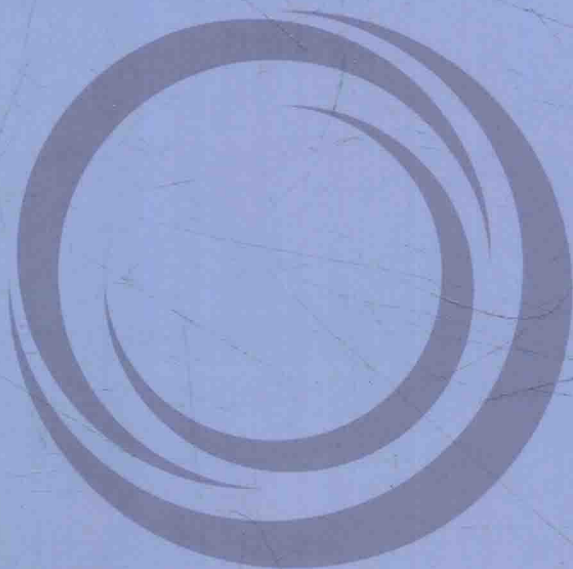


# 精神病学 与临床心理学

(上)

刘 严等◎编著



吉林科学技术出版社

# 精神病学与临床心理学

(上)

刘 严等◎编著

## 图书在版编目 ( C I P ) 数据

精神病学与临床心理学 /刘严等编著. -- 长春 :  
吉林科学技术出版社, 2016.5  
ISBN 978-7-5578-0476-3

I. ①精… II. ①刘… III. ①精神病学②医学心理学  
IV. ①R749②R395.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第069660号

## 精神病学与临床心理学

JINGSHENBINGXUE YU LINCHUANG XINLIXUE

---

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 编 著   | 刘 严等              |
| 出 版 人 | 李 梁               |
| 责任编辑  | 隋云平 端金香           |
| 封面设计  | 长春创意广告图文制作有限责任公司  |
| 制 版   | 长春创意广告图文制作有限责任公司  |
| 开 本   | 787mm×1092mm 1/16 |
| 字 数   | 920千字             |
| 印 张   | 39                |
| 版 次   | 2016年7月第1版        |
| 印 次   | 2017年6月第1版第2次印刷   |

---

|          |                                                      |
|----------|------------------------------------------------------|
| 出 版      | 吉林科学技术出版社                                            |
| 发 行      | 吉林科学技术出版社                                            |
| 地 址      | 长春市人民大街4646号                                         |
| 邮 编      | 130021                                               |
| 发行部电话/传真 | 0431-85635177 85651759 85651628<br>85652585 85635176 |
| 储运部电话    | 0431-86059116                                        |
| 编辑部电话    | 0431-86037565                                        |
| 网 址      | www.jlstp.net                                        |
| 印 刷      | 虎彩印艺股份有限公司                                           |

---

书 号 ISBN 978-7-5578-0476-3  
定 价 155.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

# 编 委 会

## 主 编

刘 严 中国石化集团胜利石油管理局胜利医院  
刘小翠 青岛市精神卫生中心  
李墨花 临沂市精神卫生中心  
朱振梅 临朐县朐山医院

## 副 主 编

王 艳 泰安市精神病医院  
何建东 宝鸡市康复医院  
李 莉 湖北省中医院  
赵顺来 河南省驻马店市第二人民医院

## 编 委 (按姓氏拼音字母排序)

丁冬红 何建东 李 莉 李墨花  
李 杨 刘小翠 刘 严 彭 飞  
王 伟 王 艳 吴兴曲 张建芳  
张有福 赵顺来 朱振梅

# 前 言

精神病学是现代医学科学的一个重要组成分支,它主要研究精神障碍的病因、发病机理、病象和临床规律以及预防、诊断、治疗和康复等有关问题。现代精神病学在理论上涉及自然科学、心理科学和社会科学的若干分支,在实践上已发展到与临床心理卫生相结合的阶段。

临床心理学是根据心理学原理、知识和技术,解决人们心理问题的应用心理学科。该学科主要借助心理测验对病人的心理和行为进行评估,并通过心理咨询和心理治疗等途径调整 and 解决个体的心理问题。

依据精神病学统计资料经分析后可以发现,真正患有精神病的人只占人群的极少数,仅有千分之七或千分之十左右;同时,心理卫生学统计资料数据结果也足以表明,没有任何心理问题和心理障碍的人,也只有少数。绝大部分的人正是处在从没有任何心理问题到精神病这一危险的过渡带中。所以,为了提高人们心理健康水平和精神患者的生活质量,也为了与其他临床医师交流诊疗经验,我们特组织编写了这本《精神病学与临床心理学》。全书以实用性为原则,以循证医学的方法和观点为基础,内容新颖、全面,理论与实践结合紧密,科学性和可操作性高。愿本书的出版能够进一步提高广大临床医务工作者的诊疗实践水平,同时也在精神卫生知识普及和心理疾病预防等方面起到一定的推动作用。

本书是由精神病学、心理学专家和临床一线骨干医师共同编写完成,受制于编写经验较为匮乏,加之编写时间有限,书中恐难免出现疏漏或谬误等不足之处,恳请广大读者不吝指正,以期再版时修订完善。

