

护士规范操作指南丛书

精神科护士 规范操作指南

JINGSHENKE HUSHI
GUIFAN CAOZUO ZHINAN

许冬梅 主编

科技出版社

★ 护士规范操作指南丛书 ★

精神科 护士规范操作指南

主 编 许冬梅

副主编 马 莉

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是护士规范操作指南丛书之一。根据临床专科护理发展和专科护理岗位的需求,按照卫计委关于实施医院护士岗位管理的指导意见,特组织中华护理学会各专业委员会的委员编写该丛书,旨在规范临床护理操作技能。

本书包括精神科操作技术、急危状态护理技术、物理治疗、心理治疗、康复治疗及康复技能训练程式等六大部分。其对护理操作目的、步骤、注意事项等进行了详细的叙述,包括评估患者、护士准备、用物准备、具体操作流程及评分标准,使每一位精神科护理人员参照操作步骤均能准确进行各项操作。本书适合临床精神科护士使用,是规范护理操作技能的工具书。

图书在版编目(CIP)数据

精神科护士规范操作指南/许冬梅主编. —北京:中国医药科技出版社,2016.4

(护士规范操作指南丛书)

ISBN 978-7-5067-8068-1

I. ①精… II. ①许… III. ①精神病-护理-技术规范
IV. ①R473.74-65

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第313572号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 889×1194mm 1/32

印张 9

字数 214千字

版次 2016年4月第1版

印次 2016年4月第1次印刷

印刷 三河市百盛印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-8068-1

定价 38.00元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《护士规范操作指南丛书》

编 委 会

主 任 张洪君

执行主任 林 琳

副 主 任 张 岚 赵 毅

陈海花 何成伟

《精神科护士规范操作指南》

编 委 会

主 编 许冬梅

副主编 马 莉

编 者 许冬梅 马 莉 关艳华

夏志春 钟耕坤 卢庆华

田洪伟 杨 波 钱瑞莲

陶筱琴 王海燕 李朝霞

邵 静 周红丽 李素萍

张倬秋

秘 书 刘 晓

前言



随着经济的高速发展，人们的心理压力逐渐增大，精神疾病的发病率也逐渐提高。护理工作作为医疗卫生事业的重要组成部分，广大护理工作者在维护和促进人民健康方面担负着重要责任，对护理人才的培养也提出新的挑战。为更好地使临床一线精神科护理工作者掌握规范的操作，中华护理学会精神科专业委员会编写了本书。

本书编写的原则是以实用性、科学性、具体性为一体，通过中华护理学会精神科专业委员会征集对此书有意向的编者，经过严格筛选，选出广布全国范围的数位编者，针对编者的专长分配章节，由秘书统一整理之后，由主编和副主编完成三轮审稿，最终完成了此书。

本书包括精神科操作技术、急危状态护理技术、物理治疗、心理治疗、康复治疗及康复技能训练程式等六大部分的内容。第一章介绍了从患者入院评估到出院指导一系列的流程，内容清晰、详尽；第二章主要针对临床精神科面临的各项危急重症情况给予针对性的护理；第三章介绍了物理治疗的方法与技术；第四章介绍了精神科心理治疗的技术；第五、六章重点介绍了康复治疗及康复训练程式的具体操作技术。本书对操作目的、步骤、注意事项等内容进行了详细的叙述，包括评估患者、护士准备、用物准备、具体操作流程及评分标准，使每一位护理人员参照操作步骤均能准确地进行各项操作。本书适合临床精神科护

2 精神科护士规范操作指南

士使用，是规范护理操作技能的工具书。

在本书编写过程中，我们得到了中华护理学会精神科专业委员会和北京回龙观医院护理同仁们的大力支持，在此深表感谢。由于时间仓促和编者水平有限，教材中如有不足之处请各位同仁批评指正。

编者

2016年3月

目录



第一章 操作技术	1
第一节 观察	1
第二节 接诊	6
第三节 治疗依从性评估	15
第四节 自理能力评估	20
第五节 医学保护性约束	26
第六节 服药评估	39
第七节 留取各种标本	42
第八节 组织管理	51
第九节 病房巡回	54
第十节 安全检查	57
第十一节 出院指导	61
第二章 急危状态护理技术	66
第一节 暴力患者的护理	66
第二节 自杀、自伤患者的护理	70
第三节 拒食患者的护理	76
第四节 噎食患者的护理	80
第五节 癫痫大发作患者的护理	84
第六节 中毒患者的护理	87
第七节 吞食异物患者的护理	91
第八节 触电患者的护理	96

