精神疾病防治与精神病院管理

（内部资料）

辽宁省精神病防治工作办公室
辽宁省精神病防治院

1984·11

《精神疾病防治与精神病院管理》
编 辑 委 员 会

主　　编：王景泰

付 主 编：周邦兴　张文海

执行编委：李权国　赵天任　项全富　喻永孚　王荣良
黄庆绵　吴化民　杨国章

编　　委：（按姓氏笔划为序）

王秀姿　王荣良　王景泰　代广弟　汪俊杰　许振学
李权国　李春范　吴化民　项全富　周邦兴　杨国章
张文海　赵天任　高仑山　黄庆绵　喻永孚

前　言

建国以来，我国的精神病防治事业，在党和人民政府的关怀下，取得了很大的发展。仅就我们辽宁省来说，目前已有精神病防治机构三十余所，精神病床六千余张，精神病防治专业人员达四千余人，为开展全省精神病防治工作奠定了初步基础。

回顾过去，展望未来，当今我国精神病防治事业已进入了一个新的历史时期。相比之下，我们的专业技术水平和科学管理水平，还不能适应精神病防治事业发展的需要。

为了把我省精神病防治工作提高到一个新的水平，在几个单位领导的倡导下我们组织了省内一些从事精神病防治事业的专业同志，在整理历年来“精神病专科医师进修班”的讲义的基础上，总结以往的精神病防治工作实践经验，收集了手头仅有的国内外精神病防治资料，编写了这本《精神疾病防治与精神病院管理》，其目的在于普及精神病防治知识，提高防治技术水平和科学管理水平，为开创我省精神病防治工作的新局面能有所借鉴。

本书分精神疾病防治和精神病院管理两篇共十八章，约三十万字。由于我们的水平有限，经验不多，难免有不完善或错误的地方。书中所讲的管理原则和方法，还有待进一步实验和完善。欢迎全省从事精神病防治工作和关心精神科事业发展的同志提出修正补充意见，以便使这本书进一步完善起来。

编　者

一九八四年五月

目　录

第一篇　精神疾病防治

第一章　精神病防治发展简史……吴化民（2）
第一节　国外精神病防治发展简史……（2）
一、古代朴素唯物主义在精神病学中的反映……（2）
二、中世纪神学宗教对精神病学发展的影响……（3）
三、十八世纪后资产阶级革命胜利对精神病学的影响……（3）
四、现代精神病学的发展……（3）
第二节　目前国际上精神病学发展水平及今后发展的方向……（4）
一、用现代生物学理论研究精神病的现状……（4）
二、精神疾病的临床和科学研究方法的进展……（5）
三、精神病院的情况……（5）
四、精神病人的治疗……（6）
五、精神病防治管理与社会精神病学……（6）
六、今后发展方向……（7）
第三节　国内精神病防治发展简史……（7）
一、祖国医学对精神病学的贡献……（7）
二、我国现代精神病学的进展……（8）
第四节　国内目前精神病防治科学技术发展水平及今后发展方向……（9）
一、生物基础理论研究方面……（9）
二、心理学研究现状……（9）
三、临床研究现状……（10）
四、中医研究现状……（10）
五、社会防治管理……（10）
六、今后发展的方向……（10）
第五节　我省精神病防治的现状及展望……（11）
一、防治管理的历史及现状……（11）
二、存在的主要问题……（12）
三、今后的展望……（13）
第二章　精神病的流行学动态……李权国（13）
第一节　国际精神病流行动态……（14）
一、关于国际上流行学调查各种精神病的患病指数……（14）
二、国际精神疾病的流行趋势……（19）
第二节　国内精神病的流行动态……（19）

一、我国各种精神病的患病指数……（19）
二、我国精神病流行学的特点……（21）
第三节　省内精神疾病流行动态……（22）
一、省内精神疾病流行学调查情况……（22）
二、流行趋势……（23）
第三章　精神病流行学调查……吴化民（24）
第一节　调查的目的……（25）
第二节　调查的方法……（25）
第三节　调查的内容……（26）
第四节　调查的准备阶段……（26）
第五节　调查的步骤……（29）
第六节　资料的整理和分析……（30）
第四章　精神病的社会防治管理……赵天任（32）
第一节　精神病防治管理的基本方针和政策……（32）
第二节　精神病防治管理的基本手段……（33）
第三节　精神病防治管理的技术措施……（34）
一、精神病流行学调查……（34）
二、各级精神病防治机构的技术措施……（34）
三、加强科普宣传与培训专业人才……（35）
四、开展心理卫生及心理咨询……（35）
第四节　精神病防治管理的组织措施……（36）
一、防治网的建立与组织管理……（36）
二、防治人员的组织管理……（38）
三、社会防治病案、卡片和报表的填写与管理……（38）
第五节　精神病人的康复管理……（38）
一、组织形式……（39）
二、管理方法及内容……（39）
第六节　家庭病床的管理……（40）
一、家庭病床的意义……（40）
二、家庭病床的治疗对象及范围……（40）
三、家庭病床巡诊制度与治疗原则……（40）
第二编　精神病院管理
第一章　精神病院的基本任务和工作特点……张文海（41）
第一节　病院的基本任务……（41）
一、病院要以医疗为中心……（41）
二、扩大预防，搞好社会防治……（41）
三、开展科学研究……（42）

四、培训卫生技术人员……（42）
五、对下级医疗单位精神病院（科）进行业务指导工作……（42）
第二节　医院的工作特点及其工作原则……（43）
一、精神病院的服务对象是精神病人……（43）
二、医院工作的时间性和连续性非常严格……（43）
三、精神病院具有广泛的社会性……（43）
第二章　精神病院的建筑……周邦兴（44）
第一节　医院建筑总体设计的主要方面……（44）
一、关于精神病院的院址选择……（44）
二、关于用地面积……（45）
三、关于总平面设计要求……（45）
第二节　门诊部建筑设计……（46）
一、门诊位置与平面布局的要求……（46）
二、诊室……（46）
三、厕所……（46）
第三节　病房建筑设计……（46）
一、病房的形式……（47）
二、病房建筑的设计……（47）
第三章　精神病院组织管理……喻永孚（49）
第一节　领导体制……（49）
第二节　组织机构……（50）
第三节　人员编制……（52）
第四节　领导方法……（53）
第四章　精神病院医疗装备……杨国章等（54）
第一节　精神科病房的装备方案……（54）
第二节　精神病院医技科室的装备……（57）
一、检验科装备……（57）
二、药局装备……（57）
三、放射科装备……（58）
四、理疗科装备……（59）
五、供应室装备……（59）
第三节　精神病院科研实验室设备设想……（60）
一、生化、遗传实验室设备……（60）
二、心理实验室装备……（60）
第四节　器械装备的管理……（60）
一、建立制度……（61）
二、财产帐目……（61）

三、技术档案……（61）
四、使用、保养、检查和修理……（61）
第五章　精神病院行政管理……杨国章（63）
第一节　目标规划……（63）
一、医院目标规划的基本概念……（63）
二、怎样编制医院的目标规划……（63）
三、医院目标规划的管理实施……（65）
四、目标规划管理的优点……（67）
第二节　年度计划、周程及日程……（67）
一、年度计划的编制及实施……（67）
二、周程及日程的编制……（71）
第三节　加强岗位责任制，保证规划完成……（76）
一、岗位责任制的概念及重要作用……（76）
二、岗位责任制与考核制、奖惩制的关系……（76）
三、落实岗位责任制的措施……（77）
四、加强岗位责任制的薄弱环节……（78）
第六章　精神病院的医疗管理……项全富等（79）
第一节　精神疾病的分类……（79）
第二节　精神疾病的诊断标准……（83）
第三节　各种疗法常规……（116）
一、精神药物治疗……（116）
二、中医治疗……（129）
三、电休克治疗……（132）
四、胰岛素治疗……（133）
五、心理治疗……（135）
六、工娱治疗……（136）
第四节　住院患者诊疗程序……（137）
一、入院……（137）
二、住院期间……（137）
三、出院……（138）
第五节　出入院标准及疗效判定……（138）
一、入院标准……（138）
二、不收容住院条件……（138）
三、出院标准……（138）
四、疗效判定标准……（139）
第六节　精神科住院病志书写格式与要求……（139）
一、精神科病志……（139）

二、精神科中西医结合病志书写格式与要求……（150）
三、住院完整病志示例……（151）
第七节　医疗质量控制和考核方法……（157）
一、医疗质量的概念及其与工作质量的关系……（157）
二、精神科医疗质量控制方法……（157）
三、医疗质量的考核方法……（158）
第七章　精神科门诊（防治所）管理……王荣良等（159）
第一节　门诊工作特点及任务……（159）
一、门诊工作特点……（159）
二、门诊工作任务……（159）
第二节　门诊设置……（160）
第三节　门诊诊疗程序……（160）
第四节　门诊病历的书写标准……（161）
第八章　护理管理……代广弟等（162）
第一节　精神科护理工作特点及基本任务……（162）
一、加强基础护理……（162）
二、专科护理……（162）
第二节　精神科护理的组织管理及护理程序……（163）
一、护理指挥系统……（163）
二、各级护理人员的职责……（168）
三、精神病院护理人员的编制……（173）
四、设施和布局……（177）
五、护理工作与各部门的关系……（178）
六、护理程序……（178）
第三节　护理管理制度……（180）
一、护理人员的工作手则……（181）
二、岗位责任制……（181）
三、值班交接班制度……（186）
四、医嘱处理制度……（187）
五、服药制度……（187）
六、保护病人制度……（187）
七、保护记录书写制度……（188）
八、医疗文件管理制度……（188）
九、计划护理制度……（189）
十、护理查房制度……（190）
十一、事故、差错、问题管理制度……（190）
十二、病房管理制度……（193）

十三、病房安全管理制度……（193）
十四、分级护理制度……（194）
十五、探视制度……（195）
十六、假出院制度……（195）
十七、工娱疗法室制度……（195）
第四节　护理技术管理……（197）
一、基础护理的主要内容……（197）
二、专科护理的内容……（198）
三、计划护理……（206）
四、护理业务技术资料档案管理……（206）
第五节　护理质量控制与检查方法……（208）
一、质量控制的范围与标准……（208）
二、护理工作质量评定依据……（217）
三、质量标准的监督与检查方法……（217）
第九章　精神病院医技科室管理……杨国章等（220）
第一节　精神病院医技科室特点及管理原则……（220）
第二节　检验科管理……（221）
一、检验科的基本任务……（221）
二、检验科的设置……（221）
三、检验科的技术管理……（221）
第三节　药局管理……（223）
一、药局的基本任务……（223）
二、药局的设置要求……（223）
三、药局管理工作……（224）
第四节　放射线科管理……（224）
一、放射线科的地位与基本任务……（224）
二、放射线科的设置要求……（225）
三、放射线科的诊断工作……（225）
四、投照室工作常规……（225）
五、暗室工作常规……（226）
六、X光机检修保养常规……（226）
第五节　脑电图室的管理……（226）
一、脑电图室场所的选择条件……（226）
二、脑电图室的内部结构……（227）
三、脑电图机的使用及注意事项……（227）
四、检查手续与脑电图记录的保管……（227）
五、脑电图室工作制度……（227）

六、脑电图机安全操作常规……（228）
第六节　心电、超声波室管理……（228）
一、心电、超声波室的位置及内部结构……（228）
二、心电、超声波室工作管理……（229）
第七节　供应室管理……（229）
一、供应室任务……（230）
二、供应室的位置……（230）
三、供应室的布局及装备……（230）
四、供应室工作管理……（230）
第十章　精神病院统计工作……喻永孚等（232）
第一节　应用医学统计法的意见……（232）
第二节　医学统计的基本知识……（232）
一、统计资料的收集……（233）
二、统计资料的整理……（234）
三、统计指标的计算……（241）
四、统计资料的分析……（249）
第三节　精神病院医疗统计常用名词……（260）
第四节　精神病院常用统计指标……（261）
一、门诊统计指标……（261）
二、住院统计指标……（261）
三、医技科室统计指标……（262）
第五节　精神病院医疗统计工作程序……（262）
第六节　精神病院常用统计指数及计算方法……（264）
一、门诊工作统计……（264）
二、住院工作统计……（266）
第七节　医院统计资料分析与应用……（273）
第十一章　病案管理……李志才（276）
第一节　概述……（276）
第二节　病案工作……（276）
一、病案内容……（276）
二、病案程序……（277）
三、病案要求……（277）
四、病案保存期限……（277）
第三节　病案管理……（279）
一、病案管理的目的和意义……（279）
二、病案管理的组织形式与任务……（279）
三、病案管理人员要求……（281）

四、病案管理基本方法……（281）
五、各种索引编目方法……（282）
六、病案保存方法……（286）
第四节　工作常规及制度……（287）
一、工作常规……（287）
二、各项规章制度……（290）
三、病案室各级人员职责……（291）
第五节　随访及审核工作……（292）
一、病案随访工作……（292）
二、医用表格审核工作……（293）
第六节　病案管理现代化规格及要求……（293）
一、病案室规模与设备……（293）
二、病案管理现代化进展……（295）
第十二章　精神病院的科学研究……王秀姿等（296）
第一节　精神科的科研作用……（296）
第二节　精神科的科研内容……（296）
一、精神病流行学的研究……（297）
二、有关基础医学方面的研究……（297）
三、医疗、护理实践中各种问题的研究……（297）
四、精神病的社会防治……（297）
五、其它……（297）
第三节　精神病的科研方法……（298）
一、科学研究方法……（298）
二、科学研究的程序……（298）
第四节　精神病的科研组织领导……（302）
第十三章　精神病院的后勤管理……汪俊杰等（302）
第一节　财务管理……（302）
一、财务管理的任务……（302）
二、财务管理的原则……（302）
三、财务管理的基本内容……（303）
四、财务管理的主要措施……（303）
五、住院处管理……（304）
第二节　后勤供应管理……（305）
一、后勤供应工作的任务及范围……（305）
二、后勤供应工作的质量要求……（305）
三、后勤供应工作的措施……（309）
第三节　物资管理……（310）

一、物资的采购验收……（310）
二、物资的保管发放……（311）
三、物资调动的审批……（312）
四、物资的档案管理……（312）
五、物资的报废报销……（312）
六、物资的修旧利废……（312）
七、物资破损丢失赔偿……（313）
第四节　伙食管理……（313）
一、伙食管理的重要性……（313）
二、伙食管理办法与膳食供应的方式……（313）
三、伙食的粮食管理……（314）
四、伙食的仓库管理……（314）
五、伙食的财务管理……（315）
六、伙食的质量管理……（315）
七、特食饮食及治疗饮食的管理……（315）
八、伙食的卫生管理……（317）
第五节　环境管理……（318）
一、环境管理的基本内容……（318）
二、环境管理的实施……（320）
三、环境管理的检查评比……（321）
第十四章　精神病院队伍建设……许振学等（324）
第一节　人才的培养与管理……（324）
一、科技队伍职称构成……（325）
二、科技队伍年令构成……（325）
第二节　在职业务教育……（326）
一、培训的重点……（326）
二、培训的措施……（327）
第三节　思想政治教育……（328）
一、思想政治教育的基本内容……（328）
二、思想政治教育的基本方法……（329）
三、思想政治工作应遵循的原则……（330）
附：一九八四年中华医学会情感性精神病专题学术会议精神疾病分类及精神分裂症、躁郁症临床工作诊断标准……（333）

第一篇 精神疾病防治

精神疾病是一组由不同原因所致的大脑功能紊乱，临床上突出的表现为精神活动异常——精神症状，包括感知、思维、情感、注意、记忆、行为、意志和智能等方面的异常。“精神病”一词有二种不同含义：广义者泛指所有不同精神障碍，包括严重精神病、神经症、精神发育不全和人格障碍；狭义者仅指精神障碍较严重的一组疾病；前者称为精神疾病，后者称为精神病，但有时两者难分。

精神疾病是危害人们身心健康的常见病、多发病。由于统计范围和统计方法的不同，各个地区、各个时期的精神疾病患病率差异很大。有些国家统计，广义的精神病患者的患病率高达100‰，狭义的精神病患病率为10～20‰。我国部分地区二十世纪七十年代的普查资料，狭义的精神病患病率为4～11‰，多数报告为6～8‰。近年来省内抽样流行学调查精神疾病（不包括神经症）患病率10‰，神经症患病率为10～35‰。根据国内外专家予计，精神疾病患病率将会逐步增加的趋势。

精神病学是医学的一个分支，基本任务是研究各种精神疾患的病因、发病机制、临床特征、病程转归和防治措施。近年来多数人主张把临床医学分支的“精神病学”改称为范围更广的“精神医学”。除了研究精神疾病的发生和防治外，还研究各种因素对精神活动的影响以及精神卫生对社会各领域所引起的作用等。主张开展深入而广泛的精神卫生服务，为个人、家庭和社会各部门提供更多的精神卫生咨询和指导，这已成为世界精神病学发展的主要倾向之一。

精神病学与其它科学关系极为密切，它已成为现代医学基础科学之一，其内容涉及社会学、心理学、遗传学、人类学和神经科（包括神经解剖、生理、生化及药理学等）。有人主张把它纳入行为医学范畴。

精神病防治，即包括对精神病的予防和治疗。精神疾病予防，一般包括三方面内容：（1）予防精神疾病的发生，即首级予防。（2）早期发现，早期治疗，争取良好的疗效，予防复发，即二级予防。（3）做好已患病者的康复安排，减少疾病导致精神衰退和能力丧失，即三级予防。现代治疗精神病的模式是生物（主要是药物）——心理——社会——行为的综合措施。精神疾病的防治，既有医学科学问题，又有心理、社会科学问题。既有社会问题，就有一个如何加强管理问题。因此，防治、管理是一个问题的两个侧面，关系密切，不能截然分开。防治是管理的基础，管理则是防治的保证，故一般也称为精神病防治管理工作。

精神卫生，是近年来提出的新名词，它的含义尚不十分明确。一般说精神卫生，即心理卫生。狭义的精神卫生是予防精神疾病的发生，广义的精神卫生则包括促进人们的精神健康，发挥更大的精神效能为目标，以及治疗和管理好精神病人。所以，现在人们

把精神病防治管理工作，也称为精神卫生工作。

既往对精神病人防治采取收容和隔离政策，结果造成精神状态进一步衰退，不能适应社会生活，精神病人有增无减。目前总的趋势是开放性社会综合治疗和管理。“世界卫生组织正在进行精神卫生政策上的转变，即把住院服务转向把精神卫生服务与一般卫生服务和社区发展结合起来”。就从整个精神病人治疗过程来看，住院治疗仅是一个暂短的阶段，更长的时间，经常的治疗是在院外，在社会。建立精神病防治网，即把予防和治疗管理结合起来，把医务人员和社会力量结合起来的工作体系，是行之有效的模式。

目前我国对精神疾病的防治的重点是重精神病（狭义精神病），轻精神病（神经症等）尚待提到日程上来。做好精神病的防治管理工作，不仅保障人们的身心健康，而且对维护社会安定团结，促进两个文明，尤其是精神文明建设，都有其重要意义。

（吴化民）

第一章　精神病防治发展简史

精神疾病有些病因至今未明，且难以用具体而客观的仪器进行检查，同时又受历史背景的影响和科学水平的限制，精神病防治管理上也是处在经验的探索之中。历来唯心主义和唯物主义两种世界观的斗争，也直接影响着对精神疾病本质的认识，以及影响着对精神疾病所采取的防治措施，因此某一历史阶段精神病学及防治的发展，不但决定于当时的医学科学水平，同时与当时占统治地位的意识形态，哲学思想观点关系很大。人们对精神病本质的认识是经过漫长而曲折的道路，防治的措施和手段也是在不断的改进和更新。

第一节　国外精神病防治发展简史

精神病学的历史，可以说源远流长。早在二千多年前在有关医学书籍中就有了记载。但是，现代精神病学的创立和发展，则主要是近百年的事。

一、古代朴素唯物主义在精神病学中的反映

公元前四至五世纪，古希腊罗马时代，已经有了古代朴素唯物主义萌芽。希波克拉底（Hippocrates，460～377）是古希腊最伟大的医学家，也被称之为“精神病学之父”。他认为脑是思维活动器官，提出了精神病的体液病理学说。他认为人体内存在着四种基本液体：血、粘液、黄胆汁和黑胆汁，就象自然界存在四种现象——火、土、空气、水一样。四种体液如果正常地混合起来则健康，如果其中一种过多或过少、或它们之间互相关系失常，人就生病。在精神疾病分类方面，他首先划分出癫痫、躁狂症（Mania）、忧郁症（Melacholia）、神经炎（phrenitis）、产褥期精神病、酒精中毒性谵妄和痴

呆等疾病。在治疗方法上认为大自然具有治疗作用。他曾说："自然是吾人疾病的医生"。因此，他不主张过多的干予疾病，而主张等候疾病的自然痊愈。他认为应合理地安排病人的生活，使病人感到舒适，愉快，并受到同情和尊敬。

二、中世纪神学宗教对精神病学发展的影响

公元三世纪后，西欧随着古罗马文化的衰落，特别是中世纪，医学为神学和宗教所掌握，处于黑暗时代，对精神病的看法也大大地后退了。精神病人被视为魔鬼附体，他们被送进寺院中去，用祷告、符咒、驱鬼等方法进行"治疗"。许多专门"著作"，研究魔鬼的性质与精神症状的关系。一本由教皇指定编辑名叫《魔鬼的链子》的手册，荒唐的为烤问，审讯、发现魔鬼提供了方法。对待精神病人采用可怕的苦刑。声援精神病人的正义呼声，很可能被宣判为异端邪说，成千上万的精神病人被杀害、被控告。

三、十八世纪后资产阶级革命胜利对精神病学的影响

十八世纪对西欧精神病学是一个转折时期。由于科学的进步，给迷信以巨大打击。从这时开始精神病才被看作是一种需要治疗的疾病，精神病人被看作是社会的成员。

法国医生比奈尔（Philippe•Pinel1754～1826）提出要以人道主义的态度和方式去对待和管理精神病人，应把精神病人从锁链中解脱出来，在精神病学上写下了光辉的一页。但在十八世纪和十九世纪的德国，由于受康德和黑格尔唯心主义哲学的影响，精神病学中宗教道德观念占统治地位。当时所谓"精神学派"认为精神病是精神或灵魂本身的病，因罪恶、居心不善而引起。精神病人不应由医生治疗，而应由哲学家来进行道德教育。同时与这一张相对立的"躯体学派"则认为精神、灵魂是永恒不变的，不可能得病，如有精神病乃是躯体疾病所引起的，因此，这一学派从躯体变化方面去寻找病因，积累了资料，对当时的精神病学的发展起了一定的促进作用。

四、现代精神病学的发展

到十九世纪中叶，随着自然科学包括基础医学，如生物学、解剖学、病理学和心理学的发展，以及临床资料的积累，客观地提出了精神病是由于脑病变所致的结论。二十世纪以来，许多精神病学家对精神病的病因、发病机理分别从大脑解剖学、生理学和心理学等不同角度进行了大量的研究和探索，以阐明精神现象的实质和精神病理现象发生机理。由于学术观点的不同，形成了精神病学中的各种学派，其中目前仍影响较大的学派有：

德国的克雷丕林（Kraepelin1856～1926）则为现代精神病学的重要奠基人之一。他总结了前人的成果，以临床观察为基础，依病因学为依据，提出了精神疾病的临床分类原则，提出了早发性痴呆和躁狂抑郁性精神病的诊断概念。以后瑞士的E、布鲁勃（Eugen•Bleuler1857～1939），首先创用"精神分裂症"一词，来代替"早发性痴呆"，这一诊断名称为全世界所接受。

奥地利医生弗洛伊德（Sigmand•Freud 1856～1939），提出了潜意识和性力学说，并进一步发展为精神分析学说，亦称"动力精神病学派"。这一学派在欧美精神病学中曾起重要影响。近年来新弗洛伊德学派兴起，其中有人强调文化因素对人类心理的影响，而被称为"文化派"。此学说提出的"推诿""疏泄"等病理心理机制及心理治疗

的解释和应用，仍在起着影响作用。

俄国生理学家巴甫洛夫（Павлов，1849～1936），创用以条件反射方法研究动物高级神经活动的基本规律，对心理学和精神病学，特别是对实验性神经症的研究，做出了重要的贡献。

美国的麦尔（Adolf•Meyer 1866～1950），则为精神生物学派的创始人。他认为人是精神生物统一体，精神疾病是机体对困难境遇的适应障碍和反应。在治疗上强调个性分析，在予防上提倡精神卫生运动。

自本世纪以来，精神病的治疗方法有了长足的进步。1917年瓦格纳（Wagner）将疟原虫注入人体引起发烧治疗麻痹痴呆成功，为本世纪躯体治疗的先声。1922年克勒西（Klaesi）用巴比妥酸盐类进行麻醉疗法。1933年沙克尔（Sakel）开始了胰岛素治疗精神病。1938年由塞里蒂（Cerletti）和比尼（Bini）开始用电休克治疗精神病。1950年夏本蒂（Charpenties）合成了氯丙嗪，1952年缪勒（Muller）等从蛇根草中提出了蛇根碱素，1959年克来因（Kline）发现异丙肼治疗忧郁症，1949年Cade首先应用锂盐治疗躁狂症，而于六十年代末广泛应用于临床。近二十年来抗精神病药物问世且广泛应用于临床，使精神疾病的治疗、予防及管理发生了深刻变化。

就对精神病人管理来看，五十年代以前是采取收容和隔离政策。传统的精神病院被称之为“死气沉沉地看守和无人理采的纪念碑”。对病人和工作人员的自由都受到限制。许多病人长期住院，医院的印象是远离社会，荒芜的以及是惩罚性机构。四十年代后精神病院逐渐扩大，病人康复以及出院机会很少。在工业发达国家的精神病院为管理和照顾精神病人而变成巨大的机构。如美国五十年代的精神病床一度占病床总数的二分之一。五十年代后，由于精神药物的问世，大大提高了疗效。与此同时，由于提倡自由和人权的影响，精神病院改为开放管理，提倡尊重精神病人的人权，注意为恢复病人的社会生活创造条件，工疗、娱疗和心理治疗广泛应用，使愈来愈多的病人得到了治愈和好转而出院。在社区对出院精神病人开始实行日间管理，提倡非住院化运动，社区精神病学兴起。由于病人住院时间明显缩短，精神病床已是下降趋势，然而重复住院增多，呈现所谓“旋转门”现象。管理精神病人的注意力开始由精神病院转向社区，精神病院逐步成为联系病人和社区、治疗、管理和康复过程中的中心环节。在有些国家中，酒精中毒、药瘾，老年期精神病日益增多，成为严重的社会问题。为了予防精神病和减少复发，一些国家通过了相应的立法，建立起精神卫生中心，开展精神卫生工作。

第二节　目前国际上精神病学发展水平及今后发展的方向

近十年来做为一门边缘科学的行为科学的迅速发展，对整个医学发生了极为深远的影响。医学已从过去单纯的生物学模式发展为生物——心理——社会文化的模式。精神病学尤其以生物——医学——心理——社会——文化的模式来发展。心理、社会、文化等因素影响着精神病学的每个部分、每个方向、每个工作，如对疾病的发生、经过、转归、治疗、予防等都与心理、社会和文化因素有关。

一、用现代生物学理论研究精神病的现状

现代生物科学和医学基础理论，特别是神经生理、神经生化、精神药理以及医学遗传学的巨大进展，为精神活动本质的理解提供了更为丰富的自然科学资料，促进了精神病病因和发病机理的研究，提高了临床诊断和治疗水平，但对某些常见的精神病的病因尚无根本突破。目前研究的高级神经活动的条件联系学说，边缘系统和网状结构生理功能的阐明，突触的形态、生理、生化研究的成就，为学习、记忆、情感等心理活动过程的理解，提供了神经学的基础。中枢神经介质和神经内分泌所揭露的大量资料，为精神生化学研究开辟了一个新途径。精神药理学的迅速发展，不仅为临床治疗精神病提供了各类药物，同时为实验性精神病理学的研究创造了条件。医学遗传学的进展，对一些遗传性精神发育不全的病因和发病机理有所了解，同时把基因突变和染色体畸变与生化代谢等缺陷联合起来，为诊断和防治遗传性精神疾病，提供了更为有效的方法，并对有遗传素质基础的某些精神病，如精神分裂症和躁郁症等的病因探讨给予新的启示。这些进展为精神病学发展打下了更为广泛和深入的自然科学基础。

二、精神疾病的临床和科学研究方法的进展。

由于一些精神病的病因迄今尚未阐明，故在疾病的概念上很难一致；又因诊断缺乏客观体征和理化指标，在诊断标准上亦难统一。目前对精神疾病分类较有影响的世界卫生组织《国际疾病分类第九版》（ICD—9）和美国《精神疾病诊断统计手册第三版》（DSM—Ⅲ）。诊断标准有Feighner（1972）研究用诊断标准、Spitzer（1976）研究诊断标准（RDC）、Wing（1977）的PSE/CATEGO计算机诊断标准，美国精神科学会(1980)的《精神疾病诊断和统计手册》(DSM—Ⅲ)。诊断上采取了多轴诊断方式，不但考虑横断面的精神病理学现象，而且要考虑病人的病前素质、社会适应、病程特点和予后转归等纵向因素。

在精神病临床检查上逐步走向定式、定量化。常用的有精神疾病检查提纲(SADC)精神现状检查（PSE）魏氏智能测验和明尼苏达氏多项人格测验（MMPI）等。目前各种疾病量表种类繁多，在临床病情观察和疗效判定多采用临床评定量表。定式的检查方法和应用量表，在开始使用之前都要进行效度和信度的检验，达到一定要求方能应用。总之，无论在分类、诊断标准和病情观察和疗效评定上，都要做到标准化，计量化和规范化，这有助于学术研究和交流，有助于应用电子计算机进行处理。

在科学研究的方法上讲究要有一定的对照组，采取单盲或双盲的方法；样本的选择应是随机的原则；并要达到可重复性；资料的处理要采取现代数理统计分析的方法。

三、精神病院的情况

工业发达的国家精神病院在五十年代以前是高度扩张，企图把所有精神病人都收容起来。美国曾有精神病床七十万张，日本也高达三十多万张。五十年代后由于提倡非住院化运动，精神病床有削减的趋势，主张把精神病人急性症状控制后及早送到社会上精神卫生中心和家庭去照顾和治疗。

精神病院的种类有公立、私立，慈善机构和复员军人医院。一般综合医院都没有精神科门诊或病房，所谓“联络精神病学”是在综合医院负责各科会诊及心理治疗等工作。日本的私立精神病院约占80%以上，私立医院一般条件都比较好，无论在设备和人

员方面及管理水平都比公立医院强的多。

精神科病房一般床位为15～30张，最多不超过四十张。二人一间为标准房间，房间床位多者采用屏风隔开。对重点隔离病房采用电视监护系统。医院或病房都设有条件完备的工疗车间和娱疗、体育疗法活动场所。近年来兴起病房家庭化，工作人员不穿工作服，病人服装不受限制，甚至工休同吃同住，目的是让病人过着正常社会生活。老年病房和儿童病房设备条件比一般为好，儿童病房把治疗与教育结合起来，使儿童出院争取跟上正规学校学习。各精神病院都设有独立门诊部，并负责院外随访、会诊、咨询和急诊处理工作。开始应用现代工具管理医院，电子计算机已广泛应用于临床诊断，资料储存与分析。在教学与治疗上采用录音录象的方法。精神病院除有医生、护士外，还都有心理学家、社会工作者及工、娱疗人员组成的共同为病人进行治疗。

四、精精病人的治疗

目前在国外对发烧疗法，催眠疗法已废弃，胰岛素疗法很少应用，电休克疗法是在严格适应症的前提下，多采用静脉麻醉和肌肉松弛剂下进行。精神药物广泛应用于临床和社会防治。国外抗精神病药物不下几百种，但常用者不过 5 ～ 6 种，而且药量都比较大。抗抑郁抗躁狂药物应用普遍。心理治疗，工疗即职业劳动治疗、娱疗等皆很重视，近年来行为疗法也较盛行。提倡非住院化运动，强调社会治疗和环境治疗。总之，对精神病的既往单纯生物治疗模式，已发展为生物（主要是药物）——心理——社会——行为的综合治疗模式。

五、精神病防治管理与社会精神病学

由于对精神病学的认识已从单纯的生物学观点而走向生物——心理——社会学的观点，而社会精神病学已提到议事日程。所谓“社会精神病学”，是从社会学、生态学和文化差异等方面研究精神病的发病、临床表现、治疗和予防等问题。它研究的范围包括：（1）精神病的流行学及生态学，即精神病在不同社会环境下的产生、诊断准则、发病率、分布状况的动态，其中专门探讨与文化有关系者称为“文化精神病学”或“垮文化精神病学”。有的还研究疲劳、隔离、监狱、战争、饥馑等特殊情况下与精神病的关系、甚至对周末、工余时间及休假等对精神病的影响也有探讨。（2）精神病的社会学与人类学，也就是种族与社会的演化、社会心理学、人们的社会责任感，彼此之间的交往，乃至个人的智能、技艺与精神病学的关系。（3）精神病的社会性治疗和予防，精神保健机构的建立和立法与社会团体、财团的关系等。专门探讨地区社会性保健措施者称“社区精神病学”。（4）精神病学的方法学，如统计学、个案采集，社会调查，心理学检查等问题。总之，其特点是多学科的，不仅要具备生物医学的基础知识，还要有社会学、人类学、法学、教育学、宗教和政治方面的知识，必要时宜会同社会各方面力量，才能完成对精神病的防治管理任务。

世界卫生组织宪章规定的目标是“使人人达到最高的健康水平”，宪章中也提到“增进精神卫生是其组织的职能之一”。对于健康的含义，不仅指躯体健康，而且也指精神上的健康。讲卫生，不仅指环境卫生，而也指个人的精神卫生。目前世界上对精神卫生策略已发生了改变，“即把住院服务转向精神卫生服务与一般卫生服务和社区发展结

合起来”。西太区精神卫生规划中把“加强基层卫生保健中的精神卫生工作”视为当务之急。主张对精神病人中较严重难以管理者收住院，待急性症状控制后及早出院返回社会，在家庭和社会中进行治疗和管理，可采用白天住院制、中途康复站，寄养公寓、社区咨询，自助团体等社会治疗和环境治疗，在发展中国家尤其适用基层卫生组织增加精神卫生服务项目。

六、今后发展方向

综观世界现代精神病学科的趋向，不外乎向生物学、心理学和社会学三个方面发展。生物学方面，包括神经科学、遗传学、生理学、生化学和精神药理学等领域的研究，探索生物学的病因，提高诊断和治疗水平。心理学方面，则着重心理机制的探讨，心理测验的改良和应用，心理治疗和心理卫生的研究等。社会学方面，注重研究精神疾病的流行学、垮文化精神病学、社会心理因素在精神疾病发生、发展、康复、予防和治疗方面的作用，以及防治机构的组织形式和效果。

第三节　国内精神病防治发展简史

一、祖国医学对精神病学的贡献

祖国医学是我国劳动人民向疾病作斗争的经验总结，它为保障中华民族的身心健康，促进炎黄子孙的延续做出了一定贡献。尽管中医对精神病学未形成体系，但也积累了大量的资料和经验。

现有的文献记载，最早的是《尚书、微子》：“我其发出狂”，表明在殷末（约公元前11世纪）已有“狂”这一病名。公元前五至三世纪，我国最古老的医学典籍《内经》对精神病便有所描述。历代医家从不同角度都做出了不同建树。祖国医学认为精神是物质实体的产物，与躯体密切有关。如“人有五脏化五气、以生喜怒悲忧恐”（《素问》），“心者，五脏六腑之主也”（《灵枢口问篇》），说明了精神活动是以物质为基础的功能活动。两汉时唯物主义哲学家王充（27～97）在《论衡》一书中指出：“人之精神藏于形体内，犹粟米在囊橐之中也。死而形体朽，精气散，犹囊橐穿败，粟米弃出也”（《论死篇》）。与当时占统治地位的“唯天命”、“鬼神论”等唯心主义进行了针锋相对的斗争。

在精神病的病因看法不外乎有外因，即六淫（风、寒、暑、湿、燥、火）；内因，即七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）；不内外因，即饮食，起居房室不节，虫咬外伤等。如“邪入于阳则狂”（《素问》）、“怒伤肝，喜伤心”，以及“石药发狂，芳草发狂”等。在发病机理上，以阴阳、脏腑、经络失调，以致造成阴阳相尅或造成痰、火、气、血的变化失常来解释精神病的病理机制。如所谓“痰迷心窍”、“肝火上炎”、“气虚血亏”等理论。临床症状描述的丰富多彩。如“耳妄闻，目妄见”。（幻觉），“心惕惕如人将捕之”（妄想）、“独闭户塞牖而处”（孤独、淡漠）、“登高而歌，弃衣而走”（躁狂、兴奋）等。在精神病分类上提出了癫、狂、癎、痴、郁以及脏躁、奔豚、惊恐、烦燥、健忘、不寐、头痛、眩晕、怔仲等名称。在治疗上主张以中草药、针灸、饮食，导引（属于气功范畴的一种养生和治疗方法），以情胜情（属于心

理精神治疗法）等。

二、我国现代精神病学的进展

在近百年来，一方面祖国医学的精神病学继续为广大城乡精神病人服务，另一方面，在1840年鸦片战争后，随着西方医学的传入，先后在广州(1898)、北京（1906）、沈阳(1919)、苏州（1923）、大连（1932）、上海（1935）、成都（1944）南京(1947)等地成立了精神病医疗和收容机构。临解放前，全国精神病院仅7～8所，病床总数仅1100张，神经精神科专业医师总数仅50～60人。大都设备简陋，技术力量薄弱医疗护理质量低下。从1917年至1949年仅沈阳、北京、大连、上海、成都、长沙、南京等少数医学院校开设了精神病学课程。此时上海，南京、重庆等地有中国心理协会的建立，这是向社会进行心理卫生宣传的群众团体。

解放后，我国精神病防治工作得到了较快的发展。自1950年起各地医学院校陆续开设精神病教学工作。精神病院，综合医院精神科，精神病疗养院等相继建立。截至1978年不完全统计（台湾省除外），我国已有各类精神病医疗机构270所，治疗病床四万余张，收容疗养床八千八百余张，简易病床二千余张，专业人员已有五千七百余人，其中精神科主治医师以上三百余人，住院医师一千八百余人，中级医士七百余人。护理人员达六千余人。初步形成一支较大的专业队伍。

1958年6月，卫生部在南京召开第一次全国精神病防治工作会议。在这次会议上提出了群防群治，中西医结合、医药和精神治疗、工娱治疗相结合的方针，同时对我国精神疾病进行了分类。这次会议对我国精神病学有计划发展起了很大推动作用。以后各地相继成立精神病群防群治网，做了一些精神病普查工作。上海粟宗华教授(1904～1970)早在1958年便在上海市进行精神病普查，并建立了精神病防治站，做出了一定贡献，是国内搞社会防治精神病的先行者。

从1958年起各地精神病院逐步实行开放管理，在大量开始应用抗精神病药物的同时，注意思想教育，开展工疗和娱疗，动员病人自己的主观能动性去战胜疾病。精神病疗养院采取了“治、教、工、娱”四结合的疗养方针。

神经精神科学会于954年建立，翌年创刊了“中华神经精神科杂志”。北京的许英魁教授（905～1966）是学会活动的重要倡导者和组织者之一。1963年在广州召开了中华医学会第一届全国神经精神科学术会议，1966年卫生部在成都召开了全国精神科工作经验交流座谈会。这些活动对我国精神病学的发展起到了推动作用。

在十年动乱期间，由于“唯心主义盛行、形而上学猖厥”，把精神病视为“私字病”、“世界观没有改造好的疾病”，错误地废弃了行之有效躯体疗法和精神药物治疗，一些研究机构和医院被撤销或折散下放，这时是我国精神病防治工作的一个大倒退。

十年动乱之后，特别是党的十一届三中全会以来，精神病防治工作步入新的发展阶段。除各地精神病院在恢复、扩大和新建外，一些地区和单位已开始建立精神病研究所或研究室。继北京医学院精神卫生研究所（1980）和上海市精神卫生研究所（1981）成立外，先后有浙江省（1981）、吉林省（1982）、广东省（1982）精神卫生研究所成立。中国科学院心理研究所恢复并加强了病理心理的基础研究工作。1980年11月卫生、

民政、公安三部于上海联合召开了“全国精神病防治管理工作经验交流会”，推动了精神病的社会防治管理工作。全国性学术活动恢复并很活跃。恢复和新发行了《中华神经精神科杂志》、《中国神经精神疾病杂志》、《国外医学——精神病学分册》三种全国性专业刊物。《精神医学丛书》第一卷及《中国医学百科全书精神病学》已于1982年出版。1978年在南京举行了全国第二届神经精神科学术会议，同时对我国精神疾病进行了第二次分类。1981年在苏州召开了《精神分裂症座谈会》，并对精神疾病进行了第三次分类。全国性讲习班或专业会议有：心理学讲习班（1980北京）、心理测验讲习班（1980桂林）、心理治疗讲习班（1981.上海）、中西医结合治疗精神病学术会议（1980.贵州）、神经精神病遗传学术会议（1981.庐山）、夸文化精神病学术会议（1983.乌鲁木齐）、情感性疾病讲习班（1983.长沙）。同时打破了精神病学与外界隔决局面，开始和世界卫生组织和外国进行学术交流和科研协作。几年来我国精神病学专家先后到美国、日本、加拿大和西欧国家进行考察和研修，同时邀请外国专家来国内讲学。世界卫生组织及西亚太区精神卫生组织曾先后在我国举办了精神病流行学讲习班（1980.北京）、精神药理讲习班（1981.上海）、儿童精神卫生讲习班（1981.南京）、社会精神病学讲习班（1981.上海）、精神病教学讲习班（1981.北京）、精神病现状检查（PSE）讲习班（1981.北京）、综合医院精神卫生问题及神经症讲习班（1981.成都）、基层卫生保健中的社会心理问题讲习班（1983，北京、上海）。北京、上海、南京已成为与世界卫生组织进行科研协作的中心。我国部分地区十二个协作单位，争取世界卫生组织协助，进行了全国抽样精神疾病流行学调查，目前正在总结中。全国各地区、省、市精神病学术活动更是空前活跃，展示我国精神病学欣欣向荣的前景。

我国解放后三十年来，精神病学批判了各种唯心主义和机械唯物主义的学术思想，抵制了各种错误思潮的冲击，坚持以辩证唯物主义做为指导思想，开展了大规模的防治工作和流行学调查。目前神经梅毒已近绝迹，麻醉剂癖和慢性酒中毒极少见。一支精神病防治队伍正在发展壮大。

第四节　国内目前精神病防治科学技术发展水平及今后发展方向

一、生物基础理论研究方面

生物基础理论研究是我国精神病学研究工作中的薄弱环节。近年来只有少数教学医院和研究所开始组建实验室和做些研究工作。生化方面对中枢神经介质酶的研究，免疫学方面采用了免疫萤光技术，电生理方面开展脑诱发电位的研究，遗传学研究大都处于家系调查和双生子调查研究，个别单位开始染色体显带技术研究。无论从研究方法和应用技术都落后于国外。

二、心理学研究现状

目前心理学研究处在组织的恢复，工作刚开展，心理学知识和方法正处于普及推广之中。在引进国外心理检查如明尼苏达多项人格测验（MMPI）及韦氏智能测验等在国内已进行了常模的测定，并制订出适合于我国的检查方法。心理治疗和智能检查已开始应用于临床。有的单位已开展了心理咨询工作和实验心理学的研究。

三、临床研究现状

我国精神疾病分类目前还没有一个严密而公认的定义和诊断标准，这是当前研究的重点对象。常见病的观察和总结，已开始试用外国诊断标准和应用量表进行评定。精神分裂为重点研究之一。研究的范围包括遗传史、起病诱因及形式、临床表现、诊断、治疗和抗复发，慢性患者的再教育以及长期随访观察。精神分裂症有否脑器质性改变已采用了气脑造影和CT等方法进行研究。关于情感性精神疾病近年来已提到议事日程，主要研究在我国的发病率、患病率、分类及诊断标准、与分裂症的鉴别诊断问题正在进行之中。器质性精神病、症状性精神病，反应性精神病的临床特点已有些报导。神经症的病因，误诊原因分析，集体心理治疗和行为疗法等都有所探讨。对儿童及老年性精神病也进行了一些临床研究。总之临床研究主要是围绕提高医疗质量。

四、中医研究现状

五十年代中期，以对我国古代精神病学史研究开始，中医治疗精神病的临床报导较多。内容包括：古方的验证、新方的创制、单方的发掘、针灸的改进以及临床的观察。近年来对精神病的辩证分型和治疗原则进行了较广泛的探讨。研究较多的治疗方法有清热泻火、涤痰开窍、活血化淤、安神定志、养血补心、温阳补肾等法。单味药物有蔓陀萝（洋金花）、黄芫花、京大战、水牛角、马桑寄生、马桑、马钱子、黄花败酱、刺五加等。对针灸、电针和激光针灸治疗精神病的总结也较多。但是，中医治疗精神病疗效尚难肯定，有的虽有疗效，可付作用较大，又由于研究设计不够完善，缺乏严格对照，疗效还没有超过目前应用的抗精神病药物。

五、社会防治管理

我国广大精神科工作者，认真贯彻予防为主的卫生工作方针，本着以医院为中心扩大予防和防治结合的精神，争取基层卫生组织和社会各方面力量，以群防群治为基础，多种形式的社会防治管理工作已开展起来，取得了一些经验。城市的模式以上海、天津、北京、沈阳，农村模式以山东省烟台地区、辽宁省铁岭地区，市郊模式以北京的海淀区，工矿模式以大庆、天津、上海等做出了一定成绩。他们的共同特点是在政府的领导下，有关部门通力协作、密切配合，建全组织机构（形成防治网）是成功的经验。

六、今后发展的方向

我国各地精神病防治工作发展是很不平衡的。总的来说，精神病床位短缺，专业医护人员较少，且有青黄不接之势。尽管我国的“六五”计划中把精神病事业已列入为优先发展项目之一，由于传统的偏见，尚不被各级领导和人们的重视。根据目前国情不可能，也不必要发展更多的精神病床把精神病人都收容起来管理，而应当大力开展社会防治和管理工作，把精神病防治纳入基层卫生工作任务之中是行之有效的方针。国家或各地方应有关于精神病防治管理的立法，是搞好防治管理工作的根本保证。

目前精神病防治工作还只限于对重精神病的二级予防，即以治疗和防复发为主，对健康人群的予防发病（一级予防）还谈不到。随着四个现代化的建设，精神病病因研究和发病机理的探讨中将提到日程上来，除了开展实验室研究外，还应对社会精神病学进行深入探讨。全国应建立一套流行学调查、统计和研究制度，统一精神疾病的分类和诊

断标准。要大力普及精神卫生知识，开展精神卫生咨询工作。建立各级精神卫生中心。注意研究和防止由于工业化、家庭和社会结构改变造成的心理影响，防患于未然。要加强对老年、儿童精神疾病的研究，努力提高人民的精神健康水平。

第五节　我省精神病防治的现状及展望

我省精神病防治事业和全国发展状况大同小异，目前总的来看尚落后于先进兄弟省市形势。

一、防治管理的历史及现状

应用西方现代精神病学的知识，早在1919年于沈阳和1932年于大连建立了精神病医疗，教学和收容机构，至解放前床位不到几十张，专业人员廖廖无几。解放后，由于党和政府关心人民的心身健康事业，随着国家经济建设的发展和人民生活水平的提高，精神病防治事业有了很大的发展。五十年代初，于大石桥和松树由抗美援朝的后方战勤医院曾收治军队中的精神病人。1954和1955年先后的大石桥和开原战勤医院改做精神病院。建院初曾先后派人去四平、南京、上海，湖南等地精神病院进修学习，卫生部特派上海市精神病院许昌麟同志来辽宁亲自指导，为辽宁精神病防治工作做出了一定贡献。以后相继大连(1957)、沈阳（1958）等市精神病院建立，一些市（地）民政部门也成立了精神病疗养院。十年动乱期间，由于受极左思潮的影响，很多精神病院被折散下放，民政部门疗养院被撤消或转给卫生部门管理。十一届三中全会以来我省精神病防治事业得到了恢复和发展。目前各市、地都有了精神病院，部分县（区）或大型工矿也成立了精神病院（科），民政部门所属的治疗与疗养院也在恢复和扩建中。据1981年不完全统计，全省共有精神病防治机构31处，病床6,054张，其中市地级精神病院12所，病床3,390张，区县级9所，病床892张，工矿4所，病床570张，民政部门6所，病床1022张。全省每10万居民占有病床17.3张。全省从事本专业人员约四千多人，其中主治医师以上116人，医师314人，护师71人，医士263人，护士892人，每10万居民有精神科医生2人护士（师）2.8人。

我省精神病社会防治工作，早在1958年便开始做些社会调查和防治管理工作。1974年沈阳市皇姑区亚明公社试办精神病防治站，深受各方好评，不久经验推广全省。各地精神病院派遣专业医疗队，深入于道、厂矿和农村，进行普查普治，培训基层卫生人员，开设门诊和家庭病床，城市建立精神病防治站，做了大量工作，并取得了一定经验。

目前全省各防治机构每年将收治和收容精神病人一万五千多人次，各地精神病院协同基层卫生人员开设家庭病床每年约3～4千张，为精神病人犯罪进行司法医学鉴定每年将四百多案例，为保障人民的身心健康、促进社会安定团结，做出了一定贡献。

我省各精神病院除派高年医生去兄弟省市进修学习外，省精神病院自建院以来为全省培训八期医生进修班，五期护理进修班.为全省培训近250名医生和170多名护理人员，其中自1978年以来就举办了五期医生、二期护士长学习班。各地也培训了基层卫生组织专（兼）职精神科医生和卫生人员。我省精神科学术活动早在五十年代末便开始，和黑

龙江、吉林三省协作学术活动已进行了七次；近年来在朝阳（1978年）、铁岭（1983年）召开了全省学术年会；省内按片也曾召开四次学术活动；也曾在省内召开了神经介质座谈会（1978鞍山.）、医学心理学座谈会（1981.鞍山），邀请国内专家来省讲学；省精神病防治工作办公室出版了《辽宁精神病防治》内部刊物，至八三年末已出刊13期。全省精神科专业人员素质不断提高，精神卫生知识在逐步向社会普及。

省内各精神病院在改章建制，优质服务做出了一定成绩，鞍山市丹东市精神病院跨入省《文明医院》行列，鞍山市并成为1983年全国卫生系统先进单位。我省在精神科临床与社会防治管理也总结出一些经验。有关功能性精神病的鉴别诊断、器质性精神病临床表现、精神病的遗传调查研究、神经症诊断的量表应用以及有关生化和皮纹学在精神病方面的研究，总结出一些经验，都在国家级杂志发表；我省农村防治网（铁岭）、城市精神病防治站（沈阳）、工矿企业（鞍钢，抚矿）精神病的防治管理经验都受到国内重视、在全国会议和书刊上做了介绍。

二、存在的主要问题

我省精神病防治事业发展较快，据1980年统计，机构、床位和专业人员居全国之冠，按人口平均仅次于上海和北京市。当然尚不能满足人民的需要，从设备条件、人员素质、工作开展都比先进省市有很大的差距。

1．精神病防治工作尚不被社会重视。

由于传统的偏见，整个社会尚不能把精神病人与一般病人同等对待，各级领导并没有把此项工作纳入议事日程，因此精神科的发展落后于其它疾病的防治，各地精神病防治机构大都建在偏辟地区或市郊，不便人们就医和开展研究工作。省内医学院校没有完善的精神科教研组织，精神科教学时数少，因此医学毕业生没有立志从事精神科专业；精神病治疗机构人员大都不安心本职工作，人员青黄不接、造成我省本专业人员素质低下。精神病社会防治没有明确法规，精神病防治机构的人员和经费按床位分配，重治轻防，社会防治的人员和资金很难保证，精神病院只起收容作用，防治工作不讲社会效益。

2．防治机构不健全

现代精神病防治的趋势是从单从收容治疗走向社会防治管理，这就需要有一个健全的防治系统——防治网。目前省精神病院地处偏辟，不利集中人才，不利搞科研协作和指导全省工作，没有发挥、也很难成为全省的科研、教学、情报及防治管理的中心；各市地精神病院大都因简就陋，设备条件差、资金不足，专业人员短缺；全省大部县（区）尚没有精神病防治机构，综合医院没有精神科，绝大部分基层卫生组织未能把精神病防治纳入卫生工作之中，城市防治站，看护网等组织不建全；目前各精神病院只起收容作用，各自为政，全省没有形成防治体系。目前只能对全省精神病人的百分之十得到合理治疗和管理，绝大多数病人流散于社会，有待于治疗和管理。

3．防治技术水平低下

各地精神病防治机构将有40%以上是没有经过专业训练的人员，原有专业人员技术老化，整个人员素质低下。全省精神病防治信息不灵通，新疗法，新技术的应用落后、

科学研究处于临床回顾性总结，缺乏有计划的科研与协作。基础研究还没有起步。

三、今后的展望

根据省内现状和存在问题，要扬长避短，因地制宜的逐步发展精神病防治事业。

1．建立健全全省精神病防治体系。全省应建立一个精神卫生中心，成为全省研究，教学、信息和技术指导的中心。各市地精神病院应加强科学管理、以治理脏、乱、差入手，以优质服务，提高医疗质量为主，以医院为中心，扩大予防，成为当地的技术指导中心。没有成立县（区）精神病院的地方应成立精神病院或科，有条件的综合医院应设有精神科。基层卫生组织（包括工矿卫生所）应把防治精神病纳入卫生工作之中。要充分发挥社会主义制度的优越性，依靠政府的领导，争取社会各方力量，办好城市防治站，工疗站和看护网。对精神病人逐步做到划区阶梯防治和管理。

2．加强人才培养。省内各医学院校应加强精神病教学，争取更多的大中专毕业生充实精神病防治事业，争取医学院校定向培养本专业人才。现职人员要有计划、有步骤的搞好文化和专业技术培训，对基层卫生人员要训练精神病防治知识，不断提高各级防治人员素质水平。

3．注重科学研究。要有组织，有计划的搞好生物基础研究和临床研究，要加强心理学、社会精神病学的研究工作；也应把老年、儿童精神病学、司法精神病学及轻精神病的防治研究尽快提到日程上来。要大力应用新技术和新疗法，尽快应用电子计算机进行临床诊断和防治管理工作、开展多种综合疗法，提高防治管理水平。

4．宣传普及精神卫生知识。使社会了解精神病防治的意义和方法，改变社会对精神病人和精神科工作的偏见和歧视，唤起社会和各级领导对精神病防治工作的重视。

（吴化民）

第二章　精神病的流行学动态

过去流行病学的研究，仅限于急性传染病的范畴，而现在已经把所有疾病都划进了它的研究领域，其原因是任何疾病的患病率都可以消长，实践证明同样起着重要作用。

关于精神病流行学的研究开始于德国学者克雷匹林（Kraepelin）的学生路丁（Rüdin）等，他们的主要工作是在1920～1930年间完成的，他们对群体进行普查，企图探索遗传因素的作用。以后许多国家相继开展了这方面的工作，美国学者又把调查重点转移到社会环境因素方面。同时还注意到防治措施的调查，使流行病学进一步与防治工作密切地结合起来。1959年世界卫生组织设置精神障碍流行病学委员会，出版了由林宗义等编写《流行病在精神病中的作用》，以后陆续出版了许多有关的专著。我国最早的有关论著是郭清平氏（1942年）在东北农村的调查报告（摘要刊登在中国神经精神病杂志1982年第二期）。近年来不少省市开展了这项工作，并有专题报道，这不仅为今后卫生行

政部门规划精神卫生工作和开展社会防治工作提供了重要的参考，也将为临床应用和探索病因起着积极地作用。

第一节　国际精神病流行动态

一、关于国际上流行学调查各种精神病的患病指数：

国际上精神病的流行学调查，多系对某一地区或某种精神疾病的调查，尚未见有关国际性的精神疾病流行学调查的综合资料。事实上某一地区或某种精神疾病的调查，没有一个统一的方案和标准，也难以综合。兹将部分地区和常见精神疾病的流行学调查资料摘录，或可窥其大概。

1938年美国田纳西洲Williamson县所作的精神卫生调查，除了利用知情人在县进行调查以外，还随机抽样三个地区作了细微调查，检查了全部居民，结果三个区的精神科患病率比全县调查的数值高得多，每1000名受威胁人口中分别为123.7和64.5。上述调查一方面揭示了该县的精神病患病指数、另一方面说明文献中报道的患病指数多寡，与调查方法有很大关系。

最近美国调查了精神发育迟滞、儿童期精神病和成年期精神病，在英格兰的一个地区所调查的学令儿童中，发现严重智力低下（智商低于55）每1000名受威胁人口中接近4人，其中为卫生当局掌握的只有一半稍多一点。表2—1调查结果已换算为标准的十万人口中的频率。

表2—1　每十万居民中严重的智力低下儿童的估计数和公布数

	年令组0～4	5～15	总　　计
估计总数	30	66	96
精神卫生部门掌握的数字	4	47	
仅在家庭照顾	2	7	9
家庭照顾加训练中心	1	22	23
医院式寄宿舍	1	16	17
其他		2	2
精神卫生部门未掌握的估计数	26	19	45

Wight岛上对学令儿童进行的神经精神科障碍的调查，总共有2000名儿童接受一两个阶段的筛选步骤，发现2.2%有比较严重的精神科失调，同时共有6.3%需要转给专科医师诊断、治疗或指导。

成年期精神病科障碍调查地点是Neweastle-upontyne工业城市，调查样本是从选民登记册中任意挑选的，到家中检查受试人，同时在精神病院成年病房和福利院的病人和居民中进行了人口调查。结果如表2—2：

表2--2

	住院病例 每1000人中	在家病例 每1000人中	总患病率 (‰)
老年性和动脉硬化性痴呆	6.8	38.8	45.6
其他严重脑症候群	0.8	9.7	10.5
躁狂抑郁性障碍	0.7	12.9	13.6
精神分裂症　慢性	(0.2) *	9.7	108
偏执性精神病　晚发	0.9	0.0	
精神病所有类型	9.4	71.1	80.5
脑症候群　轻型	5.3	51.8	57.1
神经症和有关的障碍（中/重型）	1.9	87.4	89.3
性格障碍　包括偏执状态	0.5	35.6	36.1
	17.1	245.9	263.0

* 不包括长期住在精神病院中的精神分裂症病人。

日本及其所收集的资料，主要精神疾病在人口中的比率如表2—3所录：

表2—3　日本国精神疾病与人口比率概要

调查机关	调查地区	调查人口数	精神疾病总数	精神病
东　大	八丈岛（第一次）（1940）	8.318	0.76%	0.68%
东　大	三宅岛（1940）	5.286	6.69	0.91
九　大*	五家庄及其他（1940）	4.443	1.73	1.73
东　大	池袋（1940）	2.712	3.02	1.22
东　大	小诸（1941）	5.207	2.61	1.08
东邦大	琦玉（1956—7）	4.865	1.87	1.11
东邦大	茨城（1959）	2.403	2.16	0.62
东邦大	千叶（1960）	6.559	1.56	0.98
东大、东邦大	八丈岛（第2次）（1961）	1.2027	1.46	0.88
保健部	日本全国（1954）	23.993	1.48	0.52
保健部	日本全国（1963）	44.092	1.29	0.59

* 资料来源未作计算

摘自日本精神医学全书第一卷　89页

表2—4　主要精神疾病在人口中的比率（%）

地　　域	精神分裂症	躁郁病	癫痫	麻痹性痴呆
Allgän (Brugger)	0.22	0.20	0.11	0
Bornholm (strömgron)	0.22	0	0.33	0
八丈岛（第一次）	0.38	0.10	0.06	0.04
八丈岛（第二次）	0.47	0.08	0.14	0
日本全国（保健部）1953	0.23	0.02	0.14	0.02
日本全国（保健部）1963	0.23	0.02	0.10	0

摘自日本精神医学全书第一卷　第90页

表2—5　精神疾病患病率（1964～1972）

	总数	精神病						白痴与痴愚	其他
		总数	分裂症	躁郁病	癫痫	脑器质性	其他		
实际调查数	56.9万	26.2	10.1	0.9	46	9.5	1.1	18.4	12.3
全国推算	124万	57	22	2	10	21	2	40	27
一千人口中	12.9	5.9	2.3	0.2	1.0	2.2	0.2	4.2	2.8
各病种所占	%	46.1	17.8	1.6	8.1	16.7	1.9	32.3	21.6

摘自日本精神医学全书第一卷　第27页

另外可供参考的数值是来自医疗单位对住院病人的统计，从这些数值可以大致推测群体中各种精神病的分布情况。

表2—6　丹麦奥登色（Odense）精神病院1974～1975年住院病人病种分类

病　　种	男性人次	女性人次	共计	
			人次	%
精神分裂症	157	66	223	12.0
躁狂抑郁症	204	281	485	26.2
早老性及老年性精神病	16	22	68	
脑血管性精神病	33	26	59	
神经梅毒	4	1	8	
癔症	5	6	11	
其他器质精神病	58	23	81	

反应性精神病	44	86	130	70
神经官能症	16	55	71	
病态人格	118	63	181	9.8
精神发育不全	1	—	1	
酒精中毒	164	25	189	10.2
药瘾	98	57	155	8.4
未确诊	50	59	109	
其他	79	35	114	

表 2—7　日本1974年29所国立医院精神科住院和门诊病人初诊的疾病分类

病种	住院人次	门诊人次	病种	住院人次	门诊人次
器质性精神病	229	2242	非典型精神病	44	195
症状性精神病	48	184	神经官能症	244	7044
中毒性精神病	115	606	心因性反应	211	1216
早老性及老年性精神障碍	46	428	心身疾病	7	186
癫痫发作	114	2699	儿童行为异常	54	1115
精神发育不全	24	244	神经疾病	181	2104
病态人格	3	60	未确诊	50	246
躁狂抑郁症	449	2468	无病	5	26
更年期抑郁症	90	554	其他科疾病	4	226
精神分裂症	1017	3324	谘询	—	5173
			共计	2,935	34,340

表 2—8　日本宫崎医科大学附属病院精神科入院患者统计

（摘自日本九州神经精神医学第29卷第2号　279页）

ICD—9		1981			1982		
		男	女	合计	男	女	合计
290.0～9	老年性和早老性器质性精神病状态	13	6	19	11	9	20
291.0～9	酒精中毒性精神病	4	0	4	2	2	4
292	药物精神病	1	1	2	0	0	0
293	一过性器质性精神病状态	1	3	4	2	1	3
294	其它器质性精神病状态（慢性）	5	0	5	2	4	6

295.0～9	精神分裂性精神病	40	33	73	41	35	76
296	情感性精神病	12	6	18	9	4	13
297	偏执状态	0	3	3	0	3	3
298	其他非器质性精神病	0	1	1	3	5	8
299	起源于童年的特有的精神病	7	2	9	8	1	9
300	神经官能症	30	31	61	19	33	52
301	人格障碍	3	3	6	6	4	10
302	性偏向和障碍	1	0	1	0	0	0
303	酒精依赖综合症	5	0	5	5	0	5
304	药物依赖	1	0	1	0	0	0
305	非依赖性滥用药物	0	0	0	0	0	0
306	心里因素引起的生理功能障碍	0	2	2	1	2	3
307	不属其他类别的特种症状或综合症	8	3	11	4	6	10
308	对紧张刺激的急性反应	0	0	0	1	1	2
309	适应反应	3	8	11	6	1	7
310	器质性脑损伤后的特殊的非精神病性精神障碍	2	3	5	4	4	8
311	不属其它类别的抑郁性障碍	2	1	3	2	1	3
312	不属其它类别的行为障碍	1	0	1	1	0	1
313	童年和少年时有的情绪障碍	3	4	7	4	2	6
314	童年的多动综合症	2	1	3	0	1	1
315	发育的特殊性延迟	4	2	6	0	0	0
316	已在别处分类的疾病所伴有的心里因素	0	0	0	0	0	0
317	轻度精神发育迟滞	1	4	5	0	2	2
318	其它已确定的精神发育迟滞	5	0	5	4	4	8
319	未确定的精神发育迟滞	0	0	0	0	0	0
345	癫痫	12	23	35	25	16	41
346	偏头痛	4	2	6	1	3	4
332.0	麻痹震颤	2	0	2	1	0	1
333～4	Huntington氏舞蹈病	0	0	0	0	1	1
335～2	肌萎缩性侧索硬化症	0	0	0	0	1	1
433.8	大脑前动脉闭锁或狭窄	0	1	1	0	0	0
458.0	直立性低血压	1	1	2	0	0	0
780～3	热性抽搐	1	0	1	0	0	0
	未发现精神病	2	4	6	9	5	14
	待　　诊	0	1	1	2	2	4

总的来看，精神疾病也是人类的常见病多发病之一。以精神分裂症为例，许多

专家认为美国和欧洲大部分国家中的患病率为1%，而一些散居院外，病情潜隐者尚未统计在内（Woman、1977）。再以精神发育不全为例，据统计：在美国智力缺陷仅中度痴愚和严重不能独立生活的病人（白痴）已达0.35%（Meier，1977）。在美国65岁高令人群中老年性痴呆病人也达4.5%（Terry，1977）。

二、国际精神疾病的流行趋势

根据在大多数国家中大约有10%的人患有造成劳动能力丧失的慢性精神和神经疾病。在发展中国家，由于传染病与营养不良造成脑损害，这方面的百分率更高。

根据世界卫生组织最近的统计，在1000人口中，有120至150人患有精神及神经疾病。包括1—3例精神分裂症，5—25例癫癎，3—6例重度精神发育迟滞，32—40例轻度精神发育迟滞，50—80例神经官能症及其他有身心方面主诉的病例，1—2例躁郁症和6—9例老年性痴呆。以发展中国家看，癫癎的患病率是高的，为20～25‰，而发达国家的患病率是5—6‰。

最近的调查数字和以往调查报告相比以及多数报导都说明精神疾病的患病率在增加，这是非常值得重视的问题，新福尚隆氏在一篇报告中提到：现代化和工业化确实对提高生活水准有很多好的影响，然而，我们也应当对不加控制的社会经济发展所带来的不良付作用持谨慎态度。这些变化在发展中国家易罹患疾病的人群中产生了各种各样有害的反响，包括人的价值系统的解体、丧失自我信心、抑郁、急性精神病反应以及诸如暴力行为、犯罪、酒中毒、药瘾等各种自我破坏行为。传统的家庭关系的松散，支持系统的削弱，出现核心家庭的倾向，寿命的延长，使有关老年人精神卫生的一些问题，在工业化国家中成了一个重要的社会问题。……与酒精有关的问题并非工业化国家所独有的问题，在发展中国家的人群中，存在着迅速增长的饮酒过度问题。滥用药物在许多国家和地区也是一个严重的长期存在的社会问题。

新福氏这段话，基本上说明了国际精神疾病的流行趋势。

第二节　国内精神病的流行动态

一、我国各种精神病的患病指数

关于国内各种精神病的患病指数的调查，最早的报道是1942年郭氏在东北农村的调查报告。在1958年不少地区开展了精神病流行学的调查。如南京神经精神病防治院在南京市调查了925,477人口，确诊为各类精神病2,068名，总患病率为2.23‰，其中精神分裂症825名，患病率为0.89‰，精神发育不全583名，患病率为0.63‰，癔病精神发作123名，患病率为0.13‰，老年前期和老年期精神病94名，患病率为0.1%，反应性精神病89名，患病率为0.09%，情感性精神病85名，患病率为0.09%，癫癎性精神障碍61名，患病率0.06%，其它为208名。但由于各地区调查的病种不一，又缺乏统一的诊断标准和调查方法，因此各自的资料数字相差甚大，难以类比，故不一一罗列。近年来上海市徐汇区(503544人)1978年调查精神病的患病率为6.72‰，北京市海淀区(189,126人)1977年调查为7.12‰，四川南部农村（349,797人）1973～1975年调查为6.4‰，山东崂山县（624,090人）1973～1979年调查为3.57‰，南京市区三六县（2,103,338人）

表2—9　七十年代国内部分地区的精神病患病率调查资料　(‰)

	上海	北京	四川	山东	南京
精神分裂症	4.60	1.82	5.16	1.56	1.88
躁狂抑郁症	0.08	0.07	0.09	0.03	0.03
反应性精神病	0.32	0.26	0.24	0.06	0.09
癫　　痫	0.09	2.1	0.13	0.33	1.17
精神发育不全	1.08	2.53	0.05	1.13	1.24
老年性精神病	0.06		0.12		0.03
其他器质性精神病	0.08	0.27	0.58	0.39	0.03
更年期精神病	0.10		0.02	0.06	0.04

* 各地调查的病种与范围不尽一致，如癫痫项下、上海、四川和山东仅统计癫痫伴精神障碍者；精神发育不全项下，四川仅统计伴精神症状者；上海、南京等还调查了癔症等病，未列入表内。

1973～1975年调查为5.42‰。上述调查中的主要病种分布见表2—9。

可供参考数值，有来自医疗单位对住院病人的统计，有上海、北京、四平三所精神病院1975年出院的病种分类见表 2 —10。

表2—10　上海、北京、吉林、三所精神病院出院病种分类（人次）　1975年

疾病种类	上海市精神病防治院	北京市安定医院	吉林省精神病院
精神分裂症	2347	2048	1137
躁狂抑郁症	49	70	16
脑外伤性精神病	4	3	1
脑动脉硬化性精神病	5	6	2
老年前期精神病	2	—	3
老年性精神病	4	—	5
癫痫性精神病	30	26	49
癔　　病	19	37	42
脑炎伴精神障碍	—	—	3
精神发育不全	2	9	—
反应性精神病	91	16	—
神经官能症	—	—	33
其　　他	250	—	—
诊断不明	—	22	—
计	2803	2237	1291

二、我国精神病流行学的特点

从以上调查对比可以看出总的患病率较20年前增加。另外在国外酒中毒、药瘾、躁狂抑郁症、老年性精神病、器质性精神病较我国为多。而我国的精神分裂症病人所占比重较大，其次为精神发育不全。从各地普查资料可以看出精神分裂症约占精神病人总数的1/3～1/2，综合各地的精神分裂症患病率如表2—11。

表2—11　我国各省市精神病普查中精神分裂症的患病率

省分	报告单位数	次数	调查年	调查地区		调查方法		调查总人数	病人数	患病率‰
黑	4	8	1960～1977	城市	农村	线索	逐户	3,049,304	3,802	1.25
吉	2	6	1958～1977	√	√	√	√	1,382,631	1,735	1.25
辽	7	8	1973～1979	√	√	√	√	5,107,149	10,194	2.0
京	2	6	1959～1978	√	√	√	√	11,980,147	17,379	1.45
津	1	10	1972～1978	√	√	√		1,895,643	3,605	1.90
冀	1	1	1975～1976		√		√	310,000	525	1.69
豫	1	1	1974～1976	√	√	√		4,500,000	8,325	1.85
川	2	3	1959～1975	√	√	√		1,750,929	4,192	2.39
沪	1	1	1972～1978	√	√	√		10,000,800	42,000	4.20
江	4	2	1973～1976	√	√	√	√	4,336,668	8,288	1.91
浙	3	5	1958～1978	√	√	√		3,851,229	8,853	2.29
新疆	2	4	1972～1976	√	√	√		187,408	426	2.27
晋	1	1	1976～1978	√	√		√	1,278,657	1,890	1.47
黔	1	2	1976～1978	√	√		√	1,594,691	4,287	2.68
皖	1	1	1975		√	√		157,422	185	1.18
闽	2	2	1977～1979	√	√	√		412,459	993	2.40
粤	2	2	1955～1977	√	√	√		853,015	2,077	2.43
鄂	1	1	1975		√	√		63,744	63	0.99
鲁	1	1	1977～1978		√		√	624,090	974	1.56
内蒙	1	1	1967	√		√		495,160	46	0.92
计	40	66	1955～1975	16	19	16	9	53,831,146	119,839	2.22

多数报道本病患病率城市高于农村，女性多于男性。而精神发育不全的患病率农村高于城市男性多于女性。两种疾病的遗传因素均占30%左右。

对少数民族中精神病流行学的调查报告较少，一份基诺族的调查资料其基本情况与内地相同，另外发现以下特点：

1．精神病和精神分裂症的患病率都是男性显著多于女性；

2．精神病人衰退率较内地低；

3．精神性治疗作用问题：基诺人的禳鬼仪式底确使一些精神病人的病情缓解，包括精神分裂症病人，该资料认为这与基诺人中浓厚的“万物有灵”的信仰有关；

4．近亲婚配问题：基诺村寨小，近亲结婚者多，生殖不蕃。但精神发育不全和癫癎的患病率都不高于内地。

另一分来自延边朝鲜族自治区的调查资料，发现鲜族的精神病总发病率与汉族无显著差异，而总患病率高于汉族。精神分裂症，癫癎、癎癫性精神障碍及躁郁症的患病率均高于汉族，而精神发育不全低于汉族。

第三节　省内精神疾病流行动态

一、省内精神疾病流行学调查情况：

省内较早的调查是在1958年进行的一次线索调查，调查地点是沈阳市二个城区和营口市，共调查城市居民1191,249人，发现各种精神疾病（不包括已愈者、癫癎、神经衰弱和精神衰弱）共2,822人，总患病率为2.36‰，男性占37.88‰，女性占 62.12%。其中常见几种精神疾病所占百分比及其在人群中的患病率如表 2—12

表 2—12

调查人口数	精神疾病总数	精神分裂症	躁郁症	癫癎性精神病	精神发育不全	癔病	老年性精神病	其　他
1,191,249	2,822	1,029	70	314	462	636	118	193
患病率（‰）	2.36	0.86	0.06	0.26	0.39	0.53	0.1	0.16
分类构成比%		36.46	2.48	11.13	16.37	22.54	4.18	6.84

此后各市（地）精神病院，都在本市（地）进行了一些调查，但调查方式、病例标准、病种范围以及调查人员的训练不一，故难以综合分析。仅就辽宁省精神病防治工作办公室八〇年统计全省十一市（地）的精神病普查和抽样调查结果推算，全省约有各类精神疾病193,800人，总患病率为5.7‰，城镇略低于农村。其中精神分裂症61.200多人，患病率为1.8‰，年发病率为0.1%。

最近的一次调查是于1982～1983年进行的，在抽样框架220,211人中，普查了 1000户共4,102人口查出各种精神疾病（七岁以上包括功能性、器质性精神病、药物依赖和重度精神发育不全）城市21例，总患病率为10.58‰；农村26例总患病率11.76‰，标化患病率城乡分别为8.75‰和9.42‰，农村略高于城市，男女无明显差异。城市现患18例，时点患病率为9.07‰；农村现患20例，时点患病率9.0‰，经标化城乡分别为8.75‰和9.42‰，城乡患病率接近。农村患病率高主要是精神发育不全明显高于城市之故。

神经症患病率（统计现患）：城乡患病率分别为10.42‰和35.3‰，农村高于城市。

各种精神疾病中，城市以精神分裂症患病率最高，总患病率为5.04‰，现患为4.03‰，其次是精神发育不全为2.52‰，再次为药物依赖1.0‰，其它为情感性精神病（是既往患过），偏执性精神病、脑血管病伴发精神障碍和癫癎性精神障碍各为0.5‰。农村也以精神分裂症患病率为最高，总患病率为4.53‰，现患为2.71‰，其次为精神发育不全4.07‰，再次是反应性精神病（只既往患过）为0.9‰，其他是情感性精神病、偏执性精神病、颅内损伤伴发精神障碍、躯体疾病伴发精神障碍和药物依赖各为0.45‰。从

现患病率看农村精神发育不全（4.07‰）高于精神分裂症（2.71‰）。

可供参考的资料有辽宁省精神防治院81、82、83、三年间的出院病人疾病分类统计，见表2—13。

表2—13

疾病名称	1981	1982	1983
1．脑器质性精神障碍	41	49	45
2．躯体病伴发精神障碍	5	—	6
3．中毒所致精神障碍	—	5	6
4．精神分裂症	1402	1522	1488
5．情感性精神病	7	8	29
6．偏执性精神病	—	—	4
7．反应性精神障碍	13	19	34
8．其他精神病	6	1	9
9．神经病	47	60	62
10．心身疾病	—	—	1
11．人格异常	1	—	3
12．精神发育迟滞	4	5	6
13．儿童期精神疾病	8	2	13
计	1534	1671	1706

二、流行趋势

总观上述不同年代的调查和统计资料，可见患病率在增加，70年代调查数值约为50年代的一倍，80年代又为70年代的一倍，这是多么值得重视的一个问题。患病率的增加，与国内和国际是一致的，但是不宜坐视，应积极开展社会防治和科学研究，采取有效措施以阻滞或扭转这种情况。

另一个问题是精神分裂症和精神发育不全约占所有精神疾病（不包括神经症）80%，如果这两种疾病得到防治或解决，精神疾病也就基本上得到了解决。精神分裂症的病因未明，精神发育不全仅少部分病因虽被阐明但迄今尚缺乏有效的治疗方法，因此社会防治和科学研究的主攻方向应该是精神分裂症和精神发育不全，否则患病率仍有可能以几何级数增加。

精神分裂症患病率增加的原因，根据有关资料分析主要是年发病率（1～2/万）高于本病的死亡数（约0.5/万）而治愈率低复发率高；调查方法和调查技术的改进和提高，发现病例数多，漏诊数或假阴性病例减少虽有一定关系，但影响不大，有的再调查漏诊数约占10%。省内多数资料报道本病患病率城市高于农村、女性多于男性，发病年令16～25岁年令组高于其他年令组，内向性格占50～70%，阳性家族史占25～30%。还有在临床相方面趋向非典型化，典型的紧张型很少，典型的单纯型和青春型也较前少见。

精神发育不全的患病率，农村明显高于城市。其病因有精神病家族史、原因不清

（包括不详）和其他各占1/3左右，在其他一项中有近亲婚配、染色体异常，母孕期有害因素、胎儿严重营养不良（早产）和高令生育等。

第三个问题是酒瘾和药物依赖以及老年人的精神卫生问题：这一问题在发达国家中已成为重要的社会问题，虽然它们采取了一些措施，如设立酒瘾药瘾研究所、青年人公寓和精神卫生中心等，解决了一些问题，但远未根治。我国目前这方面的问题并非不存在，只是较少，但有增加迹象。我省亦然存在着青年人饮酒过度和慢性疾病患者滥用药物的问题；存在着传统的家庭关系的松散，支持系统的削弱，出现核心家庭的倾向（我省调查城市为56.2%、农村为81.2%）；寿命的延长、老年人精神卫生的一些问题，将越来越突出。这个问题各有关方面如不予重视及早从根本上采取措施，将导至发达国家的复辙。

第四个问题是儿童心理卫生及儿童多动症问题：我国为使人口的增长与生产发展的速度相适应，并为了提高民族的素质，政府把一对夫妇只生一个孩子做为基本国策，以使到本世纪末人口控制在十二亿以内。这一战略任务关系到四化建设，也直接关系到每对夫妇的切身利益。为了做到生一个、养好一个、教好一个，人们不仅十分关心儿童的身体健康，而且对小儿的心里社会发展也给予很大重视。可是由于宣传上的一些不足之处及只重视智育的倾向性，独生子女在心理社会发育上曾经出现一些问题。例如太原市一个幼儿园1981年的调查表明，虽然独生子女在体质及智能上胜过非独生子女，但表现任性、自私、不团结、不守纪律者显著多于非独生子女（唯独胆小者比非独生子女少）。另一分调查的印象是他们有一种高人一等的骄傲态度。这种情况我省亦不例外（师范学院的调查），因此独生子女的正确教育是必须强调的，否则易导至性格上的偏离，造成精神卫生问题。

关于儿童多动症的流行学调查，我省一分资料报道在小学在校学生中患病率为2.3%，男女之比为6.6:1。此与国外报导（流行率约占学令儿童中的3%，男比女多3～5倍）基本上是一致的，我省资料并提出与母孕期、儿童期感染和药物毒付作用等因素有密切关系，故必须进一步加强儿童和妇女的包括精神卫生在内的保健工作。

（李权国）

第三章　精神病流行学调查

精神病流行学的研究方法，首先是观察、记录、收集资料，而后分析资料提出假说，最后根据假说设计实验方案，验证假说是否符合实际。根据流行学研究的内容不同，可分为“描述流行学”、“分析流行学”和“实验流行学”。目前精神病流行学的研究工作，主要属于”描述流行学”，已开始做些“分析流行学”工作，而“实验性流行学”方面还很少研究。

第一节　调查的目的

1．查明精神疾病在某一指定地区人口中的分布情况，可做为制定防治措施的依据，

2．分析各种外界条件和内在因素，对精神疾病的发生、发展和结局产生的影响、以便寻求这些疾病发生的原因；

3．可以广泛验证临床和实验室研究提出的某种病因假说；

4．根据精神疾病在居民中消长情况，评定防治措施的成效；

5．用事实阐明精神疾病造成的社会影响，以便唤起并吁请社会有关部门对精神病防治工作的重视。

第二节　调查的方法

可根据具体情况、要求，采用不同的方法。

1．按调查地区范围划分为

（1）全面普查：对某一地区全体居民进行全面调查。这样所得资料比较全面可靠，但花费人力、物力较大。

（2）抽样调查：在全地区居民中抽取一部分或若干部分居民进行调查。这样可以节省人力、物力和时间，也可获得所需要的统计学上有价值的资料。抽样调查的一个重要原则是必须使样本能够反映总体的特征，对总体来说，样本必须具有尽可能的代表性。常用的抽样方法有随机抽样、分层抽样、正群抽样等。目前多采用先确定调查地区（抽样框架），在此框架中再采用多级（可根据居住环境和居民经济状况）、正群（按行政区划为单位）抽样的方法较为适宜。至于抽样样本大小则可根据调查的目的或精神疾病患病率高低而定。

2．按调查方式划分为

（1）逐户调查：对选定地区的人口，按行政机构逐户进行家访调查，这样调查可期精确无遗漏。

（2）线索调查：根据有关方面提供的精神病人及可疑病人的线索，再深入病人家中调查，边调查边补充线索。线索的来源有：①各级医疗单位的病历；②公安局的治安、户籍资料；③居委会治安、卫生人员所提供的资料；调查过程中群众反映的情况。线索调查难免有所遗漏。

（3）间接调查：根据该地区内各种医疗单位的病历，户籍资料，民政公安机关的档案进行统计。这种方法固然省力，但收集的资料挂一漏万，并在诊断上可靠性很小。

（4）特定人口调查：由于专题研究的需要，可以深入对特定人口进行调查，例如要研究遗传有关因素，则可对病人的亲属进行调查。

3．按调查的目的划分

（1）现状调查：是研究当前的疾病分布情况及有关因素。

（2）回顾性调查：是从病史中寻找发病的有关因素。

（3）前瞻性调查：是事先进行设计，进行观察未来的结果，例如观察父母一方患精神分裂症的子女若干人，再找条件相似者做对照组，观察若干年后两组的患病率有无差异。

第三节　调查的内容

可根据调查的目的和要求来确定调查的内容。一般精神疾病流行学调查内容应包括以下几方面。

1．调查地区的背景及社会人口学资料。包括调查地区的地理环境、面积、行政区划；人口构成情况；人口流动情况；居民经济情况；文化教育情况；医疗卫生服务情况；社会福利情况等。

2．被调查住户的社会人口学资料。包括调查的总户数、人口总数及男女构成比例；家庭平均人口数；家庭结构类型、婚姻情况、文化程度、职业，家庭经济状况；邻里关系及社会支持系统；成员中自杀、犯罪、离婚等情况。

3．各种精神疾病。要根据调查的目的确定调查精神疾病的范围，种类。要明确精神疾病的概念，按着一定的精神疾病分类标准，本着一定的精神疾病诊断术语的描述性定义和诊断标准来确定诊断。这是很关键的准则。既往精神疾病流行学调查各地各家统计疾病频率上的差异，往往是由于调查方法不一或对疾病确定的范围和诊断标准不同所致，而后者更为重要。

第四节　调查的准备阶段

1．建立健全组织机构

组织机构应有领导小组和专业调查工作队。领导小组应由行政领导、精神科工作者、流行病学和数理统计方面的专业人员组成。领导小组要制定调查研究的设计。组织实施和资料的整理分析工作，并督促检查调查工作队工作进展情况，随时提出指导意见。领导小组可设办公室，负责日常事务处理和具体业务工作。

专业调查工作队调查时可根据需要分成若干调查小组，每小组以2～3人为宜，其中须有一名精神科医生。调查工作队中应有高年资精神科医师、医生、护士等，并应吸收基层卫生人员和基层行政负责人（生产队长，居委会干部、组长）参加，以便做为向导和做社会思想工作。调查队人员应有明确的分工。

2．设计调查研究方案

方案设计应包括调查的目的、内容、方法步骤，调查的地点、时间和进度，组织设施和人员组成和培训方法，采用的工具标准、物质条件及经费予算等内容，待领导小组通过，上级有关部门批准后，由办公室负责具体实施。

3．人员培训

（1）培训的目的和意义：在于使调查者在方法学上取得一致。因为要采用标准化工具，即指一个标准化了的交谈方法和程序，则以同样的方式，向每一受检者问同样的

症状，然后按照一定的定义和规则，评定从询问中得到的任何症状，以使临床检查尽可能取得一致，并使结果定量化。所以，必须对使用者进行训练，以便使资料的收集过程达到标准化，才能做到调查所得的资料与国内外资料进行交流和比较。

（2）内容和要求：应该根据调查方案中有关训练内容和要求，来决定训练的对象、范围和方法。训练的主要内容有下列三类：

①研究设计的方案和概况：包括调查目的、对象、范围、内容、方法、程序以及工具和调查表格的种类和用途等。凡是参加调查人员都应通过学习和讨论，得以熟悉和了解。其目的是要使每位工作人员都能明确此工作的意义和做法，有助于工作的顺利开展和提高调查的质量。

②非工具类的调查表格：它的种类名称、内容、使用范围、填写方法，以及初步的整理和汇总步骤等。对参加现场调查的有关人员，均应通过短期的训练，要求能完全掌握和熟练使用。此外，参加调查的医生，必须学习和掌握疾病分类、诊断标准、各类病史表的使用方法以及对查出病例的处理原则等方面的内容。

③标准化工具：对标准化工具的使用者必须进到特殊的训练。例如“精神状况检查（PSE）”是一种完全标准化的评定工具，必须对使用者举办专题的训练班。

（3）培训的时间和方法：培训时间的长短取决于目的和效果。其方法可采用专人讲解和集体讨论，示范操作等形式。可利用录音、录象等现代教学方式。学员通过学习和讨论，对所学习的调查用表、尤其是标准化工具，需进行使用者之间的一致性测验，一致性程度必需达到75％以上，调查期间也得定期复测。

综上所述，在现场调查时，不同的人员分工使用不同的工具，只有通过学习和训练的调查队员才能使用有关工具和调查表格。

4．表格和工具的选择及测试

调查中需要的各种表格及采用的工具用表、皆根据调查的目的而定。在选择调查中使用那些工具时，除了根据调查目的，所要求资料的正确性和价值来决定工具的标准化程度外，还要考虑到调查对象的文化背景，在技术上是否适用、操作和统计是否简便等因素。

从国外引进的工具，首先在翻译成中文时，应注意语言的同义性，然后通过测试，对工具中有不适合我国国情或当地风俗习惯的内容进行必要的修改。自行设计的工具，须测定工具的效度（真实性）、信度（可靠性）。在正式使用工具之前，有一个重要的步骤，就是进行小规模的可靠性测定，其目的是为了把评定（使用）者之间的不一致进行定量，并使之减低到最低的限度，涉及二个以上的评定者之间对同一病人检查的一致性，下面介绍几种常用的信度测定的方法。

（1）总的一致性：系指二个评定者检查一个病人，计算一致的项目，在评定的项目中所占的比例。一般对用工具评定的一致率达到75％以上。若有二个以上的评定者进行一致性测验，则可二个一对，评定者越多，则所配的对子亦越多，可按公式 $\frac{K(K-1)}{2}$ 计算，K＝评定者人数，例如K＝5，则 $\frac{5\ (5-1)}{2}=10$，即有10对。为

了简便，可按其中一人为标准，其它人以标准人配对即可，再计算出全体总的一致率也可。

（2）Kappa统计：本方法可矫正机遇一致性，用于2个评定者，评定某一症状有无，诊断是与非时的一致性。计算公式

$K = \frac{(P_o - P_c)}{(1 - P_c)}$ P_o = 观察到的检查者之间一致性的概率。P_c = 机遇一致的概率。

分母中的“1”代表完全一致性。

公式的意义是：检查者们实际所做的（扣除机遇一致性之后）除以完全的一致性减去机遇的一个比率。

具体计算步骤：

		检查者A		
		+	−	
检查者B	+	a	b	p_1
	−	c	d	q_1
		p_2	q_2	n

$P_o = \frac{a+b}{n}$　　$P_c = \frac{p_1 p_2 + q_1 q_2}{n^2}$

代入上述公式求出K值。

其中：总符合率 $= \frac{a+b}{n}$

阳性符合率 $= \frac{a}{n}$

阴性符合率 $\frac{d}{n}$ 。

K值的范围从1（完全一致）通过0（机遇一致），到−1（低于机遇），K值的显著性测验：

$$Z = \frac{K}{S_K}$$

S_K（K值的标准差）$= \sqrt{P_o(1-P_o)/n(1-P_c)^2}$

Z值（即u值）查正态分布表，求出P值。

如果大约估计，则须以受检对象的样本而论，受检者10人（或项）时，K值0.65即表示差别显著，达到可靠性要求。受检者100人（或项）时，K值0.5即可。

（3）相关：用于可重复性测定，一般以相关系数（r）这一统计指标来说明两个变量间关系密切的程度。具体计算步骤请参阅数理统计专著。如受检查10人，r值等于0.6以上即可（P值0.05 = 0.549）。

（4）效度（真实性检验）：即对使用工具的效度检验。在大样本调查中，调查者不可能对每位被调查者都做详细的精神检查，因而常常采用筛选试验，仅对筛选阳性者（即可能的病例），再逐个进行深入的精神检查，确定诊断。筛选试验的使用者，最好先测定可靠性（信度）。一种筛选试验，必须对它的效度，即总效率、灵敏度（发现病人能力）和特异性（发现正常人的能力）进行评价后，方可确认应用于实际。

测定筛选试验的效率

		筛选结果		
		阳性	阴性	
标准分类	病人	a	b	a+b
	正常人	c	d	c+d
		a+c	b+d	a+c+b+d

$$灵敏度 = \frac{a}{a+b}$$

$$特异性 = \frac{d}{c+d}$$

$$总效率 = \frac{a+d}{a+b+c+d}$$

式中的筛选结果阳性（可能异常者）和阴性（可能正常者），是由予先拟定的该试验的界线分数来确定、此界线分数系来自用此试验在正常人群中（非此试验的病种对象）测定后所求出的正常值。

式中的标准分类，系作为筛选结果的评判依据，这种标准分类必须是一种独立于筛选手续的正确辨认方法。目前，多数以临床的传统诊断代替。

5．与其它有关部门的联系和合作

在赴现场调查之前，必须与调查地区和调查地点的有关行政部门取得联系；说明调查的目的和意义，调查涉及的范围，所需时间等，以争取各级行政领导的支持与合作，沟通调查渠道，并委派基层干部协助参加工作。同时通过他们，采取多种形式对群众进行动员和宣传普及精神病知识。

当地的卫生和公安部门，是疾病线索和其它资料收集的一个重要来源，应取得他们的协助。调查的成功和善后工作是否妥贴，都将依赖于他们的主动配合和积极参加。

6．物资准备

大宗的物资，首先是各类调查表格、工具、手册等的编辑、印刷，印数可按实际需要稍有宽裕的原则。在调查时应有必要的医疗器械、药品，以便对查出的病人给予治疗或设立家庭病床。要避免只查不治的不良行为。

7．试点调查

在正式调查之前，正个调查队应在一起，选择一个试点调查（可按排在培训班之后进行），试查的内容和程序，须与即将进行的正式调查中要实施的方案完全一样。通过试查使所有参加者熟悉正个调查模式，是一次实习机会，以便在日后的调查中尽可能做到统一认识、统一方法、统一标准和统一要求，以使在正式调查时，更能符合实际情况，取得予期的效果。

8．调查的日程和进度。

根据设计方案来确定日程。每个调查组在保证质量的前提下每天对予计完成任务应有要求，每天工作均应事先计划安排。调查队的领导成员对正个调查工作的质量和进度应有经常性的检查和督促，发现问题应及时研究通知改进。

第五节　调查的步骤

1．确定调查的对象

本着调查的目的、按方案设计的要求来选定调查对象。如果是抽样调查，一定要先

选定抽样的框架（调查地区），在框架范围内经与有关方面了解情况进行蹉商，再按一定的规律进行随机抽样，切忌有意选定。如果是逐户调查，在抽样的基础上明确调查户数，选定的住户或人后即不可随意剔除。如果是定额（户或人）调查时，可适当多抽多调一些，以便因特殊情况而不能满足所要求的定额。

2．调查的流程

在确定调查对象后，按方案设计要求深入实施。一般是先调查一般社会人口学资料，然后进行线索调查，最后进行病例调查，根据需要还将进行复查。

各种精神疾病的调查如果是普查或抽样逐户调查时，采用二级调查法。所谓二级调查法是指第一步对抽样确定的被调查者使用统一定式的筛选进行筛选；第二步对筛选阳性者（即可能的病例）按着定式的调查表填写有关病史之后进行定式的精神状况检查，再按照规定的诊断标准做出诊断。对筛选阴性者（可能正常人），也要按着一定规律抽样进行复查，对复查的假阴性，再按病例诊断程序进行确诊。

第六节　资料的整理和分析

1．资料的整理

调查所收集的资料，在没有整理分析前称为原始资料。面对大量的原始资料，必须根据予定的调查统计目的和要求，通过整理，使分散的资料系统化，便于进一步统计分析，以反映被研究事物的规律性，这就是整理资料的目的。

整理资料是收集的继续，又是分析的基础，必须按科学的方法进行，认真对待。正理工作可分为：检查资料、设计分组、拟整理表和实施归组四个步骤。

（1）检查资料。在整理资料时首先要对原始资料进行详细的检查。如果原始资料存在差错和遗漏，或者不符合予定的统计要求，则整理出来的结果必然不正确，再以此结果进行分析，就会必然导致错误的结论。

资料检查着重于审核原始资料的完正性和正确性，包括下面几个具体内容：

①项目审核：检查调查的对象和单位是否完全，有否遗漏和重复。表格的项目有否漏填错误或填写不清之处。

②计算审核：计算技术上有否差错，所用的计算单位对否，数字有无不合理之处等。

③逻辑审核：根据专业知识和一般常识进行判断。例如各项目内容之间有无矛盾，或其他各种不合乎逻辑的地方。

检查资料最好在调查时进行，边调查边检查，以便对有错误、互相矛盾或重复、遗漏的资料能够及时给予合理改正，剔除和补充，必要时进行重复调查。

（2）设计分组　经过检查的原始资料可进行分组整理。即根据各项的特性，将性质相同的资料归纳在一起，使资料系统化，以反映事物的本质。一般先按事物的性质和类型分组，即质量分组，然后在质量分组的基础上按数量大小分组。

（3）拟整理表　一般是在分组决定后，再根据研究目的和要求拟订出整理表。整理表是用于原始资料归组的一种表格，它即不同于原始表，也不同于最后总结中的统计

图表，而是反映某一事物特征或与另一事物之间关系的过度性表格。

（4）归组　拟好整理表后，就可进行归组。归组是统计资料的收集和整理的最后一个步骤。归组的方法可分为划记法（把原始记录表中标志相同的用划记的方法分别列入整理表内，如用一丁下正正）和分卡法（把原始记录卡按项目分为若干组，然后清点每组张数，填入整理表内）。如资料及某调查项目较多时，划记法极费时，且容易产生错误，有时造成几个正理表的总计数各不相同而返工。分卡法的优点是不容易错，有错也容易找，因此用分卡法进行归纳为好。

在资料归组过程中，应检查卡片总数与整理表中总数是否相等，并要及时审查各个整理表的有关合计数量是否相等。

2．资料的分析

资料整理完毕之后，即可进行统计指标的计算，以及应用合适的统计方法进行分析，列出统计图表，写成报告。

3．精神疾病频率的计算方法

$$\text{发病率（‰）} = \frac{\text{该地区当年发病人数}}{\text{该地区年平均人口总数}} \times 1000$$

$$\text{患病率（‰）（时点）} = \frac{\text{某一时点的病人数}}{\text{同一时点的人口总数}} \times 1000$$

$$\text{患病率（‰）（时期）} = \frac{\text{某一时期的病人数}}{\text{同一时期的平均人口总数}} \times 1000$$

发病机率，也称患病危险度，是指人的一生可能发生此病的机率，按 Weinberg的简化公式计算：

$$\text{发病机率（‰）} = \frac{\text{总病例数}}{\text{调查总人数}-\text{未达通常发病年龄人数}-\frac{1}{2}\text{通常发病年龄以内的人数}} \times 1000$$

（吴化民）

第四章　精神病的社会防治管理

精神病属于大脑机能障碍，不同其它系统疾病，由于病态发作，往往影响社会秩序、影响家庭生活，有很强的社会性，所以对于精神病的防治管理工作是医学界和社会各界共同关心的主要课题。现在世界上的一些国家，根据各自的社会制度、文化和民族的特点，采取不同的组织形式和防治措施，开展有效的防治工作，取得了显著进展。我国的精神病社会防治管理工作是在党和政府的卫生工作方针政策指引下，充分体现我国社会主义制度优越性的一项群众性的防病治病工作，必须调动社会上各方面的积极性，依靠专业队伍与群众结合，因地制宜地采取有效措施。做好精神病社会防治管理工作，可为群众解除疾苦，为社会减轻负担，最终为人类增进幸福，促进社会精神文明。

我国近年来在一些试点省市地区精神病流行学调查的结果，以及世界卫生组织提供的文献资料，都证明精神病的发病率明显增长。在许多国家里每五个丧失工作能力的人中，就有二个是由精神病造成的，因此予测今后不论是我国或是世界上大多数国家精神病的问题不是减少，而是有增加的趋势。在近代发达国家里每四张病床就有一张精神病床；在发展中国家，几乎有五分之一的病人是精神病患者。我省最近一次精神病流行学调查与其他省市流调结果基本一致，同样提示发病人数增加，一九八二年我省试点调查的城乡平均患病率为9.06‰，较五十年代的精神病普查结果高出四倍左右。在世界上发达的国家一致公认："精神疾病和精神缺陷已经成了公共卫生的大问题"。因此非常需要各级党政领导对精神病的社会防治事业给予高度重视，采取积极地社会防治措施，这对提高全民族的健康水平关系极大。

第一节　精神病防治管理的基本方针和政策

自从我国建国以来，对精神病的防治管理大致可分成三个阶段。建国初期全国仅有精神病院所不到十所，病床一千余张。对精神病的治疗管理，基本上是沿用我国历代医家提出的理法方剂，同时也普遍采用欧美、苏联常用的近代治疗管理方法，当时防治基础十分薄弱。

在我国以予防为主的卫生工作方针指引下，精神病防治事业发展起来，一九五八年六月在南京召开全国第一次精神病防治工作会议时，精神病院所增加到七十余所，床位增加到11,000余张，并提出了"积极防治、就地管理、重点收容"的方针，同时制订了有关的政策：要求各地政府建立卫生、民政、公安部门三人领导小组领导精神病防治工作；规定全国各地精神病院废除约束，实行开放管理；制订了我国的"精神疾病分类草案"和"临床疗效评定标准"。从此精神病防治工作在全国各地有了较大发展，到一九七八年六月的不完全统计全国已有各种类型的精神病医疗机构270所，已有治疗病床4万

余张，收容疗养床位8800余张，简易病床近2000张。全国除个别地区外各省、市、自治区均已设置了专科医疗机构。

从一九七八年七月在南京召开第二届全国神经精神科年会期间，讨论和交流了精神病防治工作经验，至一九八〇年十一月上海“全国精神病防治管理工作经验交流会”实质是第二次全国精神病防治会议，肯定了精神病防治方针，指出了精神病防治管理要逐渐从单纯医疗走向社会管理的发展方向，这是当前世界各国在精神病防治管理上的总趋势。同时提出：要求各级政府必须加强统一领导，卫生、民政、公安等部门要紧密配合，通力协作，依靠群众，依靠基层，组织好各方面的力量，做好精神病防治管理的基本政策；并推广上海市市、区、县均由一位主管的领导同志亲自挂帅直接领导，市、区（县）、亍道由各级卫生、民政、公安等部门成立精神病防治管理领导小组，设立办公室，定期例会，分工负责，同时广泛发动群众，调动各方面的积极性，从而搞好精神病防治管理的成功经验；建立市、区（县）、亍道（乡）三级精神病防治网，实行阶梯防治管理，大力开展精神卫生工作，减少精神病的发病率、复发率和住院率，促进病人康复。

第二节　精神病防治管理的基本手段

精神疾病中某些疾病，至今病因不清楚，而且在疾病发展阶段，自知力不完整，所以精神病防治管理的基本手段，概括起来为“早、治、抗、管”四个字。

一、所谓“早”就是着重对精神病的早期发现和早期诊断。精神病多由于起病缓慢、症状隐蔽，不易被人发现；同时由于精神病的防治知识不够普及，社会上还存在着对精神病人的偏见和歧视，这就更有碍于对精神病的早期发现和早期诊断工作。因此非常必要向社会广为宣传精神病防治常识，尤其是亍道和农村的基层干部和公安干警以及区、县医院、亍道地段卫生院的一般医务人员，应普及精神病防治知识，依靠群众及家属及早发现病人，与此同时依靠基层医务人员做到早期诊断，为早期治疗提供条件。

二、所谓“治”就是针对疾病的种类，病情的程度，采取相应地治疗措施。一般而言，轻性精神病或疾病早期可在门诊治疗，就近就医；如系重性精神病或疾病发展阶段，病情严重，必须采取及时住院治疗，不能迁就病人，以免延误治疗，病程迁延，予后不良。

治疗方法分为中西药物及物理疗法、心理治疗、工疗、娱疗及体育疗法等等，可因地制宜，可根据疾病种类及病情程度选择有效地疗法。

三、所谓“抗”就是针对精神病发病缓慢，病程迁延趋向精神衰退，以及治愈后反复复发的倾向，从而提出抗衰退抗复发的措施，是提高精神病防治效果的重要环节。

1．抗复发的措施

（1）对治愈出院病人，首先向家属和单位同志介绍复发的早期症状和予防复发的具体措施；同时将防复发的知识交给病人和家属，取得密切合作。

（2）坚持定期随访，对出院病人可采取各种方式进行随访，及时掌握病人的病情变化及生活、思想状况，适时调整药量，指导病人生活、工作按排，解除病人的精神负

担。

（3）坚持采用维持治疗，可在医生的指导下，由家属主动配合，坚持应用药物维持治疗，可保持疗效的相对稳定。

2．抗衰退的措施

（1）对住院病人实行开放管理，充分调动病人的主观能动性，为病人按排适当的工疗、娱疗以及体育疗法，转移和改善病人的病态注意和体验，使病人保持有规律的生活，与环境保持接触，恢复病人适应社会生活的能力，避免病人日趋衰退。

（2）对院外病人，可在基层防治网的帮助下，分别不同情况组织病人进行日间治疗、工疗、娱疗等活动，为过渡到就业或恢复工作创造条件，不致脱离家庭、脱离社会环境，趋向精神衰退。

四、所谓“管”就是对治愈出院病人，实行院外康复管理。首先是抓好随访工作，严防复发；其次是抓好维持治疗，巩固疗效；再其次对恢复工作的病人给予必要的医疗指导，开展心理卫生咨询工作。（详见本章第六节）这是“管”的一个方面。