# 目 录

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| 第一章 基本临床技巧 .....             | (1)   |
| 第二章 精神卫生和精神障碍 .....          | (12)  |
| 第一节 精神卫生 .....               | (12)  |
| 第二节 精神障碍 .....               | (12)  |
| 第三节 精神障碍病因、分类 .....          | (14)  |
| 第四节 精神疾病临床检查 .....           | (18)  |
| 第五节 精神疾病诊断分析 .....           | (21)  |
| 第三章 精神疾病症状学 .....            | (27)  |
| 第一节 概述 .....                 | (27)  |
| 第二节 意识障碍 .....               | (34)  |
| 第三节 感知障碍 .....               | (37)  |
| 第四节 思维障碍 .....               | (43)  |
| 第五节 意志行为障碍 .....             | (49)  |
| 第六节 情感障碍 .....               | (54)  |
| 第七节 注意障碍 .....               | (59)  |
| 第八节 记忆障碍 .....               | (60)  |
| 第九节 智能障碍 .....               | (61)  |
| 第十节 自知力 .....                | (63)  |
| 第十一节 其他精神症状 .....            | (68)  |
| 第十二节 常见精神疾病综合征 .....         | (71)  |
| 第四章 精神疾病的药物治疗 .....          | (74)  |
| 第一节 心境稳定剂 .....              | (74)  |
| 第二节 焦虑障碍的药物治疗 .....          | (85)  |
| 第三节 用于阿片戒断和慢性阿片依赖的药物治疗 ..... | (95)  |
| 第四节 戒酒的药物治疗 .....            | (101) |
| 第五节 慢性酒中毒的药物治疗 .....         | (105) |
| 第六节 睡眠障碍的药物治疗 .....          | (113) |
| 第七节 痴呆的药物治疗 .....            | (121) |
| 第五章 器质性精神障碍 .....            | (125) |
| 第一节 总述 .....                 | (125) |
| 第二节 阿尔茨海默病 .....             | (138) |

|             |                     |       |
|-------------|---------------------|-------|
| 第三节         | 其他类型的痴呆             | (156) |
| 第四节         | 谵妄                  | (163) |
| 第五节         | 肝豆状核变性症             | (166) |
| 第六节         | 急性脑炎所致精神障碍          | (169) |
| 第七节         | 颅脑外伤所致精神障碍          | (172) |
| 第八节         | 癫痫性精神障碍             | (177) |
| 第九节         | 颅内感染和肿瘤所致精神障碍       | (187) |
| 第十节         | 系统性红斑狼疮所致精神障碍       | (191) |
| 第十一节        | 正常颅压脑积水所致精神障碍       | (195) |
| 第十二节        | 亨廷顿病                | (197) |
| 第十三节        | 染色体畸变所致精神障碍         | (200) |
| <b>第六章</b>  | <b>精神活性物质所致精神障碍</b> | (205) |
| 第一节         | 阿片类物质所致精神和行为障碍      | (205) |
| 第二节         | 苯丙胺类兴奋剂所致精神和行为障碍    | (217) |
| 第三节         | 使用酒精所致的精神和行为障碍      | (226) |
| <b>第七章</b>  | <b>精神分裂症</b>        | (230) |
| 第一节         | 精神分裂症的基础原理          | (230) |
| 第二节         | 精神分裂症的诊断与鉴别诊断       | (237) |
| 第三节         | 精神分裂症的药物治疗          | (242) |
| 第四节         | 分裂型障碍和持久的妄想性障碍      | (254) |
| 第五节         | 急性而短暂的精神病性障碍        | (257) |
| 第六节         | 感应性妄想性障碍            | (261) |
| 第七节         | 分裂情感性精神障碍           | (262) |
| <b>第八章</b>  | <b>情感性精神障碍</b>      | (267) |
| 第一节         | 情感性精神障碍概述           | (267) |
| 第二节         | 情感性精神障碍临床诊断基础       | (271) |
| 第三节         | 情感性精神障碍鉴别诊断         | (280) |
| 第四节         | 情感性精神障碍的治疗          | (282) |
| 第五节         | 几种常见的情感障碍性疾病        | (295) |
| <b>第九章</b>  | <b>偏执性精神障碍</b>      | (303) |
| <b>第十章</b>  | <b>急性短暂性精神病</b>     | (309) |
| <b>第十一章</b> | <b>神经症和应激性障碍</b>    | (312) |
| 第一节         | 恐惧性焦虑障碍             | (312) |
| 第二节         | 其他焦虑障碍              | (313) |
| 第三节         | 强迫性障碍               | (316) |
| 第四节         | 躯体形式障碍              | (317) |
| 第五节         | 神经衰弱                | (323) |
| 第六节         | 癔病                  | (328) |
| 第七节         | 应激性障碍               | (334) |

