

JING SHEN
BING HU LI

上海科学技术出版社

精神病护理

张文秀 编著

精 神 病 护 理

张 文 秀 编 著

上海科学技术出版社

精 神 病 护 理

张文秀 编著

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷四厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 6.125 字数 134,000

1981 年 2 月第 1 版 1981 年 2 月第 1 次印刷

印数 1—16,000

书号: 14119·1481 定价: (科三) 0.51 元

前 言

在我国，精神病医学科学事业受到党和各方面的高度重视，精神病的护理工作也在医疗实践中得到了更好的发展和提高。在这方面的的工作各地都积累了许多宝贵经验。我在精神病护理方面，作了一些工作，积累了一些经验，但距客观形势发展还是很不够的。这里我把它整理出来供同行共同研究，有错误之处望读者提出批评和指正。

在编写过程中，江苏省淮阴地区神经精神病防治院袁子禄主任对本书精心审稿，并提出宝贵意见；中华医学会陈学诗主任，南京神经精神病防治院陶国泰主任，以及上海市精神病防治院蔡能医师等均给了一定帮助、指导和鼓励；中华医学会和护理学会江苏分会的领导给予了大力支持和关怀，特致衷心感谢。

张文秀 1980.5.1.

目 录

第一章 概述	1
第一节 精神病的基本概念	1
第二节 精神病的主要症状	1
第三节 临床常见的精神病	11
第四节 精神病护理学的发展	19
第五节 精神病护理学的任务	22
第二章 精神病的基础护理	24
第一节 与精神病人的接触	24
一、护士接触病人时需具备的条件	24
二、接触精神病人须掌握的原则	25
第二节 精神病症状的观察与记录	32
第三节 个人卫生护理	37
第四节 基础护理在精神科的应用	42
一、体温测量法	42
二、脉搏与呼吸测量法	45
三、给口服药法	45
四、注射法	48
五、鼻饲法	49
第三章 意外事故的发生、预防及其处理	53
第一节 意外事故发生的诱因	53
第二节 临床常见的意外事故及一般处理	55
第三节 意外事故的预防	61
第四节 意外事故的处理原则	65
第五节 急救	66

一、急救药品及用品准备	66
二、急救法	67
第四章 特殊症状的护理	77
第一节 运动性兴奋病人的护理	77
第二节 运动性抑制病人的护理	87
第三节 忧郁病人的护理	89
第四节 痴呆病人的护理	91
第五节 意识障碍病人的护理	93
第六节 癫痫发作的护理	95
第七节 伴有躯体疾患病人的护理原则	96
第八节 饮食障碍的护理	97
第九节 睡眠障碍的护理	102
第五章 精神病的治疗及护理	105
第一节 精神治疗	105
第二节 工娱治疗	108
第三节 中药及针刺治疗	115
第四节 精神药物治疗	118
第五节 胰岛素休克治疗	124
第六节 电休克治疗	135
第七节 发热治疗	139
第六章 精神病人的组织与管理	141
第一节 病人的组织	141
第二节 病人的管理	143
第七章 病区的组织与管理	145
第一节 病区的组织	145
一、人员配备	145
二、职责、分工及工作程序	145
第二节 病区的管理	154
一、病区环境的管理	154

二、病历的管理	154
三、病人书写物及电话的管理	155
四、危险品的管理	155
五、药品的管理	155
六、病区财物管理	156
七、病人财物管理	156
第三节 病区的设置	158
第八章 护理常规与制度	162
一、入院护理常规	162
二、出院护理常规	163
三、分级护理制度	164
四、交接班制度	165
五、探视制度	166
六、假出院制度	167
七、参观制度	168
八、意外事故报告制度	168
九、特殊检查护理常规	169
第九章 门诊护理	171
第十章 院外防治	175
附录	179

第一章 概 述

第一节 精神病的基本概念

精神病是由于内、外各种致病因素作用于机体,导致人脑功能的障碍,使人脑功能的完整性和个体对外界环境的统一性遭致破坏。其临床特征是精神活动的紊乱,表现在认识、情感、意志、行为等方面的异常或削弱,以致不能维持正常生活。在病态的支配下,还具有危害自身和社会集体的行为。病人的行为常为正常人不能理解,其本身也缺乏对病态的认识和判断能力。

