准确无误地理解自己的问题,同时这种表达还要给患者及其亲友带来希望,带来心理支持,从而减少患者的焦虑。

如果还有不确定的临床问题,也应该与患者进行进一步的讨论,如为了明确诊断还需要何种检查,这种检查本身是否会给患者带来进一步的伤害,或者是患者能够忍受的,对患者没有重要影响的。这种讨论可能会降低患者对检查的焦虑。

思路 2:积极处置急性焦虑。当患者焦虑严重时,应该尽快给予临床治疗,但必须评估临床对症治疗焦虑对患者潜在的严重躯体疾病的利弊。

知识点

严重急性焦虑的处置

严重的焦虑可能进一步加重躯体疾病,如加重心肌梗死;对焦虑的临床处置也可能使患者的病情复杂化或加重患者的病情。因此,进行处置前必须完成下述工作:

学习笔记

1. 对患者及其近亲属告知病情、下一步的处理和可能出现的情况。

2. 征得患者及其近亲属的书面知情同意。

3. 在有心肺复苏支持系统的治疗室进行处置。

4. 有相关内科医生的协助。

如果患者的焦虑发作没有影响其躯体疾病，也没有出现可能的冲动行为，此时可以给予其劳拉西泮（罗拉）2~4mg 或阿普唑仑 0.4~0.8mg 口服。

对有严重急性焦虑的患者，最迅速控制焦虑的方法是在有辅助呼吸支持系统的条件下给患者静脉缓慢注射地西泮 10mg，在注射过程中密切监护其生命体征和意识变化，当患者出现思睡时即刻停止注射；如果注射后患者仍然有焦虑，可将地西泮 10~20mg 加入 0.9% 生理盐水中静脉滴注，同样应当在滴注过程中密切监护其生命体征和意识变化，当患者出现思睡时即刻停止注射。

在进行急性焦虑的处置过程中，要进一步针对可能存在的原发疾病进行相应的诊疗。

如果仅仅是惊恐发作，应转入专科诊疗流程。

病历摘要（二）

查体：T 36.4℃，P 90 次 / 分，R 23 次 / 分，BP 150/90mmHg，BMI=23.5kg/m^2。神志清楚，查体合作，皮肤黏膜无黄染，全身浅表淋巴结未触及。双肺呼吸音清晰，左肺底可闻及细湿啰音，未闻及干啰音。心界不大，心率 90 次 / 分，律齐，心音低钝。腹平软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，肠鸣音 3 次 / 分。双肾区无叩痛，双下肢无水肿。入院后查电解质、凝血功能、血常规正常，肌红蛋白 120ng/ml（参考值范围：0~90ng/ml）及肌钙蛋白 14.5ng/ml（参考值范围：0~1ng/ml），查 ECG 提示 V_3~V_5 导联 ST 段弓背向上抬高伴 T 波倒置。

诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病，急性前壁心肌梗死。

经监护、吸氧、口服阿司匹林片等治疗后，急诊行经皮冠状动脉介入治疗（percutaneous coronary intervention，PCI），再灌注心肌后患者胸痛缓解，动态复查心电图及心肌酶，病情逐渐缓解。

患者在住院过程中不慎受凉，出现发热（37.8℃）、咳嗽、呼吸不畅，结合病史考虑慢性阻塞性肺疾病急性加重期，痰培养同时予头孢替安针剂抗感染治疗。4 天后，病情无好转，咳嗽加重，体温最高 38.8℃，气促。查体：呼吸 23 次 / 分，双肺呼吸音粗，右下肺闻及少量湿啰音，双肺散在哮鸣音。呼吸空气下血氧饱和度 92%。血常规示白细胞 13×10^9/L［参考值范围：$(4\sim10)\times10^9$/L］，中性粒细胞百分比 79.2%（参考值范围：50%~70%）。床旁胸部 X 线片提示双肺过度充气表现，双肺纹理增粗紊乱，右下肺片状模糊影。呼吸科会诊后考虑合并右肺肺炎，改予头孢哌酮舒巴坦针剂加强抗感染并加强吸氧、解痉、平喘、祛痰等对症治疗。2 天后患者白天嗜睡，夜间失眠烦躁、兴奋，偶凭空看到人、物。查体：体温 38.4℃，呼吸 28 次 / 分，心率 100 次 / 分，血压 130/90mmHg。呼吸空气下血氧饱和度 84%。心电图示窦性心动过速，ST 段及 T 波较前无明显变化。血常规示白细胞 15×10^9/L，中性粒细胞百分比 87.5%。血气分析示 pH 7.35，PaO_2 45mmHg，$PaCO_2$ 56mmHg，血生化正常。急诊床旁胸部 X 线片双下肺片状模糊影。请呼吸科会诊后考虑重症肺炎，Ⅱ型呼吸衰竭。予呼吸兴奋剂、吸痰、无创呼吸机辅助呼吸等处理。痰培养为铜绿假单胞菌，据药敏结果在原用药基础上联合使用阿米卡星针剂加强抗感染，并转入 ICU 继续治疗。同时请精神科协助治疗。

[问题 1] 精神科医师在面临严重躯体疾病伴有精神症状的患者如何进行诊断?

思路 1:精神症状是既往精神疾病症状的延续。在联络会诊中,要明确患者既往是否有精神疾病史,目前的精神症状是既往精神症状的延续还是加重了?加重的精神症状与原来的精神症状性质是否相关?这对于判断患者目前精神症状的性质十分重要。如果目前的精神症状仅仅是既往症状的延续,或有所加重但与原来疾病的性质一致,此时需要考虑的是如何进行治疗。

思路 2:精神症状是对躯体疾病的心理反应。如果患者在躯体疾病前没有精神疾病史,目前的精神症状以焦虑、惊恐、抑郁、烦躁、激越、失眠等症状为主,此时患者的精神症状可能进一步加重躯体疾病,或者使患者面对躯体疾病时的决策水平下降,如对治疗缺乏信心、依从性下降或对医疗的过度依赖、出现消极观念和行为等。此时,针对患者的症状给予精神药物治疗和心理治疗是非常重要的。

知识点

联络会诊中的解释性心理治疗

在联络会诊中,常常发现很多躯体疾病患者的紧张、焦虑、抑郁等症状源于对疾病的性质、进一步的检查、治疗、预后的担心,这些问题可能在临床诊疗过程中被淡化或忽视,而这些恰恰是患者所需要的信息。精神科医师在会诊前应该与患者的主治医师有良好的沟通,对上述问题有比较明确的了解,这样在会诊过程中能够通过解释来消除患者的疑惑。同时也要指出,这些问题导致患者出现情绪反应,心理治疗将帮助患者在躯体疾病的治疗中有更好的感受和依从性,同时也会改善躯体疾病的预后。

思路 3:精神症状是躯体疾病的症状之一。急性精神症状是躯体疾病的表现之一。谵妄是急性躯体疾病中最常见的精神症状。

[问题 2] 本例患者目前的精神障碍可能由哪些原因导致?

思路:谵妄常常是多种因素共同作用的结果。根据目前资料,应从以下几个方面考虑:

(1) 心血管系统的影响:动脉硬化、血压增高,加上急性心肌梗死,心脏功能下降,导致大脑供血能力下降。

(2) 感染:导致发热,机体的代谢增加,合并毒性代谢产物,进一步加剧脑缺血缺氧。

(3) 患者既往患 COPD,在住院过程中呈现急性加重,加剧了肺通气不足,呼吸空气下血氧饱和度 84%;血气分析示 PaO_2 45mmHg,$PaCO_2$ 56mmHg。

知识点

躯体疾病导致急性精神障碍的主要原因

躯体与脑是一个统一体,躯体疾病也常常影响到脑,这是躯体疾病导致精神症状的基础。急性精神症状主要表现为谵妄状态,主要原因有:①各种急性感染,感染后高热及各种毒素可直接作用于中枢神经系统;②重要脏器病变,如心、肝、肺、肾功能障碍所致代谢障碍,低氧血症,水电解质紊乱和酸碱平衡紊乱;③内分泌代谢障碍,如血糖异常、肾上腺皮质功能亢进或减退、甲状腺功能亢进或减退、席汉综合征;④颅外原因所致的急性颅内压增高;⑤风湿免疫疾病侵犯中枢神经系统;⑥营养不良,如维生素 B_1、B_{12} 缺乏等;⑦药物或其他物质中毒,如抗精神病药、三环类抗抑郁药、皮质激素、抗胆碱能药、异烟肼、有机磷农药、毒蕈、一氧化碳和工业用毒物等。

[问题 3] 躯体疾病合并急性精神障碍的临床特点有哪些?

思路 1:急性精神障碍是对躯体疾病的心理反应。在此类患者中,通常有以下临床特征:

学习笔记

(1) 用躯体疾病的性质和严重程度不能从神经生物学角度解释患者的精神症状。
(2) 精神症状没有发生在躯体疾病的急性加重期。
(3) 焦虑、恐惧、做作性行为、分离转换症状等较常见。
(4) 一般无明确的意识障碍。

思路2：急性精神障碍是躯体疾病的表现。在此类患者中，通常有以下临床特征：
(1) 躯体疾病的性质和严重程度可以解释患者的精神症状。
(2) 精神症状常常发生在躯体疾病的急性加重期。
(3) 谵妄状态较为常见。
(4) 躯体疾病好转则精神症状相应缓解。

病历摘要(三)

转入ICU次日，患者出现昏睡、肌肉震颤、间断抽搐。查体：双侧球结膜水肿，瞳孔等大圆，直径4mm，对光反射迟钝。双中下肺可闻及湿啰音，腱反射减弱。急诊血气分析示：pH 7.3，PaO_2 60mmHg，$PaCO_2$ 80mmHg。考虑肺性脑病。立即气管切开，加强呼吸支持，抗感染并纠正酸碱失衡，患者意识逐渐恢复，复查血气指标好转。第二天24小时尿量300ml，急查血生化示：尿素氮8.1mmol/L(参考值范围：2.86~7.14mmol/L)，肌酐155μmol/L(参考值范围：44.3~132.6μmol/L)，血K^+ 3.1mmol/L(参考值范围：3.5~5.5mmol/L)，谷丙转氨酶62IU/L(参考值范围：0~40IU/L)，谷草转氨酶70IU/L(参考值范围：0~40IU/L)，血清总胆红素19.3μmol/L(参考值范围：3.4~17.1μmol/L)，直接胆红素11.5μmol/L(参考值范围：0~6μmol/L)，间接胆红素7.8μmol/L(参考值范围：1~11μmol/L)，葡萄糖11.6mmol/L。改亚胺培南-西司他汀针剂联合环丙沙星针剂加强抗感染治疗，同时维持肾脏灌注，给予保肝、维持水电解质平衡等治疗后患者从昏睡转为嗜睡，且白天间断烦躁，夜间有欣快、亢奋、胡言乱语，搞不清时间、地点，有时似凭空见到猛兽，恐惧挣扎，有时似在工作，口中嘟囔，双手比划。查体：体温38.3℃，巩膜黄染，双下肺可闻及湿啰音，双下肢无水肿，四肢肌张力增高，腱反射亢进，巴宾斯基征阳性。急查血常规示：白细胞15.4×10^9/L，中性粒细胞百分比88.3%，血红蛋白130g/L，血小板90×10^9/L。血气分析示：pH 7.4，PaO_2 95mmHg，$PaCO_2$ 25mmHg。血生化示：肌酐220μmol/L，尿素氮11mmol/L，肌酸激酶1347U/L(参考值范围：0~170U/L)，血清总胆红素140.3μmol/L，直接胆红素99.5μmol/L，间接胆红素40.8μmol/L，谷丙转氨酶184IU/L，谷草转氨酶325IU/L，γ-谷氨酰转肽酶100IU/L(参考值范围：0~40IU/L)，碱性磷酸酶120IU/L(参考值范围：30~90IU/L)，葡萄糖5.6mmol/L，血K^+ 5mmol/L。急诊头颅CT正常。综上考虑多器官功能障碍综合征。

[**问题1**] 本例患者目前的精神障碍可能由哪些原因导致？

思路：从上述资料可以判断有以下原因：
(1) 肺部感染依旧是产生精神障碍的原因之一。
(2) 由于既往的COPD和目前的肺部感染，加重了肺功能障碍，导致肺性脑病。
(3) 随后的急性肾功能不全和肝功能受损也是患者精神障碍的重要原因。

知识点

重要内脏器官功能障碍与神经精神障碍

重要内脏器官心、肺、肝、肾在各种有害因素的作用下功能由代偿转为失代偿，从而出现其所司的生理功能紊乱，使机体的循环、呼吸、代谢、解毒排毒等功能出现障碍，导致脑供血、供氧障碍，代谢产物积蓄，继而出现神经精神障碍。

1. 肺性脑病：由于COPD、神经肌肉无力、呼吸中枢功能不全导致肺通气功能障碍，出现动脉血CO_2分压升高和低氧血症，合并呼吸性酸中毒而致脑缺氧，是肺性脑病的主要发病机制，肺部感染常常是重要的诱发因素。根据COPD等病史，患者有呼吸困难、发绀、精神障碍等症状，实验室检查血气分析$PaCO_2$升高超过75mmHg，血氧饱和度下降为80%~40%，血pH值下降，EEG显示弥漫性高波幅慢波等可明确诊断。

2. 肝性脑病：是指严重肝病及门-腔静脉吻合术后导致的神经精神综合征。当肝脏受损，功能失代偿或未经肝脏处理的腔静脉血直接进入体循环时，氨基酸代谢紊乱，血氨增多，各种中间代谢产物积蓄，中枢单胺类递质代谢紊乱等均影响大脑功能而发生神经精神综合征。意识障碍是肝性脑病的主要表现，病情常常随肝功能的好坏而波动，神经系统出现扑翼样震颤是肝性脑病的重要体征，实验室检查以血氨增高（超过200mg/dl）为特征。

3. 心源性脑病：心源性脑病是指各种心脏疾病导致循环障碍，如心脏搏出量减少、血压骤降，使脑血流量下降，脑部缺血缺氧，脑细胞代谢障碍及水肿所致。

4. 肾性脑病或尿毒症性脑病：是指各种原因引起的急、慢性肾功能衰竭导致的精神障碍。肾为机体主要的排泄器官，其功能受损势必导致各种有害物质积蓄，水、电解质及酸碱平衡紊乱，若伴发肾性贫血，精神症状可进一步加重。急性肾功能衰竭所致的精神障碍常常以意识障碍为主，慢性肾功能衰竭则常常出现行为和人格的改变。

[**问题2**] 如何治疗严重躯体疾病伴有精神症状的患者？

思路1：重点针对精神症状相关的治疗。会诊时将患者的精神症状作为关注的焦点，主要解决两个问题：精神病性症状和睡眠节律紊乱。

思路2：与患者的主管医生联络，共同制订治疗方案。与相关医师讨论拟定综合治疗方案，根据患者的病情，积极治疗肺部感染，改善患者通气能力，关注心血管情况。在上述治疗的基础上先夜间给予唑吡坦5~10mg，逐渐纠正睡眠节律紊乱，患者的精神症状可能随之得到改善。

学习笔记

知识点

严重躯体疾病合并精神疾病时的治疗原则

1. 躯体疾病的治疗优先，积极治疗原发的躯体疾病，通常在采取有效的病因治疗后精神障碍可得到缓解。

2. 支持治疗非常重要，包括保证营养，维持水、电解质和酸碱平衡，维持血氧分压，改善脑部循环。

3. 对精神症状的控制目标是患者能够配合躯体疾病的治疗；过度镇静是治疗中常见的问题，因此精神药物治疗的剂量宜小，增量宜慢。应充分考虑药物的不良反应和禁忌证，通常短期使用，在精神症状缓解后即逐渐停药。

4. 精神药物的应用要避免与治疗躯体疾病的药物产生过多的交互作用。

5. 持续监测药物的不良反应是必须的。

6. 加强护理，对意识障碍者应以预防感染、外伤、冲动和照料基本生活为主，良好的护理直接关系到疾病的预后和结局。

[**问题3**] 如何治疗器质性精神障碍中最常见的综合征——谵妄？

思路：谵妄是综合医院住院患者中最常见的精神障碍之一，主要由躯体疾病、脑器质性疾

病、精神活性物质使用等因素所致。由于此症状病因复杂、临床表现变异度大，治疗需要个体化，故其治疗也相对复杂。对于病情复杂而严重的患者，将其置于ICU中治疗是最重要的保障。

知识点

谵妄的治疗原则

对谵妄的治疗环境应安静，尽量避免过强刺激，由于患者常常有睡眠昼夜节律的变化，黑暗可能使患者更加恐惧，故夜灯是必不可少的。

最为重要的是病因治疗和支持治疗。精神科会诊的主要目的是控制患者的兴奋躁动症状。精神药物的应用应充分考虑患者的原发疾病、目前重要脏器的功能、医疗环境和技术的支持能力、患者用药的历史和目前的药物使用情况、医师的治疗经验和家属的接受情况。在权衡利弊并尽可能与病人家属有良好沟通的情况下，选择相对安全、有效、作用迅速、半衰期短的精神药物，应尽量使用最小有效剂量短期治疗。对于无法口服的患者，在良好的呼吸循环支持的条件下使用咪达唑仑静脉滴注，或地西泮静脉滴注或推注；条件不允许时可用地西泮5~10mg或氟哌啶醇5~10mg肌内注射；对于可口服的患者可使用小剂量奥氮平、喹硫平等治疗。

[**问题4**] 如何帮助患者适应重症监护病房？

思路1：患者意识清晰时对ICU的适应。

(1) 环境：在ICU的设置中需要更人性化的环境，如单间病房、夜间隔音、昼夜节律的体现、轻柔的背景音乐、对个人隐私的保护、让患者尽量少地感知其他的抢救和死亡等。

(2) 社会支持系统：如果条件允许，患者每天有一定时间看到亲人非常重要；医护人员在日常的治疗和护理中要增加与患者的交流和沟通。

(3) 解释：对患者的需求作出合理的解释及恰当的应对。

(4) 会诊联络：应帮助患者认识和适应目前的状态，使其在治疗期间有较好的合作性；精神病学医师应针对症状进行治疗，对明显的焦虑、抑郁、睡眠障碍、精神病性症状等，可结合患者的原发疾病情况给予相应的精神药物治疗，必要而病情允许时可小剂量使用苯二氮䓬类药物缓解患者的焦虑。

(5) 离开ICU：若疾病好转，要帮助患者做好撤离ICU的心理准备，如提前告知可能撤离的时间、撤离后持续治疗的大概情况等，并和患者家属一起来做好患者撤离的准备。

思路2：患者意识障碍时如何处理？在ICU，大约70%的患者可能出现意识障碍，这些障碍大部分是前述的各种脑和躯体疾病所导致的。由于部分患者处于谵妄状态，甚至伴不协调精神运动性兴奋，此时的治疗要以减少其严重精神症状，特别是不协调的精神运动性兴奋为主，这样才能保证其他治疗的顺利实施；这些患者常常睡眠节律紊乱，故恢复其睡眠的生理节律也非常重要，此时小剂量第二代抗精神病药是恰当的推荐。

知识点

影响患者适应ICU的原因

患者在意识清晰时，因疾病较为严重或者可能更为严重而必须进入ICU治疗，此时垂危的躯体功能需要持续受到监视和控制，现代化的医疗器械和各种药品从各种管道进入机体、疼痛及各种不适、对生命的期望、对死亡的恐惧、对自控的丧失、与亲人的分离、对陌生环境的恐惧、睡眠被扰乱，加上疾病本身造成的一系列病理生理过程和心理反应，构成了在ICU中威胁个体心理健康的重要因素。患者最有可能出现的精神症状是焦虑和恐惧。

学习笔记

病历摘要(四)

经过治疗，患者病情明显好转。除肾功能外，其他实验室指标也恢复正常。医生建议患者出院后定期复查肾功能，到肾内科就诊。患者出院后夜尿增多，自行加服中草药，服药1个月余，夜尿消除，于是改以中草药治疗为主，又2个月过去了，日间的尿量也逐渐减少，且晨起时常眼睑水肿，双足也渐渐肿了起来，并一天天蔓延至双膝关节以上，食欲下降，头昏，疲乏，记忆力下降。到医院检查血生化：肌酐775μmol/L，尿素氮29.4mmol/L。医生告知患者为慢性肾衰竭尿毒症期，建议血液透析治疗。

患者得知近期大量可疑肾毒性药物的使用也是加速且使得肾功能出现不可逆转损伤的重要原因之后，追悔莫及，想到未来的痛苦和没有质量的生活，感到绝望，情绪低落，生不如死，并欲上吊自杀，幸被家人及时发现制止，在家人的关心和精神科医生的劝说和治疗下，想到将来可以通过肾脏移植延长生命和提高生活质量，患者勉强答应开始血液透析治疗。

[**问题**] 如何帮助慢性严重躯体疾病患者？

思路1：增加患者对慢性躯体疾病治疗的依从性。在慢性疾病的治疗中，治疗的依从性对治疗的预后有深远的影响。因此，疾病的个案管理成为慢性非传染性疾病治疗的重要手段。在疾病特别是严重疾病的个案管理中，需要患者的监护人、社区医生、与躯体疾病治疗相关的专科医生、精神科医生等通力合作，对在疾病治疗过程中出现的各种躯体和精神问题进行随访、监测、评估并采取相应的医疗措施。

知识点

精神科医师在增加慢性非传染性疾病患者治疗依从性中的作用

精神科医师在参与评估过程中应关注以下几方面的问题：

1. 患者是否有达到诊断标准的精神障碍。在长期严重疾病的影响下，患者可能会出现焦虑、抑郁、分离转换障碍、人格改变等问题，少数患者甚至出现妄想等精神病性症状，因此，系统的精神检查非常必要。

2. 患者对躯体疾病治疗结局的认识。

3. 患者对生命的认识。

4. 患者的社会支持系统如经济、家庭的人力资源等。

在联络会诊中，上述一些问题的解决是精神科医师能够有所作为的，一些问题需要相关专业人员协助解决。但重要的是找到影响患者对治疗依从性的主要原因。

思路2：对慢性躯体疾病伴抑郁障碍的识别。本例患者经历了重大医疗过程后认为可能顺利康复了，可是另一个更严重的躯体疾病已经发生，患者经历如此多的疾病打击后开始出现抑郁情绪。她的抑郁情绪能被诊断为抑郁障碍吗？

知识点

慢性躯体疾病与抑郁障碍

在综合医院中，慢性躯体疾病与抑郁障碍共病率较高，导致抑郁发作的病因是异质性的，因此要分析患者目前存在的抑郁发作与相关因素的关系，这种分析有利于后续的临床处理。

抑郁障碍的一般危险因素也适用于躯体疾病患者，其他危险因素包括既往抑郁发作、

学习笔记

躯体疾病对个人造成的影响以及所需要的治疗类型。当抑郁与躯体疾病共病时，常常难以判断他们的因果关系，更多的是躯体疾病与抑郁交互作用，生物因素和心理-社会因素在不同的躯体疾病和抑郁发作组合中的作用不同，故有时需要会诊联络精神病学医生针对不同的患者进行判断。

严重的躯体症状可能掩盖患者的抑郁，或将抑郁误诊为躯体症状；患者、家属因为害怕精神科的诊断和治疗，或对精神科的诊断有耻辱感，可能对抑郁否认；在不愿意表达精神痛苦的文化和社会群体及个人中，更可能用躯体症状来描绘其可能的精神障碍；更多的是将抑郁理解为对躯体疾病的反应而不给予相应的关注。

思路3：对慢性躯体疾病伴抑郁障碍的治疗。首先需要决策的是患者是否需要药物治疗还是仅仅给予心理治疗。一般来说，抑郁的严重程度和患者对治疗的偏好是选择治疗的重要因素。轻度抑郁可以仅仅使用心理治疗，而本例患者存在自杀行为，已经达到重性抑郁发作的标准，药物治疗是必须的。

知识点

慢性躯体疾病伴抑郁障碍的治疗

在躯体疾病共病抑郁的治疗中，需要考虑以下几方面的问题：

1. 抑郁危险度的评估，评价抑郁或目前的躯体疾病是否会导致患者自杀。

2. 治疗躯体疾病的药物或其他手段是否会导致抑郁。

3. 治疗抑郁的药物对原发躯体疾病是否有影响，特别是远期的影响。

4. 治疗抑郁的药物与治疗躯体疾病的药物是否有相互作用，这种相互作用对疾病的治疗有影响吗？

5. 药物治疗的整个过程包括药物的使用剂量、起效时间，治疗的急性期、巩固期、维持期的概念被患者、患者家属、治疗患者躯体疾病的医师理解吗？

6. 在改变患者对躯体疾病和治疗的认知、改变患者的治疗动机、转换社会角色、改变家庭等社会支持、丧失和自杀的危机干预方面，心理治疗如何影响患者？

病历摘要（五）

患者开始尚能坚持每周3次的血液透析治疗，后患者想放弃治疗，最长间隔3周才透析。在一次长时的透析中，患者出现烦躁、头晕、头痛、呕吐和抽搐，经治疗后症状缓解，医生建议患者短时高频度透析以避免类似情况再发。在家人的支持下患者规律透析，数月后家人发现患者变得敏感多疑，逐渐怀疑邻居有人跟踪企图迫害自己，而后坚信某几个亲戚是陷害自己的主谋，夜间睡眠差，家人咨询医生后将患者送精神科进一步治疗。

[问题] 如何识别和处理血液透析治疗中的精神障碍？

思路：在慢性肾衰竭进行血液透析的长期治疗中的病例管理：

(1) 建立患者的社会支持系统，鼓励患者坚持治疗。

(2) 定期进行透析治疗。

(3) 对患者的精神状态进行持续的评估，并给予必要的诊疗。

学习笔记

知识点

血液透析与精神障碍

患者处于肾衰竭失代偿期时，血液透析是其维持水电解质平衡、排出部分代谢产物的重要方法。如不进行及时透析，血液中的有害物质多，处于高渗状态，数小时的透析使血中尿素等有害物质迅速下降，而脑内下降缓慢，最终导致脑水肿和颅内压升高，继而出现神经精神症状，称为透析性脑病或透析平衡失调综合征（dialysis disequilibrium syndrome）；此外，水、电解质紊乱及患者对治疗的恐惧也与精神症状有关。

临床主要表现为头痛、恶心、肌肉痛性痉挛、焦虑、抑郁、兴奋躁动等，严重者出现癫痫或意识障碍。病程持续数小时至1~2天。治疗原则为积极纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱，出现兴奋时可使用小剂量精神药物。每次透析时间延长或多次短程透析可防止症状的发生。

此外，透析治疗是一个慢性过程，患者对自身疾病和治疗的认识与治疗成败关系密切，此时心理治疗在于让患者认识疾病和治疗过程，鼓励患者完成治疗，这可能会减少精神障碍的发生率。

部分患者在长期的治疗过程中，可能逐渐出现抑郁、人格改变，甚至出现精神病性症状，此类患者预后不佳。在治疗中主要以小剂量抗精神病药物治疗为主。

病历摘要（六）

由于患者难以坚持长期的血液透析，肾移植成为患者的治疗选择。

学习笔记

［问题］如果进行肾脏移植，要注意哪些环节可能发生精神障碍？

思路：在肾移植前需要进行精神病学评估。由于患者长期患病，并在疾病过程中数度出现精神障碍，因此在决定进行肾移植前必须评估其精神状态，并通过可能的治疗使其在没有精神症状的基础上接受手术。

知识点

器官移植与精神障碍

随着免疫抑制水平的提高，器官移植技术逐渐成熟，但选择移植是重大的应激性事件，在整个过程都可能出现精神障碍。

1. 术前焦虑。患者担心手术能否成功，成功后可能出现排异，不成功可能再移植或死亡。
2. 术后容易出现谵妄。
3. 长期使用免疫抑制剂导致的精神障碍。
4. 排异问题得不到解决，可发展成抑郁。
5. 对治疗排异的不依从导致病情恶化。
6. 对器官移植的心理反应：主要是对植入器官的心理排异和心理同化。心理排异多见于术后初期，患者对移植器官有“异物”感，从主观上的功能不协调感到对生命担忧而恐惧不安；有的患者因为靠别人的器官生存而产生自罪感。而心理同化的患者喜欢打听供体的情况，并因之发生相应的心理改变。

肾移植患者的精神障碍发生率约为1/3，主要是焦虑与抑郁，严重的也可出现自杀。移植肾的供体是活着的亲属时，发生率可高达57%。

精神科医生应该对这些患者进行术前评估、心理干预和术后相关治疗，目的是使患者顺利地接受手术，并在后期配合进行相关情绪障碍和抗排异的治疗。

第二节　内分泌代谢疾病与精神障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

女,58岁。因“烦渴、多饮、多尿8年,乏力、纳差、睡眠差半年余”于2013年10月9日11:00入住糖尿病科。

8年前无明显诱因出现心情烦躁、口渴,每日大量饮水,约3000~5000ml/d,尿量增多,每日尿量>2500ml,食欲增强,每日可吃4餐饭,但体重减轻(具体数值不详),当时测空腹血糖及3餐后2小时血糖均升高(具体数值不详),OGTT试验阳性,诊断为“2型糖尿病”。长期予门冬胰岛素30/70R皮下注射治疗(患者身高160cm,体重75kg,每日胰岛素总量28U,早餐20U,晚餐8U),空腹血糖波动于6~8mmol/L,餐后2小时血糖波动于8~11mmol/L,血糖控制基本稳定。半年前同时出现乏力、纳差、恶心、腹胀,情绪低落,睡眠差以入睡困难为主,时有早醒,但有时彻夜无眠,伴有心悸、出汗、胸闷等,同时血糖控制不稳定,空腹血糖>9mmol/L,餐后血糖>15mmol/L,今为进一步诊治收住糖尿病科。病程中精神欠佳,纳差,睡眠差,大便干燥,小便多。

[**问题**]如何看待患者病程中的抑郁情绪?

思路1:抑郁发作是2型糖尿病的伴发病。2型糖尿病与精神疾病关系密切,在糖尿病患者群体中,抑郁障碍的患病率高于一般人群;在双相障碍和精神分裂症患者中,糖尿病的患病率也高于一般人群,因此认为抑郁障碍和2型糖尿病在病因和发生机制上有一定的关系,更多的认识是将糖尿病作为一种心身疾病,而抑郁障碍的危险因素也与心理-社会因素相关。从这个角度出发,对抑郁障碍相关的心理-社会因素进行干预,对抑郁障碍进行治疗将有助于糖尿病的好转。因此在治疗糖尿病的同时要积极治疗患者的抑郁障碍。

思路2:抑郁是2型糖尿病的并发症。2型糖尿病影响血管内皮细胞,产生糖尿病性血管病变。中枢神经系统的血管病变作为全身血管病变的一部分,本例患者要进一步检查其中枢神经系统。

知识点

糖尿病与精神障碍

由于长期血糖增高,致使血管内皮细胞损伤,导致中枢神经系统产生进行性的全面损伤,产生的精神症状包括:焦虑和抑郁发作;认知功能受损,部分患者导致痴呆;精神病性症状;影响自主神经系统,产生自主神经系统功能紊乱的症状;影响神经内分泌系统,导致内分泌系统进一步受损;精神药物影响代谢,治疗过程中影响血糖,控制困难。此外,还有几种情形容易导致精神障碍:

1. 糖尿病酮症酸中毒:可能出现意识障碍,其临床表现个体差异较大。早期表现为精神不振,头晕、头痛,继而烦躁不安或嗜睡,逐渐进入昏睡,各种反射迟钝甚而消失,最终进入昏迷。意识障碍的原因尚未阐明。严重脱水、血浆渗透压增高、脑细胞脱水及缺氧等对脑组织功能均产生不良影响。

学习笔记

2. 糖尿病高渗性昏迷：患者原有胰岛素分泌不足，在诱因作用下血糖急骤上升，致细胞外液呈高渗状态，发生低血容量高渗性脱水，原有动脉硬化使大脑皮质供血不足和缺氧，以致造成精神神经症状及昏迷。

3. 低血糖症：血葡萄糖低于正常的一种临床现象。凡血糖利用过度和生成不足时均可导致低血糖症，如胰岛素瘤、降血糖治疗药物、特发性低血糖、胃肠手术、严重肝病等。当脑细胞葡萄糖供应不足时可出现功能障碍，受累部位可从大脑皮层开始，逐渐波及间脑、中脑、脑桥和延髓。临床表现开始为焦虑、心悸、烦躁不安、易激惹、头昏；随后出现精神萎靡、注意力不集中、记忆力下降、思维效率下降、兴奋躁动、抽搐、意识障碍；长期反复发作可导致人格改变及智能障碍。治疗原则是针对导致低血糖的原因进行治疗，低血糖发作时立即静脉注射高渗葡萄糖。

病历摘要(二)

入院查体：T 36.8℃，P 90 次 / 分，R 20 次 / 分，BP 130/85mmHg，体重 75kg，身高 160cm，步入病房，一般情况可，生命体征平稳，神志清。头发稀疏，面色略苍白，表情淡漠。胸廓无畸形，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音。心界无扩大，心率 90 次 / 分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，肠鸣音 3 次 / 分，双下肢无水肿。神经系统检查无阳性体征。入院后检查，血常规：未见明显异常；尿常规：尿糖(+)，酮体(-)；肝肾功能、血脂正常；糖化血红蛋白百分比 7.8 %，血清果糖胺 315μmol/L；甲状腺功能：T_3 0.97ng/ml(0.87~1.77ng/ml)，FT_3 1.8pg/ml(2.4~6.7pg/ml)，T_4 4.6μg/dl(4.5~10.9μg/dl)，FT_4 0.63ng/dl(0.87~1.56 ng/dl)，TSH 6.08μIU/ml(0.55~4.78μIU/ml)；头颅 MRI：脑室旁白质脱髓鞘；心电图：窦性心律。

经入院后初步检查，发现三个新问题：

1. 体重超重：BMI=75kg/$(1.60m)^2$=29.30，即患者体重指数达到超重的上限(25~30)。

2. 甲状腺功能减退。

3. 脑室旁白质脱髓鞘改变。

精神科会诊：精神检查患者衣着整洁，神志清，表情淡漠，接触被动，对答切题，时间、地点、人物定向正确，记忆力下降，以近期记忆为主，引出中度抑郁及焦虑情绪，存在消极、悲观观念，但无自杀计划及行为，未引出幻听、妄想，常识、理解、判断和计算力等与其文化程度相匹配，日常生活可自理，自知力存在，社会功能轻中度受损。

HAMD 评分 25 分，HAMA 评分 22 分。

精神科初步诊断：抑郁障碍发作，伴焦虑。

其他诊断：1. 2 型糖尿病。

2. 甲状腺功能减退。

3. 脑室旁白质脱髓鞘改变。

[**问题**] 如何系统考虑患者的诊疗方案？

思路 1：对体重的评估和考虑。患者未达到代谢综合征的诊断标准，但需要进一步检查患者是否有睡眠呼吸暂停综合征。多导睡眠图(polysomnography，PSG)是确诊的重要手段。长期患此病，患者并不一定知晓，但在睡眠中，全身重要脏器均处于不同程度的缺氧中，经过漫长的病程，最终导致这些器官不可逆的损害而出现相应的临床表现。在年龄大、超重或肥胖、有代谢综合征、高血压等疾病的患者中，这是一项非常重要的检查。

学习笔记

知识点

睡眠呼吸暂停综合征与精神障碍

睡眠呼吸暂停系指睡眠中口和鼻气流均停止10秒以上；低通气则是指睡眠中呼吸气流幅度较基础水平降低50%以上并伴有4%以上的血氧饱和度下降。睡眠呼吸暂停综合征是指7小时睡眠中呼吸暂停及低通气反复发作在30次以上，或呼吸紊乱指数(respiratory disturbance index，RDI)即睡眠呼吸暂停+低通气指数(apnea-hypopnea index，AHI，即平均每小时睡眠中的呼吸暂停+低通气次数)大于或等于5次/小时。

睡眠呼吸暂停综合征分为以下三型：①阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome，OSAHS)：睡眠时口和鼻气流停止或减低，但胸、腹式呼吸仍存在，临床上主要是此类病人；②中枢型睡眠呼吸暂停综合征(central sleep apnea syndrome，CSAS)：睡眠时口、鼻气流和胸、腹式呼吸运动同时停止，膈肌和肋间肌也都停止活动；③混合型睡眠呼吸暂停综合征：指一次呼吸暂停过程中开始时出现中枢型呼吸暂停，继之出现阻塞型呼吸暂停。

本病男性多见，肥胖者较多，随年龄增长其发病率也增高。几乎所有的患者均有不同程度的打鼾，并多有睡眠中憋醒的经历。由于睡眠质量差，常出现白天嗜睡，可有记忆力减退、注意力不集中、情绪改变等精神症状，长期则可能出现认知功能损害。患者出现高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、肺源性心脏病、糖尿病、继发性红细胞增多症等时还可有相应的症状和体征。

多导睡眠图检查同步记录患者睡眠时的脑电图、肌电图、口鼻气流、胸腹呼吸运动、动脉血氧饱和度、心电图等多项指标，可准确地了解患者睡眠时呼吸暂停及低通气的情况。

思路2：治疗其甲状腺功能减退，可部分改善抑郁情绪。

知识点

甲状腺功能障碍与精神障碍

1. 甲状腺功能亢进所致精神障碍：甲状腺功能亢进所致精神障碍可表现为注意力不集中、记忆力下降、多言多动、紧张、焦虑、易激惹、心悸、胸闷，严重者可出现躁狂状态；部分患者可出现精神萎靡、抑郁。在感染、应激时可出现甲状腺危象，此时的精神症状以意识障碍为主，可有焦虑不安、嗜睡或谵妄，严重者出现昏迷。治疗原则是积极控制甲状腺功能亢进，防止感染；精神症状的治疗原则是对症治疗，可选用第二代抗精神病药或苯二氮䓬类药物。

