

心理健康與一般門診在澳門

畢明度*

前 言

在一般門診或基礎護理（基礎護理、一般護理、優先護理和初級護理）單位就診的患者中，帶有精神病或類似疾病症狀和徵兆的患者十分突出。這是全世界都察覺到並經證實的事實。謝菲爾德¹（Shepherd）和他的合作者們利用英國國家衛生部門提供的資料於1986年進行一次調查研究。他們在研究工作中所開創的精確而透徹的分析方法已成為開展此類研究時所必須遵循的指南。這項研究的主要結果如下：

- 1. 人口中有14 % 以上的人每年至少因精神病問題在一般門診就診一次；
- 2. 在一般門診中，精神病問題是其中一個較常見的就診原因；
- 3. 一般門診醫生對大部分精神病患者進行診斷和指導。門診醫生僅將每20位患者中的一位病人 / 顧客（5 % ）介紹給精神病專家進行治療；
- 4. 在很大程度上，精神病問題與其他疾病有關 ；
- 5. 在慢性病和喪失勞動能力原因方面，精神病問題佔很大的一部分。

* 澳門衛生司一般門診顧問、法醫官

1. ShepherdM., “一般臨床的精神病療法”，倫敦，牛津大學出版社，1966年。

其他的研究²⁻⁹ 結果表明，在一般門診中精神病發病率相當高。這是因為許多與心理有關的症狀沒有得到一般門診醫生應有的診斷治療。出現這種情況的原因是多種多樣的。但有一點可以肯定，在眾多的重要原因中，相當的一部分與病人自己的決定有關。例如，貪圖請助理醫生或家庭醫生看病的便利。另外，心理和社會在這方面打下的烙印至今仍然意味着“去看你的精神病醫生吧”！戈登貝克（Goldberg）和胡克勒（Huxley）1980年在他們的調查報告中這樣說：每年，每1000人中¹⁰：

- 250人患精神紊亂症；
- 其中230人求助於一般門診醫生；
- 230人中，僅有140人被確認患上精神紊亂症（這不僅是因為診斷不充分而且是被誤診或被身體上的某些問題所掩蓋）；
- 140人中，僅有17人從病理學方面被認為必須送到精神病醫院治療（約佔250個精神紊亂患者的7% 或者僅為每1000人中的2人）；
- 這17人中，只有6人被認為必須住院治療（僅佔250 個精神紊亂患者的2%）。

在葡萄牙，這方面的情況與上述情況相似。根據沈拜約·法利亞（Sampaio Faria）在1981年的說法，每一年，葡萄牙人口中 0.5–1%的人請精神病醫生看病¹¹。在一般門診中精神病發病率也很高¹²。因精神病原因，在一般門診部門就診的人佔就診總人數的46%至58%（根據一般門診醫生或精神病專家估計）。這個數字比美國（30%）和英國（40%）¹³的數字要大得多。

在澳門，由於沒有開展流行病研究，因此，無法知道因精神病方面的健康問題請醫生看病的人數。但有一點是肯定的，在澳門，請一般門診醫生看病比請精神病

-
2. Almeida C., “一般門診中的精神病發病率”，葡萄牙公共衛生雜誌，1993年，第11期，第37 – 43頁。
 3. Goldberg D., Blackwell B., “一般臨床的精神病療法：使用一種新療法的病例鑑定的詳細研究”，B.M.J., 1970年，第2期，第439 – 443頁。
 4. Jonhstone A., Goldberg D., “一般臨床的精神病檢查法”，Lancet, 1976年，第1期，第605 – 608頁。
 5. Marks JN., “全科醫生檢查精神病的幾個關鍵因素”，醫療心理學，1979年，第9期，第337 – 353頁。
 6. Almeida C., “全科學位後在精神病和心理健康的培訓”，里斯本醫科學院，1986年。
 7. Hesbacher PT., “臨床的家庭精神病”，J.Clin. Psychiat, 1980年，第41期，第6 – 10頁。
 8. Harding TW., “精神紊亂的基礎護理：研究四個發達國家的精神病發病率及其診斷”，醫療心理學，1980年，第10期，第231 – 241頁。
 9. Regier DA., “美國心理健康護理制度”，Arc.Gen.Psychat, 1978年，第35期，第685 – 693頁。
 10. Goldberg D., Huxley P., “社區精神病”，“精神病的護理方法”，倫敦，Tavistock Publ., 1980年。
 11. Faria S., “一般門診及精神病護理服務”，醫生日報，1978年，第1936期，第467 – 474頁。
 12. Serra V., “工作範疇內的批判經驗”，全國社會精神病協會，里斯本，1976年。
 13. 同注 1。

