

精神病与精神卫生学专业学位论文研究生临床思维培养

杨世昌

【关键词】 精神病学;专业学位;临床思维

中图分类号:R749

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.02.031

专业学位(Professional Degree)是相对于学术性学位(Academic Degree)而言的学位类型,其目的是培养具有扎实理论基础,适应特定行业或职业实际工作需要的应用型高层次专门人才。两类学位在培养目标上存在明显不同,前者按学科设立,以学术研究为导向,偏重理论和研究,培养大学教师和科研机构的研究人员;而后者以专业实践为导向,重视实践和应用,培养在专业和专门技术上受到正规的、高水平训练的高层次人才^[1]。获得专业学位的人,主要不是从事学术研究,而是从事具有明显职业背景的工作,如医师等。临床医学专业学位论文的建立和实施,是我国医学学位与研究生教育的一项重大改革^[2]。

1 培养精神病与精神卫生学专业学位论文研究生的重要性

精神病学(Psychiatry)是临床医学的重要分支学科。19世纪末西医精神病学传入中国,20世纪初北京、上海等地的个别医学院校开始设置精神病学课程,任课教师多数为外国神经精神病学专家,20世纪60年代中期,国内部分高校虽然也开设了这门课,但多数无实习基地,未开实验课。近年来,随着科学和社会的发展,人们对精神卫生的需求逐步增多,精神病学人才培养也越来越重要,教育部给予了高度重视。按照《中国教育改革和发展纲要》的精神,为拓展人才培养的类型和规格,加快培养社会急需的复合型、专业学位研究生,1991年以来,针对社会发展对不同行业背景、不同类型、不同规格高级专门人才的需要,国务院学位委员会批准设置了医学硕士、博士(等)专业学位,包含精神病与精神卫生学专业。2000年WHO在北京召开有关精神病学教学研讨会,认为精神病学的某些技能是临床各科医生都必需的基本技能,建议将精神病学列为主干课程。随着医学模式由生物医学模式到生物-心理-社会医学模式的转变,世界医

学教育相关组织已将精神病学与内、外、妇、儿并列为“全球医学生最基本培养方案”中最主要的课程之一,并要求注重加强精神病学的教学内容,以真正适应医学模式的根本转变。

2 临床诊断思维的培养

临床思维是一项多学科综合性的学问,人们在医疗实践中常不自觉地、逐渐地体会到正确的临床思维方法,它贯穿于整个诊疗行为及诊疗过程中^[3]。

2.1 资料搜集过程中的临床思维 在临床资料搜集过程中,一定要做到真实性、系统性和全面性。医生不可根据自己的知识范围和经验,任意取舍客观表现,牵强附会地纳入自己理解的框架之中。在日常生活中,人们往往只能留心到他们想留心的事物,在搜集临床资料的过程中,医生往往也只注意到他们关心的临床表现。鉴于此情况,医生在搜集资料的全过程中,应力求注意临床思维的严密性和认识方法的科学性,努力减少主观随意性和思维惰性。

2.2 综合分析、鉴别诊断 对疾病做出诊疗是从现象到本质的认识过程,资料齐全而典型且证据确凿者,可明确诊断。若临床缺乏特异性证据,或者临床怀疑某病经特异诊疗性治疗而治愈者,病情较为复杂,经过分析、比较,排除某些疾病,则是诊断、鉴别诊断的过程。

3 临床诊断思维中几种关系

3.1 现象与本质 患者的症状、体征及各项检查结果都是疾病的临床表现,所有这些临床表现都是现象。各种临床表现都有一定的临床意义,一定的临床意义就是该临床表现的本质。熟练掌握各种临床表现的临床意义是诊疗疾病的基础。

3.2 主要与次要 在各种临床表现和实验室检查的资料中,真正对诊疗起决定性作用的不过少数几个,分清信息的主次真假,至关重要。因为临床诊疗往往是从主要表现出发来诊疗的。根据主要表现提出的诊疗结果应能解释全部临床表现;如不能解释全部临床现象,则可能是诊疗有误而应重新寻求主

项目名称:临床医学硕士专业学位研究生培养模式改革

作者单位:453002 新乡,新乡医学院第二临床学院/第二附属医院

通信作者:杨世昌, E-mail: yangshch2000@163.com

要表现以便提出新的诊疗,也可能是同时存在两个或两个以上的疾病。

3.3 局部与整体 局部和全身是统一而不可分割的。局部的病变虽然在局部,但是,无论是病因、发病机制、病理生理改变以及治疗,整个机体在不同程度上都要参与这些过程。局部的病变形成以后又反过来要影响全身。因此,在对某一疾病做出诊疗时,不能忽视疾病对整体所带来的影响,在考虑治疗方案时更不能忽视对整体的治疗。应当指出,当前在诊疗上或处理上都仍然存在忽视整体的倾向,这是临床医生在思想方法上值得注意的。

