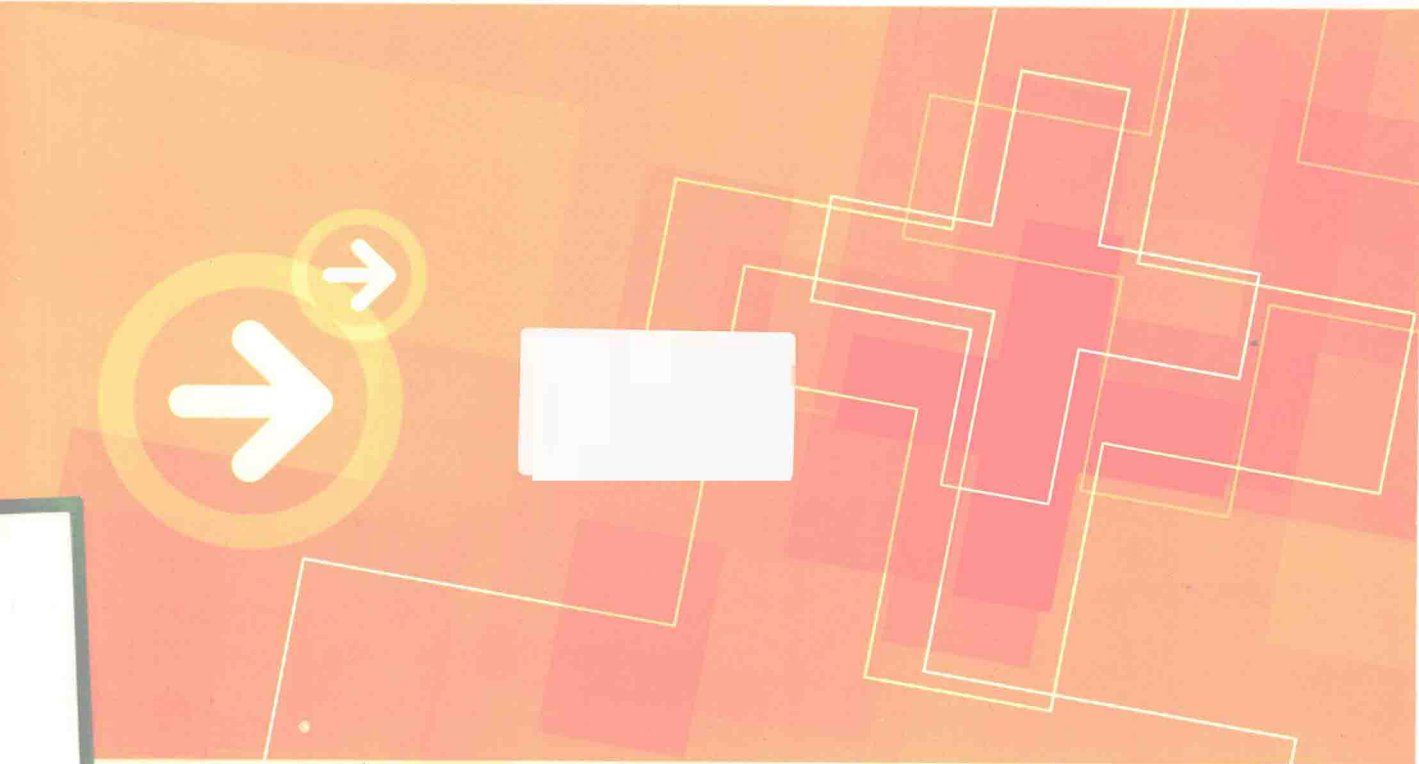


普通高等医学专科院校“十二五”规划教材

精神科护理

主 编 张晓念

JINGSHENKE HULI JINGSHENKE HULI J



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

普通高等医学专科院校“十二五”规划教材

精神科护理

主 审 曹玉萍
主 编 张晓念
副主编 陈 月 唐 辉



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本教材以精神科护理典型工作任务、过程、项目为线索确定教材结构,以护理专业核心技能和最前沿技术为主线,参照护理职业岗位任职要求,整合相应的知识、技能和态度确定教材内容。内容主要包括绪论、精神障碍的基本知识、精神科护理技能、常见精神障碍患者的临床护理、精神障碍患者的家庭和社区护理共五章,重点介绍精神科基本护理技能和常见病、多发病的临床护理。

本教材供三年制和五年制高职高专护理、助产等专业使用,也可供教师教学、学生学习使用,还可供全国护士、护师、主管护师考试参考。

图书在版编目(CIP)数据

精神科护理/张晓念主编. —上海:第二军医大学出版社,2013.8

ISBN 978-7-5481-0625-8

I. ①精… II. ①张… III. ①精神病学—护理学—
高等职业教育—教材 IV. ①R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 132378 号

出版人 陆小新
责任编辑 画 恒 王 勇

精神科护理

主编 张晓念

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏天源印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:13.5 字数:37 万字