2. 甲状腺功能减退所致精神障碍：甲状腺功能减退是由多种原因引起的甲状腺激素合成、分泌或生物效应不足所致。若疾病始于胎儿期或婴幼儿期，可导致精神发育迟滞及躯体发育不良，临床上称为呆小病；儿童期发病若未得到及时治疗仍可导致智力发育低下；成年发病主要表现为记忆减退、反应迟钝、抑郁、嗜睡、木僵及特征性的黏液性水肿。甲状腺素治疗具有良好效果，抑郁严重时可用SSRIs抗抑郁药治疗。

临床需要注意的是，许多抑郁障碍患者伴有甲状腺功能减退或亚临床的甲状腺功能减退，此时的治疗需兼顾抑郁障碍和甲状腺功能减退。

思路3：针对脑室旁白质脱髓鞘改变的治疗。

学习笔记

知识点

脑白质脱髓鞘与精神障碍

导致脑白质病变的病因非常多，血管病变、神经系统变性（硬化）、感染、中毒、白质营养不良等均可发生。根据病变的部位、速度、时间长短，可出现各种神经精神障碍，在精神障碍领域中认知障碍和情感障碍经常发生。在有血管疾病作为病变基础的老年患者，血管相关的病变十分常见，目前也作为抑郁障碍发作的危险因素。由于小血管病尚不能被直接检测，MRI 脑白质高信号都可被视为小血管病的替代性标记物。

遗憾的是，目前没有针对脑白质脱髓鞘病变的满意治疗。

病历摘要（三）

入院后根据相关检查调整胰岛素剂量以稳定血糖，门冬胰岛素每日总量 36U，早餐前 24U，晚餐前 12U，皮下注射；口服左甲状腺素片 50μg qd 以控制甲状腺功能减退。口服艾司西酞普兰 10mg qd，阿普唑仑片 0.4mg qn 以改善抑郁情绪和睡眠。该患者经治疗后血糖稳定，抑郁情绪部分缓解出院。出院后定期复查甲状腺功能，每半个月到精神科门诊就诊，治疗 1 个月后情绪明显改善，睡眠、饮食正常，HAMD 评分为 12 分，目前继续复诊随访。

［问题］如何在慢性非传染性疾病的治疗中体现整体医学？

思路 1：对躯体慢性非传染性疾病的专业治疗。高血压、2 型糖尿病等慢性非传染性疾病病程长，初始阶段常常被忽略，在疾病的发展阶段，疾病的躯体症状、对疾病的心理反应、疾病对中枢神经系统的破坏是导致这些患者产生情绪障碍的重要因素。因此，积极治疗这些疾病可明显改善患者的情绪症状。

思路 2：健康教育。要针对患者的疾病拟订健康教育处方，包括针对患者原发疾病和精神障碍的处方，让患者能根据这些处方改变自己的行为模式。

思路 3：对精神障碍进行专科治疗。在慢性躯体疾病中，导致精神障碍的原因是综合的，在本例患者中，几乎所有的躯体疾病均以不同的机制来影响患者的抑郁情绪，在专科治疗抑郁障碍时，必须考虑到躯体疾病可能会影响抗抑郁治疗的疗效，而这个问题会随着躯体疾病的严重程度加剧而更加难治。

病历摘要（四）

在随访过程中，患者的抑郁情绪时好时坏，从未达到临床痊愈。偶有情绪波动时拒绝所有的治疗，这使得血糖控制不佳。此外，患者感到尽管情绪波动，但较既往好，自行将抗抑郁药艾司西酞普兰减到 5mg/d。2 个月后家属发现患者抑郁加重，胰岛素使用未按医嘱执行，有时拒绝进食，称自己要死了。患者家属急送患者到医院治疗。

在医院急诊查随机血糖为 12.3mmol/L，内分泌科医师认为患者目前的主要问题是抑郁发作伴自杀观念，建议精神科会诊。

经过精神科医师会诊后，HAMD 评分 31 分，诊断为复发性抑郁障碍，收住院进一步治疗。

［问题］如何关注精神科病房中有消极观念患者的安全？

学习笔记

知识点

自愿住院患者的医疗安全

1. 积极治疗精神症状是医疗安全的重要保障：尽管患者是自愿住院，但必须记住患者的精神症状是经常波动的，患者的行为可能会受到波动的精神症状影响，或者环境影响其精神症状，使其出现行为异常，这些状况都可能影响医疗安全。

2. 积极治疗精神症状的前提是客观判断患者的精神症状：不要片面地把注意力集中在精神症状的归因解释而忽视治疗。

3. 对患者的任何主诉和感受保持持续的敏感性：应当尽可能地利用医疗资源，用科学的证据来支持或否定患者的主诉以及是否有器质性病变的基础，要及时和全面地进行实验室检查，以及请相关科室会诊。

4. 合理选择精神药物：根据患者的症状和药物的适应证选择精神药物是基础。在治疗过程中，可小剂量开始，快速滴定，如果需要，可合理合并使用精神药物。

5. 对疾病症状进行持续评估：用量化评估去评价治疗的结果，同时也对患者在治疗过程中可能的不良反应进行实验室评估，使治疗过程在安全的掌控之内。

6. 必须超剂量或超适应证使用精神药物时，应获得患者及其监护人的书面知情同意。

7. 在整个治疗过程中必须对患者进行监护，直到消极观念消除。

病历摘要(五)

在加用艾司西酞普兰至20mg/d治疗3周后，患者的自杀观念减少，但其他抑郁症状缓解不明显，睡眠仍然不佳，空腹血糖在12~18mmol/L间波动，给予米氮平15mg qn，并请内分泌科调整胰岛素剂量后血糖逐渐稳定，抑郁情绪明显缓解，HAMD评分为12分。出院后继续维持治疗。

[**问题**] 在躯体疾病伴发抑郁障碍中，抑郁的治疗应该如何进行？

思路1：选用的抗抑郁药要避免影响躯体疾病和躯体疾病的治疗。尽可能选择对CYP450酶影响小的抗抑郁药，如西酞普兰、艾司西酞普兰、米氮平等，同时也要关注这些药物对躯体疾病的影响，特别是当这些药物的不良反应可能增加躯体疾病症状时。

思路2：关注躯体疾病的治疗。精神科医师要关注相关躯体疾病的治疗，关注的前提是要理解抑郁障碍是一个异源性疾病，不同的患者有不同的原因，很多躯体疾病与抑郁障碍的共病率高就说明这些躯体疾病与抑郁障碍有相似的病因和发病机制，如高血压和抑郁障碍患者的下丘脑-垂体-肾上腺轴(hypothalamic-pituitary-adrenal axis，HPA)的高活动、血管损伤对神经系统功能和结构的影响等，因此必须治疗患者的相关躯体问题，抑郁障碍的治疗效果才能得到提升。

知识点

综合医院中的难治性抑郁

在综合医院中，抑郁障碍常常伴有躯体疾病，这些躯体疾病与抑郁的关系是复杂的，可能对抑郁障碍的治疗造成影响，增加难治性抑郁障碍的比例，因此在治疗躯体疾病相关的抑郁障碍中要注意以下问题：

1. 理解躯体疾病与抑郁障碍的相互影响，在治疗过程中要贯彻躯体疾病与抑郁障碍同时治疗的理念。

2. 使用的治疗措施不能成为加重另一个疾病的因素。

学习笔记

3. 治疗不能相互干扰，如一种药物对CYP450的抑制作用导致另一种药物的血药浓度异常增加。

4. 及时关注和处理相关的心理-社会因素对患者的影响。

第三节　风湿免疫性疾病与精神障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

女，38岁，已婚。因“多关节疼痛半年，皮疹1个月余，发热5天，意识模糊1天”入院。

患者于半年前无明显诱因出现多关节疼痛，主要累及双手指间、双腕、双膝、双肘关节，无明显晨僵，无关节肿胀，未行系统诊治。1个多月前颜面出现红斑，光照后更明显，遂至当地医院就诊。查自身免疫抗体示：抗核抗体(ANA)(+)、抗双链DNA(ds-DNA)(+)，诊断考虑“系统性红斑狼疮”，给予口服甲泼尼龙片每日3片治疗，症状有所缓解。5天前无明显诱因出现发热，体温最高至40℃，无畏寒、寒战，在当地医院输液治疗(具体不详)，发热无明显好转，至另一医院就诊，给予抗感染、抗病毒、抗炎等治疗后症状无明显缓解，今日出现意识不清，急诊转至我院，收住风湿免疫科。病程中四肢活动不灵、头痛、恶心、呕吐，无咳嗽、咳痰等不适。自起病以来，精神、睡眠欠佳，饮食差，大小便正常，体重无明显变化。

入院查体：体温38℃，脉搏89次/分，呼吸20次/分，血压99/62mmHg。一般情况欠佳，意识模糊，查体不合作。颜面见片状红斑，双侧腋窝、锁骨下触及多个肿大包块，有活动感。心、肺、腹部检查无异常，神经系统检查无异常。

[问题] 患者的意识障碍主要是什么原因导致的？

思路1：意识障碍的主要原因是由于感染所致。躯体感染可导致精神障碍，在感染和高热作用下，精神障碍的主要临床表现是在疾病的高峰期出现谵妄状态。但本例患者缺乏感染灶相应的症状，抗感染治疗效果不佳。

知识点

躯体感染所致精神障碍的诊疗原则

病毒、细菌的毒素可直接作用于中枢神经系统，导致脑细胞的损害或功能失调；感染时机体代谢增加，代谢产物蓄积，高热，缺氧，能量供给不足，水、电解质和酸碱平衡紊乱，脑细胞水肿等均影响脑功能。

诊断首先是明确急性感染的存在，且精神症状的严重程度与感染的严重程度一致，随着感染的控制，精神症状应日趋好转。部分老年患者对感染的躯体反应较差，精神症状如不协调性精神运动性兴奋或谵妄可能是感染最初的症状。

主要针对感染的病原进行系统的抗感染治疗，同时进行必要的支持治疗。在精神障碍的治疗中要采取动态的治疗措施，如谵妄患者的不协调性精神运动性兴奋要临时给予小剂量的苯二氮䓬类药物或抗精神病药如奥氮平、喹硫平等，但必须注意的原则是小剂量开始，不增加患者的意识障碍，不影响患者的呼吸和心血管功能。这些治疗均需在密切的监护和不同专业医师的合作下完成。

学习笔记

思路2：要考虑系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）导致的精神障碍。SLE是一种常见的结缔组织疾病，常有多系统、多脏器的损害，精神障碍的发生率为20%~40%。因此，患者的精神障碍是SLE的症状之一。

知识点

SLE与神经精神障碍

SLE常有中枢神经系统的直接损害和功能障碍，同时皮肤、浆膜、肾脏等部位和脏器的损伤所致功能障碍也是导致精神障碍的重要原因，一些患者对SLE的心理反应也加入到精神症状中。本病女性多见，常起病于青壮年。早期在低热、关节痛等症状的背景上出现乏力、头晕、头痛、注意力不集中、记忆力减退、思维迟缓、情绪不稳定、睡眠障碍等；可出现听或视幻觉、妄想、抑郁、轻躁狂等症状；病情进展而严重时出现意识障碍，通常表现为谵妄状态，发作可能持续几小时或几天；病程较长者可出现全面的智能损害，同时可伴有焦虑或情绪不稳定；多数患者有轻瘫、病理反射；在疾病过程中，抑郁和焦虑是常见的；少数患者可出现躁狂状态或精神分裂样障碍，这类患者被视为慢性狼疮性脑病患者。

诊断SLE所致精神障碍的前提是确立SLE的诊断，同时要鉴别精神症状是是对SLE的心理反应，还是治疗药物（如激素）所致的精神障碍，最终才能确立SLE所致精神障碍的诊断。

重要的治疗是皮质激素治疗。脑病患者用甲泼尼龙冲击法或血浆置换疗法，神经精神症状常常随着SLE的好转而好转。精神分裂样障碍、躁狂、抑郁和焦虑发作时可慎用精神药物进行相应治疗，使用时应考虑到患者多脏器损害的特征，选择对脏器损伤较小的药物，剂量也应采用最小有效剂量。积极的心理治疗可促进本病的康复。

病历摘要（二）

实验室检查：血常规：WBC 2.93×10^9/L，N% 66.2%，Hb 129.0g/L，PLT 68×10^9/L；ESR 34mm；尿常规：潜血（+），蛋白（+/−）；肝功能：白蛋白26.5g/L，球蛋白30.9g/L；尿微量总蛋白0.16g/24h，尿白蛋白排泄率（urinary albumin excretion rates，Uaer）17.08μg/ml；CK 942U/L，CRP 102.60mg/L；IgG 17.5g/L，补体C3 0.24g/L，C4 0.04g/L；自身免疫抗体：ANA（+），DS-DNA（+）；头颅MRI示：双侧额叶及右侧顶叶皮层下多发异常信号影，多考虑白质脱髓鞘改变。

入院后给予大剂量甲泼尼龙针剂1g/d，共3天，人免疫球蛋白20g/d，共5天以及环磷酰胺针剂0.8g/d冲击治疗；病情明显好转，意识逐渐清晰，发热消退。出院后仍然需要甲泼尼龙30mg/d维持治疗。出院1个月后又出现异常兴奋、睡眠减少、话多、行为冲动，有时兴高采烈，经常外出花钱，易与别人发生冲突。其亲属再次带患者来医院治疗。

精神科医师会诊后建议将甲泼尼龙减量至20mg/d，给予奥氮平5mg qn治疗，当天患者睡眠好转，治疗2周后患者精神症状明显好转，逐渐减用奥氮平后患者症状基本平稳。

［问题］患者再次出现精神症状的原因是什么？

思路1：判断患者再次出现的精神症状是否是SLE所致。SLE所致的精神症状应该与SLE病情同步，患者是在SLE好转的基础上出现精神障碍，故在此暂不考虑。

思路2：皮质激素治疗导致的精神障碍。在皮质激素治疗过程中，患者可能出现类似的躁狂发作，在处理此类患者时，如果激素所治疗的疾病允许，首先适当减少激素用量，并合理使用小剂量抗精神病药如奥氮平、喹硫平等。

［总结］

躯体疾病与精神障碍是交互作用的，很多患者的精神障碍是躯体疾病的症状之一，而脑的

学习笔记

病理改变也是躯体病理改变的一部分，因此在诊断和治疗过程中把握整体观就特别重要。同时在诊疗过程中不能忘记某些患者的疾病病理过程没有直接影响到脑的病理和功能改变，但却导致了患者对疾病的心理反应，尽管没有过多地论述这种反应，但在临床诊疗过程中是不能忘记的，因此在本章的开始我们就强调从整体观的角度去理解患者的症状，并且在治疗过程中强调心理治疗的重要性。

在躯体疾病导致的精神症状中，几乎涵盖了所有的精神症状，这些精神症状常常波动、变化，因此，及时的甄别和合理的治疗就特别重要，这时精神药物治疗的决策就显得更加精细，此时，对患者躯体疾病、精神症状、药物疗效和不良反应的评估就成为多科医师协作的目标，会诊走向联络的必由之路。

（许秀峰）

参考文献

1. 张亚林．高级精神病学．长沙：中南大学出版社，2007.
2. 江开达．精神病学．北京：人民卫生出版社，2009.
3. Khouzam HR，Tan DT. Handbook of emergency psychiatry. Mosby：Elsevier，2007.
4. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington，VA：American Psychiatric Publishing，2013.

学习笔记

第九章 精神活性物质所致精神障碍

【学习要求】

1. 掌握精神活性物质的耐受、依赖、戒断综合征等基本概念，以及阿片类和酒的依赖、戒断综合征的临床表现、鉴别诊断要点。

2. 掌握苯丙胺所致精神障碍的临床表现和诊断要点、药物治疗原则和方法。

3. 熟悉阿片类物质和酒的依赖、戒断综合征的药物治疗原则，康复与防止复吸、复饮的方法。

4. 了解精神活性物质的常见种类和滥用方式。

【核心知识】

1. 精神活性物质导致的耐受、依赖、戒断反应有共同特征，并且依物质种类不同而在具体表现上有所差异，这些差异有助于临床鉴别诊断。物质使用可导致急性中毒和慢性中毒的不同表现，临床上要注意区别。

2. 苯丙胺急性中毒常出现拟交感综合征、5-HT 综合征、谵妄；慢性中毒主要表现为情绪不稳和易激惹，注意力和记忆力损害，神经系统症状如肌腱反射增高和步态不稳等，躯体损害如体重明显下降、口腔颊黏膜的磨伤和溃疡等。

3. 阿片类物质的戒断综合征一般在中断用药后 6~12 小时出现，在 72 小时后逐渐减轻。主要表现为焦虑不安、烦躁、失眠与厌食，还有特征性的“冻火鸡”表现、瞳孔扩大、出汗、肌肉细颤、恶心呕吐、腹痛腹泻等，还有体温升高、脉搏加快、血压升高、呼吸加深加快等交感神经功能亢进的症状，最难以忍受的是各种躯体疼痛，如肌肉痛、关节痛、背痛、腹痛等。并可伴有片段意识模糊和精神病性症状如牵连观念、被害妄想等。要注意阿片类药物依赖经常共病抑郁症、广泛性焦虑、人格障碍、创伤后应激相关障碍、心境恶劣、躁狂症、行为障碍、注意缺陷障碍等多种精神障碍。

4. 酒依赖的戒断综合征通常在停酒后 4~12 小时出现，以情绪变化和一系列自主神经功能亢进症状为主，部分病人可出现癫痫发作。震颤以及震颤谵妄是酒依赖的较为特征的戒断症状。前者多发生在停饮后 7~8 小时，可由于复饮在数分钟内减轻或消失。后者是一种可能危及生命的严重表现，通常在停饮后 48~96 小时发生，表现为特征性的谵妄和震颤：意识障碍的基础上出现大量知觉障碍，如恐怖而生动的毒蛇猛兽、妖魔鬼怪等幻觉，伴有恐惧和激越的情绪与行为，同时出现全身肌肉粗大震颤，伴有发热、大汗淋漓、心跳加快，如果处理不当可致患者因高热、衰竭、感染、外伤而死亡。

5. 慢性酒中毒常造成躯体、神经、精神方面的广泛损害。常见的精神症状有酒精所致幻觉症、嫉妒妄想症、偏执症等精神病性症状，以及各种情绪障碍、神经症性症状、人格改变，还可能出现科尔萨科夫综合征（近记忆障碍、错构与虚构、定向障碍三大特征）、韦尼克（Wernicke）脑病（眼球震颤、眼肌麻痹、眼球不能外展，以躯干和下肢为重的共济运动失调，精神异常、意识模糊、定向障碍）、维生素 B_1 缺乏引起的其他神经损害症状、以消化系统为主的多种躯体损害。

6. 精神活性物质所致精神障碍的治疗依病情阶段和严重性，总体上有脱瘾治疗、支持性治疗、对症治疗和长期预防与康复等。

学习笔记

第一节　苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

男,30岁。因“反复使用摇头丸、K粉、冰毒等物质,感到被人议论,反应迟钝,情绪不稳9年余,加重伴磨牙2个月”入院。

[问题1]上述物质的化学名和分类是什么?

思路:上述物质都是人工化学合成的致幻剂和兴奋剂类毒品,也称为“新型毒品”和“俱乐部毒品”。“摇头丸”的成分是3,4亚甲基二氧基甲基苯丙胺(3,4-methylenedioxy-N-methamphetamine, MDMA),属于苯丙胺类兴奋剂(amphetamine-type stimulants, ATS),具有兴奋和致幻作用,能诱导快感、提高自信心、增强爆发力,滥用后可出现长时间随音乐剧烈摆动头部的现象,故称为摇头丸。服用后产生中枢神经强烈兴奋,在幻觉作用下常常引发集体淫乱、自残与攻击行为,并可诱发精神病性症状及急性心肝损害。

“冰毒”的成分是甲基苯丙胺(methamphetamine, MA),属于苯丙胺类兴奋剂,外观为纯白结晶体,故被称为冰毒。吸食后产生强烈的生理兴奋,大量消耗人的体力和降低免疫功能,严重损害心脏、大脑组织,甚至导致死亡。大量实验研究表明,MA对动物及人类大脑DA和(或)5-HT能神经元具有毒性。

“K粉”即氯胺酮(ketamine hydrochloride),是一种静脉全麻诱导药,属苯环己哌啶的衍生物,白色结晶粉末,无臭,易溶于水。通常在娱乐场所滥用,服用后遇快节奏音乐便会强烈扭动,会导致神经中毒反应、精神分裂症样症状(幻听、幻视等)、记忆和思维判断能力严重损害。服用者易产生性冲动。

学习笔记

知识点

精神活性物质分类

精神活性物质按药理学特性可分为四类:

1. 中枢神经抑制剂:阿片类物质、酒类、巴比妥类、苯二氮䓬类和氯胺酮(K粉)。

2. 中枢神经兴奋剂:包括苯丙胺(amphetamine)类(如冰毒、摇头丸)、可卡因、烟草(主要是尼古丁)、含咖啡因饮料(如咖啡、可乐)。

3. 致幻剂:包括大麻(marijuana)、麦角酰二乙胺(lysergic acid diethylamide、LSD)等。

4. 挥发性溶剂:包括丙酮、四氯化碳、某些溶媒等。

[问题2]精神活性物质所致精神病性障碍的共同特点有哪些?

思路:精神活性物质(psychoactive substance)是指酒精、阿片、大麻、催眠药和ATS等可引起情绪、行为和意识障碍的物质。精神活性物质所致的精神病性障碍指在使用精神活性物质期间或之后立即出现的一类精神病理现象,其特点为人物定向障碍、生动的幻觉(如听幻觉,但常涉及一种以上的感官)、妄想和(或)援引观念(常具有偏执或被害色彩)、精神运动性障碍(兴奋或木僵)以及异常情感表现(可从极度恐惧到销魂状态)。感觉往往清晰,存在一定程度的意识混浊。症状的变异受药物种类及使用者人格的影响。ATS这类兴奋性物质所致的精神病性障碍通常与高剂量和(或)长时间使用密切相关。应特别注意避免误诊为精神分裂症。只要不再使用更多的药物,精神活性物质所致的精神病性状态多数持续较短。临床医疗中还应考虑精神活

性物质加重或诱发另一种精神障碍的可能性(例如精神分裂症、心境障碍、偏执性或分裂性人格障碍)。

知识点

精神活性物质所致精神障碍的几个基本概念

1. 耐受(tolerance):反复使用某种精神活性物质后,对其剂量反应下降,因此需要增加剂量以达到原来剂量所产生的效应,这种现象叫做耐受。

2. 依赖(dependence):是指带有强制性的渴求,追求与不间断地使用某种药物或物质,以取得特定的心理效应,避免出现戒断综合征的一种行为障碍,包括精神依赖(psychological dependence)和躯体依赖(physical dependence)。精神依赖是指用药后的满足或欣快的感觉,并在精神上驱使用药者周期性或连续性用药,并产生强迫性觅药的行为,避免戒断时出现的不适感,这是构成药物依赖的主要药理特性。躯体依赖则指由于反复用药而造成的一种适应状态,断药后产生的躯体改变即戒断综合征,表现为躯体和精神出现一系列特有的症状,使人非常痛苦,甚至危及生命。

3. 戒断综合征(withdrawal syndrome):戒断综合征指长期反复高剂量地使用某种物质后绝对或相对戒断时出现的一组不同表现、不同程度的症状。其起病和病程均有时间限制并与禁用前所使用物质的种类和剂量有关,重新用药则戒断综合征得到缓解。

[问题 3] 以上病历摘要中可能存在哪些精神症状?

思路:可能有精神病性的思维障碍(感到自己被人议论)、认知障碍(反应迟钝)、情绪和行为障碍(情绪不稳定)、神经 - 生理损害(磨牙)。

[问题 4] 为明确诊断,应重点了解哪些病史?

思路:应该详细了解家族史和既往史,尤其注意患者既往有无吸食毒品时的精神状态。如既往也曾出现类似精神病性症状,应该考虑精神分裂症与精神活性物质所致精神障碍的共病;如果家族史是阳性,则应考虑为发病的素质因素。

知识点

精神活性物质所致精神障碍的诊断思路

临床表现均可归因于一种或多种精神活性物质的使用。

1. 可由病史和主诉、尿样和血样检查结果、其他依据(病人物品中混有药物样品、临床体征和症状以及知情第三者的报告)等,发现使用精神活性物质的证据并辨明种类,最好从一种以上的来源去寻找使用活性物质的有关确证。

2. 尿样和血样的客观分析能提供当前或最近使用药物的最有力的依据,但这些资料对于辨明既往的使用情况及当前的使用有局限性。

3. 许多药物滥用者服用一种以上的药物,应根据所使用的最重要的一种活性物质对疾病的诊断进行归类,往往根据某种或某类引起当前障碍的特殊药物作出判断。如有疑问,将病人最常滥用的药物进行编码。

病历摘要(二)

患者 9 年前开始在娱乐场所吸食多种毒品如摇头丸、K 粉,摇头丸 1 粒 / 次,K 粉 0.1g/ 次,间断吸食,吸食后感觉头脑发木,身体都不存在了,渐起出现吸食以前的量不能再达到以前愉快的感觉,吸食量逐渐增加,如摇头丸 2 粒 / 次,K 粉 0.2~0.4g/ 次。感觉脑子反应

学习笔记

迟钝，记忆力下降，注意力不能集中，工作没有头绪，有时感觉头脑一片空白，不吸食时感觉心慌、坐立不安。猜疑心越来越重，经常觉得周围人说话都是含沙射影针对自己，有人要害自己，有黑社会的人要追杀自己，有时感觉情绪低落，偶有活着没意思和想死的念头。做事反应慢，夜间入睡困难，晨起精神差，未予诊治。2个月前患者上述症状明显加重，并出现牙齿发抖和磨牙，最后一次吸食时间为3天前，为摇头丸2粒。为进一步治疗，由家人陪同入院。本次患病以来饮食较前减少，睡眠不规律，体重下降10kg。

既往史：无特殊。

个人史：性格偏内向，在家排行最小，自幼家人对其溺爱，无特殊生活事件。

家族史：无特殊。

体格检查：T 36.2℃，P 92次/分，R 20次/分，BP 124/85mmHg。神志清楚，时见不自主磨牙动作，两侧颊黏膜明显溃疡。入院当日尿检“四合一”提示：摇头丸阳性、甲基苯丙胺阴性、氯胺酮阴性、吗啡阴性。头部PET提示：双侧额顶枕叶髓质内可见多处糖代谢减低区。

[**问题1**] 据以上病历资料，患者可能存在哪些精神症状？如何理解患者吸食精神活性物质的剂量会逐渐增加？

思路：患者可能存在的症状有：

(1) 精神病性症状：如关系妄想和被害妄想。这是精神活性物质所致精神障碍最常见的症状之一，如本例患者表现为感觉有人要害自己，有黑社会的人要追杀自己。妄想常影响患者的情绪与行为，如有被害妄想的患者会表现警觉性高、紧张不安，甚至主动攻击等。

(2) 情感障碍症状：情绪低落，偶有活着没意思和想死的念头，做事反应慢，夜间入睡困难，晨起精神差。

(3) 耐受性增加：吸食以前的量不能再达到以前愉快的感觉，故吸食量逐渐增加，这是患者耐受性增加的表现，是许多精神活性物质共同的药理学性质。耐受常导致患者加大使用药物剂量而产生相关的伴随症状。

(4) 戒断症状：不吸食时感觉心慌、坐立不安。

(5) 认知损害症状：感觉脑子反应迟钝，记忆力下降，注意力不能集中，工作没有头绪，有时感觉头脑一片空白。

[**问题2**] 如何理解最近2个月的病情明显加重？

思路：长期使用精神活性物质造成躯体和中枢神经的毒性损害，不仅有精神状况的损害，而且有躯体和神经系统方面逐渐加重的损害。应当深入询问症状的出现是否与吸食精神活性物质有关，产生的时间、具体内容、频度与强度、持续时间、症状出现时的情景、患者对症状的反应等，搞清各个症状之间的关系（如原发和继发的关系），思考是否构成临床综合征等，尤其是症状产生的时间与吸食精神活性物质是否密切相关，用于鉴别是物质所致还是本来就患有精神分裂症而出现的精神病性症状。

知识点

苯丙胺性精神病和急慢性中毒的表现

1. 苯丙胺性精神病：是由滥用苯丙胺类兴奋剂引起且持续时间较长的中毒性精神障碍，可在长期用药中逐渐出现，也可在一次静脉注射后发生。表现为牵连观念、被害妄想或夸大妄想，并在意识清晰的状态下出现丰富的幻听或幻视。有敏感多疑的症状，逐渐发展为偏执观念或妄想（常与黑社会背景有关），并伴有相应的情感反应。在妄想支配下可采取冲动甚至自杀或杀人等暴力行为。上述症状在停止滥用后的数周内可以自行恢复。

学习笔记

2. 急性中毒：短时间内摄入一定量的ATS，体内血药浓度达到一定数值即可引发急性中毒，出现一系列机体及精神方面的障碍。导致意识水平、认知、情感或行为及其他生理功能的紊乱。表现为拟交感综合征、5-HT综合征和谵妄综合征。只有在出现中毒但不存在持续更久的酒或药物有关问题时，才以此为主要诊断。

3. 慢性中毒的临床表现：①突发的情绪变化，表现情绪不稳、易激惹，后者表现为因小事而大发脾气；②注意力、记忆力和判断力损害；③在中枢神经系统特别是肾上腺素能神经聚集的部位可出现微血管损伤和出血；④长期滥用者常会出现肌腱反射增高和步态不稳等表现；⑤由于长期厌食、睡眠差和消耗，滥用者体重明显下降；⑥由于在滥用时可有磨牙动作，长期滥用者常会出现口腔颊黏膜的磨伤和溃疡。

[**问题 3**] 患者的情绪低落是原发的吗？

思路：根据病史，患者没有引起抑郁症状的心理-社会因素，既往也没有相应抑郁症状的发作，目前出现情绪低落的症状可能与吸食精神活性物质有关。

知识点

苯丙胺类兴奋剂引发抑郁的原因

吸食苯丙胺类兴奋剂后，物质很快进入血脑屏障，促发突触前膜的5-HT能神经元从囊泡大量快速释放5-HT到突触间隙，能引起细胞外的5-HT水平迅速上升，就像水库开闸泄洪一样，如果上游来不及补充水源，就会导致水库干涸，于是突触前膜5-HT的储积被耗竭，同时还抑制产生5-HT的酶活性，导致突触间隙5-HT明显减少，从而引发抑郁症状。

[**问题 4**] K粉急性中毒有什么特殊表现？

思路："分离性麻醉"是K粉急性中毒的特殊表现。K粉的化学成分氯胺酮进入体内可抑制丘脑-新皮层系统，选择性阻断痛觉，故具有镇痛作用和精神依赖性，兴奋边缘系统，造成痛觉消失，意识模糊而不是完全丧失，处于浅睡眠状态，对周围环境的刺激反应迟钝，感觉与环境分离，即所谓的"分离性麻醉"。

知识点

K粉的毒性

在服用氯胺酮后会出现非真实感、时空穿越感、人体形象改变、梦境、幻觉以及恶心、呕吐。K粉的精神依赖性很强，足量接触一次即可上瘾。滥用K粉70mg引致中毒，200mg会产生幻觉（温和的迷幻世界），500mg出现濒死状态，过量可致死。有研究表明，氯胺酮可造成记忆缺失等认知功能损害。

氯胺酮对循环系统既能兴奋交感中枢，也能直接抑制心肌。对心肌是间接兴奋和直接抑制的综合，慢性毒性表现为心肌损害、血压上升、心率增快、血压下降、室性期前收缩，甚至心搏骤停。

消化系统的不良反应：恶心、呕吐、腹胀、胃扩张、胃出血；因胃壁过度扩张引起胃黏膜出血。

[**问题 5**] 为明确诊断，还需要进行哪些检查？

思路：进行全面的体格检查、神经系统检查和必要的辅助检查（包括实验室检查、物理检查、量表评定等）是鉴别诊断和制订治疗方案的重要依据。除了常规检查外，还要针对患者的具体情况增加非常规检查，比如发现患者存在认知功能损害，特别是记忆力明显下降，则需要针对性

学习笔记

地增加神经 - 认知心理学检查和相关影像学检查，如 IQ、MRI、fMRI、PET-CT 等。

知识点

诊治精神活性物质所致精神障碍所需的辅助检查

1. 常规化验检查：血尿便常规、血电解质（包括肌酐和 GFR）、肝肾功能、血脂、血糖、输血前全套检查等。

2. 必要的毒物筛查：如尿检“四合一”包括摇头丸（MDMA）、冰毒（MA）、K 粉（氯胺酮）、吗啡。

3. 常规心理测验：PANSS、BPRS、HAMA、HAMD、SCL-90、MMPI、MMSE 等。

4. 非常规检查：如果患者有认知功能损害特别是记忆力明显下降，需要针对性地做一些特殊检查，如 MRI、fMRI、PET-CT 等。

［**问题 6**］根据目前资料，最可能的初步诊断是什么？

思路 1：目前最可能的诊断为“精神活性物质所致精神障碍”。首先确立患者的症状学诊断为幻觉妄想状态，情绪低落的症状系继发症状，并伴有反应慢、自杀观念、睡眠障碍、晨重夕轻、体重下降等，但目前不能确定以上症状是否同时存在有持续 2 周以上的病程，因此将抑郁状态作为可疑的症状学诊断。患者意识清晰，既往体健，病史中未有发热、头痛、抽搐表现，尿检阳性，根据等级诊断原则，首先考虑精神活性物质所致精神障碍的诊断。

思路 2：为明确诊断，必须做如下辅助检查：

必须进行苯丙胺和甲基苯丙胺测定。一次口服 5mg 苯丙胺后，29 小时内可在尿中检测出。甲基苯丙胺在一次口服剂量后 23 小时内可检测出。假阳性结果见于尿中含有相当浓度的麻黄碱和去氧麻黄碱。处方药如苄非他明、芬氟拉明、美芬丁胺、芬美曲秦、芬特明也能产生阳性反应。确证试验用气 - 液色谱法（gas-liquid chromatography，GLC）和气相层析 / 质谱（gas chromatography / mass spectrometry，GC/MS）方法。

学习笔记

病历摘要（三）

精神检查：患者存在明确的听幻觉（凭空听见有人骂他是傻子）、关系妄想（觉得别人说话都是含沙射影针对自己）、被害妄想（有人要害自己，有黑社会的人要追杀自己），在使用上述毒品后会出现明显的幻觉，有时意识模糊。引出抑郁症状（诉感觉脑子反应迟钝，有时感觉头脑一片空白，记忆力下降，注意力不能集中，情绪低落，偶有活着没意思和想死的念头，做事反应慢，夜间入睡困难，晨起精神差）。自知力部分存在。

量表检查结果：韦氏成人智力量表检查结果：IQ=70；MMSE：20 分；HAMD：20 分；HAMA：15 分。

［**问题 1**］目前的诊断是什么？

思路：按照 ICD-10 的诊断标准，目前应诊断为苯丙胺类药物所致精神病性障碍（F15.502）。

［**问题 2**］根据目前的诊断和评估，最有效的治疗方案是什么？

思路 1：一般来说，滥用精神活性物质所致精神障碍，常见的临床表现有幻觉妄想状态、抑郁状态甚至认知功能损害的情况，所以治疗应兼顾几方面。

该患者目前有明显的精神病性症状，应该选择非典型抗精神病药物处理，例如使用奥氮平口服 5~10mg/d 或阿立哌唑 10~20mg/d，必要时可加量；兴奋躁动明显者亦可用氟哌啶醇 5~10mg 肌内注射。在幻觉、妄想消失后，抗精神病药物应逐渐停止使用。

思路 2：患者没有引起抑郁症状的心理 - 社会因素，既往也没有相应抑郁症状的发作，目

前出现情绪低落的症状可能与吸食精神活性物质有关，所以针对抑郁症状可以选用SSRIs或SNRIs抗抑郁药物。由于患者使用前述精神活性物质以来出现饮食较前减少，睡眠不规律，体重下降10kg，也可以选用NASSAs抗抑郁剂如米氮平，可以增进食欲，改善睡眠。也有研究提示，SSRIs中的氟西汀可以改善实验动物的神经毒性损害。

思路3：患者在不吸食精神活性物质时感觉心慌、坐立不安，并出现牙齿发抖和磨牙，说明存在躯体性焦虑的表现，可短期使用苯二氮䓬类药物，如阿普唑仑0.4mg 2~3次/日或坦度螺酮10mg，一日三次。

知识点

苯丙胺类戒断综合征的治疗要点

目前尚没有可以推荐的替代药物，一般来说，如能保证足够睡眠和营养，大部分病人几日后症状可逐渐消失。一些滥用者在停药后出现抑郁情绪相当严重，可导致自杀行为，且一些人的抑郁情绪会持续数周或更长，需密切注意。

1. 溴隐亭(bromocriptine)250mg/次，2次/日，用于抑郁、无力、渴求等症状严重者。

2. 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)，如氟西汀20mg/d。动物实验证实，氟西汀可缓解ATS所致神经毒性损害，用于抑郁、无力等症状严重者，注意预防自杀。

3. 氟哌啶醇口服2~10mg/d，用于部分病人在戒断过程中出现幻觉、妄想，如必要时可加量，幻觉、妄想消失后应逐渐停止使用。

思路4：社会-心理干预有益于使滥用者获得身心全面康复，并为最终回归社会和预防复吸奠定基础。常用以下几种治疗模式：

(1) 认知行为治疗：①改变导致适应不良行为的认知方式；②改变对使用苯丙胺类兴奋剂的错误认知；③帮助病人学会如何应对渴求。

(2) 小组治疗：小组治疗使病人有机会发现他们之间共同的问题，相互理解表达自己的情感，学习如何表达自己的意愿；同时给病人提供了讨论和修改他们的治疗方案的场所，也可以在治疗期间监测他们的行为，制订切实可行的治疗方案，促进他们与医师保持接触，有助于预防复发、促进康复。

(3) 家庭治疗：家庭治疗的目的包括鼓励家庭支持病人戒除成瘾性药物，帮助病人调整社会适应能力和工作能力，促使病人远离吸毒朋友，维持良好的婚姻状态。家庭治疗强调人际间、家庭成员间的不良关系是导致药物依赖、治疗后复发的主要原因。

第二节　阿片类物质所致精神障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

女，30岁。因“反复吸食海洛因16个月，停吸后出现坐卧不宁、眼鼻分泌物增多伴全身不适”入院。

[**问题**] 以上信息提示患者有什么症状？长期吸食海洛因后突然停吸，为什么会出现眼鼻分泌物增多和坐卧不宁？

思路1：患者出现阿片类药物戒断综合征的特征表现，一般在中断用药后6~12小时出现，72小时后逐渐减轻。主要表现为一系列交感神经功能亢进的症状，如汗毛竖起(皮肤出现鸡皮疙

学习笔记

瘩)、瞳孔扩大、出汗、肌肉细颤、体温升高、脉搏加快、血压升高、呼吸加深加快等,伴随焦虑不安、烦躁、失眠、厌食、恶心呕吐、腹痛腹泻,同时还有特征性的表现如流泪、流涕。

知识点

海洛因的滥用方式

一般滥用方式有烫吸(在锡箔纸上烫)和注射方式(肌内注射和静脉注射),注射方式吸毒会引起很多并发症,包括破伤风、肝炎、艾滋病、静脉炎、心内膜炎、眼底静脉栓塞等以及皮肤化脓感染等。注射方式吸毒也常常是海洛因过量致死的原因。

思路 2:要考虑吸食海洛因的行为有无合并焦虑或抑郁障碍。阿片类依赖与抑郁症、广泛性焦虑、人格障碍、创伤后应激相关障碍、心境恶劣、躁狂症、行为障碍、注意缺陷障碍等有较高的共病率。临床上一定对此进行区分,防止漏诊、误诊。此例患者在戒断后出现坐卧不宁等一系列症状,应注意与广泛性焦虑障碍和惊恐发作鉴别。

病历摘要(二)

患者在丈夫两年前车祸丧生后,常感孤独无助、心情不好,在朋友的反复诱劝下在玩牌时尝试海洛因以"解除烦恼"。头一次服用时感觉头晕恶心,后来逐渐上瘾,经常在玩牌时"烫几张",每次都很"high",但打完牌后就会有烦躁不安的感觉,鼻涕眼泪一起流,有时身上的骨头里像有无数蚂蚁在爬,心里蠢蠢欲动就想去朋友那儿"烫两张",满脑子里无时不在想念"抽两口",经常熬不住而到朋友处花钱买毒品吸食,从此毒瘾缠身。此次被家属送来住院戒毒,末次吸食时间为 12 小时前,吸食量约为 1g。

既往史:8 个月前曾被送入强制戒毒所,出来后因按捺不住渴求,又到朋友那儿买了海洛因,吸食量与入所前一样,但是当晚出现昏迷不醒,送医院抢救。

[**问题 1**] 在戒毒所戒断了海洛因后,首次复吸原来剂量为何出现昏迷不醒的症状?

