第十章　神经症性障碍患者的护理

学习目标

通过本章内容的学习，学生应能：

◈ 识记

描述神经症性障碍的共同特征。

◈ 理解

1．比较神经症性障碍各类型的临床表现。

2．解释神经症性障碍的治疗方法。

◈ 运用

1．评估神经症性障碍患者并提出护理问题。

2．制订神经症性障碍患者的护理措施。

第一节　概　述

神经症性障碍（neurotic disorders），是一组有一定人格基础，起病常受心理社会因素影响，主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病症状或各种躯体不适感症状的精神障碍的总称。随着神经科学的发展和对这组疾病认识的不断深化，“神经症性障碍”的概念变得更加科学和具体。ICD-10（1992）对神经症性障碍进行了编码，其与本教材的分类条目对比，见表10-1。

表10-1　神经症性障碍在ICD-10中的编码和对应章节

	ICD-10分类	本教材
F40	恐怖性焦虑障碍	恐惧症
F41	其他焦虑障碍	焦虑症
F42	强迫障碍	强迫障碍
F43	严重应激反应及适应障碍	应激相关障碍
F44	分离（转换）性障碍	分离性障碍
F45	躯体形式障碍	躯体形式障碍
F48	其他神经症性障碍	神经衰弱

知识链接

神经症性障碍概念的变迁

神经症性障碍是一个不断变革的概念。18世纪苏格兰医生William Cullen（1710—1790年）首次采用神经症（neurosis）这一术语来描述“没有发热和局部病变的感觉和运动病”。随后其他学者勾勒出神经症的现代概念，即一种非致死的、非精神病性的障碍。从19世纪末到20世纪中期，学者开始认为神经症是一种心因性障碍。随着精神分析等各种心理学和精神病理学发展，神经症是一种精神障碍的观念也被接受，抗精神病药、抗焦虑药和抗抑郁药在临床上开始广泛使用。1978年，ICD-9将神经症定义为“一种非器质性精神障碍”，得到世界卫生组织的认可。其主要包括：歇斯底里（癔症）、焦虑症、恐惧症、强迫障碍、疑病症、抑郁性神经症、人格解体神经症、神经衰弱等。美国精神疾病分类标准从DSM-Ⅲ开始就抛弃了“神经症”这一术语，DSM-Ⅲ-R（1987年）和DSM-IV（1994年）亦未再提及“神经症”一词。ICD-10（1992年）也未对神经症给出任何总的描述性定义，只是把F40 ~ F48的标题列为“神经症性、应激相关的及躯体形式障碍（neurotic，stress-related and somatoform disorders）”。

神经症性障碍各类型有着各自不同的病因、发病机制、临床表现、治疗及病程与预后，但研究发现，神经症性障碍仍有不少共同之处而使其有别于其他的精神障碍。

1. 一般没有明显或持续的精神病性症状　神经症性障碍的精神症状主要表现为情感障碍，如焦虑、抑郁、恐惧、紧张、易激惹等。明显或持续的精神病性症状如妄想、幻觉、思维障碍等罕见，也罕见行为怪异。极少数患者可能出现牵连观念、幻听、行为古怪等症状，持续时间多短暂。心理学上的合理解释是为了缓解焦虑。

2. 症状没有相应的器质性病变基础　神经症性障碍症状的产生是“功能性的”，依目前的诊疗手段和技术，还未能发现肯定的、相应的病理学和组织形态学变化，患者的精神症状及躯体不适没有器质性病变基础。

3. 自知力良好，对疾病体验痛苦　多数神经症性障碍患者在疾病的发作期均保持较好的自知力，现实检验能力通常不受损害，患者不仅能识别自己的精神状态是否正常，也能判断自身体验中哪些属于病态。患者常对病态体验有痛苦感，进而寻求治疗。

4. 社会功能相对完好　多数神经症性障碍患者在疾病发作期，生活能自理，能勉强坚持工作或学习，其言行通常都保持在社会规范所允许的范围内，社会功能只能是相对完好，但工作、学习效率和适应能力均有不同程度的减退。

5. 起病与患者心理社会因素和个性特征有关　许多研究表明，神经症性障碍患者在病前较他人遭受更多的应激性生活事件，主要以家庭、工作、人际关系、婚姻与性关系等方面的问题多见。患者的个性特征在一定程度上决定着个体罹患神经症的难易程度。如巴甫洛夫认为，神经类型为弱型或强而不均衡型者易患神经症；Eysenck等认为，个性古板、严肃、多愁善感、焦虑、悲观、保守、敏感、孤僻的人易患神经症。另外，不同的个性特征可能与所患的神经症亚型有关。如有强迫型人格特征者易患强迫症，有表演型人格特征者易患癔症，有A型行为倾向者易患焦虑症等，而临床上也的确难以见到有表演型性格特征者罹患强迫症的情况。

第二节　神经症性障碍临床特点

一、恐惧症

恐惧症（phobia）原称恐怖性神经症，以过分和不合理地惧怕外界某种客观事物或情境为主要表现，患者明知这种恐惧反应是过分的或不合理的，但仍反复出现，难以控制。恐惧发作时常伴有明显的焦虑和自主神经紊乱的症状，患者会极力回避导致恐惧的客观事物或情境，或是带着畏惧去忍受，因而影响正常生活。恐惧症患者恐惧的对象多达数百种，通常将其归纳为三种类型，即：广场恐惧、社交焦虑障碍和特定恐惧。恐惧症患病人群中，女性是男性的 2 倍多，患者很少寻求治疗。

恐惧症的病因与遗传因素、心理社会因素、神经生物学因素有关。精神分析理论认为特定恐惧是被压抑的潜意识冲突投射或被置换到一个物体并固定下来，患者可以通过回避来避免焦虑。行为学理论则认为特定恐惧是恐惧的物体和创伤性经历结合而获得的条件反射。神经生物学对特定恐惧的研究认为生物进化过程中杏仁核对恐惧物体进行记忆编码及表达。