2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0625-8/R·1402

定价:29.80 元

编委会名单

- 主 审 曹玉萍
主 编 张晓念
副主编 陈 月 唐 辉
编 者 (以姓氏拼音排序)
- 陈 月 (湘潭职业技术学院)
成珍平 (湘潭职业技术学院)
丁 颖 (湘潭市第五人民医院)
冯爱群 (湘潭市第五人民医院)
郭大英 (益阳医学高等专科学校)
黄 敏 (湘潭职业技术学院)
刘德春 (湘潭市第五人民医院)
穆亚敏 (湘潭职业技术学院)
唐 辉 (西安一四一医院)
向龙珍 (湘潭职业技术学院)
肖云武 (湘潭职业技术学院)
张晓念 (湘潭职业技术学院)
赵修斌 (湘潭职业技术学院)

前 言

1997年世界精神病协会指出：人类已从“躯体疾病时代”进入“精神疾病时代”，神经衰弱、抑郁、焦虑等精神障碍已成为21世纪的“世纪病”，已成为人类健康的主要敌人。专家预计，到2020年，抑郁症将是全球第二位导致残疾和死亡的疾病，神经衰弱、焦虑、老年性痴呆等精神障碍的发病率也呈不断上升趋势。

精神科护理在精神疾病的防治中至关重要。为适应社会对精神疾病防控的需要和高职高专护理、助产专业教学改革的需要，我们编写了本教材，供三年制和五年制高职高专护理、助产等专业使用，也可供教师教学、学生学习使用，还可供全国护士、护师、主管护师考试参考。

本教材以精神科护理典型工作任务、过程、项目为线索确定教材结构，以护理专业核心技能和最前沿技术为主线，参照护理职业岗位任职要求，整合相应的知识、技能和态度确定教材内容。内容主要包括绪论、精神障碍的基本知识、精神科护理技能、常见精神障碍患者的临床护理、精神障碍患者的家庭和社区护理共五章，重点介绍精神科基本护理技能和常见病、多发病的临床护理。

教材本着“重能力，强实训”的基本思路，把握“基本知识、基础理论、基本技能”的要点，体现思想性、科学性、先进性、实用性和启发性的要求，编写内容略高于高职高专要求，可供学生自学参考。在编写过程中注重理论联系临床实践，重点章节采用案例导入，并在相应内容处附有分析要点，培养学生分析问题与解决问题的能力；注重教材的针对性和适用性，选择了大量临床案例，插入了丰富的图片和表格；突出护理专科特点，按护理程序组织编排内容；介绍最前沿技术，重点章节后附有“知识拓展”；动态评价学生学习效果，在每节后附有“习题”。

在编写过程中，得到了湘潭职业技术学院、益阳医学高等专科学校、湘雅二医院、湘潭市第五人民医院等单位的大力支持以及许多兄弟院校同道们的帮助，特别是湘雅二医院曹玉萍教授在百忙之中担任教材主审，并提出了许多宝贵意见，在此一并致以衷心的感谢。

由于编者水平所限，教材中疏漏和缺点在所难免，敬请老师、同学和读者批评指正。

编 者
2013年5月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 精神科护理的特点与要求	(3)
第三节 精神医学与精神科护理的发展	(5)
第二章 精神障碍的基本知识	(8)
第一节 精神障碍的病因和诊断分类	(8)
第二节 精神障碍患者的常见症状	(11)
第三章 精神科护理技能	(29)
第一节 与患者的接触和沟通	(29)
第二节 护理评估	(31)
第三节 基础护理	(34)
第四节 安全护理	(36)
第五节 精神科的观察和记录	(47)
第六节 精神科的组织与管理	(50)
第七节 治疗过程的护理	(52)
第八节 精神康复	(65)
第四章 常见精神障碍患者的临床护理	(70)
第一节 精神分裂症患者的护理	(70)
第二节 心境障碍患者的护理	(80)
第三节 神经症患者的护理	(91)
第四节 分离性障碍患者的护理	(107)
第五节 心理因素相关生理障碍患者的护理	(115)
第六节 器质性精神障碍患者的护理	(128)
第七节 应激相关障碍患者的护理	(140)

第八节	儿童和少年期精神障碍患者的护理	(147)
第九节	精神活性物质所致精神障碍患者的护理	(160)
第十节	人格障碍患者的护理	(173)
第五章	精神障碍患者的家庭和社区护理	(179)
第一节	精神障碍患者的家庭护理	(179)
第二节	精神障碍患者的社区护理	(184)
参考文献	(191)
【附录一】	中华人民共和国精神卫生法	(193)
【附录二】	精神科常用评定量表	(201)

第一章 绪 论

说到“精神障碍”、“精神病院”、“精神科护理”这些词语,不知你联想到了什么?你了解精神障碍吗?你接触过精神障碍患者吗?让我们走近曾经可能让你困惑、心存恐惧的精神障碍患者,深入其精神世界,提供满意的护理服务,促进和维护其心理健康。“余谨以至诚,于上帝及会众面前宣誓:终身纯洁,忠贞职守,尽力提高护理之标准;勿为有损之事,勿取服或故用有害之药;慎守患者家务及秘密,竭诚协助医生之诊治,务谋病者之福利。谨誓!”

