

原著

某精神科專科醫院急診病患之臨床特徵

陳俊澤¹ 陳喬琪¹ 陳登義² 蔡榮裕¹ 洪仁政¹ 胡維恆¹

目的：急診精神醫療是相當重要的臨床工作，國內過去尚未有精神專科醫院急診之相關研究，本文旨在分析北區一所精神科專科教學醫院急診就醫病患，以期瞭解精神科專科醫院急診病患之臨床特徵。方法：作者使用「急診病人資料登錄表」收集 1994 年 10 月至 1995 年 12 月期間前往該院急診就診病患之臨床資料，並加以分析。**結果：**本研究收集 3054 人次病患，平均年齡 34.8 ± 0.2 歲；男性 53.6%，女性 46.4%；就診原因以干擾破壞行為最多（46.5%）；臨床診斷以精神分裂症（39.0%）及情感性精神病（20.6%）居多，次之為物質相關疾患（11.4%）。就診時，符合精神衛生法之嚴重病人 76.6%，非嚴重病人 23.4%；又因該院置有精神科留觀病床，56.3% 病人曾使用留觀病床；經急診處理後，37.4% 的病患接受進一步住院治療，2.1% 的病患因合併內外科問題需轉介綜合醫院，55.8% 的病患，經由急診處理後，可以轉介門診繼續治療。經由急診處理之後，病患離開急診時，其法律狀態有所改變。**結論：**本研究顯示精神科專科醫院急診患者嚴重度較高且物質相關疾病佔有顯著比例；留觀的設置與嚴重病人的判斷對整體急診醫療有助益；評估住院與否，危險行為及精神分裂症的診斷是最重要的。

關鍵詞：精神科專科醫院，精神科急診醫療，臨床特徵
(台灣精神醫學 1997; 11: 269~78)

前　　言

急診精神醫療服務是 1970 年代初期在美國發展「去機構化運動」以後，由於精神病患之需要，而逐漸發展出來。1980 年代初期，社區病人對急診醫療需求大量增加，尤以酒精及濫用藥物者，或遊盪街頭，無家可歸的精神病患增加最明顯，造成精神醫療中精神科急診設施急遽增加〔1〕，精神科急診被認為具有公共衛生之優先權，是社區居民進入精神醫療體系的基本門戶，也是許多慢性精神病人接受治

療的重要來源〔2〕。再者，從精神科急診醫療系統可迅速反應出社區之變化與趨勢，為社會變遷之偵測器，它的標記是「立即可用的」，能快速抑制精神科危機〔3〕。歷經二十年來的演變，急診精神醫療的角色，已從當初強調「評估與轉介」轉為提供整體性，立即性的治療模式，亦即借重急診設施及專業醫療人員之能力，儘可能地於短時間內處理重要問題。

1988 年以前在台灣絕大多數醫學中心及極少數區域教學醫院提供急診精神醫療服務，而其方式大多為急診照會方式，並無專任社工員或精神科護理參與急診病人之社會心理評

台北市立療養院¹ 私立台中市仁愛之家附設靜和醫院²

受理日期：1996 年 8 月 23 日；修正日期：1997 年 6 月 18 日；接受日期：1997 年 6 月 20 日

通信作者地址：陳俊澤，台北市松德路 309 號 台北市立療養院急診科



顧或協助辦理轉介，遑論有專用的保護室、會談室，也沒有為嚴重病床的設施[4]。

台灣精神科急診之研究，首見於等[5]的研究，當時一年中求診急診科與精神科病人只有 50 位，但並未精神病患提出分析報告，只對所有求、進行流行病學調查。近十年來，陸續醫院提出急診精神醫療的研究報告；至於精神科專科醫院急診醫療狀態至今仍頗為少見。因此，本研究嘗試以精神科專科醫院急診之就診病患為對象，
臨床特徵。

材料及方法

本研究是回顧性地在台灣北區一所公立精神科專科醫院實施，該院為精神醫療網之核心院，且是行政院衛生署認可之精神專科教學院，設有 390 張急慢性病床。於 1991 年 3 月 11 日開辦 24 小時急診醫療，急診室設 6 張暫留床，2 個裝置全天候監視器之保護室。此為台北都會區精神醫療網中，第一個 24 小時全天候之精神科急診醫療，提供北部陸佰萬人口精神科之急診服務。