|      |                           |       |
|------|---------------------------|-------|
| 第十二章 | 人格理论及人格障碍 .....           | (340) |
| 第十三章 | 意向冲动控制障碍 .....            | (352) |
| 第十四章 | 性变态 .....                 | (354) |
| 第一节  | 弗洛伊德的性学说 .....            | (354) |
| 第二节  | 性变态的概念与类型 .....           | (358) |
| 第三节  | 性变态分述 .....               | (359) |
| 第十五章 | 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征 .....   | (367) |
| 第一节  | 进食障碍 .....                | (367) |
| 第二节  | 非器质性睡眠障碍 .....            | (372) |
| 第三节  | 其他伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征 ..... | (376) |
| 第十六章 | 精神发育迟滞 .....              | (379) |
| 第一节  | 精神发育迟滞的临床表现 .....         | (379) |
| 第二节  | 精神发育迟滞的诊断及鉴别诊断 .....      | (383) |
| 第三节  | 精神发育迟滞的治疗和康复 .....        | (387) |
| 第十七章 | 心理发育障碍 .....              | (390) |
| 第一节  | 特定性言语和语言发育障碍 .....        | (390) |
| 第二节  | 特定学校技能发育障碍 .....          | (393) |
| 第三节  | 特定性运动功能发育障碍 .....         | (396) |
| 第四节  | 广泛性发育障碍 .....             | (397) |
| 第十八章 | 儿童精神障碍 .....              | (403) |
| 第一节  | 注意缺陷多动障碍 .....            | (403) |
| 第二节  | 对立违抗障碍 .....              | (410) |
| 第三节  | 反社会性品行障碍 .....            | (412) |
| 第四节  | 特发于童年的情绪障碍 .....          | (414) |
| 第五节  | 抽动障碍 .....                | (418) |
| 第六节  | 阿斯伯格综合征和高功能孤独症 .....      | (421) |
| 第七节  | 起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍 ..... | (429) |
| 第八节  | 儿童、青少年双相障碍 .....          | (434) |
| 第十九章 | 精神科躯体疾病诊疗 .....           | (440) |
| 第一节  | 窒息与喉痉挛 .....              | (440) |
| 第二节  | 发热 .....                  | (444) |
| 第三节  | 低血压与直立性低血压 .....          | (447) |
| 第四节  | 心动过速和心动过缓 .....           | (450) |
| 第五节  | 呼吸困难 .....                | (455) |
| 第六节  | 胸痛 .....                  | (459) |
| 第七节  | 腹痛 .....                  | (463) |

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 第八节 无反应的精神科患者           | (467) |
| 第九节 跌伤                  | (471) |
| 第十节 头痛                  | (472) |
| 第十一节 吞咽困难               | (477) |
| 第十二节 恶心、呕吐              | (480) |
| 第十三节 肝功能异常              | (483) |
| 第十四节 激越                 | (486) |
| 第二十章 无抽搐电痉挛治疗与重复经颅磁刺激治疗 | (492) |
| 第二十一章 抑郁障碍的心理治疗         | (500) |
| 第一节 抑郁障碍的认知心理治疗         | (500) |
| 第二节 抑郁障碍的药物治疗           | (506) |
| 第三节 躯体疾病与抑郁障碍共病的治疗      | (510) |
| 第四节 产后抑郁症及难治性抑郁症的治疗     | (520) |
| 第二十二章 双相障碍的心理治疗         | (525) |
| 第二十三章 惊恐障碍与广场恐惧症的心理治疗   | (534) |
| 第一节 共病                  | (534) |
| 第二节 认知行为治疗的原理与方法        | (536) |
| 第三节 惊恐障碍的药物治疗           | (544) |
| 第二十四章 广泛性焦虑障碍的心理治疗      | (547) |
| 第一节 广泛性焦虑障碍的认知行为治疗      | (547) |
| 第二节 广泛性焦虑障碍的药物治疗        | (557) |
| 第二十五章 其他类型的变态心理学疾病      | (563) |
| 第一节 强迫症                 | (563) |
| 第二节 神经衰弱和癔病             | (565) |
| 第三节 心境障碍                | (567) |
| 第四节 人格障碍                | (570) |
| 第五节 癔症                  | (580) |
| 第六节 精神病                 | (583) |
| 第二十六章 常见心理生理障碍          | (585) |
| 第二十七章 精神分析治疗            | (595) |
| 第一节 精神分析治疗              | (595) |
| 第二节 行为治疗                | (597) |
| 第三节 人本治疗                | (602) |
| 第四节 认知治疗                | (605) |
| 参考文献                    | (611) |

# 第一章 基本临床技巧

## 一、病史采集

### (一)病史采集的态度

精神科病史提供的来源有时是患者本人,但大多数是患者的亲属、朋友或同事等,要采集完整的病史,供史者的合作是非常关键的。要了解,精神科的完整病史包括患者方方面面的内容,其中不乏鲜为人知的个人隐私问题,因此供史者对医生的信任无疑十分重要,医生要注意做到下列几点。

1.对供史者的尊重 医生是为患者治病的,因此医生习惯地对供史者常持有不恰当的居高临下的态度,例如在门诊的场合,由于患者多,采集病史时显得匆匆忙忙,对供史者的陈述不能全神贯注地听取,或者经常打断其陈述;在住院的场合,有时可能是临近进餐或下班时间,就让供史者等待着,等医生事毕后才进行工作,这样做在客观上虽有时属事出有因,但至少不是平等待人的态度。在供史者看来,可以认为“你先要吃饱,我偏要饿着肚子等待”。如果确有要事处理,也至少对供史者有个交代,并表示一定歉意,这样才体现尊重的态度。