1. 广场恐惧症（agoraphobia） 主要表现为患者害怕处于拥挤、密闭、窘迫或无助的环境。这些环境包括乘坐公共交通工具（公交车、地铁、火车、飞机），在剧院、商场、电梯、饭店、车站等公共场所，在广场、山谷等空旷地方等。患者在这些自认为难以逃离、无法获得帮助的环境中恐惧不安，因而回避这些环境，害怕没有人陪伴离家，甚至可能完全不能离家，也害怕独自在家。患者的恐惧表现为焦虑不安，患者常常有期待性焦虑，持续地恐惧下一次发作的可能场合和后果。

2. 社交焦虑障碍（social anxiety disorder，SAD） 又称社交恐惧症（social phobia），其核心症状是显著而持续地害怕在公众面前可能出现羞辱和尴尬的社交行为，担心别人会负性评价自己的社交行为，并在相应的社交场合持续紧张或恐惧，在别人有意或无意的注视下，患者很不自然，表现为出汗、脸红和口干，不敢抬头、不敢与他人对视，甚至觉得无地自容。尽管患者意识到这种紧张和恐惧是不合理的，但仍然设法回避相关的社交场合。对必须参加的社交充满期待性焦虑，并承受着强烈的焦虑和痛苦来经历必需的社交活动。一部分患者可能通过物质滥用来缓解焦虑而最终导致物质依赖，特别是酒精依赖。这些回避行为严重影响患者的生活、工作和社会关系，在极端情形下可导致自我社会隔离。

3. 特定恐惧（simple phobia） 指患者的恐惧局限于特定的个体、场景或活动。害怕的对象可以是动物（昆虫、爬行类），特定自然环境（黑暗、高处、雷鸣），场景（密闭空间、电梯、飞行），驾驶，被注射，感染某种疾病（艾滋病）等。患者通常害怕的不是物体或场景本身，而是随之可能带来的后果，如恐惧蛇是害怕被咬伤，恐惧驾驶是害怕交通事故。这些恐惧是过分、不合理和持久的。尽管患者承认这些对象没什么可怕的，但恐惧并没有减少。患者主要表现为面对恐惧刺激的预期焦虑，面对时的恐惧以及减少焦虑的回避行为。特定恐惧一般在童年或成年早期就出现，如果不加以治疗，可以持续数十年。对恐惧情境的害怕一般稳定存在，导致功能残缺的程度取决于患者对恐惧情境的回避程度。

二、焦虑症

焦虑症（anxiety）是以广泛和持续性焦虑或反复发作的惊恐不安为主要特征的神经症性障碍。患者以焦虑情绪体验为主要特征，表现为无明确客观对象的紧张担心，坐立不安，伴有心悸、胸闷、呼吸困难、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状。焦虑症分为慢性焦虑障碍（广泛性焦虑障碍）和急性焦虑障碍（惊恐障碍）两种形式。

焦虑症的病因与遗传因素、心理社会因素、神经生物学因素有关。精神分析家认为焦虑症是个体害怕潜意识的冲动影响现实生活，行为主义理论认为焦虑症是对某些环境刺激的恐惧而形成的一种条件反射。

案例 10–1

李某，女，32 岁，小学教师，因“着急、胡思乱想、心烦、失眠 3 个月”就诊。患者于半年前因小孩肺炎、母亲脑梗死病危住院而着急，心情苦闷，胡思乱想，逐渐感到胸闷，心悸，出汗。此时尚能工作。1 个月后虽然其孩子及母亲的病已痊愈，患者仍经常出现心悸、焦虑不安，但说不出具体什么原因。某日丈夫说她的脸变老了，患者担心丈夫为此会嫌弃她而离婚。尽管其丈夫向其保证，绝不可能，但患者仍担心，焦虑不安。整日搓手顿足，坐立不安；常常难以入睡、睡中易惊醒；注意力难以集中；严重影响其工作和生活。3 个月前曾到某医院治疗，但效果不理想。

问题与思考：

1．该患者护理评估内容有哪些？

2．该患者主要护理问题有哪些？

1. 惊恐障碍（panic disorder，PD） 又称急性焦虑障碍，是突然发作的、不可预测的、反复出现的、强烈的惊恐体验，伴以强烈的濒死感、失控感、恐惧感。患者在无特殊的恐惧处境时突然感到突如其来的恐惧、紧张、害怕，甚至惊恐，同时伴有严重的自主功能紊乱症状，如心悸、胸闷、出汗、呼吸困难、喉头堵塞、震颤等。患者害怕产生不幸后果而出现惊恐发作（panic attacks），部分患者可有人格或现实解体。此种发作历时很短，一般 5 ～ 20min，症状可自行缓解，但不久可突然再发。患者在发作间歇期，常担心再次发病和（或）得不到帮助，因而惴惴不安，出现预期焦虑，不过此时焦虑体验不再突出，代之以虚弱无力。60% 的患者对再次发作有持续性的焦虑和关注，害怕发作产生不幸后果，因而出现回避行为，如不愿单独出门，不愿乘车旅行，不愿到人多热闹的场所，或出门时要他人陪伴等，继发为广场恐怖症。

2. 广泛性焦虑障碍（general anxiety disorder，GAD） 是一种以焦虑为主要临床表现的精神障碍，精神上过度担心是焦虑症状的核心。患者对未来可能发生的、难以预料的某种危险或不幸事件经常担心。有的患者不能明确意识到担心的对象或内容，而只是一种提心吊胆、惶恐不安的强烈内心体验。患者往往能够认识到这些担忧是过度和不恰当的，但不能控制，因难以忍受而感到痛苦。患者常表现为精神性焦虑和躯体性焦虑，如注意力难以集中，易受干扰；难以入睡、睡中易惊醒；惊跳反应；情绪易激惹；搓手顿足，不能静坐；肌肉紧张，肢体震颤等。患者有显著的自主神经功能紊乱症状，如心动过速、胸闷气短，皮肤潮红、出汗或苍白，恶心、腹痛、腹胀、便秘或腹泻，尿频等症状。患者也常合并抑郁、疲劳、强迫、恐惧、惊恐发作及人格解体等症状。

