

国内最新精神卫生知识普及读本！

快速识别 心理障碍

袁勇贵 · 主编

目前在综合性医院或基层医疗机构就诊的人群中，1/3 为“单纯”心理障碍患者，1/3 为躯体疾病伴发心理障碍患者，1/3 为“单纯”躯体疾病患者。由此可见，2/3 的就诊患者需要接受心理精神科的干预。

长期以来，由于综合科室医师或基层医务工作者对心理障碍的识别较低，相当数量的心理障碍病人求医无门，或患者长期处于反复求医的“患病”状态中。提高综合科医师或基层医务工作者的精神卫生知识，提高其早期快速诊断和处理心理障碍的能力，就显得非常必要了。



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

国外最新精神医学知识普及丛书

快速识别 心理障碍

徐俊良 主编

本书以最新的精神医学知识为基础，结合临床实际，从快速识别心理障碍的角度出发，对心理障碍的识别、诊断、治疗进行了系统的阐述。本书可作为精神医学、心理学、临床医学等相关专业教材，也可供从事精神医学、心理学、临床医学等相关工作的医务人员、心理咨询师、心理治疗师等参考。

本书共分10章，主要内容包括：心理障碍概述、心理障碍的识别、心理障碍的诊断、心理障碍的治疗、心理障碍的预防、心理障碍的康复、心理障碍的司法鉴定、心理障碍的伦理学、心理障碍的流行病学、心理障碍的遗传学。本书可作为精神医学、心理学、临床医学等相关专业教材，也可供从事精神医学、心理学、临床医学等相关工作的医务人员、心理咨询师、心理治疗师等参考。

2018年12月第1版第1次印刷



上海科学技术出版社

快速识别心理障碍

快速识别心理障碍

主 编 袁勇贵

编 者 李英辉 李 磊 张钰群

毛圣芹 余来洪 袁勇贵

 东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

快速识别心理障碍 / 袁勇贵主编. —南京: 东南大学出版社, 2013. 4

ISBN 978-7-5641-4163-9

I. ①快… II. ①袁… III. ①精神障碍—基本知识
IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 068372 号

快速识别心理障碍

出版发行	东南大学出版社
出 版 人	江建中
责任编辑	褚 蔚(Tel:025-83790586)
社 址	南京四牌楼 2 号(邮编:210096)
网 址	http://www.seupress.com
经 销	全国各地新华书店
印 刷	南京玉河印刷厂
开 本	700mm×1000mm 1/16
印 张	12.75
字 数	250 千字
版 次	2013 年 5 月第 1 版
印 次	2013 年 5 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-5641-4163-9
定 价	28.00 元

(本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系。电话:025-83791830)

《中华人民共和国精神卫生法》中与综合性医院和 基层医疗卫生机构医务人员相关的法律条文摘录

第十七条 医务人员开展疾病诊疗服务,应当按照诊断标准和治疗规范的要求,对就诊者进行心理健康指导;发现就诊者可能患有精神障碍的,应当建议其到符合本法规定的医疗机构就诊。

第二十条 村民委员会、居民委员会应当协助所在地人民政府及其有关部门开展社区心理健康指导、精神卫生知识宣传教育活动,创建有益于居民身心健康的社区环境。

乡镇卫生院或者社区卫生服务机构应当为村民委员会、居民委员会开展社区心理健康指导、精神卫生知识宣传教育活动提供技术指导。

第二十九条 精神障碍的诊断应当由精神科执业医师作出。

医疗机构接到依照本法第二十八条第二款规定送诊的疑似精神障碍患者,应当将其留院,立即指派精神科执业医师进行诊断,并及时出具诊断结论。

第四十八条 医疗机构不得因就诊者是精神障碍患者,推诿或者拒绝为其治疗属于本医疗机构诊疗范围的其他疾病。

第六十五条 综合性医疗机构应当按照国务院卫生行政部门的规定开设精神科门诊或者心理治疗门诊,提高精神障碍预防、诊断、治疗能力。

第六十六条 医疗机构应当组织医务人员学习精神卫生知识和相关法律、法规、政策。

从事精神障碍诊断、治疗、康复的机构应当定期组织医务人员、工作人员进行在岗培训,更新精神卫生知识。

县级以上人民政府卫生行政部门应当组织医务人员进行精神卫生知识培训,提高其识别精神障碍的能力。

前 言

PREFACE

目前对在综合性医院或基层医疗机构就诊的人群构成已基本形成了共识,即“三三分”,也就是说,1/3 为“单纯”心理障碍患者,1/3 为躯体疾病伴发心理障碍患者,1/3 为“单纯”躯体疾病患者。由此可见,2/3 的就诊患者需要接受心理精神科的干预。

