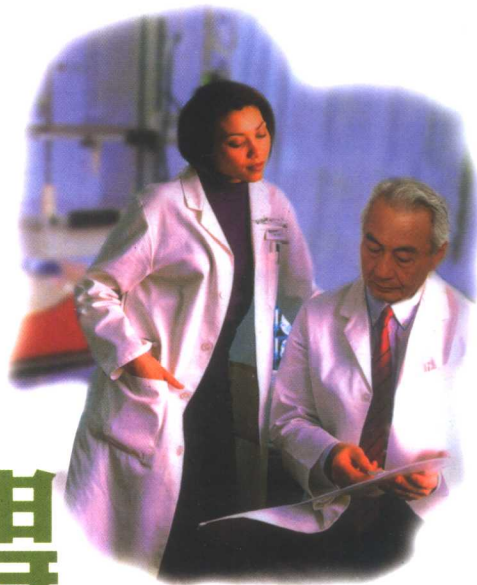




临床思维指南



# 精神障碍

# 典型病例分析

科学的临床思维方法是正确临床决策的基础。凝聚着国内资深医学专家的经验 and 智慧，通过对历经多年积累的典型及疑难病例的综合分析，书中所展示的精炼的思维方法和清晰的诊断思路，将引领勤奋好学的临床医生们走进探索成功的殿堂。

● 主 编 翁永振 副主编 江镇康

*Jingshen Zhangai Dianxing Bingli Fenxi*

 科学技术文献出版社

临床思维指南

# 精 神 障 碍

## 典型病例分析

主 编 翁永振

副主编 江镇康

编 者 (按姓氏拼音排列)

鲍 枫	杜万君	郭 崧	江 伦	江镇康	姜 涛
梁月竹	李 樱	李建茹	刘稚颖	马胜民	马 辛
牛光胜	盛利霞	沈东郁	田祖恩	翁永振	项玉涛
许克勤	许 英	向应强	谢家康	杨建虹	杨蕴萍
于 靖	于庆波	郑 毅			

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

精神障碍典型病例分析/翁永振主编.-北京:科学技术文献出版社,  
2003.9

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-4267-2

I. 精… II. 翁… III. 精神障碍-病案-分析 IV. R 749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 012444 号

出 版 者 科学技术文献出版社  
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038  
图书编务部电话 (010)68514027,(010)68537104(传真)  
图书发行部电话 (010)68514035(传真),(010)68514009  
邮 购 部 电 话 (010)68515381  
网 址 <http://www.stdph.com>  
E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn  
策 划 编 辑 李卫东  
责 任 编 辑 樊雅莉  
责 任 校 对 唐 炜  
责 任 出 版 王芳妮  
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销  
印 刷 者 三河市富华印刷包装有限公司  
版 ( 印 ) 次 2003 年 9 月第 1 版第 1 次印刷  
开 本 787×960 16 开  
字 数 441 千  
印 张 25.25  
印 数 1~6000 册  
定 价 38.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

## 内 容 简 介

精神障碍威胁着人类的健康,但是危害人们的主要精神疾病的病因至今未明确,对病因未明精神疾病的诊断缺乏客观检查的依据,而主要依靠对病例资料的分析。本书对首都医科大学附属北京安定医院多年来积累的病例资料进行筛选,将常见的精神疾病的典型病例进行分析、总结,做出诊断;同时对常见疾病的治疗原则做了介绍,对治疗方法和预后进行讨论。

本书内容还包括病历采集、精神检查方法的介绍,其中的技巧不但有书本知识的综合,也有安定医院医生长期临床经验的总结;所收录的病例有些是多年随访的纪录,有不少病例就诊时关于诊断存在分歧,经多年观察诊断已经明确,书中对分歧的原因做了分析,有助于读者思考。

