

第二节 精神科系统化整体护理

医疗的目的是治愈患者;护理的目的是照顾患者,促进患者的康复。无论是医生还是护士都需要先收集和分析资料,确立问题,制定目标,制订计划,执行治疗与护理措施,给予患者整体照顾。

一、精神状况评估

精神状况评估是为患者实施系统化整体护理中极为重要的一步。精神状况评估主要是通过观察患者和与患者交谈来检查、发现患者的精神活动状况是否正常,存在哪些精神症状等,为精神疾病的诊断和护理提供依据的过程。

1. 精神状况评估的目的

精神状况评估的目的包括以下几个方面:

- (1) 确立问题:收集完整的主、客观资料,经过分析确立问题,即明确护理诊断。
- (2) 制定预期目标:有助于确立现实的、个体化的目标,因为收集资料的过程使得护理人员有机会了解患者在健康和疾病这两种不同状态下的身心状况。
- (3) 决定适宜的护理措施:针对引起问题的相关因素,设立适合患者的、实际可行的护理措施,以治标治本,解决患者的问题。
- (4) 为评价和修改护理计划提供参考:评估的资料可作为基础资料,以便今后获得的资料能与之相对照,发现变化,肯定或调整相应的目标和措施。
- (5) 确认患者的优势、潜能:这些资料有助于调动患者的力量,增强其能力,使其达到最佳的适应状态。
- (6) 确认影响治疗的因素:护士要发掘患者行为的动机和根源,做到因人施护。

2. 精神状况评估的原则

精神状况评估的原则如下:

- (1) 持续性:精神状况评估是一个连续的过程,即从第一次接触患者到治疗性人际关系的结束。
- (2) 整体性:精神障碍患者作为一个整体的人,与正常人一样具有生理、心理、社会、精神各个层面,因此,护士在进行评估的时候都要有所考虑。
- (3) 计划性:护士对各项评估内容应有所了解,制订收集资料的计划,根据接触患者时的具体情况进行调整。
- (4) 客观性:为避免主观判断,进行评估的护士需要不断调整自己的情绪和感觉,尽量保持评估结果的客观性。
- (5) 准确性:当运用知识和技巧无法确定资料的准确性时,护士要多方面获取资料,并相互印证,努力使资料准确、完整。

3. 精神状况评估的方法

精神状况评估的方法包括会谈法、观察法、问卷和量表测量、阅读病历和文献回顾、全身检查等。

- (1) 会谈法:护士使用会谈法对患者进行评估时,要使用会谈大纲收集资料,并采用开放的提问方式。护士要为患者提供舒适、自由、隐私、不受干扰的环境,向患者解释会谈的目的、性质和时间,告知患者收集的资料会用于帮助治疗。护士要询问患者目前的生活状况和遇到的问题,让患者表达自己的想法。护士要对患者的表述表示出兴趣,注意患者的语言反应、非语言表达、情绪变化和回答回

题有无困难。护士问问题时要尽量简单、精练,适时重复、总结患者的反应。

(2) 观察法:直接观察可以是患者的自我监测、医务人员的观察发现及家属的观察。对精神运动性兴奋或木僵的患者、有意识障碍者,护士应以观察和记录其外显行为的方式作为主要的检查手段。

护士运用观察法的主要关注点为:患者的行为表现有无异常,如疑似幻听者会出现侧耳倾听、双手捂住耳朵的表现;患者的情感反应,如观察患者有无情感低落、情感高涨、表情倒错等表现;患者的自理能力和社会功能,如患者与他人是否主动交往,患者能否自主进食等;患者服药后的不良反应,如有无锥体外系反应,包括药源性帕金森病、急性肌张力障碍、迟发性运动障碍等。

(3) 问卷和量表测量:是临床常用的评估手段,这些方法通常是科学研究设计发展而来的。例如,护士想收集有关患者社会功能的信息,一个有关“直言”的小问卷就可能帮助护士了解患者的一部分情况,如“如果你的朋友背叛了信任,你是否会指出?”“如果有人加塞儿,你是否会指出?”“你是否高兴认识新朋友?”“你能对他人的工作或表现进行称赞吗?”又如,护士欲评估患者对疾病的认识,可以通过量表进行,请患者对一系列问题发表看法,是非常同意,还是大部分同意、基本同意、基本不同意、大部分不同意、完全不同意,这些问题如“我患病是因为我对自己照顾得不够”“没有像我一样得精神障碍的人只是幸运而已”“我是唯一能对我的精神健康负责的人”等。此外,对阿尔茨海默病患者,护士需要对其进行智力和记忆力的心理测验,以确定其有无智能改变及智能改变的严重程度。

