



医护睿读

常见精神疾病的 诊疗与护理

CHANGJIAN JINGSHEN JIBING DE
ZHENLIAO YU HULI

我国是世界上患有精神疾病人口最多的国家，总人数超过1亿，国民罹患精神疾病的根源极其复杂，因患严重精神疾病而自残、自杀、伤害他人、危害社会的行为层出不穷，甚至近年来有逐渐增加的趋势。这种国民精神状况对我国精神疾病的医护水平提出了强烈的挑战和更高的要求，为此，我们编写了此书，旨在为广大精神疾病患者、相关医护人员及患者家属提供参考。

主 编：

梁龙腾 张宗顺 巩存奇 等



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



医护睿读

常见精神疾病的 诊疗与护理

CHANGJIAN JINGSHEN JIBING DE ZHENLIAO YU HULI

我国是世界上患有精神疾病人口最多的国家，总人数超过1亿，国民罹患精神疾病的根源极其复杂，因患严重精神疾病而自残、自杀、伤害他人、危害社会的行为层出不穷，甚至近年来有逐渐增加的趋势。这种国民精神状况对我国精神疾病的医护水平提出了强烈的挑战和更高的要求，为此，我们编写了此书，旨在为广大精神疾病患者、相关医护人员及患者家属提供参考。

主 编：

梁龙腾 张宗顺 巩存奇 等



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

全书分 16 章,主要介绍常见精神障碍的诊断、治疗及护理要点。包括的精神障碍有:器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍、精神分裂症、物质依赖、神经症及分离转换障碍、心境障碍、心理因素相关的生理障碍、应激相关障碍、儿童少年期精神障碍,以及有精神科急症、精神科常见并发症、心理治疗及康复治疗等内容。

本书适合精神卫生从业专业人员阅读,也可供对精神病学有兴趣的人士参考。

图书在版编目(CIP)数据

常见精神疾病的诊疗与护理/梁龙腾等主编. —上海:上海交通大学出版社,2015

ISBN 978-7-313-14028-9

I. ①常… II. ①梁… III. ①精神病—诊疗②精神病—护理

IV. ①R749②R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 259196 号

常见精神疾病的诊疗与护理

主 编: 梁龙腾等

出版发行: 上海交通大学出版社

邮政编码: 200030

出 版 人: 韩建民

印 制: 常熟市梅李印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 459 千字

版 次: 2015 年 11 月第 1 版

书 号: ISBN 978-7-313-14028-9/R

定 价: 58.00 元

地 址: 上海市番禺路 951 号

电 话: 021-64071208

经 销: 全国新华书店

印 张: 19.25

印 次: 2015 年 11 月第 1 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者: 如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话: 0512-52661481

前言

随着我国社会主义市场经济的迅猛发展,信息技术、生物技术和其他高新技术在各领域的广泛应用,临床诊疗护理的新理论、新技术、新方法不断涌现,医学学科之间,以及医学学科与人文社会学科之间也广泛相互渗透、影响,形成了一大批引人注目的医学新学科。同时,随着人口的老龄化、疾病谱的变化,以及全民卫生保健意识的不断增强,人们对精神心理卫生方面的认识和需求不断增加,对广大医务工作者的临床诊疗护理技术和执业能力也提出了更高的要求。学习新理论,掌握新技术,不断提高业务水平是广大医务人员所面临的共同任务。

我国是世界上患有精神疾病人口最多的国家,国民罹患精神疾病的根源是极其复杂的,其复杂因素超过世界上其他任何一个国家应有的程度;因患严重精神疾病而自残、自杀、伤害他人、危害社会的行为层出不穷,近年来甚至有逐渐增加的趋势。这种国民精神状况对我国的医务工作者保护人民健康的职责提出了强烈的挑战和更高的要求,但我国的大多数医务工作者都还不具备应对这种挑战和履行相应职责的能力,胜任不了这种职责,满足不了国民的健康需要,这就要求医务工作者迅速增强这方面的能力,学习提高这方面的知识;再加上我国职业医师行医自由化的逐步扩大,解放了医生的生产力,促进了医生的发展,提高了医生的收益,这就要求医生必须不断提高综合素质,增强荣誉感,满足患者需要。特别是在对待有精神疾病的患者,在这个问题上更应迅速增强这方面的解决能力;本书正是这样一部既适合精神卫生专业人员阅读,也适合其他各科医务人员及对精神病学有兴趣的人士参阅。该书内容丰富,涉及面广,实践性和针对性强,是临床各科医生、博士生、硕士生、实习生和进修生的理想工具书,也是继续医学教育和继续毕业后教育的理想教科书。