2 精神科护士规范操作指南

第九节 木僵患者的护理	99
第十节 外走患者的护理	102
第十一节 严重药物不良反应的护理	105
第十二节 与精神活性物质滥用相关的急症护理	112
第十三节 坠床患者的护理	116
第十四节 跌倒患者的护理	120
第三章 物理治疗	124
第一节 无抽搐电痉挛治疗	124
第二节 重复经颅磁刺激治疗	130
第三节 脑循环和脉冲治疗	133
第四章 心理治疗	138
第一节 支持性心理治疗	140
第二节 分析性心理治疗	143
第三节 家庭团体治疗	150
第四节 森田疗法	155
第五节 音乐治疗	158
第六节 生物反馈治疗	166
第七节 认知行为治疗	173
第五章 康复治疗	183
第一节 生活行为的康复训练	183
一、日常生活技能训练	184
二、文体娱乐活动训练	191
三、家庭生活技能训练	195
四、社会交往技能训练	199
第二节 学习行为的康复训练	204
一、课堂教学	205
二、小组学习	208

三、角色扮演	210
四、个别辅导	213
第三节 工作行为的康复训练	215
一、简单作业训练	217
二、工艺制作	225
三、职业技能特殊训练	230
第六章 康复技能训练程式	236
第一节 疾病的自我处置技能训练程式	236
第二节 职业技能训练程式	244
第三节 症状自我监控技能训练程式	251
第四节 回归社会技能训练程式	259
参考文献	271

第一章

操作技术

精神科护理的对象是各种精神障碍患者，其往往存在思维紊乱，脱离现实，情感不协调，言语和行为表现异常，甚至出现自伤、自杀、伤人、毁物等行为。他们大都对疾病缺乏认识，不愿主动承认或述说病情，对治疗护理不配合，容易延误病情或导致复发。这就需要护士熟练运用各种技术去了解、帮助患者，以促进患者康复、减少复发和消除安全隐患。

本章根据精神科的特点选择常用的操作技术进行介绍，包括精神障碍患者的观察、接诊、依从性评估、自理能力评估、暴力评估、医学保护性约束、服药评估、留取各种标本、组织管理、病房巡回、安全检查和出院指导。

第一节 观察

— 观察是指护理人员在工作中积极启动视、听、嗅、触等感觉器官及辅助工具来获得有关患者及其情境的信息过程，是常用的评估方法之一。由于精神疾病患者大多存在感知、思维、情绪和行为等方面的障碍，其病态的表现通常在很短的时间内是很难完全表露出来的，所以除了依靠病史以及各种辅助检查外，还需要全方位的观察；同时，观察也是进行安全接触和顺利沟通的基础，因而观察在精神科显得非常重要。护士需要运用精神医学和护理学、心理学等

知识，结合精神疾病的临床特点进行全面的观察。

观察法可以分为直接观察法和间接观察法。直接观察法又可以分为公开观察法和隐蔽观察法。公开观察法主要是护士与患者面对面进行交谈，患者会意识到护士在对其进行观察；而隐蔽观察法是在患者不知情的情况下进行观察，通过患者的语言、表情、动作和行为了解患者的情况。间接观察法是通过实物的观察，来探索 and 了解过去所发生过的事情，如通过患者的日记、信件、书画作品等来了解患者的病情，故又称为“实物观察法”。护士可根据实际情况选用观察方法，要有计划性和针对性，尽力保持客观和全面。

【目的】

1. 为疾病的诊疗和护理活动提供依据。
2. 判断疾病的发展趋势和转归，做到心中有数。
3. 了解治疗效果和用药反应。
4. 及时发现危及患者自身、他人及环境的行为和因素，保证安全。

【用物】

根据观察目的准备评估表格、生命体征监测工具、记录用的纸和笔等。

【操作步骤】

1. 评估一般情况和主要病情 通过病历资料和熟悉患者的人了解患者的一般情况，包括患者的年龄、文化程度、职业、宗教信仰、语言表达能力和接受能力等。评估一般情况的目的一方面可以针对性地观察，如观察儿童患者，注意观察儿童的身高、体重、基本健康状况，在他活动时观察其姿势、步态及运动能力，日常生活中与父母和家人的关系等；另一方面可以观察患者的表现与其一般情况是否吻合，如不吻合，需进一步观察分析引起这一现象的原因。同时了解患者的主要病情，包括患者目前主要的精神症状和有无危险性行为，做到观察时心中有数，如观察疑心重的偏执型精神分裂症患者，应注意保持距离，态度要保持中立。