第一节 概 述

(一) 基本概念

1. 精神 精神(mind, spirit)又称心理,是人脑的功能,即客观世界在人脑中的反映。精神是通过精神活动表现出来的,是人的意识、思维活动和心理状态的总称。外部客观环境是产生精神活动的源泉。

2. 精神卫生(mental health) 又称精神健康或心理卫生,是指积极有效地维护和促进大众的心理健康,预防精神疾病,保持良好的身心健康,以适应各种社会环境的措施和方法。世界卫生组织(WHO)认为,精神卫生是指一种健康状态,在这种状态中,每个人都能够认识到自身潜力,能够适应正常的生活压力,能够有成效地工作,并能够为其居住的社区做出贡献。

3. 精神障碍(mental disorder) 即精神疾病。是指在内外各种致病因素的影响下,大脑功能活动发生紊乱,导致认知、情感、行为与意志等精神活动不同程度障碍的一类疾病。现代精神医学常使用“精神障碍”一词取代传统的、单一的生物医学模式的精神疾病概念,相比精神疾病,精神障碍的含义更为广泛,不仅包含重性精神疾病,也包括神经症、适应性障碍和人格障碍等轻性精神障碍。

4. 精神病(psychosis) 指严重的精神障碍。患者症状显著而持久,社会功能受损,对自己疾病缺乏正确认识,否认有病,不愿就医。主要包括器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、精神分裂症、偏执性精神障碍、精神病性抑郁等。

5. 精神残疾(psychic disability) 指精神障碍患者病情持续1年以上未痊愈,从而影响其社交能力和在家庭、社会应尽职能上出现不同程度的紊乱和障碍。常见的导致精神残疾的精神障碍包括:精神分裂症、情感性精神障碍、反应性精神障碍、脑器质性精神障碍、躯体疾病所致的精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、儿童及少年期精神障碍等。

6. 精神病学(psychological medicine) 是临床医学的一个重要分支,主要研究精神障碍的病因、发病机制、临床表现和疾病发展规律以及预防、诊断、治疗和康复的一门科学。目前多数学者认为改称为“精神医学”能更好体现其内涵,减少对精神障碍患者的误解和歧视。精神病学又可以分为许多专业,如临床精神病学、成人精神病学、儿童精神病学、老年精神病学、司法精神病学、联络-会诊精神病学、精神病流行病学、社会精神病学、社区精神病学、职业精神病学等。

7. 精神科护理(psychiatric nursing) 是研究对精神障碍患者实施护理以及研究和帮助健康

人保持精神健康和防止精神疾病的一门科学。是建立在护理学基础上的一门专科护理课程,即以护理学的理论原则为基础,从生物、心理、社会等方面研究和帮助精神障碍患者,促进全人类的身心健康。精神科护理不仅与精神病学和护理学有关,还与心理学、社会学、行为医学以及相关的伦理、宗教和法学等内容有着十分密切的关系。精神科护理旨在有效运用护理程序,以帮助患者形成健康的思维和行为模式,增进适应社会的能力,以达到促进社会、社区及个体的精神状况至最佳境界的目的。精神科护理也研究社区人群的精神障碍的预防与精神健康的促进,保障人类的心理健康。

(二) 精神科护理工作的重要性

当前,精神卫生问题已严重影响到人们的正常生活。《2001年世界卫生报告》数据表明全世界共约有4.5亿各类精神和脑部疾病患者,每4个人中就有1人在其一生中的某个时段产生某种精神障碍。精神障碍患者四分之三生活在低、低收入国家。由于资源严重不足,每年有三分之一的精神分裂症患者、半数以上的抑郁症患者和四分之三的滥用酒精导致精神障碍患者,无法获得简单、可负担得起的治疗或护理。此外,在世界范围内,每40秒就有1人死于自杀。精神障碍已成为严重而又耗资巨大的全球性卫生问题。

我国正处于社会转型期,各种社会矛盾增多,竞争压力加大,人口和家庭结构变化明显,严重精神障碍患病率呈上升趋势。目前我国有精神障碍患者约1亿人,其中重性精神障碍患者约1600万,精神障碍在我国疾病总负担的排名中居首位,各类精神问题约占疾病总负担的1/5。我国于2002年颁布《中国精神卫生工作规划》;2009年卫生部发布《重性精神疾病管理治疗工作规范》;2012年修订《重性精神疾病管理治疗工作规范》;2012年第十一届全国人民代表大会常务委员会第二十九次会议通过《中华人民共和国精神卫生法》(详见附录一“中华人民共和国精神卫生法”)。

我国精神障碍的防治工作依然任重而道远。目前,约1万人中才拥有1张精神科床位,每3.1万人中只拥有1个精神卫生工作者,与美国差距在10倍以上。近年来,精神卫生工作在原有封闭式管理的基础上向开放式管理转向,拓宽了传统的精神科服务范围,需要有更多人关心、参与其中,更显精神科医护工作者的不足。

