

目錄

自序	P.8
精神科 on call 小問答	P.10

Case 1

他鄉的愛情故事

(一) 莫非人人也想自殺?	P.15
• 醫學小知識——評估自殺風險	
(二) 分手要狠比相戀勇敢	P.18
• 精神醫學實戰——懷疑有精神問題，該怎麼辦?	
(三) 負負得正的兩個錯誤	P.22
• 醫學小知識——躁狂抑鬱症的診斷條件	

Case 2

好假的肥仔

(一) 尋找一線生機	P.29
• 醫學小知識——精神分裂和人格分裂	
(二) 我的第二家園	P.32
• 精神醫學實戰——病人可以主動要求入院?	
(三) 醫生垂死掙扎	P.36
• 精神醫學實戰——精神病房的規矩	

Case 3

急症室的羅生門

(一) 狼來了	P.41
• 精神醫學實戰——醫院的投訴機制	
(二) 病人沒有錯!	P.44
• 精神醫學實戰——思覺失調的界線	

(三) 婆說婆有理	P.48
• 精神醫學實戰——醫生究竟如何決定應否強制病人入院?	

Case 4

今夜無人入睡

(一) 鋼之煉金術師	P.53
• 醫學小知識——失眠與精神疾病	
(二) 做人要有掙扎	P.56
• 醫學小知識——精神科藥物跟其他藥物會否相沖?	
(三) 食鹽多過食米?	P.60
• 醫學趣談——低鈉症	

Case 5

誰是媽媽?

(一) 小鳥醫生的不祥預感	P.65
• 醫學趣談——兒童病人、成年病人和老年病人	
(二) 重新打開潘朵拉的盒子	P.69
• 精神醫學實戰——發現懷疑虐待兒童案例，究竟應該怎麼辦?	
(三) 不是媽媽不能簽	P.73
• 精神醫學實戰——兒童精神科病人的入院安排	

Case 6

天下父母心

(一) 勿留兒童在醫院	P.79
• 醫學小知識——自閉症的症狀	
(二) 消失的身份證	P.83
• 精神醫學實戰——沒有身份證能否入院?	
(三) 牛佬蝦家人	P.87
• 精神醫學實戰——自閉症患者問題行為的訓練方法	

Case 7

閒餘康樂活動

- (一) 喜愛夜蒲 P.93
- 醫學小知識——邊緣智力
- (二) 速戰速決 P.96
- 醫學小知識——必理痛中毒
- (三) 自作自受 P.101
- 精神醫學實戰——全面身體檢查 (organic workup)

Case 8

閒餘康樂再活動

- (一) 「又係你呀陳生？」 P.107
- 精神醫學實戰——專科醫生培訓之路
- (二) 人情人情如做戲 P.110
- 醫學趣談——用刀刺進心臟是否真的會很快死亡？
- (三) 偏偏注定要落腳 P.114
- 精神醫學實戰——強制入院的條件和程序

Case 9

病毒惹的禍

- (一) 當值不許偷懶 P.121
- 醫學趣談——精神科部門的實習醫生
- (二) 治癒系急症室 P.125
- 醫學小知識——疑病症 (hypochondriacal disorder) 和身心症 (somatization disorder)
- (三) 肺炎的另類併發症 P.130
- 精神醫學實戰——新冠病毒對精神科病人各個方面的影響

Case 10

半斤八兩

- (一) 下午 4 時 50 分的來電 P.135
- 精神醫學實戰——家庭醫學跟精神科的緊密合作關係

- (二) 壓力下的兩種人 P.139
- 精神醫學實戰——請病假的種種
- (三) 醫生也要請病假？ P.143
- 精神醫學實戰——戒除安眠藥小貼士

Case 11

真假柏金遜

- (一) 喜愛夢遊 P.149
- 醫學小知識——關於夢遊的種種
- (二) 鐵面老人 P.153
- 醫學小知識——快速眼動睡眠障礙症 (REM sleep behavior disorder)
- (三) 無限可能 P.157
- 醫學小知識——柏金遜症與精神醫學的關係