表 2-2 罗列了精神科较为常用的几种问卷和量表。

表 2-2 精神科常用的问卷和量表

疾病类型	常用评估工具
精神分裂症	简明精神病量表(BPRS)、阴性与阳性症状量表(PANSS)、临床总体评定量表(CGD)
情感性精神障碍	Bech-Rafaelsen 躁狂量表(BRMS)、汉密尔顿抑郁量表(HRSD)、Beck 抑郁问卷(BDD)、自评抑郁量表(SDS)、自杀态度问卷(QSA)
阿尔茨海默病	长谷川痴呆量表(HDS)、简易精神状态检查(MMSE)、扩充痴呆量表、威斯康星卡片分类测验、Hachinski 缺血指数量表、日常生活能力量表
酒精依赖所致精神和行为障碍	CAGE 筛选问卷、酒精依赖识别测验(AUDIT)、密西根酒精依赖调查表(MAST)
应激相关障碍	PTSD 自评表、临床医师 PTSD 量表(CAPS)、事件影响量表(IES)、创伤期意识分离体验问卷(PDEQ)
心理因素相关生理障碍	自我描述问卷(SDQ)、家庭功能评定量表(FAD)、防御方式问卷(DSQ)、症状自评量表(SCL-90)、睡眠损害量表、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)
儿童精神障碍 (孤独症与多动症)	儿童孤独症评定量表(CARS)、克氏孤独症行为量表(CABS)、孤独症行为量表(ABC)、Conner 儿童行为量表、Achenbach 儿童行为量表(CBCL)
神经症	Marks 恐惧强迫量表(MSCPOR)、神经症筛选表(PSE-9)、症状自评量表(SCL-90)、明尼苏达多项个性调查表(MMPI)、状态-特质焦虑问卷(STAI)

(4) 阅读病历和资料回顾:护士可以阅读患者的既往病历,通过病历快速地掌握患者的精神状况。另外,护士还可以通过患者或其家属提供的书信、日记、笔记等文字资料评估患者的精神状况。当然,其前提是患者必须知情同意。

(5) 全身检查:包括各种辅助检查和实验室化验检查,如胸片、头颅平片、心电图、基础代谢率、脑电图、脑 CT、核磁共振、空腹血糖、脑脊液、血药浓度测定等检查项目。

二、护理诊断

护理诊断(nursing diagnosis)是关于个人、家庭或社区对现存的、潜在的健康问题或生命过程问题所产生的反应的一种临床判断。护理诊断为选择护理措施以达到预期目标提供了基础,有助于护理计划的制订与执行。

1) 护理诊断需要侧重的现象和问题

护理诊断应该结合医疗诊断中明确了的健康问题和疾病状况,并侧重以下现存或潜在的现象和问题:

- (1) 良好健康状态的维持和身心疾病的预防。
- (2) 自我护理能力的缺陷和导致精神抑郁的功能损害。
- (3) 生理、心理、认知方面重要的功能缺陷。
- (4) 疾病、疼痛、残疾带来的应激和危机。
- (5) 自我概念的改变、生长发育问题、生活过程改变。
- (6) 与情绪有关的问题,如焦虑、愤怒、悲伤、孤独等。
- (7) 心理功能改变伴随的生理症状。
- (8) 思维、感知、交流、判断上的变化。
- (9) 与他人相处困难。
- (10) 行为与精神状态表明患者可能伤及自己或他人,或有严重残疾。
- (11) 影响个体、家庭、群体的精神完好状态的因素,如人际关系因素、社会文化因素、环境因素等。
- (12) 症状控制、抗精神病药的不良反应及其他治疗方案的情况。

2) 精神科常用的护理诊断

根据1998年北美护理诊断协会(North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)通过和认可的护理诊断,精神科常用的护理诊断包括以下内容:

- (1) 生活自理能力缺陷,与患者的精神症状及焦虑、紧张的情绪有关。
- (2) 皮肤完整性受损的危险的相关因素如下:
 - ① 皮肤营养不良、干燥、水肿。
 - ② 长期卧床,局部受压过久。
 - ③ 排泄物、分泌物的刺激。
 - ④ 不良的卫生习惯。
- (3) 口腔黏膜改变的相关因素如下:
 - ① 口腔卫生状况不好。
 - ② 口腔黏膜有破损、溃疡。
 - ③ 各种操作不当,如电痉挛治疗时的咬伤、插鼻饲管时的误伤。
- (4) 便秘的相关因素如下:
 - ① 患者饮水、吃蔬菜水果及活动过少。
 - ② 抗精神病药的不良反应。
- (5) 排便失禁的相关因素如下:
 - ① 意识障碍:昏迷、谵妄、脑器质性疾病。
 - ② 痴呆、智能减退、高度兴奋状态。
 - ③ 肛门括约肌病变。