另一方面大多数是非住院的病人，分散在社会上，对此，属于社会救济与“三无”(无家可归，无依无靠，无生活来源)对象，应由各地民政部门分别情况组织工疗、劳动就业以及收容疗养；属于扰乱社会治安严重的对象，应由各地公安部门收容管理，卫生部门协助治疗；属于院外防治对象，由卫生部门为主、公安、民政部门协助，组织于道精神病防治站、工疗组等基层防治组织给予社会防治管理。

第三节　精神病防治管理的技术措施。

一、精神病流行学调查

将流行病学的基本方法，应用于精神卫生领域，借助临床和基础医学以及社会科学的知识和技巧，并以统计学方法加以分析处理，搞清一定人口地区内各种精神病的发病频率，并将各地区得到的资料编织成各种关系的有条理的模式，为防治和科研提供依据。（详见本书第一篇第三章）。

二、各级精神病防治机构的技术措施

（一）大城市中精神卫生研究所、高等医学院校精神科与省市防治中心，应着重基础理论研究及培训专业人才；运用现代科学研究手段，逐步阐明精神疾病的各种有关致病因素，从而解决根本性的予防措施。并在省内建立培训中心，培养各种专业人才，适应防治、科研、教学的发展需要。

（二）省、市、区（县）精神病防治院（所）

1．应开设门诊、急诊及心理卫生咨询与遗传咨询服务，达到早期发现病人，早期诊断及治疗。

2．可根据各地区人口比例，设置精神病病床；精神病院宜设在市区之内，反之偏离市区增加社会负担和人民的困难，不利早期发现病人和早期治疗。

精神病院主要收治急重症病人住院治疗，住院处应美化绿化环境；病房床位一般以50张左右适宜，不宜过大；病室内应阳光充足，有完善的卫生及安全设施及工娱活动场所。

3．各级精神病防治院应设防治科开展地段防治，开展随访及家庭病床。

（三）各级防治机构内均采用我国及国外现行有效的精神药物疗法、中西医结合疗法、物理疗法、心理治疗及工娱、体育疗法。

各级精神病防治院（所）门诊部以药物、中西医结合疗法为主配合其他疗法；基层防治站、工疗组应以工娱疗法为主配合其他疗法。

三、加强科普宣传与培训专业人才

（一）加强精神卫生的科普宣传，利用现代广播、电视、电影以及报刊为工具。

1．宣传对象包括：病人、病人家属、单位各层领导、公安司法人员、干道或农村基层干部及退离休干部，工人以及邻居和同事。

2．宣传内容：着重宣传下列各项：

①说明精神疾病的性质，纠正对精神病人的不正确看法，批判封建迷信观念，做到正确合理地对待精神病人。

②介绍一些精神疾病的早期症状表现，以期早期发现病人。

③指导病人和家属掌握一般予防知识、家庭护理知识以及康复知识与予防复发的知识。

④向家属及单位同志讲解常用精神药物治疗的使用常识，以及可能出现的付作用及处理方法。

3．科普宣传重点：

①对公安司法人员应着重宣传精神病防治的重要性和实际意义，讲解常见的精神疾病症状，以及对各类精神病人的管理措施。

②对各级领导着重宣传国内外精神病防治的进展及疾病流行动态，以及防治的重要意义，引起领导机关的重视。

③对一般医务人员着重普及常见精神病的诊断治疗技术，讲解精神疾病急症，各种精神药物中毒处理措施，既能方便病人就地就医，又能达到早期诊断早期治疗的目的。

（二）加强专业人才的培训（详见第十四章第二节）

四、开展心理卫生及心理咨询

（一）公共心理卫生及咨询：针对群众中婚姻、恋爱等问题给予足够重视和科学指导，避免有遗传病、近亲婚配、以及个性、感情和疾病等因素的影响，免除痛苦与不幸的后果。

（二）不同年龄阶段的心理卫生及咨询：针对青少年的心理发育特点，注意道德品质、文明礼貌的教育和培养，促进青少年德、智、体育的全面发展。青年期是神经症和精神病的高发年龄期，加强和关注青年时期的心理卫生工作，增进身心健康，关系到国家和民族的长远利益。

其次中年期是心身疾病发病率较高的时期，应注意对家庭和事业的正确对待，不致为此担扰引起的精神忧郁；以及意外冲击，导致心理创伤和矛盾激化，引起的心理变态的及时治疗和疏导。

再其次老年期随机体的衰老，生理心理机能逐渐减退，产生的孤独、寂寞和忧郁状

态的正确处理。

（三）不同群体的心理卫生及咨询：针对家庭、学校、工矿企业单位的不同情况，注意那些与环境不协调引起的心理障碍的正确处理。

第四节　精神病防治管理的组织措施

一、防治网的建立与组织管理

精神病防治网的建立应重视和推广上海市和其他一些地区、市县的典型经验，首先由各省、市、区（县）主管领导牵头，由卫生、民政、公安等部门各一位领导干部共同组成各级精神病防治管理领导小组，下设办公室，由卫生、民政、公安三局各派一位兼职干部与精神病院院长组成，定期例会集体办公，统一规划布署和分工合作。

在卫生系统中应建立完整地精神病防治网；在民政系统中可根据社会“三无”救济对象建立相应地精神病疗养院，收容社会上无依无靠或无职业的精神病人，以及适当收容慢性精神病人给予长期疗养；在公安系统中可根据精神病人涉及法律及治安问题，设立必要的精神病人收容管理机构是适宜的。

（一）城市建立三级精神病防治网、采取上海的城市模式。

上海市的精神病防治工作，始于六十年代初，现已建立起市一区（县）一于道三级组成的精神病防治网。在政府部门的支持下，和上海市的行政体制相适应，成立了市、区（县）、于道的三级精神病防治领导小组，市一级的领导小组是由卫生、民政和公安等部门的代表组成，这一机构的主要任务是：

1．制订全市的精神病防治工作规划。

2．协调各部门的精神病防治工作的方法和策略。

3．动员和组织医务人员及社会力量推动精神病防治工作的开展。

4．指导和督促区（县）的相应机构，贯彻各项服务项目。

城市模式

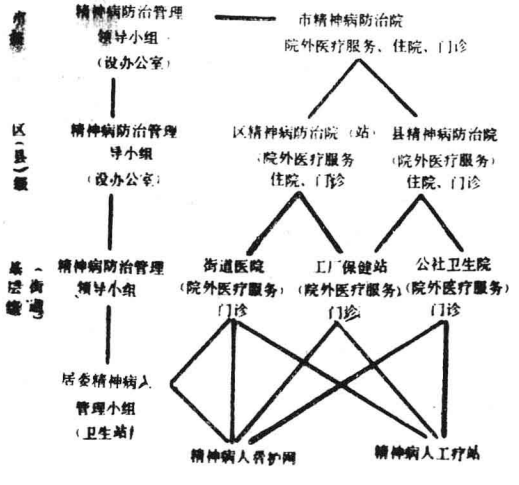


图 4 — 1

市级精神病防治院则被指定为指导和执行全市精神病防治工作的具体单位。

区（县）和于道两级、亦设置相应的机构，它们的职责基本同上，只是它们另有和上级或下级相应机构联系的任务。区和县以区（县）精神病防治院（所）为具体指导和执行单位，于道则以于道卫生院为指导和执行单位。三级精神病防治网的基本任务在于普及宣传精神卫生知识，培训精神病防治工作专业（或兼职）人员，扩大防治队伍，开展地段精神科门诊、住院，建立和发展精神病人工疗站、看护网及家庭病床。如图 4 — 1 。

（1）基层精神病防治组织形式是于道精神病防治站、工疗组和福利工场以及精神病看护网和家庭病床。防治站、工疗组相当于其它国家的“日间医院”、“病员工场”等社会精神卫生服务形式。有四个显著的特点：①它是由于道办事处或工厂主办；②它的管理人员是于道的干部、赤脚医生和退休工人，他们与市、区精神科医生保持联系；③它是医疗和社会管理相结合的组织形式，又是病人的自助团体；④它以劳动疗法为主，结合进行药物治疗、心理治疗和文娱体育疗法。它接收的对象是病情部分缓解，但还不能参加工作的病人，同时也接收病情已经缓解，而病前无工作的病人。病人每天工作六小时，每周工作六天，工疗性质多属半成品加工，根据病人的劳动能力和产品质量给予一定报酬。

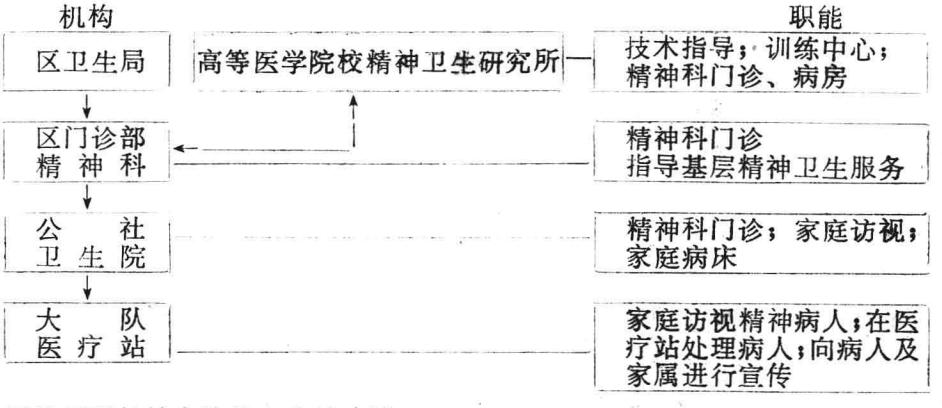
福利工场属于民政系统的一种集体所有制性质的机构，接收对象是病情完全恢复，病前无工作的病人，每日工作八小时，有一定产量要求，报酬则以按劳分配，分别不同对象给予不同津帖。

看护小组是由退休工人、病人家属和邻居组成，每2～3人照顾一名病人。其职责是观察病人的病情变化，及时向医务人员报告，督促病人服药，关心病人的生活和思想情况给予指导和教育，并协助解决一些具体的心理社会问题。

（2）工厂企业单位精神病的管理，较大厂矿企业单位可独立建立精神病防治系统。由厂级领导、工会、人事科和卫生科（所）等部门组成本厂精神病防治领导小组，厂卫生科（所）为具体执行机构。大型企业公司可自己建立精神病院，或在职工医院设立精神科，开展住院、门诊及车间巡回诊疗工作；病人较少的单位，则由一般内科医师兼职，他们在工厂内登记病人，建立病卡，亦可在工厂内设立工疗组，组织病情仍未完全缓解的病人先在工疗组边劳动边治疗。

（二）郊区精神病防治管理，采取北京的郊区模式。见图4—2：

图4—2　郊区模式



开展郊区精神病防治工作的步骤

1．培训基层医务人员，普及精神病防治知识。

2．精神疾病的调查，由精神科医师和大队受过培训的农村医生一起进行，确诊并建立病历。

3．对需要治疗的病人，开展家庭社会防治。由基层医务人员到病人家中宣传精神卫生知识，纠正周围人对精神病的偏见和消极态度，介绍药物治疗的注意事项及护理知识，以取得家庭和社会的支持。

（三）农业精神病防治管理，采取烟台的农村模式及铁岭地区的经验。即建立县一乡一村三级精神病防治网。

1．建立县级精神病防治机构，做为全县精神病防治工作中心，负责全县精神病防治工作的指导、宣传、培训及防治等。其组织形式有三种：①建立专门的县精神病防治院，②在县医院或县分院内设精神科，③建立县精神病防治站或组，不设病床，只负责社区防治。

2．乡医院的卫生防疫组（或院外防治组）应把精神病防治工作纳入当地防病灭病任务之一，按排一名专（兼）职精神科医生，在于道、乡卫生院的领导和县精神病防治院的业务指导下，开展基层的精神病防治工作，并指导村的防治工作。

3．每村的乡村医生也要承担精神病防治管理工作，在乡医院或县精神病防治院专业人员的指导下，开展家庭病床，定期访视以及对慢性精神病人的监护和治愈病人的随访工作。

二、防治人员的组织管理

（一）在各级精神病防治院（所）内均应建立防治科、配备占编制2%的专业人员，实行专业定向发展。防治专业人员医师与护士之比为1：1。

（二）今后分配大专毕业生入临床工作三年后，应轮流到地段参加防治工作及参加流行学调查只少半年，以培养其掌握全面防治知识，熟悉流调技术。

（三）应定期组织防治专业人员到上级医院或医学院校精神科进修，以及根据防治专业发展及流调需要举办专业轮训班，不断提高防治技术水平。

（四）防治专业人员的技术职称评定以及晋升晋级问题，应得到同等待遇。

在晋升考试考核中应注意防治特点，与临床医师应有所侧重。

三、社会防治病案，卡片和报表的填写与管理

（一）防治病案力求准确，可采取“手册”形式，或按住院病历可简化书写格式。由各级精神病防治院防治科、按城市于道区域划分进行分别管理。

（二）随访卡片由医院住院医生填写“出院病人随访卡片”，由医院病案室转给防治科集中管理，或由防治科分散管理，移交病人所在于道（乡）设精神科的于道（乡）卫生院或于道精神病防治站进行随访。

（三）防治科，按医院卫生统计报表，每月汇总上报一次，主要报表内容有随访人次数，家庭病床人次数，疾病分类统计数以及治疗效果统计数等。

于道或乡卫生院设精神科或精神病防治站除上述内容外应增加门诊人次，逐日统计，月终汇总上报区卫生局及精神病防治院防治科各一份。

第五节　精神病人的康复管理

康复医学旨在通过物理疗法、体育疗法、作业疗法、生活训练、技能训练、言语训

练和心理咨询等多种手段，使伤残者、慢性病患者、低能儿童、老年人和手术后患者得到最大限度的恢复，使身体残留部分的功能得到最充分的发挥，以达到最大可能的生活自理、劳动和工作等能力，近十多年来，国际上已广泛重视康复医学，出现了予防、医疗、康复三者并提的新趋势。

由于常见的重性精神病，尚无根本性的病因治疗，病程长、复发率高、易衰退，因此对精神病人康复管理的重点是防复发防衰退。

一、组织形式：

（一）建立日间治疗站（日间医院）、工疗站（组）及家庭病床。凡经过阶梯化治疗症状缓解的病人、及慢性病人可转入康复阶段，分别参加上述组织。

日间治疗站、工疗站（组）属于道基层康复管理组织，与基层卫生院、区医院挂钩，由市、区精神病防治院业务指导，吸收症状缓解病人与慢性病人参加，实行日间入站晚回家，因地制宜开展工娱疗法、体育疗法，并通过生活训练、技能训练和心理咨询等各种手段，最大限度的恢复病人的劳动和工作能力以及生活自理能力，达到防复发防衰退的目的。

对不能入站的病人，可设家庭病床。（详见本章第六节）

（二）设立慢性精神病人疗养院，应由各地民政部门举办，收容病程长迁延不愈的病人长期疗养，可开展药物与理疗、工娱与体育疗法以及心理治疗等，尽可能恢复生活自理及劳动能力，防止衰退。

二、管理方法及内容：

各地基层卫生院和精神病防治站，均应采取一定、二早、三坚持的方法，广泛开展康复管理工作。

（一）一定即定任务，各基层卫生院的“防治组”，应将精神病人康复管理列入日程，做为常年的防治任务之一，并为确保任务的落实应建立必要的制度，如岗位责任制，随访及家庭病床巡诊制度等，将自己地段内的精神病人完全管理起来。

（二）二早即早期发现病人的复发前驱症状，给予早期治疗。

（三）三坚持即1．坚持随访及巡回治疗，对出院后病人坚持定期随访，方式可采取到病人家中或单位访视，或予约病人定期前来复查，及时掌握病人的心理活动及病情变化，及时指导病人或家属调整药量，并指导病人的生活、工作与学习按排，取得家属和单位的配合，在可能条件下改善病人的处境。对家庭病床病人应定期进行巡回治疗，病情变化应随时巡诊。

2．坚持维持治疗，对多数重性精神病而言，不论初次发病或复发，不论急性发病或缓慢发病，治愈或好转出院后均需给予相当时间的药物维持剂量，以巩固疗效。

维持剂量通常主张使用最佳治疗剂量的1／3～1／5，多采用每晚一次服药，或使用长效药物（周效、双周、三周、四周效），一般认为只少要维持治疗1～2年。

3．坚持做好社会工作，①首先应提高病人家属和单位领导与同事，对精神病的正确认识，给病人以同情和信任，消除歧视病人和不尊重病人人格的不道德行为以及不信任的心理状态。②可由各基层防治组、站、定期召集出院病人及其家属的予防复发的普

及知识讲座，心理卫生知识讲座以及组织病人、家属座谈交流防复发的经验，把有关防治知识交给病人及家属。③开展心理咨询，协助病人解除精神负担，避免心理矛盾和冲突的激化，尽可能为病人提供良好的生活和工作环境。

第六节　家庭病床的管理

一、家庭病床的意义：

在我国现有条件下它是院外防治的主要形式之一，也是基层防治的主要环节，缓和医院床位紧张，方便群众就近就医减轻社会负担。

二、家庭病床的治疗对象及范围：

在医院、门诊部、基层防治站的地段范围内，为病人送医、送药上门，凡急、慢性发病不适合入院，病情允许并有护理条件时，或家庭确有困难无力住院的病人，在家属、或于道居民委员会的配合下均可设家庭病床。

三、家庭病床巡诊制度与治疗原则

（一）家庭病床由医院派出地段防治的医生、护士共同出诊，按门诊病历格式及时书写家庭病床病志，并定出治疗计划，定期或不定期巡诊，只少一周巡诊一次，应有上级医师定期查房，遇有疑难问题或病情变化应及时由主治医师、主任医师亲临家庭病床会诊，提高家庭病床治疗质量。

（二）必须取得家属的支持争取病人合作，将服药的剂量、方法及付反应以及简单处理原则交给家属。

（三）家庭病床治疗以药物为主，以口服法简便易行，以期尽快缓解症状；为控制兴奋可采用针剂，连续治疗 1 ～ 2 周；为方便病人可采用周效，双周效以上的长效剂。

（四）家庭病床治疗无效或症状加重或有不安全因素，应尽快送其住院治疗；症状缓解的病人尽可能加入日间工疗站，边治疗边工疗，继续提高疗效。

（赵天任）

第二编　精神病院管理

第一章　精神病院的基本任务和工作特点

第一节　医院的基本任务

精神病医院，是社会主义医疗卫生事业单位，是防治精神疾病、保障人民精神健康的重要阵地。早在1958年第一次全国精神病防治会议上就提出了防治精神疾病的原则——积极防治，就地管理，重点收容。随着精神病学的发展，现在精神病的防治工作已由单纯的住院治疗发展到社会防治管理。所谓社会防治管理，这里既有一个医学治疗问题，又有一个社会管理问题。治疗是管理的基础，管理则是治疗的保证，两者是相互依存、相互作用的。医院无疑要承担治疗任务，但管理却要组织社会有关方面的力量，因此，确定精神病医院的任务必须在国家计划经济的总要求下，依据党和国家对卫生工作的方针政策及本专业的特点，面向社会完成下述任务：

一、医院要以医疗为中心

医院建设的根本目的，完全在于救死扶伤，医治疾病、最大限度的满足人民群众对医疗的要求。作为精神病医院应该积极有效的完成所承担的医疗任务。即要完成上级交给的专科医疗指标（门诊、病房收治任务），还要主动的完成急诊和重危病人的抢救任务，以及应邀院外会诊和临时性医疗任务等。

医院的中心任务就是医疗，但其它各项任务也必须完成，如预防工作、科研工作、人材培养、干部培训、物质供应等，只有做好上述各方面工作才能保证医疗任务的完成。因此，要求全院职工，必须从思想上明确医院要以医疗为中心；从组织上保证以医疗为中心；从医院管理体制、机构设置、房屋建筑使用、后勤供应、物质装备服务，符合于以医疗为中心。各个方面都要围绕以医疗为中心，这样才能很好的完成医院的医疗任务。

二、扩大预防，搞好社会防治

“预防为主”是我国卫生工作的重要方针之一。医院当然应该贯彻执行。根据精神病人的复发率高，国家不可能无限制的增加床位，也没有必要把所有的精神病人都收容起来，解决这个问题，目前的趋势是开展社会防治。我国的社会防治工作刚刚被人们所认识，有的省，市开展了这项工作，取得了一些成效。我省铁岭地区以精神病防治院为

中心，扩大预防开展社会防治工作，建立精神病防治网，对基层卫生组织精防专（兼）职医生提出了：一定（定任务）；二早（早期发现、早期治疗）、三坚持（坚持巡回、随访，坚持巩固治疗防止复发，坚持作好社会工作）的工作要求。这就是预防精神病的组织形式的一种尝试。据有关资料报导：当前，精神疾病的预防工作可以分成三级：（1）预防精神疾病发生、即首级预防；（2）早期发现，早期治疗，争取良好的疗效，预防复发，即二级予防；（3）做好已患病者的康复安排，减少疾病导致的精神衰退和能力丧失，即三级予防。

精神病的予防工作，和其它各科相比，更为复杂和艰巨，它必须同临床工作以及心理卫生工作紧密配合，同时还必须同基础理论、病因学、流行病学、心理学、社会学等方面的研究相联系。而上述各方面的研究，精神病院又是一个不可缺少的基地。只有通过各种研究——社会防治——再研究——再防治的反复实践，才能把予防工作提高到新的水平。

三、开展科研工作

一个现代化精神病院的特征之一，是医疗、科研、教学形成三位一体，相辅相成，其中科研工作占有很重要的地位。所有医学科学技术的提高，都是卫生技术人员和科研人员，努力进行临床实践研究、基本理论研究和实验研究的结果，没有一项新的临床技术不是在科学研究首先取得成果后开展起来的，随着科学技术的不断发展，医院里科学研究的作用将越来越大。譬如精神病的流行病学，病因和发病机理，临床表现和治疗等，都要经过大量的调查研究，反复实验，精密细致的观察分析与考证，才能逐步认识和掌握，随着新的科学技术的成就和客观事物的发展变化，又不断提出新的观点、学说和治疗方法。因此，医院的建设医疗技术水平和医院管理水平的提高，都有赖于医院科学研究工作的领先发展，所以说开展科研工作，是精神病院的基本任务之一。

四、培训卫生技术人员

医院建设中，医学科学技术的发展和提高取决于医学技术干部队伍的水平，随着我国精神病院的发展和需要，培训卫生技术人员，以提高科技干部队伍的水平，就成为办好医院的基本任务之一。

医院是医疗实践的基地，是卫生技术人才集中的地方，一般是有条件培养一批水平较高的技术人才和管理干部的。但由于十年动乱的干扰，破坏了卫生技术人员和管理干部的培训工作，致使我省精神科专业人员缺乏，技术水平较低，影响了精神病防治事业的发展，因此，加速人才培养的问题，不论从当前提高精神科技术队伍水平来看，还是从四化建设的需要来考虑，都是当务之急，决不是权宜之计。人才培养是智力开发，也是一项基本建设，必须把它做为当前具有战略意义的紧迫任务来完成

五、对下级医疗单位精神病院（科）进行业务指导工作

为了保证划区分级医疗和充分发挥精神病防治网的作用，方便病人就近就医，最大限度地满足人民群众对精神病防治的要求，各级医院都有责任对下级医疗单位进行业务指导，向他们输送技术干部；为他们培训卫生技术人员；定期派出精干的技术指导组，帮助提高有关基础理论和医疗技术水平，开展新技术，介绍新疗法，随时接受他们提请

的会诊和要求，解决疑难重危病人的诊断与防治问题。

第二节　医院的工作特点及其工作原则

随着精神病学的不断发展，进一步办好精神病院，除了应具有高超的医疗技术外，还必须有健全的管理方法，了解精神病院的特点遵循其工作原则：

一、精神病院的服务对象是精神病人

精神病人由于受病态的影响，往往对自己的疾病缺乏自知能力，否认有病，不能很好配合治疗，甚者不住院和拒绝治疗。有的病人在精神症状的支配下，可发生冲动、自伤、伤人和毁物等意外情况。因此，要加强防护，在病房管理、房屋结构、管理制度等方面都要适合精神科的特点。

从疾病诊断和疗效判定上，目前主要靠供历人介绍和医护人员的临床观察。不同于其它各科有比较可靠的客观衡量标准，因此，容易受主观随意性的影响。所以必须从多方面收集病史及有关资料，以便能比较全面的、客观的反映病员的实际情况。

二、医院工作的时间性和连续性非常严格

精神病人由陪护人送来医院，经门诊检查，首先对他们疾病作出迅速正确的诊断和处置，办理手续而住院。此时有关人员在同一时间要作到皆为病人服务，首先疗科负责人分配医师接病人采集病史；总务护士备好住院服；巡回护士做到为病人更衣安排床位，收集危险品协助病人料理卫生；观察护士侧重观察病人精神表现，协助更衣并进行一般躯体检查（体温、脉博、血压，有否外伤）及时向医生汇报后，还要对病人进行全面了解、观察、记录和交班。处置护士要及时执行医嘱，通知食堂班为病人予约饮食，使新住院病人在短时间内能够得到最妥善的处理。全病房的医护人员在短时间内能够较全面的了解病情，以防止意外事件发生。科主任、护士长对上述工作要作到及时检查，评定质量。

病人入院以后，他们的病情也在不断地发生变化，要求医护人员昼夜守护，严密观察，热忱关怀、精心护理，判断其转归，作出相应处理。即使在特殊情况下，如逢年过节休假，天灾，就是工厂停产，商店关门，唯独医院不能停诊，可见其时间连续性之强。

针对医院这一特点，不管在什么情况下，医院的医护人员都要树立起时间的观念，平时坚持岗位，养成准确、敏捷、果断的作风，不间断的工作，随时作好意外抢救的准备，保证抢救之急需，完成抢救、医疗、护理任务。

三、精神病院具有广泛的社会性

精神病人中绝大部分是脑功能障碍而出现的精神症状，而且躯体功能则保持相对正常，他们有较充沛的活动能量，不象其它科病员多半卧床。因此，要求提供较大的活动场所。由于病人来自四面八方，从事着各种职业，应该创造条件开展相应的工疗、娱疗、体育行为和心理治疗，争取病员与医护人员合作，帮助他们正确认识疾病性质和规律，树立信心，提高病员适应社会能力，巩固疗效，防止复发。

医院通过病人和医疗工作，同社会上的各部门是有着密切的联系，病人疾病的发生

与发展受社会诸多因素的影响，随着现代医学的发展，使人们认识到，治疗疾病不但是用药而应全面注意和安排病人的精神、饮食、起居、环境等各方面，也就是说搞好医院生活服务工作本身也是治疗疾病的重要一环。因此说医院的各项工作，时刻都离不开社会诸方面的支持和帮助。医院的发展也受社会很多条件的制约，例如水、电供应、饮食安排，仪器设备，房屋建筑等，都需要社会各部门帮助解决，这里即有一个我们熟悉了解社会，研究社会问题，又有一个社会各部门了解医院，关心医院、支援医院的问题。

目前，我国住院的病员中，以精神分裂症为常见，该病复发率很高，因此，必须对恢复期病员进行有关予防复发的教育，对出院的病人要作好生活工作和学习的安排，避免精神过度紧张，把院内和院外的治疗工作紧密结合起来，充分发挥基层保健机构的社会防治作用。

（张文海）

第二章　精神病院的建筑

关于医院建筑设计，已有不少书刊做了系统的阐述，而精神病院建筑设计除应具有一般医院建筑设计的基本要求外，尚需按病人的特点，来研究精神病院的建筑设计。一般医院建筑设计的合理与否，直接影响着医院的管理，精神病院亦然。由于精神病人的精神病态，多不合作，故较其他科病人难于管理，而且管理的范围也较其他科病人为广，从生活起居直至娱乐游戏，从这一点来说，精神病院建筑设计，尤为重要。我省在解放前，没有一所精神病院，解放后由于党和人民政府的重视，各市、地陆续成立了精神病院，但大都是因陋就简，将一般的旧的建筑进行一些改建或扩建。十一届三中全会以来，由于国家经济情况的好转，新建和扩建了一部分病房，但仍是受到财力和其他方面的制约，距现代水平甚远，待国家经济情况得到进一步改善，精神病院的建筑设计，也会相应地提高，缩小与发达国家之间的距离，以致达到先进水平。本章对精神病院建筑设计要求与一般医院共性方面的问题不加重复，仅对精神病院应具有个性方面的问题提出探讨性意见，以供省内精神病院新、改、扩建中的参考。

第一节　医院建筑总体设计的主要方面

一、关于精神病院的院址选择：在院址选择上，某些必须考虑的问题是和一般综合性医院基本上是相同的，但由于社会上对精神病人存在着惧怕和嫌弃的心里，所以也惧怕和嫌弃精神病院，所以认为精神病院应远离人群，这在今天来说是不公正的，也是不符合实际需要的。诚然有少数精神病人，由于病态的促使，滋事生非，但从实际情况来看，滋事的病人都是缺乏医疗家庭和社会、管理的，并非是外来精神病院门诊检查和住院

的病人。因为重性精神病人多不能主动就医，都是由单位或家属陪同到门诊检查，住在医院里的病人又被严加管理不能随意外出。另一方面现代的精神病院已不是十九世纪前的疯人院，长期的将精神病人禁锢起来，而是与一般医院一样进行系统地治疗，且好转率在80%以上，甚至多达90%以上。再有由于精神药物的大量应用，门诊治疗人数日益增多；由于精神卫生谘询业务的需要、日间站的设立、社会防治的开展，精神病院不但不宜远离人群而要面向社会，所以也要考虑它的服务半径、病人是否集中、交通是否方便，以利于病人就诊、家属探视、会诊、随访和社会防治。

二、关于用地面积：我国规定一般综合医院用地面积为每床80～130平方米，七所综合性医院的调查结果最多的为每床113.2平方米，最少的为每床46.0平方米，平均为83.9平方米，我国对精神病院尚未见有规定，但不宜低于这个标准。日本国1963年的调查如表（2—1），

表2—1　　按经营种类每床占地面积

	国立	都道府、县立	社会团体立	集　体	个　人
每床占地面积（坪）	109.2	48.56	18.32	12.76	14.05
调查病院数	4	23	20	27	15

调查对象为200床以上的精神病院　　1坪＝3.306平方米

我省精神病院多在郊区，其占地面积较大的达到了综合性医院的标准。少数建在市区的则占地面积甚小，远远没有达到综合性医院标准的低线。下面是七所精神病院占地面积的情况（表2—2）：

表2—2

单　　位	所在地	占地面积(m^2)	床位数	平均每床占地(m^2)
省精神病院	开原县	26,920	560	43
大连市西山医院	郊区	23,000	400	57
丹东市精神病院	〃	13,000	270	48
阜新市精神病院	市区	3,240	120	27
营口市精神病院	〃	6,000	150	40
锦州市精神病院	郊区	50,000	400	125
沈阳市精神病院	〃	136,000（包括职工部分）	800	

三、关于总平面设计要求：总平面设计要从对病人易于管理、安全度高和职工工作方便出发。一般将总平面设计分为分散型、集中型和混合型三种，三型各有利弊，但比较起来，集中型和混合型的建筑利多而弊少。集中型和混合型的建筑不仅有利于自动化、机械化和管道化，且对病人易于管理、职工工作也较为方便，还可以节省占地面积，可以把节省的占地面积做为绿化区、运动场、供病人户外活动。关于建筑部分的区域划分应与综合性医院相同，即分为医疗部分、机关后勤部分和职工生活部分。职工生活部分不宜

与医疗部分和机关后勤部分毗连，要保持相当的距离和明确的界限，这样有利于医院管理，又可防止和减少对医护人员的纠缠或伤害。总平面设计图（2—1）可供参考。

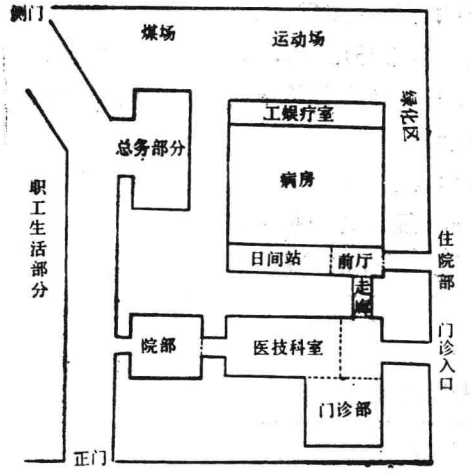


图 2—1

第二节　门诊部建筑设计

由于精神病院系专科门诊，门诊量较综合性医院少，所以在门诊部建筑面积上相应的规模要小一些，但也要考虑到城乡发展的需要。

一、门诊位置与平面布局的要求：门诊部包括挂号室、候诊室、诊室、急诊室、观察病房、治疗室以及门诊部办公室。门诊部的位置不应与机关后勤相毗连或楼上楼下，要另行开门，以免病人串扰影响机关后勤工作。但为了方便病人和方便工作要与医技科室相毗连或楼上楼下。图（2—2）系门诊部平面部局，可兹参考。

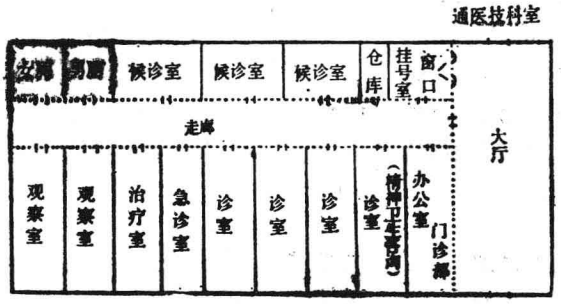


图 2—2

二、诊室：精神科诊室同其他科诊室一样，大了互相影响，但切忌一个诊室只一个医生，最好是一个诊室有两个医生或一医一护，以便互相照应，以防病人冲动伤人。陈设要简单，以避免兴奋病人的破坏或做为武器伤人。

三、厕所：大便池门须低，一般一米高即可或为半遮蔽式的，以便陪护人对生活不能自理和有自伤企图病人的监护。

第三节　病房建筑设计

前述精神病院门诊量较综合门诊为少，但住院病人相对的为多，我省市地以上的精神病院床位最多的800张，最少的120张，平均400左右，其住院病人中有相当部分生活不能自理，有的还有自伤、伤人、毁物、出走的行为，所以无论从工作量来看，还是从工作困难程度来看，病房是精神病院工作的重点，病房的设计，对正个医院的管理有着决定性意义。

一个病房以不超过50床为宜，超过50床，不仅管理困难，也不利于提高医疗质量，更不利于提高护理质量。有的认为大病房可节省人力，能减少脱产干部，其实小病房不一定需要同样多的脱产干部，况且节省人力必须是以保证质量为前提，如果不是保证质量的节省人力，那不能算做是节省人力。

病房的建筑设计必须包括医生办公室、护士办公室、处置治疗室、普通病室、监护病室、食堂、厕所、娱乐活动场所、仓库、淋浴室、洗漱室和会客室（兼做医生采取病史用）等部分。由于精神病人极少数是卧床不起，多数可参加各种活动，故近代在病房设计上提倡三大（廊大、娱乐活动场所大、病床占用面积大）一小（病房小）。另外还要考虑到病房的任务性质（老年病房、儿童病房、合并症病房……）而进行特殊的设计。本节仅就精神科病房设计的一般问题加以阐述：

一、病房的形式：病房的形式有很多种，精神科病房首先考虑的是便于监护，较复杂的形式自然是不适用的。一般认为一字形、口字形（分两个病房）和L字形为宜。低层建筑适用于占地面积较大的单位，而占地面积很小的单位只能考虑高层建筑。一字形适于疗养院，其他几形均属一字形的变形，建筑时可按实际情况出发，在实用的基础上力求多样化，不必千篇一律。各形附图（2—2）

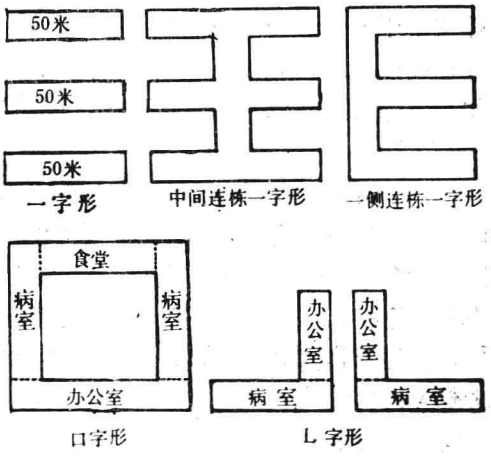
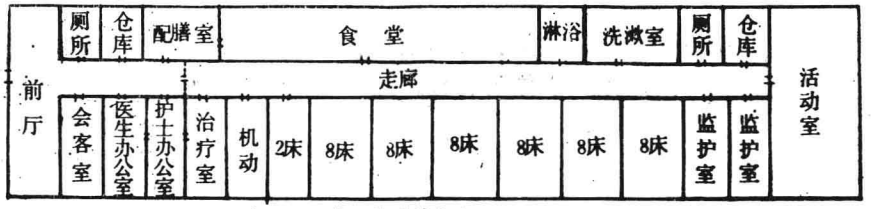


图 2—2

二、病房建筑设计：精神科病房建筑设计除了应具备一般内科病房的建筑设计外，首先要考虑患者的安全和活动场所，至于应用电视监护和提倡住院家庭化，目前尚难普及。

1．病室与辅助用房：住院精神病人的管理，一般活动以不出病房为原则，因此每个病房的辅助用房，要求配套齐全、病人安全和方便工作，以50床的病房为例，其平面图（2—3、4）可供参考。

1）关于食堂和活动室的位置，可按送饭入口而定，如入口从正门可参考图（2—3），专设入口或设有升降机、电梯的楼多可参考图



会客室可兼做值班休息室

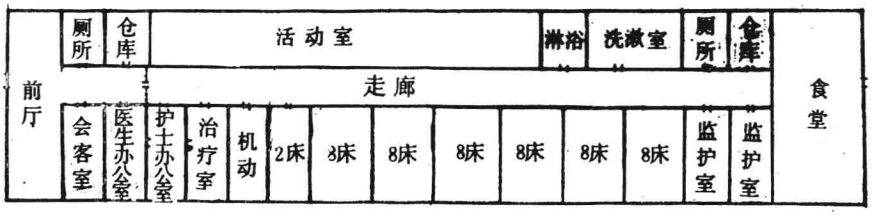


图 2—4

（2—4）。这样避免送饭经过病室，引起病人围观，不利管理和清洁卫生。

2）我省冬季时间长，病室、办公室和治疗室宜南向或东南向，这样保证冬季工作也能够顺利地进行。

3）医生办公室、护士办公室和治疗室相连和有门相通，可以便利工作。另外医生办公室和病室中间有护士办公室相隔而与正门相通，这样医生接待探视或来访家属方便，又可减少病人的病态纠缠，影响医生的工作。

4）监护室：其床数不应包括床位数里，这样才能机动。监护室置病室之一端和靠近厕所、洗漱室，一方面减少对其他病人的影响，另一方面对病人的活动易于监护。

5）厕所：厕所的建筑设计，更要注意工作人员能够和是否易于观察。由于有自伤行为的病人，往往在较僻静的厕所里撞头或自缢，有药物反应的病人，可能在便后起立时昏倒，所以在厕所的门上应留一小窗口或另设观察窗口。大便池可安装低门或不安装门，大便池以自动间断冲洗式为佳。小便池可不设台阶，大便池台阶可略高出地面或不设台阶。

2．照明：电灯线路应为暗线，开关应一律集中于护士办公室。病室要设两种灯光，一种是普通照明的白色灯光，一种是兰色（红色或绿色）灯光，后者当病人入睡时用，以便在不影响病人睡眠情况下观察病情。如有条件灯的外罩可用有机玻璃，以防病人打碎灯泡。

3．门窗：门窗可用小叶立转钢门或钢窗，以防病人出走和破坏。若用木门窗，则要加铁栅栏，但最好不用立柱式的，而用我国具有民族彩色的窗棂为宜，其棂宽不能超过14厘米，如能这样既美观又可减少病人的铁窗之感。除监护室外，一般病室可不安装门或设弹簧门，以利护理人员随时观察病情，也可免去夜里巡视时，开门或关门影响病人睡眠。

4．暖气设备：病室温度调节最好有空调设备，但近期内尚难实现。暖气设备的暖气片宜镶入墙壁内或窗台下，外罩以铁网，以防病人自伤。

5．墙裙色泽：病室墙裙是必需的，其色泽可采用淡素的颜色，如豆绿色，米黄色为宜，以避免对病人的刺激引起兴奋发作。更主要的不应由于颜色不当，影响室内亮度。

6．下水道：所有厕所、洗漱室、淋浴室和食堂的下水道宜粗大，洞口用铁丝网复盖，以防病人用杂物堵塞。以减少维修次数。

（周邦兴）

第三章　精神病院组织管理

精神病院的组织管理，就是研究精神病院的系统结构和人的管理，它包括：精神病院的领导体制、组织机构、人员编制、职责范围，领导方法和思想政治工作等。

第一节　领导体制

领导体制主要是指精神病院的领导机构的设置和管理权限的划分等制度。根据中华人民共和国卫生部颁发的《全国医院工作条例》中规定："医院实行党委领导下的院长负责制。党的领导主要是政治思想领导。医院党组织的主要工作是：贯彻执行党的路线，方针、政策；发挥党组织的战斗堡垒作用和党员的模范作用；做好全院职工经常性政治思想工作和对工会、共青团等群众组织的领导；讨论和决定管理范围内的人事任免如奖惩工作；审议医院长远规划，年度计划、总结和重要工作部署等。院长负责全院行政、业务的领导工作，副院长在院长领导下分管相应的工作。党委书记和院长都要对党委负责，贯彻执行党委的决议，工作中要相互尊重、互相支持。党委书记要支持院长的工作，尊重院长的意见，使院长有职有责有权；院长要接受党委的领导，重大问题要及时提交党委讨论。科室实行科主任负责制，科室党支部保证监督各项任务的完成"。

民主集中制，是我们党和国家的根本的组织原则，也是一切企业事业管理的根本组织原则。根据中共辽宁省委文教部颁发的《中国共产党辽宁省卫生部门基层组织工作试行条例》规定的精神，医院在组织上党委对医院行政业务管理负有领导责任，党委实行集体领导的原则，同时也要有个人负责，以防止独断专行和无人负责现象；在管理上实行职工民主管理，院长行政统一指挥的管理体制，这是民主集中制这一根本性的组织原则在医院管理中的具体体现。

精神病院也必须实行上述领导体制和组织原则。要坚持四项基本原则和建立健全民主管理制度，实行岗位责任制，在党委集体领导下的院长负责制、科主任负责制。在院长统一指挥下，成立精神病院院务委员会，精神病院民主管理委员会，精神病院医疗技术委员会，吸收职工群众的代表如医疗技术骨干的代表，参加精神病院的民主管理，对精神病院的行政、医疗业务、职工思想政治工作和生活实行民主管理。这样，就把集中统一的领导原则与充分发挥职工群众的积极性统一起来，既加强了自上而下的集中统一领导，又实行了自下而上的群众监督，贯彻了民主集中制的原则，进行精神病院的民主管理。

要建立健全精神病院的院务委员会。现代精神病院的科学管理，它在完成各项医疗业务活动过程中，必须做好精神病院内部各个系统和部门的组织协调和业务管理工作。但是，由于精神病院的领导个人及其少数管理人员的知识水平和管理能力必竟是有限的，那种单靠领导者如少数管理者的决策管理体制，已经不能适应当前发展着的精神病院现代化科学管理工作的需要。为此，要在院长领导下建立一个精干有力的院务委员会，吸收

精神病院内有丰富经验的各个专业、各个系统具有代表性的科室负责人和在学术上、技术上有威望的专家和业务骨干参加院务委员会。院务委员会是院长管理医院的参谋助手和顾问智策团，并参与精神病院的决策活动。参加研究或制定精神病院的业务建设规划和各项业务活动计划，使精神病院通过科学管理而保持最佳功能状态，使医疗技术水平、医疗服务质量和管理水平不断地适应客观发展的需要。院务委员会不直接干预医院的各项业务计划的实施，但要经常观察计划的实施效果，掌握有关管理信息，做出各项业务活动的予测，及时总结经验，运用信息反馈作用，向院长提供修正工作计划，提供最佳方案，不断完善精神病院科学管理体系。

可以建立精神病院的民主管理委员会。精神病院民主管理委员会，是精神病院实行民主化管理的一种组织形式，我国社会主义的医疗卫生事业，是千百万人民的事业，靠少数人员是不行的，必须相信群众，依靠群众，充分发挥广大职工群众，特别医疗技术人员的社会主义极积性如他们的聪明才智，是科学管理精神病院的群众基础。尤其当今精神病院的专业化、社会化程度不断发展，精神病院的管理内容日趋复杂，对精神病院的要求更高，涉及的范围越来越广，需要精神病院内各个不同岗位上所有人员同心协力，积极参加医院科学管理。精神病院的民主管理委员会，吸收医院内各级各类人员的代表参加，动员广大职工群众积极参与医院各项工作计划的大讨论，并对医院各项工作起监督促进作用。广泛地发扬民主，是取得正确领导的基础，民主管理委员会就是把精神病院的领导工作建立在广泛民主的基础之上的，实行正确领导，并能顺利执行医院各项决议的基本保证。精神病院领导者要充分发挥管理委员会的作用。

要建立健全精神病院的医疗技术委员会。精神病院医疗技术委员会是在院长领导下的医疗技术咨询机构，吸收精神病院内的医疗、护理上有真才实学，学有专长，业务尖子，学科带头人参加医疗技术委员会，对医院的技术发展规划提出建议；对医疗护理人员的技术培训；协助领导组织医学科学情报交流，开展学术活动；参加审定医学科研选题，协助攻关，鉴定科研成果，参加疑难危重病人的会诊以及重大医疗技术实施，指导临床医疗护理技术工作。技术委员会是院长的医疗技术咨询组织，医务科是院长的业务管理职能机构，所以技术委员会不能代替医务科工作，要配合其工作，相辅相承做好医疗技术的管理。

第二节　组织机构

精神病院的组织设置，其主要构成部门，根据我省各级精神病院组织构造设置现状，结合国情和客观实际需要，一般分为：诊疗部门、辅助诊疗部门和行政后勤部门三大系统所构成。

诊疗部门：包括医疗科室、门诊部、防治科。由这些部门对精神病人进行住院、门诊、家庭病床和社会防治管理等工作，这是精神病院的主体结构，主要的业务部门。护理部门通常包括在诊疗部门之内，形成医疗、护理工作的正体组织部分。

辅助诊疗部门：包括药剂科、放射线科、检验科、理疗科、工娱治疗科、中心消毒器划供应室、功能（心电、脑电）检查室等。辅助诊疗部门是以专门技术和设备。进行

辅助诊疗工作，是为临床诊疗工作服务的重要业务部门，是精神病院的业务技术的重要组成部分。

行政后勤部门：包括各个职能管理科室，是进行精神病院的人、财、物的供应保障和协调的辅助部门，为医疗第一线服务的后勤供应部门，它必须与医疗部门取得紧密的联系和协作，构成为精神病院的一个正体，缺一不可，相互协调的不好都会使精神病院工作的正常运行受到影响。

精神病院的组织机构具体设置，应按照组织管理原则和系统管理原理，要以医疗工作为中心，从业务活动的实际需要出发（包括精神病人的要求）根据上级卫生行政部门统一安排的要求，结合精神病院自身的技术力量和业务发展规划，以及精神病防治工作上的特点，做为精神病院组织机构设置的根据。

当今，精神病的防治与管理，已由单纯医学问题逐渐发展为社会医学问题。我省精神病防治情况，与当今世界各国防治工作发展趋势基本相同，从单纯收容住院治疗，逐步发展成为社会防治管理。特别是近年来提出了“社会精神病学”的概念，把精神病人的住院治疗与不住院家庭病床治疗和社会防治管理紧密结合起来的“阶梯防治”的精神病人社会防治管理模式。精神病院的组织机构设置要体现这一客观发展形势的特点要求。

精神病院的职能管理机构的设置，要以精干有力，减少层次，提高效能，有利于医疗，有利于病人为原则。要正确理解“精简机构”的含意，不能只理解为人员机构越少越好，应从组织上的科学性、合理性，提高工作效率为出发点。精简就是减掉那些不够称职的多余者（包括可有可无），妨碍工作效率的人员或机构；对一些科学的、合理的机构不但不应减，必要时还应增加。为此，根据国家卫生部颁发的《综合医院组织编制原则试行草案》和辽宁省编制委员会等部门联合颁发的《关于试行“辽宁省县以上各类医院、卫生防疫站机构编制定员暂行标准》，各级精神病院的组织机构设置如下：

一、三百张病床以上的精神病院：

设：正副书记二人，正付院长三人。

党委办公室：负责组织、宣传、纪检、统战、工会、妇联、共青团、民兵等工作。

院办公室：负责文秘、行政管理等工作。

医务科：负责医疗、科研、病案。医疗统计、图书管理等工作。

人保科：负责人事、教育、保卫、劳动工资、知青等工作。

总务科：负责行政、伙食、房产、水电、取暖、工勤人员管理等工作。

财务科：负责财会业务管理经费予决算，收款等经济管理等工作。

防治科：负责精神病人的院外社会防治管理、家庭病床、出院病人随访观察、流行病学等工作。

门诊部：负责精神病人不住院门诊治疗、出院病人复查、精神卫生咨询等工作。

护理部：负责护理业务管理及护理人员管理教育等工作。

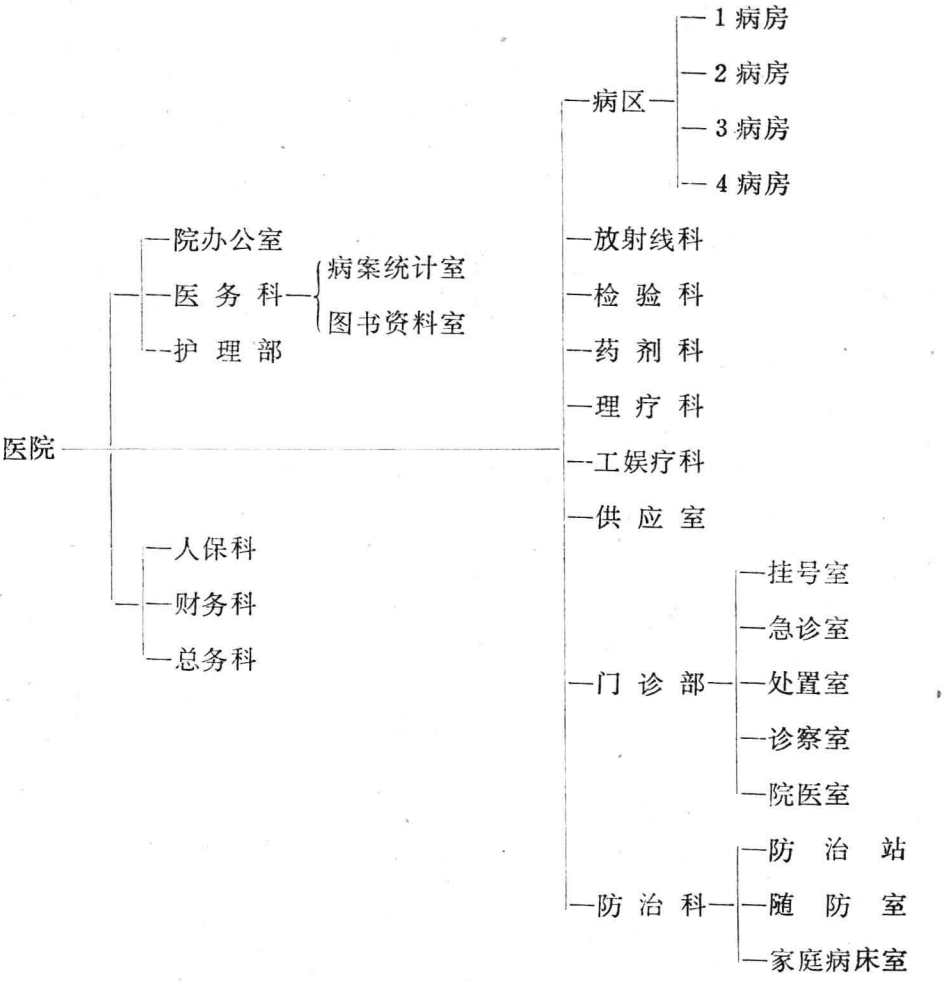
二、三百张病床以下精神病院

设：书记一人，正付院长三人，护理部不单设并入医务科，其他科室与三百张以上病床的精神病院相同。

一百张以下精神病院设：书记一人，正付院长二人，办公室、医务股、防治股、总务股、门诊部。

附：精神病院组织机构图：

图 3—1



第三节　人员编制

精神病院的人员编制是精神病院组织管理的重要组成部分，在精神病院科学管理工作中占有重要地位，这是因为人员是精神病院的重要因素，是精神病院进行各种活动的基本力量，从这一点上说，精神病院的组织管理主要是对人员的管理。所以要求精神病

院的人员编配要正确合理，配合比例要适当，组织管理要科学严密。为此，在制定精神病院人员编制时，必须首先考虑从实际需要出发，确定人员编制定额，要从精神病院的任务轻重，专科业务特点，人员素质，工作条件，技术水平，装备基础，领导体制，管理水平和经常性的院外社会防治任务等客观需要编配人员。其次考虑的就是要遵循国家的有关规定如现行政策，既要照顾到客观的需要，又要照顾到主观的可能性，按照上级主管部门规定的编制原则，配备人员。

根据辽宁省编制委员会颁发的辽编发〔1983〕2号文件《关于试行“辽宁省县以上各类医院、卫生防疫机构编制定员暂行标准”》，确定精神病院的人员编制定额标准是：

总的工作人员与病床之比为0.8：1，（根据实际工作需要应按1：1.1～1.2为宜）其中包括顶岗位的补差工、临时工、集体工在内；不包括托儿所（幼儿园）和承担地区性防治任务的机构（如精神病院的防治科）所需人员编制，可另行根据实际需要编配。精神病院防治科的人员编制，可按承担地区性社会防治管理任务，每五万至十万人口配备一名精神病防治专业人员，或按精神病院职工总数的百分之二比例增加社会防治专业人员，进行编配。门诊部的人员可按日平均门诊量和每名门诊医师每小时诊疗精神病人数，进行计算实际需要的办法进行编配。

精神病院的各类人员间的比例：行政管理人员、工勤人员要占总编制人数的28～30%；卫生技术人员要占总编制人数的70～72%。在卫生技术人员中，医生的人数要占25%，护理人员数要占60%，药剂人员占2.5%，检验人员占3%，放射人员占1.5%，其他卫生人员占8%。

精神病院各类人员的工作量计算标准，每名门诊医师每小时诊疗两名精神病人；每名住院医师承担10～15张病床的治疗任务；主治医师与住院医师之比为1：3～4名；科主任按每50～70张病床配一名。病房护士按每40～50张病床配9～12名护士；护士与护理员之比为3：1为宜；门诊护理人员与门诊医师之比为1：2检验人员与床位之比按1：50～60；供应室护士与床位之比为1：150；药剂人员与床位之比为1：35～40；放射人员与机器之比为1.5：1；理疗人员与床位之比为1：150。工勤人员，厨工与床位之比为1：40～50；配餐员与床位之比为1：100；病房卫生员按每50张病床配一名。

第四节　领导方法

精神病院的科学管理是一门涉及各个学科的边缘科学，做为精神病院的领导者和管理干部，他的知识面要宽，要有高瞻远瞩的本领和领导艺术以及科学管理才能。他不仅要掌握医学科学知识、管理科学知识、工程技术知识、人文科学知识；而且还要具有良好的政治品德，坚强的事业心，严格认真，一丝不苟的作风。要做到“三个一致”即在政治上与党中央保持一致，在组织上与同志团结一致，在作风上自己的言行要一致。

精神病院的科学管理，主要是实行分级负责，分层管理。为此，要求领导者要做领导的工作，就是说领导者必须把自己的精力集中在作为领导的责任上，决不能分散精力，作不必要的干扰下属的工作，不能越级包办代替，要善于调动下属的积极性、主动性和创造性；领导的主要责任是协调关系，并给以监督和指导，帮助基层解决困难。领导

者的基本职能就是统筹规划，协调组织，调查研究，知人善用，果断决策，知识更新，不断学习；在作风上要坚持实事求是，办事公正，赏罚分明，指令明确，决断及时，要求严格，言必信，行必果，珍惜时间，办事讲效率，保证质量，讲效益。实践证明，这些都是很受群众欢迎的领导作风和工作方法。

参考文献略

（喻永孚）

第四章　精神病院医疗装备

精神病医院医疗仪器的装备与更新是随着国家卫生事业的发展和科学技术的进步而逐步达到现代化的程度。这里仅就目前需要和条件可能对精神科病房、医技科室和几个实验室的装备提出初步设想。

第一节　精神科病房的装备方案

通用装备系指对六十张床的精神科病房单元均可适用。根据病房管理的需要和专科特点提出病房单元的基本设备。各院可根据其病房床位情况作适当的调整。

4—1　　具体装备方案如下表

类别	品名	规格与用途	数量	说明	类别	品名	规格与用途	数量	说明
病室装备	钢丝床	普通病房	58	一级病人使用		横单	170×107cm	5	重危病人使用
	万能床	头尾能摇起、接大小便	2	重危病人使用		橡皮单	100×87cm 两端各加白布32cm	5	重危病人使用
	床头桌	带抽匣、橱柜	30	两个病人使用一个		枕芯	68×42cm	60	
	床垫子	最好是棕的	58	垫床用		枕套	70×45cm	70	常备十个、供周转用
	被胎		65	超过的五张床，供消毒周转用		便器	珐琅或塑料为宜	5	重危病人大便用
	被套	204cm×166cm	60	尺寸为缩水后		便壶	珐琅或塑料为宜	5	重危病人小便用
	褥子	190cm×90cm	60	尺寸为缩水后		洗脸盆		60	
						痰盂	塑料为宜	10	
	床单	260cm×166cm	60	尺寸为缩水后		保温饮水罐	金属为宜	1	供病人饮水用

类别	品名	规格与用途	数量	说明
更衣室	牙具柜		1	
	更衣柜	每人一格	1	
	长条凳		2	
医生办公室装备	办公桌		6	医护办公室用
	椅子		10	〃
	长条凳		2	〃
	病历架		2	
	病历夹		60	
	住院病人卡片牌		1	
	黑板		1	记事用
	搬运担架车		1	搬重危病人用
	痰盂		2	办公室用
	纸篓		1	办公室用
医护班值室装备	床	普通床	3	
	床头桌		2	
	床垫子		3	
	暖水瓶		2	
	被胎		3	
	被套		3	
	褥子		3	
	褥单		6	
	枕芯		3	
	枕套		3	
	椅子		3	
	痰盂		2	
处置室装备	诊察桌		2	处置室、治疗室各1个
	园转凳		2	
	服药车		1	集体服药用
	处置台		2	有菌、无菌各1个
	氧气桶	中小型	1	
	氧气流量计		1	
	吸引器		1	
	输液架		1	
	抢救车		1	
	同步呼吸机		1	抢救病人用
	电休克机		1	治疗用
	电针灸机		1	治疗用
	洗胃机		1	抢救病人用
	输液器具	套	2	
	灌肠用具	套	1	
	鼻饲用具	套	若干	
	穿刺用具	套	1	常用为腰穿包
	气管切开用具	套	1	
	换药用具	套	1	简易处理
	导尿用包	套	1	
	冷热敷用具	套	1	
	褥疮护理用具	套	1	
	服药用具	套	1	
	约束带	条	4	约束病人用
	药柜		2	抢救药与常备药分开
	器械柜		1	
	消毒罐	中、大	各1	
	污物桶		1	脚踏开启式为宜

类别	品名	规格与用途	数量	说明
	洗手盆		2	
	洗手盆架		1	
	屏风		1	操作用
	体温计		10	
	消毒锅		1	
	诊察用具	套	2	包括血压计、听诊器打诊锤、眼底镜。
	服药杯		60	
	镊子筒		2	盛消毒镊子
	立灯		1	处理或抢救用
	注射器	1毫升	5	
	注射器	2毫升	5	
	注射器	5毫升	20	
	注射器	20毫升	5	
	注射器	50毫升	5	
	注射器	100毫升	2	
	室温度计		1	
配膳室用具	配膳桌	方形桌	2	
	消毒锅		1	食具消毒用
餐厅	餐桌	6—8人用	10	
	长条凳		20	
	餐具	套	1	
清洁用具	便器消毒器		1	浸泡消毒便器
	便器放置架		1	
	拖布		8	厕所1，外置室1办公室1、病房走廊5
	拖布放置架		1	
	苕帚		8	
	刷子		4	食堂用2个、刷厕所用2个
	盆子		2	
文具用品	文具柜	具	1	
	医疗用表格		若干	保持一定基数

（杨国章　邵懿芳）

第二节　精神病院医技科室的装备

一、检验科装备

主要是临床检验的所需装备。详见表 4 — 2

表 4 — 2　　检　验　科　装　备

类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说明	类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说明
一般仪器	自带光源显微镜	1	2	3			小型电子计算器	1	2	2—3	
	自动或半自动照象加投影显微镜		1	1			半自动分析天秤		1	1	1/1000
	中型放大机		1	1		一般器械	电冰箱	1	2	2	
	血球自动计数仪		1	1			恒温箱	1	2	2	
	普通显微镜	1	1	2			恒温水箱	1	2	2	大小各1个
	721型比色计	1	1	1—2							
	510型比色计	1	1	1—2							
	751型比色计		1	1			离心机	1	2	2	
	火焰光度计		1	1			干燥箱	1	1	2	
	小型光电扫描仪		1	1			小型真空泵		1	1	
	电泳仪		1	1			高压灭菌器	1	1	1—2	
	高压电泳仪		1	1			电蒸馏水器		1	1	
	PH计	1	1	1— 2			微量振荡器		1	1	
	血液酸碱分析仪		1	1							
	r—免疫计数器		1	1							

（刘纯义）

二、药局装备

表 4 — 3　　药　局　装　备

类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说　明	类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说　明
仪器	分析天秤	1	1	1—2			电导仪		1	1	测定粘度
	毒药天秤	1	1	1—2		器械	电冰箱	1	1	1—2	贮存特殊药品
	调剂天秤	1	1	1—2			高压消毒柜	1	1	1—2	消毒制剂
	分光光度计		1	1	测定含量						

	干燥箱		1	1	试验药品贮存		调剂台	1	2	2	用于调剂室
							制剂台		2	2	用于制剂室
	塔式蒸馏器		1	1	用于制剂室		分析检验台		1	1	用于药检
	玻璃干燥器		1	1	用于制剂室		切片机		1	1	用于制剂室
	抽气机		1	1	用于制剂室		粉碎机		1	1	用于制剂室
	安瓶检查器		1	1	用于制剂室		数片机		1	1	用于制剂室
	压盖器		1	1	用于制剂室		电动铁研胎		1	1	用于制剂室
	水浴锅		1	1	用于制剂室		自动密丸机		1	1	用于制剂室
	手秤	2	3	4			自动洗瓶机		1	1	用于制剂室
	台秤	1	1	1			打片机		1	1	用于制剂室
	磅秤	1	1	1							

（候志学）

三、放射科装备

一般分两部分：即X线诊断部分及投照部分。其装备详见表4—4

表4—4　　放　射　科　装　备

类别	品　名	数量（台、个）			说　明	类别	品　名	数量（台、个）			说　明
		200床	400床	600床				200床	400床	600床	
仪器	X线透视机	1	1	1	200—400MA为好，用于胸部、四肢透视。		铅箱	1	1	1	
							铅房	1	2	2	
							电风扇	2	4	4	
	X线摄影机		1	1	以500MA为好，用于胃肠检查及点片摄影		干燥箱	1	1	1	
							药水加温恒温器	1	1	1	
							显影桶	1	1	1	
器械	滤线器胸相架	1	1	1			定影桶	1	1	1	
	阅片灯	1	2	2			放大摄影装置		1	1	
	暗灯	2	3	3							
	切片刀	1	1	1							

（钟万洪）

四、理疗科装备

根据精神病医院特点，将电诊科及理疗科统划归一起，统称为理疗科。其中包括电诊、光疗，高低中频电疗、激光、超声等方法的装备。详见表4—5

表 4 — 5　　理　疗　科　装　备

类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说明	类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说明
电诊	脑电图机	1	1	1			感应电疗机		1	1	防止肌萎缩粘连
	心电图机	1	2	2—3							
	A型超声诊断仪	1	1	1			间动电疗机		1	1	止痛作用
	B型超声诊断仪		1	1							
	脑血流图仪		1	2			电睡眠机			1	镇静、催眠
光疗	紫外线灯		1	1	立式，地治疗急性症	中频电疗	干扰电疗机			1	止痛
						高频电疗	达松代尔治疗机		1	2	止痒、镇静
	红外线灯		1	1	立式，地治疗慢性炎症		超短波治疗机		1	1	治疗慢性炎症
低频电疗	直流电疗机		1	2	直流电药物离子导入	激光	激光治疗仪		1	1	穴位治疗

（杨国章）

五、供应室装备

详见表 4 — 6

表 4 — 6　　供　应　室　装　备

类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说　明	类别	品　名	数量(台、个) 200床	400床	600床	说　明
器械	高压消毒锅	1	2	2	立式或柜式		干燥箱	1	1	1	大型
	气体消毒器	1	1	1			消毒罐	5—10	10—20	20—30	各号、装纱布棉球
	蒸馏器	1	1	1	制作冲洗蒸馏水		各种珐琅盘	若干	若干	若干	装无菌注射器、滴流管等
	棉球机		1	1	制作棉球						
	电动针头冲洗机		1	1	冲洗针头		玻璃器械柜	1	2	3	装灭菌及各种器械包等。
	磨针机		1	1	修磨针头						
	密闭消毒柜	1	1	1							

（刘淑珍）

第三节　精神病院科研实验室设备设想

一、生化、遗传实验室装备

详见表 4 — 7

表 4 — 7

类　别	品　　名	数量（台、个）	说明	类　别	品　　名	数量（台、个）	说明
器械仪器	分析天秤	1	1/10000		电子计算器	2	
					微型振荡器	1	
	光电比色计	1			离心机	1	
	分光光度计	1			高压灭菌器	1	
	普通显微镜	2			电冰箱	1	
	万能显微镜	1			恒温箱	1	
	显微镜照相装置	1			水浴箱	1	
	放大机	1			干燥箱		
	细胞电泳仪	1		有条件可增设	生化自动分析仪		
	放免检测仪	1			气相色谱仪		

注：有条件的医院生化室与遗传室可分别单设。条件较差的单位，器械仪器可供用，实行分室管理。

二、心理实验室装备

详见下表 4 — 8

表 4 — 8

类　别	品　　名	数　量（台、个）	说明	类　别	品　　名	量　数（台、个）	说明
设备仪器	大型录音机	1			秒　　表	1	
	小型录音机	1			各种心理测验工具	1	
	电子计算器	1			办公用品		

（杨国章）

第四节　器械装备的管理

医院的大型器械和精密仪器多集中于医技科室，精神病院的器械装备也是集中于医技科室，医技科室的管理中，器械装备的管理是重要内容之一，当然其他科室也不宜忽略。近年来有的医院设立起医疗器械管理职能科室，但精神病专科医院大都是分散在各科

室由各科室委专人管理，兹将有关管理的主要方面介绍以下：

一、建立制度：卫生部于1981年5月30日颁布《医学科研仪器设备管理暂行办法》是设备管理的基本制度，各医院可以在这个办法的基础上，根据具体情况，制订实施原则。这些制度包括：

1．计划编制与审批制度

2．采购、验收及仓库管理制度

3．设备技术档案制度

4．仪器性能精确度签定制度

5．仪器使用操作规程

6．设备使用、维修、保养制度

7．设备使用人员考核制度

8．设备的领发、破损、报废、赔偿制度

9．仪器设备使用安全制度

如果这些制度订得严密合理，岗位责任制明确，又能严格执行，医院设备管理的工作流程必然处于一个良好的状态。

二、财产帐目：对医院所有设备要求数量准确。帐目健全、做到帐帐相符，帐实相符。具体管理方法，可按财产管理原则制定之

三、技术档案：对于贵重精密的仪器设备，应建立技术档案。贵重仪器一般指价格在一万元或五千元以上者，有的仪器价格虽不足一万元或五千元，但其精密度甚高，需特别注意保养的，也可建立技术档案。

技术档案卡片（设备履历卡片）一或三份：

一份“正本”由设备部门保管，存入档案袋内。保存这一仪器全部有关资料，包括购置过程中的文件，订货合同、验收记录、说明书、图纸、技术资料等。

两份“付本”分别交给专职分工的维修人员和使用单位仪器的保养人。前者记录仪器的重要特征和校验结果，基本测定数据，并在每次检修后作好维修记录。后者主要记录仪器的情况，内部转移记录，以及交换时的检验记录。

上述保养人是仪器使用单位指定专职分工保管仪器的人员，负责管好仪器设备，制订操作规程，有权查核仪器使用人是否掌握操作技术，进行仪器的各级保养，并与维修人员密切联系，保证设备正常运转，处理设备报停报修事宜，并有权制止一切违反制度的行为。

四、使用、保养、检查和修理：医院里的所有仪器设备在为医、教、研持续地服务过程中，必须做好使用、保养、检查和维修四个方面的工作，除制定四个方面的制度外，还须注意的几个问题有：

（一）在使用方面：要提高仪器设备的使用率，充分发挥设备使用价值，减少设备资金占用比重，获取较好的经济效益。把使用率的高低，做为评价仪器设备管理优劣的一个主要指标。造成仪器设备使用率低的原因是多方面的，目前很多单位采用经济管理手段（如五定一奖），稳定和提高了仪器设备的使用率。另外定期进行使用率

的调查研究，及时解决存在的问题。使用率的高低等级，下列分类标准，可供参改。

1．使用率高：设备的各种功能均得到利用，使用机会多，实用收效大。有的虽不经常使用，但在抢救工作中已发挥作用。

2．使用率一般：主要功能得到利用，有一定的机会使用，也有一定的实用效果。

3．使用率低：主要功能未充分发挥或使用机会少，实用效果不大。

4．未使用：根本未用。

以上调查标准，只是定性的标准，如果能数据化，则更有说明力。

（二）在保养方面：不仅要有日常的仪器外部的保养，还要注意定期的仪器内部的保养。由仪器保养人负责会同修理人员共同按计划进行，主要是仪器内部的清洁，对设备的主体部分或主要组件进行检查，调正精度。

（三）在检查方面：检查有时定期与保养同时进行。检查是对设备的运行情况、工作精度或磨损程度进行检查校验，针对检查发现的问题，提出改造设备维护工作的措施，有目的地做好修理前的各项准备工作，以提高修理质量，缩短修理时间。从检查的性能来分，可有两种性质的检查，一是功能检查，二是精度检查。功能检查指检查测定设备的各项功能，是否符合仪器说明书和技术文件的要求。精度检查指检查测定设备的精度，特别是计量仪器，如天平、比色计、放射线量仪等，还需要定时地由国家计量部门来检定。

平时的定期检查还应特别注意设备的安全检查，它包括仪器本身的安全性、使用安全和周围环境安全。为了防范于未然，各单位制定电气设备安全条例，实属必要，其中包括接地、予防人体受伤，稳定测验、超负荷防护以及在危险地点使用设备的要领等各项条款。

（四）在修理方面：修理主要是修复和更换已经损坏的部件，一般在设备发生故障不能工作时进行，有时在检查后进行，有的设备参考有关修理周期定期进行。

仪器设备在保养维护和修理后，必须进行登记保存文字的记录，记载修理日期，使用人主诉仪器故障现象，修理人检查所见故障现象，故障原因，排除方法，零件或电路改变情况，修复后的检验情况（如不能修复，说明其原因和建议），并由修理人和保养人签字。

医院应该定期的，至少每年一次对设备状态进行调查，一般的设备状态分为四级即设备完好、设备基本完好、设备情况不良和报废或待报废，最后计算设备的完好率（完好率 $=\frac{\text{完好件数}+\text{基本完好的件数}}{\text{总件数}}\times 100\%$）。根据完好率的调查分析，掌握医院设备的技术状况，反映设备维修管理的效果和存在问题，从而针对地采取措施，尽量提高设备的完好率，

（李权国）

第五章　精神病院行政管理

精神病医院行政管理是医院管理的重要组成部分，是医院指挥系统正常运行的主要依据，是医院各项工作有计划、有秩序、有组织、有规律进行的重要保证。精神病医院行政管理主要包括：编制目标规划；制订年度计划、周程及日程；落实岗位责任制等主要内容。

第一节　目标规划

一、医院目标规划的基本概念

医院目标规划就是明确医院的办院方向和规定在一定时期内医院建设所要取得的成果。精神病院的领导者，只有通过医院总目标的制订，明确办院的方向和要达到的最终目的，使之赶有目标，学有榜样，干起来有奔头，从而调动全院职工的积极性，激发为完成医院总目标的工作热情，才能使文明医院建设步步深入。

为了分阶段实现医院总目标规划，还要根据各个时期或阶段的实际情况，确定某一时期的目标，也就是短期目标或中期目标。

目标规划管理做为医院管理的一个重要方法和手段，就要求医院领导者必须依照医院总目标的要求，安排和布置医院的工作，对下级进行领导，调动医院一切人力、物力和财力确保总目标的按期完成。医院各科室的负责人应根据医院总目标的要求，结合科室的工作性质和职责范围，制订出本科室的分目标。如果没有方向一致的分目标来指导每个科室或每个职工的工作，医院工作必然会陷于混乱，医院总目标的完成就要落空。科室的分目标，以及分解到每个职工的分目标，就是医院总目标对他们的要求，也是他们对完成医院总目标的贡献。只有科室和职工都完成了各自的分目标，医院总目标才有完成的希望。也就是说，总目标是制订分目标的依据，分目标是完成总目标的保证。

二、怎样编制医院的目标规划

精神病医院领导者在编制目标规划时，一定要从医院现有的实际情况出发，既要保证上级指示精神的贯彻执行，又要满足广大群众对精神病防治工作的实际需要，既能统一全院职工意志，又能开创医院建设新局面。

（一）编制医院目标规划的主要依据

1．必须保证上级指示精神的贯彻落实。党对卫生工作的方针政策和上级对精神病防治工作的指示，是制订医院目标规划的主要依据。因此，在编制医院规划之前，必须反复学习党的有关卫生工作的方针政策和上级对精神病防治工作的指示，领会其精神实质，了解任务所规定的要求，并对各项任务的相互关系和轻重缓急进行认真研究，确保党对卫生工作方针政策的贯彻落实。

2．满足广大群众对精神病防治工作的需要，一切有利于病人是编制医院目标规划的出发点。医院领导者在编制目标规划时，要深入调查研究，广泛听取群众意见，根据医院服务的范围、对象、群众需要和病人要求来编制目标。如编制精神病医院发展规模的目标规划，即要考虑国家的发展规划，也要考虑本地区的发展规划，还要根据人口发展趋势和精神病发病率的予测，来确定医院发展规模的目标规划。

3．一切从实际出发，实事求是，是编制医院目标规划的立足点。编制医院目标规划时，必须要从精神病医院的现有实际情况出发，对医院现有的人员素质、技术水平、物质设备、财经状况等都要有一个全面地了解，并有一个客观的正确分析。找出那些是薄弱环节，那些条件占优势，做到心中有数，扬长避短。同时要掌握精神病医院发展状况及精神科专业发展趋势，对照先进单位找出本单位存在的差距。编制目标规划时，要实事求是，符合医院客观实际、做到既先进又合理，并经过一定努力能够达到，防止出现偏高或偏低的情况，从而能统一全院职工的意志，又能开创医院工作新局面。

4．要体现医院的长期规划，也就是说要有一个战略眼光。编制医院目标规划时，不能零打碎敲，要有一个长期的总体目标规划。医院的长期规划，一般以三至五年为宜，不宜时间太长或太短。长期目标规划确定之后，还要根据各个阶段的实际情况，确定某一时期内应完成的工作任务，做为这个时期的具体目标。

5．编制医院目标规划，应以全面贯彻《辽宁省医院管理基本要求》为主要内容，以提高医疗护理质量为重点，以创建文明医院为目标。精神病医院领导者在编制医院规划时，必须对创建文明医院做出规划和安排，以此带动医院全面工作的发展。

（二）编制目标规划时应注意事项

1．编制目标规划时必须发动群众，走群众路线。通过大讨论的形式，摆事实讲道理，找差距算细帐，挖潜力订措施。只有广泛发动群众，才能尽量防止编制目标规划时容易出现的错误倾向，有利于统一全院职工的意志，为完成目标规划而努力。切忌少数人闭门造车，多数人不了解目标规划的具体要求，使目标规划缺乏坚实的群众基础。

2．目标规划既要有先进性，又要有现实性；既要考虑长期效果，又要考虑短期效果。应当统筹安排，尽量兼顾。编制目标规划前要深入调查研究，要有充分的予测和论据，办不到的不要讲空话。目标规划的内容要适合精神病医院的实际情况。目标定的过低，轻而易举地就可完成，自然没有什么意义；但订得过高，经过努力也很难实现，可使人产生不满情绪或者丧失信心，也会挫伤群众的积极性。

3．目标规划要做到科学化、标准化、数据化。尽量做到使目标的内容在质和量上都能具体度量和记载。要以数据说话，要有目标值。不要提出一些达不到的或无法检查的空头目标。并要建立一套具体的实施方案和考核方法。

4．目标数量不可太多，要集中到几个重点目标之内，目标期限要长短适当。不仅要编制目标规划的具体内容、实施方案和考核方法，同时要规定完成目标规划的具体时间，要限期完成，使目标规划具有紧迫的时间性。

5．对较长时间才能完成的目标规划，应考虑设立中期目标或短期目标，以便逐步完成。对因特殊情况不能按期完成的目标规划，要及时正确地加以调整，并要向职工做

必要的说明和解释。

三、医院目标规划的管理实施

目标规划的管理，一般可分为三级结构：

（一）目标规划制订（一级结构）。

1．精神病医院目标规划的内容。

（1）创建文明医院目标规划。

（2）技术水平发展目标规划。

（3）职工业务培训目标规划。

（4）医疗护理质量提高目标规划。

（5）医院建筑规模、环境治理目标规划。

（6）精神病防治工作目标规划。

（7）后勤保障工作目标规划。

（8）职工队伍建设目标规划。

2．科室、个人分目标的制订

在医院总目标规划确定之后，让全院职工根据医院总目标，自上而下依次制订科室和个人的分目标，使总目标逐级层层展开。通过医院总目标的层层展开，使全院各科室和全体职工都明确各自的目标是什么，什么时候干，应干到什么程度。同时也明确了对实现医院总目标各自应负的责任，应该做出那些具体贡献。

（二）、目标规划实施（二级结构）

目标规划确定之后，一个非常重要的问题，就是目标规划的实施。也就是说，要有一个正确的、有效的、切实可行的措施，以确保目标规划按期实现。否则目标规划将要落空。

1．目标规划实施的内容

（1）医疗技术措施：

①医生诊疗措施：应制订精神科疾病的诊断标准、疗效判定标准、出入院标准、病志书写标准、医嘱处方标准、主要精神症状要求控制时间等。并要严格掌握，认真执行，加强质量管理。

②护理措施：加强护理工作岗位责任制，严格护理操作常规，加强基础护理和专科护理，做好重点病人的计划护理。

③辅助检查措施：提高医技科室的技术水平和检查质量，开展新技术和新的服务项目，面向临床医疗第一线。

（2）扩展技术措施：

①开展科研工作措施：对医师以上人员要确定专科定向发展。有条件的精神病医院可逐步建立心理、遗传、生化等实验室。根据医院实际情况，结合临床实践开展科研工作。

②技术培训措施：根据医院各类医务人员的实际状况出发，制订培训规划。狠抓措施落实。

③院外防治措施：落实三级防治网，开展出院病人随访，建立家庭病床，培训防治工作骨干，提高防治工作质量。

（3）后勤保障措施：

①后勤供应措施：开展“三下一上”活动，做好水、电、气供应及物质供应。

②生活服务措施：搞好伙食、托儿所、通勤车管理，办好青年服务队，解决子女就业。

③卫生管理措施：落实卫生岗位责任制，搞好环境治理，绿化院庭，加强卫生管理。

（4）科学管理措施：

①常规制度措施：建立健全各种规章制度，认真落实岗位责任制、严格执行医疗护理技术操作常规。

②考核奖惩措施：建立各级考核奖惩措施，检查目标规划落实情况，奖优惩劣。

③经济管理措施：可开展《责权利相结合“五定一奖”岗位责任制》，加强经济管理。

2．目标规划实施的控制

（1）自我控制：根据本科室和个人制订的分目标，定期或不定期进行自我总结，找出在实施中存在的问题，提出解决存在问题的措施，实行自我控制。

（2）逐级控制：医院检查科室，科室检查班组（病房）、班组检查个人。通过检查督促目标规划的贯彻落实。

（3）跨科室控制：如医技科室检查临床科室各种检验申请单、处方等书写质量；临床科室检查医技科室各种检验报告单、器械备品供应、药品投发等质量。做好跨科室控制。

（4）越级控制：医院直接抽查病房、班组和个人实施目标规划情况，检查工作质量等。

3．建立必要的考核制度，督促目标规划的落实。可实行院、科两级考核制。医院考核科室，科室考核个人。考核要有文字记载，并要及时反馈。

（三）目标规划终末的评价（三级结构）

目标规划终末评价，也称之为目标成果评价。目标规划强调成果，重视成果评价，根据成果进行科学管理。

1．目标规划终末评价的内容

创建文明医院情况、病床工作效率、医疗质量、院外精神病防治、经济效果和优质服务等六个方面。

2．评价的具体方法：对目标终末的评价，要采用标准化、数据化的方法。标准化就是目标规划确定的目标值，数据化就是要以数据说话。要制订标准，确定均值，计算出标准差、标准误。超过均值为完成目标规划。如评价是否进入文明医院，就要按省卫生厅《文明医院检查评定标准》检查评定，达到规定的文明医院标准分数为文明医院。

3．评价结果的处理：评价的结果作为客观材料纳入人事考核记录和个人档案，做为评选先进、晋级提职等的重要依据。对目标订的高，完成的好，为医院建设做出较大贡献的科室和个人，要给予相应的奖励。

四、目标规划管理的优点

（一）搞好精神病医院目标规划管理，可以明确办院的方向，使之赶有目标，学有榜样，干起来有奔头，从而调动全院职工的积极性，使文明医院建设步步深入。

（二）医院通过目标规划管理，可以形成一套纵横交错的、科学的、完整的目标连锁体系。它将全院职工从上到下都严密地组织在目标体系之内，使医院的各项工作都直接或间接地与医院目标规划联系起来，使每个人都明确完成自己的工作与实现医院目标规划的关系，从而关心医院建设，愿为实现目标规划而积极努力工作，建设好文明医院。

（三）有利于全院职工参与医院管理，充分调动职工的主人翁责任感。目标规划管理自始至终经过群众的充分讨论和协商，让全院职工参与目标规划实施全过程的管理，这不仅能密切上下级关系，有利于调动职工的积极性和责任感，同时可防止制订目标规划时出现偏高或偏低的现象。

（四）实施目标规划管理，使医院管理工作向科学化、标准化、数据化迈出新的一步。目标规划管理，强调“成果至上”，对目标要达到的标准和成果、评价的方法等都规定得很具体、明确、客观、公平。同时与奖励、晋升挂起钩来，这将激励全体职工争取好成绩的推动力，从而大大提高工作效率。

（五）促进全体职工的业务技术学习。目标规划管理的特点是结合日常工作进行业务技术学习。学习有明确的目的性，干什么学什么，缺什么补什么，在工作中边学习边改进，从而不断提高工作能力和技术水平，以便达到目标规划对每个工作人员的要求。

第二节　年度计划、周程及日程

一、年度计划的编制及实施

年度计划是确定一年内工作的方针、任务、目标及完成的措施。

（一）年度计划的制定

1．制定年度计划的主要依据。主要依据三个大的方面：一是上级指示，二是任务，三是予测。

（1）上级卫生机关下达的任务及指示，是制订医院年度计划的主要依据。医院的年度计划，是党的方针政策和上级指示在医院工作中的具体体现。医院对上级卫生机关下达的任务、指示及规定的目标，要认真执行，坚决落实，切实保证完成。

（2）医院的基本任务，是制订年度计划的基础。

（3）搞好予测，是制订年度计划的重要依据。予测包括以下三个方面：

①国内外精神科发展情况予测。就是说，要掌握精神病医院发展状况及精神科专业医学情报资料。找出差距，才能知道努力方向。

②自身条件予测。各个医院都有不同的建筑、设备、仪器、机构、编制、人材、技术水平、医疗质量和医疗指标等等。这些条件中，那些环节薄弱，那些占优势，都要搞清楚，做到心中有数，以便使年度计划的编制具有符合医院客观情况的针对性。

③需要予测。也就是群众对精神病防治工作的需要。社会主义医院是为保障人民健康服务的，群众需要就是我们医院工作的着眼点，就是我们应当考虑解决的问题。要通过调查研究，及时的予见、发现和掌握，做为编制医院年度计划的依据。

2．医院年度计划的内容

（1）明确完成什么任务。

概括为以下十个方面：医疗工作计划、护理工作计划、医技科室工作计划、精神病防治工作计划、科研工作计划、医学教育工作计划、医疗统计病案管理计划、后勤保障计划、财务工作计划、思想政治工作计划等等。

（2）提出要达到的质量和数量指标。

对计划规定的各项任务，都要提出达到的质量和数量指标，也就是要有目标值。

（3）完成任务的主要方法和措施，以及人力、物力、财力和时间安排。

制订年度计划，不仅要明确完成什么任务和提出要达到的目标，同时也要提出完成任务的主要方法和措施，在人、财、物和时间上要做到统筹兼顾、中心突出、重点明确，确保任务的按期完成。

（4）明确执行计划的责任者和检查者。

年度计划制订之后，为狠抓落实，必须明确执行计划的责任者和检查者。一般按院长分工和机关职能科室的工作范围分别承担。

3．医院年度计划编制的方式

医院年度计划是在党委领导下，领导与群众，民主与集中高度结合的产物。采取上下结合的程序和“从群众中来，到群众中去”的方法，通常是按“两下一上”的方式进行。“两下一上”是指在调查研究的基础上制订计划提纲，征求各科室和群众的意见，由各科室结合自己的设想，制订本科室的工作计划，医院领导者再根据基层计划和群众意见，制订出全院的年度计划，并部署执行。

（二）年度计划的实施

编制计划不过是计划和使计划工作的开始，真正的计划领导是在计划编制以后，在实现计划、修订计划精确的过程中开展。也就是说，要狠抓计划的落实、调整和实现。在计划的组织实施过程中，应做好以下工作。

1．发动群众，层层落实

可以结合全院总结表彰大会，及时向职工部署年度计划。讲清形势，明确任务，找出关键，提出措施，把计划落实到科室、班组和个人。发动群众进行讨论的基础上，各支部和科室根据全院年度计划分别制订本科室的年度计划，研究措施，提出保证，使每个人都有明确而具体的任务和目标，把实现计划变为全院职工的自觉行动。

2．做好阶段计划安排

阶段计划安排是指季度和半年计划或每月的短期安排，以期使全年计划有步骤地分

段实现。制订出更具体的阶段计划安排，是保证年度计划的具体实施所不可缺少的实际步骤。

3．做好组织和协调工作

随着医学科学的发展，医院拥有较多的和复杂的技术、设备和仪器、它集中了大量技术人材，分工越来越细，各组成之间的联系越来越密切，技术业务上存在着不可分割的关系。因此，在开展工作时，需要统一的指挥和组织工作，医疗活动各个环节的协调是相对的，经常出现不协调现象，因而科学的组织管理工作必不可少，要抓好计划实施过程中的调度运行。

4．积极开展经常性的社会主义劳动竞赛

通过开展各种形式的劳动竞赛，调动职工的积极性创造性，加强团结，促进协作，改善医疗作风和服务态度，提高医疗质量和工作效率，保证年度计划的全面完成。

（三）年度计划的检查

在年度计划执行过程中，为保证计划的完成，推动各方面的工作，要通过对计划执行情况的检查，进行总结分析，并解决在执行中存在的问题，确保计划按期完成。

1．检查的内容

（1）了解计划执行的情况。

（2）发现执行中存在的问题。

（3）提出解决问题的措施。

（4）交流推广先进经验，先进技术。

（5）与竞赛评比工作相结合进行。

2．检查的方法

（1）日常检查：通过领导干部和管理干部日常深入科室，接触群众，参加各项医疗活动，对工作进行经常性检查，获得第一手材料，并做好记录。

（2）定期检查：属于综合检查分析。是按季度、半年和全年的计划，对医院工作进行全面检查。一般由院领导主持，吸收管理干部及有关人员参加。可以结合竞赛评比进行或者单独进行。

（3）专业单项检查：是按专业对口检查，如：医疗质量检查、护理检查、药剂检查、防治工作检查、劳动纪律检查、后勤供应检查、经济管理检查、爱国卫生检查等等。

（4）群众评议：包括来信来访，患者及家属意见薄、召开患者座谈会等。

3．医疗指标的考核分析

随着医院科学管理水平的提高，已越来越多利用指标和数据反应医疗质量和工作效率，它是检查计划完成情况的客观指标。结合精神病专科医院的特点，将一些重要考核指标和数率，试述分类如下：

（1）反应诊断质量的指标

门诊、住院诊断符合率；出入院诊断符合率；门诊三次确诊率；住院病人七天确诊率。

（2）反应治疗质量指标

治愈率；好转率；重患抢救成功率；死亡率；主要精神症状半月控制率；医疗护理缺欠率；平均住院日；某病平均治疗疗程（日）；合并症发生率；输液反应率等。

（3）反应工作质量指标

注射感染率；患者伤残发生率；病志书写合格率；住院患者出走率；X光片废品率；处方医嘱缺欠率；优质服务率；伙食优质率；病人陪护率等。

（4）反应防治工作质量指标

精神病患者普查率；出院病人随访率；家庭病床治愈好转率；出院病人复发率；防治人员培训率等。

（5）反应工作效率指标

医疗费与管理费比值；住院病人平均日治疗费；门诊病人平均日收费；经济效果指数；事业发展积累率；原料、材料、燃料、工具、动力的消耗指标。

对上述指标不能孤立的、片面的、静止的看待。其中多数指标不宜纳入竞赛评比内容。但对这些指标如能辩证的、历史地、全面的进行分析，它可以反应医院工作和医疗质量取得的效果，做好检查年度计划完成情况的客观依据。

（四）年度计划的总结

年度计划的总结。是医院对全年计划完成情况的汇总和分析。要肯定成绩和经验，也要找出存在问题和教训。

1．总结的方法

（1）全面总结：是一年(或半年)的终末所进行的总结，是对医院全部工作所做的较为全面的、详细的总结分析。

（2）简要总结：每月、每季抓住主要工作所做的简要总结。

（3）专题总结或专业总结：分定期或不定期的，在完成某项工作或对某项工作进行检查之后，所进行的专项总结。如：医疗质量总结、药品质量检查总结、科研总结、防治工作总结、后勤工作总结、文明礼貌月总结等等。

2．总结的资料依据和来源

概括为以下几个方面：各科计划材料；各种检查材料；基层科室总结材料；职能科室总结材料；专题总结和简要总结；实地调查研究资料；各种统计分析资料；平时掌握的第一手材料、工作记录及劳动竞赛评比记录等等。

3．总结的方式

（1）自上而下：在短期阶段总结时（如每月、每季），不向基层科室要总结材料，而由医院领导会同办公室与有关机关职能科室碰头，结合平时掌握的第一手材料和积累的资料进行总结，然后下达群众。

（2）一上一下：半年工作总结时，要求各科室根据工作计划执行和检查情况，对本科室工作做出简要总结，上交院办公室。再由院长组织办公室起草医院半年工作总结，并在职工大会或者干部会议上公布。

（3）两下一上：做全年总结时，一般是先由院办公室向各科室布置总结提纲。各

科室结合本单位情况，参考提纲做出总结，上交院办公室。在院长主持下，院办公室汇总各方面材料，写出总结初稿，提交院长办公会和党委会讨论、审议和修改，并要在全院职工大会或干部会议上公布。

（4）结合竞赛评比进行：可以不需要基层做大块文章，结合竞赛检查评比，由院办公室和工会进行收集、记录和整理，做出各时期的总结。

二、周程及日程的编制

医院是一个完整的系统，医政行、医护技一盘棋，医教研一体化。要使医院工作保持正常进行，必须抓好惯性运行和调度运行。按着医院各项工作的客观规律，编制医院工作的周程及日程，是抓好医院工作惯性运行的重要内容，是保证医院各项工作有计划、有秩序、有组织、有规律进行的重要措施。

（一）编制医院周程及日程的主要依据

1．要以医疗工作为中心。医院有诸方面的工作，但中心工作是医疗，其它各方面的工作应以医疗工作为中心而展开。因此，编制医院周程及日程时，要紧紧围绕这个中心，要给医疗工作有充分的时间，使各项医疗活动能及时的、有效的按客观规律正常运行。

2．要保证医务人员有六分之五的业务活动时间，使他们有比较充足的时间从事医疗业务活动及钻研技术。非业务活动时间不能超过六分之一。

3．要按医院各项医疗活动的客观规律进行编制。医院有众多的医疗活动，每项医疗活动都有各自的运行规律，他们之间又都有内在的必然联系。因此，在编制医院工作周程和日程时，要根据事物固有的客观运行规律和内在的必然联系进行。

4．医院有较多的部门和复杂的专业，各组成之间联系密切，技术业务上存在着不可分割的关系。医疗活动各个环节的协调是相对的，还会经常出现不协调现象。因此，在编制周程及日程时，要注意协调各项活动之间的关系，使之成为一个协调一致的运行系统。

5．要根据医院工作的时间性和连续性很强的特点，合理、有效的利用时间。并要考虑医疗护理工作的连续性，使各科室、各专业的周程及日程互相连接、互相制约、互相保证。

（二）如何编制医院工作的周程及日程

1．根据各自的工作职责进行编制。

2．根据各自的工作范围进行编制。

3．根据各自的工作任务进行编制。

4．科室、班组、病房编制周程；个人编制日程。周程和日程要互相衔接。

5．编制周程及日程时，既要做到合理安排，又不能对任务、时间卡得太死，应有一定的回旋余地，便于在必要时进行调整。

6．科室、班组、病房之间，各专业之间在编制周程及时要做到互相协商，以防在时间上、工作上发生冲突，做到协调一致。

（三）精神病医院医生、护理人员工作日程、周程。见《住院医生医疗工作周

程表》《住院医生医疗工作日程表》《病房周期工作制》及《护理人员工作日程》等表。

表5—1　　住院医生医疗工作周程表

时间 \ 内容 \ 星期	1	2	3	4	5	6	日	备注
上午	查房	查房	查房	查房	查房	查房	休息	
下午	日常医疗工作行政例会	日常医疗会诊、鉴定	政治学习	业务学术活动	日常医疗活动党团活动	日常医疗活动劳动	休息	

表5—2　　住院医生医疗工作日程表

时间 \ 内容		内容
上午	8.00～8.30	早会、交接班、介绍病情，传达文件及上级会议精神，布置工作
	8.30～10.00	查房，开写医嘱、处方及各种理化检验等
	10.00～12.00	书写病志、处置病人、接待来访
午休		
下午	13.00～14.00	日常医疗工作
	14.00～16.30	书写病志、查阅资料、做好下班前查房等工作
	16.30～17.00	晚交接班会、做到新、重患交接班工作

表5—3　　病房周期工作制

时间 \ 内容 \ 星期	1	2	3	4	5	6	日	备注
上午	日常医疗护理工作	日常医疗护理工作	日常医疗护理工作	日常医疗护理工作	日常医疗护理工作	日常医疗护理工作	休息	

下午	收集危险品	指甲洗头洗脚剪	涮食堂	心理治疗	户外活动	工娱疗	休息	

护理人员工作日程

护士长工作日程：

上午：8.00～8.10 巡视病房一周，检查夜班护理工作完成情况，发现问题立即指出。

8.10～8.30 主持朝会，小结前一天护理工作，布置当时护理工作。

8.30～12.00 （1）检查岗位责任制、护理常规及周期工作制完成情况。

（2）检查病房内急救药品、器械的使用情况，并随时予以补充。

（3）查房，或随同护理部主任、科主任和院长查房。

下午：（1）参加及组织业务学习。

（2）进行护理教学。

（3）参加有关会议。

（4）召开病人座谈会听取意见。

（5）深入病房了解病情及思想情况，对重点病人做到心中有数。

（6）检查白班护理工作完成情况。

主班护士工作日程：

上午：8.00～8.10 检查清点处置柜药品器械。

8.10～8.30 参加朝会、重点病人做到重点交接班。

8.30～12.00 （1）安排本班内各岗工作。

（2）执行医嘱进行处置治疗，做好各种治疗的准备工作。

（3）配口服药，搞好“三查七对”。

（4）深入病房了解病情变化，对重点病人要严密观察，发现问题及时向医生及护士长报告。

（5）做好基础护理和专科护理工作。（包括入、出、假出院病人）。

（6）兑换器械，领取药品。

（7）协助开饭，观察病人进食情况。

（8）服中午药。

（9）在工作允许情况下参加医生查房

(10) 安排好午休值班人员

午后：（1）测T.P，星期一加测BP。

（2）抄写检查记录。

（3）巡视病房观察病情。

（4）填写护理表格，核对一日来医嘱执行情况。

（5）周一更换消毒器械缸，周一、四准备肝功管，每天为夜班备尿液标本瓶。

（6）整理处置柜，做到卫生清洁和规格化。

（7）检查当天护理工作完成情况，做好夜班工作。

（8）周六检查有无药品缺少，及时予以更换和补充。

日班护士工作日程：

8.00～8.10做好接班准备

8.10～8.30参加朝会

8.30～17.00（1）听从护士长分配工作，做好周期工作，履行工作职责

（2）参加病房内组织的业务学习和完成日常的护理工作

总务护士工作日程：

8.00～8.10与护士长一起巡视病房、检查夜班晨间护理情况。

8.10～8.30参加朝会。

8.30～10.00组织安排周期工作，并检查周期工作情况。

10.00～12.00检查病房设备，对不安全设备及时与有关部门联系。

13.00～17.00请领物品，整理库房，发放病人食品，参加各种会议及业务学习。

工娱疗护士工作日程：

8.00～8.10做好接班准备。

8.10～8.30参加早会。

8.30～10.00深入病房了解病人思想状况。

10.00～10.30组织病人作间操。

10.30～12.00召开休委会会议、协助病人进食等。

14.00～16.00组织病工娱疗活动

16.00～17.00将病人送回病室、做好交班。

门岗工作日程：

8.00～8.10接班前准备。

8.10～8.30参加朝会，按主班护士指定的岗位进行工作。

8.30～17.00（1）清点病人，坚持门口走廊值班、维持好病房秩序。

（2）做好探视接待、登记、检查带出、入物品。

（3）按三级护理要求决定病人外出。

（4）对入、出、假出院病人的物品认真检查。

（5）督促协助病人就餐。

（6）督促病人服药后卧床休息

（7）参加交班前清扫。

卫生岗工作日程：

8.00～8.10接班前准备

8.10～8.30参加朝会，听从主班护士分配工作

8.30～17.00（1）负责病房地面、床面、窗台、厕所、痰盂等处卫生清扫、保持病房内清洁卫生。

（2）参加病房周期工作。

（3）负责病人个人的卫生（包括新入院病人的卫生处理）。

（4）协助主班护士测T·P·BP。

（5）负责组织病人进餐、涮洗食具、管好食堂卫生。

（6）参加交班前卫生清扫。

（7）每周二为病人刷洗饮水缸、洗涤毛巾。

（8）保证病人饮水，负责带领病人外出打水。

重点病室岗工作日程：

8.00～8.10接班前准备

8.10～8.30参加朝会，听从主班护士分配工作。

8.30～17.00（1）坚持重点病室不离人。

（2）负责重点病人的病情观察和护理工作。

（3）对有严重“五防”病人做到不离视线。

（4）向主班护士汇报重点病人情况。

（5）负责本病室的卫生，并做好交班前准备。

（6）向下班交重点病人的病情变化。

巡视岗工作日程：

8.00～8.10接班前准备。

8.10～8.30参加朝会，听从主班护士分配工作。

8.30～17.00（1）交接好病房内物品。

（2）经常巡视病房，注意观察病人的病情，并随时向主班护士报告。

（3）保持病人床面平整、清洁。

（4）协助服药、进餐，维持好病房秩序。

（5）协助主班护士测T·P·BP。

（6）协助卫生岗，搞好病房内卫生。

几点说明：

1．门岗可由护理员担任。

2．卫生岗由卫生员担任。

3．重点病室岗，一般由护士担任。

4．巡视岗由护理员担任。

5．根据各医院护士、护理员人数情况，各岗人员可自行安排。

第三节　加强岗位责任制　保证规划完成

一．岗位责任制的概念及其重要作用

医院的各级岗位责任制。是把医院每个人员的职权和工作任务范围用法典形式固定下来的。它要求医院各类人员按其职责办事，完成本职工作，具有一定程度的强制性。

医院岗位责任制应包括以下几个方面：

1．中心运行系统岗位责任制。主要指诊疗职权范围，含有各级医师岗位责任制，各班护士岗位责任制等。

2．支持运行系统岗位责任制。这个系统又可分为技术支持运行系统和辅助支持运行系统。技术支持运行系统包括药剂、放射线、理疗、电诊等科室各类人员岗位责任制；辅助支持运行系统包括后勤服务、后勤供应等科室各类人员岗位责任制。

3．扩展运行系统岗位责任制。它根据各自医院的性质占有不同的比重。如：科研人员岗位责任制，教学人员岗位责任制等等。

4．指挥调度系统岗位责任制。有院长岗位责任制，各科室科长、科主任及各级管理人员的岗位责任制等等。

岗位责任制在医院各项工作制度中处于核心地位，是体现医院运行系统惯性工作的主要动力。科学而健全的岗位责任制可以使一个规模较大的医院无须每天开会，随机指令本职工作的常规运行。它是保障医院正常工作秩序，充分发挥工作效能，提高医疗质量，确保医疗安全的重要保证，是医院科学管理最基本和最大量的管理工作，是实现医院目规规划绝不可少的重要措施。

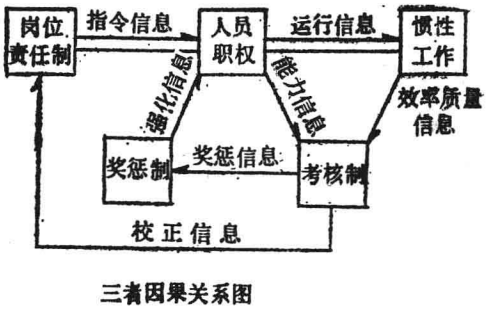
二、岗位责任制与考核制、奖惩制的关系

考核制是岗位责任制指控下惯性工作实践效率、质量标准的检验手段。通过这种手段，一方面是不断地检验岗位责任制的科学严密、严格程度，发现校正信息，从而不断修改或完善岗位责任制；另一方面又是考核各类人员责任、职权、能力的一种手段，看其在各自的工作中是否名符其实，从而作为奖惩信息而贮存起来。

奖惩制则是依据考核制所获得的信息，进行综合评价，奖励优者，惩罚劣者。用这

种方法制约医院每个工作人员更好地、更准确地、更严格地执行各级岗位责任制，使岗位责任制更好地符合客观实际，从而达到提高工作效率、工作质量等各项最终目标，保证规划按期完成。

三者关系见图5—1所示



三者因果关系图

图5—1　三者关系因果图

三、落实岗位责任制的措施

（一）宣传

医院各级领导者和管理者，要经常的、反复的、有针对性的宣传落实岗位责任制的意义，提高各类人员认真落实岗位责任制的自觉性。不仅要宣传落实岗位责任制的好人好事，也要讲因工作失职而造成的差错和事故。定期或不定期召开《落实岗位责任制分析会》，谈体会，找差距、堵塞漏洞，使责任真正落实到人。要将一些主要人员的职责，用统一规格装上镜框挂在墙上，使每个工作人员随时都可以看到，以督促贯彻执行。并利用朝会、交接班会、病房例会和科务会等多种形式，逢会就讲，达到人人清楚，职责明确，自觉执行。