該院開辦 24 小時精神科急診業務之後，所有就醫流程（包括掛號，調閱病歷，批價，記帳，收費等）均通過電腦化完成各項手續。病患來診時，先由資深精神科護理人員進行檢傷分類（triage）：若因精神疾病出現干擾破壞、暴力攻擊者、自殺自傷者、急性藥物不良反應者、急性精神病症狀惡化或出現焦慮恐慌者，始為精神科急診適應症。統計 1994 年 10 月至 1995 年 12 月共計 3689 人次來診，其中 635 人次因不符合急診適應症而未予掛號；其他 3054 人次完成掛號手續後，由醫師詳細詢

問病史並做精神狀態及身體檢查。開辦初期由資深護理人員依醫師指示以結構式資料收集表登錄相關資料，包括年齡，性別，就診原因，臨床診斷（採美國精神醫學會「精神病患診斷及統計手冊第三版修訂版」[12]），急診後處置及急診前後的法律狀態（根據精神衛生法[13]第五條：精神病患若有自傷，傷人之虞或無法自我照顧者為「嚴重病人」；第二十一條：嚴重病人若不願住院，得由二位精神科專科醫師判定是否須「強制鑑定」或「強制住院」。），有無使用留觀床等項。

此一結構式記錄表經過多次修正於 1994 年 10 月完成目前使用之格式。因此，本研究主要是以 1994 年 10 月至 1995 年 12 月所收集符合精神科急診條件之病患為對象，根據登錄表所載之資料，以單變項迴歸分析，卡方檢定，McNemar's test 等統計方法加以分析。

結果

社會人口學資料

從 1994 年 10 月至 1995 年 12 月急診總就診人數為 3054 人次，平均每月 203.6 人次，以單變項迴歸分析，顯示就診人數有逐月增加之趨勢 ($P < 0.001$)。平均年齡 34.8 ± 0.2 歲 (Mean \pm SE)；年齡層的分佈以 31–40 歲最多 (34.9%)，其次依序為 21–30 歲 (33.2%)，41–50 歲 (12.9%)，20 歲以下之青少年占 8.3%，51–60 歲 (6.0%)，61 歲以上之老人占 4.7%。男性佔 53.6% (平均年齡 34.1 ± 0.3 歲)，女性佔 46.4% (平均年齡 35.6 ± 0.3 歲)。

臨床特徵

(1) 依據檢傷分類就診原因可歸類為以下八項，依序為：①因精神症狀對週遭之人事物出



Table 1. The distribution of diagnosis in psychiatric emergence patients categorized by legal status (N=3054)

	Non-severe patients N (%)	Severe patients N (%)	Total N(%)
Schizophrenia*	247 (34.6)	943 (40.3)	1190 (39.0)
Mood disorder	130 (18.2)	499 (21.3)	629 (20.6)
Substance related disorder	91 (12.7)	257 (11.0)	348 (11.4)
Organic psychosis	22 (3.1)	92 (3.9)	114 (3.7)
Other psychosis*	32 (4.5)	171 (7.3)	203 (6.6)
Neurotic/personality disorder**	73 (10.2)	86 (3.7)	159 (5.2)
Others	120 (16.8)	291 (12.4)	411(13.5)

*: p<0.01

**: p<0.001 (Chi-square test)

現干擾破壞行為 (46.5%)；②因精神症狀對人出現暴力行為 (27.8%)；③自殺、自傷者 (9.3%)；④因藥物副作用或出現戒斷症狀者 (7.9%)；⑤意識障礙或無法自我照顧者 (3.1%)；⑥出現緊張焦慮或恐慌者 (1.8%)；⑦因壓力而出現急性精神病症狀 (1.1%)；⑧其他經醫師認定精神病症狀惡化求診者 (0.8%)，尚有 23.5%之病患為其他原因前來急診 (如：情緒問題，男女感情問題，家庭問題等)。

