

# 精神科临床护理实践

JINGSHENKE LINCHUANG HULI SHIJIAN

主编 李拴荣

中原出版传媒集团  
大地传媒

河南科学技术出版社

# 精神科临床护理实践

主编 李拴荣

河南科学技术出版社  
· 郑州 ·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

精神科临床护理实践/李拴荣主编. —郑州: 河南科学技术出版社, 2016.10  
ISBN 978-7-5349-8119-7

I. ①精… II. ①李… III. ①精神病学—护理学 IV. ①R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 118691 号

---

出版发行: 河南科学技术出版社

地址: 郑州市经五路 66 号 邮编: 450002

电话: (0371) 65737028 65788613

网址: [www.hnstp.cn](http://www.hnstp.cn)

策划编辑: 李喜婷 范广红 李 林

责任编辑: 李 林

责任校对: 王晓红

封面设计: 张 伟

责任印制: 朱 飞

印 刷: 河南新华印刷集团有限公司

经 销: 全国新华书店

幅面尺寸: 185 mm×260 mm 印张: 19.25 字数: 448 千字

版 次: 2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷

定 价: 60.00 元

---

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换。

## 《精神科临床护理实践》编委会成员

主 编：李拴荣

副主编：王剑英 严 芳 王玉玲 阚瑞云

编 委：（按姓氏笔画排序）

马红英：新乡医学院第二附属医院

王玉玲：郑州市第八人民医院

王剑英：新乡医学院第二附属医院

王素红：新乡医学院第二附属医院

任红梅：新乡医学院第二附属医院

刘文静：新乡医学院第二附属医院

严 芳：新乡医学院第二附属医院

李拴荣：新乡医学院第二附属医院

邱玉华：新乡医学院第二附属医院

职彦敏：新乡医学院第二附属医院

阚瑞云：南阳市精神病医院

# 前言

随着社会经济的发展与医学科学的进步，精神疾病成为影响经济社会发展的重大公共卫生问题和社会问题。近年来，国家积极推动精神卫生事业全面发展，颁布了《中华人民共和国精神卫生法》（2013年），制定了《全国精神卫生工作规划（2015—2020年）》，进一步加强精神障碍的预防、治疗和康复工作。精神科护理在精神疾病的防治中至关重要，特别是随着优质护理服务的不断深化，护理管理的理念、模式、内涵、方法等也在不断改进，护理服务的领域不断拓宽，健康教育、心理护理、康复护理、社区护理逐渐转变为工作的重点，因此对护理人员专业知识的要求也越来越高，如何培养具有岗位胜任力的临床专科护士成为亟待解决的问题。在此背景下，我们组织临床护理专家编写了《精神科临床护理实践》一书。

本书的编写依据卫生部制定的《临床护理实践指南（2011版）》的相关内容，结合《中华人民共和国精神卫生法》《三级精神病医院评审标准（2011版）实施细则》及优质护理服务的相关文件精神，从实际工作的角度出发，结合临床护士岗位需求，从理论到实践，以精神科护士护理患者过程中所运用到的知识为主线，详细介绍临床护士应掌握的理论知识、基本技能及每个工作环节、步骤或每一具体操作的标准和程序，尤其增加了临床护士所关注的精神症状的风险评估、康复技能训练程序、应急预案演练脚本及健康教育方法的介绍，力求作为精神科护士在职继续教育和专科护士培养的工具书。

本书共分十二章，前三章主要对精神障碍的临床症状、基本护理技能及药物相关知识进行介绍；从第四章开始详细介绍临床护理常规、工作制度、工作流程、应急预案、风险评估、操作规范、健康教育、康复训练、质量控制等内容。

本书的各位编委均是长期从事精神科护理管理及临床一线的护理骨干，以突出临床实用性、先进性、科学性为主，尽可能传授多年凝聚的临床实践经验，达到可复制的效果。书中若有不足和疏漏之处，敬请各位护理同仁批评指正。