精神病发病的因素是多方面的,除了各种致病因素的作用,如感染、中毒、外伤、精神因素及社会因素等外,还取决于机体的特性和机能状态等多方面作用的结果,如年龄、性别、遗传因素、神经类型等。有的精神病,如精神分裂症、躁狂忧郁性精神病等的致病因素,至今尚未有明确的结论。因此,精神病的分类问题,迄今尚有分歧。

第二节 精神病的主要症状

一、感觉和知觉障碍

客观事物通过人的各个感觉器官在人脑反映出来,这便是感觉。如声、光、冷、热等,这些现象通过人脑把它综合起来,形成一个完整的印象,例如我们对人的印象是:人有头、躯干、四肢、会说话等,这就是知觉。由于病人精神过程的改变,感觉和知觉可能遭受某些障碍,主要有:

(一)感觉增强 病人对一般的刺激而产生强烈的反应,如对一般的声音便感到很刺耳,皮肤受到很小的刺激就感到很疼痛等,多见于神经衰弱、癔症等。

(二)感觉抑制 与上相反,强烈的刺激不能感知或轻微感知,多见于神经衰弱、癔症或忧郁状态,如癔症性失明、耳聋等。

(三)错觉 即对客观事物产生不正确的感知,如将绳子看成可怕的蛇,吹动的小树看成有人在招手等,多见于谵妄状态、感染、中毒性精神病等。精神分裂症在意识清晰状态下;健康人在精神紧张或期待心切时也可产生错觉。

(四)幻觉 没有现实的客观刺激而产生视、听、嗅、触等知觉。病人可看到各种生动的现象,也可见到零星的,无一定形态的幻象,听到各种声音或无线电广播,内容多是使病人不愉快的,如指责、咒骂、侮辱、嘲笑、威胁、利诱、命令等。还可闻到一些难闻的气味,如腥臭味、尸体味、毒气味或尝到食物中有毒药味、感到皮肤上有触电感、液体流动感、蚁走感或抚摸感等。

无客观刺激而看到各种生动的现象者为“视幻觉”;听到某种声音者为“听幻觉”;闻到各种难闻气味者为“嗅幻觉”;尝到食物中某种味道者为“味幻觉”;感到皮肤上有特殊感觉者为“触幻觉”等等。

幻觉与错觉的区别在于:错觉的产生有客观刺激作用于病人的感觉器官,而且表现的性质与刺激物是相似的,例如把绳子看成为蛇。幻觉却没有客观刺激物作用于病人的感觉器官而产生的反映。