Case 12

老當益壯

- (一) 這個伯伯有點色 P.163
- 醫學小知識——認知障礙的行為精神症狀
- (二) 電話中的廣播劇 P.167
- 精神醫學實戰——精神科的遠距醫療 (telemedicine)
- (三) 伯伯的驚鴻一瞥 P.171
- 醫學小知識——譫妄 (delirium)

Case 13

愛的代價

- (一) 犯錯只因失戀太少 P.177
- 醫學趣談——刑手會不會死？
- (二) 為何又是這樣錯 P.181
- 醫學趣談——跟愛情有關的精神病狀
- (三) 為自己的心找一個家 P.185
- 精神醫學實戰——私家還是公立好？

自序

所有醫生也曾經歷過 on call 的日子。

剛剛畢業成為實習醫生，on call 的日子最為辛苦。每三四日一次 on call，整晚要打鹽水豆、抽血、見病人，半小時也不能睡，on call 過後的清早還要繼續工作。

正式成為醫生之後，不同專科 on call 的生活也有不同。有些專科只是輪班工作，有些專科甚至不用 on call。就算大家都要 on call，有些專科的 on call 也是比另一些辛苦。

很多人以為，精神科醫生不用 on call，這實在大錯特錯。精神科疾病的復發沒有時間限制，醫院要隨時準備接收。在精神病房裏的病人，也可能有其他身體上的問題，要醫生半夜緊急處理。

小鳥醫生曾工作的醫院，on call 的生活也是與別不同。這是因為它是香港少有為病人提供 24 小時精神科諮詢服務的醫院。精神病人抵達急症室之後，若果急症室醫生認為情況緊急，便會立刻諮詢當值的精神科醫生。

當自己或身邊的人出現精神問題的時候，一般人都可能會感到彷徨無助，只知打 999 叫救護車。《精神科待命 30 小時+》讓大家從另一個角度去瞭解精神科和急症科在處理急症精神病人時的種種，令人在危急的時候不會慌亂，至少知道有精神健康問題的人到急症室後會發生什麼事。

本書的每一個故事，內容雖然統統經過大幅改動，但都是由真實個案改編。快快揭開下一頁，進入小鳥醫生的 on call 世界。

小鳥醫生
二〇二二年四月

精神科 on call 小問答

問：實習醫生才要 on call 嗎？

答：才不是，在醫院工作的每一個醫生也要 on call。只是有些醫生需要在醫院 on call，有些則不用。

問：On call 要 36 小時？

答：所謂的 on call 36 小時，其實是指當值醫生在完成 24 小時的 on call 之後，第二天還要照常工作 12 小時。事實上，現在很多醫院已經容許醫生在當值之後放半天假，醫生們也不再需要那麼辛苦連續工作 36 小時，一般只有大概 30 小時。