(6) 尿潴留的相关因素如下:

- ① 木僵状态、违拗。
- ② 排尿通路有病变:前列腺肥大、尿路结石。
- ③ 抗精神病药所致的膀胱肌麻痹。

(7) 营养失调,低于机体需要量的相关因素如下:

- ① 拒食、禁食。
- ② 抑郁状态时的食欲差。
- ③ 违拗、不合作。
- ④ 兴奋状态时的消耗过大。
- ⑤ 代谢增高,如腹泻、甲亢。
- ⑥ 神经性厌食症。
- ⑦ 饮食习惯不良。

(8) 营养失调,高于机体需要量的相关因素如下:

- ① 暴饮暴食,如躁狂状态、痴呆。
- ② 活动量少。
- ③ 不良的饮食习惯。
- ④ 内分泌系统功能紊乱。

(9) 吞咽障碍的相关因素如下:

- ① 神经系统疾病。
- ② 意识障碍。
- ③ 抗精神病药的不良反应。
- ④ 口腔及咽部手术或伤口。

(10) 睡眠形态紊乱的相关因素如下:

- ① 不良的生活习惯。
- ② 因环境生疏、噪声等而入睡困难。
- ③ 排尿或排便异常(腹泻、尿频)。
- ④ 躯体不适。
- ⑤ 抑郁或焦虑。

(11) 个人应对无效的相关因素如下:

- ① 环境改变,来到陌生的环境中。
- ② 缺乏家庭支持或社会支持。

(12) 不合作的相关因素如下:

- ① 无自知力。
- ② 有严重的药物不良反应。
- ③ 受精神症状的影响,如被害妄想、情感低落、违拗等。
- ④ 健康信念与医务人员的建议发生冲突。

(13) 自我护理能力缺陷的相关因素如下:

- ① 各种木僵或亚木僵状态。
- ② 脑器质性精神障碍,如痴呆。
- ③ 抑郁或焦虑。

(14) 保持健康能力改变的相关因素如下:

- ① 躯体疾病造成的感知受损、思维过程改变、沟通障碍。
- ② 个人应对无效、缺乏与所患疾病相关的知识。

(15) 语言沟通障碍。

(16) 社交孤立。

(17) 自尊紊乱。

(18) 绝望。

(19) 无能为力。

(20) 思维过程改变,与部分精神障碍的临床表现有关,如精神分裂症的思维破裂,脑器质性精神障碍的谵妄状态、痴呆综合征,重度抑郁发展的思维迟缓,躁狂发作的思维奔逸等。

(21) 有发生暴力行为的危险,对自己或他人。相关因素如下:

① 无自知力,拒绝合作。

② 受精神症状的影响,如被害妄想、命令性或评论性幻听、恐怖的幻视或错视、情感高涨、易激惹、情感爆发等。

③ 严重的抑郁。

④ 既往有暴力行为史。

⑤ 物质依赖。

⑥ 感觉受到歧视或冷漠对待。

⑦ 需求未被满足或被忽视。

(22) 焦虑。

(23) 恐惧。

(24) 父母角色冲突。

(25) 性生活形态改变。

(26) 自我形象紊乱。

三、护理计划

护理计划是针对护理诊断而制定的护理目标及护理措施。护理计划是对患者实施护理的指南,是针对护理诊断找出预防、减轻或解决患者的问题的措施。制订护理计划的目的是使患者得到个体化的护理,保持护理工作的连续性,促进医护沟通和利于评价。

1. 护理目标的制定

护理目标是理想的护理结果。护理目标具有以下特点:以患者为中心,反映患者的行为;在现实中能够达到;可观察和测量,有具体的检测标准;有时间限度;由护患双方共同制定。护理目标有远期和近期之分,远期目标范围广泛,需要较长的时间才能实现;近期目标是具体需要解决的主要问题或达到远期目标的“台阶”,最终实现远期目标。

2. 护理措施的制定

护理措施是护士为患者提供的护理工作项目和具体实施方法,是为协助患者达到护理目标的具体活动内容,这些措施又称护嘱。护嘱的构成要素包括日期与时间、行为动词、具体内容和方法、制定者签名。

护理措施的制定应注意以下几个方面:

(1) 针对性:护理措施应针对护理目标制定,实现一个护理目标须采取几项有效的措施。

(2) 可行性:护理措施要切实可行,要结合患者的具体情况,包括护理人员的配置、专业技能及当前的医疗设备等情况。

- (3) 安全性:护理措施的制定必须以患者的安全为基础,确保患者的人身安全。
- (4) 配合性:有些护理措施涉及医生、营养师及患者等的合作,护士应与相关人员协商达成一致意见。
- (5) 科学性:护理措施应具有科学依据,须基于护理学及相关学科的理论基础之上。

四、护理评价

护理评价是有计划地、系统地将患者的健康现状与预期护理目标进行比较的活动。

(1) 护理评价可对护理措施实施后患者的反应进行评价,将患者的健康现状与护理目标进行比较,评价护理目标是否实现。护理目标是否实现分为目标完全实现、目标部分实现和目标未实现3种情况。

(2) 复审护理计划,探讨护理目标部分实现或未实现的原因,如护理诊断是否正确、护理目标是否可行、护理措施是否适当及是否按计划落实等。

(3) 再次评估患者的健康问题,修订护理诊断,制订新的护理计划。

五、精神障碍患者常见的护理问题及对策

这里将着重围绕精神障碍患者的基本生理需要介绍护理计划的制订思路、护理措施,以及护理措施实施后的评价。

1. 与个人卫生相关的护理问题

1) 概述

有些精神障碍患者受症状支配,常处于淡漠、活动减少或高度兴奋、躁动、意识不清等状态,以致生活没有规律,不能自理,不知清洁,机体抵抗力下降,容易并发各种躯体疾病。因此,做好精神障碍患者的日常卫生护理工作不仅是护理工作的重要内容,还对精神疾病的转归的影响很大。因此,护士应使患者保持身体舒适,仪表整洁,周围环境宜人。护士可通过护理操作来维护患者皮肤、毛发、口腔、指甲、会阴的清洁,使患者的皮肤、黏膜保持完好的屏障作用及防御功能。保护这些部位不受损伤可以预防感染及压疮,使患者生活得愉快,增强其应激能力。此外,护士还可以通过护理过程了解患者躯体情况及情绪状态。

护士要对患者进行卫生指导,培养患者良好的卫生习惯。然而,培养精神障碍患者良好的卫生习惯是一件艰苦的工作,护士往往要付出很大的耐心,要花费较多的时间,需要对患者进行反复培养和训练。

2) 护理评估

(1) 口腔卫生方面。

① 护士应注意评估患者的口腔卫生状况,如是否清洁,有无溃疡、感染、口臭、口垢,舌苔是否厚重。

② 护士应注意评估患者的口腔卫生自理能力。

(2) 皮肤卫生方面。

① 护士应注意评估患者的皮肤有无外伤、皮疹、疖肿,以及患者皮肤的营养状况。

② 护士应注意评估患者的皮肤卫生自理能力,有无大小便失禁、出汗过多,有无发生压疮的可能性,能否自行更换体位,骨突部位是否长期受压。

③ 护士应注意评估患者的衣服及床单位是否清洁、平整,能否做到适时更换衣服,做好躯体的保暖与散热。

④ 护士应注意评估患者的皮肤、毛发、指甲、会阴是否清洁卫生,尤其是有无头屑及头虱。

⑤ 护士应注意评估患者的卫生习惯是否良好,以确定是否有必要对其进行卫生宣教及指导。

⑥ 护士应注意评估患者的精神状态,注意患者的生活自理能力如何,是否需要协助和督促。

(3) 女性患者的经期卫生方面。

- ① 护士应注意评估患者月经来潮的时间、量及颜色是否正常。
 - ② 护士应评估患者经期卫生是否能自理,是否会将衣裤弄脏,是否需要经常更换裤子、床单等。
 - ③ 护士应了解患者家属是否经常来探视患者,患者是否有充足的卫生用品。
- (4) 二便卫生方面。
- ① 护士应注意评估患者的二便情况,如排泄习惯是否规律,有无习惯性便秘及腹泻。
 - ② 护士应注意评估患者二便是否能自理,有无随地便溺、失禁,有无二便于裤内及床上等情况。
 - ③ 护士应评估患者服用抗精神病药后是否出现尿潴留及便秘。

3) 护理诊断

(1) 生活自理能力缺陷,与患者的精神症状及焦虑、紧张的情绪有关。

(2) 有皮肤完整性受损的危险,其相关因素如下:

- ① 皮肤营养不良、干燥、水肿。
- ② 长期卧床,局部受压过久。
- ③ 排泄物、分泌物的刺激。
- ④ 不良的卫生习惯。

(3) 口腔黏膜改变,其相关因素如下:

- ① 口腔卫生状况不好。
- ② 口腔黏膜有破损、溃疡。
- ③ 各种操作不当,如电痉挛治疗时的咬伤、插鼻饲管时的误伤。

(4) 便秘,其相关因素如下:

- ① 患者饮水、吃蔬菜水果及活动过少。
- ② 抗精神病药的不良反应。

(5) 排便失禁,其相关因素如下:

- ① 意识障碍:昏迷、谵妄、脑器质性疾病。
- ② 痴呆、智能减退、高度兴奋状态。
- ③ 肛门括约肌病变。

(6) 尿潴留,其相关因素如下:

- ① 木僵状态、违拗。
- ② 排尿通路有病变:前列腺肥大、尿路结石。
- ③ 抗精神病药所致的膀胱肌麻痹。

4) 护理措施与护理评价

(1) 生活自理能力缺陷的护理措施与护理评价。

① 生活自理能力缺陷的护理措施。

a. 护士应做好晨间护理。患者(尤其是兴奋躁动的患者)由于受疾病的影响常常彻夜不眠,身心疲惫,晨间护理可改善患者的血液循环,使患者全身清洁、舒适。护士应督促患者按时起床、洗漱,对生活不能自理者应协助,必要时应做口腔护理。

b. 患者起床后,护士应立即开窗通风,保持室内空气新鲜。

c. 护士应为患者进行湿式扫床,同时检查患者的床铺及床头柜的卫生及安全,及时发现危险品。

d. 晚间睡前,护士应督促或协助患者用热水洗脸、洗脚。

e. 晚9点以后,护士应为病房关大灯、开暗灯、拉上窗帘,为患者创造一个安静、舒适的睡眠环境。

f. 女性患者月经期生活不能自理时,护士应协助或督促患者更换卫生巾,患者床铺可用一次性尿垫保护。护士要保持患者衣裤清洁,必要时帮助更换。护士还要督促患者每晚冲洗会阴,保持清洁。

② 生活自理能力缺陷的护理评价。患者可以自己或在护士的协助下完成个人的生活照料,养成良好的生活习惯。

对生活自理能力缺陷患者的生活护理是护士的重点工作之一,除上述内容外,还应包括在后面论述的皮肤完整性受损的危险、口腔黏膜改变的护理措施,患者的饮食、睡眠、安全护理措施的内容,此处不再重复。

(2) 有皮肤完整性受损危险的护理措施与护理评价。

① 有皮肤完整性受损危险的护理措施。

a. 护士要保持患者床铺平整、清洁、干燥。对大、小便失禁者,护士要随时更换被弄脏的衣物及床单,并用温水洗净患者的局部皮肤。

b. 对卧床患者,护士要定时帮助其翻身,对骨突及发红部位定时做皮肤按摩,以防皮肤受压过久而发生压疮。同时,护士要注意患者的饮食,保证患者的营养摄入。

c. 护士要经常、主动地关心患者的衣着,根据天气帮助患者随时增减衣服,防止其着凉或中暑。必要时电话通知患者家属送来换季的衣服。

d. 对一般患者,护士要帮助其洗澡、更衣、理发、修面、剪指甲,保证患者仪表仪容的清洁整齐。

② 有皮肤完整性受损危险的护理评价。患者无压疮发生,皮肤完整、清洁。

(3) 口腔黏膜改变的护理措施与护理评价。

① 口腔黏膜改变的护理措施。

a. 对一般患者,护士要督促他们晨晚间刷牙,饭后漱口。

b. 对生活不能自理、昏迷的患者,护士要做好晨晚间护理,每天至少做两次口腔护理,以保证患者的口腔清洁卫生。精神障碍患者口腔异味的明显改善是疾病好转的明显标志。

c. 护士要每天督促患者按时喝水、进食,保证患者的营养摄入,改善患者的口腔黏膜的状况。

d. 对有口腔溃疡的患者,护士应给予局部涂抹溃疡软膏;对口唇干裂的患者,护士可以为其涂一些甘油。

② 口腔黏膜改变的护理评价。患者的口腔保持清洁、无异味,有溃疡者在1周内痊愈。

(4) 尿潴留的护理措施与护理评价。

① 尿潴留的护理措施。

a. 患者发生尿潴留时,护士明确排除躯体疾病后给予患者诱导排尿,如采用让患者听流水声、用温水冲洗会阴、在患者下腹放置热水袋、轻轻按摩患者下腹等方法,同时配合语言鼓励和暗示。

