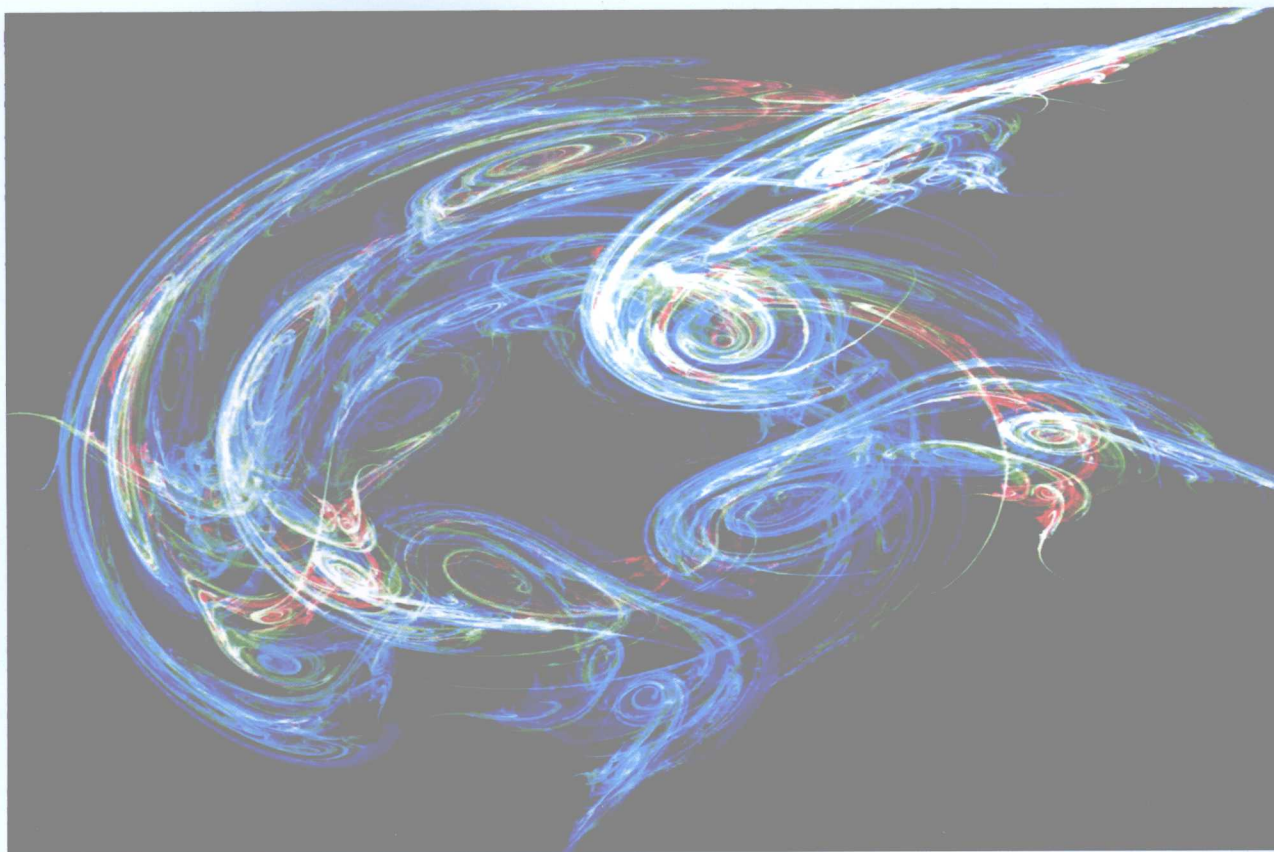


主编 杨世昌 冯砚国

精神疾病案例 诊疗思路

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
MENTAL DISORDER CASES



精神疾病案例诊疗思路

主 编 杨世昌 冯砚国


副主编 张迎黎 张惠实

主 审 张亚林

编 者 (以姓氏拼音为序)

- 杜爱玲 (新乡医学院第二附属医院)
冯砚国 (新乡医学院第二附属医院)
何益群 (新乡医学院第二附属医院)
胡 军 (河南第二荣康医院)
王新友 (新乡医学院第二附属医院)
杨世昌 (新乡医学院第二附属医院)
张惠实 (华中科技大学同济医学院附属精神病医院)
张迎黎 (新乡医学院第二附属医院)

学术秘书 (兼) 王新友

 人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神疾病案例诊疗思路/杨世昌等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 8
ISBN 978-7-117-10293-3

I. 精… II. 杨… III. 精神病—诊疗 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 081223 号

冯砚国 吕世昌 编 主

樊惠崇 樊晓波 编 主 审

林亚杰 审 主

(中文音译及校阅) 音 审

(美国加州大学洛杉矶分校) 余爱林

(美国加州大学洛杉矶分校) 陶强

(美国加州大学洛杉矶分校) 籍益可

(美国加州大学伯克利分校) 李 陆

(美国加州大学洛杉矶分校) 文祿王

(美国加州大学洛杉矶分校) 吕世昌

(美国加州大学伯克利分校) 樊惠崇 (加州大学伯克利分校) 樊晓波

(美国加州大学洛杉矶分校) 樊晓波

文祿王 (兼) 许嘉木 译

精神疾病案例诊疗思路

主 编: 杨世昌 冯砚国

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 19.25

字 数: 467 千字

版 次: 2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10293-3/R·10294

定 价: 37.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

本书名为《精神疾病案例诊疗思路》，就我的从医体会来说，七分诊断，三分治疗。诊断是前提，诊断也更重要。所以，主要谈谈诊断的思路吧。

在很长一段时期内，精神疾病的诊断主要是根据患者的临床表现和医生自身的临床经验而作出的，可变性和随意性都很大，因而诊断的不一致性在精神科医生之间是一个司空见惯的现象。为了解决这个问题，20世纪70年代，美国华盛顿大学的精神科医师 Feighner 制定了第一个操作性较强的精神分裂症的诊断标准，此后美国的 DSM、WHO 的 ICD 和我国的 CCMD 系统均制定了较全面的精神疾病的诊断标准。诊断标准为消除医生之间、学派之间的诊断分歧功莫大焉。