思路 1:首先考虑阿片类急性中毒。常见情况有:蓄意自杀、误用过量阿片类物质、脱毒后复吸时仍使用原来的剂量。阿片类急性中毒可出现特征三联征:昏迷、呼吸极慢或抑制、针尖样瞳孔,并有骨骼肌松弛,常并发肺水肿、少尿或无尿等。此时应注意鉴别有无引起昏迷的其他器质性疾病,如脑炎或脑桥出血。

思路 2:不排除掺杂其他药物。阿片类中毒出现谵妄时,也可能为同时使用其他精神药物所致。瞳孔缩小者还应与镇静催眠药、吩噻嗪类、可乐定中毒鉴别。海洛因常掺杂其他药(如奎宁、咖啡因或地西泮等),以致中毒表现不典型,此时应想到掺杂物的影响。

[**问题 2**] 当前如何进行紧急处理?

思路:阿片类药物急性中毒时,要注意是否有多药滥用的混合性中毒表现。急救措施包括:

(1) 口服药物中毒者:可先让其大量饮水,然后灌服 1:2000 高锰酸钾溶液洗胃,或诱导催吐;同时服用利尿剂和泻药,促进毒物排泄,减少毒素吸收。

(2) 皮下注射中毒者:应迅速用止血带或布带扎紧注射部位上方,同时冷敷注射部位,以延缓毒物的吸收。必须注意:注射部位的结扎处应每隔 15~30 分钟放松 1~2 分钟,以免肢体坏死。

(3) 昏迷的常规处理:维持呼吸道通畅,吸氧,静脉输液维持水、电解质平衡及一般支持疗法。

(4) 快速给予阿片受体拮抗剂纳洛酮(naloxone):可静脉、肌内、皮下或气管内给药。阿片类中毒伴呼吸衰竭者,立即静脉注射纳洛酮 2mg;必要时重复。阿片成瘾中毒者 3~10 分钟重复,非成瘾中毒者 2~3 分钟重复应用,总剂量达 20mg 仍无效时,应注意考虑是否合并有非阿片类

学习笔记

毒品(如巴比妥等)中毒、头部外伤、其他中枢神经系统疾病和严重缺氧性脑损害。之后必须继续使用纳洛酮以免病人再度昏迷,可将纳洛酮4mg加入1000ml液体中,持续12小时静脉滴注。

(5) 躯体并发症的处理:静脉注射海洛因者常合并脓肿、肺炎、心内膜炎、结核病、肝炎、性病、艾滋病等,应酌情对症处理。

病历摘要(三)

家族史:无特殊。

个人史:患者的丈夫两年前在车祸中丧生,常感孤独无助、心情不好,但尚能料理家务,否认有反应变慢和动力缺乏的症状,未出现过自杀观念,食欲睡眠尚可。

体格检查:T 37.2℃,P 110次/分,R 28次/分,BP 170/95mmHg。神志模糊,皮肤巩膜无黄染,汗毛竖起,全身皮肤潮湿,鼻眼分泌物增多,双侧瞳孔等大5mm,全身浅表淋巴结未见肿大。时见不自主磨牙动作,呻吟不停。胸廓未见异常。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音。心率110次/分,心律不齐,心脏各瓣膜区未闻及杂音。腹部外形正常,剑突下有轻度压痛,无反跳痛,肝脏肋下未触及。脾脏肋下未触及。脊柱四肢未见异常。

实验室和影像学检查结果:尿检"四合一"结果:吗啡阳性。胸部X线片:肺纹理增粗,肺门淋巴结钙化。

精神检查:思睡状态,意识模糊,情绪烦躁不安,紧张焦虑、易激惹,时有攻击行为,摔掉办公桌上的茶杯。

[**问题1**] 根据目前资料,患者存在哪些精神和躯体症状?

思路:根据上述表现,患者存在阿片类戒断综合征:曾大量长期吸食阿片类物质海洛因,而现在停用12小时后出现恶心、剑突下有轻度压痛、流泪流鼻涕、瞳孔散大、汗毛竖起、出汗、发热、情绪不稳。

[**问题2**] 当前的诊断和鉴别诊断是什么?

思路:当前诊断为海洛因戒断综合征。鉴别诊断有:

(1) 抑郁症:患者虽然目前情绪状态不好,但尚能料理家务,否认有反应变慢和动力缺乏的症状,未出现过自杀观念。否认兴趣有改变、动力缺失等抑郁症核心症状,食欲睡眠尚可。

(2) 创伤后应激障碍:虽然丧夫之事是应激事件,但对患者来讲不是"异乎寻常的灾难",且患者没有亲眼目睹丈夫的车祸,应再追问当时的具体反应,此后是否有明显的闪回(flash back)症状、回避、警觉性增高等,以便进一步鉴别。

[**问题3**] 如何评估当前的临床风险?

思路1:患者生命体征有异常,这是当前最应当注意的风险。患者有低热、脉搏和呼吸增快、血压升高的情况,应向家属或者患者本人补充询问既往是否有血压升高的情况,是否诊断过高血压;此次有低热、脉搏和呼吸增快、意识模糊,也应注意询问是否有上呼吸道感染史,可以急查血象有助于判断,注意鉴别感染相关的躯体疾病或脑炎的可能。

思路2:自杀和暴力风险评估。患者虽然目前情绪状态不好,但尚能料理家务,否认有反应变慢和动力缺乏的症状,未出现过自杀观念,但应追问家属和知情者,防患于未然。患者目前呈思睡状态,意识模糊,情绪烦躁不安,紧张焦虑、易激惹,时有攻击行为,摔掉办公桌上的茶杯,入院后应注意评估冲动和暴力行为,注意防范。

[**问题4**] 如何考虑患者的情绪问题?

思路1:患者在吸食海洛因之前曾经历丧夫之痛,在精神检查时需要仔细询问目前的情绪状态、兴趣是否有改变、动力是否缺失等抑郁症核心症状,以及相应的生物学症状如睡眠、食欲、性

学习笔记

欲的改变，体重的改变以及大小便情况，如果达到抑郁症的诊断标准，应该考虑共病的诊断。

思路 2：还要注意鉴别创伤后应激障碍，可参考问题 2 的思路(2)。

[问题 5] 如何制订住院期间的治疗方案？

思路 1：针对躯体情况的治疗。主要是对症处理戒断时出现的症状，如血压、心率等交感亢进的症状。严重的腹泻也需要遵循内科学的原则处理。

思路 2：阿片类脱毒治疗。常用的脱毒治疗方法有几种，作用于阿片受体的美沙酮(methadone)替代递减治疗是目前最常用的。美沙酮是合成的阿片类药物，作用于 μ 受体，口服后吸收完全，3 小时达血浆峰值，半衰期 15 小时。美沙酮替代递减治疗原则是头三天足剂量替代，以后逐渐减量，先快后慢，减量坚决，2~3 周逐渐减完。一般来说，凡静脉滥用在 1g/d 左右者，美沙酮初始剂量为 40~60mg/d，烫吸者美沙酮的初始剂量可为 25~40mg/d。首次应用后应密切观察戒断症状控制的程度及对美沙酮的耐受情况，应达到既能有效控制戒断症状，又无美沙酮过量，据此第 2 日可上下调整用量，3 日后开始以 5~10mg/d 的量递减，减至 10mg/d 时可放慢减量速度，以每 1~3 天减量 1mg 的速度递减，减量后期应加强对情绪障碍、睡眠障碍等稽延性戒断症状的对症治疗。

阿片类脱毒的临床确定方法：①经过上述正规脱毒治疗，戒断症状消失；②尿液吗啡检测呈阴性反应；③纳洛酮催促试验阴性。

知识点

其他脱毒治疗方法

1. 可乐定(clonidine)脱毒治疗：可乐定原系抗高血压药物，口服吸收良好，2~4 小时达血浆峰值，作用持续 8 小时。治疗的最初几日剂量可在 1.2~1.5mg 之间。第 1 日使用最高剂量的 2/3，第 2 日增至最高剂量，从第 5 日开始每日递减 20%，至第 11 日或第 12 日停止给药。治疗期间应注意：①治疗的前 4 日患者应尽量卧床休息，改变体位时动作应缓慢；②出现头昏、眼花、心慌、面色苍白或昏倒时应及时平卧于床上，并密切观察血压；③如连续发生体位性低血压，应减少当日量的 1/4，然后密切观察；④对体重较轻、进食不佳、基础血压偏低或对本药过敏者应密切观察。

2. 丁丙诺啡脱毒治疗：作用于阿片受体的部分激动、部分拮抗剂如丁丙诺啡(buprenorphine)为阿片受体的半激动剂，主要作用于阿片 μ 受体，其激动作用大于海洛因，拮抗作用大于纳洛酮。有针剂和舌下含片两种剂型。据报道，根据海洛因戒断症状的轻、中、重程度，平均每日给予丁丙诺啡 3mg、4mg、6mg 舌下分 3~4 次含服，最大量不超过 8mg/d，4 日后减量，第 7 日停药。

3. 中成药脱毒治疗：近年来，国内已成功开发了数种控制阿片类戒断症状的中成药，其共同的临床特点是具有去毒、止痛、益气、镇静等作用，且不含阿片类物质，无成瘾性，对血压无影响，适合住院和家庭脱毒治疗。

[问题 6] 康复治疗和防复吸治疗方案有哪些？

脱毒后及时进入康复治疗阶段是彻底戒除毒瘾的必要条件。仅仅接受脱毒治疗者往往很快复吸。推荐的阿片类药物依赖康复治疗方法有：

(1) 纳曲酮(naltrexone，NTX)预防复吸治疗：盐酸纳曲酮是阿片受体拮抗剂，动物实验显示可明显减轻或全部阻断静脉注射阿片类的效能，与阿片类合用可阻止其产生躯体依赖性，可催促阿片类依赖动物出现戒断综合征。开始纳曲酮治疗前，首先需确定患者已躯体脱毒。然后给予开始剂量 25mg，观察 1 小时无戒断症状后，再追加 25mg，即给足首日治疗量。维持期治疗量有几种用法，50mg/d，顿服；或每 2 日 100mg，顿服；或每 3 日 150mg，顿服。维

学习笔记

持期不限。

(2) 美沙酮维持治疗：美沙酮维持治疗(methadone maintenance treatment program，MMTP)是指无限期地使用充分剂量的另一种阿片受体激动剂来替代海洛因的一种治疗方法，其与纳曲酮维持治疗的理论取向及治疗途径截然相反。美沙酮维持治疗的目的是为了减少与毒品有关的犯罪，减少静脉注射毒品从而减少经血液传播艾滋病、病毒性肝炎等疾病的机会。由于美沙酮半衰期长，接受美沙酮维持治疗期间滥用者不必每天为毒品而奔波，使他们有机会得到心理治疗、行为治疗和家庭治疗。同时，由于服药期间可维持正常的生理功能，这样也就为回归社会提供了条件，最终达到减少毒品危害和需求的目的。

美沙酮维持治疗的实施：

1) MMTP 诊所应设在社区，使参加人员易于接近但又不影响社区的正常生活秩序。MMTP 工作人员同时应开展全面的服务如心理咨询、就业咨询指导、如何预防艾滋病等。

2) 登记制度，申请参加人员必须是年满 18 岁的成年人，16~18 岁者需由家长认可。在对其身份进行确认后，了解并记录吸毒史、既往史、个人史，对适合参加者讲解 MMTP 的治疗目的、方法、规则、管理纪律和相应的义务，MMTP 机构有权对不服从管理者制止治疗，对将美沙酮转化为社会毒品的人员将追究法律责任。

3) 治疗方法、给药剂量因人而异，原则上是在不出现不良反应的前提下，使用足够的剂量保证 24 小时内不出现戒断症状，并能消除心理渴求，防止再度滥用街头毒品来满足欣快感。

知识点

治疗集体(therapeutic community，TC)模式

是指在一种特定的居住性环境中，以互助自助的方式来修通依赖者的人格问题，改善人际关系，树立对自己行为负责的观念，并由此走向积极的生活方式。现今各国的 TC 名称不同，最著名的为美国的日顶村(Daytop Village)、锡南浓村(Synanon)、凤凰村(Phoenix House)。他们的组织结构极为相似，由学员和职员组成。职员占 TC 人数的 1/10，一般为过去的吸毒人员，部分为专业工作人员如心理学家、社会工作者等。

病历摘要(四)

按照常规方案给予患者美沙酮替代递减治疗：第 1~3 天足剂量替代，以后逐渐减量，先快后慢，减量坚决，2~3 周逐渐减完。患者末次吸食时间为 12 小时前，吸食量约为 1g，美沙酮初始剂量为 40mg/d，首次剂量后应密切观察戒断症状控制的程度及对美沙酮的耐受情况，据此第 2 日可上下调整用量，3 日后开始以 5~10mg/d 的量递减，减至 10mg/d 时可放慢减量速度，以每 1~3 天减量 1mg 的速度递减，直到减完为止。

第三节　酒精所致精神障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

男，43 岁。因长期大量饮酒 20 年，言语行为异常半年而入院。

学习笔记

[**问题 1**] 长期大量饮酒应考虑哪些疾病?

思路 1:首先需要区分酒依赖和社交性饮酒。在接诊此类患者过程中可以选择下列筛查方法:饮酒情况问诊和饮酒自评问卷。

(1) 饮酒情况问诊:首先询问患者"曾经喝过酒吗? 包括白酒、红酒、啤酒或其他酒类饮品"。如回答"喝过",则进一步询问"过去 1 年中喝过多少次酒";如回答"1 次或 1 次以上",进一步询问每天的饮酒量及每周的饮酒频率;如回答"每天不超过 20g 纯酒精(2 个标准杯),每周饮酒不超过 5 天",大致判断为低风险饮酒;如超过上述限量,又不存在下述饮酒相关问题时,一般判断为高风险饮酒(也称为危险饮酒)。

在评估高风险饮酒的基础上,应进一步询问"饮酒是否对躯体、精神、家庭、工作等造成了影响"。若饮酒对饮酒者的躯体与精神健康造成了损害,或饮酒对饮酒者家庭、工作及他人造成了不良影响,或经常因饮酒受到他人抱怨或批评,或发生过各种不良后果(如酒驾被捕、婚姻不和、不能履行家庭职能、上班迟到、误事等),则判断为有害饮酒,相当于 ICD-10 中的"酒精有害使用"(harmful use of alcohol)或 DSM-Ⅳ中的"酒精滥用"(alcohol abuse)。

在评估有害饮酒的基础上,进一步询问患者是否存在难以控制、耐受、戒断等现象。如患者在过去 1 年中某段时间内存在下列至少三条症状则可诊断为酒依赖(alcohol dependence):①对饮酒的强烈渴望或冲动感;②对饮酒的开始、结束及饮酒量难以控制;③当停止饮酒或减少饮酒量时出现生理戒断症状;④存在酒精耐受现象,必须饮用较高量的酒精才能获得过去较低量的效应;⑤因饮酒而逐渐失去其他快乐或兴趣,在酒精获取、饮用或饮酒恢复方面花费的时间逐渐增加;⑥强制性饮酒而不顾明显的危害性后果,如饮酒导致的肝损害、抑郁心境或相关认知功能损害。

知识点

ICD-10 关于酒精有害使用的诊断要点

1. 有明显的证据证明饮酒已经造成躯体或精神的损害。
2. 实质的损害是可以辨认的。
3. 持续性饮酒至少已达 1 个月或在过去 12 个月内反复发生。
4. 不符合酒依赖的诊断标准。

DSM-Ⅳ中与"酒精有害使用"相近似的概念是"酒精滥用",两者均描述反复饮酒造成的损害,但 DSM-Ⅳ强调的是饮酒所致的社会损害,包括忽视责任、发生社会或法律问题、发生躯体或社会损害仍持续饮酒;ICD-10 中强调的是躯体或精神的实质损害。这两种诊断标准均强调排除酒依赖。

(2) 饮酒自评问卷:采用饮酒自评问卷进行筛查时,建议使用 WHO 制定的《酒精使用障碍筛查问卷(AUDIT)》。AUDIT 包含 10 个问题。前 3 个问题测试的是定期和不定期饮酒量和频率;中间 3 个问题测试酒精依赖症状;后 4 个问题测试与饮酒相关的近期和终身问题。每个问题计 0~4 分。第 9 和第 10 个问题只有 3 个答项,分别计为 0、2 和 4 分。AUDIT 得分区间为 0~40 分。根据 AUDIT 得分高低将饮酒者划分为 4 个饮酒风险水平,即饮酒风险水平Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ区。AUDIT 得分 <8 分为饮酒风险水平Ⅰ区(WHO 建议将 65 岁以上的饮酒者的 AUDIT 分界值定为 7 分),8~15 分之间为饮酒风险水平Ⅱ区,16~19 分为饮酒风险水平Ⅲ区,20~40 分为饮酒风险水平Ⅳ区。一般 AUDIT 得分越高,风险水平就越高。AUDIT 筛查结果应结合饮酒情况问诊。

学习笔记

知识点

酒精使用障碍筛查问卷(AUDIT)

(请根据近1年的情况填写)

	0分	1分	2分	3分	4分
1. 多长时间喝一次酒?	从未喝过	每月1次或不到1次	每月2~4次	每周2~3次	每周4次或更多
2. 一般情况下一天喝多少酒?	半瓶啤酒到1瓶啤酒;38度白酒25~50g(半两到1两);56度白酒15~30g(3到6钱)	1瓶半到2瓶啤酒;38度白酒75~100g(1两半到2两);56度白酒50~75g(1两到1两半)	2瓶半到3瓶啤酒;38度白酒125~150g(2两半到3两);56度白酒100g(2两)	3瓶半到4瓶半啤酒;38度白酒175~225g(3两半到4两半);56度白酒125~150g(2两半到3两)	5瓶啤酒或更多;38度白酒250g(半斤)或更多;56度白酒175g(3两半)或更多
3. 一次喝酒达到或超过3瓶啤酒或2两56度白酒的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次
4. 近一年来发现自己一喝酒就停不下来的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次
5. 近一年来发觉因为喝酒而耽误事的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次
6. 近一年内在大量饮酒后早晨第一件事是需要再喝酒才能提起精神来的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次
7. 近一年来酒后感到自责或后悔的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次
8. 近一年来由于饮酒以至于想不起前一天所经历的事情的情况多长时间出现一次?	从未有过	每月不到1次	每月1次	每周1次	每天1次或几乎每天1次

学习笔记

续表

	0分	1分	2分	3分	4分
9. 曾因为喝酒弄伤过自己或别人吗?	没有过		是的,但近1年没有		是的,近1年有过
10. 亲戚朋友、医生或别的保健人员曾经担心您的喝酒情况或者劝您要少喝一些吗?	没有过		是的,但近1年没有		是的,近1年有过

思路2:饮酒行为有无合并焦虑、抑郁障碍。酒依赖与焦虑、抑郁共病的情况很常见,长期饮酒可以导致焦虑、抑郁情绪;焦虑、抑郁情绪也可以导致物质滥用;包括酒精滥用。临床上应注意针对性地治疗原发病,防止漏诊、误诊。

思路3:饮酒行为是否合并人格障碍或人格改变。有些患者本身存在人格障碍,如反社会型人格障碍可以出现酗酒行为,甚至导致酒依赖。长期酒依赖由于损害了大脑,最终也会产生人格改变,变得以自我为中心,自私自利,责任心下降,说谎等。

思路4:酒依赖有无合并其他物质依赖。很多酒依赖患者合并有海洛因、镇静催眠药等其他物质依赖,和此类物质依赖具有共同的心理、生物、社会基础。如果合并多种物质依赖,对评估、治疗会产生复杂的影响,需要综合考虑,优先处理对患者心理、生理健康影响最大的物质依赖,因为酒依赖戒除早期往往需要使用苯二氮䓬类药物。

[问题2]患者是自主入院还是家属送诊?

思路1:自愿住院患者一般是正在经历酒精滥用导致的痛苦,要么是酒精导致了患者难以忍受的躯体、心理伤害,要么是出现严重的戒断症状,此类患者求治欲望强烈,积极要求治疗,治疗依从性较好,往往可以快速取得较好的治疗效果。但这并不能说明此类患者复饮的风险小。

思路2:当患者出现精神病性症状,或出现严重的神经损害时,往往丧失自知力,自己不愿意住院,此时可根据《精神卫生法》的相关规定,采取非自愿住院治疗形式,但应当履行告知义务,由家属签署相关知情同意书和授权书。

思路3:病史的长短对于判断预后、躯体损害、治疗难易等均有一定影响。需要加强相关情况的沟通,避免日后的纠纷。一般来说,病史越长,预后越差,躯体功能损害越多,治疗难度越大。

病历摘要(二)

患者20年前开始饮酒,初期一般日饮白酒150~200g(3~4两),后来逐渐增加到日饮白酒500~1000g(1~2斤),每日2~4顿,并出现早晨空腹饮酒。饮酒时进食很少或不进饮食,酒后话多,精力充沛,喜欢与人交往。初期几乎不影响工作,后来酒后多在家睡觉,不与外界交往,不能正常工作。不听家人劝阻,有时偷钱购酒,有时赊酒,严重时打骂家人,威逼要钱买酒。停饮则手抖、心烦、坐卧不安、恶心、呕吐,伴有失眠、情绪不稳定、易激惹、乱发脾气,复饮后上述症状缓解。多次自行戒酒不成功,多次复饮。近半年来常自语,怀疑妻子有外遇,与妻子争吵甚至打骂。常表情紧张,害怕,说外面有警车要来抓他。担心有人监视他,不敢拉开窗帘。生活渐不能自理,需要家属协助。最近试图停饮后,有2次全身抽搐、意识丧失、大小便失禁发生,10分钟左右好转。饮食很少,睡眠不佳。

既往史、个人史、家族史无明显异常。

[问题 1] 该患者的病情发展和病程有哪些临床特点?

思路 1:符合酒依赖形成过程的特点。患者从最初少量饮酒,到日饮白酒 500~1000g(1~2 斤),出现了"耐受性";饮酒还产生了明显的心理依赖和躯体依赖。心理依赖指对酒的强烈渴求(craving),以期获得饮酒后的特殊快感,呈现强制性觅酒行为;躯体依赖指反复饮酒所导致的一种适应状态,以致需要酒精持续存在于体内,若中断就会产生戒断综合征,躯体依赖常随耐受性的形成而产生。

知识点

"标准杯"的概念

1 标准杯酒精含量取决于酒精浓度(体积比 V/V)和酒具容量体积。体积与克数换算比约是 0.8,饮酒的克数 = 饮酒毫升数 × 酒精度数 ×0.8。若按 WHO 规定的 1 标准杯等于 10g 纯酒精来计量我国经常饮用的酒类饮品,大致等量关系如下:

1 瓶 750ml 葡萄酒 =9 标准杯

1 瓶 500ml 黄酒(米酒)=6 标准杯

50g(1 两)52 度白酒 = 2 标准杯

1 瓶啤酒 = 2 标准杯

50g(1 两)45 度白酒 = 1.8 标准杯

50g(1 两)38 度白酒 = 1.5 标准杯

思路 2:患者停饮后出现了明显的戒断症状。长期饮酒形成酒依赖的患者突然停酒或减量后出现一系列神经精神症状,如谵妄、肢体震颤或抖动、幻觉妄想等,是酒依赖的常见戒断症状。酒依赖戒断症状通常在停饮后 4~12 小时出现,早期症状有焦虑、抑郁情绪,以及恶心、呕吐、食欲缺乏、寒战、出汗、肢体抖动、震颤、心率增快、血压升高等自主神经功能亢进症状,伴有入睡困难、噩梦、易醒等。戒断症状达高峰在停饮后 48 小时左右出现。癫痫发作一般发生在停饮后 6~48 小时。

震颤是酒依赖的典型戒断症状之一,一般在停饮后 7~8 小时发生。因此,慢性酒中毒患者常常在晨起表现为手指及眼睑震颤,严重者不能咀嚼,站立不稳。这种震颤可由于活动或情绪激动而出现或加重,复饮后在数分钟内减轻或消失。

震颤谵妄(delirium tremens)通常在停饮后 48~96 小时发生,4~5 天内戒断症状逐渐减轻或消失。部分患者戒断症状可能延迟 5~10 天才出现。

思路 3:多数患者在形成酒依赖过程中都存在急性酒中毒(acute alcohol poisoning)的情况。急性酒中毒又称为醉酒,多数不会就诊。一旦就诊则往往说明较为严重,应视为临床急重症,需要急症治疗和抢救。轻度急性酒中毒无需特殊治疗,多数休息后可自行恢复。如果有呕吐,要避免呕吐物阻塞呼吸道。

中度到重度的急性酒中毒的治疗原则包括:①促进酒精代谢及排出体外,促进体内酒精含量下降;②对症解毒治疗;③预防并发症。重症酒中毒昏迷,如出现呼吸抑制和低血压休克,可使用纳洛酮 0.4~0.8mg 静脉推注,必要时可 20 分钟重复一次,或纳洛酮 1.2~2.0mg 加入液体中持续静脉滴注,可重复使用,直至患者清醒。

思路 4:随着病程的延长,患者出现了人格改变。酒精性人格改变是中枢神经系统慢性中毒的一种结果。临床表现:①自私、孤僻、冷漠,没有亲情,对家庭或工作全无责任感,道德标准下降,整日所关心的除酒之外,一切都无所谓,甚至对亲人的不幸也置之不理;②情绪不稳定,警觉性高,猜忌心强,控制能力丧失,行为粗暴、残忍,急躁、好发火,经常发生家庭暴力,打砸物品,甚至冲动伤人;③注意力不集中,记忆力减退,工作能力下降或缺失;④患者的性格明显改变,对酒

有强烈的渴求，为了能喝到酒，以致偷窃、诈骗，无所不为，饮酒前后相比判若两人。

思路5：患者最后丧失了生活自理能力，出现了精神病性症状。常见有酒精所致的幻觉症、酒精所致的嫉妒妄想症、酒中毒性偏执症和酒中毒性精神病。

(1) 酒中毒性幻觉症(alcoholic hallucinois)多在意识清晰状态下出现，以幻听为主的幻觉症状，可为单调的非言语幻觉，如敲门声、拉枪栓声和枪击声，也可出现单调的威胁性言语声，如喊杀声等，个别可表现为命令性幻听，多在断酒1个月余症状明显。

(2) 酒中毒性嫉妒症(alcoholic delusion of jealousy)是酒精所致的精神障碍常见的妄想症状之一，表现为坚信配偶对自己不贞。多见于男性，常导致家庭暴力甚至针对配偶的凶杀行为。

[问题2] 患者上述表现如何与功能性精神病进行鉴别？

思路：最根本的区别还是看病史。既往有无精神疾病，如抑郁症、精神分裂症等，如果有，则要明确和饮酒有无因果关系。酒依赖患者的精神症状从病史上看继发于长期饮酒或停酒后；酒依赖患者的精神症状和精神分裂症也有明显的区别，精神分裂症以评论性幻听为主，酒依赖的幻听声音单调。戒断后出现的谵妄中的幻觉多以鲜明生动的虫子和小动物以及恐怖性的形象和场景等幻视为主，伴有片段妄想。经抗精神病药物治疗后很快好转，预后良好。

[问题3] 酒依赖与个性和家族遗传史有无关系？

思路1：何种性格特征容易形成酒依赖？多数研究表明，如有羞怯、内向、孤独、急躁、易激惹、焦虑、过度敏感、自我纵容、活动过多等人格特征倾向的人，在遇到烦恼、苦闷、孤独、紧张、焦虑、忧愁、抑郁等负性情绪时，就容易形成酒依赖。

思路2：酒依赖与遗传有关吗？家系研究显示，酒依赖有家族聚集性，其中既与基因有关，也与家庭成长环境有关。

学习笔记

病历摘要(三)

查体：T 36.8℃，P 112次/分，R 20次/分，BP 156/94mmHg。消瘦。肝脏肋下两指可触及，无压痛、触痛。双手颤抖，步态不稳。精神科检查：患者面色晦暗，意识清，在家属搀扶下入院，诉说能听到警笛声，认为是来抓他，但不认为自己犯了什么过错。双手不停在身上、床上摸索，表示在抓虫子。认为妻子跟别的男人好，勾引别人。走路不敢直腰，认为有人在对面拿着狙击枪对他瞄准。情绪不稳，乱发脾气，认为自己没有问题，但在劝说下表示可以住院治疗。辅助检查：血常规红细胞3.5×10^{12}/L，血红蛋白90g/L；钠离子135mmol/L，钾离子3.2mmol/L。肝功能谷丙转氨酶165U/L，谷草转氨酶205U/L，γ-谷氨酰转肽酶5000U/L，白蛋白30g/L。

[问题1] 患者目前有哪些问题需要特别注意？

思路1：对于酒依赖或者酒精所致精神障碍患者，我们首先要注意生命体征是否稳定。因为长期饮酒往往造成患者躯体损害，有时是致命的。该患者心率快、血压高，首先要考虑是否出现了戒断症状。

思路2：随后考虑是否有器质性损害和并发症。长期饮酒可以造成心脏、肝脏、胃肠道、神经系统损害，合并胃出血、酒精性肝硬化、酒精性心肌病、酒精性痴呆、韦尼克脑病等，另外，长期饮酒、进食不佳，需要考虑是否存在营养不良和水、电解质平衡紊乱，必要时请相关科室会诊，给出相应的治疗方案。

该患者贫血、蛋白低、营养不良、电解质紊乱、转氨酶升高，都与长期饮酒相关；有些严重的酒精性肝损害，转氨酶不仅不升高，反而下降，此种情况更需引起注意和重视。

[问题2] 患者存在哪些精神症状？

思路1：患者出现了精神病性症状。除了戒断症状，患者还存在幻听、幻视、被害妄想、嫉妒

妄想、情感淡漠、意志减退、自知力缺乏，符合“酒精所致精神障碍”的诊断。

思路2：有部分患者入院表现为韦尼克脑病或科尔萨科夫综合征。韦尼克脑病（Wernicke encephalopathy）是最严重的酒精中毒性脑病，起病急骤，临床表现以精神错乱、眼球运动异常、共济失调三联征为特征，其病因是由慢性酒中毒引起的硫胺素（即维生素 B_1）缺乏所致。起病一般较急，呕吐和眼球震颤是最早出现的症状，共济运动障碍常在眼部症状之后出现，初起时症状相当严重，数天之内即发展到难以站立及步行。轻者表现为小脑性共济失调，走路时步基较宽，易于倾跌。常伴有言语含糊、构音不连贯等现象。大约80%出现精神症状，轻者表情淡漠、举止随便、对周围环境无兴趣、注意力不集中，对时间、地点和人物定向力较差，有的表现嗜睡。重者精神错乱、谵妄状态，定向力和记忆力严重缺损。

知识点

韦尼克脑病的诊断与治疗

诊断要点：①患者有长期酗酒史及营养不良等病史；②临床表现以持续的眼球运动异常、共济失调、精神错乱三联征为特征；③维生素 B_1 治疗有效。

对那些怀疑为韦尼克脑病的患者，推荐至少给予100~200mg维生素 B_1 静脉或肌内连续注射5天。治疗过程中需注意：①由于葡萄糖注射液能促发或使韦尼克脑病加重，因此在进行葡萄糖输液治疗前，务必首先给予维生素 B_1 治疗；②酒精滥用患者及营养不良患者的胃肠道对维生素 B_1 吸收不稳定，口服维生素 B_1 治疗疗效较差，因此尽可能选用非胃肠道途径给予维生素 B_1；③补充维生素 B_1 的同时应注意必要时镁及其他维生素的补充。

病历摘要（四）

入院诊断：酒精所致精神障碍。

治疗方案：给予高蛋白、高能量饮食；口服复合维生素2片、维生素 B_6 20mg，每日三次；地西泮20mg，每日三次；奥氮平5mg，每日一次；普萘洛尔（心得安片）10mg，每日三次；口服补钾，静脉补液、补充能量；监测生命体征及水、钠、电解质等。入院第二天晚上，出现意识不清，不认识家人，大汗淋漓，胡言乱语，躁动不安，双手摸索，肌肉震颤。查体：体温38℃，脉搏123次/分，呼吸23次/分，血压160/95mmHg。双肺听诊无干湿啰音，无上呼吸道感染及其他部位感染体征。考虑“震颤谵妄”，给予静脉地西泮20mg，氟哌啶醇5mg，1~3次/日；同时补液和营养支持治疗，并肌内注射维生素 B_1、维生素 B_{12}，静脉使用维生素 B_6、维生素C等。第三天病情稳定，意识清楚后开始继续口服叶酸、维生素 B_{12}、复合维生素B、维生素C等。患者一周后戒断症状基本消失，渐减量停用地西泮、抗精神病药，维生素类长期维持治疗。

[**问题1**] 酒精所致精神障碍的一般治疗原则是什么？

思路1：长期慢性酗酒者往往具有营养不良以及电解质失衡，要进行即刻血液生化检测，包括血镁及血磷水平，因此应首先补充液体、纠正营养及电解质的失衡。对出现酒精戒断综合征的患者，应常规补充不同多种维生素以及维生素 B_1（至少每天100mg）。如果患者需要静脉输液，尤其是给予葡萄糖时，一定要先给予100mg维生素 B_1，防止快速使用葡萄糖而诱发韦尼克脑病。不少患者会有低镁血症或低磷血症，但一般认为无需常规补充镁或磷。

长期慢性酗酒者往往伴有胃肠功能紊乱，在给予高蛋白、高能量饮食时常常会在早期出现腹泻的情况，除非有明确证据，否则不考虑感染性腹泻，一般也不需使用抗生素，只需对症处理，调整肠道菌群，早期给予流质或半流质易消化饮食，待胃肠功能恢复后再给予高蛋白、高能量饮

学习笔记

食，同时加强静脉能量补充。

思路 2：一般药物治疗。①苯二氮䓬类：苯二氮䓬类（benzodiazepine，BDZ）是目前公认最有效、最安全的药物。一般说来，长效 BDZ（地西泮等）可更有效地控制惊厥发作，平稳控制戒断症状，停药后反跳症状轻微。BDZ 要求及时足量。②除 BDZ 外，还可使用其他药物治疗酒精戒断综合征（alcohol withdrawal syndrome，AWS），包括抗惊厥药、抗精神病药、巴氯芬及 β-受体阻断剂以及抗高血压药等。目前普遍认为，这些均属于二线药物，可与 BDZ 联合使用，或者当患者因某种原因不能使用 BDZ 时使用。

［**问题 2**］如何与家属沟通患者入院后出现的震颤谵妄？

思路 1：许多家属怀着美好的期待来帮助患者戒酒，想当然地认为患者入院后就一切无忧了，对入院后出现严重的戒断反应心理准备不足，会怀疑医生用错药，或没有尽到很好的治疗义务，甚至产生纠纷。医生要事先考虑到最坏的结果，就患者戒酒治疗过程中可能出现的结果向家属进行说明，特别是戒酒早期可能出现严重的戒断反应，如“震颤谵妄”，严重时可能危及生命，并签署知情同意书。

思路 2：震颤谵妄（delirium tremens，DT）又称酒精戒断性谵妄，在 ICD-10 分类中称之为具有谵妄的戒断状态（withdrawal state with delirium），属于严重的酒精戒断症状。通常在末次饮酒的 48~96 小时出现，一般持续 2~3 天，严重者也可持续 1~2 周甚至更长（尤其是共患严重躯体疾病者）。约 5% 的酒精戒断患者出现 DT。DT 属于临床急症，需要密切监测，尽可能在重症监护病房治疗。

