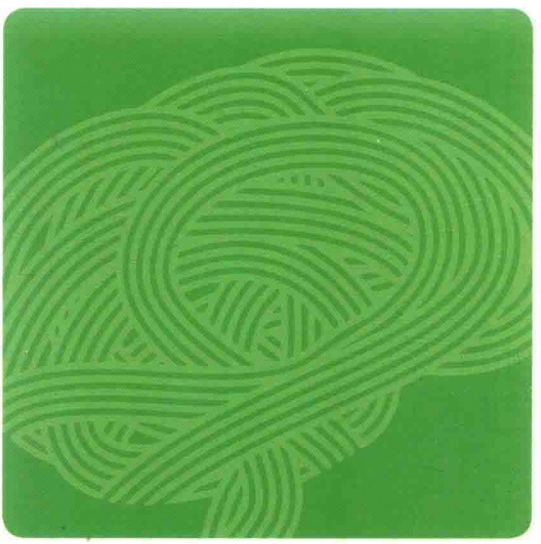
常见精神疾病临床路径丛书

总主编　张克让

# 常见精神疾病

## 规范化护理及临床护理路径

主编　李素萍　赵　娟　王　波



科学出版社

常见精神疾病临床路径丛书

总主编　张克让

# 常见精神疾病规范化护理及临床护理路径

主编　李素萍　赵　娟　王　波

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

本书以临床路径为指导，紧密结合精神科临床护理实践工作。全书共设 3 章，第一章介绍了精神疾病护理及临床护理路径的现状和发展趋势；第二章对常见精神疾病及危机状态的规范化护理做了详尽的介绍；第三章不仅将常见精神疾病的临床护理路径以文字形式进行了详细描述，而且以表单的形式呈现，使读者能够一目了然，可更好地推动临床护理路径的开展。

本书内容新颖、条理清晰，注重理论结合实际，具有较强的实用性、先进性及可操作性，可用于指导精神疾病临床规范化工作，也可作为从事精神护理领域的工作者继续教育指导用书。

**图书在版编目（CIP）数据**

常见精神疾病规范化护理及临床护理路径 / 李素萍，赵娟，王波主编. —北京：科学出版社，2017. 6

（常见精神疾病临床路径丛书 / 张克让主编）

ISBN 978-7-03-053802-4

Ⅰ. ①常… Ⅱ. ①李… ②赵… ③王… Ⅲ. ①精神病–护理 Ⅳ. ①R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2017）第 137794 号

责任编辑：杨卫华　康丽涛 / 责任校对：张小霞
责任印制：赵　博 / 封面设计：吴朝洪

科学出版社 出版
北京东黄城根北街 16 号
邮政编码：100717
http://www.sciencep.com

三河市骏杰印刷有限公司 印刷

科学出版社发行　各地新华书店经销

*

2017 年 6 月第　一　版　开本：720×1000 1/16
2017 年 6 月第一次印刷　印张：10 3/4

字数：178 000

**定价：45.00 元**

（如有印装质量问题，我社负责调换）

# 《常见精神疾病规范化护理及临床护理路径》编委会


**主　编**　李素萍　赵　娟　王　波

**副主编**　李素兰　宋乃云　谢　佳　向玉仙　侯晓乐

**编　委**（按姓氏汉语拼音排序）

白　昉　白莉莉　白省莲　白艳红　陈　琳

陈丽娟　程俊香　杜凤梅　韩新莲　和美清

贺子玲　侯晓乐　李　英　李素兰　李素萍

李艳平　刘元华　牛亚琦　石　娟　史俊芳

宋丽萍　宋乃云　王　波　王　燕　王晓盼

武　燕　向玉仙　谢　佳　尤晓霞　张莉斌

赵　娟

# 序

精神疾病属多因子复杂疾病，临床表现复杂多样，现有诊治主要依据临床症状。在缺乏精准指标的现状下，规范化诊治显得更为重要。临床路径是规范诊治的重要手段之一，也是医疗保险支付的基础与保障。