3.4 共性与个性 不同的疾病有相同的征象,即这些疾病的共性。而同一征象在不同疾病中又各有其独特的临床特点,即该病的个性。抓共性,可以就某些临床表现进行全面考虑而不致漏诊。抓个性有利于详细鉴别、减少误诊。

3.5 典型与非典型 临床上,典型病例并不多见,大多数患者的临床表现都不典型。这是因为患者接受过预防接种使症状变轻,或因接受某种药物治疗使疾病的本来面目受到干扰所致。典型病例的诊疗并不困难,而非典型病例的诊疗有一定的难度。首先应当熟记典型表现,然后才可能对非典型病例有较高的警惕。

3.6 器质性与功能性 当鉴别器质性病变与功能性病变困难时,应多考虑器质性病变,在没有充分证据可以排除器质性病变以前,不要轻易下神经官能症的诊断,以免延误诊疗。精神科疾病又有其相对诊断思路。

3.7 常见与多见 对主要症状或体征进行分析做出诊疗时,首先应考虑产生该症状或体征的常见病、多发病。

3.8 病原性与医源性 除通常所指的病原性疾病外,还有一些病是因为医生或患者滥用抗生素、激素、镇静剂等所致。这些药物不仅能掩盖或改变病情,还能引起药物热、皮炎等过敏反应,引起感染加剧、二重感染等,故在询问病情时需了解用药情况及疾病的治疗史。

4 精神疾病诊断思路

精神疾病的诊断主要观察和精神状况检查,诊断的过程是一个慎密的逻辑推理过程。对精神病与精神卫生学专业学位的研究生而言是很重要的临床基本功之一。精神科诊断的基本方法包括采集病史、精神状况检查、体格检查、实验室检查、特殊检查。由于精神疾病存在“同病异症”、“异病同症”的

情况,临床表现复杂、多样,对精神疾病做出诊断是一个复杂的过程。在临床实际工作中,并不是每个患者的临床表现都如书本上描述的那样典型,并非所有的临床表现均完全符合诊断标准,可有不吻合甚至矛盾之处。需认真甄别,慎密思考,才能做出正确的诊断。到目前为止,精神科的诊断主要依赖于病史采集和精神状况检查所收集到的信息,经过对这些信息进行加工整理,梳理整合,去伪存真,综合分析,建立正确诊断。因此,精神科的诊断思维过程对疾病的正确诊断非常重要。

4.1 精神疾病诊断“三步走” 对于精神疾病的诊断,一定要形成良好的诊断思路,一般可以分为三步^[4]。第一步确定是否患病,第二步确定是否为其他科疾病,第三步确定患哪种精神科疾病。临床上要避免来一个就诊者就考虑是精神科的什么疾病的思维方式。

根据上述的三步,应该首先考虑是否有病,而这一步骤的工作常常被知情人所“代劳”,因为当就诊者初始出现异常现象或症状时,医生很少有机会在现场,因此很少能够给予精神科的诊断。只有被家属或知情人初步认定或筛查认为有病时,才会就诊,若家属不能很好的识别,就不能及时给予诊疗。

有个不容忽视的现实,临床上经常遇到罹患精神疾病的患者长期多次就诊于综合医院的现象,最后带着大量的辅助检查结果就诊于精神疾病专科医院,该过程就是典型的排除器质性疾病的过程。大量而详实的佐证资料为精神科疾病的诊断提供依据。但须注意的是,临床上也有因夫妻在发生矛盾时,其中一方拨打精神病医院的急诊电话诉说对方有精神病而被强迫带到精神病医院的,此时诊断需更加谨慎,病史采集需综合分析,认真对待,避免误诊。现实生活中由于其他复杂的社会动机将正常人强迫送入精神病医院的案例偶见报端,应引起精神卫生行业以及社会各界的关注,避免精神病院走上被告席,作为精神病与精神卫生学专业的研究生更应提高警惕。可喜的是,自2013年5月1日精神卫生法的正式实施,该种情况将可能会避免发生^[5]。

4.2 “梯级诊断”原则^[6] 就精神障碍的患者而言,要给其下一个确切的诊断,首先考虑是否为“器质性精神障碍”,包括脑器质性精神障碍,如:颅内感染所致的精神障碍、阿尔茨海默病、血管性痴呆、脑外伤所致精神障碍、颅内肿瘤所致的精神障碍、癫痫所致精神障碍等;躯体疾病所致的精神障碍,如:躯体感染所致精神障碍、内脏器官疾病所致精神障碍、内分泌疾病所致精神障碍、结缔组织疾病所致精神

