

HANDBOOK

精神科临床技能操作手册

赵振环 | 主 编
邓河晃 郑洪波 | 副主编



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

HANDBOOK

精神科临床技能操作手册

主 编 | 赵振环
副主编 | 邓河晃 郑洪波
编 委 | 郭建雄 张璐璐 徐文军 殷青云
关艳华 江 帆 李敏慧



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS
中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科临床技能操作手册/赵振环主编; 邓河晃, 郑洪波副主编. —广州: 暨南大学出版社, 2008. 4

ISBN 978 - 7 - 81079 - 965 - 2

I. 精… II. ①赵…②邓…③郑… III. 精神病—诊疗—技术培训—教材 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 004059 号

出版发行: 暨南大学出版社

地 址: 中国广州暨南大学

电 话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85220693 (邮购)

传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

邮 编: 510630

网 址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

排 版: 暨南大学出版社照排中心

印 刷: 广州市怡升印刷有限公司

开 本: 890mm × 1240mm 1/32

印 张: 9.625

字 数: 270 千

版 次: 2008 年 4 月第 1 版

印 次: 2008 年 4 月第 1 次

印 数: 1—4000 册

定 价: 18.00 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

前 言

随着卫生部等四个部门制定颁发的《中国精神卫生工作规划(2002—2010)》及2002年9月由国务院颁发的《医疗事故处理条例》的正式实施,我们迎来了精神卫生事业蓬勃发展的机遇,同时这也对医疗质量和医疗服务提出了更高的要求。2005年,卫生部、中医药管理局通知在全国开展“以病人为中心,以提高医疗服务质量”为主题的医院管理年活动,使我们更深刻地体会到加强医务人员“三基三严”(基础理论、基本知识、基本技能,严格管理、严谨作风、严厉措施)的训练对提高医疗服务质量的重要性。

精神科“三基三严”的训练,不仅要求精神科医务人员具备系统的医学基本理论知识,还必须具备熟练的专业技能。为了促进精神科医务人员队伍的建设,提高医务人员的业务素质,促使临床实践技能操作逐渐步入科学化、规范化、标准化的轨道,我们参考目前国内外精神科临床技能操作的相关书籍,编写了这本《精神科临床技能操作手册》。本书共分为11章,力求简单和具有可操作性,我们衷心希望该手册对精神科基层医务人员、心理咨询从业人员以及大学本科生的临床工作有所帮助。

由于本手册编写时间仓促,编者水平有限,书中纰漏难免,恳请各位读者批评指正,以便及时修订。

编 者

2007年10月25日

目 录

前 言	(1)
第一章 精神检查与书写要点	(1)
第一节 病史询问要点	(1)
第二节 精神检查要点	(5)
第三节 病历书写要点	(10)
第四节 诊断思路要点	(11)
第二章 精神科急症	(14)
第一节 心脏、呼吸骤停	(14)
第二节 昏迷	(17)
第三节 谵妄状态	(23)
第四节 癫痫持续状态	(24)
第五节 兴奋状态	(28)
第六节 木僵状态	(31)
第七节 惊恐发作	(33)
第八节 自杀	(34)
第九节 自伤	(36)
第十节 暴力行为	(37)
第十一节 拒食	(40)
第十二节 精神药物中毒	(41)
第十三节 精神科常见意外事件	(50)
第十四节 精神药物严重不良反应	(53)
第十五节 与精神活性物质滥用相关的急症	(58)

第三章	常见精神疾病治疗要点	(64)
第一节	精神分裂症治疗要点	(64)
第二节	抑郁障碍治疗要点	(66)
第三节	强迫症治疗要点	(68)
第四节	焦虑症治疗要点	(70)
第四章	物理治疗与检查	(72)
第一节	电痉挛治疗	(72)
第二节	无抽搐电痉挛治疗	(75)
第三节	无创辅助通气治疗	(78)
第四节	睡眠呼吸监测	(80)
第五节	睡眠呼吸监测过筛试验	(81)
第六节	脑电图检查	(82)
第七节	动态脑电图	(89)
第八节	脑电地形图检查	(90)
第九节	脑诱发电位检查	(92)
第十节	眼动检查	(100)
第十一节	经颅多普勒超声检查	(101)
第十二节	腰椎穿刺	(103)
第五章	临床评定量表	(106)
第一节	概述	(106)
第二节	常用自评量表	(107)
第三节	常用他评量表	(113)
第四节	老年用量表	(142)
第五节	儿童用量表	(146)
第六节	常用睡眠评定量表	(149)
第六章	心理测验的临床应用	(153)
第一节	能力测验	(153)
第二节	人格测验	(157)