DT 的风险因素包括：持续饮酒历史，年龄较大，戒断时并发躯体疾病（如肺部疾病、核心体温大于 40℃、共存肝病），出现酒精戒断症状距离末次饮酒时间较长（≥ 2 天）。DT 的死亡率约为 5%，往往与心律失常、复杂躯体疾病（肺炎或未能及时发现的潜在疾病如胰腺炎、肝炎或中枢神经系统损伤或感染）有关。

诊治时要排除其他疾病。多种原因可以导致谵妄，尤其是在老年人群。因此在诊断为酒精戒断性震颤谵妄之前，有必要进行系统的体格检查和实验室检查，包括头颅 CT 以及必要时腰椎穿刺以排除其他疾病。需要考虑的排除性诊断有感染（如脑膜炎）、外伤（如颅内出血）、代谢紊乱、肝衰竭、药物过量、胃肠道出血等。这些临床急症往往更为危急，病死率更高，因此往往需要更积极的处理。

知识点

震颤谵妄的治疗

1. 支持性措施包括良好的护理和静脉补液以及营养支持治疗，静脉补充葡萄糖可加速维生素 B_1 缺乏，在静脉补充葡萄糖前必须给予维生素 B_1（至少每日 300mg，肌内注射）。若患者能够进食，叶酸、维生素 B_{12}、复合维生素 B、维生素 C 等均继续口服补充。特别注意纠正脱水、电解质紊乱等。

2. BDZ 治疗最常使用的是地西泮（安定）、劳拉西泮和奥沙西泮。一般情况下，具有活性代谢产物的长效 BDZ（如地西泮）是首选，因其能够平稳缓解戒断症状，较少发生戒断症状反跳或抽搐。短效 BDZ（如咪达唑仑、替马西泮、三唑仑）推荐用于可能发生过度镇静的患者，如老年、近期发生头颅外伤、肝功能障碍或其他严重疾病者。建议在有严密监控的医疗环境中使用（如 ICU 等）。

3. 推荐采用静脉给药，这样才能保证药物吸收和快速起效。由于肌内注射药物吸收不稳定，应当避免采用。剂量滴定应考虑患者发生 DT 的危险因素和耐受性。地西泮剂量为每 5~10 分钟给予 5~10mg 静脉注射，直至适度镇静；劳拉西泮剂量为每 15~20 分钟给予 1~2mg 静脉注射。之后可以每小时给药 1 次，戒断症状控制平稳后可每 4~6 小时给药 1 次。

学习笔记

对于重度戒断症状，部分患者需要大剂量静脉注射才能初步控制症状。

4. 抗精神病药物主要用于控制精神症状，可口服奥氮平 5mg，每日一次；必要时可选用氟哌啶醇，5mg/ 次，1~3 次 / 日，肌内注射，根据病人的反应增减剂量。主要不要使用能降低癫痫阈值的药物，如氯丙嗪、氯氮平等。

病历摘要（五）

患者出院后，院外继续维持治疗，同时给予社会 - 心理干预、家庭干预，最大限度防止复饮，保持健康，回归社会。

［**问题**］患者出院后该如何维持治疗？

思路 1：一般需要继续服药预防复发。酒依赖复发的风险在治疗后 6~12 个月内最高，随后则逐步降低。因此，一般建议至少应让患者服药 3 个月。尽管治疗的最佳疗程目前还未定论，但如果患者在起初的 3 个月内疗效不错，依从性良好，较合理的做法是建议患者继续服药至少 1 年。如需要停药，最好也应密切观察，必要时可让患者重新服药。有分析认为，阿坎酸似乎对维持操守（戒断）更有效，而纳曲酮可显著减少饮酒量及豪饮的发作次数。

思路 2：进行社会 - 心理干预非常必要。社会 - 心理干预的基本技巧包括倾听、共情、提问与澄清、鼓励和重复、简述或反馈、指导、解释、重构、总结、面质等，可实现一定的治疗目标。主要方法包括：动机强化治疗、认知行为治疗、预防复发治疗及家庭治疗。

【总结】

1. 苯丙胺所致精神障碍的发生与人格、家庭和社会文化及个体易感素质等存在密切联系，急慢性中毒症状丰富，对个体的神经系统和躯体损害很大。苯丙胺所致精神障碍一般要注意询问病史，尤其是活性物质的使用情况，注意与精神分裂症的鉴别。

2. 阿片类所致精神障碍发生与基因遗传、人格、家庭和社会文化及个体易感素质等存在密切联系，戒断症状丰富，戒断后复吸率很高，对个体、家庭和社会的负面影响很大。阿片类急性中毒的主要原因是蓄意自杀、误用过量阿片类物质、躯体脱毒后又复吸时仍使用原来的剂量等。

3. 酒精所致精神障碍的发生与基因遗传、个体人格、家庭环境、社会文化及个体易感素质等存在密切联系，戒断症状丰富，精神症状表现形式多样，并发症多，躯体损害严重，对个体、家庭和社会造成的负面影响大而广，需要引起国家、社会、家庭及医生的高度关注。

需要精神科医生注意的是，很多患者或家属来院后说得更多的是患者最近睡不好觉、进食也差，或者患者说话颠三倒四，行为异常，出现冲动、自伤、伤人行为，甚至生活不能自理。也就是说，患者入院求治的原因，很多情况下是因为戒断症状或引起了家庭不能承受的痛苦，有些家属甚至不认为患者病情和饮酒存在关系，医生需要较多的沟通说明，消除误解，澄清病情实质。

由于酒精的易得性和我国特殊酒文化影响，如何做好一级预防和防范复饮是我们面临的重大社会问题，需要个人、家庭及社会的共同参与，需要国家将之作为一个重要的社会公共卫生问题统筹考虑。

（胡　建　王　雪）

学习笔记

参考文献

1. 世界卫生组织 . ICD-10 精神与行为障碍分类——临床描述与诊断要点 . 范肖冬，汪向东，于欣，等译 . 北京：人民卫生出版社，1994.

2. Turek-Plewa J，Jagodzinski PP. The role of mammalian DNA methyltransferases in the regulation of gene

expression. Cell Mol Biol Lett, 2005, 10(4): 631-647.
3. Hermann A, Goyal R, Jeltsch A. The Dnmt1 DNA-cytosine-C5-methyltransferase methylates DNA processively with high preference for hemimethylated target sites. J Biol Chem, 2004, 279(46): 48350-48359.
4. Bonsch D, Lenz B, Fiszer R, et al. Lowered DNA methyltransferase DNMT -3b mRNA expression is associated with genomic DNA hypermethylation in patients with chronic alcoholism. J Neural Transm, 2006, 113(9): 1299-1304.
5. 沈渔邨 . 精神病学 . 第 5 版 . 北京 : 人民卫生出版社,2009.

学习笔记

第十章 应激相关障碍

【学习要求】

1. 掌握急性应激障碍(acute stress disorder, ASD)、创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)的临床特点、诊断原则与鉴别点。

2. 掌握 PTSD 的治疗原则与主要治疗方法。

3. 熟悉应激相关障碍常用的危机干预方法。

4. 了解适应障碍的临床特点。

5. 了解应激事件与个体易感因素在应激相关障碍发生中的相互关系。

【核心知识】

1. 应激相关障碍是一类与精神应激有明显因果关系的精神障碍,主要包括 ASD、PTSD 和适应障碍。ASD 是个体在突然遭遇强烈的精神应激后立即出现的、持续短暂的应激障碍;PTSD 是个体面临异常强烈的精神应激后出现的延迟发生而又较持久的应激障碍;适应障碍则见于个体在经历程度较轻但较持久的精神应激事件后,逐步出现的程度较轻但较持久的应激障碍。

2. 精神应激事件是应激相关障碍发生的必备条件,但是否出现应激障碍以及障碍的表现形式和严重程度,取决于个体的易感素质和心理应对方式。与 ASD 和 PTSD 相比,个体的易感性在适应障碍的发生与表现形式上起更大作用。

3. ASD 是在遭遇强烈的精神应激事件后数分钟至数小时之内起病,症状有很大变异性,但典型表现是在体验痛苦事件时或之后出现分离症状,另外诊断还需评定三组症状群:创伤体验重现、回避以及警觉性增高。ASD 持续至少 2 天,至多 4 周,并且 ASD 出现于应激事件后 4 周以内,如果症状出现在应激事件后 4 周后,则诊断为 PTSD。

4. PTSD 一般在精神创伤事件发生后 6 个月内起病,如超过 6 个月发生为延迟起病,病程至少持续 1 个月,可长达数月或数年,创伤体验重现、警觉性增高、回避和麻木是 PTSD 的核心症状。药物治疗首选 SSRIs。建议药物治疗至少持续 1 年。如果患者有自伤、自杀或伤人的行为或倾向,应立即住院治疗。

学习笔记

第一节 急性应激障碍

【临床病例】

病历摘要(一)

男,40 岁,汉族,已婚,初中文化,货车司机。由妻子陪诊,墨镜挡住了大半个脸,行走缓慢,脚步迟疑,一手由其妻子牵着,一手向前伸展着,一步一顿走入诊室。

入诊室后,患者并不摘掉墨镜,坐在椅子上,一言不发,对医生的问话不回答。其妻代述病史如下:2 天前患者从外地出车回家后一言不发,倒头就睡,一觉醒来,突然睁不开眼睛,无论如何用力,也睁不开。家人很紧张,马上带患者到综合医院眼科就诊,未查出眼病,建议到精神科就诊。

[**问题**] 对于患者妻子的讲述，你有哪些思考和判断？

思路 1：因患者一言不发，由妻子代述来诊原因，应进一步了解患者是否是自愿就诊。

思路 2：症状突然出现，应联想到是否由突发原因所致。原因并不局限于生活事件的刺激，应考虑到患者的工作性质，是否有外伤？是否有突发的躯体疾病？

思路 3：患者妻子所述症状单一，集中在睁不开眼睛这一个症状上，应进一步了解是否伴有其他症状？包括意识、情绪、睡眠、行为，有无其他躯体不适等方面。

思路 4：在眼科的就诊经过，患者妻子叙述欠详细，未能提供有诊断价值的信息，应进一步询问在眼科所做的具体检查、诊断及治疗。

病历摘要（二）

仔细询问所做眼科检查，其妻叙述，检查视力正常，眼底正常，眼的辨色能力正常，还做了很多检查，但说不出具体名字，眼科医生认为眼睛没问题，不需要进行治疗，建议患者到精神科就诊。

进一步询问，其妻述 2 天前患者出车回家后，她发现车子前面有破损，就问患者发生了什么事情。但无论如何询问患者都不开口，一提这件事，患者就急躁、发脾气；经常表现紧张、烦躁，有时听见外面的狗叫或车子鸣笛就会惊跳；家人的声音稍大一点就紧张不安。2 天来很少说话，虽然眼睛睁不开，行动不便，但并不为此担心。变得非常被动，整天坐在那里魂不守舍，做好饭也不吃，有时连喊几声也不答应。不洗脸，也不刷牙（以前爱干净）。以前是一沾枕头就睡着的人，现在晚上基本没睡觉，难眠易醒，伴有惊叫。其妻担心患者，带他多方求诊，但患者从未主动求治，也未显露对自己的任何担心。妻子开始叙述时，患者面无表情，坐在椅子上一动不动，但当妻子谈到担心患者而流泪时，患者浑身颤抖，情绪显激动，但又试图控制的样子。

[**问题 1**] 根据患者妻子的进一步讲述，你有哪些新的思考和判断？

思路 1：补充病史暴露出来许多新的有价值的信息：情绪不稳定，易激惹，生活习惯改变，惶恐，易惊吓，注意力不集中，难以入睡，易惊醒。这些症状均突然出现，持续 2 天。

思路 2：“眼睛睁不开”是家属最为关注的症状，也是最初就诊的原因，但并不是症状的全部，这提示我们在收集病史资料时，不要局限于患者家属的叙述，思路应更为开阔，要善于挖掘被家属忽略的问题。患者及家属都是非医务人员，叙述时往往会带有个人色彩，我们要将这些初步的信息汇总、分析、甄别，提炼出有价值的诊断信息。

思路 3：从病史中可以获知，2 天前发生了生活事件，但患者并未对妻子说明具体情况，可能由于一些原因，患者不愿意让妻子知道，妻子在场可能会影响医患沟通。

[**问题 2**] 如何继续完善资料收集？

思路 1：应与患者进行晤谈，进一步收集资料，同时进行精神检查。应根据与患者妻子晤谈过程中患者的表现来决定对患者的沟通方式。本患者意识清楚，对言语有完全的理解能力，应直接与患者晤谈。

思路 2：和患者接触时应注意些什么？

初次接触患者时，应进行快速、必要的风险评估。包括暴力、自杀、躯体疾病风险。对本患者的风险分析：接触过程中患者的态度无敌意及威胁，在晤谈中未发现有攻击及暴力行为。但病史中存在情绪不稳定及拒食情况，应进一步了解有无兴奋激越及冲动行为，有无自伤、自杀意念及行为，拒食情况的严重程度等，躯体疾病风险也需进一步排除。

学习笔记

病历摘要(三)

妻子回避后,患者表示愿意单独和医生交谈。2天前患者的大货车和一辆小轿车追尾,患者诉说撞车当时头脑一下子就蒙了,整个人都僵住了,脚踩在刹车上也不知道拿下来,车子也不知道熄火,看着前车的人跑过来,想动也动不了。后来虽然被告知前车无人员伤亡,但仍紧张,浑身出汗,口干舌燥,喘不上气,头晕目眩,心慌,想呕吐。随后在交涉过程中,由于过度紧张,说不出话,无法思考;如在噩梦中一般,后来对方要求赔偿3万元,当时患者只想赶快结束这件事,迷迷糊糊地就给了对方3万元。整个事件就像在1秒钟发生的,又像经过了1万年的煎熬,朦朦胧胧,片片段段,现在回忆起来只有一些模糊的印象,像是别人身上发生的事情。每次回忆,心里说不出来的难受,可又总是不由自主地回忆。回到家里,妻子询问,但无法去想,也无法去讲这件事。这2天总是一阵阵心慌,一阵阵闷气,心烦意乱,浑身出汗,什么也不想干,什么也干不了,脑海当中不由自主出现车祸现场的情景,晚上睡不着觉,脑海中都是刹车和碰撞的声音,好不容易睡着了,不停做噩梦,都是车子撞死了人,恶鬼来索命,或警察来抓他。对什么都不感兴趣,情绪不好,自责。

整个叙述过程断断续续,患者表现非常痛苦。当问及眼睛的问题时,患者称自己也不知道是怎么回事,就是突然间想睁也睁不开,眼皮像有千斤重。当医生要求患者将眼皮扒开时,患者能将眼皮扒开,但表现很困难,只扒开一条缝。患者称扒开眼睛能看见东西,但不能总是扒着眼睛,所以就戴着墨镜。

[**问题1**] 对于患者的讲述,你有哪些新的思考和判断?

思路1:患者不是绝对不愿意讲述,而只是不愿意告诉妻子及家人。这可能会影响到患者的治疗,应进一步了解原因。

思路2:根据与患者的直接晤谈,了解到患者最关注、最痛苦的并不是眼睛问题。随着患者对病史资料的补充,临床症状逐步暴露,我们发现眼睛症状并不占据症状的核心位置,只是伴随症状。根据此症状的临床特点及之前的相关检查,考虑眼睛症状可能为心理应激转换症状,但因家属未能提供完整、全面的检查结果,对眼睛问题的确诊仍需进一步做相关眼科检查。

思路3:患者存在突出的焦虑症状,同时也有兴趣丧失、情绪低落、自责等抑郁症状。焦虑与抑郁共存时,有时焦虑会掩盖抑郁症状,如果不进行询问确认(如有无自伤自杀观念及行为),可能会延误诊断及治疗。患者病期虽短,但应考虑到患者存在发展为抑郁障碍的可能性。

[**问题2**] 根据目前的信息,如何考虑症状及诊断?

思路1:患者的症状分为两个时期,第一期为突然遭遇车祸后,患者立即表现出的"茫然状态":分离症状、意识范围缩小、注意力狭窄、恐惧性焦虑、自主神经症状(如心动过速,震颤、出汗等);第二期为回家后的精神症状:反复闯入性地痛苦地回忆起车祸当时的情景,反复而痛苦地梦到车祸当时情景,不愿想起车祸、不愿谈到此事、不愿与人接触、兴趣缺乏、对家人疏离、不愿看到汽车、情绪变化不定、易激惹、焦虑、抑郁、难以集中注意力、警觉过高、过分的惊跳反应、睡眠障碍及可疑的转换症状(眼睛睁不开)。

患者第一期的"茫然状态"在车祸后立即出现,可以明确与车祸有直接关系,主要为以分离症状为主的"茫然状态"伴有自主神经兴奋;第二期的症状多而且缺乏特异性,但可以归纳为创伤事件的重新体验、对创伤事件的回避、警觉性增高、情绪障碍及可疑的转换症状,所有症状的内容仍以车祸为核心,与车祸也有明确关系。综上分析:车祸作为突如其来的应激事件是发病的直接因素,诊断可考虑应激障碍;患者有生活事件,临床表现有分离症状及转换症状,应考虑是否为癔症;患者有较突出的情绪障碍,应考虑是否会发展为心境障碍。因患者有车祸史,且有眼睛症状,明确诊断仍应排除脑器质性疾病所致精神障碍及躯体疾病所致精神障碍。

思路2:从目前获得的症状线索仍不能明确诊断,应该继续深入挖掘、补充病史资料,以进一

学习笔记

步澄清上述症状。

病历摘要(四)

继续深入了解病史的同时进行精神检查。患者称开车10多年,从未出过事,此次追尾责任并不在己,是前车突然变道所致,当时迷迷糊糊的,不知怎么回事,就赔了3万元。回家后面对妻子,突然觉得心中愧疚,结婚以来,夫妻关系一直很好,妻子跟着自己吃苦受累几十年,到现在贷款还没还完,就又出这档子事。这2天心烦意乱,莫名地恐惧紧张,控制不住,感觉总有一种马上就会大祸临头、马上就会发生不幸的预感,整日提心吊胆,惶恐不安,注意力难以集中,对什么都不感兴趣,有时感到脑子一片空白,难以入睡,易惊醒。

[问题1]针对本患者,如何理解精神检查的必要性?

思路1:批判性思维的培养对于临床精神科医师的成长至关重要,对于家属甚至是患者所提供的病史资料,要学会用批判性思维去分析,不要不加判断一股脑地采信。即使是有价值的病史资料也要在精神检查中再次筛选、核实、验证,单凭病史作出的诊断是片面的、不负责任的,也不符合《中华人民共和国执业医师法》的规定。

思路2:根据患者的主动叙述获取的症状并不全面,要完成全面的精神检查才能为诊断提供充分的依据。也就是说我们不仅需要了解存在什么症状,还要了解什么症状不存在。具体到这位患者,需进一步了解有无精神病性症状、情绪问题的严重程度等,以及对患者社会功能的影响程度等。

[问题2]请根据资料简单写出精神检查内容,并分析存在的症状。

思路1:精神检查:意识清楚,仪态整,接触良好,答话切题,能部分回忆并叙述车祸发生的经过,但感觉对当时的回忆朦胧、模糊不清,只对当时的恐怖紧张感觉深刻,考虑当时为分离症状;当患者叙述此部分时,显得紧张、恐惧不安。自诉极力想忘却,却控制不住总是一遍遍回忆,晚上做噩梦也是当时的情景片段。不愿看到车子,不愿听到"车祸"两个字,也不能看见钱。这两日心烦意乱,莫名地恐惧紧张,眼睛睁不开,已持续2天不缓解。谈话中患者焦虑明显,情绪低落,注意力不集中,警觉性增高,有时紧张、四肢发抖,思维联想可,未发现幻觉、妄想等精神病性症状,智能正常。

思路2:根据病史及精神检查,能够确定目前存在的症状有:车祸当时患者处于分离状态且伴有自主神经兴奋;回家后出现创伤体验重现症状群、警觉性增高症状群、回避症状群、焦虑和烦恼的主观体验、运动性不安。

[问题3]需进一步完善的资料有哪些?

思路1:需完善的资料有:既往史、个人史(特别是人格特点)、家族史、查体情况及辅助检查结果。

思路2:查体应包括:常规的体格检查及与"睁不开眼睛"相关的躯体检查。眼肌型重症肌无力、某些颅内神经病变、眼肌病、肿瘤等都可产生不同程度的眼肌麻痹,因此均需做相关检查,予以排除。

思路3:辅助检查不仅包括血常规、生化、心电图、脑电图、脑CT,还应包括精神科相关量表的评价,特别是情绪方面的评价(焦虑、抑郁量表)等。

病历摘要(五)

继续完善资料情况,患者既往身体健康,姐弟6人,行6,上面有5个姐姐,家庭条件一般,但自小父母及姐姐们对他宠爱无比,患者平素听话,较喜依赖长辈。结婚后,妻子贤惠能干,患者凡事多依赖妻子。家庭虽不富裕,但非常幸福。随着年龄的增长,患者想干一番事业,遂决定贷款买车跑运输,买车时妻子曾劝阻,担心运输利薄、危险,患者考虑再三,决定搏一搏,银行贷款买车,现贷款仍未还完,一家子省吃俭用仍欠银行8万元。患者从小依赖父母、结婚后依赖妻子,性格孤僻内向,胆小怯懦,不善言辞,工作认真细致,生活中无特

学习笔记

殊爱好。无阳性家族史。

查体情况：神志清，心肺听诊无异常，神经系统检查无异常。

眼科检查：正常。

新斯的明试验：阴性。

单纤维肌电图检查（提上睑肌）：阴性。

辅助检查结果：血常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、电解质均正常，心电图正常，脑电图正常，头颅 CT 正常。

心理测试结果：抑郁自评量表（SDS）：标准分 65 分，为中度抑郁；焦虑自评量表（SAS）：标准分 73 分，为重度焦虑。

［问题 1］患者的病情与生活事件有何关系？

精神创伤性事件——车祸，是导致本病发生的直接原因。

患者幼年形成的依赖性人格、一帆风顺的生活经历、持续存在的经济压力均是本病发生的间接原因。

知识点

什么是精神创伤性事件？

精神创伤性事件是应激相关障碍发生的必备条件，包括地震、洪水等自然灾害，战争等突发事件，强奸或其他严重的躯体攻击，交通事故、火灾等意外事故，以及丧失亲人、财产、自由等。创伤性事件的强度几乎能使每一个人都产生痛苦的体验，最终导致有易感素质的人发生 ASD 或 PTSD。创伤性事件是否致病，除与事件本身的特征和程度有关外，还与个人当时的健康状态及造成内心冲突的严重程度有关。前者如过度疲劳、月经期、产褥期等，后者又与病人的心理 - 社会背景，如所受教育、爱好、愿望、价值观念等有关。有家族精神病遗传史及个人易感素质者，在遭受强烈刺激时较易发病。

［问题 2］根据现有资料，考虑最可能的诊断是什么？有哪些疾病需要鉴别？

思路 1：综合临床资料考虑最可能的诊断为 ASD。

知识点

ASD 的临床特征

ASD 在遭遇强烈的精神刺激因素之后数分钟至数小时内起病，历时短暂，可在几天至 1 周内临床症状消失，部分患者病程可达 1 个月。在 ICD-10 中强调了症状的混合性和多变性：除了初始阶段的“茫然”状态外，还可有抑郁、焦虑、愤怒、绝望、活动过度、退缩，且没有任何一类症状持续占优势。在 DSM-5 中强调了 ASD 临床症状有很大的变异性，除了创伤重现体验、警觉性增高、回避这三组症状群外，还要满足一个重要标准，即在创伤事件发生当时或发生之后，患者出现分离症状。而在 PTSD 的诊断中，分离症状虽然在临床上也很常见（如无法回忆创伤相关情况），但并非必需。

思路 2：需要鉴别的疾病如下：

（1）家属最为关注的症状为“睁不开眼睛”，应与眼科疾病鉴别：完善眼科各项检查均正常，没有支持眼科疾病的依据；而患者感觉眼皮千斤重、无论如何睁不开眼精的症状出现时间、表现形式均与精神刺激发生有直接因果关系，分析此症状为转换症状。故可排除眼科疾病。

（2）75% 的重症肌无力患者以眼肌麻痹为首发症状，应与眼肌型重症肌无力鉴别：重症肌无

学习笔记

力的眼肌麻痹是逐渐出现的，双眼可以不对称，常伴有眼球震颤、斜视等症状，且症状朝轻暮重。本病例表现与上述特征不符，且新斯的明试验及单纤维肌电图检查（提上睑肌）均为阴性，故可排除眼肌型重症肌无力。

（3）有抑郁症状，应与抑郁症相鉴别：虽然急性应激障碍有抑郁的表现，抑郁症也可在生活事件后发生，但抑郁症的临床特点以严重的抑郁情绪为主，开始或与生活事件相关，但随着病情的发展，抑郁情绪超出生活事件本身，且抑郁症还存在一些如晨重暮轻、消极观念、消瘦等特异性症状，病程要求大于2周。以上症状与本病例不符，故可排除抑郁症。

（4）有分离及转换症状，应与癔症相鉴别：癔症也可在生活事件后发生，但一般情况下，癔症的表现更为多样，夸张或表演性是其特点，常给人做作感，且很多癔症患者病前性格中有以自我为中心、富于幻想等特点。癔症的发作具有暗示性，常反复多次发作。而且应激事件后分离及转换症状首次发作，一般不诊断癔症，反复多次发作后才考虑诊断癔症。根据上述特点，与本病例临床特点并不吻合，故可排除癔症。

（5）有焦虑及惊恐症状，应与广泛性焦虑及惊恐障碍相鉴别：广泛性焦虑与惊恐障碍往往对自身健康过于忧虑，躯体主诉较多，甚至有疑病倾向，而无明确的精神创伤为起因，也无与创伤性事件相关联的闯入性回忆等症状。与本病例不符，故可排除广泛性焦虑及惊恐障碍。

［**问题3**］如何对ASD进行识别？

思路：DSM-Ⅳ-TR、ICD-10-E、CCMD-3这三个诊断标准在对急性应激障碍的诊断上虽有所差异，但也有很多一致的地方。综合这三个标准，结合临床规律，归纳出对ASD的识别要点：

（1）遭遇过创伤性事件。

（2）症状具有异质性和多变性：精神病理学所能涉及的症状几乎都可以在ASD中见到：分离症状，转化症状，抑郁、焦虑、恐惧、强迫等情绪体验，幻觉、妄想等精神病性症状，甚至可以出现意识障碍或者意识改变状态。临床上具有诊断意义的症状为分离症状、创伤体验重现、回避、警觉性增高。

（3）社会功能障碍。

（4）症状持续至少2天，至多4周；发生于创伤事件后4周之内。

知识点

ASD与PTSD的鉴别要点

在时间上：ASD一般在强烈的精神刺激下立即起病（数分钟内或数小时内），历时短暂，如果应激源消除，可在2~3天内迅速缓解，如果应激源持续存在或具不可逆转性，通常在1周内可缓解，一般不超过1个月。如果症状存在时间超过4周，要考虑诊断为PTSD。PTSD一般在精神创伤性事件发生后延迟起病（数天、数周至6个月），如果事件与起病的时间间隔超过6个月，给予“延迟”或“可能”诊断。PTSD病程至少持续1个月以上，可长达数月或数年，个别甚至长达数十年之久。

在症状上：PTSD的核心症状是“创伤三联征”，包括闯入性的创伤体验再现、回避与麻木、警觉性增高；ASD强调症状的异质性和多变性，具有诊断意义的症状为分离症状、创伤体验重现、回避、警觉性增高，虽然强调分离症状在诊断时的重要价值，但实际症状中没有任何一类症状持续占优势。

预后：ASD多于1个月内痊愈，一部分会发展为PTSD。PTSD至少1/3以上的患者因为疾病的慢性化而终身不愈，丧失劳动能力；1/2以上的患者伴有物质滥用、抑郁、各种焦虑性障碍等；自杀率是普通人群的6倍。

［**问题4**］针对患者目前的情况，如何制订合理的处理措施？

思路1：ASD的预防与治疗应该包括平时公众的心理健康教育、精神创伤事件发生后的危机

学习笔记

干预和患 ASD 后的治疗。

知识点

危机干预

危机是指个体面临一些突然出现的、非经常发生的、超出个人正常应对能力的事件时的一种反应状态，又称危机反应。在面对这些危机时，首要的是自助，依靠个人与生俱来的寻求帮助的动机和潜力自我修复。一部分人在这种危机对抗的自我修复中成长，提高了应对危机的能力；但另一部分人会出现严重的危机反应，甚至导致心身健康的损害，例如 ASD 和 PTSD。专业的危机干预能够帮助危机者更好地度过危机状态。常用的干预技术包括支持性心理治疗、放松训练、紧急事件应激晤谈（critical incident stress debriefing，CISD）等。心理危机干预的最佳时间是遭遇创伤性事件后的 24 小时到 72 小时。24 小时内一般不进行危机干预。若是 72 小时后才进行危机干预，效果有所下降。

思路 2：ASD 治疗干预的基本原则是及时、就近、简洁。ASD 治疗干预的常用方法包括：提供舒适环境，使用治疗关系来帮助接受、面对和认识最近的经验和感受；重建安全感；迅速建立起治疗同盟；提供信息；在客观危险结束和主观恐惧消退后允许情绪宣泄；或者有持续的惊吓、恐惧、惊恐或感到有罪的人允许宣泄；易化社会支持，减少对超出个人控制能力事件的个人责任感，帮助个体对创伤的强烈情绪反应正常化；简短的认知行为治疗（CBT）等。

思路 3：针对患者目前的情况，制订处理措施如下：原则是心理治疗为主、药物治疗为辅。

（1）提供安静舒适的治疗环境。

（2）建立良好的医患关系，对患者进行解释性心理治疗和支持性心理治疗，帮助患者建立起自我的心理应激应对方式，发挥个人的缓冲作用；对患者强调指出，在遭受应激后所有人在身体和心理上都会有一系列的反应，例如恐慌、忧虑、情绪低落、失眠、噩梦、精神恍惚、难以集中注意力等，这些反应是正常的应激反应。

（3）心理治疗：患者来诊时距应激事件发生尚不足 48 小时，是心理危机干预的理想干预时间，应立即进行心理危机干预。采用的方法包括：支持性心理治疗、放松训练、CISD。

（4）药物对症治疗：适当的药物可以较快地缓解患者的抑郁、焦虑、恐惧、失眠等症状，便于心理治疗的开展和奏效。

知识点

CISD 的实施步骤

CISD 是一种系统的、通过交谈来减轻压力的方法，是紧急事件应激管理的核心部分，是一种简易的支持性团体治疗，是一种非常有效的心理干预方式。危机发生后 24~72 小时是进行 CISD 的最理想时间，在精神卫生工作者指导下实施。CISD 分为七步，前一步结束后才能进入下一步。

第一步：导入期，这一阶段是相互认识、建立良好的组员间互动关系期。

第二步：陈述事实期，此阶段要求参加者回顾事件发生时的真实情况，以便把整个事件呈现在大家面前。

第三步：澄清想法期，此阶段是连接参加者对事件的认知和产生情绪反应的过渡步骤。要求参加者澄清事件发生后出现情绪反应前的认识活动，因为这些认识过程是产生情绪反应的基础。

第四步：表达情绪反应期，此期要求参加者谈出自身的情绪反应，把个人的情绪反应呈

学习笔记

现在大家面前。

第五步：进一步澄清症状期，此阶段要求参加者谈出他们可能存在的应激症状。

第六步：指导期，此阶段干预者要帮助参加者如何应对上述出现的问题。

第七步：再入期，是澄清回答一些可能被忽略或者不清楚的问题，对整个干预阶段作出总结。

［**问题 5**］如何选择治疗的药物？

思路：常用的药物有抗焦虑药、抗抑郁药、非典型抗精神病药、心境稳定剂等。需根据患者的主要症状进行选择。用药的原则是小量、短程、及时调整。

病历摘要（六）

因患者来诊时距车祸发生尚不足 48 小时，立即给予心理危机干预，同时给予小剂量苯二氮䓬类药物，降低患者警觉性，改善睡眠，取得很好的效果。经第一次心理治疗，患者紧张焦虑明显缓解，随后对患者进行解释性心理治疗、支持性心理治疗、放松训练及生活指导，3 天后患者第二次心理治疗来诊时，已摘掉墨镜，睁开眼睛。经 3 次心理治疗及药物对症治疗，患者病情迅速缓解，症状消失，1 周后基本恢复正常，复测抑郁自评量表（SDS）：标准分 21 分；焦虑自评量表（SAS）：标准分 23 分，无焦虑及抑郁表现。

随访情况

1 个月后随访，患者已经停用苯二氮䓬类药物，睡眠好，饮食好，与家人交流好，临床症状均已消失，患者已准备近期开始工作。

学习笔记

【总结】

急性应激障碍是精神科疾病分类中临床表现最异化的一类。可以说，精神病理学所能涉及的症状学内容几乎都可以在急性应激障碍中见到：分离症状，转化症状，抑郁、焦虑、恐惧、强迫等情绪体验，幻觉、妄想等精神病性症状，甚至可以出现意识障碍或者意识改变状态。然而需要临床医生注意的是，并非某个个体的患者表现为上述所有症状。个体患者通常以某一类症状为突出，或者个体表现的症状在不同的时间段有不同的核心表现，直到最后全部消失，仅有少数个体过渡为创伤后应激障碍的表现而持续下来。应激事件是 ASD 诊断的必要条件。应激源的影响与症状的出现之间必须有明确的时间上的联系。分离症状、创伤体验重现、回避、警觉性增高是 ASD 具有诊断价值的症状。ASD 一般在强烈的精神刺激下立即起病（数分钟内或数小时内），历时短暂，如果应激源消除，可在 2~3 天内迅速缓解，如果应激源持续存在或具不可逆转性，通常在 1 周内可缓解，一般不超过 1 个月，预后良好。

急性应激障碍的基本处理措施：让患者尽快摆脱创伤环境；建立良好的医患关系，帮助患者建立起自我应对方式；强调是正常的应激反应；药物对症治疗；灾难发生后 24~72 小时之间是理想的干预时间。

第二节　创伤后应激障碍

【临床病例】

病历摘要（一）

女，38 岁，初中文化，已婚，家庭妇女。因缓起失眠、发呆、少语 5 年余，生活能力下降、

自伤半年，由其丈夫陪同来诊。病史由其丈夫提供。

5年前患者在地震中受伤，地震发生前，丈夫在外地出差，患者在家中做家务，孩子在某小学上学。地震发生后患者被砸伤腿，送到某院接受手术治疗，期间患者一直向周围的人打听孩子的情况，没有人知道。第二天，了解到某小学全部垮塌。患者当时就预感到孩子没了，但仍存一丝希望。第三天，丈夫来到身边，才一点一点透露给患者，孩子已经没了，患者当时表现很平静，只是告诉丈夫，在地震之前就已经在给孩子办理转学手续，打算转去的学校在这次地震中没有事故发生。在地震当天早晨，孩子说“妈妈，我肚子痛，今天不想去上学了”，她说“不去不行”，孩子才勉强起床去上学。孩子走后，她才看见桌子上给孩子准备的“牛奶、馒头、煎鸡蛋”一口也没动。从那时起，她就再没见过孩子。

丈夫陪着患者在医院住院3个多月，患者腿部骨折痊愈后出院。在医院期间，患者一直很平静，始终没有掉一滴泪，只是很少说话。

出院后，生活仿佛回到了正轨，患者整理家务、做饭。但丈夫逐渐发现问题，患者从来不买馒头、牛奶、鸡蛋；经常能看到患者自言自语，像是在和孩子对话；做事心不在焉，和她讲话就像没听到，有时又像被惊吓到，惊跳。孩子的任何祭奠活动，她都拒绝参加；家人怕患者伤心，把孩子的东西都收了起来，患者也从来不问；但丈夫发现患者晚上从没有睡过一个安稳觉，经常在夜里惊醒，丈夫一翻身，床板一摇动，她就会惊醒并迅速跑出房间，以为又地震了；无意间听到别人议论地震中的事，谁受伤了、谁死啦，患者都会表情痛苦，浑身发抖，面色苍白，一身冷汗。

家人认为患者是伤心过度，都劝她再生一个孩子，患者却表示不愿再生。经常一个人去某小学遗址，一站就是一天。在路上走着，会突然拉住擦身而过的小男孩喊死去孩子的名字。对家人和丈夫逐渐疏远，不与人交流，对什么都不感兴趣。生活渐渐被动懒散，不再料理家务。病情逐步加重，在此期间，曾有过自缢行为，被家人及时发现制止。

为了避免患者触景生情，半年前，丈夫带其到某亲戚家居住，但患者并未好转，病情持续加重，遇到别人高声说话就紧张、发抖、出汗；有时显得急躁、不安；时常会出现自伤行为，抓自己的脸；生活能力下降明显，不知料理个人卫生，饮食也需督促照顾；完全不与人交流，即使对丈夫也好长时间没说过一句话了；经常独自外出，曾经走丢过几回，因为怕她再次走丢，丈夫在其脚脖子上系了个小铃铛，走到哪里都能听到她的铃铛声。来诊是为了希望能彻底治好患者的病。

[**问题1**] 来诊者的病史资料有何特点？根据病史资料分析可能存在哪些精神症状？

思路1：对来诊者的病史资料特点分析如下：

(1) 中年女性，初中文化，家庭妇女。

(2) 遭遇过公认的、异乎寻常的创伤性的事件——汶川大地震。在地震中失去了唯一的孩子，自己也受伤骨折。

(3) 创伤性事件后逐渐出现言行及生活习惯、社会功能的改变。

(4) 病程长，逐步加重，期间无完全缓解期。

(5) 未正规诊断治疗过。

思路2：对可能存在的精神症状分析如下：

(1) 患者从来不买馒头、牛奶、鸡蛋——回避。

(2) 自言自语，像是在和孩子对话——应考虑是否有幻觉存在。应注意，在幻觉的确认上，除了患者本人，任何人都无法肯定患者是否存在幻觉。患者目前的状态无法正常交流，思维内容不暴露，所以也无法确认幻觉是否存在。可待患者接触交流好转后再确认。

