

精神科 临床护理

唐 古 加

3.74

内蒙古人民*报社

精神科临床护理

JING SHEN KE LIN CHUANG HU LI

唐古加

*

内蒙古人民出版社出版发行

(呼和浩特市新城西街82号)

内蒙古新华书店经销 锡盟印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/32 印张: 3.375 字数: 45千

1988年5月第一版 1988年5月第1次印刷

统一书号: 14089.124 印数: 1—3,270册

ISBN7-204-00092-7/R.I 每册0.67元

前 言

近年来，由于护理基础学的迅速发展，给精神病的护理理论研究和临床工作带来了巨大的影响，并在某些方面取得了明显进展。为了及时反映这些成就、不断总结临床实践经验、更好地为实现四个现代化服务，特编写此书以供广大精神科护理专业人员参考之用。

护理是医学科学中一门科学；是医疗工作不可缺少的组成部分；是防治疾病主要环节之一。为了巩固护理专业思想、加强精神科护理业务学习、提高护理质量，更好地为人民健康服务，作者总结了临床护理工作的实际经验，并参考北京、上海出版的《精神病学》及有关精神科护理方面的资料，较系统地编写出《精神科临床护理》一书。由于本人专业知识水平不高，以及时间上的限制写的不够全面，在对一些问题的分析和认识上，难免存在缺点错误，恳切希望读者批评和指正。

作 者

1986年4月于内蒙古
哲里木盟神经精神病医院

目 录

第一章 精神科护理工作的重要性	1
第二章 精神病的基本知识	3
第一节 精神病和精神病学的概念	3
精神病的概念	3
精神病学的概念	4
第二节 精神病发病原因	4
外因	4
内因	5
社会因素	6
第三节 精神病常见主要症状	7
感知障碍	7
感知综合障碍	9
注意障碍	10
记忆障碍	10
思维障碍	11
妄想	13
情感障碍	14
意志障碍	15
智能障碍	16
运动和言语障碍	16
意识障碍	17
行为障碍	18
饮食障碍	18

第三章 病人的安全与护理	20
第一节 病房的安全措施	20
第二节 病房安全工作规则	22
第三节 基础护理	23
第四节 精神病特殊护理	24
第四章 临床护理技术	44
第一节 接触患者的方法与要求	44
第二节 精神病人的观察与记录	46
第三节 入院、出院及外出的护理	48
第四节 病人的组织与生活管理	52
第五章 精神分裂症及护理	57
第六章 精神病治疗中的护理	61
第一节 心理治疗与护理	61
第二节 心理治疗与护理的方法	64
第三节 抗精神病药物治疗的护理	66
第四节 工娱疗护理常规	70
第七章 各种章则制度	72
第一节 护理人员守则	72
第二节 各种规章制度	73
第八章 文明护理	83
第一节 精神疾病的护理	83
第二节 病房护士长的工作	84
第三节 “语言美”对精神科护理的重要性	85
第四节 怎样做好精神科护理工作	86
第九章 电休克、卡帝尔查休克、胰岛素昏迷休克治疗	
护理常规	89

第一节	电休克治疗的护理.....	89
第二节	来太唑(卡帝尔查)休克治疗的护理...	91
第三节	胰岛素昏迷休克治疗法护理.....	92

第一章 精神科护理工作的重要性

护理是医学科学中的一门科学、是医疗工作的重要组成部分，是医院工作一支重要力量。大量的医疗实践证明、正常的诊断治疗工作与优良的护理相结合，是取得良好医疗效果的保证。从病人来院就诊、住院、到恢复健康的过程，每一项工作都需要医师与护士密切合作，二者不可缺一。特别是护士在病房与病人接触最多、最直接，她们的工作好坏，也直接关系到医疗质量的高低，这一点在精神科更为突出。精神科护理对象是精神病人，他们的精神状态具有特殊的病理生理特点，由于精神异常，多不能正确认识和对待客观事物，以致破坏集体，影响家庭和危害个人。又因精神病的症状表现比较特殊，它不是在很短时间内可以完全暴露出来。因此，除了依靠病史和其他检查外，还需要依靠护理人员在密切接触病人的过程中，详细观察病情变化、深刻细致的了解思想活动，从中发现一些异常言语和行动，为诊断、治疗和护理提供主要依据。为此，精神科的护理工作是非常重要的。