编者

2016年4月

# 目 录

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| 第一章 精神障碍基本知识 .....                    | 1   |
| 第一节 概述 .....                          | 1   |
| 第二节 常见的精神症状 .....                     | 3   |
| 第三节 精神症状的识别与评估 .....                  | 18  |
| 第二章 精神科护理的基本技能 .....                  | 24  |
| 第一节 与精神障碍患者的沟通技巧 .....                | 24  |
| 第二节 精神障碍患者的观察与记录 .....                | 30  |
| 第三节 精神障碍患者的组织管理 .....                 | 32  |
| 第三章 精神科常用药物及观察要点 .....                | 36  |
| 第一节 精神科常用药物的分类 .....                  | 36  |
| 第二节 抗精神病药物的作用、不良反应及观察要点 .....         | 38  |
| 第三节 抗抑郁药物的作用、不良反应及观察要点 .....          | 44  |
| 第四节 心境稳定剂的作用、不良反应及观察要点 .....          | 47  |
| 第五节 抗焦虑药物的作用、不良反应及观察要点 .....          | 50  |
| 第六节 药物治疗过程的护理 .....                   | 53  |
| 第四章 精神科护理常规 .....                     | 59  |
| 第一节 精神科一般护理常规 .....                   | 59  |
| 第二节 常见精神症状的护理常规 .....                 | 62  |
| 第三节 特殊检查治疗护理常规 .....                  | 66  |
| 第四节 常见精神疾病护理常规 .....                  | 69  |
| 第五章 精神科护理工作制度及岗位职责 .....              | 86  |
| 第一节 精神科护理核心制度 .....                   | 86  |
| 第二节 护理管理制度 .....                      | 97  |
| 第三节 精神科病区护理人员岗位职责 .....               | 101 |
| 第六章 精神科护理工作流程及演练脚本 .....              | 106 |
| 第一节 精神科护理工作流程 .....                   | 106 |
| 第二节 精神科主要护理工作流程演练脚本 .....             | 116 |
| 第七章 精神科常用护理技术操作规范及常见操作并发症的预防与处理 ..... | 122 |
| 第一节 精神科常用护理技术操作规范 .....               | 122 |

|      |                          |     |
|------|--------------------------|-----|
| 第二节  | 精神科常见操作并发症的预防及处理         | 135 |
| 第八章  | 精神科常见护理应急预案及演练脚本         | 151 |
| 第一节  | 自缢患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 151 |
| 第二节  | 冲动伤人患者应急预案及处理流程（附演练脚本）   | 153 |
| 第三节  | 出走患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 154 |
| 第四节  | 噎食患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 156 |
| 第五节  | 吞服异物患者应急预案及处理流程（附演练脚本）   | 158 |
| 第六节  | 服药过量患者应急预案及处理流程（附演练脚本）   | 160 |
| 第七节  | 触电患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 161 |
| 第八节  | 烫伤患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 163 |
| 第九节  | 窒息患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 164 |
| 第十节  | 猝死患者应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 166 |
| 第十一节 | 癫痫发作患者应急预案及处理流程（附演练脚本）   | 168 |
| 第十二节 | 跌倒/坠床患者应急预案及处理流程（附演练脚本）  | 170 |
| 第十三节 | 体位性低血压患者应急预案及处理流程（附演练脚本） | 175 |
| 第十四节 | 用药错误应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 177 |
| 第十五节 | 输液反应应急预案及处理流程（附演练脚本）     | 179 |
| 第九章  | 精神科护理风险评估与意外事件防范         | 184 |
| 第一节  | 概述                       | 184 |
| 第二节  | 护理风险评估的方法和技巧             | 186 |
| 第三节  | 护理风险评估的程序                | 188 |
| 第四节  | 精神科常见意外事件的评估及防范          | 191 |
| 第十章  | 精神科健康教育                  | 209 |
| 第一节  | 精神科健康教育的基本概念             | 209 |
| 第二节  | 精神科健康教育的内容               | 210 |
| 第三节  | 精神科健康教育的模式和方法            | 213 |
| 第四节  | 精神科健康教育的组织与实施            | 218 |
| 第五节  | 精神科标准健康教育计划              | 221 |
| 第十一章 | 精神科住院患者院内康复训练项目及程序       | 228 |
| 第一节  | 药物自我处置技能训练程式             | 228 |
| 第二节  | 社交技能训练                   | 231 |
| 第三节  | 患者休闲娱乐活动训练               | 233 |
| 第四节  | 日常生活自理能力训练（始动性训练）        | 235 |
| 第五节  | 老年认知功能训练                 | 237 |
| 第六节  | 应对方式训练                   | 240 |
| 第七节  | 自信训练                     | 242 |
| 第八节  | 放松训练                     | 243 |
| 第九节  | 认知治疗                     | 245 |

第十二章 精神科护理质量控制与评价标准..... 250

    第一节 精神科护理质量管理的概述..... 250

    第二节 精神科护理质量管理常用的方法..... 251

    第三节 常用质量管理工具的应用..... 262

    第四节 精神科护理质量评价标准及相关指标..... 282

参考文献..... 296

# 第一章 精神障碍基本知识

## 【导读】

精神障碍患者临床上主要表现为各种各样的精神症状，而精神症状在精神障碍的诊断中具有重要的地位。正确辨识和评估患者的精神症状是精神科护士应具备的基本技能之一，不仅能为诊断和治疗提供依据，而且可以预测患者潜在的危险行为，采取防范措施。通过本章的学习，护士应掌握常见精神疾病症状的概念，熟悉其临床表现及评估的意义，了解精神症状影响下可能出现的危险行为。

## 第一节 概 述

### 一、精神障碍相关概念

1. **精神** “精神”和我们日常所说的“心理”是同义词。是人脑对客观事物的主观反映，通常指人的意识、思维活动和一般心理状态。例如，人耳听到旋律优美的音乐而心情舒畅，人脑可以储存异常丰富的知识而长久仍不忘记，都是心理现象。