三、强迫障碍

强迫障碍（obsessive-compulsive disorder，OCD）是以自我强迫观念和强迫行为为基本特征的神经症性障碍。多数患者认为来源于自我的强迫观念和强迫行为是没有必要或异常的，是违反自己意愿的，强迫与反强迫的强烈冲突使患者感到焦虑和痛苦，但无法摆脱。病程迁延患者可表现出仪式行为，以减轻焦虑和精神痛苦，使社会功能严重受损。强迫障碍多发病于青春期，男女患病率相同，患者常有强迫性格。

强迫障碍有遗传倾向，严重的脑外伤、癫痫可伴发强迫症状，影响基底核功能的疾病也可出现强迫症状。精神分析理论认为强迫障碍是强迫性格与焦虑情绪通过防御机制而形成强迫症状；行为主义认为强迫障碍在疾病第一阶段，因减轻由非特异性情景引起焦虑而产生逃避或回避反应，表现为强迫性仪式行为，这是经典条件反射，在疾病第二阶段中强迫行为被强化，并泛化到中性情景中，形成操作性条件反射；认知理论认为强迫障碍患者形成了三个主要的功能失调性信念：责任感和对威胁的过度估计，完美主义和对不确定的无法容忍，重要性和对想法的控制。

案例 10–2

张某，女性，64 岁，从小爱干净，爱整洁，做事谨慎且追求完美，脾气固执，退休在家。于 2003 年“非典”发生后担心空气里有细菌、灰尘而反复吹空气，怕手不干净而反复洗手，家中的物品被接触过后，患者一定要反复擦拭，只要出门回到家就要把全身衣服换掉，并且要反复洗澡，2009 年后发展到要求丈夫换衣服、洗澡等。如果丈夫不这样做，就要对丈夫发脾气。曾在当地医院就诊，诊断为“强迫症”，治疗一年，病情好转，自觉能控制后停药，2011 年病情复发且有加重的趋势，怕脏明显，自己不出门，逐渐发展到不让丈夫出门，女儿送家里的物品，要反复擦拭，逐渐发展到也不让女儿进门，患者每天反复想哪个地方没有洗干净，焦虑明显，每天只睡 4 ~ 5h，早上一起来就拿着抹布反复做卫生。

问题与思考：

该患者护理评估内容有哪些？

多数患者有多种强迫观念和强迫行为，强迫行为是对强迫观念的典型反应。有学者将强迫障碍分为三个亚型：对称 / 收藏型，由对称、节俭的强迫观念和次序、收藏、重复及计数的强迫行为组成；污染 / 检查型，它主要由污染观念及洗涤、检查的强迫行为组成；纯强迫观念型，包括大量的攻击、宗教和性的强迫观念。

1. 强迫观念

（1）强迫思维：强迫思维是以刻板形式反复进入患者头脑中的观念、表象或冲动，令人痛苦，内容常常为暴力、猥亵或无意义。患者往往试图抵制，但不成功。虽然这些思维令人反感且非自愿，但患者认为它是属于自己的。

（2）强迫性穷思竭虑：患者对一些常见的事情、概念或现象反复思考，追问到底，自知毫无意义，但不能自控。如没完没了地对不可能有定论的选择进行近乎哲学层次的思考。如反复思考“究竟是先有鸡还是先有蛋”？

（3）强迫怀疑：患者对自己所做过事情的可靠性表示怀疑，需要反复检查、核对。如门窗是否关好，钱物是否点清等。患者能意识到事情已做好，只是放心不下而反复检查。

（4）强迫联想：患者脑中出现一个观念或看到一句话，便不由自主地联想到意识完全相反的另一个观念或词句。

（5）强迫回忆：患者意识中不由自主地反复呈现出经历过的事情，无法摆脱，感到苦恼。

（6）强迫意向：患者体会到要做某种违背自己意愿的事情强烈的内在冲动，但冲动一般不会转变为行动，因患者知道这种冲动是非理性的、荒谬的，故努力克制，但内心冲动无法摆脱。

2. 强迫动作和行为　常继发于强迫观念，是为减轻强迫观念所致的焦虑而反复出现的刻板行为，这种行为通常被患者认为是无意义或无效的，且反复企图加以抵抗，但还是不由自主地顺应或屈从。主要有以下几种表现：

（1）强迫检查：为减轻强迫怀疑引起的焦虑而采取的措施。常表现为反复检查电插头是否拔掉，门窗、煤气是否关好。严重者检查数十遍还不放心。

（2）强迫洗涤：为消除强迫情绪造成的担心，多源于“怕受污染”这一强迫观念而表现反复洗手、洗衣物、消毒家具等。

（3）强迫性仪式动作：为对抗某种强迫观念所引起的焦虑而逐渐发展起来一套复杂的仪式或程序。如一位学生出现强迫观念时便摇头对抗，初始有效，当摇头不能对抗强迫观念时，就增加一项手拍桌子的动作，此法开始有效，但效力逐渐下降，于是患者又增加一项跺脚的动作以加强对抗。久而久之，患者即发展出一套复杂的仪式化程序：先摇几下头，接着拍几下桌子，然后跺脚。强迫仪式动作可占去一天中的数小时，有时还伴有明显的犹豫不决和行事迟缓。

（4）强迫询问：为了消除疑虑或穷思竭虑给自己带来的焦虑，常反复询问他人（尤其是家人），以获得解释与保证。

3. 回避行为　患者回避触发强迫观念和强迫行为的各种情境。回避可能是强迫障碍最突出的症状。

4. 其他　焦虑常继发于强迫思维和（或）强迫动作，强迫症状加重时常出现抑郁。

四、神经衰弱

神经衰弱（neurasthenia）是指由于长期处于紧张和压力下，出现精神易兴奋和脑力易疲劳现象，常伴有情绪烦恼、易激惹、睡眠障碍、肌肉紧张性疼痛等症状。这些症状不能归于脑、躯体疾病及其他精神疾病。症状时轻时重，波动与心理社会因素有关，病程多迁延。