幻觉是临床上最常见的症状,病人可受幻觉的支配而采取相应的行为,多见于精神分裂症、感染、中毒性精神病、谵妄

状态下恐怖地幻视以及其他精神病等。

二、注意障碍

人的精神活动有选择地集中于一定对象的现象叫做注意。临床最突出的注意障碍为：

(一)注意增强 即病人特别为某一事物所吸引，怀疑某人要谋害他而处处提防或顽固地认为身体某处有疾病而终日求医等，多见于精神分裂症。

(二)注意涣散 即随意注意明显减弱，注意力难以集中。

(三)随境转移 即不随意注意明显增强，病人的注意易被外界环境所吸引，且注意的对象经常变化，多见于躁狂症。此外，尚有注意力迟钝、注意力狭窄等。

三、记忆障碍

以往经验的重现即为记忆。记忆在人的生活中起着重要作用，一切事物的发展必须由记忆作为基础。记忆障碍在临床上有下列几种：

(一)记忆增强 病人对以往早已遗忘的事而重新记忆起来，如躁狂病人可以讲出过去生活中的某些细节问题。

(二)记忆减退 不但对以往重大事件不能回忆，而且新的事物也会迅速忘记，如老年性精神病，器质性精神病等。

(三)遗忘 常见的有以下几种：

1. 逆行性遗忘症：病人不能回忆紧接疾病前的一段时间经历，如脑震荡后不能回忆受伤前片断的事。

2. 顺行性遗忘：不能回忆紧接疾病发生后一段时间的事。多见于有意识障碍的病人，老年性精神病等。

3. 阶段遗忘：过去生活中的某一段经历或事件不能回忆，多见于癔症。

4. 记忆错误：

(1) 记忆错构：将过去发生的事不自觉的加以歪曲、渲染，当成亲身经历来叙述。多见于老年性精神病和动脉硬化性精神病。

(2) 记忆虚构：在回忆中将过去从未发生过的事件或幻想当成亲身经历而叙述。可见于脑外伤性精神病、酒精中毒性精神病和精神分裂症。

四、思维障碍

思维是个复杂的精神活动，是人脑对于感官所取得的印象，借助于辞的作用，进行整理加工，抓住事物普遍的、内部的本质，使人的认识由感性阶段进入理性阶段的整个过程称为思维。当人脑处于病理状态而产生思维障碍时，便会出现下列症状：

(一) 联想障碍 病人的联想失去控制或发生困难，常见者有下列几种：

1. 意念飘忽(思维奔逸)：病人的联想很快，来不及用语言表达，说话滔滔不绝，一句未完又转到另一句上，听起来不联贯，一个片断接着另一个片断，有时词与词之间只有一些偶而的联系，回答问题时往往受环境的转移而东一句，西一句，上下之间有音联或意联。音联即一句话中某个字音或字尾使病人联想到另一句话时，便跳到另一句上去，如：“我不吃饭，犯罚犯罪，醉翁之意不在酒……”。意联即上句话的某点意义，联想到另一个意义，由于联想快，语句中显得不联贯，如：“穿着白大衣，了不起，骄傲使人失败，吃一堑，长一智……”。此种思维多见于躁狂症或其他疾病中的躁狂状态。

2. 思维迟缓：联想很困难，反应很慢，回答问题时往往拖延很长时间，要再三询问才能回答出来。多见于精神分裂症、忧郁症等。

3. 思维中断：说话中突然终止，经过片刻后又说下去，但已离开原有话题。多见于精神分裂症。

4. 病理性赘述：谈话的主题不明，在枝节问题上绕圈子，问题解释得很多而冲淡了主题内容，例如问他什么时候开始不舒服，回答说：“我开始时头痛，妈妈叫我在家里休息，我只好的不去上学，学校功课很紧，一天要上六节课，脑子不清楚，有时发昏……”。多见于癫痫及精神分裂症，精神发育不全等病人也可发生。

5. 思维破裂：是精神分裂症的突出症状之一，病人联想断裂，思维内容不连贯，句与句之间没有内在联系，故谈话没有中心内容，而只是词句的堆集，例如问病人：“你吃饭吗？”，他回答说：“天长地久……钢笔……一、二、三……”。思维破裂，更严重者是思维不连贯，表现为说话的内容更为杂乱，只是只字片词，如：“……去……有……不行……鬼……鬼……”。

6. 强迫观念：是一种难以排除，反复出现的思维，顽固地纠缠着病人，使之难以克服，明知不对而无法摆脱，以致使病人非常苦恼。强迫观念的出现多伴有外界的一定诱因，例如：病人离开房间时，明明把灯关了，但是老想着“灯到底关了没有？可能没有关吧？好象是没有关。”这种观念老是在脑中反复出现，以后遇到同样的情况又会出现，多见于强迫性神经症。

(二) 逻辑障碍

1. 象征性思维：病人将抽象的观念具体化了，例如他说在走廊里吃苹果就是“和平过渡”。多见于精神分裂症。

2. 矛盾观念：两种互相矛盾的观念同时在思想中出现，病人不知那个对，那个错，见于精神分裂症。

3. 逻辑倒错：病人的推理缺乏逻辑依据，可能无前提或

无依据,因果关系倒置,可见于精神分裂症。

4. 语词新作:病人将自己的某种概念用自己创作的词和字来代表。这种表示的形式只有病人自己懂得,如将离婚写成“0/0”。

(三)妄想 这是一种在疾病基础上发生的一种病理信念,病人对这种信念的不现实,甚至十分荒谬而不能正确判断,坚信不移,通过充分说理也不能改变或动摇这种错误的信念,临床上主要有以下几种:

1. 关系妄想(牵联观念):病人把周围与他无关的事物都认为与自己有关,如无线电广播以及别人的谈话,都认为是针对他而来,别人抓抓头,吐吐沫等,他认为是有意对他侮辱,甚至报纸上的文章也是讨论他的事。多见于精神分裂症。

2. 被害妄想:病人坚信有人采取各种卑鄙手段对他进行迫害,他处处受到监视,认为有人偷听他说话,暗地里追他,要想用毒药把他毒死,用凶恶的眼光注视他的行动,等待时机就要下手等。由于受这种妄想的支配而采取相应的行为进行自卫或自杀。这种妄想临床上最为多见,且最为严重。

3. 夸大妄想:病人坚信自己有过人的才能,巨大的财富,很高的职位,自己是部长、银行行长,可以任意挥霍钱财等。多见于躁狂症及精神分裂症等。

4. 疑病妄想:病人坚信自己的肠胃已经烂掉,脑子里钻进了一条蛔虫或肚子里有条蛇等到处求医,经医生证明也不能动摇其信念,因而悲恐焦虑。多见于更年期精神病、忧郁症及精神分裂症。

5. 影响妄想:病人坚信有人用无线电控制了他的思想或行动,他不能自主,甚至强加给他一些不属于自己的意愿,

此类妄想多见于精神分裂症。

6. 钟情妄想：病人坚信某异性钟情于他，因而向对方表示爱情，对方反复拒绝，病人仍找出许多理由说明对方对他的爱情是真实的，多见于精神分裂症。

7. 嫉妒妄想：病人坚信自己的爱人与其他异性有不正当的关系，因而到处追踪，找出许多无关的证据来证明他的正确或将爱人关在家里。多见于更年期精神病、精神分裂症等。

8. 罪恶妄想：病人坚信自己犯了严重错误，罪该万死，因而产生自杀念头或采取某种方法惩罚自己。多见于忧郁状态和精神分裂症。

五、智能障碍

主要为各种类型的痴呆，有先天与后天两种，先天性痴呆是由于出生前或出生时大脑发育障碍而引起。后天痴呆多属脑病所致。

六、情感障碍

人们对客观事物采取的各种不同态度及内心体验，如悲哀、喜悦、愤怒、恐惧等就是情感。临床上常见的情感障碍主要有：

(一)情绪高涨 病人终日喜形于色，愉快乐观、语言诙谐、骄傲自大，夸夸其谈等，多见于躁狂症。

(二)情绪低落 病人低头少语，自卑自责，动作迟缓，缺乏活力，没有信心，常伴有罪恶感而寻求自杀或惩罚自己的行为。多见于忧郁症及更年期忧郁症等。

(三)焦虑 病人无客观原因而如大祸即将临头，坐卧不安，搓手顿足，既怕遭到不幸，又觉无能为力，因而反复找人诉说。由于紧张情绪的影响而彻夜不眠，饮食无味，不知如何是

好。多见于更年期忧郁症及焦虑状态。

(四)恐惧 处于谵妄或精神错乱的病人,由于丰富的错觉、幻觉而产生恐怖情绪,以致惊叫、奔跑;具有迫害妄想的病人,终日不安,多方提防;恐怖症病人,明知不必害怕而控制不住,如一病人怕蛇,一看到绳子竟吓得脸色发白,看到外面“牛鬼蛇神”几个字吓得不敢出门等。

(五)情绪不稳 无外来刺激而情绪波动,喜怒无常,多见于癫痫及颅内病变病人。

(六)情感淡漠 对外界刺激缺乏相应的情感体验,无动于衷,对亲人冷淡,遇到意外不惊,受辱而不怒,面部无表情,多见于精神分裂症。

(七)情感倒错 情感表露与刺激性质不一致,遇到悲哀时表现喜悦,遇到喜悦之事反痛哭,见于精神分裂症。

(八)病理性激情 是突如其来的,强烈而短暂的情感爆发,常伴有意识模糊。病人对自己情感不能理解和控制,可随激情的发展而出现冲动行为,过后完全不能回忆,见于癫痫性精神病、脑外伤性精神病、中毒性精神病和精神分裂症。