人的心理包括心理过程和人格两个方面，前者是指包括感觉、知觉、记忆、思维在内的认知过程，以及情绪与意志等心理活动；后者则是指人在心理活动过程中表现出来的能力、气质、性格等人格特征，以及需要、动机、兴趣、理想与信念等人格倾向性。

2. **精神健康** 是指各种心理活动保持正常、人际关系协调、内容与现实一致和人格处在相对稳定的状态。

精神健康是一种理想和追求。在现实生活中，每个人的一生都不可能始终处于精神健康状态，都会在不同阶段，不同程度地出现精神健康问题。一般认为，只要一个人能保持精神愉快、精力充沛、人际关系和谐、社会适应良好就是精神健康。

3. **亚健康状态** 是指机体虽无明显疾病，但呈现出活力降低，适应力呈不同程度减退的一种状态，是介于健康和疾病之间的第三状态。精神上的亚健康状态如情绪失控、工作效率下降、容易与他人发生冲突等，如果及时调整，都可以恢复正常。

4. **精神障碍** 是指在各种致病因素（生物学因素和心理社会因素）的作用下，使大脑功能发生紊乱，导致认知、情感和意志行为等精神活动不同程度障碍的一类疾病。精神障碍有轻型和重型之分，轻型如神经症、人格障碍等，重型如精神分裂症、心境障碍等。我们常说的精神病是指重性精神障碍，也就是说特指具有幻觉、妄想，以及明显

的精神运动性兴奋或抑制等“精神病性症状”的精神障碍。

## 二、精神障碍的病因

对于大多数功能性精神障碍而言，目前还没有找到确切病因与发病机制，也没有找到特异的体征和实验室指标。但我们知道，精神障碍与其他躯体疾病一样，均是生物、心理、社会（文化）因素相互作用的结果，即个体生物层面的弱点，加之心理与人格的冲突，在社会环境的压力下共同作用导致精神疾病的发生。当然，就不同疾病而言，三个层面各有不同程度的侧重，如精神分裂症的生物学因素偏重，而一般的情绪障碍，则以心理、社会因素为主。

### （一）生物学因素

1. **遗传因素** 迄今为止，比较公认的精神疾病，如精神分裂症、心境障碍、某些神经症，与遗传因素有肯定的关系，属于多基因遗传。多基因遗传的多种致病基因都不起决定作用，只起微弱的致病作用，所以遗传者表现的只是一种患病倾向或患病素质，在某种后天环境因素影响下发病。这种多基因遗传所致的患病倾向（又称遗传度）越高，受环境影响就越小，就越易患病。但即使有较高的遗传度，环境因素（社会、心理、营养、健康保健等）在疾病的发生、发展、严重程度、表现特点、病程及预后等方面仍起着非常重要的作用。例如，精神分裂症同卵双生子同病率不到 50%，就是说，具有相同基因的同卵双生子一方患精神分裂症时，另一方患精神分裂症的可能性不足 50%。

2. **躯体因素** 急慢性感染或者内脏器官、内分泌、代谢和血液系统等疾病均可引起精神障碍。水、电解质紊乱，器官衰竭，缺氧等可影响脑功能或发生脑器质性病变，如肝性脑病、肺性脑病、肾性脑病、脑膜炎、甲状腺功能亢进、系统性红斑狼疮等，这些疾病均可导致精神障碍的发生。

3. **理化因素** 颅脑外伤引起的脑组织损伤，可导致短暂的或迟发而持久的精神障碍。精神活性物质如镇静药、催眠药和鸦片类物质的应用，有毒物质如一氧化碳、农药的接触与使用，重金属及某些食物中毒等均可影响中枢神经系统，导致意识障碍的发生和精神症状的出现。

4. **性别与年龄** 有些精神障碍因性别或年龄的不同而存在明显的差异，如酒精依赖、多数类型的人格障碍，男性患病率明显高于女性，而癔症、进食障碍及抑郁症等女性患病率高；注意缺陷障碍（伴多动）（又称多动症）、孤独症起病于儿童期，精神分裂症多起病于青春期，而脑动脉硬化性精神障碍、阿尔茨海默病则多发于中老年期。

### （二）心理、人格与社会因素

应激性生活事件、情绪状态、人格特征、父母的养育方式、社会阶层、经济状况、种族、文化宗教背景、人际关系等均可影响人的心理健康。

1. **精神应激因素** 当不同的人面对同一突发事件时，会表现出不同的反应方式，这就是应激。应激事件主要概括为生活事件和自然灾害事件两大类。任何个体都不可避免地会遇到各种各样的生活事件，如亲人死亡、离婚、夫妻分居、家庭暴力、失业、退休、工作及学习压力大、人际关系紧张等，这些事件常是应激源的主要来源；而社会生