問：一個月要 on call 多少次？

答：不同的專科、不同的職位各有不同。以精神科為例，剛進入精神科工作的時候，醫生一般需要每月 on call 三四次。

問：On call 時如果沒有工作，可不可以小睡片刻？

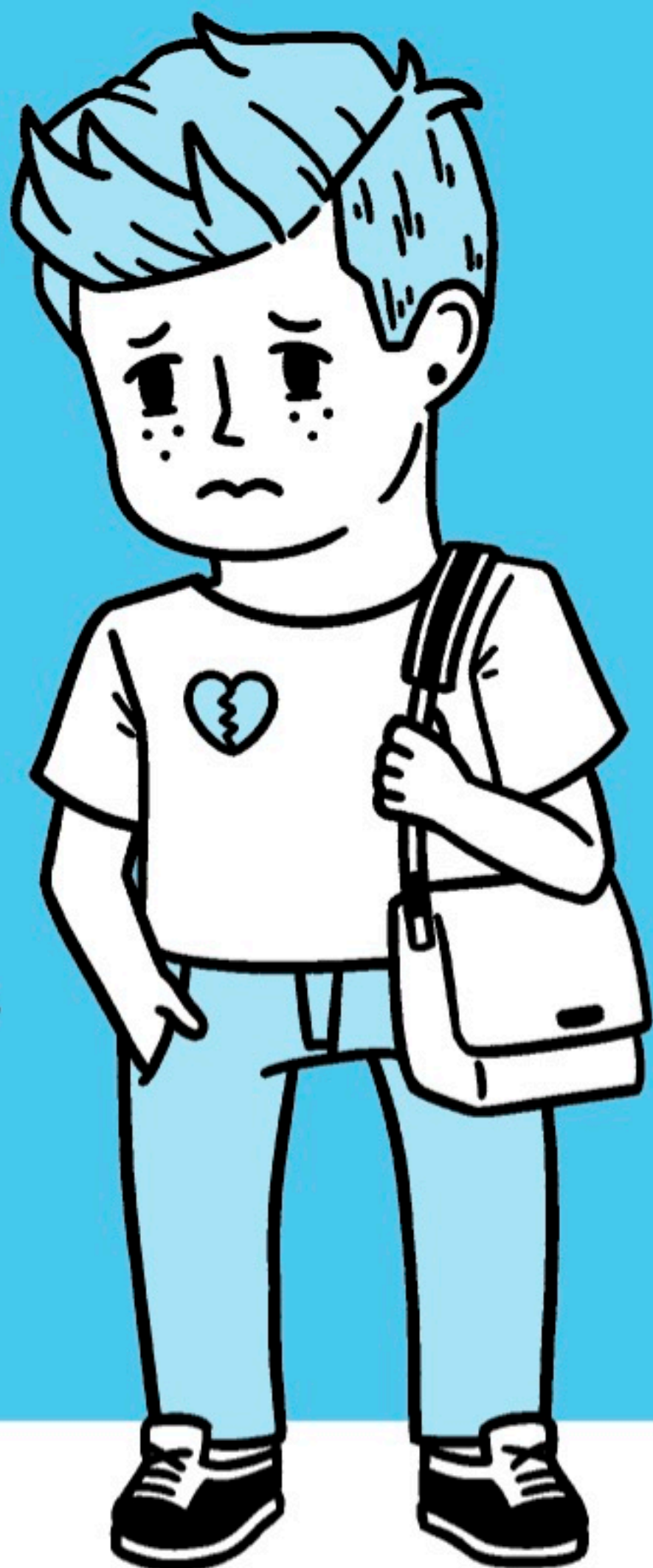
答：當然可以，只要不影響服務便行。

問：即使成為了專科醫生也要 on call，這是否屬實？

答：當然，小鳥醫生已經考獲專科資格，但也要每月在醫院 on call！



Case 1 他鄉的愛情故事



病人資料

年齡：20

職業：外地來港的大學生

居所：獨居在私人樓宇

諮詢原因：

抑鬱和自殘傾向。

(一) 莫非人人也想自殺？

「人人都拍拖，莫非人人都想拍拖？」這句話出自一位大明星口中成為笑話，但其實頗有哲理。

「精神科小鳥醫生。」

「是不是精神科啊？我們這裏是急症室，想向你諮詢一下。」

「是……」

「我們這裏有一個20歲大學生，獨自來到急症室，情緒有點抑鬱和有自殺念頭。」

「什麼的自殺念頭？」小鳥醫生突然有點焦躁。

「這個……這個……我要看一看。」

我們的醫院有精神科緊急諮詢服務。急症室病人如果有精神科問題而情況緊急，急症室醫生可以向精神科當值醫生作出緊急諮詢，精神科醫生也必須在兩個小時之內作出回覆。

那小鳥醫生為何如此焦躁？這是因為不少急症室醫生只要聽到病人說過含有「死」這個字的字句，便會立刻作出諮詢，沒有花任何時間判定當中的意思。舉個例子吧，病人有時會說：「我真的痛到想死！」這些病人經常會被誤會，認為他們有自殺的念頭。