神经衰弱的表现形式有很大的文化差异，主要表现为两种类型，一种类型是用脑后倍感疲倦，常伴有职业成就或应付日常事务效率一定程度的下降。另一类型是在轻微的体力劳动后即感虚弱和极为疲乏，伴以肌肉疼痛和不能放松。

五、分离（转换）性障碍

分离（转换）性障碍 [dissociative（conversion）disorders] 也称癔症（hysteria）、歇斯底里（hysteria），是一种以解离症状和转换症状为主的精神障碍。正常情况下，一个人对于选择什么记忆和感觉加以即刻注意在相当程度上是有意识地控制的，对于将要进行的运动也能控制。分离（转换）性障碍主要表现为部分或完全丧失了对过去的记忆、身份意识、躯体感觉以及身体运动控制四个方面的正常整合。这种有意识地选择及控制的能力受到损害，有利于患者摆脱困境、发泄压抑的情绪、获取别人的注意和同情或得到支持和补偿，但患者本人可能否认。

案例 10–3

冯某，女，21 岁，大学生，5 天前横穿公路时，一大型货车疾驰而过，差一点发生车祸，当时极度害怕，随即出现双上肢及面部肌肉抽搐，不能发音说话，被送到某医院就诊。体格检查：患者神志清楚，不能发音说话，靠手语、书写进行交流，思路清晰，逻辑正常，阵发性双上肢及面部肌肉抽搐，未发现皮肤、肌肉、骨骼及内脏损伤。神经系统检查和声带检查未发现异常，查颅脑 CT、脑电图、生化等未见异常，肌内注射安定 10 mg 后，抽搐消失，但仍不能发音、不能说话。

问题与思考：

1．该患者护理评估内容有哪些？

2．该患者主要护理问题有哪些？

本病起病前有明显的心理因素，对应激事件的经历和反应是重要因素，其次是幼年的创伤性经历和暗示性、表演性、情感性的人格基础。患者大多为年轻女性，多数学者认为本病在经济水平及文化水平不高的人群中流行，也可在一些人群中（学校）集体发病。一般认为分离（转换）性障碍预后较好，60% ~ 80% 的患者可在一年内自发缓解。

1. 分离性遗忘（dissociative amnesia） 表现为突然遗忘自己重要的事情（姓名、职业、家庭等）。遗忘一般都是围绕创伤性事件，可部分性和选择性遗忘，如意外事故或亲人意外亡故。遗忘的程度和完全性每天有所不同，不同检查者所见也不一样，但总有一个固定的核心内容在醒觉状态下始终不能回忆。遗忘不是由器质性病变所致，范围之广也不能用一般的健忘或疲劳加以解释。

2. 分离性漫游（dissociative fugue） 表现为突然离开日常生活环境到外地旅行。患者往往是离开一个不能耐受的环境，旅行地点可能是以往熟悉或有情感意义的地方。此时患者意识范围缩小，但日常的自我照顾和简单的社交接触（购票、乘车、问路等）依然保持，历时可为几十分钟到几天，清醒之后对病中经过不能完全回忆。

3. 分离性木僵（dissociative stupor） 常在精神创伤之后或被创伤体验所触发，患者出现精神活动的全面抑制，表现为在相当长的时间维持固定的姿势，完全或几乎没有言语及自发且有目的的运动，一般数十分钟后即可自行醒转。

4. 出神与附体（tranre and possession disorders） 表现为暂时性地同时丧失个人身份感和对周围环境的接触意识。指患者的注意和意识仅局限于或集中在密切接触的环境的一两个方面，举动就像是自己被另一种神灵、神或“力量”所代替。出神表现为局限且重复的一系列运动、姿势、发声。处于出神状态的人，如果其身份为神灵、鬼怪、他人或已死去的人所替代，声称自己是某神或已死去的某人在说话，则称为附体状态。出神和附体是不随意的，非己所欲的病理过程。患者对过程有全部或部分遗忘。

5. 分离性运动和感觉障碍（dissociative motor and sensovy disorders） 临床表现复杂多样，主要为运动和感觉功能障碍，体格检查、神经系统检查和实验室检查都不能发现其内脏器官和神经系统有相应的器质性损害，其症状和体征不符合神经系统解剖生理特征。症状在被观察时常常加重，患者对症状的焦虑增加时，症状也趋于加重。

常见的类型有：

（1）分离性运动障碍常有以下几种形式。

肢体瘫痪：表现单瘫、截瘫或瘫痪，伴有肌张力增高或弛缓。肌张力增高者常固定于某种姿势，被动活动时出现明显抵抗。慢性患者可有肢体挛缩或呈现失用性肌萎缩。检查不能发现神经系统损害证据。

肢体震颤、抽动和肌阵挛：表现为肢体粗大颤动或不规则抽动，肌阵挛则为一群肌肉的快速抽动，类似舞蹈样动作。焦虑时症状会加重。

起立不能、步行不能：表现为双下肢可活动，但不能站立，扶起则需人支撑，否则向一侧倾倒，但通常不会跌伤。不能起步行走，或行走时双足并拢，呈雀式跳行，在暗示下，可能随着音乐翩翩起舞。

失声症：表现为想说话，但发不出声音或只能用耳语或嘶哑的声音交谈。检查神经系统和发声器官无器质性病变，也无其他精神病症状存在。

（2）分离性抽搐。也称假性癫痫发作，是一种类似于癫痫发作的状态，但没有相应的电生理改变。常在情绪激动或受到暗示时患者缓慢躺倒，呼之不应，全身僵直，肢体抖动，呼吸时急时停，或撕衣揪发、捶胸咬人，表情痛苦，但无咬破舌头或大小便失禁。数十分钟后症状自行缓解。