2. 护士准备 根据评估情况,确定本次观察的重点,备好相应的用物。

3. 患者准备 一般观察是在患者不知不觉中进行,不需要患者特别的准备,但一些客观的检查和监测,需要患者的配合,应向患者解释观察的目的,以免患者担心、疑虑。

4. 环境观察

(1) 观察有无噪音和不适宜的光源 噪音作为一种环境污染,会对患者的生理和心理产生不利影响,因而观察应尽可能排除噪音的干扰。不适宜的光线可能会对患者作息产生影响,如日间阳光的照射、夜间光线过于明亮等。

(2) 观察温湿度是否适宜 条件允许的病室,空气温度应保持在 $18^{\circ}\text{C} \sim 22^{\circ}\text{C}$,湿度应保持在 $50\% \sim 60\%$,或按照患者个人习惯进行调节。

(3) 观察设施用品 观察患者所在环境中门窗、床单元、洗漱用品、电器设备等有无异常,有无放置不合理的物品,判断是否需要立即处理。

(4) 观察可能对患者产生影响的其他人员 观察患者周围有无其他患者、家属、医务人员等,他们的活动对患者有无影响。

5. 病情观察

(1) 一般情况观察 包括患者的仪表、个人卫生情况、衣着和步态;饮食、睡眠、排泄及月经情况等;与人接触态度等。观察患者年龄和外貌是否相符合;衣着与年龄、性别、季节等是否吻合;生活自理能力、对人的态度与年龄、职业等是否相一致。

(2) 躯体情况观察 包括患者的生命体征、皮肤情况、营养状况、面容与表情、姿势和体位、步态等。观察有无躯体疾病或症状。

(3) 意识和定向力观察 用交谈的方式,观察患者对时间、人、物、地点的定向感。通过观察患者的表情、眼神、言语表达、接受指令、情感反应、运动等,判断患者是否意识清晰,如果发现患者对以前比较熟悉的日常活动出现障碍,应高度怀疑患

者是否存在意识障碍。如果发现患者意识改变,可根据格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)判断其意识障碍程度。

(4) 精神症状的观察 包括认知(感知觉、思维、注意、记忆、智能等)、情感、意志行为等,通常先通过对比观察的方法发现患者的异常之处,如患者与同一环境中其他人的表现进行对比,有无明显异常,患者不同时间点的表现对比。发现异常之后,再与患者进行交谈了解可能的原因,从而识别可能的精神症状。

(5) 用药、特殊治疗、检验检查的观察 包括患者对这些项目的态度,有无藏药、拒绝配合的行为,治疗效果及药物不良反应等。

(6) 心理需求观察 包括观察患者心理需求表达的主动性、内容的合理性、心理护理的效果等。

(7) 社会功能观察 包括患者生活自理能力;与人相处情况和角色功能,尤其是其生活中对患者有重要影响的人,如家人、朋友、同事等;学习、工作、人际交往能力;参与休闲娱乐活动等。

6. 报告及记录 观察后应将观察到的情况,根据其严重程度决定报告及记录的形式。

(1) 报告 观察到需要立即报告的情况包括:躯体出现严重、变化剧烈的症状,例如:出血、休克、高热、脉搏过速或过慢、呼吸变快或变慢、意识障碍等;严重的伤人、毁物、自伤、自杀、扰乱医疗秩序的行为、可能致伤的跌倒及其他安全事件;使用护理措施后,仍无法缓解的症状,例如:拒食、失眠、便秘、尿潴留等。

(2) 记录 观察结束后,需记录时间、观察到的主客观资料、报告情况、处理措施及效果等,正确地将所见所闻记录下来,客观地记录,避免参与自己的看法。

【注意事项】

1. 精神障碍患者很多时候不会叙述病情,或将自己的不适归为错误的认知,护士应主动仔细地观察患者。如:长时间卧床的患者,护士应留意其大小便情况,以便及时发现肠梗阻、尿潴留

等紧急情况。

2. 护士对病情的观察要有目的性, 需要知道哪些方面的信息作为重点观察内容。如有自杀未遂史的抑郁患者, 应重点观察环境的安全情况, 患者有无自杀的言行, 询问其有无自杀的想法、计划等。