（二）检查

对岗位责任制的贯彻落实情况，要定期或不定期的经常检查，以便督促落实。院长查房时要重点检查；科主任、主治医和护士长查房时逐项检查；医务科、护理部不定期抽查。每月科内组织一次大检查，每季全院组织一次联合大检查，做到随时发现问题随时解决。每季、每月联合大检查后，要进行评比，做到好坏清楚，奖惩分明。

（三）考核

1．考核内容：（1）工作效率、实际工作能力及解决问题的程度；（2）工作质量、医疗质量和服务质量；（3）劳动态度、工作作风；（4）医疗道德、服务态度；（5）出勤情况等。

2．考核方法

（1）结合工作实践进行考核

按各类人员不同的工作实践进行考核，主要看实际工作能力及解决问题的能力。在临床上多数为临床技术操作考核。如医生的病志、处方、医嘱的书写，各种检查及治疗方法的操作等等；护理人员的输液、铺床、鼻饲、导尿、吸氧、约束等技术操作。

（2）业务技术定期考试

是计划中有目的一种考试，它应是同岗位人员、同性质，而不同年资、不同内容的考试。在内容上多为基础理论和专业知识的考试。

（3）不定期抽查考核

医院机关各职能科室，按其各自的职能范围对各类人员进行不定期的抽查考核。科主任、科长结合本科室的实际情况，也可随时抽查考核，检查岗位责任制落实情况或

实际工作能力。

3．建立考核记录

（1）建立考核记分表：每月进行工作指标考核，按分填表。见表5—4

表5—4　　单位：　　姓名：

项目 / 分数	总分	1 完务成指任标	2 工量作指质标	3 服量务指质标	4 遵制律守度规和章纪	5 增支收指节标	6 出勤率	7 爱国卫生	8 计划生育
标准分	100	25	20	10	10	10	10	10	5
扣除分									
实得分									

（2）建立考核记录本：科室、班组、病房都要建立考勤、考纪、考德三个记录本。将平时考核的情况记录于本上，以备评比时查找。

（四）坚持

院长、机关职能科室坚持工作周程，病房坚持周期工作制，医生坚持“一查一巡”，护理人员坚持“四岗制”。做到时时人在岗，岗岗有负责，分工明确，职责落实。

（五）奖惩

对岗位责任制的贯彻执行要制订奖惩办法，并要规定评分、扣分标准，使之逐步标准化、数量化，纳入“五定一奖”等评比奖励的重要内容。对认真贯彻岗位责任制，在工作中表现突出者给予一定奖励；对违犯岗位责任制、工作较差者要给予一定的惩处。奖惩制度应以奖励为主，除给予荣誉奖励外，还包括奖金、晋级和提职等。以奖促优的同时，为了促劣转优，对于玩忽职守、违犯规章制度、甚至造成事故或严重经济损失的人员及单位，要进行必要的、恰如其份的批评，甚至给予扣发奖金、罚款及必要的纪律处分。

四、加强岗位责任制的薄弱环节

为使岗位责任制落实医疗活动的全过程，必须善于抓住薄弱环节和薄弱部门，及时采取措施，一个一个的加以解决，堵塞漏洞，搞好调度运行。因为医院系统工程中，条件是相互制约的，因果是互为反馈的，所以正常惯性工作往往会因某个部门、某个环节的岗位责任制不落实而使整个运行系统的惯性运行停转，乃至影响医疗质量和服务质量。

目前，多数精神病医院的岗位责任制已基本健全，但仍有一些不足之处和薄弱环节：

（一）辅助支持运行系统，也就是后勤供应系统的岗位责任制执行得不严格，甚至有些部门没有岗位责任制，或没有明确的岗位责任制。

（二）部分新职工由于缺乏必要的岗位责任制训练，而执行的不认真，不严格，不

能很好完成本职工作，经常出现缺勤、漏岗和脱岗现象。这部分职工是落实岗位责任制的薄弱环节。

（三）节假日、星期天是落实岗位责任制的一个薄弱环节。由于领导不在医院，指挥调度系统不够健全，再加上值班人员较少，各岗位人员不齐，因而往往会出现岗位责任制不能很好落实的情况。

（四）夜班由于人员少、值班时间较长，缺乏必要的督促检查，经常出现岗位责任制不能认真落实的现象。患者发生自缢、出走多在此时间。

（五）医院召开大型会议和各项活动时，由于安排不当，科室、病房留人较少，往往是落实岗位责任制的薄弱环节。

（六）午休、交接班时间，由于人员流量较大，交接班不认真、不细致，在此时间容易出现问题和漏洞。

（杨国章）

第六章　精神病院的医疗管理

第一节　精神疾病的分类

为了临床、教学、科研和交流经验的需要，不少国家或专家提出了各自的精神疾病分类，并且经过实践和研究，逐渐趋于完善。我国在古代医学中就提出了精神疾病的分类，1958年第一次按近代医学提出了新的分类，1978年、1981年做了修订，现在在全国试行的是1981年的精神疾病分类。可供参考的有国际疾病分类第九版（ICD—9）第五章精神疾病、美国精神障碍诊断和统计手册第三版（DSM—Ⅲ）。兹将我国的分类列下，以供临床应用和研究。

中华医学会精神疾病分类——1981

01．脑器质性精神障碍
01．1．颅内感染伴发精神障碍
01．2．颅脑损伤伴发精神障碍
01．21颅脑损伤性精神障碍
01．22颅脑损伤后综合症
01．3．脑血管疾病伴发精神障碍
01．31脑动脉硬化性精神障碍
01．32其它脑血管疾病伴发精神障碍
01．4．颅内肿瘤伴发精神障碍
01．5．脑变性及脱髓鞘病伴发精神障碍
01．6．老年及早老性精神障碍
01．61早老性精神病
01．611阿尔采莫氏病
01．612其它
01．62　老年性精神病
01．7．癫痫性精神障碍
01．71　癫痫性意识障碍

01．72 癫癎伴发精神病
01．73 癫癎性人格障碍
01．74 癫癎性痴呆
02．躯体疾病伴发精神障碍
02．1 感染伴发精神障碍
02．2 内脏疾病伴发精神障碍
02．3 内分泌疾病伴发精神障碍
02．4 代谢疾病伴发精神障碍
02．5 其它
03．中毒所致精神障碍
03．1　药物中毒所致精神障碍
03．2　工业中毒所致精神障碍
03．3　农药中毒所致精神障碍
03．4　食物中毒所致精神障碍
03．5　酒精中毒所致精神障碍
03．51 酒精中毒性幻觉妄想症
03．52 震颤性谵妄
03．53 酒精依赖
03．54 其它
03．6．药物伴发精神障碍
03．61 成瘾药物依赖
03．62 非成瘾药物滥用
03．63 其它
04．精神分裂症
按临床相分型：
04．11 单纯型
04．12 青春型
04．13 紧张型
04．14 偏执型
04．15 其它型
按病程分型：
04．21 进展型
04．22 顿挫型
04．23 缓解不全残留型
04．24 衰退型
04．25 周期发作型
04．26 潜隐型
05．情感性精神病
05．1　躁狂抑郁性精神病
05．11 躁狂型
05．12 抑郁型
05．13 躁狂抑郁（双相）型
05．2　更年期忧郁症
05．3　其它型
06．偏执性精神病
06．1 偏执狂
06．2 偏执状态
06．3 精神偏执症（妄想痴呆）
06．4 感应性精神病
07．反应性精神障碍
07．1 反应性意识摸糊状态
07．2 反应性兴奋状态
07．3 反应性抑郁状态
07．4 反应性偏执状态
08．其它精神病
08．1 周期性精神病
08．2 分裂情感性精神病
08．3 诊断未定之精神病
09．神经症
09．1 神经衰弱
09．2 焦虑症
09．3 癔症
09．4 强迫症
09．5 恐怖症
09．6 疑病症
09．7 抑郁性神经症
09．8 应激反应
09．9 其他神经症
10．心身疾病
10．1 性功能障碍
10．2 睡眠障碍
10．3 饮食障碍
10．4 内脏器官功能障碍
11．人格异常

11. 1 变态人格
11. 1 1 强迫性人格
11. 1 2 类偏狂人格
11. 1 3 癔病人格
11. 1 4 分裂样人格
11. 1 5 悖德型人格
11. 2 性心理变态
12. 精神发育不全
12. 1 按病情轻重分类：
12. 1 1 轻度
12. 1 2 中度
12. 1 3 重度
12. 2 按病因分类
12. 2 1 原因未明型
12. 2 2 特殊型
12. 2 2 1 先天愚型
12. 2 2 2 苯丙酮尿症
12. 2 2 3 克汀氏病
12. 2 2 4 其它
13. 儿童期精神障碍
13. 1 情绪障碍
13. 2 行为障碍
13. 3 多动综合症
13. 4 单纯抽动症
13. 5 多种抽动症
13. 6 特殊症状群
13. 6 1 口吃
13. 6 2 遗尿
13. 6 3 睡眠障碍
13. 6 4 其它
13. 7 特殊功能发育障碍
13. 7 1 言语
13. 7 2 阅读
13. 7 3 计算
13. 7 4 其它
13. 8 精神病
13. 8 1 婴儿孤独症
13. 8 2 精神分裂症
13. 8 3 反应性精神病
13. 8 4 其它

1958年在南京召开全国精神病防治工作会议的分类：

一、传染病性精神病
（一）中枢神经系统传染病引起的精神病
（二）其他传染病引起的精神病
（三）神经梅毒
（四）寄生虫病所致的精神障碍
二、中毒性精神病
（一）职业中毒
（二）药物中毒
（三）麻醉剂中毒
（四）其它
三、躯体性疾病时的精神障碍
（一）肝脏疾病
（二）肾脏疾病
（三）代谢疾病
（四）维生素缺乏症
（五）心脏疾病
（六）内分泌疾病
四、脑外伤性精神病
（一）脑震荡症状群
（二）脑外伤谵妄
（三）脑外伤后遗症
（四）脑外伤后性格改变
（五）外伤性痴呆
五、脑肿瘤时精神障碍
六、脑血管性精神障碍
（一）高血压时的精神障碍
（二）脑动脉硬化性精神障碍
七、老年前期、老年期精神病
（一）老年前期精神病（更年期精神

病）

（二）老年期精神病

八、癫痫性精神障碍

九、精神分裂症

（一）单纯型

（二）青春型

（三）紧张型

（四）妄想型

（五）混合型

（六）其他

十、躁狂抑郁性精神病

（一）躁狂期

（二）抑郁期

（三）混合期

（四）其他

十一心因性精神病

（一）神经官能症

（二）反应性精神病

十二妄想狂

十三病态人格

十四精神发育不全

1978年7月在南京召开的“中华医学会第二届全国神经精神科学术会议”拟定的“精神疾病分类”（试行草案）：

一、脑器质性精神障碍

1．颅内感染伴发精神障碍

2．颅脑外伤伴发精神障碍

（1）脑外伤性精神病

（2）脑外伤后综合症

3．脑血管疾病伴发精神碍障：

（1）脑动脉硬化伴发精神障碍。

（2）其它脑血管疾病伴发精神障碍。

4．脑肿瘤伴发精神障碍

5．脑变性及脱髓鞘病伴发精神障碍

6．老年及早老性精神障碍：

（1）早老性精神病

（2）老年性精神病

7 癫痫性精神障碍：

（1）伴有意识障碍；

（2）不伴有意识障碍。

二、躯体疾病伴发精神障碍

1 感染伴发精神障碍。

2 中毒伴发精神障碍。

3 内脏疾病伴发精神障碍。

4 内分泌疾病伴发精神障碍

5 代谢疾病伴发精神障碍

6 其它

三、精神分裂症

1 单纯型

2 青春型

3 紧张型

4 偏执型（妄想型）

5 潜隐型

6 缓解不全型（残留型）

7 衰退型

8 其它型

四、情感性精神病

1 躁狂抑郁症（躁郁症）：

（1）躁狂型

（2）抑郁型

（3）双相型

（4）其它型

2 更年期忧郁症

五、反应性精神病

1 反应性意识摸糊状态。

2 反应性兴奋状态。

3 反应性抑郁状态。

4 反应性偏执状态。

六、其他精神病

1 偏执性精神病：

（1）偏执狂；

（2）偏执状态；

（3）更年期偏执状态；

2 周期性精神病

3　分裂情感性精神病

七、神经官能症（神经症）

1　神经衰弱

2　焦虑症

3　癔症

4　强迫症

5　恐怖症

6　疑病症

7　器官性神经症

8　其它

八、人格异常

1　病态人格

2　性欲变态

九、精神发育不全

1　轻度

2　中度

3　重度

十、儿童期精神疾病

（项全富）

第二节　精神疾病的诊断标准

关于精神疾病的诊断标准，我国于1981年在苏州召开的精神分裂症专题讨论会上曾提出了精神分裂症的诊断标准，但对其他精神疾病尚未明确规定。我省最近提出了其他各科疾病的诊断标准，为了精神科在诊断上也有所遵循和便于交流经验，今提出如下标准，供专科医生试用。至于研究用和非精神科医生用的诊断标准，尚待讨论制定。

01　**脑器质性精神障碍**

诊断标准

1．由于感染、外伤、脑血管病、增生、变性、寄生虫及其它原因所致的脑的急性、慢性、限局性或弥漫性病变而产生的神经精神障碍。

2．表现器质性意识障碍（错乱、意识模糊、谵妄、朦胧、昏迷）、痴呆、器质性急、慢性遗忘综合症、妄想幻觉综合症、情感障碍（抑郁、焦虑易激惹、淡漠等）、器质性人格改变。有的可表现出躯体运动和感觉障碍及神经系统定位症状的体征。

3．理化检查方面如脑电图、脑断层扫描和脑脊液等，可见有阳性器质性改变。

具备第1、2项时可以诊断，兼有第3项可确诊。

01．1颅内感染伴发精神障碍

诊断标准

1．有病毒、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫（囊虫、血吸虫、肺吸虫）及其他病原体颅内感染病史。

2．临床表现在急性期可有不同程度的意识障碍，其特征是具有可逆性。可同时出现行为、情感、思维及感知障碍症状。如类分裂症状态、类躁狂状态、类抑郁状态、类木僵状态、急性精神运动性兴奋状态、幻觉状态和神经衰弱综合症及类癔病发作等。慢性期可表现有进行性痴呆、去大脑皮层状态、非进行性智能低下、柯萨柯夫综合症、人格障碍等。

3．神经系统检查可见有锥体外系征、锥体束征、颅神经损害、失语和失用症。颅内压增高，或脑膜刺激征等。

4．脑血流图、脑电图、脑CT扫描和脑脊液检查，可有改变。血与CSf也可有特异性

生化改变。

具备第1～3项可以诊断，兼有第4项可以确诊。

01．2颅脑损伤伴发精神障碍

01．2—1颅脑损伤性精神障碍

诊断标准

1．有颅骨骨折、颅脑损伤的病史。

2．颅脑损伤后即出现较明显的脑震荡、脑挫伤性意识障碍（意识模糊、朦胧状态、诂妄、昏迷）、痴呆、遗忘症、癫癎、人格改变及神经精神症状和体征（头痛、呕吐、焦虑、烦躁不安抑郁、恐惧、不自主哭笑、欣快、兴奋激动或思考迟钝、表情困惑或淡漠、瞳孔变化、肌张力改变、失语、偏瘫、单瘫、）

3．可有脑膜刺激症状，腰椎穿刺压力增高或有血性脑脊液。

4．脑x光片、脑血管照影或脑电图、脑CT扫描可有改变。

具备第1～3项可诊断，兼有第四项可确诊。

01、2—2颅脑损伤后综合征

诊断标准

1．有颅脑损伤病史。或闭锁性头部外伤脑损伤的体征轻微或无。

2．临床主要表现头痛、头晕、睡眠障碍、对各种刺激反应过敏，情绪不稳、易激惹和冲动。有时情绪低沉忧郁或恐惧、心神不定、注意不集中、记忆减退、思维迟钝、周身无力不适、工作能力减退、缺乏进取心和植物神经紊乱症状等脑衰弱综合征的表现。

3．神经系统检查，无明显阳性体征和定位性症状。

4．脑电图和脑CT扫描等无阳性所见。

5．时间：脑损伤一个月后

具备第1、2项即可诊断，兼有第3、4、5项可确诊。

01．3脑血管疾病伴发精神障碍

01．3—1脑动脉硬化性精神障碍

诊断标准

1．有动脉硬化和冠心病史。

2．体查可见有全身动脉硬化、眼底动脉硬化Ⅱ级以上或主动脉弓增宽及颞动脉或桡动脉变硬。神经系阳性征（如腱反射不对称、掌颏反射阳性及吸吮反射阳性）。

3．呈进行性精神障碍，初起表现出高级神经活动的不稳定的症状（失眠、心悸、焦虑、情感脆弱、工作能力下降、智能呈进行性减退），随病情进展可出现脑弥漫性损害症状（筛样痴呆、精神活动明显衰退）。人格完整。

4．年令男性40岁以上，女性45岁以上。

5．实验室检查有血清胆固醇、甘油三酯、β～脂蛋白改变；脑血流图、脑血管照影均可有改变。

6．排除其他脑血管疾病。

具备第1～4项可以诊断，兼有第5、6项可确诊。

01．3—2　其他脑血管疾病伴发精神障碍

诊断标准

1．有脑血管广泛痉挛、脑血栓形成或梗塞、脑出血（脑实质或蛛网膜下腔）病史。

2．临床表现精神症状取决于脑病理性改变，其特点是随着时间的推移病情呈阶梯式发展导致智能和人格的一定程度或全面的衰退（持久性的认识功能障碍、记忆减退或不能适应新事物、交往困难、动力缺乏、兴趣和主动性减退、退缩、焦虑、情绪不稳、易激怒、抑郁及异常淡漠和迟钝等）。

3．体查可见有感觉障碍、运动障碍、神经系定位体征和引起梗塞的躯体疾病。

4．脑血管照影或脑CT扫描可见有阳性改变。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3、4项即可确诊。

01．4　颅内肿瘤伴发精神障碍

诊断标准

1．具有颅内肿瘤的一般症状和体征。

2．有意识障碍、智能障碍、情感变化、妄想（常具有内容简单、肤浅或短暂等器质性特点）、幻觉等精神症状。其症状的产生与肿瘤的性质、部位、颅内压增高、个体素质与反应密切相关。

3．头颅超声波检查可见有中线移位或大小不等的束状波、脑电图检查出现很慢的高幅δ波或θ波、脑血管造影示肿瘤内常有动静脉瘘及粟粒动脉样影、脑CT扫描可见有肿瘤存在。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3、4项可辅助确诊。

01．5脑变性及脱髓鞘病伴发精神障碍

诊断标准

1．具有脑变性及脱髓鞘病所致的中枢神经症状和体征。如肌张力改变、腱反射亢进或消失、肢体痉挛或瘫痪、眼球震颤、共济失调、病理反射出现等。

2．有不同程度的意识障碍（嗜睡、诂妄和昏迷）、智能障碍（记忆减退、判断障碍、痴呆）、情感改变（情绪不稳、易激惹、烦躁不安、哭泣、欣快幼稚）、可出现幻觉、妄想等症状，呈现出轻精神病或重精神病现象。

3．肌电图检查可见肌纤维震颤电位、脑脊液中IgG增高、肌肉活检有去神经性肌萎缩病变。

具备第1、2项可诊断、兼有第3项即可确诊。

01．6老年及早老性精神障碍：不包括这一年龄组其他精神病，故不用老年前期、老年期名称（我国规定老令以六十岁为界线）。

01．6—1　早老性精神病

诊断标准

1．发病年令在60岁以前，即为中年或老年前期。

2．多数患者起病隐袭。

3．精神活动全面衰退直至痴呆的精神症状表现为特征。

4．脑ＣＴ扫描及气脑照影可见有脑室扩大、脑萎缩改变。

5．已排除脑肿瘤、脑血管疾病所致的精神障碍者。

具备第１～３项可诊断，兼有第４、５可确诊。

０１．６—１．１阿尔采莫氏病

诊断标准

1．具有早老性精神病性痴呆的临床症状和体征：

2．多数起病于40～60岁，且女性多于男性（３：２）。

3．发病较老年性痴呆稍急。精神和躯体衰老的症状更为突出。病情发展快，一般多在五年内死于继发的躯体疾病。

4．气脑或电子计算机x线断层扫描(ＣＴ扫描），显示皮质萎缩和脑室扩大。

具备第１～３项即可诊断，兼有第４项可确诊。

０１．６—２　其它

（一）pick氏病：

本病的特点是女性患者较多、家族遗传倾向明显，起病隐袭，早期为性格改变，以后转为痴呆，多为单纯型痴呆，其他精神症状不明显。

（二）皮质—纹状体—脊髓联合变性症：

本病病因系慢病毒感染所致。其最早且突出的症状为进行性智能衰退，伴有行为障碍、情感淡漠和容易疲劳，嗣后出现全面痴呆为特征。

（三）Kuru病：

本病为地区性慢病毒感染所致（发生在新几内亚），临床特征为进行性智能衰退和小脑症状，病程进展迅速，多数于二年内死亡。

（四）Kraepelin病：

本病呈家系显性遗传规律，多中年起病，特点是以严重的精神运动性兴奋或木僵为首发症状，继之出现言语障碍、痉挛发作和进行性的智能下降。

（五）Stern病：

本病为中年起病，并以嗜睡和快速进展的痴呆为特征。

（六）Hallervordon—Spatz病：

本病多在20～30岁时发病，主要症状为进行性痴呆，伴有舞蹈指划动作及视神经萎缩、视网膜色素变性等改变。

（七）Whipple病：

本病起病于中年，好发病于男性。临床表现以脂肪痢、多关节炎，进行性消瘦为特征。

０１．６—２　老年性精神病

诊断标准

1．发病于老年期（男性65岁以上，女性55岁以上）

2．多数患者起病较隐袭，症状以不可逆的进行性痴呆为特征。

3．已排除其他导致痴呆的疾病者。

4．脑电图呈慢α节律、气脑和脑CT扫描见有脑室扩大和脑皮质萎缩。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

根据患者的临床早期表现可分为以下数型：

（一）单纯型：

以缓慢进展的智力衰退为特征。

（二）诂妄型：

在渐进的慢性脑症状群基础上发生急性的意识障碍（定向不全，思维不连贯，紧张焦虑和行为紊乱，并具有日轻夜重的特点）。

（三）抑郁型：

以激越性抑郁状态为突出症状，并伴有疑病妄想和智能衰退。

（四）偏执型：

以被害妄想和夸大妄想为多见，伴有错觉和幻觉。

（五）早老性痴呆型：

其特征是患者外表尚正常，以近事记忆障碍和虚构为主要精神症状。

01．7　癫痫性精神障碍

诊断标准

1．有发作性的短暂的大脑功能失调癫痫病史。（包括血管疾病或药物所致的抽搐发作）

2．有器质性精神障碍的症状特点。

3．主要临床表现是以意识障碍为突出而无功能性精神病症状的精神病或混合有器质性和功能性症状的精神病，也可表现为意识清楚且具有功能性精神病特点的精神病症状。常见于发作性精神障碍和持续性精神障碍。

4．脑电图检查神经原有超同步放电。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

01．7—1　癫痫性意识障碍

诊断标准

1．有抽搐或精神运动性发作史。

2．突出表现为意识障碍，如表现为意识模糊，朦胧状态等，持续时间长短不一，多数持续一至数小时，几天，数周或为时更久。有的同时伴有情感和知觉体验异常，表现惊慌、恐惧忿怒或狂喜，有的表现抑郁迟钝淡漠，有的可出现幻觉或感知综合障碍。

3．脑电图检查可见有双侧同步性棘慢放电或棘漫性δ波失律。

具备第1、2项即可诊断。兼有第3项可确诊。

01．7—2 癫痫伴发精神病

诊断标准

1．有癫痫病史

2．具有器质性精神病性脑综合征的症状特点。

3．意识往往是清晰的，表现出短暂或持久的精神分裂症样状态或类躁郁病样表现。

4．精神病发作期间脑电图可以比较正常或完全正常。但当精神症状好转时脑电图又出现异常。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项时即可确诊。

01．7—3　癫痫性人格障碍

诊断标准

1．癫痫性人格障碍系由于癫痫发作未能控制而导致的“精神衰退”和社会心理因素的影响的结果。

2．人格障碍的特点是呈两种极端人格(人格双重性)，同一病人在不同时间常表现出某一种倾向占优势。可表现易激惹、暴躁、凶狠、残暴、抱怨、挑剔、固执、记仇、气量狭窄、自我为中心和纠缠不休、拘泥小节。另一方面又可表现循规蹈矩、过分客气、温存恭顺，多愁善感。

3．已排出其他精神病所致的人格障碍者。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3项可确诊。

01．7—4　癫痫性痴呆

诊断标准

1．具有癫痫病史，在逐渐进展的精神改变过程中，除严重的记忆减退外，突出的是性格改变。

2．癫痫性痴呆的表现特点是在思维、情感和行为等方面都具有癫痫性精神活动粘滞而刻板的共同特点。

3．已除外老年性、早老性、脑动脉硬化及其他脑病引起的痴呆者。

4．气脑照影和脑CT扫描可以见到有弥漫性脑萎缩。

具备第1—3项即可诊断，兼有第4项可协助确诊。

02．　躯体疾病伴发精神障碍

诊断标准

1．根据病史或身体检查或实验室检查表明有排除原发于脑的器质性病变外的中毒、感染、代谢或其他全身性障碍的躯体疾病存在。

2．主要表现为可逆的、一过性器质性精神病状态。如意识障碍、错觉、幻觉、遗忘综合征、痴呆症候群、类病态人格等精神障碍症状。

3．躯体疾病与精神障碍二者在病程和症状轻重有密切显著的联系，即平行性改变。

4．已除外其他精神疾病者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

02．1　感染伴发精神障碍

诊断标准

1．有病毒、细菌、原虫、立克次体、寄生虫等感染史、临床上有原发躯体疾病的症状和体征。（不包括脑感染及感染诱发的分裂症）

2．本障碍常见于伤寒、副伤寒、百日咳、风湿病、肺炎、破伤风、败血症、流行

性感冒、狂犬病、流行性出血热、斑疹伤寒、疟疾等感染所致的躯体疾病。

3．精神障碍与躯体疾病相平行，急性期多有意识障碍，出现幻觉状态或躁狂抑郁状态或一过性妄想，后期可出现脑衰弱症状群或人格障碍、智能障碍和柯沙可夫综合症等。

4．实验室检查可见有阳性改变或特异性血清生化改变。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

02．2　内脏疾病伴发精神障碍

诊断标准

1．具有内脏疾病存在，如心脏疾病，尿毒症、肝脑综合症、肺脑综合症等。

2．具有躯体疾病性精神障碍。

3．理、化学检查有阳性改变。

4．已排除其他精神病或颅内感染性精神障碍者。

具备第1～3项可诊断。兼有第4项可确诊。

02．3　内分泌疾病伴发精神障碍

诊断标准

1．根据病史和检查有内分泌疾病存在。

2．具有与内分泌功能障碍相应的精神症状。

3．理、化学检查见有相应的阳性改变。

4．已排除其他躯体疾病和精神病所致的精神障碍者。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

02．4　代谢疾病伴发精神障碍

诊断标准

1．有代谢障碍的疾病存在。

2．物理、血、生化方面检查有阳性改变。

3．具有躯体疾病性精神障碍的症状特点。

具备第1、3项即可诊断。兼有第2项可确诊。

02．5　其它

诊断标准

1．具有躯体疾病伴发精神障碍的症状和体征，但不属上述已明确诊断的躯体疾病者。

2．本障碍常见于自体免疫性疾病、胶元疾病、手术伴发精神障碍、发作性睡病伴发精神障碍、产后精神病和正常压力脑积水等。

3．理、化学和免疫学检查可有阳性改变。

4．已排除其他精神疾病者。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

03　中毒所致精神障碍

诊断标准

1．根据病史有工业物质、药物、食物等有害物质进入体内并引起中毒的存在证据。

2．临床表现即有各种物质所致中毒的症状和体征，又有由于中毒导致脑功能失调而产生清醒状态下的行为适应性不良特有的综合征性精神障碍，且因中毒物的质、量及个体感受性不同，可出现轻、重、可逆或不可逆性的改变。如诂妄、器质性妄想综合征、器质性幻觉症或器质性情感性综合征等。

3．不符合非中毒物所致的器质性脑综合征的临床表现。

4．实验室和身体检查证明有特定的中毒的器质性因素或体征存在。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

0 3．1　药物中毒所致精神障碍

诊断标准

1．有服药过量或接触药物发生中毒史，

2．具有药物中毒的临床症状或体征，并伴有特定药物所致的精神障碍症状。

3．起病急或较急、常有药物所致的意识障碍，偏执或幻觉状态，持续几天以上，一般不超过几个月。

4．实验室和体格检查有中毒物质存在。

5．已排除其它精神病者

具备第1～4项可诊断，兼有第5项即可确诊。

0 3．2　工业中毒所致精神障碍

诊断标准

1．有铅、汞、锰、二硫化碳、苯、一氧化碳等接触史。

2．具有中毒症状和体征如头痛、头昏、眩晕、耳鸣、呕吐、心悸（重者嗜睡、昏迷、瞳孔改变、感觉及运动系统功能障碍、四肢强直性痉挛或瘫痪，腱反射减弱或消失、锥体束征阳性）。

3．精神症状早期多为脑衰弱综合征，重时出现情感障碍（情绪不稳、情感脆弱、易怒好哭泣、悲观、抑郁）有的可出现精神错乱、语无伦次。幻觉、错觉及片断妄想等类精神分裂症样或情感性精神病样症状。

4．实验室检查可见有中毒物质存在。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

0 3．3　农药中毒所致精神障碍

诊断标准

1．有接触或服用有机磷等农药史。

2．有胸闷不适、多汗、流涎、呼吸困难、肺水肿、肌肉震颤、瞳孔缩小、意识障碍、血压升高等。重者昏迷、二便失禁、呼吸循环衰竭。

3．有中毒性精神障碍的脑衰弱综合征、兴奋状态、抑郁状态、幻觉妄想状态及意识障碍等精神症状。

4．实验室检查、有相应的阳性改变者

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项即可确诊。

0 3．4　食物中毒所致精神障碍

诊断标准

1．有食用腐败食物、污染的肉类及有毒蕈类史。

2．有食物中毒的症状和体征。

3．有中毒所致的生动的视、触幻觉、诂妄状态和妄想等精神症状。

4．起病急，病程短、

5．实验室检查可见有中毒物质存在。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4、5项可确诊。

03．5　酒精中毒所致精神障碍

诊断标准

1．有饮酒史（包括一次过量饮酒或长期饮酒）

2．有急、慢性酒精中毒的症状和体征。如欣快、言语增多、注意力不集中，失去控制力，动作不灵活。肢体震颤伴有哭泣或嘻笑。重者意识障碍。出现各种错觉、幻觉、情绪抑郁，行为粗暴。慢性中毒有记忆减退，植物神经和性功能障碍及末稍神经炎等。在精神症状方面主要有震颤诂妄、酒精中毒性幻觉和偏执狂、Wernicke脑病、Korsakov（柯沙可夫）综合征及癫痫发作、人格改变等。

3．脑电图检查可见α波变慢、波幅降低，β波减少，额部出现θ波。

4．已除外其他脑器质性疾病所致精神障碍者。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3、4项可确诊。

03．5—1　酒精中毒性幻觉妄想症

诊断标准

1．根据病史有酒精中毒存在证据。

2．具有酒精中毒的症状和体征

3．在精神障碍方面突出以幻听和妄想为主，其特征为具有明显的侮辱性或威胁性内容，同时伴有焦虑不安恐惧情绪、慢性进展性嫉妒妄想。

4．病程数日至数月不等，一般多在六个月以内。

5．已排除精神分裂症等其他精神病者。具备第1～3项即可诊断。兼有第4、5项可确诊。

03．5—2　震颤性诂妄

诊断标准

1．根据病史和检查有酒精中毒的证据。

2．发病年令多在40岁以上，起病多在慢性中毒基础上由急性中毒诱发。

3．主要临床表现为梦样意识障碍，出现各种恐怖形态的小动物幻视和幻触，表情烦躁不安，焦虑、恐惧、肢体运动不协调伴全身及舌部粗大震颤，严重者可出现癫痫发作等器质性精神病状态。

4．已除外其他精神病者。

具备第1～3项即可诊断，若兼有第4项可确诊。

03．5—3　酒精依赖

诊断标准

1．酒精依赖的发生是个体和环境因素交互作用的结果。

2．表现特征是有一种非饮酒不可的强迫心理和躯体需要，可连续或周期性出现。常易发生急性醉酒、慢性酒精中毒和间发性酒狂。

3．多有长期饮酒和醉酒史，并削弱社交和职业功能。

具备第1、2项或2、3项均可确诊。

0 3、5—4 其它

诊断标准

1．不属于上述诊断的酒精中毒所致精神障碍者。

2．常见于以癫痫发作为酒精中毒主要征象或Marchiafava综合征（酒中毒所致脑干变性）、戒酒综合征等。

具备第1、2项即可确诊。

0 3．6 药物伴发精神障碍

诊断标准

1．由于长期服药引起的。

2．产生药物伴发精神障碍的因素与个体的人格不成熟、医源性因素、环境因素密切相关。

3．主要表现特征为病人持续或周期地强烈要求用药，来满足自己的强迫心理和躯体对药物的依赖需要，以得到精神上的特殊快感，重者可达到嗜药如命的程度。

4．根据病史和检查可有躯体和精神活动的改变，甚至有伦理道德的高级情感活动的障碍产生违犯社会规范行为。

5．已除外功能性精神病和脑器质性精神病者。

具备第1～4项即可诊断。兼有第5项可确诊。

0 3、6—1 成瘾药物依赖

诊断标准

1．有长期服用成瘾药物史。

2．易引起成瘾药物有：吗啡类、巴比妥类、酒精类、可卡因类、印度大麻类、苯丙胺类、Khat类和致幻剂类及镇痛药，解痉药和有机溶剂等。

3．临床表现是病人对药物成为第一需要，不顾药物对个人的精神或躯体和家庭及社会危害，嗜药如命，长期服用不停。一但停用即出现戒断现象精神依赖，躯体依赖的各种不适感。依赖的特征不是由于医疗上的需要，而是为了得到服药后精神上产生特殊快感，从而削弱其社交或职业功能。

具备第1～3项即可确诊。

0 3．6—2 非成瘾药物滥用

诊断标准

1．有长期或过量使用非成瘾药物史

2．病人对药物无依赖性，而是出于个人意志以损害自己健康或社会能力或者为了

求生而过量长期服药者。

3．已排除精神病状所致的服药者。具备第1、2项即可诊断，兼有第3项可确诊。

04 精神分裂症

诊断标准

1．精神症状：病期中确认无疑至少具有下述特征性症状之一。如果症状的存在很可能但并非确认无疑、或者症状虽然存在但并非十分典型、则至少具有下述特征性症状中两个以上。

（1）特征性言语幻听：思维鸣响、或者幻听评论病人当时正在进行的行为活动或思想、或者幻听在命令病人必须怎样做、或者两个或多个人谈话声交谈或互相议论性的幻听。幻听内容与病人的心情和思想无关也是这类幻听的特征之一。

（2）特征性思维障碍：破裂性思维(即显著形式的联想松弛、在没有意识障碍和言语运动性兴奋的情况下，在一连串的自发言语中，有些地方上一句话与下一句话之间缺乏任何联系，而追问起来病人也说不出任何恰当的解释）；或者病人自己所特有的逻辑，即逻辑到错或者把有共同之点或相似之处的事物等同起来（称为隐喻性）；或者近似的词代替确切的词，语词新作，言语主题脱轨，以致难于理解；或者抽象概念与具体概念相互混淆；或者没有动机和客观效果以致无法理解的议论（即诡辩症）；或思想内容贫乏的言语。

（3）奇特古怪的妄想：如内心被揭露体验（被洞悉感）病人“直觉地”感到他的内心活动已被别人知晓；思维被传播或被广播（思维播散）病人感到他的思想已经“传播”或“广播”出去而被人们知晓；被控制感，病人感到他的思想、情感、欲念或行为动作受着某种外力的控制，完全不是出自己的意志；思维被插入或思维剥夺，病人在思考时感到有某些不是他自己想出来的思想“插”入其中，或者病人感到很自然就要接着想到的思想忽然“被夺走”了或者病人相信某些外力正在把自己的思想抽掉（思维被剥夺）的特殊体验；思想阻滞(思维中断)这种特殊的体验是病人在思考时，思想突然中断，无以为继，忽然言语中断的客观表现。

（4）特征性妄想：原发性妄想（妄想突然发生与人格，经历和处境都没有可理解的联系，既不与心情高涨或心情低落相联系，也不是对任何知觉或体验的解释）；妄想知觉（随着一个真实的知觉而突然出现的妄想，妄想与知觉缺乏可理解的联系，且一旦出现就表现为充分发展的固定的妄想信念）；多个互不相关甚至互相矛盾的妄想或高度复杂且涉及范围广泛但完全不成系统的妄想；或内容多变但持久存在且无相应情感和行动的妄想。

（5）疑病妄想、夸大妄想、宗教妄想、虚无妄想或其它妄想而无迫害性或嫉妒性内容。

（6）伴有幻觉的迫被害或嫉妒妄想。

（7）特征性情感障碍：在一般性情感迟钝、平淡的背景上出现各种很不恰当的情感活动（如情感倒错，无故独自发笑，由于微不足道的事或无明显缘故而悲啼或暴怒

等），或者情感淡漠伴有社会性退缩（应注意的是，表情呆板并不一定标示情感淡漠，评价这一症状时必须考虑抗精神病药物和长期住院环境条件的影响，必要时应停药出院观察以确定有无情感淡漠和社会性退缩）；或者与人格格不入的接触困难。

（8）特征性紧张症状群：木僵伴有刻板言语或模仿言语；或者木僵伴有刻板动作或模仿动作、作态、主动性违拗、被动性服从或蜡曲，或者木僵且有时穿插一系列复杂而敏捷的行动；或者木僵与紧张性兴奋交替出现。

（9）青春症行为：在没有一般性言语运动兴奋的情况下不时出现各种显著怪异的行为。如不可予测的前后毫无联系且与环境显得极不相称的行为（在严肃场合下的恶作剧或小丑行为，幼稚愚蠢的举止等）；或者冲动性行为（突如其来，没有任何明显动机，似乎指向一定的目标但没有完成又中止的行动或忽然无故改变目标，事后说不出任何恰当的解释，以致使人无法理解）；或者思想、情感和动机目的的显著地不协调或互相矛盾的各种行为。

2．严重程度：（即社会功能受到疾病影响的程度），必须具备其中一项以上者，

（1）病人意识智能正常但与现实不能保持恰当的接触，或者不能客观地评价环境事物，不能把思想或想象跟客观现实清楚地区分开来，甚至以病态体验或信念歪曲客观现实，如妄想、幻觉等。

（2）不能恰当料理个人或／和家庭日常生活，显著妨碍了日常工作或／和学习。表现为工作、社会适应性或社交、生活自理能力下降。

（3）丧失自知力。病人本人不承认有任何精神不正常，或者虽承认精神不正常，却不能具体说出不正常表现在什么地方，或者只限于复述从医生那里听来的某些术语（如妄想、幻觉）却不承认该术语所标示的病人的实际精神异常（如坚持其妄想信念）。

3．病程时间：

（1）病人40岁前发病无意识障碍具备典型的精神分裂症特征性症状又严重地影响工作、社会适应性和家庭、个人日常生活者，病程3个月即可诊断。不足三个月者可按症状群诊断。

（2）病人虽有精神症状，但不具备特征性，且与其他精神病一时尚不能鉴别者，病程需6个月以上方可考虑本病的诊断。

4．无充分证据诊断为下列疾病者

（1）精神发育不全

（2）情感性精神病

（3）脑器质性精神病

（4）饮酒、服药或躯体病引起的精神障碍

（5）反应性精神障碍

（6）分裂情感性精神病

（7）偏执性精神病

（8）意识障碍。

5．40岁以前起病。

6．精神分裂症家族史。

7．予后不良，一般不能恢复到原来的精神状态，且随病程的进展常出现人格缺陷／或衰退。

具备第1～3、5项可以诊断，兼有第4、6、7其中一项即可确诊。

按临床分型

0 4．1—1 单纯型

诊断标准

1．精神分裂症。

2．14～16岁少年期发病。

3．临床表现，早期仅为兴趣及活动减少、生活疏懒，学习成绩逐渐下降，不易被发现，临床表现特征为情感淡漠、思维贫乏、行为退缩，很少出现幻觉和妄想。

4．病情缓慢进展，予后较差。

具备第1、3项即可诊断，兼有第2、4项可确诊。

0 4．1—2 青春型

诊断标准

1．精神分裂症。

2．青年期发病（一般不超过25岁）

3．临床表现，起病较急。特征是联想散漫，伴有各种片断的幻觉妄想及显著的行为紊乱。情感多变。如幼稚愚蠢的怪异行为或不协调的或相互矛盾动作行为。

4．予后差，有的很快进入衰退状态。

具备第1、3项可诊断，兼有第2、4项可确诊。

0 4、1—3 紧张型

诊断标准

1．精神分裂症

2．青年期起病（不超过29岁）

3．表现特征为紧张性兴奋和紧张性木僵可单一或两者交替出现。构成如下几种临床相：

（1）紧张性木僵或缄默（对环境的反应性显著下降呈迟钝状态，动作明显减少）。

（2）紧张性僵直（表现为保持一种僵直姿势——僵住或蜡样屈曲）

（3）紧张性兴奋（急性兴奋常有冲动性易造成伤人或毁物；持续兴奋表现出毫无目的和刻板的运动行为。）

（4）紧张性姿势（随意采取不适或古怪的姿势）。

4．予后良好。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可以确诊。

0 4．1—4 偏执型

诊断标准

1．精神分裂症

2．多在30岁前后发病。

3．主要症状特点为妄想。可起于原发性妄想或牵连观念，逐渐形成一种或多种妄想（如被害、夸大、嫉妒妄想等）常伴有与妄想内容相应的幻觉。

4．接触良好，人格损害不明显。

5．病程长，可反复复发，但衰退慢。

具备第1～3项可诊断，兼有4、5项可确诊。

0 4、1—5 其它型

诊断标准

1．精神分裂症。

2．有明显突出的精神症状。

3．不具备上述四型中任何一型诊断者。

具备第1～3项即可确诊。

按病程分型

0 4、2—1 进展型

自从发病时起，症状逐渐增多，病情逐渐加重呈进展性。

0 4、2—2 顿挫型

精神症状突然出现之后，维持一段时间迅速缓解，虽可复发，但不具备周期性特征。

0 4、2—3 缓解不全残留型

以往患过精神分裂症，但急性期的主要精神症状，目前已大部分消失或不明显，可是仍有部分症状和体征。如情感反应迟钝或不确切及行为异常，社会退缩或交往困难。有些可以完成一般工作。

0 4、2—4 周期发作型

病情呈周期性反复发作，每次发作的时间和症状表现常具有个体的一致性，间歇期时间长短不一，但具有间歇期精神活动状态正常的表现。

0 4、2—5 衰退型

病期长且反复复发缓解期短，病情进展逐渐衰退，突出表现是思维凌乱，情感淡漠、反应迟钝，伴有人格衰退／或缺陷、饱食终日无所用心。

0 4、2—6 潜隐型

起病隐袭不易被他人发现，虽有行为乖僻，情感异常或激情发作，给人以精神分裂症的印象，但能胜任一般工作和日常生活。无论现在或过去从来没有作过肯定的精神分裂症的诊断者。包括：边缘型、假性神经官能症型、假性病态人格型等。

0 5 情感性精神病

诊断标准

1．以情感障碍为主要症状，表现为躁狂、抑郁交替发作、单独发作或混合出现；

2．可伴有思维、感知、行为等方面的异常，但与患者当时的优势情感基本协调一致，情感障碍改善也随之改善；

3．缓解期间精神活动正常；

4．发作持续在一周以上；

5．排除药物、精神创伤、器质性、躯体性及其他功能性精神病。

0 5　1　躁狂抑郁性精神病

0 5　1 1　躁狂型

1．症状中以情感高涨和易激惹的心境居最显著地位。可以与抑郁心境交替或混合存在。但情感高涨或易激惹的心境必须为本病的突出部分，而且相对的持久。上述情况可有一次或多次的明显发作。

2．确诊前发作至少已持续一周，在大部分时间里至少持续有下列症状中的四项（若情感障碍仅为易于激惹，则需有下列状症的五项）且必须达到相当程度：

①社会活动增多（包括工作，日常活动，社交，爱管闲事及性活动方面）；

②说话比平时增多或不自主地说个不停；

③意念飘忽，感到自已的思想在赛跑；

④自负，自我评价过高（夸耀，有时可达到妄想程度）；

⑤对睡眠的需要减少；

⑥注意力不集中，随境转移；

⑦自我感觉良好，感到头脑灵活，机敏，精力充沛，旺盛；

⑧未经深思熟虑，轻率地过多参与各种活动，不能认识到这些活动可能带来不良后果。干预或指挥他人。

3．情感障碍（即上述1和2项症状）消退后，下列症状在临床表现中不应存在。

①与心境不协调的妄想或幻觉。

②行为怪异。

4．第1、2项症状不是精神分裂症，偏执性精神病的附加症状

5．不是由于药物、精神创伤、器质性原因及严重内外科疾病等原因所致的继发性情感障碍。

具备1、2项即可诊断，兼3～5项可确诊。

0 5　1、2 抑郁型

1．心境恶劣或对全部或几乎全部的日常活动，工作与娱乐爱好都丧失兴趣或不感愉快。心境恶劣以下症状为特征：抑郁，忧伤、沮丧，失望、情绪低落，灰心丧气及易于激惹。

2．持续二周以上需有几乎每天都存在，下列症状中的四项。心境障碍必须突出

而比较持久，但并非必须是最突出的症状，而且不会由一种恶劣心境瞬息间转变为另一种恶劣心境，（6岁以下儿童至少前四项中应有三项）。

①食欲不振，体重明显减轻、或食欲亢进体重明显增加。

②失眠或睡眠过多。

⑧精神运动迟钝，动作言语减少或激越（不单是主观的感觉，而且客观也观察到）。

④对日常活动丧失兴趣或不感愉快，性欲诚退。

⑤丧失精力，无原因的疲劳，软弱无力。

⑥述说或表现出思考能力或注意力的减退如思维迟钝，优柔寡断，而无显著的联想散漫或言语不连贯。

⑦自卑、自责或过分不适当的内疚感（可为罪恶妄想）。

⑧反复出现关于死的问题或自杀的念头，希望自己死去或有自杀行动

3．情感障碍（上述第1、2项的症状）消退后下列症状在临床表现中不应存在。

①与心境不协调的妄想或幻觉。

②行为怪异

4．第1、2项症状不是精神分裂病、偏执性精神病的附加症状。

5．不是由药物、精神创伤、器质性原因及严重内外科疾病原因所致的继发性抑郁情绪障碍。

具备第1～3项可诊断，兼有第4～5项可确诊。

0 5　1 3　躁狂抑郁（双相）型

A、现时（或最近)发作涉及躁狂和重症抑郁发作两者的全部症状表现，两者混合在一起，或每隔不多几天，就很快互相交替。

B、抑郁症状突出，且至少持续一整天。

0 5、2　更年期忧郁症

1．起病于45岁～55岁，女多于男。

2．发病前有一定的体内外因素。

3．病前性格是敏感多疑，胆小怕事或倔强好胜，主观任性

4．有抑郁型中的症状

5．对自己不利的各种妄想，其内容欠荒谬。

6．躯体症状多伴有植物神经紊乱。

0 5、3　其它型（略）

0 6　偏执性精神病

诊断标准

1．发病缓慢，在30岁以上，男性居多，脑力劳动者居多；

2．以妄想为主要症状，内容固定、系统或较固定、较系统；

3．一般不伴有幻觉，有的可伴有幻觉；

4．人格保持完整；

5．病程长，但不发生精神衰退；

6．排除药物、精神创伤、器质性、躯体性及其他功能性精神病。

0 6、1　偏执狂

1．起病于40—50岁，男性多见

2．起病缓慢，不易被确认，往往以社会纠纷为起病诱因。

3．妄想牢固具有一定的逻辑性和系统性。

4．不伴任何的幻觉。

5．人格完整，智能无改变

6．病程长的病人无精神衰退迹象。

0 6、2　偏执状态

1．偏执内容的系统性强于精神分裂症，但亚于偏执狂；

2．对周围所接触的事物都给予妄想性解释不加以任何的批判；

3．妄想内容虽然丰富多样，但缺乏相应的情感和行为；

4．无幻觉存在；

5．人格完整。

0 6　3　精神偏执症，（妄想痴呆）

1．中年缓慢起病，常不被人发觉；

2．伴有一定的幻觉且与妄想内容有一定联系

3．各种复杂的妄想；

4．病程长的可出现不同程度的精神衰退

5．女性多于男性

0 6、4　感应性精神病

1．必须发生在生活接触密切的家庭内或同事之间

2．被感应者对感应者依赖性强，被感应者病前性格无主见，依赖性强，易受暗示。

3．妄想内容是二者共享的。

4．被感应者脱离感应者一段时间后自愈。

0 7　反应性精神病，

诊断标准

1．精神因素是发生本病的直接原因；

2．症状与精神因素常有一定的内在联系；

3．病程和予后取决于精神因素能否及早解除；

4．排除癔病、药物、器质性、躯体性及其他功能性精神病。

0 7、1　反应性意识模糊状态

1．急性的强烈的精神创伤；

2．突然起病，很快进入高潮；

3．在意识不清的背景上可出现幻觉妄想和行为紊乱；

4．事后不能完全回忆或全部不能回忆；

0 7　2　反应性兴奋状态

1．急性的强烈的精神创伤；

2．突然起病很快进入高潮；

3．言语行为增多终日少停杂乱无章，可能与病因内容相连系。严重者不顾自身安危；

4．事后有部分遗忘。

07、3　反应性抑郁状态

1．长期或急性的各种精神因素。

2．缓慢起病，逐渐发展，开始焦虑失眠。

3．情绪低落、心境沮丧。

4．可出现自责自罪观念甚至自杀念头

5．躯体化症状。

07、4　反应性偏执状态；

1．常因社会冲突而引起

2．起病缓慢，逐渐验证其社会冲突内容是确实的。

3．在验证的基础上则出现妄想，内容与病因相关联，欠荒谬。

4．伴存一定的紧张情绪往往踹踹不安。

5．可伴有错觉和心因性幻觉。

08　其他精神病

08、1　周期性精神病

1．女多于男，首次起病多为青春期；

2．呈周期性发作，每月一次，持续1—2周；

3．主要表现行为紊乱，性欲亢进；

4．伴有植物神经功能紊乱症状；

5．每次发作的症状大致相同称为复写症状。

08、2　分裂情感性精神病，

1．疾症过程中明显的抑郁或躁狂症状与精神分裂样症状同时存在；

2．在情感症状消退后，与心境不协调的重性精神病症状仍继续存在；

3．此次发病前，没有任何临床资料说明可以明确诊断为精神分裂症或精神分裂样精神病

4．此次发病，须完全排除典型精神分裂症和已知原因的精神分裂样障碍；

5．起病较急，病程为间歇发作，间歇期间缓解良好，无持久残缺症状；

6．病前无明显分裂性素质，适应能力较好；

7．无精神分裂症家族史；

8．相应的临床症状，应用锂盐或三环类抗抑郁药治疗效果不好；

9．在经过各诊断标准审慎的衡量后，仍无法肯定是否为精神分裂症和情感性精神病时，亦可以将其划为分裂情感性精神病一类。具备第1～5项即可诊断，兼有第6—9项可确诊。

0 8、3　诊断未定之精神病

0 9　神经症

诊断标准

1．本症不是有害物质、躯体和脑的器质性疾病所引起，多为强烈的内心冲突或本人无法摆脱的精神因素所致。

2．患者有精神、神经或躯体症状，但经详细检查(包括实验室检查)仍不能发现相应的阳性器质性体征和改变。

3．除癔病意识障碍发作外，患者通常能适应社会生活，与外界接触良好；

4．患者对病有相当良好的自知力，就医迫切，但在癔病性意识障碍发作时可以没有自知力。

5．无脑器质性和精神分裂性人格变化，无持续性的幻觉、妄想等精神病症状。

具备第1～4项可诊断，兼有第5项可确诊。

0 9．1　神经衰弱

1．生活不规律，思想矛盾持久不能解决和不愉快情绪等精神因素是患病的直接原因。

2．主要症状（须具备3项以上）

（1）乏力和容易疲劳，不论脑力或体力活动，稍久即感疲乏难以坚持。

（2）注意力难于集中，记忆力不佳，常忘记放置物品地点和熟人姓名。

（3）对刺激过度敏感。如对声、光刺激或细微的躯体不适特别敏感，不愿到人多的场所活动。

（4）睡眠障碍，患者常白天思睡，夜间兴奋失眠或多梦易醒，醒后再难以入睡。

（5）疑病和焦虑，重者可有疑病观念和焦虑情绪、易激惹，甚至发怒。但不占主导地位。

（6）植物神经功能障碍。如头痛、头昏、胸闷、心悸气短、多汗、肢体发凉，厌食、腹胀、便秘或腹泻、月经紊乱等。

3．病程可反复波动，有的较迁延持久。但无器质性疾病的阳性体征。

具备第1～3项即可确诊。

0 9．2　焦虑症

1．焦虑是本症的核心症状。发作性或持续性的情绪焦虑、紧张是其主要特征表现，常有植物神经功能障碍和运动性不安，重者可有惊恐发作。

2．一般16～40岁发病，女性多于男性，具有遗传倾向。

3．实验与生化检查，可有血糖、肾上腺素、皮质类固醇、红细胞等增加。

4．性格特征：胆小、羞怯、自卑、过分敏感、忧心忡忡。

5．排除情感性精神病和器质性精神障碍。

具备第1～4次可诊断，兼有第5项可确诊

根据临床表现分为三种类型

（一）急性焦虑症

1．临床表现呈急性焦虑或惊恐发作。

2．症状为患者感到突然心悸、喉部梗塞、呼吸困难、无力、多伴有紧张、恐惧或濒死感。

3．体查可见心跳加快，呼吸促迫、震颤、多汗等交感神经功能亢进现象。

4．发作数分种至数小时不等，有的可发作多次或一天多次。

（二）亚急性焦虑症

1．临床表现为逾到困扰或受到刺激后产生紧张——焦虑反应。

2．症状和体征较急性焦虑轻，患者多能耐受。

3．患者具有胆小、羞怯、自卑、过分敏感、忧心忡忡的性格特点，持续终生而不就医。

（三）慢性焦虑症

1．患者的性格特点不如急性、亚急性焦虑症患者典型或突出。

2．患者常处于持续的焦虑状态之中，临床表现为苦恼、自责、对困难过分夸大并多往坏处着想，常无病呻吟，对躯体不适非常关注，但对外界事物注意不集中，兴趣缺乏，平素多有失眠、多梦梦魇及性功能障碍。

3．病程中可有1—2次或频繁的急性发作史。

09．3　癔症

1．大多起病急骤，发病与精神刺激或不良暗示等心理因素密切相关；

2．精神症状表现呈明显的发作性和多变性，情感色彩浓厚，并具有夸张或表演色彩；

3．躯体症状是在精神创伤体验下产生，但经检查不能发现相应的阳性器质性病变；

4．大多数患者可具有自我为中心，多变的情感性和暗示性和好幻想的癔症性性格；

5．精神症状或体征，可在暗示影响下产生、改变或消失；

6．本症多在16～30岁发病，女性多于男性；

7．排除其它功能性和器质、躯体等精神病所致的癔病样发作。

具备第1～6项可诊断，兼有第7项者可确诊。

按症状特征表现可分为两种类型（ICD——9分型）

（一）转换型

1．突出表现为心理因素所致的躯体功能障碍。

2．主要或仅有的症状和体征是瘫痪、抽搐、震颤、耳聋、失音及不符合神经分布的感觉缺失。

（二）分离型

1．表现以精神症状为主。

2．突出特征是意识范围缩小。此时病人的情感、思维内容和言语行为异乎寻常，而创伤性体验则被排斥在意识之外，病人可有选择性遗忘及戏剧性表演、神游状态或模

拟病人观念中的人。

09．4　强迫症

1．起病可急可缓，但多系缓慢起病。

2．患者的突出症状是强迫，常表现出反复出现而不易克制的强迫观念、强迫行为或强迫意向（可单一或两者兼有）强迫内容并不荒诞离奇，但影响患者的社交和职业功能。

3　患者对强迫症状有充分自知力，知道强迫现象是“自己的”而不是“外来的”明知这些观念和行为毫无现实意义，不应重复，力求摆脱克制或抵抗，但无能为力，或控制不能持久，而感到紧张和精神痛苦主动就医。

4．病前多具有拘谨、犹豫、节俭、过分注意细节、要求十全十美的个性特征。

5．躯体和神经系统检查，不能发现阳性体征。

6．已排除其它精神、神经障碍者。

备第1～4项即可诊断、兼有第5、6项可确诊

09．5恐怖症

1．起病急，多发生在青少年或成年的早期。

2．临床表现的突出症状是具有显著的恐惧症状。因此患者避免独处或去公共场所，恐惧的对象明确、单一。

3．对正常活动的限制增加，恐惧性的情绪障碍或回避行为，严重的影响着患者的社会交往或职业功能，病人虽认识到这种恐惧是多余的或没有道理的，但不能摆脱而感到痛苦。

4．这种恐怖不是由于其他精神障碍。如重症抑郁或回避性人格障碍所引起。

具备第1～4项即可诊断或确诊。

按恐怖对象和内容的不同可分为以下四类

（一）动物恐怖症

表现骇怕狗、猫、老鼠或昆虫等小动物。

（二）特殊境遇恐怖症

表现为骇怕广场、登高、过桥、横越马路、黑暗、幽闭的场所，以及风、雷电等特殊情境，或尖锐的物品。

（三）见人恐怖症

表现骇怕与别人面对面的接触，骇怕见陌生人或熟人，见到就紧张不安，面红耳赤，昏眩发抖等。

（四）疾病恐怖症

表现骇怕患肿瘤、心脏病、麻风、结核、卒中等特殊疾病，常反复思虑并要医生检查或采取予防治疗措施，虽经医生保证无疾病所在，仍不能排除其不切实际的恐惧。但未构成妄想。

09．6　疑病症

1．病前多有各种精神因素，部分病人可在患某些躯体病后出现，病程较长。

2．主要表现为对自身的健康状态过分关注，常不切实际地解释躯体征象或感受，

深信自己患了某种躯体或精神病，各处求医，症状多样，可只限于某一部位、某一器官或某一系统，也可涉及全身。虽主诉详尽，但其内容为躯体症状而不涉及人际关系。

3．虽经彻底的客观检查不能发现相应的器官或部位有任何病变，对医生的解释和保证常怀有疑虑，继续求医治疗，暗示治疗有效果。

4．已排除精神分裂症、情感性精神病或躯体化障碍所致者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项者可确诊

09．7　抑郁性神经症

1．本症系在某种精神创伤体验后发病，且抑郁的程度与病人的经历不相称。

2．患者的突出表现是抑郁心境（如沮丧、灰心、垂头丧气、情绪低沉）或对全部或几乎全部的日常活动和娱乐丧失兴趣，不感愉快。至少存在下述症状中的3项。

（1）失眠或睡眠过度；

（2）不适感觉，丧失自尊心或自卑；

（3）精力下降或长期疲劳；

（4）工作效率或学习能力下降；

（5）集中注意或清晰地思考能力减退；

（6）对使人愉快的活动缺乏兴趣和欢乐；

（7）焦虑易激惹或过于忿怒；

（8）对表扬或报酬，无明显的愉快反应；

（9）较平时少动或少说或感到呆滞或不安定；

（10）对未来抱悲观态度，沉湎于往事，并为自己惋惜；

（11）流泪或哭泣；

（12）有时出现想死或自杀念头。

3．在过去2年内（儿童或少年为1年），大部分或全部时间为抑郁综合征的特征性症状所困扰，而其严重程度和持续时间还不足以符合重症抑郁病发作标准。

4．抑郁综合征的表现可相对地持久，或为数天至数周的正常心境所隔开，但一次不致相隔数月以上。

5．无精神病性特征，如妄想、幻觉和言语不连贯等。

具备第一1—4项即可诊断，兼有第5项可确诊。

09．8　应激反应

1．起病时有可辩认的心理社会环境刺激的精神因素存在。

2．症状表现为对紧张刺激出现超过正常的和预期的反应。常见的应激反应障碍表现是：

（1）抑郁心境，流泪失望。

（2）易激动、烦恼和紧张不安。

（3）产生抑郁和焦虑。

（4）违反社会规范，侵犯他人的权利或逃学、破坏及欧斗等行为。

（5）学习和工作能力下降。甚至不能阅读、书写文章。

（6）表现出社交和职业功能削弱。

3．紧张刺激消除后，或紧张刺激虽依然存在，而有新的适应水平出现时，则障碍终究可以缓解。

4．大部分患者病前具有固执、敏感、多疑、自尊心强等性格特点。

5．不符合其它任何特定精神障碍标准者。

具备第1～4项可诊断，兼有第5项可确诊。

09·9　其他神经症

1．起病有明显的心理因素，但不属于可分类的神经症或其它疾病者。

2．症状表现常为一个突出症状或一组症状者。例如职业性神经症、心因性呃逆、心脏神经症等。

3．患者虽有躯体症状或生理功能障碍，但无组织损伤，并常通过植物神经系统表现出来。

4．排除其他精神疾病或躯体病者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

10　心身疾病

诊断标准

1．心理因素在病因和病程演变中起主导或重要作用。

2．患者多具有特殊的人格类型。

3．患病有明显的性别差异，女性多于男性。

4．同一病人可罹患数种类似性质的疾病，其症状突出表现在植物神经系统和内分泌系统功能方面，也可在其他系统或器官疾病表现出来，且疾病常有缓解与复发倾向。

5．不仅需要药物或手术治疗，而心理治疗具有重要作用。

具备第1、2、4项可以诊断，兼有第3、5项可确诊。

10·1　性功能障碍

1．心理因素是性功能障碍发病的根源。

2．临床突出症状是性功能障碍。如男性可出现阳萎、早泄、迟泄；女性可出现阴道麻木、痉挛、性交疼痛、性高潮缺乏等。

3．心理治疗占重要地位。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3项可辅助确诊。

10·2　睡眠障碍

1．病因为不是器质性原因所致。

2．患者症状主要表现为各种形式的睡眠障碍。如睡眠过多、失眠、睡眠节律倒错、梦魇、夜惊、梦游症等。

3．脑电图检查无异常改变

具备第1、2项可诊断，兼有第3项可确诊。

（一）梦魇与夜惊的表现特点

1．反复多次在睡眠中突然醒转（持续1～10分钟），一般在入睡后30～200分钟

之间发作即典型的出现δ。脑电波的睡眠间期，睡眠第3和第4期。

2．在发作中有强烈地焦虑，至少有下述交感神经兴奋性症状中的3项：

（1）心动过速。

（2）呼吸急促。

（3）瞳孔散大。

（4）出汗。

（5）竖毛。

3．在发作时，对别人给他按抚几乎无反应，甚至几乎每例都有意识错乱，定向障碍和持续动作（如扯拉枕头）的表现。

4．没有在快速眼动期睡眠时发作的证据，在睡眠中也无异常脑电活动。

10·3　饮食障碍

1．必须是非器质性原因引起的饮食障碍者。

2．临床主要表现为食欲缺乏、进食过少、进食过多、异食、心因性呕吐、婴儿喂食障碍等表现。

3．经内科或神经科的确切检查后无法作出诊断者。

4．排除神经性厌食、周期性呕吐和心因性周期性呕吐等进食障碍者。

具备第1～3项可以诊断，兼有第4项可以辅助确诊。

10·4　内脏器官功能障碍。

1．引起内脏器官功能性障碍的起源是心理因素。

2．临床症状可表现在循环、呼吸、消化、泌尿、生殖和内分泌及代谢系统方面，虽有较明显的躯体症状或生理功能障碍，但无组织损伤，且多以植物神经系统的功能障碍为突出。

3．这种功能障碍不能归类于已分类的其他精神疾病或躯体病的继发症状。如癔症、脑损伤等。

具备1、2两项可诊断，兼有第3项可辅助确诊。

11 人格异常

11．1 变态人格

诊断标准

1．早年（儿童少年期或青春期）起病，并延续到成年，但18岁以下不诊断人格障碍。

2．有超出正常范围的严重人格偏离，即在人格总的方面，或各组成部分的性质和表现方面不协调，呈现某些方面的突出和过分发展。

3．具有严重的情感障碍和意志活动障碍但无思维和智能方面的障碍。

4．社会功能明显障碍，病人自己受苦，也使别人受苦，总之贻害社会和自身。

5．行为的目的和动机不明确，行为大多受情感冲动、偶然动机、本能欲望所支配，自制力差。

6．对自己的人格缺陷无自知力，不能在挫折中吸取教训。

7．人格偏离具有相对的稳定性，一旦形成即难以纠正，但到40—50岁后可趋向缓和。

8．已除外非精神病性器质性脑综合征者。

具备上述1～7项中4项以上即可诊断，具备5项，兼有第8项者可确诊。

11．1—1 强迫性人格

诊断标准

1．具有显著的惰性，做事犹预不决和按步就班。需要立即做出决定时，则往往拖延或避开。

2．以极端的高标准要求自己成完美主义者，但因常与愿违，而表现焦虑、紧张和苦恼。

3．他们常过分自我克制，或过分自我关注和责任感过强。

4．表达温暖和仁慈的能力受限，他们过分因袭守旧、严肃和保守。

5．小心翼翼，十分拘谨的工作，并以从事工作来摆脱人际关系。

具备上述3项条件以上者即可诊断。

11．1—2 类偏狂人格

诊断标准

1．普遍而无根据的多疑，对周围人或事物不信任。至少须有下述表现中的3项。

（1）预料将中诡计或受伤害。

（2）过分警觉，表现出不必要的小心察看环境有无威胁迹象，或采取不必要防卫措施。

（3）进行守卫或保密的行动。

（4）怀疑他人的忠实性。

（5）仔细寻找自己的偏见根据，并对前后关系不能正确评价。

（6）过分关心于隐藏的动机和特殊意义。

2．过分的敏感，容易冲动，随时处于戒备状态，预感威胁即备反击，使这类人总

处于紧张状态，不得放松。

3．情感受限制，这类人缺乏真正感受的心情，有冷酷或无情感反应的表现，常采取傲慢的或不动情感的表现形式，缺乏温顺、仁慈、幽默、感伤的感觉。

4．已排除其他精神障碍者。如精神分裂症或偏执性精神病。

具备第1～3项即可诊断，兼有第四项可确诊。

11．1—3　癔病人格

诊断标准

1．人格不成熟，情绪不稳定和肤浅，常表现为表面上热情，但缺乏真诚。

2．行为具有明显的戏剧性，表现过分做作和夸张的表现性来引人注意。

3．情感变化呈极端性，常对微不足到的小事发生强烈的情感反应。

4．表现高度的自我为中心，暗示性和自我暗示性强，好幻想，且把幻想当成现实。

5．喜表扬，怕批评，依赖性强。

6．已除外心身疾病、癔病者。

具备上述表现3项以上者即可诊断，兼有第6项可确诊。

11．1—4　分裂样人格

诊断标准

1．情绪冷酷或冷淡，对别人缺乏温暖和情意。

2．表现孤僻、害羞，不愿与人接触，对表扬和批评均无动于衷。

3．挚友少，对家人也沉默少语、敏感、胆怯。

4．对周围事物不关心，常沉缅于白日梦中，对人际关系抱不介入态度，活动能力差，缺乏进取心。

5．无怪异的言语、行为或思想怪僻的特征。

6．不是由于精神病性障碍，如精神分裂症或偏执性障碍等。

具备第1～4项可诊断，兼有5、6项可确诊。

11．1—5　悖德型人格

诊断标准

1．具有过失行为。学令期念书逃学、说谎、偷窃、好斗；工作时经常调换工作单位或工种、任意迟到、早退或旷工，不遵守劳动纪律和社会公法，多次发生违纪行为或夫妻关系破裂，仍不能吸取教训。

2．行为受情感冲动和偶然动机所驱使，无计划性具有高度的冲动性和攻击性，行为与认识脱节与社会规范相差悬殊。

3．无羞惭感，不考虑社会义务和道德对人常冷酷无情。当他们与社会或他人发生冲突时则常责怪别人，或提出似乎讲得通而实际站不住脚的理由。

4．已除外精神分裂症、躁狂症、精神发育不全及成人反社会行为者。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

11．2　性心理变态

诊断标准

1．具有不符合公认的社会目的和生物学目的性偏好或性行为。

2．主要表现性冲动的障碍和性对象的歪曲，最常见的表现为同性恋、异性服装癖、恋物癖、暴露癖、施虐狂，受虐狂、兽奸、恋童癖、恋尸癖、易性癖、窥阴癖等。

3．他们一般的人格特征可能是正常的，工作和学习如同常人。

4．已排除颞叶癫痫或其他器质性病变引起的性变态行为者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可以确诊。

12 精神发育不全

诊断标准

1．发病原因为先天或后天（16岁以前）的感染和中毒，外伤和其他物理因素、代谢和营养障碍、颅内新生物、变性疾病和硬化性疾病，染色体异常等引起。

2．临床主要表现为精神活动的发育停留在比较低的水平上。其特征是智力发育不完善和智能低下。但不是由于聋哑所造成。

3．学习困难或不能学习，不能适应生活和社会的需要。

4．智力测验，智商低于70以下。

5．根据病史和检查有精神发育不全的证据存在。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4、5项可确诊。

12．1 按病情轻重分类

12．1—1 轻度

诊断标准

1．精神发育不全，智商为50～70。

2．躯体发育无明显异常。

3．精神发育障碍的程度较轻，能够料理日常生活或完成一般工作。

4．临床主要表现为，学令前不易发现，仅见有好奇心和主动性缺乏；入学后日渐明显学习成绩显著落后，虽言语发育尚可，但思维贫乏、理解、判断、推理、分析能力、计算能力差、缺乏予见性和灵活性。意志薄弱，易走入歧途。

5．缺乏主见，依赖性强。

具备第1～4项可诊断，兼有第5项可确诊。

12．1—2 中度

诊断标准

1．精神发育不全，智商为20～50。

2．一般发育进程较迟，其智力水平仅相当于4～7岁儿童。

3．第二信号系统虽已发育，学会讲话，但口齿不清，抽象概念的词汇贫乏，常词不达意，表情幼稚，身体发育较差，动作不灵活，不能进行简单的心算，不能上学。

4．在特殊教育或训练下，可学会自理生活或从事简单的、机械的、刻板式的劳动。

5．

具备第1和其他任何1项均可诊断。具备3项以上者即可确诊。

12．1—3　重度

诊断标准

1．精神发育不全。智商为20以下。

2．智能水平特别显著低下，一般低于正常3岁儿童水平。

3．主要临床表现为，面容愚蠢，动作怪异，笨拙，且有自杀或破坏行为。第二信号系统不发育，多数不会说话或只会片断单词，不辨亲疏，不理解周围事物，不会模仿，只能重复一些单调的无目的动作。不能自理个人生活，情感反应原始，感知迟钝，可出现抽搐。

4．躯体检查可见发育畸型、锥体外系症或共济运动障碍。

具备第1～3项可诊断，兼有第4项可确诊。

12．2　按病因分类

12．2—1　原因未明型

本型包括所有未能发现明显致病原因的精神发育不全，约占本症的40～60%。有人估计其中占相当比例患者可能仍为现代对本病的诊断和检查手段不能证实的遗传性代谢障碍所致者。临床表现可为轻度、中度、重度精神发育不全。

12．2—2　特殊型

12．2—2．1　先天愚型

又名伸舌样白痴、21—三体性综合征、Down氏综合征。本症的发生频率高，估计占新生儿的1/2200，占中度以上精神发育不全的10%。发病原因系由于常染色体畸变所致。但造成常染色体畸变的原因尚不清楚，可能与孕期X线照射、病毒感染和营养不良，怀孕时父母亲高龄等有关。

临床表现为中度或重度精神发不全，在少年儿童期表现温和驯良，和善可亲，安静听话模仿性强、喜听音乐具有节奏感爱好舞蹈和滑稽的表演令人怜爱，易于教育和管理，青春期时，少数变得粗露蛮横、易于激动，多动好破坏。躯体伴有先天畸形：扁平头、塌鼻梁、鼻翼宽、眼距大、外眦上移、张口伸舌、舌面沟裂深而多呈所谓“阴囊舌”、齿小而稀、手掌厚而指短粗，且小指过短而不对称、末端向内弯，部分患者可有特殊皮纹：通贯手、掌部轴三角（atd角）大于45°、跖纹中有弓状纹趾纹呈平行纵线、拇趾与二趾间距大、骨骺的骨化延迟、脐疝、韧带松弛和男性生殖器官发育不良等特征。此类病人多死于继发感染，平均寿命为12岁，目前尚无有效治疗方法。

12．2—2．2　苯丙酮酸尿症

本症又称为Fölling病。是由于常染色体隐性遗传所致的氨基酸代谢障碍的结果，因病人肝脏不能合成苯丙酸羟化酶，以致食物中的苯丙氨酸不能羟化为酪氨酸，造成体内积累了大量苯丙氨酸和苯丙酮酸，影响大脑的发育，导致中枢神经系统的脱髓鞘性改变。在新生儿中的发生率为1/1000～2000，占精神发育不全患者的1%，且精神发育不全的程度严重，80%为重度患者。约2～3%的患者精神发育正常。

临床表现特征是精神发育不全伴有尿中排出大量苯丙酮酸。尿氯化高铁试验与细菌

抑制试验有助于诊断。患者的典型体征为金发、碧眼、皮肤白嫩、口唇鲜红、多动、震颤、步态不稳、约⅓患者有癫痫发作。大多数患者有脑电图异常，如能早期发现，给予相应的饮食治疗，可以避免精神发育不全的产生。

12．2—2．3　克汀氏病

又名为地方性呆小病，甲状腺功能减退症。发病原因主要为食物中缺碘，碘摄入不足，以致甲状腺素减少，近亲结婚和遗传因素造成的遗传性的碘和甲状腺素代谢障碍而发病。临床特征为精神发育不全、口齿不清、声音嘶哑动作笨拙、肌张力过低、皮肤粗糙，面有皱纹鞍状鼻、眼眶间距宽。侏儒、下肢过短、骨骼发育不良、齿列不整、毛发稀疏、生殖器发育不良，多数有甲状腺肿大。临床机能检查和实验室检查可有明显改变。早期应用甲状腺素补充碘质、加强营养，有助于症状的改善。

12．2—2．4　其他

除上述三个特殊型精神发育不全以外的具有明确病理变化的其他形式的精神发育不全者，有小头畸形、脑积水、结节性硬化症、家族性黑朦性白痴、猕因子(Rh)不配合、枫糖浆病、Hartnup 病、糖元累积病、半乳糖血症、其他糖代谢所致发育不全、其他脑炎脂质病，粘多糖增多症、高尿酸尿症、神经纤维瘤病等。

13　儿童期精神障碍

诊断标准

1．在14岁以前患病。

2．由于遗传学因素、围产期脑受伤及婴幼儿期的外伤、发热、感染所致的神经系统受损、心理——社会——环境等多种因素综合作用而产生的精神障碍。

3．临床主要表现为情感障碍（焦虑、恐惧、抑郁）、行为障碍（孤独、缄默退缩行为或多动及冲动性攻击破坏行为）、躯体化症状（头痛、晕厥、胃痛、下腹痉挛、腹泻、便秘、尿频等），睡眠障碍、发育障碍和精神病态表现等。

具备第1～3项者即可确诊。

13．1　情绪障碍

诊断标准

1．发病年龄在14岁以前。

2．根据病史和检查有遗传、围产期脑受伤、家庭、社会环境不良、（有受虐待和忽视或遗弃、受到压抑、挫折），父母教育差、缺少母爱等心理创伤的证据存在。

3．突出表现为情绪障碍，特征是以焦虑和恐惧为核心。有时表现痛苦不愉快、抑郁、强迫状态疑病、缄默、敏感、害羞、回避压力——社会性退缩或伴有进食、睡眠障碍及逃避上学等。

4．躯体发育无明显异常。

具备第1～3项即可诊断，兼有第四项可确诊。

13．2　行为障碍

诊断标准

1．发病年龄在儿童期。

2．具有先天的生物学因素及后天的感染、发热、外伤所致脑及神经系统受损、家庭、社会环境不良影响等多种因素所致的脑损害和精神病儿童及发育偏差的儿童。

3．行为障碍的表现形式多种多样，轻者表现固执或违拗或哭闹、叫喊、扔东西、咬人踢人头撞墙等，有的可出现适应性不良反应。重者出现冲动性暴躁、攻击破坏行为及违法行为。如偷窃、放火、下流、专横、殴斗、伤人、说谎、逃学、恶作剧、吸毒等。

具备第1～3项即可确诊。

13．3　多动综合症

诊断标准

1．年龄6～12岁。

2．发病与遗传因素、低水平的铅中毒、饮食因素及先天发育因素或轻微脑损伤有关。

3．临床表现（只少须具备2条以上）

（1）注意力短暂或注意涣散。

（2）多动或小动作多。

（3）冲动性行为或反社会行为。

（4）情绪不稳定，易激动。

（5）学习困难，学习成绩差或波动大。

4．智力活动正常或稍低于正常。

5．躯体及神经系统检查无明显器质性疾患存在。

6．病期在半年以上。

具备第1～3、6项即可诊断，兼有第4、5项可确诊。

13．4　单纯抽动症

诊断标准

1．多在5—12岁儿童期发病。男多于女（6：1）。

2．病因虽多种，但多数是由于保护性或习惯性的动作而固定下来。

3．临床表现以抽动为特征。常为一种突然发生的、快速的、重复或交替出现的、且仅限于一组肌肉群的不随意运动。如眨眼皱眉、皱额、呶咀、嗅鼻、点头、摇头、咳嗽等可单独或联合交替发生。

4．躯体检查、脑电图检查无异常改变。

5．已除外癫痫、舞蹈等疾病者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4、5项可确诊。

13．5　多种抽动症

诊断标准

1．在7—15岁儿童时期起病。

2．病因不详，但多倾向由于纹状体苍白球中的多巴胺机能缺损所致。

3．临床表现为多部位的、不自主的、突然发生多发性肌肉抽动，伴有爆发性发声和秽语词句有模仿言语及动作并有强迫性意向和个性改变等。常以头面肌肉抽动（如点

头、眨眼等）开始，逐渐发展到躯干的扭动。动作特点带有突然、短暂、闪电式的特点。

4．躯体检查无器质性阳性所见。

5．已排除舞蹈症、癔病、癫痫、脑炎、精神分裂症等疾病。

具备第1～3项可诊断，兼有第4、5项可确诊。

13．6　特殊症状群

13．6—1　口吃

诊断标准

1．发病年龄1～5岁。

2．病因系由于精神刺激（如惊吓、环境变化、恐惧等）、在儿童学话时，要求过急或教育不当、躯体疾病如传染病导致的大脑功能削弱等原因所致的言语发音器官的肌痉挛而发生口吃。

3．表现为正常言语节律受阻断，产生言语不自主的重复，发音的延长或停止。表现重复第一个词或第一句话或中途某个词难发而间断、须使劲才能说出，常伴有跺脚、摇头、用手拍腿、挤眼、歪咀等表现，有的可伴有情绪不稳和睡眠障碍及易激惹。

4．已排除脑器质性障碍者。

具备上述3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

13．6—2　遗尿症

诊断标准

1．发病原因是由于器质性因素（脊柱裂等先天性异常、泌尿系统反复感染、糖尿病、尿崩症、癫痫发作等），精神因素所引起，且以精神因素占绝大多数。

2．年龄为5岁以上。

3．临床表现在白天或夜间发生不自主的排尿。按遗尿的时间的不同可分为夜间遗尿、昼间遗尿和昼夜间遗尿三种；按原因又可分为功能性和器质性两种。在治疗方面需要根据病因不同，采取不同的治疗方法。

具备上述3项条件者即可确诊。

13．6—3　睡眠障碍

诊断标准

1．发病年龄0～14岁。

2．由于身体不适，过度兴奋，精神因素或器质性、功能性疾病所致。

3．临床表现为入睡困难或睡眠不足（睡眠不安、易醒或睡眠浅，睡中哭喊，白天精神萎靡、坐卧不安、易激怒）；睡眠习惯不规则、说梦话、夜惊与梦魇（在入睡后15～30分钟出现反复多次从睡眠中突然醒转，持续1～10分钟，发作中伴有意识错乱和强烈的焦虑或恐惧，表现哭喊、惊叫、两眼直视或紧闭，手足乱动、表情紧张、气急、颤抖）；梦游（在睡眠突然起床，意识朦胧、不清，进行走动或作些自动性行为，持续几分钟到1～2小时，醒后完全遗忘）。

4．脑电图检查可鉴别功能性或器质性睡眠障碍。

具备第 1 ～ 3 项即可诊断，兼有第 4 项可确诊。

13．6 — 4　其他

诊断标准

1．不能归咎于上述三种表现者。

2．临床常表现为具有神经症性障碍表现，并只少要具备下述症状表现1项以上者。

（1）咬手指甲。

（2）吸吮手指。

（3）咬其他物品。

（4）手淫。

（5）拔毛、揪头发。

（6）发音〔L〕化。

（7）发音含糊。

具备上述 2 项者即可诊断。

13．7　特殊功能发育障碍

13．7 — 1　言语

诊断标准

1．患者一般对言语的理解能力相对完好。而用语言和声音表达方面发育明显缺陷。

2．主要障碍表现在发音、语言连接、言语流畅和速度以及词义表达方面的障碍。

3．除外听力缺损、发育性计算障碍及精神发育不全和后天性的失语及精神病性障碍者。

具备第 1 ～ 3 项即可诊断或确诊。

13．7 — 2　阅读

诊断标准

1．发病于 7 ～12岁

2．由于心理因素或无脑受损的大脑综合功能偏离正常所致。

3．主要表现是阅读和拼字技巧的发育有严重的损害，即象征或抽象的能力发育迟缓或偏离正常，伴有言语和语言困难，左右分辨缺陷、认知能力障碍，使用代码困难等。

4．已除外一般智力发育迟滞、不适当的学校教育而出现的阅读困难者。

具备第 1 ～ 3 项即可诊断，兼有第 4 项可确诊。

13．7 — 3　计算

诊断标准

1．在 5 ～14岁发病

2．由于逻辑思维能力延迟所致。

3．表现在计算技巧的发育有严重缺陷。如计算困难。

4．已排除一般智能发育迟滞或学校教育不适当而造成者。

具备第 1 ～ 3 项可诊断，兼有第 4 项可确诊。

13．7—4　其它

不能归于上述特殊功能发育障碍的，均可放于此类中。

13．8　精神病

诊断标准

1．发病年龄为1～14岁（即青春期以前者）。

2．由于先天遗传学因素和后天的心理、社会、环境因素等综合作用结果而发生精神病性障碍。

3．临床表现以普遍的偏离儿童年令所预期的行为和显著的精神病性障碍为特征。常表现在与人们的情感交往中，暴露出来的严重而持久的缺损。并伴有孤独，对无生物有先占观念的倾向，失去言语或发育受阻，感知障碍，有怪异或刻板的行为和动作，适应性障碍，爆发强烈不可预计的恐怖，身份识别能力缺失，以及智力发育迟滞，不均衡或支离破碎等。

具备以上3项者即可诊断或确诊。

13．8—1　婴儿孤独症

诊断标准

1．在儿童早期发病，多数在30个月以前。

2．临床表现以同外界接触障碍为特征。症状多种多样。其主要症状是：

（1）极端孤独。在乳儿期就表现出对外界无感情上联系，与亲人不亲，无注视母亲的现象。

（2）保持完全缄默，如果存在言语，则多是重复言语或模仿言语，、常不带有任何意义，无语言交往的目的。

（3）固执地保持同一格式，反对作任何变动。当环境改变或接触陌生环境，易哭闹或发生严重焦虑反应。

（4）对非生物的东西有强烈的先占观念，如对被子、玩具等，表示特殊的依恋，不能分离，而对人的感情非常空洞，无内心体验。

3．已排除儿童精神分裂症、精神发育不全、器质性疾病者。

具备第1、2项即可诊断，兼有第3项可确诊。

13．8—2　精神分裂症

诊断标准

1．发病年龄在青春期前（14岁以下）。

2．发病原因是由原发性缺陷和环境、心理社会等多因素所致。

3．临床表现症状与成人相似，涉及个性、感知、思维、情感、行为和意志等方面。只少须具备下述2项以上可诊断。

（1）与周围人的感情发生严重的、持久的疏远或空洞的情感粘滞。

（2）明显的缺乏对自身的认知，达到与他的年龄不相称程度（可出现感知综合障碍或伤害自己身体行为）。

（3）持久地拒绝改变环境和力争保持一致性。

（4）病理性贯注某些特殊物体，并反复琢磨其毫无意义的特征。

（5）异常的感知体验、表现对刺激反应的过度、减弱或不可预测及错觉。

（6）急剧的、过度的不合理的焦虑情绪或恐惧、紧张幼稚傻笑等情感障碍是最常见的表现。

（7）丧失或从未获得言语功能或未发展到应有水平、常表现在应用人称代词紊乱。

（8）多种运动形式的变异：（1）运动过度，如多动症；（2）不动。如木僵；（3）怪异姿式或仪式性刻板动作；如摇摆式旋转自己的身体或物体。

（9）严重的精神迟钝。或在某一方面出现孤立的超常功能或技能，如计算、绘画等。

4．已除外其他精神病者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

13．8—3　反应性精神病

诊断标准

1．在儿童期发病。

2．发病原因是由某一意外事件或处境引起的儿童行为障碍或症状。

3．临床表现为儿童的意识范围内驱力、情感与其社会环境间的冲突，起病急剧，表现紧张、恐惧、大声吼叫或突然奔跑，并从患儿的言语或行为中可以看到受刺激的残迹。有的表现出朦胧状态、兴奋、冲动破坏行为，有的表现情感反应迟钝或木僵状态，可伴有植物神经功能障碍症状。

4．已除外感染、外伤、精神分裂症和癫痫等疾病者。

具备第1～3项即可诊断，兼有第4项可确诊。

13．8—4　其它

诊断标准

凡不能归类于上述疾病诊断者，均可放于此类、如非典型婴儿精神病等。

（项全富　房志宝　黄庆绵　杜友中）

第三节　各种疗法常规

一、精神药物治疗

（一）抗精神病药

1．氯丙嗪（冬眠灵，Chlorpromazine）

〔适应症〕精神分裂症、偏执性精神病、反应性精神病、躁狂症、某些器质性精神病和症状性精神病等所出现的各种精神运动性兴奋及幻觉、妄想等障碍。

〔禁忌症〕肝、肾疾患，严重高血压病，血液病，麻醉药或催眠药中毒，身体极度虚弱，血压过低。此外，对老年人、儿童和孕妇慎用。

〔用法〕开始剂量25～50毫克，每日1～3次，口服。以后根据病情和病人对药物

的反应，逐渐增加剂量。一般成人每天治疗剂量为300～600毫克，最高每天800毫克。对重性精神病宜用上述剂量治疗4～6周，如症状消失，则逐渐减药，通常减至治疗剂量的½～¼做为维持量。对于轻性患者的焦虑、紧张症状，每次12.5～25毫克，每日1～3次，口服。对于急性兴奋躁动患者，可临时肌肉注射25～50毫克，或应用上述剂量加入20%～50%葡萄糖溶液40毫升，缓慢静脉注射。也可用50～200毫克溶于生理盐水或5%葡萄糖溶液500毫升中，静脉点滴，每分钟40～60滴。

〔副作用〕

（1）体位性低血压：多在服药初期改换体位时发生，持续服药可以适应。发生此类反应时，应立即让病人平卧，一般可迅速恢复。较重者，可静脉注射高渗葡萄糖液。严重者可用去甲肾上腺素1～2毫克加入5%葡萄糖溶液200～500毫升，静脉点滴，并应减药或停药观察。

（2）心律紊乱及心肌损害：大量长期用药，可出现心肌损害，心电图Q—T时间延长，S—T段下降，T波平坦或倒置。停药后，一般可以恢复。个别患者可产生心律紊乱，应停药处理。少数患者发生心动过速，可服心得安。

（3）锥体外系症状：为常见的副反应。如：运动不能、静坐不能、阵发性动眼危象、扭转痉挛和震颤麻痹综合症等。可用抗震颤麻痹药物治疗。如：安坦2毫克或东莨菪碱0.2毫克或苯甲托品1毫克，每日2～3次，口服。严重者可皮下注射氢溴酸东莨菪碱0.3毫克，并酌情减药或停药。

（4）迟发性运动障碍：发生于长期用药者，表现为口、面部、躯干或四肢不自主运动。抗震颤麻痹药物不但无效，常可加重症状。应早期发现，逐渐减药或间歇给药，严重者应逐步停药。可试用小量氟哌啶醇或二甲氨乙醇（Deanol）或丙戊酸钠治疗。也可用异丙嗪25～50毫克，每日2～3次，口服。

（5）癫痫发作：大剂量用药可出现癫痫大发作。应立即减药，严重者应停药，给予苯巴比妥或苯妥英钠治疗。

（6）植物神经功能失调：口干、流涎、鼻塞、尿潴留和肠麻痹等。其中较严重的为麻痹性肠梗阻，应引起警惕，及时发现、及时停药、禁食、胃肠减压，可用新斯的明0.5～1毫克，肌肉注射。

（7）恶性综合症（Mal.n氏综合症）：表现发热、肌张力增高、缄默或兴奋、震颤、吞咽困难及植物神经功能紊乱等。严重时意识障碍、脱水、周围循环衰竭，可危及生命。应立即停药，维持呼吸、循环功能，控制感染，退热等对症处理；及时应用氢溴酸东莨菪碱和肾上腺皮质激素治疗。

（8）药物性肝损害：主要为碱性磷酸酶和转氨酶升高、黄疸、肝肿大。应立即停药、保肝治疗。可给大量维生素B_1、维生素C、葡萄糖和肾上腺皮质激素等。

（9）贫血、粒细胞缺乏症：应立即停药，给予维生素B_{12}10～20毫克，每日三次，口服；利血生10～20毫克，每日三次，口服；肾上腺皮质激素等对症治疗。严重者可小量多次输血。有感染者应给予抗菌素治疗。

（10）药疹、过敏性皮炎、剥脱性皮炎：发生药疹时，应停药，给予大量维生素丙

及苯海拉明或强地松等抗过敏治疗。严重者为剥脱性皮炎，多发生于服药后头一个月，其死亡率30%左右。应早期使用氢化可的松100～300毫克，静脉点滴，每日一次。

（11）药源性精神障碍：个别病人有引起意识模糊、兴奋躁动或原有症状加重。少数病人可引起忧郁反应或焦虑状态。应减药或停药观察。对焦虑状态可给予安定治疗。对意识障碍者可试用0.1%毒扁豆碱0.5～1毫升，皮下注射。

（12）急性中毒：多由于精神症状支配而吞服大量药物所致。严重者表现为昏迷、休克等。应即时抢救：①洗胃；②导泻和吸附；③输液和利尿；④解毒（大量维生素丙）；⑤中枢兴奋药（昏迷者可用氯酯醒）；对症治疗。

〔注意〕

（1）在用药注射或服用较高剂量后，应卧床休息，防止晕倒。

（2）定期检查血、尿常规和肝功。

（3）经常检查躯体和精神状态，注意观察有无付作用。

（4）一般不主张合并用药，如果合并用药应适当减少剂量。

（5）没有锥体外系症状者，可不必合并抗震颤麻痹药物。

（6）对重性精神病的治疗，使用药物剂量和疗程要足够。一般认为，对精神分裂症维持治疗，应在两年以上。

（7）对于用药治疗的每个病人，都应分别寻找出各自能发挥最高疗效的最低治疗量和能稳定病情的最低维持量。

（8）急性患者服用最高剂量1～2个月后，病情仍无好转，可考虑改换药物；慢性患者须充分治疗三个月无效，才宜更换药物。

2．奋乃静（Perphenazine）

〔适应症、禁忌症及副作用〕与氯丙嗪相似。但其镇静作用较弱，而对妄想、幻觉效果较好，毒性反应比氯丙嗪小，故对某些有躯体合并症者，可考虑使用。此外，对氯丙嗪治疗无效者，此药也可能有效。

〔用法〕开始每次2～4毫克，每日1～3次，口服，以后逐渐增量；一般治疗量为每日30～40毫克，最高每日80毫克。

3．三氟拉嗪（Trifluperazine，Stelazine）

〔适应症、禁忌症及副作用〕与氯丙嗪基本相似。但对淡漠、退缩、木僵、违拗等症状较好，故对精神分裂症紧张型和慢性精神分裂症，可有一定效果。此外，对焦虑紧张及强迫情绪等症状，也可有效。其锥体外系反应较多。

〔用法〕开始每次5毫克，每日1～2次，口服；以后逐渐增量；一般治疗量为每日10～40毫克，最高每日60毫克。

4．氟奋乃静（Fluphenazine）

〔适应症、禁忌症及副作用〕与三氟拉嗪相似。其治疗作用为奋乃静的3～5倍，氯丙嗪的25倍。但其催眠作用较弱。

〔用法〕开始每次2～4毫克，每日1～3次，口服；以后逐渐增量；一般治疗量为每日10～40毫克，最高每日60毫克。

5．泰尔登（Chlorprothixene，Tardane，Taractan）

〔适应症、禁忌症及副作用〕与氯丙嗪相似。但它兼有抗忧郁作用，故常用于治疗伴有忧郁、焦虑症状的精神分裂症、分裂情感性精神病、忧郁症及焦虑症等。

〔用法〕开始每次25毫克，每日1～3次，口服；以后酌情逐渐增量；重性精神病治疗量，一般为每日300～400毫克，最高每日600毫克。轻症患者治疗量，一般为每日75～150毫克。

6．氟哌啶醇（Haloperidol，Haldol）

〔适应症、禁忌症及副作用〕与氯丙嗪相似。但对控制兴奋躁动状态效果较好，对应用其他抗精神病药物治疗无效的患者，此药也可有效。其锥体外系反应较多，而对血压影响不大。

〔用法〕开始每次2毫克，每日2～3次，以后酌情逐渐增加剂量，一般治疗量为每日10～40毫克。对兴奋躁动病人可采用肌肉注射，每次5～10毫克；或以5～10毫克加入葡萄糖溶液20毫升，缓慢静脉注射。

7．舒必利（Sulpiride）

〔适应症〕精神分裂症妄想型或慢性期。对幻觉、妄想、抑郁、淡漠、孤僻等症状有较好效果。

〔禁忌症〕与其他抗精神病药物相同。此外，嗜铬细胞瘤患者禁用，对高血压病人也应慎用。

〔用法〕初次剂量50毫克，每日2～3次，口服；以后逐渐增量；治疗量一般为每日600～800毫克；维持量每日200毫克。

〔副作用〕轻微。以睡眠障碍、锥体外系反应较常见。可有恶心、食欲不振、倦怠焦虑等。偶可有月经失调、阳萎、视觉障碍、低血压及心电图异常。

8．氯氮平（Clozapine）

〔适应症〕急、慢性精神分裂症，以妄想型、青春型疗效较好。

〔禁忌症〕与氯丙嗪相同。

〔用法〕开始每天50～100毫克，分2～3次口服；以后逐渐增量；最高日量为600～800毫克；维持量每日100毫克。

〔副作用〕流涎、嗜睡、乏力、多汗、恶心呕吐、腹痛、便秘。少数人可有虚脱、遗尿、心动过速、视物不清、皮疹、意识模糊、白细胞增多或减少。无明显锥体外系反应。

9．五氟利多（Penfluridol）

〔适应症〕各型、各阶段的精神分裂症。本品具有长效作用，适用于维持治疗。

〔禁忌症〕与氯丙嗪相似。

〔用法〕首次剂量20毫克，每周一次，晚饭后顿服；以后酌情每周递增20～40毫克，一般治疗量为每周120毫克，最高量为每周200毫克。

〔副作用〕较轻，以锥体外系反应多见。可有无力、头昏、睡眠障碍、焦虑及胃肠道症状。个别有尿潴留及心电图异常。

10. 氟奋乃静庚酸酯（Fluphenazine enanthate）与氟奋乃静癸酸酯（Fluphenazine decanoate）

〔适应症〕 各类型精神分裂症。

〔禁忌症〕 与氯丙嗪相同。此外，脑器质性损害、昏迷、脑电图异常者，不宜应用。青光眼、孕妇、儿童、老年人、高血压、低血压者慎用。

〔用法〕 开始剂量12.5毫克（老年6.25毫克），深部肌肉注射。氟奋乃静癸酸酯每隔3～4周一次；氟奋乃静庚酸酯每隔2～3周一次；每次增加12.5～25毫克。一般治疗量为50～75毫克，最大100毫克。维持量为12.5～25毫克。

11. 哌普嗪棕榈酸酯（安乐嗪棕榈酸酯，Pipothiazine palmitate）

〔适应症〕 急、慢性精神分裂症。

〔禁忌症〕 与氯丙嗪相同。

〔用法〕 开始剂量50毫克，肌肉注射，每隔3～4周一次，每次增量50毫克。一般治疗量为每次100～200毫克，最大每次300毫克。维持量为50～100毫克。

〔副作用〕 以锥体外系反应多见。可有口干、嗜睡、视力模糊、出汗、泌乳、停经、恶心、呕吐等。对心、肝、肾未见明显影响。

12. 哌迷清（Pimozide）

〔适应症〕 急、慢性精神分裂症。

〔禁忌症〕 与氯丙嗪相同。

〔用法〕 开始剂量2毫克，每日一次，口服；以后酌情递增。一般治疗量为每天10～16毫克，持续6～8周。

〔副作用〕 轻微，以锥体外系反应多见。

13. 利血平（Reserpine）

〔适应症〕 晚发型精神分裂症伴有动脉硬化和高血压者，躁狂症。由于疗效差、反应较大，目前已很少应用。

〔禁忌症〕 与氯丙嗪相同。此外，伴有忧郁情绪及胃、十二指肠溃疡者禁用。

〔用法〕 开始每次0.25毫克，逐渐增量，每日2～3次，口服。一般日量5～8毫克，维持量每日1～2毫克。

〔副作用〕 嗜睡、低血压、鼻塞、锥体外系反应、血管神经性水肿、药源性抑郁状态。

〔注意〕 不应合并电休克治疗。发生药源性抑郁状态，应减药或停药。

（二）抗抑郁药

1．三环抗抑郁药（丙咪嗪、阿密替林、多虑平等）

〔适应症〕 情感性精神病的各种抑郁型、反应性抑郁症、抑郁性神经官能症和分裂情感性精神病的抑郁症状。

〔禁忌症〕 心功能不全的各种心脏病、严重高血压、广泛性动脉硬化、青光眼、癫痫、意识障碍及肝、肾疾患。此外，对老年人、儿童、体弱者、孕妇，应慎用。

〔用法〕 以“阶梯形给药法”为好。开始每天剂量为25～75毫克；隔2～3天后，

增加一次，每次增加日量50～100毫克；常用治疗量为每日150～250毫克，最高每天不超过300～400毫克，分2～3次，口服。一般用药1～2周，便可产生效果，一个月左右，可见明显效果。见效后，应维持一个月左右，逐步减量。

〔副作用〕 口干、心动过速、排尿延迟、麻痹性肠梗阻、恶心、出汗、眩晕、血管神经性水肿和青光眼等。较大剂量时，也可出现锥体外系症状。严重的副反应有体位性低血压、心肌损害、癫痫发作、谵妄等。偶可发生躁狂状态。出现上述反应，可对症治疗。较严重者，应减药或停药。

〔注意〕

（1）对老年人，用药剂量要小（常为成人剂量的$\frac{1}{2}$～$\frac{1}{3}$），并应密切观察副作用。

（2）对某些难治的抑郁症，如果要合并单胺氧化酶抑制剂时，要把单胺氧化酶抑制剂接在三环抗抑郁药之后使用，次序不可颠倒，且两种剂量均应减半。同时应密切观察副作用。

（3）治疗期间，不宜进食含酪胺、多巴胺、5一羟色胺的食物，如啤酒、葡萄酒、香蕉、肝、青鱼、酵母等。

（4）应避免同时应用肾上腺素、去甲肾上腺素等儿茶酚胺类药物。

（5）定期检查血、尿常规及肝功，必要时做心电图检查。

2．单胺氧化酶抑制剂（MAOI）：包括异丙肼、苯乙肼、异恶酰肼、苯环丙胺等。

〔适应症、禁忌症〕 与三环抗抑郁药相同。但由于此类药物对肝脏损害较大，目前已较少采用。

〔副作用〕 眩晕、头痛、失眠、便秘、出汗、食欲不振、心悸、阳萎、体位性低血压、视力模糊、尿频或尿潴留、皮疹、震颤等。严重的为肝损害、粒细胞减少症、高血压危象、谵妄等。发生较严重反应者，应立即停药，对症治疗。

〔注意〕

（1）不能同时合并应用利血平、多巴、肾上腺素、降压药等，以免发生不良反应。

（2）不能食用含酪胺食物（奶油、巧克力、干酪、啤酒等）。

（3）定期检查血、尿常规及肝功。

常用抗抑郁药：

（1）丙咪嗪（Imipramine）

〔适应症〕 各种抑郁症，以内源性抑郁症疗效最佳。

〔禁忌症〕 严重高血压、心功能不全、青光眼、癫痫、孕妇。

〔用法〕 每次25毫克，每日三次，口服。日量可逐渐增至300毫克。

（2）氯丙咪嗪（Chlorimipramine）

〔适应症〕 各种抑郁症及强迫症。

〔禁忌症〕 与丙咪嗪相同。

〔用法〕 开始每天口服25毫克，逐渐增至每天250毫克，分三次服用。

（3）去甲丙咪嗪（Desipramine）

〔适应症〕 各种抑郁症。

〔禁忌症〕 与丙咪嗪相同。

〔用法〕 每次25毫克，每日三次，口服，逐渐增量。最大日量为200毫克，维持量为每日100毫克。治疗三周无效，应更换药物。

（4）阿密替林（Amitriptyline，Elavil）

〔适应症〕 各种抑郁症，尤以内源性抑郁症更年期抑郁症、神经官能症性抑郁症及器质性精神病的抑郁症状，疗效为佳。

〔用法〕每次25毫克，每日三次，逐渐增量，最大日量为300毫克。

（5）多虑平（Doxepine）

〔适应症〕 各种抑郁症，各类焦虑状态，慢性酒精中毒性精神病。

〔用法〕 每次25毫克，每日2～3次，酌情增量，常用量为150～300毫克。

（6）麦普替林（Maprotyline）

〔适应症〕 各种抑郁症、焦虑状态。

〔用法〕 一般日量50～150毫克。

（7）苯乙肼（Phenelzine，Nardil）

〔适应症〕 各种抑郁症，以内源性抑郁症为佳。

〔用法〕 每次10～15毫克，每日三次，逐渐增量，日量可达90毫克。服药3～4周后，如不见效，应停药。

〔副作用〕 体位性低血压、头痛、便秘、口干、恶心、失眠、焦虑、肝功损害。

（三）抗躁狂药：有氯丙嗪、氟哌啶醇和锂盐（碳酸锂、硫酸锂、醋酸锂和谷氨酸锂）等。

碳酸锂（Lithium carbonate，Candamide）

〔适应症〕 情感性精神病躁狂型、分裂情感性精神病的躁狂症状。对精神分裂症的精神运动兴奋、周期性精神病、恐怖症、强迫症、癫痫性情绪不稳、迟发性运动障碍可能有一定疗效。

〔禁忌症〕 心、肾疾患，内分泌疾患，如糖尿病，孕妇，限盐饮食的病人。

〔用法〕

（1）缓增法：开始剂量每次0.1～0.2克，每日三次，口服；以后缓慢增加剂量，每隔1～2日增加0.3～0.6克；常用有效剂量为每日1.6～2.0克，最高每日3.0克。