（3）分离性感觉障碍。可表现为躯体感觉过敏、感觉缺失、感觉异常、视觉障碍和听觉

障碍。患者躯体感觉异常的区域接近患者关于躯体疾病的概念，而与神经解剖不同，也与客观检查不符。患者有视觉丧失的主诉，但却能保留着完好的活动能力。患者表现为突然听力丧失，但电测听力和听力诱发电位检查正常。

六、躯体形式障碍

躯体形式障碍（somatoform disorder）是以持久地担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症性障碍。患者常以躯体不适反复就医，各种医学检查未发现异常，医生的反复解释仍不能打消其疑虑。由于得不到医生对症状的认可，患者常伴有焦虑或抑郁情绪。

研究表明，本病的发生有明显精神诱发因素，症状的发生和持续与“神经质”的个性特征、不愉快的生活事件、困难或冲突密切相关。临床表现症状复杂多样、反复出现，但未能找到明确的器质性依据。患者常否认心理因素的存在，回避对此类问题的讨论，治疗的依从性差，治疗效果不好，影响医患关系。

案例 10–4

王某，女，65 岁，文盲，家庭妇女。患者既往身体健康，于 1 年前因反复感觉上齿龈部不适而在当地医院行拔牙术，术后仍觉上齿龈部疼痛、刺痒，并觉牙床里有虫子在不停地蠕动，影响患者进食和睡眠。患者用舌头触及齿龈隆起的部分就觉得是虫体，故而反复咀嚼、吐口水，说要把虫子咬死、吐掉，有时甚至用风油精含在口中来驱虫，但均不见效。为此患者感到痛苦不堪，四处求医，曾先后在多家医院行拍片、B 超、脑 MRI 等检查，排除器质性病变，予以消炎、止痛等处理，症状无明显缓解，有强烈的求治欲望。

问题与思考：

1．该患者护理评估内容有哪些？

2．该患者主要护理问题有哪些？

1．躯体化障碍（somatization disorder） 又称 Briquet 综合征，多见于女性，常在成年早期发病。表现为复杂多样、反复出现、查无实据的躯体症状至少两年。常见的症状有胃肠道不适（疼痛、呃逆、恶心、呕吐、反酸等）、异常的皮肤感觉（痒、麻木感、酸痛、刺痛、烧灼感等）、呼吸、循环系统症状（咽喉异物感、胸闷、气短等）以及性及月经方面的症状。患者注意集中于症状本身及其影响，通常存在焦虑和抑郁，拒绝多名医生关于其症状没有躯体疾病解释的忠告与保证，过度使用消除症状药物，部分患者可能出现药物依赖或滥用。病程呈慢性波动性，常伴有社会、人际及家庭行为方面的严重障碍。

2．未分化躯体形式障碍（undifferentiated somatoform disorder） 患者常诉述一种或多种躯体症状，其临床表现类似躯体化障碍，但其症状涉及的部位不如躯体化障碍广泛和丰富，或者不伴发社会和家庭功能损害。病程在半年以上，但不足两年。

3．疑病障碍（hypochondriasis） 表现为患者坚持认为自己可能患有一种或多种严重进行性的躯体疾病，反复求医，对患病的坚信程度以及对症状的侧重，在每次就诊时通常有所不同。患者的症状因得不到相关证据的支持和医生的认可，非常苦恼，常伴明显的抑郁和焦虑，日常的工作和生活受到不同程度的影响。

4．躯体形式的自主神经功能紊乱（somatoform autonomic dysfunction） 本病特征为患者有明确的自主神经兴奋的症状，如脸红、心悸、出汗、颤抖等。经检查并未发现器质性病变，但患者坚持这些症状归咎于某一特定的器官或系统患了严重的疾病，并由此而感到痛苦。

5. 躯体形式的疼痛障碍（somatoform pain disorder） 是一种不能用生理过程或躯体障碍来合理解释的、持续而严重的疼痛。疼痛的部位广泛，性质多样，疼痛部位无相应的器质性变化，疼痛的发生与情绪冲突或心理社会问题有关，病程常迁延并持续 6 个月以上。

6. 其他躯体形式障碍　患者的不适主要集中在身体的特定部位，如局部皮肤的肿胀感、麻木感、蚁行感、麻刺感，心因性瘙痒、斜颈、磨牙等。

第三节　神经症性障碍治疗

神经症性障碍的发生主要与患者的个性特征、心理社会应激因素密切相关，病程迁延且反复，其治疗主要是对症治疗。药物治疗对于控制神经症性症状有效，心理治疗不仅可以帮助患者缓解症状，还可以达到根治的目的。药物治疗与心理治疗联合应用是治疗神经症性障碍的最佳疗法。

一、药物治疗

常用药物是抗焦虑药、抗抑郁药以及促神经代谢药。药物治疗的主要目的是抗焦虑、镇静催眠、抗惊厥、松弛骨骼肌。药物治疗优点是控制靶症状起效较快，有助于缓解症状。但用药前须向患者说明药物起效的时间以及治疗过程中可能出现的不良反应，使其有充分的心理准备，以增加治疗的依从性。

1. 苯二氮䓬类药物　用于各种类型的神经症性障碍患者，应用时根据患者的特点选择药物，如患者存在持续性焦虑和躯体症状时，选择半衰期长的药物，如地西泮；如患者焦虑呈波动性，则选择半衰期短的药物，如劳拉西泮；如患者伴抑郁，则选择阿普唑仑等。苯二氮䓬类治疗开始时可用小剂量，3 ～ 4 天加到治疗量。神经症性障碍患者的症状常因心理社会因素而波动，症状时轻时重，因此，苯二氮䓬类药物控制症状后，不需要长期应用，长期应用也不能预防疾病的复发，且易导致依赖。减药时需缓慢，减药后仍可维持较长时间的疗效。

2. 抗抑郁药　对神经症障碍患者的焦虑、恐惧、惊恐、强迫、疑病和躯体疼痛都有一定疗效。常用的传统抗抑郁药为三环类，如丙米嗪、阿米替林等对广泛性焦虑有较好的疗效。常用的新型抗抑郁药有 5- 羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）、5- 羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）。临床上常用的有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等。