障碍等;有无精神活性物质以及其他治疗性药物所致精神障碍,如药物酒精滥用、激素的长期应用、高血压治疗过程中是否采用钙离子拮抗剂(盐酸氟桂嗪)以及去甲肾上腺素耗竭剂(利血平)等。当以上明确原因所致的精神障碍被排除后,再考虑“功能性精神障碍”,如精神分裂症、心境障碍、神经症等。在诊断功能性精神障碍的过程中,首先要考虑精神性病性(有幻觉、妄想、现实检验能力丧失等)的精神分裂症、心境障碍,再考虑非精神病性的病症,如神经症。

精神科的诊断过程强调“选择推理”的思维方法,即强调按照等级进行“排除法”的诊断。目前,在可供做出正确诊断的实验室检查指标很少的情况下,正确的逻辑思维显得尤其重要。

5 如何培养精神病与精神卫生学专业研究生的临床思维能力

5.1 树立正确的工作态度,培养认真负责的工作作风 精神病与精神卫生学专业学位研究生要从事精神卫生事业,对患者认真负责,对技术精益求精,对自己的业务严格要求,对解决问题穷尽不止,对医学专业知识学习终生不倦。因为精神疾病是一门高度复杂精细的学科,同时与社会文化背景有密切的关系,没有敬业精神和与时俱进的学习模式就不能把这门学科学好,就不能科学全面地了解病情,甚至发生错误的医疗行为。

5.2 加强精神疾病理论学习,打好临床基础 精神病学在本科教学中不作为重点,甚至没有去精神科见习或实习,学习的精神病学理论知识因没有得到强化而被忘记。绝大多数刚入学的精神病与精神卫生学的研究生面临着理论知识缺乏与临床技能不足的问题,而医学作为实践性很强的科学,就要求研究生具有扎实的理论知识并具有各专业学科的基本功。因此,要重点掌握以下几点:①症状学概念清晰,理解内涵。②精神状况检查的内容熟练掌握。③加强训练晤谈与沟通技巧。④医学知识全面,应具有相关辅助学科的知识,如影像学、神经病学、消化内科、内分泌科等。学习医学理论知识要贯穿研究生学习的整个阶段,甚至终生,同时随着研究生实践经验的积累,也要将自己的临床经验总结为理论,只有在科学的理论指导下,研究生的临床思维、临床

工作能力才能不断提高。要多临床,反复临床。导师亦应该有意识地引导研究生进行科学的临床思维培训。

6 正视精神病学临床实践中的误诊

在精神疾病诊疗过程中正视误诊的存在,是为了研究精神疾病误诊发生的原因及规律,从而减少误诊,提高诊断率,使患者早日得到恰当的医疗干预^[7],早日促进精神健康。有的医生不能正确面对误诊,认为“误诊意味着诊断的失败,诊疗水平的浅显”这种观点不全面、不恰当。因为人类认识精神疾病是一个渐进的过程。世界上没有常胜将军,也不存在未发生过误诊的医生。总结过去的成功可以使人获得经验,回顾以往的失败同样可以使人获得经验,这两方面的经验有机地结合就会使人聪明起来。

医学是科学和什么都可能的艺术,因为任何一种疾病的临床表现都各不相同。我们从实践中积累知识、从误诊中得到教益。只要遵照诊断疾病的基本原则,运用正确的临床思维方法就会减少诊断失误的发生。因此,要正视误诊存在的客观性、普遍性,一味地否认或回避误诊是不妥的,要学会“吃一堑,长一智”,当然,无论“堑”是自己亲自“吃”的,还是总结别人“吃”的,只要“长一智”,就有利于提高精神卫生学专业研究生的诊疗水平,减少误诊的发生,惠及患者。

参 考 文 献

- [1] 靖恒昌. 专业学位研究生教育质量管理保障体系研究[J]. 大学教育, 2013, (3): 18-19.
- [2] 周远清. 关于医学学位与研究生教育的改革问题[J]. 学位与研究生教育, 1998, 15(2): 6-7.
- [3] 郑瞻培, 王善澄. 精神医学临床实践[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2006.
- [4] 杨世昌, 王国强. 精神疾病案例诊疗思路[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [5] 信春鹰. 中华人民共和国精神卫生法解读[M]. 北京: 中国法制出版社, 2012.
- [6] 张亚林. 高及精神病学[M]. 长沙: 中南大学出版社, 2007.
- [7] 刘振华, 陈晓红. 误诊学概论[M]. 北京: 人民军医出版社, 1998.

(收稿日期: 2014-04-02)