2.对供史者的同情 患有精神障碍自来求诊的人,一定有许多心理痛苦及难言之隐;作为家属陪同患者来院诊治,一定下了很大的决心,抱着很大的期望,怀着很大的顾虑。面对这样的对象,医生的同情态度无疑会给供史者带来安慰。因此,医生的态度必须和蔼可亲,尤其是住院患者,家属一般并不了解精神病院是怎样一种治疗场所,此前往往听取传言而忧虑忡忡,看到医生的和气态度,心可以放下一半;如果医生再能耐心地说说精神病院的大致情况,更可以进一步解除其顾虑,家属的这种心情可以说是普遍存在的。

3.解除供史者的顾虑 有人说精神患者的病史是一部活生生的生活史,这话一点不假,要对患者作出确切诊断,必须全面了解其生活史,不仅仅是发病过程及表现。而要供史者(本人或家属)提供完整的生活史往往并不容易,因为这其中包括许多隐私问题,例如供史者本人所述的若干内容,其家属可能不知道,此时医生一定要做到保护隐私。家属供史的内容中也包括家庭中人际关系问题,尤其是夫妻关系问题,这些细节的提供需要通过解除供史者顾虑后才能得到,否则只能了解到表面。例如面对供史者提供有“嫉妒妄想”的患者,其夫妻间的内在感情究竟如何?有无婚外恋的实际存在?等等。这些实情充分了解之后,才可以确定是否真正属于嫉妒妄想,而这些内情并不是轻易能了解到的,只有通过耐心工作,解除供史者顾虑之后才能阐明真相,在这类社会现象较为普遍的当今,重视这些环节的了解已愈显重要。

## (二)病史采集的内容

全面病史应包括现病史、过去史、个人史及家族史,以下阐述几项需重点了解的内容。

1.关于发病诱因 本人供史或家属供史都会不同程度提及发病诱因问题,尤其是关于精神刺激的内容,因为在一般人看来,精神疾病的发生似乎都与精神受刺激有关,因此常常作为供史的重点,医生在耐心听取的同时,必须了解下列几点。

(1)精神刺激之说的来源:是家属亲自了解到的,还是听患者说的。有很多场合,家属所谓受到精神刺激之说是听患者说的,例如有一个中学生患者向家属反映,称老师经常在课堂上骂他,同学讽刺他、排挤他,家长因此相信其儿子的病是被老师、同学欺侮出来的。实际经过了解,根本无此等事,乃患者的病理体验所致。如果患者自诉这些情况,医生也不要轻易地信以为真,要经过调查和了解。

(2)精神刺激发生的时间:有的家属会把几个月,甚至几年之前发生的事与当前的发病联系起来,如称“一年前曾受到过邻居之恶骂”,仔细追问,发现此一年间两家并无进一步的关系恶化。

(3)精神刺激的强度:有的称被人偷了10余元钱之后出现了精神异常,并认为被偷引起发病。头部受殴也是常见的诱因内容,遇到这种情况,要详细了解头部受殴的过程及程度,如头部受殴部位、当时的反应、有无意识丧失、昏迷等。轻度的头部受殴可以是发病的诱因,严重的头部外伤可以是发病的直接原因(不是诱因)。

2.发病经过及表现 这是病史的重点部分,家属通常反映的是行为举止、睡眠、情感及性格方面的表现,要具体了解下列几方面。

(1)发病的确切日期:有的缓慢起病者难以明确具体日期,可以了解大致日期。临床医生常对此比较忽视,经常遇到事后需要进行司法鉴定的病例,当了解病史中关于起病确切日期的记载却显得含糊,例如有的学生受到老师体罚的索赔案件,家属反映学生受罚后出现了精神异常,认为是老师打出来的,要求对老师进行处理及赔偿,此种情况有两种可能,一种是学生在受体罚前已经存在精神异常,由此受到体罚;另一种是因为受到体罚才出现精神异常,两种情况的诊断不同,处理也不同,医生对起病确切日期的确定显得非常关键。再举一类案件,是关于劳动争议方面的,有的精神病患者可以在精神病理症状影响下,工作不能胜任而被单位辞退,有的可能自动提出辞职而获单位批准。事后,家属经常认为是精神病的关系才被辞退(或自动辞职),提出行为无效的鉴定要求,这种案件的时间界限要求非常严格,有时查阅病史发现关于起病日期的记载不确切、不具体,因此造成鉴定工作的困难。这种事例经常遇到,因此医生在追溯发病日期时要注意做到越真实、越具体越好。

(2)精神异常的具体表现和特点:精神异常的具体表现描述笼统是病史记载的通病,例如描述打人、骂人、毁物、自伤等,究竟是经常发生的、无缘无故的,还是偶尔发生的、事出有因的,这方面的描述对精神障碍的确定和分类具有重要意义。还有如精神异常是整天存在,还是白天正常,晚上严重,或者反之;是间歇性出现的,还是持续性存在的。

癫痫患者的病史与一般精神障碍不同,要重点了解:发作以什么形式出现、持续时间、发作的条件(如时间、气候、生理或心理状况)、发作的场合和诱因、发作前先兆、药物的效用等。

伴有躯体疾病的患者要了解躯体疾病的诊断及治疗情况,精神障碍与躯体疾病状况的消

长关系。

(3)治疗过程及效果:精神异常发生之后有无诊治史,有的家属会加以隐瞒,其动机是怕医生带有框框,因此不愿提供,其实这对于患者的正确诊断和采取合理的治疗措施都很有关系,因此医生一定要设法解除家属的顾虑,除了解过去医生的诊断外,更重要的是了解用药的剂量、疗效及药物副作用情况。有的家属反映患者对某药的反应很大,此时一定要进一步了解反应的具体情况。例如有的家属强调某药不能用,称用此药后患者发呆、坐立不定等,其实这些药物副作用并不难解除,可能与药物剂量增加太快,或未及时使用抗胆碱药有关。如果已了解某药对患者有过严重副作用,就要考虑不能再用,或使用时必须非常谨慎。评定疗效一定要在了解药物使用剂量和疗效后才能确定,门诊期间服药不规则是常有的事,不能据此判定此药对患者无效。

(4)病情演变:发病后精神障碍是持续存在的,还是间歇发作的。如果是后者,一定要了解间歇期或缓解期的具体表现,属于完全正常,还是“比过去好转,但与平常不同”。这些可从其日常生活、学习和工作状况反映出来,也可从其平日待人接物、感情相处等表现出来。

3.病前人格特征 记述患者的人格特征最好要具体,笼统地分为内向和外向,诚然简单明了,但不能包括人格特征的全面情况。详细描述人格特征的意义在于以下几个方面。

(1)了解病前人格与发病的关系:例如有分裂样人格特征的人易发展为精神分裂症。

(2)阐明起病的界线:例如原来性格温和、耐心的人,突然变得暴躁、动辄打人,说明可能有精神障碍的发生。

(3)可以比较病后的恢复程度:精神病后可发生人格改变,如果病后人格与病前迥异,说明其改变与精神病有关。如果病后人格与病前一样,虽然可能都不健全,但不能说明是精神病造成。

4.收集有关书面材料 这一点经常被临床医生忽视,其实掌握更多的书面材料不仅能充实病史,而且是反映精神状态的重要内容。书面材料包括家属提供的病情过程、有关医院的诊治病史、患者书写的日记、遗书及信件等。这些书面材料阅后应装订在病史档案中,有的病案室把这些珍贵资料弃之是不合适的。患者门诊或住院时,由于医生时间关系,或出于家属当时的心情,有时提供的病史可能会遗漏,可以嘱咐家属补充一份更为完整的书面材料。其他医院的诊治病史可以作为当前诊断和治疗参考,尤其是有颅脑外伤史的,受伤当时的急诊病史是颅脑外伤诊断的可靠证据,一定不要疏忽收集。这些书面资料应该复印存盘,把原件还给家属。

### (三)病史采集的方法

病史采集无疑是通过听问和阅看,阅看是指患者或家属书写的材料,听问虽然一般并不复杂,但其中也有很多技巧,这种技巧只有经过不断实践才有体会。

1.患者自诉 患者前来自诉病史的,有不同的动机,有的是真心实意来求诊的;有的是来“考考医生”的,这些患者把过去的诊治过程一概隐瞒,只是说明一部分情况,前来试探医生的看法。这些患者供史的特点是:病史陈述很简单,接着提出一大堆问题向医生提问,没有经验的医生在诊断还没有搞清的情况下,就急于解答病人及病人家属的种种问题,结果陷入尴尬境地;或作出错误回答,而成为病人及病人家属的把柄。还有的另有隐情,例如有的已经住院过的精神分裂症患者或经诊断为偏执性精神障碍者,为了推翻过去的诊断,把真实病情隐瞒起

来,仅轻描淡写地向医生作一般性陈述,接着就问医生:“你看我有没有病?”再接着还会要求出具疾病证明,推说是何种需要。有的医生没有经过详细了解,就随便出具一张证明,患者就凭这一张证明去进行“摘帽”活动,这些例子常见。

因此,对于自供病史的患者,医生需要谨慎,切忌简单化,如果病情一时把握不准,不要下肯定性诊断;回答一些敏感性问题时,要留有余地。如果感到情况可疑,可以问问为什么家属没有陪同前来,并进行必要的观察;在情况不明的条件下,不要随便出具疾病证明。

## 2. 家属供史

(1)门诊:初诊及一部分复诊患者,家属宜单独供史,这样对家属来说没有顾虑,这种做法对于非重性精神病患者并无大碍,但对于像精神分裂症这样的患者来说,有时反会增加猜疑,所以做法上要讲究艺术。一般可劝说患者在另外地方稍等待一下,说明诊病有这样的顺序,先要由家属提供情况,然后会找患者详细了解。如果患者执意不肯让家属单独向医生供史,此时只好随机应变,先听家属供述几句,然后因势利导,例如遇到这样患者,硬吵着不让家属供史,家属只讲了几句:“他(指患者)经常要外出,不让出去就打人,还吵着要去上学。”医生就可乘机对患者说:“既然如此,让我给你家属做做思想工作,问问为什么不让你外出和上学,你看如何?”说服患者自行回避,家属就可很自然地陈述病史。

(2)出诊:精神科出诊与其他临床科有很大不同,患者忌讳遇见精神科医生或心理医生,因为很多重性精神病患者否认有病,更忌与“心理”相关的名词搭上关系;因此精神科医生出诊时的身份常是不公开的,常以其他临床科医生或其他身份出现,这一环节在出诊前应先与家属协商。但无论如何,在出诊时采集病史是首要的。一般可在出诊的路途中了解病史,或到了患者家里,根据身份特点,以灵活方式与家属接触,然后与患者进行面谈。

(3)住院:家属供史并无困难。无论在门诊或住院场合,家属供史过程中,常会出现下列情况。

1)供史内容不得要领:可能由于家属的焦虑心情,也可能出于家属的讲话习惯,有的家属供史时,未能突出重点,而显得次序颠倒、内容松散重复。此时医生需要耐心,尽可能让家属供述有条理,并进行适当补充提问,不要经常打断家属的话,更不可露出轻蔑的表情和语言。在这种场合,最好建议家属在事后书写一份书面的病史材料。

2)家属间看法不统一:这种情况经常遇到,例如患者的父母在供史过程中经常你一句我一句地插话,或者你说一句,我反驳一句,使得医生摸不清究竟。遇到这种情况,可建议由一位家属先述,然后另一位进行补充。如果还是这样,只能采取分别听取病史的方式,然后根据情况进行综合。家属间的看法分歧有时不一定明白地表露而保持沉默,遇到此种情况,医生有必要在事后向该家属进行补充了解,这一点不要忽视,有时可能是诊断的重要线索。

3)疑有隐情:最常见的是患者配偶与患者父母间的看法分歧,而这种分歧往往微妙而神秘,例如女性患者的丈夫提供患者怀疑丈夫对她不忠,认为有外遇而经常打电话查问或盯梢,使其工作也难以正常进行,似乎有嫉妒妄想;但患者父母却反映女婿待其女儿不好,经常迟回家,与另外女人有暧昧关系。遇到这种场合一定要采取个别收集病史的方法,让各人畅所欲言。向患者父母方了解情况时,一定要问清信息的来源,是他们亲自耳闻目睹的,还是听患者反映的。在很多场合,家长的信息来源实际上是听患者说的,这样的话,信息的可靠性就存在

疑问,因为有嫉妒妄想的患者总是这样向家长反映的。那么,她的丈夫是否完全无辜呢?作为患者丈夫肯定强调患者如何猜疑心大,至于他有没有与其他女人的暧昧关系,一般他不会自白,医生即使问之,也会得到否定回答。要了解,这样的迷途常是难题一个,如果通过精神检查,发现患者有荒谬推理,嫉妒妄想的存在还比较容易判定;如果难以肯定,必须要对其他有关人员开展深入调查。说实在的,要把这些内容完全调查清楚是件很难的事,因为很多人是不愿让自己置身于敏感问题之中,所以要依靠医生的坦诚态度和交谈技巧。

## 二、医疗文书

医疗文书通称病历,包括病史记录、病程记录及护理记录等,还应该包括其他证据记录。

### (一)医疗文书的重要性

医疗文书是反映医疗护理水平的“硬件”,医疗质量监督和检查通常是通过病历检查来实施的。当然,医疗文书并不能反映医疗护理水平的全部情况,例如有的病历看起来似乎字迹整齐,内容具体,但患者的实际情况并不完全如此,像有的抑郁症患者,伪装心情愉快的假象,却心存严重自杀观念;如果医生观察不细,可以认为其病情好转,类似如此病历记录与实际病情不符的情况是常见的。因此作为医疗质量监督仅仅依靠这样手段虽然做起来简单,但并不一定客观和真实,虽然软指标的检查比较复杂,而且花时间,然而对于医护质量的全面评估来说,是必须加以重视的,其方法则有待研究。

除此之外,当发生医患纠纷时,医疗文书是诉讼过程中的重要法律证据,医疗事故处理条例第十六条规定,发生医疗事故争议时,要封存病历。最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定,第四条及第八条规定:“因医疗行为引起的侵权诉讼,由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系及不存在医疗过错承担举证责任。”举证最有效的依据就是病历。在参加医疗事故鉴定的实践中,发现除了少数确由于医疗过失造成医疗事故外,很多是属于医院服务态度及医疗文书中的问题,例如记录失实、不及时、时间矛盾、契约不规范等。因此,作为医务人员不仅要不断提高政治及业务素质,而且对于自己所进行的日常工作要有法律意识,这一点正是广大医务人员所欠缺的,一旦成为诉讼被告才省悟过来。

### (二)医疗文书的基本要求和内容

1.字迹整齐,格式规范 能够做到这一点,就会给人良好的第一印象。出现字迹潦草现象,一方面与原来的书法水平有关,但更重要的是认真程度,有的医生字体虽然写得并不好,但很整齐,也会给人以舒服的感觉。签名自然有各人的风格,但也要让人看得清楚。

病程记录要有年月日,尤其是长期住院的患者,例如有的患者已住院多年,记录的医生只写月和日,日子久了,使人分不清是哪一年的事情,因此在年份改变时,务必写清那个年份。

书写格式要求规范,不要把字体挤得满满的,无段落之分,而且“顶天立地”,即纸页的上下左右都写得满满的,这样的病史,即使内容再好,也会给人以不舒服感。病史内容较长的,可以分段落写,每段落起始留两个字的空格;纸页的左右两旁要留有空隙,这样才不致有拥挤感。