第三节	发展量表	(166)
第四节	适应行为量表	(167)
第五节	神经心理测验	(169)
第七章	心理咨询	(172)
第一节	个体心理咨询	(176)
第二节	团体心理咨询	(181)
第八章	心理治疗	(183)
第一节	建立良好治疗关系的技术	(184)
第二节	解释性心理治疗	(188)
第三节	精神分析及分析性心理治疗	(189)
第四节	行为疗法	(192)
第五节	认知治疗	(205)
第六节	支持性心理治疗	(207)
第七节	暗示性心理治疗	(210)
第八节	婚姻治疗	(211)
第九节	家庭治疗	(213)
第十节	生物反馈疗法	(216)
第十一节	催眠疗法	(219)
第十二节	危机干预	(222)
第十三节	集体心理治疗	(224)
第十四节	森田疗法	(229)
第九章	康复治疗与评估	(234)
第一节	工娱治疗	(234)
第二节	音乐治疗	(236)
第三节	职业康复	(236)
第四节	康复评估	(237)

第十章	儿童精神科常用心理治疗及培训	(248)
第一节	游戏治疗	(248)
第二节	行为矫正	(250)
第三节	认知行为游戏治疗	(252)
第四节	社交技能训练	(254)
第五节	儿童认知能力培训	(258)
第六节	语言培训	(259)
第七节	感觉统合训练	(261)
第八节	辅导父母	(263)
第十一章	精神科护理	(266)
第一节	入出院护理	(266)
第二节	特殊护理	(267)
第三节	护理安全管理	(270)
第四节	接触交流技巧	(272)
第五节	心理护理	(275)
第六节	家庭康复与护理	(278)
第七节	常用护理操作	(283)
第八节	护理告知	(289)
第九节	护理应急预案与处理程序	(293)
参考文献		(300)

第一章 精神检查与书写要点

通过病史采集和精神检查客观而准确地收集临床资料，并将这些资料系统而均衡地加以组织，这种技能取决于精神科医师所具备的临床定义与征象的可靠知识；缺乏这种知识，精神科医师便难免将现象错误地归类，从而作出不正确的诊断。本章主要讨论如何进行病史采集、精神检查与病历书写。

第一节 病史询问要点

一、精神科病史提供的特点

由于病人精神异常，往往否认有病，不能意识到自己的症状或者异常行为的严重程度，因此与其他临床科室不同，精神科的病史是由其他知情者提供的。与病人父母或其他亲属的晤谈可以获得有关病人的详细信息，医师应评估他们对待病人及其患精神疾病的态度，了解疾病对家庭造成的负担和他们的应对方式，并使他们参与到治疗计划中来。尤其是病人的配偶或其他家属对病人病情与人格等的看法有着重要的价值，还能提供疾病给病人造成的功能障碍和对其他人的影响等相关情况。如果想要了解病人幼年的情况，检查者可通过与其父母或年长同胞的晤谈得到重要信息。在晤谈开始时，医师应该解释晤谈的目的；在晤谈结束时，如果没有得到被访者的允许，就不应让病人知道其亲属所提供的内容。

提供病史者往往缺乏精神病专业知识，或者带有某些主观偏见，故医师除口头询问外，还要收集病人在发病前后的其他材料（如书信、笔记等），这些往往会反映出病人的个性心理特征、思维内容及情感体验。而儿童病人的病史采集，应注意观察家长的情

绪变化，必要时请患儿的老师补充。

二、采集提纲

表 1-1 按照《广东省病历书写规范》（广东省卫生厅编印）归纳了精神科病史采集所要求的条目，其后以注解的形式对其内容加以解释，部分内容可参考本章第三节，若需要更详细的精神病学评估知识，可参阅 Cooper 和 Oates 的著作。^①

表 1-1 精神科病史提纲

病人一般资料
病史陈述者及其与病人的关系
现病史
既往史
个人史
家族史

（一）病人的一般资料

主要包括姓名、性别、年龄（儿童最好填写出生年月）、婚姻状况、职业、出生地、民族、文化程度、宗教信仰、住址及联系方式。

（二）病史陈述者及其与病人的关系

- （1）病史陈述者姓名，与病人的关系。
- （2）检查者对病史陈述者的可靠性的印象。

（三）现病史

- （1）精神障碍的起病时间、起病形式。
- （2）主要临床症状：每项症状的具体表现，症状之间的相互联系，各症状出现的先后次序、持续时间及诊疗经过等。描述时应

^① *The Principles of Assessment in General Psychiatry*. In the new Oxford textbook of psychiatry, Chapter 1.10.1. Oxford: Oxford University Press, 2000