由于心理障碍是由生物、心理、社会多因素致病,且临床表现、症状结构错综复杂,因此常有诊断错误。由于漏诊和误诊,难以制定正确的治疗方案,而致延误治疗,从而错失最佳综合治疗时机。长期以来,由于综合科室医师或基层医务工作者对心理障碍的识别较低,相当数量的心理障碍病人求医无门,或患者长期处于反复求医的“患病”状态中。这除了增加患者的痛苦外,还存在着另两大危害。一是患者往往成为医疗资源的高度使用者,反复到医院各科就诊,重复做大量昂贵的检查、治疗,浪费大量医疗资源;另外,这种情况往往导致医患双方对诊疗活动均不满意,甚至引起医患矛盾增多、关系紧张。可见,这已是造成“看病难、看病贵、医患矛盾增加”的重要原因之一,应该引起各部门的重视。

《中华人民共和国精神卫生法》将于今年 5 月 1 日正式颁布实施,该法明确规定综合性医院医务人员和基层医务工作者需要具备识别可疑精神(心理)障碍的能力。然而门急诊工作内容广泛,病种多,又有着时间紧迫、环境干扰因素复杂等特点,要在尽可能短的门诊时间内迅速抓住病情要点并初步筛选出心理障碍患者,这对他们提出了更高的要求。因此,为提高综合科医师或基层医务工作者的精神卫生知识,提高其早期快速识别可疑心理障碍患者的能力,就显得非常必要了。编写这本内容覆盖面广而又简明扼要的诊疗工具书也就是为了达到这个目的。本书中每个疾病均按概述、可能病因、预警症状、问诊关

注、诊断依据和处理原则等条目分述,绝大多数疾病后均附上了典型病例。在问诊关注中,主要列出与该疾病诊断密切相关的问题,对一些通识性的问题,如精神疾病家族史、既往精神疾病史、个性特征等,不再一一列出。

本书主要供综合性医院内外妇儿各科医生或基层医务工作者使用,也可作为教师上岗前和在岗培训教材,还可供作为其他从事心理咨询和心理治疗人员的参考书,同时也是大众心理卫生知识的普及读本。

由于编者的水平局限以及成稿较为仓促之故,书中难免存在许多不足甚至谬误,希望广大读者不吝指出,以利改进!

袁勇贵
2013年1月9日

目 录

第一章 心境障碍	1
第一节 躁狂症	1
第二节 抑郁症	3
第三节 双相障碍	6
第四节 恶劣心境	9
第五节 环性心境障碍	10
第二章 神经症性障碍	12
第一节 恐惧症(恐怖症)	12
第二节 焦虑症	14
一、广泛性焦虑症	15
二、惊恐障碍	16
第三节 强迫症	19
第四节 神经衰弱	22
第五节 躯体形式障碍	24
第三章 癔症和应激相关障碍	27
第一节 癔症	27
第二节 急性应激障碍	30
第三节 创伤后应激障碍	32
第四节 适应性障碍	35
第四章 心理因素相关生理障碍	38
第一节 进食障碍	38
一、神经性厌食	38
二、神经性贪食	41
三、神经性呕吐	43