由于水平有限,书中存在的缺点和不足,恳请广大读者批评指正。

目录

第一章 精神障碍的病因与分类	001
第一节 精神障碍的概念与病因	001
第二节 精神障碍的分类与诊断原则	003
第二章 精神障碍检查与病史	005
第一节 精神科病史采集	005
第二节 精神状况检查	007
第三节 精神科住院病历的书写	009
第三章 精神障碍症状学	017
第一节 概述	017
第二节 常见精神症状	018
第三节 常见精神障碍综合征	032
第四章 脑器质性疾病所致精神障碍的诊疗及护理	034
第一节 概述	034
第二节 谵妄	034
第三节 痴呆	036
第四节 阿尔茨海默病	038
第五节 脑血管性痴呆	044
第六节 遗忘障碍	048
第七节 癫痫所致精神障碍	049
第八节 谵妄患者的护理	051
第九节 痴呆患者的护理	054
第五章 躯体疾病所致精神障碍与护理	058
第一节 概述	058
第二节 躯体疾病所致精神障碍	059
第三节 躯体疾病所致精神障碍患者的护理	067

第六章 精神分裂症及其他精神病性障碍	071
第一节 精神分裂症	071
第二节 偏执性精神障碍	079
第三节 急性短暂性精神病	081
第四节 分裂情感性精神障碍	081
第五节 精神分裂症患者的护理	082
第七章 精神活性物质所致精神障碍	091
第一节 物质依赖	091
第二节 酒依赖	093
第三节 精神活性物质所致精神障碍患者的护理	100
第八章 神经症性障碍及分离(转换)性障碍	107
第一节 神经症概述	107
第二节 惊恐障碍	108
第三节 广泛性焦虑障碍	110
第四节 恐怖障碍	112
第五节 强迫障碍	116
第六节 躯体形式障碍	120
第七节 神经衰弱	124
第八节 人格解体障碍	127
第九节 分离(转换)障碍	128
第十节 神经症以及相关障碍患者的护理	133
第九章 心境障碍	139
第一节 概述	139
第二节 情感障碍的临床表现及治疗	141
第三节 心境障碍患者的护理	150
第十章 心理因素相关的生理障碍	154
第一节 进食障碍	154
第二节 睡眠障碍	158
第三节 心理因素相关的生理障碍患者的护理	162
第十一章 应激相关障碍	169
第一节 概述	169
第二节 急性应激障碍	169
第三节 创伤后应激障碍	171
第四节 适应障碍	174

第五节 应激相关障碍患者的护理	177
第十二章 儿童少年期精神障碍	182
第一节 精神发育迟滞	182
第二节 注意缺陷多动障碍	186
第三节 抽动障碍	189
第四节 儿童孤独症	191
第五节 Asperger 综合征	195
第六节 特发于童年的情绪和社会功能障碍	197
第七节 精神病患儿的护理	200
第十三章 精神科急诊常见疾病的诊疗与操作	211
第一节 精神科常见急诊处理的一般原则	211
第二节 兴奋状态及暴力行为	211
第三节 意识障碍	212
第四节 表现为意识障碍的常见疾病	214
第五节 自杀的处理	216
第六节 木僵状态的处理	216
第七节 急性中毒	217
第八节 临床常见的药物及物质中毒	218
第九节 急性酒精中毒	222
第十节 急性吗啡中毒	223
第十一节 急性苯丙胺中毒	223
第十四章 心理治疗概论	225
第一节 心理治疗一般规范	225
第二节 医患关系技术	227
第三节 常用的个体心理治疗方法	228
第四节 心理咨询	239
第十五章 精神科常见并发症预防及诊疗	241
第一节 药源性肝病	241
第二节 循环系统并发症	242
第三节 代谢综合征	243
第四节 血液系统并发症	244
第五节 神经系统并发症	244
第六节 高催乳素血症	247

第十六章 精神疾病的康复治疗	248
第一节 住院期间精神康复治疗概述	248
第二节 住院期间精神疾病康复的组织管理程序	249
第三节 住院期间精神康复的步骤	249
第四节 精神康复的基本内容	250
第五节 精神障碍患者的康复训练计划	252
第六节 技能训练程式概述	252
第七节 技能训练程式——医患互动	260
第八节 技能训练程式——角色扮演	272
参考文献	297

