



长沙医学院

CHANGSHA MEDICAL UNIVERSITY

教 案

2019~2020 学年第 一 学期

课 程 名 称 精神科护理学
开 课 系 部 护理学院
开 课 教 研 室 内科护理学教研室
授 课 教 师 李艳琼
职 称 讲师
授 课 班 级 2017 级本护 1-4 班
学 生 人 数

长沙医学院教务处制

长沙医学院教案

课程名称	精神科护理学		授课题目（章节或主题）		第八章 神经症及应激相关障碍病人的护理		
授课教师	李艳琼	所属系（部）	护理学院	所属教研室	内科护理学	职称	讲师
授课时间	2019年10月12日 第七周 星期六 第5-6节 1班 2019年10月22日 第九周 星期二 第5-7节 3班 2019年10月23日 第九周 星期三 第5-7节 2班 2019年10月25日 第九周 星期五 第5-7节 4班				授课时数	2学时	
授课班级	护理学专业（本科 <input checked="" type="checkbox"/> 专科 <input type="checkbox"/> ） 2017级 1-4班						
教学课型	理论课 <input checked="" type="checkbox"/> 实验课 <input type="checkbox"/> 见习课 <input type="checkbox"/> 习题课 <input type="checkbox"/> 讨论课 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>						
教材名称、作者、出版社及出版时间			《精神科护理学》. 刘哲宁、杨芳宇主编. 人民卫生出版社. 2017.7				
<p>教学目的要求：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 掌握神经症的临床类型及共同特征。 2. 熟悉神经症患者的临床表现、主要治疗方法和护理要点。 3. 熟悉急性应激障碍、创伤后应激障碍、适应障碍的临床特点和主要治疗方法。 4. 了解神经症的诊断方法与鉴别诊断。 							
<p>重点与难点：</p> <p>重点：神经症的临床类型、临床表现及护理；</p> <p>难点：各类神经症的诊断、鉴别诊断和治疗。</p>							
<p>教学方法（请打√选择）：</p> <p>讲授法<input checked="" type="checkbox"/> 讨论法<input type="checkbox"/> 启发式<input checked="" type="checkbox"/> 自学辅导法<input type="checkbox"/> 练习法（习题或操作）<input type="checkbox"/> 读书指导法<input type="checkbox"/> PBL教学法<input type="checkbox"/> CBL教学法<input type="checkbox"/> 其他<input type="checkbox"/></p>							
<p>教学手段（请打√选择）：</p> <p>板书<input checked="" type="checkbox"/> 实物<input type="checkbox"/> 标本<input type="checkbox"/> 挂图<input type="checkbox"/> 模型<input type="checkbox"/> 投影<input type="checkbox"/> 幻灯<input checked="" type="checkbox"/> 录像<input checked="" type="checkbox"/> CAI（计算机辅助教学）<input type="checkbox"/></p>							

<p>教学过程设计和教学内容：</p> <p style="text-align: center;">第八章 神经症患者的护理</p> <p style="text-align: center;">第一节 神经症的临床特点</p> <p>一、概述</p> <p>1. 神经症（neurosis）定义：</p> <p>旧称神经官能症是一组轻性精神障碍的总称主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病症状或各种躯体不适感。病程大多持续迁延或呈发作性</p> <p>2. 神经症的共性：</p> <p>起病常与心理社会因素有关患者病前常有一定的易患素质和人格基础症状没有相应的器质性病变为基础一般无明显的精神病性症状自知力大都良好，有现实检验能力社会功能相对完好。</p> <p>3. 分类：</p> <p>（ICD-10）和（DSM-IV）已抛弃神经症这一术语，CCMD-D3 将神经症分为：恐惧症、焦虑症、强迫、躯体形式障碍、神经衰弱、其他或待分类的神经症。</p> <p>4. 发病率</p> <p>世界卫生组织统计，在世界范围内，神经症与人格障碍的总患病率为5%-8%。神经症在精神科各类疾病中患病率最高，在精神科门诊约占 50%；在国内综合医院门诊患者中，神经症约占 10%。</p> <p>二、临床表现</p> <p>1. 脑功能失调症状</p> <p>1.1 精神易兴奋：</p> <p>多见于神经衰弱和焦虑症浮想联翩或回忆增多：尤以入睡前多见不随意注意增强患者感觉过敏或内感性不适。</p> <p>区别：精神运动性兴奋往往伴有言语和动作增多。</p> <p>1.2 脑力易疲劳</p> <p>能量不足、精力下降，注意力很难集中，有“力不从心”感觉常与易兴奋症状同时存在。</p>	<p>教学方法 和注 意事项</p> <p>讲授法</p> <p>掌握</p> <p>注意与躁狂症区分</p>	<p>时间 分配</p> <p>8min</p> <p>20min</p>
---	---	---