2009 年卫生部印发了《临床路径管理指导原则（试行）》，涵盖 112 个常见病种的临床路径，但并未涉及精神疾病临床路径。于是，我们团队成立了精神疾病临床路径编制小组，编制了《常见精神疾病临床路径（草案）》。后历经三年的临床应用和三次修订，形成了《常见精神疾病分段临床路径（内部试用版）》。2012 年卫生部印发了双相情感障碍等 5 个重性精神疾病临床路径，在此原则的指导下，编制小组对《常见精神疾病分段临床路径（内部试用版）》再次修订并在临床应用，最终于 2014 年编著出版了《常见精神疾病临床路径》一书。该书出版后得到了众多同行的关注，并提出了许多宝贵意见。

2016 年始，我们编制小组又在《常见精神疾病临床路径》的基础上，采纳了众多专家同行的意见和建议，纳入了国内外相关研究进展，结合医疗保险支付改革的现况进行了再次修订。修订后的临床路径由于内容较多，篇幅较大，为便于应用，将其分为《抑郁障碍规范化诊疗及临床路径》、《双相情感障碍规范化诊疗及临床路径》、《精神分裂症规范化诊疗及临床路径》、《焦虑障碍规范化诊疗及临床路径》及《常见精神疾病规范化护理及临床护理路径》共五个分册。

在《常见精神疾病临床路径丛书》付梓之际，感谢所有为本丛书做出贡献的专家学者。由于编者水平有限，书中难免存在不妥之处，恳请读者批评指正。

山西医科大学心理卫生研究所
山西医科大学第一医院精神卫生科
张克让

2017 年 6 月

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

# 前　言

随着改革开放的进程不断加快，经济水平的不断提高，人们对物质文化需求的不断增长，加速了我国各行业的细化及发展速度。与此同时，经济的快速发展催生了快节奏的生活方式，社会成员的心理压力倍增，精神疾病的患病率不断上升，给家庭、社会带来了极大的负担。精神疾病已成为21世纪影响人类健康最主要的疾病之一，精神疾病患者的治疗与康复也逐渐成为社会关注的焦点，并且对精神科的护理工作提出了更高的要求，如何护理患者，减轻患者的痛苦，提高患者的治疗有效率，减少复发，成为精神科护理工作者的一项重要任务。

近年来，规范化诊疗的理念与方法已经广泛应用于各类精神障碍的诊疗过程中。精神障碍的规范化诊疗是提高疾病诊断的准确率、缩短临床治疗周期、提高临床痊愈率、减少复发、提高患者生活质量、恢复社会功能的重要保障。精神疾病临床护理路径是以规范化诊疗为基础，以临床路径为指导建立的一套规范化治疗护理模式，其能够按照临床护理路径表单中的护理程序，对患者进行治疗与护理，最终达到规范护理行为，使患者获得最佳的护理服务的目的。

《常见精神疾病规范化护理及临床护理路径》正是在此背景下，通过广泛查阅国内外文献，参考大量书籍撰写而成。本书共设有3章，包括精神疾病护理及临床护理路径的现状、常见精神疾病的规范化护理及临床护理路径，书中按照护理程序阐述了常见疾病的护理常规，并对精神疾病患者的危机状态及常规治疗的护理做了系统、全面的介绍。第三章详细介绍了常见精神疾病临床护理路径的实施规范，并将路径表单逐一呈现。本书的特点是具有新颖性、可读性，更注重实用性和可操作性，希望本书的出版能为临床护理工作者提供一些参考。