诊断标准的出现固然是精神病学的重大进步，但是很多诊断标准缺乏“客观”证据的支持，往往是由专家们综合不同学派观点而达成的共识。标准本身就是折中的产物，因而存在着某些不确定性和可讨论性。由于诊断标准条目的制定突出了统一性、可辨认性和可操作性。对那些有争议的、辨认模糊的临床现象或操作困难的诊断条目都只能舍弃。因此，“诊断标准”实际上是建立在部分信息基础上的，不是全息诊断。顾此难免失彼，信度的提高是以牺牲效度为代价的。

精神疾病的诊断只能如此，那么其他临床学科的诊断情况如何呢？

各种统计表明，临床误诊的总体比率大约在 20%~30%。临床各科差不多；国内国外差不多；而且几十年来也差不多，并没有因为诊断技术（如生化检验、CT、磁共振以及精神科的诊断标准）的进步而有所减少。

问题出在哪里？

问题是不是就出在本书所谈的诊断思路？

中医的诊断是颇有思路的。中医的诊断思路主要运用了两种方法：即直接的类比和间接的推演。

做了三十多年的医生，我个人很在意临床诊断思维方式的学习，也很在意学生们临床诊断思维的训练。我觉得有两种诊断思路值得推荐：

第一种思路是建立一个诊断假说。

俄国临床医学家包特金说过：“病人的诊断或多或少地都是假说，必须不断地加以验证。可能会出现新的事实，或者导致改变诊断，或者使原有诊断的可能性加大”。

所以我们作出的初步诊断实际上都只是假说。一个好的诊断假说，应该具备下列逻辑条件：①不能违背已确定的医学知识；②应该能够解释已有的临床发现（至少是解释主要临床表现）；③不能与现有的资料相矛盾。

假说与真理总是会有一些距离，假设的诊断也未必一定正确。所以，一个初步诊断是否反映了患者的真实病情，一定需要进行不断地验证。建立诊断假说，并不是诊断的终结，而是临床思维的新起点。应当不断搜集新的资料，对初步诊断进行验证、修正，甚至颠覆。

第二种思路是采用数学诊断法。

现代临床诊断思维，在很大程度上都是对可能性大小的判断。临床上的资料，往往都带有统计学的特征。真正意义上的“特异性”症状、体征和检查结果是很罕见的。最可靠的说法是：各种不同的资料，以不同的频率见于不同的疾病；或者各种不同组合的资料，以不同的频率见于不同的疾病。这样，我们就可以根据概率的大小，对疾病作出诊断；或者根据概率的大小，将几种疾病按序排列。

现在对于各种诊断标准和诊断技术的评价，多数都是根据概率比较优劣的。而且已经有了许多数学诊断模型。随着电脑和软件技术的发展，数学诊断法可能会得到更大的应用。

无论是建立初步诊断假说、采用数学诊断法，还是两者结合运用，都在遵守着循证医学的原则。

最后我还要说，在强调了诊断的逻辑性之后，千万别忽略了诊断的非逻辑性。临床诊断思维，有时是直觉的、甚至是艺术的。精神科医生应该比其他科医生更懂得“以人为本”，更注意个体在生物学、心理学和社会环境交互作用中的独特性。

中南大学湘雅第二医院精神卫生研究所教授、博士生导师 张亚林

2008年1月15日



前 言

本书分两个部分。第一部分：介绍精神疾病的诊断学基础——晤谈技术、病史采集、精神状况检查以及精神疾病的诊断思维。第二部分：根据多年临床实践编写相关病例，每个病例依据临床就诊过程逐步提供病情或临床相关信息，予以分析诊疗思路。同时编写相关的理论知识。

在本书的编写过程中，所采用的病例均出自几位多年从事临床、教学一线医生的亲身经历的病例，在完稿之前，衷心地感谢那些曾经就诊或仍继续治疗的患者，正是他们的亲身经历成为此书的素材，鉴于尊重患者、保护隐私的原则，又不能公开地向他们提名致谢，只能心存感激。

另外，在本书编写的过程中得到了新乡医学院各级领导及编写人员所在单位领导的关心和支持；衷心感谢新乡医学院第二临床学院李恒芬教授和李玉凤教授，她们始终关心、支持本书的编写工作，在编写的思路和内容等方面均提出宝贵的意见和建议。还要感谢各位编者的通力合作。

衷心感谢中南大学湘雅第二医院精神卫生研究所张亚林教授在百忙中对本书认真细致的审稿，通读全书，提出宝贵的意见和建议，并为本书作序。

衷心地希望读者在使用的过程中，能对书中的不足之处提出意见和建议，以便完善。

杨世昌 冯砚国

2008年5月

目 录

第一章 精神疾病的诊断学基础	1
第一节 晤谈的程序	1
第二节 沟通技巧	2
第三节 病史采集及内容	3
第四节 精神状况检查	9
第五节 不合作患者的精神检查	13
第六节 常见精神症状综合征	14
第二章 精神疾病的诊断思维	16
第一节 临床诊断步骤	16
第二节 精神疾病的“梯级诊断”	17
第三章 精神科误诊	19
第一节 医生因素	19
第二节 病史因素	21
第三节 精神疾病因素	21
第四节 对待误诊的态度	22
第四章 脑器质性疾病所致精神障碍	23
第一节 阿尔茨海默病	23
第二节 脑血管病所致精神障碍	39
第三节 癫痫所致精神障碍	44
第四节 脑外伤所致精神障碍	60
第五节 颅内肿瘤所致精神障碍	70
第五章 躯体疾病所致精神障碍	83
第一节 甲亢所致精神障碍	83
第二节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	94