（2）快速法：开始每日2.0克，分三次口服；以后根据反应和血锂浓度增加剂量。此法奏效迅速，但副作用较多。

躁狂状态控制后，可酌情减量，维持量一般为每日0.6～1.0克，可维持2～3年。

〔副作用〕 一般治疗量副作用不多，出现的时间与血锂浓度高峰一致。但少数人血锂浓度在治疗范围内，也可发生中毒反应。减药或停药后，可完全恢复。常见副作用如

下：

（1）恶心、呕吐、厌食、腹胀、腹泻等。

（2）20%的治疗病人，心电图T波平坦或倒置。个别有并发心肌炎、传导阻滞、猝死等。

（3）白细胞增多，可为持久性，也可周期性。

（4）半数以上的病人尿频、烦渴。严重者可发生肾功能衰竭，导致尿毒症。

（5）血糖升高，体重增加，甲状腺肿大和甲状腺功能不足。

（6）偶可有皮疹，多为斑丘疹。

（7）双手细微震颤、肌无力。前者可用心得安治疗。

（8）在妊娠三个月内服药，可致胎儿畸形。

（9）中毒反应：轻者为乏力、呆滞、口齿不清、眩晕、嗜睡、粗大震颤、共济失调、肌肉抽搐、呕吐、腹泻等。重者为意识混浊、四肢呈齿轮样强直、腱反射亢进、抽搐、谵妄、昏迷。严重者可致死。

对中毒反应要即时停药，采用生理盐水静脉点滴，口服或注射碳酸氢钠、利尿剂，碱化尿液。严重者可并用腹膜透析或血液透析等方法，加速锂的排泄。

〔注意〕

（1）治疗期间，保证病人每天进液量2500～3000毫升及足够的食盐。

（2）为防止中毒应按时测定血锂浓度。治疗阶段每3～4日测定一次；维持阶段开始每周一次，以后可延长至每月一次。一般治疗血锂浓度宜保持在0.6～1.6毫克当量／升；维持量的血锂浓度为0.6～0.8毫克当量/升；超过2.0毫克当量/升，便可发生中毒。

（3）定期检查血、尿常规及肝、肾功能，有条件者应定期做心电图、脑电图检查。

（4）密切观察副作用和毒性反应，并酌情及时调整剂量。

（5）不应并用氯哌啶醇、甲基多巴、氨茶碱、四环素和醋唑磺胺。

（6）为了迅速控制躁狂状态，必要时可早期合并抗精神病药。

（7）一般不合并电休克治疗。

（四）抗焦虑药

1．安宁（眠尔通，Meprobamate）

〔适应症〕 神经官能症、癫痫小发作。

〔用法〕 每次0.2克，每日1～3次，口服；或睡前顿服0.2～0.4克。

〔副作用〕 疲倦、乏力、血压下降、皮疹、药瘾、血小板和粒细胞减少、戒断症状。

〔注意〕

（1）药物剂量因人而异，选择适宜剂量。对老年、儿童慎用。

（2）不应长期大量用药，症状消失后，逐渐停药。

（3）慢性病人可采用间歇给药法。

（4）予防产生药物依赖或药瘾。

（5）用药时间较长者，宜缓慢减药，防止发生戒断症状（幻觉、不安、震颤、癫痫等）。

2．利眠宁（Chlordiazepoxide）

〔适应症〕 焦虑症，强迫症，神经官能症的紧张、失眠、情绪障碍等。此外，与抗癫痫药联合应用，可控制癫痫大、小发作。

〔用法〕 每次5～10毫克，每日三次，口服。

〔副作用〕 头晕、嗜睡、恶心、心悸、便秘。少数人可出现皮疹、粒细胞减少、肝损害。大剂量可有共济失调、尿闭、阳萎。久服可有药瘾，快速停药可产生戒断症状。

〔注意〕 与安宁相同。

3．安定（Diazepam，Valium）

〔适应症〕 焦虑症、疑病症、恐怖症、强迫症、神经官能症的紧张失眠等。此外，对癫痫发作、酒精中毒性精神病、心身疾病的焦虑紧张状态和顽固性紧张性头痛也有较好效果。

〔禁忌症〕 青光眼、重症肌无力。

〔用法〕 每次5毫克，每日三次，口服；或睡前顿服5～10毫克。治疗癫痫常用量为每日15～30毫克，分三次口服；对癫痫持续状态可静脉注射或肌肉注射，每次10～20毫克。注射时，不可用注射用水、生理盐水或葡萄糖溶液稀释。

〔副作用〕 口干、食欲减退、嗜睡、眩晕、共济失调、面部潮红、荨麻疹、红斑狼疮样皮肤损害、低血压、心动过缓。偶可出现意识模糊、兴奋、情绪不稳、幻视、癫痫样发作。

〔注意〕 与安宁相同。

4．硝基安定（Nitrazepam）

〔适应症〕 神经官能症的失眠、焦虑等，癫痫小发作、肌阵挛—运动不能发作，婴儿痉挛症。

〔用法〕 催眠：每次10～20毫克。抗癫痫：每日10～30毫克。

〔副作用〕 偶可有嗜睡、易激惹、共济失调、便秘、白细胞减少等。

5．去甲羟基安定（Oxazepam）

〔适应症〕 焦虑症、器官性神经症、更年期焦虑症、癫痫发作、多动症、三叉神经痛。

〔禁忌症〕 肝、肾功能不全者慎用。

〔用法〕 每次15～30毫克，每日三次，口服，一般日量为45～120毫克。儿童酌减。

〔副作用〕 偶有恶心、头晕。

6．芬那露（Fenarol）

〔适应症〕 神经官能症的紧张、焦虑、恐惧、失眠等。

〔用法〕 每次0.2克，每日1～3次或睡前顿服。

〔副作用〕 头晕、嗜睡、口干、恶心。

〔注意〕 与安宁相同。

（五）镇静催眠药

1．苯巴比妥（Luminal）

〔适应症〕 睡眠障碍、焦虑、癫痫大发作或癫痫持续状态。（催眠作用6～8小时）

〔禁忌症〕 肺、肝、肾功能不全，卟啉病，对本品过敏者。

〔用法〕 镇静：0.015～0.03，每日1～3次，口服。催眠：0.03～0.06，睡前服。抗癫痫大发作：一般每天为0.06～0.18，分2～3次口服。癫痫持续状态：0.1～0.2克，肌肉注射或静脉注射。

〔副作用〕 偶有发热、皮疹、剥脱性皮炎、恶心、关节痛、头昏、嗜睡、粒细胞缺乏症。

〔注意〕 严防滥用，防止蓄积中毒或成瘾。

2．异戊巴比妥（阿米妥，Amytal）

〔适应症〕 入睡困难或早醒，癫痫持续状态。（催眠作用3～6小时）

〔禁忌症、副作用及注意〕 与苯巴比妥相同。

〔用法〕 催眠：0.1～0.2克，睡前30分钟服。抗惊厥：0.2～0.5克，稀释为5～10%溶液，缓慢静脉注射。

3．巴比妥（Barbital）

〔适应症、禁忌症〕 与苯巴比妥相同。

〔用法〕 每次0.3～0.6克，睡前服。

〔副作用〕 常有皮疹、发热、恶心、肌痛、嗜睡。中毒时可有意识障碍、呼吸浅、肺水肿、共济失调、休克。严重者呼吸中枢麻痹而死亡。

4．西可巴比妥（速可眠，Seconal）

〔适应症〕 癔病、焦虑、入睡困难，术前镇静、脑电图诱发试验。（催眠作用3小时）

〔禁忌症、副作用及注意〕 与苯巴比妥相同。巴比妥过敏者禁用。

〔用法〕 0.05～0.2克，睡前20分钟服。

5．戊巴比妥（Nembutal，Pentobarbital）

〔适应症、禁忌症〕 与速可眠相同。

〔用法〕0.05～0.2克，睡前服。

6．硫贲妥钠（Sodium Pentothal）

〔适应症〕 癫痫持续状态、麻醉分析。

〔禁忌症〕 严重贫血、血紫质病、低血压、支气管哮喘、糖尿病及心、肝疾患。

〔用法〕 每次0.25～0.5克，深部肌肉注射，或稀释成2.5%溶液，缓慢静脉注射。

〔副作用〕 对呼吸、循环有抑制作用，可引起喉痉挛、支气管痉挛、血压下降、心动过缓等。

〔注意〕

（1）本品易潮解、变质，使用前临时配制。

（2）静脉注射要缓慢，并注意观察病人脉搏、呼吸及神志等反应。

7．水合氯醛（Chloral hydrate）

〔适应症〕 失眠、焦虑、惊厥。

〔禁忌症〕 严重心脏病、动脉硬化及肝、肾疾患。胃、十二指肠溃疡病人不宜口服。

〔用法〕 制成10%溶液，睡前服5～10毫升；或10%溶液15～20毫升（也可在稀释1～2倍），灌肠。

〔注意〕

（1）此药有局部刺激作用，宜稀释后应用。

（2）不可长期应用，以免成瘾。

（3）药瘾者不可突然停药，以免发生戒断症状。

（4）氯丙嗪、抗抑郁药、抗组织胺药、酒精均可增强此药作用。

8．导眠能（Glutethimide，Doriden）

〔适应症〕 神经官能症的失眠、焦虑。

〔禁忌症〕 血液病。对胃肠疾患应慎用。

〔用法〕 每次0.25克，每日1～3次；或0.5克，睡前服。

〔副作用〕 口服可有胃肠刺激症状。此外，可有皮疹，头晕，偶有造血机能抑制。过量可致血压下降、昏迷、死亡。久用可成瘾。

〔注意〕 氯丙嗪、巴比妥、抗组织胺药、麻醉药、酒精可加强此药作用。

9．安眠酮（Methaqualone，Hymnal）

〔适应症〕 神经官能症、强迫症。

〔禁忌症〕 肝功能不全、孕妇。

〔用法〕 0.1～0.2克，睡前服。

〔副作用〕 恶心、呕吐、腹泻、头晕、心悸、皮疹、四肢及口舌麻木、精神症状。久服可产生耐药性或成瘾。有致畸胎作用。

〔注意〕 氯丙嗪、利血平、抗组织胺药、巴比妥、麻醉药、酒精可增强此药对中枢抑制作用。

10．溴化物（溴化钠、溴化钾、溴化铵）

〔适应症〕 神经官能症。

〔禁忌症〕 高血压、浮肿、禁盐者。

〔用法〕 三溴合剂（溴化钾、溴化钠、溴化铵各3%的水溶液）10毫升，每日三次，口服。

〔副作用〕 皮疹、记忆减退、嗜睡、精神症状。久服可蓄积中毒。中毒时应立即停药，给予生理盐水及利尿剂，促其排泄。

（六）中枢兴奋药：精神科常用兴奋药

1．苯丙胺（Amphetamine，Benzedrine）

〔适应症〕 发作性睡病、轻性抑郁症、肥胖症、儿童多动症、偏头痛、肌无力、麻醉药及催眠药中毒。

〔禁忌症〕 冠心病、恶性高血压及其他严重心血管疾病，精神运动性兴奋，严重抑

郁症有自杀倾向者，糖尿病，严重营养不良，肝功异常。此外，对老年、儿童慎用。

〔用法〕 每次5～10毫克，每日一次，作用持续2～3小时。

〔副作用〕 恶心、失眠、眩晕、欣快。久服可产生苯丙胺中毒性精神病（与精神分裂症妄想型相似）或药瘾。剂量过大可出现心动过速、血压升高、幻觉、抽搐、谵妄、昏迷。

〔注意〕 禁止长期应用。

2．哌醋甲酯（利他灵，Ritalin）

〔适应症〕 巴比土类药物中毒、麻醉过深、抑郁状态、儿童多动症。

〔禁忌症〕 癫痫、孕妇、高血压、兴奋不安病人。

〔用法〕 儿童每次5～10毫克，成人每次10毫克，每日2～3次，口服；最高日量80～200毫克。肌肉注射或静脉注射每次10～30毫克。下午四时以后不宜用药。

〔副作用〕 较少。偶有失眠、兴奋、焦虑、头晕、心悸、上腹不适、厌食。

3．哌苯甲醇（Pipradrol）

〔适应症及禁忌症〕 与哌醋甲酯相同。

〔用法〕每次1～2毫克，每日2次，口服，日量2～6毫克。

〔副作用〕 轻微。可有失眠、焦虑、兴奋、恶心、呕吐。过量可致抽搐。

4．氯酯醒（遗尿丁，Meclofenoxane）

〔适应症〕 抑郁症、脑外伤性昏迷、一氧化碳中毒、酒精中毒、震颤性谵妄、遗尿症及新生儿缺氧症。

〔禁忌症〕 高血压、各种感染。

〔用法〕 每次100～400毫克，每日1～3次，口服。至少服用一周。儿童每次100毫克，每日1～3次。用于昏迷者：每次250毫克，每2小时一次，肌肉注射，日量0.5～2.0克；或以250毫克溶于5％葡萄糖液250～500毫升中，静脉点滴；也可用注射用水或5％葡萄糖液制成5～10％的溶液（临用前配制），缓慢静脉注射。

〔副作用〕 失眠、兴奋、激动。

（七）抗癫痫药

〔治疗原则〕

（1）应根据癫痫类型和药物特性选择药物。

（2）要根据病情和药物反应及时调整剂量。理想是既能控制发作，又不产生副作用或尽可能少产生副作用。

（3）开始应选用一种药物，要达到最大治疗剂量无效时，可缓慢更换药物。

（4）在治疗过程中，一般不可突然停药。除了严重副作用外，需要停药者都要逐渐减药至停药。既使是更换药物，也应逐渐减少原来药物，逐步代替。

（5）坚持长期治疗。停止发作后应维持治疗两年以上，方可逐渐减药至停药；如果减药后又发作，仍须恢复原来剂量。

（6）服药期间，应定期检查血象及肝、肾功能，并经常注意可能发生的副作用。

常用抗癫痫药如下：

1．苯妥英钠（大仑丁，Dilantin）

〔适应症〕 癫痫大发作、精神运动发作，癫痫持续状态，三叉神经痛，洋地黄引起的室上性心动过速。

〔禁忌症〕 肝、肾功能不全及孕妇慎用。

〔用法〕 每次0.1克，每日2～3次，饭后口服；或每次0.25克，肌肉注射，每日2次；或每次0.1～0.25克，以5％葡萄糖20～40毫升稀释，以每分钟不超过50毫克的速度，缓慢静脉注射。

〔副作用〕恶心、呕吐、头晕、失眠、眼球震颤、共济失调、意识模糊、精神障碍、皮疹、贫血、粒细胞减少、肝损害、齿龈增生、畸胎、佝偻病。

〔注意〕 不宜与甲氰咪胍合用。

2．扑痫酮（麦苏林，Primidone，Mysoline）

〔适应症〕 癫痫大发作、局限性发作、精神运动发作。

〔禁忌症〕 肝、肾功能不全。

〔用法〕 每次0.25～0.5克，每日三次，口服。

〔副作用〕 嗜睡、头晕、共济失调、恶心、呕吐、皮疹、浮肿、贫血、白细胞减少及肝、肾功能减退。

3．三甲双酮（Tridione）

〔适应症〕 癫痫小发作。

〔禁忌症〕 肝、肾功能不全。

〔用法〕 每次0.15～0.3克，每日三次，口服。

〔副作用〕 毒性较大。常有恶心、眩晕、嗜睡、视力模糊。偶有嗜酸性细胞增多、药物热、皮疹、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症及肝、肾损害。久服可蓄积中毒。

4．乙琥胺（Ethosuximide）

〔适应症〕 癫痫小发作、点头状癫痫、肌阵挛性癫痫。

〔禁忌症〕 肝、肾功能不全。

〔用法〕 5％乙琥胺糖浆：儿童每次1～3毫升，每日2～3次；成人每次10毫升，每日2～3次，口服。

〔副作用〕 头痛、嗜睡、厌食、皮疹。偶有造血机能障碍。

5．酰胺咪嗪（痛痉宁，Carbamazepine，Tegretol）

〔适应症〕 癫痫大发作、局限性发作、精神运动发作及癫痫性精神病，三叉神经痛，心律不齐，尿崩症。

〔用法〕 每次100～200毫克，每日三次，口服。最高日量1.0克。

〔副作用〕 较小。可有厌食、眩晕、共济失调、皮疹、白细胞减少。

6．氯硝基安定（Clonazepam，Clonopin）

〔适应症〕 癫痫大发作、小发作、儿童运动发作、肌阵挛性发作及癫痫持续状态。

〔用法〕 每次1～2毫克，每日三次，口服。治疗量每日3～8毫克，最高每天20毫克。儿童初量0.05克毫／公斤／日，分2～3次服，逐渐增量。维持量为0.2～0.5毫

克／公斤／日。对癫痫持续状态，可用1～4毫克，以生理盐水稀释后缓慢静脉注射；或以4毫克溶于生理盐水500毫升，静脉点滴。

〔副作用〕 疲倦、乏力、厌食、痰多、烦躁不安、共济失调。长期应用可产生耐药性。

7．抗癫灵（Antiepilepsirine）

〔适应症〕 各类型癫痫。

〔用法〕 每次0.05～0.2克，每日2次，口服。儿童酌减。

〔副作用〕 无明显反应。偶有恶心、头痛、嗜睡。

8．丙戊酸钠（Sodium valproate）

〔适应症〕 癫痫大发作、小发作、肌阵挛发作。

〔禁忌症〕 孕妇。

〔用法〕 每次0.2克，每日2～3次，口服。递增剂量，日量可达1.2～1.4克。

〔副作用〕 较少。偶有头晕、步态不稳、皮疹、嗜睡、腹泻、一时性脱发。

〔注意〕 本品可提高苯巴比妥血浓度，降低苯妥英钠血浓度。联合应用时，宜适当调整剂量。

二、中医治疗

（一）精神病的辩证施治

1．清热泻火法

〔适应症〕 各类精神运动性兴奋，特别是伴有脉弦洪、苔黄、口干、唇燥、尿黄、便结等实热症者。

〔禁忌症〕 体质虚寒者。

〔方剂〕

（1）龙胆泻肝汤：龙胆草、紫胡、当归、车前子，焦山栀、炒泽泻各10克，木通、黄芩各6克，生地12克，甘草3克。

（2）四黄栀子汤：大黄30克，黄柏、黄连各6克，黄芩、栀子各10克。

2．清热养阴法

〔适应症〕 更年期精神病、老年性精神病兴奋多日，伴有心肾阴亏、阴虚火旺，有咽干、口燥、尿赤、便干、舌红苔剥、脉细数者。

〔方剂〕

（1）滋阴清热汤：生地、麦冬、沙参、丹皮各20克，石斛、花粉、枸杞、枣仁、菖蒲各15克，地骨皮24克。

（2）龟板地黄汤：菖蒲30克，龟板、龙骨、熟地、黄柏各15克，远志、知母、枣仁、当归、茯苓各10克。

3．活血化瘀法

〔适应症〕 躁狂症、反应性精神病、周期性精神病等兴奋不安、妄想、幻觉，伴有脉涩、瘀血征象。

〔禁忌症〕 体质虚弱、血气虚、有出血倾向者。

〔方剂〕

（1）桃仁承气汤：桃仁14克，芒硝3克，大黄15克，桂枝12克。

（2）癫狂梦醒汤．桃仁、香附各15克，青皮、陈皮、半夏、木通、大腹皮、赤芍、桑白皮、苏子各10克，甘草15克。

4．涤痰开窍法

〔适应症〕 各类精神病伴有舌苔白或黄腻、脉洪弦等有痰迷心窍者。

〔方剂〕

（1）涤痰开窍汤：南胆星、青皮、陈皮各12克，竹沥、半夏、广木香各10克，煅蒙石60克，天竺黄、石菖蒲、大黄、郁金各15克。

（2）解郁化痰汤：桔红、半夏、紫胡、郁金、香附、远志、菖蒲各15克，瓜蒌30克，胆星18克，竹茹10克。

5．安神定志法

〔适应症〕 各类精神病恢复期。

〔方剂〕 养血安神汤：当归、川芎各6克，白芍、生地、枣仁、柏子仁各10克，茯神、白术各15克，黄连3克，甘草5克。

6．养血补心法

〔适应症〕 精神萎糜、健忘的慢性精神病，伴有面色无华、脉细软无力、舌淡等气血两亏者。

〔方剂〕 麦门冬散或紫石英散。

7．温阳兴奋法

〔适应症〕 各种慢性精神病、木僵状态、抑郁状态，伴有面色苍白、舌质淡、脉细沉。

〔禁忌症〕 明显火热过亢征象者。

〔方剂〕 温阳兴奋汤：党参、熟地、淫羊藿、肉苁蓉、龟板各15克，附片、黄芪、炙甘草各10克，肉桂、干姜各6克。

（二）单方、验方

1．洋金花

〔适应症〕 各类精神病的精神运动兴奋状态。

〔禁忌症〕 高血压、心脏病、青光眼、发热及肝、肾功能不全。

〔用法〕 洋金花针剂（以含东莨菪碱计算）初次剂量1～2毫克，肌注，每日一次或隔日一次。以后酌情递增，一般用量为4～6毫克。口服可适当增加剂量。一般治疗反应，以达中等程度昏睡，持续3～4小时，自然苏醒为宜。10～20次为一疗程。

〔副作用〕 瞳孔散大、恶心、呕吐、尿潴留等。若产生高热、呼吸困难或癫痫发作，应及时静脉注射毒扁豆碱，中止治疗并对症处理。

2．马桑寄生

〔适应症〕 精神分裂症、反应性精神病、情感性精神病、周期性精神病。

〔禁忌症〕 心、肺、肝、肾疾患和体质衰弱者。

〔用法〕

（1）煎剂：生药初次剂量0.5～1.5克／公斤体重，口服。以后根据反应适当增减。一般剂量控制在一次疗程中癫痫发作不超过5次为宜。

（2）针剂：首次剂量为6～12毫克，以后酌情增减。剂量控制在每次治疗抽搐3～5次为度。每3～7天治疗一次，3～6次为一疗程。

〔副作用〕 恶心、呕吐、出汗、尿频、意识模糊、肌肉抽动、抽搐发作，个别有肝肿大、胃出血者。

（三）针灸疗法

1．针刺疗法

〔适应症〕 神经官能症。对重性精神病可配合其他疗法控制焦虑、不安、失眠等症状。

〔方法〕 根据主征，按脏腑、经络辨证循经取穴。选定主穴与配穴。每次取穴不宜过多。20次左右为一疗程。

（1）兴奋者：可采取快速进针、重刺法。选人中、大椎、内关、大陵、合谷、曲池、丰隆、太冲等穴。

（2）呆傻者：采取轻刺法。可选人中、心俞、神门、合谷、三阴交、足三里、隐白等穴。

（3）幻听：可选听宫、听会、医风等穴。

（4）失眠、多梦：可采取轻、中度结合刺激法。取神门、三阴交、隐白、太溪等穴。

（5）癔病发作：可采取中、强度刺激法。取人中、内关、合谷、神门、三阴交等穴。

〔注意〕

（1）发生晕针，应立即起针，对症处理。

（2）对督脉诸穴切忌深刺或提插。

（3）掌握准确穴位和进针的适宜深度，以防损伤重要脏器。

（4）多穴同时强刺激法（如五人进针法），不宜采用。

2．电针疗法

〔适应症及选穴〕 与针刺疗法相同。

〔方法〕 以针刺疗法的针柄连接电针治疗机的感应电流，以加强针刺的作用。电流脉冲之波型及电量可以变换、调节。应由弱到强，视病人反应增减。

〔注意〕

（1）治疗时，要密切观察病人的面色、呼吸、脉搏等情况。

（2）头面部穴位要保护好唇、舌、牙。并要防止抽搐发作。

（3）两侧穴位连线，严禁横过胸部或脑干。督脉穴位严禁上、下连线。

（四）气功与太极拳

〔适应症〕 神经官能症、心身疾病。

1．气功

〔方法〕 多采用放松功。其要点如下：

（1）松静自然：放松肌肉，消除杂念。

（2）动静结合：要求安静，但练到功夫时则有“气动”的感觉。

（3）意气合一：把练意（控制意念）和练气（调整呼吸）结合起来，用意念调整呼吸节律，进而意跟随气运行。

（4）循序渐进，持之以恒，切勿急于求成。

（5）练功时间开始由短逐步到长，每天1～3次。每次5～30分钟。

（6）练功完毕，缓慢起立，活动四肢。

〔注意〕

（1）练功前排空大、小便。

（2）空腹和饱餐后，不宜练功。

（3）身体不适或精神不振时，暂停练功。

（4）练功不得法，可产生精神症状，应注意予防。

2．太极拳

〔方法〕 应遵循以下要点：

（1）躯体舒松、动静结合：使身体舒松自然，重心稳定，思想集中，心情沉静。

（2）动作柔韧、呼吸自如：动作连贯、协调、柔和、稳定、灵活。呼吸任其自然，做腹式吸吸，逐步达到动作起吸、落呼，开吸、合呼，匀细深长，开豁自然。

（3）形意相合、劲力内蓄：用精神引导动作，做到意动身随。使劲力含蓄于内，不露于表。

三、电休克（电痉挛）治疗

〔适应症〕 情感性精神病抑郁型，精神分裂症木僵状态。此外，也可用于控制躁狂症、精神分裂症的严重兴奋躁动、自杀、伤人、拒食等危险症状。

〔禁忌症〕 脑器质性病变、心脏病、消化性溃疡、骨骼关节疾病、严重贫血、急性感染、青光眼、视网膜脱离、妊娠、老年、儿童、体质衰弱、及肝、肾疾病。

〔方法〕

（1）治前准备

①详细体检。做必要的化验、有条件的应做心电图、脑电图及脑部X线照片。

②每次治前测体温、脉搏、血压。

③治前四小时内禁食。

④向病人解释，消除恐惧，争取合作。

⑤准备各种急救药品和器械。

⑥治前排空大、小便，解开领扣、裤带，取出可动假牙及发卡。

（2）治疗技术

①病人仰卧于平整的治疗台上。

②臼齿间放置纱布卷，并紧托下颌。

③适当固定肩、肘、膝关节和四肢。

④放妥电极（两颞侧或额颞部，并涂有生理盐水）。

⑤原则上给予引起痉挛发作的最小电量。（交流电休克机一般为80～120伏特，通电0.2～0.6秒。直流电休克机为80～100毫安培，通电1～2秒）。

⑥典型反应为经过0.1～3秒的潜伏期后进入强直期（10秒左右）、阵挛期（30秒左右）和昏睡期（5～30分钟）。

⑦痉挛停止后，如呼吸恢复迟缓，应立即人工呼吸。

（3）疗程：一般隔日一次，必要时每日一次，6～12次为一疗程。

（4）改良方法：即无抽搐电休克治疗。治前应用琥珀酰胆碱5毫克／公斤，缓慢静脉注射，则治疗中无抽搐。此法可防止骨折，但心、肺合并症较多。宜用新斯的明0.5毫克，肌注，可以予防。

〔副作用〕

（1）头痛、恶心、呕吐。

（2）骨折与脱位。要保护好肢体、关节，托紧下颌，电量适当，可以予防。发生脱位立即复位。

（3）呼吸停止。在抽搐停止10～30秒内呼吸未恢复，应立即进行抢救。人工呼吸、给氧、注射呼吸兴奋剂可拉明等对症处理。

（4）心血管并发症：心肌梗塞、心律紊乱和循环衰竭等，应迅速进行抢救。

四、胰岛素治疗

〔适应症〕 精神分裂症、情感性精神病、某些顽固性神经官能症。

〔禁忌症〕 急性感染、发热、内分泌疾病、高血压、心脏病、肺结核、消化性溃疡病、老年、体弱、肥胖及孕妇。

〔方法〕

（1）治前准备与电休克治疗相同。

（2）病人于头一天晚8时后禁食。

（3）次晨空腹注射定量的正规胰岛素。

（4）注射后安静卧床，每10～20分钟测体温、脉搏、呼吸及血压，并观察反应。

（5）首次剂量8～20单位，以后根据低血糖反应程度逐日调整，每日酌增8～20单位。直到注射后三小时半至四小时内产生昏迷，且苏醒较快者为标准剂量。一般昏迷量多在100单位左右，少数人20单位即可昏迷，个别人也有300单位不昏迷者。最高剂量不应超过400单位。

（6）遇耐受性较高者，可采用曲折法。即每日剂量依次为40、100、200单位。如一次曲折无效，可重复曲折法。

（7）昏迷以后剂量调整：要根据前一天昏迷出现时间、昏迷程度及苏醒快慢，调整次日剂量。

（8）准确判断治疗中各期反应的症状和体征，严防昏迷过深。一般可将低血糖状态的全过程分为四期：

①朦胧前期：约在注射½～1小时后，出现嗜睡或乏力、出汗、口干、呼吸急促、

脉搏增快等。约持续1～2小时。

②朦胧期：意识模糊，思维缓慢、应答迟钝、少数人哭笑无常，但尚能理解周围事物，执行简单吩咐。约持续½～1小时。

③混浊期：意识混浊，定向力丧失，对各种询问用同样的简单回答。出现原始动作和反应，共济失调，面肌抽搐，唾液增多。少数可有癫痫发作。约持续½～1小时。

④昏迷期：意识丧失，对外界刺激无反应，瞬目反射消失，可有病理锥体束征阳性。一般以痛觉消失、角膜反射迟钝为指标。

少数人可无明显上述分期，也可不出汗而迅速进入昏迷，应提高警惕，及时终止治疗。对神经官能症的病人，宜在朦胧前期终止治疗。

（9）注射后四小时未达昏迷者，要终止当天治疗。

（10）首次昏迷后，应立即终止。以后适当延长，一般昏迷时间为5～10分钟，最长不超过20分钟。

（11）终止昏迷一般采用10～30%糖水，鼻饲，一次不宜超过500毫升。要使病人立即苏醒，可用20～50%葡萄糖20～40毫升，静脉注射。

（12）立即终止治疗的条件：

①出现深昏迷，如角膜反射消失。

②呼吸困难或紫绀者。

③心律紊乱，脉搏低于55次／分或高于140次／分，收缩压低于90毫米汞柱或高于160毫米汞柱。

④癫痫大发作。

⑤给鼻饲糖水20分钟仍无苏醒趋向者。

⑥其他临时并发症，如发热。

发生上述情况之一，立即静脉注射葡萄糖终止治疗，并对症处理。

（13）每天治疗一次，星期天休息。一般50～60次昏迷，为一疗程。

〔并发症〕

（1）癫痫大发作：立即终止治疗。经常发作者，可于每晚和治前一小时服苯妥英钠0.1克。

（2）稽延性昏迷：凡鼻饲糖水15～20分钟，再经静脉注射葡萄糖5分钟后，意识仍未恢复，即为稽延性昏迷，应立即抢救。予静脉注射25～50%葡萄糖60～100毫升，继之5%葡萄糖生理盐水500～1000毫升，静脉点滴。同时。肌注维生素$B_1$100毫克、烟草酸100毫克及吸入亚硝酸异戊酯。必要时，肌注可拉明、抗菌素，给氧，也可应用细胞色素C、ATP、辅酶A等。支持呼吸、循环功能，纠正电解质失调等。

（3）继发性昏迷：病人苏醒后，由于进食少或呕吐等，再度发生昏迷。应立即静脉注射葡萄糖，并鼓励进食。

（4）心力衰竭或周围循环衰竭：应立即静脉注射葡萄糖，并紧急进行内科抢救。

（5）吸入性肺炎及肺脓肿：昏迷病人，应头偏向一侧，使分泌物流出口外，鼻饲管勿插入气管，予防肺部感染。一旦发生，应暂停胰岛素治疗，并积极控制感染。

（6）变态反应：可在注射局部出现红斑或硬块；也可出现全身荨麻疹、呼吸困难、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。有的过敏反应可迅速进入深昏迷、伴有呼吸、循环衰竭。一般反应可给予抗过敏药物治疗，严重者应立即抢救，停止胰岛素治疗（改用其他疗法）。

五、心理治疗

（一）谈心疗法（支持疗法）

〔适应症〕 神经衰弱、焦虑性神经症、抑郁性神经症、各种精神病的间歇期或恢复期以及发作期的意识清醒状态。

〔方法〕

（1）建立良好医患关系，取得病人充分信任。

（2）了解清楚病人个性特征、发病的具体的社会和心理因素，及其与精神和躯体症状的关系，以及病人的主要心理矛盾。

（3）以关心、同情的态度，对病情作具体、客观的科学分析，并提出战胜疾病的方法。

（4）根据病情特点，分别采用指导、鼓励、保证、暗示、劝解、疏导、培养兴趣或调整环境等方法。可采取个别谈心，也可集体谈心。

（5）一般应使病人了解发病的基本规律，消除顾虑，增强治疗信心。达到由消极变积极；由悲观变乐观；由被动变主动。

（6）为了提高疗效，可以合并中、西药物治疗。

（二）行为疗法

〔适应症〕 恐怖症、强迫症、同性恋、酒瘾、药物依赖、儿童口吃或遗尿、精神分裂症衰退期。

〔方法〕

1．脱敏法：例如，对动物恐怖症的病人，让他由远而近，逐步接近动物，每近一步就给予鼓励，直至接触动物不再恐怖。

2．厌恶法：例如，对烟、酒瘾者，可于每次瘾性发作时，给予不良刺激（如注射阿卜吗啡），经多次结合后，可消除烟、酒嗜好。

3．标记奖酬法：例如，对病房里的病人，遵守制度、参加集体活动等正常行为，定期评定计分，合格者给予奖励，以增强病人的正常行为。

（三）催眠疗法

〔适应症〕

（1）心因性疾病的抑郁、焦虑、恐惧。

（2）癔病的感觉、运动障碍、睡眠障碍。

（3）心身疾病。

（4）顽固性不良习惯、癖等。

〔禁忌症〕

（1）重性精神病。

（2）癔病伴有鬼神附体症状。

（3）器质性疾病。

（4）对催眠恐惧或怀疑者。

〔方法〕

（1）首先测试病人的暗示性，应选择暗示性较高者。

（2）治疗室宜光线暗淡、肃静，具有医疗气氛。

（3）应有另一位医生或护士在场，协助工作。

（4）向病人说明治疗方法、目的、意义和需配合的要求。

（5）开始请病人听单调、重复的声响或凝视眼前发光的物体。

（6）几分钟后，医生以柔和、坚定的语调反复暗示说："现在你已经疲倦了，全身肌肉放松了，眼睛要闭上了，要睡着了……。"

（7）进入睡眠后，可以启发、追索病因，了解压抑的痛苦情绪。

（8）根据病情特点进行暗示。如对癔病瘫痪者，可以反复说"经治疗以后，你的肢体能动了，动一动看，能动了……。"

（9）治疗结束时，可以说："好了，治疗结束了，你可以舒舒服服地睡一觉，睡醒后你一定会头脑清醒。"一般醒后无不适。

（四）精神分析疗法

精神分析是以弗洛伊德学说为理论基础的一种心理治疗。这个学说认为精神疾病是患者既往存在着严重的心理冲突，其本能欲望被压抑在无意识之中，而形成各种精神症状。通过自由联想、情感转移和解释工作，可使疾病治愈。

（五）生物反馈疗法

此疗法是近年来才诞生的。它是让病人知道自己的生物反应，把自己置于他产生的生理反应的回路之中。利用专门的仪器，对生理功能进行探查、放大，又通过记录和显示系统，将信息转变为信号和读数，使本人感觉到这些功能变化。如此反复进行，就能把感觉与某些功能联系起来，逐步做到有意识地控制某种病理过程，促使功能恢复，达到治疗目的。目前，此疗法尚在不断地创新和改善，未能普遍开展。

六、工娱治疗

〔适应症〕 各种急、慢性精神疾病，及其间歇期或恢复期。

〔禁忌症〕 意识障碍、极度躁动、高热或其他严重的躯体疾患。

〔方法〕

（1）要有专人组织指导，并应与患者一起活动，为病人做示范。

（2）可在院内或院外进行，也可分散或集中活动。

（3）宜设较宽敞的工娱疗室，也可设工疗车间或农场等。

（4）娱疗：可组织听音乐，看电视、电影、画报、小说、讲故事，学习书法、绘画、雕刻、泥塑、棋类等。也可在室外做广播操、跳绳、打球、游戏、打太极拳、郊游等。

（5）工疗：因地制宜，选择开展种植、饲养、手工、缝纫、洗涤、刺绣、编织等。

（6）要根据病人的病情、年令、体力、职业、爱好、习惯、文化程度等，分别安排不同的活动。

〔注意〕

（1）应热情、启发、诱导、鼓励患者参加活动，不要强迫命令。

（2）注意劳逸结合，活动时间不宜过长。

（3）对劳动中做出成绩或文体活动中获优胜者，应表扬或奖励。

（4）各种活动中，都要注意安全。对有自杀、伤人、破坏、出走等企图者，更应防止意外。对于刀剪、农具、绳索、棍棒、火种等使用，要有一定限制。用前须选择病人，并有专人看护，用后要清点数目。

（5）对病人在活动中表现，应密切观察，详细记录。定期总结疗效。

（张庚吉　王荣良）

第四节　住院患者诊疗程序

住院患者的诊疗程序，就是医生按有关医疗原则制度和各种常规对住院患者进行有步骤地诊断和治疗的全过程，亦即患者入院时，住院期间、出院后医生有次序进行地全部工作过程。由于各单位的条件不同，规定不一，存在着小异，但基本是一致的。现按入院、住院期间和出院三个阶段分别加以叙述。

一、入院

1．病房医生按入院通知单填写的床号或按病房排好的医生收新病人顺序接收新病人。接待时，应主动、热情、和霭、亲切。

2．在陪护人和护理人员更衣和收集危险品时要详阅门诊病历，注意有无躯体疾病，自伤伤人，毁物和出走等情况，如有急需处置的问题，要及时处置。

3．继之经治医生采取病史，病史采取完了，在陪护人没有离开之前，要粗察病人或重点检查病人（先体格检查，后精神检查），如发现需要向陪护人交待的问题，要交待清楚，否则只交待一下探视制度和诊疗原则便可，以争取家属和单位的配合。

4．根据病史和粗查结果进行医嘱，包括所需要的辅助诊断。

5．书写当日病程记录。

二、住院期间

1．入院三日内对病人的体格、精神进行从简到繁、细致认真的检查，参阅各班病情报告和护病记录，收集有关资料，完成病历书写，交主治医师或主任查阅；

2．按入院诊断和治疗方针进行系统地常规治疗，认真听取早会病情报告，定期参阅护病记录。

3．查房和巡视时注意病情变化，有无药物反应和躯体疾病，按要求常规进行理化检查，医嘱，填写病程记录，及时核对医嘱执行情况，关心病人生活，作好心理治疗，鼓励参加工、娱疗。

4．经系统常规治疗一个月，病情无改善时，要全面进行一次检查，找出影响病情

改善的因素，提出下一步治疗措施，请主治医师或科主任审查批示执行。

5．经系统常规治疗3～6个月，获得基本治愈或治愈的病人，可考虑出院问题；若病情仍无明显改善，要确定是否疾病本身的必然结果，还是在诊断上或治疗上需要重新考虑和研究，同时请上级医生会诊确定之。

6．在规定时间内，难以确诊的病例，不仅在查房和巡视时做为重点观察和检查对象，平时也要多接触和观察。必要时进行随访和请求会诊。

7．对住院治疗的病人经常注意予防合并症的发生，如有发生，要及时采取措施，若发生较严重的合并症，除积极采取措施外，要及时报告上级医生。

三、出院

1．病人出院前，要进行一次系统的精神检查，反复核对病史，正确判定疗效，详细告之病人出院后的注意事项，鼓励其战胜疾病的信心。

2．出院时按规定开好有关书面资料，交代家属和单位如何护理好病人，约定复查日期。

3．做好出院总结交主治医师或科主任，死亡病例填写死亡报告单上报医务科。

4．参加科主任领导的出院病历复查会议，以确定最后诊断和找出经验教训。

（项全富）

第五节　出入院标准及疗效判定

一、入院标准：

1．癫痫的持续状态，需急收入院。

2．精神病人由于自杀企图或误服过量抗精神病药物者。

3．各类精神病人长期拒食、木僵、营养不良或体质衰弱者。

4．各类精神病人兴奋不安，毁物、伤人、易发生危险或衰竭者。

5．抑郁症易自杀者。

6．神经症症状牢固，不易治愈，不宜门诊治疗者。

7．诊断不明需入院观察确诊者。或门诊治疗疗效不佳者。

8．其他需住院系统治疗者。

二、不收容住院病人条件：

1．患有肝炎、结核等传染性疾病急性期。（有传染病房者例外）

2．原发或症状性癫痫无精神障碍者。

3．人格异常或类变态人格，器质性痴呆者。

4．经过精神科治疗，已有明显精神衰退者。

三、出院标准：

1．各类精神疾病经治疗达“痊愈”、“显著进步”、“进步”者。

2．癫痫持续状态已终止，意识清醒，一周无发作者。

3．各类精神疾病久治不愈，而走向衰退或痴呆者。

4．经治疗后，仅遗有人格改变或脑衰弱综合征者。

5．精神发育不全或脑器质性精神障碍的紊乱性兴奋、激情等症状得到控制或消失者。

6．住院病人发生严重并发症，医院无条件诊治者。

四、疗效判定标准：

疗效判定是统计精神疾病的治愈率、复发率的依据。关系到病人可否再入院，对疾病诊断是否准确，验证药物的效能如何？对于精神科科研工作有重要意义，并对病人的前途具有现实意义，所以在衡定病人的疗效准确与否是十分重要的。

（一）疗效衡定分级指征：

1．痊愈：精神症状完全消失，自知力恢复，适应环境和料理生活良好，估计出院后能恢复病前劳动能力者。

2．显著进步：精神症状基本消失，自知力大部分恢复，适应环境和料理生活基本正常，能从事一般工作者。

3．进步：精神症状有改善或主要精神症状消失但遗留人格改变或其他缺陷，自知力基本未恢复，日常生活能自理，但不能恢复正常工作者。

4．无效：精神症状无改变或恶化者。或趋向衰退或痴呆（器质性），缺乏自知力，不能料理生活和劳动者。

（二）疗效衡定注意点：

1．症状消失与自知力恢复间的不一致性。如疑病妄想或有强迫症状的病人，有自知力但症状可不消失。

2．药物付作用的影响：既不能把药物所致的迟钝、少动、嗜睡等看成原发病，也不能把药源性抑郁，企图自杀看成是疾病的本身。在衡定疗效时也必须估计在内。

3．正确理解“自知力”的概念。

4．掌握病人的文化水平、智能情况及病前的个性特征。

5．经常深入和接触病人，准确掌握病情，观察病人与医护、患、家属接触时的情感表现，参加工娱疗的态度、劳动能力等。

（项全富　赵天任）

第六节　精神科住院病志书写格式与要求

一、精神科病志

病志是病人患病后诊疗经过与转归的记录，不仅是诊断与治疗的依据，也是总结临床经验、进行科研的原始记录。病志书写的好坏、内容真实完整与否，对于诊疗工作起着重要作用。在精神科疾病的诊疗中，目前由于许多常见精神病尚无特异性诊断指标，所以详细了解病史、周密观察症状，及时、完整记录非常重要。为使临床医生在病志书写时有所遵循，制定如下提纲，供书写病志时参考。

（一）精神科病志书写的要求

1．病志书写必须严肃认真、内容真实、具体、不得笼统、含糊或揣测，病情变化力争做到及时记录。

2．病史应按时间顺序记载。由于许多精神病人不能主诉其患病经过，须靠家属、同志或熟悉病人情况的人提供，对于所提供的材料应按时间顺序归纳整理后再记录之，但必须保持原意，并避免用精神科术语。

3．病志书写必须字迹清楚、整洁、易认，不得涂改、剪帖，防止错别字。简化字应以国家公布的为准。

4．病志内容应做到字句简练，语法通顺，内容充实。即要描述病人的具体表现，又要识别是何症状。对于病史资料不清楚的部分，应尽量了解清楚，补记于病志中。

5．病名、症状名称应按统一规定名称用中文书写（无统一规定名称或中文名称者例外）药名用中、外文书写均可。外文缩写，要按国家规定或国际惯例书写。

6．病志记录的日期和时间，统一用阿拉伯数字书写，急症记录应标明记录时间。

7．病志中应用的数字，个位数用中文（一、二、三……）书写，十位以上数，小数，分数均用阿拉伯数字写（如12、25%，0.5cm……）。

8．住院完整病志，须在病人入院后72小时内完成，由记录者签名盖章后交主治医师或科主任审阅修改。如主治医师或科主任阅后认为需要重新书写时，记录者应重新书写之。

实习医生、进修医生，低年资住院医生必须书写完整住院病志，高年资住院医师，主治医师等可写简要住院病志，具体划分可根据各医院不同情况自行规定之。

9．病人出院后，经治医生应在三日内将病志各项资料（包括护理部分）按规定顺序整理，写出出院总结，填写有关登记或卡片后交科主任（或主治医师）审阅签字后交病案室保存。

10．对于自本院出院不足一年的病人，再入院时可按再入院病历书写。对于检查不合作的病人（如木僵者）可按不合作病历书写（具体要求可见“再入院记录”，“不合作病人精神检查记录”提纲。）

（二）精神科病志书写格式与内容

1．一般自然情况：包括姓名、性别、年龄、首次发病年龄、婚姻状况、职业、文化程度、政治面貌、籍贯、家庭住址、工作单位及负责人、联系电话、病史提供者姓名及与病人的关系、病史可靠程度、入院日期、病史采取日期等(年令应以周岁计算)。

2．病史部分

（1）主诉：内容包括主要症状与病期。书写时力求简明扼要、重点突出。如“胡言乱语、吵闹不休、伤人毁物、彻夜不眠已五天”。

（2）现病史：是指从发病到入院的全部病程经过，包括：

①发病的原因或诱因，躯体因素、精神因素和其他因素，并注明这些因素与发病的关系。

②起病形式：急性、亚急性还是缓慢起病？从何时开始发现精神有改变，早期表现是什么？何时开始出现明显的精神障碍，及其以后的演变如何？有无影响病情变化的因

素？整个病程经过是持续性的逐渐加重，还是周期性发作，间歇期有无规律性？在进行性发展过程中，病情有无波动性？其波动的诱因是什么？如系多次发病，要依次记述每次发病的时间，症状特点，诊断、治疗经过和效果，间歇期是否完全恢复正常。记录要尽量具体，亦可举例说明。

③病后个人生活料理如何？对自己疾病的认识和态度如何？有无主动的治疗要求。

④病后曾否经过其他医院的诊断、治疗？治疗方法、用药剂量及效果如何？有无明显的付作用与合并症？

⑤家庭或单位对病人的看法如何？来诊的目的和要求，有无需要持殊说明的问题。

⑥其他：包括有助于鉴别诊断的资料或某些重要的阴性资料等。

（3）既往史：应重点询问有无脑外伤、抽搐、中枢神经系统感染和中毒病史，精神病史。对过去的疾病应了解发病时间、病因、症状表现和病期，以及当时的诊断、治疗经过，有无残留症状，病后的生活和工作能力恢复如何？有无智能缺损和性格改变？患病前有无过度的饮酒史和药瘾，有无冶游或性病史，有无严重的躯体疾病史及药物过敏史。

（4）个人史：指病人自母孕期开始至发病前的整个生活经历。在采集个人史时可根据病人的不同情况重点的了解和记录。如年幼病人应侧重了解母孕期情况（母亲的健康状态，是否用药、妊娠反应等）、病人出生和发育情况、和学令期情况；成年病人则应侧重了解其生活经历、教育、工作、婚姻、性格特征等；女病人还应注意了解月经和孕娩情况。个人史包括：

①母孕期（胎生期）：母亲的健康状态如何，曾服过那些药物，有无外伤、感染史、精神状态如何。

②出生期：病人出生时是否顺利，是否足月。有无难产、外伤、假死等情况。

③发育情况：包括婴儿期、幼年、少年和青年时期的发育、成长情况，以及各时期的兴趣、爱好、性格变化、智力发育等。

④教育情况：包括入学的年龄，学习态度，学习成绩、与同学、老师的关系如何，有无逃学、留级、辍学、上课时注意力不集中等，其原因如何。

⑤工作情况：何时参加工作，对本职工作的兴趣和爱好如何，工作能否胜任，是否认真负责，独立处理工作的能力如何，与同志间关系怎样，在工作中曾否受过挫折和奖惩，是否经常调换工种，其原因如何。

⑥婚姻状况：恋爱或结婚有否挫折，夫妻感情如何，配偶的年龄、职业、性格如何。性生活是否和谐，有无性欲反常和其他异常的性行为。

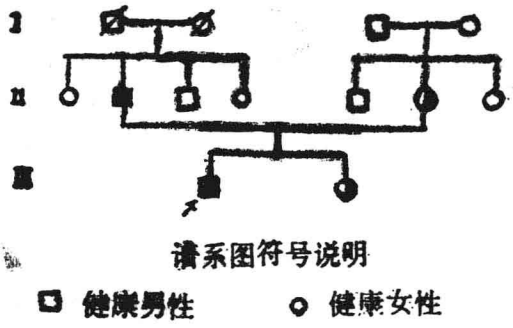
⑦月经及生育情况：包括月经初潮的年龄，周期规律，经期情绪变化，闭经年龄，闭经前后的精神状态，生育情况和子女健康状态等。

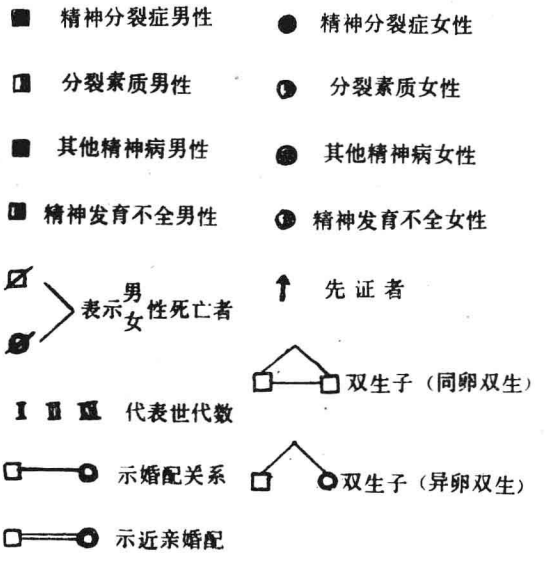
⑧个性特征：个性是指一个人在一定的社会条件和教育影响下所形成的比较固定的特性，即对客观现实的基本态度以及与这些态度相应地、经常性的行为方式。它包括兴趣、爱好、气质、素质、理想、信念、道德品质、责任心、荣誉感、社交能力、生活癖好等等。了解时应注意其倾向性、稳定性和有无突出的人格特征，描写时力求具体真

实。可根据病前的个性特征，判定出相应地神经活动类型或某种特殊人格。

（5）家族史：着重了解父、母系三代亲属中有无精神病患者和人格异常者。如有，应了解与病人的关系，发病原因及主要表现，诊疗经过和结局。家系中有无精神发育迟滞者。有家族遗传倾向时应绘制谱系图以显示其遗传关系。

附：遗传谱系图图例





3．检查部分：

（1）体格检查：可参照一般诊断学基础或按体格检查表要求，逐项检查后认真记录。

（2）神经系统检查：由于部分精神疾病与神经系统结构和机能有密切联系，故神经系统检查应列为不可缺少的一部分。检查时可根据病情有重点的进行，发现阳性神经系统体征时则应详细检查和记录。（神经系统检查方法见神经内科学）

（3）实验室检查：包括血、尿、便常规，肝功，胸部X线透视等。其他特殊检查，如脑电图（EEG）、心电图（ECG、EKG）、脑血流图（脑电阻图，REG）、脑脊液（CSF）、气脑造影、脑血管造影、脑CT等可视病情和诊断需要决定。

（4）精神检查：

①精神检查方法：

A启发式：首先由检查者向病人说明检查的目的和所要了解的问题，而后让病人自由畅谈、通过病人的叙述可以了解其一般的思维内容和联想过程有无障碍，同时随着其谈话的内容也可观察病人的情感反应、行为表现与内心活动是否配合。

B．询问式：检查者可根据病史介绍及同病人交谈中发现的问题，有目的的向病人提出一些问题，以进一步了解其内心活动。这种方法主要用于检查病人的内心活动，如

幻觉、妄想内容和智能状态等。

C．观察法：通过观察可以了解病人一般精神状态，如接触情况，适应环境的能力，个人生活料理情况，一般动作与行为表现。特别是对于检查不合作的病人，则主要通过观察了解病人的精神状态。在观察中也可以给病人以适当的刺激看其表情和动作有无相应地反应。除对病人直接观察外，还可以通过查阅病人的书信、学习笔记、日记、绘画等材料观察其有无精神障碍。

②精神检查的注意事项：

A．精神检查成功与否，首先在于取得病人的合作，所以检查时医生必须对病人有高度的同情心和责任感。检查时态度要严肃诚恳、和蔼可亲，以取得病人的信任与合作。

B．在精神检查前，应首先熟悉病史，以便有的放矢地根据病史资料进行检查与核对，但也不应完全受病史的约束，以便发现新的精神症状。

C．谈话方式要自然灵活，由浅入深，避免审问式。开始时应用习惯性谈话方式，谈一些病人的日常工作、生活和家庭情况，待解除病人的紧张心理和思想戒备后，再逐步深入。如检查时涉及病人某些妄想内容，患者取回避态度时，可转换话题或以委婉的方式逐渐渗透或再次检查。

D．检查的顺序不要刻板、教条，检查内容可随病人在交谈过程中的情绪变化，机动灵活的掌握，这样有助于检查的成功。

E．精神检查的时间：除个别情况外应在病人意识清晰状态下进行，持续时间以不引起病人的过度疲劳和反感为宜。如一次检查未能达到要求，可分次检查，不必强求一次全面成功。

F．检查时可做简要记录。但由于病人存在妄想等因素产生怀疑时则不应当面记录，以免引起病人顾虑而影响检查效果。

G．检查中对于病人提出的问题，不要轻易给予不恰当的答复或表态（肯定或否定）。对于病人提出的合理要求，应给予解决或适当的解释，这样不仅有助于取得病人的合作，而且有利于更深入地检查。

H．为了全面了解病人的情况，检查者除与病人直接接触外，还应与护理人员、恢复期病人配合起来，以便了解更多的临床资料。

③精神检查内容

A．一般表现：包括如下内容

a．仪表：即病人给我们的外表印象。如病人在入院时是顺从的步入病房，还是在强制下入院。一般发育如何、年貌是否相称。衣着是否整洁，有否奇装异服或特殊的修饰和打扮。姿态是否端正，自然大方还是拘谨、忸怩、对人很有礼貌，还是骄横、傲慢等。

b．意识状态：意识清晰还是伴有意识障碍，其程度如何。

c．定向力：对时间、地点、周围人物和自身状态能否正确辨认。

d．接触情况：主动还是被动，检查是否合作。对周围事物的态度如何。对环境变

化能否引起病人相应的反应。

e．日常生活能否自理。饮食、更衣、洗漱、入厕等能否自己照料。个人卫生如何。对于病室内组织的一些活动能否主动参加。有无主动要求和打算。睡眠情况怎样等。

B．认识活动：包括

a．感觉和知觉：有无感觉障碍及其性质和范围如何；有无错觉和幻觉。其具体内容和性质如何，经常出现还是偶尔出现，持续时间如何，这些改变与病人其他精神活动的关系怎样；有无感知综合障碍，其具体内容如何，经常还是偶尔出现，持续时间如何，对病人其他精神活动的影响如何。

b．思维：

病人的思维过程（联想过程）有无障碍，语量增多还是减少，语流快还是慢，回答问题主动还是被动，谈话时言语有无中心，条理是否清楚，言语连贯还是杂乱无章，语法结构有无错误，有无音联、意联，有无重复、模仿、刻板性言语等。谈话时音调高昂还是低沉，有无喃喃自语。有无强迫观念和强制性思维。

病人的思维逻辑如何，有无概念混乱和推理错误，有无象征性思维、逻辑倒错性思维，有无语词新作等症状，其具体内容如何。

有无妄想和其他病理观念。妄想的具体内容如何，原发性还是继发性，妄想的系统性如何，是系统的，固定不变的，还是多变的，病人对妄想的态度如何，是坚信不移，还是持无所谓态度，与妄想存在的同时是否伴有其他相应的行为等。

c．注意力：在谈话时病人的注意力是否集中，能否主动注意周围事物的变化，有无注意增强或注意涣散。注意与情感和思维的关系如何。

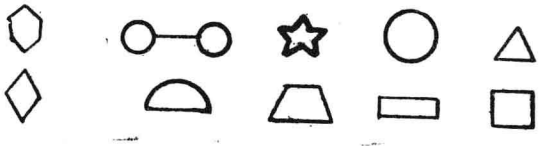
d．记忆力：包括近记忆、远记忆和记忆的保持力三个方面。记忆的检查方法除通过询问的方式外，也可通过观察发现有无记忆障碍，如发现病人经常找不到自己的床位和房间，则很可能有记忆障碍。

（a）瞬时记忆力：

告诉病人一些数字，如3—8，2—4—7，9—4—6—3，8—5—7—1—9，0—6—4—9—5—2等，请病人立即照样复述或反过来复述。正常者顺读一般可达六位数以上，逆读可达四位以上。

介绍给病人陌生的4—8位医务人员，并告诉其姓×，立即让病人说出这些人的姓，看其能否正确记忆。

给病人讲一个故事（没有听到过的），其内容包括一些数字和名称，请病人立即复述出来。



将上列图形让病人注意地看30秒钟后，让病人忆出这些图形的名称或画出这些图形来。

（b）近记忆检查：近记忆是指24—48小时内所经历的事件的回忆。检查时可让病人回顾一下近两天内发生的事件。如来院的经过，每餐的饮食品种，当日广播的重要新闻和病室内的一些活动等。

（c）远记忆：是指对24—48小时以上发生事件经过的记忆。检查时可让病人叙述一段自己过去的历史或经过的事件。根据其回忆情况确定有无记忆减退、遗忘症及记忆错误，如错构、虚构、似曾相识感和旧事如新感等。如发现有遗忘时，应注意是顺行性、逆行性还是阶段性遗忘。

e。智能：智能是智慧与能力的综合，是人们认识客观事物并运用知识解决实际问题的能力。可通过其计算力、理解力、判断力、普通常识和专业知识的测验进行了解。检查时应根据病人的年龄、职业、文化程度等不同特点进行。

（a）计算力检查：心算，常用100—7，依次递减，直至余2为止的方法，视其需多长时间和出现多少错误。一般人需45秒至一分钟即可完成。也可提出一些简单的应用题让病人运算。

（b）理解力检查：理解力就是人们透过现象了解事物本质的能力。可以向病人提出一些问题或讲述几个简短的故事或寓言，让病人解答或说出其意义来。例如：

为什么冬天常穿深色的衣服，夏天常穿浅色的衣服？

出生就耳聋的人，为什么常常不会说话？

四化建设为什么必须坚持四项基本原则？

“东郭先生和狼的故事”说明什么？

“过河拆桥“坐井观天”“阳奉阴违”“大公无私”……是何含义？

（c）判断力检查：判断力是指人们对各种事物或客观现象，通过分析、综合、对比而得出的结论。判断的正确与否有赖于人们的智能水平、生活经验和思维能力。在精神病人中由于受某些病态心理活动的影响，可能会出现特殊的判断和推理，所以测验病人的判断力，不仅可以了解病人的智能情况，有时亦可发现病人某些特殊的思维障碍。判断力与理解力有密切关系，所以检查时宜一起进行。其方法，可提出一些问题，让病人找出其相同点和不同点。如：

冰与水，小孩和矮子，……的区别。

说出下列名词的相同点和不同点：

橘子—香蕉；自行车—飞机；报纸—杂志；虎—猫；苍蝇—树；木柴—石油；量杯—尺；

说出下列各词的含义有何不同：

谦虚与自卑；幻想与理想；活泼与轻浮；罪恶与错误；尊敬与奉承；真理与理论；

（d）一般常识测验：可根据病人的文化水平、生活经历、职业等进行测定。一方面可了解其智能损害程度，另一方面也可以看出病人对周围事物的态度。检查方法可灵活掌握，如：让病人说出四种蔬菜的名称；四种水果的名称；四种交通工具的名称；国

内四大城市或四大河流的名称；四个国家首都的名称；各个重要节日在那一天，党和国家主要领导人，以及历史、地理、政治时事等方面常识。

（e）专业知识测验：可根据病人职业和文化水平等特点进行。

智能检查是一项细致的工作，不仅要注意病人的特点，也要注意其当时精神状态。当病人处于紧张、焦虑、嗜睡、疲劳、意识障碍时很难获得满意的结果。在检查时应先让病人了解这项检查的意义，取得病人的充分合作。如病人处于兴奋、违拗时待其安静、合作后再进行检查。

f．自知力（内省力）：是病人对其精神疾病的认识能力。如果病人对自己疾病的主要症状能够正确认识和判断（理解为病态）并能说出患病的原因和经过，有主动就医的要求，情感反应适切，则认为自知力存在。如只能承认有精神病，但说不出具体症状表现，亦无治疗要求则视为自知力缺失。

C．情感反应：

情感是人们对客观事物或对象所产生的态度和主观体验。检查方法：一是对病人情感体验的客观观察；二是询问病人的主观心情。观察病人的表情丰富还是呆板；腼腆、羞怯还是焦虑、恐惧；对人冷淡还是热情；有无愁眉苦脸或痛哭流涕。注意病人情感的强度如何，高涨还是低落；欣快还是痛苦；情感的稳定性如何，表情固定不变、少变、还是多变。表情与内心活动是否互相配合；有无傻笑、空笑或愚蠢样情感；有无情感矛盾或倒错；有无病理性激情。病人的情感变化与其思维活动、行为表现是否相互协调。为了观察病人的情感反应，检查中亦可根据病人具体情况给以适当的刺激，看能否产生相应的变化。

D．意志与行为：

检查时应注意病人的意志活动如何，病人对客观事物的主动性、积极性如何，处事是否果断，毅力如何，能否克服在各项活动中遇到的困难，有无主动要求。病人的动作如何，增多还是减少？行为表现有无目的性，是相互协调的还是杂乱无章的？有无怪异动作或愚蠢动作、幼稚动作。有无强制性动作，刻板动作和模仿动作。有无突然冲动、破坏行为。有无违拗、木僵、腊屈、被动服从等紧张症症状？有无高级意向减退，低级意向增强？本能活动有无障碍，如拒食、贪食、异食、性欲反常等。有无伤人、自伤、无故出走等行为。检查时应注意其意志与行为的稳定性如何，是持续性的还是阵发性的？并应注意观察行为与其他精神活动的协调性如何。

4．病历小结与分析：

（1）病历小结：包括病史摘要、阳性体征（体格检查、神经系统检查，化验检查）、主要精神症状等，可用医学术语进行概括。

（2）病历分析：根据病史与检查提出诊断，诊断依据、鉴别诊断、鉴别要点。在病历分析中亦可提出疑点及须要进一步检查的事项。根据病情和诊断提出治疗原则、治疗计划和应注意的问题。在提出诊断时，如同时伴有其他疾病按主次顺序排列分别列出。

〔附〕 一般住院病历格式

一 般 资 料

姓名、性别、年令、首次发病年令、婚姻、职业、民族、文化程度、政治面貌、宗教信仰、籍贯、家庭住址、工作单位、联系电话、病史提供人及与病人的关系、病史可靠程度。入院日期、病史采取日期等。

病　　史

主诉：

现病史：

既往史：

个人史：

家族史：

体 格 检 查

神经系统检查

实 验 室 检 查

精 神 检 查

一、一般表现

1．仪表

2．意识状态

3．定向力

4．接触情况

5．日常生活

二、认识活动

1．感知觉障碍

2．思维

3．注意力

4．记忆力

5．智能

①计算力

②理解力

③判断力

④一般常识测验

⑤专业知识测验

三、情感反应

四、意志与行为

病历小结与分析

诊断及依据

鉴别诊断与鉴别点

治疗计划

医生签名

年　月　日

（三）不合作病人的精神检查与记录

1．一般表现和行为：

病人意识是否清楚，如有障碍其程度如何。姿态自然还是拘倔，固定的还是经常改变？如将其置于一种不舒适体位时有何反应？对环境接触如何，外界变化能否引起反应？对工作人员的态度如何，服从还是恐惧或拒绝，有无违拗、作态、嘻戏或突然冲动、伤人、破坏或自伤（自杀）等行为。饮食、睡眠如何，能否主动进食，大小便能否自理，有无大小便潴留，衣着是否整洁，个人卫生能否料理，有无流涎和唾液潴留等。

2．面部表情和情绪变化：

表情安静、呆板还是痛苦、恐惧样，有无警惕或疑惑不解样表情。表情固定、少变还是经常改变，表情变化与环境关系如何。如突然给予刺激，是否知道躲避，针刺或予以疼痛刺激表情有无变化。

患者的情绪是处于高涨、欣快，还是焦虑不安？在他人谈及其有关事情时病人有无相应的情绪变化。除观察其面部表情外还应注意其脉搏、呼吸、血压方面的改变，以及有无流泪、出汗、颜面苍白或潮红等改变。

3．运动及肌肉反应：

病人动作如何，增多还是减少，是协调的还是紊乱的。令其张口，伸舌或作某种动作时，是否顺从。反应迅速还是迟缓？有无木僵、腊屈、违拗、机械服从、刻板、重复等动作。有无怪异动作和攻击行为。病人的肌力、肌张力如何，刺激其肌肉时能否引起反应。

4．言语

患者缄默不语，还是喃喃自语。言语内容能否听清，具体内容是什么，是系统的还是支离片断的，问话时能否简单作答，是否伴有手势或用其他动作回答。有无模仿、重复或刻板言语。外界因素能否引起其言语的改变。言语内容与其他精神活动是否协调。

5．书写：

病人能否自动书写，或用书写代替答话。书写的内容和笔迹如何。必要时将其书写内容附于病历上或摘抄于病历上，作为诊断参考。

（四）再入院病历书写提纲

书写再入院病历，只限于自本院出院时间不满一年而再次入院的病人。出院时间超过一年以上时，仍按完整住院病历要求书写。

再入院病历要求：

1．一般资料与完整住院病历要求相同。但在首页第一行中标明“再入院病历”字样。

2．病史部分

（1）主诉及现病史，重点记录前次出院后的情况。内容要求同一般病历。

（2）既往史、个人史、家族史，如原住院病历内容充实，本次无新的补充或变更时可以省略。

3．检查部分

（1）体格检查及神经系统检查，应按新入院病人全面检查，记录时可综合叙述，记载阳性体征（或按体格检查表要求填写）。

（2）精神检查，仍按精神检查者要求全面检查，检查所见可综合性的加以叙述、不必分项书写。

4．病历小结、诊断、治疗计划等与一般病历要求同。

5．书写再入院病历时，应参阅原病历，以便了解上次住院时的诊疗情况。

（五）病程记录

病程记录是病人自入院后至出院这一时期的病情变化、诊疗经过和其他有关事项的记录。书写内容和注意事项，具体要求如下：

1．书写要求：

（1）病程记录应在住院病历后，另起一页书写，并在第一行中间标明“病程记录”字样。

（2）记录时间：对新入院病人应连续记录三天。入院当日应记一次较详细的记录，主要记载病人入院当时的一般情况，主要精神表现，查体所见、印象诊断和处理经过。第二日则重点记录病人入院后的生活料理情况、睡眠情况和精神检查的主要所见

等。第三日记录病人三天来的精神变化，治疗方法，用药后的反应以及病人对住院的态度和要求等。以后根据病情变化随时记录。无特殊情况，一般新入院病人，可每周记录一次；慢性病人或反复发作、多次住院而病情波动不大者，每两周记录一次；急性病人，症状已经消失，而改为三级护理者，亦可两周记录一次。对慢性衰退人，症状变化不大者，经主治医师或科主任批准，可延长至每月记录一次。病人的病情突然变化，或改变疗法或停疗时，应随时记录。对危重抢救病人或有合并症时，每天随时记录抢救情况和病情变化。

（3）病程记录要求多叙述事实经过和具体内容，不要只用精神科术语抽象地加以概括，可根据事实经过和具体内容进行认症和分析。

（4）对病人的病情变化（精神症状和躯体情况）记录时应保持其连续性，如哪些症状减轻了，哪些症状加重了，又出现哪些新的症状等。

（5）记录的日期和时间应单列一行，记录内容应另起一行书写。

（6）每次记录后，医生应在最末一行的右侧签名或盖章。

（7）病程记录原则上不准涂改，如有涂改时记录者应在涂改处盖章，以示负责。

2．病程记录内容：

（1）病人的主诉症状；

（2）精神检查情况和日常观察精神状态的变化；

（3）躯体检查情况，各种并发症及治疗中产生的付作用，以及对这些合并症或付作用的处理经过和结局；

（4）诊疗过程进行情况，各种治疗次数，剂量、精神症状变化与治疗的关系；

（5）各种特殊检查经过及结果，如腰穿，心、脑电检查，麻醉分析，气脑造影，心理测验等；

（6）上级医师查房提出的诊断、治疗意见；

（7）会诊或病案讨论各级医师的发言摘要和提出的治疗方针；

（8）单位或家属补充的病史资料及护理观察记录的摘要；

（9）各种疗法结束时的治疗小结和交接班记录；

（10）如因某种原因转疗科或转院时所作的转交小结；

（11）有关领导对病人治疗、抢救等方面的指示和意见，以及病人单位领导或家属交待的重要事项；

（12）病人假出院时的病情及假出院期间的病情变化（返院时由家属介绍）。

（13）其他。

（六）出院总结

病人出院后，经治医生应在三天内完成出院总结。出院总结包括下述内容：

1．患者姓名、性别、年令、职业、发病次数、住院次数。

2．入院日期、出院日期、住院天数。

3．简要病史，入院时主要精神症状和躯体检查所见。

4．入院诊断和出院诊断。

5．住院期间治疗经过：包括各种疗法，药物剂量(最低量、最高量和维持量)，治疗天（次）数，疗效，治疗中的付作用、合并症及处理经过。

6．出院时精神状态及疗效判定。

7．出院医嘱及出院后应注意事项。

附　　录

1．治疗小结内容：

①本疗法的开始和停止时间（包括治疗天数和有效次数）。

②治疗前主要精神症状和躯体情况。

③给药方法和剂量（包括联合治疗）。

④治疗结果（症状变化、自知力恢复情况和疗效判定。）

⑤治疗中有无合并症、付作用，处理情况和结果。

⑥下步治疗计划。

2．交班小结内容：

①简要病史，主要精神症状和查体所见。

②诊断、治疗经过和疗效。

③治疗中的并发症及处理情况。

④目前治疗方法，用药剂量和精神状态。

⑤今后意见和需要注意的事项。

3．简要住院病历的书写内容与要求

高年资住院医生和主治医生可根据各院规定书写简要住院病志。简要住院病志的一般要求与完整病志相同。具体书写格式与要求如下：

①一般资料、主诉和现病史与完整住院病历的要求相同。

②既往史和家族史可重点记录与本病有关的内容。个人史，应全面了解，重点记录，可综合叙述，除个性特征应单独列出外，其他可不必分项记载。

③体格检查及神经系统检查，可综合叙述，只重点记录阳性症状和体征。

④精神检查，按完整病历要求进行，记录时可综合叙述，不必分项记录。但对检查中发现的阳性症状，不只记录精神科术语，应有具体内容的描述。

⑤病历小结、诊断、治疗计划等与完整住院病历要求相同。

二、精神科中西医结合病志书写格式与要求

参照中华人民共和国卫生部《中医病历书写格式与要求》（试行）制定，供参考

（一）中西医结合病志书写格式及内容

1．一般资料：同一般病历内容

2．问诊：相当于一般病历的病史部分，包括主诉、现病史、既往史、个人史和家族史。

3．望诊、闻诊、切诊相当于一般病历的检查部分，具体内容要求如下：

望诊：包括病人的神色形态（神志、精神、体态、气色），各部位望诊（头、面、五官、咽、颈、胸、腹、腰背、肌肤、四肢等）、舌象（舌苔、舌质），排泄物(痰涎、色质和性质）。

闻诊：包括声息（如语音、呼吸、咳喘、呃逆、呻吟）嗅气味（排泄物及口中气味等）。

切诊：主要为脉象，其次尚需注意切肌肤、四肢、观察病人肌肤的湿度、温度、弹性等。

4．四诊摘要及辩证分析：相当于一般病历小结和临床分析，即把四诊所得资料，进行全面、系统、扼要的归纳，尤其是与辩证关系密切者，为辩证提供依据。在辩证分析中要求从四诊摘要、病因、病机、辩证分型、病情转归等方面进行书写。

5．精神检查摘要：要求按西医检查方法对病人精神状态（一般表现、认识活动、情感反应、意志行为）的检查结果，做一概括的综合叙述，着重记录阳性精神症状和对诊断有价值的阴性症状。

6．诊断：

①中医诊断及分型。

②西医诊断及分型。

如有两种以上疾病时，应按主次顺序书写。分型应在病名后的括号内书写。

7．鉴别诊断，除提出病名外并应提出鉴别依据。

8．治法：包括中药方剂、用法及西药名称和方法。

医生签名：年、月、日

（二）书写中西医结合病志的要求

1．中西医结合病志，只限于中医师（士）及经过系统学习中医的西医师书写。

2．在书写时必须严肃认真，实事求是，准确及时，要求在病人入院后72小时内完成。

3．在检查中发现的症状，描写要详细，一般要求使用中医名词术语，在病史及病程记录中要体现整体观念和辩证论治的理论。

4．在检查时除按中医的望、闻、问、切进行系统检查外，并附以必要的西医检查（包括理、化、X线检查）和诊断，（老中医及无条件者可不作要求），但不要割裂中医辩证施治的完整性。

5．病程记录及其他各项要求可参照前述《精神科病志书写的要求》书写。

三、住院完整病志示例

住院号7056：姓名：王××　性别：男　年令：30岁　发病年令：29岁　婚姻：已婚　职业：汽车修理工人　文化程度：九年　政治面貌：群众　籍贯：辽宁省铁岭县　家庭住址：铁岭市银州镇红旗于八委六组　单位：铁岭市汽车修配厂　电话：2583　病史供述者：王××（系病人父亲），病史可靠，尚完整。入院日期：1984年2月14日。病历采集日期：1984年2月14日

主　诉：怀疑爱人有外遇和周围人讲究他已半年，近两个月加重。

现病史：半年前开始无故常与爱人口角，爱人问他为什么总寻衅，则愤愤地说："你自己还不清楚吗？"经他人再三了解方知对其爱人怀疑。说爱人常与本单位××等男性接触，作风肯定有问题。以后，时而跟踪爱人。不准爱人与其他男人接触，否则便进行逼

问，甚至意欲打骂。除对爱人怀疑外，并认为周围的同志也讲他的坏话，看到别人在一起谈唠，就认为是在讲究他，是和他爱人合谋要对他采取什么措施。为此常表现怒不可遏的样子。有时还说听到有人骂他了，并自言自语地说："不要欺人太甚！"曾有一次，突然气势汹汹的指向××为什么讲他的坏话，并与之大吵大闹，致使对方感到莫名其妙。但安静时能基本上完成本职工作。近两个月来，对爱人及周围邻居的怀疑尤甚，不仅逼问打骂爱人，而且不准爱人与他人来往。晚上，为防止他人进来，很早就将门窗关严，连自己孩子也不准出入。白天，对爱人也常常尾随监视，很少离开，有时班也不上了。两个月前爱人迫不得已说："你再这样我就与你离婚"，病人认为这是受其叔、婶挑唆的结果，为此对其叔、婶怀恨在心，扬言非把他们杀了不可。并曾数次手持木棒等凶器到叔父家中闹事，砸了叔父家的门窗玻璃和一些家俱，幸被人拉开未造成严重后果。病后曾到各地医院检查，认为系精神不好，给予精神药物（药名不详）治疗，但病人认为这是用药加害于他，仅服数天。病后睡眠一直不好，尤其近一个月来每天只能睡四、五个小时，有时夜间突然起来自言自语，或说听到有人骂他。饮食亦不如过去，最近常去于上买饭吃，或自己动手做，对家庭生活置之不顾。上班时也常常迟到、早退，或无故躺在家中，拒绝来院看病，在哄骗与强制下方送来入院。

既往史：于五岁时患过水痘，12岁时因惊吓患过抽疯病，抽时全身僵硬，口吐白沫，每次发作十分钟左右，医生云是"羊癎疯"，经镇静药（苯妥英钠、鲁米那等）治疗约一年多，而后未再发作。偶有感冒、发烧，但未患过其他严重疾病，无药物或其他过敏史。

个人史：

母孕期：患者为第一胎，母孕期身体健康未服过其他药物，亦无何特殊嗜好。

出生期：足月顺产，由医院接生，无外伤、假死等。

发育情况：幼儿时发育良好，各阶段发育与一般儿童无异。

教育期：九岁入学，至九年毕业，学习成绩一般，与同学和老师间关系尚好。

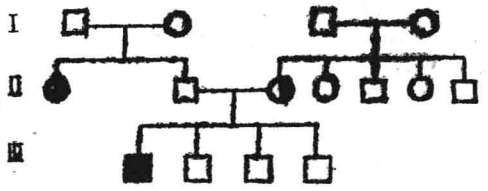
工作情况：中学毕业后下乡，在农村劳动二年后抽回到本厂工作，现为汽车修理工，对工作肯钻研，已能独立工作，且很认真，曾两次被评为厂先进生产者，和同志关系一般尚好。

婚姻状况：25岁时经人介绍与一同年令女工结婚，婚后感情尚好，但由于性格不太一致，偶尔也有口角，每次口角后，女方即回娘家住几天，病人对此曾有些想法，但回来后俩人关系仍很好。现有一女孩，发育良好。

病前性格：平时言语不多，表现倔强，不甚开朗，好考虑事，处事亦比较固执，任性。与同志来往一般，病前没有和任何人闹过意见，除少量吸烟外，无其他特殊嗜好。

家族史：

其父为国家干部，长期有失眠，心忙等"神经衰弱"史，经药物、针灸治疗，目前已明显好转。其母智能较差，有时抽疯，何时患病不详，已有多年，每当生气、上火就犯，犯病时四肢发紧，同时伴有闹心或哭笑，每次发作十数分钟至一、两个小时不等，恢复后与正常人无异。其姑姑自幼智能较差，余无特殊。谱系图如下



体 格 检 查

精 神 检 查

一般表现：

患者年貌相称，仪表整洁，由护送人陪送步入病房。更衣及检查基本合作，但接触较被动，对人缺乏礼貌，问话能答，但有时表现漫不经心的样子。意识清晰，定向力完整，对时间、地点和周围人物均可正确辨认。个人生活能够自行料理，进食、睡眠尚好。

认识活动：

感、知觉：未发现感觉异常。病人自诉在家中曾听到有人讲他的坏话，就象开会似的议论他，但具体内容则说记不住了。（言语性、评论性幻听）又称：有一次在夜里由房门走进来一个人（实际门已闩好），身穿黑色衣服，两只手很大，但看不清面部，所以是男是女分不清楚，并认为可能是来害他的。（幻视、被害妄想）问其为什么到××家中打架？患者说：因为××总骂他。问：都骂你什么了？答："你那个×样的……。我去问他还不承认"。说这种声音多半是在晚上要睡觉时听到，现在已听不到了。（入睡前幻觉）未发现感知综合障碍。

思维方面：患者主动言语较少，问话时开始不肯回答，带有抵触情绪，经劝说和解释后方与医生交谈。患者承认对其爱人怀疑，但又称与其爱人感情很好。问其怀疑什么？病人说其爱人作风有问题，提出的根据是："她经常不在家，有时与其他男人在一起嘀嘀咕咕的，不知搞什么名堂，对我态度也不一样了，有时就不在家住，问她到哪儿去了，她说回娘家了，谁知道究竟到谁家去了，……"问：你认为她和谁有关系呢？答："不知道，没抓住咱也不能瞎说，但她肯定有，因为她以前不这样。"（嫉妒妄想）问：单位里其他同志对你怎样？答"很好。"问：你不是说有人讲你的坏话吗？答："是有，他们有时象开会似的议论我，或在一起嘁嘁喳喳的，当我走近跟前时，就都不吭了，我想一定是在说我。"病人承认到其叔叔家中吵闹，是因为其叔叔"使坏"，唆使其爱人与之离婚，并为此感到很气愤的样子（被害妄想）。至于为什么认为是叔婶唆使的又说不清。未发现其他思维逻辑障碍和病理观念。

谈话时注意力有时不够集中，有时站起来走动，有时坐下，亦有时避而不答，未发现思维过程障碍。

记忆力：对何时入院，几天来的饮食情况和周围工作人员的姓名等皆能正确回答，

何时结婚，何时下乡和参加工作也能回忆起来，未发现遗忘和记忆错误。

计算力：对于100－7＝93－7＝86……依次递减均能算出，一般的加减法，四则题等也能运算。

理解判断力：对于为什么夏季宜穿浅色衣服，冬季宜穿深色衣服？一年四季怎样区别？水与冰怎样区别？以及谦虚与虚伪，尊敬与奉承等词汇亦能正确区别；对于汽车与拖拉机，蔬菜与水果等有何相同点与不同点均能正确回答。

常识：一般生活常识和社会常识均能答出，如目前国家几位主要领导人是谁，当前国家的经济政策是什么，为什么要实行承包责任制，妇女节、劳动节、国庆节等都在那一天等皆正确说出，说明其智能无何障碍。

患者自知力不良，否认有精神病，认为将其送到精神病院是对他的迫害，故一再要求出院，并拒绝服药，在强制下方能将药物服下。

情感反应：

患者表情自然，谈话时情感表现与内心活动基本配合，特别是谈到其"被害"和爱人作风之事时表现比较激动，但瞬即消失，也有时表现无所谓的样子。据观察，患者有时出现不自主的微笑，问其为什么原因，则加以否认。与其他病友基本无何来往，他人在一起闲谈，病人从不理会。虽认为爱人作风不好，但又说对其爱人感情还是好的，并对其爱人很想念，说明有矛盾情感。未发现情感倒错和病理激情。

意志与行为：

患者表现安静，动作较少，行为比较孤独，经常独处一隅，若有所思之状，除要求出院外，对于将来的生活和工作提不出有何打算。有时坐立不安，自称感到心忙。未发现冲动、破坏行为，亦无何怪异动作，入院后未见痉挛和抽搐样发作，无木僵、腊屈等紧张症症状，本能活动未见异常。

病历小结与分析

患者男性，30岁，怀疑爱人有外遇和他人讲其坏话，已有半年，两月来出现伤人、毁物行为。于84年2月14日入院。躯体及理化检查未见异常。精神症状主要表现有嫉妒妄想，被害妄想，言语性、评论性幻听及幻视，且多为入睡前出现（入睡前幻觉）。情感较为淡漠，亦有时伴有情感矛盾和愤怒，偶有空笑。行为孤独，接触被动，主动要求缺乏。无自知力。由于上述精神症状的影响，已不能坚持正常工作，也不能适应社会环境和家庭生活，说明了疾病的严重程度。

诊断：精神分裂症（偏执型）

鉴别诊断：癫痫性精神障碍

据病史记载患者既往有抽搐史，发作时全身僵直，口吐白沫，每次发作仅数分钟，经抗癫痫药物治疗后奏效，故可考虑为癫痫。但已多年停止发作，患者本次发病主要症状为思维，情感与行为障碍，发病缓慢，逐渐加重，与癫痫发作无何联系，经神经系统和脑电检查均未发现异常，故可排除癫痫性精神障碍之诊断。

治疗意见：

体 格 检 查

一般情况：发育正常，荣养欠佳，体温36.3℃，脉搏96次／分，呼吸20次／分，
血压130/90mmHg

皮　　肤：色泽正常，水肿（—），瘢痕（—），瘢疮（—），皮疹（—），

淋巴腺：浅部淋巴结未见肿大

头　　部：形状无畸型　疤痕(—)，外伤(—)，肿物(—)，压痛(—)，叩打痛（—），
毛发黑密、无脱落、有光泽，

眼：未见异常改变

鼻：　〃　　〃

耳：　〃　　〃

口腔：　唇　干燥、无皲裂　粘膜　无溃疡，齿龈　无溢脓，

齿　8 7 6 5 4 3 2 **1** | 1 2 3 4 5 6 7 8 缺齿／义齿○
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 齿冠□龋齿△

舌苔　白腻薄苔，扁桃体　无肿大，咽　无充血，

颈　　部：气管位置　居中，甲状腺　无肿大，颈强直　（—），颈静脉怒张（—），

胸　　部：

心脏：望：心前区无隆起，心尖搏动于左第五肋间锁中线内1.5厘米处

触：无震颤

叩：心界正常

听：未闻及杂音、节律整齐

右	心界	左
2.0 Cm	Ⅱ	2.0 Cm
3.0 Cm	Ⅲ	4.0 Cm
3.5 Cm	Ⅳ	5.0 Cm
	Ⅴ	7.5 Cm

肺脏：望：两侧对称、呼吸运动不受限

触：语颤正常

叩：清音

听：未闻及异常呼吸音

腹　　部：望：略凹陷、其他未见异常

触：无压痛和包块、肝脾未触及

叩：未见异常

听：未见异常

会阴部：未见异常

脊柱四肢：无畸型、功能运动良好

神 经 系 检 查

脑神经： Ⅰ、嗅觉无异常

Ⅱ、视力、视野粗试正常，眼底未检查。

Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ、睑下垂（—），眼球$\overset{凸}{凹}$：（—），运动自如，震颤（—）

瞳孔等大，光反射：两侧存在，调节反射存在。

Ⅴ、角膜反射存在，面部浅感觉正常，咀嚼肌肌力正常，下颌反射存在

Ⅶ、眼裂：左=右　鼻唇沟：左=右　皱额：左=右

鼓气：左=右　露　齿：左=右　口哨：左=右

Ⅷ、听力正常，　平衡正常。

Ⅸ、Ⅹ、咽反射存在，软腭　悬雍垂正常，发音正常，吞咽正常。

Ⅺ、耸肩两侧自如，转颈两侧活动自如

Ⅻ、伸舌居中，萎缩（—），舌肌震颤（—）。

运动与共济运动：

步态：正常　　指指试验：

不自主运动：（—）　　指鼻试验：　均正常

自主运动：良好　　轮替试验：

肌力：正常　　昂白试验：

肌张力：正常

感　觉： 浅感觉：正常　　深感觉：正常

反　射：

	左	右		左	右
二头肌反射	（+）	（+）	Hoffmann氏征	（—）	（—）
三头肌反射	（+）	（+）	Babinski 氏征	（—）	（—）
腹壁反射	+ / + / +	+ / + / +	Kernig 氏征	（—）	（—）
提睾反射	（+）	（+）			
膝　反　射	（++）	（++）			
踝　反　射	（+）	（+）			

理化检查：

血：　常规均为正常值　　肝功：均为正常值（见报告单）

X线：两肺纹理增强

其他：EKG 正常　　EEG 正常

1．普食。

2．一级护理。

3．给予抗精神病药物（首选氯丙嗪）治疗，

4．配合心理治疗。

医生签名　　1984年2月16日

（刘善诚）

第七节　医疗质量控制和考核方法

一、医疗质量的概念及其与工作质量的关系

医疗质量就是医疗服务的效率和效果，是评价医疗服务效果的客观效果。医疗质量一般应包括：（一）诊断是否正确、及时、全面；（二）治疗是否及时、有效、彻底；（三）疗程的长短；（四）在诊疗过程中有无对病人造成超限度的损害；（包括合并症和感染）。广义的医疗质量还应包括：（一）医疗工作效率。（二）医疗技术、经济效果。（三）对病人其它医学服务满足程度：如营养、卫生、环境和精神等。

医疗质量是医院工作质量的终末，所以又称作终末质量，除包括以上内容外，还有教学质量、科研质量和予防保健质量，因为这些往往与医疗质量直接或间接联系。和医疗质量有直接关系的是工作质量，工作质量又称环节质量，是医院管理工作、技术工作和思想工作对医疗质量的保证程度。医疗质量和工作质量，总称为医院工作质量。医疗质量取决于工作质量，它是医院各方面各个环节工作质量的综合反映，所以就医疗质量抓医疗质量是不能解决质量问题的，必须既要抓医疗质量又要抓工作质量，通过工作质量来保证或提高医疗质量。

二、精神科医疗质量控制方法

随着科学事业的发展，临床医疗质量控制的方法也不断改进，目前精神科实行的方法可归纳为三个方面：

（一）根据医院的总目标制定各项医疗指标；精神科各项医疗指标的制订，要考虑到精神科的特点。根据历年各项医疗指标完成情况，在协商的基础上，并通过一定程序确定之，这样体现制订标准的民主性，合法性和严肃性，以便能共同遵守和贯彻执行。

通常在医疗上能用数据反映的指标有门诊人次数、门诊三次确诊率、诊断符合率（门诊与入院、入院与出院），入院后一周确诊率，治愈率、显效率、有效率、病死率、病床利用率、病床周转次数、平均住院日、治愈病人平均住院日和医疗差错事故发生率。有的率需要控制在一定范围，而不是越高越好或越低越好，精神分裂症的治愈率，在现阶段，如治愈率达50%以上，在疗效判断标准上就值得研究。

（二）根据人员配备和医疗设备制定各项医疗工作实施质量标准；各项医疗工作实施质量标准通常有医护人员职责和岗位责任制，医疗护理常规，技术操作规程，医疗工作制度，病历书写要求，诊断标准等。

现代质量管理强调明确质量单元，工厂是以每一件产品为质量单元的，医院的医疗质量就是每个病例的医疗效果。因此，以病历和其它医疗记录作为资料，按诊疗经过和

实际结果，与予计的合理的结果进行比较，做为评价医疗质量的单元，是比较科学的方法。但具体评价的项目，尚须研究制定。

部分医疗原则制度见本章有关章节中，其它各单位各级医生职责和岗位责任制，查房制度，医嘱制度等，可供参考。

（三）根据医院的长远规划，制定技术培训，技术发展和社会防治的目标；长远规划中所制定的技术培训、技术发展和社会防治目标，既是提高质量的方法，也是提高质量的内容。所定的目标，往往需要分期完成，完成这方面的目标，同样需要各方面的保证和采取积极地措施，首先就需要一定的人力，其次是设备和时间，具体目标应根据各单位的任务和实际情况确定之。

三、医疗质量考核方法

一般可分为定期考核和不定期考核，常见形式为：

（一）以科主任为主，建立考核登记表，有关内容由医生自己填写，主治医生负责督促检查执行情况，随时做出指导。根据精神科病人住院时间长的特点，科主任每季（月）根据登记表汇总分析并评定分数，检查一定数量的病历。对每个医生评出总分数，提出改进意见。此种形式多适于以数据为主的项目，定期考核。每个住院医生对收治的病人都要进行登记，内容包括：病案号、患者姓名、性别、单位、住址、入院日、入院后诊断、上级医生的诊断，治疗方法，住院天数，出院日，最后诊断，治疗结果，住院期合并症及转归，经治医生签名。门诊医生每日做下列登记：每日工作量，包括：初诊病人数（确诊和未确诊）、复诊病人数、疾病种类和人数、抢救重危病人数、治疗和有关操作种类和数量等。

（二）层层负责所属人员的考核

此种考核主要通过查房的形式不定期的进行。院长（或教授、主任医师）负责科主任考核，科主任负责主治医师和住院医师考核，也可由主治医师负责住院医师的考核。也可定期由全院学术委员会负责科主任考核，必要时分别召集医生、护士、休养员座谈会征求意见，对科主任进行考核。

对科主任和主治医师的考核可按其职责范围进行。另外，对住院医师考核的同时，也等于间接的对主治医师或科主任的考核。

（三）有的采取百分（或千分）标准评比法。就是对医院及各个科室的各项医疗工作制定合格的标准，按规定的分数定期进行检查评比。可参考的资料有我省1983年文明医院检查评比标准和省精神病防治工作办公室病历检查评比标准（见辽宁精神病防治1981年第2期）。

（四）统计指标评价方法

运用统计指标评价方法，必须按照统计学的原则正确地运用统计资料去分析问题，除了要注意统计数据的真实性、完正性和准确性而外，还要注意统计数据的可比性和显著性。可比性是指现象之间必须有基本相同的条件，统计方法前后一致，才有对比的可能性。显著性是指进行对比时，要注意现象之间的差异是否有显著意义，而对统计上具有意义的数据，还需要分析其是否有实际差异，找出支持这种差异的实际理由。

以省精神病防治院81、82、83三年间出院病人分类统计各年总数分别为1534、1671、1706，精神分裂症分别为1402、1522、1488，情感性精神病分别为7、8、29。从以上统计数字来看总数，精神分裂症数三年间变化不大，而情感性精神病1983年较81年、82年增加了四倍。如果是诊断标准一致，就有可比性，再通过统计学处理又存在显著性差异，这样就需要分析，否则便不存在研究的意义。

（李　翔）

第七章　精神科门诊（防治所）管理

第一节　门诊工作特点及任务

一、门诊工作的特点

（一）精神科门诊是精神病医院工作的大门，也是医院与社会联系的窗口，它直接反映出医院的医疗、管理水平和服务质量。因此，门诊必须有适合精神科的环境、设施和管理制度，医护人员应做到服务热情、礼貌、耐心、细致和周到，树立全心全意为精神病人服务的思想作风。

（二）精神科门诊是对精神病患者早期诊断、早期治疗和予防复发的重要部门。因此，应配备足够的各类工作人员和必需的各类诊疗科室，尽可能的提供各种疗法的必要设备，使不住院的患者也能得到应有的治疗。

（三）精神科门诊常常在短时间内有大量病人来诊，要求医生应在较短时间内迅速做出初步诊断和采取有效的治疗措施。因此，门诊的医护人员应有较高的业务技术水平和丰富的临床经验。

（四）由于精神病人症状复杂，且多无自知力，所以就诊者须有熟悉患者病情的家属和单位同志陪伴。护士要指导家属照顾好病人，维持好门诊秩序，注意保护器械、物品及人身安全，防止发生各种意外事件。

二、门诊工作任务

（一）诊疗初诊病人，除给予应有的初步诊断、治疗外，还要决定是否需要继续检查和治疗，是否需要单位或家属进一步介绍病情，是否需要住院或转院。应建议或决定病人是否应该休息和提出其他应注意事项。

（二）对复诊病人明确诊断后不能住院者，开展计划治疗。

（三）对出院病人开展随诊工作，巩固疗效，予防复发。

（四）处置或抢救本科急、重病人。

（五）开展家庭病床，送医、送药上门。

（六）开展精神卫生谘询工作，指导家庭护理，宣传精神卫生知识。

（七）负责所属基层医疗单位的业务技术指导和培训工作。

（八）开展流行病学调查，根据需要建立防治网点。

（九）结合门诊防治工作开展精神医学科研工作。

（十）有条件的门诊，可担任司法精神医学签定和劳动力签定工作。

（十一）开展“联络精神病学”工作。联络精神病学是指精神科医生与综合性医院的各种诊疗联系活动。例如：应内、外各科临床或急诊室的邀请，参加会诊以及联合会诊等。

第二节　门诊设置

一、精神科门诊应设在综合性医院门诊的附近，且交通方便的地方。既便于患者就诊，又有利于开展“联络精神病学”工作和心理谘询工作。

二、门诊应设有挂号室、候诊室、急诊室、观察室、一般诊室、儿童诊室、老年诊室、谘询室、抢救室、电诊室、处置室、针灸室、电痉挛治疗室、X光室、化验室、药局、问事处（服务台）、以及其他各种必须的检查室、治疗室和辅助用室等。

三、门诊环境要宽敞、明亮、清洁、整齐、安全、舒适和肃静，并有必备的卫生设施，如痰盂、废纸箱、洗手池、饮水处和便所等。

四、候诊室应设在诊室附近，室内设有不宜搬动的坐椅。

五、急诊室最好与一般诊室分开，出入口要方便工作和病人就诊，以免影响门诊秩序和安全。

六、儿童诊室和谘询室应远离一般诊室，以免对儿童或家属产生不良刺激。儿童诊室应设置适合儿童特点的宣传画、儿童读物和玩具等。

第三节　门诊诊疗程序

一、门诊护士要在开诊前做好分诊工作，按病人挂号顺序就诊。根据病种、病情轻重和初、复诊等不同情况，分别安排各类诊室候诊。

二、凡急、重病人，如高度的兴奋躁动状态、木僵状态、意识障碍状态及癫痫持续状态，严重的自杀、攻击、拒食行为和伴有严重的躯体疾患者，要优先安排就诊或送急诊室处理。对各种原因的急性中毒、休克状态和一切处于重危状态的病人，应立即护送至抢救室进行抢救。

三、一般诊室最好按病种进行分类，如精神分裂症诊室、情感性精神病诊室、神经官能症诊室、器质性精神病诊室、症状性精神病诊室、中医诊室等。对每一病种应安排固定的医生负责，以便系统的观察疗效，有利于诊断、治疗和科研。

四、精神病人就诊时，应首先由患者单位人员和家属分别介绍病情，但不应在患者面前叙述病情。医生了解患者病史之后，方能进行躯体检查、精神检查和必要的辅助检查。做出初步诊断或症状群诊断，决定门诊观察、治疗或安排住院。

五、急、重病人符合住院条件者，应立即收住院治疗。暂无条件住院者，应根据病人躯体状况用药物治疗或电痉挛等其他治疗，尽可能的迅速控制症状。急、重病人用药或做其他治疗时，一定要在门诊观察，无不良反应者方可离开。病情严重、需要继续观察的病人，要在观察室留住观察。

六、处方、化验单、其他辅助检查单及诊断书等，均不可直接交给病人。药物必须

由护送人员领取和保管。

七、门诊的证明书、诊断书及转诊单等由看病的医生填写，主治医师审查、签名，加盖公章后方为有效。

八、医护人员要耐心回答病人及家属提出的问题，解释意见要一致。凡涉及诊断，治疗的问题，应由医生解释处理。注意病历内容保密，不得在病人和护送人面前谈论病历内容。

九、对初诊病人，门诊护士要主动协助办理化验、胸透、取药、治疗和住院手续等。

十、可疑传染病者，应立即隔离、消毒处理并及时报告疫情。

十一、门诊病人经三次就诊而不能提出初步诊断者或疑难重症，应请主治医师或主任医师会诊，必要时召开全体医生讨论会诊。

十二、保证门诊二十四小时内连续开诊。业务量较小的单位，夜间可由值班医生负责门诊治疗工作。

十三、谘询室工作可由熟悉专业知识和富有较广泛社会知识的老医生或老护士担任。精神疾病的谘询问题较为复杂，除指导有关病人的个人生活，家庭、工作和学习等方面的问题外，还常涉及病人的恋爱，婚姻、生育、遗传、儿童教育，性格锻炼以及予防复发等方面问题。回答问题时，应本着科学的态度、实事求是的阐明道理，讲话要注意科学性，并要留有余地，切不可主观、武断的做结论。

第四节　门诊病历的书写标准

一、门诊病历的眉栏项目，可由挂号室填写。应包括：姓名、性别、年令、婚否、职业、工作单位、住址和籍贯。

二、病史叙述者及其与患者关系栏，可由医生填写。

三、门诊病历格式应包括：主诉、现病史及有关的既往史，个人史和家族史，体格检查、精神检查，初步诊断和处理。

四、病史记录要简明扼要，各项分别记载，可不单项列出，采取叙述式由发病起连续记载。既往史、个人史和家族史只记录与本病有关的内容，例如：性格特征，父母系三代有无精神病史等。

五、体格检查只记录阳性体征。

六、精神检查应包括：一般表现；认识过程；情感反应；意志行为。可不单项列出，按上述项目内容、顺序，连续、简要的记载。

七、初步诊断写在病历左侧，与病史、体格检查开头取齐。化验、处置、用药、予约复诊及注意事项等写在病历右侧，并注明1、2、3、顺序号。最后医生签名或盖章。

八、复诊记录重点为病情、精神检查及体征的变化，各种检查回报结果的分析，提出进一步诊断、治疗意见等。

（王荣良　李春范）

第八章 护 理 管 理

护理工作是医院工作不可缺少的重要组成部分，护理工作的水平高低，直接关系到病人的生活、医生的诊疗和医院的管理，也关系到医疗的效果。精神科护理工作尤为重要，很多精神病人生活不能自理，要靠护理人员协助，由于护理人员与病人接触的时间长，有机会去观察病人的精神症状，为医生提供诊断和判定病情变化的可靠依据；许多治疗也需要通过护理人员去进行；故高质量高效率的完成护理工作，才能保证精神病人获得最佳的治疗效果。

第一节 精神科护理工作特点及基本任务

精神疾病的临床特点是不能适应社会生活，对本身所患的精神疾病也缺乏自知力，病人往往拒绝住院，不接受治疗，难以护理。有的病人可以伤人、自伤或毁物，甚至对护理人员抱敌视态度。有的表现孤僻退缩或有意识障碍，生活不能自理，需要护理人员全面照顾。也有部分病人，虽然从表面看来似乎安静合作，但在病态支配下可发生意外。因此，对病人在加强基础护理工作的基础上做好精神护理、安全管理及组织管理是专科突出特点。

一、加强基础护理

精神病人当其高度兴奋时，体力消耗较大。疾病严重期，生活不能自理、不知冷热、饥饱、不知清洁，容易合并感染；此外，精神病人需服大量治疗精神病的药物，身体健康状况不好，影响治疗的开展，并可出现严重的并发症；因此，必须加强基础护理。护理人员要全面细致地照顾好病人，保证病人有充分的睡眠、足够的营养、增强抵抗力，以予防合并症的发生。

二、专科护理

（一）做好精神护理

精神病人无论其疾病初发或复发，一旦病情好转，其共同心理特点是考虑家庭和前途问题。产生的原因在于：病人对疾病缺乏常识；疾病时有复发、反复住院；看到精神衰退病人的结局以及病人面临的生活现实问题难以解决；或病态行为本身所造成的严重后果，病人往往因此而悲观、恐惧、苦脑、忧虑。此种情绪常可影响病人的心理，对疾病的康复产生不良作用。为此，做好精神护理，解除病人精神上的负担，使病人正确对待疾病，是精神病护理工作的又一突出特点。护士应经常了解病人心理，根据病人具体情况进行精神安慰，做好说服解释，消除病人的顾虑。做好精神护理，可减少许多意外事件的发生，并对巩固疗效，提高治愈率有着积极意义。

（二）注意安全

精神病人因受病态心理支配，常可出现自伤、自杀等特殊行为，危及病人生命；呈

现精神运动性兴奋或意识障碍等，常可出现暴烈的冲动，攻击行为；也可出现激怒与反抗，危及他人的安全；在精神科各项治疗中也可出现意外。因此护理人员要时刻注意病人和自身安全。工作中要精神集中，提高警惕，掌握病人特点，经常巡视，对一切可能引起不安全的因素要有予见性，采取有效措施，予防意外的发生。

（三）密切观察病情

多数精神病人对自己所患的精神疾病，缺乏认识，对躯体疾患也往往缺乏主诉，其症状表现主要靠临床观察协助诊断。护士接触病人机会最多，观察病情时间最长。护士要善于在病人复杂的精神状态中发现其病情特点，从病人的言语、表情、动作、行为中进行观察分析，掌握病情的动态变化，摸索疾病规律。同时，要在病人无主诉的情况下，早期发现躯体并发症，及时解除病人痛苦。细致地观察病情可为诊断和治疗提供重要的依据。

（四）搞好组织管理

精神病人行为异常、生活懒散、不规律，影响病房管理秩序。为搞好病房科学管理，创造良好的休养环境，顺利开展医疗护理工作，必须将病人组织起来，使其在集中统一活动中有计划地学习、劳动与娱乐，以利于病人过正常有规律的生活，锻炼和恢复工作、学习能力，为重返社会打下基础。