活中的一些共同问题，如战争、洪水、地震、交通事故、亲人暴死等灾害事件及个人的某种特殊遭遇如被强奸、抢劫等则是应激源的另一重要来源。精神应激在疾病的发生、发展及预后等方面所起的作用，常常因疾病的不同而不同。如对于急性应激障碍，强烈的精神应激是主要的致病原因；对于精神分裂症、心境障碍等疾病，精神应激因素是诱发因素，疾病的发生主要是以生物学因素为主；而神经症、身心疾病的发生与精神应激、行为方式、个体的性格均密切相关。

**2. 人格因素** 人格也称为个性，是一个人固定的行为模式及在日常活动中待人处事的习惯方式。人格的形成与先天的生物学基础及后天的生活环境均有密切的关系。研究发现，不同人格特征的人可能罹患不同的精神障碍。如具有分裂样人格及障碍的人（表现为孤僻、被动、退缩、冷漠、不修边幅、行为怪异、爱做白日梦及好猜疑等）容易罹患精神分裂症；具有强迫型人格及障碍的人（表现为过分的谨小慎微、犹豫不决、完美主义、主观、固执及不安全感等）容易罹患强迫症；而癔症患者病前的人格特征多具有表演性人格倾向，如以过分的感情用事或夸张的言行吸引他人的注意，或情感反应强烈易变、喜怒形于色，或以自我为中心及暗示性强等。当然人格特征只构成心理素质，不是导致精神障碍的必然因素。

### 3. 社会因素

（1）环境因素：自然环境和社会环境中应激事件的影响，如大气污染、噪声、交通杂乱、环境卫生不良、居住拥挤，以及社会动荡、移民等因素，可增加心理和躯体应激。环境因素可通过直接作用或间接作用促发精神障碍。

（2）文化因素：人类的精神活动与其生活背景有密切关系，如生活习惯、民族文化、社会风俗、宗教信仰等，都可能影响人的精神活动而诱发疾病或使发生的精神疾病印上文化的烙印。在不同的文化和环境背景下所产生精神障碍的病种、症状表现亦多不相同。如来自农村的精神分裂症患者，妄想与幻觉的内容多简单、贫乏，常与迷信等内容有关；来自城市的患者，妄想与幻觉的内容常与电波、卫星等现代生活的内容有关。从病种上看，农村居民中分离性障碍及与迷信、巫术相关的精神障碍较多见，而城市居民中偏执性精神障碍、妄想性精神障碍和强迫症、疑病症、神经衰弱多见。

## 第二节 常见的精神症状

精神障碍的症状复杂多样，可以表现在精神活动的各个方面。此外，患者的社会地位、文化水平、生活经历、年龄特点及躯体状态等多种因素对精神症状的表现形式和内容也有一定影响。按照心理活动不同和心理过程异常的特征，应用医学概念将精神症状概括为认知障碍、情感障碍、意志行为障碍、意识障碍等类别，分述如下。

### 一、认知障碍

认知是指人脑接收外界信息，经过加工处理，转换成内在的心理活动，从而获取知识或应用知识的过程，也就是信息加工的过程，包括感觉、知觉、思维、注意、记忆、

智能、定向力、自知力等心理活动。认知障碍是指上述几项认知功能中的一项或多项受损，并影响个体的日常或社会能力。主要包括感觉障碍、知觉障碍、思维障碍、注意障碍、记忆障碍、智能障碍、定向力障碍和自知力障碍等。

### （一）感觉障碍

感觉是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映，如我们感受到一定的温度，闻到某种气味，看到某种颜色，听到某种声音等。同时，感觉也反映机体内部的刺激，我们感觉到身体的姿势和运动，感受到内部器官的工作状况，如舒适、疼痛等。感觉障碍在精神科临床上并不多见，主要有以下几种。

1. **感觉过敏** 又称感觉增强。是指对外界一般强度的刺激及躯体上的某些轻微不适的感受性增高。例如，感到阳光特别耀眼，普通的气味感到异常浓郁而刺鼻，周围人说话像吵架一样特别刺耳、难以忍受等。感觉过敏多见于神经症、癔症、更年期综合征患者。

2. **感觉减退** 与感觉过敏相反，是指对外界刺激的感受性降低。例如，强烈的疼痛，或者难以忍受的气味，患者都只有轻微的感觉。严重时，对外界刺激不产生任何感觉（感觉消失）。感觉减退多见于抑郁状态、木僵状态或在某些意识障碍及催眠状态时；感觉消失多见于分离性障碍患者。

3. **感觉倒错** 对外界刺激可产生与正常人不同性质的或相反的异常感觉，如对凉水的刺激感到烫手，用棉签轻触皮肤感到刺痛难忍。感觉倒错多见于分离性障碍患者。

4. **内感性不适** 又称体感异常，是指躯体内部产生各种不舒适或难以忍受的感觉，如感到某种牵拉、挤压、转动、游走、虫爬等。部位游走不定和描述不清晰是其主要特点，是构成疑病观念的基础。内感性不适多见于神经症、精神分裂症、抑郁状态和躯体化障碍患者。

