

既往研究发现,PSD 患者的焦虑、躯体化症状表现突出,因此,在 PSD 患者发病急性期,心理干预着重于及时解除其紧张、恐惧及焦虑情绪,在支持性心理治疗基础上,建立良好的护患关系,在运用认知疗法进行心理护理时,护士应具有良好的洞察力和客观分析、解释问题的能力。针对轻度 PSD 患者,早期心理干预往往能取得良好效果;中度 PSD 患者,大多伴有语言功能障碍,对治疗持怀疑态度,更应注重与患者的语言交流,引导与鼓励患者,提高自信心;重度 PSD 患者,需要专业心理辅导师进行专业疏导,并加强抗抑郁剂的治疗。伴有认知功能损害的 PSD 患者,通常抗抑郁治疗疗效较差,部分患者甚至发展为痴呆,故对于 PSD 患者要尽早的进行心理干预。

疏肝解郁胶囊是中医专家论证组方,由贯叶金丝桃和刺五加两味药物组成的纯中药复合制剂,两药合用具有疏肝解郁,健脾安神功效,其可能的抗抑郁机制为抑制中枢的 5-HT、DA 和 NE 等神经递质的再摄取,使突触间隙的单胺递质浓度升高以及对单胺氧化酶的抑制作用而产生抗抑郁效果。有文献报道,轻、中度抑郁患者使用疏肝解郁胶囊与新型抗抑郁剂艾司西酞普兰治疗疗效相当<sup>[12]</sup>。

因此,对于合并躯体疾病的老年抑郁症患者,心理护理干预联合疏肝解郁胶囊治疗疗效好,安全性高,患者依从性好。

参考文献:

[1] 杨润芳. 心理护理对脑卒中后抑郁症影响程度分析[J]. 中国实用医药,2010,5(9):174-175.  
[2] 范继关,赵福云,孔媛. 心理护理对脑卒中后抑郁患者康复的影响[J]. 四川精神卫生,2008,21(1):52-53.  
[3] 成雅琴. 心理护理干预配合药物对脑卒中后抑郁症的疗效观察[J]. 全科护理,2008,7(5):350,354.

[4] 马海玉. 对脑卒中后抑郁症患者心理护理的疗效分析[J]. 当代医学,2010,16(15):108.  
[5] 昌菁,袁惠敏,杨卫红,等. 老年心力衰竭合并抑郁症中西药抗抑郁治疗研究[J]. 精神医学杂志,2102,25(3):179-181.  
[6] 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:60.  
[7] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 湖南:湖南科学技术出版社,1998:121-126.  
[8] 王夫侠,何梅,冯慧. 脑卒中后抑郁症相关因素及心理护理[J]. 齐鲁护理杂志,2000,6(5):377.  
[9] Flaster M,Sharma A,Rao M. Poststroke depression:a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery [J]. Top Stroke RehabilActa Med Port,2013,20(2):139-150.  
[10] Camões Barbosa A,Sequeira Medeiros L,Duarte N,et al. Predictors of poststroke depression:a retrospective study in a rehabilitation unit [J]. Acta Med Port,2011,Suppl 2: 175-180.  
[11] 张菊芳. 心理护理在脑卒中后抑郁症治疗中的积极作用[J]. 河南实用神经疾病杂志,2004,7(3):26-27.  
[12] 张福坚. 疏肝解郁胶囊与艾司西酞普兰治疗抑郁症对照研究[J]. 中国中医药咨讯,2011,3(6):10-11.

(收稿日期:2013-10-10 修回日期:2013-12-17)

护理干预对开放病房中精神病患者走失的影响

姜森林,张 宁,许云华<sup>△</sup>

(重庆三峡中心医院平湖分院综合办公室,重庆万州 404000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.04.016 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)04-0420-02