学习笔记

(3) 患者经常发呆，做事心不在焉——应考虑是否有注意力不集中？是否情感麻木？

(4) 听到别人说话，有时像被惊吓到，惊跳——是否警觉性升高？

(5) 孩子的任何祭奠活动，她都拒绝参加；家人怕患者伤心，把孩子的东西都收了起来，患者也从来不问——应明确是回避、麻木还是情感淡漠？

(6) 晚上从没有睡过一个安稳觉，经常在夜里惊醒——是警觉性升高还是睡眠障碍？

(7) 无意间听到别人议论地震中的事，谁受伤了、谁死了，患者会表情痛苦，浑身发抖，面色苍白，一身冷汗——是否是创伤的再体验所引起的情绪反应以及自主神经反应？

(8) 在路上走着，突然拉住擦身而过的小男孩喊死去孩子的名字——是否存在错觉？

(9) 对家人和丈夫逐渐疏远，不与人交流，对什么都不感兴趣——存在情感反应抑制，兴趣丧失。

(10) 从生活渐渐被动懒散、不再料理家务，逐步发展到不知料理个人卫生，饮食也需督促照顾，完全不与人交流——社会功能逐步下降，目前生活不能自理。

(11) 有过自缢行为——严重的行为问题，应明确是情绪障碍导致的消极行为还是受幻觉妄想支配？目前是否还存在？

(12) 患者时常会出现自伤行为，抓自己的脸——严重的行为问题，应明确自伤有无原因？是情绪障碍所致还是精神病性症状？

(13) 经常独自外出，曾经走丢过几回——严重的行为问题，应明确外出有无原因？还应了解患者目前的智能情况。

[**问题 2**] 目前你会考虑哪些假设诊断？为什么？

思路：器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、精神分裂症、心境障碍、应激障碍均可能出现上述表现，因此均要列为可能的假设诊断。根据 S-S-D 诊断分析思路，应进一步收集资料，明确症状和临床综合征，鉴别和排除各种假设诊断，最终得出疾病分类学诊断。

[**问题 3**] 如果要确定诊断，还需要从哪些方面重点收集资料？

还需要对家属补充询问病史，对患者本人进行详细的精神状况检查，进行全面的躯体和神经系统检查以及必要的实验室检查。

思路 1：患者病史当中暴露出创伤三联征：创伤性体验重现、警觉性升高、回避与麻木，同时伴随情绪问题，但患者也存在自言自语、错觉、生活能力下降、走失、自伤自杀等重型精神障碍的表现。应进一步明确患者地震时除了腿部骨折以外，是否有头部外伤？有无物质滥用及依赖？为何会自言自语？为何生活不能自理？生活不能自理从什么时候开始的？有没有其他的影响因素？为何会走失？第一次发现走失是在什么情况下发现的？走失的时间有多长？在 5 年间，这些症状有无变化？如有，是在什么情况下变化？为何自伤自杀？具体的自杀情况，采取什么方式？自杀有无导致昏迷？是否遗留后遗症状？后期的精神病性症状表现是否和自杀时缺氧有关？目前自伤的频率和程度如何？前期的应激反应与后期精神病性症状表现有何关系等问题。应将与精神病性障碍的鉴别诊断作为鉴别诊断的主要内容。

思路 2：患者曾出现自缢行为。病史中有自伤行为，要立即评估患者目前有无潜在的自伤自杀风险。

病历摘要(二)

丈夫补充病史如下：患者既往身体健康，地震时只腿部受伤骨折，头部并无外伤，也无一过性意识障碍，无酒精、药物滥用及依赖史。幼年发育正常，7 岁入学，成绩中等，初中毕业后在家务农。患者性格内向，平常做事谨慎小心，生活注重细节，心眼小，遇事爱往心里去，朋友不多，与家人、邻里关系融洽。家中经济条件好，婚前生活顺利，未经历过挫折，无

学习笔记

不良嗜好，无宗教信仰，无家族史。20岁结婚，婚后8年才生下儿子。全家人视若珍宝，患者尤其对儿子感情深厚。5年多来，患者并未正规治疗过，丈夫认为随着时间的推移，患者会慢慢好起来，但近半年患者病情反而加重，出现自伤、走失等行为，经亲戚建议来诊。患者病前病后均未发现智能问题。

体格检查：躯体及神经系统检查未见明显异常。

精神状况检查：患者由丈夫拉着进入诊室，年貌相称，衣着欠整。无主动性言语。多数时间心不在焉，目光茫然。经医生反复尝试交流仍无反应。但当医生提及汶川地震时，眼神有些变化，仍无法有效交流，思维内容无法测知。患者安坐于椅子上，未观察到冲动、自言自语、外跑行为。当诊室进人时，表情紧张，不停啃自己的大拇指，想要起来；来人出去后，患者表情显得较前放松。

辅助检查结果：血常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、电解质均正常，心电图正常，脑电图正常，头颅MRI正常。

心理测试：因患者不暴露思维，无法进行心理测试

[**问题1**] 根据目前资料，最可能的初步诊断是什么？依据是什么？

思路1：新的资料不断补充进来，使诊断信息更为丰富，但因本患者在精神检查时不合作，思维内容不暴露，针对之前分析的有疑问的症状（如幻听是否存在）仍然无法明确，所以根据目前资料进行确诊仍有难度，只能根据现有的能够确立的症状进行诊断分析。

思路2：对患者的症状再次分析，目前能够确立的症状为：持续性创伤性体验的反复重现，持续的警觉性增高，持续的回避与麻木，这些症状均以症状群的形式出现。

思路3：发病前有生活事件，而且生活事件达到创伤性事件的标准。在创伤性事件后出现一系列精神症状，症状内容与创伤性事件息息相关，故在所有的假设诊断中，应首先考虑应激障碍。

知识点

创伤性事件的特征

创伤性事件应具备以下三大特征：

1. 对事件具有强烈的负性感知：如是否体会到强烈的恐惧、害怕、紧张等。个体的反应可以是即时反应，也可以是延迟反应。如一个幼女受到性侵，当时可能不理解性侵的影响，随着年龄的增长及对性侵的理解，其创伤体验就会在其心理层面上表现出来。

2. 事件的出现具有突发性：如配偶患癌症，经过长期治疗无效死亡，和配偶突发车祸死亡相比较，因后者不具有可预期性、准备性，所以对后者的反应就会相当强烈。因此在判断创伤性事件时，事件的突发性是值得评估的。突发的或具有即刻危险性的事件较逐渐出现的危险更容易引起恐惧。

3. 在事件发生时缺乏控制能力：对于同一个突发事件，如果当事人有能力去控制、处理这个事件，那么这个事件对当事人的负性影响就会相对较小；如果当事人感到不能控制此事件，就会感到事件的威胁较大，所感受到的负性影响也会更大。如经过训练的消防人员与一般群众在面对火灾时的感受、反应是不同的。

思路4：根据精神障碍与应激事件的时间关系及严重程度的不同，应激障碍分为急性应激障碍、创伤后应激障碍、适应障碍。本病例精神障碍在创伤后3个多月逐步出现，持续5年余，根据应激事件与精神障碍的时间关系应考虑应激障碍中的创伤后应激障碍。

学习笔记

知识点

创伤后应激障碍的临床特征

在创伤性事件发生后数天至6个月以内发病，病程至少持续1个月以上，可长达数月或数年，个别甚至达数十年之久。创伤三联征：创伤体验重现、警觉性增高、回避和麻木，是PTSD核心症状。患者还可表现出物质滥用、攻击行为、自伤自杀行为等，抑郁症状是很常见的伴随症状。

知识点

回避与麻木症状

回避与麻木是创伤三联征中的一组。回避症状是患者主动地极力回避与创伤有关的事件或场景，拒绝参加有关的活动，回避与创伤有关的人，以避免勾起创伤性事件的回忆。麻木是患者被动的体验，表现为对周围环境刺激普遍反应迟钝，感受不到愉快或天伦之乐，对以往的爱好失去兴趣，疏远周围的人，对未来生活、工作失去憧憬。整体上给人木讷、淡然的感觉，有些患者可出现选择性遗忘，记不起与创伤有关的事件细节。有麻木症状的患者常是病情严重和慢性化的指征。

思路5：本病例的鉴别诊断：

(1) 器质性精神障碍：患者既往身体健康；地震时无头颅外伤、无昏迷；虽自缢过，但经进一步核实，只是把工具准备好，尚未实施，未造成缺氧等脑部损害；本次就诊查体未发现异常；脑电图、头颅MRI未见异常，故可排除器质性精神障碍。

(2) 精神活性物质所致精神障碍：患者既往不嗜烟酒，无精神活性物质接触史，地震后也从未接触烟酒及精神活性物质，故可排除精神活性物质所致精神障碍。

(3) 精神分裂症：目前没有确立幻觉、妄想等精神分裂症核心症状的存在，故可以初步排除精神分裂症。但患者病史中有自言自语、自伤自杀、走失等异常行为，是否存在幻觉妄想，可以待患者病情缓解、合作时再深入了解。

(4) 抑郁症：患者有自伤、自杀行为，且情绪低落、兴趣缺乏、乐感缺乏、精神运动性迟滞明显，因目前患者不暴露内心体验，尚不能排除抑郁症的诊断。

(5) 急性应激障碍：PTSD与ASD的鉴别要点主要在于起病时间与病程。ASD在应激事件后立即起病，病程短，不超过1个月。本病例精神障碍在创伤后3个多月逐步出现，持续5年余，而急性应激障碍要求病程不超过1个月，根据病程特点可排除急性应激障碍。

(6) 适应障碍：适应障碍的应激事件主要是生活环境或社会地位的改变，而且这些改变是长期存在的。适应障碍应激事件的特点是程度较轻，较为持久。患者的人格基础在适应障碍的发生、发展过程中起了很大作用。临床表现抑郁、焦虑、害怕等，伴有适应不良的行为或生理功能障碍。而创伤后应激障碍的应激事件几乎对每一个人来说都是严重的、异乎寻常的，临床核心表现是创伤三联征。据此分析，可排除适应障碍。

(7) 正常心理反应：对异常灾难性事件的正常心理反应持续时间短，社会功能保持相对完整，多表现为一般性的生理、心理反应。经有效的心理危机干预能迅速缓解。据此分析，可排除正常心理反应。

学习笔记

知识点

适应障碍的临床特征及治疗

适应障碍有明显的生活事件作为诱因，特别是生活环境或社会地位的改变，起病于事件发生后1个月内，病程一般不超过6个月，若应激源持续存在，病程可能延长。适应障碍的表现形式多样，具体表现与年龄有关。成年人多见情绪障碍（如焦虑、抑郁、烦恼、胆小害怕、注意力难以集中等），还可伴有与之有关的躯体症状（如心慌、震颤等），但达不到焦虑症或抑郁症的诊断标准。青少年以品行障碍为主，如侵犯他人的权益或行为与其年龄要求不符，逃学、偷窃、说谎、斗殴、酗酒、破坏公物，过早开始性行为等。儿童可表现为退化现象，如尿床、幼稚言语或吮拇指等形式。症状的表现和严重程度与应急源的性质、强度不一定一致，主要取决于患者病前的个性特征。有证据表明，患者的社会适应能力不强。症状较轻的患者在改变环境或消除应激源后，精神症状可逐渐消失，对症状较重的患者，应及时给予心理治疗和药物治疗。心理治疗的常用方法有：认知疗法、疏泄疗法、放松训练、系统脱敏、应激免疫训练等。药物治疗主要应用于症状严重者或加强心理治疗的效果。可短期选用抗焦虑药、抗抑郁药或镇静安眠药。对于有自杀企图或暴力行为的患者，应住院治疗。无论病程长短、起病缓急，适应障碍的预后都是良好的，尤其是成年患者。

知识点

PTSD诊断标准比较

目前ICD-10、DSM-Ⅳ、CCMD-3都有PTSD的诊断标准。但三者在分类、起病时间、病程标准、症状等方面有所区别。

分类：DSM-Ⅳ中，PTSD归入“焦虑障碍”；ICD-10中归入“严重应激反应及适应障碍”；CCMD-3归入“应激相关障碍”。

起病时间：DSM-Ⅳ要求创伤性事件后6个月内起病；ICD-10规定潜伏期从几周到数月不等（但很少会超过6个月），如果临床表现典型，又无其他适宜诊断（如抑郁、焦虑、强迫）可供选择，即使事件与起病时间间隔超过6个月，给予“可能”的诊断也是可行的；CCMD-3对起病时间未明确指出，只提到“精神障碍延迟发生，在遭受创伤后数日甚至数月后才出现，病程可长达数年”。

病程标准：DSM-Ⅳ指出符合创伤三联征超过1个月；ICD-10中未明确指出，提到“病程有波动”；CCMD-3中也未明确指出，但提到“精神障碍延迟发生，符合症状标准至少已3个月”。

症状：DSM-Ⅳ在麻木和回避症状中列出“情感范围有所限制（例如：不能表达爱恋）”，而ICD-10、CCMD-3无此条；DSM-Ⅳ提出PTSD患者有社交、职业或者其他重要方面的功能缺损；CCMD-3中在严重程度标准中提到社会功能受损；ICD-10中未提及。

ICD-10的诊断较为灵活，但对使用者的要求相对较高。临床上可参考上述三个诊断标准进行。推荐使用ICD-10标准。

［**问题2**］此患者应在门诊治疗还是住院治疗？

思路：对于一般性的PTSD患者而言，门诊治疗是适当的治疗场所。但如同时存在其他精神疾病或共病躯体疾病或存在伤害自身或他人的风险，就必须住院治疗。本病例有自伤自杀、走失等高风险行为，符合非自愿住院原则，应住院治疗。患者本人因病情导致目前无法有效交流，可由家属代为决定治疗方式，并签署知情同意书。

学习笔记

病历摘要(三)

患者接触不良,心理治疗无法开展,故首选药物治疗。依据循证原则,首选帕罗西汀。起始剂量帕罗西汀片 10mg/d,阿普唑仑片 0.4mg qn,同时应用支持性心理治疗,第二天未发现明显不良反应,夜眠略改善,能睡 1~2 个小时,但仍入睡困难、易惊醒、被动、呆滞、不交流,饮食如厕均需人照顾。第三天将帕罗西汀片加量至 20mg/d,阿普唑仑片加量至 0.8mg qn,1 周后患者夜眠可,焦虑减轻。2 周后精神运动性迟滞有好转,问话能简单作答,督促下可自己进食。4 周后能部分暴露出内心的想法。期间,各项辅助检查结果显示:血常规、肝肾功能、血糖、血脂、电解质、心电图均正常。

[**问题 1**] PTSD 应遵循什么样的治疗原则?

思路:PTSD 应遵循的治疗原则是:治疗前依据患者的疾病诊断及相关背景信息,制订个体化的治疗方案;在远离创伤环境的前提下,尽量在患者熟悉的环境下开展治疗,如果病情复杂或存在威胁自身或他人的风险,应考虑住院治疗;早期应积极进行支持性心理治疗和心理健康教育;药物治疗根据病情需要可以尽快进行;慢性 PTSD 患者的治疗宜选择药物治疗与心理治疗相结合的综合治疗模式。

知识点

PTSD 的药物治疗

PTSD 的药物治疗首选抗抑郁剂,临床证据表明抗抑郁药物比任何其他药物对 PTSD 的疗效都要好。其他治疗 PTSD 的药物有丁螺环酮、苯二氮䓬类、抗惊厥药物、β-受体阻断剂、非典型抗精神病药物等,对慢性 PTSD 患者应避免使用苯二氮䓬类抗焦虑药,因为长期使用有成瘾的问题。

1. 抗抑郁剂:目前认为 SSRIs 抗抑郁药是 PTSD 治疗的首选药物(尤其是氟西汀、帕罗西汀、舍曲林),对于躯体化症状较为敏感的患者,起始剂量可较低(氟西汀 10mg/d、帕罗西汀 10mg/d、舍曲林 25mg/d)。其他 SSRIs 药物对 PTSD 也有效,只是证据水平较低。也有证据表明 SNRIs 药物文拉法辛对 PTSD 有较好疗效,但应注意高血压和其他心血管系统副作用(尤其是在高剂量时)。也有研究报告米氮平对 PTSD 有效。老一代抗抑郁药物如三环类或单胺氧化酶抑制剂对 PTSD 有显著疗效。如果因费用或处方限制不能使用 SSRIs 或 SNRIs 时,三环类如丙米嗪或阿米替林可以作为首选药物,不过应该注意药物副反应,包括心血管系统副反应、癫痫风险、抗胆碱能副反应、饮食限制等。一般不把单胺氧化酶抑制剂作为首选药物。安非他酮对 PTSD 似乎无效,曲唑酮单独使用可能有效。

2. 苯二氮䓬类药物:对减轻 PTSD 患者的焦虑和改善睡眠有效,但对 PTSD 的核心症状疗效不肯定。临床观察到,在苯二氮䓬类药物的早期干预下,PTSD 的患病率仍增加,或撤药时 PTSD 症状加重。因此,苯二氮䓬类药物不推荐作为 PTSD 的单药用药。

3. 非典型抗精神病药物:越来越多的证据表明非典型抗精神病药物对 PTSD 的辅助治疗有效,因此应该对这类药物有所重视。对共患其他精神疾病的 PTSD 患者,非典型抗精神病药物(如奥氮平、喹硫平、利培酮)有效。与传统抗精神病药物相比,非典型抗精神病药物产生锥体外副作用和心血管副作用相对较低,但其他副作用尤其是体重增加和代谢综合征包括高脂血症、高血糖症、糖尿病以及由此而产生的远期心脏副作用应予重视。

4. 对合并有其他精神障碍的患者应加用其他精神药物,如合并情感障碍的患者可加用心境稳定剂等。

学习笔记

[**问题 2**] 在治疗时需要重点注意哪些问题?

思路 1:治疗前和治疗中要始终注意建立和维持良好的医患关系。给患者充分的信任感并对其安全等特殊问题给予足够关注。注意对其隐私的尊重。

思路 2:治疗 PTSD 时要考虑到患者的共病问题和高危行为问题。如共病躯体疾病时要和相关科室建立共同治疗小组。如有自杀、冲动等高危行为,应制订切实可行的干预措施,如有效的药物治疗、及时的心理干预、密切的观察、及时与家属的沟通等。在治疗过程中要进行风险评估。

思路 3:在治疗时要考虑到患者社会支持系统的建立和维持。

病历摘要(四)

患者经帕罗西汀 20mg/d,阿普唑仑 0.8mg qn 口服治疗及支持性心理治疗 4 周,病情有所改善。患者暴露出:刚地震时,虽骨折受伤,但并不担心自己,只是担心孩子和丈夫的安危,后来得知孩子遇难,心里不知怎么一下子就空了,像行尸走肉一般,心里空荡荡的,什么感觉也没有。看见丈夫那么痛苦,天天借酒浇愁,还得照顾自己,只能强打精神,接受骨折治疗。回家后,看见孩子的东西,总觉得孩子还在自己身边,有时会不自觉地喊孩子,和孩子说话。有时会不自觉走到学校去接孩子。走到街上,总能看到儿子,赶快喊儿子的名字,孩子扭头才发现不是儿子。每天不能入睡,睁眼到天亮,一有动静就感到又地震了,极度恐惧。每次家人提起再生个孩子的事,患者就想死,感觉自己对不起孩子,对不起家人,正是因为自己没有及时办转学,孩子不舒服还逼着孩子去上学,才导致了孩子遇难,一切责任都在自己,自己是罪人。逢年过节家人团聚,只缺自己的儿子,看着一家子欢乐,患者丝毫体会不到愉快,只是感觉自己孤独无依,像落入万丈深渊的人,周围漆黑冰冷,没有希望。随着时间流逝,这种感觉越来越重,患者不再有其他想法,只是整日回忆儿子的一言一行,渐渐地什么也不想,什么也不做,什么也不关心,无法思考,无法联想,无法集中注意力。自伤是因为总控制不住地想起孩子离家时的神情,想像孩子一个人躺在冰冷的地下的情景,每当脑海中出现此情此景,就烦躁想死,有时就抓自己的脸。走失是因为总感觉迷迷糊糊,像喝醉了酒,周围的世界飘忽遥远,自己似乎不在这个世界里。

[**问题 1**] 随着临床资料的丰富,如何对资料进行再理解和再分析?

思路 1:治疗前因患者病情原因,思维内容及内心体验不暴露,使资料中患者来源部分缺失,造成在进行资料分析时,对一些症状不能确定。在治疗过程中,随着患者病情好转,思维内容和内心体验逐步呈现,此时应对症状再次核实确认:

(1) 自言自语,像是在和孩子对话——据患者自述,可以排除幻听。

(2) 经常发呆,做事心不在焉——注意力不集中,属于警觉性增高,警觉性增高是“创伤三联症”之一。

(3) 有时又像被惊吓到,惊跳——过度警觉,属于警觉性升高。

(4) 孩子的任何祭奠活动,她都拒绝参加;家人怕患者伤心,把孩子的东西都收了起来,患者也从来不问——回避,属于“创伤三联症”之一。

(5) 晚上从没有睡过一个安稳觉,经常在夜里惊醒——睡眠障碍,警觉性增高的表现。

(6) 无意间听到别人议论地震中的事,谁受伤了、谁死了,患者都会表情痛苦,浑身发抖,面色苍白,一身冷汗——创伤重现体验,属于“创伤三联症”之一,伴有自主神经功能紊乱。

(7) 在路上走着,突然拉住擦身而过的小男孩喊死去孩子的名字——错觉。

(8) 对家人和丈夫逐渐疏远,不与人交流,对什么都不感兴趣——情感反应抑制,兴趣丧失。

(9) 从生活渐渐被动懒散、不再料理家务,逐步发展到不知料理个人卫生,饮食也需督促照顾,完全不与人交流——情绪障碍导致的精神运动性迟滞,社会功能受损严重,生活不能自理。

学习笔记

(10) 有过自伤、自杀行为——是严重的抑郁情绪导致的消极行为。

(11) 经常独自外出，曾经走丢过几回——根据患者描述，明确外出的原因为分离症状。

思路 2：随着患者内心体验的暴露，补充症状如下：

(1) 一切的责任都在自己，自己是罪人——自责自罪，无价值感。

(2) 逢年过节家人团聚，只缺自己的儿子，看着一家子欢乐，患者丝毫体会不到愉快——乐感缺乏。

(3) 感觉自己孤独无依，像落入万丈深渊的人，周围漆黑冰冷，没有希望——无助、无望。

(4) 无法思考，无法联想，无法集中注意力——认知功能下降。

思路 3：对上述症状进行综合分析：核心症状为“创伤三联征”，即创伤体验重现、警觉性升高、回避与麻木；同时具有重型抑郁的表现，即情绪低落、兴趣缺乏、乐感丧失；自责自罪、自伤自杀；无助、无望、无价值感。

[**问题 2**] 根据目前全部资料，如何进行回顾性诊断分析？

思路 1：确定的症状中没有幻觉、妄想、被动体验等精神分裂症的核心症状，虽有精神运动性迟滞的表现，但与情绪的过度抑制有关，经抗抑郁药物治疗后，症状明显好转，故目前可完全排除精神分裂症。

思路 2：患者同时符合创伤后应激障碍和抑郁症的诊断。抑郁症状是很多 PTSD 患者常见的伴随症状（发生率在 50% 左右）。不过抑郁究竟是伴随症状还是共病，目前学术界尚有争论。临床上认为，如果能用一种诊断涵盖所有症状，就只下一种诊断。PTSD 能同时解释“创伤三联征”及抑郁症状，患者既往未曾患过抑郁症，本次所有症状均出现在创伤后，是一个连续发展的过程，且抑郁症状缺乏特异性，是继发于创伤事件相关的症状，可以归为伴随症状，本病例应确诊为创伤后应激障碍。

[**问题 3**] 针对患者目前的情况，如何考虑下一步治疗措施？

思路 1：患者病期虽长，但未治疗过，且刚入院时患者本人缺乏主诉，故起始药量定得偏低。目前患者治疗合作，症状部分改善，4 周治疗时间较短，可继续维持目前治疗方案，将帕罗西汀片加量至 40mg/d，再继续观察。

知识点

PTSD 药物治疗策略

经 4~6 周药物治疗，有效：继续治疗；效果不佳：对症状进行评估，根据症状特点选择换药或加大原药剂量，同时可添加辅助药物。

治疗 6~12 周，药物显效：药物维持治疗至少 1 年；效果不佳：评估药物治疗无效原因并设法解决。如确认为药物对症状不敏感，保留原有药物的基础上联合第二种药物治疗。具体参见《中国精神疾病防治指南》。

思路 2：刚入院时患者因严重的精神运动迟滞，无法交流，也无法开展心理治疗，随着病情的改善，应加大心理治疗的力度。

知识点

PTSD 的心理治疗

最常用的有焦虑管理训练、暴露疗法和认知治疗。焦虑管理训练是帮助患者控制焦虑的水平。焦虑是 PTSD 患者的基本症状，因此焦虑管理训练方法对患者的闯入性体验、警觉、回避三类症状都有效。暴露疗法是让患者在放松状态下面对创伤性事件（可以是回想的，也可以是模拟的），学会

学习笔记

控制他们的恐惧体验。此法起效快，尤其对闯入性体验症状有效。但也有报道称，部分患者可能因此加深闯入性体验的症状，因此治疗患者时应特别注意个体差异。认知疗法的目标是改变患者的错误认知。PTSD 患者常常认为世界充满危险，个体过于渺小和无能无助，因此表现有回避社会、兴趣下降、罪恶感或内疚感。认知疗法对这些症状疗效较好。

眼动脱敏和再处理治疗是对急性和慢性 PTSD 核心症状的有效疗法；精神分析治疗寻找成长过程中的人际、内心冲突，对 PTSD 可能有效；关注现时和创伤为中心的集体治疗也可能减轻 PTSD 的症状。

病历摘要(五)

根据第一阶段治疗效果，调整药物治疗为帕罗西汀 40mg/d、阿普唑仑 0.8mg qn 口服治疗，2 周后，患者精神迟滞症状逐步消失，回避及警觉性增高明显改善，生活自理能力恢复。情绪也有改善，称“不再想死，想治疗，想好好生活。”夜眠总体时间仍偏短，早醒，调整阿普唑仑为氯硝西泮片 2mg qn 后，夜眠基本恢复正常。但情绪仍持续低落，程度虽较前减轻，无消极观念及行为，兴趣缺乏、乐感丧失仍较突出。治疗第 8 周时联合米氮平片 30mg/d 口服治疗，患者继续住院 2 周，精神迟滞症状完全消失，偶有“闪回”症状，但患者称“已能控制”，情绪明显好转，能主动与人沟通交流，对汶川地震不再回避，尽管仍有痛苦感，但患者已经能理智对待。家属及患者要求出院回家，以“显著好转”疗效出院。

[**问题 1**] 患者出院后是否需要持续治疗？

思路：经治疗 8 周后，患者症状部分缓解，然而，进一步的好转需要持续治疗。持续治疗不仅能使 PTSD 症状进一步改善，而且能够使患者的整体功能得到提高，减少复发。由于 PTSD 的迁延性与反复发作性，建议药物治疗至少维持 1 年。

[**问题 2**] 除了药物联合心理治疗外，PTSD 还有哪些治疗方式？

思路：除了药物联合心理治疗外，还有生物反馈治疗、改良电抽搐治疗(MECT)、经颅磁刺激疗法，患者还应保证充足的睡眠、科学的饮食、适当的文体活动。

病历摘要(六)

半年后随访，患者一直坚持服药，生活能自理，未出现自伤及走失行为，能从事家务劳动，与丈夫及家人关系融洽，知道关心体贴家人，劳累、压力大或触景生情时会出现情绪波动及睡眠障碍，偶尔仍有“闪回”。

【总结】

与急性应激障碍一样，(创伤性)应激事件是 PTSD 诊断的必要条件之一。PTSD 可以在急性应激障碍基础上发展而来，也可以在急性应激障碍完全康复甚至缺乏急性应激障碍的背景上发生。相对于 ASD 临床相的丰富和多变特点，PTSD 临床表现相对稳定，并且集中在创伤体验重现、警觉性增高、回避和麻木症状等核心症状方面。抑郁是 PTSD 常见的伴随症状，还可以表现出物质依赖、攻击行为、自伤或自杀行为、认知功能下降等症状。

PTSD 的治疗原则：在治疗前依据患者的疾病诊断及相关背景信息，制订个体化的治疗方案；在远离创伤环境的前提下，尽量在患者熟悉的环境下开展治疗，如果病情复杂或存在威胁自身或他人的风险，应考虑住院治疗；早期应积极进行支持性心理治疗和心理健康教育；药物治疗

学习笔记

根据病情需要可以尽早进行；慢性 PTSD 患者的治疗宜选择药物治疗与心理治疗相结合的综合治疗模式。

（吕路线　郭延庆）

参考文献

1. 卫生部疾病预防控制局 . 灾难心理危机干预培训手册 . 北京 : 人民卫生出版社，2008.
2. 于欣 . 精神科住院医师培训手册——理念与思路 . 北京 : 北京大学医学出版社，2011.
3. 沈渔邨 . 精神病学 . 第 5 版 . 北京 : 人民卫生出版社，2009.
4. 江开达，马弘 . 中国精神疾病防治指南 . 北京 : 北京大学医学出版社，2010.
5. 江开达 . 精神病学高级教程 . 北京 : 人民军医出版社，2009.
6. 杨德森 . 中国精神疾病案例集 . 长沙 : 湖南科学技术出版社，1999.

学习笔记

第十一章 儿童期特发的精神障碍

【学习要求】

1. 掌握两个儿童期特发的精神障碍(孤独症谱系障碍、注意缺陷和多动/冲动障碍)的临床表现、鉴别诊断思路和要点。

2. 熟悉孤独症谱系障碍临床评估方法、药物治疗原则和教育行为干预方法。

3. 熟悉注意缺陷和多动/冲动障碍治疗药物的常见种类、使用方法、常见副作用。

【核心知识】

1. 社会沟通与互动缺陷,重复、局限的行为以及兴趣与活动,是孤独症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD)诊断的必要条件。

2. 孤独症谱系障碍临床评估包含两个层面:临床症状评估和心理发展发育评估。孤独症诊断访谈量表和孤独症诊断观察量表结合,围绕症状进行评估,是当前孤独症诊断的"金标准"。

3. 注意缺陷和多动/冲动障碍(attention deficit hyperactive disorder, ADHD)的临床症状是目前诊断ADHD的主要依据。应当在症状数量(两个领域中至少一个领域的症状超过6条以上)、持续时间(至少6个月以上)、场合(至少两个以上)和影响(家庭或学习适应不良)等方面进行综合评估,还要注意症状与发育水平经常不相称。

4. ADHD可以共患其他神经发育障碍,如抽动障碍、孤独症谱系障碍等,也可以共患其他非神经发育障碍,如强迫障碍、情感障碍、精神分裂症等。前者在低龄儿童群体中常见,后者在高龄儿童群体中表现突出。在收集病史信息和诊断时要全面考虑,避免被暂时突出的临床相迷惑。

5. ADHD的治疗药物主要有中枢兴奋剂类与选择性NE再摄取抑制剂两类。前者如哌甲酯及其长效制剂,后者如托莫西汀。两者均可有效增加ADHD儿童前额叶神经元突触间隙相关神经递质(多巴胺或去甲肾上腺素)的传递。

【临床病例】

病历摘要(一)

男,3岁6个月。幼儿园老师发现其不合群,交往差,不听从老师指令,怀疑其"孤独症"而建议父母来诊治。

[问题1]"不合群,交往差,不听从老师指令"应考虑哪些临床情况?

思路1:对于成人精神障碍来讲,主诉本身要么是疾病主要临床相的表现,要么是疾病对患者生活的主要影响,主诉内容往往与年龄并不相关。但儿童病人不同,行为为主的临床表现要考虑到发育的因素(也就是年龄的因素)。结合本例而言,3岁半年龄的"不合群,交往差,不听从老师指令"的主诉,应该首先考虑孤独症谱系障碍或者选择性缄默。

通常起病于婴幼儿阶段,以社会沟通和社会互动缺陷以及重复、局限的兴趣行为为核心临床表现的一组神经发育障碍。多数患儿会有语言发育的延迟和发育偏离的现象,但如果患儿没有语言发育的明显落后,往往会影响到患儿的早期发现和早期就诊。不少儿童是在送到幼儿园甚至上学以后才发现其由来已久的孤独症样的行为特征。这些孩子给幼儿园老师或学校老师

学习笔记

的突出印象往往就是“独来独往，不合群，不与同龄儿童互动，缺乏合作性游戏和对小朋友的兴趣，对老师的指令置若罔闻”。

知识点

孤独症谱系障碍的主要临床表现

1. 在跨越多场景的社会沟通和社会交往上存在持续缺陷，表现为下列三项：

(1) 社会情感互动存在缺陷(如不能进行一来一往方式的对话；兴趣或感情的分享减少)。

(2) 用于社会交往的非语言沟通行为存在缺陷(例如，言语和非言语沟通协调不良；异常的眼神接触或身体语言，不理解手势)。

(3) 发展、维持和理解关系存在缺陷(例如，难以调整行为去适应不同的社会环境；交友困难；对同伴缺乏兴趣)。

2. 局限、重复性模式的行为、兴趣或活动，(现时或历史地)表现出以下至少两项：

(1) 刻板或重复运动的动作、使用物品，或讲话(例如，刻板、仿说、排列玩具等)。

(2) 坚持千篇一律，僵化固守常规惯例，或仪式化的行为模式(言语的或非言语的)。

(3) 高度限制、固定的兴趣，异常强烈或集中(例如，对某物的过度着迷；固执的兴趣)。

(4) 对感官输入有过高或过低的反应性或对环境中的感官因素有异常的兴趣(例如，对特定的声音有不良反应；对冷热差别不敏感；过度嗅闻或触摸物体。

思路 2：3 岁半儿童出现“不合群，交往差，不听从老师指令”也应当考虑与选择性缄默(selective mutism，SM)鉴别。SM 在幼儿和少年期多见，属于焦虑障碍的一种。通常表现为对某些场合选择性地保持缄默不语的状态而在另一些场合言语功能正常。多数可能发生在上学、上幼儿园或者搬家、移民等生活环境变动时，但也有缓慢起病和发展的。严重程度需要从保持缄默的场合单一还是泛化、缄默的程度(是否可用笔或眼神、手势沟通等)、伴随的情绪行为问题等角度进行评估。通常罹患此障碍的儿童往往以在特定场合不说话为突出主诉或特征，虽然选择性缄默的患儿因为其在特定场合保持缄默和回避的特点，会给人以“不合群，交往差，不听从老师指令”的印象，但一般不首先描述“不合群，交往差，不听从老师指令”的行为特征。

知识点

选择性缄默(SM)

1994 年，美国心理学会推测的临床 SM 患儿不足儿童总数的 1%，Kopp、Kamulainen、Bergman 等对选择性缄默做了流行病学调查，发现其发病率在 0.2%~2.0% 之间，绝大多数患儿持续一年以上，一些研究显示，女孩 SM 患者稍多于男孩，比例为 2 ∶ 1。目前认为心理因素是主要的致病原因。

临床表现：

1. 在需要言语交流的场合“不能”说话，而在另外一些环境说话正常。

2. 持续时间超过一个月。

3. 无言语障碍，没有因为说外语(或不同方言)引起的言语问题。

4. 是由于入学或改变学校、搬迁或社会交往等影响到患儿的生活。

5. 没有患诸如自闭症、精神分裂症、智力发育迟缓或其他发育障碍等发育或心理疾病。

思路 3：还要与 ADHD 和品行障碍鉴别。ADHD 儿童经常出现冲动、多动和招惹小朋友的行为，从而导致与伙伴关系不良的现象，但也会出现不守纪律、不服从指令，甚至与老师对抗等行为表现，因此在鉴别诊断时也要考虑 ADHD。但是 3 岁半年龄的儿童出现一些反抗行为，通

学习笔记

常不足以作为临床主诉，因为这些行为对他人造成干扰的程度通常未达到引人关注的程度，而且更可能与发育年龄有关；如果是13岁，则首先考虑ADHD或品行障碍。

知识点

ADHD的主要临床表现——注意缺陷为主

学习、做事不注意细节，常出现粗心大意的错误。

在学习、做事或玩的时候能专心持续的时间短。

别人对他讲话时常常好像没在听或没听见，经常顶撞父母。

经常不完全按他人的指示行事，并且不把自己的学校功课、其他事情或工作义务完整做完。

经常很难安排好日常学习和生活。

经常逃避、厌恶或不愿执行需要持续花费心神的任务。

经常丢失一些常用的东西。

常常因为外在事物或无关刺激而分心走神。

经常忘事，如上学时丢三落四，忘记老师分配的任务、布置的作业等。

知识点

ADHD的主要临床表现——多动冲动为主

手脚总是动个不停，在座位上小动作多或扭来扭去。

在教室或其他需要坐在位子上的场合经常离开座位。

经常跑来跑去，或在不适当场合过度爬上爬下。

很难安安静静地玩。

经常处于忙碌状态，或经常像是被驱赶着去做事。

经常话多，说起来没完。

常在问题没说完时抢先回答。

很难按顺序等待（例如排队、比赛或其他集体活动）。

经常打断别人或干扰别人（例如插入别人的谈话或游戏）。

知识点

品行障碍的临床表现

对立违抗性行为：指对成人特别是家长所采取的明显的不服从、违抗或挑衅行为，表现为经常说谎（不是为了逃避惩罚）；易暴怒，好发脾气，常怨恨他人，怀恨在心或存心报复；常拒绝或不理睬成人的要求或规定，长期严重地不服从；常因自己的过失或不当行为而责怪他人；常与人争吵，常与父母或老师对抗；经常故意干扰别人；常违反集体纪律，不接受批评。故意破坏他人物品或公共财物，给他人造成经济损失：偷窃、欺诈多表现为先拿家长的钱或物，开始时数量较小，当所偷钱财不能满足自己消费时则会去偷同学、偷路人、偷商店；有时为得到家长的钱，可以编出谎话进行欺骗。