由于时间仓促及编者水平有限，书中难免存在缺陷和不足，恳请同行不吝赐教、指正。

编　者

2017年3月

# 目　录


**第一章　概述** …… 1
　第一节　精神疾病护理概述 …… 1
　第二节　精神疾病临床护理路径概述 …… 2
**第二章　常见精神疾病的规范化护理** …… 5
　第一节　常见精神疾病的规范化护理 …… 5
　第二节　精神疾病患者危机状态的规范化护理 …… 40
　第三节　精神疾病治疗的规范化护理 …… 61
**第三章　常见精神疾病的临床护理路径** …… 72
　第一节　精神分裂症的临床护理路径 …… 72
　第二节　双相情感障碍的临床护理路径 …… 85
　第三节　抑郁障碍的临床护理路径 …… 107
　第四节　广泛性焦虑障碍的临床护理路径 …… 118
　第五节　惊恐障碍的临床护理路径 …… 129
　第六节　强迫障碍的临床护理路径 …… 140
**主要参考文献** …… 151
**附录** …… 152
　附表 1　护士用住院病人观察量表（NOSIE） …… 152
　附表 2　护士用简明精神病观察量表（N-BPRS） …… 153
　附表 3　自杀风险评估与防范记录单 …… 154
　附表 4　冲动风险评估与防范记录单 …… 155
　附表 5　外走风险评估与防范记录单 …… 156
　附表 6　跌倒/坠床评估与防范记录单 …… 157
　附表 7　健康教育评价表 …… 158

# 第一章 概 述

## 第一节 精神疾病护理概述

### 一、精神疾病护理现状

精神护理学的发展与精神医学和护理学的发展密不可分，其发展凝聚着精神护理事业前辈们的艰苦奋斗和奉献精神。规范的精神科护理形成较晚，直到1873年美国琳达理查兹（Linda Richards）女士主张精神病患者应和内科患者一样得到完善的照顾。由于她的影响和贡献，形成了精神科护理的基本模式，因此她被称为“第一位精神科护士”。到19世纪末20世纪初，精神医学得到了蓬勃发展，精神科护理工作也由单纯的照顾患者生活、保护患者的安全，扩展为协助医生观察患者的症状行为，并进行详细的描述和记录，以提供给医生作为诊断的依据。

20世纪末期，随着社会的进步和科学的发展，人们对心理健康的需求日益增加，使精神科护理的功能发生了重要的改变，工作内容由过去仅仅承担对重性精神障碍患者护理以外，逐渐延伸到一般心理障碍者和健康人群。随着整体护理观念和理论的应用，增加了护理工作的科学性，使护理服务更加完善，而当代临床护理路径模式的出现不仅满足了患者需要的高效优质护理服务，也迎合了保险公司降低护理成本的要求，并逐渐应用于精神障碍的护理。

随着改革开放的发展，我国精神科护理界与国际护理界的交流日益增加，精神科护理理念、临床实践及基础研究逐渐与国际接轨。2013年5月1日精神卫生法正式实施，对精神科护理工作提出了更高的要求，才能确保护理工作能够顺利进行，促进精神科护理工作发展。目前在患者的管理上，大部分医院仍实行的是封闭式管理及半开放式管理，仅有少部分实行开放式管理。精神科护理在原来责任制护理的基础上，逐渐开展优质护理服务。先后采纳了小组护理、责任制整体护理、临床路径护理模式，并取得了丰硕的成果。

进入21世纪，精神疾病的患病率不断上升，心理健康逐渐成为社会关注的焦点，不断增长的心理健康需求对精神科护理人员的专业知识和技术水平也有了更高的要求，只有通过规范化的护理流程和临床护理路径来指导临床护理工作，才能提高护理质量，帮助患者减轻痛苦，促进人类的身心健康。

## 二、精神疾病护理发展趋势

精神医学是临床医学的一个分支，是研究精神疾病病因、发病机制、临床表现、病程转归及预防和治疗的一门学科，近年来，随着精神医学的迅速发展，对许多精神障碍病因和发病机制的认识日臻完善，新的治疗方法不断涌现，因此，为了更好地适应病因学研究及治疗发展的需求，精神科护理发展已呈现如下趋势。

1. 系统化整体护理发展趋势　以患者为中心，以现代护理观为指导，以护理程序为框架，并将护理程序应用到护理工作和护理管理的各个环节，不仅增强了护理工作的科学性，而且使护理服务更加完善，精神科整体护理更侧重于患者的心理问题、社会方面的问题，尽量解除患者的焦虑和帮助患者改变不正常的行为模式。

2. 精神科会诊–联络护理发展趋势　由具有专业知识的护理人员对有特殊需要的单位提供协助，以解决该单位面临的护理问题。

3. 开放型护理发展趋势　患者住院期间在病情允许的情况下，在家属陪同下随时可以外出，使患者与外界接触、交流情感，减少情感和社会功能的衰退，有利于精神康复及有助于家庭社会功能的提高。