(九)情感幼稚 情感易受直觉和本能活动的影响,反应迅速、强烈、鲜明、无节制,易受别人情绪的感染,是一种原始的情感,可见于癔症及痴呆病人。

七、意志障碍

人们在社会实践中,努力克服困难,为达到既定目的而采取的自觉行动即为意志。意志障碍在临床上主要的有意志增强,如:妄想狂病人,为要达到其目的,长年如一日的书写控告信,无论遇到什么障碍也坚持不懈。另一种是意志减弱,病人得过且过,既无要求,也无进取心,无克服困难的力量。此外,还有些精神分裂症病人缺乏果断,处于犹豫不决状态,很简单

的问题也不能立即做出决断。

八、动作障碍

机体对内外环境刺激的反应即为动作。动作障碍主要表现为：

(一)精神运动性兴奋 病人的动作及语言显著增加，大致可分为两种：

1. 协调性运动性兴奋：病人的兴奋动作是可以理解的，是与其既定的目的和情感协调一致的。例如对某人不满而进行攻击，未满足其要求而坐地大哭，多见于躁狂症，轻躁狂表现得更为突出。

2. 不协调性运动性兴奋：动作和语言的增多和情感不协调一致，没有既定的目的和意义，单调而令人难解，语言杂乱无章并带有冲动性或攻击性行为。多见于精神分裂症中紧张型兴奋病人。

(二)精神运动性抑制 即病人的动作和语言普遍减少，临床多见者为：

1. 木僵：是较深的精神运动性抑制。病人保持一个固定的姿势，很少活动或完全不动，主动运动消失，面无表情，固定不变的站或坐，不语不食，刺激也无反应，有时拉其肢体会抗拒。严重者卧床不起，大小便及口水潴留。一般历时数天，数月，甚至数年，有时可与紧张型兴奋交替出现，多见于精神分裂症紧张型。其他如反应性木僵，忧郁性木僵，症状大致相似。

2. 蜡样屈曲：病人保持一定的姿势固定不变。有时将其四肢悬空，也能维持很长时间而不能主动还原。全身象蜡一样任人摆布而毫无反应，如将其枕头抽出，也能将头悬空，因此临床称为“空气枕头”。这种蜡样屈曲是在木僵的基础上

出现,见于精神分裂症紧张型。

3. 违拗症:病人对给予他的要求产生相反的反应,临床上有主动与被动两种。主动违拗即是叫他站起来他便坐下去,叫他坐下去他要站起来,被动违拗即要他做什么均抗拒不执行。

4. 刻板动作及刻板语言:病人反复地做着一个单调而无意义的动作,如来回不停的把枕头搬过来又搬过去。刻板语言即病人反复地重复某个单调而无意义的语句或语音,如:“……大尉……儿子……大尉……儿子……”。

5. 模仿动作和模仿语言:病人单调地模仿别人的语言或动作,例如别人抓抓头,他也抓抓头,别人说话他在旁学说。多见于精神分裂症。

6. 作态:扮鬼脸,做怪像,挤眉弄眼,怪蹦怪跳等。多见于精神分裂症。

7. 强迫动作:病人重复地进行某种动作,明知不需要而控制不住。例如病人反复的洗手,只要手碰到什么东西,就觉手脏要洗,即或把手包得严严的,过一会又觉脏了要洗,以致把手上的皮洗得发白破皮仍控制不住。又例如一位病人,每次走路都要踩地上的落叶,要是因故未踩着,便感心里不安,找机会回头再踩。多见于强迫性神经官能症。

九、意识障碍

意识即个体对外界环境、自身的状况、既往经历及它们现实意义的确认,是人脑在发育过程中逐渐形成的一种高级心理机能。人的意识有周围环境意识与自我意识两个方面,周围环境意识是人对客观事物现状的确认,自我意识则是自身对当前主观状态的确认。

意识障碍的临床表现为: