


关于精神科病历书 写及存在问题

The background features a complex, artistic design. It includes various shades of blue and green, with floral motifs, circular patterns, and abstract shapes. The overall aesthetic is clean and modern, typical of a professional presentation slide.

病史采集（概述）

- **病史采集是做出正确诊断的重要环节。病史采集和精神检查相互联系和影响。**病史采集和精神检查有时需交叉和反复进行，才能得到满意的结果。主要过程如下：
- **病史的获取：**通过倾听患者家属和知情人的述说，从中获取有诊断意义的材料。
- **分析和整理：**以专业知识为基础，对取得的材料进行分析、判断和综合，摒弃无临床意义的内容（“去伪存真”），最终形成有条理的病史材料。
- **病史的记录：**病史记录是在前两个环节后进行，是在有条理地分析整理后进行的。文字描述应准确清晰并应体现出诊断和鉴别诊断思路。

病史采集

- 询问知情者
- 病史格式及内容
- 采集病史应注意的事项

询问知情者

- **沟通**

家属提供病史结合医生重点询问

病史格式及内容

- 1. 一般资料：姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、职业、文化程度、住址、**电话号码、入院日期、病史提供者及对病史资料可靠性的估计及与患者关系。**

病史格式及内容

- 2. 主诉：主要精神症状及病程（就诊理由）。

书写要求：**精炼**，

首次患病的主诉书写格式：症状（提炼后的表现）+时间。

多次患病（2次以上）的主诉书写格式：症状+总病程n年+本次病期+症状。

病史格式及内容

- 3. 现病史:为病史的重要部分。按发病时间先后描述疾病的起始及其发展的临床表现。主要包括以下内容:
 - 1) 发病条件及发病的相关因素
 - 2) 起病缓急及早期症状表现

病史格式及内容

- 3. 现病史：

3) 疾病发展及演变过程：按时间先后纵向描述，内容包括：发病前的正常精神活动状况；疾病的首发症状、症状的具体表现及持续的时程、症状间的相互关系、症状的演变及其与生活事件、心理冲突、所用药物之间的关系；社会功能变化；病程特点，为进行性、发作性还是迁延性等。

病史格式及内容

- 3. 现病史：
 - 4) 既往与之相关的诊断、治疗用药及疗效详情。
 - 5) 病时的一般情况

病史格式及内容

- 4. 既往史:询问有无发热、抽搐、昏迷、药物过敏史。有无感染、中毒及躯体疾病史,特别是有无中枢神经系统疾病如脑炎,脑外伤等。有无酗酒、吸毒、性病及其他精神病史。

病史格式及内容

- 5. 个人史（重要）

一般指母亲妊娠到发病前的整个生活经历。但应根据患者发病年龄或病种进行重点询问。

包括社会适应情况，如受教育的状况，学业及工作情况，人际关系等；生活中有无特殊遭遇，是否受过重大精神刺激；女性月经状况；婚姻情况；兴趣嗜好；病前性格特点等。

总之，个人史应反映患者的生活经历，健康状况及人格特点和目前社会地位等。

病史格式及内容

- 6. 家族史

精神病家族史，包括家族中精神病性障碍者、人格障碍者、癫痫病患者、酒精和药物依赖者、精神发育迟滞者、自杀者以及有无近亲婚配者。

家属提供病史时易出现的情况

- 提供阳性症状多，而忽视了早期症状和不太明显的阴性症状。患者出现幻觉、妄想、兴奋等阳性症状显而易见，家属也能由此判断出这是明显的精神异常，而对早期症状和阴性症状却不能直接判断，结果可能会影响对患者总病程的判断。
- 提供情绪和行为的异常多，忽视患者思维和内心的异常体验。在采集病史时，医生需要善于引导，才可取得较为客观而全面的真实材料。

家属提供病史时易出现的情况

- **过分强调精神因素的作用。**总是讲述他们认为对患者产生了精神刺激的事件，加上大量的主观性评论。此时要适当地提出问题将话题转移到精神异常的转变过程上来。
- **强调精神异常，忽视躯体异常。**患者精神异常的出现令家属感到不安和不知所措，此时家属会详细描述患者不正常的种种表现，躯体情况常被忽视，这对器质性精神障碍非常不利。此时，医生应主动问及有无发热等躯体情况。

采集病史应注意的事项

- 采集病史时询问的顺序
- 记录病史应如实描述，但应进行整理加工使其条理清楚、简明扼要、能清楚反映疾病的发生发展过程以及各种精神症状特点。
对一些重要的症状可记录患者原话。记录时要避免用医学术语。对病史资料医护人员应保密，切勿作为闲谈资料，这也是医德的重要内容。

采集病史应注意的事项

- (1) 病史收集方式除口头询问外，也要收集患者在发病前后的有关书写材料（如信件、作品），这往往会反映出患者的个性心理特征、思维方面的异常以及情感体验等。
- (2) 采集老年患者的病史更应询问有无脑器质性疾病的可能，如意识障碍、人格改变和智能障碍等。
- (3) 要掌握比较全面的情况，避免先入为主等的片面性。

采集病史应注意的事项

- （4）住院患者在采集病史前，应认真阅读门诊或急诊病历及转诊记录，以便掌握重点，但也不应受上述资料的限制而影响独立思考。如系再入院者，应认真复习上次病历，以免过多的重复，并在可能范围内重点询问末次入院后至此次住院前的病史。此外，也可补充过去病历中的不完整部分。
- （5）要注意精神科知识与其他临床各科知识的交叉，避免因其他各科知识的不足导致诊断错误。

躯体检查

- 体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部(胸廓、肺部、心脏、血管)，腹部(肝、脾等)，直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，**神经系统**等。

精神检查的书写

病人的外貌、
衣着、修饰、
步态

外表

定向力

包括自我定向及周
围环境的定向能力

面部
表情

面部的表情变化
可以推测一个
人目前所处
的情绪状态

一般表现

日常生活
能力

生活自理能
力、大小便
等

活动

注意活动的
量和性质

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

精神检查的书写

- 认知活动

- 感知觉障碍

- (1) 错觉：种类，出现时间及频度，与其它精神症状的关系及影响。
 - (2) 幻觉：种类，出现时间及频度，性质，对病人情感、行为的影响；与其它精神症状的关系及影响。
 - (3) 感知综合障碍：种类，出现时间与性质等。

精神检查的书写

— 认知活动

- 思维障碍：

- 思潮及思维形式：语量和语速的异常，有无思维迟缓、思维奔逸、思维中断、思维贫乏、思维松弛及破裂性思维等。

- 思维内容和结构：是否存在妄想。妄想的种类、内容、性质、出现时间、是原发还是继发、发展趋势、涉及范围、是否成系统、内容是荒谬还是接近现实，与其它精神症状的关系等。是否存在强迫观念及与其相关的强迫行为。

精神检查的书写

- 注意力是否集中、涣散，可能的影响因素。
- 记忆力：记忆减退，记忆增强，有无遗忘、错构及虚构。
- 智能：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。

精神检查的书写

- 情绪状态:通过主观询问与客观观察两方面评估
 - 客观表现可以根据病人的面部表情、姿态、动作、讲话语气、自主神经反应（如呼吸、脉搏、出汗等）来判定。
 - 主观的体验可以通过交谈，设法了解病人的内心世界。
 - 如果发现病人存在抑郁情绪，一定要询问病人是否有自杀观念，以便进行紧急风险干预。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/526231145035011002>