客观，对有诊断意义的临床症状更应详细记录并举例说明。

(3) 症状与躯体疾病、心理、社会问题及环境之间的关系。

(4) 病后的社会功能：任何继发性损害、残障或功能不良的性质及持续时间均应记录。

(5) 曾接受的治疗措施。如复发病例，则应记录既往的诊断、治疗及疗效，以对目前诊治提供参考。

(四) 既往史

既往史指患者过去的健康和疾病情况，重点询问精神病史，药瘾酒瘾史，颅脑外伤史，自杀或自伤史，癫痫病史，有无感染、高热、昏迷等内容。

(五) 个人史

在诊断精神障碍中，这是一个非常重要而又很容易被忽略的问题，这个项目的内容主要包括以下几个方面：

(1) 妊产史：指患者的母亲在怀孕时的情况。其内容包括妊期有无感染、饮酒、服用药物（特别是镇静催眠药物）、吸毒、受X射线照射等情况。生产时有无宫内室息或使用助产器械如胎头吸引器、产钳助产等情况。此外，妊期母亲有无精神创伤，和配偶的关系如何等内容也应了解。

(2) 早期发育情况：包括生理和心理发育两方面的情况。关于生理发育情况应了解何时会爬、坐、行、走以及一般营养状况；关于心理发育情况一般应了解何时会哭、何时会认人、何时会讲话、对亲人的情绪反应以及一些特殊行为的发展，如排大小便训练、拿筷子训练等是否顺利。

(3) 早期受教育情况：这里所说的早期受教育主要是指学龄前的家庭教育。其内容包括家庭教育的基本模式是什么，是以打骂为主还是说服为主，或者漠不关心，在进行教育时，父母是否有耐心；父母以及其他家庭成员的教育方法和要求是否一致；对家庭的基本文化背景和观念也应进行了解。

(4) 学校受教育情况：包括了解患者在学校（小学、中学、职业学校、大学等）时的成绩，所爱好的学科、人际关系（和同学及老师）以及在校期间有无违法违纪的行为。若在上述资料中

发现问题，应该了解相应的原因。例如，成绩不好是否与家长太忙、躯体疾病、对所学课程不感兴趣、智力高于一般水平有关，因此对所学课程不满足，不认真听课，不按时完成作业，从而导致成绩下降，或者是由于智力水平低于一般人而成绩不好。

(5) 工作情况：包括了解能否胜任工作，人际关系（工作中与同事、上下级的关系）如何，是否毫无理由地经常改变工作，是否有经常违反劳动纪律的行为（迟到、早退、旷工、怠工）或违法行为。了解这些情况的目的是要从这些情况中得到病人工作能力以及人格方面的资料。

(6) 重大生活事件：主要指在过去的生活经历中的重大精神创伤，如失恋、失身、在政治运动中受到重大打击等。了解这些情况的目的是为了进一步探索这些生活事件和目前精神障碍的关系，以确定精神障碍可能的原因。

(7) 婚姻状况：了解的内容包括配偶的个性、文化程度，双方性生活是否协调，双方关系如何等。同时，也应该了解对方有无精神障碍或其他方面的严重问题，如性变态、婚外恋等。这方面的资料有助于了解患者的家庭生活背景。

(8) 个性特征：主要了解个人倾向性方面的内容，如个人的兴趣、爱好、理想、信念等。同时也应该了解情感反应的模式、行为模式及认知模式。例如，对于自身不利的事件，情感反应通常是悲伤、愤怒还是恐惧；是积极采取行动，克服困难，以摆脱该事件给自己带来的不利影响，还是采取回避的态度。此外，还应了解患者病前的人格有无异常。

（六）家族史

家族中父母两系三代的健康状况、死亡原因，有无遗传性疾病、免疫性和精神性疾病。尤其应了解家庭成员的人格特点、其与患者的关系以及家庭成员中有无精神病、自杀、吸毒、酒瘾等情况。了解这些情况，对于精神障碍的诊断以及对患者躯体和精神康复的指导都是重要的。