本书适合于精神科临床医师阅读,可供医疗系学生在临床实习时参考使用,也可以作为科普读物以丰富人们有关精神障碍方面的知识。

---

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了您增长知识和才干。

# 前 言

多数精神疾病的病因至今尚不清楚,其中包括占住院床位 50% 以上的精神分裂症,以及近年来备受关注的多发病——抑郁症。由于病因不明,因此尚没有可靠的实验室检查指标作为多数精神障碍诊断的参考依据,但是我们通过多年来临床资料的积累和长期对疾病规律的研究,发现大部分相同诊断的病例有相似临床表现、类似的预后且对相同的治疗有相近的疗效,可见,相同的诊断可能有共同的生物学改变。由于精神疾病的临床表现、症状结构错综复杂,如精神分裂症病人有抑郁症状,有 30% 左右的情感性障碍的病人有精神病性症状,因此常有诊断错误。由于诊断的失误,难以制订正确的治疗方案,延误治疗,从而痛失最佳治疗时机,使相当数量的病人长期处于精神残疾状态。

自从 20 世纪中叶抗精神病药物用于临床以后,改变了精神疾病的治疗面貌,以后又不断开发出各种抗抑郁药、抗焦虑药、抗躁狂药等。由于抗精神病药物的不断丰富,医生的选药空间不断扩大,这就对医生提出更高的要求,不仅要求医生对抗精神病药物有丰富的知识和用药经验,更重要的是对疾病的诊断水平要求更高。由于常见的精神疾病没有客观的生物学指标作为诊断参考依据,因此精神科医生必须具备良好的临床诊断技能。精神科医生应该掌握收集资料、描述精神症状的能力和临床分析资料的技能。为了达到上述目的,本书向读者提供较为典型的精神障碍的病例,对每个病例进行讨论分析,做出诊断和鉴别诊断,同时叙述治疗的经过和对预后的推测。本书的读者对象主要是低年资精神科医师、通科医生和医学生,可作为临床技能训练的参考读物。

首都医科大学附属北京安定医院是一所 80 多年历史的精神专科医院,分科齐全,有成人精神科、儿童精神科、老年精神科、临床心理科、司法精神病学、物质依赖防治科和中医精神科等,全院有 900 张床位,日平均门诊病人在 400 名左右,因此有丰富的病例资料。本书的作者为经验丰富的在临床工作多年的医师、临床心理师,由于专业有所区别,不同作者对病例的分析方法也有所不同,请读者谅解。

由于水平和能力所限,本书的内容难免有疏漏和谬误之处,请读者不吝指教。

主编

2003 年 8 月于北京

科学技术文献出版社

SCIENTIA AND TECHNICA DOCUMENTS PUBLISHING HOUSE  
 100045 Beijing, P.R. China Tel: 63901111 Fax: 63901112



科学技术文献出版社方位示意图

京图出字 01 第 001 号

本图由北京图学会提供，所有数据均来源于北京图学会，如有错误，概不担责。

# 目 录

第一章	精神障碍及精神状态的检查	( 1 )
第二章	精神分裂症	( 30 )
第三章	情感性精神障碍	( 100 )
第四章	其他精神病性障碍	( 128 )
第五章	应激相关障碍	( 143 )
第六章	阿尔茨海默病	( 161 )
第七章	脑血管病所致精神障碍	( 178 )
第八章	癫痫所致精神障碍	( 188 )
第九章	躯体感染所致精神障碍	( 200 )
第十章	颅脑损伤所致精神障碍	( 208 )
第十一章	颅内肿瘤所致精神障碍	( 219 )
第十二章	脑变性疾病所致精神障碍	( 230 )
第十三章	躯体疾病所致精神障碍	( 245 )
第十四章	神经症及心理因素相关生理障碍	( 255 )
第十五章	人格障碍	( 272 )
第十六章	癔症	( 286 )
第十七章	精神发育迟滞	( 299 )
第十八章	儿童期精神障碍	( 314 )
第十九章	精神活性物质与非依赖性物质所致精神障碍	( 367 )

# 精神障碍及精神状态的检查

## 第一节 什么是精神健康、精神障碍和精神疾病

在讨论精神健康以前,首先要了解什么是健康,按一般人的理解,健康就是没有病,疾病就是失去了健康,但是,健康和疾病都是生命所固有的,疾病是生命的一部分,是威胁生命或对生命不利的有待克服的风险。人具有社会性,又有精神活动,这使疾病的概念更为复杂,而且人们对疾病的认识在不断地发展。世界卫生组织(WHO)提出的健康十大准则有以下内容:

1. 有充沛的精力,能从容不迫地担负日常生活和繁重工作,而不感到过分紧张与疲劳。

2. 处世乐观,态度积极,乐于承担责任,事无大小,不挑剔。

3. 善于休息,睡眠好。

4. 应变能力强,能适应外界环境的各种变化。

5. 能够抵抗一般性感冒和传染病。

6. 体重适当,身体匀称,站立时头、肩、臂位置协调。

7. 眼睛明亮,反应敏捷,眼睑不发炎。

8. 牙齿清洁,无龋齿,不疼痛;牙龈颜色正常,无出血现象。



9. 头发有光泽,无头屑。

10. 肌肉丰满,皮肤有弹性。

可见健康包含躯体及心理、社会功能等内容。精神医学的任务是增进精神(心理)健康,目前,在它的分类和命名中很少使用疾病(disease)这个术语,大多数的情况下采用精神障碍(mental disorder)一词。精神障碍的判定离不开文化及价值观的衡量尺度,因此,精神障碍概念的形成,不但有医学家和生物学家参与,还要有心理学家、社会学家、教育学家、法律学家和人类学家的加入。精神障碍应该将心理学和社会学标准结合起来衡量,如精神发育迟滞需由心理学标准——智商低下和社会学标准——适应能力下降来共同界定。如果患者只有轻度智力低下(如 IQ 低于 70),但是能够适应简单体力劳动和自食其力,并能被社会所接受,那么不能单用心理学标准来诊断为精神发育迟滞。同样,因患精神分裂症导致社会角色改变,譬如一位高级会计师在患精神分裂症后不能胜任原工作,改任报纸分发员,虽然收入下降,但是工作出色,经常获得奖励,按照精神病学的标准,该患者在病后有残留心理功能缺损,但是在改变患者的环境后,他尚具备良好的社会功能;换句话说,此患者在特定的环境中的精神是健康的。

## 第二节 精神障碍的诊断

精神科的诊断程序与其他临床各科是一样的。第一步:采取病史;第二步:根据病史资料进行检查:包括体格检查、实验室检查和必要的特殊检查(精神科必须包括精神检查);第三步:分析病例,将收集的资料进行分析、综合,总结出病例的特点;第四步:按疾病或精神障碍的诊断标准做出诊断,鉴别诊断。但是,精神科的诊断有其特殊之处:①由于精神病人常常否认有病,病史需要由其家属或其监护人提供;②精神检查是精神科极为重要的内容,其他各科并无此项内容。

## 第三节 病史对精神障碍诊断的作用

收集病史的目的在于获得病人的信息,用于诊断、估计预后及制订治疗方案。由于精神疾病多数缺乏客观指征,实验室检查的结果很少有支持或排除诊断的信息。精神科的诊断主要依靠精神科医生从病人(精神检查)或其监护人获得的信息。因此,医生必须具备搜集上述信息的技巧,并有分析所获信息的能力和才能做出正确诊断。至今,现有的一切评定或诊断的方法所得出的结果,其准确性都

没有超过医生根据上述信息所做出的判断和结论。在精神科,从目前医学发展水平来说,详细可靠的病史和对患者精神症状的具体描述和动态观察,仍是诊断精神障碍的重要依据。当然,各种心理测查和其他医学检查的结果,可能有一定的参考价值。

## 第四节 如何采集病史

### 一、住院病人病历的采集

因为没有客观的指标作为诊断的依据,医生的主观随意性有可能极大地影响诊断,使诊断的可信性受到挑战。在20世纪50至60年代之间,我国对精神分裂症的诊断范围被扩大,影响了国内外的学术交流和对治疗预计、预后估计的有效性。从20世纪80年代以后,全世界的精神科专家进行广泛的探讨,按临床症状及临床发展过程进行客观描述,制定诊断标准,按公认标准进行诊断,摒弃推测性和主观印象性诊断方法。中国制订了“中国精神障碍分类与诊断标准”(CCMD),于2001年4月出版了第3版(CCMD-3)。另外,在世界卫生组织(WHO)的主持下制订了国际疾病分类第10版(international classification of diseases, ICD-10)以及美国制订的标准——精神障碍诊断和统计手册(diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV)。这3种版本在主要常见病的诊断标准上非常接近,但是又符合制订国的国情和文化特征,而ICD-10则吸收了各国专家的意见,可被多数国家的专家所接受。由于用客观描述精神障碍或症状的方法,对精神障碍的诊断容易取得一致的意见,诊断的可信性大有提高,从而有助于学术交流和提高治疗水平;这使精神病学向科学化又靠近了一大步。这一大步的迈进在于精神科的专业人员对精神状况描述的重要性的认识。描述是一切门类科学发展的前提,只有把自己所观察到患者的精神状况(事实)进行准确的描述,才能做出正确的诊断。相同的事实由不同的观察者进行描述,对这种描述进行分析很容易得出共同的结论。