第三节 肺性脑病	102
第四节 肝性脑病	108
第六章 中毒所致精神障碍	116
第一节 一氧化碳中毒	116
第二节 农药中毒	121
第三节 工业中毒	127
第四节 左旋多巴	135
第七章 精神活性物质所致精神障碍	142
第一节 海洛因依赖	142
第二节 酒精中毒	151
第八章 精神分裂症及其他妄想精神障碍	161
第一节 精神分裂症	161
第二节 分裂情感性精神病	183
第三节 偏执性精神障碍	188
第九章 心境障碍	196
第十章 应激相关障碍	216
第一节 临床病例及诊疗思路	216
第二节 病例相关理论知识	221
第十一章 神经症及癔症	228
第一节 焦虑性神经症	228
第二节 强迫性神经症	235
第三节 社交恐惧症	243
第四节 疑病性神经症	250
第五节 癔症	255
第六节 癔症性精神障碍	258
第十二章 心理生理障碍	271
第一节 神经性贪食症	271
第二节 神经性厌食症	275
第三节 失眠症	282
第十三章 儿童期心理发育障碍	289
注意缺陷与多动障碍	289
参考文献	299

第一章

精神疾病的诊断学基础

诊断 (diagnosis) 一词源于希腊文, 有“判断”、“识别”和“甄别”的意思。诊断学是研究、认识疾病和健康, 论述诊断疾病的基本理论和基本检查方法的一门科学。其基本理论是研究疾病症状和体征的发生、发展规律和机制, 建立诊断的思维程序, 从而识别疾病的各种表现, 判断疾病的本质。要正确识别疾病, 临床医师必须具有系统、丰富的医学基础理论、基本知识和基本技能。

精神病学 (psychiatry) 是临床医学的一个重要分支, 是研究精神疾病病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律以及治疗和预防的一门学科。由于精神疾病本身的特点和复杂性, 目前精神疾病的诊断主要依赖于临床病史和精神症状的表现, 因而来自这两方面的临床信息对精神疾病的诊断有重要的意义。依据采集的病史和精神状况检查进行综合的分析, 是精神疾病诊断的重要环节。鉴于此, 对就诊者进行详细的病史收集和神经状况检查是精神疾病诊断过程中必须熟练掌握的基本功。晤谈技术和沟通技巧是病史收集和神经状况检查的基本技能, 是年轻医生从事精神医学必须掌握的技能, 是从事精神卫生多年工作者在该领域内遨游的法宝。

第一节 晤谈的程序

一般将精神科的晤谈分为三个阶段。

1. 一般性谈话 医生可以首先作简单的自我介绍, 与病人寒暄几句。一般可以从容易回答的问题进行交谈, 如姓名、年龄、职业等。接着, 询问患者本次求医希望解决的主要问题或主要存在的问题, 或者说本次患者就诊的主要痛苦。通过一般性交谈, 医生对病人现状获得大概的印象。如: 有无意识障碍、接触交谈配合程度、言语表达能力、智力水平、饮食睡眠等情况。为下一步检查提供参考。

2. 开放性交谈 对于神志清醒、合作的患者可以提问一些开放性问题。开放性问题指不能以“是”或“否”、“对”或“错”等简单作答的问题, 如“近来您感觉有什么不舒服吗?”、“您觉得有什么痛苦和烦恼的事情吗?”、“能否谈谈您近一段的情况?”等。通过

此类提问方式启发就诊者谈出自己内心体验。在谈话期间，通过与病人的交谈可以了解其主要的病态体验及发展过程，与此同时，通过观察病人的面部表情、情绪变化以及伴随的肢体语言，如眼神（怒目而视、祈求相助）、动作（摇头、抓耳挠腮、手抖、打哈欠、咬嘴唇、跺脚、附耳诉说）、身体姿势如：双臂交叉在胸前、身体前倾、左右摇摆、驼背坐着、坐的笔直等，来了解患者的情绪及行为。

3. 询问性交谈或封闭性交谈 根据诊断的需要或检查过程中发现的问题，或病史中尚存在的疑问，需要进一步澄清或验证的问题，由医生进行针对性的提问。如依据开放性交谈的线索判断：“您是否觉得周围不安全？”、“您是否感觉同学们的一言一行都是针对你的？”，让病人予以回答，通过交谈可以对开放性交谈检查发现的可疑症状进行补充和验证，以防遗漏病史和精神现状中存在的重要问题，使病史趋于完整。

第二节 沟通技巧

沟通技巧通常包括倾听、接受、肯定、澄清、重构和代述等。

1. 倾听 是一项重要的和基本的沟通技巧。在晤谈过程中，医生尽可能花一定的时间耐心、专心地倾听病人的诉说。在交流过程中，若病人的回答离题太远，医生可以通过提醒，委婉地帮助病人回到主题。医生应给病人充分的时间描述自己的身体症状和内心的痛苦，唐突地打断可能会在刹那间丧失病人的信任，影响患者对医生的信任程度，阻碍交流的顺畅进行。可以说，倾听是发展医患间良好关系最重要的一步，此过程要听懂患者言语所表达的意思。一般情况下，就诊者及知情人所述的内容是比较真实、准确的，但有些难以启齿、伤害自尊或心存疑虑的想法可能会隐而不提，因此，倾听的过程不仅要听患者及知情人表述的言语，还要听出言语的“弦外之音”，特别是就诊者有意省略或吞吞吐吐、欲言又止的内容。用心倾听是了解病人、了解病情的重要途径。