「小鳥醫生。」急症室護士在翻查資料之後回答，「這個病人在過往數天，試過故意把頭撞向牆壁，也嘗試過尋找利器割脈。」

「那麼他有沒有任何損傷？」

「應該沒有。他的額頭沒有任何損傷，他在家也尋找不到任何利器去割脈。」

「好吧，我盡快下來看看他。」

這一次，急症室醫生也有做好他們的功夫，嘗試瞭解病人是否真的有自殺念頭。有時精神科醫生也是如此，只要看見病人的問題並非精神科可以解決，便會草率的把他轉介其他專科。但其實只要動一動腦筋，嘗試運用醫學院學到的醫學知識，這些問題已經解決了一大半。

「人人都自殺，莫非人人都想自殺？」這個哲學問題不容易解答。小鳥醫生也是時候快快跑到急症室，替病人評估一下他的自殺風險。

醫學小知識

評估自殺風險

評估自殺風險其實相當困難，因為自殺有太多風險因素，而每種風險因素的比重也不一樣。醫生需要依靠其經驗，決定病人是否屬於高危一族。每一次評估的過程也不一樣，風險評估也不能依靠公式化的問卷。即使如此，也讓小鳥醫生在這裏分享一下評估事實風險的其中一些重點。

病人有沒有試過自殺？

- 這非常的重要。有第一次便有第二次，有第二次便有第三次。這可以說是最重要的一項風險因素。

病人有沒有計劃或者作出任何籌備？

- 就像犯罪一樣，有計劃的犯罪遠比沒有計劃的犯罪嚴重，判刑起點亦較高。有計劃的自殺反映了行動背後的深思熟慮，再度自殺的機率亦都較高。

病人知不知道他們的行為會危害生命？

- 有些病人喜歡服用過量藥物，例如一次過服食數十粒安眠藥。也有些病人喜歡割手，但從來只割表皮，不傷筋脈。他們清楚知道這些行為不會致命，所以這些病人自殺的風險亦較低。