b. 护士要注意观察尿潴留患者每天的排尿情况,其尿的颜色及量,准确记录出入量,为其疾病的治疗提供准确的依据。

c. 必要时护士可遵医嘱用药,如给予患者噢吡斯的明口服或新斯的明注射等。

d. 当以上方法均无效时,护士可以给予患者导尿,以解除尿潴留状态。

② 尿潴留的护理评价。护士能及时发现患者出现尿潴留,通过相应的护理措施,患者未再发生尿潴留。

(5) 便秘的护理措施与护理评价。

① 便秘的护理措施。

a. 对服用抗精神病药的患者,护士要掌握患者每天的排便情况;对生活不能自理的或主诉差的患者更应注意这一点,如患者大便的时间、次数、性质和量等。

b. 护士要严格执行常规制度,对三日无大便者应给予缓泻剂或开塞露等,必要时可清洁灌肠。

c. 为了防止患者发生便秘,护士应鼓励患者多饮水、多吃蔬菜水果、多活动,养成按时排便的习惯。

d. 护士要在患者住院期间教会患者预防便秘的方法。

② 便秘的护理评价。患者掌握预防便秘的方法,未再出现便秘问题。

(6) 失禁的护理措施与护理评价。

① 失禁的护理措施。

a. 对失禁患者,护士首先应摸索患者的排便规律,同时加强平时的训练与教育,定时给便盆或督促患者如厕。对失禁患者,良好排便习惯的培养是一项长期而烦琐的工作,因此,护士必须有对患者强烈的爱心和耐心。

b. 对因意识障碍引起的二便失禁的患者,护士应在细致观察的基础上查明原因并报告医生,以及时采取措施,改善患者排便失禁的状态。

c. 在患者发生排便失禁时,护士应及时帮助患者更换被弄脏的衣裤。

② 失禁的护理评价。患者养成定时排便的习惯,保持清洁、无异味。

2. 与饮食相关的护理问题

1) 概述

精神障碍患者的饮食障碍是多种多样的,直接关系到患者的健康、安全和治疗的顺利进行。例如,患者受精神症状的支配,常发生拒食或少食,而患者入量不够就会影响治疗的开展。同时,抗精神病药的不良反应可引起患者出现吞咽困难或噎食;处于极度兴奋状态的患者体力消耗较大,若饮食护理不当,就容易导致患者发生衰竭。因此,加强精神障碍患者的饮食护理至关重要。

2) 护理评估

(1) 护士应注意评估患者能否主动进食;进食的量是否足够,能否满足机体的需要;有无拒食或少食的情况。

(2) 护士应评估患者有无食欲亢进而引起的暴饮暴食、抢吃抢喝的情况。

(3) 护士应评估患者有无因药物不良反应而引起的吞咽困难及发生噎食的可能。

(4) 护士应评估患者有无因精神症状引起的进食障碍,如木僵状态、抑郁状态、焦虑状态、兴奋状态、厌食症、贪食症等。

(5) 护士应注意评估患者有无因躯体疾病而引起的进食困难,如糖尿病、消化系统疾病、肾病、甲亢等。

(6) 护士应注意评估患者有无因害怕体重增加而减少进食的情况。

(7) 护士应注意评估患者有无口腔疾病而影响进食的情况。

(8) 护士应评估患者有无因生活自理能力缺陷而不能自行进食的情况。

(9) 护士应评估患者有无不良的饮食习惯。

(10) 护士应评估患者有无因极度的兴奋躁动而体力消耗过大的情况。

(11) 护士应评估患者有无腹泻、呕吐、大汗、失血、体温升高等情况。

(12) 护士要注意评估当时的天气情况,患者有无因过于炎热而导致体力消耗过大的情况。

(13) 护士应评估患者每天活动量的大小与入量是否成正比。

3) 护理诊断

(1) 营养失调,低于机体需要量,其相关因素如下:

① 拒食、禁食。

② 抑郁状态时的食欲差。

③ 违拗、不合作。

④ 兴奋状态时的消耗过大。

⑤ 代谢增高,如腹泻、甲亢。

⑥ 神经性厌食症。

- ⑦ 饮食习惯不良。
- (2) 营养失调,高于机体需要量,其相关因素如下:
 - ① 暴饮暴食,如躁狂状态、痴呆。
 - ② 活动量少。
 - ③ 不良的饮食习惯。
 - ④ 内分泌系统功能紊乱。
- (3) 吞咽障碍,其相关因素如下:

- ① 神经系统疾病。
- ② 意识障碍。
- ③ 抗精神病药的不良反应。
- ④ 口腔及咽部手术或伤口。

4) 护理措施

合理的饮食可供给机体各种必需的营养成分和热量,维持身体的新陈代谢,增强机体的免疫力,预防疾病,保证精神药物治疗的顺利进行。

(1) 营养失调,低于机体需要量。

① 生活能自理的患者均应采用集体进餐的方式。饭前,护士要将患者的饭菜按份备好,督促患者用流动水洗手。

② 开饭时,护士要巡视病房,使所有患者都能进餐,防止遗漏。护士要观察患者的进餐情况,若发现患者没吃完而中途离位,应查明原因,对症处理,以保证患者的营养摄入。饭菜温度要适宜,防止过热和冷掉。