2. 接受 指无条件地接受病人。目前为止，不同文化背景、不同国度去精神科就诊的患者和家属或多或少的存在病耻感，许多患者前来就诊时是怀着忐忑不安、遮遮掩掩的心情，很多人是经过激烈的思想斗争，最终下很大决心、鼓足勇气来到精神科。基于上述缘由，作为精神科医生需要注意，病人无论是怎样的人，医生必须如实地、无条件地加以接受，不能有拒绝、厌恶、嫌弃之举，更不能表现出不耐烦情绪，流露出鄙视的目光。

3. 肯定 指肯定病人感受的真实性。肯定病人感受并不是要求我们赞同病人的病态信念或幻觉体验，许多存在精神病症状的患者因家属的不理解感到痛苦，因此，精神科专业人员必要时可以向病人表明医生特别理解他所叙述的痛苦或感受。保持肯定的接纳态度，接受患者的情感而不强加自己的判断。这样有助于促进患者对医生的信赖，患者可产生“久旱逢甘霖，他乡遇知己”的感觉，加倍的珍惜就诊机会，将所有不适和盘托出，促进医患间的沟通及沟通效果。

4. 澄清 弄清楚事情的实际情况以及整个过程中病人的情感体验和反应。常采用开放性问题，使就诊者或知情人敞开心扉，叙述事情经过及感受。尽量不采用刨根问底的问题方式，以避免患者随声附和、推卸责任或对医生的动机产生猜疑。澄清的过程不同于提审犯人，连珠炮似地步步紧逼。对晤谈中发现问题予以验证澄清，如交谈中患者说现在能听到千里之外的声音，需要进一步澄清该声音是男的还是女的？是一个人还是一群人？声

音的内容是评论性的还是命令性的?以澄清幻听的真实性及幻听的性质。澄清的过程首先可以就患者最关心、最重视的问题开展交流,逐渐自然地深入交谈,适时提问。问话时要切合就诊者的身份和文化程度,采用病人能够理解的语言词汇,尽量避免采用医学术语。在此过程中常采用前文谈到两种问话方式:开放式交谈与封闭式交谈,一般尽量采用开放式交谈来获取患者的病中体验。

5. 重构 把病人说的话用不同的措辞和句子加以复述或总结。一般采用简洁明了的句子进行概括,如当患者诉说别人都跟他作对的许多“事例”后,我们可以说:“通过刚才的交谈,您看可不可以这样说,您感觉周围的邻居言行都是针对你的?”,“通过您刚才的谈话,您觉得好多路人都在含沙射影地说你?”,“通过您刚才的谈话,您觉得好多路人用异样的眼光看你?”。但不要改变病人说话的意图和目的。重构可以突出重点话题,也向病人表明医生一直倾听和理解患者的感受。

6. 代述 某些想法和感受病人不好意思说出来,或者不愿明讲,然而却是病情的重要表现。这时,医生可以采用代述技巧。例如,对头脑中反复出现“性问题”而挥之不去的青春患者,对此羞于启齿,面红耳赤,低头不语时,医生不妨采用“别人处于您这样的情况下,他觉得很下流、很无耻,您呢?”,此时就诊者可能会回答“是的,就是,我为此感到很痛苦”。代述这一技术常用于对敏感问题的交流,如性心理障碍、夫妻性生活、手淫行为等。通过代述可以促进医患之间的理解和沟通。

7. 鼓励病人表达 有多种方法。晤谈过程中常采用非言语性交流的方式,眼神、手势、身体的姿态等,构成了非言语交流的主体。医生可以用点头、微笑、同时伴发“噢”、“嗯”等动作鼓励病人叙述病情。可以采取身体前倾、眼神凝视、频频点头等鼓励患者讲出医生所要了解的内容。医生以此来鼓励患者敞开心扉的谈话。还可以用一些未完成句,鼓励病人接着说下去,如想了解患者当时的心情,可以采用“您那一段的心情……?”。或者采用举例甚至用医生本人的亲身经历或感受引发患者的共鸣,从而达到与患者沟通的目的。

总之,与病人沟通是用心交流的过程,只有用心的沟通才能有效地收集患者的病情信息。在沟通过程中沟通技巧十分重要,沟通技巧的训练是很难仅仅通过阅读这方面的书籍、文章直接嫁接而学会的。在资深医生的指导下进行实际操作是训练沟通技巧的重要途径,需要多接触临床进行实践、亲身摸索、不断总结、不断改善,才能提高沟通技巧。

第三节 病史采集及内容

一、病史采集

一般情况下,由于精神病患者对自身所患精神疾病的识别判断能力和现实检验能力下降,所以,他们所述的病史往往不够全面,或者由于病人缺乏对疾病的认识而隐瞒事实,或者患者所叙述的内容没有真实地谈到内心事件,或者仅说出一些表面现象,或者经过“合理化”的理由而表述,或者因为病人紧张拘束,或者病人根本就不合作、缄默不语,造成了对精神疾病诊断的重要信息遗漏或缺失。因此,精神疾病的病史主要来源是病人和知情者的综合信息。

