

综合医院精神科患者转科病例50例回顾性分析

万其容,张彦,王高华,陈振华,朱志先,柏蓓

摘要 目的:探讨综合医院精神科转科患者的临床特点。方法:收集我院精神科2016年1月1日至2017年5月31日转入其他科室患者的病历资料,进行描述性统计分析。结果:共纳入转科患者50例。转出的年龄分布以40~50岁(32%)最多,20~30岁(24%)次之;转出科室最多分布在重症医学科(26%),神经内科(18%),产科(6%),神经外科(6%),骨科(6%),血液内科(4%);转出主要原因为中枢神经系统感染所致的精神障碍。结论:综合医院精神科患者转科涉及多个科室,转科的患者多起病急,病情危重,精神科医师需加强对患者器质性精神障碍的识别,提高处理躯体症状的能力。

关键词 综合医院;精神科;转科

中图分类号 R741;R749 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.06.013

作者单位

武汉大学人民医院

临床心理科

武汉 430060

收稿日期

2017-12-08

通讯作者

张彦

1970775160@qq.

com

精神症状是很多器质性疾病的首发症状,同时精神障碍患者会伴发躯体疾病,在临床上常常因精神症状的复杂多样掩盖了患者的躯体疾病。因此,联络会诊在精神科发生率较高。本研究对某综合医院精神卫生中心转出的患者资料进行整理,分析转出患者的转科原因、病情特点、诊断、住院时间以及转归。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2016年1月1日至2017年5月31日我院精神卫生中心(三甲综合医院)所有转科患者的病历资料。

1.2 方法

制定统一的调查表,对转科患者的临床资料进行统计分析,包括一般人口学资料、转科科室、转科原因、转科诊断、住院时间及转归等资料。

1.3 统计学处理

采用SPSS 15.0软件处理数据,进行描述性统计分析,计数资料以率表示。

2 结果

2.1 人口学资料

转科患者共50例,其中男21例(42%),女29例(58%)。

2.2 科室分布

转科科室从高到低依次为:重症医学科13例(26%),神经内科9例(18%),产科3例(6%),神经外科3例(6%),骨科3例(6%),血液内科2例(4%),眼科1例(2%),消化内科3例(6%),肾内科5例(10%),内分泌科1例(2%),泌尿外科3例(6%),感染科1例(2%),呼吸内科1例(2%),妇科2例(4%)。

2.3 年龄分布

年龄20~30岁12例(24%),30~40岁5例(10%),40~50岁16例(32%),50~60岁7例

(14%),60~70岁9例(18%),70~80岁1例(2%);其中40~50岁的患者最多,20~30岁次之。

2.4 病情特点

精神症状为首发症状而诊断不明12例(24%);精神疾病复发,住院过程中原有躯体疾病加重9例(18%);精神疾病复发,住院期间发现新的躯体疾病需要转科治疗6例(12%);原有躯体疾病所致的精神病状态4例(8%);精神症状导致出现新的躯体问题而需转科治疗3例(6%);精神疾病稳定后转科治疗其他疾病9例(18%);自缢2例(4%),终止妊娠3例(6%);精神科药物副反应2例(4%)。

2.5 出院诊断

中枢神经系统感染所致的精神障碍6例(病毒性脑炎2例,自身免疫性脑炎2例,梅毒所致的精神障碍2例),缺血性脑血管病3例,颅内占位性疾病所致的精神障碍3例,酒精所致的精神障碍3例,神经系统其他疾病(帕金森病,重症肌无力)2例,呼吸系统疾病4例(脓毒血症1例,重症肺炎2例,肺结核1例),血液系统疾病2例(慢性粒细胞白血病1例,白细胞增多症1例),消化系统疾病7例(上消化道出血3例,胃异物1例,大肠多发性息肉1例,自身免疫性肝病1例,肝性脑病1例),肾内科疾病4例(肾功能衰竭2例,狼疮性肾炎1例,肾积水1例),骨折3例,产科疾病3例(引产1例,剖腹产2例),子宫肌瘤2例,前列腺增生1例,尿道肉阜1例,锂盐中毒1例,甲亢1例,视网膜脱离1例,多器官功能衰竭1例,自缢后多器官功能衰竭2例。

2.6 转科时间

入院24 h内转科13例(26%),1周内转科19例(38%),1周以上18例(36%)。

2.7 住院时间

住院时间1~264 d,平均住院天数27.92 d。

3 讨论

之前我中心有多篇精神科和其他科室联络会

诊的报道^[1-3],而精神科转科到其他科室的患者临床特征报道很少。本研究结果显示,本院精神卫生中心在1.5年的时间里共转科50例。转科治疗的患者大部分属于急危重患者。会诊患者的年龄分布在2个高峰段:40~50岁和20~30岁。40~50岁多为躯体疾病的高发年龄,所以器质性精神障碍的发病率较高^[4],如缺血性脑血管病,脑代谢性疾病等所致的精神障碍。20~30岁年龄段的诊断中有部分脑炎患者,起病急,症状重,病情进展迅速;另外有骨折、剖腹产等原因转科的年轻患者,这个年龄段的患者处于生育年龄,同时精神症状多有兴奋、冲动,所以他伤或自伤的可能性高。