苯二氮䓬类起效快，但长期使用有成瘾性，而抗抑郁药起效较慢、无成瘾性，临床上多在早期将苯二氮䓬类与抗抑郁药物合用。

二、心理治疗

不同的心理学流派对神经症性障碍的发病机制有不同的解释和治疗方法。心理治疗经过临床实践与发展，几经折中，融合成较广泛、综合和实用的模式，不再拘泥于某一流派与方法。同时，一些与治疗流派理论无关的非技术性因素，如社会关系、人际关系、情感因素，包括治疗者对患者的关心，患者对治疗者的信任，患者求治的动机与期待等，在促进疗效方面都有巨大作用。神经症性障碍患者常用的心理治疗方法有：

1. 认知行为疗法　由于神经症性障碍患者有特殊的个体易感素质，非理性或错误认知常导致患者异常情感或行为。认知行为疗法的基本原理是通过改变思维或信念和行为的方法来改变不良认知，达到消除不良情绪和行为的心理治疗方法。它的主要着眼点在患者不合理的认知问题上，通过改变患者对己、对人或对事的看法与态度来改变心理问题。

认知行为疗法对恐惧障碍、焦虑障碍等有较好的效果。认知行为疗法治疗恐惧症时，其基

本原则是消除恐惧对象与焦虑恐惧反应之间的条件性联系，对抗回避反应；并在此过程中改变自己不合理的认知。许多患者在疾病过程中已经学会如何回避让他们产生恐惧的事物而不影响自己的日常社会功能。焦虑性障碍患者对事物的一些歪曲的认知是造成疾病迁延不愈的原因之一。焦虑性障碍患者容易出现两类逻辑错误：其一是过高地估计负性事件出现的可能性，尤其是与自己有关的事件；其二是过分灾难化或戏剧化地想象事件的结果。通过认知行为疗法让患者明白疾病的性质，在焦虑发作时对焦虑体验有正确的认知，避免进一步加重焦虑。

常用的认知行为疗法有系统脱敏疗法、满灌疗法、厌恶疗法、阳性强化方法等。

（1）系统脱敏疗法：基本方法是在患者处于全身放松状态下，使能引起微弱焦虑的刺激在其面前重复出现，达到不再引起患者焦虑时，增加刺激的强度并如法炮制，直至患者焦虑情绪完全消失为止。对于恐惧障碍、强迫障碍、焦虑障碍尤为有效。

（2）满灌疗法：基本方法是将患者直接暴露于引起最强焦虑反应的情景之中，让其体验最大限度的紧张焦虑，随着强烈的心理 - 生理反应自然减退、耗竭或主动调节、控制而达到适应。如使强迫障碍的患者直接面对引起焦虑的物品和环境；要求患者推迟、减少甚至放弃能减轻焦虑的行为，如缩短洗手时间，减少洗手频度，甚至放弃洗手。对于恐惧障碍、强迫障碍、焦虑障碍有效。

2. 精神分析疗法　基本原理是通过挖掘患者无意识的心理过程，将其召回到意识范围内，破除潜抑作用，揭穿防御机制的伪装，让患者真正了解症状的真实意义，使症状消失。神经症性障碍形成的根源是被潜抑到无意识中未能得到解决的欲望，是早年形成的症结。通过精神分析法，患者能真正意识到并在感情上体验到这是幼年期形成的病根，现在已经没有意义了。精神分析疗法对恐惧症、强迫障碍有较好的效果。

3. 催眠疗法　通过催眠方法，改变患者的意识状态，将医生的言语或动作整合入患者的思维和情感，来改善患者的焦虑情绪和睡眠。适用于强迫障碍、躯体形式障碍等。

4. 暗示疗法　借助催眠疗法，消除患者的心理阻力，使被遗忘的创伤性体验重现，受到压抑的情绪获得释放，从而达到消除症状的目的。对癔症、躯体形式障碍有较好的效果。在治疗过程中注意避免医源性暗示，如避免过多的反复检查、不恰当的提示；疾病发作时避免过多围观和对症状过分关注。医源性暗示会使患者寻求注意的倾向增强，从而使病情恶化。

5. 放松疗法　是一种教会患者如何进行肌肉和情绪放松的方法。患者可以通过学习和掌握呼吸调节、放松全身肌肉的方法来消除杂念。放松疗法对焦虑状态性发作者有很好的效果。在有条件的情况下，可以在生物反馈治疗仪的监测下，进行放松训练。

第四节　神经症性障碍护理

神经症性障碍患者的症状复杂且多种多样，患者常过于关注自身不适的感受，有时甚至有夸张的倾向，以达到引起医务人员关注的目的。因此，在对神经症患者的评估过程中，护士要利用会谈和观察的技巧，注意来自患者及周围环境两方面的信息，从生理、心理、社会功能以及家庭与环境等方面进行全面评估，必要时可采用量表测查的方式进行综合评估。

【护理评估】

1. 生理状况　神经症性障碍患者常有心因性躯体不适的主诉，这些症状是心里（内心）痛苦的躯体表现形式。所以除了要常规评估睡眠、饮食、大小便、月经情况、自理能力、常规化验以及特殊检查结果等情况外，还应对患者的多种躯体不适进行全面评估，了解患者的家族史、既往疾病史；了解患者以往用药情况、治疗效果，有无药物不良反应等，评估患者的症状是主观感受还是客观表现。

2. 心理状况　主要评估患者的精神症状和患者的个性特征、对应激的应对方式等，因为这常常是导致患者产生疾病的原因，也是治疗与护理的重点。

（1）评估患者的精神症状、情感状态、行为表现等：评估患者有无焦虑、恐惧、抑郁、易激惹等情绪症状，有无强迫观念、强迫意向和强迫行为，有无慢性疼痛、睡眠障碍、头晕头昏等症状，有无心悸、胸闷、呼吸困难、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状，有无感觉过敏、异常、缺失、皮肤不适等症状，有无肢体瘫痪、震颤、抽动、阵挛、失用性肌萎缩等症状，有无意识状态改变等。