4. 康复护理发展趋势　运用一切可采取的手段，尽量纠正精神障碍的病态表现，最大限度地恢复社会功能，达到提高患者适应社会的能力，改善患者职业功能水平，提高其生活质量。

5. 社区–家庭化护理发展趋势　使用健康促进、健康维护、教育、管理、协调和连续性照顾等方式，直接对社区个体、家庭和躯体进行护理，使全民保持健康。 发展社区精神卫生，使精神障碍患者回归社会、回归家庭已成为必然趋势。

精神医学和现代护理的发展进步，以及人们对精神康复的重视和社会需求的增加，促进了精神科护理的发展，并使之有可能发展成为一门独立的学科。

# 第二节　精神疾病临床护理路径概述

## 一、临床护理路径现状

临床路径的概念最早起源于 20 世纪 70 年代初的美国，通过实践探索发现，临床路径被证实既可缩短住院天数、节约护理费用，又可收到预期的治疗效果。到 20 世纪 90 年代初，该模式受到美国医学界的重视并被诸多医疗机构应用，其

研究和应用逐步走向成熟阶段。大量有关临床路径的文献报道表明，美国近 60% 的医院使用临床路径，病种已不局限于外科手术病种，而是从外科向内科，从急性病向慢性病，从院内向社区医疗服务，从单纯临床管理向医院各方面管理扩展。

临床路径最早在 1996 年以“关键路径”的名称被引入中国，1998 年卫生部推行，北京、天津、重庆、青岛、成都等一些城市的大医院开展了部分病种临床路径及临床护理路径的研究和试点工作。2002 年，北医三院开始在心内科进行此项研究，并制定了国内第一批记录“临床路径”的表格病历。至 2011 年，卫生部已在全国推行了 300 个病种的临床路径试点工作，探索适合我国国情的临床路径管理制度、工作模式、运行机制及质量评估和持续改进体系，以期在全国范围内推广临床路径管理积累经验及提供实践依据。

我国由于其特殊的医疗体制，医院全系统、全方位地开展临床护理路径（clinical nursing pathway，CNP）时机尚未成熟，但 CNP 的开展却与日俱增，CNP 的定义也在不断演变和发展，2002 年由吴袁剑云主编的《临床路径实施手册》一书指出，临床护理路径是医务工作者对某一种疾病的诊断、治疗、监测、护理所指定的时间进行有序的护理计划。它是以时间为横轴，护理项目为纵轴，是一种科学、高效的护理计划，将护理行为以护理计划为标准进行规范，能更好地实现标准化护理。2014 年尹安春和史铁英主编的《内科疾病临床护理路径》指出，临床护理路径是由医院各部门、各专业的专家，依据某种疾病或手术方法制订一种治疗模式，使病人由住院到出院都依据此模式来接受治疗。路径完成之后，医疗机构内的成员再根据临床护理路径的结果来分析评估及检查每一个病人的差异，以避免下一个病人住院时发生同样的差异或错误，借此来控制整个医疗成本并维持或改进医疗质量。其持续性地将过程中发生问题的部分找出来分析并进一步改善，此法与戴明的 PDCA 循环圈的精神有异曲同工之处。

临床护理路径的开展是希望通过观察并记录病人的医疗、护理过程与结果，找出一个最具成本效益的护理模式，缩短住院天数，以减少医疗费用，维持或增进护理质量，提高患者满意度，并且其是大部分病人可接受的护理方法。我国许多医院根据当前和今后医疗市场的特点，将其作为医院医疗质量与服务质量管理改革的一项重要工具，开展了若干病种 CNP 的试点工作并取得了明显的效果。但目前国内尚未形成完整的 CNP 管理理论体系，研究方法及研究结果与国外相似。根据文献报道，论文研究的重点多集中于各医院各科室的各种临床护理路径的制定，对于临床路径应用效果的研究衡量指标也多在于提高患者健康知识掌握情况、满意度，减少术后并发症及患者的心理水平，而并不像国外的研究，重点在于降