违犯社会准则：经常说谎以骗取好处（物质上或精神上），或者是为了逃避责任（惩罚、责备）；逃学，由于厌恶学习或学习成绩差，患儿对家长讲是去上学，对老师讲则是因为家中有事而在校外游荡、打电子游戏、玩耍；夜出不归，经常在外过夜。

伴随的其他问题：常见合并ADHD、抑郁、物质滥用等问题。

学习笔记

思路4：精神发育迟滞儿童由于智力发育落后和社会适应功能受到影响，也可能会出现“不合群，交往差，不听从老师指令”的行为现象，但精神发育迟滞儿童一般是乐群而居的，如果环境对患儿足够友好和保持耐心，他们通常不排斥、不攻击他人，也乐于听从他们所理解的指令。与选择性缄默一样，“不合群，交往差，不听从老师指令”可能是精神发育迟滞的影响和结果，不是其特征表现。

知识点

精神发育迟滞分级

根据智力水平的不同，精神发育迟滞各级临床表现如下：

1. 轻度：约占该障碍的75%~80%，智商范围为50~69。

患儿言语能力无明显障碍。生活可自理，有较好的独立能力，并能学会一般家务劳动。成年后可学会简单的手工操作，大多数可独立生活。

2. 中度：约占该障碍的12%，智商范围为35~49。

患儿社会适应能力差，个人生活技能较早就表现出困难，不能完全独立生活，但可学会自理简单生活，在监护下可从事简单的体力劳动。

3. 重度：约占该障碍的8%，智商范围为20~34。

不能接受学习教育，不会辨别和躲避危险。情感幼稚。成年后生活不能自理，终生需人照顾。

4. 极重度：约占该障碍的1%~5%，智商范围低于20。

社会适应能力极差，完全缺乏生活自理能力，终生需人照顾。多数患儿因严重躯体疾病等早年夭折。

[问题2] 由他人提醒就诊和父母主动发现问题就诊，在临床上各有什么意义？

思路1：自己的孩子却经由他人提醒来就诊的情况在儿童精神科临床上不少见，原因可能与下述几种情形有关：①父母往往缺乏对婴幼儿发育发展的一般规律的认识和相应经验，也缺乏对比同龄儿童的机会，很难识别患儿与普通正常儿童发展发育上的细微差别；②即使差别显著，也存在诸如“贵人语迟”等侥幸期待心理或者半信半疑的观望心态，这些都会推迟有发育障碍或者发展偏离儿童的早期就诊；③家属之间观点不一致，阻碍了患儿及时就医；④虽然意识到患儿的问题及其严重性，但不敢正面应对，采用拖而不决、讳疾忌医的消极方式。

思路2：神经发育相关障碍多数缺乏特效的药物治疗，早期发现、早期诊断、早期教育康复，对儿童和家庭都至关重要。大量循证医学证据表明，在儿童发育早期阶段进行及时干预对儿童预后有正性影响；早期发现与诊断对家庭和社会来说，也可以避免家庭经济的无谓消耗和社会医疗资源的重复利用和浪费现象。早发现、早诊断、早干预的观念应落实到社区中，更应普及到学校和幼儿园环境里。

思路3：面对他人建议来就诊的儿童父母，如果儿童确实罹患了某种神经发育障碍或者其他精神障碍，应充分注意沟通诊断和治疗信息的技巧。一般沟通技巧可以参考本书总论的相关章节，此处强调应充分了解家长延迟就诊的具体原因，针对具体原因采取相应的解释策略，目的是让家长尽快接受现实，积极恰当应对，减少盲目就医和检查现象。

学习笔记

知识点

早期发现孤独症谱系障碍儿童(摘自 M-CHAT 量表)

1. 你的孩子喜欢你摇他或是把他放在你的膝盖上等之类的事吗？　是　否
2. 你的孩子对其他孩子有兴趣吗？　是　否
3. 你的孩子喜欢爬东西吗？像上楼梯？　是　否
4. 你的孩子喜欢玩捉迷藏吗？　是　否
5. 你的孩子会假装，例如讲电话或照顾洋娃娃，或假装其他事情吗？　是　否
6. 你的孩子曾用食指指着东西，要求要某样东西吗？　是　否
7. 你的孩子曾用食指指着东西，表示对某样东西有兴趣吗？　是　否
8. 你的孩子会正确玩小玩具(例如车子或积木)，而不是只把它们放在嘴里、随便乱动或是把它们丢掉？　是　否
9. 你的孩子曾经拿东西给你(家长)看吗？　是　否
10. 你的孩子会注意看着你的眼睛超过一两秒钟吗？　是　否
11. 你的孩子曾对声音过分敏感吗(例如捂住耳朵)？　是　否
12. 你的孩子看着你的脸或是你的微笑时会以微笑响应吗？　是　否
13. 你的孩子会模仿你吗(例如：你扮个鬼脸，你的孩子会模仿吗)？　是　否
14. 你的孩子听到别人叫他 / 她的名字时，他 / 她会回应吗？　是　否
15. 如果你指着房间另一头的玩具，你的孩子会看那个玩具吗？　是　否
16. 你的孩子走路吗？　是　否
17. 你的孩子会看你正在看的东西吗？　是　否
18. 你的孩子会在他 / 她的脸附近做出一些不寻常的手指头动作吗？　是　否
19. 你的孩子会设法吸引你看他 / 她自己的活动吗？　是　否
20. 你是否曾经怀疑你的孩子听力有问题？　是　否
21. 你的孩子能理解别人说的话吗？　是　否
22. 你的孩子有时候会两眼失焦或是没有目的地逛来逛去吗？　是　否
23. 你的孩子碰到不熟悉的事物时会看着你的脸，看看你的反应吗？　是　否

上述关键项目中(2、4、6、8、10、12、14、16、18、20、22)有两项或两项以上或所有项目当中有任何三项阳性即为可疑。

学习笔记

病历摘要(二)

患儿在幼儿园常把手放在眼前交替晃动，有时还歪着脑袋眯起眼，嘴里时不时发出“咿——”的声响。小朋友拉他，跟他说话，或者笑他，他都置若罔闻，老师叫他名字他也没有任何反应。他从来不主动和小朋友接近，也不观察和模仿其他小朋友。集体游戏的时候，他只是在群体里独自跑来跑去，或在别处游荡。

[问题 1] 上述信息主要反映了患儿在哪些领域存在发育的缺陷或偏离？

思路 1：尽管信息仍不完善，但还是突出反映了患儿在两方面存在明显问题：兴趣行为领域和社会交往领域。兴趣行为领域的表现为：常把手放在眼前交替晃动，有时还歪着脑袋眯起眼，嘴里时不时发出“咿——”的声响；独自跑来跑去。社会交往领域的表现为：小朋友拉他，跟他说话，或者笑他，他都置若罔闻，老师叫他名字他也没有任何反应；从来不主动和小朋友接近，也不观察和模仿其他小朋友；集体游戏的时候，他只是在群体里独自跑来跑去，或在别处游荡。

思路 2："孤独症儿童似乎只生活在他自己的世界里"，这是很多家长甚至专业人员尝试与患儿互动和交往受挫时，常常产生的一种判断与感受。这种判断和感受超越了症状学标准，却往往能更深刻地直达患儿的精神病理核心。譬如，人际交往中与什么样的人交往轻松自如，与什么样的人交往要煞费心机还不得要领？是个人能力不够还是互动的对方有人格问题或者精神障碍？这些耗能又有多少源于相互的不熟悉和不投机的成分？对于医生而言，我们往往关注通过检查获得了哪些症状，却很少检视自身在检查中耗用了多少注意和能量以及为什么需要这些注意和能量的问题。当我们碰到孤独症谱系障碍或者精神分裂症单纯型这些在交往中处于极端一群的患者，其印象和感受之深刻往往超过任何一个醒目的症状本身。重视症状但又不唯症状，在客观、全面地评估症状，收集诊断依据的基础上不能忽视对患者整体的把握，也离不开对互动双方（检查者与被检查者）互动的质量与难点的分析。这些经验对诊断的特异度并不高，但对于理解和把握患者，从而更好地为其提供临床服务是很有裨益的。

思路 3：当孤独症谱系障碍成为目前最主要的诊断考虑时，医生需要意识到的首先可能不是与哪一个具体的疾病进行鉴别诊断的问题，而是充分认识到，短时横断面临床观察的印象不一定代表生活状态下的典型情况。过于急切地沟通临床观察结果很可能招致家长或照护人"他平时不这样"或"他只是偶尔才这样"的反驳。这种情况不仅仅出现在对缺陷性行为或者过度行为的观察上，也适用于正常行为的判断，尤其是在孤独症群体。有一些患者在短时一对一的环境下交流（尤其是语言交流）会给人以相对正常的印象，但放到生活状态下，放到幼儿园的集体生活中，他的行为缺陷还是相当突出的。不借助于实时录像的观察和多时段、多地点的临床评估，有时会出现以偏概全的错误。

［**问题 2**］在兴趣和交往领域，孤独症谱系障碍患儿通常还存在哪些方面的异常表现？

思路 1：孤独症谱系障碍儿童在兴趣行为领域通常表现出：①兴趣范围狭窄，对电视广告、天气预报、旋转物品或排列物品等有非同寻常的兴趣，部分患儿可能专注于文字、数字、日期、时间的推算、地图、绘画、乐器演奏等，并可表现出独特的能力；②行为兴趣刻板强迫，或对日常生活规律或环境的细微变化不能容忍；③异常依恋非生命物品，如化妆品瓶、盒子、盖子、毛毯、绳子等都需要随时随身携带，短暂剥夺都可能会焦躁不安；④重复局限的动作行为，如重复蹦跳、拍手、将手放在眼前扑动和凝视、用脚尖走路等；⑤特异的感官兴趣行为，如反复闻、摸、触、看、听某东西。

在社会交往领域，孤独症儿童常回避目光接触，叫名字或与之说话时常如没听见一样，对主要抚养者缺乏正常的依恋情感，对陌生人缺少应有的恐惧，缺乏与同龄儿童交往或玩耍的兴趣，不会以适当的方式与同龄儿童交往。常常不会玩想象性和角色扮演性游戏，不会与他人分享快乐和寻求安慰，对他人的身体不适或不愉快也不会表示安慰和关心，也不会表达和分享兴趣、快乐和情感。

思路 2：上述临床表现虽然特征鲜明，让人过目难忘，但许多不会在短暂的门诊接触中得到暴露的机会。生活中家长发现孩子的问题比较多，但限于时间和交谈时对个别主题的选择性关注，一时可能会忽略很多其他领域的问题和细节。对于临床医生而言，熟悉上述领域孤独症谱系障碍常见的临床表现就显得格外重要，它可以促使医生主动向家长探寻某些行为线索，通常在这些线索提示下，如果患儿确有类似的行为问题，会激发家长的回忆和交流的能力；它也可以让医生主动设置一些特定的情境，增加患儿暴露行为问题的机会，比如门诊时带一些粗的毛线绳、有磨砂一面和光滑一面的积木、带有轮子和车门的小汽车玩具、圆的盘子或者盖子等。

学习笔记

病历摘要(三)

G_3P_1，第一胎人工流产，第二胎孕 2^+ 个月自然流产。第三胎母孕 2^+ 个月时有自然流产迹象，经过黄体酮注射保胎，足月剖宫产。孕产期无其他异常情况。父母以及双方家系均无精神病家族史或其他家族遗传病史。患儿“三翻、六坐、周岁走”等关键性动作发育方面无落后，9 个月大就会无意识地叫“爸爸”、“妈妈”，但到 2 岁时仍不会有意识地称呼人，能不问自说几首唐诗，有时自语一些与情境无关但很明显是他人曾经说过的话，说话语调单一，尾音常拉长。几乎无主动的社会性交流语言，也很少在要求的情况下说话。

[**问题**] 如何看待和评价上述信息？

思路 1：对于婴幼儿和少年儿童患者，应常规考虑和关注其生长发育的历史。母亲既往的孕产史以及患儿在孕期和生产中的特殊情况也是需要记载的重要内容，因为就群体而言，神经发育障碍与母孕产史的风险因素相关。患儿母亲孕三产一，首次人工流产，第二次自然流产，第三次经保胎剖宫产。患儿 1 岁前的关键发育阶段未见明显异常，1 岁以后主要的缺陷领域在于言语发育，既有发育的延迟迹象也有发育的偏离现象（质的异常），主要表现为自发言语的非社交性特点上，也有语调和语言形式上的偏离现象。

思路 2：孤独症谱系障碍语言和言语交流障碍通常作为家长首发关注之一，也是最常见的就诊起因。通常表现为如下形式的异常：①言语发育迟缓或无言语；②言语理解能力受损，尤其无法理解幽默、双关、隐喻等；③言语形式及内容存在质的异常，即刻模仿、延迟模仿或刻板重复言语常见，患儿可用特殊、固定的言语形式与他人交流，存在答非所问、语句缺乏联系、语法结构错误、人称代词分辨不清等表现，也有患儿存在语词新作现象；④语调、语速、节律、重音等异常；⑤言语运用能力受损，表现为主动言语缺乏，启动和维持话题的能力不足，或黏滞于同一件事或同一话题。

除了语言和言语交流的障碍，孤独症谱系障碍儿童在非言语的沟通和交流也存在缺陷。患儿常常不会用点头、摇头以及各种手势动作表达想法，与人交往时缺乏相应的表情，在表达要求或愿望时通常会把他人的身体作为无生命的工具一样操作和使用。

学习笔记

病历摘要(四)

精神检查：面貌清秀，肢体动作协调，不安坐，动作和行为的目的性不明显，时而歪头侧目盯着某一角度或自己抬起的手，时而来回蹦跳几下，此时会显得全身肌肉紧张，一只手放在嘴前并发出“咿——”的叫声。对诊室无陌生感，对亲人也无亲热感。陌生人可以随意抱起他甚至抱离诊室。对问话或对话无反应，即使父母叫其名字也很少回应或者注意。缺乏主动的眼神或表情沟通。偶尔冒出一句“过马路要左右看——”，没有指向性，语调特殊，尾音拉长。

[**问题 1**] 除了收集病史和精神检查，针对孤独症谱系障碍诊断还有哪些手段？如何看待？

思路 1：孤独症谱系障碍的诊断工具是必要的诊断手段。在实际接触患者和家属的过程中，临床医生无论如何用心，也不可能尽全地收集所有必要的关键信息。与诊断性访谈往往聚焦于个体临床关注不同，筛查或者诊断工具往往聚焦在孤独症谱系障碍群体中常见、必要而且完备的信息线索。在主要关注点得到充分探索的情况下，筛查或者诊断工具的使用可以有效地弥补临床主要关注点以外的其他必要的临床线索征集的不足，从而更好地提高诊断的准确性和一致性。

思路 2：在应用诊断和筛查工具时要注意避免唯量表、唯工具化。量表和诊断工具无论多么完备，都不能替代医生对个体临床主要关注点的充分探索。对个体临床主要关注点的充分探索，不仅有利于医生从整体上把握患儿的主要问题和家长的主要关切，这些主要问题和关切本身也往往代表着它在患儿可能罹患的障碍中分量的轻重。同时，借助于对主要关切的充分探索，有利于建立良好的治疗关系，保证治疗的依从性。

知识点

孤独症诊断和筛查的常用工具

1. 常用筛查量表

(1) 孤独症行为量表(autism behavior checklist, ABC):该量表为家长评定量表,共57个项目4级评分,总分≥53分提示存在可疑孤独症样症状,总分≥67分提示存在孤独症样症状,适用于8个月~28岁的人群。

(2) 克氏行为量表(Clancy behavior scale, CBS):该量表共14个项目3级评分,总分≥14分提示可疑存在孤独症问题。该量表针对2~15岁的人群,适用于儿保门诊、幼儿园、学校等地方的快速筛查。当上述量表筛查结果异常时,应及时将儿童转介到有关专业机构进一步确诊。

2. 常用诊断量表

(1) 儿童孤独症评定量表(childhood autism rating scale, CARS):是常用的诊断工具。该量表由检查者使用,共15个项目4级评分,总分<30分为非孤独症,总分30~36分为轻至中度孤独症,总分≥36分为重度孤独症。该量表适用于2岁以上的人群。

(2) 孤独症诊断观察量表(autism diagnostic observation scale, ADOS)和孤独症诊断访谈量表修订版(autism diagnostic interview-revised, ADI-R):是目前国外广泛使用的诊断量表,也是被誉为孤独症诊断"金标准"的诊断工具。

[**问题2**] 诊断性评估以外,还应对患儿进行哪些必要的评估?

思路1:除了临床检查和围绕症状的临床评估以外,对于神经发育相关障碍的儿童进行发育相关的评估和智力评估非常重要。相关评估不仅可以帮助我们了解相对于正常儿童,患儿在相关领域有哪些落后或者薄弱的领域,还可以帮助我们了解患儿在发育和智力领域的发展优劣势的分布,从而制订个体化的扬长避短或者借长补短的干预措施。

思路2:发育评估的工具有丹佛发育筛查测验(Denver development screening test, DDST)、盖塞尔发育商量表(Gessell development scale)、Portage早期教育指导(Portage guide to early education)和心理教育量表(psycho-education profile, PEP)。常用的智力测验工具有韦氏儿童智力量表(Wechsler intelligence scale for children, WISC)、斯坦福-比内智力量表(Stanford-Binet intelligence scale)、Peabody图片词汇测验(Peabody picture vocabulary test)、瑞文测验联合型(combined Raven's test, CRT)等。

病历摘要(五)

患儿相关检查结果回报:ABC 57分;CBS 21分;CARS 36分。ADI-R与ADOS检查符合孤独症谱系障碍诊断。家长前来咨询检查结果并询问患儿的诊断。

[**问题**] 目前为止,印象诊断是什么?应如何与家属沟通?

思路1:鉴于孤独症谱系障碍临床影响深远,缺乏有效的医疗干预手段,且预后相对较差,与家长沟通患儿的诊断信息是一个极其重要的任务。除了借鉴本书总论中有关临床沟通章节中相关知识和技术以外,及时提供如下信息对于家长尽快接受诊断并以能动的心态面对患儿常有帮助:

(1) 孤独症谱系障碍个体差异很大,无论言语、社交还是天赋能力上,彼此都不同。

(2) 在传递诊断时注意传递通过检查和测查所发现的患儿的优势领域,并说明这些优势领域对患儿干预和预后的价值。

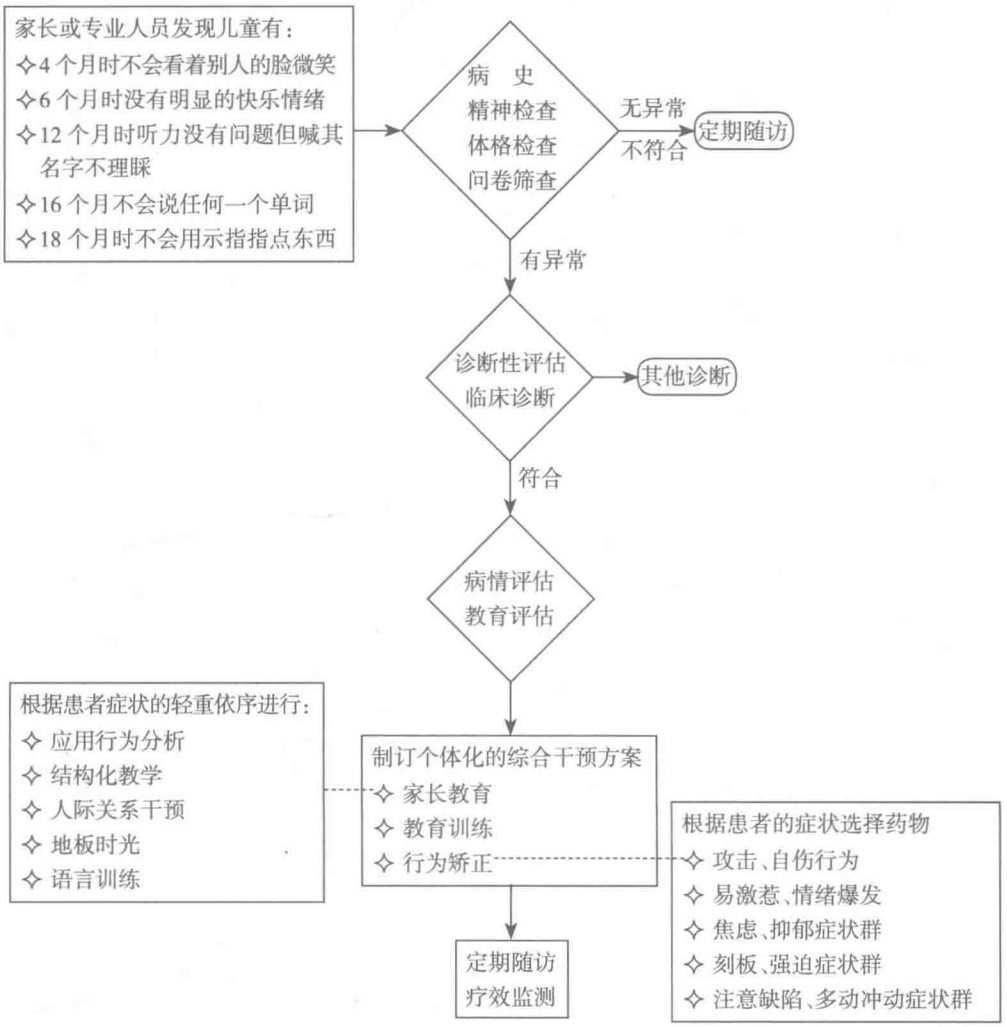
学习笔记

(3) 目前已经有相当多成熟的有循证依据支持的临床干预技术和方法，孤独症谱系障碍儿童的预后将随着这些干预技术和方法的发展和普及大大改善。

思路 2：在与家长沟通诊断时，还需要了解家长最初对患儿的关切是否得到充分探讨，了解家长对所关注问题的归因是什么，家长的归因有没有合理性，误区在哪里。不首先了解这些信息，不首先解决家长的关注，对诊断信息的传达很可能是无效的，随之而来的可能是家长辗转他处继续寻求诊断。

知识点

孤独症谱系障碍的临床诊疗流程



病历摘要(六)

家长在得到诊断结论以后，询问有关病因的问题，尤其提到患儿父亲性格内向，拙于言辞，不善交际，没有朋友。同时，对接下来怎么办感到焦虑，不知道该怎样面对和处理。

[**问题 1**] 孤独症谱系障碍可能的病因机制是什么？

思路 1：孤独症谱系障碍的确切病因尚不明确，越来越多的证据表明孤独症谱系障碍是一组病因异源性障碍。Betancur C.(2012) 对迄今为止的病因学研究文献综述表明，已经有 100 多

学习笔记

种基因或异常被发现与孤独症谱系障碍相关。其中遗传因素起着至关重要的作用，遗传度高达 90%。孤独症谱系障碍易感基因包括 *RELN*、催产素受体 *OXTR*、*FOXP2*、*MET*、*CNTNAP2* 等；*NLGN3*、*NLGN4* 和 *SHANK3* 等基因突变也在个体孤独症谱系障碍患者发现，参与突触形成的 *NRXN1* 等基因异常缺陷提示突触异常可能是孤独症谱系障碍的重要患病机制之一。孤独症谱系障碍儿童中约有 15% 被证明与某一明确的基因突变有关。

思路 2：与家属沟通时，除了用通俗易懂的方法解释病因外，更重要的是直接面对家长关注的问题：父亲性格内向是不是导致孩子孤独症的原因？很显然，亲子间的性格具有一定的相似性，或者说性格具有一定的遗传性，但性格差异不足以构成孤独症的致病因素。但是一些非特异的风险因素被认为与孤独症谱系障碍相关，比如父母高龄怀上孩子，尤其是父亲；低出生体重；胎儿期暴露于丙戊酸钠等。

思路 3：探讨基因和病因的问题往往是令专业人员和家长都倍感困惑和压力的主题。比如说孤独症谱系障碍是一个遗传性的但确切遗传机制又不明确的障碍，这句话该怎么传递能够让家长真正明白？专业人员宜用通俗易懂的语言做最简单直接的解释，并尽快引导家长面向现实，从执著于为什么转变到寻求怎么办。

［**问题 2**］孤独症预后的相关因素有哪些？

思路 1：是否伴有智力残疾以及语言发育缺陷是患儿预后的最为重要的预测指标，5 岁时可以有功能性地进行语言交流是预后较好的标志；合并癫痫的患儿出现智力残疾和语言能力低下的可能性比较高。

思路 2：家庭和社会人文环境因素对改善孤独症患者生活质量和生活状态影响巨大。即使如前所述，患儿语言和智力无明显缺陷，如果没有一个易于接纳和理解的环境（家庭和社区），如果没有家长对患儿个别化、生活化、长期化的教育引导，则患儿的生存状态和生活质量仍不能乐观。

［**问题 3**］如何就患儿的康复教育向其父母提供有效的咨询？

思路 1：儿童孤独症的治疗以教育训练为主，精神药物治疗为辅。儿童孤独症患儿存在多方面的发育障碍，在治疗中应根据患儿的具体情况，采用行为矫正、教育训练、药物治疗等相结合的综合干预措施。教育干预的目的在于改善核心症状，同时促进智力发展，培养生活自理和独立生活能力，减轻残疾程度，改善生活质量，力争使部分患儿在成年后具有独立学习、工作和生活的能力。教育干预的原则如下：早期、科学、系统、个体化、高强度和家庭参与。

知识点

孤独症谱系障碍常用教育干预方法——行为途径为主

1. 应用行为分析（applied behavior analysis，ABA）：应用行为分析是一门应用科学，并不特指某一技术或者方法。相反，很多技术和方法可以在这门科学的基本原理和行为规律的基础上发展而来。应用行为分析在孤独症谱系障碍儿童教育干预中应用的主要教学和干预技术包括回合试验教学（discrete trial teaching）、串联行为教学、自然情境下教学、语言行为教学等。

2. 孤独症以及相关障碍儿童治疗教育课程（结构化教学，TEACCH）：该方法针对儿童孤独症患儿在语言、交流、感知觉、运动等各方面存在的缺陷开展干预和教育，核心是增进儿童孤独症患儿对环境、教育和训练内容的理解和服从。TEACCH 强调干预的结构化和视觉提示，即训练场地或家庭家具的特别布置、玩具及有关物品的特别摆放。注重程序化，即训练程序的安排和视觉提示。

3. 图片交换交流系统（picture exchange communication system，PECS）：该方法是针对无语言或者语言不足儿童增进其表达性社会沟通的一种替代性治疗措施，是通过创造有需求的情境并利用视觉化的图片沟通系统，辅助儿童利用视觉图片进行社会沟通的一种教

学习笔记

学方法。它可以从简单地指向或者传递食物、饮料、玩具等图片以获得相应实物，也可以借助于图片表达句子、想法、情感。有研究表明，图片交换沟通系统可以促进社交沟通性语言的发生和主动性表达。完整的教学过程可以分为从简单到复杂六个阶段。

知识点

孤独症谱系障碍常用教育干预方法——发展教育途径或结合途径

1. 早期丹佛干预模式（early start Denver model，ESDM）：这是一种兼顾行为原理和发展理论下创立的一种早期干预模式。目前已经有部分随机对照试验证明其有效性。

2. 人际关系发展干预（relationship development intervention，RDI）疗法：在患儿获得一定程度配合的基础上开展以“提高患儿对他人心理理解能力”的人际关系训练，依照正常儿童人际关系发展的规律和次序，即目光注视 - 社会参照 - 互动 - 协调 - 情感经验分享 - 享受友情，为儿童孤独症患儿设计循序渐进、多样化的训练项目。活动可由父母或训练者主导，内容包括各种互动游戏，例如目光对视、表情辨别、捉迷藏、“两人三腿”、抛接球等，训练中要求训练师或父母表情丰富夸张但不失真实，语调抑扬顿挫。

3. 地板时光（floor time）：地板时光训练也是以人际关系以及社会交往作为训练的主体，但是与 RDI 不同的是，在地板时光训练中，教师或家长是根据患儿的活动和兴趣决定训练的内容。训练中父母或老师一方面配合患儿的活动，同时不断制造变化、惊喜、困难，引导患儿在自由愉快的时光中提高解决问题的能力，并发展社会交往能力。训练活动不限于固定的课时，而是在日常生活的各个时段。

思路 2：儿童精神科医生仅仅掌握上述原则性的内容是不够的。在无药物干预可选择的前提下，对于学科相关的其他干预策略应当有比较深入的了解，并至少应当见习或者实习过这些策略方法。唯其如此，其指导才会贴近实际，才能真正帮助到家长。

病历摘要（七）

患儿在专业机构进行强化行为干预 1 年后，于 5 岁时再入幼儿园，同时接受专业人员指导下的家庭干预。患儿在语言交流、社会互动等方面有比较明显的进步，特别是维持话题能力，在训练环境下可以进行一段 4~5 个回合的对话。但比较多动，坐不住，交流交往和上课时注意力不集中，偶有自行离座现象。脾气比较大，要求得不到满足常有尖叫、咬自己手的行为。家长就患儿多动、注意力不集中和问题行为前来咨询。

[**问题 1**] 如何应对家长当前关注的问题？

思路 1：孤独症谱系障碍儿童在相应年龄发育阶段可能会表现出同年龄阶段常见的其他儿童精神障碍症状或者问题，比如注意缺陷与多动障碍、抽动障碍等；也会出现可见诸于普通儿童的各种行为问题，如自伤、攻击和破坏性行为等。但很多情况下，这些症状和行为问题并不足以构成某一类独立诊断，可能是伴随症状，也可能是境遇性或者一过性的（尤其是罹患常见躯体疾病或者遇到挫折困难等状况下），或者是家长对不良行为强化的结果。因此一般不考虑药物对症干预，可以进一步观察随访和进行全面深入评估，并给予家长行为管理方面的指导。

思路 2：如果经过系统、全面评估，患儿的症状或者问题达到足以诊断某一类障碍的诊断标准，则应给予共病诊断，同时根据共患疾病的治疗原则给予药物或者相应治疗。即使不满足诊断标准，但症状或者问题持续存在，严重影响到患儿对日常生活的适应、行为，或者心理矫正的方法短期很难奏效，或者这种干预的可行性差的情况下，也可以选择药物对

学习笔记

症处理。

思路3：针对该患者，可以进一步完善ADHD相关的检查，并对家长给予行为管理咨询，主要集中在主动、及时满足孩子的要求（在出现尖叫、咬自己等问题行为之前就满足）；教导并辅助实现合理的提要求的方式方法；在出现问题行为时坚持原则，不能图一时之便在遇到麻烦时满足孩子。

知识点

常用的ADHD评估工具

1. Conners行为检查表：该量表由教师用表、父母用表两个表组成，也有父母与教师的合用表（简表）。

父母用表由48个项目组成，要父母对每个问题都准确、如实填写，在相应等级处打“√”，此量表经过因素分析，能测量6方面的问题：①品行问题；②学习问题；③身心问题；④冲动-多动；⑤焦虑；⑥多动指数。根据每个方面问题得分的总和，再除以问题的数目，即可得到各方面的分量表分。研究表明，多动指数平均分高于1.5，则提示有多动症。教师用表由28个问题组成，由教师对儿童的行为作出评价。简表包括10个问题，该表可由父母或教师填写，主要用于观察多动症儿童的治疗效果，简便易行，评定方法同前。

2. CBCL儿童行为检测表：该量表包括父母用表、教师用表和自评量表三种。其中自评量表要求10岁以上的儿童自己填写。填表时按最近半年的表现记分。

3. 心理测验：ADHD儿童的检测还要用到智力测验、注意测验等心理测验手段以辅助诊断。下面介绍一些常用于ADHD诊断的心理测验：①瑞文测验、韦氏儿童智力量表：测查儿童的智力水平。ADHD儿童的智力水平属正常范围。②数字划消测验：测查儿童的注意水平。另外还有一些测量儿童注意的方法，如儿童校对测验、图形匹配测验、译码测验、迷津测验等。

学习笔记

[**问题2**] 相对于DSM-Ⅳ，DSM-5在ADHD诊断标准上有哪些变化？

思路：与DSM-Ⅳ相比，ADHD诊断标准的调整体现在：①诊断条目上追加了临床示例，易化了跨生命周期的应用；②跨情境出现的要求上强调了在每一个情境上“数条”症状的要求；③起病标准由“导致损害的症状在7岁以前就呈现”改为“12岁以前表现出注意不能和（或）多动、冲动的数条症状”；④亚型被临床特殊标注的方式取代；⑤共病孤独症谱系障碍现在被允许；⑥症状阈值为成年人做了调整，有大量证据反映成人也存在临床上显著的ADHD缺陷，诊断上要求在注意缺陷和多动与冲动领域至少5条以上。

[**问题3**] 与ADHD相关的风险因素或预后因素有哪些？

思路1：ADHD可见于大约5%的儿童和2.5%的成年人。通常而言，行为的抑制能力下降、控制困难、负性情感表达的方式、追求新鲜感等气质特点是ADHD患病的素质因素，但特异度不高。极低出生体重（小于1.5kg）儿童患ADHD风险提高2~3倍，孕期危险因素包括抽烟、感染、铅暴露等；发育期危险因素包括儿童期虐待、忽视、多次抚养人变换等；这些因素都是相关因素，但未能证实为致病因素。

遗传因素在ADHD发病中是一个重要的因素。先证者一级亲属患病率明显增高，特定的关联基因也被发现，但是它们对于ADHD发病既非必要也非充分条件。儿童可能罹患的视听觉缺陷、代谢异常、睡眠障碍、营养缺陷或者癫痫等情况都会影响到ADHD的症状表现。

儿童早期的家庭互动模式对儿童ADHD的发病影响不大，但对ADHD的病程以及合并品行问题有明显影响。

思路2：所谓“3P”或“4P”因素，前者一般指素质因素（遗传倾向以及由此而衍生的气质、性

格和人格特点)、诱发因素(一般与生活事件相关联)、持续因素(或者恶化因素,通常是指让某障碍迁延不愈的经济、环境因素或者人际关系问题),后者在前者基础上增加了保护性因素(使疾病向好的方向或者预后转化的因素)。对个体患病的"4P"因素的深入探讨和了解,有助于医生比较全面地理解患者患病的全过程,把握影响所患疾病预后和转归的各因素具体情况,从而更好地服务于患病个体。

就本案例而言,患者尚不清楚是否具备特定的基因突变导致其孤独症谱系障碍,也不明确是否存在 ADHD 相关关联基因。在此基础上,应探索患儿是否存在视听觉缺陷、代谢异常、睡眠障碍、营养缺乏或者癫痫等,这些情况都会影响到 ADHD 乃至孤独症谱系障碍症状表现的因素,如果有,则尽可能避免或者减少影响。

病历摘要(八)

患儿上小学 2 年级(8 岁,体重 37.5kg)时家长又来咨询。患儿基本上处于随班就读的状态,不主动交往小朋友,但老师和小朋友主动接近和接触他时,他能被动地回应。维持社交和合作的能力仍然较差,需要家长和老师的实时辅助和提醒。目前最困扰家长和老师的仍然是患儿多动,坐不住,时常兴奋发声,课堂上需要随时提醒才能注意老师和当前的任务,家庭强化干预时老师也反映患儿注意不足,启动困难,效率不高。干涉多的情况下还容易发脾气,撕书本,咬自己手背和手腕,而且幅度和持续时间越来越长。ADHD 量表评分,家长评定注意缺陷"常常"以上 4 项,多动冲动"常常"以上"7";老师评定注意缺陷"常常"以上 5 项,多动冲动"常常"以上"6"。

[**问题**] 针对上述临床情况应给予怎样的临床决策?