有资料显示,国外21%~26%的内科门诊患者患有精神障碍,慢性躯体疾病患者伴发精神障碍的患病率为25%;国内综合医院住院患者中精神障碍发生率为20%~70%,其中抑郁性障碍、器质性脑病综合征和焦虑性障碍占其中的70%~80%;在综合性医院门诊患者中,将近三分之一的患者属于精神障碍的范围。

综上所述,精神科护理在精神障碍患者的治疗中起着重要作用,精神障碍患者出院后的治疗和康复也离不开精神科护士的帮助。精神障碍和躯体生理问题常相随相伴,一般综合性医院以及家庭和社区也需要医护人员了解精神障碍知识。因此,学习精神科护理是护理工作岗位的需要。

(三) 精神科护理基本任务

- 1) 研究和实施对精神障碍患者科学管理的方法和制度。
- 2) 研究和实施对精神障碍患者的接触、交流技巧。
- 3) 对各种精神障碍患者的护理。
- 4) 对精神障碍患者各种治疗的护理。
- 5) 维护患者的利益和尊严,使其得到应有的尊重与合适的治疗,培养和训练患者生活能力、社会交往能力,促进患者早日回归家庭和社会。
- 6) 在医疗机构中观察病情、记录详细、协助诊断、防止意外事件的发生,并积累重要的临床资料。

7) 社区精神卫生预防保健工作。

第二节 精神科护理的特点与要求

(一) 精神障碍患者的特点

精神障碍患者尤其是重性精神障碍(精神病)患者具有以下特点:①缺乏自知力:许多精神障碍患者否认有病,对检查、诊断和治疗反感甚至拒绝;②缺乏控制力:精神障碍患者的言行有时会超过社会规范要求,出现伤人、损物行为,有时甚至会伤及医务人员;③认知、情感及意志行为异常:精神病患者的异常的认知、情感及意志行为常导致周围人的不理解及歧视,导致其身心常受到极大伤害;④精神痛苦:精神障碍的诊断使患者在恋爱、婚姻、家庭、社会等方面承受着巨大的心理压力,封闭的治疗环境、电抽搐治疗、药物治疗的不良反应等会使患者感到不适。

(二) 精神科护理工作的特点

精神科护理工作的内容包括基础护理、危机状态的防范与护理、特殊治疗的护理、异常精神症状的护理以及患者回归社区或家庭后长期的家庭护理等。精神障碍疾病特点决定了精神科护理的专科护理特点。

1. 更加注重对患者的心理护理 精神障碍患者的心理体验一部分来自疾病的症状,如幻觉、妄想、强迫、焦虑等;另一部分则来自现实的烦恼,如升学、就业、人际关系和生活问题等。两者既相互关联,又相互影响。护士在接触患者的过程中,有意地区分这两种体验是有实际意义的,对前者应当无争辩地倾听患者诉说,对后者则可以采取必要的积极措施给患者以适当的帮助和改进。

2. 更加突出安全护理 精神障碍患者合并其他躯体疾病是非常常见的,但往往因为其突出的精神症状而被掩盖或者忽视。精神障碍患者,尤其是急性期住院患者都存在程度不等的冲动、自伤(自杀)、出走等风险的可能性。因此,对精神障碍患者应常规评估其躯体状况、冲动、自伤(自杀)、出走等风险,并能做好防范和护理(重点是三防:防冲动伤人、防外走逃跑、防自杀自伤)工作。

3. 更加强调护患沟通技巧的运用 有效的护患沟通技巧不仅有利于促进和谐的护患关系,更有助于防范可能的护患矛盾和与患者相关的安全风险,如自伤、暴力行为等。

4. 更加需要深入了解患者的社会、家庭以及个人生活的背景 精神障碍的发生、发展与表现比其他任何疾病更容易受患者生活背景的影响,现实生活中的应激性事件也更容易影响到患者病情的发展与转归。只有切实了解到患者或其家庭所真正关注的焦点问题,对患者的影响和帮助才能够真正做到最大化。

(三) 精神科病房的设置

根据患者疾病的不同阶段,性别、年龄的差异,以及并发症的不同种类,分设不同的病房:①按疾病的不同阶段分为治疗病房、康复病房;②按性别分为男、女病房;③按年龄可分为普通病房、儿童病房、老年病房;④按合并躯体疾病的种类分设普通病房、并发症病房、传染病病房。各种病房的组织管理制度和原则,可根据病房性质特点,结合医院具体条件实行组织管理,以利于医疗护理工作的进行、患者康复和病房管理。

病房的各种设备和结构,应考虑适应患者住院需要,方便医疗护理工作的进行,同时创造一个美观、舒适的休养环境。如室内四周墙壁光滑,不宜有钉子、铁丝或拉绳,防止患者用做自杀或