低患者住院费用和住院天数。从文献报道看，在国内精神科领域，黎丽燕等于2003年首次将临床路径应用于精神分裂症患者的健康教育中，经过近十年的研究与实践，临床路径在精神科的应用已趋于广泛。但是，至2011年底，临床护理路径使用病种中尚未涉及精神科疾病。

## 二、精神疾病临床护理路径的发展与展望

临床护理路径是以临床路径为指导建立的一套标准化治疗护理模式，采取质量管理PDCA循环原理，包括：计划准备、制订、实施检查、评价改进等阶段，最终起到规范护理行为，减少变异，降低成本，提高护理质量的作用。2001年中国入世后经济全球化成为实施临床护理路径的催化剂，我国各医院相继引入临床护理路径的模式，经过多年的临床实践证明其在降低医疗成本和提高医疗服务质量两个方面扮演着至关重要的角色。多年的经验使我们对临床护理路径未来的发展有乐观的展望，包括：

1. 精神疾病临床护理路径的实施，将遵循专科护理和循证护理的进展调整路径的实施细则，使之符合护理科学的发展，从而提供给患者最新的护理手段与最优化的护理方案。

2. 精神疾病临床护理路径的实施，将加强学科之间、医护之间、部门之间的交流。

3. 精神疾病临床护理路径的实施，将保证护理内容精细化、标准化、程序化，减少护理过程的随意化。

4. 精神疾病临床护理路径的实施，将提高医院资源的管理和利用，加强护理过程中的风险控制；缩短住院周期，减少费用。

5. 精神疾病临床护理路径是持续质量改进的有效环节。

6. 精神疾病临床护理路径，可提高病人及家属参与治疗过程的主动性。

7. 精神疾病临床护理路径的执行必将提升病人安全的保障和满意度。

精神疾病临床护理路径作为一种提高医疗护理质量、降低医疗护理成本的全新医疗护理服务模式，必定会受到越来越多的医院管理者和医护人员的青睐，并能结合我国医疗市场的情况得到不断的完善和发展。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

# 第二章　常见精神疾病的规范化护理

## 第一节　常见精神疾病的规范化护理

### 一、精神分裂症的规范化护理

#### （一）概述

精神分裂症是一组病因未明的重性精神疾病，是以基本个性改变，思维、感知、情感和行为等多方面的障碍，精神活动与周围环境的不协调为主要特征的一类疾病，一般无意识及智能障碍。本病多起病于青壮年，常缓慢起病，病程多迁延。临床常见有偏执型、单纯型、青春型、紧张型等分型。

#### （二）护理评估

1. 健康史

（1）现病史：发病有无明显诱因，发病的时间、主诉、对学习工作的影响程度、就医经过。

（2）既往史：既往健康状况，既往躯体疾病，既往精神疾病。

（3）个人史：成长发育过程，智力情况，就业、婚姻情况，生活方式，过敏史等；女性患者需评估月经史和生育史。

（4）家族史：家族成员中是否有精神疾病患者。

2. 生理功能　生命体征是否正常；意识是否清楚；患者个人卫生、衣着是否整洁；有无躯体疾病或外伤；饮食、营养状况，有无营养失调；患者睡眠情况，有无入睡困难、早醒、多梦等情况，睡醒后患者的感受；排泄状况，有无便秘、尿潴留等；有无药物不良反应等。

3. 心理功能

（1）病前生活事件：近期个人、家庭及社会关系有无重大生活事件，如离异、丧偶、失业、经济拮据等。

（2）应对方式：评估患者入院前应对挫折和压力的方式方法。

（3）病前的个性特征：性格特点、兴趣爱好。

（4）治疗依从性：对住院治疗的合作态度，对疾病的认识。

4. 社会功能

（1）支持系统：患者的社会支持系统，家庭成员对患者的关心程度、照顾方式，婚姻状况有无改变，家属对患者治疗的态度，是积极寻求治疗还是顺其自然，是过度关注还是无人问津，患病后同事、同学、亲属与患者的关系有无改变等。