病人有沒有寫下遺書？

- 寫下遺書，交代身後事，代表心意已決。再度自殺的機率當然非常之大。

病人在自殺或自殘之前有沒有告訴他人？

- 告訴他人留下線索，代表仍然有存活之心。可能他們並非真的想死，背後可能有其他原因。

(二) 分手要狠比相戀勇敢

小鳥醫生走到急症室，找了一間比較安靜的診症房，叫這個懷疑有自殺傾向的病人進來。

這個病人是外地來的大學生，口說的是英文。小鳥醫生畢業已久，英文疏於練習，跟這個病人對話的時候難免拉牛上樹，花了不少氣力。

原來這個病人第一年來港學習，到埗不久便認識了一個女朋友。可能是性格不合，才兩三個月便分手。分手至今已經數個星期，看來這個病人仍然放不下。

「最近心情不太好，對吧？」小鳥醫生問道。

「是的。」病人點一點頭。

「還未放得下前女朋友，是嗎？」

「是的。」病人的聲量越來越小。

「現在還有沒有聯絡？」

「也……也沒有什麼聯絡吧。雖然說是和平分手，事實上我並不情願。她是本地女生，總說彼此的文化和生活習慣不太一樣。我說我會學習會改變，她卻說走就走。」

「沒有什麼聯絡，但偶爾會見見面、說說話，對吧？」

病人面紅了一紅，說道：「我為了躲避她，故意封鎖了她的電話和 WhatsApp。我不是小氣，只是為免觸景生情，令自己越來越抑鬱。但是……」

醫生點一點頭。「但是什麼呢？」

「我跟她都是大學生。我從外地來，獨個租住大學附近的一個單位。跟她一起之後，便讓她進來居住，她有我家的門匙。」

「所以分手之後，她仍然經常到你家，對吧？」

「她不是來找我，我也不知道她這是什麼意思。她經常過來找東西，總是說有東西在我這裏。每次看到她，過往甜蜜的回憶又再度湧現，只是一切都已經成為過去。」

分手之後藕斷絲連經常發生。但若果糾纏不清，有時候只會苦了大家，過往的快樂日子卻怎樣也再回不去。分手要狠。這位病人封鎖了前度的電話和短訊裝置，卻狠不下心換掉門鎖，無法走出來也是意料中事。

這個案的特別之處，在於女主角態度的曖昧不清。既然當初提出分手，為何分手之後又經常藉故上訪？而事實上，有很多人提出分手也只不過是一種表態或者一種示威，表達對雙方關係的不滿。若情況真如此，被分手的一方可萬萬不能就此認命。

「那麼……」小鳥醫生繼續問道，「急症室醫生告訴我，你最近情緒比較差的時候，會有自殘的情況，對吧？」

「我……我有試過把頭撞向牆壁，也有試過想割手，只是在家尋找不到利器。」

「當時你究竟在想什麼？」

「我就是太過抑鬱，想發洩內心的鬱結。撞了幾下頭果然舒服了不少。」

「那你有沒有想過這些行為，可能會傷害到自己的性命？」

「當然不會傷害到自己的性命，我又不是用吃奶的力撞向牆壁。就算是割手，我也略懂解剖學，不會誤傷筋脈。」

這位病人清楚知道自已的行為不會傷害到自己的生命。他也只是衝動行事，想發洩內心的鬱結，並非真的想自殺。從這個角度去看，他自殺的風險，也是屬於較低的水平。

正當打算結束這一次諮詢，小鳥醫生眼尾再望望急症室醫生的轉介信，發現了一點非常有趣的背景資料……

精神醫學實戰

懷疑有精神問題，該怎麼辦？

情緒病在香港非常普遍，當中有不少人未曾看過精神科。事實上，情緒病或者精神病並不是洪水猛獸。現代科學昌明，只需要適當的藥物，病人的生活並不會因為情緒病或者精神病所影響。

不少人懷疑自己有精神問題，他們不會諱疾忌醫，卻求醫無門，不知從何入手。就讓小鳥醫生簡單講解一下，萬一懷疑自己或者親友有精神問題，我們該怎麼辦？

如果個案緊急，比如患者有自殺或者暴力傾向，醫生一般建議他們到急症室盡快求醫。不少急症室都有精神科諮詢服務，有些諮詢服務由精神科醫生負責，有些則由精神科專科護士負責。但無論如何，病人都可以得到專業的精神科診斷服務。

經濟條件比較理想的病人可以選擇私家精神科服務。私家精神科大多需要預約，幸好現在科技發達，網絡資訊俯拾皆是，只要谷歌一下，病人不難找到合適的精神科醫生。

私家精神科醫生收費非常昂貴，有些病人會選擇修讀過精神科文憑的普通科醫生。可是精神科文憑和精神科專科醫生的專業訓練有相當顯著的差別，患者也要小心注意。

情況沒那麼緊急的，可以選擇輪候公立醫院的專科門診。要輪候專科門診，病人只需要一封由任何註冊醫生發出的轉介信。只是現時政府在公立醫院精神科投放的資源並不是那麼充足，患者往往需要一兩年時間才能成功輪候。

(三) 負負得正的兩個錯誤

在這個病人的轉介信中，小鳥醫生原來忽略了非常重要的一點。

這位急症室醫生也真負責任，他不但盡自己的能力瞭解病人傷害自己的念頭，他還得知病人來香港之前，曾在外地的精神科覆診。

「這裏寫到，」小鳥醫生指著轉介信，向病人發問，「你早前在外地有看過精神科，對吧？」

「是啊，他們說我患上躁狂抑鬱症。」

「但你有沒有一直吃藥？」

「他們好像給我吃 fluoxetine(氟西汀)。但我服食後感到不適，經常想作嘔，之後便沒有再吃了。」

「就只有這一種藥？」

「對啊。這有什麼問題？」

Fluoxetine 是一種抗抑鬱藥，它能夠提高腦部血清素的水平，減輕抑鬱的症狀。很多抑鬱的病人，第一隻服用的抗抑鬱藥就是 fluoxetine。

奇怪的是，既然病人被診斷為躁狂抑鬱症，醫生就不能只處方抗抑鬱藥。因為如果躁鬱症病人單獨服用抗抑鬱藥，會增加躁狂病發的風險。抑鬱是醫好了，最終卻得不償失。如果要處方抗抑鬱藥，必須配合情緒穩定劑或者抗思覺失調藥才可以。

「沒有什麼，只是瞭解一下。」即使其他醫生治療可能有誤，我們也應該盡量避免在病人面前評論。「話說回頭，當時醫生說你還有躁狂抑鬱症。你的症狀究竟如何？」

「就是情緒不停高低起伏啊。有時很快樂，但有時很抑鬱。」

「快樂的時候怎麼樣？」

「就是比較輕鬆，說話比較多，想法比較正面，跟抑鬱的時候不一樣哦。」

「就只有這些？有沒有花多了錢，或者不假思索地做危險的事，或者作一些草率的投資？」

「也不是花很多吧。儲蓄還有不少，也沒有因為花費多而欠債。危險的事也沒多做過。」

「那快樂的時候，維持的時間一般有多久？抑鬱的時間又有多久？」

「那又能有多久？可能一天之內，同時間經歷快樂和抑鬱。最多也不會超過一天吧。」

「原來如此。」小鳥醫生沉思了一會。「好吧。我想你應該未必是躁狂抑鬱症，可能只是抑鬱。而你情緒起伏的問題，有不少邊緣人格特質的人也會出現如此情況。」

病人似懂非懂地點頭。

邊緣型人格障礙的人，情緒比較容易波動，好像這位病人，一天可能同時經歷亢奮和抑鬱。這種波動建基於他們的心理活動。邊緣型人格障礙的人自我形象缺乏，對自己和對世界的觀感也因而搖擺不定。一時自信一時自卑，一時樂觀一時悲觀。同時間，他們也經常有自殘的傾向。他們的症狀很容易跟躁狂抑鬱症有所混淆，甚至有前輩曾經說過，邊緣型人格障礙，不就是躁狂抑鬱症二型的另一個稱呼。

如果只是把病人錯誤診斷成躁狂抑鬱症，那病人便可能被處方情緒穩定劑或者抗思覺失調藥物，承受不必要的副作用。但這個病人雖然被診斷為躁狂抑鬱，醫生當初卻只是處方抗抑鬱藥。兩個錯誤放在一起，卻竟然沒有鑄成大錯。