第二节 非器质性睡眠障碍·····	45
一、失眠症·····	45
二、嗜睡症·····	48
第五章 与文化相关的精神障碍·····	49
第一节 气功所致精神障碍·····	49
第二节 巫术所致精神障碍·····	50
第三节 恐缩症·····	51
第六章 人格障碍、性心理障碍、习惯与冲动控制障碍·····	53
第一节 人格障碍·····	53
第二节 性心理障碍·····	56
一、性身份障碍(易性症)·····	56
二、性偏好障碍·····	57
三、性指向障碍(同性恋)·····	59
第三节 习惯与冲动控制障碍·····	61
一、病理性赌博·····	61
二、病理性纵火·····	62
三、病理性偷窃·····	63
四、拔毛症(病理性拔毛发)·····	64
第七章 精神分裂症(分裂症)和其他精神病性障碍·····	66
第一节 精神分裂症·····	66
第二节 偏执性精神障碍·····	70
第三节 旅途性精神病·····	72
第四节 感应性精神病·····	73
第五节 分裂情感性精神病·····	75
第六节 周期性精神病·····	76
第八章 脑器质性精神障碍·····	79
第一节 阿尔茨海默病·····	79
第二节 血管性痴呆·····	81
第三节 急性病毒性脑炎所致精神障碍·····	83
第四节 脑瘤所致精神障碍·····	84
第五节 癫痫所致精神障碍·····	85

第九章 躯体疾病所致精神障碍	89
第一节 躯体感染所致精神障碍.....	89
第二节 人类免疫缺陷病毒(HIV)所致精神障碍.....	91
第三节 内脏器官疾病所致精神障碍.....	92
第四节 内分泌疾病所致精神障碍.....	93
第五节 营养代谢疾病所致精神障碍.....	95
第六节 系统性红斑狼疮所致精神障碍.....	96
第十章 精神活性物质所致精神障碍或非成瘾物质所致精神障碍	98
第一节 酒精所致精神障碍.....	98
第二节 阿片类物质所致精神障碍.....	100
第三节 镇静催眠药或抗焦虑药所致精神障碍.....	103
第十一章 童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍	105
第一节 儿童孤独症.....	105
第二节 多动障碍.....	109
第三节 品行障碍.....	113
第四节 儿童分离性焦虑症.....	115
第五节 儿童恐惧症(儿童恐怖症).....	116
第六节 儿童社交恐惧症.....	117
第七节 儿童广泛性焦虑症.....	118
第八节 选择性缄默症.....	120
第九节 抽动障碍.....	121
第十节 精神发育迟滞.....	122
第十二章 精神药物严重副反应	126
第一节 急性肌张力障碍.....	126
第二节 静坐不能.....	127
第三节 药源性帕金森氏综合征.....	128
第四节 迟发性运动障碍.....	129
第五节 恶性综合征.....	130
第六节 粒细胞缺乏症.....	131
第七节 5-羟色胺综合征.....	132
第八节 戒断综合征.....	134

第十三章 新型精神药物	136
第一节 抗抑郁药	136
一、文拉法辛	136
二、度洛西汀	136
三、米氮平	137
四、阿戈美拉汀	138
五、氟西汀	138
六、帕罗西汀	139
七、舍曲林	139
八、氟伏沙明	140
九、西酞普兰	140
十、艾司西酞普兰	140
十一、舒肝解郁胶囊	141
第二节 抗焦虑药	142
一、丁螺环酮	142
二、佐匹克隆	143
三、右佐匹克隆	143
四、唑吡坦	143
五、扎来普隆	144
第三节 抗精神病药	144
一、奎硫平	144
二、奥氮平	145
三、阿立哌唑	145
四、齐哌西酮	146
五、利培酮	146
第四节 心境稳定剂	146
一、拉莫三嗪	146
二、加巴喷丁	147
三、丙戊酸钠	147
四、碳酸锂	147
第五节 益智药	148
一、多奈哌齐	148
二、美金刚	148
三、卡巴拉汀	149
四、石杉碱甲	149

第十四章 心理治疗	150
第一节 概述	150
第二节 精神分析治疗	151
第三节 认知疗法	152
第四节 行为疗法	154
第五节 个人中心疗法	156
第六节 家庭治疗	157
第七节 森田疗法	159
第八节 团体心理治疗	161
第十五章 精神科常用评定量表	163
一、抑郁自评量表(SDS)	164
二、焦虑自评量表(SAS)	165
三、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)	166
四、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)	166
五、激惹、抑郁和焦虑自评量表(IDA)	167
六、快感体验能力量表	169
七、惊恐障碍严重程度量表(PDSS)	170
八、YALE-BROWN 强迫量表	172
九、酒依赖戒断综合征评定表	174
十、简易智力状态检查(MMSE)	175
十一、长谷川痴呆量表(HDS)	177
十二、日常生活能力量表(ADL)	178
十三、哈金斯基缺血指数量表(HIS)	178
十四、克氏行为量表(CBS)	179
十五、婴幼儿孤独症筛查量表(CHAT)	180
十六、多伦多述情障碍量表(TAS-20)	181
十七、A 型行为类型问卷(TABP)	183
十八、社会功能缺陷筛选量表(SDSS)	186
十九、生活事件量表(LES)	187
二十、社会支持评定量表(SSRS)	190