伤人的工具；电路应安装在墙内，插座及开关放在高处或集中在护士办公室内并上锁；各种管道（如水管、暖气管、下水道等）不宜暴露在外面或较低处，应尽量安设在较高位置或墙壁内；病室内暖气应设有安全护罩，避免患者烫伤或撞伤；窗户上安装铁栏杆或百叶钢窗，既美观又防止患者翻越发生意外；病室内饭桌、椅子、床、床头柜等均应以患者不能举起为宜，如饭桌和椅子连在一起，使患者不能搬动；病床加固床栏宜圆平，防止拆毁及撞头；病室的门要设有观察窗，便于巡视观察患者的活动情况及病情变化。

（四）现代精神科护士的角色与功能

1. 管理者 给患者提供清洁、舒适、安全的治疗性环境，保证患者生活在一个空气新鲜、光线柔和、有足够的娱乐活动、社交互动的场所；制定并且组织实施对精神障碍患者有保护和治疗作用的规章制度，足够的人力安排，以保证护理工作的正常运转。

2. 治疗者 精神科护士是药物治疗、电抽搐治疗、心理治疗等方面的执行者和协助者。精神科护士最核心的工作是心理治疗，专业的心理治疗的实施者虽应由专职心理工作者承担，但是护士与患者朝夕相处，接触最密切，在完成一般治疗的基础上应该从事大量的一般性心理治疗。

3. 辅导者 包括对精神障碍患者病态行为的矫正与辅导，恢复社会能力的康复辅导，病愈后使其不再复发或减少复发的健康教育和辅导。

4. 协同者 现代精神医学采取团队工作的方式，组成这个团队的成员包括：精神科医生、精神科护士、社会工作人员、心理治疗人员、工娱治疗人员等。各类工作人员有其不同的角色与功能，彼此密切配合、协调工作，针对患者的问题和需要，共同拟定治疗计划和目标，定期举行小组会议，进行评价和讨论，护士在其中要发挥协同者的作用。

5. 督导咨询者 由于护士的工作范围已经从医院向社区扩展，工作内容从疾病护理向社区康复扩展，工作对象也从精神障碍患者向健康人群扩展，所以护士具有督导咨询的责任，以解决关于疾病、治疗、康复和健康等方面的问题。

6. 研究者、教育者 精神科护理队伍的文化层次和专业水平在不断提高，在研究一般护理的工作基础上，应该开展精神科护理课题的研究，探讨新的领域，解决工作中的难题，从而带动精神科护理工作质量的提高。另外，精神科护士还应承担培养新的接班人的教育工作。

（五）精神科护理的素质要求

1. 良好的职业道德 精神科护士必须具有人道主义精神，尊重患者的人格和权利，维护患者的尊严，保守患者的秘密，将对精神障碍患者的医德规范转化为自己的自觉行动。必须一切从患者利益出发，想患者所想，急患者所急，将患者利益放在首位。必须具有“慎独”修养精神，慎独作为医德修养，强调要在无人监督时不仅不能放松，而要更加注意坚持自己的医疗道德信念，不能因为没有人听到、看到自己的所言所行就恣意妄为，甚至胡作非为。由于精神障碍患者生活自理能力差、缺乏自我防护能力、缺乏自知力而对治疗和护理工作被动服从或抗拒，故“慎独”在精神科显得尤为重要。

2. 良好的心理素质 精神障碍患者在急性期往往缺乏自知力，否认有病，对护理工作不但不配合，而且认为护士是医生的“帮凶”，常常出现敌对情绪及言行，甚至动以拳脚，在精神症状的支配下，随时可伤及他人。这就要求精神科护士对此采取忍耐、克制、理解、宽容的态度，具备良好的心理承受能力和稳定的情绪，以保证护理工作的完成。

3. 广阔坚实的知识基础 精神科护士应具备心理学、社会学、伦理学、法学、人际沟通等方面的知识，刻苦钻研，掌握新知识、新技能，提高实际工作能力。

4. 娴熟的专业技能 精神科护士要有扎实的护理专业理论基础、熟练的操作技能,全面地掌握精神科护理常识,熟悉患者的诊断、治疗方案,熟悉精神科药物的作用、不良反应、处理方法,掌握出现意外的急救措施。只有具备较全面的专业知识,才能发现并果断处理患者的问题。

5. 敏锐的观察能力 护士的观察能力实际是广泛的知识、熟练的技能和高尚的品德的结合。精神障碍患者在很多情况下无主诉能力,不能主动叙述病情,有的患者甚至为了达到出院的目的,有意隐瞒病情,故在护理过程中稍一疏忽极易发生意外。所以,护士要善于利用与患者接触的机会,善于从患者的言语、行为、姿态、表情、眼神等方面去发现问题,防止意外事件的发生。

(六) 精神科护理涉及的相关法律问题

和其他患者一样,精神障碍患者拥有自己的权利和义务。

医护人员的失职或侵权,也必需承担相应的责任。精神科护理涉及的相关法律问题可参阅新《刑法》、《医疗事故处理条例》、《消费者权益保护法》、《护士管理办法》、《精神卫生法》等。