第一章 精神障碍的病因与分类

第一节 精神障碍的概念与病因

精神障碍(mental disorders)是指在生物、心理和社会因素影响下,人体出现的各种精神活动紊乱,表现为具有临床诊断意义的认知、情感和行为等方面的异常,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。

精神障碍的病因至今尚未完全阐明,但是,经过半个多世纪以来的大量探索性研究,目前能够达成的共识是,精神疾病不是由单一的致病因素导致的,而是生物、心理、社会因素相互作用的结果。

一、精神障碍的生物学因素

影响精神健康和精神疾病的生物学因素大致包括遗传、感染、躯体疾病、创伤、营养不良、毒物等。这些致病因素将在以后的各个章节里详述,这里仅列举遗传、环境、感染与精神障碍的关系。

(一) 遗传与环境因素

人们早就认识到基因是影响人类和动物正常与异常行为的主要因素。通过对多种精神障碍的遗传方式、遗传度到基因扫描的家族聚集性研究,共同的结论是:精神分裂症、情感障碍、儿童孤独症、神经性厌食症、儿童多动症、惊恐障碍等具有遗传性,是基因将疾病的易感性一代传给一代。

目前,绝大多数的精神障碍都不能用单基因遗传来解释,而是多个基因的相互作用,加上环境因素的参与,产生了疾病。不过,发现与疾病发生关系最为密切的环境因素似乎较容易诱发疾病,因此,改变导致疾病的环境因素,是当前预防精神障碍的重点。

如上所述,在多基因遗传病中,遗传和环境因素的共同作用,决定了某一个体是否患病,其中,遗传因素所产生的影响程度称为遗传度。一旦证明某种疾病有家族聚集现象,下一步的工作就是找出遗传度,然后是遗传方式,最后是找到基因所在位置。

了解遗传度最有效的办法是双生子研究,如果疾病与遗传有关,那么同卵双生子的同病率应高于异卵双生子,通过比较同卵双生子和异卵双生子的同病率,即可计算出遗传度。需要强调的是,即使有较高的遗传度,环境因素(社会心理、营养、健康保健等)在疾病的发生、发展、严重程度、表现特点、病程及预后等方面仍起着非常重要的作用。例如精神分裂症同卵双生子同病率不到 50%,就是说,具有相同基因的双生子一方患精神分裂症时,另一方患精神分裂症的可能性尚不足 50%。人类基因组计划给我们展示了一个光明的前景,通过各

种高科技手段和多年的努力,我们将最终找到致病基因。其意义在于,找到了基因,就有可能知道问题的症结所在,例如,如果找到了增加精神分裂症发生危险性的基因,我们就可以了解在脑发育过程中,何时此基因被激活,哪些脑内细胞或通路出了问题,这就为我们的干预提供了有利的时机;另外,遗传学的研究将为我们研究环境因素的致病作用提供帮助。

(二) 感染

早在 20 世纪的早期,我们就已知道,感染因素能影响中枢神经系统,产生精神障碍。

例如,通过性传播的苍白密螺旋体苍白亚种(梅毒螺旋体)首先引起生殖系统症状,在多年的潜伏后,进入脑内,成为神经梅毒,导致神经系统的退行性变,表现为痴呆、精神病性症状及麻痹。获得性人类免疫缺陷病毒(HIV)也能进入脑内,产生进行性的认知行为损害,早期表现为记忆损害、注意力不集中及情绪淡漠等,随着时间的推移,出现更为广泛的损害,如缄默症、大小便失禁、截瘫等。有 15%~44% 的 HIV 感染者出现痴呆样表现。HIV 不是直接感染神经元,而是感染了免疫细胞——单核吞噬细胞,这类细胞死亡后,释放毒素,损伤了周围神经元,引起精神障碍,类似感染还包括诸如单纯疱疹性脑炎、麻疹性脑脊髓炎、慢性脑膜炎、亚急性硬化性全脑炎等。近来还发现,有些儿童在链球菌性咽炎后突然出现强迫症的表现。