（2）评估患者病前的个性特征和对应激的应对方式：患者病前个性特征的评估包括思维方式、认知结构、情感表现和行为方式等。通过与患者交谈和观察进行初步评估，如询问患者：你对工作（学习、生活）最不满意的地方是什么？原因是什么？如何应对？等等。评估患者近期有无不良生活事件；生活事件的内容及强度；患者应对的方式。必要时应用心理评估问卷（艾森克人格问卷、明尼苏达多相人格调查表、特制应对方式问卷等）来评估患者个性与心理应对方式。

3. 社会功能状况　了解患者幼时的生活环境、所受的教育、教养方式、家庭经济状况及成年后的婚姻状况、子女、生活及工作、学习环境等情况以及患者的社会支持系统等。评估患者病后有无社会功能的改变。神经症性障碍患者病后社会功能大多保持良好，远没有情感性精神障碍、器质性精神障碍、精神分裂症患者的社会功能损害严重。对疾病有自知力，外在行为也大多表现正常。最常见的社会功能损害是人际交往能力的障碍，与患者病前个性特征和不良心理应对方式有关。可通过询问患者本人及其亲友来进行综合评估（询问患者与同事、家人能否正常相处等）。

【主要护理诊断】

神经症性障碍患者临床表现广泛，包括患者的主观感受和客观表现、精神症状和躯体不适症状。

1. 生理功能方面

（1）睡眠形态紊乱　与焦虑、恐惧等负面情绪有关。

（2）营养失调　与紧张、抑郁、恐惧情绪导致的食欲下降有关。

（3）皮肤完整性受损　与分离（转换）性障碍瘫痪有关。

（4）自理能力下降　与躯体形式障碍有关。

2. 心理功能方面

（1）焦虑　与紧张、担心，不愉快的观念反复出现有关。

（2）恐惧　与暴露在所害怕的客体或不能预测控制焦虑反应有关。

（3）抑郁　与不愉快的观念或不能预测控制焦虑反应有关。

3. 社会功能方面

（1）潜在的或现存的自杀、自伤行为　与情绪抑郁或在症状影响下可能采取的过激行为有关。

（2）有暴力行为危险　与过分的焦虑或恐惧有关。

（3）个人应对无效　与应激的心理应对方式有关。

（4）有孤立的危险　与担心发作而采取回避的行为方式有关。

（5）社交能力受损　与缺少自信，羞耻心或恐惧感而采取的回避行为有关。

【护理措施】

（一）安全护理

1. 为患者提供安静舒适的环境，减少外界刺激。做好安全检查，避免环境中的危险物品及其他不安全因素，以防患者在症状影响下发生意外情况。

2．密切观察患者情绪变化，焦虑、惊恐发作的患者可出现自杀、自伤、不合作、冲动行为等，必须适当限制，加强巡视，掌握其发生规律，并预见到可能发生的后果。对有明显危险的患者应严加防范，其活动应控制在工作人员视线范围内，并认真交接班。对医嘱严防的患者必要时设专人护理，禁止单独活动与外出，禁止在危险场所逗留，外出时应严格执行陪伴制度。

（二）满足生理需要，提高躯体舒适度

1．做好基础护理，满足患者饮食、睡眠、排泄等生理需要。神经症性障碍患者可因躯体不适的症状以及焦虑、抑郁等负性情绪而忽视个人卫生，也可因强迫行为而导致生活自理能力的下降，护士应协助患者满足生活所需。对分离性运动障碍患者或木僵患者应定时翻身拍背，做好口腔、皮肤护理，加强肢体功能训练，防治失用性功能丧失等。

2．对主诉躯体不适的患者，注意区别是主观症状还是客观症状并及时向医生反馈，遵照医嘱给予相应处理。

（三）做好心理护理，减轻精神症状

护士在对神经症性障碍患者精神症状的护理中，应遵循的原则是：接受患者症状，理解患者；帮助患者认识症状，减轻症状，或者能够带着症状生活。具体措施包括以下方面：

1．建立良好的护患关系，能使患者对医务人员产生信任，对治疗树立信心。

2．与患者的接触过程中，对患者的症状不能简单的否认或评判。当患者主诉躯体不适时应进行客观评估和体格检查，即使找不到器质性的病理证据来解释症状的存在，也应理解其主诉的躯体不适是真实存在的，护士应以接受的态度倾听患者的叙述，接受患者的症状，理解患者的感受和体验，对患者的痛苦给予理解和尊重。

3．鼓励患者表达自己的情绪和不愉快的感受，协助其识别和接受负性情绪及相关行为。神经症性障碍患者的痛苦在于知道自己的症状或负性情绪是不正常的，力图摆脱它，但又摆脱不掉，循环往复反而进一步造成心理冲突。护士应帮助患者矫正扭曲的认知或改变各种不正确的看法，从而使患者减轻或消除适应不良的情绪和行为。

（四）提高应对能力，完善社会功能

1．重塑患者健康行为。创造良好的睡眠环境、安排合理作息制度、养成良好的睡眠习惯等，改变不良生活习惯。避免药物或酒精滥用，进行适当的锻炼，帮助患者学会用积极的心态去应对生活事件。

2．帮助患者重建正确的疾病概念和对应激源的应对方法。护士应根据患者的具体情况巧妙地提出一些患者关心的问题，诱发其了解自身疾病性质和规律的兴趣，然后再进行系统地阐述，帮助患者将有关知识系统化，使患者正确认识自己和疾病。同时更重要的是帮助患者认识过去他经常或习惯应用的缓解应激源的方式，增强对应激事件的认识能力。鼓励患者学习新的应对方法，使患者有更多的选择方式正确地接受和应对不良情绪。