作为一个精神科的护理人员，必须牢固树立专业思想、端正服务态度并有高度的责任感，树立全心全意为病人服务的思想，并要刻苦的钻研业务技术。不仅要懂得一般基础护理技术，还要熟练的掌握精神科专业护理技术。严格遵守岗位责任制，认真执行交接班、查对、安全，三级护理等项

护理制度。密切观察病情变化，作好护理记录，严防差错事故发生。真正做到“救死扶伤，实行革命的人道主义”。精神科的护理工作比其他科护理工作意义更重大，任务更艰巨，工作更光荣。

第二章 精神病的基本知识

第一节 精神病和精神病学的概念

精神病的概念

精神病是由于机体内外各种有害因素（如躯体因素、精神因素和遗传因素等）作用于个体，引起机体出现的病理变化。致使大脑机能活动失调，出现认识、情感、意志和行为等方面的异常，或各种精神活动能力削弱，并可并存内脏植物神经调节机能紊乱，以致大脑机能的完整性和个体对外界的环境统一性遭到破坏。总之，精神病是一种病理状态，它不仅有多方面的致病原因，而且还有一定的病理变化作为物质基础。

临床上所说的精神病，有两种不同的含义：一种是广义的，包括所有的精神活动障碍，另一种是狭义的，是指重型精神病。广义的精神包括三类：一是精神病：精神活动出现明显的异常，不能正确反映客观现实，不能正常学习和劳动，其行为动机正常人不易理解，在病态支配下可能出现危害自身或社会集体的行为，病人对自己的病态大多缺乏认识和批判能力。二是神经官能症：在精神紧张和心理负担的影响下，出现精神活动能力减弱，伴有焦虑不安和各种躯体不

适感，而无严重的精神紊乱。神经官能症的发病往往与一定的性格特征有关，症状与心理因素有联系，易被人理解，他们为自己的疾病感到苦恼，积极要求治疗。三是精神发育不全，是由于遗传的，先天或后天的有害因素作用于大脑、影响大脑正常发育而引起的精神发育迟延或中止，表现为痴呆状态。

精神病学概念

精神病学是研究精神病的原因、发病机制、症状、经过、诊断、治疗和预防，以及护理临床医学的一个分科。精神病学与临床各科，特别是内科学和神经病学有着紧密的联系。

第二节 精神病发病原因

一切疾病都是在内外环境中的不良因素影响下，使机体与环境的正常关系遭受破坏而发生的。精神病的发生也和其他疾病一样，不仅取决于内、外环境中有害因素的作用，也决定于机体本身的特性和机体状态。外因通过内因起作用，只有二者互相结合时，才能产生疾病。但是精神病的病因是一个极其复杂的问题，其发病是由很多方面因素决定的。目前有的病因已经明确，有的病因尚未明了，由于精神病种类不同，所以应全面考虑精神病的发病因素。病因目前可分三个方面：

外因

1. 感染：如肺炎、伤寒等。

2.中毒：如药物、酒精、吸毒、污水、毒气、食物、废物污染等。

3.外伤：各种原因造成颅脑损伤。

4.人体必须物质缺乏：如维生素B₁、B₆、B₁₂或烟酸、氧气等。

5.精神因素：又称心理因素。一是急剧的精神刺激，如突然发生灾害、惊恐遭遇、亲属死亡等。另一种是持久的精神紧张和强烈的思想矛盾等。如家庭间长期不睦、难以解决的纠纷等。