【典型病例】男，18岁，2年前集体食物中毒，其他人很快康复，而他一直认为毒素在体内没有完全清除，经常有全身皮肤粘连感、肌肉酸痛感、血脉不通感、关节紧张感、肠胃胀气感。这些感觉若有若无游离不定，遍求名医不得治。近2个月来明显情绪低落，对任何事情都不感兴趣。认为自己患了不治之症。

### （二）知觉障碍

知觉是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的整体属性的反映。正常情况下人们对事物的感知总是以知觉形象为主导，如我们看到一只黑猫时，感知的是其整体形象，而不是仅仅感知其黑色和大小。知觉具有整体性、选择性、恒常性和理解性四个特征。知觉障碍是精神障碍患者最常见的症状之一，主要有错觉、幻觉和感知综合障碍等。

1. **错觉** 是歪曲的知觉，即把实际存在的事物歪曲地感知为与实际完全不相符的事物。

正常人在特定条件下，如光线暗淡、视听觉减弱、精神紧张、恐惧及期待等情况下也可产生错觉，如听错别人叫自己的名字。但正常人的错觉是偶然出现的，很快能够自知和纠正。病理性错觉产生后不但个体不能纠正，且有恐怖色彩，如将窗外的树看成是人，把地上的绳看成蛇，将天花板上的圆形罩灯看作是魔鬼的眼睛或悬挂着的人头等，多见于感染、中毒等因素导致的意识障碍，如谵妄。

2. 幻觉 虚幻的知觉,是指没有现实刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验,如凭空听见骂自己的声音。幻觉的鲜明清晰性如同真实知觉,因此患者多信以为真,从而受其影响出现相应的情感反应和行为。

幻觉常按涉及的器官功能分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触、内脏性幻觉等。意识清晰状态下最常见幻听,主要是言语性幻听。谵妄状态下最常见幻视,内容多为恐怖性的形象,如妖魔鬼怪、小动物、昆虫等。

(1) 幻听:临床上最常见。幻听的内容多种多样,有言语性幻听和非言语性幻听如噪声、机器声、音乐声、鸟鸣声等,最多见的是言语性幻听。幻听的内容通常是对患者的命令、赞扬、辱骂或斥责,因此患者常为之苦恼和不安,并产生拒食、自伤或伤人行为。幻听可见于多种精神疾病,其中评论性幻听、议论性幻听和命令性幻听为诊断精神分裂症的重要症状。

1) 评论性幻听:表现为患者听到一个或几个人在议论其,有男有女,内容多是讽刺、辱骂性语言,少数情况下有赞扬声。有时声音用第二人称“你”的口吻和患者进行交谈,患者可以加入议论中。其中一类追踪评论性幻听比较特殊,患者听到两个以上的声音在一旁将患者称为“他”来评论其一举一动,犹如实况转播,如“他在做饭”“他现在出门了”“他要进厕所了”等。此类幻听往往令患者感到没有任何私密可言,并继发内心被洞悉的妄想。

2) 议论性幻听:幻听的内容基本与患者本人无关,患者听到的是另外两个人的争论,有时舌战的内容可以以患者为中心。

3) 命令性幻听:患者听到声音用命令的口吻让其去做违背意愿的事情,患者犹豫时,声音还可能催促和威胁,最终迫使患者完全或部分遵从。该症状是暴力和自伤、自杀行为的危险因素,临床上要引起高度注意。

[典型病例] 男,26岁,一个多月来频繁听见一个自称是“仙女”的陌生女声命令他:“杀了你老婆,然后和我结婚!”他和妻子感情很好,不愿遵从声音指令,遂向“仙女”辩解和求情,招致愈加严厉的命令和斥责:“还不动手?我亲自动手时就杀你全家老小。”他最终只好用刀背将妻子砍伤以便向“仙女”有个交代。

(2) 幻视:为常见的幻觉形式,幻视内容可从单调的光、色、各种形象到人物、景象、场面等。内容丰富多彩,形象清晰生动。意识清晰时多见于精神分裂症,意识障碍时多见于躯体疾病伴发精神障碍的谵妄状态。

[典型病例] 女,46岁,糖尿病酮症酸中毒,2日来夜间不眠,在屋子里寻找东西,在被子里摸索,有时喊叫:“有鬼,打,打。”询问下称,看见地板上有小鸡,墙上有壁虎,被子里有老鼠等。这些东西还变来变去,有时就变成了鬼向她扑过来。

(3) 幻嗅:多为难闻的气味,如腐败的尸体气味、化学物品烧焦味等,往往引起患者产生不愉快的情绪体验,常与妄想结合在一起。例如,患者坚信他所闻到的气味是坏人故意放的,从而加强了被害妄想,可见于精神分裂症、颞叶癫痫。