第二节 精神检查要点

检查者通过与患者的交谈和观察来全面了解患者精神领域各个方面的情况，主要涉及病人受检当时的症状与行为表现，可能发现一些未能表现的症状，如幻觉妄想的具体细节、抑郁病人的自杀观念等，它是临床诊断的重要依据。

一、精神检查的一般原则

- (1) 检查前应熟悉病史，掌握有关线索和询问重点，建立良好的医患关系。
- (2) 对不同对象采取不同的交谈方法。
- (3) 不轻易打断患者的谈话，善于引导启发。
- (4) 不过早评论患者的谈话和给予说服指导。

二、精神检查的方法

精神检查的方法主要分为非定式、半定式和定式精神检查三种方法。非定式精神检查给检查者很大的自由度，但不足之处在于所采集到的资料很大程度上取决于临床医师的个人学术风格及人格特点，这样收集到的资料有时与各种诊断标准所要求的内容相差甚远，并且不同的医师对同一患者进行精神检查所得到的结果也不尽一致。基于这些原因，发展了精神检查及诊断量表，这些量表的共同特点是对精神检查的过程，如检查各症状的提问方式、精神检查中所必须涉及的症状以及对各症状严重程度和临床意义等方面均作了统一规定。有的量表虽对以上各项作出了一定规定，但给检查者留有一定余地，采用这类量表所进行的精神检查称为“半定式精神检查”。有的量表不但对检查顺序明确规定，而且连提问的词和句都进行了严格规定，要求检查者在检查中必须完全按照要求执行，采用这类量表进行的精神检查称为“定式精神检查”，多用于科研病例。

三、精神检查的提纲

表 1-2 归纳了精神检查的简要提纲，具体说明如下。

表 1-2 精神检查的提纲

合作病人	一般情况	
	认知活动	感知觉：错觉、幻觉、感知觉综合障碍 思维活动：思维活动的内容、形式 注意力 智能：常识、判断及理解力、抽象概括能力、计算力、记忆力
	情感活动	
	意志行为	
不合作病人	一般情况、意识状态、面部表情和情感反应、言语、动作及行为	
意识障碍的判断	言语功能、对言语的理解和反应、定向力、注意力、情感反应、日常活动	

（一）合作病人的精神检查

1. 一般情况精神检查

精神检查的一般情况包括病人的年貌是否相符，衣着是否适时（衣着的季节特点、性别特点，有无着奇装异服等情况），入院形式（自动入院、强行入院），患者是否意识清晰，定向力是否准确，对医务人员及周围人群的态度（友好、主动接触或置之不理、接触被动或怀有敌意），生活能否自理以及对自己的精神症状有无自知力等。

2. 认知活动方面

（1）感知觉。检查患者有无错觉、幻觉及感知觉综合障碍。要注意错觉、幻觉、感知觉综合障碍的种类、性质、强度、广度、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。

(2) 思维活动。观察患者谈话速度的快慢,谈话内容的多少,言语的条理性及逻辑性等情况,以了解有无思维形式、内容及逻辑方面的障碍。

(3) 注意力。观察患者是否存在注意减退或注意涣散,有无注意力集中方面的困难。

(4) 智能。准确的智能检查应通过正式的智能测验后得出智商(IQ)值。而临床上的粗测可以作为初步了解病人智能水平的手段,其内容包括以下五个方面:

①常识检查。它主要了解患者对一般社会、自然的认识及其掌握的日常生活中的知识,如说出国家领导人或其他国家的领导人、重大节日(春节、端午节、国庆节等)的具体日期、美国地处哪一洲、一年中有几个季节等。

②判断、理解力检查。可提出下面一些问题进行判断、理解能力方面的检查:树上有10只鸟,一枪打下1只后还剩下几只?鱼缸中有5条金鱼,死掉1条后还剩下几条?生日蛋糕上有10支蜡烛,风吹熄了3支,最后应剩下几支?一口井有3米深,一只在井底的青蛙一次能跳1米高,需跳几次才能跳出来?……检测判断、理解能力还可通过患者对词汇的理解来进行,例如,可询问患者“狼狈为奸”、“心心相印”、“胡作非为”等比喻什么。

③抽象概括能力检查。抽象概括是在分析和综合的基础上进行的,可通过患者对一事物与另一事物的共同点及其区别的认识来进行判断。例如,可让患者说出一些事物或概念,如树与小鸡、桌子与椅子、火车与飞机、钢笔与毛笔、表扬与批评等的共同之处,以及一些事物或概念如鸡与鸭、小孩与矮子、牛与马、谦虚与自卑等的不同之处。