内因

1.遗传因素：是染色体的畸变或某些特定基因的缺失，可影响某些酶的合成，而引起代谢障碍，阻碍脑的发育和成熟，导致精神异常。

2.机体机能状态：当机体机能状态不良或减弱，常有利于致病因素发挥作用。

(1)过渡紧张。

(2)中枢神经系统处于持久的兴奋状态，导致极度疲劳。

(3)某些内脏器官疾病及内分泌失调等因素的影响下，也可促发精神病。

3.年龄和性别：

(1)儿童由于中枢神经系统发育不完善或缺乏锻炼易产生精神障碍。

(2)青春期内分泌系统失调、植物机能紊乱，故情绪脆弱，易发生神经衰弱、癔病、精神分裂症。

(3) 机体生理机能开始产生衰老变化时, 对外界刺激的反应性有明显改变, 加上某些因素的影响, 可发生更年期精神病。

(4) 老年期由于机体机能衰退而中枢神经系统的机能减弱, 易产生老年性精神病, 或伴发脑动脉硬化, 可产生脑动脉硬化性精神病。

(5) 女性由于特殊生理过程的影响, 可产生一些特殊的精神障碍。

① 月经期前、期中, 可呈现敏感、易怒、情绪不稳。

② 妊娠早期, 出现口味倒错或神经性呕吐等。

③ 分娩或产期, 机体机能状态有所减弱, 如遭受感染或精神因素, 常诱发产褥期精神病。

④ 绝经期, 性腺机能发生改变, 可出现失眠、焦虑、抑郁、多疑及植物神经机能失调的症状, 即所谓更年期神经症。

社会因素

1. 在解放前妇女由于经常受到歧视和压迫, 易患癔病, 反应性精神病, 更年期精神病。

2. 在资本主义国家, 由于社会制度不同, 如吸毒、酒精中毒、麻痹性痴呆也不少见。

3. 工业发达国家, 对污染缺乏处理, 如污水、废物等发生某些中毒所致精神障碍。

第三节 精神病常见主要症状

精神病人的各种不正常的精神活动叫精神症状。精神症状是诊断精神病的重要依据。

精神症状是由于大脑功能紊乱引起的，表现为病人内心体验异常和外表言行异常。目前对精神症状的病理机制尚未完全阐明，没有任何医疗仪器和实验室方法对精神病症状能作特异性检查。在一般情况下，精神异常是容易识别的，但有的时候必须详细分析具体情况，才能确定某种表现是否属于异常。对精神症状的认识和鉴别主要是依靠心理学的规律，用观察、询问的方法。在判定精神症状时，必须采取慎重的态度。至于病人究竟属于哪一类精神病，还要进一步分析精神症状的特点、种类、严重性和组合形式，结合病史、体格检查和实验室检查，才能作出诊断。

精神症状是多种多样，下面按照正常精神活动各个领域，简单介绍精神病常见症状。

感知障碍

是指异常的感觉和知觉，它又可分为错觉和幻觉两大类。

1. 错觉：错觉是对客观存在的事物的不正确感知。以错视和错听最常见。正常人在光线暗淡、情绪紧张、迫切期待时也可能产生错觉。“草木皆兵”、“风声鹤唳”和“杯弓蛇影”等传说，便是错觉的生动描写。但正常人的错觉通过事实验证容易纠正过来，称为生理性错觉。精神病患者的错

觉即被确认无疑，不能主动纠正过来，称为病理性错觉。常见于中毒性精神病或感染性精神病意识障碍时。如：把地上一条绳子看成是一条蛇。挂在衣架上的长袍看成是吊死的人。关门声当成是枪声，多带有恐怖性质。

2. 幻觉：幻觉是虚幻的知觉，即客观环境中并无相应的感觉刺激作用于感觉器官，病人却“感觉”或“知觉”到了。幻觉多数是病理性的，是精神症状中常见的一种。病人本身常常并不认为这种感知是虚假的，而以为是“确实感知到了”的实事，别人颇难于解释和说明。病人不但信以为真，而且采取相应的行为。

常见的幻觉可以根据涉及的感觉分析器，可分为幻视、幻听、幻嗅、幻味和幻触等。

(1) 视幻觉(幻视)：幻视的形象可能是现实的事物，如人、动物和复杂的景象，也可能是现实没有的东西，如：怪兽和鬼脸等。患者所见之形象清晰而逼真，往往使病人产生恐惧、惊慌逃避。幻视常在意识模糊状态下出现。但精神病人在意识清楚时也能出现。

(2) 听幻觉(幻听)：幻听是外界没有相应的声音，患者却听到不同的各种性质的声音，影响患者的思维与情感，还常常支配其意志和行为。多半是人们说话的声音，也可听到自己身体内部，如头脑中、肚子里的声音。声音的内容往往与病人有关，都是一些不愉快的。如在指责、辱骂或威胁、命令等。病人常侧耳细听或与之对骂。有的病人为了避免这些难受的声音，常用棉花或用手指把耳孔堵住。还有的病人把这种声音当作真实的，致使愤怒、激动、自伤或伤人，甚至拒食或自杀等奇怪行为。有的病人听到

表扬他的声音而独自哧哧发笑。这类幻觉称为语言性幻觉。有的病人也可能听到悦耳的歌声表现兴高彩烈，也可能听到是爆炸声和射击声，而使病人惊恐或躲藏。常见于精神分裂症，感染或中毒性精神病。