（冯兆余　张玉英）

第二节　精神科护理的组织管理及护理程序

一、护理指挥系统

医院护理指挥系统是在医院总系统中的一个分系统与其他系统间有密切的关系，存在着相互依存又相互制约的关系。

护理指挥系统的主要职能，是制订计划、控制指导和支援，必须保持在正常情况下护理工作的惯性运行状态，在特殊情况下进行指挥使工作处于调度运行状态。

（一）护理部的地位

根据医院管理学的要求五百张床位以上的医院应设护理部。

护理部是医院的职能部门，在院长的领导下负责组织、管理全院的护理工作，在医院中应与医务行政、科教、后勤等部门并列相互配合共同完成医疗、护理、教学、科研等工作。

（二）护理部在医院管理中的作用。

医院管理应以质量管理为核心，以技术管理为重点，以组织管理为保证。护理部可把占全院$\frac{1}{3}$以上的护理人员组织管理起来，通过制定统一的护理操作规程和疾病护理常规，建立完善的工作制度和计划，培训各级护理人员等措施，保证完成护理工作及不断的提高护理质量，并协调护理工作和全院的其他工作。护理部通过各项组织管理及技术培训方法，不断促进医院服务质量的提高。医疗是护理的基础，护理是医疗的保证。只有高水平的医疗没有高质量的护理，医疗任务是不能很好完成的。所以在病人的整个医疗过程中，护理工作起着重要的作用。护理部是保证全院护理工作的指挥部门，护理部对护理工作的质量高低负有重大责任并起决定性的作用。

（三）护理部的体制

卫生部在1982年公布的医院工作人员职责中已明确规定了护理部主任对各科护士长为直线领导体制。就是护理部主任直接领导各科室护理工作，各科科主任对护士长是业务指导关系，也就是医院护理自成体系，建立相对独立的护理工作领导指挥系统。这是护理工作体制的重大改革，对提高护理工作的地位和水平，发挥护理工作的作用，从而对提高医疗工作质量有重要意义。

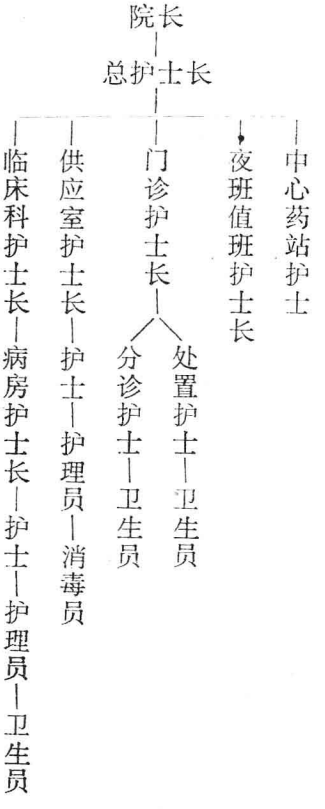
护理部应设护理部主任，三百张床位以下的医院不设护理部应设总护士长，在院长的领导下负责全院的护理工作，根据医院的规模和任务护理部主任可设付职。

医院应建立护理部主任、科护士长、护士长三级负责制或总护士长、护士长二级负责制的指挥系统。

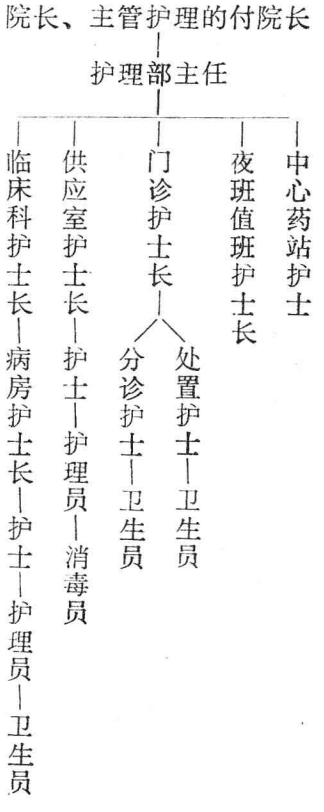
病房护士长是病房的护理工作的具体组织者和领导者，在业务上主要受护理部主任（总护士长）和科护士长的领导。

并设有夜间总值班护士长，受护理部的直接领导。

附护理系统示意图



精神病院护理系统示意图
（300张床位以下）



精神病院护理系统示意图
（500张床位以上）

（四）各级护理人员的职责

护理付院长职责：（护理部主任参照执行）（不设护理部主任的单位、总护士长相应执行护理部主任的职责和管理方法）。

在比较大的医院中，设主管护理工作的付院长，是为了加强全院的护理管理工作，提高护理质量，把护理工作纳入院级领导的议事日程中，充分发挥护理指挥系统的职能作用，协调护理工作与其他工作的关系，巩固和发展护理专业。

1．在院长的领导下，负责领导全院护理人员的业务和组织日常的行政工作，团结护理部一班人，为提高护理工作质量而努力工作。

2．领导护理部制定护理工作的长远规划和近期计划并组织实施，定期检查、总结。

3．教育护理人员，热爱精神科护理工作，树立全心全意为人民服务的思想，加强工作责任心，提高护士素质。

4．负责全院的护理人员的人事安排、业务培训、技术考核、教学进修等工作，对护理人员提出晋升、任免、奖惩意见。

5．负责领导护理科研工作，促进多出成果、快出人材。

6．鼓励护理人员钻研业务，有计划地引进先进技术。

7．组织修订全院的护理常规、工作职责和规章制度及护理人员派班原则。

8．组织护理部主任及护士长定期分析护理工作，评定护理质量，严防差错事故发生。

9．负责审批护理部门提出的有关物品、仪器设备的采购计划。

10．关心护理人员的福利和身体健康。经常与有关部门联系，促进办好福利事业，尽力解决护理人员生活中的实际困难。

管理方法

1．举办护士长训练班，进行短期脱产、半脱产的培训或业余培训，以提高护士长的组织管理才能和业务技术水平为主，分期分批有计划地进行。

2．有计划的抽调护士长短期到护理部工作，以2～3个月为宜，要有具体要求，指定课题调查研究；定期到病房重点巡视危重病人病情及护理情况；锻炼其工作能力是护理部主任发现人才、培养人才训练骨干的较好办法。

3．定期召开护士长会议，总结工作、表扬先进、互相促进、共同提高。

4．要经常深入各科室、病房了解护士长在工作中的方法、效果和困难及时帮助解决，发现典型进行推广。

5．通过各种形式掌握每个护士长的情况，协调全院护士长之间的关系以便形成一个团结战斗的集体。

6．护理队伍的培训要有计划，根据不同的水平采取不同的形式进行。

7．注意提高护士的素质，使他们具备一个好的工作作风和习惯。

8．建立护士长查房制度，每周定期组织护士长进行业务和行政查房一次。

9．定期组织护理技术操作示范或比赛，促进全院技术操作达到高质量。

10．建立护理技术档案，定期对各级护理人员进行技术考核，考核成绩存入技术档案做为晋升、晋级的依据。

11．制定年度、季度、月计划及周安排。

12．陪同院长查房，了解病人的要求及护理工作情况。

13．有计划的参加晨会和交接班，了解护士观察病情的水平及护士长的领导方法。

14．定期检查规章制度的执行落实情况。

科护士长的职责

科护士长是护理指挥系统中的中层骨干力量。直接受护理部主任的领导，负责全科的护理组织管理和业务技术管理工作，定期与科主任研究科内的工作。

1．组织全科护理人员业务学习，培养护理人员熟练技术操作常规及认真执行护理常规。

2．制定全科护理工作计划并组织实施。

3．组织病房护士长进行护理查房、会诊解决关键疑难问题。

4．随同科主任查房，了解护理工作中存在的问题，给与具体指导。

5．负责督促病房护士长落实工作计划及时总结经验。

6．深入病房，参加晨会，交接班检查护理岗位责任制落实情况，对接受的新任务、新技术应亲自参加实践并进行具体指导。

7．督促和指导病房护士长组织好进修护士的实习，注意护士素质的培养。

8．对全科工作每半年做一次小结并及时向护理部汇报。

管理方法

1．做好科内各级护理人员的思想工作，协调各级护理人员之间的关系。

2．定期组织护士长会议，分析护理工作研究提高护理质量的有效措施。

3．定期检查本科护理工作并上报护理部。

4．深入科室，了解实施和落实工作计划的情况。

5．定期对本科各级护理人员进行考核、考试，促进全科护理业务水平的提高。

夜班总护士长职责和管理方法根据护理工作的性质，昼夜连续的特点，为对夜间护理工作正常运转设夜间护士长值班，有助于夜间的护理质量管理。

夜间护士长的职责

1．夜间值班总护士长行使对夜间（护士长可轮流值班）全院护理工作的组织和会诊。

2．掌握各病区危重病人及新入院病人的病情及护理，解决夜间护理工作中疑难问题。

3．检查护理人员岗位责任制的落实情况，并向护理部提交值班记录。

4．检查夜间操作规程的执行情况及负责解决临时缺勤护理人员的调配工作。

5．参加和指导夜间的抢救工作。

管理方法

1．夜间值班，检查各病区工作人员坚守岗位、定时巡视病房的情况。

2．夜间巡视时注意安全管理、检查有无不安全因素避免发生差错事故。

3．检查夜间护理人员的服药、处置及夜间护理情况。

4．对有低年资的护士值班而又有重患较多的病区，护士长应做为夜间工作的重点进行指导和帮助。

护士长的职责

护士长是医院基层科室的护理工作的具体领导者组织者，护士长的思想觉悟、业务技术、工作能力与管理的水平，直接影响护理工作的质量，因此，护士长必须真正起到领导者的作用以保证护理质量的不断提高。

1．在护理部主任和科护士长的领导下及科主任的指导下进行工作，未设科护士长的科室由护理部主任领导。

2．负责本病房护理人员的政治思想工作，使他们加强责任心，改善服务态度，全心全意为人民服务。

3．根据护理部及科内工作计划制定本病房的具体计划，做好总结推动工作。

4．督促护理人员认真贯彻执行各项护理常规及操作规程，亲自参加抢救工作并指导抢救工作。

5．组织护理查房，积极开展护理科研工作。

6．随同科主任、主治医生查房，掌握重点病人的病情以便更好地指导本科的护理工作。

7．负责本科(病房)护理人员的分工和派班工作，做到合理安排人力。

8．对科内（病房）的药品、仪器、设备等要定期检查，安排专人负责。

9．负责护生见习、实习工作，并指定护师或有经验有教学能力的护士担任带教工作。

管理方法

1．组织管理

（1）做好政治思想工作，通过解决思想问题与实际问题来调动护理人员的积极性，以身作则，大公无私，实事求是，善于把上级的要求和群众的工作热情结合起来，同心协力做好工作。

（2）合理安排人力做好随机调动工作要有计划性，对日常工作要拟定出月计划周安排、日程序、以保持护理工作正常秩序要以周程和日程来鞭策自己的行动。

（3）定期总结工作，召开科内护理人员会议，检查月计划落实情况提出下一步的工作要求。

2．业务管理

（1）经常检查规章制度、护理常规的落实情况，努力提高质量和工作效率。

（2）对病人的管理要有利于医疗的原则，根据精神病人的特点、分类、合理安排病人的衣、食、住、行。病室的布置整洁舒适，要合乎精神科的特点。对精神病人要密切观察病情变化，掌握重点病人的心理状态参加床头交接，并给于具体的指导，认真做

好护理工作。对二、三级的病人要积极开展工娱活动活跃休养生活以便能尽快适应出院后的社会环境。定期召开休养员座谈会、征求意见改进工作。

（3）做好护理人员的培训工作，根据护理人员的不同水平制定业务学习计划，以老代新；并定期考试、考核对技术操作好的要组织交流以达到共同提高的目的。

（4）检查工作时要一分为二，对好的典型要在会议上表扬，对偶尔发生问题的同志要及时帮助，认识问题吸取教训。防止工作人员在工作中由于责任心不强而发生意外事故。

（5）严格要求护理人员做好病区的卫生管理工作，并采取有效措施保持病房内安静，注意室内的温度、湿度，为精神病人创造良好的休养环境，使之安心住院、消除疑虑、利于疾病的恢复。

（6）加强安全管理随时检查病房的安全设备及对病人的危险品收集情况，消除不安全因素。严格执行消毒、隔离制度、防止交叉感染。

（7）做好病房内药品的管理工作，合理用药。

二、各级护理人员的职责（按技术职称）

（一）主任护师的职责

1．在护理部的领导下，负责全院的护理技术、科研、教学工作。

2．了解国内、外的精神科及其它科护理的发展动态，不断提高护理质量，发展护理科学。

3．对全院的护理队伍建设，经常提出建设性意见，协助护理部主任，加强对全院护理工作的领导。

4．组织制定护理科研计划和实施，写出有较高水平的科研论文、不断地总结护理工作经验。

5．担任对高级护理人员的培养及业务考核工作和教学工作。

6．组织护理学术讲座及病案讨论工作。

（二）主管护师职责

1．在护理部主任（总护士长）或科护士长的领导下及主任护师的指导下进行工作。

2．负责检查各科各病房护理工作质量，解决护理业务上的疑难问题、制定措施和护理计划。

3．协助科护士长，组织全科护理查房和护理会诊，对本科护理业务给于指导。

4．配合护士长组织对护师、护士业务培训，编写教材、负责讲课。

5．协助护士长制定科研计划，组织实施。

6．负责护生的临床实习工作。

（三）护师职责

1．在护士长的领导下，主管护师的指导下进行工作。

2．协助护士长制定病房护理工作计划，参与病房管理。

3．参与病房的抢救工作，对病房发生的事故、差错进行分析提出鉴定性意见及防

范措施。

4．负责病房护士及实习护生进修护士的培训工作，担负一定的教学任务。

5．参加本科科护士长组织的护理查房，协助病房护士长做好护理个案查房工作。

6．按工作需要，参加各项护理工作。

（四）护士职责

1．在护士长的领导下、护师指导下进行工作。

2．做好基础护理和精神护理工作，经常巡视病房密切观察病情变化并记录，发现异常及时报告并做好交接班。

3．认真执行各项护理制度和技术操作，正确执行医嘱，做好查对及交接班工作，防止事故、差错发生。

4．参加抢救工作及药品、器材的保管工作。

5．定期组织病人学习、进行卫生宣传及心理治疗，维持好病房秩序。

6．负责采取各种检验标本，协助医疗上做好诊断治疗工作。

护士班长职责（负责护士）主班护士

1．在护士长领导下负责按工作程序，组织与指导本班的全面护理工作。如分配本班人员的工作、执行卫生一周行事、收集危险物品、配合工娱活动、书写交班报告和护病记录等。

2．教育督促本班护理人员，遵守劳动纪律，认真执行医嘱、规章制度和技术操作规程、隔离、消毒和查对工作，严防差错事故。

3．对本病房重点病人的诊断、治疗、护理级别、五防标志及生活习惯要全面了解，给予不同的护理。

4．维持病房秩序，排除不安全因素。

5．有条件的情况下，班长不负责具体病室。要组织开好班后碰头会以堵塞漏洞，吸取教训，开好班务会，开展表扬、批评，不断改进工作。

病房护士职责

1．在护士长领导下及护师的指导下进行工作。对所负责的病人诊断、治疗、护理级别、五防事项及生活习惯，应深入了解，给予不同护理，并注意随时收集危险品。

2．经常巡视病房，了解病员的思想、病情和饮食情况，做好基础护理工作。严密观察与记录危重病员的病情变化，保证其安全舒适，发现异常及时报告。

3．认真执行规章制度和技术操作规程。正确执行医属，按时完成治疗，护理工作，做好查对和交接班工作，不断提高护理工作质量，严防差错事故。

4．组织病员学习，鼓励病员增强与疾病斗争的信念，征求病员的意见，做好说服解释工作。

5．协助医师进行各种诊疗工作。

6．维持病房秩序，介绍住院规则，按照分工，办理病员入、出、转院和转科手续，以及有关登记工作。

7．参加护理教学和科学研究，指导实习护士和卫生员工作。

处置室护士职责（治疗护士）

1．在疗科护士长领导下，保证准确及时地执行医嘱，做好各种处置工作。

2．负责药品，器材的请领、保管、报销等工作，随时核对疗科常备药品、急救药品器械，保持其完整适用。

3．按医嘱做好各种治疗前的器材准备和治疗后的器材整理及送化验标本，护送病人透视、照象、理疗、处置等。

4．按医嘱调整三级护理一览板，保持准确、整洁，按时转抄五防卡片。

5．按医嘱进行各种处置，并注意观察处置后反应。在各项处置中认真执行查对制度，严格掌握无菌技术操作规程，防止事故差错的发生。

6．负责准备和消毒各种器材，及时与供应室更换，保证清洁、无菌、适用。

7．对某些长期用药或处置中断的病人，应根据情况提请经治医生考虑修改。

8．准确转抄处置卡和按时投药工作。

9．经常保持处置室的整洁。

观察护士职责

1．在护士长的领导下和护师的指导下进行工作，对所负责的病人诊断、治疗、护理级别、五防标志及生活习惯均应掌握。

2．参加早会，陪同护士长和医生对重点病人的查房。

3．深入病室细致的了解观察所负责病人的思想状况、病情变化、饮食情况。

4．负责对新入院病人和住院病人的护理常规检查与体温单的填写。

5．按要求对全科所有病人（特护例外）有计划地进行护病记录书写。

6．负责对表格的整理与保管，保持其完整清洁。

7．参加有关病案讨论，参加对本科危重病人的抢救和对实习护士的指导工作。

总务护士职责

1．在护士长直接领导下，坚持勤俭节约原则，负责管理疗科总务工作。

2．负责病房设备、物品、办公用品、医疗护理各种表格予报请领和报销工作，保证疗科需要。

3．定期清点物品，特别是病室的备品，除了建立必要交接手续外，必须定期认真清点，如有丢失者要查明原因，及时妥善处理。

4．负责对休养员日用品定期登记和购买工作。

5．负责病房公邮信件和经治医生检查的休养员信件发出工作，并负责领取和验收外地汇往本病房和休养员的邮包挂号信件。

娱疗护士职责

1．在护士长领导和工娱室指导下，负责管理病人，组织病人娱疗活动。

2．随时健全休委会组织，参加休委会各种会议活动，检查督促休委会工作，认真贯彻休委会章程，做好管理病人的工作。

3．每日总结休委会工作，每季度或半年评选先进病室和先进休养员，建议给予适当的荣誉奖和物资奖。

4．注意观察参加娱疗的病人病情变化，及时向医生汇报。

5．组织病人政治学习，心理治疗和室内外各项文体活动，文艺节目的排练演出等活动。并组织病人参加适当的义务劳动和卫生清扫工作。

6．随时了解病人的意见要求，及时解决合理要求。对一些解决不了的问题，要做好解释工作，并向护士长、科主任汇报。

7．负责病房的娱疗用品的登记造册、保管工作，防止丢失。

胰岛素治疗室护士职责

1．在护士长领导下，医生指导下进行工作，对所负责的病人诊断、治疗，护理级别均应深入了解，以便掌握病情，观察对照治疗效果。

2．熟练掌握胰岛素疗法的各期判断、检查方法、治疗前准备、（病人、环境、药品、器械）治疗中、后的护理，严防事故差错。

3．严密观察治疗中各期临床反应并准确记录。摸索每个病人对治疗反应的规律性，掌握个体差异，使病人得到最佳治疗目的。

4．熟练掌握各种技术操作程序和对胰岛素合并症的紧急处置方法及各种常用抢救技术。

5．胰岛素治疗终止后，填好治疗单并签字盖章以备查考。

6．清理治疗后的用物，进行清洁消毒。检查药品、器械是否齐全完好适用，如有缺损及时填补定位放置为第二日治疗做好准备。

7．参加护理教学和科学研究，指导实习护士和护理员工作。

胰岛素治疗室护理员职责

1．在护士长的领导下，护士的指导下进行工作。

2．负责病房被品，床上用品的保管交接工作，并随时收集危险品，防止发生意外。

3．协助护士做好胰岛素治疗中的护理，如随时为患者擦汗、盖被、治疗解除后的喂饭等。

4．治疗终止后清点保护带、治疗胶单、中单数，脏的更换后予以收藏为第二日治疗做好准备。

5．负责对治疗后病人的食具刷洗、脏被服的更换，并按卫生一周行事要求搞好室内及病人个人卫生。

6．经常巡视病房，观察病人终止治疗后的反应，参加中午食堂配膳工作，观察病人进食并登记治疗病人的饮食量。

护理员职责

1．在护士长领导下，护士指导下负责病室、病床、病人的清洁卫生、递送大小便器及部分简易护理工作。

2．担任病房清洁卫生工作。

3．负责病房被品、床上用品的保管交接工作。并随时收集危险品；防止意外发生。

4．经常巡视病房，管理和照顾病人，保持病房清洁、整齐、肃静。

5．负责病人出入院前后的准备工作及卫生处理工作。

6．在护士的指导下，协助护士进行一般的临床护理技术操作和表格填写工作。

病房门卫职责

1．坚守岗位，加强工作责任心，有事通知班长。

2．对病房五防病人做到心中有数。

3．病人出入病房时要详细记录（姓名、人数、时间），出病房由经治医生批准，经治医生不在时由班长签字方可外出。外出病人如没有按时归病房，应报告有关人员进行查找，防止意外。

4．上班时间不准闲谈或作其它工作。

5．负责门卫的卫生打扫。

6．对外来人员要热情接待，对探视者携带的东西要进行检查，严防将危险品、腐败食品带入疗科。

7．病人出院、假出院、探视者、离开疗科时门卫要检查，防止室内物品丢失。

病房清洁员职责

1．在护士长领导和护士指导下进行工作，负责搞好本病区清洁卫生工作。

2．做好痰盂、大小便器、及传染、死亡病员的床铺、床头柜、房间的清毒工作，协助护士共同搞好病房管理。

3．及时做好病房病员白日饮水供应。

4．协助护士搞好病房物品设备的管理。

病房配餐员职责

1．在病房护士长的领导下，负责病房配膳工作。

2．负责打饭（包括全流及半流）、开饭、食具洗刷、消毒、保管以及食堂的清洁卫生工作。

3．要掌握病人饮食特点，如宗教、偏食等。负责饮食通知单传递工作。

4．要向经治医生和班长反应个别病人进食情况，如暴饮暴食及食欲低下等。

5．严格执行疗科规定的一周行事。

6．上岗时间：

早：6.00～8.00，中午10.30～12.00，午后2.00～5.30

供应室护士长职责

1．在护理部主任（总护士长）领导下，负责组织医疗器材、敷料的准备、消毒、保管、供应和行政管理工作。

2．督促本室人员认真贯彻执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

3．定期检查高压灭菌器的效能，和各种消毒液的浓度，经常鉴定器材和敷料的消毒效果，发现异常立即上报检修。

4．对所属人员进行勤俭节约的教育，做好敷料的回收和器材的修旧利废工作。

5．负责医疗器材敷料的领取报销工作。

6．组织所属人员深入临床科室检查所供应器材敷料使用情况，征求意见，改进工作。

7．组织开展技术革新，不断提高工作效率。

供应室护士职责

1．在供应室护士长的领导下进行工作，负责医疗器材、敷料的清洗、包装、消毒、保管、登记和分发收回工作。

2．经常检查医疗器械质量，如有损坏及时修补，并且向护士长报告。

3．协助护士长请领各种医疗器材、敷料和药品，经常与科室联系，征求意见，改进工作。

4．认真执行各项规章制度和技术操作规程，积极开展技术革新，不断提高消毒供应工作质量，严防差错事故。

5．指导卫生员进行医疗器材、敷料的制备、消毒工作。

工疗室负责人职责

1．在医务科长（或护理部主任）领导下，负责组织安排全院病人工娱疗法工作。

2．根据全院住院病人的具体情况，拟定本室工作计划和总结。

3．主持本室各种会议，组织讨论，研究工娱疗活动及分工，检查督促工娱疗法工作的开发情况。

4．配合医疗任务，做好病人思想教育工作。

5．经常深入各疗科检查工娱疗法工作情况，征求对本室工作意见，及时改进工作。

工疗护士职责

1．在护士长领导下，在院工娱室指导下，组织本疗科病人工疗活动。

2．观察参加工疗病人的病情变化，加强思想教育，如有病情变化，及时向医生报告，并填好登记表，及时总结经验。

3．做好工疗前的一切准备工作及室内卫生清扫工作。

4．对工疗加工的产品质量要认真检查，不合格的要及时改进，并妥善保存产品，按要求定期或不定期的向有关部门交货。

5．注意节约工疗原材料，防止浪费。

6．负责保管工疗车间的工具和一切物品，防止丢失发生意外。

三、精神病院护理人员的编制

编制和分工是一门管理科学，编制的合理与否直接影响到护理质量，由于精神科的特点合理编制尤其重要，没有一定的护理科学理论基础知识和一定数量的护理人员难以完成精神科的护理工作。

（一）确定编制的原则

人员的编制主要根据医院的任务规模及性质而定，护理工作是个复杂而细致的工作，具有严格的科学性，广泛的社会性和高度的连续性等特点。随着医学科学的发展各级护理人员都存在着一个再学习的问题。另外，护理人员中女同志较多；根据女同志的特点（怀孕、产假、哺乳期），因此制定编制时要配备一定数量的机动人员以保证护理人员获得学习和再提高的机会，从而保证护理工作的顺利完成。

（二）医院的科学管理与编制的关系

医院的科学管理直接影响到护理工作质量问题，质量问题是通过一定数量合理分工的护理人员来完成的。

编制要根据实际工作性质、特点来考虑，合理安排和搭配力量是促进工作高质量完成的关键。因此病房的日常卫生工作应由卫生员来担当，不能由护理人员代替。医技或其他行政科室不能占用护理编制。只有合理编制才能保证医院的科学管理。

（三）精神科护理人员的合理分工

（1）按职务分工：分为护理部主任（总护士长）、科护士长、护士长各职务见前章节。

（2）按技术职称分工：根据业务职称不同分为主任护师、付主任护师、主管护师、护师、护士、护理员。

（3）按工作性质分工（内容）：根据精神科的特点主要应做好精神病专科护理、各种疾病状态的护理、各种疗法的护理，大部份护理工作是观察病情、巡视病房及其生活护理、基础护理、为主要的工作内容，在病房内可分为重病室值班护士、处置室护士、胰岛素治疗护士、工娱护士、总务护士、办公室护士、巡视护士、护理员做些基础护理，同时应有卫生员和配膳员负责卫生工作和配膳工作。

（四）精神科护理人员的配备

精神科病人的护理是一项十分艰巨而繁重的任务，因为精神病有一定的特殊性、症状比较复杂，大部份症状又不能在很短的时间内完全暴露出来，由于受精神症状的支使，有的病人不能料理生活，少数病人有自伤、伤人、毁物、出走等行为。有的不承认有病回避和抗拒治疗与护理，凡有上述临床表现之病人，均需护理人员昼夜不离视线的扶持和监护。

精神病人有相当比例缺乏自知力，缺乏正确的主诉能力或无主诉能力。在这种情况下，护理人员必须善于观察和发现病情变化，精心护理，因此，给护理工作也提出了较高的要求。

由于精神科护理任务艰巨而繁重，为了保证病房良好秩序、医疗护理工作的顺利进行，防止意外事故的发生，因此，精神科专业的护理人员编制应偏高于综合医院为宜。

参照综合性医院组织编制的原则，制定如下编制仅供参考。

1．医院中医务人员占总编制70～72%而护理人员占医技人员数55%～60%为宜。

2．护理人员与床位之比应以0.4～0.5：1为宜。（其中包括机动额各种数）至少不能低于0.3：1。

3．护士与护理员之比应是2：1。（这样可实行护士与护理员从职别上区分开）。

4．护理部与床位之比应是1：200

5．科护士长与床位之比应是1：100～200。

6．护士长与床位之比应是1：30～40为宜。

7．门诊护士与医生之比应是1：3为宜。

8．供应室与床位之比应以1：150为宜。（根据机械化程度和人员健康素质情况可减少或增加）。

（五）精神科护理人员的派班

根据精神科的专业特点，即技术操作少，护理工作大部分是巡视病房，观察病情为重点工作，因此合理安排班次和人员是保证精神病患者免遭意外的关键。

鉴于派班的方式很多，派班的原则应根据病人不能离开护理人员的视线，生活不能自理的专业特点，派班时应根据医院的具体情况（如护理人员的居住情况，交通情况，业务水平，身体情况安排班次合理搭配力量）要注意劳逸结合，以保证护理人员有充足旺盛的精力去完成精神科的护理工作任务。派班方法如下供参考。

三八班

行政班：7.30～17.30（午休2小时）

白　班：7.30～15.30

小　夜：15.30～23.30

大　夜：23.30～7.30

说明：

1．每周倒班一次休息一日，保证八小时的工作时间。

2．工作有规律性，白班可以参加早会，便于布置工作。

缺点：

1．连续值大、小夜班，比较疲劳，不易坚持工作。

2．夜间交接班影响病人休息。

3．适用医院距家较近交通方便或有较好的休息条件的医疗院所。

4．在岗时间吃饭。增加交接班次数秩序较乱。

六一九班或六一七班。

早　班：6.00～13.30

晚　班：13.00～19.00或21.00。

夜　班：19.00或21.00～次日6.00。

说　明：

1．每日工作时间7小时，夜班9～11小时，每周倒班一次、休息1日。

2．适合于职工宿舍距离医院近及交通方便的医院。

3．夜班如果病房允许情况下可于21.00后安排2—3小时的休息。

缺　点：

1．工作人员上班起早、贪黑，生活没有规律。

2．参加学习及开会均占用个人休息时间，影响情绪而造成参加人员不全。

3．不能参加早会不便于布置工作。

4．三班均在班内吃饭影响工作。

三班倒二班制

行政班：7.30～17.30（午休2小时）

白　班：7.30～17.30（午休2小时）

短　班：早5.00～早7.00　11.00～13.00　16.00～19.00

夜　班：17.30～早7.30

说明：

1．日班每日8小时工作每周休息一日。

2．短班工作7小时每周休一日

3．夜班分二组甲组和乙组，间日上班不另行给休息。

4．机动性强在工作忙时有短班的人员协助工作，这样人力较充足。

5．行政班和早班可以参加早会便于布置工作、听取交班报告。

6．避免在岗时间吃饭，有利于工作。

缺点：

1．在岗时间较长易疲劳不能保持旺盛精力易造成工作失误

2．不易安排时间组织护理人员学习。

四个护理组两班倒

1．行 政 班：早8.00～17.00

2．白班主班：早8.00～17.00(每周三、五有一个付班一、二、四、六只有一个主班)

3．夜　　班：17.00～早8.00

夜班分甲、乙两组17.00～21.30两组一起上。21.30～次日1.30分甲组在班。乙组休息、1.30～5.30乙组在班，甲组休息，次日5.30～8.00两组一起上。

4．胰岛素治疗班：早5时～13时

5．处置班、总务班、工娛班、卫生员班均上行政班。

说明：

1．此班以每周休息一天每月最多值夜班6～7天。白班夜班交替轮换

2．使护理人员固定在一个班内形成一个集体便于领导、利于开展责任制护理。

3．可参加早会听取交班及布置工作。

4．每周三、五有付班可组织业务学习和政治学习。工作学习两不误又利于个人休息。使之保持旺盛精力。

5．减少夜班次数，使之大部分护理人员能上夜班。

缺点：

用人较多但比例编制未超。

根据临床实践反映此班较好。（适用于医院在郊区职工通勤的医院）

（六）精神科病房护理人员的编制

根据精神科的专科特点，病人的病情变化无常，而对工作人员有着人身安全威胁的

问题，病人除了药物治疗外还需开展工娱疗法培养病人的生活能力，利于早日康复。因此从临床实践来看，每个病房应以40张床位（最多不能超过60张床位）为一个医疗单位为宜。这样便于病房的科学管理，利于经常巡视病房及对病情的观察。

1．每个医疗单位（50张病床）的编制

设：护士长1～2人，

办公室护士1人，

总务1人（也可是护理员），处置室护士1人，

胰岛素治疗护士1人，护理员1人，

配膳员1人，

卫生员1人。

护理班（分四个行政组）每组5人×4组=20人。

其中：代班班长1人，重点病室（1级护理）护士1人，护理员1人，巡视护士2人。

每50张床位护士20人（其中包括护士长）。

护理员7～8人，

卫生员1人，

配膳员1人，

总需护理人员28人。

2．病房各类人员的职责—各级护理人员的职责

（1）办公室护士：是护士长的有力助手，负责正确执行医嘱的转抄、查对工作、协助护士长管理护理表格检查填写的质量，也可由处置护士兼做。

（2）处置护士：负责本病房的处置、服药，正确执行医嘱的工作及处置室各种药品、器械的管理和消毒工作。

（3）总务护士：也可用护理员做，负责病房内的物品保管，及工作人员的福利工作。另外负责新入院的病人被服发放更换。

（4）胰岛素治疗护士：负责胰岛素的治疗工作及治疗前检查、治疗后的观察及进食情况。

（5）工娱护士：负责活跃病人的休养生活，锻练精神病人的劳动能力，开展心理治疗使之病人早日康复。

（6）巡视护士：负责巡视所护理范围内病人的病情及普查体温脉搏，书写护病记录。5～10分钟巡视一次，保持高度的责任感。

（7）护理员：遵循护理员的职责（同前章）。

（8）卫生员：负责病房内的卫生工作（包括病室、走廊、厕所等）。

四、设施和布局

（一）病房的布局、设备管理要求

病房内的病室按病情分轻、重病室；病室以朝阳为宜，每个病室内放置病床应与墙壁垂直，两床之间距离0.5米至1米，每床占用面积6—7平方米面积为宜。室内设施简单，除了病床、被褥外，床头桌内只放牙具及喝水杯，适合于精神科病房的特点，设施

的合理也是保证病人安全的重要因素。

（二）卫生处置室：根据精神病人的特点大部份病人生活不能自理，因此入院前经过接诊室或卫生处置室处理后才能入病房以保证病房的清洁整齐。

（三）供应室：（与综合性医院相同）。

五、护理工作与各部门的关系

（一）护理工作与医生的关系

医护工作是不可分割的有机整体，既是相互依存又是互相制约的，因此护理工作是医疗工作的终端环节，特别是精神科的患者，大多数兴奋、燥动不安，对护理人员的人身安全时刻受到威胁，如果医生能积极治疗，控制病情发展就可减少护士的劳动量及危险性。护士密切观察病情为医生提供治疗依据，医护密切配合是管理好精神科病房秩序的关键。

（二）护理工作与医技科室的关系

护理工作与医技科室接触较多，特别是精神科患者，出现合并症后的大量依据是医技科室提供的、如及时送检验材料是确定诊断及制定合理的治疗方案重要关键。发现病人发烧咳嗽的体症与放射线科工作联系，经放射线科检查找出诊断依据，因此密切配合医技科室工作，对病人的检验材料要准确、及时才能保证病人的正确诊断和治疗。

（三）护理工作与后勤的关系

医院工作的特点决定了后勤工作的重要性，后勤工作是一个服务性、专业技术性较强的部门，护理工作中的生活服务与后勤工作关系尤其重要。如消毒、隔离、供水问题，病人被服的更洗。精神科病人的特点是设备及物品易损坏，因此后勤工作应及时修复，保证病房整齐、安全。精神科病房管理的好坏，后勤工作是重要环节。

（四）护理工作与营养室的关系

精神病人由病态所致，不能进食，临床需要有足够量的营养才能保证大量的精神科药物的应用。另外精神病患者也存在合并症的问题，根据病种不同开展不同的治疗饮食，就必须加强和营养室之间密切联系使之病人有充足营养，保证精神病人早日康复。

（赵贤秋）

六、护理程序

（一）门诊患者的护理工作：

精神科门诊是整个医院重要组成部分，是患者就诊之首，也是患者及家属流量较多之地。所以提高医护质量，优质服务态度，做好宣传工作就显得更为重要。为此我们要大力开展门诊的科普宣传教育，使门诊在精神病防治工作中作出应有贡献。

1．分诊室的工作：

（1）分诊室面对众多的患者及家属，所以要有计划的利用板报、墙报、宣传科普知识，使之家属了解精神病的科学常识和护理知识，如服药、注射后的注意事项，使患者正确认识自己的疾病，树立战胜疾病的信心，配合治疗，早日康复。

（2）凡是就诊患者必须有家属护送方能挂号，依次就诊。

（3）为确保诊察室医生治疗质量及患者相互安全，在分诊时，一定保证诊察室内

一医、一患、一家属，做到工作有秩序，忙而不乱。

（4）对有合并症的患者，有兴奋躁动护理困难的患者，可安排提前就诊。

（5）对患者和家属提出的问题，我们一定要耐心解答，态度要和蔼。如入院须知、复诊手续、服药注意事项等。

2．门诊处置工作：

（1）护理人员对来自门诊患者各种处置要经仔细核对后，方可执行。避免发生意外。

（2）对采集的各种化验物要及时送检。

（3）注射抗精神病药物时，需嘱患者卧床休息一会儿，方可离开，以便观察有无药物反应。并将用药后可能发生之付作用及表现和简单处理方法，告知家属，以利防范于未然。如若发生直立性虚脱，应立即将患者置于平卧位，即可逐渐好转。

（4）处置室要备好抢救药品及器材，以利于急症患者的抢救治疗。

3．接诊室的工作：

经医生确诊后可入院治疗患者，可到住院处办住院手续。经接诊室护理人员协助沐浴，理发修剪脚趾甲及手指甲、灭虱、更换住院服。患者自备毛巾、牙具。由护理人员护送到病房。

（二）住院治疗患者的护理工作

在患者住院休养期间，我们要努力配合好治疗，使患者早日康复。在护理工作中要求我们对患者要温暖如春，对待患者我们只有帮助和扶持的义务。绝不能有冷嘲热讽的权力。因此我们应做到急病人所急，想病人所想，帮病人所需的良好风尚。

1．患者进病房时，值班护士应热情接待，领患者到病室之床位，并介绍疗科设施、如厕所、饭厅、盥洗间及休养员生活制度。使患者熟悉环境，消除疑惧心理而安心住院治疗。

2．将危险品：刀、剪、一尺以上的绳、火柴及贵重物品、手表、钱等交其家属带回，以免发生意外。如果患者病情严重，不能自行保管的物品（少量的钱，牙具）及存款由总务护士签名登记，存入库房。

3．向家属讲解探视制度并要求其遵守。

4．办公室护士依据医嘱转送饮食通知单，填写报表。及时转抄医嘱以通知处置护士执行医嘱。

5．值班护士负责入院常规检查：测体温、脉博、呼吸、血压一日二次，连测三天并记录，以后可一日测一次。若有异常变化及时通知医生，以便处置。

6．护病记录。新入院病人要求记录三天（白班和夜班各一次）。

记录时力求真实，准确，重点突出，文字简练，字迹清楚，内容丰富，说明问题。

记录的内容包括患者精神症状的变化情况，躯体情况，饮食以及睡眠情况及在护理工作中的注意事项和建议以供医生参考，便于诊断、治疗。记录完毕，签字盖章。

7．值班护士必须了解患者姓名、年令、病情、治疗、处置、级别及饮食情况，做好病情观察，以便正确写好交班报告。

8．如果患者有合并症，病情危重，一定做好护理计划，要求值班护士按“护理计划”执行护理任务，做好记录并交班。

（三）出院患者的护理：

认真做好出院护理工作有可能促进和巩固疗效，减少复发。如对基本治愈患者可根据思想情况及存在问题做好精神治疗。包括怎样正确认识和对待疾病，如何予防复发等。对于家属也要做好宣传工作，例如告诉家属如何安排好患者的生活环境，维持治疗的意义等。

一般患者出院时应该做到：

1．已治愈患者由经治医生发函通知单位，嘱其按期派人来接患者出院，有特殊情况须经治医生同意，由病房专人护送患者回到单位。

2．值班护士接到患者办理完结帐手续通知后，让其病人更换住院服，并由总务护士把病人一切库存物品交点给家属，更换下来的住院服、被服及时消毒送洗。

3．主动向患者、家属征求对医院的意见及希望，以便今后改进工作。并向家属交待药物保管和服用方法及注意事项。

4．办公室护士负责填写出院报表和停饮食通知单。并将医嘱单交给医生，附于病历上，已备医生做患者出院总结。

5．处置护士依据转抄医嘱，停止该患一切处置。

（四）对死亡患者的护理工作

精神病患者死亡也有所见，做好尸体料理工作也是很重要的。首先我们对死者要表示同情和尊重，对家属要尽力安慰。

1．依据医生确诊死亡即可进行死亡护理。保护好现场，避免围观，以免影响其他患者的情绪。

2．清洁尸体处理：

用纱布或棉花擦净眼、耳、鼻、口、阴道、肛门的溢物、血迹、徹出一切治疗处置用品。并使患者眼睛闭合。

3．穿好衣裤，平放四肢，用大单复盖尸体，将填写好的尸体识别卡片别在死者胸前，把尸体移放太平间。

4．死者的房间，用物要消毒处理。

5．填写死亡通知单，通知单位和家属。

6．将患者枪救现场的护病记录，医嘱记录整理好交付医生。送至病案室存挡。

（赵贤秋、关秀文）

第三节　护理管理制度

护理制度是广大护理人员长期工作实践的经验总结，是维持医院正常工作秩序的重要保证。其中有些制度如安全检查，交接班等制度往往是通过严重教训而制定出来的，因此对各项制度必须要十分重视，才能确保病人安全提高工作质量和效率。下面仅就具有本科特点必备的制度摘录如下，仅供参考。

一、护理人员的工作守则

（一）对精神病人应有正确的认识和科学态度，不能歧视和讽刺病人，不能将其病态言行作为谈笑资料。病历应保密，要尊重和爱护病人。

（二）对待病人态度和蔼热情、平等相待。病人提出的合理要求应尽量满足，不能办到的事应耐心说服解释，即要体贴关心，又要掌握原则。

（三）必须熟悉病人的姓名、面貌特征、病情、家庭地址、风俗习惯、护理要点；掌握病人的心理活动以便在发生意外的情况时做出较为准确的判断，采取紧急挽救措施。

（四）要有敏锐的观察力和高度的警惕性，防止意外事件的发生。遇有紧急情况时态度要镇静，处理要果断恰当，确保病人安全。

（五）认真贯彻保护性医疗制度，加强心理护理，避免恶性刺激。不得在病人面前议论病情及预后等。

（六）工作人员应具有高度的组织纪律性和工作责任感，严格遵守各项规章制度。工休之间防止互相赠送礼物、借贷等违反纪律的行为。

（七）不得向病人及家属泄露医院内部情况如事故的原尾、工作人员私人生活与地址。

二、岗位责任制

岗位责任制是病房管理各项制度的中心环节，为了保证护理工作的正常运转应对病房所属各室设备、物品、器械、药品、病人、卫生与安全等均要有专人负责管理巡视。必须做到人人固定工作岗位、明确工作职责、内容和任务。使各项护理工作有计划、有秩序、有条不紊的进行。下面以辽宁省精神病防治院病房护理岗位工作程序为例介绍如下：

（一）护士长工作日程

7.30～7.45　参加并主持早会，布置当日护理工作、传达有关事项。

7.45～9.30　随早班床头交接，跟随查房，重点查新入院病人、治疗室病人、重病人的病情，基础护理及病人的服药情况。吩咐次日需重点协助料理卫生的病人名单。

9.30～10.30　检查各级护理人员的操作规程及病人工娱活动情况，病室危险物品的收集情况。

10.30～11.30　检查医嘱的执行情况，核对病人一览板及对病人饮食护理情况。

午后：

1．定期参加护士长会议。

2．床旁征求意见，定期召开病员代表会。

3．与科主任协商共同召开医护会议。

4．组织与领导护理人员的政治业务学习和了解思想情况。

5．检查各种护理表格填写及急救药品、器材的备用情况。

6．检查各种安全措施的落实情况，消除不安全因素。

7．下班前巡视重点病人，做好必要的工作安排，想一想明日工作。

附：护士长周工作计划

星期一　随同科主任查房，配合科主任主持疗科会议。

星期二　检查常备器械药品、参加护士长例会。

星期三　检查病房备品及危险品收集情况，参加政治学习。

星期四　检查教学情况，组织业务学习。

星期五　检查各种表格填写情况，参加有关学术活动。

星期六　组织护理人员查房，检查疗科卫生安全情况。

（二）临床护士工作日程

7.30～7.45　参加早会。

7.45～8.00　床头交接，做好服药前的查对工作。

8.00～9.30　服药、协助重病人料理个人卫生，整理清扫床铺及室内地面，维持查房秩序，适当参加医生查房。

9.30～10.40　整理占用病房的清洁卫生（查房病室）；随时准备接收新病人；做好新入院病人的护理；执行一周卫生行事；督促病人参加工娱活动；巡视、观察病人活动情况，配合医生做好各种诊疗前、后的护理。

10.40～11.00　清点人数，做好开饭前的准备及病人洗手工作。

11.00～11.30　督促协助病人进食，观察病人进食情况。

11.30～12.00　检查时间温、服时间药、写好护病记录与交班报告，搞好卫生清扫工作，维持病室秩序、准备交班。

12.00～14.00　听取交班报告；进行床头交接维持病室秩序；保持病房肃静；督促病人午睡；观察睡眠情况。

14.00～16.00　督促病人起床、参加工娱活动，执行一周卫生行事，巡视病房观察病情，随时准备接收新病人，并做好护理工作。

16.00～16.30　清点人数，做好开饭前的准备及病人洗手工作。

16.30～17.30　督促与协助病人进食，观察病人进食情况，书写护病记录及交班报告，填写有关表格。

17.30～18.00　服晚药、做好交班前的准备工作。

18.00～18.30　听取交班报告，进行床头交接，清点本班所需药品及器械。

18.30～19.30　摆次日早晨口服用药，准备夜间用开水及晚间护理。

19.30～20.00　督促病人就寝、协助重病人入睡，作好睡前处置工作。

20.00～24.00　巡视观察病人睡眠情况及临时处置后的反应。

24.00～24.30　检时间温、服时间药。

24.30～4.30　巡视观察睡眠情况，协助督促重病人大小便，做好时间处置。

4.30～5.00　做好胰岛素治前准备，铺好治疗巾，督促病人入厕，准备注射器械及药品。

5.00～6.00　按治疗单注射胰岛素，设专人观察治疗反应，并给予相应的护理。（约束病人、表格填写）。

6.00～6.30　收集各种化验标本，督促病人起床，协助重病人洗嗽，服时间药。

6.30～7.00　服食前药，整理书写护病记录，做好开饭前的准备工作。

7.00～7.30　分别做好交班前的准备工作。

1．督促协助病人进食，观察病人进食情况。

2．作好交班前的卫生清扫。

3．班长要作好交班报告书写工作。

4．维持病房秩序准备交班。

附：病房一周卫生行事表

时间 / 星期	上　　午	下　　午
一	扫天棚、四壁、擦床头	擦门窗、灯炮
二	收集危险物品	协助重病人料理个人卫生
三	剪指（趾）甲	剪指（趾）甲
四	灭虱子	理发、洗头
五	收集危险物品	协助重病人料理个人卫生
六	周末卫生清扫	周末卫生清扫

注：疗科环境卫生，病室地面、窗户玻璃、暖气片均由卫生包干组负责。

（三）处置室护士工作日程

7.30～7.45　参加早会。

7.45～8.00　接夜班处置、器械、物品、药品、清理室内卫生。

8.00～9.30　送检化验标本，进行常规处置，更换无菌器械、用品清点核对常备药品，急救器械及药品保持完整无缺。

9.30～11.00　执行医嘱，观察处置反应，转抄长期医嘱，按医嘱组织护送病人透视、照象及心电等检查，摆中午药。

11.00～11.30　按医嘱调整三级一览板，并对有关医嘱进行交班如：新入院、转出、转入、病情变化，特殊治疗等。

13.00～14.00　摆晚药。

14.00～16.00　准备和消毒各种器械及时与供应室更换。参加业务学习与会议。

16.00～17.00　检查和核对医嘱与处置卡，三级一览板执行情况，准备夜间处置用药及器械。清理室内卫生。

（四）观察护士工作日程

7.30～7.45　参加早会。

7.45～8.00　进行常规护理检查。

8.00～9.30　陪同护士长与医生查房。

9.30～11.00　接收新入院病人并做好护理常规检查，绘制体温表，观察病人活动，书写护病记录。

11.00～11.30　协助开饭，观察病人进食情况，向班长做有关病情报告。

13.00～14.00　组织测量病人常温。

14.00～16.00　观察病情，书写护病记录。

16.00～16.30　协助开饭，观察病人进食情况。

16.30～17.00　整理护理表格，向班长做有关病情报告。

（五）娱疗护士工作日程

7.20～7.30　与夜班护理人员共同组织病人在室内静息。

7.30～7.45　参加早会

7.45～8.00　维持病人服药秩序。

8.00～9.00　做上午娱疗工作准备，适当参加查房。

9.00～9.30　组织少数病人打扫环境卫生。

9.30～10.30　按周计划组织病人娱疗活动。

10.30～11.00　维持病房秩序，做好开饭前的准备。

11.00～11.30　维持开饭秩序，观察病人进食情况。

13.00～13.30　做午后娱疗工作准备

13.30～15.30　按周计划组织病人娱疗活动。

15.30～16.00　维持病房秩序，做好开饭前的准备。

16.00～16.30　维持开饭秩序，观察病人进食情况。

16.30～17.00　向护士长汇报有关工作，向有关医生汇报病人病情。

（六）总务护士工作日程

7.30～7.45　参加早会

7.45～8.00　做好病房内的备品检查（如住院服、被套、床单等）。

8.00～9.30　为新入院病人准备住院服，有计划的更换病房备品及零散的脏被服，进行安全检查，登记处理破损的病床、门窗等并及时请示维修。按月工作计划请领办公用品。

9.30～10.30　配合娱疗参加患者室外活动。

10.30～11.00　发出疗科公邮及患者私人信件，领取、验收外地汇至疗科的邮包及挂号信件。

11.00～11.30　协助病房食堂开饭。

13.00～14.00　更换临时脏、坏衣服，发放办公用品，按月工作计划为患者登记购置日用品。

14.00～16.00　协助娱疗活动。

16.00～16.30　协助病房食堂开饭。

16.30～17.00　为夜班做好必要的备品准备，（蜡、表格、火柴等）做好交接班。

（七）护理员工作日程

7.30～7.45　参加早会

7.45～9.30　床头交接班，重点交接病房备品、床上用物，做好病人晨间护理，整理床铺及室内卫生。收集危险品，防止意外发生。

9.30～11.00　整理占用床位的清洁卫生，做好病人出院后的备品清洁及病人入院前的用品准备，递送大小便器，更换住院服及一周卫生行事工作。

11.00～12.00　协助开饭，喂饭、送饭、清理室内卫生，做好交班前的准备工作。

12.00～14.00　听取交班者报告，进行床头交接，维持病房秩序，观察病人睡眠情况。

14.00～16.00　整理床铺，卫生清扫，执行卫生一周行事，在护士指导下做些日常护理工作，技术操作，表格填写。

16.00～16.30　清点病人，准备开饭，督促病人进食。

16.30～18.00　做好交班前的卫生清扫，进行床头交接。

（八）食堂班工作日程

6.00～6.30　做好早饭前的准备工作，（擦好餐桌备置好餐具）打半流食，并做好分餐工作）。

6.30～7.00　组织病人打饭，开饭工作。

7.00～7.30　组织病人共同刷洗餐后食具，搞好开饭后的卫生工作。

7.30～7.45　参加早会。

10.30～10.45　打半流食，并做好分餐工作。

10.45～10.55　做好午饭前的准备工作（擦好餐桌、备置好餐具）。

10.55～11.30　组织病人打饭、开饭工作。

11.30～12.00　组织病人共同刷洗和消毒餐后用具，搞好开饭后的卫生，

14.00～14.30　打半流食、并做好分餐工作。

14.30～15.40　按食堂周卫生工作计划做好卫生清扫和餐具消毒工作。

15.40～15.50　做好开饭前的准备工作，（擦好餐桌、备置好餐具）。

15.50～16.30　组织病人打饭、开饭工作。（半流）

16.30～17.00　组织病人共同刷洗餐后食具，搞好开饭后的卫生。

附：食堂卫生一周行事表

星　期	内　　容
一	打扫天棚四壁、擦灯炮
二	食具消毒（碗筷）
三	擦洗门窗
四	刷洗桌椅
五	食具消毒，彻底刷洗桶、盆
六	冲洗暖气片、刷洗地板

（九）病房卫生班工作日程

7.00～7.30　冲刷厕所，洗痰盂。

7.30～8.00　清扫与擦拭护士办公室。

8.00～8.30　刷洗嗽室，清扫与擦拭走廊、楼梯。

9.30～10.30　整理与擦拭床头柜。

10.30～11.30　冲刷厕所、洗嗽室，更换痰盂水。

14.00～15.30　冲刷厕所、痰盂、擦走廊楼梯及墙围。

15.30～16.30　清扫与擦拭睡眠室，探视室，更衣室。

16.30～17.30　冲刷厕所、痰盂及洗嗽室、清扫卫生，清理及消毒器具。

注：每天午后参加政治与业务学习时要适当安排好自己的工作。

附：病房护理岗位责任的有关说明

1．病房的门、厕所、洗漱室、食堂等公共场所要有专人负责进行巡视，除重病室病人，伴有五防标志病人、或新入院病人外，其它患者在上述地方发生问题，一律由各区值班者负责。

2．对重病室的患者，要求不离视线，该室值班人员负责对其病员的观察、督促协助生活料理及安全护理，做好病情交接。该室病员在任何地方出差错均由本室值班者负责。

3．在责任区内普通病室伴有五防标志的病人，在其它病室发生差错时则应由病人居室值班者负主要责任，发生差错的病室值班者负次要责任。

4．新入院病人重点观察三天，此期间如在其它病室发生意外、处理条件同第三条。

5．病人室外活动由班长做好岗位分工，看电影或工娱活动时由娱疗护士主持分工，如病人出现差错由值岗者负责。重点病室患者在此期间脱离了护理人员的监护视线而发生意外问题时，则由重点病室值班者负主要责任，活动场所值岗者负次要责任。如病人的危险行为被活动场所值岗者发现而未来得及制止时，室外值班者不负责任，重病室值班者负完全责任。

三、值班交接班制度

（一）值班护士要掌握病人的病情变化，严密监护危重病人和严重五防病人。（自杀、伤人、逃跑、破坏、冲动）按时完成各项护理工作，负责接待新入院病人，填写值班记录，同时指导检查护理员、卫生员工作。

（二）值班人员要做好病房管理工作，如遇重大问题及时向上级领导请示报告。

（三）每天（早会）集体交接班一次，医生及接班全体人员参加。由夜班班长报告病人流动情况和新入院、危重、手术、五防病人及特殊检查等病人的病情变化。交班时间一般不得超过十五分钟。

（四）应严格遵守交接班时间，接班者应提前五分钟到岗等候接班。

（五）接班的全体人员应衣帽正齐、态度严肃认真听取交班者报告病情。如发现交班事项不清者，如人数、医嘱、处置、药品器材、被品等应立即同交班者查明原因，否则由接班者负责。

（六）各交班班长在交班前应先传达当日早会有关事项，然后作交班报告。接班班长布置本班重点工作后分头到病室交接。重点病人的病情变化，处置后的反应及注意事项要做床头交接。

（七）交班者应给下一班做好必要的工作准备，以减少接班者的忙乱。认真做到五交（即交病人、交病情、交处置、交备品、交卫生）和五不交（即病人的人数不对、处

置没完成、病室不清洁、不肃静、备品不全不交）。特殊情况需说明理由。

（八）交班完毕开碰头会，汇报值班中的有关情况，包括被品破损、丢失及事故差错等必要时报告护士长，于三日内讨论填表上报。

四、医嘱处理制度

（一）护士要准确及时地执行医嘱，长期医嘱不超过两小时执行，即刻医嘱在三十分钟内执行完毕。

（二）执行医嘱时，应首先复查一遍，发现内容不清之处应与医生及时联系，待明确无误后，方可执行。

（三）长期医嘱按不同项目分别抄录在各项治疗单上，处理完毕后签全名，并及时通知有关科室（如营养室等）执行。

（四）即刻医嘱执行完毕，要注明执行时间应签全名。需下一班执行的即刻医嘱，应详细交班。

（五）长期“ＱＤ”医嘱，当日即应执行一次，以后可按给药时间执行。

（六）长期备用医嘱“Ｐ、Ｒ、Ｎ”按长期医嘱处理，每次应用时，需由执行人登记在即刻医嘱单上，签全名并注明执行时间。

（七）当日备用医嘱“ＳＯＳ”执行后，注明时间签全名。备用医嘱未执行应用红钢笔在医嘱上写明“未用”字样（白天备用医嘱未执行，由治疗班护士负责注明，夜间备用医嘱未执行，由夜班护士注明）。

（八）医嘱处理完毕后，每天要核对一次，检查有无遗漏。

五、服药制度

（一）按床号顺序排列药笺，处置（治疗）护士将药摆好后，由发药护士核对以防发生差错。

（二）发药前要准备好温度适宜的开水。

（三）熟记按床号排列的患者姓名、面貌、药名，按顺序发药。如有疑问经核对询问清楚后再发出。

（四）发药后经检查患者口腔、舌下和颊部证明药已咽下方可离开，防止留药造成意外。

（五）发药时药盘不能随意乱放，并注意周围环境，严防患者枪药或弄翻药盘。

（六）对拒药患者要加强说服解释工作；躁动不合作患者要请人协助采取鼻饲服药方法。

（七）服药后注意观察反应，发现异常现象立即报告医生。

（八）食前药在饭前三十分钟服，食后药在饭后三十分钟服。时间药按排列时间服。

（九）服药完毕，清点用物，防止遗失在病房发生意外，对发药用具要清洁消毒。

（十）主班护士在夜间有权使用一次量镇静催眠剂。但给药前应当查阅有无“禁用”医嘱。

六、保护（约束）病人制度

（一）约束是为了保护病人及周围环境的安全，保证治疗护理工作顺利进行，严禁用约束惩罚病人。

（二）凡属下列情况之一者可考虑给予保护：

1．有严重疾病（如心脏病、衰竭、虚脱、高血压等）者，必须卧床休息而病人极度躁动不合作者。

2．严重外伤或手术后，必须保持伤口清洁而病人不合作者。

3．输血、补液不合作或进行治疗需要者。

4．有严重躁动、破坏、自他伤（杀）行为者，或各种原因引起的谵妄状态用其它方法如药物治疗或转换环境等无效而必须使病人安静者。

5．其它特殊情况如突然冲动等可根据情况给予保护。

（三）保护病人必须有专人负责，重点护理，防止其它病人伤害或将保护带解开后发生意外。

（四）长期约束者须经医生批准，并下达医嘱。被约束的局部要加保护垫。

（五）保护后，可视情况随时解开协助大小便、进食饮水、注意口腔护理，每三十分钟更换体位和保护姿势，以免发生褥疮、肢体麻痹及擦破伤。

（六）保护后应详细记载护病记录、登记作好交接。

七、护病记录书写制度

（一）护病记录应一律用中文书写，内容确切，词句简练通顺明晰，字迹清晰正洁、段落分明。涂改处和记录完毕应盖章以备查考。

（二）各项表格的栏、页数必须填全。注明完整的日期，按年、月、日、时、分方式填写。

（三）新入院病人重点观察三天，连检三日常温、血压。并划在体温表上。如有异常及时报告医生按医嘱执行。护病记录连记三天，每班各记录一次。

（四）假出院或归来、转出、出院的病人当班记录一次。

（五）一级护理病人每半月记录一次。二、三级病人每月记录一次。

（六）更改护理级别要记录。如停一级改为二级护理，或停三级改为一级护理。

（七）有病情变化要随时记录。如病人发热38℃以上；严重的腹泻、呕吐者；“五防”病人的突然冲动、伤人、毁物等。

（八）对危重病人应拟定护理计划。要设特护记录。

八、医疗文件的保管制度

（一）医疗、护理文件由护士长负责管理。各班护理人员均需按照管理要求执行。

（二）所有医疗文件应有一定的放置地点，取用后应立即归还原处。

（三）病历中各种表格均应排列整齐，在使用时要小心谨慎不可污染、撕破、残缺，完整的病历在使用时不可析散分放以免失散。

（四）任何医疗文件非经一定手续不得携出病房。病人外出会诊或转院时，只许携带病历摘要。

（五）所有医疗记录应对病人保密，以免造成不良刺激，影响疾病的恢复。

（六）病人出院或死亡后，病历须按规定排列整齐由病案室回收，填好病案号码归档。

（七）交班本、医嘱本、处置薄等应妥善保管，用完后仍需保存一年。以备年度内查阅。

九、计划护理工作制度

一项合乎要求的计划必须包括下列内容：

完成什么任务；要求达到的指标；完成任务的主要方法；执行任务的人力、物力和时间安排；执行计划的负责者和检查者。在重要的工作计划中，还需指明执行计划的指导思想和原则依据，并且尽可能预见到计划执行过程中可能发生的变化，确定相应的机动措施。

必须明确：护理部的全年工作计划和各科的每季阶段计划的本身就是各项护理工作的实践依据，不是对基层护理人员下达的原则指示，只有具体的工作计划才是切实可行的。因此计划不能失之过简，只有原则条文，没有具体安排，否则，计划难以落实。

（一）工作计划

1．建立护士长工作手册，使护士长在护理部的领导下，按季、月、周工作计划有步骤有科学分工的完成护士长工作。

1）护士长根据护理部全年计划拟定出每季工作计划。结合本科情况制定出每月应完成的重点工作，并在周计划中提出具体措施及完成办法，落实到人和班次，以便护理检查。每月应总结完成情况，存在问题与经验。并详细记载在护士长手册上。

2）护士长周工作安排应订出周一～周六的重点工作和检查项目。如督促检查急救药品器材的准备，消毒隔离技术、跟随科主任查房和业务教学时间、进行总核对医嘱及卫生安全检查等均要统筹安排。

3）在护士长手册上还应记录以下各点：

① 科室工作大事记及人事动态，如对危重病人的抢救经验及教训，新医疗技术的开展和科研项目的完成情况，以及本科护士外出学习，各单位的转换调动进修等，以便总结经验合理的调配护理人员。

② 科室内护理人员的考勤及好人好事情况。

③ 记录护理事故、差错，要查明原因总结经验教训，拟定出防范措施。

④ 业务学习计划及护生实习进度，拟定本科室的业务培养计划并记录完成情况，对每期护生的实习完成项目详细记载，按时完成教学计划。

2．娱疗护士工作除有日工作程序外，要根据院工娱疗法室全年工作计划，制定出每季工作计划、每月的工作重点安排（如一年几度的文艺汇演、大型体育比赛、召开休养员座谈会等及每周的常规活动计划。每日要有工作记录，以便总结经验，改进工作。

（二）个案护理计划：

为了有计划地运用科学的护理方法对病人进行有效的护理，以获得良好的治疗效果。在精神病科应对严重“五防”病人、兴奋躁动病人、长期卧床、昏迷、木僵有严重并发症患者要拟定护理计划，以使各班护理人员有所遵循、按着护理计划的要求及内容进行

护理，提高护理质量。

十、护理查房制度

查房的目的在于及时了解病人病情、思想、生活情况，检查护理质量和常规制度的落实情况。可结合临床对有极度兴奋、躁动、严重合并症及“五防”病人，制定合理的护理计划，搞好临床教学，增加护理工作的主动性。护理查房是提高护理质量培养下级护理人员的重要措施。

（一）护理部查房

每季由护理部组织各科护士长进行一次全面护理查房，并记录工作质量，排列评比名次。每月最少要进行两次不定期查房以帮助解决疑难问题。

（二）护士长查房

1．病房护士长于交班前必须了解夜班护理工作完成情况，新入院、危重病人的抢救情况。

2．根据周工作计划，按各级护理人员的岗位职责和工作日程检查工作质量。根据教学计划结合临床每月要进行一次个案查房。

3．护士长查房时应携带查房簿，将当班护理工作质量，医生对护理工作的要求、病人的意见如实的记载在查房簿上。记载时要写明班次、时间、查房内容、责任者。如有差错要注明事情发生的全过程，最后签属护士长意见并签字。

4．根据查房簿记载的内容，每月或每季按岗位质量标准给予评价记分。

5．护病记录检查后，护士长可提出相应的护理工作意见并签字盖章。

6．交班本经护士长检查后要做出等级评价。

7．对各种疗法治疗单的书写每周要检查一次并盖章。

8．护士长查房簿应悬挂或固定在护士办公室的指定地方，便于护理人员随时翻阅，发现漏洞引以为戒，改进工作。

十一、事故差错问题管理制度

（一）事故、差错、问题的标准与范围

1．事故的标准与范围

标准：凡在护理工作中由于责任心不强、作风粗暴、技术水平低或设备条件所限造成病人死亡、残废、组织器官损伤的为事故。

事故的等级分类：

一级事故：由于护理人员的过失直接造成病人死亡的。

二级事故；由于护理人员的过失促使病人死亡或造成残废的。

三级事故：由于护理人员的过失造成病人轻度残废或严重痛苦者。

事故的范围：

1）责任事故的范围

① 凡因交接班不清，中断对病情变化的严密观察、治疗、护理以致失去抢救时机，造成严重不良后果者。

② 因工作责任心不强，巡回护理不认真或延长巡视时间，脱岗，对病人出现的

自缢、自刎、触电、伤人、撞头、逃跑等意外事件不能及时发现而造成严重后果者。

③ 将危险物品遗漏病室，造成病人自伤或伤人后果严重者。

④ 因工作人员马虎未锁门，造成病人逃跑、偷窃危险物品或将病人误锁室内造成严重后果者。

⑤ 凡因作风粗暴致使病人骨折或严重组织器官损伤造成残废、死亡等不良后果者。

⑥ 不认真执行查对制度而打错针、服错药、输错血液或因护理不周发生严重烫伤、三度褥疮；静脉注射外漏或消毒不严导致局部化脓、坏死；昏迷、躁动病人坠床造成严重不良后果者。

⑦ 延误供应抢救物质、药品，供应未消毒的器械、敷料、药品或因无菌操作不严发生感染造成严重不良后果者。

2）技术事故范围

凡确因设备条件所限或技术水平低、经验不足而导致上述不良后果者。

2．差错的标准与范围

标准：凡因护理工作失误造成病人痛苦，但无严重不良后果者为差错。

差错的范围：

1）甲级差错的范围：

① 鼻饲插错部位造成病人窒息，经抢救脱险，予后良好者。

② 对危重病人忘交班、忘执行医嘱或执行医嘱错误使病情恶化者。

③ 新入院、“五防”病人未作重点监护造成外伤后一期愈合者，或由于约束不当所致病人肢体轻度麻痹，经治疗予后良好者。

④ 服错、注错药物或因病人藏药顿服，出现意识障碍经抢救予后良好者。

⑤ 因护理不周发生二度褥疮、二度烫伤经短期治疗痊愈者。

2）乙级差错

① 由于责任心不强延误了病人特殊治疗（胰岛素等）无不良后果者。

② 由于交班不清、交班错误或错抄漏抄医嘱，造成错注、漏注、错服、漏服时间药无严重后果的。

③ 一级病人逃跑四十八小时不知下落，四十八小时后无后果者。

④ 供应室发错器械包或包内遗漏主要器械，影响检查、治疗者；发放无菌已过期的器械或对器械清洗、灭菌不彻底，培养有细菌生长，但未造成严重后果者。

3．问题的标准与范围

标准：凡因护理工作失误、对病人有间接影响，无明显痛苦和后果者。

问题的范围：

① 凡由于交班不清、交班错误或错抄、漏抄医嘱造成错注、漏注、错服、漏服药物不够差错条件者。

② 病人逃跑48小时之内追回无后果者。

③ 病人两次未进食没给处置者。

④ 发现病人抢药、偷药、留药或听病人主诉从家中带药顿服，当时无法确切考察为防止万一，给病人洗胃造成痛苦者。

（二）事故差错报告制度

1．各科室建立差错事故登记本，由本人及时登记发生问题、差错、事故的经过，原因后果。两日内填写报告表，护士长及时组织讨论与总结，一周内将当事人检查材料及处理意见等书面材料呈报到护理部。

2．发生差错、事故后要积极采取抢救措施，以减少或消除由于差错、事故造成的不良后果。

3．发生严重的差错、事故的各种有关记录、检验报告及造成事故的药品器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁、伪造，并保留病人的标本以备鉴定，违者要追究个人责任。

4．差错、事故发生后，按其性质分别组织全科或全院有关人员进行讨论，以提高认识，吸取教训、改进工作，并确定事故性质，提出处理意见。

5．护理部、护士长要对护理事故的调查、登记、统计和报告的正确性负责。如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现时，须按情节轻重给予处分。

6．为了弄清事实真相，应注意倾听当事人的意见。讨论时吸收本人参加，允许个人发表意见。决定处分时领导应进行思想工作以达到教育的目的。

7．护理部定期组织护士长分析差错、事故发生的原因并提出防范措施。

8．发生一、二级事故应立即向护理部汇报，护理部应立即进行认真调查处理。

（三）事故差错的处理

对医疗事故的责任者要根据事故的性质、情节和后果，结合本人的一贯表现和认识态度，本着思想教育从严、组织处理从宽，责任事故从严、技术事故处理从宽的原则，进行认真处理。

1．对技术事故的责任者，要给予批评、教育。事故后果严重或认错态度不好，坚持错误者给予必要的纪律处分。

2．对责任事故的责任者，要根据事故级别、区别情况给予下列不同的纪律处分。

对一级事故责任者：记大过、降级、撤职、留用察看、开除。

对二级事故的责任者：记过、记大过、降级、撤职。

对三级事故的责任者：警告、记过、记大过。

3．对各种医疗事故的责任者均应根据情节和本人认识错误的态度，扣发半年至一年的奖金；可否晋升技术职称和调整工资问题，应按上级有关规定处理。

4．对一贯不负责任、玩忽职守、草菅人命、情节恶劣造成严重事故者，由其所在单位或主管部门向检查机关提请公诉，依法追究刑事责任。

5．进修、实习人员发生事故，由其上级护士（师）负责，但因本人因素造成的医院可整理书面材料提出处理意见，转送实习、进修人员的单位。

6．事故责任者的材料和处理意见要装入个人技术档案和干部档案。

7．精神病人由于受特殊症状的影响，常常很快发生变化，往往产生自杀、自伤、

伤人毁物、潜逃等意外事故。从目前精神病院的设备、医技人员的配备现状与现有的医学水平，对有些病人瞬息之间的精神变化，尚无法及时掌握，对某些事故的出现也是难以予料和预防的。因此，根据精神病科的特殊性，凡因护理人员无法防范而出现的意外，不应按事故、差错处理，但要总结经验吸取教训。

十二、病房管理制度

（一）病房管理由病房护士长、主治医师共同负责。

（二）由病员代表组成休养员委员会，协助工作人员做好病员时事学习及生活管理等工作，并定期召开工休座谈会，听取意见，改进工作。

（三）统一病房陈设，室内物品和床位应摆放正齐，固定位置，未经护士长同意不得任意搬动。

（四）保持病区安静、避免噪音，做到走路轻、说话轻、关门轻、操作轻。

（五）协助生活不能自理病员搞好个人卫生，督促全体病员饭前便后洗手，病员每周洗澡1～2次并剪指（趾）甲，每半月理发一次。

（六）医护人员工作时，必须衣帽整齐、严肃认真、坚守岗位，治疗、处置时代口罩，不得在病房内吸烟。

（七）病区被服、用具按基数配给病员，假出院、出院要清点收回。

（八）护士长全面负责管理病区财产、设备，建立帐目、定期清点，并指派专人分管。如有遗失要查明原因，按规定处理。管理人员调出时，应办理交接手续。

（九）做好使病员遵守院规和作息制度的宣传工作。

（十）护士长派班后，护理人员不得随意更换。

十三、病房安全管理制度

（一）严格交接班制度，对重点病人加强巡视（每15分钟一次），及时掌握各种病情变化。夜间病人入厕要及时查看，巡回护理到床头，勿使病人蒙头睡觉，如发现可疑空床或其它情况要及时核对、查找。采取相应措施，防止意外。

（二）病人出入病区要清点人数、有护士陪伴。返回病室要严格检查，防止将危险物品带入病房。对探视家属、亲友做好宣传，使他们做到危险品不交给病人。

（三）病人外出活动前要对其活动场地做一次安全检查，清除不安全因素。

（四）配膳室、洗嗽室、饭厅随时上锁。工作人员出入办公室及各种治疗室必须锁门，不许病人单独在上述房间停留。

（五）重点病人洗澡、测体温等都必须有专人负责照顾，防止烫伤、溺水、跌倒或其它意外。

（六）病房的危险物品如钥匙、刀剪、消毒药液、器械、保护带等应有固定数目，放置固定地点，详细交接。如有遗失要立即追查寻找并报告护士长。

（七）药柜要及时上锁，各种药品标签明细有专人负责。

（八）病房的各种设备，如电器、门窗、玻璃、桌椅、门锁等要做到定期检查，随时维修，施工时各种工具不得随意放置，病人不得随意靠近，完工后要彻底清理现场。

（九）对易燃物品如氧气筒、氧气带、各种炉灶要有专人妥善保管。病人吸烟应集

中在一处，防止乱丢烟头引起火灾。

（十）每周应按排一次安全检查，二次收集危险物品。有条件的病房应设抢救室，以便迅速进行抢救处置。

十四、分级护理制度

病人入院后，由医生根据病情决定护理级别，下达医嘱。护理级别分为特级、一、二、三级并作出标志。

（一）特级护理（特护）

1．条件：

病情严重需随时抢救的病人。

2．护理要点：

派专人昼夜守护，严密观察病情变化，备齐急救器材药品，随时准备急救。制定护理计划、予防并发病，及时、准确的填写特护记录。

（二）一级护理

1．条件：

1）新入院病人。

2）兴奋、躁动及五防病人（自杀、伤人、逃跑、破坏、冲动）。

3）长期卧床或生活不能自理者；昏迷、木僵、身体极度消瘦及严重并发症的病人；癫痫持续状态，有特殊治疗或司法鉴定病人需要密切观察者。

2．护理要点

1）重点协助料理生活，随时观察病情变化，详细记录。

2）重点病人不离视线。

3）随时收集危险品，交接时要检查躯体有无损伤。

（三）二级护理

1．条件

1）没有“五防”，其它精神症状也不明显者。

2）能料理一般简单生活者。

3）年老体弱及患有内科疾病者。

2．护理要点

1）经常巡视病室（15～30分钟巡视一次），观察病情变化。

2）对日常生活应给予适当照顾和督促。

3）参加工娱疗法活动，在护理人员或治愈病人陪同下进行室外活动。

（四）三级护理

1．条件

各类病人经治疗后，精神症状消失或基本消失。知、情、意恢复，生活完全自理者。

2．护理要点

1）注意心理变化，加强心理护理，巩固疗效。做好出院前的指导工作，予防复发。

2）积极组织参加工娱疗法和轻体力劳动，以尽快适应出院后的生活。

分级护理在病人一览板的标志：一级为红色、二级为兰色、三级为黄色。“五防”标志：一号代表自杀、二号代表他伤或他杀、三号代表逃跑、四号代表毁物或破坏、五号代表冲动。

如：红色病人名牌标有“1”字样，则说明该病人为一级护理，有自杀行为，护理上要列为重点监护。

十五、探视制度

（一）为保证病人治疗与休息，规定探视时间为：每日上午九至十一点下午一点至四点（特殊情况，节假日例外）。

（二）探视者须在传答室登记或领取探视证，非探视时间须经病房同意后方能探视。

（三）探视者必须经病房医护人员同意后，在指定地点探视病人，探视者不得随意将病人代出院外，如医生同意外出时，在外出时间内发生的一切意外由探视者负责。

（四）危重及瘫痪病人经医生、护士长同意后，家属可由护士陪伴在病房内探视。

（五）为使病人安心休养，早日恢复健康，探视者不得向病人谈论有妨碍病人健康和安心休养等事宜。如医护人员认为探视对病人有妨碍时，探视者应接受劝告。

（六）探视者带来的物品未经医护人员同意不得交给病人，尤其是危险物品和现金。也不许代其他病人发信或打电话。

（七）探视者必须遵守探视制度，探视后将探视经过、病人情况向医护人员详细报告。

十六、假出院（出试）制度

病人出院前为了适应外界环境，根据病情由经治医生决定可以假出院。

（一）一级病人禁止假出院。二、三级病人经家属或单位要求，经治医生同意即可办理假出院手续。

（二）病人假出院时，向家属说明假出院的意义及所带药品的用法，病情观察等注意事项。假出院期间发生一切问题医院概不负责。

（三）病人住院期间只能假出院一次、一般以半个月为限，到期不归者，按自动退院处理。

（四）病人假出院时应更换自己衣服，特殊情况可借用住院服，但必须办理借用手续。

（五）病人假出院期间只停餐，床位保留，住院费照收。

（六）病人在家期间发生病情变化可提前返院。

（七）病人返院时由护送人向医护人员详细介绍假出院期间的病人情况。

十七、工娱疗法室工作制度

（一）为使恢复期病员，恢复工作能力，有助于锻练病人与生活环境的正常接触，经治医生根据病情填写工娱疗单与工娱（科）室联系。

（二）本室负责住院病人的工疗、娱疗、心理治疗及各项评比等活动的开展。每周订出病人活动安排，送交各病室。

（三）本室人员对新参加工娱疗病人，事前应了解一般情况：如姓名、年令、职业、性格、爱好、病情、身体情况等。并介绍工娱疗意义及活动内容。

（四）工娱疗开始前应准备好物质、器材、工具等。工疗结束时，应及时清点用具数量，防止意外事故。

（五）工疗时、工作人员应遵重病人的劳动和必要的技术指导。坚守岗位、加强巡回、密切观察病情变化和劳动效果，作好记录。

（六）建立完整的财产管理制度，指定专人负责，建立各种帐目，固定资产、消耗物品和成品周转等分类管理。

（七）娱疗活动应利用广播、墙报等宣传工具，搞好卫生及防病、治病知识的宣传，表杨好人好事。

（八）定期组织病人外出活动(注意选择好对象)，带领病人外出的值班人员，不得随意离开岗位，以防意外事件发生。

（九）组织各科休委会成员、互相参观检查，进行卫生评比和各种文体竞赛等活动，先进者给予精神鼓励与适当的物质奖励。

（十）工娱室的图书及报刊杂志等、不得向外借出。

（十一）定期召开座谈会，征求病人意见并对劳动成绩显著病人，给予适当鼓励，增强病人荣誉感，提高病人劳动热情。

（十二）工娱疗护士每日接送病人，应当与病房当班护士取得联系，清点人数，严格交接制度，以杜绝差错、事故。

（十三）协助各病房开展工娱疗活动。

附一：休委会章程

1．休委会是住院病人自治管理休养生活的组织。

2．休委会的任务是：在护士长的领导和娱疗护士指导下，组织领导病人开展时事学习、工娱、文体、劳动等活动活跃休养生活。

3．住院病人要加强团结、安心休养、服从治疗、遵守院规。

4．休委会人选由娱疗护士提名，征求经治医生同意，报护士长批准。

5．休委会组织分工及职责如下：

1）休委会主任：负责主持休养员各种会议，负责各病室室长的工作安排，督促检查各委员工作，组织休养员劳动竞赛及卫生和先进病室的评比工作。

2）学习委员：负责组织休养员时事学习、宣传教育，保管休委会报刊和学习资料，制定学习计划等工作。

3）工娱委员：配合工娱护士负责对工疗病人的组织分工及产品质量的检查并组织病人的各项工娱疗活动。

4）卫生委员：负责组织室长检查各病室及个人卫生、组织卫生流动红旗的评比，并开展卫生宣传工作。

5）生活委员：负责维持病房纪律及组织安排值日人员，协助开饭、洗碗，督促病员饭前便后洗手，保管发放休养员存放的物品。

6）文体委员：负责活跃病员的休养生活，组织病员积投参加工娱室开展的各项活动。教唱歌曲、排练节目及板报、壁报的宣传活动。

7）室长：各病室可选出1～2名室长，负责督促病员参加各项活动及轮流值日。做好病室的清扫工作。

附二：先进病室的条件

1）团结互助好。

2）服从治疗遵守各项制度好。

3）参加工娱活动及室内卫生好。

4）爱护公物勤俭节约好。

休委会每月组织评比一次，报领导批准后，召开休养员大会表奖和发流动红旗。

附三：卫生先进病室条件

1）床铺正齐、地面清洁、窗台、床头无灰尘，无穿鞋上床者。

2）个人物品、牙具摆放正齐，个人无虱、室内无蚊蝇。

卫生委员每日组织一次检查卫生、并有记录。每周评比一次，休委会批准发流动红旗。

附四：住院规则

1）住院病人应遵守院规，听从医护人员的指导，与医护人员合作，服从治疗和护理，安心休养。

2）遵守病房作息时间及各项规定，经常保持室内外的清洁、肃静，不随地吐痰，不乱串病室，不在室内吸烟和喧哗。

3）在指定的病室病床休养，未经医护人员同意不得自行调换床位，不得带进食品，不得动用病友的物品，病友之间不得发生借贷和物品交换。

4）未经医护人员同意不得进入医护办公室，更不得翻阅有关医疗、护理记录和表格。

5）要爱护公物如有损坏按价赔偿。

6）可随时对医疗、护理提出意见，协助医院改进工作。

7）住院病人应接受休委会领导。

其它如查对、消毒隔离、物品管理、供应室等有关方面的制度，与综合医院相同，不作一一阐述。

（张玉英　戴广弟）

第四节　护理技术管理

护理技术管理，就是在做好政治思想工作，充分调动护理人员积极性的前提下，做好基础理论培训，制定技术操作规程，疾病护理常规，搞好基础护理、专科护理的基本技术训练以及护理资料档案的管理等。通过贯彻护理工作制度和护理操作常规，对护理工作做到熟练掌握正确执行。

一、基础护理的主要内容

（一）生活护理：病人由入院到出院，生活饮食、排泄、睡眠的护理及病人危重期

间在生活上特殊需要的护理等。

（二）基本诊疗技术：包括各科共有的或专科特有的诊疗技术，有的由护师（士）单独进行操作，有的配合医生进行操作。

（三）病情观察：护病记录的记载及有关医疗文件的记录。

为了便于开展基础护理工作，具体实施办法分下列九个方面。

1．入院接待：要以热情和蔼的态度接待病人，了解病人的思想情况，鼓励病人树立乐观主义精神来战胜疾病。

2．宣传与组织工作：向病人及家属介绍医院的有关制度。如探视制度、生活制度及医护人员对病人的要求等。使病人与家属做到心中有数，能够很好的配合医护人员工作。此外应定期地组织病人学习一些卫生知识，开展适宜的工娱活动等。

3．饮食营养：饮食营养工作对健康恢复起着重要作用，应重视病人的饮食护理，才能确保病人收到予期的治疗效果。

4．晨晚间护理：通过晨晚间护理，可使病人清洁、舒适。特别应注意有合并症及长期卧床或被约束的病人，以促使其受压部位的血液循环，预防肺炎或褥疮等合并症的发生。晚间护理可促使病人安静入眠。

5．消毒隔离与无菌操作：消毒隔离与无菌操作是护理工作中一项重要的操作技术，直接关系到病人的予后。因此，必须严格地执行消毒、隔离与无菌操作原则，熟练掌握操作方法等。

6．病情观察：细微的观察病情变化和发展，为早期诊治提供可靠的依据。

7．护理操作：要精通本科护理常规及有关的基础理论，熟练的掌握本科和有关科常见的护理技术。应以严格的科学态度和实事求是的精神，执行查对制度和防止技术事故差错的发生。

8．清洁卫生：卫生经常化、制度化是科学管理病房的基础。因此，应为病人创造一个舒适、安静、正齐、清洁的休养环境，以促使病人早日恢复健康。

9．常用基础护理技术操作常规同综合医院，在这里不作介绍而从略。

二、专科护理内容

（一）精神病科一般护理常规

1．精神病的护理常规

1）保持病房正洁、空气流通、环境舒适安静。

2）根据病情进行分级护理。

3）为病人作各项操作前应做好解释工作以取得病人合作。认真观察病情和治疗反应，发现异常及时报告医生，并详细记录和交接班。

4）坚守工作岗位，加强巡视。对意识不清、运动性兴奋或抑郁状态等重点病人严加护理，以防自杀、伤人、逃跑、毁物等意外事故的发生。

5）注意病人饮食及排便。对生活不知自理者应按时协助喂水、喂饭，三日内无大便可给灌肠。对拒食和拒服药者应设法劝导，必要时给予鼻饲或报告医生。

6）做好晨晚间护理。每晚督促病人洗脚，女病人洗会阴；生活不能自理者护士应

定期协助洗澡、更衣、剪指(趾)甲、理发、饭前、便后洗手。

7）病人晚十时仍不能入睡者应了解原因，酌情给予一次量安眠镇静剂。

8）病人外出活动需要护士陪伴，以防意外发生。

9）新入院病人三日内测体温、脉博、呼吸、血压每日两次。三日后每天午后测体温脉搏一次。

2．入院病人的护理常规

1）按医嘱准备床位，热情接待新病人，值班护士与总务护士协助更换住院服，同时检查病人躯体有否外伤及缺陷。

2）检查病人洗漱用具，随身携带物品，嘱家属为病人准备适当的日用品，并带回过多的衣物。

3）测体温、脉搏、血压，报告医生。

4）对患者进行个人卫生处理。

5）根据病情向患者介绍医院情况、住院规则、经治医生姓名、探视制度，并进行观察了解病情和种族饮食习惯。

6）执行医嘱，新入院病人一律按一级护理。填写体温单、病人一览板、书写交班本、护病记录、做好床头交接，需连交三班（早、晚、夜）便于全体护理人员掌握。

3．出院病人的护理常规

1）按医嘱为病人做好出院前准备工作。核对病人用药，剩药交给家属带回，并说明用药方法、剂量及注意事项。

2．协助病人更衣、整理物品、清点病室用品、做好出院后的指导工作。

3）整理与记好出院护病记录同其它记录一起交给经治医。

4）征求病人和家属对院方的意见，以亲人态度向病人告别并送出病房。

5）停止全部医嘱，取下病人一览板名牌、填写交班本、注销一切服药、处置卡。正理更换床上用品，铺好备用床。

4．对自杀、伤人、逃跑病人的护理常规

1）对自杀病人的护理

① 凡有自杀、自伤企图的病人应控制在重点病室，以保证病人安全。值班人员应坚守岗位，密切观察病情不能脱离视线。如有入厕或外出活动均要有护士陪伴。并做到严格交接班。

② 病人接待探视，护士应向家属交待清楚注意事项，避免发生意外。

③ 认真执行给药制度，严防藏药，并时刻注意病人思想和病情变化及饮食量，耐心做好心理护理，增强病人战胜疾病的信心。

2）对伤人病人的护理

① 医护人员态度应和蔼可亲、关心体贴病人，尽量避免对病人有激惹成份的言语和行为。

② 熟悉病人的精神症状，严密观察其表情与行为的改变，及时采取防范措施。如果患者情绪突变，表情凶暴而紧张，则应严加注意，与其接触时应保持一定距离，并可

考虑药物处理。如患者手持凶器，工作人员应站于病人侧面，一面向患者耐心劝说，分散其注意力，一面由另一个或多个工作人员从其背后，乘其不备，用力夹住双手，再夺去手中凶器；必要时给予暂时约束和药物治疗。

③ 病房内陈设力求简单适用，认真管理好一切危险品，如凳子、棍棒及其它锐器等。

④ 对曾相互发生争执、冲突或欧斗的患者，除及时做好思想教育工作外，应分居管理，并避免一起活动；必要时可将其中之一转另一病房，以防意外。

3）对逃跑病人的护理

① 掌握每个病人的病情及思想动态，对有逃跑企图者应安排重点病室，以便重点观察床头交接班。

② 病人外出，应列队依次而行。护士准确清点人数并陪伴，不许病人单独外出。

③ 应丰富患者的生活内容，鼓励其参加集体活动，以使患者生活丰富多彩精神愉快。加强心理治疗消除病人恐惧心理与顾虑，安心住院治疗。

④ 加强环境安全管理，经常检修病房门窗、墙壁，工作人员出入病房及办公室随手锁门。病房钥匙严加保管，防止丢失。若有丢失应立即寻找，报告护士长，必要时更换新锁。

⑤ 一旦出现病人逃跑事件应立即组织人员多方寻找。及时向有关领导汇报。必要时通知家属和单位协助。病人返院后应给予劝慰，并严加防范详细记录严格交接班。

附：意外事故的抢救口诀

1．自缢

发现自缢莫慌张，
一托、二解、三平躺；
人工呼吸紧跟上，
三联针前先给氧，
胸外按摩要适当。

2．触电

切断电源是关键，
人工呼吸抢在前。
给氧不忘三联针，
胸外按摩记心间。
清洁包扎防感染，
以上事项记周全。

3．溺水

清除泥沙和异物，
倒水处理别耽误。
人工呼吸心按摩，

急救药物同时注。

4．服毒

问清毒品和剂量，
洗胃应该先跟上。
催吐、导泻或灌肠，
排除毒物不能忘。
活性碳和硫酸镁，
洗胃结束要用上。
口服腐蚀性毒剂，
洗胃千万要禁忌。
输液给氧更关键，
根据毒品把药选。
病情观察要严密，
对症处置要牢记。

（二）各种疾病状态的护理常规

1．兴奋躁动病人的护理

1）兴奋躁动难以护理的病人，应收入重点病室，重点监护。

2）病人因精神运动性兴奋常可产生攻击性行为，应避免一切激惹因素，注意保证病人和护士的自身安全。根据病情与医生联系给予有效的控制或予以保护，并观察处置后的反应。

3）将病人安置在较静的环境（隔音室内），病情缓解后，可鼓励做一些工疗活动，使他们注意力集中，但仍需重点照顾以防再次躁动。

4）保证病人营养和水分的补充，防止衰竭，每日入水量不得少于三千毫升，鼻饲营养不得少于500毫升/次。

5）病人可单独用餐，以免影响其它病人。

2．拒食病人的护理

1）针对病人拒食原因，尽量诱导、协助病人进食。

2）迫害妄想或有幻觉者可与别人调换饮食，或经工作人员尝试后给病人吃。让病人自己选择饭菜，与患友同桌共餐。

3）罪恶妄想者将饮食搅拌后让病人吃。

4）对木僵病人，可将饮食放在病床周围，有时可自食之。

5）喂食时要注意安全，防止病人将饭菜打翻或夺食具冲动伤人。

6）如两餐以上不进食者可鼻饲营养，流食500毫升/次。

3．木僵病人的护理

1）因往往病人意识清晰，对病人态度要和蔼，操作时动作要轻，说话声音温和。工作人员不可随意在病人面前谈论病情和私人生活。

2）每日清洁口腔3—4次，及时吸出口腔积液，防止发生口腔溃疡。

3）加强基础护理，保持皮肤干燥，床铺平正，定时给病人擦背、翻身、擦浴、更衣、预防褥疮。

4）定时给病人按摩肢体、活动关节、防止肌肉废用性萎缩或关节强直，保持脚的正常功能位置，予防足下垂。

5）病人不进食，可给鼻饲维持营养并注意营养成份。

6）注意病人大小便情况，如膀胱膨满，十二小时无小便可诱导排尿，必要时导尿。三日内无大便时可给予灌肠。

7）病室环境要安静，严密观察病情，并注意保护病人安全，防止突然冲动伤人、自伤或被其它病人伤害并详细记录，认真做好床头交接班。

4．癫痫病人的护理

1）经常注意病人的发作情况，不能单独外出。

2）发作时，应解松病人衣服的领扣、裤带，平放或侧卧，防止唾液吸入气管或者窒息。

3）发作时应保护口腔垫牙垫，以手托住下颌。防止咬伤、跌伤、撞伤、骨折等。垫牙垫应注意别塞满口腔，引起呼吸困难。

4）癫痫发作口中有食物时，应立即清除，防止食物吸入窒息。

5）发作后应放床上休息，如有大小便失禁应更换被服，并注意观察意识状态，严防冲动行为，以及是否会继续发作，防坠床跌伤。

6）持续状态者应设专护，仔细观察发作时间、性质、部位，做好记录及交班，尤其夜间更应慎重。

7）注意病人饮食情况，不可过饱，并控制入水量。

8）癫痫性格者、态度粗野、残暴要正确引导，接触时应避免激惹，严防伤人、毁物和寻机闹事。

5．慢性病人的护理

1）对慢性退缩、疏懒病人应诱导参加学习，鼓励参加文体活动和轻体力劳动，使病人接触现实，减少衰退。

2）注意饮食起居，防止暴饮暴食或饥渴情况发生。

3）注意病人冷暖，防暑或防冻疮发生。

4）注意病人躯体情况，尽早发现合并其它疾病的早期症状，及时诊治。

5）对于卧床不能自理生活者，应加强护理，保持卫生，防止褥疮发生。

6）注意病人吸烟情况，防止产生火灾或病人自己的烫、烧伤。

6．痴呆病人的护理

1）应加强照料病人的生活，如饮食起居。防止由于记忆减退所造成的拿错东西、睡错床位或偷窃别人东西而使病房秩序混乱。

2）对有兴奋、躁动、破坏行为者，应以躁动病人处理。

3）对年老者要注意跌伤，防止发生骨折。

4）控制病人的烟火，防止烧伤和火灾。

5）协助、督促病人大小便、防止便在裤子里。注意病人的清洁卫生工作。

（三）精神科治疗护理常规

1．抗精神病药物治疗的护理

1）给药注意事项：

① 口服给药时，不可将片剂研碎服用，以免损伤口腔粘膜；同时防止病人留药而发生意外。

② 肌肉注射时，应采用臀部，注射时进针应深，并要两侧交替，注射后勿揉擦。

③ 静脉注射速度必须缓慢，防止不良反应。

2）不良反应的护理

① 一般反应，如眩晕、眼花、头昏、乏力、口干、口渴、流涎、尿频、心悸、鼻塞等不需处理，但要向病人解释。

② 发生体位性低血压时，应速使病人平卧并头低位，及时测脉搏、血压。酌情静卧休息片刻；针刺人中、十宣；必要时肌注麻黄素25毫克或静脉注射50%葡萄糖40～60毫升并通知医生，作好交班记录。嘱病人今后起床或站立时，应避免骤起而发生虚脱。

③ 老年患者或伴有心脏血管疾患者，应慎重用药，并尽量避免肌肉或静脉注射。

④ 有恶心、食欲减退，应注意发生巩膜黄染药物性黄疸，并报告医生。

⑤ 有咽痛、发热等症状应注意有颗粒白细胞减少发生，并报告医生。

⑥ 有大便秘结、腹胀、不排气、应注意麻痹性肠梗阻发生，除给予对症处理外应报告医生。

⑦ 注意病人皮肤肿胀、皮疹以及太阳照射时皮炎的出现。应减少室外活动次数，严密观察。

⑧ 应注意锥体外系反应与迟发性运动障碍的产生，应及时给予对症处理并报告医生。

2．抗抑郁药物治疗的护理

1）注意使用药时的配伍禁忌

① 三环类抗抑郁剂不能与单胺氧化酶抑制剂合用。

② 更换上述两类抗抑郁剂时，间隔时间不得少于七天。

③ 服用单胺氧化酶抑制剂时不能与利血平、肾上腺素等类药物合并使用，同时应避免合用含有大量酪胺的食物如：乳酪、巧克力、啤酒、肝脏、青鱼、酵母类制品等。

2）治疗中如发现肝功异常、黄疸、椎体外系反应、癫痫发作、心动过速、失眠、兴奋、躁狂等症状时，应及时减药或停药并即刻报告医生给予相应的处理。

3）防止因体位性低血压、癫痫发作、步态不稳、吞咽困难等所致的意外事故。

3．抗焦虑药物治疗的护理

1）注意药物性能长期使用易成瘾，故易短期或间断应用；长期治疗突然停药可出现震颤、痉挛发作、兴奋、失眠等症状，故应注意缓慢逐渐停药。

2）病人在长期治疗中可发生困倦、眩晕无力等症状，应加强护理以防跌伤。

3）大剂量用药可发生震颤、视力模糊、兴奋不安、共济失调及皮疹，应加强观察

和护理及时报告医生。

4）如发现病人肌无力、低血压、心动过缓、精神错乱或昏迷等急性中毒症状应立即报告医生并作抢救处理。

4．碳酸锂治疗的护理

1）密切观察药物付作用及毒性反应。

① 出现轻度恶心、震颤或偶尔呕吐者一般可继续用药。

② 若出现连续呕吐及较严重神经精神症状如步态不稳、粗大震颤、嗜睡等应立即停药，报告医生。

2）注意病人饮食，保证每日2500～3000毫升的液体入量及足够的食盐。饮水欠佳者宜补充水分及食盐（3克/日，分三次冲服）。

3）治疗阶段每3—4日测定血锂一次；维持阶段每周测一次，以后酌情延长一月一次。血清标本应在末次药12小时之后采集，采集方法要准确。

5．胰岛素昏迷治疗的护理

1）治疗前的准备

① 不准病人贮存糖果，后半夜不能进食饮水。

② 治疗前测体温、脉博、呼吸、血压各一次，并记入治疗单。

③ 完成晨间护理，督促入厕。

④ 铺好胶单及中单，了解并记录夜间病人特殊情况。备好器械与药品。

⑤ 凡有下列情况之一者应暂停治疗一次；

A 治疗前体温超过37.5℃以上、低于35.0℃以下；脉拇多于100次/分以上、少于55次/分以下；收缩压高于140mmHg以上；低于90mmHg以下；舒张压高于100mmHg以上、低于60mmHg以下；压差少于20mmHg者。

B 注射胰岛素前8小时内曾发生续发；前一天发生延长昏迷或续发达30分钟以上者。

C 女病人的月经期。

D出现药物过敏或疑有骨折者。

E 剧烈的恶心、呕吐、腹泻者。

2）治疗中的护理

① 治疗室环境应保持正洁、安静、空气流通，用窗帘遮挡光线，室温保持18～20℃。

② 按医嘱给补助药物，依当天治疗单注射胰岛素，严格查对工作。

③ 密切观察病人治疗反应，准确做好记录。分别用±＋卄卅符号记录反应征象的轻重。

④ 病人治疗进入朦胧、昏迷各测脉搏、呼吸一次，发现异常立即报告医生。

⑤ 病人躁动可给予适当约束，以防跌伤，意识清醒立即解除。

⑥ 病人进入朦胧或昏迷状态时应注意保暖防止着凉，并随时擦净口腔中分泌物，将头侧转防止吸入肺炎。

⑦ 发生下列情况之一者终止治疗：

A 错注大量胰岛素。

B 癫痫发作或伴有并发症（颅外伤、咯血、呕吐）者。

C 抽搐痉挛、呼吸困难、面色发绀、虚脱、舌后坠、喉头肌痉挛者。

D 循环衰竭或心律不齐，脉博140次/分以上超15分钟者。

E 严重躁动达一小时、痉挛半小时以上者。

F 胰岛素合并电休克治疗者，立即终止。

G 治疗已达 4 小时，尚未出现昏迷者。

3）治疗后的护理

① 协助病人进食、更衣、漱口、梳头。

② 病人起床活动应妥加扶持，防止跌到碰伤。

③ 注意病人午饭进食情况，对拒食者应劝导进食，必要时需鼻饲营养，防止续发。

④ 随时注意病人有无续发现象，如出现嗜眠、出汗、躁动、神态异常，立即给病人口服或鼻饲糖水，症状严重者可静脉注射葡萄糖。注射后 5 分钟不醒，立即报告医生，同时作第二次注射。

⑤ 注意及记录病人发生特殊情况的时间和经过，如呕吐、腹泻等。

⑥ 晚 8 点以后有续发性昏迷第二天应停疗并通知医生；病人于晨 2 时后入睡者也应暂时停疗一次。

6．胰岛素低血糖疗法的护理

1）出现口渴、出汗、饥饿感、无力、心慌症状即可终止治疗。

2）胰岛素用量最多日量不超过四十单位。

3）一般以40次为一疗程，亦可根据情况增减。

4）一般可给口服糖水或食物终止。意识朦胧有吞咽困难者也可用鼻饲终止治疗。

7．电休克治疗的护理

1）治疗前的准备

① 给病人解释、消除顾虑。

② 备好急救药品及注射器、开口器、毛巾、休克机。

③ 测量病人体温、脉博、呼吸、血压如有异常，报告医生。

④ 督促病人入厕、排出大小便。

⑤ 根据医嘱给治前用药，如阿妥品、可拉明等。

⑥ 摘除假牙及发夹等物。

2）治疗中的护理

① 仰面平卧、四肢伸直、去掉枕头。如无平板床可将枕头垫于腰部。

② 置牙垫于上下臼齿间。

③ 适当用力固定上下肢，紧托下颌部。

④ 抽搐停止，立即将病人身体或头部侧转使唾液流出，施行人工呼吸。

3）治疗后的护理

① 处理口腔卫生。

② 应使病人充分休息、注意保暖防止跌伤，必要时给予约束。

③ 起床时应加扶持、防止跌倒。

④ 多汗或大小便失禁者，应给予处理。

8．中药治疗护理常规

1）中药汤剂药汁苦、液量多、病人不愿服，应做耐心的说服工作。

2）取回中药应按时送服，冬天需经加温后方可发送，发送前做好核对。

3）发汗药要趁热服下，并设法促其发汗；服用催吐剂而不吐者，可采用压舌板刺激咽部促其呕吐。

4）服用剧毒药物要注意禁给病人食醋和生冷食物；服滋补药应禁食茶叶和萝卜。

5）服药后如出现呕吐、胸闷、手震颤、畏寒、心悸、眩晕等，应立即报告医生，并作好记录与交班。

6）对紧张拒药的病人应鼻饲给药。

三、计划护理

（一）制定护理计划的目的及所需资料

计划护理是用科学的管理原则和方法，使护理工作得以有计划、有目的、有根据、有步骤的进行。尽最大的能力给病人以帮助，使病人得到迅速的康复，早日从疾病中解脱出来。

一个护理计划，从病人入病房，医生下了医嘱后便开始。护理根据病情特点，拟定不同的护理计划。从医嘱单的内容，护士可以决定病人的居室环境、吃何种饮食及数量、用药的品种及方法，护理的级别及注意事项。为了把医嘱执行地适当，得到理想的效果，就必须会阅读医嘱，懂得医嘱的含义及执行医嘱的方法，同时也要阅读病历、参加病案讨论、了解病人的情况，如姓名、性别、年令、文化程度、职业、民族、婚姻状况、性格爱好、诊断、经治医生姓名及病人的病况历史、躯体与精神检查等。除此之外，当然要掌握一定的科学知识，如精神科的专业理论与技术、社会科学知识、临床各科护理理论与技术等，才能完全理解对病人服务的原理和予期的效果，使护理计划适合医疗的需要。

（二）护理计划的内容

护理计划应针对不同的病情，写明重点内容，一般包括特殊设备、病情观察、基础护理与专科护理，在精神科，应该重点写对可能发生精神变化的早期护理，写对病人健康威胁最大和最有可能发生的并发症的护理及对周围病友和工作人员威胁最严重的精神状态的护理。另外，病人的个人卫生、休息与睡眠及生活环境也要考虑。

在护理过程中，可根据病情的发展、随时修订护理计划，在结束对该患者的护理工作后，应该总结经验教训。

四、护理业务技术资料档案管理

（一）护理资料档案的内容

1．临床护理资料：

临床护理资料，是在临床实践中的护理资料。如各种疾病的护理实施计划以及各种护理记录等。这是在疾病护理过程中反映护理质量和护理技术水平的重要资料，也是总结护理学术论文及科研总结的宝贵原始资料。因此，对临床护理资料的保管和积累在管理工作中是不容忽视的问题。一般这些资料应随病历送病案室保存。对有价值的个案资料，可做好登记或编为资料卡片。

2．护理技术资料

护理技术资料，是在护理档案中的重要部分，是推动护理业务建设，加强技术管理的重要参考材料。其内容有：

（1）医院中执行的各种疾病护理常规与各项技术操作规程。护理领导部门应建档保存，并作为检查护理工作的依据。个别项目修订时，也应将修订稿存档。

（2）科研技术档案和护理情报资料，如科研计划、护理论文、杂文、编著、国内外新业务、新技术的动态，以及全国全省的学术论文资料等，应将上述资料编目写出，文献摘要编成索引等，再行存档，建立保管制度。