專家看病要容易。澳門的衛生保健網由8個衛生中心構成。這些衛生中心戰略性分佈在全澳各個地區（20平方公里，1994年）。大約60名一般門診醫生在這些衛生中心免費提供服務，掛號看病很方便。這個基本健康護理網與僅有的一所精神病醫院形成鮮明的對照。精神病醫院僅有5名醫療專家，而且醫院分兩地運作（門診部和住院部），兩地之間相距數公里。這種空間分佈和少數幾個不穩定值勤的醫生使得本地的精神病醫療服務困難重重，無法作出快速反應和滿足日益增長的需求。另一方面，儘管澳門是一個具有文化特色的地方，但從疾病分類的角度出發，本地區構成心理障礙的各種因素與世界其他地方沒有多大的差別。同樣，由於精神病可能出現的後遺症或者由於難以言表的內心情感等原因，本澳社會和文化忌諱“心理和精神”方面的疾病。這似乎是中國人的恆久文化特點之一，而澳門居民絕大部分是中國人（近98%）。因此，將精神方面的疾病當成慢性病或其他疾病而習慣性地去一般門診治病的情況很嚴重。

方 法

通過一種橫向的研究方法，讓我們計算一下澳門衛生部門（衛生司）的用戶中，因心理健康問題在各衛生中心求醫問藥的人次。確定“心理健康問題”通常是很難的。為克服這一困難，讓我們利用基礎護理國際疾病分類（CIPS-2）的第五和第六章所編定的21種疾病（診斷、徵兆和症狀）來加以說明（見附表）。

我們將最明顯的精神障礙，精神變態和精神病，以及介乎於“正常”的神經病和精神病兩者之間很難確診的疑難雜症都列入這一組病例之中。

根據國際疾病分類之規定，從1982年起，澳門所有衛生中心的醫生一直在留意患者就診的原因和所遇到的健康問題。所收集到的數據輸入各單位普遍使用的電腦，然後由衛生司組織暨電腦廳（DOI）集中滙總。為了便於研究，請衛生司組織暨電腦廳提供了1993年和1994年期間各衛生中心所接待患者的有關統計數據。

統計數字包括：

- 掛號就診總人數；
- 門診總人數和按大項目（兒童健康、成人健康、婦女健康、計劃生育、學生健康）劃分的患者分佈情況；
- 患有預先選定的21種疾病（CIPS-2）的至少其中一種的第一次就診總人數；
- 患有上述選定的其中一種疾病於年內至少看病一次的人數；
- 患有上述其中一種疾病的就診總人數。

將這些統計數字與本澳的總人口（1991年人口普查結果）、在基礎衛生護理單位掛號就診的人數以及同一時期內各衛生中心接待患者的人數進行綜合分析。

結果

下列數據根據各衛生中心一般門診醫生接待患者人數滙集而成（見附表）。

- 1. 1993年，在2356次因精神病原因的會診中，觀察了624人（約為總人口中每1 000人中的2人）；
- 2. 1994年，在2387次因同一原因的會診中，被觀察的患者達1 004人；
- 3. 1994年上半年，在相同原因的1 652次會診中，被觀察的患者達671人；
- 4. 在某些患者跨年度看病，以及有些人改變了看病的地方或沒有去看病的情況下，1994年底因患其中一項選定的精神障礙而在各衛生中心掛號就診的人數達1 345人。

澳門衛生部門精神病診斷報告

基礎護理（CIPS-2）疾病 分類及臨床表現	基礎護理				
	病人總數	1993		1994	
		病人	門診次數	病人	門診次數
294 器質性精神病（不包括酒精中毒）	20	9	26	12	32
295 各種精神分裂症	28	10	31	16	39
296 情感性精神病	3			3	5
298 其他精神病／非特異性精神病	100	52	181	79	223
3000 感情障礙	248	105	397	188	386
3001 癔病／疑病	16	1	2	8	18
3004 精神壓抑	98	33	153	81	272
3009 其他精神機能病	37	16	46	27	80
301 人格方面障礙／特性	15	8	18	11	37
3027 心理性性問題	3	3	7	2	2
3031 酗酒／酒精中毒／精神病	19	7	27	13	36
3048 濫用、癖好或吸毒	6	4	6	3	7
3050 深度酒精中毒					
3074 失眠或其他睡眠障礙	515	260	1, 023	381	741
3078 劇烈頭痛	41	21	59	28	43
308 暫時性或激烈的精神障礙	3	3	13	2	5
312 NC 行為障礙	13	8	23	6	8
315 學習特殊障礙	5	1	1	4	11
316 其他心理／精神障礙	64	28	120	47	98
317 心理滯後	54	21	41	45	121
345 各種癲癇病	57	34	182	48	223
總 計	1,345	624	2,356	1,004	2,387