长期以来,由于人们的偏见,精神障碍患者社会地位低下,合法权益经常受到侵害。广大精神科护士应学法守法,为精神障碍患者这一特殊群体的权益保护作出应有的贡献。

第三节 精神医学与精神科护理的发展

精神科护理工作的发展始终是与精神医学相伴而行的,精神医学的发展,促进了精神科护理角色与功能的转变。

(一) 精神医学的发展

古代精神医学是作为医学的一部分发展起来的,直到近百年来,才成为医学中的一门分支学科。

我国公元前11世纪《尚书·微子》就有了“狂”的记载。之后,经过长期、大量的医学实践逐渐形成了较系统的理论。19世纪末,国外精神医学发展加快并传入我国,国外的教会在我国广州、北京、大连、上海、长沙等地建立了精神病院与收容所。随着我国社会经济和医药卫生的快速发展,精神医学水平得到很大提高。

国外精神医学也是作为医学的一部分发展起来的。古希腊医学家希波克拉底(Hippocrates,公元前460—前377年)开始将精神病现象进行概括和分类为躁狂症和忧郁症。中世纪后期,精神医学陷入可悲的境地,精神障碍被认为是魔鬼附体、灵魂离身等产生的疯狂怪异行为,精神障碍患者因而遭到严刑拷打,甚至被活活烧死。国外精神医学的真正发展是从19世纪逐渐开始的。法国精神病学家比奈(Pinel,1745—1826年)提出解除患者的枷锁和以人道主义态度对待精神障碍患者,被认为是精神医学的首次革新运动;德国神经精神病学家克雷丕林(Kraepelin,1855—1926年)创立了“描述性精神医学”,提出了疾病分类学原则,被称为现代精神医学之父;弗洛伊德(S. Freud,1856—1939年)创立了精神分析理论,将精神医学带入“心因性病因论”的研究范畴,被认为是精神医学的第二次革新运动;英国的仲斯(Jones)推行治疗性社区,社区精神卫生运动的开展被认为是精神医学的第三次革新运动;1953年以来,氯丙嗪等精神药物的发现,促进了当代精神病学的飞跃进展,生物精神医学的发展是精神医学的第四次革新运动。

随着医疗方法的革新,改变了精神病院的气氛,使关闭的看守性管理一变而为开放性管理,彻底解除对患者身体的约束,有利于患者的康复。与此同时,精神障碍的诊断技术也有了进展。

脑电图、脑电位分布图、脑诱发电位、脑部电子计算机断层扫描及脑磁共振技术的应用,有助于对某些病症进行客观检验。而许多心理测查、人格测查和智能测查方法,更有助于精神障碍的心理诊断技术的应用。精神病流行病学和社会精神病学的普及,从宏观上探讨了精神病障碍的病因,社会性治疗和康复措施也都取得前所未有的成效。

(二) 精神科护理的发展

自从有人类文化历史以来,人类社会就已经有照顾患者的功能存在,这就是原始的护理功能。

西方国家于1860年以前,精神障碍患者被收容在门禁森严的机构里,当时看护他们的人员为未受过任何训练的男性,他们的任务限于控制和制服患者。

专业的护理开始于18世纪中叶,南丁格尔(Nightingale)在伦敦开办护理学校,但直到19世纪末美国的一位先觉者琳达·理查兹女士(Linda Richards)主张精神障碍患者应和内科患者一样受到完善的照顾。由于她的影响和贡献,护理界确立了精神科护理的基本模式,她也被称为美国精神科护理工作的先驱。1882年,美国创设首家培养精神科护士的护理学校——马克林医院。

19世纪末20世纪初,精神医学得到蓬勃发展,使精神科护理的角色与功能也大为进展,由协助患者的日常生活、身体照顾扩展为协助观察患者的症状行为,并且应用内外科护理知识协助治疗患者,在精神科治疗中显示出其重要意义。

20世纪50年代以后,发达国家强调社会环境对患者治疗的重要性,主要利用社会环境进行治疗并且鼓励患者走向社会。与此同时,精神科护理工作由院内封闭的管理开始发展到社区团体与家庭工作领域。护士承担管理者、治疗者、辅导者、协同者、督导咨询者、研究者、教育者等角色与功能。

【知识拓展】

世界精神卫生日

世界精神卫生日(world mental health day)由世界精神病学协会于1992年发起,时间是每年的10月10日,旨在提高公众对精神卫生问题的认识,促进对精神疾病进行更公开的讨论,鼓励人们在预防和治疗精神疾病方面进行投资。

在我国,随着社会竞争的加剧,轻性精神障碍像感冒一样普遍。但公众对精神障碍的知晓率不足50%,接受治疗的人数只占全部患者的20%,80%患者缺乏治疗。

由于精神卫生知识尚不普及,大多数人对精神障碍认识不足,对患者偏见与歧视现象较严重,致使一些精神障碍康复者不能顺利回归社会。还有很多人没有意识到抑郁症等精神障碍的危害,或是害怕受到歧视而讳疾忌医,结果延误了治疗,导致病情加重,直至产生严重后果。

促进精神健康需要政府、社会、医院、个人的共同努力。在个人日常生活中,如果产生抑郁、焦虑等心理问题应及时求助心理医生,进行心理疏导,如精神问题较为严重更应及时就医,以免因延误治疗给自己和他人带来伤害。