患者出走属于精神科重要危急事件。精神障碍患者的出走不仅会使治疗中断,而且还有可能导致走失、自伤、他伤、伤害他人或其他多种严重后果,极易导致医患纠纷。精神科病房实施开放式管理可以减少患者的不良心理反应、提高临床疗效、改善社会功能、提高生活质量,但开放式病房患者出走更便利,防范更困难,因此必须引起高度重视<sup>[1]</sup>。本研究通过对此类患者进行了护理干预,有效地降低了患者走失的发生率,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1~10 月、2012 年 1~10 月,本院早期心理卫生干预科(开放式精神科病房)分别收住精神病患者 194 例、238 例,均符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)诊断标准<sup>[2]</sup>,患者年龄 15~59 岁,平均 37 岁,能配合完成心理护理与健康指导等。两组病例基本情况比较见表 1。两组病例基本情况差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 方法

1.2.1 一般干预方法 (1)改善环境。护理部与病区认真调

研,向医院申请改进加固了病区阳台防盗网,安装病区铁门(患者出入病区的惟一通道),相对保证了病区安全。要求患者统一着病员服,便于患者出入病区时辨认。(2)完善制度和措施,健全而完善的制度是降低医疗护理风险系数,保障患者和医护人员人身安全的基本保证<sup>[3]</sup>。根据开放病房特点,在原有精神科规章制度的基础上制定了《精神科开放式病区管理规范》、《病区陪护与探视制度》、《患者作息制度》、《患者出入登记制度》、《患者出入医院大门请假制度》及《护理应急预案》;成立以护士长为组长的病区护理风险管理小组,及时评估本单元医疗护理风险的相关因素,每月召开 1 次安全教育会议;同时优化精神科护理记事栏,改善目视化管理效果,一目了然地了解和记忆患者的综合信息,提高护理人员的工作效率<sup>[4]</sup>。(3)加强护士责任心、慎独修养及病区重点时段管理。精神科护理中强调工作的预见性,要求准确、全面地评估患者的病情,密切观察其言行,判断患者有无发生自杀、走失、攻击和暴力行为等危险信号,并采取有效的干预措施<sup>[5]</sup>。同时只有强化护士的慎独修

表 1 2011、2012 年病例基本情况比较[n( % )]

组别	n	男	女	精神分裂症	双相情感障碍	抑郁症	其他	行无抽搐电休克
2011 年	194	88	106	110(56. 7)	35(18. 0)	19(9. 8)	30(15. 5)	98(50. 5)
2012 年	238	109	129	143(60. 1)	38(1. 06)	19(7. 9)	38(16. 0)	115(48. 3)

养,才能杜绝和减少差错事故的发生,也是提高护理质量、保障护理安全的重要手段<sup>[6]</sup>。为此,病区强调护士责任心教育及慎独修养,要求认真履行岗位职责,尤其做好晨间、午间、夜间及交接班时段病区管理,加强重点时段护理人力配置及加强患者家属/陪护对患者的照护,以及时发现安全隐患并采取有效的干预。(4)重视对患者及陪护的健康教育。在开放病房中,护士不但要做好对患者的健康教育,还应对家属做好各项告知义务。同时加强健康教育,宣传精神心理卫生知识,告知注意事项,能有效提高患者及家属的遵医行为<sup>[7]</sup>。为此,病区对精神科住院患者不安全因素进行评估,通过建立安全等级帮助医护人员识别高危患者<sup>[8]</sup>,加强高风险患者家属/陪护的教育指导,增强家属/陪护责任意识,并签署《入院责任告知书》,对不适宜入住开放病区的患者,向医生建议收住封闭式病区;住院期间定期召开病员工休座谈会及家属课堂,提高家属对精神疾病知识的了解,密切护患关系<sup>[9]</sup>,同时注意观察患者病情变化,对有走失高风险且家属/陪护照护不力者,向医生建议将患者转入封闭式病区治疗,降低医疗风险。(5)开展形式多样的娱乐活动。病区每日上下午由娱疗护士带领患者做保健操及进行社会功能锻炼,每周五举办由护士、患者及其家属参加的工休联欢会,节目灵活多样,不求艺术标准,以趣味性为主,如卡拉OK、打乒乓球、打羽毛球、做游戏等,以丰富患者的文化生活,改善患者的情绪,调动患者的主观能动性,让患者树立起战胜疾病、重新生活的信心。(6)心理护理。在做好精神科疾病治疗的基础上,也要将护理心理学运用到精神科中,这在预防护理安全中也起到不容忽视的作用。同时坚持以人为本的观点,真正了解临床情况,体察患者的情感,针对患者实际需要,提供个体的护理服务,把爱心和真诚融入护理工作中,使患者感受到人性关怀的温暖,以获得单纯的医疗所达不到的满足感和安全感<sup>[10]</sup>。护理人员经常深入病房与患者谈心,了解和掌握他们的心理变化,对有出走企图的患者做到心中有数,了解其出走的想法和原因,并给予安慰和劝导,严重者给予心理治疗和针对性地调整治疗方案,有效减少了走失的发生。