3．帮助患者转移注意力，教给患者应用意向引导、深呼吸或帮他使用放松技巧来逐步放松肌肉，鼓励患者参加力所能及的劳动。

4．协助患者获得家庭的理解和可及的社会支持。家庭是患者最主要的社会支持系统，它既可以帮助患者缓解压力，也可能是造成或加重患者压力的根源。护理人员应协助分析患者可能的家庭困扰，确认正向的人际关系，并对存在的困扰进行分析，寻求有效解决方法。还可鼓励患者发展新的社会支持系统，如加入群体互助团体、社区活动或特殊的兴趣团体等，使患者的情绪需求获得更多的满足机会。

5．指导患者设置现实的目标和重点，将复杂的事情分成几个小部分，一次完成一件事情，不断地自我肯定。反复强调患者的能力和优势，忽略其缺点和功能障碍，以利于患者增强信心。若患者觉得目标压力过大，要指导患者学会放弃，保护自己，免除倦怠。

（五）特殊护理

1. 分离（转换）性障碍发作的护理

（1）在分离（转换）性障碍发作时，及时采取保护措施，将患者隔离，避免其他患者围观。护士和患者家属不过分关心或轻视患者，以免这些不良因素增加对患者的暗示作用，加重患者发作症状。

（2）分离（转换）性障碍相关的焦虑反应表现为挑衅和敌意时，须加以适当限制，对可能出现的后果要有预见性，必要时将患者安置在单间，适当约束。

（3）患者存在意识朦胧时，须加强生活护理和观察，防止发生意外。同时强化患者原来身份，促使自我身份的恢复。

（4）严密观察患者的情绪反应，加强与患者的沟通与防范，防止意外发生。

（5）对分离（转换）性障碍患者的失明、失聪，应积极配合医生应用暗示治疗。暗示治疗见效时，应指导患者加强功能训练。

（6）注意倾听患者的主诉，对患者目前的应对方式表示理解，但不过分关注，接纳其症状及其感受，以减轻患者内心痛苦。

（7）遵医嘱使用抗焦虑药、抗抑郁药，控制分离（转换）性障碍的发作。

（8）发作间歇期教会患者放松术。做好家属支持工作，使患者必要的情绪需求获得满足。

2. 惊恐发作的护理

（1）急性发作期：患者在惊恐发作时，护士须镇静、沉稳，立即帮助患者脱离应激源或改换环境，将患者隔离，以免互相影响和传播。护士有条不紊地进行治疗和护理，遵医嘱给予抗焦虑药、抗抑郁药，陪伴在患者身旁，直到发作缓解。护士要态度和蔼，安抚患者，对其行为表示理解和尊重；鼓励患者按可控制和可接受的方式表达焦虑、激动，允许自我发泄。

（2）间歇期：应用认知行为疗法，教给患者关于惊恐障碍相关的知识，使患者正确认识自己和疾病，帮助患者分析可能诱发惊恐发作的因素，如特殊的情景或者想法。应用系统脱敏疗法、放松疗法等帮助患者战胜惊恐。做好家属工作，争取家庭和社会的理解。

小结

1. 病因　不明。相关因素有遗传因素、神经生化因素、心理因素等。起病与患者心理社会因素和个性特征有关。

2. 临床表现　神经症性障碍患者症状主要表现为情感障碍，如焦虑、抑郁、恐惧、紧张、易激惹等。其症状没有相应的器质性病变为基础。患者自知力良好，对疾病体验痛苦，社会功能相对完好。

3. 治疗原则　药物治疗与心理治疗联合应用是治疗神经症性障碍的最佳疗法。药物治疗对于控制神经症性症状有效，心理治疗不仅可以帮助患者缓解症状，还可达到根治目的。

4. 护理　主要从患者生理、心理、社会功能以及家庭与环境等方面评估和护理。建立良好的护患关系，帮助患者改变认知，减轻或消除患者适应不良的情绪和行为，提高应对能力，重塑患者健康行为，完善社会功能。

自测题

一、名词解释

1．神经症性障碍　2．强迫障碍　3．焦虑症　4．分离（转换）性障碍

5．躯体形式障碍

二、填空题

1．神经衰弱是指由于长期处于紧张和压力下，出现_____和_____。

2．恐惧症患者恐惧的对象多达数百种，通常将其归纳为三种类型，即：_____、_____和_____。

3．神经症性障碍患者常用的心理治疗方法有_____、_____和_____。

4．神经症性障碍患者起病与_____和_____有关。

5．神经症性障碍患者的_____和_____相对完好。

三、简答题

1．简述神经症性障碍患者的共同特征。

2．简述神经症性障碍患者治疗原则。

3．简述神经症性障碍患者主要的护理措施。

四、案例题

张某，女，38岁，小学教师，已婚。主诉：头痛、头昏、失眠、心烦意乱、坐卧不宁十多年。反复发作阵发性心悸、气促、惊恐一年余。心理社会因素：患者性格耿直、急躁、好胜心强，遇事急于求成，而且有一点儿事就会心烦意乱。患者热心教育工作，打心底里爱护她的学生。因为缺少耐心，常为一点小事大发雷霆，事后自己后悔，学生和家长也有意见。患者似乎没有安全感，时时刻刻都有些提心吊胆，总担心有什么不幸将会来临。上课时担心家中被盗，放学后担心学生归家途中遇上车祸，学校总结工作时担心挨批评（实际上她经常被评为先进）。经常失眠、多梦，月经也不规则，一遇急事便要上厕所小便。在某医院经多种检查未发现特殊异常，一年前，途经某菜市场时突然感到空气沉闷、呼吸困难，同时出现心慌、心悸。患者感到极度恐惧，好像周围没有空气，天要塌下来了，于是大喊大叫，抱头乱窜。最后抱住一根电线杆死死不放，浑身战栗，大汗淋漓，持续十多分钟后渐渐瘫软下来。患者事后回忆起来也感到莫名其妙，不知为何会如此惊慌和恐惧。患者就诊与治疗过程中类似症状多次发作。

请问：

1．请简述患者惊恐发作期如何护理？

2．请简述患者惊恐发作间歇期如何护理？

（陈鸿梅）