第一章

心境障碍

第一节 躁狂症

躁狂症状有“三高”，情绪高涨易激惹，思维奔逸自评高，活动增多精力旺，社会功能受损重，病程持续达一周。

【概述】

躁狂症是指一种在一段明确的时间内有异常而持续的心境高涨、夸大或易激惹为特征的精神疾病。典型躁狂症患者通常会伴有言语增多、思维奔逸、随境转移、睡眠需要减少、有目的的活动增加或精神运动性激越以及冒险轻率行为等症状。多数患者发作比较突然，在几天或几小时内迅速加重。有些患者躁狂发作会在数天、数周或数月内自行缓解。一生仅有躁狂发作的患者很少见，绝大部分躁狂症患者之前或之后有过严重的抑郁发作。

【可能病因】

1. 遗传因素 双相障碍的基因定位于 11p15.5。
2. 5-羟色胺(5-HT)的增高与躁狂症有关；躁狂症时尿中去甲肾上腺素(NE)的代谢产物 3-甲氧基-4-羟基-本乙二醇(MHPG)含量增高；躁狂发作时 DA 功能增高；肾上腺素能神经元过度活动，可导致躁狂。
3. 躁狂发作时脑电图中多显示高 α 频率或出现高幅慢波。
4. 社会心理因素。

【预警症状】

主要表现为“三高”症状，即情绪高涨、思维奔逸、活动增多。

【问诊关注】

1. 如首次发病，应询问发病前有无应激性生活事件，有无躯体疾病、颅脑外伤、手术、滥用酒精、服用某些药物(抗抑郁药物)等情况，还要明确起病快慢程度，确立症状开始出现的时间点，明确病情由轻到重的演变过程。



2. 如复发,重点询问首次发作和本次发作情况,并要询问既往躁狂发作次数、持续时间、诊疗情况、间歇期时间和社会功能情况,有无抑郁发作史。

3. 有无情感障碍家族史,有无躯体疾病史或物质滥用史。

【诊断依据】

1. 出现时间界限明显的并且持续至少一周的(或更短时间,只要达到必须住院程度)情感异常表现。

2. 以情绪高涨或易激惹为主,并至少有下列中的3项(若以易激惹为主,至少需要以下4项):①注意力不集中或随境转移;②语量增多;③思维奔逸(语速增快、言语急促等)、联想加快或意念飘忽的体验;④自我评价过高或夸大;⑤精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静,或不断改变计划和活动;⑥鲁莽行为(如挥霍、不负责任,或不计后果的行为等);⑦睡眠需要减少;⑧性欲亢进。

3. 既往可能有躁狂发作的病史,但无抑郁发作史。可有情感障碍或精神分裂症家族史。

4. 严重损害社会功能,或给别人造成危害或不良后果。

5. 排除躯体疾病或药物,以及精神活性物质所致的继发性躁狂(如甲状腺功能亢进、抗抑郁药治疗以及酒精等)。

【处理原则】

1. 可予碳酸锂或丙戊酸钠治疗。锂盐如要加量,必须在每周监测血药浓度下进行,安全血药浓度范围应为 $0.8\sim 1.0\text{ mmol/L}$ 。

2. 在躁狂发作的急性期,必须要辅以中小剂量抗精神病药,如利培酮等。

3. 对于睡眠减少的患者,可予艾司唑仑或氯硝西泮等改善睡眠,加强镇静作用。

4. 加强日常监督,以防冲动行为的发生。不合作患者,建议转精神科病房住院治疗。

【典型病例】

一般情况:患者刘某某,男,19岁,高中,未婚,无业。

主诉:渐起兴奋,话多两周。

现病史:患者两周前无明显诱因出现异常兴奋,表情欢乐,心情愉快,精力充沛,逐渐加重。患者自觉能力很强,自行去英语教育行业应聘,写调解信给之前有矛盾的邻居,写散文、诗歌送给学校的老师表示感恩,并在众人面前激情演讲2小时不感劳累,自学甲骨文,买了很多书自学哲学,言语较前明显增多,语速快,“脑子里自然而然冒出很多想法”,“姑姑来了,拉住不停讲了三个小时”,讲到激动时流下眼泪,作息时间紊乱,不按平常时间进食、睡眠,夜间兴奋,常常熬夜上网、看书。患者花钱多,花数千块钱买外文哲学书籍,其父母因家庭条件较差,对其进行劝阻,就情绪激动,大喊大叫,摔砸物品。患者病程中无明显情

绪差,无疑人害己,无凭空闻声视物。

既往史:无特殊。

个人史:患者第1胎,母孕期正常,足月平产,体格与智力发育均正常,童年无不良遭遇。7岁上学,成绩一般,18岁高中毕业,未考入大学,目前无业,人际关系一般。患者平时无特殊兴趣爱好,不嗜烟酒。

个性特征:发病前性格内向温和,公众场合少语,不善与人交际。

家族史:其小姑近几个月出现无故骂人、话量增多等情况,曾住南京脑科医院治疗,具体不详。

体格检查:意识清晰,生命体征正常,心肺腹(一),神经系统(一)。

精神检查:神清,定向正确,接触主动,表情愉悦,心境高涨,兴高采烈,思维奔逸,整日滔滔不绝、口若悬河,夸大观念,觉得能力非常强,是“第二个俞敏洪”,活动增多,精力充沛,在病房不停走来走去,写诗、朗诵、读外文,鲁莽行为,自控能力下降,易激惹。睡眠减少。认为自己状态很好,没有病,是因为妈妈要求才住进医院的,无自知力。

辅助检查:血常规、尿常规、生化全套、心电图、脑电图、脑电地形图均正常。B超:肝胆胰脾肾未见占位;头颅MRI:平扫未见明显异常;胸片:未见明显异常。

Young 躁狂量表:34分。

诊断:躁狂症。

第二节 抑郁症

抑郁症状有“三低”,情感低落无兴趣,
思维缓慢言语少,意志减退活动慢,
社会功能受损重,病程持续达两周。

【概述】

抑郁症是指在持续至少两周的每天的绝大部分时间内出现的以情绪低落或兴趣丧失为主要表现的,并且造成患者社交、职业功能损害或精神痛苦的一组临床症状群。患者除了有上述症状外,还同时伴有食欲改变、睡眠障碍、精力丧失、无价值感、犹豫不决,甚至出现自杀观念与自杀行为等伴随症状。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。在2001—2005年中国四个省的调查中发现,抑郁症的月患病率为6.0%,农村患病率(2.24%)高于城市(1.57%)。



【可能病因】

1. 遗传因素 抑郁症先证患者一级亲属中抑郁症发病率较正常人一级亲属高 2~3 倍,并有早发遗传现象;而且随血缘关系的疏远,患病概率下降。

2. 神经生化病理假说 ①研究发现 5-HT 直接或间接参与调节人的心境。②去甲肾上腺素(NE)假说。③研究发现某些抑郁症患者脑内 DA 功能降低;抑郁发作时脑脊液和尿中 DA 代谢产物高香草酸(HVA)水平均降低。④有研究显示抑郁症脑脊液和血浆中 GABA 含量下降。⑤第二信使系统。

3. 神经内分泌功能失调 ①抑郁症患者垂体-肾上腺轴功能的异常与下丘脑 CRH 分泌的增强有关。②抑郁症患者可出现甲状腺素分泌的昼夜节律的消失,血浆甲状腺释放激素(TSH)显著降低,游离 T₄ 显著增加。③生长激素(GH)的分泌存在昼夜节律,于慢眼动睡眠期达到高峰,而抑郁症患者这种峰值变平坦。