精神科护理工作模式

近几年,精神科护理领域出现了许多新的护理工作模式。

1. 系统化整体护理模式 是一种国际水平的新的临床护理模式,是以北美护理理论为依据而提出的,系统化整体护理的核心就是以患者为中心,其基本内涵为以新护理观为指导,以护理程序为核心,系统、整体地进行护理服务和护理管理。系统化整体护理按照护理程序的5个步骤,即评估、诊断、计划、实施和评价进行。

第二章 精神障碍的基本知识

我们可能看到过精神障碍患者侧耳倾听,对空谩骂,面露喜悦或恐惧等表情;不吃家里人做的饭菜,怀疑饭菜被下毒;表情冷漠,对身边任何事情都漠不关心;穿着打扮离奇古怪,破烂肮脏;无缘无故地担心,坐立不安;明知没必要却无法自控地反复思索、洗手、计数、检查……这些都是精神障碍患者的症状。为什么会患精神障碍?精神障碍如何分类?精神症状有哪些,特点如何?

第一节 精神障碍的病因和诊断分类

(一) 精神障碍的病因

精神障碍(mental disorders)是指在生物、心理和社会因素影响下,人体出现的各种精神活动紊乱,表现为具有临床诊断意义的认知、情感和行为等方面的异常,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。

经过半个多世纪来的大量探索性研究,对人们影响最大的精神分裂症、心境障碍等疾病的病因尚未完全阐明,目前认为精神障碍不是由单一的致病因素导致的,而是生物、心理、社会因素相互作用的结果。改变导致疾病的环境因素,是当前预防精神障碍的重点。

1. 生物学因素 生物学因素大致包括遗传、感染、躯体疾病、创伤、营养不良、毒物等。

(1) 遗传因素 通过对多种精神障碍的遗传方式、遗传度到基因扫描的家族聚集性研究,共同的结论是:精神分裂症、心境障碍、人格障碍、精神发育迟滞、儿童孤独症、神经性厌食症、儿童注意缺陷与多动障碍、惊恐障碍等具有遗传性,是基因将疾病的易感性一代传给一代。目前,绝大多数的精神障碍都不能用单基因遗传来解释,而是多个基因的相互作用。

(2) 感染 包括急、慢性躯体感染和颅内感染。由于细菌、病毒、原虫、螺旋体的感染和其反应所致的高热、电解质平衡失调、中间代谢产物蓄积和吸收、维生素缺乏、血管改变等导致脑功能性或器质性病变引起精神障碍。例如,通过性传播的梅毒螺旋体首先引起生殖系统症状,多年潜伏后进入脑内,成为神经梅毒,导致神经系统的退行性变,表现为痴呆、精神病性症状及麻痹。人类免疫缺陷病毒(HIV)也能进入脑内,产生进行性的认知、行为损害,早期表现为记忆损害、注意力不集中及情感淡漠等,之后出现更为广泛的损害,表现为缄默症、大小便失禁、截瘫等。近期发现,有些儿童在链球菌性咽炎后突然出现强迫症的表现。

(3) 躯体疾病 包括内脏各器官、内分泌、营养代谢性疾病和胶原病等,导致脑缺氧、脑血流量减少、电解质平衡失调、神经递质改变等引起精神障碍,如肺心病、冠心病、尿毒症等引起的精神障碍。

(4) 中毒 由于某些体外毒物中毒,如工业用毒物,食物、药物包括催眠药物、阿片类药物等,从不同途径侵入脑部导致精神障碍。

(5) 颅脑外伤 由于颅脑被冲击、坠跌,炮弹、炸弹爆破以及气浪伤直接招致颅内血液循环障碍和脑脊液动力失去平衡或脑内小出血点、脑水肿等引起短暂或持续的精神障碍。

(6) 性别和年龄 女性由于性腺内分泌和某些生理过程的特点如月经、妊娠、分娩和产褥的影响,常可出现情感多变、冲动或抑郁、焦虑等。同时女性富于情感、脆弱、敏感等,由于心理的应

激往往表现出各种神经症和某些精神病。男性常因饮酒、吸毒、外伤、性病、感染等机会较多,因而易患酒依赖、动脉硬化性精神障碍、颅脑损伤性精神障碍和神经衰弱等。儿童期可出现行为障碍、儿童孤独症、精神发育迟滞等;青春期的神经症、精神分裂症和情感性精神障碍;中年期常易发生妄想状态、抑郁状态或心身疾病等;老年前期或老年期易患焦虑症、抑郁症或偏执状态等;老年期常发生阿尔茨海默病、动脉硬化性精神障碍等。

2. 心理、社会因素 应激性生活事件、情绪状态、人格特征、家庭养育方式、社会阶层、社会经济状况、种族、文化宗教背景、人际关系等均构成影响疾病的心理、社会因素。心理、社会因素既可以作为发病因素,如反应性精神障碍、应激相关障碍等;也可以作为相关因素影响精神障碍的发生发展,如神经症、心理因素相关生理障碍,甚至是精神分裂症等;还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用,如心身疾病。