从转科科室的临床分布来看,转出科室主要分布在重症医学科、神经内科、肾内科、神经外科、骨科等科室,以重症医学科最多,与既往报道相似^[5],主要原因可能有:①某些神经系统疾病的首发症状为精神症状,家属和医护人员不能在首诊时及时发现患者的器质性问题而被收治进精神科^[6]。但往往这些患者病情危重,进展迅速,最终多转入重症医学科和神经内科ICU。对于病程短,有意识障碍或有严重感染的患者应高度考虑非精神科的问题^[7]。②患者和家属的原因延误了治疗,加重病情。很多有精神病史的患者若出现身体不适,家属首先考虑把患者送往精神科就诊,忽略了患者可能出现的内外科问题;另外,部分患者受症状的影响不会主动表达病情和感受,或者一些精神科药物的副作用抑制患者的敏感性而使其得不到及时的诊治以致病情恶化。③综合医院有比较齐全科室作保障,精神科与其他科室的联合会诊较频繁,常见的躯体疾病普通会诊可以解决;

有时因为非精神科医生只注重患者突出的精神症状,而忽视器质性疾病问题而将急诊就医的有精神症状的患者安排到精神科就诊^[4];或因其他科室的病房设置使得部分精神症状严重的患者无法入住相应的科室,最终在精神科明确诊断或病情加重后才被转到相应科室诊治。

综上所述,综合性医院的精神科在处理患有躯体疾病的精神障碍时比专科医院具有一定的优势,各科室之间能够做到及时的联络会诊,但精神科医师本身必须加强对器质性精神障碍的识别和诊治,提高对急危重躯体疾病的抢救能力。

参考文献

[1] 王高华, 黄永兰, 陈振华, 等. 综合医院精神科会诊5年变迁[J]. 临床精神医学杂志, 2001, 11: 203-204.
[2] 黄永兰, 陈振华, 白雪光, 等. 综合医院会诊-联络精神病学10年变迁[J]. 武汉大学学报(医学版), 2006, 27: 671-673.
[3] 郭俊慧, 王晓萍, 白雪光, 等. 综合医院精神科联合会诊分析[J]. 神经疾病与精神卫生, 2009, 9: 140-141.
[4] Otani VHO, Otani TZDS, Freirias A, et al. Misidentification of mental health symptoms in presence of organic diseases and delirium during psychiatric liaison consulting[J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2017, 21: 215-220.
[5] 王金鉴, 孙振晓. 精神科请综合科会诊分析[J]. 精神医学杂志, 2010, 23: 431-432.
[6] Sartorius N. Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century[J]. Psychiatr Danub, 2013, 25: 4-5.
[7] 王荣科, 魏春梅. 1276例精神科重症监护病房患者合并躯体疾病及联合会诊的临床分析[J]. 四川精神卫生, 2016, 29: 154-156.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第302页)

[21] 阎志慧. 多巴胺受体D2基因多态性和DNA甲基化与持续性姿势—知觉性头晕的相关性研究[D]. 山东: 山东大学, 2016.
[22] Staab JP, Ruckenstein MJ, Amsterdam JD. A prospective trial of sertraline for chronic subjective dizziness[J]. Laryngoscope, 2004, 114: 1637-1641.
[23] Horii A, Uno A, Kitahara T, et al. Effects of fluvoxamine on anxiety, depression, and subjective handicaps of chronic dizziness patients with or without neuro-otologic diseases[J]. J Vestib Res, 2007, 17: 1-8.
[24] Herdman SJ, Schubert MC, Das VE, et al. Recovery of dynamic visual acuity in unilateral vestibular hypofunction[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 129: 819-824.
[25] PhD EVMD, Robert Sitarz BS. Vestibular Rehabilitation Using Visual Displays: Preliminary Study [J]. Laryngoscope, 2002, 112: 500-503.
[26] Thompson KJ, Goetting JC, Staab JP, et al. Retrospective review and telephone follow-up to evaluate a physical therapy protocol for treating persistent postural-perceptual dizziness: A pilot study[J]. J Vestib Res,

2015, 25: 97-103.
[27] 袁天懿, 唐建良, 秦玲, 等. 前庭康复训练联合艾司西酞普兰对慢性主观性头晕的早期疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2016, 18: 318-319.
[28] Edelman S, Mahoney AE, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized, controlled trial[J]. Am J Otolaryngol, 2012, 33: 395-401.
[29] A EJM, Edelman S, P DC. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: longer-term gains and predictors of disability[J]. Am J Otolaryngol, 2013, 34: 115-120.
[30] Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. Treatment of phobic postural vertigo. A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization[J]. J Neurol, 2006, 253: 500-506.
[31] Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo[J]. J Neurol, 2007, 254: 1189-1192.

(本文编辑:唐颖馨)