資料來源：澳門衛生司組織暨電腦廳

1993年和1994年在各基礎護理單位就診的人數表明：

1. 在各衛生中心掛號就診總人數的1.2%的患者中，年齡在13歲以上的1.5%的患者於年內至少因心理或精神障礙就診一次；
2. 1993年和1994年各衛生中心接待的13歲以上的患者中，因精神病問題或與此相關原因就診的人數分別為2%和0.9%；
3. 1994年底，澳門總人口中每1000人中的4人或者在衛生中心掛號就診總人數的1%的病人因精神病原因繼續接受一般門診醫生的跟進治療；
4. 1994年，儘管因精神障礙原因在各衛生中心就診的患者人數比1993年增加了62%，但是，在同一時期內，每一位病人就診的次數平均從3.3次降為2.3次。

討 論

從某種意義上來說，因心理健康原因就診人數增加，而每位患者看病次數減少這一事實說明，醫生診斷的準確性有了很大的提高，而且也表明這些醫療門診部門的管理得到了改善。但是，無論如何與澳門的實際情況相比，上面所列出的就診人數的比例較預期的要少得多。澳門的某些特點，如激烈的職業和社會競爭，世界上最高的人口密度，家庭成員長時間的分離和青少年成長中危險年齡期的行為等原因所造成的家庭凝聚力相對不穩，缺乏堅定信念，“豐盛的物質生活”和各種權宜之計的誘惑（年青人中各種真實的或虛假的傳聞），因缺乏信心或無前進目標等原因造成的苦惱等等，是造成澳門居民中日益增加的心理和精神障礙的重要原因。

可惜的是，接受葡國醫學教育的醫生很少，而接受中國醫學教育的醫生，儘管他們的教育是按照西方的醫學標準，對患者的心理、行為或精神上等問題進行診斷，研究和治療時顯得準備很少或不足。這一事實亦為他們自己所承認，他們把這基礎教育不足歸咎於他們深受中國文化、政治和社會影響的導師們。這種情況必然地反映在精神病方面的知識水平和態度上，勢必對收集整理流行病方面的資料和全面地認識現實情況產生負面的影響。儘管開展了好些專業補充培訓和個別輔導，但仍感這方面的培訓不足。

澳門居民心理上和人格上的特點並不一致，就像前面說過的那樣，人們在談論性生活，家庭和親人之間的衝突或者社會經濟問題時，缺乏表達情感的勇氣。一位敏銳的訓練有素的治療專家可以改變其態度和行為，從表面上強調解決健康問題的重要性，促使患者就醫。然而，與認識澳門居民在人格或文化方面的特點的必要性相比，我們更加感覺到解決在這方面的專業培訓不足問題的重要性。

結 論

根據上面的資料，我們可以得出下列結論：

1. 沒有理由認為澳門居民和在一般門診部門就診的患者在心理和精神障礙方面所表現出的固有的和明顯的特點與世界其他地方的特點有很大的區別。相反，澳門人的這些特點比已經被證實的其他地方的特點有過之而無不及，而且在短期內有迅速增加的趨勢；

2. 鑑於請一般門診醫生治病的方便性，以及大部分的醫療個案可以在醫院以外進行診斷和治療，因此應致力於對這方面的醫生的培訓。為此，仁伯爵醫院的精神病院應更緊密和更有組織地跟進這方面的工作，同時對醫院和保健單位之間的協作做出更多貢獻。例如，每個衛生中心可以與一個精神病專家聯繫，使之在“培訓”和“諮詢”方面提供更大的支援。如果由於人力資源不足，做不到這一點的話，則應制訂一些規則，使各衛生中心從技術上與精神病醫生保持聯繫，進行各種有益的交流。

僅在精神病醫院或在支援精神病治療的機構內進行培訓是不夠的。應透過精神病醫生或心理健康隊伍（精神病專家、心理學家、社工）與一般門診醫生之間的交流聯繫，對一般門診醫生提供培訓，給予指導，這是十分有價值，而且亦有必要實行^{14、15}。如果能做到這一點，我們將在下列各方面受益：

- 患者能夠得到更好和更有效的治療；
- 使一般門診醫生在其醫療活動中獲得更多支援和更有把握；
- 專科醫生能施以最大的援手參與實質缺乏專業知識的醫療個案；
- 使衛生部門更好地利用或發展現有的資源（人力和醫療的），以改善自身的形象；
- 澳門將擁有一個具最大參與能力和效率的心理健康組織，為居民之福利作出貢獻！

14. Wilkinson G., “由全科醫生轉交予精神病專家和專業精神病護理助醫的個案” B.J.Psychiatric, 1989年, 第154期, 第72 – 76頁。

15. Sennfelt J., “精神病護理的基礎護理情況：葡國的經驗，那個工作組在參與歐洲地區的精神病護理方面的發展”，里斯本，1989年，並參看注 1。