精神科医师中的初学者希望听几堂课或看几本书就掌握症状或精神障碍诊断的技能是不现实的,本书的目的之一就是让初学者认识到描述在精神病学中的重要性,可作为锻炼描述技能的参考。

在采集病史中,患者本人或病史报告者,常用笼统的言语表达,如:“他常胡说

八道!”如果将这句话写入病历就没有意义,病历采集者应提出具体的问题,请病史报告人将所见所闻具体描述出来。如向病史报告者提问:“他胡说些什么话?”“他说这些话的时候有哪些动作或什么表情?”如果能将被访人的具体描述言语记录下来,对诊断就很有参考价值。如果病人的言语很生动,伴有欣喜的表情,就有躁狂症的可能性;如果病人说话的内容离奇古怪,或者语句凌乱或者只是词句的堆砌而无法使人理解,那么患者就可能患有精神分裂症。

采集病史要求有一定技巧,首先医生和被访者之间应当是平等的关系,既应当耐心听取他们的叙述,又要适当插话引导,从访谈中获得有用的信息。

### (一)住院病历的书写格式

1. 个人资料
2. 主诉
3. 现病史
  - A. 起病
  - B. 诱因
  - C. 疾病的演变过程
4. 既往病史
  - A. 精神病史
  - B. 躯体疾病史
  - C. 饮酒史或物质滥用史
5. 个人史
  - A. 母亲孕产期
  - B. 儿童早期(从出生到3岁)
  - C. 儿童中期(从3岁到11岁)
  - D. 儿童晚期(从少年期到青春期)
  - E. 成人期:职业史,婚姻史,教育史,社交活动,生活现状,性心理史
6. 家族史

### (二)病历采集的内容

#### 1. 个人资料

包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、文化程度、政治面貌、宗教信仰、工作单位、家庭住址、电话号码、资料来源。还应指出患者是自愿住院的,经过别人

劝来,还是被迫来住院的。

## 2. 主诉

用患者或伴诊者自己的话,说明来医院求治进行检查的目的。有些原话内容是不可信的或不近情理的,也应具实记录。

## 3. 现病史

现病史主要记录目前的症状是如何发展而来的,应按时间发展顺序予以描述。此次发作最先出现的症状是什么?直接诱因是什么?为什么现在来看病?出现症状或行为时,患者生活在什么环境中?环境又如何影响患者,以至于疾病明显地表现出来?例如患者在与同事发生争吵后,不久认为所有的人都在议论自己,包括大街上陌生的行人。当然,还要详细描述患者认为议论自己的具体内容。在记录现病史中,忌用笼统的描述用词,如病人“话多”,而应当询问和记录具体的内容。

根据患者症状的进展,有组织、有系统地进行概括。也应该说明患者没有出现的那些症状,目的在于鉴别诊断。当然医生在询问病史时,不可能面面俱到。应根据所获得的信息,运用自己的知识,灵活地把症状的内容和发展,以及和其他症状之间的关系问清楚。如患者有失眠症状,只记录病人睡眠不好对诊断没有多大帮助,应该具体请病史提供者描述睡眠障碍的具体情况,如是否有人入睡困难、睡眠维持时间长短,是否有早醒、对睡眠需求减少等,不同的睡眠障碍与不同诊断有关。

在现病史中另外一个重要的内容为,患者曾接受过哪些治疗及其疗效如何,这些信息对诊断及治疗的设计都有帮助。患者对治疗依从性的描述、非依从性的发生原因等信息,有助于长期治疗的实施。

在我国习惯将间歇性发作的精神障碍都写在现病史中,也有将与本次疾病诊断不同的精神障碍写在既往史中。

## 4. 既往史

目前我国,在既往史中主要记载患者躯体疾病的情况。至于患者的躯体病史,应该回顾既往出现过的严重内科、外科疾病,如躯体创伤、颅脑损伤、神经系统疾病、肿瘤、风湿病、甲状腺病、癫痫发作、性病史等,以及目前患有的躯体疾病,以及治疗经过和疗效。

询问患者饮酒或物质滥用情况,包括量和频率等细节。如果怀疑患者正在应用某种物质,应注意用什么样的口吻提问较好,例如问患者:“你吸毒吗?”患者对这种问法会产生防卫心理,担心如果回答“吸!”医生会怎么想。假如医生认为患者可能吸毒,可以从患者求医的目的,或他的症状表现进行引导,当患者自己主动承认曾经有吸毒事实时,可能会感到心里塌实一些。

## 5. 个人史

### (1) 母亲孕产史

医生要考虑患者出生的家庭环境,父母是否想生这个孩子?母亲怀孕和分娩时有什么问题?婴儿出生时有什么缺陷或损伤?母亲妊娠期的情绪和躯体状态如何?怀孕过程中母亲有什么健康问题?母亲是否酗酒或滥用药物?

### (2) 儿童早期(从出生至3岁)

睡眠形式的早期障碍情况,当要求未被满足时的表现,如有撞头、扭动身体等行为,提示可能由于母爱剥夺或发育障碍。父母是否有精神病或躯体病,妨碍了与患者相互交流?

患者与陌生人接触或与父母分开时,是否表现出过多的焦虑?了解患者兄弟姐妹的情况和患者受母乳喂养,还是用牛奶喂养?记录行走、讲话、出牙、语言、运动发育的时间顺序和情况。记录行为问题的症状,如吮大拇指、发脾气、肌抽搐、撞头、摇头、夜惊、害怕、尿床、咬指甲等。儿童开始表现的性格也是重要的,是否经常害羞、吵闹、活动过多、退缩、好学、外向、胆小、活跃、友好?记录患者不断增长的注意力情况,承受挫折和克制某些愿望的能力。患者参加游戏时,愿意扮演主动角色,还是被动角色?最喜欢的游戏或玩具是什么?他愿意自己玩,还是愿意跟别人一起玩,或根本不愿意跟别人一起玩?

### (3) 儿童中期(从3岁到11岁)

儿童如何分辨自己的性别?家庭对孩子的惩罚情况,谁给孩子立规矩?孩子的良知形成受谁影响?早年的学校生活,尤其是患者如何忍受第一次与母亲分离?患者有几个朋友?亲密程度如何?患者在伙伴中的地位,是否受大家欢迎?是否参加集体活动?患者能和伙伴合作吗?患者和其他同伴玩耍时能否遵守游戏规则,是否不讲道理。患者与同学交往中表现的主见、冲动、攻击、被动、焦虑、反社会行为。学习阅读、发展智力和运动技巧情况,如患者学习能力差,他如何应付?这种情况对他有什么影响?还要了解患者出现噩梦、手淫、恐怖症、尿床、纵火、虐待动物等情况。

### (4) 儿童晚期(从少年期到青春期)

了解患者通过发展与同龄人的关系和参加集体活动,自何时开始从父母那里独立出来。医生应该确定患者在人群中的价值观。

## 6. 家族史

有些精神疾病是家族性的,并可能与遗传有关。应该记录患者家族成员中何人(和患者的血缘关系)曾经或正在患有精神疾病,其具体表现是什么,诊断如何。

但是在诊断中应当恰当应用家族史资料,不能过高估计其对诊断的价值;因为有关精神疾病的家族同病危险几率规律的研究尚处于萌芽阶段。况且,家庭成员的精神疾病的诊断只有在直接访谈后才可能做出诊断。

家族史可以明确家庭成员与患者之间的关系及家庭支持的情况,如谁是患者的有利的支持者,谁可能对患者造成精神压力并可能加重精神症状。哪一代或哪个成员对精神疾病有易感性,有效治疗是什么,这有利于治疗计划的制订,由于治疗的疗效常具有家族性。

## 二、门诊病历的采集

### 1. 向患者本人采集

有相当一部分门诊病人具有自知力,并主动要求治疗,这部分病人有能力自述病史,如果有伴诊者可由他们做必要的补充。有时在采集病历时,患者要求伴诊者回避,应予以满足;如果伴诊者要求患者回避,则应取得患者同意,否则可能引起患者对医生或伴诊者不信任,而影响诊断和治疗。思维有条理的患者,能够按时间顺序讲清自己的病史。但是,与思维紊乱的患者进行交谈则非常困难,他所讲述的病史时间顺序不清。这种情况下,应该由患者家属、同事、朋友等提供病史,以澄清患者提供的信息。

### 2. 向患者的监护人或伴诊者采集

部分门诊病人因精神障碍导致自知力缺乏,没有能力正确报告病史,需要由患者的监护人或伴诊者提供病史。在多数情况下,病人可以在场,由于多数门诊病人精神症状的严重程度较轻,医生可以要求病人在他人报告病史时暂时保持沉默,并告诉患者也有同样机会述说自己的意见和体会,并且请病史报告者保持沉默。医生这样做可以使患者感到自己在他人面前是平等的,就很容易取得患者的合作和对医生的信任,并保持和家人良好的关系。当然,在必要时,可以互相交流,使访谈气氛尽量和谐。有时患者和伴诊者之间的关系很紧张甚至敌视,上述方法难以奏效,尽可能设法争取与伴诊者有短时间简单交谈的机会,掌握患者精神障碍的基本信息,在精神检查时应注意倾听患者的申诉。如果在短时间内难以平息对立、敌对情绪,但是能判定患者有明显精神障碍,在门诊难以确定诊断,应建议住院治疗。

## 第五节 如何做精神检查

精神检查对精神障碍者来说和患躯体疾病者的体格检查具有同等意义。精神检查所得的信息提供患者的思维、情绪、行为状况的资料,以固定格式系统地记录下来。将精神检查资料结合病史内容进行分析,可以构成诊断和鉴别诊断。

精神检查可以获得目前的精神症状的资料,而病史可获得以前的精神障碍的信息。例如,精神检查时,患者否认幻听,而在病史中有明确的记录,这样医生才能根据描述性的记录对病人有一个全面的评价,摒弃推论性的诊断。从1980年以后,各国精神障碍诊断标准都强调对精神症状具体描述,各国学者都认为,只有观察到的信息才有价值。如只记录“话多”而没有具体描述就没有太大价值,如果凭借动作多、话多而推论诊断“思维奔逸”,这种推论通常是不可靠的。细致的描述所做出的诊断能提高其可信性。所观察到的资料只做忠实的记录,不要进行推测和解释。如“可见情绪低落”这样解释性的用词在精神检查记录中出现是不可取的。

格式化的精神检查记录是必要的,借以表明检查和记录是完整的。在精神检查过程中手段是灵活的,精神检查的信息可以凭观察获得,也可从特殊检查获得,和患者交谈是精神检查的重要手段。有经验的医生在精神检查中可以同时做几件事情:建立和患者良好的关系、阐明或补充病史中的信息、观察患者的情绪状态和观察其他精神状态。在精神检查的过程中,尽可能避免审问式的精神检查。有时患者在医生面前有些紧张或病人不善言谈,医生应当对他们采取以下措施,改变审问式的谈话,像是朋友似的聊天。可以采用以下方法:

### (1) 鼓励

病人:“我嘴笨,我怕说不清楚。”

医生:“我认为您刚才说得就很明白!”

### (2) 增强信心

医生:“我能理解您的体验,您的体验确实很可怕,我相信如果您同意接受治疗会有很好疗效。”

### (3) 同情

医生:“我看到当您谈到您的母亲去世时流了眼泪。”

### (4) 非言语交流

用体态、面部表情,来表示对病人所谈的内容感兴趣、关心,并予以注意。

### (5) 在病人语塞时予以引导

有时病人对医生的问题难以理解,一时答不上来。病人一时语塞,感到很尴尬,医生应改变话题,将复杂的问题分解和将问题简化,如:“您现在胃口和睡眠有什么变化?”

(6)多问几个“为什么”打开病人的思路

医生:“为什么您出门就害怕?”

(7)善于引导话题,不随病人话题走

病人:“我整夜都不能睡觉。”

医生:“您的胃口好吗?”或:“您是不是感到整天没力气?”

(8)减低病人的心理负担

病人:“我收入不抵支出,我老想有点节余,可是我做不到,挺烦的!”

医生:“哦!我就不太在意,有不少人也入不敷出。”

(9)给病人一些不成熟的建议

病人:“工作真难!我的领导像一只老鹰一样,总盯着我,老鸡毛蒜皮似的挑剔。”

医生:“您为什么不向他简单地写张条子说说您的难处。”

精神检查的书写:在精神检查中所获得的信息应当按规定的格式进行整理,并做出完整及有条理的记录。下面是常用的精神检查记录格式。

### (一)精神检查记录格式

#### 1. 一般表现

(1)意识状态:意识是否清晰,有何种意识障碍(包括意识障碍的水平和内容)。

(2)定向力:对时间、地点及人物的定向能力。自我定向如姓名、年龄、职业等。

(3)接触情况:主动或被动,合作情况及程度,对周围环境的态度等。

(4)日常生活:包括仪表、饮食、大小便及睡眠情况,参加病房集体活动及工娱治疗情况,女患者能否主动料理经期卫生等。

#### 2. 认识活动

##### (1)知觉障碍

①错觉:种类、出现时间及频度。与其他精神症状的关系及影响。

②幻觉:种类、出现时间及频度。与其他精神症状的关系及影响。

③感知综合障碍:种类、出现时间及频度等。

(2)注意力:是否集中,是否涣散,可能影响的因素有哪些。

##### (3)思维障碍



①思潮及思维形式障碍:思潮及思维形式障碍指的是语量和语速的异常,有无思维奔逸、思维迟缓、思维贫乏、思维中断或破裂性思维等。

②思维内容和结构障碍:如有妄想,应描述其种类、内容、性质、出现时间、发展动态、涉及范围、是否固定或成系统、妄想内容荒谬程度或现实程度,与情感、意志活动的关系。又如强迫观念,描述其种类、内容、发展动态,与情感、意志活动的关系。

(4)记忆力:有无记忆减退(包括即刻记忆、近记忆及远记忆力)、记忆增强,有无遗忘、错构和虚构。如有明显记忆减退,则应进一步详查。

(5)智能:包括一般常识、专业知识、计算力、理解力、分析综合及抽象概括能力等。如有智能减退,则应进一步详查。

(6)自知力:如无自知力或有部分自知力,自知力基本恢复,自知力完整等。在对患者的自知力进行评定时,不仅要考虑患者是怎样讲的,而且还要注意观察患者对治疗的态度。

### 3. 情感活动

情感障碍包括情感高涨、情感低落、焦虑、情感淡漠、情感倒错、情感迟钝等。应注意观察、了解患者的表情、姿态、声调、内心体验、情感强度和稳定性,情感与其他精神活动是否协调一致,对周围事物是否有相应的情感反应。

### 4. 意志与行为活动

有无意志减退、意志增强、意志缺乏和本能活动(如食欲、性欲)的减退或增强。有无兴奋、木僵和怪异的动作行为。注意观察其稳定性和冲动性,与其他精神活动是否协调一致。

## (二)精神检查记录的方法

应以具体描述为主,避免抽象、概念性用词。具体描述方法如下:

### 1. 外表

简述病人的外表,行为,对检查医生的态度和关系。病人是否穿得过分讲究或穿着过分朴素,病人是否衣着不当(衣着褴褛或花哨),病人是否过度化妆(具体描述)。病人是否有头发蓬乱、不修边幅现象。病人是否合作或反抗、敌视,是否过于热情或冷淡。是否有异常的动作,如震颤、踱步等。有些体征记录在体格检查中,但是在精神检查的“外表”记录中也应出现某些内容,如黄疸、面色苍白等。

### 2. 言语

此段描述言语的形式而不是其表达的思想内容,主要观察说话的声音大小、速