二、精神障碍的心理、社会因素

应激性生活事件、情绪状态、人格特征、性别、家庭养育方式、社会阶层、社会经济状况、种族、文化宗教背景、人际关系等均构成影响疾病的心理、社会因素。心理、社会因素既可以作为发病因素,如反应性精神障碍、创伤后应激障碍、适应障碍等;也可以作为相关因素影响精神障碍的发生、发展,如神经症、心理生理障碍,甚至是精神分裂症等;还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用,如心身疾病。

(一) 应激与精神障碍

任何个体都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,这些生活事件常常是导致个体产生应激反应的应激源。其中,恋爱婚姻与家庭内部问题、学校与工作场所中的人际关系常是主要的应激源。社会生活中的一些共同问题,如战争、洪水、地震、交通事故、种族歧视等,以及个人的某种特殊遭遇,如身体的先天或后天缺陷,某些遗传病、精神病、难治性疾病、被虐待、遗弃、强暴等也可能成为应激源。

在临床上,与急性应激有关的精神障碍主要有急性应激反应和创伤后应激障碍(PTSD)。前者在强烈精神刺激后数分钟至数小时起病,持续时间相对较短(少于 1 个月),表现为精神运动性兴奋或抑制;后者主要表现为焦虑、恐惧,事后反复回忆和梦中重新体验到精神创伤的情景等。慢性应激反应可能与人格特征关系更大,临床上可见适应障碍等。另外,社会、心理刺激常常作为许多精神障碍的诱因出现,应予充分注意。

除了外来的生活事件外,内部需要得不到满足、动机行为在实施过程中受挫等,也会产生应激反应;长时间的应激则会导致神经症、心身疾病等。

(二) 人格特征与精神障碍

一个具有开朗、乐观性格的人,在人际关系中误会与矛盾较少,即使有也容易获得解决,对挫折的耐受性也较强。与此相反,一个比较拘谨、性格抑郁的人,与他人保持一定距离,心存戒备,不太关心别人,在人际关系中误会与隔阂较多;他们内向、懦弱、回避刺激,在困难面

前容易悲观,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病、酒精与药物滥用等。人格障碍与精神障碍的关系十分密切,如具有表演型性格的人容易罹患癔症;具有强迫性格的人容易罹患强迫症;分裂样人格障碍者则患精神分裂症的可能性较大。

纵观上述对精神疾病病因学探讨,生物学因素(内在因素)和心理社会因素(外在因素)在精神障碍发生、发展过程中均起着重要作用。实际上,生物学因素与环境因素不能截然分开,它们相互作用、相互影响,共同影响人类的精神活动。

第二节 精神障碍的分类与诊断原则

精神障碍分类与诊断标准的制定,是精神病学领域近 20 年所取得的重大进展之一,它一方面促进了学派间的相互沟通,改善了诊断不一致的问题,有利于临床实践,另一方面在探讨各种精神障碍的病理生理及病理心理机制、心理因素对各种躯体疾病的影响以及新药研制、临床评估和合理用药等方面,也发挥着重要作用。

一、常用的精神障碍分类系统

如今在中国精神病学界所使用的精神障碍分类系统有 3 种:即世界卫生组织(WHO)《国际疾病分类》中的第 5 章、美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》和中国精神障碍分类及诊断标准。

(一) 世界卫生组织精神障碍分类系统

1992 年出版的世界卫生组织公布的国际疾病分类(International Classification of Diseases)第 10 版(ICD-10),它涉及各科疾病,其第 5 章是关于精神与行为障碍的分类,主要类别如下:

- F00~F09 器质性(包括症状性)精神障碍(含痴呆);
- F10~F19 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍(含酒、药依赖);
- F20~F29 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍;
- F30~F39 心境(情感性)障碍;
- F40~F49 神经症性、应激性及躯体形式障碍(含焦虑、强迫和分离性障碍等);
- F50~F59 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征(含进食障碍、睡眠障碍、性功能障碍等);
- F60~F69 成人的人格与行为障碍;
- F70~F79 精神发育迟缓(智力障碍);
- F80~F89 心理发育障碍[弥漫性发育障碍(含孤独症)、言语和语言发育障碍、学习技能障碍等];
- F90~F98 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍(多动性障碍、品行障碍、抽动障碍等);
- F99 待分类的精神障碍。

(二) 美国精神障碍分类系统

美国的精神障碍分类系统称为《精神障碍诊断与统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM),1994 年出版了第 4 版(DSM-IV)。DSM-IV 系统将精神障碍分为 17 大类:①通常在儿童和少年期首次诊断的障碍;②谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障