2.资料完整,记录客观 门诊病史宜简明扼要,但要包括必要的病情发展及诊治过程的记述,陪诊人要具体写明关系及姓名,不宜笼统写“同学”、“朋友”、“邻居”等,有的医患纠纷正是

因为陪诊人具体身份不明或错误而败诉。在现代社会,男女恋人相互陪诊的并不少见,此种场合更要注明其真实姓名,日后才不至于无从查考。

住院病史的书写不要满足于一次完成,对于初诊病史的不足部分,一定要重视补充调查,而且要把补充调查的结果及时记录下来,包括家属及患者提供的书面材料,可以采取摘录方式,最好是把原件或复印件保存下来,并装订在病历档案中。

病史记录时要注意把医生的归纳和供史人的原始陈述结合起来,供史人的陈述一般比较直觉,连贯性不强,医生在书写时需要经过一定整理,但同时要注意表达供史人提供的原始内容,这样才比较全面。有一份门诊病史记录着这样一段话:“患者自述很多年患有抑郁症,手持纸页几张,陈述时侃侃而谈,当打断其话时面露愠意,说话同时指手划脚,强调环境对他的不公,并不时为自己辩解,并举出很多曾经对他医治过的医生姓名,最后要求医生明确他是否患有抑郁症。”这段话未使用任何术语,但提示这位患者自称所谓抑郁症是令人寻味的,当然其确定诊断还得要依靠其他资料。这里不过是强调如何进行客观记录的方法。

3. 内容全面,描述具体 所谓全面,是要把精神异常的全过程进行系统的描述,包括发病及诊疗等过程,同时要根据各种精神疾病特点进行重点描述,例如躯体性精神障碍患者,就要把躯体疾病情况进行详细记录,并细述躯体疾病与精神症状发生、发展的关系;又例如癫痫患者,通过病史记载,要让人一看,就可了解这种发作是否像癫痫,属于哪种类型的癫痫等。现在有些病史,仅笼统地记述该患者何年发病之后经过一些医院的诊断或住院,至于发病的各种具体表现及诊断,用过哪些药物,剂量、疗程和效果等都不清楚;有过缓解期的,其社会适应能力恢复状况往往缺乏具体描述。面对这样的病史,看了或听了之后留给人一种理不出头绪的感觉,治疗上可能已轮换过许多药物,某药无效究竟是由于确实没有效应,还是使用不当,也让人难以作出决策。当然,患者刚刚入院,第一次询问病史就要求了解得如此全面,确实有些苛求。但作为经治医生来说,应努力做到病史的完整和全面,开始收集不完全,以后应该予以补充。

精神症状的描述要注意做到客观和具体,不能仅有患者的诉述,没有症状学分析;也不能仅记述症状术语,没有具体内容。最常疏忽的是关于妄想内容的具体描述,如仅记载患者有嫉妒妄想、被害妄想等,具体内容只是三言两语。如有一份病史是这样记录的,问:“你丈夫是否与其他女人相好?”答:“有的,有十几个。”问:“你怎么了解的?”答:“我有证据。”接着就没有下文了,结论是患者有嫉妒妄想。后来患者出院后,认为家属和医院是“绑架”她进来的,以侵犯人身权利状告医院,需要进行诊断复查,医院病史所能提供的仅是患者这几句话,患者却说当时“只是讲讲气话。”这究竟是患者出于否定疾病的动机把自己保护了起来,还是医院判断错了,以致成为诊断复查中的难题,这样的例子真是不胜枚举。

在病程记录方面,也要注意丰富形式和内容。例如现在对住院患者,每周有2次病程记录,一次为上级医生查房,形式多为一问一答,一次为经治医生的查房,有的记录内容仅简单几行精神症状术语,如“患者妄想仍未动摇,自知力无,继续观察;”记载有“情感淡漠”、“意志要求缺乏”,“自知力恢复”等的,多缺乏具体内容反映,这样的记录如果一旦需要复核就很少具参考价值。

还有关于护理记录,护理记录在精神科临床具有非常重要的参考价值,记录要求与医生不

同,不要偏重于精神症状术语,重点要对患者的日常行为表现作客观记述,内容愈具体愈好。

### (三)医疗文书的几项特殊内容

下述所提的是几项医疗文书中常常疏忽,而需要提醒重视的几个内容。

1.关于出诊 现在精神卫生工作面临着新的形势,一方面人们对精神卫生知识日益重视,另一方面又忌讳社会对精神疾病的偏见,为此要求医生出诊的情况比前多起来了,但过去对出诊记录的要求并不严格,而实际上这类诊治形式的医患纠纷也在增多,因此需要引起医务界的高度重视。

由医院派出的出诊宜与门诊同样处理,而且要把对于病情处理的建议及对家属说明的内容等记述得更加细致,理由是可以作为一旦发生纠纷时的查考依据。最困难的是以私人身份的出诊,一般是因为熟人相托,诊疗后仅作口头说明,无任何书面记载,这种出诊形式虽造成纠纷的并不常见,但一旦发生却都是有口难辩。因此从理想的法律程序出发,最好能建立病历卡,而且一式两份,由医生及家属共同签字,双方各保留一份,可解释为便于今后继续诊疗的记忆。此病历不仅包括病情记录及用药情况,特别是关于医生的提醒问题及注意事项,例如有严重自杀意念的抑郁症患者,医生需提醒家属如何进行看护及强调住院治疗的必要性。当然,这种形式的医疗文书目前并不习惯,但从法律意义上说具有重要意义。