思路 1:显然患儿的多动和注意缺陷症状不是一过性的和境遇性的,而是持续的,且是在家庭和学校环境中都很突出并影响到患儿一般社会适应的行为问题。因此可以考虑孤独症谱系障碍共病多动症的诊断。患儿自伤和破坏性行为问题有加重的倾向,与境遇相关,但也可能与多动症的易冲动和情绪不稳有关系。

思路 2:共病多动症的治疗一般以药物为主,中枢兴奋剂和选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂都是可以考虑的选择之一。考虑到孤独症谱系障碍儿童合并癫痫的可能性远高于普通儿童、患儿临床以多动和冲动为主以及获得药物的方便性,非中枢兴奋剂托莫西汀可首先考虑。

知识点

常用治疗 ADHD 药物种类、机制和常见副作用

1. 中枢兴奋剂类:常用药物为哌甲酯,可以从 5~10mg/d 开始,目标剂量 10~40mg/d,分 2~3 次服用,最后一次服用时间通常不晚于下午 4 点。长效制剂为哌甲酯缓释剂(专注达),18mg/d 起始,目标剂量 36~54mg/d,可以每日一次口服。主要副反应包括食欲下降、失眠、烦躁、胃痛。对合并癫痫和抽动的患儿慎用或者禁用。宜对长期用药患儿监测其生长发育情况。

2. 选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂类:代表药物托莫西汀,可以从 10mg/d 开始,目标剂量 40~60mg/d,通常晨一次顿服,也可早晚两次服用。主要不良反应有上腹部不适、恶心、乏力、心慌及血压升高等。此外,也可选择可乐定控制患儿的多动、冲动等行为。

思路 3:虽然患儿自伤行为和破坏性行为目前已成为比较突出的临床问题,也具有使用非典型抗精神病药物治疗的适应证,但综合考虑各因素,在使用托莫西汀治疗的基础上可以继续加强行为管理并观察,不急于给予利培酮等非典型抗精神病药物治疗。

学习笔记

知识点

孤独症谱系障碍药物治疗的基本原则

1. 权衡发育阶段原则：0~6岁患儿以教育和行为训练干预为主，不推荐使用药物。6岁以上患儿可选择适当的药物。

2. 知情同意原则：儿童孤独症患儿使用药物前务必向其监护人说明可能的效果和风险，在充分知情并签署知情同意书的前提下使用药物。

3. 单一、对症用药原则：药物治疗是辅助治疗措施，仅当某些症状突出（如严重的刻板重复、攻击、自伤、破坏等行为，严重的情绪问题，严重的睡眠问题以及极端多动等）时才考虑使用药物，并尽可能单一用药。

4. 逐渐增加剂量原则：根据儿童孤独症患儿的年龄、体重、身体健康状况等个体差异决定起始剂量，视临床效果和副反应逐日或逐周递增剂量。药物剂量不得超过推荐的剂量范围。

5. 平衡考虑药物副作用与收益的原则。

病历摘要（九）

给予托莫西汀10mg/d一个月左右，多动和注意缺陷改善不明显，调整剂量至25mg/d。治疗第7周以后，学校老师反映患儿课堂纪律有些进步，家长反映家庭辅导时注意和学习效率有所改善，但总体上仍不尽如人意，情绪行为问题与不用药时没有显著变化。家长再次咨询进一步治疗计划。

学习笔记

［**问题**］如何决策下一步治疗计划？

思路1：临床上首次给予一种治疗以后，约有一半以上的患者临床改善比较符合预期状况，这种情况令医患双方满意，也会增加治疗信心。还有部分患者改善程度低于医患双方的预期，此时陷入治疗困境的可能性开始增加：在已经接近或者达到治疗量的情况下，是增加药物剂量还是换用另一种药物？总体上来讲，治疗抵抗的出现本身就在累积着患者治疗的难度，无论是加大原治疗药物剂量还是换用不同治疗药物，最终总有少部分患者即使足量、足疗程地使用两种以上药物也未必有起色，甚至合并治疗也难见改观。就本例而言，其药物治疗的靶症状建立在孤独症谱系障碍基础上的共病诊断，无疑增加了治疗难度。因为临床上截然分清患者的注意缺陷和多动与冲动是源自于孤独症谱系障碍本身还是源自于共病是很困难的。

思路2：患儿对25mg/d托莫西汀治疗有部分反应，体重37.5kg。治疗决策上可以考虑首先增加剂量，选择托莫西汀40mg/d进一步观察。虽然针对ADHD药物治疗的文献依据比较充分，但是针对孤独症谱系障碍共病ADHD治疗药物的选择、剂量、持续时间和换药原则还缺乏系统研究。

病历摘要（十）

增加托莫西汀剂量到40mg/d，也未见进一步改善，继续治疗两个月左右，家长自行减药并最终停药。2年后又来门诊咨询，主要是因为患儿脾气越来越大，自伤（咬自己手腕和撞头）严重，学校建议患儿休学。

［**问题**］如何应对当前情况？

思路1：问题行为在精神发育迟滞、孤独症谱系障碍、ADHD儿童中较一般儿童群体更为常

见。其原因一方面可能是特殊障碍本身引起问题行为的机会增加，另一方面也可能是特殊障碍患者在社会交往、语言沟通等能力上缺陷而造成以问题行为的沟通方式获得满足的强化结果。针对前者宜加强可能的特效药物尽早、长期治疗；针对后者，宜通过教育训练的途径改善其缺陷的行为能力，同时，矫正其通过问题行为获得满足的沟通方式。但是后者需要有行为分析背景的专业人士的支持和参与。

思路 2：第三种途径是采用小剂量抗精神病药物对症治疗，也许是对于大多数存在与本案例类似情况的患者比较可行的策略。利培酮、阿立哌唑等均有比较好的随机对照试验的证据证明对孤独症儿童伴随的情绪行为问题，尤其是自伤、攻击、破坏性行为等有比较好的控制作用。

知识点

孤独症谱系障碍非典型抗精神病药物的选择

推荐使用利培酮，可以从 0.25mg/d（片剂）或者 0.1ml/d（口服液）开始（因操作可行性不同，片剂和口服液的起始剂量不同。对于 6 岁以下儿童，首选口服液），每 3~7 日增加 1 次剂量，每次增加 0.25mg（或者 0.1ml）/d，目标剂量 1~4mg/d 或 1~4ml/d。该药初始可每日 1 次服用，当剂量增加到 0.5mg/d 或 0.5ml/d 以上（小于 6 岁儿童），或 1mg/d 或 1ml/d 以上（大于 6 岁，但小于 10 岁儿童），或 2mg/d 或 2ml/d 以上（大于 10 岁儿童）后，每日总量可以分为 2~3 次服用。分次服用时剂量可以平均分配，也可以根据药物副反应（如镇静）等情况适当在晚上多一些。该药可以改善儿童孤独症患儿重复刻板、攻击、自伤行为以及易激惹、焦虑、情绪不稳等症状。副反应主要包括震颤、手抖、肌肉强直等锥体外系副作用，以及体重增加、催乳素升高等神经内分泌副作用，部分患儿可出现镇静的副作用。偶见口干、恶心、呕吐等胃肠道反应。

其他可选用的药物包括阿立哌唑、喹硫平、齐拉西酮等，可参照利培酮使用相应的等效剂量，使用原则与方法同利培酮。

学习笔记

【总结】

孤独症谱系障碍通常起病于婴幼儿时期，临床表现主要以社会互动与社会沟通方面发育的质的异常，同时伴有刻板、重复、局限的兴趣行为特征。孤独症谱系障碍在临床上越来越常见，其患病率报道不一，目前较为普遍接受的数据显示在儿童群体占 1% 左右。由于缺乏针对核心缺陷的有效的医疗药物干预手段，孤独症谱系障碍的康复治疗主要还集中在补救性的教育干预手段上，且非短时能够奏效，因此对患儿家庭乃至社会都构成了巨大的挑战。

本案例是众多孤独症儿童成长历史的一个缩影。少部分儿童的功能和康复效果要好于本例患儿，但多数患儿的预后和结局与本案例类似，有些甚至还不如本案例。虽然十余年来针对孤独症核心缺陷的行为和发展教育途径下的康复训练技术和方法有长足的进步，但限于专业人员质量和数量的严重不足，这些技术很难普惠到绝大多数孤独症谱系障碍儿童。在教育训练途径不足的基础上，孤独症儿童出现比较严重的自伤、攻击等问题行为，可以尝试通过一些小剂量新型抗精神病药物暂时缓解。

孤独症谱系障碍共病现象并不少见，ADHD、抽动障碍、癫痫等都比较常见。过去 ADHD 诊断需要排除孤独症的情况在 DSM-5 诊断分类体系中被移除。虽然如此，对孤独症谱系障碍共病 ADHD 的药物治疗与单纯 ADHD 的药物治疗在剂量、疗程、效果上的对比，目前还缺乏比较好的对照研究来回答这个问题。

ADHD 是更为常见的儿童精神障碍，在 DSM-5 分类体系中与孤独症谱系障碍同属于神经发

育障碍这个门类之下。中枢兴奋剂如哌甲酯和其缓释剂型与去甲肾上腺素再摄取抑制剂如托莫西汀等，是两类能够有效改善注意缺陷和多动冲动症状的药物，在治疗有效、副作用可耐受的情况下均需长期坚持服药。

（郭延庆）

参考文献

1. 苏林雁 . 儿童精神医学 . 长沙 : 湖南科学技术出版社，2014.
2. 陶国泰，郑毅，宋维村 . 儿童少年精神医学 . 南京 : 江苏科学技术出版社，2008.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

学习笔记

第十二章 精神科急诊

【学习要求】

1. 掌握精神科急诊的任务、急诊常见的紧急状态和常见精神障碍的鉴别、诊断和处理。
2. 掌握急会诊的协助诊断和处理。
3. 掌握精神科急诊中常见法律问题的处理。

【核心知识】

1. 精神科急诊的任务是要尽快完成病史收集、查体和精神检查，并迅速作出鉴别、诊断和处理。急诊的病史采集和精神检查都受到情况紧急的时间限制，要求必须迅速、准确地判断疾病的性质、病情的严重程度与危险性，及时作出相应的处理。

2. 急会诊的对象是综合医院躯体疾病（包括脑器质性疾病）伴发精神障碍的患者或者出现各类急性心理问题的患者，需要根据其入院原因、急会诊的原因、当前最需要解决的问题以及解决问题的最合适方式和场所等因素，决定是否转入精神科。急会诊中心理治疗是在躯体疾病诊断确立、相应治疗也在积极进行的前提下进行的。

3. 精神科常见紧急状态的鉴别主要依据病史、体格检查和实验室检查，然后尽快查明病因，及时针对病因治疗，同时给予一般治疗和对症支持治疗。

4. 急诊常见的精神障碍主要有重性精神病、神经症、精神发育迟滞及人格障碍等。对重性精神病要充分考虑器质性病因，迅速而准确地区分“体因性”精神障碍、“心因性”精神障碍及“内因性”精神障碍，这样有助于快速诊断及处理。

5. 精神科急诊中可能遇到涉及精神患者合法权益和保障等法律问题，急诊医生应根据我国有关法律予以正确处理，避免发生法律纠纷。

【临床病例】

病例一

病历摘要（一）

女，43岁，因意识不清、行为紊乱急诊入院。

[**问题1**] 急诊医生是否需要明确精神科急诊的范围后再进行救助？

思路：遇到上述紧急情况，不仅精神科医生有责任紧急救助，在没有精神科专业人员时，为了及时解除危险或痛苦，任何医务人员，特别是基层医务人员，都应承担起紧急救援的任务。

知识点

精神科急诊的任务

精神科急诊的对象是突然发病或病情发生急剧变化或出现危及自身或他人安全的精神障碍患者，迅速采取有效的紧急处理措施，解除患者痛苦、防止病情恶化、挽救患者生命是其基本任务。一般人突然遇到严重灾祸或重大生活事件，遭受沉重的精神挫折或压力，

学习笔记

出现心理危机，承受巨大精神痛苦或有严重的自杀、自伤倾向时，及时提供危机干预，防止精神崩溃或意外，也属精神科急诊的范围。

［**问题 2**］急诊医生如何对该患者作出初步诊断？

思路 1：首先应根据患者的主要症状作出综合征诊断，一时难以作出疾病分类学诊断者，可依据综合征先行处理，继续观察。该患者目前应首先考虑以意识范围改变为主的意识障碍（disturbance of consciousness），即意识蒙眬状态。

知识点

急诊常见的意识障碍

精神科急诊常见的意识障碍有：①以意识清晰度降低为主的意识障碍，如嗜睡、意识混浊、昏睡和昏迷；②以意识范围改变为主的意识障碍，如蒙眬状态、漫游症；③以意识内容改变为主的意识障碍，如谵妄状态、精神错乱和梦样状态。对自我的意识障碍，包括人格解体、交替人格、双重人格和人格转换也是精神科临床上常见的症状。

思路 2：目前病史不全面，不能判断导致意识障碍的原因，需要进一步判断导致该患者意识障碍的病因（详见第七章和第八章）。

［**问题 3**］对于意识障碍的患者应该如何治疗？

思路：意识障碍患者的治疗包括病因治疗、一般治疗、支持治疗和对症治疗，基本原则是尽快查明病因，及时针对病因治疗。一般治疗要有效地维持呼吸及循环，注意患者生命体征和病情变化，留置导尿管和记录 24 小时液体出入量。通过鼻饲或静脉输液，维持机体足够的营养和液体，包括蛋白质、维生素、电解质和热量。在治疗过程中要防止呼吸衰竭，纠正休克，控制心衰，维持有效循环，控制脑水肿，降低颅内压等。

学习笔记

病历摘要（二）

患者于凌晨两点左右，衣不遮体、步态蹒跚、目光茫然地自行走进医疗急救中心。初步检查发现患者生命体征平稳，但身体震颤，对地点、时间均不能准确回答，不知道自己为什么会到这里来，也不知怎么到的。不能说出导致现状的原因，也不能提供住址及联系人信息。不一会儿她开始呕吐，医生问她服用了什么药物，她只是不断地重复："丙戊酸钠、锂、卡马西平、许多……"她对问话的反应并不迟钝，但答问不切题，思维紊乱，常常不适切地大笑。此时气温大约摄氏 8 度，她浑身不停地发抖，检查未见体温过低征象，也无躯体外伤。急诊科在对她进行抽血检验的同时请精神科急会诊。

［**问题 1**］根据目前资料，医生应该如何诊断和处理？

思路 1：由于急诊时间紧，病史可能不全面，作出肯定诊断常有困难，此时应采用基本性质判断的思路，首先考虑疾病属于器质性的还是功能性的。如果是功能性的，进一步分析是轻型精神障碍还是重性精神病，同时根据症状组合作出综合征的诊断，如果难以进一步作出疾病分类学诊断，可暂用综合征诊断，并予以合理的对症处理。

知识点

急诊判断"器质性"还是"功能性"精神障碍的要点

病史：有无肯定的躯体疾病史？有无可疑的躯体疾病史？

检查：有无提示躯体疾病的症状，包括躯体症状和精神症状？有无揭示躯体疾病的体征？
实验室或特殊检查：检查结果是否支持躯体疾病？
若为“功能性的”：有无精神病性症状？有无自知力？有无社会-心理应激？

思路2：如果明确是精神障碍患者，需进行精神科治疗，如果诊断不明确，则需要得到更多的资料后再决定治疗方式。该患者提到了很多精神药物的名称，应高度怀疑她平时在服用这些药物，属于精神病患者，需要精神科治疗。

思路3：如果急诊患者需要精神科治疗，可根据其诊断和疾病的严重程度，对自身、他人、环境是否有危险性以及患者支持系统的情况等，选择急诊观察、入院观察的后续处理方式。

知识点

需要立即住院的急诊情况

1. 病情严重或躯体状况不佳的患者。
2. 有自伤或自杀行为的患者。
3. 有暴力行为或行为紊乱的患者。
4. 不合作和生活不能自理的患者。

思路4：如果决定将患者收住院，入院后最初处理计划应包括体格检查、护理和观察病情变化、实验室检查、紧急处理和药物治疗。

知识点

急诊入院患者药物治疗的用药原则

1. 对第一次急诊入院的患者，不要急于给予药物治疗，除非有明确的用药指征。应该把用药指征和所用药物记录在病历内。

2. 当怀疑为药物诱发的精神障碍时，不要急于用药；用药必须有明确的指征。

3. 对于过去住过院而再次急诊入院的患者，继续用患者入院前的药物是合理的；条件是患者能够耐受这种药物。

4. 对明显有危险的患者，入院后应采取预防措施。

[问题2] 精神科急会诊的处理方法。

思路：精神科急会诊（acute consultation）的对象一般是综合医院住院的精神障碍患者、躯体疾病伴发精神障碍患者以及一些出现各类心理问题的其他住院患者。对于综合医院住院的精神障碍患者，应根据其入院原因、急会诊原因、患者目前的躯体疾病情况、精神障碍的诊断等，综合考虑是否转至精神科治疗；对于躯体疾病伴发精神障碍的患者，则根据躯体疾病和精神障碍的具体情况，综合考虑和决定治疗方案，一般情况下应继续在综合医院住院，精神科随诊；对于出现心理问题的患者，会诊处理主要运用心理治疗，适当地辅以药物治疗。精神科医生应与患者的经管医生一起讨论患者的问题并制订治疗方案。这种心理方案的基础是：躯体疾病的诊断已经肯定，治疗也在积极进行，原则是医护人员采取关心同情和乐于助人的态度，取得患者的信任，与患者建立良好的合作关系。药物治疗可以适当使用抗焦虑药物和抗抑郁药物，以减轻患者的焦虑和抑郁情绪。

病历摘要（三）

会诊精神状况检查：患者安静合作，浑身不断颤抖，喃喃自语，口齿不清，语音微弱。经常答非所问，交谈时常环顾四周，似乎沉浸于自己的思考中，很难直接判断她是否有幻听。

学习笔记

情感不协调，经常奇怪地大笑。通过观察，没有发现患者有自杀及伤人倾向。患者人物定向尚可，但只能说出月份，说不出当前日期和星期几；能说出所在城市的名称，却不知道自己在哪家医院，不能确定自己在什么地方。

［**问题**］急诊中的精神检查应该如何进行？

思路：对于合作的患者，可以按常规精神检查进行；对于不合作的患者，则应按照不合作患者检查提纲进行，尤其要注意评估患者的意识状态、冲动和自杀行为。对于有明显激越、冲动、暴力或自杀行为者，可以适当地予以约束或隔离，并根据情况注射药物以镇静。常用氟哌啶醇10~15mg或者氯丙嗪25~50mg或氯硝西泮2mg，待患者安静后再进行精神检查。

知识点

患者不合作的原因及分类

1. 难以进行言语交流的患者，如：①意识障碍患者；②木僵患者；③缄默患者；④神游状态患者；⑤痴呆患者；⑥极度兴奋躁动的患者；⑦有攻击或暴力行为的患者；⑧有社会问题的患者，如无家可归者。

2. 对医务人员具有强烈敌对情绪的患者，如：①人格障碍患者；②精神分裂症患者；③酒滥用者；④药物滥用者。

病历摘要（四）

体格检查未见明显异常。

神经系统检查：轻微的共济失调，四肢粗大震颤，反射亢进。第2~12对脑神经正常，仅见眼球震颤。四肢肌力4~5级，感觉检查不能合作，协调性受损。

辅助检查：头颅CT显示无肿块、出血及梗死灶。

心电图：窦性心律，心率58次/分，T波低平。

脑电图：弥漫性慢波，无癫痫波。

实验室检查：全血细胞计数白细胞12.3×10^9/L，无核左移。

生化检查显示轻度脱水；血清毒理学测试阴性；肝功能、甲状腺功能以及尿液分析均在正常范围之内。

卡马西平及丙戊酸盐的血液浓度无法检测。

血锂浓度2.3mmol/L；酒精浓度阴性。

［**问题1**］以上检查项目中最关键的信息是什么？

思路1：血锂浓度2.3mmol/L，为血锂中毒（lithium intoxication）浓度。

知识点

血锂浓度的范围

血锂浓度测定对于锂盐急性中毒的诊断有重要价值。在维持治疗过程中，血锂浓度达到0.6~1.2mmol/L才有治疗价值，急性躁狂症需达到1.0~1.5mmol/L。血锂浓度与中毒程度呈正相关，1.5~2.0mmol/L为轻度，2.0~2.5mmol/L为中度，2.5~3.0mmol/L为重度，3.0mmol/L以上为极重度并可危及生命。

思路2：该患者有锂中毒的典型表现，如精神状况的改变和神经毒性体征（如协调性差、步态

学习笔记

不稳、震颤、肌无力和反射亢进等)。心电图也有改变,如T波低平和心动过缓。

思路3:对于精神状态改变的患者,应与下列疾病鉴别:中枢神经系统病变、代谢障碍、违禁药品和酒精的滥用及戒断反应、药物中毒、服药过量、原发性精神障碍、癫痫发作和内分泌系统疾病如毒性甲状腺肿。

思路4:鉴于患者精神状态的改变及服用两种抗惊厥药物,在检测血药浓度之前就要考虑有无原发性癫痫的可能性。癫痫发作及脑电图改变也可能是锂中毒神经症状的部分。必须考虑以上这些因素并加以鉴别。这类患者应做脑电图检查,典型的脑电图特征包括弥漫性慢波、频谱变宽、电位变化、背景节律紊乱。

[**问题2**] 如何治疗锂中毒的患者?

思路1:锂中毒目前尚无特效解毒剂,治疗原则是尽快清除体内过多的锂盐。

知识点

锂中毒的治疗方法

1. 若为治疗性中毒,应立即停用锂盐。

2. 若为一次吞服大量锂盐,应立即洗胃。

3. 对已吸收的毒物,可通过输液、利尿促进毒物排泄。

4. 出现强直性肌痉挛或癫痫发作时,可予地西泮10~20mg肌内注射或缓慢静脉注射,半小时后可重复;或苯妥英钠0.1~0.25g肌内注射,每日4次,预防发作。

5. 出现休克或其他严重中毒症状时,输液、适当使用升压药的同时可给予激素治疗。

6. 对症和支持治疗包括消除脑水肿,预防感染,保持呼吸通畅,防止呼吸衰竭,保肝,静脉补充营养,维持水、电解质和酸碱平衡,酌情给予促脑代谢药物,具体措施同急性抗精神病药中毒的处理。

思路2:随着血锂浓度的下降,病情多逐渐改善。有时血锂浓度降至正常水平以下时,锂中毒的症状仍然存在,这是因为血脑之间锂的转换较慢,所以不要因为血锂浓度不高而放松警惕。

思路3:锂盐急性中毒的预防,除加强药品管理、限制患者手中的药量外,更应密切观察病情变化,如发现躁狂患者转向抑郁,要及时带患者就诊并做好看护,必要时住院治疗。另外,要注意早期识别锂盐中毒的前驱症状,及时采取预防措施。

[**问题3**] 急诊处理的基本原则是什么?

思路:急诊不要求必须作出明确的疾病分类学诊断之后才开始治疗,而是要准确估计病情的严重程度与危害性并及时作出相应的处理。

知识点

急诊处理中应遵循的基本原则

1. 优先处理危及患者生命安全的各种紧急情况,如心脏呼吸骤停、休克、肺水肿、心衰、严重创伤等。

2. 遇到危及其他患者或其他人员生命安全如发生暴力行为时,应保护好其他患者和其他人员的生命安全。

3. 精神科的处理应该安全并迅速产生治疗效应。

4. 在急诊处理的同时,应计划好患者急诊后的治疗或做好随访。

病例二

病历摘要(一)

女,73岁。近3周来,儿女们多次发现母亲行为紊乱,健忘,乱放东西。晚上不睡觉,白天也不困倦。情绪变得越来越暴躁,频繁与家人争吵,次数越来越多。1周前,患者告诉女儿说女婿与别人通奸,并不像别人说的那样老实。患者的外孙发现患者吃早餐和咖啡时,手抖得厉害。在一次激烈的争吵并打女儿耳光之后,女儿决定带母亲来精神科急诊。

4年前丈夫去世后,与女儿共同生活,病前关系融洽,患者一直是一个愉快、友好又充满活力的人,家庭关系和睦。

[问题1]医生该如何处理此种紧急状态?

思路1:该老年女性是亚急性起病,因暴力行为(violent behavior)而来急诊,凡有暴力行为者,在处理时应首先做好风险评估和防范。

思路2:在检查患者之前首先评估即将发生暴力行为的危险性。

知识点

评估即将发生暴力行为的可能性

1. 是否有攻击他人的历史?有暴力史的患者更可能再次发生暴力行为。
2. 是否目前有饮酒或吸毒?这类患者容易发生暴力行为。
3. 患者是否激动、不安、强求、高声大叫或多疑?有这些表现者可能立即发生暴力行为。

如果上述问题有一个回答是肯定的,那么必须注意:①不要单独检查患者;②不要将患者带到封闭房间;③不要与患者对抗。

[问题2]如何处理有暴力行为的患者?

思路1:首先是进行紧急处理。可以单独或综合运用控制暴力行为的方法,如言语安抚、身体约束、应用药物,具体应用取决于患者的情况,但优先考虑的是安全。

思路2:其次是长期治疗,暴力行为患者的长期治疗包括药物治疗、行为治疗和心理治疗。

知识点

暴力行为的长期处理

1. 药物治疗:抗精神病药氟哌啶醇、氯丙嗪等肌肉或静脉给药,可用于精神分裂症、躁狂症和其他精神病。苯二氮䓬类药物可单独应用于非重性精神病患者,也可与抗精神病药合用。

2. 心理治疗:可根据病情采用行为疗法,长期的心理治疗适用于非精神病性患者,应当使患者悟出他为什么要用暴力行为作为表达方式。

3. 行为治疗:对慢性精神分裂症和精神发育迟滞患者有效,可以与其他治疗联合应用。

思路3:脑器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍患者常常出现意识障碍,不能正确辨认周围事物,行为无明确目的或受幻觉、妄想支配出现暴力行为。该患者为老年女性,亚急性起病,需要对患者进一步检查以排除器质性疾病。

学习笔记

病历摘要(二)

精神检查:身材瘦小,外表略比实际年龄苍老。双手震颤,脸上一直在出汗,不断抱怨检查室太热。眼神接触较差,注意力不集中,有时语言不连贯,语速快,音调高。情绪不稳定,喜怒无常,易激惹。常有持续言语,如问到日常活动时,她反复回答:"我女婿犯错误了。"存在针对女婿的偏执观念,认为他教唆她的女儿说她是"需要照顾的坏女人"。否认感知综合障碍,无自杀和伤人观念。人物定向尚可,但对时间、地点定向不准确,不知道自己在医院。注意力广度受损(数字广度为 2)。短期记忆也较差(瞬间回忆只有 1/3),长期记忆保持完好。

[**问题 1**] 从精神检查中判断患者的临床综合征是什么?

思路 1:患者注意力不集中,意识有波动,有定向力障碍,有精神运动兴奋,思维联想缺乏主题,有幻觉,应首先考虑与意识障碍有关的精神状态整体改变,当前临床综合征为谵妄状态(delirium state)(详见第七章)。

思路 2:应尽可能判断引起谵妄状态的原因。主要依据病史、体格检查、实验室检查和某些特殊检查。

[**问题 2**] 对于谵妄状态的患者应该如何处理?

思路 1:谵妄常常会导致死亡,因为许多疾病(如卒中、心肌梗死、电解质紊乱)对生命有潜在威胁,而且身体虚弱的患者更容易发展为谵妄。按照谵妄的治疗指南,对这类患者应该进行综合治疗。

思路 2:首先对病因明确者,针对病因治疗。对未找到病因的谵妄患者应尽快开始支持和对症治疗,不能等待病因明确后再治疗。首先要维持生命体征的平稳,纠正水、电解质和酸碱紊乱,给予维生素等,以改善患者的营养状况。

思路 3:要控制患者的兴奋躁动,选择精神药物的原则是安全、有效,而且作用迅速。巴比妥类可加重意识障碍,应避免使用。苯二氮䓬类安全有效,可以首选。氟哌啶醇无影响血压的作用,可以选用,但它很容易引起急性锥体外系反应,因而也宜小心。

思路 4:由于患者有意识障碍,不能正确判断周围环境,而且受幻觉或错觉的影响,有可能发生伤人、毁物、自伤或其他意外,因此需特别防范,最好派专人护理。

病历摘要(三)

4 年前丈夫去世后,患者因"居丧反应"而看了 2 年的精神科门诊,口服西酞普兰 20mg/d,期间接受近 1 年的心理咨询,经过治疗病情明显缓解,1 年前停止药物治疗和心理咨询。

有慢性心脏病史,包括冠状动脉粥样硬化性心脏病,2 次心房颤动发作,自 62 岁以来患"骨质疏松",定期服用小剂量阿司匹林、硝酸异山梨酯和碳酸钙片。

体格检查:恶病质,眼球轻微突出,黏膜湿润。双肺听诊呼吸音清晰,心率 153 次 / 分,心律不齐,腹部未见异常。双侧膝腱反射亢进,可见震颤,巴宾斯基征阴性。

辅助检查:心电图显示心动过速、心房颤动。脑电图提示广泛性 β 波节律,偶尔出现 δ 波,极少见尖波。头颅 CT 未见异常。实验室检查:促甲状腺激素(TSH)水平低于 0.02mIU/L。

[**问题 1**] 根据以上信息,考虑患者潜在的病因是什么?

思路 1:患者既往有 2 年左右的情绪障碍,已经明显缓解 2 年,没有其他精神病史,可以排除精神障碍导致谵妄的原因。虽然许多药物尤其是精神活性药物能够引起谵妄,从本例患者长期

学习笔记

服用的小剂量药物来看，可以排除药物所致的谵妄状态。考虑患者是老年人，器质性的原因导致谵妄状态的可能性更大。

思路2：结合精神检查、躯体检查、辅助检查结果，综合考虑目前以甲状腺功能亢进（hyperthyroidism）为谵妄的主要原因。经典的系列病例报告显示，30%的甲状腺功能亢进患者有心境障碍，11%的患者出现精神病症状。本例患者出现妄想症状就是很好的解释。

知识点

甲状腺功能亢进症伴发精神障碍的临床表现和诊断要点

1. 有甲状腺功能亢进的症状和实验室证据：如食量增大而体重下降、甲状腺肿大、突眼、乏力、心悸、多汗、震颤，以及基础代谢率升高，甲状腺 ^{131}I 摄取率增高、血清 T_3、T_4 升高等。

2. 精神障碍表现为以下特点：①性格改变：情绪不稳和神经过敏极为常见。表现为急躁、易怒、畏惧、抑郁、悲伤或喜悦，也可有紧张、过敏、多疑、冲动或攻击行为。②类躁狂发作：表现为欣快、言语增多，好管闲事。终日忙碌，但不如躁狂症那样精力充沛，容易兴奋也容易疲劳，也特别容易激惹。③类抑郁发作：较为少见，表现为抑郁焦虑、少动、少语，伴自卑和自责，多有睡眠障碍、疲乏和体重下降，易误诊为抑郁症。④幻觉妄想状态：以幻听和迫害、罪恶妄想为多，可有思维散漫，类似精神分裂症。⑤意识障碍：见于甲状腺危象，表现为嗜睡、昏睡、谵妄，甚至昏迷。谵妄时可发生严重精神运动性兴奋。⑥神经症状：可有明显震颤，亦可伴发肌病如肌无力、肌萎缩，以及重症肌无力和周期性瘫痪。

学习笔记

[**问题2**] 如何治疗该患者的甲状腺功能亢进？

思路1：甲状腺毒症的治疗要求内分泌专家和精神科专家联合治疗。本例患者存在心房颤动，心脏病学专家的治疗也将起重要作用。对症治疗应包括使用神经阻断剂控制激越，苯二氮䓬类缓解焦虑，特别要注意持续监测心血管的功能。

思路2：甲状腺毒症的预后一般良好。当甲状腺功能达到正常水平时，精神症状便可缓解，精神药物的辅助治疗有助于消除症状而且不会影响预后，其预后因素主要取决于心血管功能。当患者出现抑郁症状时，短期抗抑郁剂治疗也是有益的。

病例三

病历摘要（一）

女，61岁。住院5天后突然出现高热、尿失禁、不语不动。

[**问题1**] 高热的表现和原因有哪些？

思路：高热（hyperpyrexia）是一个症状，有时是唯一的症状。急诊应尽快鉴别高热的原因。可以从病史、症状与体征以及检查三方面入手。

知识点

高热的急诊判断

1. 病史流行病学资料：有助于急性传染病的诊断；对应用血清或特殊药物者，应考虑变态反应性疾病；对长期广谱抗生素、激素、免疫抑制剂等治疗者，应考虑是否有真菌或条件致病菌感染；烈日下劳动或高温作业者可能为中暑。

2. 症状与体征：①热型：稽留热多见于大叶性肺炎、伤寒、粟粒型结核、钩端螺旋体等；弛

张热多见于败血症、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热等；间歇热主要见于疟疾；双峰热多见于黑热病、恶性疟疾等；双相热多见于脊髓灰质炎、登革热、麻疹、病毒性肝炎等；波状热多见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤等；回归热多见于回归热、鼠咬热、霍奇金病等。②寒战：常见于疟疾、败血症、急性肾盂肾炎与流行性脑脊髓膜炎等。③体征：不同面容、结膜充血、皮疹、黄疸、淋巴结肿大及肝脾大等。

3. 实验室检查

(1) 血象：①白细胞计数：一般细菌感染性疾病白细胞总数升高；病毒感染和原虫感染不升高；伤寒、副伤寒、波状热可见白细胞总数减少。②分类计数：中性粒细胞计数减少者见于流感、副伤寒，增多者见于各种化脓菌感染、白喉、乙脑。中毒性变化见于各种严重细菌感染。嗜酸性粒细胞计数增多者见于过敏性疾病、寄生虫病。单核细胞计数增多者见于活动性结核病、亚急性细菌性心内膜炎、单核细胞白血病。淋巴细胞计数增多者见于病毒感染、伤寒、淋巴细胞白血病。

(2) 涂片：血、脓、痰、脑脊液涂片查细菌、真菌、疟原虫、回归热螺旋体等。

(3) 细菌培养：血、骨髓、尿、粪、引流物、脑脊液等做培养，寻找病原。

(4) 尿常规：异常者多见于泌尿、消化系统病变等。

[**问题 2**] 如何处理高热症状？

思路：明确病因者应采取有效的相应措施。高度怀疑某病时，可适当采取诊断性治疗，但切忌滥用药物。给予流质或半流质饮食，并鼓励多饮水等支持治疗。降温治疗包括物理降温、口服或注射解热药以及人工冬眠疗法。

[**问题 3**] 患者不语不动是否考虑为木僵状态（stupor state）？

思路：木僵状态主要有四类，紧张性木僵是紧张综合征中最常见的一类运动抑制的表现。木僵程度不一，轻时病人的言语、动作和行为显著减少，缓慢，举动笨拙。严重时运动完全抑制，缄默不语，不吃不喝，往往保持一个固定不变的姿势，僵住不动。此时病人的意识一般清晰。抑郁性木僵常由急性抑郁引起，一般也无意识障碍。该患者有尿失禁，存在意识障碍，基本可以排除这两类抑郁状态。而心因性木僵是一种在急速而强烈的精神创伤作用下所产生的反应状态。临床上表现为一种普遍的抑制状态，有时可见某些轻度的意识障碍。器质性木僵常见于脑炎后、脑瘤侵入第三脑室、癫痫、脑外伤或急性中毒等，可以见到一些意识障碍及痴呆的现象。故需要根据病史、躯体及化验检查进一步排除这两种木僵状态的可能。

病历摘要（二）

患者有双相障碍Ⅰ型病史 20 余年，最近几年一直服用碳酸锂 250mg/d，病情稳定。5 天前出现兴奋、语乱而由家属送进精神科病房。患者说自己有“特异功能”，正在从上帝那里得到各种信息，每晚仅睡 2~3 小时，白天大部分时间阅读圣经。食欲下降，活动明显增加（如清扫、写作、烹饪），家属怀疑患者自行停服锂盐。住院 5 天来，服用碳酸锂 1000mg/d。2 天前因激越、冲动行为，开始肌内注射氟哌啶醇 5mg tid。

今日晨护理常规检查发现体温上升至 38.4℃，其他生命体征平稳，无不适主诉。2 小时后，患者出现尿失禁，在床上烦躁不安。测生命体征：体温 38.8℃，脉搏 100 次 / 分，呼吸 24 次 / 分，血压 140/80mmHg。患者的精神状态急剧改变，早晨护理查房时尚能正确回答姓名，时间、地点定向丧失。半小时后住院医师与她谈话时，基本上不回答问题。

[**问题**] 据以上信息，考虑患者出现谵妄的病因是什么？

思路：应首先考虑碳酸锂与氟哌啶醇合用产生的严重药物不良反应，长期服用碳酸锂、停药后

学习笔记

重新使用时快速增加剂量、合并用药、老龄等，都是需要考虑的影响因素。关于氟哌啶醇与碳酸锂合用问题，目前来源不同的文献观点有分歧，但基本上都持慎重态度。尤其是对于老年人、肾功能不全者、有脑器质性和其他重大躯体疾病者，更应慎重。临床实践中应根据具体情况而谨慎使用。

病历摘要(三)

患者在尿液浸湿的床上辗转不安，意识模糊，紧闭双眼，对躯体检查不合作，违拗，胳膊僵硬。对问话不回答，偶尔说一句“好热”。全身大汗，衣服被汗液和尿液几乎浸透，在护士十分困难地给她换衣服时，她用手乱摸、乱挥。

[问题 1] 综合精神检查和病史，可以得出什么诊断？

思路：患者有意识模糊、高热、尿失禁、大汗、缄默、违拗等表现，既往有精神病史，当前大量使用抗精神病药物，应考虑恶性综合征（neuroleptic malignant syndrome，NMS）。

知识点

恶性综合征（NMS）的临床诊断要点

NMS 是由抗精神病药物所致的罕见高危综合征，是在使用抗精神病药期间发生的严重肌强直、体温增高和其他有关症状（例如，出汗、吞咽困难、大小便失禁、从错乱到昏迷的意识改变、缄默、血压增高或不稳定、肌酸激酶增高）。

[问题 2] 恶性综合征的诱发因素有哪些？

思路：诱发恶性综合征的危险因素有：既往有类似病史、脱水、精神运动性兴奋、药物剂量增加过快、长效制剂的大量使用、并用锂盐等，有脑器质性病变和情感障碍的患者发生恶性综合征的危险较高。考虑该患者恶性综合征的发生与抗精神病药物剂量增加过快有关。

[问题 3] 恶性综合征的鉴别诊断。

思路：NMS 的鉴别诊断非常复杂，需要与多种疾病加以鉴别。首先需要排除其他基本疾病，这一点非常重要。本例患者首先要排除由各种感染引起的谵妄状态。尿液、脑脊液和血液都需要进行检查，以除外尿毒症和脑膜炎。全面的神经系统检查是必要的，因为神经系统疾病如缄默症、闭锁综合征、脑炎、脑膜炎都可与 NMS 表现相似。

5-HT 综合征也有类似表现，但胃肠道症状（恶心与呕吐）更突出而少有震颤和强直。

致死性紧张症不易与 NMS 鉴别，大多数专家认为，致死性紧张症是许多中枢神经系统障碍最后常见的结果，临床医师必须依靠病史对 NMS 与致死性紧张症加以鉴别。

病历摘要(四)

体格检查：体温 38.8℃，脉搏 100 次 / 分，呼吸 24 次 / 分，血压 140/80mmHg。头颅无畸形和外伤，颈强直，两侧瞳孔 3mm，等大正圆，对光和调节反射灵敏。不能配合眼外肌运动检查和其他脑神经检查，未发现淋巴结增大。双肺听诊呼吸音清晰。心率快，律整齐，可闻及第一和第二心音，未闻及其他心音及杂音、奔马律和心包摩擦音。四肢明显屈曲僵硬，不能平卧，神经系统检查不合作。

实验室检查：白细胞总数 18×10^{9}/L，中性粒细胞占 60%，淋巴细胞占 30%，无嗜碱性粒细胞，外形正常。CPK 30 000IU/L，CK-KB=0，肌钙蛋白 =0。尿液检验：未见白细胞和红细胞，氯化物和白细胞酯酶阴性。

辅助检查：头颅 CT 无出血和肿块。脑脊液检查：无感染征象。血培养阴性。

学习笔记

[**问题 1**] 如何考虑体格检查、实验室检查及辅助检查的结果?