碍;③由躯体情况引起、未在他处提及的精神障碍;④与成瘾物质使用有关的障碍;⑤精神分裂症及其他精神病性障碍;⑥心境障碍;⑦焦虑障碍;⑧躯体形式障碍;⑨做作性障碍(factitious disorder);⑩分离性障碍(dissociative disorder);⑪性及性身份障碍;⑫进食障碍;⑬睡眠障碍;⑭未在他处分类的冲动控制障碍;⑮适应障碍;⑯人格障碍;⑰可能成为临床注意焦点的其他情况。

(三) 中国精神障碍分类系统

中国精神疾病分类及诊断标准(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders)2001年出版了第3版(CCMD-3)。CCMD-3的主要类别如下:

0. 器质性精神障碍;

I. 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍;

II. 精神分裂症和其他精神病性障碍;

III. 情感性精神障碍(心境障碍);

IV. 癔症、严重应激障碍和适应障碍、神经症;

V. 心理因素相关生理障碍;

VI. 人格障碍、习惯与冲动控制障碍和性心理障碍;

VII. 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍;

VIII. 童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍;

IX. 其他精神障碍和心理卫生情况。

目前,较多的精神病专科医院已经采用 ICD-10 作为临床诊断标准,部分医院仍然使用 CCMD-3,而 DSM-IV 一般用于研究用。

二、精神障碍的诊断原则

精神障碍的诊断主要依靠病史和精神检查所获得的资料,首先确定患者的症状,将相关的症状聚类,得出症候群或综合征,也就是症状学诊断。

第二步,结合发病的有关因素及病程特点,遵循诊断分类系统规定的标准,进行疾病诊断,再与具有类似临床表现的疾病相鉴别。

以 ICD-10 为例,每一类精神障碍都有相应的临床描述、诊断要点、鉴别诊断和排除标准。

DSM-IV 采用的是多轴诊断系统,是指采用不同层面或维度来进行疾病诊断的一种诊断方式。目前使用的共有 5 个轴,分别为:

轴 I:临床障碍;

轴 II:个性障碍;

轴 III:躯体情况;

轴 IV:社会心理和环境问题;

轴 V:全面功能评估。

轴 I 用于记录除人格障碍和精神发育迟滞以外的各种障碍,也包括可能成为临床注意焦点的其他情况。轴 II 主要记录是否具有人格障碍和精神发育迟滞。轴 III 记录目前的躯体情况,它与认识和处理患者的精神障碍可能有关。轴 IV 用于报告心理社会和环境问题,它可能影响精神障碍(轴 I 和轴 II)的诊断、处理和预后。轴 V 用于医生对患者的整个功能水平的判断。轴 IV 和轴 V 为特殊的临床科研所设置,便于制定治疗计划和预测转归。

第二章 精神障碍检查与病史

第一节 精神科病史采集

一、精神科病史采集的基本方法和注意事项

精神科病史采集的主要目的是：①了解患者的主要异常表现，本次病情与既往病情的异同之处，治疗经过；②患者的生活经历、人格特征、家庭和社会关系；③病史资料的可靠性；④处理家属的疑问和顾虑，建立良好的医患关系。

首先应告知知情人，尽可能客观、详细地描述患者的异常表现与发病经过，如果怀疑其中有隐瞒或夸大，应在强调客观陈述的基础上通过进一步询问其他知情人来佐证病史的可靠性。导致第一知情人不能够客观、准确地提供病史的原因一般包括下述情况：①知情人将疾病归咎于他人或环境，过分强调发病过程中的精神刺激等；②知情人不愿承认患者的病态，对病态表现给予“合理”的自我解释，造成隐瞒相关的过程与细节；③知情人不会恰当地表达，如只是笼统地用“胡言乱语”、“胡说八道”、“瞎胡闹”、“打人”、“折腾”等词句，但缺乏对具体细节、前因后果的掌握和描述。

要防止病史采集中的片面性，通常应注意：①听取病史前应阅读有关医疗档案（如门诊病历、转诊记录，过去住院病历）和其他书面资料。②在听取知情人提供病史时，患者不宜在场，如果知情人之间分歧较大，应分别询问。③采集老年患者病史应注意询问脑器质性病变的可能性，例如意识障碍、智能损害和人格改变。④采集儿童病史，应注意家长的心理状况，必要时请幼儿园或学校老师补充或进行家庭访问。需要指出，对儿童患者进行精神检查时，也应注意儿童特点，要掌握接触患儿技巧。⑤应保持病史采集顺序的一定灵活性。对于病种各异、病情严重不一的患者而言，可以首先从现病史或个人史、家族史进行采集，而不是只按程序刻板地进行。

二、病史采集的基本内容

（一）一般资料

患者姓名、性别、年龄、婚姻状况、文化程度、职业、民族、出生地、宗教信仰、现住址与通信地址、入院日期、供史人情况（姓名、与患者关系、联系电话等）、病史的可靠性评价。

（二）（代）主诉

这是对现病史的发病异常表现、发病方式、病程特点、持续时间等的高度概括，充分表达出本次就诊的理由。通常不超过 25 个字。

(三) 现病史

是导致本次就诊的全部内涵所在。主要包括起病时间、发病形式、并依发生时间先后次序详细描述各项主要症状(每项症状的具体表现、持续时间、发展演变及诊疗经过等)、各症状之间的互相联系等情况。对于各种症状与演变情况,应让供史者尽量举例说明,并反复求证后记录在案。一般情况下,现病史可按以下顺序描写:

(1) 起病时间与发病形式。精神疾病的发生或急或缓,急者可能以天或小时计算、甚至表现为突然发作的形式,而有些起病隐袭者则往往难以确定具体的发病日期,但应确定其大致的时间段与当时年龄等。在初步获得起病日期后,应反复问一下:“在此之前是否一切正常?”以进一步确认。同时应注意了解起病当时有无精神诱因、环境变化等生活事件发生,以及本次发病与这些因素有无联系等。

(2) 早期症状。许多精神疾病,如精神分裂症、抑郁发作等存在早期症状,这些症状往往因其表现潜隐而被忽略,因而需要反复询问。通常应注意了解患者明显发病前有无生活习性、学习及工作热情、态度与状况、人际交往、个人日常卫生习惯、兴趣、睡眠、个性、行为等方面的变化。

(3) 症状的发生、发展与演变。按发生时间次序从首发症状开始描述各种症状的具体表现、背景条件、变化特点、持续时间、相互联系和造成后果等方面内容。

(4) 既往诊治经过。历次就诊的时间、地点,医生诊断(有变化者应了解诊断改变的理由)与处理,特别是用药的品种、剂量、治疗反应与症状的发作-缓解形式等。

(5) 发病后的一般情况。发病后患者的日常生活、工作学习、饮食起居与社会交往等方面的整体情况,有无伤人毁物、自残自杀等现象发生。

(四) 过去(既往)史

通常包括一般健康状况,此前发生的与本次就诊无直接关系的疾病史(如有直接关系,应归纳于现病史中)。尤其注意儿童期有无高热、惊厥、抽搐和头部外伤等病史,有无药物、食物过敏史,预防接种史,输血史,药瘾酒瘾史等内容。

(五) 个人史

精神科病史中的个人史采集十分重要,应较为全面地反映患者的成长和生活经历及人格特点。通常包括以下几方面内容:

(1) 生长发育情况。母孕期与分娩情况,早期发育情况(应包括开始认人、开始说话、开始走路等的时间),成长环境(如是否长期与父母分离,与父母的关系,家庭氛围等),幼儿园经历等。

(2) 受教育情况。学龄前教育指家庭教育的方式,文化背景,家长的价值观;学校教育情况包括患者在学校的成绩,所爱好的学科,与老师同学相处以及在校期间有无违纪逃学等方面内容以及最终学历等。

(3) 职业和工作经历。目前从事何种职业,能否胜任工作,工作中的人际关系,是否经常变换工作,是否经常存在违反劳动纪律或违法情况。

(4) 婚恋经历和家庭状况。至今有无恋爱史,恋爱的基本态度,恋爱中有无挫折以及遭受挫折的原因和处理态度;结婚年龄,目前婚姻状况,夫妻感情和性生活,有无婚外恋和性功能与性心理障碍等情况;家庭大致收入和社会地位等。

(5) 月经、生育史。初潮和绝经时间,月经周期规律和月经期的生理、心理反应,怀孕及

生产情况等。

(6) 个性特点。主要了解患者个性倾向性,如个人兴趣爱好、理想信念,烟酒嗜好。也应了解其情感反应模式、行为模式和认知模式。

(六) 家族史

了解患者主要家庭成员的构成、关系等情况,详细了解父母两系三代有无精神病患病史、精神发育迟滞者、人格异常者、滥用酒和药物者、自杀者以及违法犯罪者等。家族成员有无近亲婚配及其他遗传性疾病。

第二节 精神状况检查

精神状况(mental status)检查,是指检查者通过与患者的交谈和直接观察来全面了解患者精神活动各个方面情况的检查方法。交谈注重的是患者自身的所见所闻所感,观察注重的是医生的所见所闻所感,两种检查方法通常交织在一起、密不可分、同等重要,但对处于不同疾病状态的患者当有所侧重。

一、合作患者的精神状况检查提纲

(一) 一般情况

- (1) 意识状态。意识清晰度如何,有否意识障碍及其意识障碍的性质与程度等。
- (2) 定向力。时间、地点、人物定向。
- (3) 仪态。患者的年龄和外貌是否相符,衣着情况,入院形式。
- (4) 接触情况。接触主动性,合作程度,对周围环境态度。
- (5) 注意力。注意力是否集中,主动注意、被动注意的情况;有无注意增强,注意涣散,注意转移等。

(二) 认知活动

(1) 感知障碍。①错觉;②幻觉;③感知觉综合障碍。须关注错觉,幻觉,感知觉综合障碍的种类、性质、强度、出现时间、持续时间、频度、对社会功能的影响及与其他精神症状的关系等。例如对所出现的听幻觉要分辨系真性或假性,言语性或非言语性幻听,幻听的具体内容,清晰程度,出现时间,持续时间,出现频率,出现时的情感状态、意识状态,对社会功能的影响,有无妄想性加工,与其他症状如妄想的关系,对社会功能的影响以及患者对幻听的自知力等。

(2) 思维障碍。①思维形式障碍:需观察语量、语速,言语流畅性、连贯性,应答是否切题,有无思维松弛散漫、思维破裂,思维不连贯,思维中断,思维插入,思维贫乏,病理性赘述,思维奔逸、思维迟缓等。②思维内容障碍:妄想的种类、性质、出现时间、持续时间、频度、对社会功能的影响和与其他精神症状的关系等。对妄想要分析系原发性或继发性妄想,妄想具体内容,妄想牢固程度、系统性、荒谬性与泛化倾向,妄想出现时患者的情感状态、意识状态,对社会功能的影响,与其他症状的关系,对社会功能的影响和对妄想的自知力等。同时,还应了解是否也存在超价观念与强迫观念。③思维逻辑障碍:注意逻辑障碍种类、性质、强度、出现时间、持续时间、频度、对社会功能的影响、与其他精神症状的关系等。精神检查中主要注意有无逻辑倒错性思维,病理象征性思维,语词新作,诡辩症及其他病理性思维逻辑

障碍等。

(3) 记忆力。应检查即刻记忆、近事记忆与远事记忆,遗忘等。如有记忆减退,应进一步详查属于哪一类记忆损害及其程度、发展状态,是否存在器质性病变等。

(4) 智能。应根据患者文化程度粗查一般常识、专业知识、计算力、理解力、分析综合能力以及抽象概括能力等。若怀疑有智能损害,应作进一步的智力测验。

(5) 自知力。须判断自知力的完整性以及对诊断和治疗的态度。一般应检查以下内容:①患者是否意识到自己目前的这些变化;②是否承认这些表现是异常的、病态的;③是否愿意接受医生、家人等对他(她)目前的处理方式;④是否接受并积极配合治疗。

(三) 情感活动

情感活动检查是精神检查的难点,主要依靠观察患者的外在表现(如表情、言谈的语气语调和内容、行为举止的姿势变化等)结合患者整个精神活动其他方面的信息来了解其内心体验。应注意患者情感障碍的种类、性质、强度、出现时间、持续时间、对社会功能的影响、与其他精神症状的关系等。还需要注意患者的情感稳定性、对周围人或事物的态度变化和感染力等。

(四) 意志行为

主要了解患者有无本能活动(食欲、性欲和自我防卫能力)的亢进或减退,意志活动减退或病理性意志增强;是否存在精神运动性兴奋、抑制、冲动、怪异的动作或行为。应注意其行为障碍的种类、性质、强度、出现时间、持续时间、出现频度、对社会功能的影响及与其他精神症状的关系等。还要注意意志活动的指向性、自觉性、坚定性、果断性等方面的障碍。

二、对处于兴奋、木僵和敌对等状态的不合作患者的精神检查

对兴奋躁动及木僵等不合作患者的检查常有困难,应及时观察病情变化和耐心细致地观察患者的表情、情感反应和言行。特别注意在不同时间和不同环境的变化。检查时具体应注意:

(1) 意识状态。一般可从患者的自发言语、面部表情、生活自理情况及行为等方面进行判断。特别对兴奋躁动的患者,要注意其精神运动性兴奋状态,通过多方面细致观察、分析有无意识障碍,并可通过患者的自发言语、生活起居以及对医护人员接触时的反应,分析判断定向力障碍。

(2) 姿势。检查患者姿势是否自然,有无怪异姿势,姿势是否较久不变或多动不停。肢体被动活动时的肌张力和反应。

(3) 言语。注意兴奋患者言语的连贯性及其内容、吐词清晰程度、音调高低、能否用手或表情示意。缄默不语患者有无用文字表达能力,有无失语症。

(4) 面部表情与情感反应。观察患者面部表情变化与环境的协调性,如接触工作人员及家属的情感反应差异,对问话的情感反应。患者独处时,有无精神恍惚等表现。

(5) 动作与行为。患者的活动量,有无蜡样屈曲、刻板动作、持续动作、模仿动作等异常动作;执行要求是否存在违拗,被动服从等情况;有无自伤自杀,冲动攻击行为。

(6) 日常生活。饮食、睡眠、大小便自理情况。女患者料理经期卫生情况。拒食患者对鼻饲、输液的反应。

三、对器质性精神障碍患者的进一步评估和检查

(1) 意识障碍。应仔细检查有无意识清晰度降低,注意不集中,定向障碍,表情茫然恍惚,整体精神活动迟钝等。同时注意意识障碍的深度、对患者的影响程度等。

(2) 注意障碍。除在交谈中观察其注意状况外,可给予一定刺激(听觉、视觉、触觉刺激等)观察其反应。

(3) 思维障碍。脑器质性精神障碍患者,其正常思维特征被破坏,常表现为:①思维缺乏自觉性主动性,如患者虽有问必答,但不问时,缺乏主动性言语,显示思维停顿。②思维缺乏预见性,如患者表现被动,缺乏对交谈进程的预见性。③抽象思维障碍,如患者对事物的分析、综合、归纳和辨析能力受损,不能恰当运用概念,表现为对抽象名词如和平、正义等不能解释;不能区分意义相近的名词如男孩—女孩,梯子—楼梯等;不能解释成语;不能完成图片或物体分类试验等。④出现持续言语、刻板言语、失语症、失认症、失用症等。⑤严重意识障碍者可见思维不连贯、词的杂拌等现象。

(4) 记忆障碍。记忆的有效运用障碍常是记忆障碍的前奏,即刻记忆是必查项目,如记电话号码,即刻重复和短时回忆物体名称等均应检查。尚可作专项记忆量表测定。

(5) 智能障碍。除一般智能检查外,应作相关智能测验。

(6) 情感障碍。患者常因情感控制能力受损而表现为情感脆弱、不稳、激动和易激惹,甚至情感爆发,也常见情感平淡或欣快。

第三节 精神科住院病历的书写

一、住院病历主要内容

(一) 一般资料

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| (1) 姓名。 | (2) 性别。 |
| (3) 年龄(出生日期)。 | (4) 籍贯、出生地。 |
| (5) 婚姻。 | (6) 民族。 |
| (7) 职业(职务、工种)。 | (8) 单位名称、地址、邮政编码、电话。 |
| (9) 受教育年限。 | (10) 宗教信仰。 |
| (11) 现住址、邮政编码、电话。 | (12) 联系人及其与患者的关系、住址。 |
| (13) 入院日期。 | (14) 入院次数。 |
| (15) 供史人(姓名、关系及联系方式)。 | (16) 病史采集时间。 |
| (17) 病史可靠性、完整性及详尽程度。 | |

(二) 主诉

指起病,主要症状与病程。主要症状(入院原因),病程(本次发病时间及总病程)。一般不超过 25 个字。

(三) 现病史

从以下几方面按次序描写

- (1) 起病情况。起病诱因(包括社会心理因素和躯体因素);初发症状及主要症状;起病