4. 神经电生理研究 ①抑郁症患者睡眠 EEG 表现为总睡眠时间减少,觉醒次数增多;快眼睡眠(REM)潜伏期缩短,且与抑郁严重程度呈负相关。②许多抑郁症患者存在 EEG 改变,多倾向于低 α 频率。③抑郁发作时 BEP 波幅减小,并与抑郁严重程度相关。

5. 神经影像学研究发现 ①抑郁症患者的侧脑室扩大;壳核的体积和容积均较正常对照组小,并有萎缩现象;白质深层和皮质下灰质可检测到高强度 MRI 信号。②抑郁症患者左额叶局部脑血流量(rCBF)降低,降低程度与抑郁的严重程度呈正相关。

6. 心理社会因素。

【预警症状】

临床以典型的“三低”症状为主要表现,即思维缓慢、情感低落、意志减退。患者总是高兴不起来、反复想死、不明原因的消瘦等均要引起重视。

【问诊关注】

1. 如首次发病,应询问发病前有无应激性生活事件、有无躯体疾病、颅脑外伤、手术、妊娠、酒精滥用、某些精神活性物质滥用等情况,还要明确起病快慢程度,确立症状开始出现的时间点,明确病情由轻到重的演变过程。

2. 如为复发,重点询问首次发作和本次发作情况,询问要点同上,并要询问既往抑郁发作的次数、持续时间、诊疗情况、间歇期时间及社会功能情况,有无躁狂发作经历。

3. 有无情感障碍家族史,或精神疾病家族史,有无躯体疾病史或物质滥用史。

【诊断依据】

1. 通常具有程度不同的生活事件的诱发。病情发生快慢不等,至少已持



续2周。

2. 临床以典型的“三低”症状为主要表现。严重者会有自杀观念和行為。有些不典型抑郁患者会伴有明显的焦虑症状或躯体不适主诉,需加以体会。

3. 女性患者既往可有经前期紧张综合征、产后抑郁症及更年期综合征史。可有情感障碍或精神分裂症家族史。

4. 社会功能受损,给本人造成痛苦或不良后果。

【处理原则】

1. 抗抑郁药治疗 对于轻度到中度的抑郁症患者,可在门诊继续药物治疗。目前常用的抗抑郁药物如下:

①选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(SSRIs):主要有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰及艾司西酞普兰。此类药物需要剂量较少,使用方便,安全性高,副作用少,已成为一线主要用药。

②选择性5-HT和NE再摄取抑制剂(SNRIs):如文拉法辛及度洛西汀。

③NE及特异性5-HT抗抑郁药(NaSSA)。

④三环类抗抑郁药(TCAs):因其副作用较多,目前临床使用已越来越少。偶用于难治性抑郁患者,或小剂量用于改善睡眠。

2. 对于合并有精神病性症状的患者,可短期对症使用抗精神病药物,如奋乃静、利培酮、氟哌啶醇等。

3. 对于焦虑合并严重失眠的患者,可合并使用抗焦虑药,如阿普唑仑、氯硝西泮、咪达唑仑等。

4. 对有明显心理社会作用的抑郁症患者,在药物治疗的同时常需合并心理治疗,如支持性心理治疗、认知治疗、行为治疗、人际心理治疗、婚姻及家庭治疗等。

5. 如患者症状严重,存在强烈的自杀企图,建议转精神科病房住院治疗。

【典型病例】

一般情况:李某,女,52岁,某河道管理处办公室职员,已婚,高中文化。

主诉:反复发作情绪低、少语、自罪四年余,再发三周。

现病史:四年前患者所在单位领导在年终总结会上发言时强调,职工利用职务之便所得物品要充公。患者当天下班回家后即表现闷闷不乐,吃饭也没胃口,当晚彻夜难眠,其后几日开始以身体不适为由请病假在家,数日后出现长吁短叹、少言寡语、食少纳差、不好活动,做任何事情都没有兴趣,对以前喜欢看的电视剧或养花也提不起精神,长时间卧床,诉周身乏力。家人反复询问,患者则回答说:“我有罪”,“我拿公家的东西”,“我是贪污犯”等等。生活对话也缓慢简短,声音低沉,一日三餐也需家人督促方可勉强进食少许。家人劝其就医,患者表示拒绝,说自己是“罪有应得”、“不要再浪费钱了”、“我还是死了的好”。去妇