「我想你現在面對的最大問題就是愛情。其實你一直也處理得不錯，把前度的電話和訊息都封鎖了，避免受到進一步刺激。但是……」

「但是我不應該繼續讓她隨便進來我的家裏，對吧？我是否應該向她拿回鑰匙呢？」

「或者……」醫生皺一皺眉，思考了一下，「可以自行把鎖換了，那大家便不用尷尬。」

病人點頭表達同意。

「還有一點，你來到這裏之後，學業和適應上有沒有困難？現在的情緒如此糟糕，會不會雪上加霜？」

「我正想跟你說呀醫生。我再過幾天便要交功課，現在真的不知能否如期完成。」

「原來如此。我們可以給你寫一封信，讓學校酌情處理。至於藥物方面……」

「醫生，我可以暫時不吃藥嗎？從前的藥吃得我很不舒服，留下了陰影。」

醫生又皺了一皺眉。「不如這樣吧，我給你安排一個比較早的覆診期，過幾天在門診見面。這幾天，你先在家休息一會。學校方面我們會替你想辦法，藥物方面在覆診時再作打算。」

「好吧，醫生。」病人終於展開了一絲微笑。小鳥醫生也連忙在鍵盤上敲打，給急症室醫生寫下諮詢回覆。

諮詢回覆

鑒別診斷： 抑鬱症，邊緣型人格障礙特質，需要排除躁狂抑鬱症的可能性

- 治療建議：
1. 從精神科的角度看不用留院
 2. 預約數天後在精神科門診看小鳥醫生
 3. 給病人就讀的大學一封信，討論關於功課和學習的特別安排



醫學小知識

躁狂抑鬱症的診斷條件

剛才討論過躁狂抑鬱症跟邊緣型人格障礙的相似地方。事實上，躁狂抑鬱症也有它的診斷條件。患者除了要符合抑鬱症的診斷條件之外，他們以往也必須要有一次或以上的輕躁狂或者躁狂。就讓小鳥醫生向大家簡單講解一下躁症在精神疾病診斷準則手冊（DSM-5）之中的診斷條件。

躁症（manic episode）發作的診斷條件：

有一段時間出現明顯的情緒困擾，持續的情緒高昂或者容易憤怒，情況至少維持一週。在情緒困擾期間，也必須出現以下至少三項或更多的症狀，包括：

- 自尊心膨脹
- 睡眠需求降低
- 說話滔滔不絕
- 想法和感受洶湧不止
- 注意力容易受到不相關的外在刺激分散
- 目標導向活動增加
- 過分參與高風險活動

除此之外，患者的社交和工作都會受到嚴重影響，他們可能需要住院以預防傷害自己和他人。躁狂發作亦無法歸因某一物質或者其他醫學狀況。

「嗯。」伯伯的眼睛好像又已經合上。

人不能經常服用鎮靜劑或者安眠藥，因為這會造成依賴。Mirtazapine 不行的話，還有其他可以選擇，只是調校藥物需要更緊密的觀察，加上他有低鈉症的紀錄，這工作就惟有交給主診醫生去處理。

小鳥醫生回到電腦枱前，把諮詢回覆寫好，然後慢慢步出急症室，回到自己的休息室。路途中突然心中一凜：剛才伯伯不是已經睡著了嗎？那我是治好了他還是治不好？

諮詢回覆

鑒別診斷： 非器質性失眠

- 治療建議：
1. 請處方大概一個星期分量的鎮靜劑 clonazepam (氯硝西洋)，每晚 0.5 毫克
 2. 請把諮詢回覆傳真至精神科專科門診，好讓主診醫生決定是否提早覆診



醫學趣談

低鈉症

低鈉症的原因有很多，但不是每一種也跟精神病有關係。

在精神病患者之中，最常見的原因就是「飲大水」。什麼是飲大水？一些神經失常或者智力有問題的病人經常控制不了自己喝水的分量，如果喝水量超出正常標準，身體便難以排出多餘的水分。水分積聚身體之內，鈉的濃度變相減少。

不要以為只是精神科病人才會有低鈉症，其他疾病譬如腎病、肝病、心臟病等都會影響身體水分的平衡。另外，甲狀腺及腎上腺荷爾蒙分泌低下，也會造成低鈉症。有些病人因感染或意外導致身體大量流失水分，也會成為低鈉症的受害者之一。

低鈉症初期的症狀包括「作嘔作悶」和頭痛，患者思想會慢慢變得混亂，甚至出現昏迷和抽筋等跡象。嚴重的話會影響心肺功能，甚至導致死亡。

醫治低鈉症不能只靠吃鹽，吃得太快反而有反效果，會損壞腦幹細胞。治療低鈉症需要慢慢靠點滴（俗稱吊鹽水）補充鹽分，然後再尋找並且根治低鈉症的原因。