在病史采集过程中,向知情人(如配偶、父母、子女、同学、同事、战友、领导、朋友、邻里,也包括既往曾为患者诊疗过的医务人员)了解情况是必要的。知情者可以补充我们无法从患者那里得到的信息。更重要的是,还可以通过知情者了解患者的既往性格、行为模式和应对方式等。具体到家庭成员,在一般情况下,医生应首先同病人谈话,其次才是家属,而且同家属交谈前应先征得病人的同意,使病人感到自己是受尊重的(如,“李××,您好,通过刚才您说的情况,我再请您父亲说说,最后以您的为准,好吗?”)。但在急诊的状况下,也可以先根据临床症状,进行必要的抢救或对症处理,然后收集病史。对于意识清醒的病人,同家属谈话时,病人是否在场,应征求患者的意见,由病人自己决定。同家属沟通可以帮助医生更好地了解病人与家属之间的关系。值得注意的是,精神科的临床病史采集通常情况下并不能一次完成,需要通过不断的观察,进一步地补充和完善。

二、采集病史的方法

1. 口头询问 无论是神经症还是重性精神病患者,口头询问病情是采集病史的主要方法。重性精神病患者由于其自知力受损,主要向知情者询问有关情况。神经症患者一般自知力保持得相对完整,求治欲望比较强,可直接向患者本人询问。

2. 书面介绍 有些患者或家属由于语言不通或存在语言功能障碍,可以用文字交流的方式来获取病史资料。有时患者或家属担心自己讲述不清(比如许多强迫性神经症患者),来就诊时已经写好一些书面材料,临床医生可以此作为病史资料的一部分来参考。

3. 实地调查 有时病史资料欠详细或需要核实一些情况,可由从事社会工作的精神科专业人员进行实地调查,以取得客观、真实而详细的第一手印证资料,这也是某些特殊情况下(如司法鉴定时)采集精神疾病病史的重要手段之一。

4. 其他 精神疾病患者的日记、信件、文章、图画等往往能反映患者的心理活动状况。因此,临床医生可以索取、借阅有关资料来充实或补充病史。

三、病史采集的内容

1. 一般项目 亦称识别项目,就是看到这些信息就知道是记载谁的病情,包括姓名、性别、年龄、职业、文化程度、婚姻状况、籍贯、宗教信仰、工作单位或家庭的详细地址与电话号码、病史提供者姓名、与患者的关系及病史可靠程度。如果病史是由别人提供的,还要记录供史者的姓名、与患者的关系,最好写清楚、详细,如“患者之父”而不是写“父子”,“患者之兄”而不是“兄弟”,这样更为妥当。这些资料的收集有利于帮助了解患者的概况,亦有利于今后的病例分析统计、随访调查和科研总结等。为了资料的准确可靠,年龄可用出生年月,职业具体到从事的工种(如挖煤工人、法院书记员),这比笼统地记录为工人、职员为好;文化程度除小学、初中、高中、大学之外最好附加年限;婚姻状况除未婚、已婚外,还有离婚、丧偶、再婚、分居等具体情况及原因(如因夫妻个性不合而分居);其中最重要的是详细地址的填写,最好是永久性的,自然村的名字,邮政编码或电话号码,避免使用经常变动的居民委员会,居民小组与生产组织编制名称,如某队、某班组,否则时间稍长,容易失去联系,另外,可附加临时通讯处与联系人。

2. 主诉 即就诊的主要原因。精神科病历的主诉不同于综合科,综合科病历主诉是

患者的主要痛苦加时间，精神科特别是重性精神病患者自己有时并不感到痛苦，其主诉实际上是医生对现病史所作的简明的概括，亦是患者或其家属就诊或寻求帮助的主要原因，包括发作次数、起病形式、主要症状与病期。主诉是体现诊断的重要线索，尽量使用提供病史的言语，而不是采用专业术语，一般情况下，应做到读完主诉基本上可以得出疾病的诊断。如“缓起疑人背后议论，凭空耳闻人语1年，加重1个月”往往提示精神分裂症可能性大；因“间歇交替发作，兴奋、话多与发愁、少语10年，再发兴奋半月余”常提示心境障碍（双相情感障碍）。

3. 现病史 现病史是病史的重要部分，主要包括发病的原因或诱因、起病形式和病期、病程变化和发病次数、症状演变经过与治疗干预情况、病后的一般情况等内容。

(1) 发病原因：有关精神障碍可能的病因与诱因，大多数提供病史者均会根据他们的推理和判断，提出本次发病的原因。值得注意的是，就家属反映的病因或诱因，应注意分析判断，询问在这些因素发生之前，患者有无异常的行为和表现，如行为模式、言谈举止、待人接物、性格情趣、饮食睡眠等方面的变化，以避免作出因果倒置的判断。如门诊经常会遇到说“我的儿子因为失恋后出现精神异常……”，当继续追述时发现“患者30岁，两年来被动懒散、孤僻离群”，经人介绍约会时数问一答，姑娘觉得患者精神有问题而“分手”，患者父母认为其由于失恋所致，其实不然。因此，临床上要注意分析知情人提供的病因。颅脑外伤、躯体疾病、物质滥用、精神应激等均可引起或诱发精神症状。如能及时发现这些致病因素或诱因，有助于患者的诊断、治疗和预后估计。判断精神疾病的原因或诱因十分重要，因为精神疾病的产生、发展、病程和预后与素质因素密切相关，例如，有性格缺陷的人，在遭遇一过性精神创伤之后，可出现神经症与各种应激性精神障碍，在生活事件解决之后，精神疾病迁延不愈。要正确的分析知情人提供的原因或诱因，以免引起误导。如果忽视或掩盖潜在的病因，尤其是病前感染、药物酒精滥用、一氧化碳中毒等病史，就可能错过治疗的良好时机，贻误病情。