思路 1:当怀疑患者是恶性综合征(NMS)时,应进行全面的体格和神经系统检查。为排除脑膜炎可进行腰椎穿刺检查。具体到本例患者,有白细胞升高但没有核左移。CPK 升高是常见的,严重病例可达 100 000IU/L。CPK 升高被认为是 NMS 的肌肉强直和体温升高所致。但是,其他损伤如对反抗行为的约束、反复肌内注射可以引起 CPK 水平升高。CPK 升高需要连续监测,以评估恶性综合征的严重程度和病程。

思路 2:本例患者诊断 NMS 的主要原因是最近使用大剂量的高效价神经阻断剂(每天 3 次注射氟哌啶醇),并且出现体温升高、精神状态改变、肌强直、尿失禁、大汗等 NMS 的常见症状,CPK 升高也支持 NMS 的诊断,在排除败血症、脑膜炎和泌尿系统感染等疾病外,主要考虑 NMS。

[**问题 2**] NMS 的处理原则有哪些?

思路:NMS 一旦确诊,应立即将患者转诊到危重症监护病房,停用抗精神病药。针对不能进食、出汗而造成的体液丢失快速静脉补液,同时预防急性肾衰竭,因为长时间肌肉收缩引起横纹肌溶解可引起肌红蛋白血症。体温过高时可使用冰袋、风扇和擦浴等物理方法降温。如果肌张力障碍和肌强直严重影响呼吸时,必须进行气管插管和辅助呼吸支持。使用物理降温疗法可降低血栓栓塞的危险性,包括经常变换体位、适度运动锻炼。

病历摘要(五)

患者紧急转到内科重症监护病房,停用抗精神病药和碳酸锂,三腔导管补充大量液体,持续监护心脏和呼吸功能,根据激越状况静脉使用地西泮,第 2 天开始应用丹曲林钠。每天监测全血细胞、CPK、肝肾功能。经过治疗,患者的 CPK 逐渐下降,治疗 7 天后由内科重症监护病房转到内科病房。

[**问题**] 是否可以继续给患者服用抗精神病药物?

思路:重新使用抗精神病药物可能是安全的,但须在恶性综合征症状缓解 2 周以后。使用时密切观察患者的生命体征、一般情况,定期监测血药浓度。

病例四

病历摘要(一)

女,15 岁。因顿服大量抗抑郁药物自杀,由父母送来急诊。

[**问题 1**] 急诊常见的自杀原因有哪些?

思路:自杀(suicide)是综合医院和精神科都十分常见的急诊。自杀成功者不可能来急诊,因此急诊遇到的是自杀未遂、自杀企图、自杀意念、自杀姿态者,因此识别出那些由心理因素或精神障碍引起的自杀,并采取适当措施防止患者继续自杀,是精神科急诊处理自杀的基本任务。

知识点

精神科急诊常见的自杀原因

1. 抑郁症:①情感性精神病抑郁发作。②继发性抑郁发作:a. 继发于严重或慢性难治性躯体疾病;b. 继发于精神疾病;c. 药物引起的抑郁。

2. 精神分裂症:①抑郁;②幻觉和妄想;③冲动性自杀。

3. 酒精中毒和吸毒:①伴有抑郁发作;②严重戒断综合征;③中毒性幻觉或妄想。

学习笔记

4. 人格障碍。

5. 癔症性精神障碍。

[**问题 2**] 如何评估自杀的严重程度?

思路:评估自杀的严重程度是防范当前和急诊处理后自杀风险的重要步骤。一般以临床评估结合自杀风险评估量表(见第一章相关内容)。

知识点

自杀严重程度的临床评估

1. 自杀的准备:①自杀意向:有自杀意念者尚不一定采取自杀行动,有自杀企图者就很可能采取自杀行动,有自杀计划者则可能一有机会就采取自杀行动;②自杀意志:越坚决者越可能自杀;③遗嘱:留有遗嘱者很可能立即采取自杀行动;④自杀方法:枪击、从高楼跳下、自缢比服毒和吞食异物更为危险。

2. 自杀的环境:①独处:单独一人者更可能采取自杀行动;②选择自杀的时间:选择他人不可干预的时候,如选择家人上班或外出时自杀,危险性更大。

3. 自杀后的表现:①自杀中是否呼救,不呼救者更可能自杀成功;②明确表白希望死,为没有死感到遗憾,这是表明患者想死的坚决意志。

病历摘要(二)

患者是一名即将参加中考的初三学生,成绩一般但是非常努力,经常学习到很晚。最近一个月经常担心考不好,常失眠,饮食也少,虽然学习得更晚,但效率很低,成绩明显下降,经常唉声叹气,诉说很累。服药的前晚一夜没有合眼,起床后在洗手间很长时间不出来,直到母亲进去才发现她躺在地板上边哭边喃喃自语:"对不起,对不起"。身边有一个空的"左洛复"的盒子,经父母询问,她承认顿服了一整盒盐酸舍曲林片(左洛复)(28 片),加上 10 多片阿普唑仑。父母立即呼叫 120 送她到急诊。

[**问题 1**] 精神药物急性中毒(acute intoxication)的急诊处理原则有哪些?

思路:包括抗抑郁药、抗精神病药物、镇静催眠药物在内的精神药物的急性中毒,目前都无特效解毒药,处理原则包括尽可能减少药物的吸收、尽快清除毒物、积极的对症和支持治疗。

知识点

精神药物急性中毒的处理方法

1. 减少药物吸收:①洗胃:即使中毒时间超过 24 小时也应洗胃,以终止药物的继续吸收;②导泻与吸附:洗胃后应立即给予导泻和吸附。

2. 促进毒物排泄:对已吸收的毒物可通过输液、利尿促进毒物排泄。

3. 拮抗剂的使用:如抗胆碱药中毒可用毒扁豆碱,巴比妥类药物中毒时可给予贝美格等。

4. 心电监护。

5. 其他对症和支持治疗:包括消除脑水肿,预防感染,保持呼吸通畅,防止呼吸衰竭,保肝,静脉补充营养,维持水、电解质和酸碱平衡,酌情给予促脑代谢药物。

6. 保持观察:有些精神药物如抗抑郁药急性中毒有"回跳"现象,所以中毒症状改善后,还应再严密观察 3~4 天,以防病情反弹。

学习笔记

[**问题 2**] 根据现病史判断该患者自杀的主要原因是什么?

思路:患者近 1 个月来经常唉声叹气,诉说累,睡眠和饮食差,学习效率下降,自责等。应高度怀疑存在抑郁症状,而抑郁症是自杀的常见原因。

病历摘要(三)

由于送诊及时,患者意识一直清楚,洗胃后能够接受精神检查。她显得疲惫,思睡状,定向力完整,注意力集中,回答问题切题但缓慢,每个问题都要思考良久才慢慢作答,主动言语少。表情悲伤,称自己"从记事起就情绪低落",长期感到疲劳,精力不足,学习吃力。这些情况有阶段性的加重,与学习压力和考试有关。这次面临中考,情况尤其严重到无法坚持正常学习。承认听到过"关于自己的坏消息"的声音,通常发生在入睡困难时。服药前晚对考试极度担心,几乎不能入睡,迷糊中听到有声音告诉她考试将会失败。承认过去有过自杀想法,但从未采取过行动。今天早晨感到"彻底失去了自我",一时冲动就吃了药。认为自己"让父母失望了",感到很羞愧。

父母补充说:患者自初二开始就接受每周 1 次的单独心理治疗,半年前医生让她每日服用舍曲林(左洛复)50mg,情绪"稍好一些",食欲增加,体重增加 8kg。本次事件前 2 个月由于担心体重增加而停止服药。从无情绪高涨发作史。

患者是养女,亲生父母方面的家族史不详。几年前她知道自己是被领养的,经过心理咨询,能够正确对待这个问题。

[**问题 1**] 如何鉴别重性抑郁障碍(major depression disorders)?

思路 1:详细回顾抑郁症状的持续时间很重要,因为恶劣心境也可能发展为重性抑郁发作。恶劣心境的典型表现为长期的抑郁情绪,病程至少 2 年以上。儿童发生情绪易激惹或抑郁发作病程仅需 1 年,就可以诊断为恶劣心境。在恶劣心境的基础上发生重性抑郁发作,称作"双重抑郁"。

思路 2:青少年期的抑郁发作与双相障碍的关系密切。患者既往和目前均无情绪高涨,故本次排除双相障碍的诊断,然而青少年期伴有精神病性症状的重度抑郁发作,要考虑发展为双相障碍的可能性。

[**问题 2**] 如何制订该患者的治疗方案?

思路 1:由于当前是伴有精神病性症状的抑郁发作,首选抗抑郁药治疗。在使用药物时应注意儿童青少年的特点,如脂肪组织较少,药物与蛋白结合也较少,因此有较高的生物利用度,而副作用也可能更大。

思路 2:采取心理干预对儿童及青少年抑郁也有显著的临床疗效。具体到本患者,心理治疗尤其重要。针对引起抑郁和自杀行为的各种心理 - 社会因素,宜采取认知行为治疗。

(王高华)

学习笔记

参考文献

1. (美)阿里克斯,(美)斯图尔特 . 精神病病例精粹 . 王学义,译 . 北京:北京科文图书业信息技术有限公司,2006.
2. 刘协和,杨权 . 精神科急诊医学 . 长沙:湖南科学技术出版社,1998.
3. 沈渔邨 . 精神病学 . 北京:人民卫生出版社, 2009.
4. 冯志颖 . 精神疾病诊疗常规 . 天津:天津科学技术出版社, 2005.

第十三章 精神康复与社区管理

【学习要求】

1. 熟悉精神障碍的康复与社区管理的目标、方法和过程。
2. 熟悉制订康复计划前如何进行评估。
3. 了解应用医院内康复措施。
4. 了解个案管理和如何制订个体服务计划。

【核心知识】

1. 在制订康复计划前需要对患者进行详细的评估，评估内容为：患者和家属对疾病的理解；患者的躯体健康程度和精神状态；患者的精神障碍病史；患者的工作能力、经济状况、居住条件；患者的社交技能、家庭关系、社会关系；患者日常生活技能；患者对应激事件的应对方式；风险评估；患者是否有使用精神活性物质的问题。

2. 疾病急性期的治疗重点是用药物控制症状，康复训练的内容主要是个人生活自理能力训练、文娱活动训练等。病情稳定后根据评估的结果以及患者的需要和问题制订个体化的康复训练计划，这些计划包括自我服药管理、社交技能训练、物理治疗(如体重管理计划等)、职业技能训练等。

3. 康复训练除了在医院内进行外，社区康复也是十分重要的部分。社区康复主要采取个案管理的形式进行，个案管理员对患者进行评估，根据其需要和问题与患者一起制订个体服务计划，帮助患者恢复社会功能。

【临床病例】

病历摘要(一)

男，28岁，大专文化，未婚，无业。因疑人跟踪、迫害，自语，生活懒散3年余，加重1个月，由其哥哥等多人陪同步行入院。

患者于3年前无明显原因起病，认为同事嫉妒其能力，设圈套陷害他，派人跟踪他，亲戚来看他时也认为是来害他的。有时喃喃自语。3个月后开始不能工作。曾在当地精神病院门诊就诊(诊治不详)，因服药后头晕而拒绝服药。生活渐渐变得懒散，每日睡到中午才起床，洗漱、换衣需要督促，夏天很长时间不洗澡，身上臭味也无所谓。家人劝说时就大发脾气。2年前由家人送至当地精神病院住院治疗，诊断为“精神分裂症”，口服氯丙嗪治疗，日最高剂量300mg。治疗2个月后自语、多疑消失，但终日困倦，除吃饭、排便外，几乎都卧床睡觉。活动时动作迟缓、不灵活。2个月内体重增长10kg。半年前，患者以药物副作用大、服药后头脑昏沉、肥胖等原因而自行停药，不到2个月即再次出现自语，称邻居放了窃听器监视他，曾拿刀威胁要和邻居同归于尽，警察干预后要求家属带患者住院治疗。

既往体检时发现有“肾结石”，服药治疗后好转。行2，有哥哥。幼年生长发育无特殊。适龄入学，成绩中上，大专学习机电专业，毕业后在企业工作。无烟、酒及违禁药品使用史。家族中否认有精神疾病史。

学习笔记

体格检查：生命体征正常，身高 170cm，体重 91kg，BMI 31.4。

躯体及神经系统检查未见异常。

精神检查：存在明确的言语性幻听和关系、被害妄想。患者诉多年来一直有陌生人在耳边跟自己说话，有时夸自己很有能力，有时又辱骂、威胁，声音每天都有，有时甚至持续一整天。患者认为这些人组成某个集团，用电脑、手机等方式跟踪、监视他，目的是为了能更好地控制他为他们做事。医院里也被他们派人假扮病人监视自己。认为医生、护士是可以信任的。情感反应尚适切，对将来无打算，对疾病无自知力。入院诊断：幻觉妄想状态，精神分裂症（偏执型）。

[**问题 1**] 据以上信息，患者目前的状态对制订康复计划有什么影响？

患者目前处于疾病的急性期，康复计划的目标是尽快控制症状。

思路 1：在制订康复计划之前要对患者进行评估，首先需要评估患者目前处于疾病的哪个阶段，因为疾病不同阶段的康复重点会有所不同。本例患者目前处于疾病急性期，幻觉、妄想等精神病性症状较为明显且较为严重，对患者的影响也较大。该阶段治疗计划的目标应该是尽快以药物控制精神病性症状，待病情稳定后再进一步调整康复计划。

思路 2：康复计划的制订应根据患者疾病的阶段进行适时调整。急性期治疗方案的制订对于患者的康复有着重要的影响，药物种类的选择除了考虑是否能有效控制症状外，还需要考虑到患者社会功能的恢复，对于可能影响到患者社会功能恢复的药物，即便短期能有效控制症状，但对于患者长期的功能恢复和回归社会有不利影响，这样的治疗方案也是不合适的。如该患者在首次发病时以幻觉、妄想等精神病性症状为主要临床表现，选择氯丙嗪治疗可以有效控制阳性症状，但药物导致的体重增加等代谢综合征和困倦等不良反应，严重影响到患者的社会功能恢复，也影响到患者的服药依从性，最终因停止服药而导致病情复发。因此，患者社会功能的恢复，从急性期治疗开始就是需要关注的问题。

知识点

精神康复（psychiatric rehabilitation）

康复是指躯体功能、心理功能和职业能力的恢复。康复医学在精神卫生领域的开展即为精神康复，是指利用一切可能取得的条件和时机，运用现代医学科学的先进手段，丰富患者的治疗方法，使患者在生活、人际交往和职业训练等方面得到最大限度的恢复，并想方设法预防和减少精神残疾的程度，同时培养具有代偿性的生活和工作技能，改善患者接触的环境，保持乐观的情绪，树立战胜疾病的信心，防止精神衰退，同时也减轻家庭、社会和国家的负担。内容上包括医学康复、教育康复、社会康复和职业康复。它和预防、治疗相互关联，是“全病程管理”中的一个重要环节。

[**问题 2**] 在制订康复计划前，还需要做哪些方面的评估？

思路 1：在制订康复计划前，评估患者目前的精神状态、患者及家属的需要等情况是非常重要的环节。

知识点

制订康复计划前应当评估的内容

1. 患者和家属对疾病的理解。
2. 患者的躯体健康程度和精神状态。
3. 患者的精神障碍病史。

学习笔记

4. 患者的工作能力、经济状况、居住条件。
5. 患者的社交技能、家庭关系、社会关系。
6. 患者的日常生活技能。
7. 患者对应激事件的应对方式。
8. 风险评估。
9. 患者是否有使用精神活性物质的问题。

思路 2：注意及时与患者和家属进行沟通。沟通的重点是患者及家属对疾病的理解，对将来生活的希望程度，对治疗的态度等，这些都会影响疾病的康复。如果患者和家属不了解精神分裂症是一种慢性疾病，需要长期服药治疗，则很可能在症状消失后停止服药，从而导致疾病的复发。

病历摘要（二）

考虑到该患者为 28 岁的男性复发患者，以阳性症状为主，既往使用氯丙嗪治疗出现明显锥体外系反应、困倦、体重增加等不良反应，这些不良反应影响到患者的治疗依从性和社会功能恢复，故选择镇静作用轻、较少引起代谢综合征、对阳性症状效果好的利培酮治疗。入院当日给予利培酮 1mg/d，同时完善三大常规、肝肾功能、血糖、血脂、心电图、头颅 MRI 等相关辅助检查。一周内药物剂量增加至 4mg/d，患者未诉明显不良反应，上述各项化验检查结果汇报均正常。

患者入院后生活懒散，上午赖床，需要护士督促才肯起床，个人卫生较差，不愿洗头、洗澡，刷牙也需要护士督促，不主动更换衣服。

学习笔记

［**问题**］根据患者目前情况，需要从哪些方面进行康复训练？

思路 1：患者处于疾病的急性期阶段，幻觉、妄想等阳性症状较突出，缺乏自知力，精神病性症状的控制及自知力的恢复主要依靠抗精神病药物的疗效。首先应控制好精神病性症状，稳定病情，便于更好地进行下一步的康复训练。目前阶段患者的个人生活自理能力差，与其处于急性期受症状影响有关，但仍然可以首先通过与患者的沟通，促进患者改变个人生活自理能力的动机，之后与患者共同制订具体的提高生活自理能力的计划。

思路 2：当前计划包括当前的问题、要达到的目标、达标的策略和评价的指标。需要注意的是，目标要切实可行，患者能够做得到。评价的指标是用来检验康复效果的客观指标，要量化，有可操作性且具体。例如对于本案例中生活懒散的患者，评价的指标可以是：每天 7：30 起床，每周洗澡一次，每天自觉洗漱等。另外，还可以鼓励患者参加病房组织的文体娱乐活动。这类活动可以培养患者参与群体活动的意识，扩大社会交往，达到提高生活情趣、促进身心健康的目的。训练内容与安排应根据患者的病情、兴趣爱好、受教育程度、躯体健康状态等而定，包括一般性娱乐与观赏活动，如听音乐、看电视、看演出等；带有学习和竞技的参与性活动，如歌咏、舞蹈、体操、球类、书画等。

病历摘要（三）

经利培酮 4mg/d 治疗 4 周，患者自诉症状明显缓解了，耳边议论自己的声音出现的频率和持续的时间明显减少，每天只出现 1~2 次，每次大约为 10 分钟左右，经过医生的健康教育后，患者能认识到声音是幻觉，可以做到不去理睬。在病房内偶尔会感觉到病友对自己不怀好意，故意针对自己。个人生活自理能力较前有进步，每日自觉洗漱，每周洗一次澡，

有时上午起床还需要护士督促。平时较少与病友交流，称不知道该如何与人交谈。最近一周来逐渐出现行动迟缓、四肢僵硬不灵活、手抖等表现，考虑为利培酮所致锥体外系反应（EPS），加用苯海索片 2mg/d 对症治疗，上述 EPS 症状缓解。目前体重为 88kg，BMI 30.4。

［**问题**］针对患者目前的阶段，如何制订合适的康复计划？

思路 1：患者的病情比入院时改善，症状有较明显的缓解，自知力也开始恢复，病情稳定，可以更进一步开展康复训练。对患者目前的情况重新评估，再修订康复计划。

思路 2：患者既往服药依从性不好，几次自行停药，目前自知力部分恢复，为提高其治疗依从性，可以进行服药管理训练。服药管理训练方法分为：①服药依从性训练，目的是培训患者树立正确的疾病认识和服药态度。可通过集体讲座、个别训练等形式增加患者对疾病和治疗的认识，使其认识到药物在疾病治疗中的重要性和不同药物的作用及常见副作用，并教导患者处理副作用的方法。②服药习惯训练，通过三级运作服药管理训练。

知识点

三级运作服药管理训练

1. 一级服药

（1）对象：①刚进入训练的患者。②服药习惯欠佳而问题已超出合理的差距水平的患者，包括：不能在指定服药时间的 30 分钟内到办公室服药，或根本忘记了要服药；取药错误；漏服药物；触犯日间医院 / 病区规章制度者。

（2）训练方法：①患者的药物暂由日间医院 / 病区保管，并存放在办公室的药柜内；②患者均须按指定的时间到办公室服药并须在护士面前服药，由护士直接监察和督导患者能否建立一个良好的服药习惯。

2. 二级服药

（1）对象：通过第一级别服药要求的患者可获进升至第二级。

（2）训练方法：①进入第二级服药安排的患者，需要开始学习自行保管药物；②药物存放在日间医院 / 病房走廊药柜内，每人一格，每次自行按时取药服食，护士会作出远距离监察。

3. 三级服药

（1）对象：通过第二级别服药要求的患者可获进升至第三级别。

（2）训练方法：①进入三级服药安排的患者，可以自行保管药物于日间医院 / 病房的个人储物柜内；②患者可自定便于自己服药的时间；③患者须接受护士每个月清点药物一次。

思路 3：患者因疾病长期与社会接触少而导致社会交往能力严重下降，可进行社交技能训练。其内容是训练患者如何正确表达自己的感受，学习在不同场合的社交礼节。不断鼓励患者通过语言、书信等方式表达自己的愿望，并与家庭成员保持情感上的联系。如有些医院在病房内安置电话机等，让患者能够经常与家庭成员保持联系，这对保持患者的亲情交流、促进与外界的接触及了解外部信息等均有作用。对于本案例中的患者，可以鼓励患者参加病房组织的社交技能训练小组活动，小组活动为一组社交技能训练课程，该课程的内容可以包括如何清楚地交流、赞扬他人、要求某人做某事、表达负性情感、倾听。课程内容可以循环进行。

学习笔记

知识点

职业治疗(occupational therapy)

1. 概念:通过教育和学习,让康复者可以重建生活和社会角色,例如:工人、配偶、家长、子女或朋友;学习有效的个人管理及个人责任,金钱管理运用、社交及沟通技巧以及问题处理和压力处理等。

2. 职业治疗活动:工作能力评估,职业康复,生活重整,辅助就业,辅助住宿等。

3. 训练场所:住院部、日间医院、门诊、社区外展(如辅助就业、工作探访、工作评估、寻找住所等)。

4. 工作社交技巧训练小组:内容可以为:基本社交技巧、问题解决技巧、与同事相处的沟通技巧及问题解决、与上司相处的沟通技巧及问题解决和求职技巧。

思路4:患者因服用氯丙嗪而出现困倦、活动减少、体重增加,入院时BMI 31.4,属于中度肥胖。换利培酮治疗后体重稍有下降,BMI 30.4,仍然为中度肥胖。可以进行体重管理计划,与患者一起制订运动计划,减轻体重。在与医生讨论后制订如下计划:在两周后达到每周慢跑2~3次,每次持续20分钟以上。

知识点

物理治疗(physical therapy)

1. 概念:通过生物-心理-社会医学模式,注重生理与心理的相互影响,在治疗精神科病人精神状况的同时,也应考虑到病人身体方面的需要,达到全面康复的目的。

2. 宗旨:通过提供全面的物理治疗计划以提升病人的身体、精神健康和社会功能的整体质素,以恢复或改进身体状态到疾病前最佳水平;加强身体活动能力从而更加容易投入社会或返回工作;培养长远健康生活模式和运动习惯以达到身心和谐;强化家庭照护。

3. 物理治疗内容:体重管理计划、体能评估和训练、体育休闲等。

学习笔记

病历摘要(四)

患者服用利培酮4mg/d治疗6周后,诉幻听消失,也认识到自己以前感觉别人议论他、跟踪他都是自己想多了,幻听也是假的,是脑子生病后的表现,能理解药物对自己病情康复的作用,了解这个疾病需要长期服药治疗。自知力恢复。经服药管理训练后,患者每日能按医嘱自觉服药,也了解服药后可能出现的不良反应及应对策略。每日基本能按时起床,白天参加病房的文娱活动,与其病友的交流较以前有改善,有时能主动和病友打招呼,简单地交流,但仍显内向被动。在医生护士的督促下,每周能坚持慢跑2~3次,每次持续20分钟以上,体重由刚入院时的91kg减至86kg。复查肝肾功能、血常规、心电图正常。经医师评估,患者目前病情可以出院,门诊服药治疗。但家属担心患者出院后病情不稳定,想了解需要注意的事项。

[问题1]患者出院前,如何向患者和家属交待识别复发的先兆征象?

思路:早期干预不仅可以减轻精神分裂症急性发作的严重性,还有助于防止出现功能损害和精神残疾。因此,早期识别复发的先兆征象,给予及时的干预,可以防止精神分裂症的恶化。常见的早期征象有:心境改变,如出现抑郁、兴趣下降或精力减退,或是害怕、紧张和焦虑,也可能是易激惹或攻击性增加;行为改变,如不愿参加社会交往活动,食欲下降,或是出现入睡困难、睡眠需要减少等睡眠问题;认知改变,如注意力开始不集中,记忆力下降,或是经常沉溺于一两件事不听劝阻;症状再现,如幻听再次出现,出现喃喃自语,变得敏感多疑或有奇怪的想法等。要做到及时识别上述复发的先兆征象,患者、家属或照料者要和医生护士保持联系,家属或照料

者平时要注意观察患者的症状。

[**问题 2**] 患者出院回到社区后，还可以接受哪些康复措施？

思路 1：精神障碍的康复可分为医院内康复和医院外康复。社区康复是医院外康复的重要部分之一。社区康复也更有利于患者的社会功能恢复，更好地回归社会。社区康复多采用个案管理的形式，首先对患者进行评估，患者目前精神病性症状消失，自知力恢复，服药依从性好，疾病治疗的问题不再是目前的首要问题。但患者人际交往被动，不愿与他人交流，也缺乏社交技能，如何改善社交技能是目前的主要问题。在与患者充分沟通后，患者也希望能改善人际关系，可以将提高社交技能、参与社区活动作为目前康复的目标。而策略可以是和患者商量后每周参与社区活动一次，每周前往日间医院 / 医院参加改善社交技能的小组活动。在计划进展 1 个月后重新评估患者的康复效果。

知识点

个案管理（case management）

个案管理是社区干预中的一项关键技术。社区中的每一个精神疾病患者都由个案管理员（case manager）负责。个案管理员是患者接触的关键人物，相当于患者的经纪人，给患者提供帮助，帮助患者得到各种精神卫生服务并协助解决其他问题。个案管理员通常是精神科护士、社会工作者、心理治疗师或职业治疗师，他与患者、患者家庭成员及其他服务机构是一种合作的关系。其主要职责和作用包括以下几个方面。

1. 提供全面、广泛的精神科评估和心理 - 社会康复服务，促进心身的全面完好。

2. 负责协调各个部门的服务。

3. 协助形成、回顾总结和督促执行个体服务计划（individual service plan，ISP）。每一个患者均有 ISP，由社区服务队中的治疗小组与患者一起合作性地制订，包括各种治疗措施，如行为干预、动机策略（motivational strategies）、解决问题的技能训练等。ISP 制订后要同时复印一份给患者和照料者。制订 ISP 时要考虑患者的以下一些问题：情绪和心理状态，处理应激的能力，对疾病的反应，自身的安全和对其他人的安全，人际交往与家庭社会支持，经济状况，工作、休闲与教育，家庭对疾病的反应，躯体状况，住房，权利和义务等。并对该服务计划至少每 6 个月回顾总结一次，根据患者的情况进行合理调整。

4. 提供有预见性和响应性的干预（proactive and responsive interventions），通过咨询与建议来使患者获得康复。患者的康复是个案管理关注的焦点。

5. 保证对患者适当的随访。

6. 促使患者与社会再整合（re-engagement with community）。

思路 2：若该患者自知力恢复不够，服药依从性欠佳，那么此时的康复目标主要是提高服药依从性，通过服药习惯训练达到三级服药程度，训练场所可以是在家里或日间医院等，由照料者或护士进行训练。

病历摘要（五）

个案管理员在随访中发现患者最近出现焦虑、烦躁，患者告诉个案管理员因为最近一周以来，耳边有时再次出现以前那些陌生人的声音，不过这次声音没有以前那么清晰，出现的频率也没有那么多，每天会持续约十分钟。个案管理员询问患者最近服药的情况，患者表示都按照医嘱服用，查看药物也没发现有漏服的情况。向患者家人了解到的情况也是患者每天都按时按量服用药物。

学习笔记

[**问题**] 对于患者目前的情况，个案管理员应该采取什么措施？

思路：精神分裂症为慢性疾病，在长期的康复过程中有可能出现病情的反复，个案管理员在随访过程中若能及时发现病情复发的先兆，及时给与干预，有可能避免一次可能的复发。该患者在坚持服用药物的情况下，也没有任何应激事件发生，既往发病时的症状又有所出现，个案管理员此时可以建议患者去门诊约见医生，由医生判断是否需要调整药物剂量。另外，个案管理员还可以和患者、家属一起回顾既往学到的应对症状的非药物方法，筛选出有效的方法，继续尝试这些有效方法，例如可以尝试认知行为治疗相关技术来应对幻觉等。

（贾福军　谭庆荣）

学习笔记

中英文名词对照索引

A

阿尔茨海默病	Alzheimer disease, AD	177
案例概念化	case conceptualization	117

B

暴力行为	violent behavior	264
暴露	exposure	126
被害妄想	delusion of persecution	26
被控制妄想	delusion of being controlled	27
本我	id	141
苯丙胺类兴奋剂	amphetamine-type stimulants, ATS	206
病耻感	stigma	46
不能忍受不确定性	intolerance of uncertainty	129

C

超我	superego	141
痴呆	dementia	161
迟发性运动障碍	tardive dyskinesia, TD	39
创伤后应激障碍	post traumatic stress disorder, PTSD	74, 225

D

代谢综合征	metabolic syndrome, MS	55
地志学模型	topographical model	133
癫痫	epilepsy	132
丁丙诺啡	buprenorphine	214
多导睡眠图	polysomnography, PSG	198

E

额颞叶痴呆	frontotemporal dementia, FTD	178
恶性综合征	neuroleptic malignant syndrome, NMS	268

F

反应预防	response prevention	126
防御机制	defense mechanism	142
非自愿住院	involuntary admission	3

分离性抽搐	dissociative convulsion	132
分离(转换)性障碍	dissociative(conversion)disorder	136
附加因素	perpetuating	9

G

改良电抽搐治疗	modified electroconvulsive therapy, MECT	32,89
高热	hyperpyrexia	266
格拉斯哥昏迷评分	Glasgow coma score, GCS	165
个案管理	case management	277
个体服务计划	individual service plan, ISP	277
共病	comorbidity	92
孤独症谱系障碍	autism spectrum disorder, ASD	243
关系妄想	delusion of reference	26
广泛性焦虑障碍	generalized anxiety disorder, GAD	110

H

汉密尔顿抑郁量表	Hamilton depression scale, HAMD	14
会诊联络精神病学	liaison psychiatry	188

J

积极的社区治疗	assertive community treatment, ACT	46
急会诊	acute consultation	261
急性短暂性精神病	acute and transient psychosis	48
急性酒中毒	acute alcohol poisoning	219
急性应激障碍	acute stress disorder, ASD	225
急性中毒	acute intoxication	270
甲基苯丙胺	methamphetamine, MA	206
甲状腺功能亢进	hyperthyroidism	266
假性幻觉	pseudo hallucination	26
简易精神状态检查	mini-mental state examination, MMSE	59
简易智力状态检查	mini-mental state examination, MMSE	174
焦虑障碍	anxiety disorder	109
结构模型	structural model	141
戒断综合征	withdrawal syndrome	207
紧急事件应激晤谈	critical incident stress debriefing, CISD	231
精神病性障碍	psychotic disorder	34
精神分裂症	schizophrenia	34
精神分析	psychoanalysis	133
精神活性物质	psychoactive substance	206
精神康复	psychiatric rehabilitation	273
精神卫生法	mental health law	3
精神状态检查	mental state examination, MSE	1
酒精滥用	alcohol abuse	216

酒精有害使用	harmful use of alcohol	216
酒依赖	alcohol dependence	216
酒中毒性幻觉症	alcoholic hallucinois	220
酒中毒性嫉妒症	alcoholic delusion of jealousy	220

K

科尔萨科夫综合征	Korsakoff syndrome	175
可乐定	clonidine	214
客体关系	object relations	134
控制思维	control of thoughts	128
夸大危险	overestimated threat	128
快速循环	rapid-cycling, RC	83

L

锂中毒	lithium intoxication	262
临床总体印象量表	clinical global impression, CGI	14
路易体痴呆	dementia with Lewy bodies, DLB	178

M

美沙酮	methadone	214
美沙酮维持治疗	methadone maintenance treatment program, MMTP	215
明尼苏达多相人格调查表	Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI	14
木僵状态	stupor state	267

N

纳洛酮	naloxone	212
纳曲酮	naltrexone, NTX	214
耐受	tolerance	207
难治性精神分裂症	treatment resistant schizophrenia, TRS	54
难治性抑郁症	treatment resistant depression, TRD	101
年龄相关记忆障碍	age-associated memory impairment, AAMI	172

Q

器质性精神障碍	organic disorders	185
前意识	preconscious	133
潜意识	unconscious	133
强迫动作或仪式行为	compulsive acts or rituals	121
强迫性缓慢	compulsive slowness	121
轻度认知障碍	mild cognitive impairment, MCI	178

R

认知校正	cognitive remediation	46
认知行为治疗	cognitive behavior therapy, CBT	114, 116

S

社会支持系统	social support system	151
生物-心理-社会医学模式	the bio-psycho-social medical model	133
双相障碍	bipolar disorders, BPD	61
思维的重要性	over importance of thought	128
思维与行为融合	thought-action fusion, TAF	128
素质因素	predisposing	9

T

同伴支持和同伴提供服务	peer support and peer-delivered services	46
图式	schema	118

W

完美主义	perfectionism	129
妄想	delusion	2,6
韦尼克脑病	Wernicke encephalopathy	221
物理影响妄想	delusion of physical influence	27
物理治疗	physical therapy	276

X

心理冲突	psychical conflict	143
心理治疗	psychotherapy	147
溴隐亭	bromocriptine	211
血管性痴呆	vascular dementia, VD	178

Y

阳性与阴性症状评定量表	positive and negative syndrome scale, PANSS	14
依赖	dependence	207
移情	transference	146
遗忘综合征	amnestic syndrome	175
意识	conscious	133
意识障碍	disturbance of consciousness	260
诱发因素	precipitating	9

Z

责任感膨胀	inflated responsibility	128
谵妄	delirium	161
谵妄状态	delirium state	265
震颤谵妄	delirium tremens, DT	222
职业治疗	occupational therapy	276
中间信念	intermediate belief	118
重性抑郁障碍	major depression disorders	271

注意缺陷和多动 / 冲动障碍	attention deficit hyperactive disorder, ADHD	243
自动思维	automatic thought	118
自杀	suicide	269
自伤	self-injury	149
自我	ego	141
综合性的心理 - 社会干预	combined psycho-social interventions	46
阻抗	resistance	140
阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征	obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS	199

根据国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》编写

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

精神病学

1. 内科学 心血管内科分册
2. 内科学 呼吸与危重症医学科分册
3. 内科学 消化内科分册
4. 内科学 血液内科分册
5. 内科学 肾脏内科分册
6. 内科学 内分泌科分册
7. 内科学 风湿免疫科分册
8. 内科学 感染科分册
9. 儿科学
10. 急诊医学
11. 皮肤性病学
12. 精神病学
13. 神经病学
14. 全科医学
15. 康复医学
16. 外科学 普通外科分册
17. 外科学 神经外科分册
18. 外科学 胸心外科分册
19. 外科学 泌尿外科分册
20. 外科学 整形外科分册
21. 骨科学
22. 小儿外科学
23. 妇产科学
24. 眼科学
25. 耳鼻咽喉头颈外科学
26. 麻醉学
27. 临床病理学
28. 临床检验医学
29. 放射影像学
30. 超声医学
31. 核医学
32. 肿瘤放射治疗学
33. 医学遗传学
34. 预防医学
35. 口腔医学 口腔全科分册
36. 口腔医学 口腔内科分册
37. 口腔医学 口腔颌面外科分册
38. 口腔医学 口腔修复科分册
39. 口腔医学 口腔正畸科分册
40. 口腔医学 口腔病理科分册
41. 口腔医学 口腔颌面影像科分册
42. 重症医学
43. 循证医学
44. 医学科研方法
45. 医学伦理学实践
46. 医患沟通技能训练
47. 住院医师英语手册

策划编辑 左 巍 刘 彬 海 珊　　封面设计 李 蹊
责任编辑 董 旭　　版式设计 单 斯

人民卫生出版社 PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE P M P H 遇水消失

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询，在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导，医学数据库服务，医学教育资源，大众健康资讯

ISBN 978-7-117-19827-1
9 787117 198271 >
定 价：45.00 元

封面
书名
版权
前言
目录
第一章　基本技能与临床思维
第二章　精神分裂症
第三章　双相障碍
　　第一节　双相Ⅰ型障碍与躁狂发作
　　第二节　双相Ⅱ型障碍与抑郁发作
　　第三节　双相障碍混合发作与快速循环发作
第四章　抑郁障碍
第五章　神经症性障碍
　　第一节　广泛性焦虑障碍
　　第二节　强迫障碍
第六章　分离（转换）性障碍与躯体形式障碍
　　第一节　分离（转换）性障碍
　　第二节　躯体形式障碍
第七章　器质性精神障碍
　　第一节　谵妄
　　第二节　痴呆
第八章　躯体疾病所致精神障碍
　　第一节　急性躯体疾病与精神障碍
　　第二节　内分泌代谢疾病与精神障碍
　　第三节　风湿免疫性疾病与精神障碍
第九章　精神活性物质所致精神障碍
　　第一节　苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍
　　第二节　阿片类物质所致精神障碍
　　第三节　酒精所致精神障碍
第十章　应激相关障碍
　　第一节　急性应激障碍
　　第二节　创伤后应激障碍
第十一章　儿童期特发的精神障碍
第十二章　精神科急诊
第十三章　精神康复与社区管理
中英文名词对照索引
封底