④计算力检查。计算力的检查主要是对患者进行加、减、乘、除运算及其混合运算的检查,此外,还包括一些涉及日常生活的应用题的检查。采用应用题检查的目的在于了解应用计算于实际生活的能力和对这些问题的理解能力,同时对一些文化程度很低者而言,对计算力的检查十分有帮助,因一些文化程度很低者不一定懂

15 乘 3 等于多少,但对于 3 个鸡蛋卖 2 元 5 角,若要买 15 个该付多少钱则能准确无误地快速答出。检测患者的计算力时,若口算应答自如,表明其计算力良好;若口算差,并不能下计算力差的结论,而应该进一步检测笔算能力,因为口算可受注意力的影响。若口算、笔算均差,才可下计算力差的结论。

⑤记忆力检查。记忆力检查可以分项进行。例如,可通过要求患者正背和倒背数字来检查其瞬时记忆和机械记忆(正常人通常正背数字应达 6 位,而倒背数字应达 4 位);可通过要求患者复述一个小故事来了解其逻辑记忆;可通过询问患者近几天的事物(如昨天有谁前来探视,早餐吃的是什么等)来了解其近记忆;还可通过患者对早期经历及一些生活中重大事件的回忆来了解其远记忆。

3. 情感活动方面

它主要是通过观察患者的外在表现(如表情、言谈、举止)和了解其内心体验来综合判断患者是否存在情感障碍。例如,观察到患者动作迟缓、语流慢、声调低、表情沮丧,再加上患者自诉情绪不好,便可得出该患者情绪低落的结论。在情感方面的检查中,需注意了解导致情感障碍的原因,例如,是由某种外界精神刺激所致,或无缘无故产生,或由幻觉、妄想所致等。还应注意患者的情感障碍种类、性质、强度、广度、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。

4. 意志行为方面

它要注意意志行为的指向性、自觉能动性、坚定性、果断性、切实可行性等方面的障碍,并观察患者是否有运动性兴奋、抑制以及一些怪异行为、冲动行为、自伤及自杀行为。

(二) 不合作病人的精神检查

由于意识不清,缺乏自知力或其他精神症状的影响,病人不能主动配合,医务人员和患者无法进行有效交谈。此时的精神检查只能通过检查者的观察来进行。观察项目有一般情况(与前述基本一致)、意识状态、言语、面部表情和情感反应、动作及行为。

（三）意识障碍的判断

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。若患者存在明显的意识障碍，判断并不困难。但对于轻度意识障碍的判断则有一定困难，此时应特别注意。意识障碍包括清晰度、意识范围、意识内容等方面的障碍，因此，对如何判断意识障碍很难有一个统一标准。在实际临床工作中，一般以下列项目作为判断的指标：

（1）言语功能。主要是看患者能否正确运用言语来表达自己的思想。表达的形式有口头和书面两种。在一些器质性病变影响到运动功能时，患者可能出现书写困难，此时观察患者的口头表达是十分重要的。判定口头表达是否正确，最基本的是看患者回答的问题是否切题；另外，应注意患者是否有思维不连贯的情况。

（2）对言语的理解和反应。主要观察患者对检查者的言语能否理解，并作出相应的反应，能否按照检查者的指令选择执行。例如，检查者可叫患者睁眼、闭眼、抬右脚、举左手或用左手摸右耳垂等。若患者执行无误，则表明对言语的理解和反应正确；反之，则表明这一方面有障碍。

（3）定向力。在无记忆力障碍的情况下，定向力障碍是提示意识障碍的重要指标之一。定向力包括时间、地点、人物及自身的定向。在意识障碍的情况下，上述几种定向力随意识障碍的加重而依次受到影响，恢复时则相反。

（4）注意力。注意是在心理活动中对某事物的指向和集中。注意包括被动注意和主动注意。前者是没有预定目的，无任何意志活动参与，并且不受人自觉调节和支配的注意；而后者则是有目的，需要一定的意志努力，并受人自主调节和支配的注意。人在进行任何心理活动时，均需将其活动指向或集中于某事物。有意识障碍的情况下，注意力会受到影响，主要表现为反应迟钝。而最先受到影响的是主动注意，此后被动注意也受到影响。因此，注意力减退也是临床上判断有无意识障碍的标准之一。

（5）情感反应。对外界有无正常的情感反应也是判断有无意识障碍的标准之一。在某患者因器质性病变而同时出现感觉性失