(1) 应激 任何个体都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,而生活事件常常是导致个体产生应激反应的应激源。其中,恋爱婚姻与家庭内部问题、学校与工作场所中的人际关系常是主要的应激源。社会生活中的一些共同问题,如战争、洪水、地震、交通事故、种族歧视等,以及个人的某种特殊遭遇,如身体的先天或后天缺陷,某些遗传病、精神病、难治性疾病、被虐待、遗弃、强暴等也可能成为应激源。另外,社会、心理刺激常常作为许多精神障碍的诱因出现,应予充分注意。除了外来的生活事件外,内部需要得不到满足、动机行为在实施过程中受挫等,也会产生应激反应。长时间的应激会导致神经症、心身疾病等。由于文化、民族和环境不同可出现特有的精神障碍,如马来西亚、印度尼西亚等东南亚国家有拉塔病(Latah)、行凶狂(Amok)和缩阳病(Koro),加拿大森林地区的冰神附体(wililge),澳大利亚北部的灵魂附体(Molgri),日本冲绳岛的矮奴(EMU),蒙古的比伦奇等精神障碍。

(2) 人格特征 具有开朗、乐观性格的个体,在人际关系中误会与矛盾较少,即使有也容易获得解决,对挫折的耐受性也较强。相反,内向、懦弱、拘谨、性格抑郁的个体,与他人保持一定距离,心存戒备,不太关心别人,在人际关系中误会与隔阂较多,常常回避刺激,在困难面前容易悲观,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病、酒精与物质滥用等。人格障碍与精神障碍的关系十分密切,如具有表演型人格的人容易罹患分离性障碍,具有强迫人格的人容易罹患强迫症,分裂样人格者患精神分裂症的可能性较大。

上述病因中生物学因素(内在因素)和心理、社会因素(外在因素)在精神障碍发生、发展过程中均起着重要作用。在某些精神障碍中以某种因素起着主导作用,而在另一些精神障碍中某些因素起决定性影响。实际上,生物学因素与环境因素不能截然分开,二者相互作用、相互影响,共同影响人类的精神活动。

(二) 精神障碍的诊断分类

精神障碍分类与诊断标准的制定,是精神病学领域近20年所取得的重大进展之一,一方面促进了学派间的相互沟通,改善了诊断不一致的问题,有利于临床实践;另一方面在探讨各种精神障碍的病理生理及病理心理机制,心理因素对躯体疾病的影响以及新药研制、临床评估和合理用药等领域也发挥着重要作用。

常用的精神障碍分类系统:现今对世界精神学界影响最大且为许多国家所采用的分类系统有世界卫生组织(WHO)《国际疾病分类》第十版(international classification of diseases, ICD-10)中的第5章和美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》第四版(diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV)。中国精神病学界参照ICD-10的分类方法,目前应用《中国精神障碍分类及诊断标准》第三版(chinese classification and diagnostic criteria of mental

disorders, CCMD-3)。

1. WHO 精神障碍分类系统 WHO 公布的国际疾病分类 1992 年出版的第 10 版(ICD-10), 涉及各科疾病, 其中第 5 章是关于精神与行为障碍的分类, 主要类别如下。

- 1) 器质性(包括症状性)精神障碍。
- 2) 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍。
- 3) 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍。
- 4) 心境(情感性)障碍。
- 5) 神经症性、应激性及躯体形式障碍。
- 6) 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征。
- 7) 成人的人格与行为障碍。
- 8) 精神发育迟缓。
- 9) 心理发育障碍。
- 10) 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍。
- 11) 未标明的精神障碍。

2. 美国精神障碍分类系统 美国的精神障碍分类系统称为《精神障碍诊断与统计手册》(DSM), 1994 年出版了第 4 版。DSM-IV 系统将精神障碍分为 17 大类。

- 1) 通常在儿童和少年期首次诊断的障碍。
- 2) 谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍。
- 3) 由躯体情况引起、未在他处提及的精神障碍。
- 4) 与成瘾物质使用有关的障碍。
- 5) 精神分裂症及其他精神病性障碍。
- 6) 心境障碍。
- 7) 焦虑障碍(应激障碍归在本类)。
- 8) 躯体形式障碍。
- 9) 人为障碍。
- 10) 分离性障碍。
- 11) 性及性身份障碍。
- 12) 进食障碍。
- 13) 睡眠障碍。
- 14) 未在他处分类的冲动控制障碍。
- 15) 适应性障碍。
- 16) 人格障碍。
- 17) 可能成为临床注意焦点的其他情况。

3. 中国精神障碍分类系统 《中国精神疾病分类及诊断标准》(CCMD) 2001 年出版了第 3 版。CCMD-3 的主要类别如下。

- 1) 器质性精神障碍。
- 2) 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍。
- 3) 精神分裂症和其他精神病性障碍。
- 4) 心境障碍(情感性精神障碍)。
- 5) 癔症、应激相关障碍、神经症。
- 6) 心理因素相关生理障碍。