（2）人际关系：与同事、家人、亲戚、朋友关系。

（3）社会交往能力：病前的社会交往能力，对社会活动的态度。

（4）生活自理能力：日常生活能否自理，是否有生活懒散、疲倦等情况。

（5）经济状况：收入情况及对住院费用的态度。

5. 专科评估

（1）感知觉障碍：重点评估有无幻觉，尤其是命令性幻听，评估幻听出现的时间、频率、幻听的内容及患者对幻听的感受和应对措施。

（2）思维：有无思维形式障碍如思维破裂、散漫、贫乏、语词新作、逻辑倒错性思维等；有无思维内容障碍，如妄想等。如果患者存在妄想，需评估妄想的种类、内容、性质、出现的时间、涉及范围是否固定。

（3）情感：有无情感淡漠、情感迟钝、情感反应与周围环境是否相符，是否存在抑郁情绪。

（4）意志行为：有无意志行为减退，有无攻击、自杀、伤人等行为。

（5）自知力：自知力完整程度及能否配合治疗。

6. 风险评估　有无自杀、冲动、外走、藏药的观念及行为；有无跌倒、压疮、噎食的风险及高危因素（需注意动态评估，危险因素发生变化时随时评估）。

### （三）护理诊断

1. 睡眠型态紊乱　与幻觉、妄想、兴奋、环境不适应、警惕性高及睡眠规律紊乱有关。

2. 营养失调：低于机体需要量　与幻觉、妄想、极度兴奋、躁动、消耗量明显增加，紧张性木僵而导致摄入不足及违拗不合作有关。

3. 便秘　与木僵、蜡样屈曲、意志行为衰退及服用抗精神病药物所致副作用有关。

4. 排尿异常：尿潴留　与药物不良反应、幻觉、妄想、木僵状态有关。

5. 沐浴/卫生自理缺陷　与丰富的精神症状、紧张性木僵状态、极度焦虑紧张状态、由于自伤或他伤导致行动不便及精神衰退有关。

6. 有对他人施行暴力的危险　与幻觉、妄想、精神运动性兴奋、意向倒错及自知力缺乏因素有关。

7. 有自杀的危险　与命令性幻听、自罪妄想、意向倒错及焦虑抑郁状态而产生的羞耻感有关。

8. 不依从行为　与幻觉妄想状态、自知力缺乏、木僵、违拗、担心药物耐受性及新环境的不适应有关。

9. 感知觉紊乱　与患者注意力不集中、感知觉改变有关。

10. 思维过程改变　与思维内容障碍、思维逻辑障碍、思维联想障碍等有关。

11. 应对无效　与无法应对妄想内容、对现实问题无奈、难以耐受药物不良反应有关。

12. 社会交往障碍　与妄想、情感障碍、思维过程改变有关。

13. 知识缺乏　与不了解疾病知识有关 。

### （四）护理措施

1. 基础护理

（1）睡眠护理：为患者创造良好的睡眠环境，温湿度适宜，避免强光、噪音刺激。为防止睡眠规律倒置，鼓励患者白天多参加工娱活动，减少日间睡眠时间，养成正确的睡眠习惯，以保证夜间睡眠质量。指导患者应对失眠和早醒的方法，如睡前喝牛奶、洗热水澡等协助患者入睡，避免服用咖啡、茶等兴奋性饮料。夜间定时巡视病房，观察患者有无蒙头睡觉、辗转不眠、假寐及经常如厕，防止意外的发生。对严重睡眠障碍的患者，经诱导无效，遵医嘱应用镇静催眠药物辅助睡眠，注意用药后的反应及睡眠改善情况，做好记录和交接。

（2）饮食护理：根据患者的进食情况，分析原因，针对不同症状的患者制订饮食计划。对于有被害妄想而拒食的患者，可与其他病友共同进餐或自行取食。对于自罪自责的患者，可以把饭菜拌在一起，让其感觉是剩饭，以达到诱导进食的目的。对于行为退缩、不主动进食的患者，按时督促其参加集体进餐，并通过正向鼓励，培养患者自行进餐的基本生活技能。对于老年患者、药物不良反应引起吞咽困难的患者，进食速度要慢，以流质或半流质饮食为主，耐心等待，不可催促，防止噎食的发生。对于木僵患者，诱导进食无效时，遵医嘱给予静脉输液或鼻饲，以保证患者机体营养需要量。对于暴饮暴食的患者，应当限制进食量，控制进食速度，适当进行饮食卫生宣教。进食后观察患者有无腹胀，记录饮食量，每周测量体重一次。