(4) 幻味:较多见于精神分裂症,多为令人难以忍受的怪味,易继发被害妄想。例如,患者常因尝到食物中有奇怪和特殊的味道,认为有人要害他而拒绝进食。

(5) 幻触:患者感到皮肤或黏膜上有某种异常的感觉,如虫爬感、针刺感等,也可

有性接触感，可见于精神分裂症或器质性精神病。

(6) 内脏性幻觉：患者对躯体内部某一部位或某一脏器的一种异常的知觉体验。例如，感到肠扭转、肝破裂、心脏穿孔、腹腔内有虫爬行等，常与疑病妄想、虚无妄想或被害妄想伴随出现，多见于精神分裂症和抑郁症。内脏性幻觉应注意与内感性不适相区别。

【典型病例】男，34岁，1年前曾因胆道蛔虫穿孔感染接受外科手术，术后恢复好。近3个月来自觉病情复发，感到蛔虫在肝胆和肠胃里钻孔、爬行，还交配产卵。在外科就诊未发现任何体征，也没有疼痛感，不接受医生的解释和劝说，遂转诊精神科。

幻觉就其性质，又可分为真性幻觉和假性幻觉。①真性幻觉：患者体验到的幻觉形象鲜明，如同外界客观事物形象一样，存在于外部客观空间，是通过感觉器官而获得的。患者常叙述是其亲眼看到、亲耳听到的，因而坚信不疑，并对幻觉做出相应的情感 and 行为反应。②假性幻觉：幻觉形象不够鲜明生动，不是通过感觉器官获得，而是产生于患者的主观空间如脑内和体内。例如，患者可以不用自己的眼睛就能看到脑子里有一个人像，可以不用耳朵就能听到脑子里有人说话。常见于精神分裂症。

还有几种特殊形式的幻觉，如功能性幻觉、反射性幻觉、思维鸣响等。①功能性幻觉：是一种伴随刺激而出现的幻觉。即当某一感官处于功能活动状态时，出现涉及该器官的幻觉。例如，患者在听到脚步声的同时听到议论患者的声音，前者是真实存在的声音，后者是幻觉，二者同时产生同时消失，而且互不重叠，多见于精神分裂症或心因性精神病。②反射性幻觉：当某一感官处于功能活动状态时，出现涉及另一感官的幻觉。如听到广播声音的同时就看到播音员的人像站在面前等。见于精神分裂症。③思维鸣响：又称思维回响、思维化声。当患者想到什么，就听到（幻听）说话声讲出他所想的内容，即幻听的内容正是患者当时所想的事。如患者想回家，即听见了“回家！”“回家！”的声音，想到“是吃饭的时间了”，声音就说“该吃饭了”。

【典型病例】男，22岁，向医生诉说：“经常听见别人的脚步声在说话，很烦人。”原来每当有人经过时，他就听到别人的脚步中发出一个陌生的声音在骂他“笨蛋，笨蛋……”，节奏和脚步声一致，脚步声消失，幻听也消失。

**3. 感知综合障碍** 是指患者对客观事物能够感知，但对某些个别属性如大小、形状、颜色、距离、空间位置等产生错误的感知。常见的有：

(1) 视物变形症：患者感到周围的人或物体在大小、形状、体积等方面发生了变化。看到的物体的形象比实际增大称为视物显大症；反之，称为视物显小症。如患者看到飞着的蚊子像麻雀一样大，而大象却像老鼠一样小。

(2) 空间知觉障碍：患者感到周围事物的距离发生改变，事物变得接近了或远离了。例如，候车时汽车已驶进站台，而患者仍觉离自己很远，因而错过坐车。

(3) 时间感知综合障碍：患者对时间的快慢出现不正确的知觉体验，如感到时间在飞逝，似乎身处“时空隧道”之中，外界事物的变化异乎寻常地快；或时间凝固了，岁月不再流逝。

(4) 非真实感：患者感到周围事物和环境发生了变化，变得不真实，视物如隔一层帷幔，像是一个舞台布景。见于抑郁症、神经症和精神分裂症。

还有一种对自身躯体结构方面的感知综合障碍，也称体型障碍。患者感到自己整个躯体或个别部位的长短、粗细、颜色、形态等发生了变化。如患者感觉自己的身体像羽毛一样轻，手臂变得非常长，看到自己的五官移了位，变得非常难看等。如提醒患者时体型障碍可暂时消失，可见于精神分裂症、脑肿瘤、癫痫性精神障碍等。

关于错觉、幻觉及感知综合障碍的区别见图 1-1。

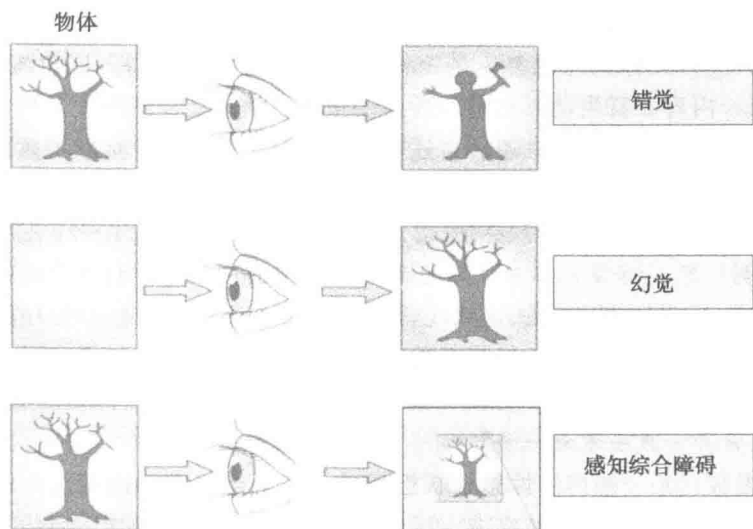


图 1-1 错觉、幻觉及感知综合障碍的区别

知觉障碍是常见的精神症状，在不同的精神障碍中内容有所不同。精神分裂症多在意识清晰状态下反复出现，幻觉的种类、数量、内容的复杂性方面超过其他精神障碍，而且内容多荒谬，还可有假性幻觉。感染中毒性精神病常在意识障碍，尤其是谵妄状态下出现，以幻觉、错觉为主，幻视内容鲜明生动，意识障碍消失，幻觉也消失。反应性精神障碍以幻听多见，内容与精神创伤有密切关系，反映了患者的心理活动。脑器质性精神障碍，幻听的内容多是单调、片段的。癫痫性精神障碍则以感知综合障碍较为多见。

知觉障碍常常对患者的思维、情感和行为产生影响。①对思维的影响：患者在知觉障碍的基础上可产生各种妄想，如幻嗅、幻味的患者会觉得有人下毒对其进行迫害，从而产生被害妄想。②对情感的影响：可引起患者恐惧、紧张、发怒、哭泣、喜悦等情感反应，如听到赞扬声时表现为喜悦，听到咒骂声时表现为愤怒。③对行为的影响：患者可有凝视、倾听或堵住双耳、对骂、伤人、自伤、控诉等种种行为，而幻嗅的患者可因嗅到食物中的异味而采取拒食行为。对患者行为影响最严重的是命令性幻听，患者常会无条件地执行幻听的命令，而做出危害他人或自身的危险行为，如攻击他人、自杀、自伤等。

### (三) 思维障碍

思维是人脑对客观事物间接概括的反应，是人类认识活动的最高形式。思维的表达主要通过语言和文字来体现。正常的思维活动具有以下特征：①目的性，即思维总是指向一定的目的，要说明某一问题。②连贯性，是指思维过程中的概念是前后衔接、相互

联系的。③逻辑性，是指思维过程符合思维逻辑关系。④实践性，正确的思维能通过实践检验。思维障碍主要包括思维形式障碍和思维内容障碍，其中思维形式障碍以联想障碍为主，思维内容障碍则主要表现为妄想、强迫观念等。

1. **思维联想障碍** 主要包括思维联想活动量和速度方面的障碍、思维联想连贯性方面的障碍和思维逻辑性方面的障碍。

(1) 思维联想活动量和速度方面的障碍：

1) 思维奔逸：又称意念飘忽，是一种兴奋性思维联想障碍，即思维活动量增加、联想速度加快、内容丰富生动。患者表现为语量多、语速快、语声大，口若悬河，滔滔不绝，词汇丰富，且诙谐幽默。患者自述脑子反应灵、转得快。症状严重时，患者说话的内容极易随环境的变化而改变谈话的主题（随境转移），也可出现音韵的联想（音联）或字意的联想（意联）。多见于躁狂症。

[典型病例] 男，28岁，临床诊断为躁狂症。医生几乎无法打断他的话，问他姓什么，他答：“姓王，大王的王，王者之气，气冲霄汉直捣黄龙，杨子荣打虎上山，（唱）唱不上去了，老了，夕阳无限好，只是近黄昏。昏头昏脑，婚姻是爱情的坟墓，医生你结婚了吧，我猜你老婆一定很漂亮，就像你的这条领带一样，是她送的还是情人送的？噢？外面什么声音，我去看看……”

2) 思维迟缓：是一种抑制性思维联想障碍，与上述思维奔逸相反，以思维活动量显著减少、联想缓慢、思考问题吃力、反应迟钝为主要表现。患者语量少、语速慢、语音低。患者自述脑子不灵了、迟钝了。多见于抑郁症。

3) 思维贫乏：思维内容空虚，概念和词汇贫乏，对一般询问往往没有明确的应答反应。

患者诉“脑子空虚，没什么可说的，也没什么可想的”。在精神分裂症中，往往与情感淡漠、意志缺乏伴随出现。见于精神分裂症、脑器质性精神障碍和精神发育迟滞。

4) 病理性赘述：思维活动停滞不前，迂回曲折，联想枝节过多，做不必要的过分详尽的累赘描述，无法使他讲得扼要一点，一定要按他原来的方式讲完，进行速度缓慢，但最终可以表达其意。见于癫痫、脑器质性及老年性精神障碍。

[典型病例] 男，36岁，无业。诊断：癫痫伴发精神障碍。当医生问患者为何跛行时，患者答：“我家住在襄樊，在湖北省山区，那个地方新中国成立前可苦了，我父母亲都死了，还有一个哥哥住在襄樊，山区交通不方便，可是我住的那个地方生活已经习惯了，后来我又去成都了，就是四川省的那个成都，坐船得好几天才能到，我是走着去的。刚去的时候生活很不习惯，可是也没有办法，在四川又参加了修康藏公路，要经过好多出名的地方，有二郎山，你知道吗？这个歌子可好听了，头几年谁不会唱呢。四川这个地方和湖北差不多，都是山区，反动派就是在新中国成立前把我打了一顿，腿慢慢就成了这个样子……”

(2) 思维联想连贯性方面的障碍：

1) 思维松弛：称思维散漫。表现为联想松弛、内容散漫。谈话或回答问题时，每句话完整、通顺，意义可以理解，但整段谈话没有中心，缺乏主题，给人以东拉西扯、答非所问的感觉。

2) 思维破裂:患者在意识清晰状态下,思维联想过程破裂,缺乏内在意义上的连贯和应有的逻辑性,患者谈话或书写中,单独语句在结构和文法上正确,但主题与主题之间,甚至语句之间缺乏内在意义上的联系,使旁人无法理解。严重时,言语支离破碎,个别词句之间也缺乏联系,成了语词杂拌。如问患者叫什么名字时,答:“苏联解体了,我要回家,很好,怎么办?”多见于精神分裂症。

3) 思维不连贯:表面上与思维破裂很相似,但产生的背景不同,是在严重的意识障碍情况下产生的。患者的言语更为杂乱,语句片段,毫无主题可言,如“……我……吃……过来……你哭……神仙……鬼”。多见于感染中毒、颅脑损伤引起的意识障碍及癫痫性精神障碍。

4) 思维中断:患者在无意识障碍,又无明显外界干扰的情况下,思维过程突然出现中断,感觉脑子一片空白。表现为说话时突然停顿,片刻之后又重新开始,但所说内容不是原来的话题。为精神分裂症的重要症状。

5) 强制性思维(思维云集):是指思维联想过程不受自己支配。患者感到脑内不自主地大量涌出许多不同的内容、无现实意义的想法。这些想法突然大量出现,又突然消失。见于精神分裂症。如一患者主诉:“突然脑子很乱,自己控制不了自己,想的事毫无意义、毫无联系,从南到北,从北到南,一件事刚想一点又想另一件事。”

### (3) 思维逻辑性障碍:

1) 病理性象征性思维:患者以一些很普通的概念、词句或动作来表示某些特殊的、除患者外旁人无法理解的意义。它是形象思维和抽象思维之间的联想障碍。如患者反穿棉衣表示“表里如一”,带白手套为“清清白白”。躺在车轮下解释为“重新投胎”。多见于精神分裂症。

2) 语词新作:是指概念的融合、浓缩及无关概念的拼凑。患者自创一些新的符号、图形、文字或语言并赋予特殊的概念。如“%”代表离婚,“豕市”表示“狼心狗肺”。多见于精神分裂症青春型。

3) 逻辑倒错性思维:即逻辑推理过程的错误。主要特点是推理缺乏逻辑性,既无前提又无根据,或因果倒置,逻辑推理十分荒谬,不可理解。例如,一个患者解释为什么不吃肉时说,因为人是动物,肉类是动物的尸体,所以其不能吃自己的尸体。这其中“因为”的前提是对的,但推理错误,用“动物的尸体”等同于“人的尸体”。见于精神分裂症。

**2. 思维内容障碍** 思维内容障碍主要包括妄想、强迫观念和超价观念,妄想是最主要的形式。

(1) 妄想:是一种在病理基础上产生的歪曲的信念、病态的推理和判断。妄想具有以下特征:①妄想的内容与事实不符,没有客观现实基础,但患者坚信不疑,说服教育无效;②妄想内容均涉及患者本人,总是与个人利害有关;③妄想是一个人所独有的信念;④妄想内容因文化背景和个人经历的不同而有所差异,但常带有浓厚的时代色彩。妄想可分为原发性和继发性两种。

1) 原发性妄想的特点是突然发生、内容不可理解,与既往经历、当前处境无关,不是源于其他的异常心理活动。包括突发性妄想观念、妄想知觉(对正常的知觉体验赋