(2) 起病形式：根据起病的缓急可以分为急性起病、亚急性起病和缓慢起病3种类型，一般临床上将从精神状态大致正常到出现明显精神障碍，时间在两周之内者称之为急性起病，两周到3个月为亚急性起病，3个月以上为慢性起病。在临床工作中会出现家属介绍病史时，说患者10天来敏感多疑，行为紊乱，常以为急性起病，若仔细询问不难发现，在明显的敏感多疑、言行紊乱前，已经近半年不关心子女及家人，工作能力下降，与同事关系紧张等等，说明其起病形式实属缓起，病期远比知情人提供的要长。精神疾病的起病急缓常是估计预后的指标之一，一般情况下，起病急的比缓慢起病的预后要好。

(3) 病程：病程是一个双维概念，它包括病期和病情的发作形式。病期可以分前驱期与显症期、急性期和慢性期等。病情的发作形式有间歇性、持续性、阶梯式渐进性等多种形式。病程对疾病的诊断有重要的临床意义。例如，对于精神分裂症患者来说病程往往是反复发生，病情迁延；心境障碍往往呈间歇性发作病程，间歇期如常人。需要说明的是，精神疾病如果是多次发作，而期间未完全恢复正常，病期应从第一次发病算起。对于一慢性迁延的病期，若病情有恢复正常的时候，时间很短暂的话，也不能认为病情完全恢复。

(4) 疾病症状的演变经过：为现病史的主要内容。病情演变情况主要是指疾病症状的变化与轻重程度的变化。症状具体的表现如何，这一点是很重要的。值得强调的是，人类的精神活动如果能够用像脑电图那样描记的话，精神活动是波动的，绝不是一条水平线。

发生重大的精神波动，才能作为异常来描述。对症状的描述，要有时间顺序，哪些症状先出现，哪些症状后出现，伴随哪些症状，各症状持续的时间如何？症状在一天中有何变化，如心境障碍的抑郁相，情绪低落常存在晨重暮轻的特点。谵妄状态的症状常表现为昼轻夜重的特点。另外，症状之间是否存在某种内在联系而形成一组症状群，入院时哪些症状已经过门诊治疗而消失或已自发缓解，目前还保留哪些症状；同一症状在病程中的演变情况也要细心询问与描述，如女性患者的精神异常是否与月经周期之间存在关联。再者，须描述症状是进行性加重、发作性出现还是迁延性贯穿疾病的始终。

(5) 既往的治疗干预情况：既往治疗干预情况对疾病诊断和治疗有重要的指导意义。包括患病后曾经就诊于哪些单位以及具体的诊疗情况，包括具体诊断、采用何种治疗干预方案、治疗时药物的剂量、持续的时间、疗效如何、有何不良反应等等。临床上，在精神疾病正确诊断的基础上，治疗失败常见的原因有两种，首先是药物的剂量不够；再者，治疗的疗程不够。所以记录时不能满足于“曾采用奋乃静治疗无效”这样一句，而应详细记录服药的剂量、服药的时间、是否存在不良反应等。因此，考虑既往治疗药物能否选择时可据以往治疗的情况而定。随着新型药物的不断出现，精神疾病患者生活质量也逐渐成为治疗中需要考虑的重要因素。

此外，现病史中还应包括重要的、有鉴别诊断意义的异常表现，以及有无高热，昏迷、抽搐、颅脑外伤等，这对排除器质性精神障碍有重要意义。最后，患者病后的工作、学习、饮食、睡眠、大小便、生活自理以及与周围环境接触等一般情况，在院外有无严重的冲动、伤人、自伤情况，有无消极观念、消极言行等信息，这些都助于建立正确的诊断、制定治疗方案以及治疗过程发生危险的评估，从而避免意外情况的发生。

4. 既往史 指患者过去的患病史，包括各系统疾病，就精神科而言，尤其要注意是否患神经系统疾病，如脑部感染、外伤、癫痫、抽搐或昏迷史、药物食物中毒史，都必须予以了解。对于既往的精神病史，如过去的精神异常发生在数十年以前，且与此次病情无很大关系者，此段病史可列为过去病史。记录历次发作的时间、每次病期、主要症状，应注意每次发作的临床相是大同小异还是完全相同（是否存在复写症状）以及治疗经过与疗效。如过去精神异常史与本次病情有关或与此次发病时间相隔不久，则可简要地在现病史中记述。以往发作的未完全缓解而近期症状恶化，应算两次发作或复发，全部病情应列入现病史之中。对于与精神科病情相关不大的其他疾病史可以简单记录。精神症状的出现与其他疾病关系密切，要详细询问，如高血压患者患抑郁症是否采用利血平、氟桂嗪等治疗；系统性红斑狼疮是否采用肾上腺皮质激素治疗；是否患青光眼、哮喘、肝炎、肾病、心脏病、骨折等；对肝肾与心血管系统疾病的询问，可以预防药物治疗中可能出现严重不良反应与并发症，如有哮喘史患者忌用盐酸普萘洛尔；青光眼患者忌用抗胆碱能药物与三环类抗抑郁剂；骨折是电休克治疗的禁忌证等。另外，既往史里还应记录有无对特殊药物食物过敏史、有无输血史等。