(3) 幻嗅觉(幻嗅)：患者常嗅到一些不愉快的气味，如腐烂尸体、血腥气、毒药气味、粪便臭气或烧胶皮气味等等，使病人以手捂鼻子或用纸卷、棉球塞住鼻孔，以企图隔开难闻的气味。嗅幻觉和其他幻觉、妄想同时出现。多见于精神分裂症。

(4) 味幻觉(幻味)：味幻觉常于幻嗅同时存在，病人有时从食物饮料中尝到某种特殊的味道。如毒药味、辛辣味，或难以用语言表达的怪味等。病人往往因之认为饭菜中有毒，因此，就拒绝进食。常见于精神分裂症。

(5) 触幻觉(幻触)：病人自觉皮肤有虫爬或针刺样感觉，有时感到身体有电流通过其他异常感觉，常与被害妄想同时出现，患者就认为别人在谋害他。常见于精神分裂症。

感知综合障碍

患者对事物的本质能正确认识，但对他们的部分属性(如：形状、色彩、大小、比例、空间、时间关系等)产生了歪曲的知觉。

(1) 视物变形：患者感到周围的人或物体形状发生了改变，如见人的脸变成弯曲或歪斜、看书上的字凸出书面，或见物体体积比正常大(视物显大症)或显得较正常小得多(视物显小症)。多见癫痫和精神分裂症。

(2) 定向障碍：患者不能确认当前所处时间，分不清白天黑夜、早晨或黄昏，称时间定向障碍。患者不能确认所处地点和环境，分不清房门、窗户方向，身在病房却认为在旅馆，称为空间定向障碍。患者不能确认自己所熟悉的人，如不认识亲人或朋友，称人物定向障碍。患者认定他同时处于两不同时间和空间内，不觉二者之间有矛盾，称为双重定向。多见于精神分裂症。

注意障碍

注意是在劳动和生活过程中，人的意识对外界一定事物或现象的指向和集中。

(1) 注意减退：病人对外界变化漠不关心，周围发生的重大事情也不能引起病人应有的注意。常见于意识障碍和痴呆状态。

(2) 注意涣散：注意力不集中，不能持久，多在疲劳、神经衰弱和兴奋状态时，而出现此情况。

(3) 随环境转移：患者周围微小的刺激，就可把他的注意力吸引过去，但注意力仅能保持短时间，很快又转移到新的事物上去，多见于躁狂状态。

记忆障碍：

记忆是以往经验的重现。包括我们过去作过的、体验过的和知道的事物认识、保持、再现和认识几个过程。

(1) 记忆减退：是指回忆往事的能力减退。通常是先忘却最近的记忆，而后波及到较远的记忆。先忘记复杂的后忘记简单的。先忘掉生疏的，后忘记熟悉的。多见于器质性精

神病表现比较明显。而患神经衰弱时注意力不易集中，事物在脑中留下的痕迹不深，而健忘表现突出。

(2) 记忆错误：包括错构和虚构。错构是病人在回忆中对过去的经历不自觉地加以歪曲，并信以为真。虚构是病人以肯定的语气回忆自己从来未经历过的事情，内容有时纯属幻想性质。如有一个病人两年前游览过北京动物园，后再未去，但现在却肯定说昨天逛了动物园，说得真有其事一样。常见于器质性精神病和精神分裂症。

思维障碍

感觉和知觉获得的印象，借助“词”的作用，在人脑中进一步整理和加工，抛开事物个别的、表面的现象，抓住事物的普遍的、内部的本质，使人的认识由感性阶段进入高一级的理性阶段，这整个过程称为思维。

(1) 思维迟缓(抑制性思维)：联想缓慢，问话时迟迟不答，说话吞吞吐吐，语言简短，每说出一字都好象很吃力似的。如医生问某病人：“你那不舒服？”他皱眉沉思许久才答：我……。追问：“你怎么啦？”最后才缓缓说出“我……浑身……不……舒服。”这类障碍是由于皮层内抑制快，新的联想形成缓慢所致。常见于忧郁状态和精神分裂症。

(2) 思维贫乏：思维内容空洞，词汇短少，言语单调，病人往往沉默寡言，对需要思考的问题总是回答：“没有什么”，“不知道”，“想不起来了”，病人表现脑子里好象很空虚。常见于精神分裂症单纯型、老年性痴呆等。

(3) 思维中断(思维阻塞)：病人在谈话过程中突然