1. 2. 2 护理不良事件的管理 护理不良事件是指患者在医院就诊、治疗期间发生的跌倒、走失、用药错误、误吸或窒息、烫伤以及其他与患者安全相关、非正常的护理意外事件<sup>[11]</sup>。精神科护理不良事件主动上报的应用,可以提高精神科护士识别护理风险的能力和防范能力,减少患者意外事件的发生,提高护理质量,提高患者及家属对护理工作的满意度。因此,护理部制作全院统一的护理不良事件报告表,记录项目包括:发生日期、时间、患者基本情况、不良事件的分类(含走失等)、发生问题的经过、引起不良事件的原因等。通过定期分析精神科护理过程中存在的安全隐患,采取有效的管理对策,有效避免及减少了走失等安全事故的发生,很大程度上保障患者的安全<sup>[12]</sup>。

2 结 果

两组比较,2012 年走失病例 8 例及走失率 3. 36%较 2011 年走失病例 16 例及走失率 8. 25%明显下降,差异有统计学意义( $\chi^2=4. 863, P=0. 027$ )。2011、2012 年两组走失病例比较

情况见表 2。

表 2 两组走失病例比较[n( % )]

时间	走失例数	抑郁症	入院 1~2 周	恢复期患者	行无抽搐电休克治疗
2011 年	16	6(37. 5)	5(31. 3)	3(18. 7)	2(12. 5)
2012 年	8	3(37. 5)	3(37. 5)	2(25. 0)	0(0. 0)

3 讨 论

在预防开放精神病患者走失的管理过程中,对患者入院、住院过程中进行走失风险评估,使管理者掌握了工作中的重点,做到有的放矢;同时通过完善制度和措施、改善病区环境、加强护士责任心、慎独修养及病区重点时段管理、重视对患者及陪护的健康教育、加强患者心理护理等,可防范及减少患者走失的发生。

但开放病房精神病患者走失防不胜防,在防范患者走失的问题上尚需医生、护士、患者和家属/陪护的通力合作,仍需进一步深入研究。

参考文献:

[1] 杨苏萍. 精神科开放病房的患者出走原因分析及防范措施[J]. 护理管理杂志,2008,8(1):37-38,40.

[2] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:54-55.

[3] 周芙蓉. 精神科开放病房中的风险管理及体会[J]. 护理与康复,2009,8(8):701-702.

[4] 陈静. 精神科护理记事栏的优化与应用[J]. 护理学杂志,2011,26(9):41-42.

[5] 刘理燕. 从 2 例纠纷案例谈精神科护理中潜在的法律问题与管理对策[J]. 中国实用护理杂志,2007,23(11):67-68.

[6] 梁小微. 浅析“慎独”与精神科护理安全管理[J]. 中外健康文摘,2010(19):326.

[7] 乔桂杰. 精神科安全隐患探讨及如何运用心理学到精神科护理当中[J]. 中国实用医药,2012,7(4):253-254.

[8] 魏立艳. 在精神科建立护理安全等级的思考[J]. 护理管理杂志,2011,10(11):764-765.

[9] 胡玉珍. 家属课堂在精神科开发病房中的应用及效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(25):128-129.

[10] 姚华华. 人文关怀在精神科护理中的实施及效果[J]. 中国全科医学,2008,11(5A):795-796.

[11] 安春梅. 护理不良事件主动上报在精神科的应用及效果观察[J]. 精神医学杂志,2011,24(2):131-133.

[12] 潘红红. 精神科护理安全隐患及其管理对策[J]. 求医问药,2011,9(10):411-412.