③ 对需要重点关注的患者,开饭时要有专人照顾,护士应尽量劝导患者自行进食,必要时做好喂饭工作。护士的态度要和蔼可亲,使患者产生信任感。

④ 对不能自行进食的患者,护士应给予其鼻饲或输液,以保证患者的营养和水分摄入。

(2) 营养失调,高于机体需要量。

① 对症状活跃期具有明显暴饮暴食行为的患者,护士要适当限制其入量。在改善患者营养时尤其应注意,必要时可让患者单独在房间里进餐,并限制患者进餐的速度及量。

② 对糖尿病伴发精神障碍而出现进食量过大的患者,护士除要严格限制其入量外,还要对患者进行饮食卫生宣教,使其明白限制食量的重要意义并能够主动配合护理。

(3) 吞咽障碍:患者发生吞咽困难的主要原因为服用抗精神病药而引起严重的锥体外系反应。锥体外系反应可引起患者咽喉肌群共济失调、吞咽肌群反射迟钝而发生吞咽困难,严重者可以使食物阻塞在咽喉部位或误入气管引起窒息。患者发生吞咽困难的次要原因为脑器质性疾病,患者可有吞咽反射迟钝,偶因急躁吞咽而发生噎食。此外,患者做完电痉挛治疗、胰岛素休克治疗,以及抗精神病药物治疗后尚未完全清醒,在意识模糊的情况下仓促进食可导致噎食,而引起窒息。

① 护士应掌握患者的病情及有关药物的不良反应,对平日有吞咽困难倾向者,一方面应及时报告主管医生,给服一些拮抗药物;另一方面,进餐时,护士应守在患者身旁,劝导患者细嚼慢咽或将干粮泡在汤里进食,必要时可让患者进软食或流食。

② 发现患者噎食后,护士应立即使患者停止进食,清除患者口腔内的积食,用力拍打患者后背,协助患者将食物吐出,打通呼吸道。

③ 如果采取以上措施而患者的症状未见缓解,护士应采取海姆利希手法进行紧急抢救。如果患者病情紧急,已经发生窒息,护士应立即使患者就地平卧,肩胛骨下方垫高,使患者头取后仰位,找到患者甲状软骨下缘和环状软骨上缘的中间部位,固定住,用环甲膜穿刺针(粗针头也可)穿刺入1~

2 cm,当听到有气体排出即可,此法可暂时缓解患者的缺氧状态。在上述部位还可以行环甲膜切开术。护士应争分夺秒地积极抢救患者的生命,想方设法取出卡在患者咽喉部的食物,从根本上缓解窒息。

护士要根据患者的病情给予对症抢救措施,如果患者发生心脏停搏则应采取心肺复苏术,并注射呼吸兴奋剂,同时给氧。因为此时患者的情况十分危急,抢救过程要争分夺秒,医护配合要默契,正确判断病情,措施得力,争取挽救患者的生命。

5) 护理评价

- (1) 护士应评价患者的食欲是否改善,摄入营养是否充足。
- (2) 护士应评价患者有无暴饮暴食行为发生,活动量是否增多,是否养成了良好的饮食习惯。
- (3) 护士应评价患者的吞咽障碍情况是否得到改善,有无吞咽困难或噎食情况发生。

3. 与睡眠相关的护理问题

1) 概述

睡眠是大脑皮质的保护性抑制过程。睡眠和觉醒是生命活动所必需的两个相互转化的生理过程。机体可在觉醒状态下进行各种活动。当工作量超过大脑皮质细胞耐受时,人们就会感到疲乏而出现抑制过程——睡眠。通过睡眠,大脑皮质细胞可以获得完全的休息,恢复工作能力。人们觉醒时会觉得精力充沛,处于良好的精神状态。对精神障碍患者来讲,睡眠质量的好坏常预示着病情的好转、波动及恶化。良好的睡眠可促使患者的病情恢复。严重的失眠可使患者出现焦虑、烦躁、情绪低落,很多意外由此而生。

由此可见,良好的睡眠对精神障碍患者的治疗与康复十分重要。精神障碍患者产生睡眠障碍的原因有很多,如果患者兴奋、躁动、紧张、恐惧、焦虑、抑郁、心情不快,以及有各种思想顾虑、躯体不适,对环境不习惯等,均可影响睡眠质量。睡眠障碍的主要表现为入睡困难、睡眠不深、早醒、难于入睡又易于早醒及睡眠规律倒置。