3. 根据疾病的不同阶段, 对患者观察的侧重点不同。如新入院患者, 要从一般情况、躯体和精神症状、心理需求、社会功能等全面观察; 治疗初期的患者, 要重点观察其对治疗的态度、治疗的效果和不良反应; 疾病发展期的患者, 要重点观察其精神症状及病情的动态变化; 缓解期的患者, 重点观察病情稳定程度与对疾病的认识程度; 康复期的患者, 要点观察症状消失的情况、自知力恢复的程度及对出院的态度。

4. 不同疾病的患者, 观察的侧重点不同。如有心理问题者要重点观察其心理反应与需求。有行为问题者重点观察行为障碍的表现与心理状态。有适应不良者应重点观察其社会适应能力障碍的表现与心理状态。

5. 护士应抓住一切机会对患者进行观察。如做检查和生命体征监测时; 例行晨间或就寝前的护理时; 施行一般护理及治疗时; 家属或朋友探视时; 参考各种与医护有关的记录、资料时; 做家庭访视时。

【评分标准】

观察考核评分标准

单位 _____ 科室 _____ 姓名 _____

项目	总分	技术操作要求	评分等级				实际得分	备注
			A	B	C	D		
评估	10	患者一般情况, 如年龄、文化、职业等	5	4	3	2		
		主要病情; 主要的精神症状、有无危险性行为和合并躯体疾病、接受治疗情况等	5	4	3	2		

续表

项目	总分	技术操作要求	评分等级				实际得分	备注	
			A	B	C	D			
操作前准备	10	护士准备: 根据评估情况, 确定本次观察的重点, 备好相应的用物	5	4	3	2			
		患者准备: 解释观察的目的	5	4	3	2			
操作过程	环境观察	观察有无噪音和不适宜的光源	5	4	3	2			
		观察温湿度是否适宜	5	4	3	2			
		观察设施用品	5	4	3	2			
		观察可能对患者产生影响的人员	5	4	3	2			
	病情观察	40	一般情况观察	5	4	3	2		
			躯体情况观察	5	4	3	2		
			意识和定向力观察	5	4	3	2		
			精神症状的观察	10	8	6	4		
			用药、特殊治疗、检验检查的观察	5	4	3	2		
			心理需求观察	5	4	3	2		
报告及记录	10	适合的情况报告医生	5	4	3	2			
		记录时间、观察到的主客观资料、报告情况、处理措施及效果等	5	4	3	2			
评价	10	条理清楚, 重点突出	5	4	3	2			
		观察细致, 沟通到位	5	4	3	2			
总分	100								

主考教师 _____ 考核日期 _____

第二节 接诊

入院接诊是指病房护士对新入院患者进行首次接触和评估的过程。由于新入院精神障碍患者大都存在不安全感, 容易猜疑, 同时对疾病往往无认识, 因而对环境和护士较为抗拒。护士在接触过程中应快速判断患者的态度, 以专业的态度给患者留下第一

印象，尽早与患者建立信任的关系。在此过程中，也要注意与患者家属的沟通，给予积极的心理支持，打消其顾虑。

【目的】

1. 让患者尽快适应医院环境，消除或减少对住院和治疗护理的不适应。
2. 使患者得到及时有效的卫生宣教。
3. 促进护士与患者及其家属的沟通，初步建立良好的关系。
4. 对患者进行初步的评估，了解患者的主要病情和有无危险性行为。

【用物】

评估表、病历夹、体重秤、血压计、体温计、住院服、生活用品等。

【操作步骤】

1. 环境准备 安全、舒适，床单元整洁、生活物品摆放整齐。
2. 护士准备 着装整洁、情绪饱满、熟悉接诊内容和流程。
3. 接到入院处通知后，通过门诊护士初步了解患者的主要病情、对入院的态度、是否存在冲动危险行为及有冲动行为患者的体型状况。
4. 根据患者病情进行环境、物品和人员准备，如自愿入院、无危险行为的患者尽量安排在相对安静、舒适的房间；如有自杀企图、自杀行为的患者，应安排严密监护的房间，并清除环境中的危险物品；兴奋躁动、有伤人毁物行为的患者安排在单间或小房间，以减少环境中激惹因素对患者的影响，同时根据患者体型准备足够的人力，必要时准备约束用品，以保证需要约束时护患双方的安全。
5. 患者和家属来到病区，护士起身迎接，主动介绍自己，核对患者身份，佩戴腕带。通过观察患者面部表情和与患者简答对话，了解患者此时对住院的态度、配合程度和是否存在冲动危险行为。如患者表示自愿住院或对住院无所谓，可继续入院接待、介绍和评估；若患者表现抗拒、有冲动过激行为时，先安排患者