(2)臨床診斷依序為：①精神分裂病 (39.0%)；②情感性精神病 (20.6%)；③物質相關疾患 (11.4%)；其中酒癮相關疾病 7.8% (佔所有物質相關疾患 68.5%)，安非他命相關疾病 1.9%，鴉片相關疾病 1.7%；④其他精神病 (6.6%)；⑤精神官能症及人格疾患 (5.2%)；⑥器質性精神病 (3.7%)。另外有 13.5%之病患並無確定 (須進一步鑑別診斷) 或其他診斷 (如智能不足) (表1)。其中物質相關疾病患者與非物質相關疾病患者之臨床特徵比較：物質相關疾病患者男性多於女性 ($\chi^2 = 104.374$, df = 1, p < 0.001)，住院比例較低 ($\chi^2 = 6.876$, df = 1, p < 0.01)，因內外科問題轉

介其他綜合醫院比例較高 ($\chi^2 = 11.984$, df = 1, p < 0.001)，且均達統計學上顯著差異。

(3)嚴重病人的判斷：依精神衛生法第五條、第二十一條分別判定是否為嚴重病人，是否需強制鑑定或住院，其結果：就診時非嚴重病人 23.4%；嚴重病人 76.6% (其中不需住院者占 12.7%，自願住院者占 11.2%，需強制鑑定或強制住院者分別為 1.8%、6.5%，未符合上述條件者 44.4%)。經由急診處理後，因臨床症狀改善，非嚴重病人提高至 37.7%；嚴重病人降至 62.3% (其中不需住院者為 18.3%，自願住院者也增加至 26.9%，強制住院者增加至 9.2%，未符合上述條件者 7.2%)。急診治療前後法律狀態改變達統計學上顯著意義 (表 2)。

臨床診斷與法律狀態之關係，雖然顯示精神病 (精神分裂病、情感性精神病、器質性精神病、其他精神病) 之嚴重病人比例較高，但只有精神分裂病與其他精神病在統計上達顯著差異 (p < 0.01)；精神官能症和人格疾患，其非嚴重病人比例高於嚴重病人，且達顯著差異 (p < 0.001) (表 1)。

(4)留觀情況：急診初步處理後，醫師視病



Table 2. Comparison of legal status before and after emergency intervention

Legal status	Arriving ER		
	Non-severe N (%)	Severe N (%)	Total N (%)
Leaving ER			
Non-severe	653 (91.3%)	497 (21.3%)	1150 (37.7%)
Severe	62 (8.7%)	1835 (78.7%)	1897 (62.3%)
	715 (100 %)	2332 (100 %)	3047 (100 %)

By McNemar's test: $\chi^2 = 336.95$, $p < 0.001$

情需要，決定留觀與否，其結果為：不需留觀者 43.7%，需留觀者 56.3%（表 3）；其中可在一般留觀室暫留者 38.6%，需在保護室留置者 17.7%。需留觀者以暴力攻擊，干擾破壞行為與自殺自傷為就診原因明顯高於未留觀者 ($p < 0.001$)（表 3）。留觀者的診斷別，除其他精神病較多外，其他之精神病並無差異；精神官能症和人格疾患未留觀者多於留觀者 (7.0% v.s 3.8%, $p < 0.001$)；留觀者其法律狀態為嚴重病人 (90.9%) 高於未留觀者 (58.1%) ($p < 0.001$)；留觀者 40.3% 可轉介門診，51.6% 需住院，未留觀者 19% 仍需住院，75.8% 可轉介門診，留觀與是否住院在統計上呈顯著差異 ($p < 0.001$)（表 3）。

(5)安置情況：在急診處理後，必需決定患者的安置問題；其中可轉介門診者占 55.8%；需住院者占 37.4%（表 4）（其中 10.3% 轉介至其他精神科醫院住院，6.4% 其嚴重度需住加護中心，20.7% 住一般急性病房）；因內外科問題需轉介綜合醫院者 2.1%；自動離院者 4.7%。住院者以暴力攻擊，干擾破壞，自殺自傷為就診原因高於轉介門診 ($p < 0.001$)，而其他就診原因（除意識障礙）其轉介門診比例高於住院比例 ($p < 0.01$)。在與臨床診斷關係上，住院者的診斷，以精神分裂病最多 (45.0%)，明顯高於

轉介門診者 (35.7%) ($p < 0.001$)，其他重大精神病住院比例高於非重大精神病，但統計上未見明顯差異，而精神官能症轉介門診者較多 ($p < 0.001$)。住院者 95.6% 為嚴重病人，轉介門診者 62.7% 為嚴重病人，住院與否與法律狀態有明顯相關 ($p < 0.001$)。本研究中，2.1% 病患因合併有內外科疾病需轉介至綜合醫院進一步治療，這羣病患 ($N = 64$)，男性佔 67.2%，女性佔 32.8%，男性比女性多；平均年齡 40.7 ± 2.0 歲，高於其他病人，在診斷分布上以器質性精神病 (28.1%)，藥物相關疾病 (21.9%) 最多。

討 論

從基本社會人口學資料來看，本研究樣本之平均年齡與國內其他報告 [6–8, 14–6] 相似，約在 30–35 歲之間；但在年齡層分佈，綜合醫院在 21–30 歲之病患人數較多，本研究則以 31–40 歲病患居多有所不同。值得注意的是，本研究樣本中有 8.3% 之青少年病患（小於 20 歲）及 4.7% 之老年病患（大於 60 歲），兩者與國外報告分別為 <10%，2–5% 接近 [17–8]，顯示我國社會在轉入開發型態後所需要特別處理的兩羣病患：青少年與老年病人的急診問題。其中青少年日益增加



Table 3. The comparison of clinical characteristics between non-short staying and short staying in psychiatric emergency setting

	Total	Non - short staying	Short staying	P value ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	
Total visits	3054 (100)	1336 (43.7)	1718 (56.3)	
Causes of visit ²				
Aggression to others	848 (27.8)	253 (18.9)	595 (34.6)	<0.001
Destructive behavior	1421 (46.5)	491 (36.8)	930 (54.1)	<0.001
Substance intoxication, withdrawal, or side effect	240 (7.9)	107 (8.0)	133 (7.7)	NS
Suicide, self-harm	285 (9.3)	85 (6.4)	200 (11.6)	<0.001
Conscious disturbance	96 (3.1)	32 (2.4)	64 (3.7)	NS
Anxiety	56 (1.8)	33 (2.5)	23 (1.3)	<0.01
Acute psychosis due to stress	33 (1.1)	14 (1.0)	19 (1.1)	NS
Worsening of psychotic symptoms	24 (0.8)	17 (1.3)	7 (0.4)	<0.01
Others	719 (23.5)	488 (36.5)	231 (13.4)	<0.001
Diagnosis				
Schizophrenia	1190 (39.0)	539 (40.3)	651 (37.9)	NS
Mood disorder	629 (20.6)	257 (19.2)	372 (21.7)	NS
Substance-related disorders	348 (11.4)	139 (10.4)	209 (12.2)	NS
Organic mental disorders	114 (3.7)	48 (3.6)	66 (3.8)	NS
Other psychosis	203 (6.6)	65 (4.9)	138 (8.0)	<0.001
Neurotic or personality disorder	159 (5.2)	93 (7.0)	66 (3.8)	<0.001
Undetermined or other diagnosis	411 (13.5)	195 (14.6)	216 (12.6)	NS
Legal status				
Non-severe patients	715 (23.4)	559 (41.9)	156 (9.1)	<0.001
Severe patients	2339 (76.6)	777 (58.1)	1562 (90.9)	<0.001
Disposition ³				
OPD	1704 (55.8)	1012 (75.8)	692 (40.3)	<0.001
Admission	1139 (37.4)	253 (19.0)	886 (51.6)	<0.001

1. Chi-square test

2. Total percentage >100% due to the causes of visits may be greater than one.

3. This item does not include transferring due to medical condition and against advice discharge.

的自殺行爲、藥物濫用及家庭危機；老年病人的認知功能障礙併發之急性精神病狀態，確實需要注意[17]。

從就診的原因來看，本研究所獲得的結果顯然與國內某綜合醫院的資料不同，意即具有高度危險性的干擾破壞、暴力攻擊及自殺自傷分占前三位，分別為 46.5%、27.8%、9.3%，而該綜合醫院在「精神官能症傾向」

(neurotic tendency) 中的身體不適 (somatic complaints)，失眠，轉化症等，高達 37.7% 以上 [9]。此結果代表該綜合醫院精神科急診所醫療對象是以輕微精神病或有明顯身體問題之病患為主；而本專科醫院急診則以重症精神病及藥癮病患為主。但專科醫院急診就診病患中有 23.5% 是因其他原因來診，顯示除重症病人外，也提供部分非重症病患即時的

Table 4. The comparison of clinical characteristics between transferring OPD and admission in psychiatric emergency setting

	Total ¹ N (%)	OPD N (%)	Admission N (%)	P value ²
Total visits	3054 (100)	1704 (55.8)	1139 (37.3)	
Causes of visit ³				
Aggression to others	848 (27.8)	308 (18.0)	488 (42.8)	<0.001
Destructive behavior	1421 (46.5)	639 (37.5)	683 (60.0)	<0.001
Substance intoxication, withdrawal, or side effect	240 (7.9)	153 (9.0)	60 (5.3)	<0.001
Suicide, self-harm	285 (9.3)	131 (7.7)	137 (12.0)	<0.05
Conscious disturbance	96 (3.1)	49 (2.9)	33 (2.9)	NS
Anxiety	56 (1.8)	55 (3.2)	1 (0.1)	<0.001
Acute psychosis due to stress	33 (1.1)	22 (1.3)	9 (0.8)	<0.001
Worsening of psychotic symptoms	24 (0.8)	17 (1.0)	3 (0.3)	<0.01
Others	719 (23.5)	576 (33.8)	103 (9.0)	<0.001
Diagnosis				
Schizophrenia	1190 (39.0)	608 (35.7)	512 (45.0)	<0.001
Mood disorder	629 (20.6)	340 (20.0)	256 (22.5)	NS
Substance-related disorders	348 (11.4)	212 (12.4)	106 (9.3)	NS
Organic mental disorders	114 (3.7)	54 (3.2)	36 (3.2)	NS
Other psychosis	203 (6.6)	110 (6.5)	78 (6.8)	NS
Neurotic or personality disorder	152 (5.2)	129 (7.6)	23 (2.0)	<0.001
Undetermined or other diagnosis	411 (13.5)	251 (14.7)	128 (11.2)	NS
Legal status				
Non-severe patients	715 (23.4)	637 (37.3)	50 (4.4)	<0.001
Severe patients	2339 (76.6)	1067 (62.7)	1089 (95.6)	<0.001

1. The total number of visits include transferring due to medical condition and against advice discharge that are not on this table.

2. Chi-square test

3. Total percentage>100%due to the causes of visits may be greater than one.

諮詢或危機處理。

本研究資料顯示，急診病患之臨床診斷以精神分裂病最多（39.0%），情感性精神病居次（表2）。此結果與國內報告大致相同，但綜合醫院的報告則是以情感性精神病，或是以精神官能症為第二位。較特殊的是，本研究中，物質相關疾病（含酒癮，安非他命，鴉片類）11.4%（分別是7.8%，1.9%，1.6%），國外研究[19]顯示，精神科急診病患中30–50%是有物質相關疾患的診斷，其中酒

癮約占70%；其共同特徵為年輕，男性，無業，路倒；至於是否進一步住院，有無物質相關疾病診斷並無差異。與本研究相較，酒癮所佔比例皆偏高（70%），性別以男性為主；國內精神科急診中物質相關疾病仍少，住院比例較低，但從酒癮所佔相同比例，約略可看出物質使用問題乃中外共同現象，同時可預期物質相關疾病患者前來急診就醫將有增加的趨勢。

由於精神衛生法的公佈，使得精神病患間



接有了「臨床的法律狀態」(即是否為嚴重病人，是否須強制住院等)。本研究也根據此一法律規定，針對就診病患加以判定其法律狀態。76.6%的病人在到達急診時是屬於法定之嚴重病人，嚴重病人的臨床診斷還是以精神分裂病最多(40.3%)，這羣病人因出現較多紊亂行為，因而被判定嚴重病人比例較高。顯示精神衛生法之制定及對於這些病患的急診處理有其必要性。由於急診同時提供醫療服務，或是藥物協助，或是危機處理，或是留觀，因此本研究發現嚴重病人比例從病患到急診的76.6%，降低至離開急診時的62.3%，此一差異在統計學上是有意義的($p < 0.001$)，顯示急診確有快速處理危機的功能。本研究另有23.4%為非嚴重病人，說明精神科專科醫院急診不只是處理嚴重精神疾病，對於其他足以造成病人或家屬困擾的情況，也提供即時的協助。過去國內所發表急診文獻[6,7,10]，雖皆倡導以精神衛生法判定急診病人之法律狀態，但一直未將法律狀態列入急診病人的判定，本研究法律狀態之分析應可做為參考。

急診病人因臨床狀態可能需要留觀。本研究56.3%急診病患需留觀，顯示急診病人在初步處理後，其臨床狀態可能無法立即返回社區或直接出院，提供留觀成為必要的醫療服務。國內之研究也建議強化或增加精神病患之留觀治療[6,7,10]，但在台灣綜合醫院急診處，至今並無提供精神病患留觀的服務[9]。因此在綜合醫院急診的精神病人，若暫時無法住院，也無法安全回家時，勢必轉介至有留觀床的精神科醫院，待進一步處理。另外本研究顯示留觀與否，與是否為嚴重病人，就診原因中的暴力攻擊、干擾破壞、自殺自傷，及住院與否相關；但與臨床診斷無關(表3)。顯示急診的留觀是視症狀的嚴重程度而定。本研究雖未探討留觀是否可降低住院率，但從初到急

診嚴重病人76.6%，經處理需留觀病人53.6%，到最後需住院者37.4%，約略可看出留觀床的設置，或可提供如Gillig[20]所言之降低住院率，至於留觀是否真的避免住院或是延緩住院，則有待進一步研究。

經由急診處理(含留置觀察症狀及治療反應)後，必須做出急診後處置(即psychiatric decision making)，決定是否轉介門診或住院，對於比較有問題的病人，此結果通常會決定後續處理計畫的選擇，甚至影響疾病的病程。本研究中轉門診追蹤有55.8%(表4)，與邱等人[14]之63%，吳等人[21]之61%之報告接近；需住院者佔37.4%(其中27.1%住該院，10.3%轉介至其他精神科醫院住院)，與吳等人[21]35%需住院(17%可立即住院，13%轉介，5%排等床)相仿。綜合這些資料顯示：無論是綜合醫院或專科醫院，有三分之一的精神科急診病患需住院進一步治療，從需住院的比率發現精神科急診必須有住院病床為後盾，才能提供急診病患完整的醫療。此結果與林等人[6]提出急性病房的成立對急診醫療的助益有一致的結果。若以可供住院的比例相較，許多醫院皆面臨床位不足之間題(綜合醫院尤其嚴重)，因此促進轉介系統的效率應為當務之急。國外文獻顯示危險性的行為是單一且最重要的必需住院因素[22–25]。本研究也有相同的發現，即以干擾破壞、暴力攻擊、自傷自殺為就診原因者，其住院率遠高於轉介門診。然而在臨床診斷上，除精神分裂病外，其餘重大精神病與住院並無明顯差異(表4)。綜合精神分裂病患者其嚴重病人比例高，但留觀比例低而住院比例高，或可說明精神分裂病患者就診時的嚴重程度，足以直接決定其處置而不需留觀過程；另一方面，其他精神病雖就診時嚴重病人與留觀比例高，但住院比例卻無明顯差異，顯示整體



嚴重度低於精神分裂病患者。

除此之外，本研究發現精神科病患之身體評估，時常為精神科醫師所忽略，本研究中有2.1%需轉介至綜合醫院處理內外科問題，因該院有內科及神經科的支援，因此有內外科問題者必大於2.1%。綜合國內外文獻：吳等人[21]報告其急診病患有13%合併內外科問題；Carlson[26]指出在州立精神科醫院（專科醫院）急診處有重大身體疾病者占7%；而王等人在醫學中心的報告[8]其精神科急診病人有34%有身體問題。上述資料與本研究相較下或可顯示出綜合醫院精神科急診病人比專科醫院病人合併內外科問題多，這也許與醫院本身特性或綜合醫院精神科急診由於是屬照會性，所以需經第一線醫師先做初步檢查有關。但是精神病患的「身體問題」是不容忽視的。因此針對特定病人（如前述酒癮患者或腦器質病變患者等）做詳細的身體評估成為精神科醫師所必須隨時注意的[27]。

本研究的過程中仍有部份需要改善，如：部分資料不完整，雙重診斷，照會情形等問題。未來的研究希望藉由重新設計的登錄表進一步探討下列問題，即急診治療病人的取向（包括藥物治療模式、實驗室檢查之有無）；急診精神醫學中雙重診斷病人的特徵；經由急診轉介門診或住院病人的後續追蹤情形。

總之，本研究嘗試分析一所精神科專科醫院急診醫療之臨床特徵，顯示：精神科急診病患日益增加；物質使用相關疾病在精神專科醫院急診佔有顯著比例；賦予急診病人就診之法律狀態，有助於急診整體治療與評估；急診留觀的設置有其必要性；評估急診後是否住院，危險行為及精神分裂病的診斷應列為最重要評估因素之考慮。國外文獻曾提出精神科急診是社區醫療的通道[28]；但隨著時代的變遷，精神科急診不單只是通道而已[29]，而是進

入精神科醫療的重要入口。或許精神科急診應該是包含立即危機處理，後續照顧，機動危機處理與危機個案負責制度之完整治療（definitive treatment）[30]。

誌謝

本研究進行期間，承蒙黃偉益先生協助統計分析及溫怡瑾小姐、王惠秋小姐協助蒐集資料，特此誌謝。

參考文獻

1. 陳登義：精神科專科醫院急診病人的臨床特質，安置流程及追蹤研究。台北市政府八十二年度研究計畫，1994。
2. 郭月卿：急診精神醫療服務之滿意度評估。八十三年度行政院衛生署委託研究計畫，1994。
3. Bassak EL, Birk AW (eds): Emergency Psychiatry: Concepts, Methods, and Practices. New York: Plenum, 1984.
4. 沈楚文：急診精神醫療——一個尚待發展的治療模式。中華精神醫學 1988；2：150-1。
5. 朱桓銘、賴麟徵、許書創、邱仕榮：台大醫院急診處之社會醫學研究，第一報：就診患者之社會景、診斷及季節變化。台灣醫學會雜誌 1969；68：40-57。
6. 林志堅、卓良珍、闢清模、林本堂、林令世：綜合醫院精神科急診概況評估。中華精神醫學 1994；9：53-64。
7. 高淑芬、黃梅羹、陳珠璋：綜合醫院精神科急診照會功能的評估。中華精神醫學 1990；4：169-81。
8. 王興耀、李明濱、蔡茂堂、陳永成：綜合醫院精神科之急診。中華民國神經精神醫學會會刊 1986；12：85-96。
9. 沈楚文：綜合醫院精神科急診醫療的角色與功能。心身醫學雜誌 1993；4：11-6。
10. 陳正宗、王雅琴、曾錦花等：高雄地區精神急



- 診醫網之評估。中華精神醫學 1994; 8 : 170 - 9。
11. 李慧玲、孔繁鐘、陳喬琪、吳振龍：急診路倒病患之精神疾病：初報。中華精神醫學 1995 ; 9 : 74 - 80。
 12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington DC, 1986.
 13. 行政院衛生署：精神衛生法。民國七十九年十二月七日。
 14. 邱南英、鄭璋：綜合醫院精神科急診的臨床研究。中華民國精神醫學會八十年度年會暨學術研討會議程及論文摘要。台北市，1991 : 39 - 40。
 15. 畢新慧、楊庸一：精神科急診病人之調查分析。中華民國精神醫學會七十九年度年會暨學術研討會議程及論文摘要。台北市，1990 : 59 - 60。
 16. 謙立中、魯思翁、馮煥光等：三軍總醫院精神科急診分析。中華民國精神醫學會七十六年度年會暨學術研討會議程及論文摘要。台北市，1987 : 22。
 17. Ellison JM, Hughes DH, White KA: An Emergency Psychiatry Update. Hosp Commun Psychiatry 1989; 40:250 - 60.
 18. Hillard JR, Slomowitz M, Levi LS: A retrospective study of adolescents' visits to a general hospital psychiatric emergency service. Am J Psychiatry 1987; 144: 432 - 6.
 19. Szuster RR, Schanbacher BL, McCann SC: Characteristics of psychiatric emergency room patients with alcohol-or drug- induced disorders. Hosp Commun Psychiatry 1990; 41: 1342-5.
 20. Gillig PM, Hillard JR, Bell J, et al: The psychiatric emergency service holding area: effect on utilization of inpatient resources. Am J Psychiatry 1989; 146: 369 - 72.
 21. 吳元欽、鄭若瑟、張冰茹、胡海國：省立桃園療養院急診病患之分析研究。中華民國精神醫學會七十九年度年會暨學術研討會議程及論文摘要。台北市，1990 : 59。
 22. Marson DC, McGovern MP, Pomp HC: Psychiatric decision making in the emergency room: a reserach overview. Am J Psychiatry 1988; 145: 918 - 25.
 23. Munizza C, Furlan PM, d'Elia A et al: Emergency psychiatry: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand. 1993; Suppl. 374.
 24. Way BB, Evans ME, Banks SM: Factors predicting referral to inpatient or outpatient treatment from psychiatric emergency service. Hosp Commun Psychiatry 1992; 43: 703 - 8.
 25. Gerson S, Bassuk E: Psychiatric emergencies: an overview. Am J Psychiatry 1980; 137: 1 - 11.
 26. Carlson R, Nayar N, Suh M: Physical Disorders among emergency psychiatric patients. Can J Psychiatry 1981; 26:65 - 7.
 27. Thienhaus OJ: Rational physical evaluation in the emergency room. Hosp Commun Psychiatry 1992 ; 43: 311 - 2.
 28. Linn L: Emergency room psychiatry: a gateway to community medicine. Mt Sinai J Med 1971; 38: 110 - 20.
 29. Ellison JM, Wharff EA: More than a gateway: the role of the emergency psychiatry service in the community mental health network. Hosp Commun Psychiatry 1985; 36: 180 - 5.
 30. Foster P, King J: Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service. Hosp Commun Psychiatry 1994; 45: 867 - 9.



The Clinical Features of Patients Admitted to Emergency Service in a Psychiatric Hospital

Chun-Tse Chen, M.D.¹, Chiao-Chicy Chen, M.D.¹, Teng-Yi Chen, M.D.²,
Jung-Yu Tsai, M.D.¹, Jen-Cheng Hung, M.D.¹, Wei-Herng Hu, M.D.¹

Objective: This study reviews clinical data concerning emergency services provided in a psychiatric hospital. **Methods:** It was conducted in an emergency room of a psychiatric teaching hospital. Data was collected from October 1994 to December 1995 on 3054 emergency visits. **Results:** Of 3054 patients, 53.6% were male, 46.4% were female, and the mean age of the patients was 34.8 ± 0.2 (male: 34.1 ± 0.3 , female: 35.6 ± 0.3). The symptoms most frequently demonstrated by patients were destructive behaviors toward objects, followed by violent behaviors toward people. The most common diagnosis was schizophrenia (39.0%), followed by mood disorder (20.6%), and substance-related disorder (11.4%). According to Mental Health Law, 76.6% were classified severe patients; 56.3% were in the emergency short-stay unit, and among

them, 17.7% were put in a seclusion room. After acute intervention, the psychotic severity improved and only 37.4% of patients required admission, while 2.1% needed referral to a general hospital for treatment of other medical conditions. **Conclusion:** The study suggests: 1) There is a steady increase of emergency visits, indicating an increased need for new psychiatric services including emergency services. 2) A short-stay unit is necessary in cases requiring clinical consideration. 3) The assessment of legal status in terms of Mental Health Law is important in clinical diagnoses. 4) Substance-related disorders are becoming the main issue in psychiatric emergency services, especially alcohol-related disorders. 5) Strengthening of the delivery system for psychiatric emergency patients is mandatory. (Full Text in Chinese)

Key words: psychiatric hospital, psychiatric emergency services, clinical features
(Taiwanese J Psychiatry 1997; 11: 269~78)

Taipei City Psychiatric Center, Taipei, Taiwan¹

Chin-Ho Mental Hospital, Taichung Jen-Ai's Home, Taichung, Taiwan²

Received: August 23, 1996; revised: June 18, 1997; accepted: June 20, 1997

Address correspondence to: Dr. Chun-Tse Chen, Department of Psychiatric Emergency, Taipei City Psychiatric Center, No.309, Sung Te Rd., Taipei, Taiwan. R.O.C.