（3）日常生活护理：精神分裂症的患者由于疾病原因，注意力集中在病态体验中，常常生活不能自理，严重影响其生活质量，护理人员应督促或协助其料理个人卫生，训练其生活自理能力，应循序渐进，不能操之过急，对其取得的进步提出表扬。对于木僵、不能自理的患者，应做口腔护理、皮肤护理，防止感染和压疮。女性患者应注意经期的护理和大、小便的护理。

2. 专科护理

（1）安全护理

1）病房安全管理：严格执行安全检查制度，发现设施损坏应及时维修。医护人员从护理站、活动室等处离开时随手锁门。加强患者物品管理，严防危险物品带入病房。患者入院、外出活动返回、探视后进行检查，并向家属做好宣教工作。晨晚间护理时，再次检查床单位有无危险物品。认真做好药品管理和执行服药检查制度，保证药物治疗的顺利进行。

2）加强巡视，掌握病情：有自杀、冲动、外走、藏药风险者，进行重点观察，密切观察患者的言语、动作和行为表现及非语言的情感反应，做到重点患者心中有数，加强重点患者、关键环节、薄弱环节、特殊时段的护理。对极度兴奋冲动毁物的患者要隔离，必要时可采取保护性约束措施。对严重自杀的患者，遵医嘱给予特/一级护理，严密观察病情变化。对不合作患者要适当限制其活动范围，防止患者出现逃离医院的行为。

（2）症状护理

1）幻觉状态的护理：首先，护士应与患者建立治疗性信任关系，了解患者的言语、情绪和行为表现，以掌握幻觉出现的次数、内容、时间、规律和类型，以及幻觉对患者行为的影响；不轻易批评患者的幻觉，鼓励其说出幻觉的内容，不强化但也不否认患者的幻觉。待患者病情稳定时，试着与患者讨论幻觉带来的感受，帮助患者辨别病态的体验，区分现实与虚幻，促使患者逐渐学会自我控制，对抗幻觉的产生。

2）妄想状态的护理：根据其妄想内容的不同，进行有针对性的护理，如有关系妄想者，护士应掌握引发妄想的原因。在接触时，语言宜谨慎，避免诱因，以免加重病情；有被害妄想者，让患者信任的护士耐心劝导，外出时需有人陪伴，对同病房有被害嫌疑时，及时将患者安置在不同病房。当患者自行谈及妄想内容时，要仔细倾听，不要急于纠正或与其争辩，防止患者加重妄想。随着治疗的进行，患者对妄想的病理信念逐渐淡漠，帮助其分析病情，批判症状，讨论妄想对生活的不良影响，使其恢复自知力。

3）兴奋状态的护理：全面了解患者冲动行为发生的原因、诱发因素、持续时间、出现攻击的前驱症状，提前做好防范及病房的安全管理，合理安置患者，确保患者周围环境安全。患者一旦出现冲动行为，应及时给予心理疏导或口头限制，一方面由患者信任的护理人员分散其注意力，另一方面从患者后面或侧面给予有效的控制，并配合药物控制。必要时遵医嘱给予保护性约束，同时要注意约束部位的血液循环，待患者情绪平稳后，加强对患者的心理护理，并指导患者学会正确表达自己情绪的方法。

4）木僵状态的护理：做好晨晚间护理，保持皮肤清洁干燥，防止压疮；每日进行口腔护理，及时吸出口腔内积存的唾液，防止吸入性肺炎；保证入量及营养供给，必要时遵医嘱给予静脉输液或鼻饲治疗。

5）不合作患者的护理：严格执行操作规程，发药到手，看服到口，咽下再走，服药后要检查口腔、水杯；选择适当的时机，帮助患者了解自己的疾病并向其说明不配合治疗所带来的严重后果。