2.契约和合同 精神患者发生意外情况比较多见,所以这方面的法律手续也需特别重视,例如精神患者的住院契约、用药意外(尤其氯氮平、卡马西平等)告知、病情意外告知、院外活动及假出院告知、意外死亡的尸解手续等务必一一记录在案,并有监护人签名,这些资料应作为病历档案内容保存,以备查考。

3.病程记录 现在的病程记录普遍存在简单化倾向,内容单调,术语多而缺少具体描述。实际上,病程记录的来源是多方面的,包括下列内容。

(1)病情状况的演变:这是最通常的内容,要求既有专业术语,又有患者具体诉述。

(2)对精神症状剧变原因进行分析:在治疗过程中有的患者的精神症状会发生剧烈变化,如突然出现意识障碍、兴奋躁动等,则要分析其变化原因是本身疾病的过程,还是药源性反应,还是出现了其他躯体情况。

(3)分析躯体状况变化的原因:有时患者突然出现躯体症状,或者出现了某种阳性的实验室指标,则要进行针对性的分析,并说明采取了哪些治疗措施。

(4)家属会客反映:医生有必要经常主动接待家属,这不仅是医德问题,而且应视为治疗需要,应该及时把家属反映的病情情况进行详细记录。

(5)调查记录:当首次病史内容不详时,应开展有关调查,这些调查结果也应详细记录,包括被调查人姓名及反映内容。

(6)对诊断及治疗的分析意见:现在很多经治医生较重视病史的阶段性的总结,而缺乏主观见解,这样长此以往会影响自己的长进。实际上每个病例的情况都是不同的,例如遇到治疗效果不佳、诊断不明等,经治医生要养成独立思考,努力钻研的习惯,遇到疑难问题不要回避,而应查阅资料,在病程记录中阐明自己对有关问题的看法。尤其要变更诊断或治疗方案时,要充分阐明理由。

(7)向家属进行解释及说明某些特殊问题的记录:这主要是知情告知的有关情况,也包括

病情意外的说明,开展开放治疗、建议假出院及对家属自动出院的劝说等。有的内容还要求家属签字。

(8)病例讨论记录:包括医疗小组、全病区及全院讨论,除了记录精神检查的问与答之外,还要记录每位医生的意见。

现在对于上级医生查房记录有过分格式化的弊病,仅根据诊断标准一一列举,有时上级医生(尤其是主任医生)查房时分析了很多,但记录下来却只是千篇一律的格式,缺乏特点,其中一个重要原因是出于医疗质量检查规范化的要求,但是否可以把上级医生查房时发表的广泛内容和格式化记录形式结合起来,值得今后研究。

(9)意外情况记录:包括精神意外及躯体意外,例如患者突然倒地,发生癫痫发作,就要详细记录目睹情况,及时进行有关检查,并对发生原因进行分析。

患者发生自伤、自杀、自动离院、冲动及躯体危急状况,都应及时记录事件发生经过、采取的措施及与家属联系情况。

(10)死亡记录:包括疾病死亡和猝死,要详细记录事件过程、抢救的具体措施等,死亡时间要求记录正确。在这种场合,经常发生医生与护士记录时间互有出入的情况,需要特别注意。出具死亡证明要实事求是,例如猝死,就不宜称死亡原因是“呼吸循环衰竭”,上级医生要严格把关。

(11)会诊记录:每次会诊的意见要记录在当天的病程记录中。

(12)假出院及出院小结:凡每次的假出院及出院小结摘要需记录。

(13)其他诊疗记录的摘抄:凡有外院诊疗、病史及检查结果的都要一一摘抄下来。

4.如何记述供史的不同反映 有时几个供史人所反映的情况不完全一致,或者截然相反,则需根据这样的原则进行采纳:①重视监护人的反映,这是由监护人的法律地位所决定。②对患者接触较多的供史人,例如作为监护人的患者丈夫经常出门在外,则与患者住在一起的父母对其病情无疑更加了解。病史可按上述原则所收集的资料缮写,持有不同看法的供史人所反映材料可以记入病程记录中,确定诊断时应作全面考虑,不要偏听偏信,因为有时可以发现按上述顺序所采纳的病史不一定可靠和全面。必要时扩大范围进行调查。

### 三、查房

查房是医生病房工作的日常内容,贯穿于住院患者的始终,但查房宜采取何种形式进行,如何取得更好效果及上级医生通过查房如何对下级医生进行培养等一系列问题,对于平日担任临床任务的医生来说,并不一定十分讲究,因此往往仅做到完成一般任务,而缺乏特色。讲究查房质量不仅涉及医疗质量提高,而且是提高医生业务水平的重要环节。

#### (一)查房前的准备

“不打无准备的仗”,查房工作也是一样,事先要心中有数,才能做到有目的、有重点,一般在查房前要做好下列准备。

1.熟悉病史及病情 经治医生对所负责医疗患者的病史都应了如指掌,对病情变化也应掌握有数,这样才可能避免边翻阅病历卡边询问患者的弊病。