（3）护士的业务档案

每个护士除在人事部门备有档案外，还应在护理部门设业务档案。以学历、经历及业务进展为主。如每年对护士的技术考核，刊登在全国性刊物或省、市内部资料的论文、科普文章以及个人编著的护理书籍等，均应在医院人事科和护理部，各存一份护士业务档案，为奖励、任用、晋升、晋级作参考。

（4）护理业务工作档案

① 护理部制定的远景规划，以及年度、季度的计划和总结，这些资料必须存档。因护理工作计划是档案工作的依据；总结是对年度、季度护理工作的评价，是检验护理行政领导部门的成绩和缺点的评语。

② 各种有关规章制度：有关护理工作的规章制度，要使每个护理人员了解和掌握，护理领导系统均有一份全面材料存档，以备查阅。

③ 护理人员的进修学习、好人好事、差错事故、出勤情况以及受到的奖惩，均应作好登记和统计并存档，还应记入个人档案。

④ 每年、每季各科护理工作的检查、评比结果做为历史资料存档，作为正确评价科室和个人的依据。

⑤ 各科会议的记录本，如护理部、医院办公室的各种会议，以及院周会、护士长会议、教学会议等均应将记录存档，以备查阅。

（二）、资料档案的管理方法

护理部内应设专人负责（或有人兼职），做好资料收集、登记和保管工作。

1．做好资料收集

（1）收集医院和护理部印发的资料，护理科室上报来的材料、护理论文等。

（2）收集院外交换资料或学术会议交流资料。

（3）建立资料登记本，将各科资料（经验收集盖以护理图章）按规定格式用钢笔认真填写登记，字迹清楚，不得涂改。登记格式附表。

（4）设立资料保管制度，按分类、顺序、分卷、分档存放。每年进行分类、分册装订，做长期保管。保管中不得换页、丢失、涂改或拆散。

（5）借阅时一律办理借阅手续，阅后按期归还。

（6）建立统计登记表：如好人好事、差错事故、出勤、科研成果、论文、应每日统计登记，按年度制表，从中反映护理工作质量和其进展状况等指标。

（刘莲香　戴广弟）

第五节　护理质量控制与检查方法

护理质量控制，目前主要采取工作实施质量标准（护理技术操作常规、护理制度等）；质量计划标准（技术培训规划、技术发展目标）；质量检查评价标准（病房管理的各项指标、技术指标等）；质量判定标准（护理事故、差错的标准等）的内容来管理衡量护理工作。通过护理指挥系统，组织全院护理人员把行政管理、专业技术、数理统计紧密的结合起来，建立一套完整的明确任务与指标的管理体系。制定出从病人入院至出院的一整套生活服务和技术服务标准并加以实施；在工作中把各个影响质量的因素都控制起来，通过对同类技术项目和管理工作内容与程序，用统一的标准尺度来比较、衡量，正确的区分高低优劣，进行监督和调节，从而能合理的，充分地使用人力、技术和医疗设备。发挥最大的医疗效果和经济效益，达到优质服务的目的。

一、质量控制的范围与标准

（一）门诊护理工作要求与标准

1．门诊工作的管理要求

（1）组织管理

①　开诊前的准备：检查各项消毒器械、敷料用品是否备齐，如血压表、处方笺、化验单等。布置好清洁、正齐、肃静的候诊环境。准备好开水，迎接就诊病人及陪护人。

②　组织就诊：

A　安排好病人的候诊座位，维持秩序。根据挂号先后有秩序的分段安排就诊。

B　在组织就诊过程中，要全面的观察候诊病人的病情，遇有病情危重者如精神病并发严重躯体疾患（高热、感染，休克、急性中毒）；严重的精神运动性兴奋或精神运动性抑制（紧张，木僵）所致衰竭状态；癫痫朦胧或癫痫持续状态，为防止发生意外应提前就诊。年老体弱、小儿可安排提前就诊，尽量缩短复诊病人候诊时间。

C　发现传染病须立即隔离诊治，并认真做好传染病的疫情报告和诊后的严密消毒工作。

D　对农村来的病人或转诊、会诊者要安排在高年资医师处就诊，以尽早明确诊断。

③　诊疗工作：

A　对病人态度要和蔼热情、尽量争取病人合作并向家属做好解释工作。

B　协助医生进行检查和治疗如：测体温、脉搏、血压、针灸、电平感等。填写入

院登记单及门诊日志表等。

C　对危重病人应有专人负责，直至入院为止。

D　对病人携带的刀剪等危险物品，应婉言说服病人交出，交与陪护人代管。

E　各科室及门诊部应设立意见簿。

F　门诊工作完毕后，要做好清洁整理、消毒工作，为第二天开诊做好准备。

（2）业务管理

①　严格执行消毒隔离制度，坚持无菌技术操作，防止交叉感染。门诊诊疗室、治疗室、注射室、候诊室、门诊大厅每天要消毒一次。

②　认真执行交接班和查对制度，按操作规程进行一切诊疗工作，防止事故差错发生。

③　各室的医疗器械和抢救治疗药品，要做到定物、定点、定量、定人负责，每天检查交接，如有缺损应查明原因及时补充。

④　在诊疗过程中，应严密观察病情。如发现病情变化及时与医生联系，予以解决。

⑤　门诊的宣传工作是一项重要的科普工作，又是搞好门诊工作的重要环节，应做好以下几点。

A　积极宣传卫生知识，根据不同季节对常见病、多发病和各科疾病特点，讲解防病知识。

B　做好精神病防治知识宣传。由于人们对精神病和精神病人缺乏正确的认识，甚至有人把精神病误认为鬼神附体，听任巫医“治疗”甚至致死。有人又因精神病人言语错乱、动作离奇，则见而生畏或嘲笑、戏弄病人等。这些偏见与错误认识，致使社会秩序和病人安全都受到影响，以致延误病人的治疗。因此，门诊部可利用病人候诊时机，对病人（神经症、重精神病缓解期）和陪护人进行精神科防治知识教育。宣传方式可采用谈话，讲解或板报、图片等方式。其内容如：如何防止复发，怎样认识精神病、怎样做好精神分裂症的家庭病床护理工作（服药、饮食等方面注意事项），防止意外行为的发生，如自杀、伤人、毁物、出走、冲动。

C　建立精神卫生咨询室、解答病人及陪护人提出的有关问题。

2．门诊护理工作质量标准

（1）门诊工作人员做到衣帽整齐，态度和蔼、文明礼貌、解释耐心、就诊安排有序，缩短候诊时间。

（2）门诊环境要保持清洁整齐，定期消毒、予防交叉感染并有措施。

（3）门诊各项工作有制度、有常规、有操作规程。做到治疗准确、抢救及时、无差错事故。

（4）做好候诊病人的就诊指导和卫生宣教工作。

（5）各类物品有帐目、贵重仪器有档案，维修保养有制度，使用有规则。做到物品无丢失、无损坏。

（6）各类文件表格、敷料等用品使用有指标、励行节约。

（二）接诊室的管理要求与标准

为了防止医院内交叉感染，避免病人的衣物，被服进入病房，以及做好病人入院时清洁卫生，医院应设置接诊室进行沐浴、更衣再将病人送入病房。

1．接诊室的管理要求

（1）接诊室的护理人员在门诊护士长及住院处的领导下，负责全院出入院病人的卫生处置及衣物保管工作。

（2）300～500张床位的医院可设护理人员2—4名。

（3）除危重病人外，凡病情许可均应进行淋浴、盆浴或擦浴、剪指（趾）甲、理发。

（4）淋浴时要注意观察全身皮肤情况及病情变化，遇有异常应立即妥善处理。

（5）卫生处置后，由一名护理人员负责与家属一同陪护病人至病房并做好病情及衣服的交接。

（6）遇有传染病人应按隔离原则处理。

（7）对有虱子的病人应先灭虱后淋浴。

（8）一般病人衣物均带回家。凡必须存在医院的衣服，由工作人员登记与病人家属核对后书写单据一式两份，一份交病人家属，一份留存根。待病人出院时凭存物单据领取更换自己的衣服。

2．接诊室的质量标准

（1）卫生处置达到全身清洁、舒适、保证病人安全、无受凉、烫伤。

（2）本室护理人员应熟悉各科疾病知识，能严密观察病情，病情突变时能应急处理，无差错事故。

（3）严格执行消毒隔离制度、无交叉感染。

（4）病人所存衣、被、物品清点保管无差错、无丢失、无损坏。

（三）病房管理的要求与标准

病房管理是医院管理的重要组成部份。是一项科学、细微、复杂的工作。病房管理质量要保证医疗、护理、教学、科研任务的顺利完成。因此，病房管理要达到：组织安排科学化、工作制度化、操作常规化、陈设规格化。为创造一个整齐、清洁、安静、舒适的治疗休养环境，增强病人战胜疾病信心，促进早日恢复健康。

1．病室的设置

病室设置要求简单、美观大方、舒适方便病人，有利于医疗和护理工作。室内物品要求放置定点、定位、定量、规格化，不得随意搬动。

按病室大小设有数量不同的病人单位，每个病人单位应有固定的设备，病床、床垫、褥子、床单、棉被、被套或毛毯、枕心、枕套（需要时加橡胶单和中单）、床旁桌等。

2．病房的环境

（1）病房的安静

安静的环境是病人得到充分休息的重要保证。因此要采取有效措施，避免一切噪音。

① 医务人员要做到三轻

说话轻：病房内禁止大声喧哗，五步以远不喊话。

走路轻：工作人员上班禁止穿硬底鞋。病人入院后更换软底鞋。

动作轻：做到动作轻巧敏捷。椅脚钉上橡皮、门窗挂勾完备、损坏及时维修、门轴、合页、平车、轮椅、治疗车随时上滑润油减小使用的响声。

② 严格执行探视制度，尽量减少人员来往、工作人员下班后，非工作需要不得随意进入病房。

③ 维持好病人秩序，保证查房、交接班、服药及病人工娱活动井然有序。如服药时要求将病人维持在室内自己床上，然后按床位顺序发药。

④ 经常督促病人保持病房安静。在查房、午休、夜间不要高声说话、唱歌、串病室等。

⑤ 午休与熄灯后，尽量减少治疗、处置以保证病人休息。

（2）病房的清洁整齐

① 病房内从地面、墙壁、门窗到天花板及一切陈设用具，都要做到定时清扫，做到先擦后扫或湿扫，防止尘土飞扬。达到门窗洁净，玻璃明亮，夏季有防蝇措施地面无痰迹。配餐室内要干燥、清洁、无油腻，卫生工具专用，餐具消毒。厕所、痰盂、污物间应保持清洁及时刷洗。做到无垢无嗅味。污物桶及时倾倒。病人的呕吐物、分泌物及时消毒处理。卫生工具也要专用。病房卫生除按一周卫生行事执行外要每周定时大扫除，彻底清理死角做到无四害。

② 病房陈设布局要规格化，病室单位要整齐划一，病房走廊窗台不得乱放物品，室内床与墙壁成垂直，床间相距0.5～1米便于清扫、消毒。病人单位应设备齐全规格统一。床单铺好拉平，被子叠放一致，多余物品适当处理。鞋置于床下固定位置，牙具置于床头柜内，痰盂置于走廊和病室固定地点。病室内所有仪器和器械在不用时应迅速移去。各种物品、药品、器械等均应定位放置，用毕归还原处。

为了保持病房的卫生经常化，要建立必要的卫生制度，以便长期保持病房清洁。具体安排如下：

① 制定一周卫生行事执行表。（见第三节）

② 制定划区包干责任制，卫生包干到组，到人。

③ 病室做到每日三小扫，每周一大扫，脏了随时扫。定期换洗床单、被套、住院服等。

④ 工作人员要求衣帽整洁，工作服定时换洗。

（3）病房的舒适

① 病室内禁止吸烟，经常通风换气，保持空气新鲜。

② 调节病室的温度保持在18～20℃，湿度以50～60%为宜。

③ 室内要阳光充足，病室内灯光不易过强，以免影响病人休息。

④ 病室内陈设用物力求简单整洁，颜色谐调。墙壁上陈设统一规定地方不得随意悬挂镜框，张贴宣传画等。

⑤ 病人衣服要松软、床铺应平整无褶使病人卧位舒适。

⑥ 病人治疗后的用物应立即撤除，污敷料、废弃物、脏衣服等及时清除，以免导致病人恶心、呕吐或精神不安。

3．病人的饮食

（1）在岗的工作人员均要掌握病人常用饮食。

（2）对厌食、拒食、异食、暴饮暴食的病人要重点照顾。

（3）各责任区护理人员要负责对本区病人特殊饮食的取送，必要时送饭到口。

（4）对拒食病人要给予适当处置，以保证营养的供给。

4．病房的安全与节约

病房的安全是精神科医疗护理工作顺利进行的保证。主要是予防医疗护理事故的发生。

（1）必须严格各项规章制度，按技术操作规程实施各项护理工作。避免服错药、打错针、发生感染及合并症。

（2）电灯开关和门窗设计要合理，损坏及时维修，防止病人触电和逃跑。如窗子要有安全设备，以防越窗发生意外；病室的门要设观察窗，便于巡视观察病人活动；暖气片应嵌入墙内，外设有保护罩；电线采用暗线；电闸门、电灯总开关要设在办公室，外罩木箱加锁。电灯应装在近天花板处；饮水箱应有安全装置；病房总门要设锁等等。

（3）随时和定时收集危险物品，做好病房巡视工作，防止病人坠床、自杀和他杀、走失、冲动、破坏。

（4）对于病房药柜、器械柜、各种易燃、易爆物品必须严加管理定时检查，防止意外发生。

（5）病房要注意节约，做到无漏收、少收，要增收节资，以旧代新（棉球、纱布的再生），防止和减少医疗器械及物品的损坏。

5．病房处置室的管理要求与标准

处置室是为住院病人进行一切处置准备的地方，应设于病房中心，距护士办公室要近。

（1）设专人负责管理，处置护士必须具有较丰富的临床经验、熟练护理技术操作，以便有效的配合医生做各种临床检查和急救工作。

（2）非医务人员禁止入内，进入处置室要着装整齐，代口罩，操作前洗手，不准在室内会客闲谈。

（3）室内设脚踏洗手池，无菌操作台和有菌操作台并分开放置。

（4）设器械柜、药品柜，柜内的各种物品、器械、药品应备有明细标签，并摆放整齐，保持清洁，做到定位、定量、定期检查、定期消毒、灭菌，以方便日常工作和抢救工作的进行。一般室内物品不外借。

（5）毒、麻贵重药品加强保管，并认真交接班，帐目清楚无丢失。

（6）污染的器械及时处理后，送供应室消毒灭菌。

（7）室内物品、处置台、治疗车摆放整齐，卫生用具专用。

（8）污物桶每班处置妥当，医用垃圾要进行焚烧。

（9）室内每日紫外线照射消毒一次，每月做一次空气培养。

6．病房隔离室或危重病室的管理标准

主要用于暂时隔离极度兴奋的病人，以防互相干扰。病房内一旦发现传染病或可疑传染病人时，可用以暂时隔离并准备转送传染病房。有危重病人时也可做为抢救室。

（1）隔离室的设备

隔离室的门上设有观察窗，以便于巡视护理。室内应设有隔音设备，使用面积以6～7米^{2}为宜，只安放一张病床。病床的两侧安装2—3付对称的皮环，以便保护患者时使用。病床最好固定在地上，两边不要靠墙方便于床旁护理。

（2）隔离室的管理标准

①　精神科重病室的管理标准

A　重点护理、避免一切激惹因素。时刻不离监护视线。

B　病室陈设力求简单适用，保证安全，认真做好危险物品收集及保管工作。

C　熟悉掌握病人的心理和思想情况。予防病人的突然冲动性行为。

D　精心做好基础护理，如头发、口腔、皮肤、会阴、指（趾）甲；保持床铺干燥整洁。保护病人时要使体位安全舒适，无因护理不当而造成躯体损伤和交叉感染。

E　对病人的饮食护理，应采取各种措施保证水分、热量及营养素的供应。

F　发现病情变化及时与医生取得联系，详细记录做好交接工作。

②　危重病室的管理标准

A　抢救工作组织严密，分工明确，配合密切分秒必争。抢救成功率高，无差错事故。

B　抢救物品、器械、药品保证供应，器械适用，性能良好，无因准备不全延误抢救时间。

C　抢救技术熟练，病情突变时能应急处理。如在医生没来到之前，护理人员能根据病情需要，及时给氧、吸痰、测血压、建立静脉通路，进行人工呼吸、胸外按摩、止血等紧急处理，并及时提供诊断依据。无因护理技术因素抢救不及时而发生意外。

D　各项基础护理，无因护理不当而引起并发症。饮食护理符合病情需要，各种导管护理合乎要求。于24小时内订出护理计划。

E　护理记录及时准确，文字简练、书写完整、无涂改、运用医学术语记录病情。

F　病室环境经常保持清洁、安静。病室空气消毒指标合乎要求。

7．交班本、护病记录的书写内容与要求

（1）交班本的书写内容与要求

①　病人流动情况：包括病人原有、现有、出院、入院、假出院、转出、转入、三级护理各级人数及死亡数。

②　新入院或转入病人的级别、“五防”标志、特殊饮食、治疗措施、用药后的反应，以及需要连续观察和处理的事项。

③　危重病人的病情变化，包括抢救过程、治疗和护理措施等。

④　一级病人急骤的病情变化、生命体征、躯体症状或特殊治疗。

⑤ 主要的医嘱、用药名称、时间及剂量。

⑥ 作特殊检查、禁食、化验工作完成情况，注意事项（如作钡透、电休克等）。

⑦ 差错、事故的发生经过及其处理情况。

⑧ 夜班除交上述各点外，应重点报告病人的睡眠情况。如入睡是否困难，有否用药，效果如何，睡眠程度。

（2）护病记录书写的内容与要求

护病记录是病人疾病状态的真实记载，也是护理工作中的重要环节。完整的护病记录是协助诊断和判定疗效的参考依据。因此，我们必须根据对病人的接触与观察所见，在记录中如实反映。

① 记录的内容

护病记录的重点内容应包括：病人的病情变化，日常生活表现，躯体情况，特殊医嘱，特殊标本留取情况，特殊病情的护理要求，各种治疗过程中出现的问题及其治疗后的特殊反应，重大差错、事故发生的经过，处理情况及原因分析，对疑难病人或科研病人要记录成功及失败的护理方法。

对不同情况的病人记录内容如下：

A 新入院病人要记录入院的时间、由谁伴送，一般表现、入院时的主要精神状态，躯体有无外伤以及体温、脉搏、血压情况。病人对住院的态度和主要医嘱等。

B 病人日常表现要记录饮食起居、言语动作、情感反应、对周围环境的态度及各种精神症状的变化；病人对治疗和护理的合作程度；治疗、用药后的反应，心理治疗所起的效果，亲友来访时表现及其它。

C 危重病人一般由专护人员记录。

a 填写眉栏各项目和页数。

b 记录体温、脉搏、呼吸、血压生命体征的变化。

c 记录液体出入量：饮食、饮水量、输入液量、呕吐物、引流物及大小便量等。

d 记录抢救措施、用药品种、时间、剂量，护理经过等。

D 病情波动的病人要记录主要的精神症状、躯体情况及其好转、波动、恶化的指征。

E 恢复期病人要记录病情稳定的程度，对假出院、出院的态度等。

F 假出院病人记录假出院时间、日期、是否带药、由何人接出病人。返院时要记录院外表现、返院后的精神状态和返院时间。

G 出院病人应记录出院时间、出院时的精神状态、治疗效果。转出病人应记录转出的原因及时间。

H 死亡病人要准确记录死亡原因、呼吸、心跳停止时间及医生宣布临床死亡和终止抢救的时间。

② 书写的要求

A书写记录要坚持科学态度和实事求是的精神。内容要真实生动、不得主观臆造。文字要简明扼要说明问题。词句要确切肯定，字迹清楚、整齐不得涂改、剪贴。如必须涂改应注明原因及签上更改人的姓名。客观反映的材料要注明材料来源。

B　记录时由于各种临床表现程度不同，护士必须熟悉很多形容词及表达形式，应用适当的医学术语及普通用语或原始谈话内容，才能使记录正确恰当。

C　不要以单纯的术语描述而空洞无物，对于病人的一些特殊行为如：病人幻觉出现形式、妄想的内容、自创新语、新字，应将具体字样记录下来，可描写其具体表现和作法，使看到护病记录的人，有如当面与病人谈话和亲自观察病人的感觉。通过积累起来的记录，可以看出病人病情转变的情形。

③　关于记录的对象（见第三节护病记录书写制度）。

这些记录常常用作研究的资料，有时用作司法部门的佐证，所以一个好护士必须要忠实而认真的做好记录。护士的记录和医生的记录因观察的角度不同，内容各有侧重，因此，可以相互补充，更加全面反映病人情况。从事精神病科的护理人员，除必须掌握临床各科护理理论和技术外，更重要的要掌握精神病人的临床特点、发展规律、诊断、护理原则及有关的心理学、社会学等知识，才能顺利的接触观察病人，全面正确的书写护病记录。

（四）换药室的管理与要求

1．设专人管理，医务人员着装整齐，代口罩。

2．室内设有诊察床、换药车、无菌处置台和摆放有菌器械的有菌台。

3．无菌器械、药物、敷料等准备齐全，定期消毒。器械液定期更换并严格区别有菌和无菌器械与敷料。

4．室内要保持清洁整齐，每日消毒一次，每月空气培养一次。

（五）供应室的管理要求与标准

1．供应室管理要求

（1）供应室工作人员应熟练掌握各种器械、物品的清洁、消毒、灭菌方法。严格遵守各项规章制度及各种操作规程。

（2）污染、清洁、无菌物品区分要严格。各类物品应有消毒、隔离的常规措施，定期检查执行情况。

（3）各种器械包及治疗包，应有操作常规及物品卡。装配好的各种器械包、治疗包应有专人核对。

（4）每日严格检查消毒包的有效期，超过一周者应重新灭菌。

（5）物品配备齐全，设专人保管，所需物品应有一定的储备量。定期检查，增添保养，确保供应。

（6）分工明确各岗一卡，便于督促检查。

（7）灭菌物品每月抽样检查一次。

（8）高压灭菌器等应定期检修，保养及效能测定。

（9）各操作室定期行空气培养，每月一次。

（10）每日定时下收下送，定期下科室核对物品帐目，听取意见，改进工作。本室物品每半年清点一次，励行节约，搞好经济管理。

（11）每日工作完毕，做好安全检查及卫生清洁工作。每日一小扫每周一大扫。

2．供应室工作质量要求

（1）回收发放工作

① 负责回收所用过的器械、物品或超过有效期而未使用的物品；发放已经灭菌的物品和敷料。

② 回收和发放每日定时下收下送。严格清点收发物品数目，做到收发物品数目相符。并仔细检查器械有无损坏及回收物品是否齐全。回收和发放物品必须严格分开放置。

③ 所收物品按序分类，分别处理（凡属传染病用过的器械、手套、敷料等应由原使用科室行初步处理后方可回收。）

④ 各类消毒包的名称，消毒日期，必须标志显明。定期检查并按消毒日期先后放置，做到近期先发。

（2）洗涤与包装工作

① 洗涤玻璃物品时必须轻拿轻放，严禁碰撞；清洗后的玻璃物品，应清晰透明；PH值为中性，无破损。包装应配套，包皮布应保持清洁及时更换。

② 清洁后的各类橡皮导管，必须光滑无污垢，无破损，管腔通畅（如为袋类应无漏气粘连）。存放时避免挤压弯曲，勿接触浑发性油剂、油脂、氧化剂等以防受损（去垢时用汽油擦洗后立即用清水或用95%酒精脱去汽油）。

③ 清洁后的金属器械应达到无垢、无锈、附件齐全、性能良好。各类注射针头，必须锐利通畅，无卷钩、无断痕及弯曲。

④ 各类穿刺治疗包的用物必须齐全、配套，须经两人核对合格后包装。

⑤ 处理后的输血、输液器必须达到无菌、无热原、无有害颗粒。

（3）高压灭菌工作

① 设专人负责高压灭菌器的清洁、保养工作。必须了解高压灭菌的原理，高压灭菌器的性能及安全操作方法。

② 灭菌过程要有专人看守，各类不同的物质的物品应分别消毒灭菌。正确掌握灭菌的湿度、时间与压力。

③ 凡需消毒物品，须包装严密，但不宜过紧、过大、过松，消毒后的物品不得潮湿，必要时烘干以保证质量。

④ 定期进行灭菌效果的测定。

（4）敷料回收制做工作

① 每日回收的清洗敷料，应先行高压消毒后处理。

② 各类敷料认真挑选，凡带有血迹、油膏、毛发者一律检出。

③ 按规格要求制作各种敷料。

④ 凡折叠敷料毛边不得外露，油质引流纱布应撕去毛边碎纱，保证平正薄厚一致。

3．供应室工作质量标准

（1）静脉输血输液器拆洗、按装、灭菌合乎要求，无热原。

（2）各种注射器配套适用，针头锐利。

（3）各种敷料制作规格合乎要求，各种无菌治疗包物品齐全适用。

（4）灭菌效果合乎标准。

（5）各种物品保证供应，收发无差错。

二、护理工作质量评定依据

（一）根据诊断和临床症状是否能及时的确定护理计划。

（二）是否能及时、准确的执行医嘱。

（三）各种技术操作是否符合要求（严格执行消毒隔离技术及无菌技术操作规程）。

（四）对病情观察是否及时、正确、细致全面（新入院、疑难、危重病人的护理观察）。

（五）抢救病人时是否能稳、准、快，紧密配合。

（六）抄写医嘱和护理记录及各种表格、卡片是否整齐、清晰。

（七）是否使病人安全舒适，有无护理事故差错。

（八）是否遵守劳动纪律，坚守工作岗位。

三、质量标准的监督与检查方法

标准的监督和检查是保证护理质量标准实施的重要环节，因此，必须建立以护理指挥系统为核心的护理质量监督组织体系。护理部主任或总护士长通过查房方式对全院护理工作情况进行检查；科室护士长每天要检查；每班要通过班后碰头会自我检查；各班之间要互相督促检查，才能得出较为全面的护理质量效果评价。

（一）为了方便考核工作的进行可根据各岗的护理工作程序进行检查。具体安排如下：

1．病房的卫生检查

（1）对病房一周卫生行事的执行情况要天天查。

（2）对划区包干的卫生区域，周末查。

（3）对新入院病人卫生，次日查。

（4）对重病人卫生随时查。

2．病房的安全肃静要随时查。

3．病房的整洁，上午十时、下午三时后查。

4．医疗文件书写：

（1）对医嘱执行情况要随时查，每周改药日要全面查。

（2）对新入院、危重病人的记录要重点查。

（3）对体温表、护病记录、每周要抽查。

（4）对交班本要每天查。

5．对基础护理，要早会后，就寝前查。

6．对基本技术可结合医嘱与业务学习计划重点查。

7．对全院护理工作，要每季末全面查，每月一小查，平时个别查。

每次检查工作质量均要求有记录，每周一小结，每月一总结。每次质量评定分值均按百分制计算，总结时根据连续积累的总分数被检查次数除，得出每周、每月、每季和全年的工作质量平均值。

（二）质量评价的方法要避免繁锁，力求简化，以便能坚持下去。如对选择制定印刷成文的所有技术常规的操作程序、分解动作、操作要领加以明确规定后，对其操作过程的质量缺陷，规定原则性的扣分标准，可方便护理查房或技术表演的考评工作。见表8—1

表8—1

操作项目_____ 护理技术操作评价表 单位

分数	要求项目		缺陷程度	一次、一处扣分标准	违令次数以正字表示	扣分小计	得分
物品准备（30分）	操作者：了解病情 掌握操作目的		漏项	2			
	病人准备：对病人作解释 督促大小便 安置舒适体位		〃	2			
	物品准备：药品、器械 其它物品		〃	2			
	三查七对		〃	2			
操作规程（60分）	无菌原则	操作者：衣帽洁、洗手、代口罩	〃	2			
		有菌无菌 介限分明	介限不清轻度污染	2			
		皮肤、粘膜清洁消毒正规	消毒范围不够或程序倒错	2			
		操作无污染	相对污染：持物钳、镊子倒置或触及器械缸口外缘	1			
			相对污染：手触无菌敷布边缘手臂横过无菌区	2			
			绝对污染：重新操作延误时间	5			
			绝对污染：继续操作（应终止）	60			
	操作程序	作业的准确性	内容不对、重新操作	5			
			某程序倒置无大影响	2			
			程序倒置影响后果（应终止）	60			
		作业的安全	出现故障，不能及时排除	10			
			不应有的皮肤、粘膜损伤	5			
整理用物（10分）	物归原处、标本贴签		遗失、未清洁、消毒、标本未贴签记录	3			
操作过程所用时间：　　分　　秒					实际得分		

评审员签字　　年　　月　　日

从操作的程序、无菌技术、作业的准确性、敏捷性、时间性来评价判定熟练程度，技术目的是否达到等结论。

表8—2　　护理工作质量检查评比表　　年　月　日

类别	项目	单位分数	一疗科 扣除分数	一疗科 得分	二疗科 扣除分数	二疗科 得分	三疗科 扣除分数	三疗科 得分	四疗科 扣除分数	四疗科 得分	五疗科 扣除分数	五疗科 得分
病房管理	整洁 衣帽洁	2										
	整洁 病人洁	5										
	整洁 室内洁	5										
	整洁 环境洁	5										
	肃静与病人秩序	5										
	定位放置规格化	5										
	工作日程执行	3										
	业务工作计划与执行	2										
	遵守制度工作态度	2										
	安全与节约	3										
查对工作	医嘱对药盘	2										
	医嘱对处置卡	2										
	医嘱对一览板	1										
表格填写	体温表	4										
	护病记录	5										
	治疗单	2										
	交班本	5										
学习与技术	学习出席率	2										
	基本知识与基本操作	10										
事故差错	问题	1										
	差错 乙差	2										
	差错 甲差	4										
	事故 丙级	5										
	事故 乙级	8										
	事故 甲级	10										
总评	得分											
	名次											

注明：1．检查工作各单项指标均按百分制给分，然后以量表各项百分比例计算填写分数。方法：单项分数×以该项百分比值即得实际分数。如体温表检查得分为95分而量表中体温表百分比值是4分，那么实际得分 $=\frac{95\times 4}{100}=3.8$ 分则实际扣分为0.2。

2．事故差错按负分分算从总分中扣除。

3．每周、月可随时抽查记分，每季度评比一次，年终总评一次，取平均值排列名次。

（三）对每一项护理工作标准均定为100分，对于未达到标准质量的按其质量缺陷标准减分。对于个人或单位抽样检查或考核的各项工作质量，每月、每季或年终亦按百分进行评价（对各项工作按其比重大小分配百分比例，按分进行评价，见表二）。

（四）在执行质量评价过程中可根据控制情况，对其薄弱环节适当调整提高百分比例，以促进其责任感。对质量数据经过整理最好制成管理图，控制图。这样可以减少执行标准中的主观成份，使质量判定更客观、更可靠、更便于及时发现和纠整问题。

临床质量控制，反映了医务人员的服务思想、技术水平、工作态度、工作成绩及贡献大小，从而有利于发挥医务人员的积极性和创造性。因此，在进行质量检查、考核时要根据予定的标准，力求具体化、数据化。通过对每个护理人员的考勤、基础护理工作、护理文件书写、执行医嘱情况、化验标本采集效果、事故差错、专业训练、论文与科研成果、规章制度的执行及服务态度等方面的评价，得出比较全面的质量数据。同样对正个门诊和病房的工作质量，可通过综合个人和个案记分，加上其它各种指标和数据，如病区管理记分、消毒隔离记分等做出全面的判断。

（戴广弟）

第九章　精神病医院医技科室管理

精神病医院医技科室是临床医疗技术的基础科室。它的技术水平、设备条件、业务范围及管理水平，直接影响着医疗质量的高低，临床医学发展的速度。而且医院的现代化设备又大部集中在医技科室，所以必须十分重视医技科室的业务建设和管理。

第一节　精神病医院医技科室的工作特点及管理原则

一、精神病医院医技科室不同于综合医院医技科室，一般规模较小、人员较少、业务项目比较单纯。医院领导者容易忽视对医技科室的领导与管理。

二、医技科室主要是借助医疗仪器或特定的实验方法为临床诊断治疗疾病提供客观依据。所以每项检查处置技术操作都应认真、细致、及时、准确，均应结合临床做出全面地、辩证地综合判断。因此，医技科室的工作人员都应熟习临床医疗技术。

三、各医技科室都要面向全院各医疗科的诊断与治疗，必须树立为临床第一线服务的思想，而且在新技术的开展上还要走在临床的前面，促进精神科临床技术水平的提高。

四、医技科室各自要求有特定的仪器设备和工作环境。因此，要求医技科室的工作人员，要熟习医疗仪器的结构性能和技术操作规程，学会掌握和调节仪器的灵敏度及准

确性，加强医疗仪器设备的管理。

五、医技科室每项检查结果要求科学性强、标准化高、数据精确，因此要不断提高技术工作质量，做到客观、准确、微量、快速，真实地反映出疾病的客观存在。

六、要紧密配合精神科临床、科研工作，大力开展新技术、新服务项目。

（杨国章）

第二节　检验科管理

一、检验科的基本任务

（一）应用有关学科的基础理论与技术方法，按照临床医师提出的要求，对标本进行准确地、有目的检验分析，以期发现某些致病因素或病理变化，阐明病人机体脏器功能状况及其各种物质的含量等，为临床提供资料，作为诊断治疗的客观依据。

（二）为保证检验质量和正确评价检验结果，应努力提高检验技术人员的业务水平，不断开展新技术，改造陈旧设备，向着自动化、微量化、标准化、快速准确方向发展，提高检验结果的准确性。检验科与医疗科必须紧密配合，检验科更应主动、及时地征求医疗科室意见，互相研究，以便更好地为临床医疗第一线服务，当好医疗“侦察兵”。

（三）应及时、准确完成临床日常检验工作，包括临床常规检验、生化检验、微生物学检验、免疫学检验及血液细胞学检验等。

（四）以基础理论与临床医学相结合，中西医结合的指导方针，根据精神科具体情况组织专题研究，不断推动精神科工作向前发展。

二、检验科的设置

根据精神病医院检查工作量不大，人员编制较少等特点，一般应设下列检验室：

（一）生化、免疫血清检验室；

（二）临床常规、微生物检验室；

（三）仪器室；

（四）消毒室；

（五）洗刷室；

（六）药品仓库（包括危险品库）；

（七）暗室；

（八）办公室。

三、检验科的技术管理

（一）为保证检验诊断的科学性、准确性、及时性，检验人员必须详细了解各种检验方法和原理，熟记检验步骤，正确掌握操作中的注意事项。在工作中必须严肃、认真、细致、准确。

（二）应根据具体条件建立和健全严格的管理制度和各种技术操作常规。健全登记、统计工作制度；创立一个正规、清洁、明亮、秩序井然的工作环境；养成按标准、按规范精心操作的良好习惯。这些都是保证检验工作正常进行的不可缺少的必要条件。

（三）搞好全过程的质量管理：从标本留取到检验报告单的发出，每个环节都要进行把关，不能只看到分析中的质量控制，也要注意分析前后的其它因素。例如：标本留取时病人的生理状态；饮食和药物的影响；采取标本的方法是否对头；留取标本的容器是否干净；防腐剂是否适当；标本处理是否适宜；标本查对是否谨慎，有无“张冠李戴”，读取数字、计算结果和填写报告单有无“失误”等等，都是应该影响检验质量的客观实际问题。

（四）加强全物质指标的质量管理：分析过程中所提供的各种物质材料，如：试剂、用水、仪器、温度等，要按照规定的指标进行检验操作，使用前要进行校正，符合标准后，才能允许投入使用，确保检验质量。

（五）全体人员的质量管理：这里所指的人员应包括与检验质量有关的各类人员，除检验科人员外，还包括有关病人和临床医护人员，他们的行为与检验质量有直接关系。如：标本留取，病人或医护人员配合不好都能影响检验质量，尤其是精神病医院显得更为重要。检验人员要养成质量管理的责任感，自觉地把好各个环节的质量关。新开展的检验项目应向临床科室予以介绍。只有加强人员质量管理，才能使检验质量得到稳定的发展。

（六）“反馈质控”：是检验质量管理的最后一道工序。把检验结果和临床相对照，借助临床分析来考核检验结果的准确性。例如：遇到某一检验结果与临床观察不符，可采取重复检查的办法加以核对，从临床再回到检验室进行反证。

（七）检验技术管理

1．科主任、主管检验师应根据各级检验人员所承担的检验业务进行业务指导。下级检验人员遇有疑难问题要及时请示上级检验师。科主任要定期对本科检验人员进行已知浓度样品的抽测，每季度做出质量评比，总结经验，找出失误原因，不断提高检验质量。

2．检验结果得出后，应及时填写检验报告单和登记薄，重要检验结果应经上级检验人员审签后始能发出（也可经室内检验人员互检后签字发出）。急诊检验或十分异常的检验结果，应立即通知医疗科室不得延误。

3．根据各室日常工作任务，绘制检验质量控制图，便于及时发现由仪器、药品、操作、计量等因素对检验结果的影响，做到及时发现问题及时纠正，避免不良后果的发生。

（八）检验仪器管理

1．购买与审批：检验科主任应做到对国内外检验仪器有一定了解，根据开展项目、仪器更新和适应本专业不同时期的发展水平，提出购置计划，交主管院长审批，并向院长说明或写清仪器的性能、应用范围、产地、定价等，经院长批准后方可购买。

2．仪器管理：应统一编号建帐（注明：单价、出厂日期、购置日期），建立入库、出库手续，按仪器说明书进行鉴定，建立健全使用、保养制度，定期进行检修，每次维修均应有详细记录。

3．报销制度：仪器使用期限已过，灵敏度不够或其它方面的原因不能继续使用

者，应由科主任提请报销，经过鉴定和逐级批准后方可销帐处理。

（九）试剂管理

1．检验室的试剂购置，应根据实际需要，填写购置单（品名、级别、数量、价值），由科主任与财会科长商定。

2．试剂保管应有专人负责，建立入、出库制度，严格管理。

3．试剂标笺清楚，按试剂性质分类贮存保管，危险品要特殊管理

4．试剂配制必须按技术操作常规进行，不得随意改变。新配的试剂要进行核对鉴定；当量溶液要定期配制和校正；试剂配制后要经常检查有无变质情况，发现变质应立即重配。

5．配制试剂和使用试剂，都应进行登记，一定时期由专人汇集销帐，保证帐物相符。

6．开封后的试剂包装，应重新用腊封好，严防潮湿、变质和蒸发。

（刘纯义）

第三节　药局管理

一、药局的基本任务

（一）面向临床第一线，做好医疗药品器械供应工作，正确处理购、供、管三者关系。

（二）研究、调查医院用药情况，负责药品的采购、供应、保管、计划、统计、报表等工作。

（三）审查、调配处方，制备制剂，并保证所配处方、制剂和发放、保管的药品质量。做到及时、有效、安全。

（四）检查监督医疗科室合理用药情况，掌握药物剂型，了解生物效应关系。对供不应求的药品，及时通知各医疗科室，并提出代用药品以便满足临床需要。

（五）向各医疗科介绍中西药供应情况，推荐新药，定期或不定期出药讯简报，宣传处方正确书写、药物作用机理、新药知识等。

（六）根据医院具体条件，结合业务，配合临床，进行有关药剂专题讲座、技术革新和科研工作。

（七）加强药局的经济管理，实行“以销定存、全面统计、金额管理”。做到满足供应、合理用药、节省开支。

二、药局的设置要求

（一）药局的位置：药局与各疗科及对外门诊有着密切的业务联系，因此药局应设立于适中的位置，方便取送药品。制剂室应考虑用气方便之处。门诊调剂室，可设计划价、收款、取药一个窗口，避免排队，方便患者。

（二）药局的分室管理：

根据精神病专科特点，一般设医院药局和门诊调剂室两部分

1．医院药局：一般设候药室、调剂室、制剂室、中药制剂室、灭菌制剂室、消毒

蒸溜室、药检室、材料贮存室和办公室。房间设置要考虑到各房间能合理的邻接相通。

2．门诊部调剂室：一般设调剂室和贮存室。

三、药局管理工作

除按综合医院药局管理要求，做好药剂管理、药品质量管理和药库管理工作外，根据精神病医院药局工作特点，重点抓好以下几项管理。

（一）门诊配方发药管理：可分独立配方法和联合配方法，根据精神病院实际情况，门诊可采用独立配方法，但要加强核对，避免差错。联合配方法，速度慢，人少不易做到。

（二）住院配方发药管理：可采用总领药制度与病房小药柜制度相结合，各病房每周总领药一次，由药局根据处方将每个患者所需药品进行综合，用请领单的形式，集中由药局发给（临时用药除外）。这样有利于药局按排配方时间，减少漏收和临时配方，同时减少护士取药往返药局的时间。

（三）鉴于精神科疾病用药范围小，而且大部分是剧限药品，为了保证连续用药及安全用药，取药量一般不宜超过七天；路远而又有陪护的患者，不得超过十五天，最多给一个月量。

（四）根据精神病医院中药调配量小，而且中成药大量制剂均由药厂生产，中药饮序每日用量又较少的特点，可不另设配方室单独调配。但中药每日用量较大的单位，应设中药局统一调配。这样既方便病人，又便于管理。

（五）精神病医院用药品种、剂型不同于综合医院，多数为剧限药品，用药剂量又较大，因此要严格管理。要建立健全出入库手续、消耗登记制度和贮存保管制度，防止药品丢失，变质。对患者使用抗精神病药物要进行指导，防止发生意外。

（六）处方管理分析：处方分析是提高药剂工作质量的重要方面。通过处方管理和分析，可发现在处方书写和调配过程中有无差错，用药是否合理，找出用药规律，做到主动而有计划的供应，使药局与医疗科室工作关系更协调密切。通过分析处方，从而掌握处方数量与调剂人员的关系，处方数量和季节、月份的关系，找出季节多发病及用药规律。处方剂量的分析研究，可掌握不同剂量和给药途径，供临床参考，从而提高医疗质量。对差错处方的分析研究，可查出处方书写或调剂方面存在的问题，从而找出原因，及时改进工作。

（七）医院设备、医疗器械约占医院固定资产的百分之七十左右，因而搞好器械维修工作非常重要。各精神病医院应根据具体情况，成立维修班组或设专职维修人员，负责全院器械保养、维修工作，即有利于医疗工作的开展，又可节约医院经费的开支。

（候吉学）

第四节　放射线科管理

一、放射线科的地位与基本任务

随着医疗卫生事业的迅速发展，目前绝大多数精神病医院都装备了X线机，X线诊断技术队伍不断扩大，诊断技术水平不断提高。由于精神科对躯体合并症的诊断和治疗水

平要求越来越高，就更需要放射线专业技术的密切配合，给临床诊断提供更准确的客观依据，因此放射科工作在临床上显得更加重要。精神病医院放射科是医院基础科室之一，是精神科临床工作的有利助手，是临床诊断治疗及科研不可缺少的一门独立学科。

精神病医院放射科的工作，概括为诊断技术、投照技术、暗室技术、机器保养维修安装技术等四大组成部分。

二、放射线科的设置要求

应根据医院规模、机器台数和人员多少等具体情况而定。精神病医院由于放射科诊断任务比较单纯、工作量较小，一般只分诊断及投照两个部分。

一般应设以下几个室：透视室、阅片室、照象室、暗室、干燥室、办公室、更衣室、值班室等。机器房间的墙壁，应使用防护材料；透视室、照象室应设有铅房或铅屏障。有条件的医院，可采用防护新技术，例如使用荧光增强装置，利用机械手，遥控操作等。

三、放射科的诊断工作

（一）透视、投照前要认真阅读申请单，摆好病人体位，交待注意事项。

（二）透视前眼睛要充分的暗适应。

（三）透视前要检查机器性能情况，要按照操作规程操作，在工作中发现机器有异常声响及其它异常现象应立即停用。

（四）对待病人要态度和蔼，耐心细致。对待不合作的精神病人要多做解释工作。门诊病人要有家属配合，住院病人要有医院工作人员陪同，方能到X光室透视及做其它检查。

（五）机器使用完毕后，需将各开关扭到零位，断开电源，方可离去。

（六）每日工作完毕，对室内外门窗、水电、机器等要做安全检查。室内保持清洁、整齐，经常通风换气。胃肠透视完毕及时刷洗钡缸和清毒，以备下次再用。

（七）要掌握各种X线检查方法和技能，熟习各种检查方法的基本理论和操作技巧，包括X线机及附属设备的构造、使用方法及投照、暗室等技术工作，否则X线诊断医师就不能对技术员提出严格要求和进行正确地指导。

（八）要掌握与X线诊断有密切关系的基础医学知识及有关各种疾病的重要临床知识，否者就不能正确地解释X线影象，做出诊断与鉴别诊断。提高X线诊断符合率。

四、投照室工作常规

（一）投照前，要检查机器的性能。

（二）投照前，必须查阅申请单及投照部位，拍片号码及收费后，方可投照（急诊例外）。

（三）投照前必须检查或除去被检者身上的膏药、敷料、纽扣、饰物及大头针等含有金属类等物品，要将此类物品移开投照部位。

（四）投照前要按投照部位、厚度及发育情况等调节电压、电流、时间、靶片距离、集光闸、沪线器等。

（五）对脑部以及大外伤有生命危险的重危病人投照时，不得随意搬动患处；必要

时需有临床医生配合投照。

（六）提高投照质量，优质照片率应在90％以上，废片率应控制在1％以下。

（七）技术人员负责统计胶片消耗量及曝光次数。

（八）技术人员负统计、填写废片张数及原因、部位等。

五、暗室工作常规

（一）暗室禁止非本室工作人员入内。

（二）暗室内严禁吸烟、吐痰及存放易燃易爆等物品。

（三）暗室应保持清洁卫生，经常通风。

（四）冲洗照片前应检查显影液温度及安全灯等。

（五）冲洗前应养好眼睛，适应暗室工作。

（六）应经常检查储存胶片数量、日期及潮解情况等。

（七）暗室使用的片架、暗盒、胶片应按规格定位存放。

（八）要按配方配制显定影液，并要经常检查显影液及定影液的衰竭情况。

六、X光机检修保养常规

放射科X光机要有专业技术人员专门保管使用。

（一）要建立设备档案。每台机器的原始说明、线路、数据等全部资料必须妥善保管，并建立记录簿，对每台设备在使用过程中曾发生的异常现象，故障原因，修理经过，检修情况、时间及检修人等进行明确记载，以备保养、维修时查阅。

（二）定期进行维修，每台设备三个月一小维修，半年至一年大检修一次。不出问题不修理的现象必须克服。X光机是精密仪器，检修要在有经验的技师指导下进行。在检修前应做好检修计划及准备工作，包括检修内容、日期、参加人员及工具材料准备等。

重点检修部位是：

1．管球部分检修：灯丝检查；管球清理；换油及添油。

2．高压整流部分检修：高压整流管及阴阳极检查；高压变压器油的检查（油量绝缘程度）；高压电缆、插头及插座的检查；高压变压器接地情况检查；高压整流管的阴阳极测试情况检查；高压变压器进入线线端检查等。

3．操作台部分检修：限时计灵敏度检查；MA表的检查；仟伏表的检查；各种继电器接点清擦；过负载断电灵敏度的检查；接地线的检查。

4．滑动部分检修：清洁整理，检查有否损坏钢丝绳及滑轮等。

（三）制订操作常规。每台设备都应明确制订该机的操作规程及使用注意事项。操作者应明瞭这些规定的意义，认真遵照执行；领导要随时检查使用情况，对违章操作者要及时给予批评。

（钟万洪　吕世兰）

第五节　脑电图室的管理

一、脑电图室场所的选择条件

脑电图室应位于比较安静的地方。室内温度一定要适宜，过冷会产生肌电伪差，过热易引起出汗产生基线不稳。光线必须略暗，以免光线对视觉刺激而产生脑电反应。以远离电梯、手术室、变电所及放射线设备等电波干扰和躁音发生的场所为佳。室内电线须用塑料管套。

二、脑电图室的内部结构

（一）候诊室：最好靠近检查室，应安放长椅，供病人及陪护人员候诊。

（二）检查室：因该室内设有屏蔽室、脑电图机及办公桌椅等设备，所以必有充足空间，面积不得少于13平方米。

（三）办公室：是用来分析和报告脑电图检查结果，电极洗涤及工作人员办公等。

三、脑电图机的使用及注意事项

脑电图机是一种精密的医疗仪器，是脑电图室的重要设备，必须管理好。

（一）不熟练的人员，一律不准操作。

（二）在检查过程中要密切注视病人动向，如有异常状态及精神病人突然兴奋冲动应立即关机。以防损坏仪器。

（三）当仪器出现故障时，不准任何人自行拆卸修理，应当及时报告领导，请专业技师维修。

（四）建立仪器档案，从购入日起，每月应记录一次仪器的工作性能情况，当仪器出现故障及维修完毕，要将详细经过予以记载，并纳入仪器档案。

（五）严格遵守脑电图机操作规程中各项要求去操作仪器，并要做好对仪器的爱护与保养。

四、检查手续与脑电图记录的保管

（一）检查手续

1．申请单的填写与予约：凡经门诊或病房介绍到脑电图室来的受检者，一律递交脑电图申请单，并且要详细填写病人的姓名、年令、病史、神经系统检查所见、临床诊断、检查目的及要求等。

2．检查前的注意事项：检查前一天要洗净头发，不要打发蜡或擦头油；癫癎病人在检查前三天停用抗癫癎剂及安眠药，尤其多次未见病理波的病人必须停药，个别发作频者可以不停药。检查前让病人吃饱饭，以免低血糖产生伪差；对颞叶癫癎病人及精神病人必须由家属或医护人员陪护，以免发生意外。

3．建立脑电图登记册：检查完毕按年令、性别、临床诊断及脑电图诊断进行登记。

4．脑电图报告单的保管：报告单一般复写两份，一份交被检者，一份附在脑电记录中，以备查找。

（二）脑电图记录的保管

脑电图记录即是临床和科研的重要资料，又是法律上的依据，必须妥善保管，如有借阅时，必须履行借阅手续。

五、脑电图室工作制度

（一）详细阅读申请单，了解临床医生所需要检查的项目、目的及要求。

（二）当病人进入检查室时，要询问病人姓名、年令，并态度和蔼地向病人解释；如做脑电图不是过电，无痛苦及危险等。消除病人恐怖紧张心理状态，以取得病人合作。此条在精神病医院尤其重要。

（三）应树立面向临床医疗的观念，在阅图中应认真细致，书写报告时要清晰工整、及时、准确，诊断要结合临床。

（四）脑电图室要保持整洁肃静，在工作中非本室工作人员禁止入内，以免影响工作。

六、脑电图机安全操作常规

（一）首先检查电路、地线接头是否良好的接到地线接头上。

（二）开机前是否有足够的记录纸和墨水已装进机内。

（三）开机前确保电源开关、记录控制开关及走纸开关在关的位置上。

（四）把下列控制器对到所需要的位置上：

1．输入转换器在定标的位置上；

2．定标电压器选择在50μV；

3．定标是否在自动位置上；

4．时间常数在0.3；

5．走纸速在3 cm/s；

6．干扰抑制在抑制上。

（五）打开电源待2秒后，打开稳压器开关，等到稳压器指针在220V后再将脑电图机的电源开关打开，指示灯亮，预热20分钟。

（六）将电极固定在被检者头上，令被检者安静闭目，全身放松后开始描记。

（七）描记完毕，将记录控制开关关上，停止走纸，关闭脑电图机电源开关，再关闭稳压器开关，最后将总电门开关关上。

（八）垫上笔垫，盖上机器防尘罩，清洗电极，荫干后准备下次再用。

（李秀芬）

第六节　心电、超声波室管理

一、心电、超声波室的位置及内部结构

（一）心电、超声波室的位置

应位于病房之外，即有利于仪器的管理，又方便于临床科室使用。以向阳干燥、通风良好、温度适宜和远离强电磁场的地方为宜。

（二）室内结构及装备

1．候诊室：应位于检查室之外面，室内应安放长条椅，供病人和陪护人员使用。

2．检查室：应位于候诊室邻近处，内设诊察床、诊察橙、放仪器桌、办公桌椅、洗手池、电风扇及拖鞋等。

3．办公室：与检查室相连，供本室工作人员分析、研究和书写医疗文件用。内设

办公桌椅（每人一套）、电话（供病房抢救病人传呼用），电炉或煤气炉(供消毒用）。卡片索引柜、存根柜等。

二、心电、超声波室工作管理

（一）心电、超声波诊断是一项辅助诊断工具，要紧密结合临床，为医疗科室服务。

（二）凡申请检查者，必须由临床医师清楚、扼要地全面填写心电、超声波申请单中各项要求。

（三）本室工作人员在操作前必须详阅申请单，了解检查项目、目的和要求，并核对申请单与病人是否相符。

（四）给精神病人做心电、超声波检查时，需有家属或医务人员始终陪同，待检查后将病人带走。以免病人不合作损坏仪器。

（五）抢救病人需到床前检查时，除按申请单项目要求填写申请单外（如来不及填写时可后补），病房医护人员须陪同并协助把其它患者引开，以免损坏仪器和影响工作，检查结果当即报告。

（六）凡已确诊或者疑似传染病者，要写明临床诊断及附上有关资料，以备床单、用具消毒（探头、电极板等用过氧乙酸冲洗后，用清水冲净，擦干；床单等污染物应送指定处消毒）。防止疾病传播与交叉感染。

（七）特殊检查必须事先予约，并要向患者交待检查前的要求。如查胆囊要空腹，胆囊收缩功能检查要自备脂肪餐等。

（八）检查后要认真填写检查报告单，要及时、准确地发给被检查者或有关医疗科室。

（九）检查结果要进行登记存档，注意资料积累，进行科学编号、分类、编写索引。长期保存以备后用。

（十）要爱护仪器，定期维修，安全操作，不熟练人员不准操作。外出会诊需携带仪器时，要经有关领导批准后方可带出。

（十一）本室工作人员要遵守医务人员守则，坚守岗位，尽职尽责，严格执行各种类型仪器的操作规程。

（十二）本室是存放和使用精密、贵重电子仪器的科室，仪器要专人使用、专人保管，要防热（连续工作时间不许超过允许的范围）、防潮湿（存放在干燥通风处，较长时间不使用时要经常通电），防毒气防灰尘(仪器要上罩、工作人员在室内要穿拖鞋)。还要防强电磁场干扰。保持仪器清洁，延长仪器寿命。

（王屹）

第七节　供应室管理

精神病医院供应室是医院各种医疗器械和备品无菌消毒供应部门，是属于医疗技术科室。它的每一项工作都直接关系到医院的医疗质量和病人的安危。由于供应消毒不彻底的器械和敷料可直接造成感染或不良反应；由于供应器械不完善，可直接影响诊疗技

术和抢救工作的进行。因此，必须重视和加强供应室的管理工作。

一、供应室任务

（一）负责医院各医疗科室常用的无菌器械、敷料和备品等的计划供应。

（二）负责对各种污染医疗器械的回收及加工制作。

（三）认真做好各科室医疗器械的回收、清洗、消毒、包装、修理、保管和发放。

（四）监督检查各科室对医疗器械使用是否合理、周转破损情况、保管是否得当、回收再生等情况。

（五）负责各科小器械、注射用具及敷料等的计划请领、登记和审核报销工作。

（六）定期测试无菌消毒效果，鉴定高压灭菌器安全性能，定时清点器械备品，做到帐物符合。

（七）经常听取各医疗科室意见，根据需要提供新品种，不断改进无菌消毒方法，提高工作质量，改进供应工作。

二、供应室的位置

医院供应室的位置应设在一楼，供水、供气方便的场所。最好设在门诊和病房的连接处，便于各科室工作人员取送器械和备品。

三、供应室的布局及装备

（一）回收间：设有回收台、分类台、传染污物处理台。

（二）清洗消毒间：设有水池子、冷热水管道、蒸馏水管道、浸泡液罐，电动针头冲洗机。

（三）包装间：设有包装台、存放柜、手套凉晒架、手套装置台。

（四）敷料间：设有大型敷料台、存放柜。

（五）贮存间：设有柜台架、消毒液柜。

（六）高压灭菌间：设有高压蒸气消毒锅、安放排风扇、水池子、物品台干燥箱。

（七）无菌间：设有密闭消毒柜，移动式或固定式紫外线灯管，做到有菌、无菌分别放置，保证安全供应。

（八）更衣间：设有更衣柜。

（九）办公学习间：设有办公桌、椅。

四、供应室工作管理

（一）建立健全各类物品消毒灭菌常规；各种治疗包、器械物品定量常规，供应物品的处理操作规程。

（二）建立各班岗位责任制；有查对、下送、下收制度；物品请领、消耗破损赔偿制度。建立借物登记本、工作量登记本、输液反应登记本及意见本等各种记录本。

（三）严格执行消毒隔离制度，消毒与污染物品不交叉，收、发两个窗口。工作人员进入无菌室必须衣帽整洁、戴口罩、更鞋。

（四）供应室人员要掌握各种器械、敷料的性能、规格、用途、消毒、维修方法，熟悉高压锅的使用方法。

（五）有菌、无菌物品标记明显，分开放置。消毒物品贮存要定点、定位，有灭菌

日期及责任者。无菌物夏季保存一周、冬季两周。

（六）凡烈性传染病及特殊感染用过的器械应先经科室消毒处理后，再送供应室并与一般器械分开处理。

（七）每月对高压锅、无菌室、灭菌后的器械、手套、敷料做细菌培养，并有登记，无菌室细菌指数不超过10个/皿。

（八）无菌注射器、输液器及其容器以及其中敷布要清洁无污；注射针头应无钩、无锈、无漏水、不弯曲、针柄无垢、按号排列。抽血注射器必须干燥，单独打包。

（九）各种治疗包器械完整、无锈、好用、针及刀剪锐利；乳胶管不粘连、不软化老化、通畅；输液管用蒸馏水终末处理，应无菌、无热原。

（十）玻璃类要清晰透明，PH值中性，针管与针栓衔接好，按规格大小分别包装，避免互相碰撞。

（十一）无菌医疗器械及备品的供应：

1．定额供应：根据各科室业务工作特点和任务的需要，规定出定期供应的器材品种和数量，随时对换。因精神病院用量较少，可规定每日上午九时、下午三时更换。

2．予约供应：按照提前予约，做到及时供应。

3．临时供应：因抢救急用，供应室应千方百计满足急需临时供应。

（十二）制作各种敷料，即实用又节约，旧沙布回收再生，搞好修旧利废，节省开支。

（刘淑珍）

第十章　精神病院统计工作

第一节　应用医学统计法的意义

马克思主义认为：世界是物质的，物质是运动的，运动是有规律的，规律是可以认识的。统计学是对运动着的物质世界用数学的方法进行研究的一门科学，通过对事物数量的统计研究来认识事物的本质，进而指导人们能动的改造世界。

医学统计方法就是以医学科学为对象的统计学，是我们精神病防治工作的一种科学工具，无论是精神病的社会防治、临床治疗、基础实验等，运用医学统计方法都是不可缺少的。掌握了这个科学工作方法可以用较少的人力、物力和时间获得比较可靠的结果；要在应当运用统计的场合而不去用它，就可能造成不应有的浪费或得出错误的结论。尤其是在现代医学科学的研究中，如果不用医学数理统计原理做指导，就很难得出精确的研究成果或长期得不出正确结论，造成人力、物力的浪费，这在我们精神病临床观察研究中是屡见不鲜的。因此说，医学统计分析方法是精神病防治工作中，科学的发现问题、分析问题、解决问题、指导实践的重要手段。所以，为了做好精神病防治工作，我们应当熟悉和掌握医学统计基本知识和方法，运用医学统计方法做指导，进行精神病的现场调查，搜集精神病在社会人群中的发生、发展的变动规律；进行精神病临床观察研究，分析精神病的发病因素和分类以及病伤死因的数量、比例、变化、探索发病规律，加以科学的整理和统计分析，从而掌握精神病的规律，为制定精神病防治措施提供科学的依据，借以指导防治实践。

精神病院的统计是医院科学管理的重要组成部分，精神病院的各种统计数据，是医院科学管理的重要信息。精神病院的医疗统计工作是运用统计学的理论和方法，通过对各种事物的大量观察，掌握数量变化，进行统计处理，从而阐述各种现象的相互关系和规律。运用精神病院各种统计指标，分析和评定医院工作质量、工作效率、经济效果和社会效益，从而找出影响它们的各种因素，以便改进管理方法，进行有效控制，使医院功能处于应有状态和正常运行，不断提高医院工作质量和工作效率。精神病院的统计工作是统计学在精神病院工作中的具体运用，是为指导工作实践，改进医院管理服务的。因此，要做精神病院统计，必须具备两种知识：一是统计学的基本知识；二是医学基本知识和精神科专业及医院管理知识。

第二节　医学统计的基本知识

在一般的情况下，具体的统计指标是由带偶然性的局部数据直接计算的，其结论则是对全面数据而言，反应其中必然规律。但是从局部数据的指标引导出全面结论的重要科学统计方法，并不是随意的数字计算，而是要科学的分步骤进行的，前一个步骤总是后一个步骤的基础，环环紧扣，步步相联，每一个步骤的质量的好坏，都必然对下一个步骤

产生相应的结果。为此，要正确地运用医学统计方法，就要对其基本方法有所了解，现在将其基本知识和方法分述如下：

一、统计资料的收集：

收集医学统计资料是医学统计工作的第一个步骤，是全部统计过程的基础。收集资料必须是有组织、有计划地进行资料收集工作，如果所收集的资料是无计划盲目的，不正确的，或不完全的，则无论进行怎样的统计整理和分析，都不能弥补此缺陷，甚至使全部科学研究工作失去应有的价值。所以说，运用医学统计方法不是在医学研究工作之后，而是在医学科学研究工作开始之前，在制定科学研究计划和设计的时候，就应当运用统计方法做指导，进行科学研究的设计并有组织、有计划地注意积累、收集资料。有关疾病防治研究资料的收集方法，一般地从以下几个方面收集：

（一）日常工作记录资料：

医疗卫生机构的日常医疗工作记录，如门诊病志、住院病志、出入院卡片、健康检查、临床医学检查记录等和医疗登记文件，如传染病报告卡、新发病例报告卡、死亡报告卡等，以医疗统计报表、如医院的工作旬报表、月报表、季报表、年报表等等重要资料，都是反映各地区、各部门、各单位各个时期防病治病业务活动的基本情况和人民健康状况的资料，也是探索疾病在人群中的发生、发展的变动规律，寻求疾病防治措施和考核其效果的科学依据资料，要求必须做到判断正确，记载准确、资料完整，经常注意积累，及时收集归纳，并且要严格的科学管理，便于充分利用。

（二）疾病现场调查资料：

一般地进行疾病的现场调查，大体上有现情调查、前瞻调查、回顾调查、追踪调查；从现场调查的范围上区别普查、抽样调查、典型调查之分。现在结合常用的疾病现情调查方法，简介如下几种：

1．普查法：这是为了防治某种疾病，在一定范围内的调查对象中所有单位的人群全部检查。普查前要统一普查的时点或时期，规定普查项目，统一检查标准，制定统一普查表格，有组织、有领导的进行普查。这种方法如果组织得好，能够取得全面资料，能尽可能多的发现病人，为普治病人工作提供重要资料；但是，普查法所需人力物力往往很大，时间较长，工作面大，参加人员多，普查标准难以完全一致。所以如果调查目的在于探索性的一些未定问题，不宜采用普查法。

2．线索调查法：这是在群众自报疾病或互报疾病的可疑者、接触者的基础上进行调查的方法。在调查前要拟定疾病的自报互报提纲，制定疾病自报互报登记表；广泛地开展宣传使群众了解所要调查的疾病症状特点，要求群众通过一定的组织措施自报互报疾病。医务人员通过这个步骤，就可以获得病人的线索，然后按着群众自报互报的对象，再进行临床医学检查，从而发现真正的病人。这种发动群众收集资料，搜索病人的办法，在基层卫生组织完善的地区很适用，可以获得满意的效果。除了对一些症状不明显的病人会被漏掉外，一般病情明显的病例都可以被发现出来，节省人力，事半功倍。

3．抽样调查法：就是用抽样方法抽取一部份对象进行检查。抽样的原则，必须按照“随机”原则，从总体内抽取部份单位，构成对总体具有代表性的样本。抽样的方

法，有单纯随机抽样、机械抽样、正群抽样等，其选择原则，要依调查对象或实验的具体情况而定，并可结合起来运用。采用任何抽样方法，其目的都是为了取得对总体具有代表性的样本，并保证所抽取的单位有较好的“随机性”，以便保证资料的正确性。

（三）疾病临床实验资料：

疾病临床实验观察研究，是指临床疗效观察、临床实验室研究、某些实地试验等，都属于此类。这种临床实验研究通常范围较小，观察的例数也不多，因而便于对实验观察条件作较严格的控制，同时能够用尽可能一致的研究对象，以提供临床实验观察的准确性，获得比较完整而可靠的研究资料。做好临床实验观察研究，必须有周密的研究设计。

二、统计资料的整理：

整理资料是医学统计工作的第二个步骤，一般收集来的统计资料，都是分散的、零星的，只是表明观察单位的各自特性。要说明整个观察对象的客观规律，还必须根据研究目的，将原始资料进行科学加工整理，才能计算指标，进行系统分析，方可显示出其规律性。所以科学的整理资料，是正确计算指标的前提，其具体整理方法分述如下：

（一）统计资料的检查：

对原始资料的准确性、完整性、及时性要进行检查，填缺补漏，删去重复，纠正错误，无法改正者宁可废弃，亦勿滥竽充数，以免影响整个资料的质量。一般的资料检查方法，采取两个步骤，首先用逻辑检查法，就是根据项目本身的性质和项目之间的关系，检查资料有无不合逻辑的或相互矛盾之处；其次用计算检查法，对已经制好的报表，按统计表纵横各栏之间的数学关系，运用相加运算原理进行验算检查。原始资料经过逻辑的和运算的检查，确认无误，方能进行科学的整理。

（二）统计资料的分组：

统计上的分组是对原始资料进行整理工作的基础，就是把观察单位按照“同质者合并，不同质者分开”的原则，归纳分类，整理分成若干个组，加以科学化、系统化、通过各组的特点、组与组之间的关系和区别，揭示研究对象的规律，便于说明真实的大量现象。因此，只有在同质的条件下分组，才能得出正确的结果，把不同质的观察单位归在一个组里，只会掩盖真相，以至引出错误的判断。所以进行资料分组时，必须查明现象本质。换句话说：就是被研究现象的本质是分组法的基础。因此，必须选择与被研究现象的本质有关的特征作为分组的依据。分组的作用在于：划分事实的类型，表明事实的结构，显示事实的变动与相互联系的关系。分组具体方法如下：

1．确定分组标识：

分组时所依据的特征称为“分组标识”，分组根据的特征有两种：质量和数量的。以质量方面的属性表示各组间差别者，称质量分组标识或质量标识；以数量方面的属性表示各组间的差别者，称为数量分组标识或数量标识。

分组的类型，一般地有：类型分组（质量分组），既按照事物的性质或类型来分组，如按性别、职业等分组；变量分组（数量分组），既在类型分组的基础上，再按表示数量特征的变量值大小来分组，如按年令大小来分组；有的还分成“结构分组”、

“分析分组”等。从分析事实的观点上将总体分为若干组，如将几个有关联的事项，按变动标识予以分组，把各事实间相互关系揭示出来。在医学上常用的分组标识中，有些始终是质量的标识，如性别、病型等，但也有些标识既可用质量分组，又可用数量分组，如检查结核菌素试验，可用反应直径大小表示，有的用阳性和阴性表示；就同一个标识而言，用数量分标组识总比质量标识分组细致些、具体些，反映问题准确而灵敏。选择分组标识是统计分组中最重要的工作之一；选择分组标识，要根据研究的内容而定，切忌生搬硬套。同一资料，由于选择分组标识的不同，就可以得出不同的结论。

〔举例〕：日本血吸虫病是一种地方病，它的流行与居民的生产方式（常赤脚）、生活方式（常饮河水）和钉螺分布密度等等因素有关。某地调查一条小河流域，在靠近小河下游的农村血吸虫病流行很严重，但小河上游或离小河较远的地区的农村就不严重，这是客观存在的情况。详见表10—1（摘自郭祖超著《医学数理统计》）

表10—1　　某地五个农村居民粪便中日本血吸虫卵检查结果

地　区	人口数	检查人数		阳性人数		阳性率 %
定山村	231	215		97		45.1
王宫村	306	285	778	208	479	73.0
西门村	338	278		174		62.6
北门村	344	299	642	56	118	18.7
黄姚地	380	344		62		18.1

假如按照各村现有人口数做为分组标识，把五个村分三个组，求得各组居民粪便中的日本血吸虫卵、阳性结果见表10—2：

表10—2　人口与居民粪便中日本血吸虫卵阳性率关系（不合理分组）

人口数	村数	各村检查人数合计	粪便虫卵阳性人数	阳性率 %
320以下	2	500	305	61.0
320—360	2	577	234	39.9
360以上	1	343	64	18.1

从上表2得出的结论是：显示了人口越少，则粪便阳性率愈高。这显然是歪曲了事实真象。因为人口减少是日本血吸病严重流行的结果，而不是严重流行的原因。因此，用人口数做分组标识是不正确的分组。

正确的分组应以日本血吸病流行严重程度、钉螺密度、生产方式、生活方式做分组标识，才能正确反映客观实际情况。例如按流行严重村与流行非严重村居民粪便血吸虫卵阳性率进行分组，有明显差别。见表10—3

表10—3　日本血吸虫病严重程度与粪便虫卵阳性率关系（合理分组）

	村数	各村检查人口数合计	虫卵阳性人数	阳性率 %
流行严重村	3	778	479	61.6
流行非严重村	2	642	118	18.4

由此可见，分组的详细程度须看被研究现象的性质和所研究的任务而定，同时还必须结合专业知识，分析被研究现象本质，确定分组标识。

2．编制分组频数表：

在选择与被研究现象的本质有关的特征作为分组的依据，并确定分组标识后，如原始资料的数量记录者，正理时常用数量标识进行变量分组时，应先编制频数表，便于正理归纳，频数表编制步骤：

〔举例〕：以110例精神病人血液中的血糖浓度的数量资料为例，说明频数表编制的方法步骤如下：

表10—4　　某院110例精神病人血液中血糖浓度（毫升）

11.8	14.0	16.5	14.6	14.8	14.2	13.8	14.7	13.1	14.3	14.9
14.8	13.9	14.9	13.5	13.5	15.5	13.4	13.7	14.4	13.0	15.1
15.8	12.2	13.8	14.0	14.9	11.4	15.5	14.2	14.7	14.1	12.6
16.3	14.0	14.8	12.5	15.6	14.7	13.2	11.9	12.5	15.0	14.1
13.8	15.4	13.9	14.0	14.8	14.7	12.7	13.9	15.2	12.8	13.0
13.4	15.2	16.8	15.3	13.5	12.9	13.3	13.1	15.0	14.2	14.7
15.6	13.7	16.0	13.2	14.6	13.5	14.5	14.9	14.1	15.0	14.0
14.0	17.4	12.0	15.0	15.8	14.2	13.4	14.2	14.5	10.7	14.0
15.2	11.9	15.1	13.3	13.7	13.1	14.3	13.8	14.6	15.4	14.3
13.2	16.0	12.1	13.8	15.3	13.9	12.8	16.2	12.1	15.1	12.3

1）先从数量资料中找出最大值、最小值，而后计算出分组的全距。

从表10—4所列的原始资料中，最大值为17.4，最小值为10.7；最大值与最小值之差就是分组全距，即：17.4－10.7＝6.7，表示110个数据的分布范围。

2）然后定组距、组数、组段。组距就是一个组所包括的间距，组数就是组的个数。在同一全距范围内，组距与组数是相互关联的，组距要大，组数就少，组距要小，组数就多。组距大小，决定于全距的大小和组数的多少，全距大，组数少，组距就大；全距小，组数多，组距就小。组距过大，资料特征不易显出，组距过小，不易资料的分析。组距的求算，即全距被组数除后所得商数，全距÷组数＝组距（代号 i ）。组数的确定，原则上是：样本含量大，超过百例以上时，分组就要细些，即组距小，组数多；

样本含量小，仅有几十例时，分组就要粗些，即组距大，组数少。通常分组以10～15个组较合适，最少5～6个组，最多20个组左右。以表10—4所列数据资料，按14个组划分，其组距即6.7（全距）÷（组数）=0.47，小数进位，组距定为0.5较合适。

组段就是各组的起止范围。习惯上，分组从小到大，选最小值或略小于最小值的某数做为第一个组的起点，即第一组的“下限”，每个组段都有“上限”与“下限”，每个组的起点称为“下限”，每个组的止点称为“上限”，“上限”与“下限”之中点称“组中值”代号为（V）。以表10—4所列数据为例，如“10.5～11.0”，“11.0”就是第一组段的“上限”，“10.5”就是第一组段的“下限”。同理，第二组段的下限是11.0，上限是11.5；以此类推，分到14组段，下限为17.0，上限为17.5，已经包括本资料中最大值17.4在内。将全部组段列成频数表如下表10—5所示：

表10—5　110例精神病血糖浓度整理表（频数表）

血糖浓度（mg）	划　记	例　数
10.5～	一	1
11.0～	一	1
11.5～	下	
12.0～	正	5
12.5～	正下	7
13.0～	正正下	13
13.5～	正正正一	16
14.0～	正正正正	19
14.5～	正正正下	18
15.0～	正正正	14
15.5～	正一	6
16.0～	正	4
16.5～	下	2
17.0～	一	1

为了汇总资料时的方便，组距通常选用：0.1、1、10、100……或0.2、2、20、200…或0.5、5、50、500……最好要避免用3、7及其倍数等。为了同一目的，组段的开始数字也从方便的数字做起点，如表10—4资料的起点数用10.5开始，而不用10.6或10.7开始（虽然也都包括最小值10.7），其道理就是为了计算上和归纳整理方便之故。另外组段的写法与使用，为了避免归组时，相邻两组的上、下限重复，一般的写法是只写下限，不写上限，简便明确，如表10—5所列组段的写法。

（三）统计资料的归纳：

原始资料经过检查，定分组标识，编制分组频数表之后，接着按频数表内分类，把原始资料数字分列各组中去，使分散的资料就集中起来了。根据原始资料的记录形式和数量，运用下列方法汇总归纳：

1．卡片法：把事先填写好的登记卡片，进行分类清点卡片数，填入整理频数表内便妥。另外一种用“过录卡片”方法进行归纳，先将原始资料编成一览表，分别进行过录在“过录卡片”上，过录卡片上的每个小格代表一种项目，每个项目亦可用一符号代表如图10—1：

2．划记法：常用的划记方法有的划“正”、有的划“卅”、有的划“𠀋”三种。将性质相同的事项用记号分别划在分组频数表内。以表10—4所列数字，按分组原则，编制分组频数表后进行划道记入，见表10—5所示。

图10—1 过录卡片

1	6	11	16
2	7	12	17
3	8	13	18
4	9	14	19
5	10	15	20

（四）统计资料的制表：

统计表为辅助认识总体资料特征的表示法，其作用在于它将资料凝缩，通过统计表格形式，更清楚地表明现象间的数量关系和变化规律。使读者一目了然，易领会要旨，知道事实纲要及其相互间关系，易见事物的规律性，避免重复的说明，也便于审查和分析。

1．制表的原则：

统计表是由标题、横标目、纵标目和表体四个部分组成。统计表的标题要简明易解，切合表的内容；举出的各点要先后次序一致，内容的单位、地点、时间都要注明清楚。横标目位于表的左侧，表示主项；纵标目位于表的上端，表示宾项，具体说横标目与纵标目之间的关系，按其内容分为主语和谓语的关系，主语是统计表叙述的对象，谓语是用以叙述的统计指标，表明表内数字的含意。一张统计表设计得好不好，关键在于对标目的处理的恰当与否。表的主体各格内数字排列要整齐，上下格的数字位数、小数点都要对齐，格内相同的数字不能用“同号”代之，无数字的格要用“—”或“…”代之。表的格式多数采用横列，标目的文字也尽量横写；表的线条，上下封口线要略粗些，表内尽量减少横线，会更清晰醒目，在合计上方应添一横线，线要略粗，多数不用左右封口线，开口式表格，标识不易过多重复、繁锁。

2．统计表的种类：

统计表通常有简单表、分组表、组合表三种。简单表：它的结构简单，是一览表的形式，一个主项和一个宾项，如下表10—6所示：

表10—6 某精神病院收治精神病人的分类统计

病名（主项）	例数（宾项）
精神分裂症	1062
癫痫	750
精神发育不全	201
合　　计	2013

分组表：它的结构是一个主项和数个宾项，主项与各宾项之间相联系，但各宾项之间各自独立互不相关。如表10—7所示：

组合表：它的结构是一个主项和数个宾项，主项与各宾项相联，各宾项间也相联。如表10—8所示：

以上各种表格应根据所研究的目的，单独使用或配合使用，各栏中还可以计算百分比等各项指标，加以灵活运用。

3．制表举例：

编制统计表时，经常出现两种缺陷：一类是内容庞杂，繁锁，中心问题不止一个，杂乱不清晰；另一类就是标目没有充分运用表格纵横交叉的形式，没有把标目按主项与宾项的关系组织好。举例如下：

如表10—9—1的主要缺点就是把收治的几种精神病人情况与精神病诊断情况混在一起，中心内容不明确，主题不明确，收容情况和诊断情况是两个不同意义。应按其内容

表10—7　　某精神病院收治四种精神病年令统计

年令组	精神分裂症	智力发育不全	癫痫	癔病	合计
0～10	—	67	18	—	85
11～20	24	68	28	2	122
21～30	67	38	33	33	171
31～40	61	11	21	38	131
41～50	49	9	18	29	105
51～60	38	3	15	17	73
61以上	15	—	5	—	20
合计	254	196	138	119	707

表10—8　　遗传因素的有无与发病年令、性别关系

遗传因素有无、性别 / 年令组	有		无		总计
	男	女	男	女	
14～20	5	4	4	8	21
21～30	10	12	14	19	55
31～40	4	2	7	8	21
41以上	—	—	5	3	8
合计	19	18	30	38	105

表10—9—1　　三个精神病院对四种精神病诊断情况统计（原表格式）

单位			甲	乙	丙
病例数			169	37	22
精神分裂症	总数	数 %	138 100	26	14
	原诊断正确	数 %	77 46.0	4	3
	误诊为神经官能症	数 %	14 10.1	2	7
	误诊为反应性精神病	数 %	29 20.9	5	2
	误诊为非特异性脑炎	数 %	18 13.1	15	2
神经官能症 反应性精神病 非特异性脑炎		数 数 数	17 12 2	1 10	2

分成两个表比较合适。见表10—9—2、表10—9—3：

表10—9—2　三个精神病院收治精神病分类统计（表10—9①修改）

收容病种	例数			
	甲单位	乙单位	丙单位	合计
精神分裂症	138	26	14	178
神经官能症	17	1	3	21
反应性精神病	12	10	3	25
非特异性脑炎	2	—	2	4
	169	37	22	228

表10—9—3　三个精神病院收治精神分裂症诊断情况（表10—9—1修改）

诊断情况	例数				百分比（%）			
	甲	乙	丙	合计	甲	乙	丙	合计
原诊断正确	77	4	3	84	55.8	15.8	21.4	47.2
误诊神经官能症	14	2	7	23	10.2	7.7	50.0	12.9
误诊反应性精神病	29	5	2	36	21.0	19.2	14.3	20.2
误诊非特异性脑炎	18	15	2	35	13.0	57.7	14.3	19.7
合计	138	26	14	178	100.0	100.0	100.0	100.0

（五）统计资料的绘图：

统计资料绘图的目的，就是用点的多少、线的高低、面积的大小来表示数量；把资料的内容，用图形式显示出来，便于观察和比较。

1．绘制统计图的要点：

1）图式简明易懂，要有扼要概括的题目，包括内容、地点、时间，习惯上题目都写在图的下方。

2）图面上要有纵轴，代表同一数量的尺度必须相等。尺度应有标目，左边的标目置于左上方；底边标目置于底边正中为宜。

3）纵轴的尺度通常从零点起；图内有格子线时，不要过密、过深，以适用为宜；代表数量的线必须比格子线粗深些。

4）一个图表示几种事物，须用文字说明或用“图例”；必须选择适合的资料内容的图型，不能任意滥用。

2．统计图的种类及用途：

1）棒图：对资料内容各有独立的数字，没有连续性的关系，可以用此种图。见图10—2：

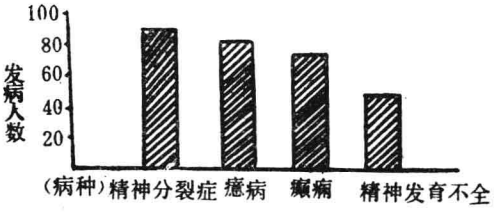


图10—2　某地区精神病分类图

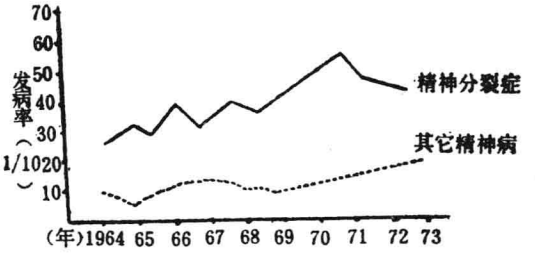


图10—3　1964～1973年某地区精神病发病率的变动

用棒型图的长短来表示数量，纵轴的尺度表示次数，横轴表示单位或项目，各棒可按长短为次序排列较好。棒型图还有双式的，百分比棒图之分，还可结合资料内容具体选用。

2）线图：对有连续性的资料可用线图。适用于表示某种现象的动态，或者某种现象随另一种现象的变动情况做比较时选用线图。通常图的横轴表示时间，纵轴表示某种变量的频率。同一图内不宜放过多曲线，如有数种曲线变化，应用“虚线”、“实线”、“间隔线”分别表示不同变量频率，以示区别比较分析。见图10—3：

3）园图：园图是把园面积分割成若干部分，以显示质量标识的构成比，其总和为100%，各扇形面积的内部要标明百分数。园图部分大小的排列可自时针12时起，顺时针方向由大而小排列。见图10—4：

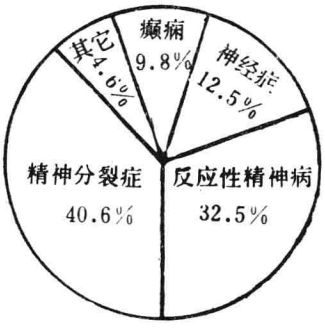


图10—4　某精神病院收治精神病分类百分比构成图

三、统计指标的计算：

统计研究的特点在于它是以特有的指标做为基础的，统计指标是反映和说明社会现象及其发展规律性作用的数量表现。例如：病人数、门诊人次、患病率、治愈率等等。这些指标一般统称为“综合指标”，综合指标表现形式有三：（1）绝对指标(绝对数)；（2）相对指标（相对数）；（3）平均指标（平均数）。

（一）绝对指标：

绝对指标是表示某一统计对象的总量和规模的绝对数字。绝对数它反应一定条件下某种现象的规模(总量)或水平。例如某人民公社一九七八年度检查精神病，发现精神分裂症125名，表明这个时期该公社精神分裂症病人的数量。绝对数它是计算其它统计指标的基础，相对指标、平均指标都是依据它而计算出来的，因此，没有绝对指标就不能进行统计研究工作，不能进行统计的计算。

（二）相对指标：

相对指标是用来对两种以上的有关现象进行相互比较而经常采用的一种统计指标。它的作用在于通过对比，能反应事物或现象间的关系。相对统计指标，通常有以下四种：

1．构成指标：

构成指标是用来说明现象内部构成情况的一种指标，是部分与全体的对比关系，它反应部分在全体中的比重，说明现象的结构或全体中某一类现象的普遍程度。构成指标须以科学的分组为基础，只有在科学的分组前提下，才能反映现象结构的变化。它的计算方法通常是以100为基础，对象不论分成若干组，各组百分比的总和应为100%。

〔计算公式1〕：

$$\text{构成指标} = \frac{\text{总体内部分数量}}{\text{总数}} \times 100\%$$

〔举例〕：用构成指标形式表示正常人的白血球象，它指明在1 mm^3中各种白血球的数量及其百分比。如表10—10所示：

表10—10　正常人白血球构成百分比

白血球种类	白血球数	构成百分比%
嗜中性白血球	4500	51.7
淋巴球	3500	40.2
大单核白血球	510	5.9
嗜酸性白血球	145	1.7
嗜矸性白血球	45	0.5
合　计	8700	100.00

按公式1计算淋巴球占其百分比：

$$\text{淋巴球} = \frac{3500}{8700} \times 100\% = 40.2\%$$

2．频率指标：

频率指标是用来说明某现象发生的次数或频度的一种指标。它是用于内容不相同的而有联系的两个绝对数之比，表明现象的相对发展程度，它的计算方法通常以100或1000作为基础。

〔计算公式〕：

$$\text{频率指标} = \frac{\text{总体内某现象发生次数}}{\text{总数}} \times 100\%\ (1000‰)$$

〔举例〕：某生产大队，有社员560名，一九七八年普查时，发现各种精神病人5名，求算这个大队精神病的患病率？

$$\text{社员患病率} = \frac{5}{560} \times 100\% = 0.89\%$$

3．对比指标：

对比指标是用来说明两种现象之间的比例关系的一种指标，就是两个彼此间设有直接关系的数字，对比彼此之间的数量关系，看一个数字与另一个数字的几倍。它的计算方法通常以某现象的数量为1或100为基础，来看另一种现象的数字是多少？其计算公式如下：

〔计算公式3〕：

$$对比指标 = \frac{甲现象的数量}{乙现象的数量}$$

〔举例〕：某地区普查精神病患病情况，男性调查174,32人，患精神分裂症者797例，女性调查175,485人，患精神分裂症者1009例，求算该地区男女精神分裂症病人之间比例关系？

男性病人占女性病人百分比 = 797/1009 = 0.78或78%

即女性病人与男性病人之比为1:0.78或100:78。

4．动态指标：

动态指标是表示某种现象在若干时间上的变动程度或速度，说明某一现象的绝对数在时间上的变化指标。它的计算方法通常把一个固定时期的绝对数化作为100，作为基期，再以其他各时期的绝对数与此基期绝对数相比较，就得出动态指标，说明现象变化对比关系，其计算公式如下：

〔计算公式4〕：

$$动态指标 = \frac{比较期的绝对数}{基期的绝对数} \times 100\%$$

〔举例〕：北京市海淀区1977年至1979年三年来精神分裂症增多情况，可以用动态指标表明其发展程度，见表10—11所示：

表10—11　北京市海淀区三年精神分裂症动态分析

年份	总例数	发展速度		增长速度	
		定基式（以77年为基数）	环比式	定基式（以77年为基数）	环比式
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1977	194	100.00	100.00	—	—
1978	234	120.61	120.61	20.61	20.61
1979	236	121.18	100.85	21.18	0.85

从表10—11中的2栏是计算期与基期对比的百分比，用精神分裂增加人数多少来说明发展速度，如以1977年为基期，1978年发展速度的求算法如下：

$$1978年发展速度 = \frac{234}{194} \times 100\% = 120.61\%$$

由于基数是固定的，故称为定基式。表10—11的3栏说明计算期与上一年期对比百分比；基期是不固定的，而是依次轮换的，两个相邻的时期的绝对数相比，均以各上一年时期数做100，故称环比式。如以1978年为1979年的120.61%，1979年为1978年的100.85%。发展速度减去100%，即为增长速度，如1978年发展速度为120.61%，从这个数字减去100%，即得20.61%即为1978年的增长速度。

“率”和“比”的应用，前边已做了介绍“百分率”和“百分比”的计算方法，虽然很简单，但他们所表达的意义并不相同，应用时要十分注意，否则将导致错误的结论。从表12所示区分“率”和“比”的各自含意的不同：

从表10—12的4栏中所示，40～年令组之“比”为24.0%，而60～年令组之“比”为9.3%，这些数字只能说明精神病死亡分别占该两个年令组人口总死亡数中的比重，都

表10—12　　某县各年令组精神病死亡率与百分比

年令组	人口数	人口死亡总数	精神病死亡数	精神病死亡占各年令组人口死亡百分比%	年令组精神病死亡率（10万分率）
	（1）	（2）	（3）	（4）	（5）
0～	82,920	138	4	2.9	4.8
20～	46,639	63	12	19.0	25.7
40～	28,161	172	42	24.0	149.1
60～	9,370	342	32	9.3	341.5

不能由此得出结论：认为60～年令组因精神病死亡的机会仅比40岁年令组的机会少。若要了解究竟那个年令组死亡于精神病的机会多，则必须计算各年令组精神病的死亡率，如表12的5栏所示，用各年令组人口数做分母，同年令组的精神病死亡人数做分子求算之。如此看出60岁以上年令组精神病死亡率比40岁年令组的高一倍以上。

为什么“比”和“率”这两个指标计算方法相同，而含意不一致呢？主要的因为“比”是以总体作为100%，即各部分构成之和一定是100%，因此，其中某一个构成部分的比重增大了，另一部分的比重必然要相对地缩小。60岁年令组老年人，由于因其它原因死亡率比精神病死亡率更高，因此分母中总死亡数多了，随之精神病死亡所占比重便相对地减少了。因此在运用“比”来直接比较时，必须注意“比”的这个特点。

在临床观察报告的文献中，“率”和“比”错误的应用的例子比较常见。现举例加以借鉴。

表10—13　　各种精神病年令分布表

年令组	精神分裂症	精神发育不全	癔病	癫痫	合计
0～	11 (0.28)	435 (16.70)	3 (0.17)	219 (8.91)	660 (6.20)
10～	231 (5.83)	1123 (43.11)	39 (2.23)	606 (24.64)	1,999 (18.55)
20～	974 (24.56)	698 (26.79)	364 (20.80)	753 (30.62)	2,789 (25.87)
30～	1095 (27.62)	229 (8.79)	558 (31.89)	459 (18.67)	2,341 (21.72)
40～	9.01 (22.72)	92 (3153)	540 (30.86)	766 (10.82)	1,799 (16.69)
50～	655 (16.52)	28 (1108)	223 (12.74)	142 (5.77)	1,048 (9.72)
60～	98 (2.47)	0	23 (1.31)	14 (0.57)	135 (1.25)
合计	3,965 (100,00)	2,650 (100.00)	1,750 (100.00)	2,459 (100.00)	10,779 (100.00)

〔举例〕：某地区的精神病流行病学调查报告中所列表的精神病的年令分布如表10—13所示：

作者从表10—13所示的数字得出结论说：精神分裂症的发病年令以20～49岁居多；精神发育不全以1～29岁占优势；癔病年令在20～49岁；癫痫则以10～39岁较多。从统计学观点看这个结论不太确切，因为他所运用的统计指标是“构成百分比”，不是某个年令组发病率高低的“频率指标”。只能说：在本组10,779例的各种精神病当中的3,965例精神分裂病人中以20～49岁的居多。这一点作者就把“率”和“比”的关系运用的不适当之故，导致结论写的不确切。以此借鉴，要注意不要把“率”和“比”相互混淆，造成错误结论。

5．标准化法：

在应用频率指标时，对比两个同类总体做比较时，应注意总体内部构成的差异。当总体的频率指标直接受内部构成比重的影响时，则往往因所比较的两个总体的构成比重不同，而影响结论的正确性。如表10—14所示：

表10—14　　甲、乙两个精神病院治愈率比效：

病种	甲精神病院			乙精神病院		
	出院人数	治愈数	治愈率%	出院人数	治愈人数	治愈率%
晚期分裂症	1500	975	65.0	500	315	63.0
初期分裂症	500	470	94.0	1500	1365	91.0
癔病	500	475	95.0	500	460	92.0
合计	2500	1920	76.8	2500	2140	85.0

从表10—14所显示的，比较甲、乙两个精神病院的治愈率，各类精神病分别比较时，甲医院治愈率都高于乙医院。但全院综合比较，甲医院治愈率都低于乙医院。这就是两个医院收治各类精神病比例不同所致。初期分裂症和癔病一般治愈率要高于晚期分裂症。甲医院由于收初期分裂症和癔病人数少，治愈人数相对减少，因此，虽然甲医院各类精神

表10—15　　甲、乙两精神病院治愈率标准化

病种	标准化病人数	甲医院		乙医院	
		治愈率%	按标准化计算应治愈数	治愈率%	按标准化计算应治愈人数
晚期分裂症	1500	65.0	975	63.0	945
初期分裂症	500	94.0	470	91.0	455
癔病	500	95.0	475	92.0	460
合计	2500	76.8	1920	74.6	1860

病治愈率较乙医院为高，而全院治愈率却低。由此可见内部分配比重不同，单凭全院治愈人数来评价医院工作，容易导致错误结论。为了消除这种误差，应将两个医院的各类精神病人的构成百分比划等，然后再计算治愈率，再做比较。这种计算方法称为标准化法，具体标准化方法如表10—15所示：

按标准化后计算乙精神病院的治愈率：

$$治愈率 = \frac{1860}{2500} \times 100\% = 74.6\%$$

明显的低于甲医院的治愈率。

（三）平均指标：

平均指标就是我们日常运用的平均数。从实际调查所得到的一批资料，这批资料中的各个数值称为数量（变量）。平均数就是根据同质总体中各个变量求得的，它代表统计资料的集中性，指出总体的集中趋势，用来说明总体某数值的典型水平。具体说：平均数是性质相同的许多变量值的一个代表值，是表示变量典型水平的重要方法。

1．未分组资料的平均数计算：

未分组的简单资料平均数求算方法如下：（普通法）

〔计算公式 5 〕：

$$M = \frac{\Sigma X}{N}$$

公式代号：

M = 平均数

Σ = 总和

X = 变量

N = 项数（例数）

〔举例〕：某精神病防治站有13名精神分裂症，他们的体重分别如表10—16所示，求算一下13名精神分裂症病人的平均体重是多少？

表10—16　　13名精神分裂症体重（公斤）

病案号	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	ΣX
体重（公斤）	65.0	91.9	76.5	82.2	81.0	44.6	61.6	77.0	72.8	62.4	69.1	62.2	63.7	910.0

将表10—16所例数字代入公式 5

$N = 13$　　$\Sigma X = 910.0$

$$M = \frac{910.0}{13} = 70公斤$$

（简捷法）：

〔计算公式〕：

$$M = G + \frac{\Sigma(X - G)}{N}$$ 公式代号 G＝假定平均数。

〔举例〕：按上述所列的数字为例，先设假定平均数为63（G），制成简单次数表10—17而后求算平均数：

表10—17、 13例精神分裂症体重次数表（公斤）

病案号	体 重 （X）	各变量与假定平均数之差（X－G）
01	65.0	+2.0
02	91.9	+28.9
03	76.5	+13.5
04	82.2	+19.2
05	81.0	+18.0
06	44.6	－18.4
07	61.6	－ 1.4
08	77.0	+14.0
09	72.8	+ 9.8
10	62.4	－ 0.6
11	69.1	+ 6.1
12	62.2	－ 0.8
13	63.7	+ 0.7
ΣX	910.0	+91.0

将表17所列数值代入公式6：

N＝13 G＝63 $\Sigma(X - G) = 91.0$

$$M = 63 + \frac{91.0}{13} = 63 + 7 = 70\text{公斤}$$

2．分组资料平均数计算：

一般较复杂的资料，要先制做次数表，而后进行计算。

（普通法）

〔计算公式7〕：

$$M = \frac{\Sigma f \cdot V}{N}$$ 公式代号 f＝次数 V＝组中值

〔举例〕：四川精神病发病情况调查共1068例精神分裂症的年令分布如表10—18所示，求算这些病人的平均年令是多少？

表10—18　1068例精神分裂症年令分布次数表

年令组	组中值V	例数f	f·V
0～	2.5	0	–
5～	7.5	6	45.0
10～	12.5	15	187.5
15～	17.5	75	1312.5
20～	22.5	128	2880.0
25～	27.5	135	3712.5
30～	32.5	115	3737.5
35～	37.5	116	4350.0
40～	42.5	101	4292.5
45～	47.5	120	5700.0
50～	52.5	70	3675.0
55～	57.5	77	4427.5
60～	62.5	42	2625.0
65～	67.5	40	2700.0
70～	72.5	28	2030.0
Σ		1068	41675.0

表10—19　1068例精神分裂症年令分布次数表

年令组	V	f	d	f·d
0～	2.5	0	－5	0
5～	7.5	6	－4	－24
10～	12.5	15	－3	－45
15～	17.5	75	－2	－150
20～	22.5	128	－1	－128
25～	27.5	135	0	0
30～	32.5	115	＋1	＋115
35～	37.5	116	＋2	＋132
40～	42.5	101	＋3	＋303
45～	47.5	120	＋4	＋480
50～	52.5	70	＋5	＋350
55～	57.5	77	＋6	＋462
60～	62.5	42	＋7	＋294
65～	67.5	40	＋8	＋320
70～	72.5	28	＋9	＋252
Σ		1068		＋2361

将表10—18所列数值代入公式7：

$N = 1068 \qquad \Sigma f \cdot V = 41675.0$

$$M = \frac{41675.0}{1068} = 39.0\text{岁}$$

（简捷法）

〔计算公式8〕：

$$M = G + \frac{\Sigma f \cdot d}{N}(i)$$

公式代号：d＝简化值

i＝组距

〔举例〕：仍按上述举例数值，先设假定平均数为27.5岁，制分组次数表10—19：

将表10—19所列数值代入公式8

$N = 1068 \qquad G = 27.5 \qquad \Sigma f \cdot d = 2361 \qquad i = 5$

$$M = 27.5 + \frac{2361}{1068} \times 5 = 38.55\text{岁}$$

3．平均数计算步骤：

1）首先将一批资料制成平均数分组次数表，如表10—7所示，将资料归纳次数表内，便于一下步计算；

2）然后在次数表内取任一分布内的一个组中值V，做为假定平均数G，一般都选分布内次数最多的一项的组中值V做假定平均数，便于计算；

3）再次从假定平均数为起点，以组距为单位，计算上下离均差d值。简便的计算方法，即做等级之差异d，以各组的组中值小于G者为（－），大于G者为（＋），即相差几个组距单位而计算出差异d值；

4）求算各项数（f），与离均差d之积，即（f·d）并注意（＋）（－）号；

5）最后将分组次数表内有关数值代入公式8，即求得平均数之值。

4．平均数的应用：

1）应用平均数时，应注意必须在同质的总体资料才能计算平均数，科学的均数法则，必须遵循科学的分组法为基础，笼统的求算平均数，是完全虚构的数值，会造成假象，导致结论上的错误。

2）平均数的作用在于它对被研究的现象的变动标识的数值，做科学的概括说明，在一定条件下，平均数是一个具有代表性质的数值，它表示资料的集中特征和典型水平程度。

四、统计资料的分析

（一）几个统计分析名词概念：

1，总体与样本的概念：

总体，是研究对象的全体。样本，是总体的一个组成部分。

科学研究的目的是要获得对总体的正确认识，但由于总体常常是很大，甚至是无限大的，所以作科学研究时，不需要，也不可能对总体进行全面研究，而只能用抽样的方法从总体中取得样本，通过对样本的研究进而对总体作科学的估计和推论。

在一定量的科研资料中，我们要知道和估计的是“总体”而不是“样本”。但是，在实验中所得到的资料都是“样本”而不是“总体”，虽然所得到的是“样本”都所求的是“总体”，但它们是否可以代表“总体”呢？用它来估计“总体：又会准确到什么程度呢？因此，统计分析方法的主要内容就是如何从“样本”计算得来的数值估计“总体”，并且对于估计不准确概率也有一定的测度。

2．概率（P）的概念：

大自然的现象的发生，可分两大类，一类是必然发生的现象，例如在正常大气压下，水加热到100℃时就会沸腾，这是“必然事件”。另一类现象，是事前不能肯定是否会发生，对这种具有多种可能性的事件称为“随机事件”。

某一事件可能发生的程度，我们用概率（P）百分率来表示。必然发生的事件的概率为1；反之，必然不会发生的事件的概率为0。例如：人脱离氧气能生活，这个事件发生的概率为0。概率以百分率表示，其值可变化于0.00～1.00之间（即0％～100％）。

概率的内容决定P值的意义。脱离了事件本身内容，概率就失去任何意义。在医学研

究中，P值用得非常广。例如t = 2.9，0.01＜P＜0.05，这里的P究竟代表什么内容？如果不加说明，P系指“随机概率”而言。什么是某事件的“机遇概率”呢？就是在无数次重复试验中，无外界特殊因素的干扰下，“机遇概率”就是“碰巧机会”的意思。

3．显著性的概念：

医学实验研究中常用机遇概率P＜0.05作为显著性判断的界限，经过实验研究说明P＜0.05时，这种机遇概率相当低，就可认为“差异显著”。但是，这也不是绝对的，还存在判断错误的机会有5％以下。如果采用P＜0.01作为显著性测验的标准，则判断错误的机会可能减少到1％以下，则表示结论更可靠些。

4．“偏差”的概念：

大部分试验总是希望取得阳性结果，在比较的实验中总希望取得比较差异显著性，从而为防病治病提供依据。但是，事物的变异多样性是客观存在的规律，实验数据常常是上下波动的，这就叫“偏差”。“偏差”在统计学上常用“标准差”（S）和“标准误”（S_P，S_M）表示。

5．正确性和精密度的概念：

正确性指观察到的结果接近于真正的结果程度。精密度指观察的结果了解的深度。具体表现在：一是变异程度（标准误），一是数值有效位数。实验结果的变异度与样本大小有关，样本个数（N）越大，则标准误越小；标准误小说明有效率或平均数的95％可信限越窄，越表示结果精确。

6．置信限的概念：

实验标本所得的统计常数（如标准差），标准误，平均数等，是总体的估计值，其精密度用置信限(可信限)来表示。置信限伴有一个概率——置信度（P）。例如用氯丙嗪治疗精神分裂症80例，有效率为85％，偏差为±4％，这个85％有效百分率的95％置信限为77～93％（置信度P = 95％）。95％置信度表示100次试验中95次的结果不出于77～93％这个精密度范围内。一般写置信限把置信度写在前头，常用置信度为95％，故85％的置信限写成：百分率85％的95％置信限为77—93％。置信度表示正确性，置信限表示精密度。

（二）标准差

1．标准差的概念：

总体变量有两个特征，其一是以集中的特征来说明总体变量的典型水平，是以平均数来表示；其二是以分散的特征来说明变量的离散状况，是以标准差来表示的。标准差可以辅助平均数说明一系列数量分布情形，并测定平均数所能代表的典型程度。标准差大，则数列分布稀散，标准差小，则数列分布密集，集中。

〔举例〕有两个数列数量如下：

甲组：80、90、100、110、120、M = 100，

乙组：98、99、100、101、102、M = 100，

这两组数量平均数都是100，以集中性特征来看，它们的典型水平是一样的，因为平均数都是100；但是，从两组数量的离散状况来看，即离中性的特征来看，则完全不

同，甲组离均差为12，乙组离均差为1.2。所以甲组数列没有乙组数列集中，没有乙组富于典型性。因此说，平均数是代表总体的典型数值，是总体的代表数，而标准差则是测定平均数所能代表的程度。

2．标准差的统计方法。

（普通法）

〔计算公式 9〕

$$S = \pm\sqrt{\frac{\Sigma(X-M)^2}{N-1}}$$

公式代号　S＝标准差

〔举例〕某公社有10名精神分裂症出院后，他们没有按期复查，所超过的复查日期如表10—20所示，他们超过复查日期的平均数为14天，求算其标准差是多少？

表10—20　10名出院精神分裂症超过复查日期次数表

超过复查日期	x－m	$(x-m)^2$
5	－9	81
6	－8	64
7	－7	49
11	－3	9
12	－2	4
14	0	0
15	1	1
16	2	4
21	7	49
32	18	324
Σ140		572

将表10—20所列数值代入公式（9）

N＝10、M＝14、$\Sigma(x-m)^2=572$

$$S = \pm\sqrt{\frac{572}{10-1}} = \sqrt{63.55} = \pm 7.9\text{天}$$

（简捷法）

〔计算公10〕

$$S = \pm\sqrt{\frac{\Sigma f\cdot d^2 - \frac{(\Sigma f\cdot d)^2}{N}}{N-1}} \times i$$

〔举例〕按前述四川精神病发病情况调查的1068例精神分裂症的年令分布数列，平均年令为38.55岁，求算标准差，制做次数表如表10—21所示，

将表10—21所列数值代入公式（10）

N＝1068，$\Sigma f\cdot d=2361$，$\Sigma f\cdot d^2=15473$

$$S = \pm\sqrt{\frac{15473-\frac{(2361)^2}{1068}}{1068-1}} \times 5 = \pm\sqrt{\frac{10253}{1067}} \times 5$$

$$= \pm\sqrt{9.6} \times 5 = \pm 15\text{（岁）}$$

计算标准差的步骤：就是在计算平均数的步骤基础上，即制做平均数的分组次数表时，在此表内增加一栏（$f\cdot d^2$）如表10--21所示，求算$f\cdot d^2$各数值而后代入公式(10)，即得标准差值。

表10—20　1068例精神分裂症年令分布次数表

年令组	V	f	d	fd	fd^2
0～	2.5	0	－5	0	0
5～	7.5	6	－4	－24	96
10～	12.5	15	－3	－45	135
15～	17.5	75	－2	－150	300
20～	22.5	128	－1	－128	128
25～	27.5	135	0	0	0
30～	32.5	115	＋1	＋115	115
35～	37.5	116	＋2	＋132	464
40～	42.5	101	＋3	＋303	909
45～	47.5	120	＋4	＋480	1920
50～	52.5	70	＋5	＋350	1750
55～	57.5	77	＋6	＋462	2772
60～	62.5	42	＋7	＋294	2080
65～	67.5	40	＋8	＋320	2560
70～	72.5	28	＋9	＋252	2268
Σ		1068		＋2361	15473

3．变异系数的计算：

在决定两个变量数列的变异程度（即波动程度）时，一般地简单说：哪一个标准差大，变异度（波动程度）就大，其分布较扩散；哪一个标准差小，变异度（波动程度）就小，其分布较密集。这是只指对同类总体而言，但是，在实际研究中，对不同种类的数列的变异度分析时‘如身长是以厘米为单位，体重是以公斤为单位，脉博、血压等单位都不同，仅用标准差的绝对数来判断，就表示不出差异的本质，因此，必须用相对的标准，即用相对波动的指标来表示，这种相对波动的指标，称“变异系数”代号为C·V，其公式：

〔计算公式11〕

$$C \cdot V = \frac{S}{M} \times 100$$

〔举例〕我国20岁男子166人之身高和体重的平均数和标准差，如表（10—22）所例，求算其变异系数？

表10—22我国20岁男子166名的身高、体重M·S

	身高（厘米）	体重（公斤）
平均数M	166.06	53.72
标准差S	±4.95	±4.96

将上表数字代入公式（11）

$$\text{身高}\quad C \cdot V = \frac{4.95}{166.06} \times 100 = 2.89\%$$

$$\text{体重}\quad C \cdot V = \frac{4.96}{53.72} \times 100 = 9.23\%$$

从上述计算结果得知身高的标准差为其平均数的2.98%，体重的标准差为其平均数的9.23%。变异系数都是百分数，没有单位，这样两个百分数可以进行比较。从上述两个变异系数来分析比较，看出体重变异系数较大，表明在同年令组的人群中体重的变异要比身高变异（波动）大些。

4．标准差的应用

1）用标准差表示一个总体或样本波动范围或变异程度。一般地研究了数量标识的平均数之后，随之也要研究数据的波动情况，以求知这个平均数的典型水平和代表性

如何。

2）用标准差表示正常范围。如体温、血压、脉博等等正常值就是由标准差算出来的。医学上常用的正常范围是以平均数±2个标准差做为划定界限。

3）用标准差来确定样本的大小如计算抽样误差值。

5．常态曲线分布原理

一般统计资料有一个重要特性，就是它的“对称性”和“不对称性”。完全对称分布，平均数两侧各观察值的次数是完全相等；不对称的分布就是两侧的次数不均等。一边多一边少。在对称分布中，有一个特殊形态叫“常态分布”它的频数曲线称为“常态曲线”常态曲线成一个对称的钟形，如图10—5所示。

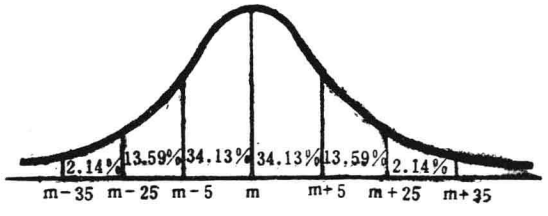


图10—5　常态曲线下面积分配示意图

经统计学者们大量观察和理论推算的结果，发现大多数的测量资料，在数量很大时，其变量次数分配是靠近中间各组的次数比较多，离开中间远的越少，从而推算出常态分布原理。在平均数所在之处为最高。横轴的尺度表示各变量的离均差，常用标准差来表示，以此来推算出常态曲线下的面积对正个变量分配的情况作概括的估计。

M±1S……68.26%
M±2S……95.45%
M±2.5S……96.75%
M±3S……99.73%

上述推算结果，具体可以用表（10—23），假设有1000名男子体重数值为常态分布时，推算而得其数量分布情况加以证明：

表10—23所列数量的平均数（即平均体重）为60.0公斤，标准差±5公斤，推算它的分布情况结果与上述一样。

反过来说，常态分布的统计资料大约有⅓的例数(100～68.26%)超出平均数上下一个标准差的范围；大约有5%的例数(100%～95.45%)超出平均数上下两个标准差的范围；大约有1%的例数超出平均数上／下两个半标准差的范围；大约有0.3%的例数（100%～99.73%）超出平均数上下三个标准差的范围。这些常态分布的特点在统计学上很重要，理解它对于标准差的应用和显著性测验的判定原理的理解都很重要，常常用这些特点和原理判断资料。

（三）抽样误差

1．抽样误差的概念：

在医学科学研究中几乎全部用的是抽样方法，通过“样本”的观察来估测“总体”。由于生物的个体差异性，在抽样时要遵循“随机化”和“大数量”的原则，以保证“样本”具有充分的代表性，即使这样抽得的“样本”的平均数或相对数与总体的平均数或

表10—23　　1000名男子体重数值常态分布表（假设数）

体重（公斤）	观察例数	体重在平均数一定距离内的例数		
		M±1S	M±2S	M±3S
42.5～	2			
45.5～	5			
47.5～	17			
50.0～	43			
52.5～	86			
55.0～	152			
57.5～	193			
60.5～	117			
62.5～	148	693	955	997
65.5～	91			
67.5～	45			
70.0～	16			
72.5～	4			
75.0～	1			
合　　计	1000	M±1S = 693	M±2S = 955	M±3S = 997

相对数，仍不尽相同；同一总体中抽出几个样本，其平均数或相对数也不可能完全一致，这种纯粹由抽样机会不同而引起的“样本”与“总体”的差异，称为“抽样误差”。抽样误差是用标准误来表示。标准误的大小表示样本的平均数或相对数的可靠程度。标准误越大，表示所求得的数据可靠性越小，反之标准误越小表示求得的数据可靠性越大。

2．标准误的计算

1）平均数的标准误计算

〔计算公式12〕

$$S_m = \frac{S}{\sqrt{N}}$$

公式代号　S_m = 平均数的标准误

〔举例〕仍以前述四川精神病调查的数值为例，发现1068例精神分裂症病人的平均年令为38.55岁，其标准差为±6.9岁，求算其标准误？

将N = 1068、S = 6.9岁、M = 38.55岁代入公式（12）

$$S_m = \frac{6.9}{\sqrt{1068}} = \frac{6.9}{32.6} = \pm 0.2$$

2）相对数的标准误计算

〔计算公式13〕

$$S_{PP}=\sqrt{\frac{P\cdot Q}{N-1}}$$

公式代号：P＝该项百分比　Q＝1－P(100－P)

〔举例〕鞍山市精神病院用氟哌啶醇治疗精神分裂症25例，临床观察有效率为72%，求其抽样误差？

代入公式：N＝25　P＝72%　Q＝100－72

$$S_P=\sqrt{\frac{72\times 28}{25}}=\pm 8.9\%$$

3．标准误的应用：

1）用标准误估测总体平均数或相对数（率）所在的范围（即可信限）。总体的平均数不易获得，但有了样本的平均数和标准误，就可以进行估测。因为，样本平均数的频数分配，象标准差一数，也是呈常态分布的。我们估测总体平均数有95%的可能性在样本平均数±2个标准误（m±2Sm）的范围内，这在统计学上这样估测所得的范围叫“95%可信限”，它的意思是：若按此估测100次，其中95次将包括总体平均数在内，可能有5次估计错了。这样看到：标准误越小，置信限的范围越窄，表示样本平均数与总体平均数越接近，对总体平均数的估计越精确，可靠性越大。

2）同理也可以从样本的相对数（率）和其标准误，来估测总体相对数（率）的可能范围。例如举例中25例中的治疗有效率范围即72%±8.9%可置范围为（80.9%～63.1%）。

样本越大，抽样误差越小，置信限越窄，对总体估计也越准确。所以决定标准误的因素有两个：一是抽样数目的多少；另一个是标准差的大小。抽样数目越多，标准差小，标准误就越小；反之抽样数目少，标准差越大，标准误就越大。

3）进行显著性测验时，要用标准误进行测算，在下节介绍。

（四）差异显著性的测验：

我们日常所掌握的资料，大都带有样本性质，在使用、分析、比较这些平均数或相对数的时候，应该注意抽样误差问题。例如，当见到两个平均数或相对数（率）不同时，不能只从表面数字上的差别作出结论，而需要考虑这种差异是否由于抽样误差所引起的？若是由于抽样误差引起的，统计上认为这种平均数或相对数(率)之间的差异没有显著意义；若是这种差异已超出了抽样误差所能引起的差异范围，即不能用抽样误差所能解释这种差异，纯属生物学差异，统计上则认为这种差异有显著意义。常用的测定差异显著意义的方法很多，下边重点介绍t值测验和x^2测验方法：

1．t值测验：

〔计算公式14〕

$$t=\frac{M-m}{S_m}$$

公式代号　m＝已知平均数或假定平均数

〔举例〕：某精神病防治站有96名精神分裂症，他们的脉博的平均数为73.7次/分，标准差为±8.8次，求算这些病人的脉博是否和正常人标准次数72次为高？

求算方法：

$N=96 \quad M=73.7 \quad m=72 \quad S=8.8$

先求算S_m用公式13求算，

$$S_m=\frac{8.8}{\sqrt{96}}=\pm 0.90 \qquad \text{代入公式（14）}$$

$$t=\frac{73.7-72}{0.90}=1.89$$

查t值表：此例自由度$N-1=95$，见t值表95时，5%的t值为1.98，大于本例t值1.89，故$P>0.05$，差异不显著，96名精神分裂症病人的脉博与正常人无显著差别。

2）两个平均数t值测验

〔计算公式15〕

$$t=\frac{M_1-M_2}{S_{m1}-m_2}$$

公式代号m_1，m_2两个平均数，

$S_{m1}-m_2$两个平均数相差的标准误

$$S_{m1}-m_2=\sqrt{S^2_{m1}+S^2_{m2}}=\sqrt{\left(\frac{S_1}{\sqrt{N_1}}\right)^2+\left(\frac{S_2}{\sqrt{N_2}}\right)^2}$$

〔举例〕甲精神病院收治精神病人2570例，平均住院日为136.0天，标准差为12.6天，乙精神病院收治精神病人2000例，平均住院日为143.6天，标准差为11.6天，求算两个医院平均住院日有无区别？

$N_1=2000$例、$M_1=143.6$天 $S_1=11.6$天，$N_2=2570$例 $M_2=136.0$天

$S_2=12.5$天

先求算：$S_{m1}-m_2$的数字：

$$\text{代入}\sqrt{\frac{S_1^2}{N}+\frac{S_2^2}{N}}=\sqrt{\frac{(11.6)^2}{2000}+\frac{(12.5)^2}{2570}}=\sqrt{0.067+0.061}=0.35$$

$$t=\frac{143.6-136.0}{0.35}=21.7$$

查t值表所得21.773，差异非常显著，说明两个医院平均住院日有差别，甲医院住院日确实比乙医院短。

3）两个率的显著性测验

〔计算公式16〕

$$t=\frac{P_1-P_2}{S_{P1}-P_2}$$

公式代号：P_1P_2=两个不同百分率

$$S_{P1}-P_2=\sqrt{\frac{P_1(1-P_1)}{N_1}+\frac{P_2(1-P_2)}{N_2}}$$

〔举例〕：上海市调查精神发育不全者，受检的男性229,446名患病的329例，患病率1.43%；受检的女性233.756名患病257例，患病率1.10%，求算男女患病率的差异显著与否？

$N_1 = 229,446$，　　$P_1 = 1.43$，　　$1 - P_1 = 98.57$

$N_2 = 233,756$，　　$P_2 = 1.10$，　　$1 - P_2 = 98.90$

先求算　$S_{P1} - P_2$值

$$S_{P1} - P_2 = \sqrt{\frac{1.49 \times 98.57}{229446} + \frac{1.10 \times 98.90}{233756}}$$

$$= \sqrt{0.00061 + 0.00046}$$

$$= \sqrt{0.00107} = \pm 0.032$$

代入公式（16）

$$t = \frac{1.43 - 1.10}{0.032} = \frac{0.33}{0.032} = 10.3$$

查 t 值表 $t = 10.3 > 3$，非常显著。男性显著高于女性。

2．t 值的应用

样本的平均数或相对数与总体的平均数或相对数的差数，相当于标准误的若干倍，称为 t 值。t 值的分布也近于常态分配，但 t 值分配的形状随自由度的不同而不同，其 5 %界限（包括在95%范围内与95%范围外的界限）与 1 %界限也随之而异。在进行显著性测验时，统计上有个人为的界限，就是以 5 %界限或随机率值，$P < 5\%$或 $= 5\%$ 时为“有显著意义”的界限；以 1 %界限或机率值 $P < 1\%$或等于 1 %时，为“有非常显著意义”的界限。这样以 P 值的0.05与0.01为根据：当 $P > 0.05$时……相差不显著

$0.05 > P > 0.01$时……相差显著

$P \leqslant 0.01$时……相差非常显著

若以 t 值表示即

$t < t_{0.05}$……相差不显著

$t_{0.05} \leqslant t < t_{0.01}$……相差非常显著

$t \geqslant t_{0.01}$……相差显著

将上述界限关系列下表说明

表10—24

可信度 p	90% = 0.10	95% = 0.05	99% = 0.01
t 值	1.645	1.96进为 2	2.576进为 3
相差显著否	不显著	显著	非常显著

3．卡方测验

测定两组数值之间的差异，是否有显著性，前节已述，可以用 t 值测定。但是，在实际医学研究中，往往需要判定两个以上或一系列的样本数值的性质之间差异是否显著，要用卡方法测定。具体说，在医学间赶上研究某一现象时，常常有一种理想上的假设，但实际观察结果，往往不能与设想的事实相符合，这种差异是否由于机会而引起的，还是实际真正的差异呢？诸如此类问题，测定理论数值与实际观察值相符合与否的方法，即用卡方法，具体计算方法如下：

1）卡方计算方法

〔计算公式17〕

$$X^2 = \Sigma \frac{(A-T)^2}{T}$$

公式代号：A＝实际频数　　T＝理论频数

〔大样本简化公式18〕

$$X^2 = \frac{N(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

〔小样本简化公式19〕

$$X^2 = \frac{N[(ad-bc)-N/2]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

2）卡方计算步骤：

①将原始资料列成四格表

表10—25—1　　四格表样式

	阳性反映数	阴性反应数	Σ
实验组	a(Ta)	c(Tc)	$a+c=n_1$
对照组	c(Tc)	d(Td)	$c+d=n_2$
Σ	a＋b	b＋d	$a+b+c+d=N$

说明：实验组例数＝$n_1=a+b$

对照组例数＝$n_2=c+d$

总例数＝$n_1+n_2=a+b+c+d=N$

在对照组的数值及指标构成部分数值其中之一超过两个时，应当采用2XK表格，如下表10—25—2

表10—25—2　K×2表格样式之（一）

	治疗数	无变化数	恶化数	Σ
实验组	A_1	A_2	A_3	ΣA
对照组	A_1'	A_2'	A_3'	ΣA′
Σ	n_1	n_2	n_3	N

表10—25—3　K×2表格样式之（二）

	大剂量组	小剂量组	无治疗组	Σ
阳性组	A_1	A_2	A_3	ΣA
阴性组	A_1'	A_2'	A_3'	ΣA_1
Σ				

②根据某一假设值计算理论值（T）

理论阳性反应数值：

实验组　$Ta=\frac{n_1}{N}(a+c)$

对照组　$Tc=\frac{n_2}{N}(a+c)$

理论阳性反应数值：

实验组　$Tb=\frac{n_1}{N}(b+d)$

对照组　$Td=\frac{n_2}{N}(b+d)$

③根据求得的T值列成X^2计算表如下

表10—26　　X^2值之（A－T）^{2}/T计算表

	A	T	A－T	(A－T)^2/T
实验组（+）	a	Ta	a—Ta	(a—Ta)^2/Ta
〃　（－）	b	Tb	b—Tb	(b—Tb)^2/Tb
对照组（+）	c	Tc	c—Tc	(c—Tc)^2/Tc
〃　（－）	d	Td	d—Td	(d—Td)^2/Td
	N	ΣT		Σ(A－T)^2/T

（4）根据求得的卡方值，查卡方表（见附工具表）在查表前求算自由度，用公式(19)求算之

〔计算公式19〕

$$L=(R-1)(K-1)$$

公式代号：L＝自由度　　R＝表的纵行格数　　K＝表的横行格数

查卡方表的方法，与查t值表相同，即以实际计算所得X^2值，以自由度为对应点，与卡方值标准表所对应的数字相比较，求其P值（机率值）加以判定。

〔举例〕鞍钢小岭子精神病院对一九七八年住院的初发精神分裂症100例，男59例，女41例，进行有无遗传史的统计分析。其中有遗传因素者男的有16例，女的10例，求算二者之间有无显著意义？

①先列四格表

表10—27

	有遗传者	无遗传者	Σ
男性	16(a)	43(b)	59(n_1)
女性	10(c)	31(d)	41(n_2)
Σ	26(a+c)	74(b+a)	100(N)

②求算T（理论值）

$$Ta=\frac{59}{100}\times 26=15.34$$

$$Tc=\frac{41}{100}\times 26=10.66$$

$$Tb=\frac{59}{100}\times 74=43.66$$

$$Td=\frac{41}{100}\times 74=30.34$$

③将理论值与实际值列成X^2计算表

表10—28

	A	T	A—T	(A—T)^2/T
男性(有)	16	15.34	0.66	0.024
〃（无）	43	43.66	－0.66	0.046
女性(有)	10	10.66	－0.66	0.009
〃（无）	31	30.34	0.66	0.014
Σ	100	104.00		0.091

代入公式（17）即得X^2值

④求算自由度

R＝2　　K＝2　　代入公式（19）

L＝(2－1)(2－1)＝1

查卡方值标准表：自由度1时，其P值的

0.05对应点的数字为3.841，本例实际卡方值为0.091，小于3.841，即P值大于0.05，故两者相差不显著。

附 t 值分布表：

表10—29

n′	P		n′	P		n′	P		n′	P	
	0.05	0.01		0.05	0.01		0.05	0.01		0.05	0.01
1	12.706	63.657	10	2.228	3.169	19	2.093	2.861	28	2.048	2.763
2	4.303	9.925	11	2.201	3.106	20	2.086	2.845	29	2.045	2.756
3	3.182	5.841	12	2.179	3.055	21	2.080	2.831	30	2.042	2.750
4	2.776	4.604	13	2.160	2.012	22	2.074	2.819	40	2.021	2.704
5	2.571	4.032	14	2.145	2.977	23	2.069	2.807	60	2.000	2.660
6	2.447	3.707	15	2.131	2.947	24	2.064	2.797	120	1.080	2.617
7	2.365	3.499	16	2.120	2.921	2b	2.060	2.787		1.060	2.576
8	2.306	3.355	17	2.110	2.898	26	2.056	2.779			
9	2.262	3.250	18	2.101	2.878	27	2.052	2.771			

表10—30 X^2**方值分布表**

n′	P		n′	P		n′	P		n′	P	
	0.05	0.01		0.05	0.01		0.05	0.01		0.05	0.01
1	3.841	6.635	10	18.307	23.209	19	30.144	36.191	28	41.337	48.278
2	5.991	9.210	11	19.675	24.725	20	31.410	37.568	29	42.557	49.583
3	7.815	11.345	12	21.026	26.217	21	32.671	38.932	30	43.773	50.892
4	9.488	13.277	13	22.362	27.688	22	33.924	40.289			
5	11.070	15.086	14	23.685	29.141	23	35.172	41.638			
6	12.592	16.812	15	24.996	30.578	24	36.415	42.980			
7	14.067	18.475	16	26.296	32.000	25	37.652	44.314			
8	15.507	20.090	17	27.587	33.409	26	38.885	45.642			
9	16.919	21.666	18	28.899	34.805	27	40.113	46.963			

第三节　精神病院医疗统计常用的名词

一、入院、出院、转院、转科：

1．入院：系指经由门诊检查适合住院，由护送人办理住院手续后送病人到病房或紧急情况下送入病房的病人。不包括他科转入者。

2．出院：系指住院病人办理出院手续，离开病房者。出院病人包括治愈、显进、进步、未愈、死亡。非病人包括医学鉴定，未见精神异常，三天内退院者，但不包括假出院、逃跑和转住他科者。

3．转科：系指院内转入转出者，不按入院、出院计算。

4．转院：由他院转入及转往他院者，均按入院出院计算。

二、痊愈、显著进步、进步、未愈

1．痊愈：精神症状完全消失，自知力恢复，适应环境和料理生活良好，估计出院后能恢复病前劳动能力者。

2．显著进步：精神症状基本消失，自知力大部分恢复，适应环境和料理生活基本正常，能从事比较简单工作者。

3．进步：精神症状有改善或主要精神症状消失，但遗留人格改变或其它缺陷，自知力稍有恢复或未恢复，日常生活能自理，不能正常劳动者。

4．未愈：精神症状无改变或恶化，趋向衰退，缺乏自知力，不能料理生活和坚持劳动者。

三、住院天数的计算：

入院和出院合计为一天。治愈者住院天数只指住院原因病的治愈住院天数，其它病不计。

四、统计开始和截止日期：

日报按日历以日划分，即以零时作为界限。月、季、年报都是从开始之日的零时起，至每月、季、年时最后一日，24时止。

第四节　精神病院常用的统计指标

确定统计指标明确统计内容，是搞好医院统计工作的核心，而医院统计指标又是反映医院工作效率和医疗质量的主要方法，是加强医院科学管理的重要依据。医院统计应收集门诊，病房和医技科室业务活动的各项统计资料，现选择常用的统计指标50项，其中绝对数32项，相对数12项，平均数6项。在50项指标中有27项是国家规定必须上报的指标。另外23项指标(※符号者)也应努力争取做到，这样才能比较全面地反映医院的工作数量和质量。

一、门诊统计指标：①门诊人次数，②治疗总人次数，③健康检查人数，※④抢救人数，※⑤平均每日门诊人次数，⑥平均每名医生每日工作量，⑦抢救成功率，⑧门诊疾病分类。

二、住院统计指标：①期末实有病床数②期初留院人数，③期内入院数，④他科转入数，⑤期内出院人数，⑥期内出院病人数，⑦治愈人数，⑧显著进步人数，※⑨进步人数，⑩未愈人数，⑪死亡人数，⑫转住他科人数，⑬期末留院人数，⑭实际开放总床日数，⑮平均开放床位数，⑯实际占用总床日数，⑰出院者占用总床日数，※⑱治愈者占用总床日数，※⑲出院者住院医疗费用数，※⑳院内交叉感染人数，※㉑门诊与出院诊断符合数，※㉒入院与出院诊断符合数，※㉓待诊人数，※㉔三日内确诊人数，

㉕治愈率，㉖好转率，㉗病死率，※㉘有效率，㉙平均病床周转次数，㉚平均病床工作日，㉛实际病床使用率，㉜出院者平均住院日，※㉝治愈者平均住院日，※㉞院内交叉感染率，㉟门诊与出院符合率，※㊱入院与出院诊断符合率，※㊲待诊率，㊳住院病人疾病分类：※㊴三日确诊率。

三、医技科室统计指标：※①各医技科室工作数量和质量的统计，※②医疗、护理、医技科室事故发生次数，※③医疗、护理、医技科室差错发生次数。

第五节　精神病院医疗统计工作程序

在医院建立有效的统计系统，将全院各个部门的工作情况收集起来，经过整理分析，可为医院管理提供依据，尤其在提高医疗质量和科研教学方面都具有特殊的作用。医疗统计工作的整个过程，大致可以分为三个互相联系的阶段，即原始资料的收集，统计资料的整理和统计资料的分析与作用。具体程序见下图10—6和图10—7

图10—7 精神病院统计资料汇总程序图

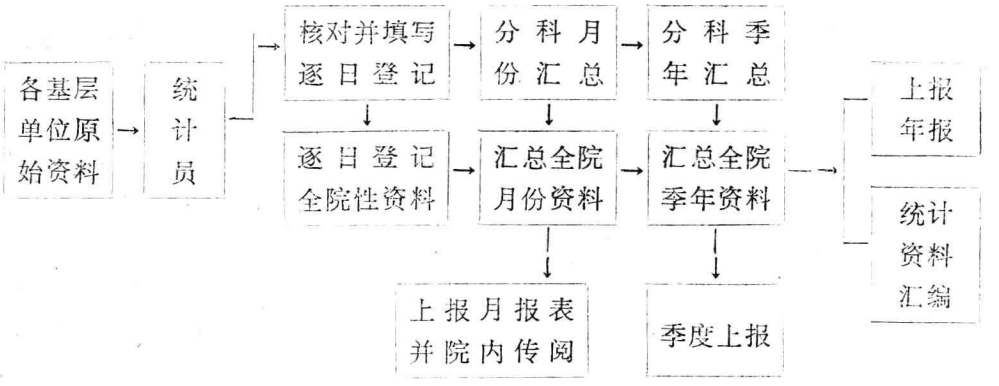
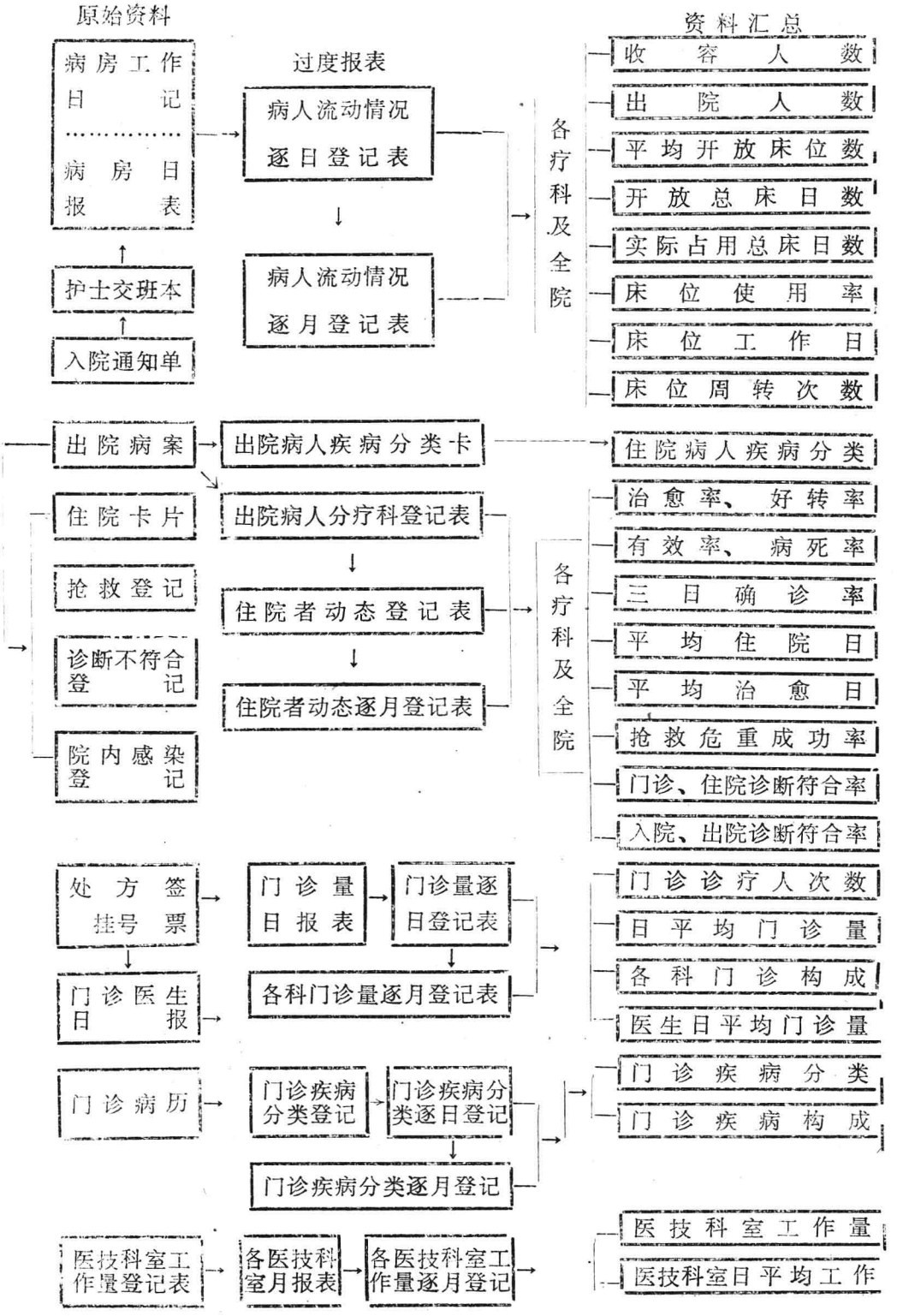


图10—6 精神病院医疗统计工作程序图


原始资料
过度报表
资料汇总
病房工作日记
……
病房日报表
病人流动情况逐日登记表
病人流动情况逐月登记表
护士交班本
入院通知单
各疗科及全院
收容人数
出院人数
平均开放床位数
开放总床日数
实际占用总床日数
床位使用率
床位工作日
床位周转次数
出院病案
出院病人疾病分类卡
住院病人疾病分类
住院卡片
出院病人分疗科登记表
抢救登记
住院者动态登记表
诊断不符合登记
住院者动态逐月登记表
院内感染登记
各疗科及全院
治愈率、好转率
有效率、病死率
三日确诊率
平均住院日
平均治愈日
抢救危重成功率
门诊、住院诊断符合率
入院、出院诊断符合率
处方签
挂号票
门诊量日报表
门诊量逐日登记表
门诊医生日报
各科门诊量逐月登记表
门诊诊疗人次数
日平均门诊量
各科门诊构成
医生日平均门诊量
门诊病历
门诊疾病分类登记
门诊疾病分类逐日登记
门诊疾病分类逐月登记
门诊疾病分类
门诊疾病构成
医技科室工作量登记表
各医技科室月报表
各医技科室工作量逐月登记
医技科室工作量
医技科室日平均工作

第六节　精神病院常用的统计指数及计算方法：

一、门诊工作统计

（一）门诊工作统计原始记录：

收集和整理门诊工作统计的原始记录及综合整理主要有门诊挂号日报表、门诊诊疗日报表、门诊疾病分类以及逐日登记表。

表10—31　挂号工作日报表　年　日

	合计	初诊	复诊	本院职工
挂号数				

表10—32　挂号工作逐日登记表　年　月

日　期	合计	初诊	复诊	本院职工
1				
2				
⋮				
31				
合　计				

挂号工作日报表（表10—31）：由挂号室根据挂号票存根填写，当日挂号数应与挂号数据一致。根据挂号日报表填写挂号逐日登记表（表10—32）月末汇总统计，填写挂号工作月报表。采用这种方法时要注意有否未挂号而就诊的情况及一次挂号多次治疗的情况，防止出现错漏。

门诊日报表（表10—33）：由门诊医生根据挂号票计数个人工作量。由门诊护士汇总填写门诊日报表，由医务科统计员每日深入各科收集日报表。

表10—33　门诊日报表（参考表式）　月　日

医生姓名	门诊人次数			出诊次数	会诊次数	健康检查
	合　计	初　诊	复　诊			
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
合　计						

门诊诊疗工作逐日登记表（10—34）：由统计员根据日报表填写，月末汇总填写月报表。

职工门诊日报表（表10—35）：由保健室医生根据挂号票填写，分科计数。并填写逐日登记表，月末汇总填写月报表。

（二）诊疗工作量计算：门诊工作量统计，它要包括门诊诊疗人数、出诊人次、健康检查人次数等。

诊疗人次：指所有诊疗的总人次数，包括门诊、出诊次数，不包括农村精神病防治

表10—34　　门诊诊疗工作逐日登记表（参考表式）　　年　月

日期	门诊人次数			出诊次数	会计次数	健康检查人次数
	合计	初诊	复诊			
1						
2						
⋮						
31						
合计						

表10—35　　职工门诊日报表（参考表式）　　月　日

	合计	内科	外科	妇产科	儿科	口腔科	耳鼻喉科	眼科	精神病	出诊人数	健康检查
职工											
家属											
合计											

的人次数。

门诊人次：指凡病人来院门诊，经过挂号，并经过医生诊断及处理的诊疗人次，包括初、复诊和职工保健室的诊疗次数。不包括全身健康检查人数及辅助医疗工作次数。门诊会诊次数，由邀请单位统计，被邀请单位不统计。

出诊人次：指医生到病人家里或单位的诊疗次数。不包括到其他医院会诊的诊疗人次数。

健康检查人数：是指全身健康检查人数。不包括局部健康检查（局部检查应统计在门诊人次数内）。

应建立门诊工作量统计台帐，统计人员根据收集的原始资料汇总后填写逐日登记表，月末累计填写月报。并以同样的表格只须将四期改为月份，填写逐月登记，积累资料，期末汇总填写季、半年、全年度的门诊工作量报表。

（三）门诊疾病分类统计（表10—36）：在有条件的医院，可以建立门诊疾病分类统计。由门诊医生填写门诊疾病分类登记表。以门诊病历为依据，按初、复诊分组登记，医生在已印好的表格上填写门诊号，在性别、诊断栏上打“V”，合计数必须与当日挂号票和医生门诊量日报表的数字一致。医务科建立门诊疾病分类统计台帐积累资料，定期汇总填写报表。

初诊：病人第一次来诊为初诊。以后再次就诊为复诊。慢性精神病人每年内第一次来诊时统计为初诊，以后在同一年内再来就诊时均统计为复诊。

表10—36　　门诊疾病分类（参考表式）

198　年　月　日

病案号	合计	初诊	复诊	性别		精神分裂症						脑器质性精神障碍	躯体疾病伴发精神障碍	中毒所致精神障碍	情感性精神病	偏执性精神病	反应性精神障碍	其他精神病	神经症	心身疾病	人格异常	精神发育不全	儿童期精神障碍	其他
				男	女	小计	单纯型	青春型	紧张型	偏执型	其他型													

（四）门诊统计的常用指标：

门诊量的季节分布：按月、季分别计算占门诊总量的比重，反映季节特点。

$$门诊某期（季）构成比=\frac{某月（季）门诊人次数}{某月内门诊总人次数}\times 100\%$$

平均每日门诊量：说明在某一时期内，平均每日的门诊量，反映门诊医生的负荷水平。为编制计划，配备人员提供依据。

$$平均每日门诊人次=\frac{门诊总人次}{某月内实际工作日}\times（人次）$$

平均每名医生每日门诊工作量：说明某一时期内平均每名医生每日门诊量，反映门诊医生工作负荷水平。为编制计划、配备人员提供参考资料。

$$①平均每名医生每日门诊人次=\frac{门诊总人次数}{期内医生累计人数}$$

$$②\quad 〃\qquad 〃\qquad =\frac{平均每日门诊人次}{期内平均医生人数}$$

门诊各科构成比：了解各科的门诊量占门诊总量的比重，反映各科室特点。

$$门诊各科室构成比=\frac{某科门诊人次数}{期内门诊总人次数}\times 100\%$$

$$门诊疾病构成比=\frac{门诊某疾病例数}{门诊疾病总例数}\times 100\%$$

门诊诊断符合率：说明每百名出院病人中门诊诊断与出院诊断相符合者占出院病人的多少，反映门诊诊断质量。

$$门诊诊断符合率=\frac{门诊诊断与出院诊断符合数}{出院病人数}\times 100\%。$$

二、住院工作统计

（一）住院工作统计的基本数据

期末实有病床数：按期末的固定实有病床数，包括正在消毒、修理的床位及因扩建或大修而停用的床位数（即按扩建或大修前的床位数计算），但不包括库存床，诊断床及临时增设的床位。

实际开放床日数：指期内每日夜晚12点钟开放床位数之总和，不论该床是否被病人占用，都应统计在内，包括因故暂停用的（消毒、修理等）床位，不包括因扩建和大修理而停用的床位及临时增设的床位。

平均开放床位数：是期内实际开放总床日数被期内日历数除所得的商数。新建医院或新开病房的床位虽未以期初开始工作，其平均开放床位数也应被期内日历数除，这样计算的数字便于与其他单位进行综合和比较。

实际占用总床日数：是医院各病房每日夜晚12点钟实际占用的床位数（即每日夜晚12点钟的住院人数）之总和。包括临时加床。

入院人数：是经过门诊医生检查同意住院并办理入院手续者，但由于病人病情危急，，虽经门诊医生登记住院，但未来得及办理入院手续已先行进入病房者，也应算作住院病人。

出院人数总计：包括病人和非病人。非病人中包括医学鉴定，未见精神异常，三日内退院者。“出院病人数”中不应包括这些非病人的数字。病人和非病人两者应区分，不可混在一起。

治疗效果：包括“治愈”“显著进步”，“进步”，“未愈”“死亡”，由医生根据“治疗效果判定标准”进行判定。

死亡：指住院病人中死亡的人数。凡已办完住院手续后收容入院后死亡者及虽未办住院手续，但实际已收容入院后死亡者均应计算在内，包括入院后24小时内死亡，不包括在门诊室内死亡人数。

期末实有人数：是指期末实有住院人数。如年报是指年末12月31日夜晚12点钟的实有住院人数。期末实有住院人数就是下一期初的实有住院人数（即期初原有人数）。

出院者占用总床日数：是出院者住院天数的总和，包括病人和非病人的住院天数。

治愈出院者占用总床日数：是临床治愈出院者，住院天数的总和。

（二）住院工作统计资料的收集和管理：住院工作担负着对住院病人进行治疗和观察及对危重病人的抢救任务，它涉及的范围比较广泛，是比较复杂而细致的工作。由于住院病人的流动涉及到病床的使用，而病人治疗效果又直接与医疗工作多个环节上的质量有关系，所以从统计角度反映住院工作情况，也必须以数量着手认真收集基本的统计数字，收集整理的方法，一般常用的有：

病房工作日志（或病房日报表）：

主要记录病床的使用情况及病人的动态，是计算医院工作效率各项指标的原始依据。根据积累的数字可计算出病床周转次数，平均病床工作日，实际病床使用率等。病房日报表由护士长填写，应注意两点，一是当日的原有人数要同昨天的留院人数核对一致，二是入院、出院者要同表中的数完全一致。统计员汇总全院日报时要与住院处核对。

住院病案：从出院病人的病案中抄录有关资料，见表10—39，如诊断、住院天数、医疗效果等。根据积累的数据可以计算治愈率、好转率，病死率、平均住院日、平均治愈日，诊断符合率等指标。

表10—37　　病房工作日志（参考表式）

第　　疗科　　年　　月　　日

实际开放床数	原有人数	入院人数	他科转入	出院人数		转往他科	今日留院人数	
				计	其中死亡		计	其中：假出院

入院者				出院者			
住院号	姓名	住院号	姓名	住院号	姓名	住院号	姓名

转科者

住院号	姓名	转往他科	何科转入

第　疗科日报表

表10—38　　年　　月　　日

开放病床数		原有病人数		现有病人数		假出院数	

入院数				出院数			
住院号	姓名	住院号	姓名	住院号	姓名	住院号	姓名

转入				转出			
何科转来	住院号	姓名	转科原因	转往何科	住院号	姓名	转科原因

死亡登记

住院号	姓名	性别	年今	死亡日期	诊断	死亡原因

报表人

表10—39　　出院患者登记　　疗科

住院号	姓名	性别	年令	出院次数	入院日期 年	月	日	出院日期 年	月	日	出院诊断	主要治疗	并发症	死亡原因	住院天数	诊断符合 门诊	入院	出院	治疗结果 治愈	显进	进步	未愈	死亡	其他

住院卡片或出院卡片：主要记载住院者在住院治疗过程中的简明情况，用来研究医疗工作，编制统计报表，进行疾病分类，为分析医疗质量以及科研教学积累必要的资料。见表。表10—40，表10—41：

表10—40

患者出院卡片

病志号：_____住院号：_____门诊号：_____科别：_____

姓名：_____性别：_____年今_____工作单位：_____

住址：_____父母及爱人姓名：_____

入院日期：_____年_____月_____日　出院日期：_____年_____月_____日

门诊诊断：_____入院诊断：_____

出院最后诊断：_____确诊时间：_____

合并症：_____

住院天数：_____其中假出院天数：_____

治疗结果：　治愈、　显进、进步、未愈、　死亡。住院医师姓名：

凡出院病人必须填写一张“卡片”，由经治医生填写，由科主任或主治医师检查，卡片记载的情况与病历一致。统计员要认真核对。

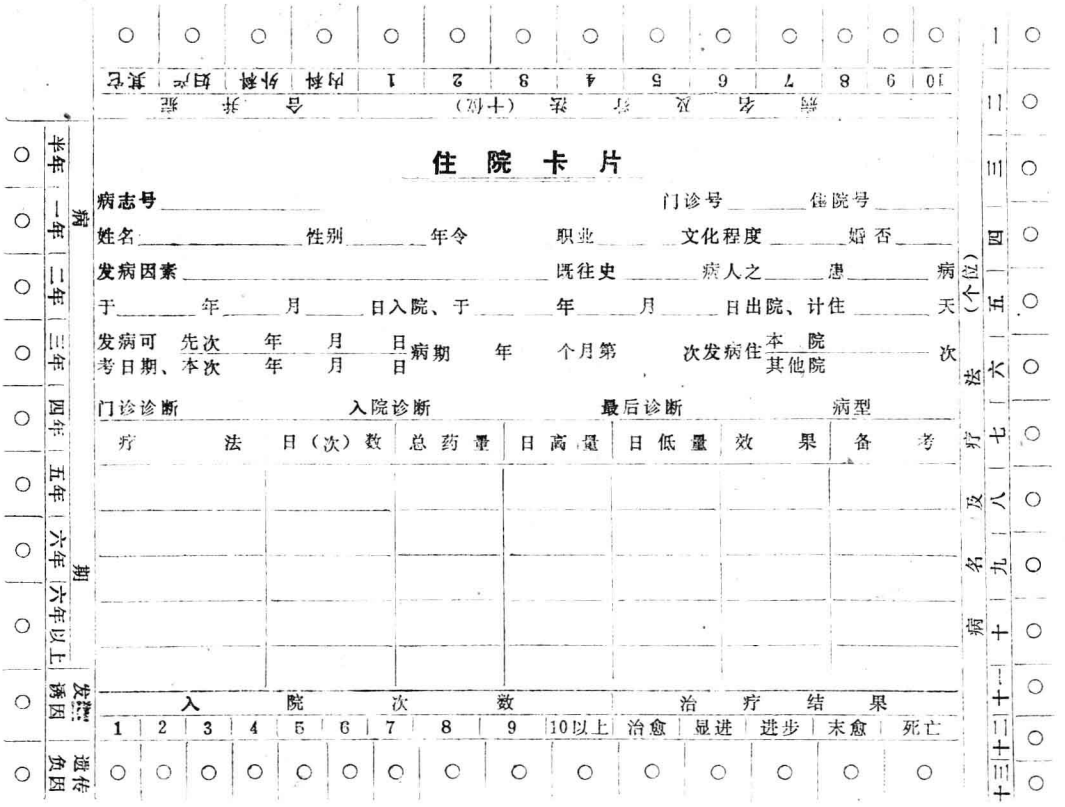
住院工作统计应建立台帐，如各科住院者动态，分析指标，疾病分类等台帐，系统地积累资料。除应建立病人出院、入院登记外还应建立死亡登记本，抢救危重病人登记本，院内交叉感染登记本，传染病登记本，诊断不符合者登记本，事故、差错登记本等为积累资料和科学的整理资料建立良好的基础。

（二）住院工作统计常用的指标

治愈率：表示每百名出院病人中治愈出院的有多少，是反映医疗质量的统计指标，应严格掌握治愈标准，否则会失去可比性。

$$治愈率=\frac{治愈人数}{出院病人数}\times 100\%$$

表10—41　　住　院　卡　片　　（正面）



住院卡片

病志号＿＿＿＿＿＿　　门诊号＿＿＿＿　住院号＿＿＿＿

姓名＿＿＿＿＿＿　性别＿＿　年令＿＿　职业＿＿　文化程度＿＿＿＿　婚否＿＿

发病因素＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　既往史＿＿＿＿　病人之＿＿＿患＿＿＿病

于＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日入院、于＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日出院、计住＿＿＿＿天

发病可考日期、本次　先次　年　月　日　病期　年　个月第　次发病住　本院　其他院　次

门诊诊断＿＿＿＿＿＿　入院诊断＿＿＿＿＿＿　最后诊断＿＿＿＿＿＿　病型＿＿＿＿

疗法	日（次）数	总药量	日离量	日低量	效果	备考

入院次数										治疗结果				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10以上	治愈	显进	进步	未愈	死亡

表10—41　　住院卡片（背面）

单位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通信地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　收信人＿＿＿＿＿＿

并发症：（日期、病名、治疗情况、结果）

备　注：（逃跑、自杀等）

随访结果：（日期、次数、情况）

住院医师签章

辽宁省精神病防治院

好转率：即每百名出院病人中，经治疗达好转程度出院的有多少，是反映医疗质量的统计指标，对于评价慢性病的近期疗效具有一定的意义，可以弥补治愈率指标的局限性，但在综合分析时，要结合治愈率一起进行评价。好转病人数是指显著进步和进步人数之和。

$$好转率=\frac{显进+进步人数}{出院病人数}\times 100\%$$

病死率：即每百名出院病人中，因病死亡的有多少，是反映医疗质量的指标。适于本疗科、本单位在时间上的动态比较，不同单位没有比可性。

$$病死率=\frac{病死人数}{出院病人数}\times 100\%$$

病床周转次数：即出院总人数与平均开放床位数之比。说明在一定时期内，平均每一张病床收治了多少病人，反映病床周转快慢的程度。

$$病房周转次数=\frac{出院人数}{平均开放病床数}\quad(次)$$

平均病床工作日：即每一张病床在一定时期内平均工作了多少天，反映病床的工作情况。

$$平均病床工作日=\frac{实际占用总床日数}{平均开放病床数}\quad(天)$$

实际病床使用率：即在一定时期内，实际占用总床日数与实际开放总床日数之比，或者是平均病床工作日与期内日历数之比。说明平均每一百张病床在一定时期内被利用的有多少张。

$$①病床使用率=\frac{实际占用总床日数}{实际开放总床日数}\times 100\%$$

$$②病床使用率=\frac{平均病床工作日}{期内日历数}\times 100\%$$

出院者平均住院日：即出院者占用总床日数与出院总人数之比。说明在一定时期内，平均每一住院者的住院天数。对于医学研究和经济核算有一定意义。

$$出院者平均住院日=\frac{出院者占用总床日数}{出院总人数}\quad(日)$$

三日确诊率：即在出院病人中三日内确诊者所占的比例，是评价医师工作效率及诊断质量的指标。

$$三日确诊率=\frac{出院病人三日内确诊数}{出院病人总数}\times 100\%$$

入院与出院诊断符合率：即每百名出院病人中，入院诊断与出院诊断符合人数，占出院病人的多少，是反映住院医师诊断水平的统计指标。

$$入院与出院诊断符合率=\frac{入院与出院诊断符合数}{出院病人中有入院诊断的病人总数}\times 100\%。$$

抢救成功率：是指危重病人、即抢救成功人数与抢救人数之比。是反映医疗质量和技术水平的指标。

$$抢救成功率=\frac{抢救成功人数}{抢救人数}\times 100\%$$

治愈出院者平均住院日：即治愈出院者占用总床日数与治愈出院人数之比。说明在一定时期内，平均每一个治愈者的住院天数。

$$治愈出院者平均住院日=\frac{治疗出院者占用总床日数}{治疗出院总人数}（日）$$

（三）住院病人疾病分类统计

1．疾病名称与分类：详见第六章《中华医学会精神病分类——1981年》共分十三大类，疾病分类统计必须以此为准。

2．疾病分类统计资料的收集与整理：以出院病历为原始依据，填写出院病人登记或住院卡片，按《中华医学会精神病分类——1981》标准，分组整理，根据积累的数字填写疾病分类统计月报。见参考表式10—42。

表10—42　住院病人疾病分类报表　　年　月

疾病名称	出院病人数						出院病人占用总床日数
	计	治愈	显进	进步	未愈	死亡	
病人总计							
01脑器质性精神障碍小计							
01.1颅内感染伴发精神障碍							
01.2							
⋮							

根据疾病分类月报表资料，填写疾病分类统计台帐，见表10—43，积累资料，定期汇总填写疾病分类季、半年、全年报表。

表10—43　住院病人疾病分类台帐（参考表式）

疾病名称	出院病人数						出院病人占用总床日数						诊断符合人数			门诊疑诊人数
	计	治愈	显进	进步	未愈	死亡	计	治愈	显进	进步	未愈	死亡	门诊与入院	门诊与出院	入院与出院	
1月																
2月																
3月																
一季小计																
⋮																

3．疾病统计常用的指标

发病率：表示在一定时期内，可能发生某种疾病的一定人群中，新发生的某疾病例数，是表明疾病发生的频度的基本指标。

$$某病发病率=\frac{某时期内新发生的某疾病例数}{某时期内有可能发生某病的一定人群的平均数}\times K$$

患病率：又称时点患病率或现象率，表示当调查时在有可能发生某病的一定人群中存在的新旧病例的总数。说明某病的现患情况。

$$某病患病率=\frac{该时刻某病例总数}{调查时刻有可能发生某病的一定人群数}\times K$$

病死率：是反映疾病对生命威协程度及对劳动生产的影响的统计指标。它与死亡率不同，二者不可混淆，病死率是某种疾病患者中的病死数，死亡率则是某地区人口中的死亡数。医院病死率不能代表地区死亡率。医院病死率是住院患者中的死亡人数与出院人数之比。

$$病死率=\frac{病死人数}{出院病人数}\times 100\%$$

$$某病病死率=\frac{某疾病死亡人数}{某病出院人数}\times 100\%$$

各种疾病的构成比：表明一定时期内某病病例占全部病例的比重。

$$疾病构成比=\frac{某一疾病例数}{全部病例总数}\times 100\%$$

治愈率：是评价某病治疗效果的重要指标，也有用显效率、好转率、有效率等表示的，都应和治愈率一样，必须按统一的标准，严格掌握。

$$某病治愈率=\frac{某病治愈人数}{某病治疗总人数}\times 100\%$$

（四）医技科室工作统计

医技科室工作统计包括放射线、检验、药局、脑电、心电、超声波等科室，建立这方面的统计，对反映医技科室工作的数量及质量和管理水平，全面地分析医疗质量具有一定的作用。

在各医技科室建立原始登记制度，实行月报制。统计人员应协助各科设计原始登记表格，结合各科特点并包括月报表内容。（参考表格略）

第七节　医院统计资料的分析及应用

统计资料的收集整理，是能起到占有资料的作用，只有通过统计分析才能使我们对事物的认识不断深化、才能揭示事物的特征和规律性，统计人员不能只停留于报表数字的填写，必须以更多的时间和精力做好统计分析工作，并做为本职工作的重要内容。统计分析就是根据事物的数量研究事物的质量，医院统计分析就是分析医疗工作的数量和质量，分析经济效果以及它们的互相关系，构成及发展变化的原因，分析计划完成情况

等，应从数量到质量，从现象到本质，进行周密的分析和研究，揭示现象的特征与规律性，达到正确地估计成绩、发扬先进、鞭策后进、发现矛盾、找出差距，明确前进的方向，充分发挥统计工作的监督作用，使统计工作更好地为医院管理服务。

一、统计分析的形式：

（一）定期分析：医院定期统计分析报告是按照报告期（季、半年、全年）医院工作报表内容综合编写出来的。也可以在定期报表的后面对报表中的问题加以文字说明，可供科主任以上领导传阅，使领导及时了解医院工作动态，便于研究解决工作中存在的问题。

（二）专题统计分析：是根据不同时期的特点和突出的问题，经过深入细致的调查研究后编写出来的。专题分析可一事一议，短小精炼，重点突出，内容典型，效果明显，但专题分析选题必须得当。

（三）医院统计年度汇编：每年年终把全院各项统计数据，统统编入全年统计汇编内。即系统地积累历史资料又有现实参考意义。

（四）统计简报：选择与全院人员和病人密切相关的内容，不定期的印发。这种分析形式时间性较强，内容简单，中心突出，说明问题。

（五）统计橱窗：开辟统计橱窗，将主要统计指标绘成统计图表，悬挂在统计橱窗内，对医院科学管理起着监督作用。

二、医院统计分析的基本方法

（一）分析事物的构成：一个事物往往是由几个方面的因素构成的，如人员的分类构成，疾病分类构成等，用分组法分析事物的构成情况，能深入的掌握事物的特点，认识它的本质和规律及其变化对另一事物的影响。

（二）分析事物的平均值：平均值是总体中的中心数值，是总体资料中表现的典型水平，必要时还要计算变异指标，说明事物的特征。

（三）分析事物的发展动态：动态就是社会现象在时间上的变化和发展。是指反映某种社会现象在时间上的发展变化的指标数值，从各个指标的动态变化中可以分析事物的发展趋势、特点和规律性，如人员、床位、设备及工作数量与质量指标。

（四）综合对比的分析事物：运用唯物辩证法的原理，对事物进行比较，使用多项统计指标进行综合对比，分析医院的总体情况，同一事物同期对比，同一事物内部的比例关系，如对医院各类人员数、门诊人次、入、出院病人数、病床的使用情况，各种医疗质量指标和事故、差错发生情况进行综合对比分析。

（五）分析计划完成程度：分析计划完成程度是实际完成数与计划数之比，比较的基数是计划数，因此首先必须制定正确的、客观的实事求是的、切实可行的具有可比性的计划指标。不能偏高或偏低，最好应用数理统计方法，估测指标控制的范围，按选定的范围作计划指标的基础。分析计划完成程度，是在一定时间如季、半年、年终要对医院的业务计划指标完成程度进行分析，首先要制统计分析表，计算各项指标完成计划的百分数，然后要分析计划完成或没完成的各种原因，以便总结经验，推动工作。

（六）分析事物的相互关系：客观事物是相互联系、相互依存和相互影响的，分析

事物的相互关系，才能把握事物的发展规律，掌握工作的主动权。一个指标只能说明一个问题的某一方面，只有和有关的指标综合分析，才能得到正确的结论。

三、统计分析内容

医院统计分析，主要包括医院质量分析、工作效率分析及各种比例关系。

（一）医院质量分析：

诊断质量分析：诊断是提高医疗效果的前提，反映诊断质量的指标有门诊与出院诊断符合率、入院与出院诊断符合率、三日内诊断率等，在分析时不能只看符合率的高低，还要看不符合的情况，做具体分析，找出原因，达到不断提高诊断水平。

治疗质量分析：治疗质量的高低，是否有效，及时和彻底是衡量医院工作质量的重内容，反映治疗质量的指标有治愈率、病死率、抢救成功率、院内并发症率等要进行综合分析。

住院时间分析：住院时间的长短，是医疗过程的综合反映，有出院者平均住院日、治愈者平均住院日等指标，还应分病种计算平均住院日。

事故差错发生情况分析：在治疗过程中是否给病人增加不应有的痛苦和损失及其后果。

（二）医院工作效率分析：利用统计指标来分析和评定医院工作效率，对改进医院管理有重要意义。

分析床位的利用情况：反应床位利用情况的指标有：平均病床工作日、床位周转次数、病床使用率等。

分析各类人员数与床位数之比、与工作量之比，是否适应。

（喻永孚　富蕴秀）

第十一章 病 案 管 理

第一节 概 述

病案是医学科学的档案资料，它完整地不断地记录了患者历次病情和医疗过程中辩证论治的真实情况及其与疾病有关的所有问题。是病人保健的一份档案，医学知识的宝库，是临床的重要组成部份，是医疗、教学，科研的真实原始资料。简言之，病案是病人就医期间形成的全部完整的医疗档案。

病案管理是指对全部长期保存的病案资料予以收集、整理，登记、装订、编目、医疗统计，归档、保管、供应等所采取的一系列管理方法、步骤、措施及其用科学化现代化方法对临床、教学、科研、提供完整系统真实的科学资料的全过程，从而进一步提高医疗科研教学水平，保证人民身体健康，这种对疾病资料的管理方法，称为病案管理。总之，病案管理就是对全部长期保存的病案资料所采取的一系列科学现代化的管理方法。

病案管理与医院管理、医疗统计、临床、教学、科研，防治工作、社会科学、社会历史等均有着密切关系。

第二节 病案工作

病案不仅是临床诊治工作的主要依据，亦是培养各级医务人员，搞好医学科研的实际教材及重要依据资料之一。病案是医疗统计的资料基础，给统计分析提供充分的依据。通过病案可提供各种疾病发生、发展、分布、死因等分析材料，另外，病案不仅反映医疗水平，亦起着基础医学和临床医学的桥梁作用。不仅历史上起着真实的鉴证作用，在社会科学方面还起着法律作用，可给司法方面提供一定的依据。

一、病案内容：

一个中型以上的专科医院也应具备门诊、住院、职工等病案，以及司法鉴定病案。有些较大型的精神病院、对同一类病案又作了不同的分类。

1．门诊病案包括病案首页（一般情况，病史内容）、付页、化验、特殊检查、文件书信等内容。

2．住院病案包括四个组成部分：

（1）一般情况：病案号、姓名、性别，年令（出生年月日）、民族、文化、籍贯、职业、婚姻情况、住址（或工作单位）、供历人及其与病人关系、病历可靠程度、入院年月日、病历采取时间、单位负责人姓名、住址、电话等。

（2）医疗部分：病史记录、体查记录、病程记录、转诊及转疗记录、抢救记录、死亡记录、出院记录、出院总结等，又包括各种检查化验记录、回报单、x线、心电图、脑电图等各项特殊检查及病理报告。

（3）护理部分：主要为护理方面的各种记录、如体温表、医嘱卡片、特护记录、监护记录，护理查房记录及其它各项记录。

（4）各种文件材料：如病人书信，随诊报告，证明书，出院证，诊断书、尸检单等。

3．职工病案：

精神科医院同其它医院一样，不断扩大和发展、职工人数也在不断增加。因此对职工的医疗保健工作也是很重要的，设职工病案是必要的。不仅利于积累综合性资料，更利于领导掌握职工的健康状况。

4．司法鉴定病案：

此种病案是与其它综合医院所不同的，有精神科专业的特殊性、司法鉴定又分为：

（1）门诊鉴定：

主要在所担当鉴定任务的专科医院进行，以予约审卷的方法会诊鉴定。

（2）住院鉴定：

对门诊暂不能确诊，又需要严密观察的犯人，采取住院监视观察的方法完成确诊任务。

（3）外出予约鉴定：

对来院不便或其它情况者，通过予约，鉴定人员可到予约单位鉴定的方法。

二、病案程序：

有关住院期间的病案程序，可根据本院的具体方便来安排。每个医院都有其自己的特点。而出院后病案装订排列顺序应求统一为妥。排列顺序如下：

封皮；

出院总结表；

病史部分：病案首页、续页（包括精神检查，诊断、治疗方案、病程记录、会诊及查房记录、更正诊断记录、抢救记录、转治小结、出院记录、死亡记录）；

各种检查回单及特殊检查报告单；

体温表；

护病记录；

医嘱单，特殊疗法单，中药疗法，科研项目记录，出院诊断，出院证存根，出入院通知单等；

病人书信与作品及其与疾病有关的材料，住院情况介绍、外来信件等。

三、病案要求：

（一）门诊病案书写与要求：

1．门诊病案要简明扼要，抓住重点；对阳性精神症状及必要的阴性症状不应漏掉；字迹要清楚公正。对门诊病人复诊三次不能确诊者，要提出会诊。

2．门诊病案应采取综合方式记载，（包括重点病史，体查阳性所见）印诊写在病案的左下，处理意见写在右下。

3．对记录完的病案一律予以盖章或签字。

4．对药物过敏者，应填写在病案首页的左上角，予以红颜色标记。

5．门诊检验回单及各类检查报告单，应一律粘贴在另页粘贴纸上，不得贴在首页的后面。

6．对开出的重要或主要药品一定按要求写在病案内，并注明开药时间，对开出的假条或诊疗回单一定记载于病案内。

（二）住院病案书写及要求。

1．对住院病案首页一般项目应认真填写、除填写供历人外，对知情者也要记载；应填写病人的常用名、对别用名可标记，以免重名同号，应详细填写住址或所在单位。

2．对系统、完整、详尽的病史资料，应按时间顺加以归纳整理后保持原意予以记录，不能用精神科术语记载，不要笼统、揣测、类推。对病史应尽量求详或予以查访补写。

3．要求词句简练、扼要、准确易懂、语法通顺、字迹整洁、清晰、易认、不能草率、防止错别字；用简化字或外文缩写，一定要按国、内外的统一规定惯例，不得私自滥造。

4．对全部病案不得随意删改、剪贴或撕毁：如更改字、词应在涂改处盖名章。

5．对病案及各种检验单，报告单应一律用兰色墨水书写，禁用油笔或铅笔。对查房、会诊记录可加盖统一使用的印戳。

6．病案中的数字，除个位数字（一二三四……）外，十位以上的数字或小数、分数应一律用阿拉伯数字填写，如75、0.7、36%、1$\frac{1}{2}$等。

7．对诊断，症状名称应按国内统一规定用中文书写（特殊者例外）对药名可用中文或拉丁文。

8．各级医师签字应一律用全名或盖章，不得采用其它签名方式；对记录时间要按顺序，如1982年10月4日上午10:20或1982—10—4，$10\frac{20}{Am}$。

9．精神科住院病案要求72小时内完成，由记录人签名或盖章，写清年月日时。一般医师（士）的病案应由科主任或主治医师阅审，修改并签字，如需重新书写，记录者不得拒绝。

10．对出院病案应由经治医师（士）在出院后三日内将全部病案资料整理好，经本科主治医及主任审阅签字后，将病案放入“周转袋”内，待病案人员及时收取、归案。

11．如两次住院间隔不超过一年六个月者，可按再入院病案书写。对不合作病人应按不合作病案要求书写（参阅病案书写题纲）

12．由于病案具有一定的保密性，因此不得随意外借或抄录，对于有关部门病调者应由院有关领导或医务处（科）批准，方可予以书面病情介绍。非医务人员无权借阅病案。

四、病案保存期限：

由于医学科学的不断进展，有价值的病案是历史珍贵资料、应永久保存为宜。对那

些经筛选而无价值的病案，可采取逐年销毁的办法，但要经详细登记后再处理，应注意保密、不可散失、外流。本着国家卫生部的规定要求，住院病案应长期保存，门诊病案可保存15～20年，以后采取逐年筛选方法予以销毁或保存。

第三节　病案管理

一、病案管理的目的和意义

病案管理的目的主要是在一定的或任何需要的时候，予以迅速、准确、完整地供应所需要的资料，为医院提供医疗方面的客观指标。

其意义是充分发挥病案在医、教、研方面的积极作用，是医院工作的生命线。

二、病案管理的组织形式与任务

各中型以上的精神科医院亦应成立病案管理委员会及病案室。其组织形式如下：

病案管理委员会

↓

主任委员一人　　付主任委员二人

↓

委员若干人（根据各单位情况来定）

主任委员：由业务院长或高级医务人员担任。

付主任委员：可由主任医师或高年主治医师一人，病案室主任一人担任。

委员：可由各临床科主任或高年主治医师担任。（小型精神病院可不设管理委员会，成立病案管理小组，由医务科（组）来领导）。

（一）病案管理委员会任务：

（1）听取病案管理方面的情况汇报，意见和要求。监督检查病案质量、规章、制度，以保证病案的科学价值。

（2）拟定和审核有关医疗表格和统计表格初印、复印、修改等工作。

（3）组织各种形式的病案质量检查；讨论和统一疾病诊断名称，对医师（士）提出写好，用好病案的要求。

（4）病案管理委员会每年向院长提出工作报告，以及对病案管理的改进意见。

（二）　病　案　室

↓

主任一人（如无主任可设负责人）

↓

组长1—2人（门诊与住院病案分管）

↓

病案管理人员多人（按床位数定编）

1．病案人员数：

住院病案人员：每200张床设一人，每超100张床增加一人。

门诊病案人员：每日门诊量500人次者，设三人，每超过200人次增加一人。

2．病案室工作范围：

主要是门诊病案管理，住院病案管理，各种索引编目，医用表格印制前审核，负责

对病案管理人员的专业培训和提高；医疗统计工作虽属一门专业，因与病案关系密切，应合署办公为宜，二者即能分工，又能合作。有很多医疗单位用统计人员兼管病案是不妥的、这对科学化管理是有一定影响的。（见病案室工作范围示意图）

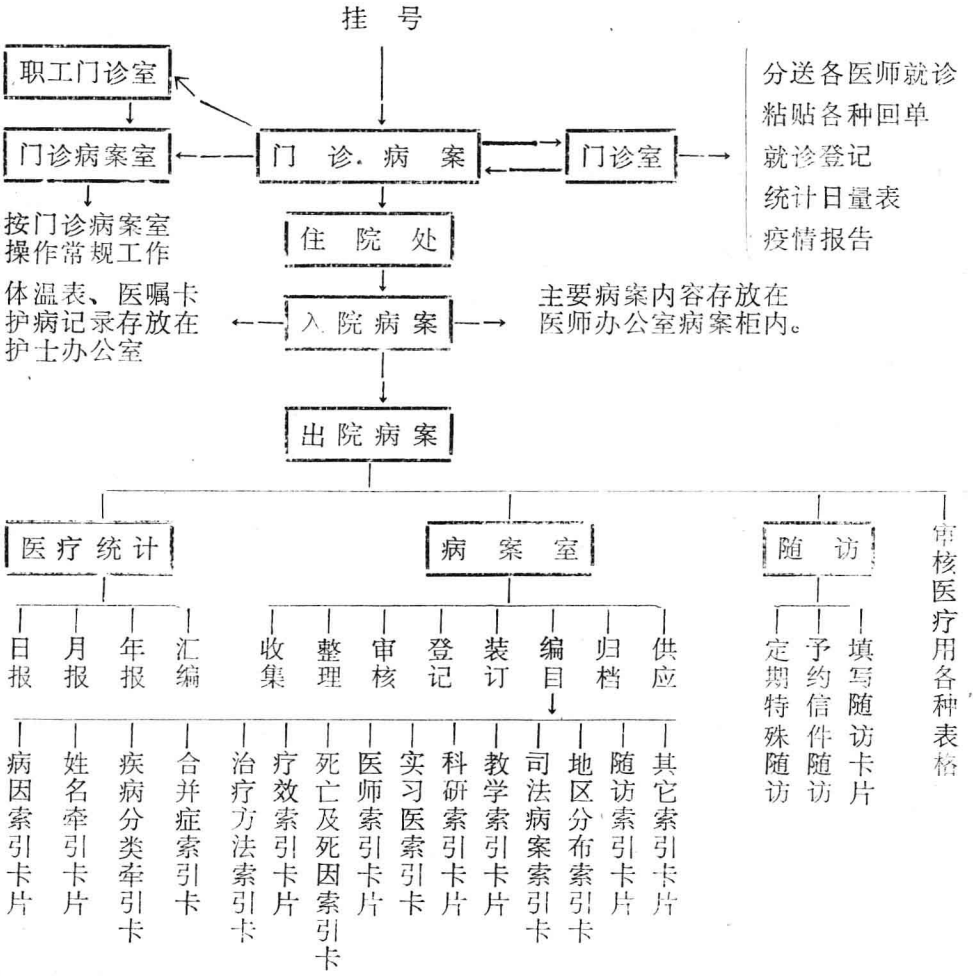
3。病案室的工作任务：

（1）负责全院各类病案的收集、整理、审核、装订、登记、编目、归档，保管、供应、随访等工作。配合统计人员做好各项统计资料与汇编工作。

（2）负责门诊挂号。把好门诊病案及住院病案书写质量关。认真执行病管的各项制度。做好医用表格印制前的审核工作。

（3）负责接待外来查访及借阅病案，抄写核对住院证实材料信件等。

图11—1　病案室工作范围示意图



三、病案管理人员要求

病案工作是一门专业性效强的管理工作，因此病案人员不仅要有一定的相对稳定性，亦要有一定的质量要求。

1．要求具有人体解剖学和病因学等医学基础知识、也要懂得医院管理的知识和精神科专业知识。

2．要热爱病案管理工作，富于钻研精神，责任感，勤奋踏实，好学，实事求是的态度和健康的体质。

3．病案人员应具备一定的文化水平，根据其学历，从事专业资历，工作成就，予以相应专业职称，以利巩固专业队伍，进一步提高病案管理专业的管理水平。

四、病案管理基本方法

病案管理的基本方法就是“正体制”的系统编码管理方法。这是国内，外普遍使用的一种科学方法。“分散制”与其它方法都是不能与此法相媲美的。兹将有关的一些方法介绍如下：

（一）统一编号法：

1．一号集中管理制：简称“一号制”或“院号”。

此法是以门诊病案号为编码依据，使门诊、住院、x光三者为一号，即第一次来院就诊时所编的顺序号称为“病案号”。

2．两号集中管理制：简称“两号集中制”

此法是门诊及住院病案分别编码，病案集中管理，门诊病人使用门诊号，住院病人使用住院病案号，将门诊病案号并入住院病案号内、原门诊病案号即行作废。

3．两号分开管理制度：简称“两号分开制”。

其做法是使门诊病案号与住院病案号截然分开，各用专号，分散管理。

4．三号分开管理制度：简称“三号分开制”。

是指门诊病案、住院病案、X线片自行编制号码及姓名索引。门诊病案供应门诊医疗需要，住院病案供应医、教、研的需要。此法已完全破坏了正体制的方法、破坏了资料的完整性、系统性。

5．大排号法：

即从一号起自始自终排下去，此法顺序不乱，不出重号。但需要一套完整的查找索引卡片的设备。

6．十万号制法：

是从一号开始排至十万号时，则又从一号开始排列下去。但从二十万号开始的号头上注明一个英文字母“A”字，于第三十万号注一个“B”字、以此类推，但必需记住英文字母否则出现查找困难。

（二）取消统一编号法：

1．无号保管法：

以病人姓名为依据，以笔画顺序、四角号码，国音符号，汉语拼音等编排次序固定病案位置。此法对大中型医院不宜使用。

2．按疾病分类存放法：

此法虽然查找方便、对科研有一定价值，但此法缺点过多，用此法得不偿失。

3．拼音法：亦称“姓名代号法”，即用拼音把姓名编成大位数，以供查找。此法仅适于小型医院或门诊（所），不适于大中型医院。不宜通用，在统一标准管理上有困难，防碍互相交流经验。

4．四角号码法：

此法重号多、查找不方便，不易保管，至目前已无使用价值，此不繁笔。

以上编号及非编号法各有优缺点，应视本单位具体情况而定，但精神科专业的病案管理还有待于同志们的努力，找出一条管理方面的科学新路子。

五、各种索引编目方法

病案索引编目是医院病案管理中最基本的工作方法之一，凡有病案室机构的医院，就必须建立一套几种或几十种的卡片，否则就不会迅速，准确的从几万、几十万乃至更多的病案中顺利地查出一份各方面需求的病案来。

国内在索引编目上南北方有异，院家有别，各有其长，法不胜数。但多以汉语拼音为基础，以英文字母顺序来排列。尤其是精神科专业是后起专业，年轻，在医学科学领域还是落后的，若赶上先进就得花一定功夫和精力，现将本省常用的，必做的一些索引卡简略于下：

（一）姓名索引卡片

1．目的：

主要方便查找病案号，以供医，教，研及外调索取病案之用。也可从本卡中查出所需求的项目。

2．要求：

（1）填写要认真、准确、无误、项目完整；编码及拼音要准确，字迹要端正．易认。

（2）按姓名拼音顺序排列，不得前后颠倒。

（3）填写姓名一定要以字典为标准，不得乱用简化字或随意予以简化。

（4）填卡后要与原病案核对，以防漏填或错填。对损坏或有误卡，定要更新。

3．格式：

（1）门诊病案姓名索引卡片（见例表11—1）

（2）住院病案姓名索引卡片（见例表11—2）

4．编排方法：

先按姓字头用汉语拼音顺序分开，再按英文字母顺序排放。对常见姓可立专姓；对多数同名者可按年龄，性别，职业，住址等区别建立“联名卡”，这样即缩小卡片体积，又提高了查找的速度。

表11—1

门诊病案姓名索引

姓名　　门诊号　　住院号

姓别　　年龄　　婚否　　职业

家庭详细住址

工作单位

备注

×××精神病防治院

表11—2

住院病案姓名索引卡片

姓名　　男女　　年龄　　住院号

婚否　　职业　　民族　　门诊号

文化　　籍贯　　单位

详细住址

首次出院诊断　　临床病程分型

×××精神病防治院

表11—3　　**联　名　卡**

病案号	姓名	性别	年龄	职业	出院日期	诊断	家庭住址(或单位)
⋮							

×××精神病防治院

（背面同正面）

（二）疾病分类索引卡片

精神科应按1982年全国精神科会议规定的疾病分类方法编目设索引卡。用十三大项分类，按同一颜色或一个规格予以区别，其它亚型或小分类可采用2～3开式的指引卡予以区分，按顺序排列，以便查找。

1。门诊疾病分类卡

由于门诊病案数量过多，不能一一进行疾病分类编目，只能采取重点编目。又因精神科门诊疾病单一，而精神病又是主要疾病，因此有意义的编目索引应以弥补住院病种的不足为原则，予以特殊病例编目，如脑器质性精神障碍、躯体疾病精神障碍，中毒性精神障碍，特殊类型神经症，儿童期精神障碍，心身疾病等有选择的编目以供医、教、研之用，方便于培养专业人员。另外可建立门诊会诊疾病索引，以备查找，又利于重点保管，以免丢失。

其方法：

（1）以当日门诊印象为依据，选择性编目，在病案上标记特殊符号，以利保管和查找。

（2）按门诊病案顺序筛选建立索引卡。

（3）可根据姓名索引查找病案登记编目。

表11—4　　门 诊 疾 病 分 类 卡

分类　　诊断

门诊号	姓　名	性别	年龄	就诊日	门诊号	姓　名	性别	年龄	就诊日
⋮					⋮				

×××精神病防治院

（背面项目与此类同）

2．住院病案疾病分类索引卡

精神病科诊断以精神疾病为主、按国内疾病分类立卡。对次要诊断或合并症诊断可单立索引卡、以病案号表示即可，不必填写繁锁项目。

具体方法及要求：

（1）按国内精神病分类标准进行；

（2）分类要准确、细心，字迹要工正清楚忌用杜撰怪字及乱用简化字。病案号要用阿拉伯数字书写。

（3）为方便书写与编目，可用数字或代号代替文字。应将数字或代号用说明卡表示出来。

表11—5　　疾 病 分 类 索 引 卡

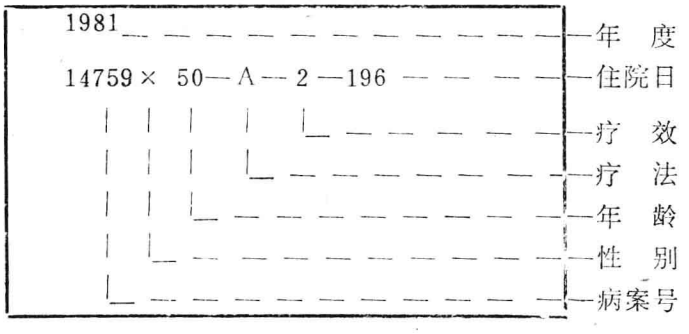
分类　　诊断

病案号	性别	年龄	入院年月	出院年月	疗效	合并症	病案号	性别	年龄	入院年月	出院年月	疗效	合并症
⋮													

×××精神病防治院　（背面项目与此页类同）

表11—6　　疾病索引代号卡片

分类　　病名



号码及外文符号含义：（说明卡）

（1）性别：x—女性，y—男性；

（2）疗法：

A —西药疗法

A_1—抗精神病药物疗法；

A_2—抗抑郁疗法；

A_3—抚躁狂疗法；

A_4—抗焦虑疗法；

A_5—抗癫痫疗法；

A_6—其它西药疗法；

B —中医药疗法；

B_1—中药疗法；

B_2—针灸疗法；

B_3—混合疗法；

C —中西结合疗法；

D —合并ECT，胰岛素疗法。

（3）疗效：

1——治愈，2——显进，3——进步，4——未愈（未治退院）

（三）医师或实习医师索引卡：

可根据各医院医生人数的多少来定，可按姓氏笔划排放即可，如张，李，杨均属七划，这些医生的卡片就可放在七划的指引卡后，以此类推。其内容填写见卡片图表。

表11—7　　索　引　卡　片

医生　　第　　页

病案号	病人姓名	性别	年龄	入院日期	出院日期	诊断	疗效	病案等级	备注
⋮									

×××病院（背面与正面相同）

（四）死亡索引卡

因精神病死亡者很少，多死于意外、自杀，合并症等。除建死亡卡外，有条件单位可立死因卡片，如事故死亡，意外死亡，原发病死亡，合并症死亡等项。

表11—8　　死　亡　索　引　卡

分类　　第　　页

病案号	姓　名	性别	年龄	入院日期	诊断	死亡时间	死亡原因	备注
⋮								

×××精神病院　　（背面与正面类同）

（五）合并症索引卡

精神疾病合并其它疾病不少见，建立合并症索引尤为必要，以供临床、科研、予防等方面的需要。

表11—9　　合　并　症　索　引　卡

诊断　　第　　页

病案号	姓　名	性别	年龄	精神科诊　断	合并症疗法	疗效	备注
⋮							

×××精神病院　　（背面与正面同）

（六）其它索引卡：

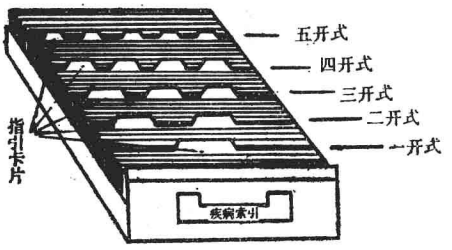
1．代号索引卡：

为提供管理方便，在编目中常采用一些符号或代号标记，为防止错用或日久遗忘，因此建立代号索引卡、注明其各类标记的含意，位置，以防混淆，便于查找。

2．指引卡：

在各类索引卡前放着特殊突出部分的卡片称为指引卡。字数多者可设1—2开式指引卡，字数少者可设3～5开式指引卡。

例图11—2



六、病案保存方法：

（一）标签法：

是在病案架上标注号序。按每格距示号或用抽插式指示标签以标记病案号序。采取箭头式或由左向右，由上至下的标注法。

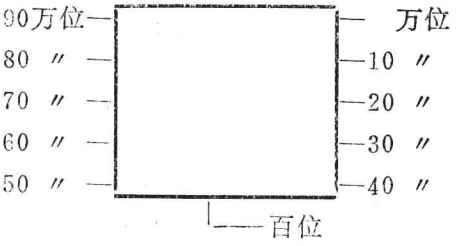
（二）定色法：

按号码定颜色，如：1—10这十个数，每个数占有一定的颜色。

如，

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
大红	粉红	深绿	浅绿	深兰	浅兰	深黄	棕色	黑色	白色

例图11—3



定位：

百位：在病案袋的底边，

千位：在万位上以色代千；

万位：将病案袋左右两侧各平分为六等份，右侧由上至下分为万位、10万位、20万位，30万位、40万位，左侧由下至上定为50万位，60万位，70万位，80万位，90万位。

画色方法：

（1）先染百位数病案：

每一百病案为一单位，把病案口袋底边按相等的距离排列起来，然后从左上角向右下角画一直线，宽约1.5cm，颜色以百位数字来确定，如百位数字是1，就染大红色，是6就染浅兰色。

（2），染千位：

将病志向右侧摊开，摆成距离相等，在所定万位的位置上，颜色以千位数字来决定，然后从左至右画一直线。

（3）染万位：可在万位置上染两道颜色，第一道颜色以万位数字来定，第二道色以千位数字来定。如43200号的染法，以图表示如下。（图11—5）

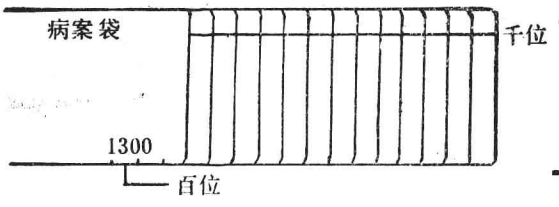


图11—4

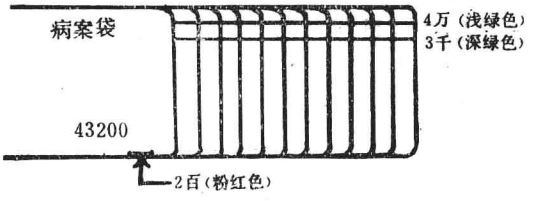


图11—5

（4）染10万位：

在十万位上染两道画色，如143200号，染色法如下图：

（5）染50万至90万位：

将病案向左侧摆开，染法与以上相同。

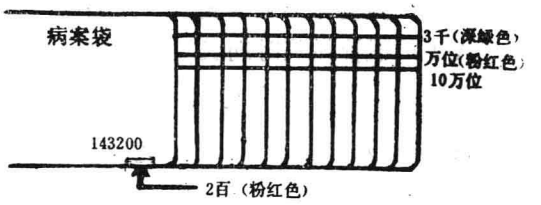


图11—6

第四节　工作常规及制度

一、工作常规：

（一）门诊病案收集常规及要求：

1．由门诊病案输送人员，每天下午到门诊室收取病案，并注意收回前几日未收的老病案。对当日不能回收的病案予以登记。

2．按初、复诊号序排好，将新病案上架，核准原病案放回架内。对未收回病案，将临近留尾号病案保留1/3位置。

3．对无法收回的病案应及时报告，或注明丢失的原因。

4．不得将病案交给病者或陪护人，应由输送员亲自传送。

5．对予约住院的病案、应由门诊专人负责送交办理住院手续处，并由具体人员交办手续处。以免病案途中丢失。

（二）住院病案收集常规及要求：

1．由病案室人员到病房收取出院的病案，并注意收回遗漏病案或临时借用病案、注销“借阅卡”登记。

2．对装“周转袋”内的出院病案予以初查，如无科主任或主治医签署意见，不能回收病案。

3．对超过三天未完成总结任务的病案，按超过日期登记。

4．对回收病案不得委托他人代送，注意保密，严防丢失。

（三）病案正理、装订操作常规及要求：

1．对门诊及住院病案应核对姓名，病案号，然后检查回单是否贴错，病案是否重叠，各项记录是否齐全，内容有否涂改或划补，对不合格的应重新粘贴，填补，力求病案完整无缺。按精神科要求顺序排好，予以装订。

2．对重复多次病案应予以合并装订。对字迹不清潦草、错漏字过多，破烂、不正洁的病案应提出纠正，对不及时更改者、向负责人提出改进意见。

3．装订要工整，清洁，无损坏。

4．经常注意病案的排放整齐有序，避免号序颠倒及错放。

（四）病案登记工作及要求：

1．入院病案登记

（1）由住院部负责填写编排病案号，除首次住院按新号登记外，再次入院均按原住院号登记，不得重号。

（2）对入院病案应在门诊病案右上角填写住院号码，以免重名重号错放。

（3）要填写详细准确，按入院登记表填写。

（4）不管住院时间长短，均按住院处理，不得乱改病案号、须改号必须与病案室联系。

表11—10　　入院病人登记表

科别	病案号	病人姓名	性别	年龄	职业	入院日期	入院诊断	单位（或详细住址）
	⋮							

（注：双线以上为首次住院、用兰墨水登记；双线以下为再入院用红色墨水登记）

2．出院病案登记

（1）按出院登记表内容填写。

（2）要及时准确，字迹工整易认、不得潦草，一律用钢笔书写。

（3）出院登记应由病案管理人员认真登记，不能错登或漏登。

（4）按年装订汇册，存档，长期保存。

表11—11　　出院病人登记表

科别	病案号	病人姓名	性别	年龄	入院日期	入院诊断	出院诊断	出院日期	住院天数	病效	单位(或住址)

3．死亡与尸体检查登记：

（1）对死亡病案应及时整理登记入案。

（2）有条件可专设病案架或专门设类登记。

表11—12　　死亡登记表

科别	病案号	病人姓名	性别	年龄	死亡日期	死亡诊断	死亡原因	尸检病理诊断	详细住址

（3）按“死亡登记”表格的各项认真填写无误。对死亡登记簿要认真保符，不得遗失。

（4）因死亡数量少，登记簿应考虑五一十年编册，长期存档。

（五）病案归档，保管操作常规以要求：

1．病案归档常规及要求：

（1）对编目后的病案予以归档，上架，按号序对准姓名放于架内。勿要颠倒，防止误放，排放不要过紧，保持松紧适度．防止破损。

（2）入架时不要将病案全部插入，留小部分于架外，经核对后无误再将病案推入架内。

（3）根据需要采取不同类别归档，予以开放或密闭归档。对破损病案应予修补后再按序归档。

2．病案保管操作及要求：

（1）院内各类病案均应由病案室集中保管。要设专人负责，不准丢失。

（2）对密闭保管的特殊重要病案或司法鉴定病案，应由可靠人专管。对开放管理的病案应一律上架保管，要排放整齐，设有标签或号序指引标记。

（3）要设有病案库，要求办公室与病案库分开。

（4）要求按序号排列法，按号的大小先后排列，由上至下，由左至右，一直排列下去。

（六）病案供应工作及要求：

1．门诊病案供应工作及要求：

（1）负责供应当日或予约的病案。以挂号证及门诊号抽取病案。负责对门诊会诊病案的供应。

（2）抽取病案应采取“留尾制”的方法，将应抽取病案的后一份病案抽出1/3的位置，减少回插时的差错。

（3）对查不到的病案反复查找，防止初诊病案重复造成重号过多。

（4）要求供应及时无误。不得由非本室人员乱抽调病案。

2．住院病案供应工作及要求：

（1）由医生提出借阅病案通知，并经查出后送到借阅者处，填写借阅追踪卡，以防丢失。

（2）对会诊及讨论病案，应由负责人提出借用通知，按“个案借阅”项目填写，写明送还时间，经病案人员提取后送给借用者。

（3）对门诊借用，也按病房借用方法。

（4）对教学，科研使用病案，按教、研病案予以供应。

3．院医室病案供应及要求：

（1）专设职工门诊病案，以利供应。

（2）挂号后随同病案一起带入职工门诊，下班前将病案收回，放入一定的序号内。

（3）对病案页数过多者，经摘录简要病案后，将剩余病案送回病案库归档。

（4）对退休、离休，死亡者也应将病案长期保存，以供需要查找。

（七）门诊挂号工作及要求：

1．凡来本院第一次就诊者应挂初诊，由挂号人员询问填写。填好后连同挂号证由输送人员送到门诊室。

2．凡再次来院就诊者按复诊挂号（应持挂号证）取原病案送到门诊室。对丢失挂号证者视情节予以补发。

3．予约与急诊挂号：可按各单位具体情况办理此项挂号。

4．对设有职工医疗所（室）的单位，应由挂号室办理挂号手续，采取特殊颜色的挂号票，连同病案送至医务室。

二、各项规章制度

（一）病案室工作制度

1．病案室在病案管理委员会及医务处（科）的具体领导下工作。并遵守各项规章制度及操作规程。

2．病案室负责各类病案的收集、整理、装订、登记、编目、归档，保管，供应工作。

3．负责病案供阅及调阅，按规定予以提供材料。

4．负责收集，输送门诊及住院病案，不准将病案交给病者本人或家携带，以免泄密或丢失。

5．负责职工病案的传递，查找与保管工作，不得乱拿或保留。

6．负责各类医用表格的审核工作，并提改进意见，送交后勤部门印刷。

7．协助搞好科研，随访方面的工作。

8．严格执行病案的借阅制度和手续。

（二）病案借阅制度：

1．病案主要供临床医师（士）及科研、教学，随访医务人员使用、非上述人员禁止借阅。特殊情况须经有关领导批准方可受理。

2．借用者要履行借用手续。除再入院病案带出病案室外，其它借阅的病案一律在病案阅览室内使用不准带出。携出者填借用卡片。

3．外单位无权借用和调阅。凡需摘抄病案或索取住院证实材料，须持有关方面介绍信经院领导或医务处批准方可接待，保留介绍信。

4．对实习生、进修生、研究生等借阅，须经所属科室负责人同意签字，方可借阅，但不许携出病案室。

5．科研、教学借用病案、应提前联系，由病案人员供给，不准带出医院外，保留使用时间1—2周，须延期者应提申请。

6．对死亡讨论及会诊的病案，经科主任或主治医批准签字方可携出室外，按期还回。

7．一律在办公时间办理借阅手续，不得任何人私自将病案携出门诊及病案室。

8．本室病案不得由非病案人员抽取，待病案人员提取后，方能带出病案库。

9．借用者应爱护病案，使用期间不得损坏，不准私自涂改、换页、拆撤，撕毁或遗失，不准拍照，否则取消借用权。

（三）病案检查制度：

1．由病案管理委员会定期负责检查病案质量及病案管理工作，补充和修改病案管理的各项制度，并提交院务会批准执行。

2．病案室主任（或负责人）应随时注意检查门诊及住院病案的质量。

3．定期组织各医院病案管理的应检工作，达到互相促进与提高的目的。

（四）防火安全制度：

1．严禁在病案室病案库内吸烟或使用明火。应根除不安全因素。

2．库房内应设有防火设备及安全守则。

3．应经常检查库房内门、窗、水、电等安全措施，并认真做好交接班工作。掌握灭火器材使用方法，节假日要做好检查。

4．不准在电话中回答有关病案内容及保密性问题，做好保密工作。

5．未经领导批准不得乱自接待参观人员或借阅病案。

三、病案室各级人员职责：

（一）主任（或负责人）工作职责：

1．在院长或医务处（科）直接领导下，负责病案室的全面工作。组织、领导全体人员完成工作任务，主持本室各种会议，布置与总结工作，提出表杨与批评。

2．了解考核工作人员表现及业务能力，提出奖惩意见。负责组织本室人员业务学习，提高管理技术水平与质量。

3．负责拟定本室季度及年度工作计划，总结各项工作并上报。定期检查各组工作。

4．负责检查本室执行各项制度情况及卫生、安全措施。

5．负责接待、组织，安排外来学习或进修的病案人员，培养，训练各级学员。

6．参加病案委员会议及有关医疗学术会议，报告本室工作情况及了解医、教、研等有关方面的动态，以便做好各项供应管理工作。

（二）业务组长职责：

1．在病案室主任（或负责人）的指导下工作，负责领导安排全组业务工作。

2．负责安排组内人员工作，保证工作的及时准确的完成。

3．参加本室办公会议，汇报工作及其提出改进意见。

4．组织本组人员进行理论和技术学习。

（三）病案管理员（简称“病案员”）职责：

1．在本室负责人的直接领导下进行病案管理工作。完成本职工作。

2．热爱本职工作，努力学习病案管理知识和熟练掌握技术操作，随时接受上一级领导检查。

3．应积极支持教学，科研、随访的病案抽调工作，供应及时不拖拉。

4．经常做好工作室与病案库的卫生清扫工作，保证通风、干燥、无尘，病案整齐。

5．注意安全、严防火灾、防止病案霉烂、虫蛀与丢失。

（四）病案人员工作守则：

1．努力学习政治和业务知识，热爱本职工作，千方百计提高工作质量，改善服务态度，对各级人员接待要和蔼热情。

2．服从领导，遵守纪律，不擅离职守。

3．严格执行安全、防火，保密等各项章则制度。

4．加强本室工作人员之间团结，与各科室搞好关系。

5．经常保持室内外卫生，保证环境的安静和舒适，不准大声说笑与喧哗。不准穿硬底鞋入病房。

6．爱护公共财物、精心保管室内所有物品，不得随便破坏或乱用。注意节约不得浪费。

第五节　随诊及审核工作

一、病案随诊工作：

随诊工作是医院临床、教学、科研工作的重要组成部分，病案人员应积极协助开展这项工作。

（一）随诊工作的分类

1．定期随诊：亦称“例行随诊”“常规随诊”。

是在病人出院后，由临床科室确定随访日期、范围、种类等，制定常规随诊卡片。

2．特别随诊：又称“临时随诊”“特别随诊”。

是属一次性的，不定期随诊。时间性强，限期完成。是由医师提出设计要求，以某专题研究为目的及其经验，总结和疗效观察。

（二）随诊方式：

1．予约复诊：

是对距医院近而合作的病人随同知情陪护人，定期复诊，按拟定的题纲进行。

2．文件随诊：

对距院较远所采取的信件调查方法。印制固定表格，寄给家属与单位知情者，协助填好表格寄回。

3．家庭访视：

是由医师或精防人员亲自到单位及家庭了解病情及全部防治情况。

4．委托复查：

是由患者所在单位的卫生机构代行复查，并将访录单寄回医院。

（三）随访工作程序

1．建立随访索引或卡片：

应由主管医师或随访人员填写，连同出院病案一并交到病案室，由病案人员填随访日期卡片并按期发信。如回信可通知主管医师去病案室核对记录，然后连同回信由病案室

保管。如病者已故，应记载于随诊卡内，并在末次住院病案上填写“死亡”标记。

2．专人负责：

除一般性通讯随诊由病案室进行外，重点随访一定要在科内指派专人负责，定期门诊与家访，并将随诊记录附于原病案内。

3．填写随访卡片：

（1）随访日期卡片头：

每月一张，共12张。按随诊日期填写病人卡片，并插在月份指引卡片后，分年卡片头。

（2）随访病种卡片头：

按疾病分类次序，分放在分月卡片或分年卡片后。同种疾病随访卡片集中放在一起。

（3）随访病人卡片：

可按随访日期卡片头填写即可，方法同上。

凡发出“联络单”的卡片应放在“联络单已发”栏内，以待回件。

二、医用表格审核工作：

（一）病案室审核表格的依据：

1．医院应用的大量医疗表格均要放入病案内，这些表格又涉及到病案管理工作，如张贴，整理，装订、保管案。

2．对医疗统计的各种表格。病案室了解的很清楚，为使医疗统计表格的内容、格式、布局达到统一性、系统性、科学性，符合病案管理的要求、病案室就应该负其审核表格的责任。

（二）审核表格的注意事项：

1．应避免表格重复。对类似的表格应采取代用办法。

2 对未成熟的表格应采取试用的办法、先油印后铅印，以免造成浪费。

3．经常征求和听取有关科室对新装表格设计使用的意见。对印刷初稿也要征求有关部门意见、无疑时再批印。

4．提出印刷质量的要求及负责印刷中的核对。

5．医疗表格的病案号应固定印刷在表格的右上角上，其它号不与此号并列，以免填写混乱。

6．每种表格都应有统一编号，对新批用的表格亦应予以编号，并备样品存查。

7．当表格再行印刷时，库房应将原表格交病案室审核，经研究批准再予印刷。对修改复印表格也须交病案室审核改后，交有关部门印刷。

8．凡送入病案室的表格，必须保证规格的统一，符合病案的规格式样。

9．所有医用表格均应由病案室根据不同使用情况决定应用、停用或修改。

第六节　病案管理现代化规格及要求

一、病案室规模与设备：

（一）病案室的建筑：

1．病案室建筑与病案管理的关系：

当前各医院的建筑给病案管理工作造成一些难以克服的困难。多数医院缺少病案储存室，更没有工作室，多数医院采取工作与储存室混用办公，给病案管理工作造成如下困难。

（1）放置分散，战线过长，浪费人力，拖长查案时间。

（2）无阅览室致成病案外借，造成丢失。

（3）削足适履，大量病案消毁，使医、教、研方面的宝贵资料遗失，影响了医学发展。

2．病案室建筑要求：

（1）建筑地点：

应设在距门诊，急诊室，住院处，病房较近的地方。

（2）建筑面积：

以每年实际出院数和门诊量的发展来考虑，单纯以病床数来考虑是不够确切的。根据精神科病案情况推算，每出院一万人约需病案架五立方米，相当于25×2×0.6（米）病案架两架，（八层两面架两个）用房屋面积约五平方米。各类卡片柜占用面积．办公室，阅览室，医、教、研等均需要一定面积。

（3）建筑形式：

要求病案室设在一楼或地下室，一条工作线：阅览室→管理人员办公室→病案库。有条件医院可设病案整理、装订、查找工作间，安装层楼式工作架．上下层可安自动升降机或楼梯相通。

建在地下室要求通风，防潮，防火设备。

门诊病案应与挂号室相通，索引卡柜设在挂号室内，挂号室要单独工作，不要与其它部门混合工作。

（4）建筑要求：

室内光线充足．安装日光灯为宜。冬季应采用暖气设备。要有良好的通风、防尘及防火设备，防潮措施。应符合安全要求。

（二）病案室的现代设备：

为使病案输送工作及时，促进病案管理的科学化、现代化，应向着自动化管理方面发展，以适应现代医学科学发展的需要。如病案自动输送，病案资料自动检索，轨道式闭合自动贮存架，自动或半自动归档升降梯，自动病案输送车等等。一个具有科学现代管理的病案室就应该有科学现代自动化的装备，否则成效不显，事倍功半。有关病案室的设备略述于下：

1．病案办公室设备：

（1）规格化的办公桌椅，书立若干，接待外调桌椅若干。洗手设备。

（2）各种病案装订用品：钉书器，打眼机（自动）自动打号机．拨动印号机．钢锥，粘贴用品，电子计算器等。

（3）英文及中文打字机，复印机等，

（4）各种索引编目卡片柜，各类登记簿贮放立柜若干。

（5）各种章则制度摄影集锦簿或镜框若干。

2．病案阅览室设备：

（1）精制活动阅览桌椅若干，洗手设备。

（2）科研予约病案储放柜或病案架若干，活动黑板（供病案讨论及教学）

（3）充分照明设备。书写用品。

3．病案储存库设备

（1）装配闭合组成轨道式病案架或规格铁制，铁木制病案架若干，有条件者安装自动传送设备，自动升降取放病案梯。

（2）封闭管理病案柜若干。

（3）小中型吸尘器，防火器若干；

（4）装订工作台或自动装订器。洗手设备。

4．现代设备：

（1）复印机；

（2）缩微照相设备；

（3）各型电子计算机储存；

（4）小型电脑设备。

二、病案管理现代化的进展

近年来医学科学发展比较快，科学技术的进展促进了医院管理工作的发展。随着我国四化建设的需要，病案管理工作亦被各级医院领导所重视，抽调专人，成立各种病案管理组织，为进一步提高科学化，现代化的水平而努力。科学化的管理首要问题是病案的永久保存，取消汉字记载，基本以数字来代替。在连续性，系统性，整体性的基础上采取现代化的管理设备。几十年来国内外在病案管理方面做了许多工作，通过各种途径设计了自动操纵控制台，用来自动装订病案和插放病案；而国内也用拼音打字机打印出各种索引，给科学现代化打下了初步基础。在国际上发达的国家早已利用电子计算机储存各种资料，有些国家已用电脑进行病案管理。目前在我国仅有几个主要大城市，开始使用电子计算机储存统计资料，而对病案管理内容还在逐渐摸索。由于我国目前条件，还不能普遍应用，有待进一步努力，迎头赶上。

由于精神科专业，过去没有被重视、现在逐渐被认识、并得到各级领导的重视和支持。因此专科病案资料管理工作、也会同其他工作一样，逐渐发展起来，并朝着四化方向的要求大踏步前进。

（李志才）

第十二章　精神病院的科学研究

科学研究（Scientific research）就是用科学方法进行调查研究。科学研究是一种探索性的认识活动，是人类为了探索未知事物的本质及其规律的一种认识活动。科学研究有赖于实践观察获得事实材料，而事实材料只有通过理论思维才能上升为理性认识，这样才能了解事物的本质及规律。因此，实践观察和理论思维是构成研究的两大基本因素。

医学科学研究是为防治疾病服务的，它的基本任务在于认识疾病，掌握疾病的发生发展过程，揭示健康与疾病的转化规律，从而提出有效的防治措施，以增进人民健康，造福于人类。在医学科学研究中，分为基础医学研究、预防医学研究、临床医学研究。

精神病学科学研究主要以实践观察包括实验或调查并以调查为主，当然，如有条件也可进行实验性研究，如内分泌腺（甲状腺、性腺、肾上腺皮质和垂体）功能障碍的研究，神经介质学说的研究等。调查研究仍为我省目前主要研究的方向。

第一节　精神科的科研作用

精神病防治科学技术的发展和提高都是通过大量的精神病防治实践、临床观察研究、实验室研究和基础理论研究所得到的结果。一般的说，精神病防治技术的发展，没有一项新的防治技术不是在科学研究首先取得成果的带动下发展起来的。精神病院的临床实践，它一方面为科学研究提供了重要的场所和必要的条件，是精神病防治科学技术研究的广阔天地，另一方面也是发展精神病防治科学技术的重要手段。无论是精神病的发病因素的研究，临床诊断、治疗新技术和新药物的研究，以及对精神病防治规律的认识，都要经过一系列的调查研究，严密细致的临床观察，反复实践、分析与考证，才能逐步认识和掌握精神病防治规律。因此说，精神病院的科学研究，对精神病防治科学技术的发展，越来越显示出他的重要性，一个精神病院的科学研究工作开展的如何，科研人才和成果的多少，是衡量精神病院技术水平高低的一个标志。

第二节　精神科的科研内容

回溯社会文化精神病学发展的历史，可以发现，在十九世纪精神病学家已广泛探索并且扩大了精神病学的研究，本世纪初，描述性精神病之父Emile Kraepelin就已经开始注意到精神疾患的地域差别，埃氏曾到过印度尼西亚，试测他在德国时根据临床观察所设计的分类学在印度尼西亚的适用性。我国少数民族与汉族发病率根据广西壮族自治

州精神病院的调查亦不同。

社会文化精神病学的最新倾向是在研究少数民族的同时也研究多数民族，通过研究自己的社会，人们更深刻地认识到：每个社会都有它自己的社会文化环境，影响着生活在社会中的人们的思想和行为。

那么精神病学研究以应用科学研究为主，其内容可归纳以下几个方面：

一、精神病流行学的研究

（一）关于本市地精神疾病的发病率、患病率、患病机率、死亡病例及其有关因素的调查；

（二）对所选择调查的框架、户数，每隔3～5年，重复调查一次，进行前瞻性研究；

（三）研究影响精神生活和健康的社会文化可变因素，如城市环境、人口密度、住房条件、经济条件，政治运动、工业高度发展（接触毒物、噪音等）、环境污染、文化教育制度等对精神的影响以及与精神病发病的关系；

（四）城市与农村、山区、汉族及少数民族的发病率及症状特点；

（五）某个地区高发病为精神发育迟滞、癫痫等的调查研究。

二、有关基础医学方面的研究

（一）遗传学的研究；

（二）生化学的研究；

（三）神经生理学的研究；

（四）心理学的研究；

（五）精神药物的研究。

三、医疗、护理实践中的各种问题的研究

（一）精神疾病的分类与诊断标准以及电子计算机的应用；

（二）精神疾病症状学、病因学及发病机制的研究；

（三）各种疗法及新疗法的研究；

（四）中医辩证论治及气功等的研究

（五）有关并发症的研究，

（六）对猝死和各种意外的研究；

（七）有关护理方面如精神护理、意外征兆和防止意外等。

四、精神病的社会防治

（一）防治机构与组织工作的研究；

（二）早期发现早期治疗的研究；

（三）抗复发及防衰退的研究；

（四）精神病人的管理：尤其对衰退病人及有犯罪行为的病人的管理；

（五）精神卫生工作中的心理咨询。

五、其它：儿童精神病及老年精神病的研究，犯罪心理及司法精神病的研究等。

第三节　精神科的科研方法

精神病学的科学研究方法和其他医学科学研究方法基本上是相同的，总的分为搜集资料获得信息，分析资料处理信息的全过程。搜集资料的方法有调查观察法和科学实验法，前者是不加人为因素干扰人体的现存状态，运用各种科学手段，如显微镜、X线、心电脑电等设备，观察和记录人体器官形态和生理生化的特点，而获得自然存在的信息；后者是施加各种人为因素，干扰人体现实状态，进一步观察其变化过程，而获得动态信息，如临床观察某种药物治疗精神分裂症疗效的观察。分析资料的方法，就是把搜集的资料运用思维过程进行资料信息的处理，上升为理性认识，一般分为分析、综合、归纳、演绎等全过程。分析与综合就是把具体资料概括为理性认识，由事实到理性的思维形式，分析就是化整为零的认识过程，把复杂的正体事物分为不同的层次与侧面，逐个加以剖析，得到部分认识，为进行综合提供信息基础；综合就是归零为正的思维过程，在分析的基础上，把不同层次和侧面的认识，组合起来，形成一个统一的正体认识，更深刻、全面、准确地反映实验室观察结果。具体说，没有分析，要认识复杂事物就无从下手；没有综合，对复杂事物就不能得到完正的认识。为此，要自觉地遵循辩证唯物主义原则和科学方法论的原理，正确地运用各种科学研究方法，进行精神病科学研究。

一、科学研究方法

（一）调查：调查方法是目前精神病学科学研究实践的主要手段。经常应用于精神病的病因学或发病因素及发病情况等精神病流行病学研究。运用调查方法，要求有严格的科研设计，否则难以保证调查研究的质量。

（二）观察：分临床观察和实验观察。这也是目前精神病院常用的科学研究方法，尤其在精神病科临床工作中经常遇到的疑难问题，需要进一步研究，找出行之有效的诊断、治疗新措施，探索新的认识和新技术。但是，运用这种观察研究方法，要有统一的观察标准和完正的对照组，有可比性和科学的设计方案，并且要有较精确细致的观察方法，方能保证科学研究成果的质量。

（三）实验：科学实验方法，有临床和实验室实验及动物实验。实验研究是一项细致而复杂的科研工作，要求必须具有严密的科学态度和刻苦钻研的精神。目前我省各精神病院由于医疗装备条件所限，有关实验研究方法还不能广泛应用，要努力创造条件，逐步运用这种科研方法。

二、科学研究的程序

自然科学研究一般分为四个阶段，医学研究也是一样。即选题、制定科研设计阶段、搜集科学资料阶段与正理分析综合资料及科学著作的写作阶段。这四个阶段中一般认为搜集资料占用时间最多约50%，其次的正理分析资料时间占30%，选题及撰写各占10%。

（一）选题：选题也称为立题，就是提出问题或者打算研究什么问题。提出一个有

价值而又适合研究者个人的能力与客观条件的课题，并不是轻而易举的。如选择的课题虽有价值但难度太大，研究者不能胜任或是客观条件不允许以及有的课题虽可按时完成，却只是重复别人已经作过的工作，获得的结果没有什么价值等。这些都是选题不成熟。选题是决定科研工作成败的重要因素之一。选题不是随随便便就能确立的，要有一个从萌芽、选择、推敲到确立的过程。

选题的萌芽总是受外界条件的启发，如日常工作中得到启发，在教学活动中得到启发或其他科学活动如审阅、修改稿件、给下级医务人员解答问题或进行学术报告等都可得到启发，开扩思路，获得新的科研课题。有了课题的萌芽，即要达到系统化，主要是靠阅读国内外文献来实现，了解本课题在国内外进展情况，查到自己考虑的课题的性质、范围及科学价值以至搜集科学资料的主要方法，这即是选择、推敲和确立的过程。最后还有一道工序就是对课题进行验证。第一是看看所选课题有无科学价值。研究是为了医学的发展，为了解决医疗保健工作中的实际问题和理论问题，保障人民健康与延长人类寿命。课题是否有价值主要表现在上述问题中是否有创新，也就是否有所发现、有所发明、有所创造、有所前进。第二是检验研究者所处的实际条件，诸如病例、药品、设备、仪器、试验动物的来源、承担者的能力与时间等是否完备，都应有恰当的估计。

已拟定课题的内容也不是一成不变的。在研究过程中，如果有新的发现，原来的题目可以扩展，甚至拟定新题目，而不可墨守成规。另一方面，如果发现已拟定的课题有不当之处，要及时进行修改。一个正确的科研课题，从选题到科研工作完成，都在不断进行调正，使之逐渐完善。

（二）制订科研设计：科研选题确定之后，在查阅科研文献的基础上，是否能取得成果及达到予期的效果，在很大程度上取决于科学研究的设计。科研设计也称实验设计，内容很多，但都是围绕着科研构思或科学假说为中心进行设计的，是搜集直接资料的具体方案。人类在认识活动中，对于某些自然界的规律做出代有假定性的设想时，即为科研构思，进一步发展成为假定性的理论解释即成为科学假说。

科研设计是正个研究工作的蓝图，集中体现了该课题研究人员的设想，构思和予测，用最经济的人力，物力，选择最有成功希望的方法与途径，以求达到最大的效果。在科研课题设计中，首先应概述研究的目的、意义和研究的予期效果；国内外对此项研究的动态和发展趋势。其次要明确研究对象，制定好科研方法步骤，研究顺序，技术标准，研究手段，安排好研究条件，进度要求，分工协作内容，参加人员，工作时间，仪器设备和药品物质保证供应等等，在科研设计中都要明确说明清楚。

科研设计的一个重要内容就是确定处理手段与受试对象。处理手段与课题分类相一致，可分为调查，观察及实验三种手段。调查及观察手段参考上述内容。实验的处理手段依受试对象可分为直接实验及简接实验。前者以人为对象即临床实验或人体实验。后者以动物或其他方法进行。在精神科的科研都是关系到人类所独有的高级神经活动的功能，除少数药理，病理，生化，生理及心理过程的研究有时应用实验手段外，大量的研究均是临床研究，均是采用调查或观察的手段。

科研设计中的受试对象问题，一般认为把受试对象确定为若干组是很重要的一个步

骤。由于病人无论住院或门诊都是陆续就诊的，在分组时必须适应这一点，按随机化原则，分配进入各组。通常采用顺序分配法，即按就诊或入院先后分配，也可以配合采用按病人的自然条件性别，年令等均匀地分配进入各组的分法。如果是回顾性的病例分析，可根据分析的目的不同，分为几组，例如分析1980年以前10年内癫痫性精神障碍的疗效，则可根据其不同临床表现或几种治疗方法等分组。对照组的确定也要按照随机化的原则，以保证对照组与研究组在条件上的齐同性。

科研设计的另一个重要内容是原始记录表的设计。为了准确无误地将予计科学资料收齐，需要设计一张原始记录表。原始记录表是科研设计项目的具体体现。

对于调查性研究，原始记录表就是第一个原始资料，而对于临床观察则可以从病历资料中摘取必要的内容填入原始记录表。但由于事先未经设计，往往项目不全，所以，作为研究对象的病例，还要有一张为科研项目而设计的原始记录表。

原始记录表的格式，一般使用卡片式最便于统计分析之用。如果把卡片上的内容列在一张大纸上，就成为一览表了。在最初填写时，最好是每一个病例用一张卡片，这样较为方便。

原始记录表至少应包括下列内容：

①自然情况：性名，性别，年令

②受试因素：即予计调查或观察的项目，或实验产生的效应；

③讨论或说明；

④记录者，记录时间；

⑤编号。

原始记录表设计内容的重点是受试因素，受试因素构成一张原始记录表的主体，内容最复杂，其格式可用纲领式或符号式。纲领式是将要观察或调查的项目分为几个部分，每一部分提出一个纲领。例如调查颅脑损伤伴发的精神障碍，调查项目可分为颅脑损伤的性质，损伤后意识情况，损伤后精神症状等几个大纲，每一个大纲下又分几个目为颅脑损伤的性质下可分外力作用方式及直接受伤部位等，每目之下留出空白供记录用。符号式是将予计观察或调查的项目以及可能出现的结果全部列出，记录者只在卡片的适当位置打对号或用加减号表示。有人主张纲领与符号相结合的方法，可减少两者的缺点，即在纲领式的基础上，只列出必要的可能出现的结果，留出一定空白由记录者根据实际情况填写。

“讨论或说明”一项是因为你认真填写一张原始记录之后，往往在脑海里产生一个小的结论，实际是由一个病例的启发而产生的某些见解或是见解的萌芽，将其及时记入卡片，以备正理，很有用处。

（三）搜集资料：搜集资料主要是靠平时工作与读书时积累。一个科学工作者，随时随地都要注意收集和正理科学资料。除了平时的积累以外，还要有计划地进行搜集。直接资料的搜集与处理大致经过以下四个阶段：a．执行科研设计，作好原始记录；b．对所得数据资料进行甄别，以定取舍；c．对所得数据进行数理统计学处理；d．将所得数据根据需要编绘成图表。间接资料的搜集积累，主要是通过读书来实现的。间接资料

的来源有以下几个方面：a．参考书、教科书、手册、专著、进展丛书、学术会议文集、论文集。b．期刊：杂志，专科杂志、综合杂志、译文杂志、评论杂志、学报、院报、会报、情报刊物、通讯、会讯、公报、快报、报告等。c．工具书：字典、词典、医学辞典、辞海、百科全书、年鉴、专题索引、作者索引、文献索引、书目等。d．其他：未发表的学位论文、内部资料、会议文件、商品广告、药械说明、专利说明书等。e．咨询：采用交谈或通讯的形式，从别人那里求得知识的方法。咨询可以弥补文字资料的不足，与有经验的科学工作者口头交谈或书信来往，有时可获得文字材料无从取得的知识。

（四）正理与分析综合资料：

将研究过程中积累的资料进行去伪存真，去粗取精。首先把原始资料分门别类的登记，在登记中考核复查各份资料是否完正，缺欠或有错误部分，应进行必要的补选，必要时重复检验。

在必要的数据上，要按着统计学要求的方法和公式计算出平均值、标准差、标准误、T测验与X^2测验等，经过统计科学处理，进而看出其实际意义，为进一步科学分析提供数理资料。数理统计方法可以看做是人类认识客观世界过程中的一种数学理论方法。如使用碳酸锂治疗躁狂症20例痊愈14例，得出结论治愈率为70%即是不恰当的，必须以数理统计方法计算其概率，也即是求得数据中偶然性的大小。或者，求出可靠程度也即是显著性的大小。

在数理的基础上，方可进行推理判断，再结合其他资料分析综合，上升到理性，找出规律性的东西和本题科学研究的结论。

（五）撰写：

资料的正理与总结工作，是临床医学科研的一项具体细致的工作，也是研究过程中的最后阶段。

撰写论文内容结构包括以下方面：

1．论文前言（或引言、综合）：重点介绍本研究结果的特点、意义，如本研究题目比较新颖，可简述国内外研究的概况，但篇幅应简单扼要。

2．研究方法步骤：重点介绍采用的科研材料、方法和步骤及如何进行的工作，如对照组和观察组的编设，实验过程等。

3．研究结果：要用鲜明简洁的文字、表格、绘图、照片等报告本科研的结果。除撰写论文外，亦可采用幻灯、电影、电视等形式报告研究结果。

4．分析讨论：要层次分明地阐述研究结果突出的观点，如方法的特点，结果的论据，提出的问题等。分析讨论注意事项：①分析讨论逻辑性要严密完整，引证论据尽量应用结论性的材料和观点，论文中心要突出，前后要呼应。②必须有实事求是的科学态度，成功与失败的资料都是重要的，均应进行客观的分析。指出本研究存在问题和引伸的线索性问题。④分析讨论要邀请有关人员参加，集思广益，予以补遗和修改，以便进一步提高。

第四节：精神病的科研组织领导

精神病院的科学研究工作的组织领导，一般分为院科两级组织领导。院部要有一名业务付院长分管科学研究工作，负责制订科学研究计划，审查科研设计方案，督促检查科研计划的实施，组织科研成果的鉴定和推广。科室负责人要亲自抓科研工作，带头搞科研，亲自制定科研设计，组织实施科研计划，落实科研技术措施，负责科研资料的正理，写出科研成果报告和合乎科学性、完正性、准确性的科研学术论文。精神病院技术委员会对科学研究工作负责技术指导，把好科研质量关，提高科研水平，推动精神病科学技术的发展。

（王秀姿　许振学　喻永孚）

第十三章　精神病院后勤管理

后勤管理是医院管理的组成部分，也是医院科学管理的重要内容。医院的主要工作是以医疗为中心，这就决定了后勤工作必须坚持为医疗第一线服务的思想。医院的服务对象是病人，不仅要用医疗技术为病人服务，同时还要安排和照顾好病人的精神、饮食、起居和环境等生活的各个方面。医院具有科学性、技术性和工作连续性很强的工作特点，这就决定了医院后勤工作业务面广，服务性强，工种繁多，人员复杂，工作琐碎具体，它既是行政管理部门，又是具体服务单位。后勤管理工作的好坏，与能否保证医疗质量关系极大。只有加强后勤工作的科学管理，不断提高工作质量，才能适应医院发展建设的需要。

第一节　财务管理

一、财务管理的任务

（一）保证和促进医院事业的发展。

（二）保证医疗、教学、科研和防治等工作任务的完成。

（三）促进医疗质量的提高。

（四）改善病人和职工的生活条件。

二、财会管理的原则

（一）正确贯彻执行各项财经政策和财经纪律。党和政府对财经工作的一系列方针政策是财务管理工作的依据和准绳，只有按财经政策和财经纪律办事，才能使医院财经管理工作沿着社会主义方向发展。财务人员要以身作则，奉公守法，对一切违犯财经政策和财经纪律的现象要进行坚决斗争。

（二）要按经济规律办事、讲究经济效果。通过加强经济核算，评定医疗效果和经济效果，利用经济手段降低消耗、减少损失、建立建全奖惩制度等，充分调动和发挥人

力、物力和财力的效能，切实把财务管理工作重点转移到提高医疗经济效益的轨道上来。

（三）坚持自力更生。勤俭办院的方针。医院是卫生事业单位，国家补助拨款仅占全年总支出的百分之五十左右，业务收入又是有限的。医院普遍存在财经状况比较紧张，满足不了医院发展建设的需要。因此，更需要坚持自力更生。勤俭办院的方针，提倡少花钱多办事，集中财力办大事的革命精神。

（四）要从有利于病人出发，一般不增加病人的经济负担，是加强医院财务管理工作的出发点。对病人的收费一定要合理合法，不能因强调经济管理，讲究经济效果，就巧立名目增加病人的经济负担。医院的经济效果，不仅表现在经济收入上，更主要的是表现在医疗效果和社会效果上。不顾病人的合理需要，片面追求经济收入的作法，是社会主义医院财务管理原则所不容许的。

三、财务管理的基本内容

（一）根据事业发展计划，正确的及时的编制年度和季度财务计划（预算）办理会计业务。按照规定的格式和期限，报送会计季报和年报（决算）预算要经院长办公会和党委会讨论，报上级批准后执行。决算要报院长办公会和党委会审查。

（二）合理组织收入，严格控制支出。凡是该收的要抓紧收回，做到不漏收，不多收，不擅自提高收费标准，发现问题及时纠正和处理。凡是预算外的、无计划的开支应坚决杜绝。对于临时必须的开支，应按审批手续办理。

（三）加强经济管理，定期进行经济活动分析，按时提供经济活动资料，反应经济效果。并针对财务管理工作存在的问题，提出改进措施，狠抓落实。

（四）会同有关部门作好经济核算的管理工作。每季度结合劳动竞赛的评比活动，检查基层科室各项经济指标完成情况，进行经济核算，指导基层科室的经济活动。

（五）加强资金合理使用，杜绝私人占用公款。凡对外采购开支等一切会计事项，均应取得合法的原始凭证。原始凭证由经手人、验收人和主管负责人签字后，方能以据报销。出差或因公借支，须经主管领导批准，任务完成后要及时办理结帐报销手续。

（六）要及时清理债权和债务，防止拖欠，减少呆帐。

（七）定期对房屋、设备、家俱、药品、器械等物质财产进行经常的监督和必要的检查，及时清查库存，防止浪费和积压。

（八）按银行规定加强现金管理，做到不坐支，不超规定的库存定额。

（九）加强物质定额管理，按计划采购，严格执行验收、报销、报废、赔偿等制度。

（十）加强公费医疗经费管理，杜绝不合理用药，减少公费医疗超支。

四、财务管理的主要措施

加强财务管理，不断提高经济效益，主要应抓好以下十项综合措施。

（一）对药品管理实行“金额管理，全面统计，实耗实销”，将过去以存定销，改为以销定存。充分发挥药品的经济效益，防止浪费和积压。

（二）增加病床利用率，加速病床周转次数。年初将指标下达科室，按月、季进行检查，对超额者增分加奖，对没有完成定额指标者扣分扣奖。

（三）开展多种疗法，扩大服务项目，提高医疗质量，增加业务收入。挖掘资金渠道。

（四）对卫生材料、清扫工具和办公用品实行定额管理，科室核算，年末节约分成。从而保证计划管理、计划使用。

（五）加强管理，堵塞漏洞，防止多收、漏收、错收、减少外欠款，合理组织收入。

（六）减少外包工，遇有紧急任务可在院内单项承包，尽量做到自己动手，一般中、小型维修在院内解决，减少资金外流，从而节约基建和维修费用的开支。

（七）加强车辆管理，做好保养和维修，保证行车安全。对车辆实行定车定人定油量，节油奖，超油罚。

（八）修旧利废，节约开支。对损坏的物品要建立赔偿制度，报废物质要严格审批手续，能修复使用的要坚持修复，节约各方面开支。

（九）加强公费医疗和旅差费的管理。建立必要的规章制度和批准手续。对贵重药的使用、转诊或转院要严格控制；要严格外出人员的审批手续和报销规定。减少公费医疗和旅差费的开支。

（十）加强物质设备管理，经常检查库存情况，防止物质的积压和浪费，发挥物质设备的潜力。

五、住院处管理

（一）住院处的领导

住院处不单独设立，一般隶属财务科领导，医疗方面受医务科业务指导。规模较大的医院，可考虑住院处单独设立。

（二）住院处的主要工作

1．随时掌握病床使用情况，与病房联系按排病人住院床位。

2．填写入院登记簿和住院病志号码，并填写住院卡片中应填项目，将住院卡片随病志、病人一同进入病房。

3．负责办理病人入、出院过程中的一切经费事宜，如收费、记账、结账等等。

4．办理病人入伙、停伙、退伙手续，预交伙食费用，结算伙食账目等。

5．负责办理病人假出院手续。

6．负责保管病人不能带入病房，临时应贮存的衣服及现金等。

7．填写病人流动日报，按时报统计室。

8．负责按入院病人清洁过程的顺序，为病人做好入院前的卫生处理。

9．向家属交待病人入院后应注意和了解的有关事项。

10．负责处理病人委托和家属电话的联系事宜。

11．负责按探视制度，组织病人亲友探视。

12．负责太平房的管理和清洁消毒工作。

第二节　后勤供应管理

一、后勤供应工作的任务及范围

（一）负责院属房产的维修、新建、扩建、使用及分配。

（二）负责水、电、煤气、取暖、照明的供应。

（三）负责全院被服的供应，包括洗涤、消毒、缝纫、修理及补充等。

（四）负责除医疗器械外的物质增添、保养、维修及供应。

（五）负责全院交通运输车辆的管理及供应。

（六）负责公杂用品的采购及供应。

（七）负责全院职工生活福利及供应。

二、后勤供应工作的质量要求

（一）院属房产的管理与维修

1．房顶：不漏雨，有女儿墙的部分不渗水、不结露，有结露结霜时应采取防寒措施。

2．天棚墙壁：基本保持无坑、无洞、整齐、清洁，无结霜、生霉等现象。

3．门窗：基本保持完整、结实、安全；铁活附件、玻璃齐全；防蚊、防蝇的纱窗、纱门要齐全。

4．室内地面：要保持平整、光滑。

5．上下水道：保持通畅，便池完整。

（二）取暖供应

包括取暖季节供暖与常规补助供暖。

1．取暖管道要保持通畅，无漏水、漏气。保温措施要落实，遇有损坏处能及时维修。

2．保持室内温度：

（1）病室要求达到18—20℃

（2）治疗室要求达到20—22℃

（3）非医疗科室要求达到16—18℃

（4）门诊医疗科室要求达到18—20℃

（5）理疗室要求达到18—20℃

（6）行政科室要求达到16—18℃

（7）职工宿舍要求达到16—18℃

3．保证医疗用气需要：主要指供应室、制剂室等医疗用气，做到定时定量供应。

4．保证日常生活用气需要：主要指洗衣房、浴池、开水房的定期定时用气供应。

（三）照明供应

1．应根据工作需要装备灯光。凡需要精细视力的工作场所，应设照明度较强的灯光；一般场所可设较暗的灯光；病室除设日常照明灯光外，还应设病人睡眠时的观察灯

光，一般度数较小，并带有颜色的较暗灯光。

2．设置灯光时，应尽量照顾到卫生学要求，减少视力疲劳。

3．照明用电与动力用电要分开。在电源比较紧张时，要首先照顾和保证医疗科室的照明用电及医疗用电。

4．经常检查电源及线路，发现问题及时维修，各科室及病房要保护好电源和电路，严防患者及工作人员触电，保证用电安全。

5．各科室、病房、班组要按装电表，实行定量供应，保证合理用电及节约用电。

6．各部位照明标准：

详见表13—1

表13—1

地　　点	全般照明（米烛）	工作地点综合照明（米烛）
诊察、治疗、处置室	100	500
病　　室	20	
医护办公室	25	200
盥洗室、卫生室	25	
走廊、楼梯	15—20	
食堂、工娱疗室	15—100	
药剂科、检验室	50—75	300
机关办公室	25	
图书馆	50	100
仓　　库	20	

（四）锅炉用煤（油）的供应

锅炉用煤或油，不仅要保证供应，还要通过经济核算加以管理。医院用煤（油）供应要抓好以下几点：

1．医院用煤（油）的种类及定量：

（1）采暖用煤或油。可根据供应采暖建筑面积（m^2）数，每月每季度耗煤（油）吨数，计算出平均每季每月每m^2建筑面积耗煤（油）量（吨），逐月或逐季度登记，并做出对比。

计算公式：$$\text{平均每月每季每}m^2\text{建筑面耗煤(油)量} = \frac{\text{一个月、季度消耗煤（油）量（吨）}}{\text{供应采暖总建筑面积}m^2}$$

（2）医疗用煤或油。是指医疗消毒用、制剂用、洗衣房用、医疗科室需特殊提高温度用等。可按每月计算用煤或油量（吨）和平均每床用煤或油量，逐月登记并做出对比。

计算公式：$\text{每月每床用煤或油量（吨）} = \frac{\text{每月用煤或油量（吨）}}{\text{医院总病床数}}$

（3）患者食堂、职工食堂、浴池、开水房用煤或油量，可按月计算每月各自的用煤或油量（吨），逐月登记并做出对比。

2．实行定额限量供应，根据其效果进行奖惩。

按其前三年耗煤平均值，实行定额限量供应。在保证锅炉安全运转及医疗供暖的情况下，对煤（油）消耗量小，工作质量高，坚持经常，无停炉现象等，应评定经济效果，并根据效果大小给予奖励。对煤（油）消耗量大，工作质量低，出现安全事故者，视情节轻重，分别给予扣分、罚款及扣发奖金等。

3．保证按期完成采暖用煤的运输、贮存。每年在雨季之前要将冬季采暖用煤购进，并妥善管理，防止浪费及丢失。

（五）上水供应

1．掌握用水情况，做到有计划供应。

医院是个用水量较大的单位，要掌握用水情况及规律，按月计算用水量（吨），并计算出每月每床平均用水量，逐月登记进行比较，做到有计划供应。

计算公式：$\text{每月每床用水量} = \frac{\text{每月用水量（吨）}}{\text{医院总病床数}}$

2．根据水源情况，要确保医疗用水及饮用水的供应。如水源紧张，可根据医疗活动用水规律，实行定时供应。

3．自己管理水源的单位，要定期进行水源消毒，按时抽样化验，确保水源清洁，防止水质污染。

（六）汽车和汽车用油的供应管理

1．负责物质运输、职工通勤及医疗用车等任务。

2．加强车辆保养维修，应计算出每台车辆每年花费维修费用（包括增添各种零件），以便掌握车辆完好程度。

3．根据医院汽车台数、种类，计算出每月每台车辆的出车次数，每月行车里程（公里）、每月耗油量（公斤）。并计算出平均每公里耗油量（公斤），对车辆用油采用定量供应。

4．实行定车定人定油量。节油奖，超油罚。

5．根据车辆完好状态、工作量、维修费用、行车里程、节油量及行车安全等项，按经济效果进行综合评定，给予奖励或经济制裁。

6．进行安全教育。保证行车安全正点。

（七）医用表格供应

医用表格种类繁多，消耗量大，容易出现浪费及损失，应加强管理，搞好供应，保证医疗护理工作的需要。

1．病房用医疗表格计算方法：

病历首页需要量＝病房床位总数×全年每床平均周转次数。

病志付页需要量＝病床总数×365天×0.5页。

其它各种表格用纸，如体温表、处方笺、化验单等等，皆可参照上述方法计算出全年需要量。在上述总数中另外增加20—30%的消耗数，即可大体上计算出各种表格的年需要量

2．门诊用医疗表格计算方法：

门诊病历首页年需要量为全年门诊人次的三分之一，按初复诊：1：3比例计算。

门诊病历付页需要量＝门诊平均人次×300天×0.5页。

门诊处方笺需要量＝全年门诊人次×2（每门诊人次按二个处方笺计算）。

其它各种表格用纸，皆可参照上述计算方法计算出全年需要量。在上述总数中另外增加20—30%的消耗数，即可大体计算出全年需要量。

（八）病床被服供应

1．按病房床位总数配备被、褥、被套、床单、枕心、枕套、患者服（内外衣）、托鞋等。

2．根据病房被服损坏程度，及时进行修理和补充。

3．按期对被服进行洗涤、消毒和更换。

4．病床用布规格。详见表13—2

表13—2

种类＼尺寸		书本上规定尺寸 厘米(尺)	现用的尺寸 厘米(尺)	比较合理的尺寸 厘米(尺)
床单	长	267（8尺）		250
	宽	174（2.7尺白布两幅）		166
横单	长			170
	宽	6尺白布横铺		107
被套	长	比棉被长1.5尺		204
	宽	（其中留保护被头用）		166
人造单（中单）	长	116(3.5尺)两端各接白布一尺		100 两端各加白布1尺
	宽	80（2.4尺）		87
枕套	长	80（2.4尺）		70
	宽	50（1.5尺）		45
棉被	长	（6—7尺）		200
	宽	（4.5—5尺）		164
棉褥	长	70（2.1尺）		190
	宽	46（1.4尺）		90
枕心	长	70（2.1尺）		68
	宽	46（1.4尺）		42

注：书本上规定尺寸，指中华护理学会总会编：《基础护理操作规程》18～21页1958年

2、上述尺寸是指缩水后尺寸。

（九）办公用品、清扫工具等物品供应

可采取按病床数和工作人员数，实行定额定量供应。

（十）职工生活福利供应

1．办好职工食堂（将在第四节详述）。

2．扩大职工住宅，解决住房困难问题。

3．解决职工浴池、理发问题。

4．办好托幼机构，使孩子在园内受到德智体全面教育，使家长放心满意。

5．确保职工通勤，做到安全正点。

6．为职工代购秋菜、冬煤，解决职工冬春吃菜及冬季烧煤问题。

7．搞好夜间值班人员夜餐供应。

8．办好独身职工宿舍，加强管理。

9．成立青年服务公司，解决职工子女就业问题。

三、后勤供应工作的措施

（一）、医院的后勤供应工作是物质保障工作。必须配备原则性强、勤勤肯肯、埋头苦干，热心为群众服务的管理干部。

（二）注意协调后勤供应工作与医疗工作的关系。重视后勤供应人员的思想教育，要有针对性的组织后勤供应人员参观医务人员救死扶伤、忘我工作的场面，帮助后勤供应人员树立为医疗第一线服务、为全院职工服务的思想。同时也要教育医务人员尊重后勤人员的劳动，因财力、物力及人力所限暂时不能解决的问题，医务人员要加以谅解。

（三）按经济规律加强经济核算，做好物质供应，发挥物质的更大效能。对物质要加强定额管理，服务上门，把物质供应工作做到医疗、预防、教学、科研的第一线上去，为病人创造舒适的治疗和生活环境。

（四）必须抓住后勤供应工作的主要矛盾，加强薄弱环节和部门，一个一个解决问题。对后进班组，要抓好班组长的配备和调整，充实和加强骨干力量，下大力气加以迅速解决。

（五）后勤供应工作要坚持“三下一上”，送物质到科室、病房。

1．技工班维修到病房。木、瓦、水、电工坚持维修下病房，可实行分片包干、定额管理和建立工票制。

病房护士长填写维修工票申请单---→维修管理员根据申请单分配任务，提出完成时间及质量要求---→维修工修理---→填写完成时间、用料情况及质量情况---→病房护士长签字。

2．保管员、洗衣房、药房下送物质或药品到科室、病房。

（1）保管员定期将办公用品、清扫工具、医用表格及其它物品下送到科室病房。

供应程序：上月末病房提出下月物品需用计划---→月初资产会计到病房根据计划开出库单，并收院币---→保管员根据开出的出库单，将物品下送到科室、病房。

（2）药房实行液体药品下送到科室、病房。

表13—3　　维修申请单

申请单位		维修项目		申请时间	年　月　日
管理员意　见					
维修工姓名		所用材料		完成时间	年　月　日
验收意见			护士长签字	年　月　日	

（3）洗衣房定期下送被服到病房。

3．洗衣房、药房定期到科室、病房下收。洗衣房下收需要换洗及修理的被服；药房下收药瓶、剩余药品及需要修理的医疗器材。

（六）根据医院工作特点，掌握后勤供应规律。

医院具有科学性、整体性、连续性的工作特点，工作不能中断。因此，要求供电、供水、供暖、供气等也不能中断。后勤供应要先行，春季抓防蚊蝇，夏季抓供水，晚秋抓防冻，冬季抓节能。维修工作也要先行，冬季修室内，春夏秋季修室外，雨季前修漏房，热天修暖气，冬季修冷风等。从而使后勤供应由被动变主动。

（七）坚持后勤巡回“查房”，巡回检修制度。定期由主管后勤工作的付院长、总务科长、管理员及部分班组长一起深入病房、门诊等医疗科室巡回“查房”重点检查：物质配备是否按计划供应；水暖卫生设备有无跑、冒、滴、漏、堵现象；电气设备是否安全；病室设备是否齐全；门窗玻璃是否完好；病人被服是否清洁、按期更换等等。并听取科室、病房对后勤供应工作的意见和要求。通过“查房”了解情况，听取意见，发现问题，及时改进。从而提高后勤供应工作的服务质量，更好地为医疗第一线服务，为全院职工服务。

第三节　物资管理

一、物资的采购验收

（一）采购物资要有计划。物资主管部门必须按财务预算规定的经费、指标和项目编报、月季采购计划。采购计划必须报财务科审校，经主管院长批准后，才能组织实施。

（二）一切物资均由物质主管部门负责采购（特殊情况由主管部门与有关科室协商临时指派）。各科室未经物质主管部门准许不得自行采购。采购人员要认真执行采购计划，认真掌握采购物质的数量、质量、价格和各项采购政策。

（三）购入物资要及时交保管员办理验收入库手续（最迟不超过三天）。进口设备及贵重仪器设备，要由主管部门和有关科室的技术人员共同鉴定、验收，并填写一式三

份入库单，主管部门领导、采购员、资产会计、保管员都要签字盖章，保管员验收后连同发货票一起到财务科报帐。

二、物资的保管发放

（一）资产会计不仅要做好物资核算，及时记帐、结帐、报帐；而且主要是做好在用物资的管理工作。对物资实行统一编号，贵重仪器设备要建立档案。编制采购计划，填写物资入出库单，定期复查核对，做到帐帐相符，帐号相符，帐物相符。

（二）保管员对入库物资应负完全责任。在正常情况下要保证各种物资完整无缺，要及时记帐，做到帐物相符。要熟练地掌握各种物质的保管方法。库房物质要摆放整齐，清洁卫生，景然有序。不得自行将库存物资外借。

（三）在用物资的管理

1．按病床数、人员编制及工作需要，实行定额定量管理。病房是按床位数配备，每床配被褥一套、棉衣一套、衬衣两套、外衣两套、餐具及其它生活物品等。各科室根据工作需要及物品情况合理分配。资产会计建立保管帐和金额帐，在用单位建立保管卡片。

2．领发物资的手续。以病房、班组为请领单位。请领低值易耗品材料由护士长、总务护士签字；请领固定资产要经科主任签字、主管部门批准后才能发放，同时带物资保管卡片，以便及时登帐，互相盖章，保证帐物相符、帐帐相符。

3．在用物资的管理，实行科室保管负责制。即物质存放在那个科室，就由那个科室（病房）负完全责任。各科室、病房应指定专人负责物品请领、保管及注销工作。物资管理人员变动，必须办理交接手续，并由管理员、资产会计监交。

4．发给个人使用的物资，如工作服、劳动服、听诊器、自行车等，由个人负责保管。调出医院或工作性质变动时必须交库，不得擅自带走。

5．办公用品、清扫工具、医用表格等可实行院币管理供应。院币定额按床位数、工作人员编制数发给，各类人员定额要有所区别，根据各医院实际情况及前三年消费均值额自行确定全面金额消耗指标，并发给院币。此类物品的请领以院币形式进行交换。对其节约部分，科室可按规定比例提成。

6．低值易耗，固定资产实行定量管理，损坏了以旧换新。

（四）在库物资的管理

1．物资库分为材料库、备品库两个，由两名保管员分别管理。保管员建立保管帐，资产会计建立保管明细帐与金额帐，定期核对帐目，抽查物品数量，做到帐物相符。

2．物资入库：由资产会计做入库凭证，保管员验收，领导批准，资产会计及保管员分别入帐，物资方能入库。

3．物资出库：由资产会计做出库凭证，保管员见票付货，资产会计及保管员分别记帐。

4．修膳材料及汽车材料，出库便注销。技工班、汽车队要建立材料消耗登记，防止材料的浪费及丢失。出库与消耗要做到帐物相符。

5．材料请领要健全审批手续，逐级规定请领的范围、金额及数量。要先开票，后发放物质。要坚持原则，掌握制度和标准。

三、物资调动的审批

（一）物资调出、变卖，须经物资主管部门及财务部门同意，分管付院长批准（固定资产千元以上的物资，需卫生局批准），办好财务手续后，方可调出或变卖处理。

（二）物资外借，必须经物资主管部门同意，分管付院长批准，方可借出。各科室使用物质时不得乱拿乱用，凡借出物质，一律建立借物手续，用后及时收回，逾期不交，借出单位要主动追其返回。

（三）各科室之间调整物资，要经物资主管部门允许，履行转帐手续后方可调出，以免造成帐物不符。

四、物资的档案管理

（一）房室设计、图纸、材料结构等，都要建立档案，妥善保管。

（二）大型设备、贵重仪器，要将结构、图纸、使用说明书等有关资料妥善保管，建立设备档案。并将使用、维修等情况随时记载于档案中，以备查找。

（三）医院上下水道、暖气管道、电线安装及分布图，都要绘制成线路图，建立档案。

（四）各种物资管理的档案材料，要统一归院办公室机要室妥善保管，借阅物资档案须经办公室主任或主管付院长批准。

五、物资的报废、报销

（一）凡属自然损耗或特殊原因造成损坏无修复价值的物资，要履行报销手续，填写报销单。低值易耗品由护士长签字，固定资产由科主任签字，经主管物质部门领导批准后，方可报销。如需赔偿时必须办完赔偿手续后，才能给予报销。

（二）各种物品、被服的报废，要办理报废手续，对报废的物资要妥善处理。重大财产物资的报销、报废，以及财产物资变价、转让或无价调拨，需根据具体情况，经科室评议，按物资管理权限规定审批，不得擅自处理。

（三）对大型设备要根据实际性能，组织力量进行鉴定，确定折旧期限。

（四）对低值易耗和卫生材料的正常消耗与损失浪费，应加以区别。根据不同经济效果，制订出符合本医院实际情况的处理办法。

六、物资的修旧利废

（一）修旧利废、加强废品管理，是勤俭办院的重要方面。医院物资管理部门要加强对修旧利废工作的领导，认真做好器械、仪器和家俱设备的鉴定、维修工作。凡是能修补的，一定要进行修补，做到物尽其用，节约开支，不能轻易报废。各科室送来修理的物资，要建立手续，妥善保管，修好后仍归还原单位。

（二）凡加工新制成品和报废后又修复的物品，修理部门不能直接外发，要交资产会计、保管员办理登帐入库手续。由资产会计和保管员负责发放，以防发生帐外物资。

（三）物资管理部门要设立废品库，加强废品管理，做好废品物资的回收、保管和处理工作。

（四）根据医院的实际情况及需要，要有计划的逐步的培养和配备必要的工程技术人员，建立各种修理班组，负责修旧利废，做好设备仪器的管理、保养和维修工作。

七、物资破损、丢失的赔偿

（一）凡因使用不按操作规程或工作不负责任，以及保管不当造成破损、丢失者，根据情况由责任者赔偿。

（二）赔偿办法：根据破、丢失物品的使用程度、供应来源、物资价值和使用情况，分别按折价、原价或加倍价赔偿。丢失、破损图书杂志者，只少按原价赔偿，或赔同版原样图书；对奇缺或绝版的珍贵图书要加倍赔偿。低值易耗品赔偿20—40%，固定资产价值在二百元以下赔偿5—10%，二百元至一千元者赔偿3—5%，一千元至三千元的物质赔偿3—4%，三千元以上者由科室以书面材料呈报医院有关部门，视情节轻重及认错态度，除给予必要的处分外，并酌情赔偿。

（三）非本院职工（包括进修实习人员及患者）损坏、丢失医院物质者，一律按原价赔偿。

（四）赔偿要经科室（或病房、班组）群众讨论，提出赔偿意见，填写赔偿报告单，科室领导提出处理意见，报主管部门领导批准。进口及贵重仪器设备损坏时，需报医院领导批准处理。

（五）常用几种物品丢失赔偿价格如下：

（仅供参考）

1．丢失一顶白帽，赔偿0.40元。

2．丢失白大衣一件（新品），赔偿7.20元。

3．丢失患者上下衣一件（新品），赔偿4元。

4．丢失被套一个（新品），赔偿10元。

5．丢失单子一件（新品），赔偿5元。

6．丢失枕套一个（新品），赔偿1元。

第四节　伙食管理

一、伙食管理的重要性

伙食管理是医院科学管理的重要组织部分，是直接关系营养治疗效果的重要工作。营养治疗是利用食物中所含营养成份通过合理的烹调来治疗疾病的一门科学，在医院它是对病人进行综合治疗的组成部分。合理的营养膳食，不仅营养成份好，而且烹调适口，菜色美观，可以增进病人的食欲，对于病人由病态转入恢复健康，有着极其重要的意义。因此，营养治疗在增进治疗效果上，与医疗、护理、药物有同等的作用。

二、饮食管理办法与膳食供给方式

（一）饮食管理办法

1．实行岗位经济责任制管理。按“五定一奖”和食品卫生“五四制”的要求，实行定额、定质管理。本着先进合理的原则，确定各项业务考核指标及营业额指标。如完

成任务则从中提取一定数量的超额部分做为集体奖金的基金。再根据每个人的劳动态度、完成任务的数量和质量等，确定每人应得的奖金。

2．实行饮食承包制管理。采用定额补助，经营承包，独立核算，结余分成，超支不奖的半企业化管理。将食堂所承担的伙食服务任务、经济收支情况及质量要求等，以合同形式固定下来。合同是考核食堂全面工作的依据，也是对食堂工作人员奖惩的依据。

3．实行食堂社会化企业化管理。在有条件的医院，可试行社会化企业化管理，将食堂工作承包给社会上服务行业经营，医院只负责监督指导和质量检查。

4．建立健全考核制度。无论实行那一种管理办法，都应建立考核指标及考核细则。要把盈亏额、膳食质量、膳食价格、饭菜花样、设备完好、服务态度、饮食卫生、出勤情况等八项指标作为考核依据。食堂再将八项指标分解若干具体小指标，落实到每个人头，做为对个人考核时加减分的依据。核算检查办法是层层检查，项项落实。院部和科室做到定期检查与不定期检查相结合，使经济管理比较踏实，防止流于形式。从而调动炊管人员的积极性，千方百计地增添饭菜花样，提高伙食质量，加强成本核算，促进伙食管理工作的开展。

（二）膳食供给方式

1．包伙制：住院患者每月交一定数量的伙食费和粮票，由医院伙食管理部门统一管理，按日标准制做和供应主付食，采用顿餐。多数单位不实行饭票制，少数单位采用饭票制。我省精神病医院大多数采用包伙制，此供给方式较适于精神病专科医院。

2．食堂制：每日主付食不定额，自由选择。采用凭粮钱票就餐，由患者或家属自己管理。此供给方式适于职工食堂，对精神病医院患者食堂不适用。

3．混合膳食制：即吃食堂制，也有时自备饮食。此供给方式不适于精神病医院患者食堂，在综合医院较多见。

4．自备饮食制：患者住院期间不用或很少用医院膳食，主要依靠家属每日送来的自备饮食。此供给方式在综合医院有时存在。

三、伙食的粮食管理

（一）认真执行粮食政策，建立粮食关系卡片，患者入出院，要结算准确，按人按定量销粮，注意节约用粮。

（二）粮食入库，保管员根据验收单的粮食品种、数量，检斤验收。

（三）粮食出库，保管员要根据班组提出的主食请料单付粮。

（四）伙食会计要建立粮食明细帐，收支及时上帐，要与保管员的粮食保管帐相符。

（五）出纳员建立粮票收支帐目，做到帐物相符。

（六）食堂回收的粮钱票，要清点准确，及时销毁。

（七）售票员每天出售的粮钱票，要及时交给出纳员。做到帐票相符，短缺由当事者负责。

四、伙食的仓库管理

（一）仓库所有物资，由保管员妥善保管。

（二）存放的材料物品，必须标品名、数量、金额。建立材料备品收支卡片。

（三）材料物资出入库，要严格履行出入库手续，认真检斤过秤，方可出入库。原材料（半成品）未经批准，一律不准外借、外卖。

（四）会计员对采购员的报销发票，必须有保管员、经手人盖章，方可给予报销。

（五）库存物资要妥善保管，保持清洁卫生，经常检查，严防霉烂、变质，造成浪费。

（六）伙食会计、仓库保管员每月对仓库物资进行一次清点，要做到帐物相符。

（七）仓库保管员不得擅离职守，离开库房时，要立即上锁，以防发生意外。

五、伙食的财务管理

（一）负责伙食资金、粮食帐目的管理。

（二）加强计划，厉行节约，不断降低成本，提高饭菜质量。

（三）搞好食堂的成本核算，做到日清月结，每月按时公布伙食帐目。

（四）根据食谱，制做食品有计划，分批下料有记录，饭菜价格要核算准确。职工食堂凭票就餐，不得赊欠。

（五）注意节约粮、煤、水、电。

（六）经常检查伙食损失、浪费现象，对违犯财经制度的开支，会计人员有权拒绝报销。

六、伙食的质量管理

（一）积极组织业务技术学习，搞好技术培训和业务指导，提高烹调技术，降低成本，做到饭菜多样化，保质保量。

（二）坚持每周有食谱，没有特殊情况，不准随意更改。

（三）定期开展技术表演，公布菜品及制做者，由职工及患者进行鉴定。

（四）改善服务态度，面向患者及职工，做到热饭、热菜、热汤，患者食堂要送饭菜到病房餐厅。

（五）坚持民主管理，成立伙食管理委员会，吸收职工和患者代表参加，定期或不定期的听取意见，开展“信得过”炊事员评比活动，不断改进和提高伙食管理工作。

七、特殊饮食及治疗饮食的管理

（一）精神病医院膳食的种类

1．基本膳食

（1）普通食：与正常人的膳食相同。凡无消化道疾病，无发烧情况，以及恢复期病人，均可采用此种膳食。

（2）软食：适用于有微热、消化不良或咀嚼不便的老年病人等。

（3）半流食：适用于高热及患有消化道疾病的病人。

（4）流食：适用于急性感染、消化道炎症及高热的病人。

2．精神科常用的治疗膳食

（1）高糖量膳食：适用于胰岛素治疗的病人。当鼻饲苏醒后，应立即给以高糖量

膳食，如糖稀饭、糖馒头等，以补充糖量的不足。

（2）鼻管喂膳食：主要适用于拒食及严重意识障碍的病人。此种膳食为多种流质食物之混合体。

（3）高热量高蛋白膳食：适用于体重不足、营养不良，合并肺结核、甲状腺机能亢进及患其它疾病而导致体力耗损消瘦的病人。

（4）胃病膳食：采用易消化、无刺激的食物。适用于合并各种胃病的患者。但如胃酸缺乏病者，可采用少油少渣软食或半流食。

（5）肝胆疾病膳食：采用高糖、低脂肪、多维生素膳食。医师可根据合并肝胆疾病的不同情况，做适当的调剂。

（6）高血压病膳食：根据合并高血压病患者的体重，控制热量及蛋白质的摄入，限制钠盐。

（7）心脏病膳食：采用低热量、少盐（或无盐）、蛋白质量正常和禁用产气的食物。因心脏病的病情不同，可分为少盐、无盐及少钠心脏病膳食。

（8）肾脏病膳食：根据病情各异，应控制钠、盐及蛋白质的含量。

（9）糖尿病膳食：此种治疗膳食所含蛋白质、脂肪及糖的数量，应根据病情由经治医师规定。每日之餐数及上述三种营养素在每餐中之分配量，亦应由经治医师规定。

（10）少渣膳食：此种膳食应质软、无刺激性、少含纤维素及脂肪。适用于腹泻、肠炎、痔瘘、直肠（肛门）癌瘤，以及伤寒、痢疾的恢复期病人。

3．试验诊断膳食

（1）干膳食：此膳食做“尿沉淀物检验”及“尿浓缩功能试验”时用之。试验期为一日，从早七时到晚七时。所用之食物全系含水份少者。汤类、粥及其饮料禁用。

（2）胆囊照影膳食：此种膳食用于试验胆囊与胆管功能是否正常时用之。造影前一天的午餐进高油饮食，晚餐进高糖类无油饮食；造影当日早晨禁食，造影中按指定时间进高脂肪餐，脂肪含量不得低于50克。

（3）潜血试验膳食：适用于大便潜血试验患者。试验前三天禁食肉类、动物血、蛋类、绿叶疏菜及含铁质丰富的食品。

（4）甲状旁脉功能试验膳食：此种膳食分为忌钙膳食和忌磷膳食两种。忌钙膳食：每日饮食含钙量不超过150毫克，食用水用蒸馏水，试验期为三至五天。忌磷膳食：每日饮食含磷量在350毫克以下，钙保持正常量约700毫克，饮食用水全部用蒸馏水，试验期为三至六天。

（二）医院营养组织形式及任务

1．医院营养组织形式：根据精神科医院治疗膳食较少的具体情况，一般不专设营养室。三百张床位以下的医院可设兼职营养护士；三百张床位以上的医院设专职营养护士。归护理部领导。

2．营养人员的工作任务：

（1）掌握营养治疗的技术管理，设计医疗各种膳食，并计算其营养价值，制出食谱，分发给病房，以供医师治疗参考。

（2）与食堂共同制订每周食谱，统计住院病人治疗膳食和试验诊断膳食数目，交营养厨房制做各种膳食，以保证病人每日每餐应摄取的营养量。

（3）负责各种膳食的检查，不符合营养治疗标准者应停止发出。

（4）检查各种备制前之生食品，凡不合卫生标准及不合营养标准者，一律不许烹调。

（5）检查营养厨房的卫生。

（6）观察病人营养治疗的效果。

（7）承担炊管人员卫生营养知识的培训。

（8）负责与行政总务、财会及炊管人员的密切联系，积极做好医院营养膳食工作，发挥营养治疗的作用。

八、伙食的卫生管理

认真贯彻《食品卫生法》，严格执行食品卫生“五四”制，切实搞好食堂的卫生管理，确保饮食卫生的安全。

（一）厨房卫生

1．操作前要洗手。

2．不准在厨房内随地吐痰或吸烟。

3．炊管人员上厕所，要实行“一脱二洗三作业”，防止污染食品。

4．严格分用抹布和炊帚，擦炉台的抹布不准擦锅勺，刷锅勺的炊帚不准刷炉台及水池。

5．盛过生菜或生肉的碗具，不准再盛炒熟的菜。

6．烹调工作必须遵守营养卫生原则，做到保质保量。

7．烹调时必须用指定的食具尝菜，不准直接用口或手抓尝食物。

8．地面、垃圾箱应随时清扫，经常用水冲刷，保持厨房清洁。

9．厨房用具要经常保持清洁，并定期消毒。

10．工作时间不准在厨房接待来访亲友，如有要事，可到办公室会见，以保证厨房卫生和安全，避免污染。

11．非厨房工作人员，严禁进入厨房。

（二）厨房人员的个人卫生

1．工作人员在工作时，须穿工作服，戴工作帽。服装要整齐、清洁。

2．勤剪指甲、勤理发、勤洗澡、勤换内衣。休息室要勤换被褥。

3．定期检查身体，如发现患有传染性疾病时，应及时停止或调离厨房工作。

（三）食品卫生

1．肉类卫生：

（1）生熟肉要严格分开存放，不能同放在一个冰箱内。只有一个冰箱时，应将熟食放在上格内。

（2）切生、熟肉的墩子和刀具，要严格分开，不能乱用。用后，用热碱水冲刷干净。

（3）购进的熟肉、熟肠等必须再蒸过一次，方准发出。

（4）不买、不做、不卖腐烂变质的食物。

2．蔬菜卫生：

（1）蔬菜必须先摘、后洗，至少冲洗三次再切。并注意防止水溶性维生素的损失。

（2）摘菜时要做到无虫、无草，无头发及泥沙杂物等。

（3）拌凉菜及吃水果时，必须妥善消毒后再送给患者及职工食用。

（4）消毒过蔬菜、水果严禁用手抓取。

3．库房卫生：

（1）食物在入库前，要做好检查，凡发霉、腐烂变质食物拒绝验收入库。

（2）食物入库后，必须分别储存在分类的库房内，禁止乱堆乱放。

（3）食品在库期间，应随时检查，如发现腐烂变质现象，应及时报告领导，妥善处理。

（4）库房应保持清洁，空气通畅，防止潮湿，避免食物变质及被污染。

（5）库房内保持无鼠、无虫、无尘及其它不洁之物。

（6）米、面应勤搬动、勤检查，粮食不准直接靠墙和直接放在地面，避免潮湿、发霉。

（7）炊管人员的个人物品，严禁存放库内。

（三）患者配餐室卫生：

1．地面、桌面要经常冲洗，保持清洁。

2．餐具要卫生、清洁、干净、无污垢，做到餐餐消毒。

3．传染病患者应有专用食具，用后必须严格消毒。剩余食品不准其它患者食用，应按传染病规定处理。

4．饭前要督促患者洗手。

5．各种膳食送到病房或配餐室后，护理人员要组织患者就餐，并观察病人进食情况。对厌食、拒食的病人，护理人员要协助就餐。

第五节　环境管理

医院是病人诊疗、休养、康复的场所，创建一个优美环境，不仅能使精神病人消除或减少因患疾病而带来的精神上的忧虑、不安和痛苦，而且是确保病人最佳治疗和早日康复的必要条件。因此，搞好环境管理，是加强医院科学管理的重要内容。

一、环境管理的基本内容

医院环境管理的基本内容，概括为：“整洁、美化、安静、舒适”。

（一）整洁：即整齐、清洁。

1．整齐：主要体现在陈设的规范化和管理制度化上。

（1）物品放置定位化。病房中的设置尽量做到整齐统一。秩序井然。床及床头桌规格统一，摆放合理；患者物品放置整齐，定点定位；办公室桌子规格统一，对面摆放

时高度应相等；物品摆放要整齐，用后放回原处；上墙的物品悬挂要整齐，规格统一。做到“四固定”、“五条线”、“六统一”。

（2）被褥铺设统一化。全院各病房的被褥铺设，要统一的格式。做到铺法统一，床铺整齐，铺面平坦。

2．清洁：主要体现在室内外环境卫生和个人卫生的净化上。

（1）室内六壁无尘，窗明几净。无灰尘、灰吊及罗网；墙面完好，无污迹、钉孔、乱贴字条及标语；玻璃干净，灯具清洁；地面无死角、痰迹；纱窗完整，暖气无灰尘；室内无蚊、蝇、臭虫、蟑螂及老鼠。

（2）院庭清洁，环境幽美。地面平坦，有甬路，固定路椅；地面清洁，无垃圾、污物及污水；卫生设置齐备，有垃圾箱、污物桶及痰盂（井）；设有焚烧炉，随时焚烧，配有专人保洁，按时清扫。

（3）厕所水池干净，无臭味。三池（便、尿及洗手池）无污垢、便尿迹；地面干净，无臭味；室外厕所有专人管理，消毒保洁。

（4）病人卫生。指甲长度适当，手脸颈足干净；被褥清洁，床铺平整；内外衣定期更换，身上无虱无虮。

（5）工作人员卫生。衣帽整洁，不留长发、胡须，指甲长度适当。

（6）病房卫生、食堂卫生、仓库卫生已在本章第四节阐述，故在本节不再详述。

（二）美化：即美化环境，使病人受到美的熏陶。

1．绿化。在美化环境的内容中，绿化占有极为重要的位置。绿化对医院来讲极为重要：增加绿化铺盖率，可以减少尘埃，净化空气；可以吸收二氧化碳，增加含氧量；可以吸收音波，减少噪音；可以遮荫降温，预防中暑；绿色还利于眼睛恢复疲劳，保护视力。那么，医院的绿化如何进行？种那些树为宜？何为最佳标准？这要根据医院的具体条件和爱好而定，亦不可拘于一格。

（1）要种植适应本地区气候的树木。如辽宁地区种植国槐、洋槐、泡桐、松柏、油松、丁香、榆叶梅、玫瑰等为宜。

（2）长青树应占1／3左右。松柏树四季长青，不仅给人一种肃穆庄严之感，还会给病人战胜疾病增添信心和力量。

（3）主要院路旁种植些高大阔叶树为好，以形成林荫道。如有地方可搞上一、二块一千平方米左右的风景林，以高大速生乔木为主，这样可增加院内的幽静感。如柳树。杨树、榆树等。

（4）种植花灌木，应注意到“四时”有花。如早春的丁香、连翘、榆叶梅等；较后的玫瑰、黄刺梅；夏天的太平花、绣线菊；延续夏秋两季的珍珠梅、木槿等。

（5）种植的树木要成行成片，或排列各式几何图形，或有目的间种，高低搭配适当，切忌杂乱无章。

（6）种花移草，铺设草坪。修建花坛、花池，大力种植野牛草、羊胡子草、结缕草、以及药用植物野菊花、蒲公英、金银花、菊花等。医院空间地带铺设草坪，不仅可以避免尘土飞扬，防止水土流失，同时使人感到心旷神怡，舒适坦然。

2．点缀院庭内山、水、亭、台，使之逐步花园化。医院应根据客观形成的建筑类型和地形条件，划为若干各有特色的小区小片，进行美化点缀。有的以侧柏草坪为主，点缀几丛灌木，垒几块石头形成一个大盆景；有的则以喷泉鱼池为中心，环绕花灌绿篱；还可以花廊为中心，配上假山亭台；或是以藤萝架为中心，环种云杉桧柏。如此等等。虽然地区不大，却形成各有特色的小花园。

3．医院一切路标、指示牌等的合理设置，必要的标语牌、画廊和字画张贴等，都需要用美学观点进行设计加工，使之艺术化、规范化。

4．新建或改建医院时，应注意整个建筑群之间的合理安排，建筑群与周围环境的和谐、统一，明亮而柔和的色彩选择等等。医院建筑设计应有艺术加工，使之具有优美感。

（三）安静：即指在病人诊疗、休养、康复过程中，创造一个安静的环境。

1．病房工作人员要做到“四轻”。即说话轻、走路轻、关门轻、操作轻，尽量使响声减少到最低限度。

2．将曲折的道路改为平坦直道，做到路面平整，减少车辆通过时产生的噪音。

3．病房凳、椅脚下要有橡皮垫圈，各类物品合理放置，尽量减少碰撞。

4．锅炉房、机器房要设置在离病房较远处，减少噪音对病人的不良刺激。

（四）舒适：做到上述整洁、美化、安静，本身就为病人制造了一个舒适的环境。但仅此还不够，还应从病人的诊疗检查、常规护理、生活起居等方面，多为病人考虑，让病人在视、嗅、听、味、触等都得到舒适的感觉。

1．医生、护士诊疗病人时，要注意让病人选择适当而合理的体位。检查操作要轻盈熟练、端庄大方，使病人享有舒适感。

2．照顾好病人生活起居，包括衣、住、食、用等各个方面，使病人在院如在家，感到温暖舒适。

3．积极开展工娱疗活动，让病人能参加力所能及的娱乐活动和适量的劳动，使之产生舒适、乐观的心理状态，以利于病人康复。

二、环境管理的实施

（一）医院环境治理，要有一个合理的长期发展规划，争取逐年实施，朝着净化、美化、绿化和院庭公园化发展。新建或改建医院时，对医院的设计除了在建筑密度、绿化、风向、照明、通风、运行通道、消毒隔离等方面应考虑“整洁、美化、安静、舒适”的内容外，还应根据精神病医院患者行为紊乱、破坏性较大、生活不能自理和住院时间较长等特点，对患者安全防范措施、卫生处理设置、工娱疗活动场地等都应全盘加以考虑。尽量做到合理设计、合理建筑和合理使用。

（二）完善各级卫生管理组织。医院成立爱委会，科室成立领导小组。医院爱委会可设五至九人，主任由一名付院长或办公室主任兼任，付主任两人，委员若干人，应照顾到各科室都有一名成员。具体办事地点可设在院部办公室，并指定专人兼管这项工作。爱委会负责全院卫生环境治理工作，并定期向党委汇报工作开展情况。

（三）健全卫生岗位责任制，狠抓落实。对室内卫生，要划分个人分担区，使责任

落实到人头，人员变动后应及时调整卫生分工。对室外环境卫生，要按科室、病房、班组划分卫生清扫区，将任务、责任落实到具体单位。做到任务明确，职责清楚，卫生检查不合格要追究其责任。

（四）建立健全各项环境管理制度，为使管理工作经常化、制度化，必须有完善的管理制度，并狠抓贯彻落实。如：《卫生清扫制度》、《卫生公约》《卫生宣传制度》《卫生检查制度》《卫生奖惩制度》《树木保护制度》《消毒隔离制度》《污水污物处理制度》等等。

（五）配备一定数量的专职保洁人员，负责日常的卫生保洁工作。病房要配备一至二名卫生员，负责病房日常卫生保洁任务。全院可根据规模大小及卫生任务情况，配备一定数量的专职保洁人员，承担医院公共场所的日常清扫工作。医院要设置病人卫生处理间，配备专人负责新入院病人的卫生处理。做好入院前的躯体检查，严防将传染病带入病房，把住入院前卫生处理关。

三、环境管理的检查评比

（一）制订卫生检查评定标准

根据省卫生厅制订的《辽宁省文明医院检查评比记分标准》的第一部分，结合精神病医院的具体情况，特制订《卫生检查评定标准》（按百分计算），使卫生检查标准化、数据化。详见图12—5—1

（二）建立定期卫生检查制度

每月、每季结合“五定一奖”竞赛评比定期检查；“五·一”、十·一”、新年、春节进行四次重点大检查；同时还按排专项卫生检查或不定期抽查。检查后将结果及时公布于众，对检查不合格者要限期改进，并要按时复查。从而推动医院卫生环境治理工作的开展。

（三）制订奖惩制度，奖优惩劣。

1．将检查评比结果，纳入“五定一奖”竞赛评比的考核内容之一。优者加分、增奖，劣者扣分、扣奖，卫生检查不合格者缓发或停发当月奖金。

2．对违犯《卫生公约》或卫生岗位责任制者，视情节轻重和认识态度，分别给予批评教育或者经济制裁。

3．评定卫生流动红旗，评选卫生先进单位和先进个人，表扬好人好事，以优促劣。

（汪俊杰　杨国璋）

附：精神病医院卫生检查评定标准

表13—4 精神病医院卫生检查评定标准

单位：　　实得　　分

检查内容		应得分 病房	伙房	科室	方法及评定标准	减分	实得分	签字
	一、个人卫生	15	15	10	任选五人			
病人	1．指甲长度适当	4			每发现指或趾甲过长扣0.5分			
病人	2．无虱	5			每发现一人带虱扣1分			
病人	3．手脸颈足干净	4			一处不干洁扣0.5分			
工作人员	4．衣帽整洁	1	5	3	每发现一人扣0.5			
工作人员	5．不留长发胡须	0.5	5	3	每发现一人扣0.5分			
工作人员	6．指甲长度适当	0.5	5	4	查五人，每发现一指扣0.5分			
	二、食　堂	10						
7—1	碗筷盆勺子放置有序，干净、无油渍	6			一项不合格扣0.5分			
8—2	地面桌子干净、无油渍	4			一项不合格扣0.2分			
9—3	餐具定期消毒				发现一次没消毒扣1分			
	三、厕所水池	20						
10—1	三池（便、尿及洗手池）无污垢、便尿迹	15			有一处扣1分			
11—2	地面干净	4			不净扣0.5分			
12—3	无臭味	1			有味扣0.2分			
	四、卫生责任制	5	10	15				
13—1	人员变动后及时调整卫生分工	3	5	8	一处不合格扣0.5分			
14—2	标志明确	2	5	7	一处扣0.1分			
	五、环境卫生	10	15	15				
15—1	地面平坦	2	3	3	不平或积水扣0.2分			
16—2	无纸屑果皮及杂草	3	4	4	一处扣0.5分			
17—3	坚持每天一小扫	3	4	4	坚持者加0.2分			
18—4	修花池、栽花、草坪	2	4	4	一项加0.2分			

	六、规格化	15	25	20	
19—1	床及床头桌规格统一，摆放合理（同病室）	2			一处不合格扣0.2分
20—2	患者物品放置整齐（定点定位）	3			一处不整扣0.5分
21—3	办公室桌子规格化，对面摆放时高低应相等	3		7	一处不统一扣0.5分
22—4	物品摆放要整齐，用后放回原处	2		7	一处不合格扣0.5分
23—5	上墙物品悬挂要整齐	3		6	一处不合格扣0.5分
24—6	床铺整洁，铺面平坦	2			一处不合格扣0.5分
25—7	生与熟食品分开放置		4		一处不分放扣0.5分
26—8	菜墩分生熟两用并有标志		4		不分扣0.5分无标志扣0.5分
27—9	食具用后洗刷无油渍		5		一处不净扣0.5分
28—10	物品放置有序，整齐定点定位		3		一处不合格扣0.5分
29—11	刀具加锁保管		3		不加锁保管扣0.5分
30—12	食品送出时加罩		3		不加罩扣0.5分
31—13	水池底无污垢		3		有污垢扣0.5分
	七、六壁	20	20	40	
32—1	无灰尘、灰吊及罗网	3	3	5	一处扣0.5分
33—2	墙面完好，无污迹、钉孔无乱贴字条、标语、字迹	4	4	5	一处扣0.5分
34—3	玻璃干净	2	2	5	每一块不干净扣0.1分
35—4	灯具清洁	1	1	3	一灯不洁扣0.5 分
36—5	地面无死角、痰迹	3	3	4	一处扣0.5分
37—6	无蚊蝇臭虫、蟑啷老鼠	2	2	3	有扣0.5分密度大扣1分
38—7	纱窗完整	2	2	5	人工破损一处扣0.5分
39—8	暖气无灰尘	3	3	10	一组暖气片不净扣0.5分
	八、仓　　库	5	15		
40—1	物品上架	1	3		无架扣0.5分
41—2	摆放有序、整齐	3	4		不整齐扣0.5分
42—3	干净、脏的分开	0.5	4		不分放扣0.2分
43—4	无发霉	0.5	4		发霉扣1分
	总　　分	100	100	100	

第十四章　精神病院职工队伍的建设

精神病院职工队伍建设的根本目的，在于提高精神病院全体职工的素质，更好地全心全意为人民服务。精神病院职工的素质，概括起来，就是职工的政治观念、业务能力、道德品质和身体健康状况等各方面的综合体现。精神病院领导者要从职工的人才培养与管理、业务教育与技术训练、思想政治工作和医德教育着手，加强职工队伍的建设，提高职工的政治和业务素质。

第一节　人才的培养与管理

人才问题，从古至今是十分重要的问题。加速培养一支坚持四项基本原则，并具有较高专业水平的医疗队伍，是不断提高医疗质量、发展医学科学事业的可靠保障，也是实现医院现代化的重要课题。

人才的管理在精神病院的科学管理工作中占有十分重要的地位，人才对精神病院工作的好坏有着重大的影响。精神病院的工作是以医务人员的医疗技术才能，为人民健康服务，医疗质量的高低取决于精神病院内部各类人才的有机协作，即是医疗护理人才、医技、后勤、行管、政工等各方面人才的协调工作，特别是精神病院的医疗业务骨干的技术水平和主要管理干部的管理才能，对提高精神病防治质量发挥重要作用，尤其随着现代医学科学技术的发展，人才对精神病院工作的意义愈益重要。因此，精神病院必须重视人才的管理，要拥有一批具有先进科学技术和创造能力以及科学管理才能的人才，来实现精神病院建设现代化。

古语说："十年树木，百年树人。"这句话说明了培养人才的长期性、艰巨性。人才的培养与管理，包括人才的识别，人才的培养和人才的使用。首先必须善于发现人才、识别人才，要建立人才档案，要经常在实践中考察职工对精神病专业范围内的专业知识、学识和技能，以及运用这些专业知识的能力，考察职工对精神病专科以外的有关学识、素质（智力、气质、干劲和创造性）、思想道德修养（政治品质、革命事业心）和身体健康状况等等进行综合判断，借以发现人才。其次必须进行人才培养，发现优秀的人才苗子，要使其真正成才，还要进行培养，人才的成长不仅需要个人主观上有远大的理想抱复，立志进取的勤奋学习精神，在客观上要有个良好的环境，组织上有计划的培养，给予继续再教育，为人才成长开辟道路。为此，精神病院必须有自己的人才培养规划，以促进人才的成长。再次必须合理地使用人才，充分发挥每个人才的作用，做到"人尽其才"，这是人才管理、识别人才，培养人才的根本目的。精神病院领导者要依据医院能级原理，人才结构，各类人员比例标准，选拔相应的人才。精神病院的人才能级层次，是金字塔形的人才结构，其年令结构是以正三角形组成梯队，这样可以避免职工队伍出现青黄不接和后继乏人的问题。例如精神病院的医师队伍，是以主任医师、付主任医师、主治医师、住院医师、实习医师的能级层次，低层次人数多，年令较青，高层次人

数少，年令较大，按一定比例形成金字塔形的医疗技术梯队。为此，精神病院必须按着能级层次原理和年令结构，加强职工队伍建设，要经常地对职工进行全面考核，及时了解人才现状，知道每个人才的长处和短处，正确掌握人才使用的依据，每年只少对医疗技术骨干做一次考核，做出书面评价，归入人才档案，做为培养人才，使用干部的根据，使精神病院职工队伍按能级层次、年令结构逐步建成金字塔形的职工梯队。

为了提高精神病院人才培养的自觉性和紧迫感，现就我省沈阳、鞍山几个较大的精神病院技术队伍做初步分析：

一、科技队伍职称构成

1．省精神病防治院五五年一月建院，拥有650张床位，现有精神科主任医师1人付主任医师仅有3人；主治医师21人；医师40人；医士21人。

2．沈阳市精神病院，拥有床位800张，付主任医师6人包括卫生技术管理4人；主治医师17人；医师22人；医士23人；护师6人；护士231人。

3．企业性精神病院一鞍钢小岑子医院为代表，床位340张。现有正付主任医师各一人；主治医师9人；医师28人；医士10人。护师6人；护士37人。

沈阳市铁西区精神病院拥有床位400张。无正付主任医师；主治医师7人；医师21人；医士20人。

4．民政部门精神病院一以沈阳市辉山精神病院为代表。200张床，主治医师2人；医师8人；医士6人。护师3人；护士25人。

总观这几个医院共有2,190病床，主任医师2人；付主任医师10人；主治医师56人；医师119人；医士80人；平均每199张床位有主任级医师1人；每37张床有主治医师1人；每18张床有医师1人；每25张床有医士1人。

看起来，从数量上远远不能满足客观实际需要；质量上医师多从中级医务人员晋升，医士部分由护士改行，基础知识、基础理论原为护士专业，周边知识掌握不多。

二、科技队伍年令构成

表14～1　各类医疗卫生技术人员平均年令构成表

	主任 付主任医师（岁）	主治医师（岁）	医师（岁）	医士（岁）
省精神病院	58（4人）	48.5（21人）	48.5（40人）	48.3（21人）
沈阳市精神病院	56（6人）	50（19人）	43.6（22人）	40.2（23人）
沈阳辉山精神病院	—	52（2人）	49.5（8人）	45.8（6人）
沈阳铁西精神病院	—	51（7人）	45（21人）	40（20人）
鞍钢小岑子医院	57.5（2人）	47（9人）	29.6（28人）	35（10人）
平均（岁）	56.81	49.18	42.92	42.01

从上表可以看出主治医师以上人员存在年令老化，而且多为六十年代大专毕业生，知识在某种程度上也存在着老化现象。医师除鞍钢小岭子医院由于近三年来从武汉冶金医专毕业16名（平均年令为24.1岁）外，其他医院平均年令已超过40岁，年令也都偏大。

这种知识老化，年令老化现象其原因由于十年动乱，原来基础较好一些人，现在年令已是五十出头；六十年代毕业生虽有十几年临床实践，他其中有十年以上的时间也是在动乱中渡过，缺乏严格的临床训练，即使各方面情况都较好，也有个知识更新和再学习的过程。

近几年来，精神病学尤其在精神药理学方面发展较快，为了使我们的知识更好地适应临床要求，应当加倍努力进行人才的培养，赶上国内外先进水平。

第二节　在职业务教育

当前我省精神病院的职工队伍，由于十年动乱的影响，如前所述处于青黄不接，后继乏人的状况，尤其医疗技术人员比例严重失调，多年来未能按能级层次从大中专院校毕业生中补充新生力量，而大批的训练不足或根本未经训练的人员涌入精神病院，担任医疗护理技术工作；同时精神病院内受过系统教育的人员，又缺乏再教育进行知识更新，因而职工队伍素质和业务水平大大下降，这种情况极不适应精防事业发展的需要。因此，精神病院必须下大力量进行智力投资，加强职工在职业务技术教育，提高业务技术水平和队伍素质，改变职工队伍青黄不接、后继乏人和人才能级层次比例失调问题。

精神病院要制定职工在职业务技术教育的总体规划，培训要以多层次、多科室、多工种的结构，针对不同人员提出不同要求，结合科室及职工个人制定具体的业务技术培训实施计划；要坚持基本功训练与专业技术教育相结合，普遍培训与择优重点培养相结合，当前需要与长远需要相结合的原则，进行基本理论、基本知识和专业理论与专业技术的再教育；要采取灵活多样的方式方法进行培养训练，要讲究实效；要进行业务技术培训效果的考核，坚持又红又专的原则，以各级各类人员的业务技术和职责范围的规定及业务要求为依据，考核职工的素质、业务能力、技术水平、组织管理能力和理论水平；要建立职工业务考核手册，定期进行业务技术考评，建立业务技术档案，以便使职工业务技术训练达到应有的效果。

一、培训的重点：

当前我省精神病科科技人员外语水平普遍低，仅有一些主任、付主任医师借助字典阅读某些外文资料。因此，提高外语水平是目前当务之急。否则，给学习和借鉴国外医学先进技术带来了一定的困难和障碍。

如何培养近四年来晋升的主治医师，使他们中的一部分或全部经过一段时间的努力能够达到付主任医师以上的水平，这是我省今后发展上必须提出的一个关键性问题，因为它关系到我省精神病院医疗质量的提高。某院主治医师水平有多高、医师水平就有多高，当然我们并不排除青出于蓝而胜于蓝，但也不容否认，学生的水平在很大程度上取

决于老师的水平。主治医师这部分人目前正是深造提高的“黄金时代”，再经过数年，他们将受到年令、精力、健康状况的影响。在目前，一些人已经受到上述三方面的影响，如不力争，包括主客观上力争，主要还是主观上的力争，这部分人的业务技术水平上不去，整个医院的医疗业务技术也很难上去。如不加速采取切实有力措施，将失去“一代”宝贵人才。因此，培养提高这部分人，既是当务之急，也是长远之计，不能束之高阁，等闲视之。

医师的培养提高，应抓紧进行，这部分数量多，决定医院的医疗质量，不可忽视之。

医士各医院数量较少，但他们大部分担当一定数量的病床治疗任务是医院不可缺少的力量，尤其规模较小的精神病院或精神病疗养院更为如此。其中年令较大的，主要在实践中培养提高，年令较小的争取系统学习提高。

二、培训的措施

各医院主任医师、付主任医师为数较少，他们的提高决定着医院水平的提高，这部分人的提高方法，主要靠自学或外出参观访问，有条件的医院出国考察。

主治医师是培养的重点，是医院骨干力量，他们担负着继承老一辈医学专家的宝贵经验和培养各年令组医师的双重任务，他们的业务水平关系到整个医院的技术水平。对他们的培养措施主要是送大专院校精神科、研究所或大医院定期进修，这是医院的战略性任务，日常的培养提高方法是放手让他们到医疗、教学、科学研究的第一线，让他们在医、教、研实践中充分发挥他们的作用，让他们担重担，让他们在主任医师或付主任医师指导下主持医教研工作，切实贯彻查房制、会诊制、通过病案讨论和抢救危重病人解决疑难问题丰富临床经验，并应督促医师工作。在临床中主治医师最好定向提高，我省目前正向心理、生化和遗传这方面过渡和发展。

医师的培养：现代科学技术突飞猛进，医学科学技术也在日新月异地向前发展。每隔5—7年使这些同志能轮流进修一次（精神医学和医学基础理论）。这些人部分由医士晋升，基础理论基础薄弱，即使过去大学本科或专科毕业，基础知识的报废率亦较高，据称：“一个大学毕业生在校所学的知识，五年之后有50%知识陈旧报废。又有人提出七十年代知识的废旧速度比四十年代加速一倍。因此知识老化是目前知识界中一个大问题，如不及时更新，将无法提高各医院的医疗质量，直接影响着各医院现代化建设。基础理论知识训练主要通过办短期训练班、专题训练班，如四衰训练班、统计学训练班等，主要学习近代医学的新成就，学习班聘请各医学院校、大医院的教授和专家，传授经验，以提高这部分人的医学基础理论程度，当然，对低年资主治医师也不能放弃这方面的培训。

开展学术交流活动：广泛地、经常地开展学术交流活动，不但可以取长补短，共同提高，而且也是提高各级医务人员的一条有效途径，如各院年会、省年会定期召开并互相邀请，对提高技术大有裨益。亦可按专业组召开，如流行病学专业组、遗传学组等等。这不但提高医师水平，而且对提高主治医师、主任医师学术水平皆有帮助。亦可请老专家查房会诊，可以教学相长。

开展院际间科研学术协作，也是提高的好办法。目前，国际间学术合作正方兴未

艾，但我省院际间学术协作，还没有很好开展，今后应加强科学技术协作。

外语培训应当举办外语脱产学习班，一般以6月—1年为一期，可分为两种，一为初级班，一为中级班，前者一年为自学打基础，后者以半年为宜，为进一步提高打基础。对有一定外语水平的科技人员，每月可给与任务，完成一定数量的外文资料翻译任务。对业务技术水平高的、外语水平高的“尖子”要进行“四会”训练，为争取到国外进修学习打好基础。

第三节　思想政治教育

加强思想政治工作，是发展社会主义医院的重要保证。思想政治工作是一门综合性很强的社会科学，是进行社会主义精神文明建设的重要手段，是加强医院职工队伍建设的一项重要工作。它所以重要，主要是指思想政治工作的保证作用。在医院，就是保证医院的社会主义性质，保证医院的社会主义方向，保证医院和职工正确地贯彻执行党的路线、方针和政策，严格遵守国家宪法和法律，坚决执行政府的法规、决定和命令。在此基础上，推动医院各项任务的完成和医疗质量的提高，促进医院职工思想觉悟、道德情操、智慧才能的多方面发展。

社会主义精神病院既担负为建设高度的物质文明服务，又担负为着建设高度的社会主义精神文明服务。这是社会主义医院区别于资本主义医院的根本标志之一。建设现代化的社会主义精神病医院，需要有现代的医学科学技术，需要有先进的管理制度和管理方法。但是，如果没有强有力的思想政治工作，并通过思想教育工作，把共产主义思想贯注于职工队伍之中，就不可能最大限度地激发广大职工的社会主义积极性。因而一切先进的技术、先进的管理制度和管理方法，都必须在先进的思想基础上才能充分发挥它们应有的效力，我们的医院才有可能建设好。

加强职工的思想教育工作，必须把共产主义思想教育同实行马克思主义物质利益原则相结合，必须同现阶段坚持按劳分配和其它社会主义原则相结合。即不能片面夸大思想教育的作用，也不要片面强调和夸大物质鼓励的作用，要坚持实事求是的原则，把两者紧密结合进行思想政治工作，才能发挥应有的作用。

一、思想政治教育的基本内容

思想政治教育工作的根本任务，是通过对医院全体职工进行共产主义思想体系的教育，提高他们对在“四化”建设中所处的地位和责任的正确认识，增强认识世界和改造世界的能力。进行思想教育必须联系实际，由浅入深。要有计划地通过爱国主义、集体主义、社会主义和共产主义的教育，使广大职工对社会主义制度的优越性充满信心，对党的领导充满信心，对马克思主义充满信心，对我国实现“四个现代化”充满信心，对建设现代化精神病院充满信心。增强做一名救死扶伤卫生工作者的自豪感，增强做现代化医院建设主人翁的责任感。

（一）进行比较系统的爱国主义、集体主义、社会主义和共产主义的思想教育。系统教育，是为了从根本上提高职工的阶级觉悟和政治素质。政工部门对系统教育要有一个比较切合实际的规划，一般以三至五年为宜。组织职工学习中央统编的《中国近代史》

《科学社会主义常识》《中国工人阶级》等课程。对那些文化水平较高、有一定政治修养的同志，还可选读其它有关的政治书籍，并定期组织专题讲授辅导。使职工的系统教育，有计划地踏踏实实地开展下去。

（二）进行日常的思想政治教育。日常思想政治教育的基本内容主要是：1．国内外形势教育；2．党和政府的方针政策教育；3．院规院纪教育；4．结合医疗工作及其它中心工作的宣传动员教育；5．先进模范人物事迹教育；6．根据职工的思想实际情况进行有针对性的个别教育。日常教育，要结合各项工作定期或不定期进行，要有针对性。

（三）开展医疗服务作风和职业道德的教育。医德教育在精神病院的思想政治教育中占有重要位置。思想教育最根本的目的是解决世界观的问题，为什么人的问题正是世界观的核心，救死扶伤、实行革命的人道主义，全心全意为人民服务，也正是社会主义医学理论学的核心，所以，应把医德教育列为精神病院思想政治教育工作的重要内容，是精神病院思想政治教育工作结合医疗业务工作的具体表现。

（四）根据精神病医院的实际情况，开展热爱精神病医院、热爱精神科专业教育，是精神病医院思想教育工作的具体内容。由于长期的社会偏见和习惯势力的影响，一部分职工特别是一些青年职工不安心在精神病医院工作，错误地认为精神科没搞头。因此，进行热爱精神病医院、热爱精神科专业的思想教育是完全必要的，是精神病医院思想政治教育工作的组成部分。

（五）做好知识分子思想政治工作，充分发挥他们在医院建设中的骨干作用。精神病院工作人员中知识分子约占职工总数的一半，他们是医疗工作的骨干和医院管理的依靠力量。要提高医疗服务质量，把医院建设搞上去，必须真心实意地依靠知识分子，解决好他们中间出现的各种思想问题和实际问题。知识分子一般来说思想比较敏感，认识问题快，对党的政策理解较深，自尊心强。针对这些特点，在做知识分子思想政治工作时，要以党的政策为原动力，对知识分子要做到在政治上一视同仁，在工作上放手使用，在生活上关心照顾，对问题指得要准，批评要诚恳注意场合，掌握分寸，留有余地，说服教育要有理有据。对那些表现好、技术比较强的知识分子要大胆使用，真正使他们有职有权有责。要关心知识分子的生活，帮助解决实际问题，调动他们建设文明医院的积极性。在大胆使用的同时，对他们的缺点错误不姑息迁就，诚恳耐心地帮助教育，引导他们走又红又专的道路，最大限度地调动他们的积极性。

（六）综合治理，做好青年职工的思想教育工作。青年职工思想问题解决的如何，不但直接影响医院的工作，而且关系到共产主义事业是不是后继有人的大问题。党委要把青年职工的思想教育工作纳入党委工作的议事日程，采用综合治理的办法，切实做好青年的思想教育工作。医院领导者应把职工思想政治工作的重点放到青年职工的思想教育上，了解他们的思想、感情及要求，熟悉他们的喜怒哀乐，针对青年职工的特点，来确定教育内容和教育方法，是当前思想教育工作最紧迫的任务和最重要的内容，是关系到精神病院队伍的建设的重要工作。

二、思想政治教育工作的基本方法

（一）建立一支坚强的思想政治工作的骨干队伍。科室、病房和班组是医院最基层的组织形式，是职工日常思想教育的主要阵地。病房、班组的思想政治工作加强了，形成了正确的集体舆论，好人好事就会大量涌现，歪风邪气就不容易抬头。医院各科室应建立思想政治工作领导小组，建立以领导干部、党团员和班组长等为骨干的思想政治工作网，对后进青年要建立帮教小组，发动群众人人做思想工作。并要注意发挥工会、共青团组织在这方面的作用。

（二）建立健全思想政治工作制度。思想政治工作要坚持经常化、制度化和科学化，就必须建立健全一套比较完整的思想政治工作制度。如：《政治学习制度》《民主生活会制度》《谈心制度》《家访制度》《帮教制度》《讲评制度》《医德考核制度》等等。“四包”“五必访”“六必谈”制度是做好日常思想政治工作的较好方法。“四包”是：领导干部包党员，党员包骨干，骨干包群众，老职工包青年。“五必访”是：职工病休必访，婚丧嫁娶必访，家庭出现纠纷必访，节假日离退休职工必访，职工出现思想问题必访。“六必谈”是：工作出现差错必谈，思想变化必谈，出现违章苗头必谈，发现不团结现象必谈，对布置工作执行不力时必谈，取得成绩受到表扬时必谈。

（三）思想教育必须在有利于医疗工作的前提下进行，路子要搞得宽一些、活一点，要努力创造和善于运用各种竞赛形式来进行教育。共产主义思想体系的理论教育，应同开展各种形式的社会主义劳动竞赛结合起来（如争当优秀护士、文明职工、信得过医生、新长征突击手、三八红旗手等活动）；同开展“五讲四美三热爱”、文明医院建设和“五定一奖”活动结合起来。从而使思想政治教育工作内容具体化、形式多样、生动活泼、踏踏实实。不仅目标明确，还有利于检查评比。

（四）思想教育要同开展健康、愉快、生动活泼、丰富多彩的业余文化体育活动结合起来。我们应该充分认识文学艺术、广播电视、文娱体育等社会教育手段在职工思想教育中的重要作用。医院领导者应关心职工的文化体育活动，逐步创造条件，办好职工俱乐部、图书馆、广播室，开辟职工体育活动场地。工会、共青团要组织好职工的各种文化体育活动，开展健康的午蹈、歌咏、棋艺等娱乐活动，使广大职工在紧张的工作之余，得到高尚趣味的精神享受，受到共产主义思想的教育，养成社会主义生活方式，并以此来抵制和反对那些不健康地精神污染。

（五）抓典型树标兵，使群众学有榜样，赶有目标。敢于树立表彰先进，是思想政治工作强有力的重要标志。医院领导者要善于发现和培养各方面的先进典型，大力宣传先进人物的模范事迹。只有表彰好人好事，才能扶正压邪，使群众学有榜样，赶有目标，干起来有奔头，从而调动职工群众的积极性，将思想政治工作开展得生气勃勃，富有战斗力。

三、思想政治工作应遵循的原则

（一）坚持理论联系实际的原则，切忌千篇一律的空洞说教。

理论联系实际的原则，就是指思想教育要有针对性，有的放矢，一把钥匙开一把锁，不同矛盾采用不同的解决方法，这是辩证唯物主义处理问题的法则，也是思想教育工作科学化的核心，不要回避矛盾，敢于接触群众的思想实际，避免千篇一律的空洞说教。思想教

育工作必须依据党的方针政策，紧密联系医院和职工的实际，对带有倾向性的思想问题，不能采取回避态度，不要泛泛地抓，在一段时间内要有重点地抓住一、两个主要问题，认真加以解决，力求收到实效。思想教育工作的说服力，在于具体问题具体分析，只有了解人的思想和心理状态，掌握其动态和症结所在，摸准脉博，对症下药，才能奏效，达到预期效果。

（二）坚持思想民主的原则，切忌以势压人。

思想教育要坚持民主的原则、疏导方针。教育者首先要采取平等的态度，不要以群众的老师或上司自居，更不能以势压人，板起面孔训人。平等待人可以保护人的自尊心，使人产生信赖感，激发人的进取心，增强思想教育工作的效果。坚持疏导方针，就是要以理服人，必须把道理讲明白，使人家觉得有理而愿意接受。讲理，就必须尊重客观事实，实事求是，不能讲脱离实际的空理，也不能讲歪曲现实的歪理。对待职工内部的思想认识问题和不同见解，只能说服，不能压服。简单粗暴、强迫命令的方式，不但解决不了思想认识问题，反而会产生反作用。更不能把同志当“敌人”，无限上纲等“左”的错误做法。思想教育还要坚持真理弄清是非，即不能顺情说好话，也不能乱批一顿，被教要使育者清楚，对在那里，错在什么地方，真正做到心悦诚服。

（三）坚持思想教育与业务相结合的原则，切忌脱离医疗实践。

思想教育工作之所以重要，正是因为它对医疗业务工作有保证作用。同时，人们的思想活动贯穿于各项业务活动之中，很多思想问题都是在业务活动和管理过程中产生的。医院是以医疗工作为中心，具体来说是把医疗质量和服务态度放到首位，这就决定了医院的思想政治工作，应把主要精力和时间放到这上面来。政工干部应经常深入到各个科室，到医疗、教学、科研第一线去调查研究，及时掌握群众的思想动态，解决医疗工作中发生的各种思想问题。解决业务活动中的思想问题，除了发挥党团员的作用外，还必须依靠科主任、主治医、护士长等业务骨干，把他们也当成思想政治工作的骨干力量。目前，医院中思想教育工作与业务工作脱节的现象还较为普遍，相当多的政工干部不懂业务，对医疗活动中发生的思想问题不了解，即使了解也往往不知如何解决；而管理干部和技术干部虽然了解情况，但多数认为思想政治工作是政工干部的事，不积极主动去做，有些也不知如何去做。这两种倾向都必须克服，使思想教育工作渗透到医疗活动的实践中去。

（四）坚持表扬与批评相结合，以表扬为主的原则，切忌“好人主义”。

表扬先进批评落后，是思想政治工作具有战斗力的重要标志。表扬和批评都有很大学问。表扬时要提出新的更高的要求，激励其更加前进，批评时要使人在认识错误中鼓起改正错误、奋发向上的勇气和信心，不能产生抵触或消极的情绪。思想政治工作者的天职，首先是善于发现工作对象的优点和缺点，善于把工作对象身上的消极因素转变为积极因素；而不能仅仅把自己的注意力放在工作对象的缺点和错误上。表扬先进时，要注意实事求是和准确性，不仅指出成绩所在，同时也要帮助找出存在的问题和今后努力的方向；批评后进时，要采取“惩前毖后，治病救人”的方针，应进行深入细致的思想教育工作，启发他们认识自己的错误，帮助他们找出犯错误的根源及消除这些根源的途

径和方法，使他们感到有出路。帮助后进职工，是医院思想政治教育工作的重点，每个医院都有一些人处于后进状态，人数不多，但影响很大，往往关系到医院管理、风气和声誉。对后进职工的思想教育尤其重要，要采取正确的态度和方针，不要存偏见；，允许思想反复，不要急于求成，要从多方面关心他们，不要孤立或歧视他们，让其得到集体的友爱和温暖。经过反复细致的思想工作，使其逐步转变。目前职工队伍中“好人主义”、明哲保身现象比较普遍，在思想教育中要注意引导职工掌握好批评与自我批评的有力武器，使正气压倒邪气，出现一个生动活泼的政治局面。

（五）坚持提高思想认识同关心职工生活问题相结合的原则，切忌精神万能论。

思想政治工作之所以具有强大的威力和旺盛的生命力，它绝不是用脱离现实的空洞说教，而恰恰是在于它与现实生活、与人们的物质利益的紧密联系。因此，医院领导者要关心职工的生活，把解决职工的思想问题与解决职工的生活问题相结合。在思想政治工作中，应充分发扬我党关心群众生活的优良传统，做群众的贴心人，把党的温暖送到每一个职工的心坎上。虽然职工生活近几年有了明显改善，但是仍然还有许多实际困难，各个医院都存在不少有待解决的问题：如切实改善和改进居住、伙食、通勤、子女就业、文化业务学习、体育娱乐等问题。离开解决这些实际问题和困难，单纯去讲思想政治工作，必定软弱无力。对于一时难于解决的困难和问题，应向职工交底，作耐心解释，使他们体谅国家和医院的暂时困难。同时指明前景，给他们以信心和希望。

（六）坚持教育者身教同言教相结合，身教重于言教的原则，切忌言行不一。

教育者必须先受教育，虚心向群众学习，真正做群众的表率，要求群众做到的，自己要首先做到；要求群众不做的，自己要坚决不做。身教胜于言教，以身作则的本身就是最有说服力的思想政治工作。相反，如果言行不一致，表里不一，就会导致思想教育工作软弱力。

（许振学、杨国章、喻永孚）

附：1984年中华医学会情感性精神病专题学术会议修订的精神疾病分类及精神分裂症、躁郁症临床工作诊断标准

中华医学会精神疾病分类——1984

一、器质性精神障碍：

指以脑部各种病变所致的精神障碍。不包括其他器官或全身性疾病所致精神障碍以及中毒所致精神障碍。

（一）颅内感染伴发精神障碍(293,310.8)

（二）颅内损伤伴发精神障碍

1．颅内损伤性精神病（293）

2．颅内损伤后人格障碍（310.1）

3．颅内损伤后综合征（310.2）

4．其他（310.8）

（三）脑血管疾病伴发精神障碍

1．脑动脉硬化性精神障碍（290.4,310）

2．其他脑血管疾病伴发精神障碍(310)

（四）颅内肿瘤伴发精神障碍（294,310）

（五）脑变性所致精神障碍(290,294,310)

1．早老性痴呆（290.1）

2．老年性痴呆（290.0,290.2,290.3）

3．其他（290.8）

（六）癫痫性精神障碍

1．癫痫性意识障碍（293.0）

2．癫痫性精神病（294.8）

3．癫痫性痴呆（294.1）

4．癫痫性人格障碍

5．其他

二、躯体疾病伴发精神障碍

指以各种躯体疾病为基础的精神障碍。

（一）感染伴发精神障碍（293）

（二）内脏疾病伴发精神障碍（293）

（三）内分泌疾病伴发精神障碍（293）

（四）代谢性疾病伴发精神障碍（293）

（五）其他（293.8）

三、中毒性精神障碍及药物酒精依赖

指因摄入某种外界物质所致的精神障碍。

（一）药源性精神障碍（292.1）

（二）药物依赖（304）

（三）酒精依赖（303）

（四）酒精性精神障碍（291）

（五）一氧化碳中毒性精神障碍

（六）农药中毒性精神障碍

（七）其他物质所致精神障碍

四、精神分裂症（295）

指一种常见的病因未明的精神病，思维、情感、感知和行为等多方面的不协调，一般无意识及智能障碍，病程迁延。

（一）单纯型（250.0）

（二）青春型（295.1）

（三）紧张型（295.2）

（四）偏执型（295.3）

（五）残留型（295.6）

（六）衰退型

（七）未定型

（八）其他

五、情感性精神障碍

指一组病原未明的精神障碍（情感的高涨或低落为主要特征伴有相应的思维及行为改变。一般不导致人格缺损。较轻者可不到精神病的程度。

（一）躁狂抑郁症（296.0）

1．躁狂型（296.0）

2．抑郁型（296.1）

3．躁狂抑郁型（296.2,296.3,296.4）

4．其他（296.6）

（二）更年期忧郁症（296.7）

（三）其他

六、偏执性精神病（297）

指一组以妄想为主要症状的病因未明的精神病，以被害和嫉妒妄想较多见。妄想常具有系统性倾向，一般不导致人格缺损。

（一）偏执狂（297.1）

（二）偏执状态（297.0）

(三)感应性精神病 (297.3)

(四)其他 (297.8)

七、反应性精神障碍 (298)

指一组因为较明显的心理社会刺激所致的精神障碍。精神症状的发生、发展和内容，均与刺激密切有关。

(一)反应性意识障碍 (298.2,308.1)

(二)反应性兴奋 (298.1,308.2)

(三)反应性抑郁 (298.0,309.0,309.1)

(四)反应性偏执 (298.3,298.4)

(五)其他

八、其他精神病

指的是在分类上归属未定的精神病。如分裂情感性精神病、分裂样精神病、非典型精神病和周期性精神病等。

九、神经症 (300)

即神经官能症，其共同特点是：（1）常因为素质因素及心理社会因素共同作用而起病；（2）可表现多种症状，包括精神和躯体症状，但检查不能发现相应的病理形态学变化；（3）除部分癔症患者外，一般意识清楚，没有严重的行为紊乱，病程较长，有自知功，要求治疗。

(一)焦虑症 (300.0)

(二)癔症 (300.1)

(三)恐怖症 (300.2)

(四)强迫症 (300.3)

(五)抑郁性神经症 (300.4)

(六)神经衰弱 (300.5)

(七)疑病症 (300.7)

(八)其他 (300.8,306,307)

十、心理因素所致生理功能障碍 (306)

指主要表现为躯体功能障碍，但无病理形态学变化的基础，也无明显精神活动障碍的一组疾病。不包括心身疾病。

(一)性功能障碍

(二)睡眠障碍 (307.4)

(三)饮食障碍 (307.5)

(四)内脏器官功能障碍

(五)其他

十一、人格障碍 (306)

指一种持久的适应不良行为模式，使自己和/或社会蒙受损害，常影响正常的人际关系。开始于少年或更早的年令，中年后可逐渐缓解。

(一)偏执型 (301.0)

(二)情感型 (301.1)

(三)分裂型 (301.2)

(四)暴发型 (301.3)

(五)强迫型 (301.4)

(六)癔症型 (301.5)

(七)悖德型 (301.7)

(八)其他

十二、性心理障碍 (302)

指以异常行为作为满足性冲动的主要形式，从而大部或全部取代了正常性生活的一组行为障碍。一般不表现其他精神障碍。

(一)同性恋 (302.0)

(二)男性异装癖 (302.3)

(三)露阴癖 (302.4)

(四)恋物癖 (302.8)

(五)窥阴癖 (302.8)

(六)其他 (302.8)

十三、精神发育迟钝 (317—319)

指一组因为先天的或儿童期的疾病引起的精神活动发育受阻，特别表现为智力及社会适应能力低下。多数患者病因不易查清，临床上习惯于按症状轻重分类。

(一)轻度 (317)

(二)中度 (318)

(三)重度 (318.1)

(四)极重度 (318.2)

(五)未定

十四、儿童精神障碍 (313—315)

指具有年令特征，常与发育有联系，不包括能归入以上各类的儿童精神障碍。

(一)儿童精神病 (299)

1．婴儿孤独症 (299.8)

2．婴儿痴呆 (299.1)

3．其他（299.8）

（二）儿童情绪障碍（313）

1．儿童焦虑反应（313.0）

2．儿童惊恐反应（313.0）

3．儿童抑郁反应（313.1）

4．其他（313.8）

（三）多动综合症（314）

（四）品行障碍

（五）特定功能发育迟缓（315）

1．发育性阅读困难（315.0）

2．发育性计算困难（315.1）

3．发育性言语困难（315.3）

4．其他（315.8）

（六）特殊症状或综合症（307）

1．口吃（307.0）

2．抽动症（307.2）

3．夜惊（307.4）

4．功能性遗尿（307.6）

5．其他（307.9）

（七）其他

精神分裂症临床工作诊断标准

（1984年10月修订）

一、定义：精神分裂症是一种常见的病因未明的精神病。主要起病于青壮年，具有思维、情感、感知和行为等多方面的障碍，常导致精神活动不协调。一般无意识及智能障碍。病程多迁延。

二、诊断标准：必须具备下列四条标准方可诊断：

（一）症状学标准：确定无疑至少具有下述症状中两项者，才算符合此条标准。如症状可疑存在，或虽然存在，但不典型，则至少具有下述三项者，才算符合本条标准。

1．思维联想和逻辑障碍：思维松弛，或破裂性思维，或逻辑倒错性思维，或病理性象征性思维或思维内容贫乏。

2．妄想：原发性妄想，或妄想知觉，或妄想具有荒谬、离奇、脱离现实、不系统、不固定的性质。

3．情感障碍：情感淡漠，或情感倒错，或痴笑。

4．幻听：评论性幻听或争议性幻听，或命令性幻听，或思维鸣响。

5．行为障碍：紧张症候群，或作态或幼稚愚蠢行为。

6．被控制体验。

7．内心被揭露感（被洞悉感），或思维播散。

8．思维插入，或思维被夺，或思维中断。

（二）严重程度标准：疾病的严重程度需符合以下三点：

1．与现实不能保持洽当的接触，或不能客观地评价环境事物。

2．社会适应能力下降（包括社交、日常生活、工作和学习）。

3．自知力不全或丧失。

（三）病程标准：全部病程至少三个月以上，其中包括精神病期至少一个月，才算符合此条标准。“精神病期”指符合症状学标准及严重程度标准这两条者。在此以前不符前两条标准的精神障碍期，称为“前驱期”。只有前驱期，不论多长，不能确定为精神分裂症。

（四）排除标准：

1．情感性精神障碍；

2．脑器质性精神障碍；

3．躯体疾病伴发精神障碍；

4．反应性精神障碍；

5．偏执性精神病；

6．分裂情感性精神病。

注：如符合症状学标准，严重程度标准，排除标准，而不符合病程标准，可暂时诊断为“精神分裂样精神病”。

躁狂抑郁症（躁郁症）临床工作诊断标准

（一九八四年十月制订）

定义：指一组病因未明的精神障碍，以情绪高涨或低落为主要特征，伴有相应的思维及行为改变。一般不表现人格缺损。轻者可不到精神病的程度。

一、躁狂抑郁发作的诊断标准：

〔**躁狂发作**〕

A、症状标准：

1．症状以情绪高涨和易激惹为主要特征，且相对持久。

2．首次发作者情绪障碍至少已持续两周（如症状严重需住院或过去有肯定符合标准的躁狂或抑郁发作者不受此限），且至少有下列症状中四项（若情绪仅为易激惹，则需具有五项）：

（1）言语比平时增多，或滔滔不绝；

（2）意念飘忽，思维奔逸；

（3）注意力不集中，随境转移；

（4）自负，自我评价过高；

（5）自我感觉良好：感到头脑灵活、身体特别强壮或精力充沛；

（6）对睡眠的需要减少；

（7）活动增多（包括工作、日常活动、社会及性行为方面）；

（8）轻率任性，不顾后果。

B、病情严重程度标准：临床症状必须达到下列严重程度之一者：

1．无法执行有效交谈；

2．社会能力（指工作、学习、社会或家务能力）明显受损；

3．需立即治疗或住院；

4．具有精神病性症状。

C、排除标准：

1．当情绪症状消退后，下列症状继续存在；

①与心境不协调的妄想或幻觉；

②怪异行为；

③“一级症状”；

④紧张症状群。

2．情绪症状系附加于精神分裂症等其他疾病者。

3．情绪症状系药物、中毒或其他器质性原因所引起。

〔**抑郁发作**〕

A、症状标准：

1．症状以心境抑郁为主要特征，且相对持久，但在一日内可有晨重晚轻的节律变化。

2．首次发作者情绪障碍至少已持续两周（如症状严重需立即治疗或住院者，过去有肯定符合标准的躁狂或抑郁发作者不受此限），且至少具有下列症状的四项：

①对日常活动丧失兴趣或无愉快感，性欲减退；

②精力明显减弱，无原因的疲倦，软弱无力；

③反复出现死亡的念头，或有自杀企图或行为；

④自责或内疚感；

⑤思考能力或注意力减退；

⑥精神活动迟钝或激越；

⑦失眠，早醒或睡眠过多；

⑧食欲不振，体重明显减轻。

B、病情严重程度标准：临床症状必须达到下列严重程度中之一者：

1．社会能力明显受损；

2．需立即治疗或住院；

3．具有精神病性症状。

C、排除标准：同躁狂发作标准中的“C”项。

〔轻躁狂与轻性抑郁发作〕：本类型指临床表现符合躁狂或抑郁发作的A、C项标准，而

不符合B 项中任一条者。

二、躁狂抑郁症临床分型诊断标准：

1．躁狂型：

2．抑郁型：

以上二亚型指在其整个病程中只有躁狂（或轻躁狂）或抑郁(或轻性抑郁)发作，且同一病型连续发作三次以上，如仅有一或二次发作，则其末次发作后已缓解八年以上无另一病型发作者，此二型在确诊前应尽量查询其病前或追踪其后是否有另一病型发作。

3．躁狂抑郁型：指病程中既有躁狂（或轻躁狂）又有抑郁（或轻抑郁）发作，抑郁型经电休克或抗抑郁剂诱发出躁狂(或轻躁狂)者也属本型。对诊断时所表现的病型应在第三级诊断中注明“目前为躁狂发作”、“目前为抑郁发作”或“目前为混合型发作”。

4．其他型：如快速循环型，慢性型等。

说明：

1．某些躁狂或抑郁发作中可伴有心境协调的精神病性症状。

2．本标准中“心境抑郁”即“心境恶劣”的同义语，其症状可表现为：高兴不起来、压抑、沮丧、情绪低落、失望、灰心丧气或对日常活动缺乏兴趣或无愉快感。

3．轻躁狂、轻性抑郁的过去发作史常需仔细询问才能发现，现症者则需特别询问其内心体验方能确诊。