（3）心理护理：对于精神分裂症患者应加强心理疏导，了解患者最关心的问题，给予帮助解决，分散患者注意力，同时对家属进行心理指导。使患者达到一种心理平衡、情绪稳定的状态，改善其不良认知，使其治疗依从性得到提高，使治疗护理工作得以顺利进行。

1）建立良好的护患关系：帮助患者树立战胜疾病的信心。长时间病情无法缓解，情绪不稳定，抵触情绪，长期与社会环境隔绝，与家人分离、使病人孤独无助，工作人员在接触病人时，要做到真诚、尊重病人，传达对患者的关怀，了解患者的心理状态，满足其心理需求，生活上给予照顾，提高患者对护士的信任度，改善不良心境，减少负性情绪发生。

2）改善患者认知：患者长期受疾病症状支配，使患者没有安全感，要了解患者恐惧的内容，接纳患者，及时给予其保护和支持。可以通过音乐治疗，分散患者注意力。通过与患者不断沟通交流，引导患者转变不良的思想观念，提高认知能力，使安全感不断增强。

3）建立良好的社会支持系统：指导家属密切配合治疗与护理，向家属讲解患者的病情，亲人、家庭对患者的重要性，使家属在患者住院的过程中时刻起到积极的作用，经常关心、安慰、鼓励患者，让患者感受到亲人的关心、家庭的温暖，消除孤独感和被遗弃感，消除抵触情绪，以更好地配合治疗及护理。

4）采取松弛训练方法：当患者情绪高度紧张、焦虑、恐惧时，应让患者处于安静的环境，采取最舒适的坐姿，嘱患者深呼吸，指导患者做不同部位放松，引

导患者想象一些美好的场景，使患者情绪逐渐平静。

5）对患者进行心理健康教育：利用医学、心理学方面的书籍、报刊、杂志、讲座、宣传栏、电视等方法向患者讲授精神疾病的病因、症状、治疗和护理方法、预防措施及心理学知识，使患者对自己所患疾病有所了解，提高认知能力，达到积极面对疾病、主动配合治疗目的，同时了解患者的内心体验，并加以指导。

### （五）健康教育

1. 做好常规入院宣教，如病区环境介绍、入院须知、主管医师、护士长、责任护士、安全告知、次日检查注意事项。

2. 讲解睡眠与疾病的关系及有助睡眠的方法：睡前忌食兴奋性的食物或饮料，避免参加激情、兴奋的娱乐活动或谈心活动；鼓励患者白天多参加各类活动，以利于夜间正常睡眠。

3. 根据患者不同躯体疾病，进行饮食指导。

4. 药物的相关知识宣教：告知患者遵医嘱按时按量服药，宜饭后服用，禁饮酒、咖啡、浓茶、可乐等，多食富含粗纤维的蔬菜、水果，防止便秘；禁止驾车及高空作业；服药后勿剧烈活动，变换体位时动作要缓慢，遵循“三个三十秒”，防止直立性低血压，防止跌倒和坠床的发生。讲解所用药物的作用及常见不良反应，告知家属简单可行的应对措施。

5. 物理治疗指导

（1）MECT 健康教育：MECT 的概念、原理、适应证、禁忌证、疗程和疗效、MECT 术前、术后注意事项。

（2）rTMS 健康教育：rTMS 的概念、原理、适应证、禁忌证、疗程和疗效，rTMS 注意事项。

6. 帮助患者制订每日活动计划表，鼓励患者对每天的活动做出评价，增加患者成功的自信心。白天多参加工娱活动，必要时可增加体力活动，如快步走、慢跑等。

7. 讲解精神分裂症的相关知识，使患者认识到坚持抗精神病药物治疗对预防病情复发的重要性。

8. 指导患者学会应对症状的技巧，如寻求护士帮助、肌肉放松训练、听音乐、发泄不良情绪、大声阅读、散步、做手工等。

9. 指导患者日常生活的技巧，训练其生活自理能力，如穿衣、叠被、刷牙、洗脸，养成合理而有规律的生活习惯。鼓励患者参加集体活动，淡化不良刺激因

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com