2) 护理评估

- (1) 护士应注意评估患者以往的睡眠情况,如有无睡眠障碍、是否需要服用药物保证睡眠。
- (2) 护士应注意评估患者产生睡眠障碍的原因。
- (3) 护士应注意评估环境因素,如患者对环境感到陌生、噪声、寒冷、炎热、不舒适等是否会对患者的睡眠产生影响。
- (4) 护士应注意评估患者睡眠前有无不良的生活习惯,如饮浓茶、咖啡、可乐,或看过于刺激的书、电视、电影、光盘等,使患者兴奋而难以入睡。
- (5) 护士应注意评估患者近期的病情是否有波动,而连带影响患者的睡眠。
- (6) 护士要评估患者有无镇静催眠类药物依赖。
- (7) 护士要评估患者有无影响睡眠的躯体疾病,如疼痛、缺氧、躯体不适等。
- (8) 护士应注意评估患者是否会因抑郁和焦虑情绪而失眠。
- (9) 护士要评估患者有无排尿或排便异常,如腹泻、尿频而影响睡眠。

3) 护理诊断

与睡眠相关的护理诊断主要为睡眠形态紊乱,其相关因素如下:

- (1) 不良的生活习惯。
- (2) 因环境生疏、噪声等而入睡困难。
- (3) 排尿或排便异常(腹泻、尿频)。
- (4) 躯体不适。
- (5) 抑郁或焦虑情绪。

4) 护理措施

- (1) 护士应嘱患者规律作息時間,住院患者白天尽量参加各种形式的工娱疗活动,减少卧床時間。
- (2) 护士应嘱患者晚间入睡前用温热水泡脚,不看有刺激性内容的书及电视节目等,不进行激烈的争论和能引起情绪激动的活动,注意不要饮用可引起兴奋的饮品。
- (3) 护士要为患者创造良好的入睡条件,病室空气要新鲜,温度要适宜,周围环境要安静。病房要关亮灯开暗灯,挂窗帘,避免强光刺激患者。
- (4) 对因环境陌生而情绪紧张的患者,护士要多安慰患者,稳定患者情绪,促进其睡眠。
- (5) 对心因因素引起失眠的患者,护士应详细了解情况,加强心理护理,诱导患者入眠。
- (6) 对有躯体不适的患者,护士要及时查明原因,给予对症处理,使患者能够很快入睡。
- (7) 对兴奋躁动的患者,在患者集体入睡前,护士应给予其恰当的药物,以防干扰其他患者。
- (8) 对严重失眠、诱导无效的患者,护士可给予其药物辅助入睡,并密切观察给药后的效果及药物不良反应。
- (9) 夜间巡回护理要有重点,若患者卧床辗转反侧、唉声叹气或多次起床活动,往往提示有睡眠障碍,护士应查明原因,恰当处理。护士要特别注意不可让患者蒙头睡觉,要善于发现患者伪装入睡,以防发生意外。
- (10) 护士应熟悉常用镇静催眠药的药理知识与种类,临床应用以催眠作用强、显效时间快、容易排泄和破坏、不良反应小、不易成瘾且价廉的药物为宜。
- (11) 护士应避免患者在短时间内多次服用镇静催眠药,给药后要及時、准确地记录,并注意观察患者有无药物过量引起的不良反应。

5) 护理评价

护士应评价患者是否养成了良好的睡眠习惯,躯体疾病是否好转,排尿或排便异常是否得到纠正,抑郁或焦虑情绪是否缓解;病房或家庭居住环境是否得到改善,影响患者入睡的噪声是否消失。

第三节 精神障碍的护理记录

护理记录是指患者入院至出院期间,护士按照护理程序及遵照医嘱,对患者实施整体护理过程的客观、真实、动态的记录。

一、精神障碍护理记录的作用

护理记录是患者疾病状态的真实记载,是护理工作的重要环节。完整的护理记录有助于疾病的诊断、治疗和判断疗效,并能动态地观察患者的心理变化,发现其心理问题。护理记录能协助护士确立护理问题及拟订护理计划,并能提出护理要求,使护理工作彼此协调。

同时,护理记录积累的臨床资料可作为精神科护理科研及统计资料使用。真实的护理记录可以作为法律证明文件。高水平的护理记录也可反映医院的整体护理水平。

二、精神障碍护理记录的方式与内容

1. 护理记录的方式

护理记录的方式可以分为表格式的护理记录、文字描述的护理记录及表格与文字描述结合的护