5. 个人史 个人史包括：出生前、母亲怀孕期间及出生时的情况，怀孕期间母亲的健康状况以及用药情况，是否意外怀孕等，分娩时有无难产、窒息等。早期发育与健康状况，婴幼儿期的生长发育情况，幼儿园与小学的学业成绩与行为表现，与同伴相处的情况等。对于成年人，了解学习经历以及学习成绩如何，与同学、同事、邻居相处的情况如何。参加工作后的工作表现等等。病前人格表现是个人史中重要的一项内容，性格可以表

现在多个方面,一般可以从人际关系、生活习惯、基本心境等方面进行询问。许多精神障碍的患者病前都有特殊的人格表现,它对疾病的正确诊断有非常重要的参考价值。有许多描述性格的词汇供选择,如开朗的、压抑的、孤僻的、离群的、合群的、乐观的、悲观的、固执的、随和的、暴躁的、温和的等等。

在精神科门诊,要在几分钟之内判断一个患者的性格特征,无论是患者自评或他评,都难获得准确资料。因此,医生要主动提问,每个问题均有双向选择而无褒贬含义。例如,在询问性格外向或内向时,可问“活泼好动还是孤僻好静”,“胆大敢干还是胆小谨慎”,“健谈好交际还是沉默寡言”等。此外,询问患者个人不良嗜好(指烟、酒、药物等)、业余爱好(如体力的与智力的,个人的与集体的竞技活动)、人生观、社会价值取向以及宗教信仰等,有助于对其人格的全面了解。另外,冶游史如有无婚外行为或不洁性行为,也属于个人史所要采集的内容。

6. 婚姻史 记录未婚或已婚,结婚年龄、性生活是否和谐。包括未婚或已婚,何时开始恋爱,是否经历过一些恋爱挫折与纠纷,与配偶在婚前相处有多长时间,相处的怎样,婚后感情如何,双方对性生活是否满意,配偶的健康状况,与对方家庭成员适应是否良好等。如为独身,或有离婚与分居情况,了解其中的一些原因。丧偶者了解家庭状况、遭遇的生活困难等。

7. 月经生育史 对于女性病人应详细询问月经史,包括初潮年龄、行经天数、月经周期天数以及入院最后一次月经时间(或闭经年龄)。孕娩史、月经周期心理生理变化以及生育史,有无痛经,经前期紧张,严重妊娠反应,流产早产史,以及绝经时期与反应。女性的青春期、月经前期、分娩前后、绝经期是精神疾病的好发时期,应明确其与精神症状有无关系。

8. 家族史 包括双亲的年龄、职业、人格特点,若双亲中有亡故者,应写明死亡原因。着重了解父母二系三代直系亲属中有无类似精神疾病史、人格障碍、癫痫、精神发育迟滞、酗酒与吸毒、犯罪与自杀以及有无近亲婚配情况。如有阳性家族史,要详细了解症状表现,病程与预后,并画出家系图谱。若有类似的精神疾病患者,提示病人疾病可能具有遗传性。对于年老者也要咨询其子女是否存在精神疾病患者,询问家庭经济情况,家庭成员相处的是否融洽等,以上资料有助于确定与患者本人的疾病有无遗传联系,以及评估环境因素对精神疾病的影响。若为阳性家族史,应绘制家系图谱。

四、采集病史应注意的事项

1. 采集病史前首先观察患者的一般状况,包括患者的面容、着装、步态、动作、表情、仪态、体型、躯体状况等,由此对患者有一个初步印象,往往能对诊断提供某些线索。然后再听取家属介绍病史。这样可以更好地理解家属所描述的一些病情。当然,也不能仅凭此一瞥而武断地下诊断,据此先入为主的印象收集“证据”。此外,有些患者因精神症状的影响会出现严重的躯体情况,如存在心律失常的患者,由于极度兴奋躁动诱发躯体疾病恶化,此时应首先控制精神症状及躯体疾病再采集病史,如不及时处理,则可能延误治疗,甚至危及患者及他人的生命安全(如严重冲动伤人者)。因此,先观察患者的一般情况并根据病情及时予以处理,可以避免一些意外事故与医疗纠纷的发生。

2. 解除患者及知情人的顾虑,减少冲突的产生。对于重度精神病人或有敌对情绪的

患者，一般情况下，向家属或知情者询问病史时患者不宜在场，以免知情人提供的病史引起患者争辩反驳。而且，病史提供者常常因患者在场而有所顾虑，不能畅所欲言，致使病史不全面，难以反映患者的实际情况。在此过程中，医生要对精神病患者潜在风险进行评估，注意收集病史的交流沟通技巧，言语要谨慎，避免激惹患者，发生攻击行为。

3. 建立良好的医患关系，提高患者诊疗的依从性。开始询问病史时，医生首先要向供史者提出明确的要求，使他们遵从，从而有条理地进行介绍。医生要对病史提供者尤其是患者的亲属表现出耐心、关心和同情心，从而取得家属的信任，使他们愿意将与患者发病有关的信息和盘托出。医生向病史提供者提出明确的要求，如患者何时发病，有何原因，知情者提供主要异常表现。许多知情者会对异常的精神表现作出自己的分析，适时地予以建议知情者不做病情的主观分析，使他们有所遵循，从而全面、有条理地进行介绍。若提供者叙述零乱而不着边际时，医生还要善于启发诱导，将谈话内容引导到需要了解的内容上来，比如采用“好，您谈谈他近期与邻居处的如何？”。对一些敏感的话题，有些家属可能不愿说出来，医生根据前述的沟通技巧，如代述等方法，以便取得可靠的病史。

4. 病史记录的方法。对患者本人及知情人提供的病史，医生要尽可能采取以表达的原话进行记录。强调如实记录，记录要简明扼要，言简意赅，反映疾病的发生、发展及演变，保持记录的客观性与科学性，最大限度地保持事实真相。对具有代表性的事例或患者本人所说的话，可适当加以摘录，最好保留患者原来说话的语气。记录病历时，对知情人提供的病史应进行综合整理分析，尽量做到取舍得当，防止主观片面。另外，精神科病历应尽可能详细全面，准确无误。实际上，追求绝对全面与准确的病史收集是几乎不可能的，我们只能力求全面与准确，这就特别要求如实详细地客观描述，要以动态的观点来看待病史，一次性的病史收集，可能不够全面、不够准确，应留有余地，待以后继续观察、收集与补充、更正，对病史供给的可靠性作出评估。在记录病史时尽量不采用医学术语。

5. 病史收集要特别突出病情的时间变化，对每个症状出现的时间先后予以记录，发现每一个症状，须询问何时开始。例如，有一凭空耳闻人语的患者，应询问从何时开始听到的此种声音，声音来自一个人？一群人？是熟悉人的，还是陌生人的声音？具体声音的内容是啥？发生在何时何地？继而伴随哪些异常行为？何时开始求医服药，治疗多久见效，首先控制住哪些症状，症状有无反复，有无药物不良反应等，均要有准确的时间记载，时间肯定的以时计、日计，不大肯定的以周计、月计、年计，或者确定哪一个季度、上半年或下半年或自哪年开始。这样的记录有利于对症状的分析与梳理，明确何谓原发何谓继发。这些对精神疾病的诊断与鉴别诊断有重要的意义。

6. 病史的组织与整理。当病史收集后须进一步整理，将采集的病史信息组织起来，使其成为一个完整的病史资料，当医生读到此病历时犹如患者历历在目，有呼之欲出之感。一般情况下，知情人总是首先反映主要的症状或最突出的问题，而这些表现往往不是疾病最初的表现。因此，须让知情者把他认为最现实、最迫切的问题先说完。在此阶段一般采用开放性提问，再针对性地询问其他对诊断有重要意义的症状信息，此阶段常采用封闭性问题，当口头资料信息收集完后，检查有无疏漏的项目，或对鉴别诊断有重要价值的问题，有哪些可疑信息需要澄清补充，必要时请知情人与患者提供日记、作品、书籍、成绩单或教师评语信息等。待全部资料集中起来，再写出一份完整的病历。

7. 采集病史的顺序。对在门诊与住院的患者，采集病史的顺序是有差异的。在门诊，

由于患者和家属关心的是本次病情的情况，加之受时间的限制，主要集中于现病史的采集。住院病人则从家族史、个人史和既往史谈起，在对发病背景有充分了解的基础上更有利于现病史的采集。

第四节 精神状况检查

精神状况检查是对精神病人精神状态的检查，就精神科而言，精神状况检查就像内科、外科、妇产科等专业体格检查一样重要。精神状况检查是精神疾病临床诊断最基本、最重要的手段之一，这是因为在现有的医疗技术水平下，精神科疾病绝大多数的精神障碍在体格检查、神经系统检查及实验室检查等均没有特殊的阳性发现。目前这类精神障碍的诊断归属为“功能性疾病”，主要根据临床医生的病史采集（包括询问患者和知情人）及临床观察所获得的信息进行综合地判断和分析。

精神状况检查包括与患者谈话和对患者进行观察两种方式。晤谈以及沟通技巧在相关章节已经详述，在此不再赘述。观察就是观察病人的言谈举止，虽然病史的记录应当一次完成，但对病人的观察则应贯穿始终，因为在不同的时间、地点，面对不同的人群，病人可以表现不同的行为。因此，在临床上，有许多情况临床医生是不能观察到的，所以临床医生除了自己接触患者外，还要重视别人的观察，如护士、病友以及其他陪护提供的信息。此外，临床心理学和神经心理学测试也可作为了解患者精神状况的一种辅助检查手段。

精神检查是精神科医生对患者精神状况的横断面认识，通过观察与晤谈，了解患者当前的精神状况，发现存在哪些精神症状、症状的严重程度、出现频率及各种精神症状之间的关系。通过精神状况检查可以获得大量的、丰富的信息，特别是常见的精神症状，如抑郁状态、躁狂状态、幻觉妄想症状、木僵状态、谵妄状态等，使人一目了然。对于一些意识清楚、接触交谈合作的精神疾病患者，临床医生可以通过精神状况检查对其认知、情感、思维、意志行为等心理过程进行全面而系统的了解。检查的具体内容主要包括以下几个方面。

一、一般表现

一般行为和表现是最先观察到的总体印象。当患者的身影进入医生视野的一刹那，医生的精神状况检查就开始了，患者的仪表如何，怎样进入诊室的，是自己步行，还是被约束或是用担架抬入的？衣着是否整齐清洁，穿着是否得体？年貌是否相符？态度是否傲慢？交谈接触是否良好？是逢人就说话，还是数问无一答？日常生活能否自理，有无定向力障碍与意识障碍等。

一般表现主要靠观察，形成初步印象。从观察衣着说起，一个很不讲究个人卫生、不修边幅、衣冠不整的患者，提示生活自理的能力差，常见于慢性精神分裂症、老年痴呆、慢性酒精中毒与药物成瘾、精神发育迟滞等；从行为举止来看，一个势大气粗、昂首阔步，趾高气扬、高谈阔论、口若悬河、见人特别热情、十分注意打扮、穿的花枝招展、奇装异服，医生一见这种架势，首先就要考虑是否为躁狂症；而一个眉头紧锁、双眼望地、俯首垂肩、垂头丧气、唉声不断的患者就座在医生面前，医生首先就会想到抑郁症。