<p>2. 情绪症状</p> <p>2.1 焦虑：不明原因的紧张不安伴自主神经功能失调</p> <p>2.2 恐惧：主要见于恐惧症</p> <p>2.3 易激惹：易发怒、易伤感、易烦恼、易委屈等</p> <p>2.4 抑郁症状：核心症状是丧失感</p> <p>3. 强迫症状</p> <p>3.1 定义：是指一种观念、冲动或行为反复出现，自知不必要，但却欲罢不能，并为此十分痛苦。分为：强迫观念、强迫意向和强迫行为。</p> <p>3.2 强迫观念：</p> <p>多表现为反复而持久的观念、思想、印象或冲动念头等意念出现在患者的意识中，对患者的正常思维过程造成干扰，患者明知多余，却欲罢不能。如：</p> <p>强迫怀疑、强迫性穷思竭虑（如先有鸡还是先有蛋？）、强迫联想：也称强迫性对立思维、强迫回忆</p> <p>3.3 强迫意向：</p> <p>是一种尚未付诸行动的强迫性冲动，使患者有一种强有力的内在驱使。</p> <p>3.3.1 患者站在高楼上就有“跳下去”的冲动</p> <p>3.3.2 抱起孩子，便出现“掐死他”的冲动</p> <p>3.4 强迫行为：</p> <p>通常发生于强迫观念，是为减轻强迫观念所致的焦虑而出现的自主的顺应或屈从性行为。如：</p> <p>强迫检查、强迫询问、强迫洗涤、强迫性仪式动作</p> <p>4. 疑病症状</p> <p>是指对自身的健康状况或身体的某些功能过分关注，以致怀疑患了某种躯体疾病或精神疾病，而与现实健康状况并不相符。患者多感觉过敏，个性多疑固执。医师的解释或客观医疗检查的正常结果不足以消除患者的疑病观念，因而到处反复求医。</p> <p>5. 躯体不适症状</p> <p>5.1 慢性疼痛：最常见头晕头昏自主神经症状群</p>	<p>重点</p> <p>识记各类强迫症状的定义并能运用于临床</p>	
---	-------------------------------------	--

<p>5.1.1 焦虑症以交感神经功能亢进为主要特点</p> <p>5.1.2 癔症以自主神经功能紊乱为主要表现</p> <p>5.2 睡眠障碍：失眠最常见（入睡困难为主）</p> <p>6. 分离或转换症状</p> <p>6.1 是癔症的主要临床表现</p> <p>分离症状：又称分离性障碍，是对过去经历与当今环境和自我身份的认知部分或完全不符合包括意识障碍、情感爆发、癔症性痴呆、癔症性遗忘和癔症性精神病等</p> <p>6.2 转换症状：又称转换性障碍，是指精神刺激引起的情绪反应以躯体症状的形式表现出来包括运动障碍和感觉障碍，运动障碍：痉挛发作、局部肌肉抽动、肢体瘫痪，感觉障碍：感觉过敏、感觉缺失、管视、癔症性失聪等</p> <p>三、临床类型</p> <p>1. 焦虑症：</p> <p>以广泛和持续性的焦虑情绪或反复发作的惊恐不安为主要特征的神经症性障碍，往往伴有头昏、胸闷、心悸、呼吸困难等自主神经系统症状和运动性不安等症状。分为广泛性焦虑和惊恐障碍</p> <p>1.1 广泛性焦虑</p> <p>精神焦虑：过分担心而引起的焦虑体验，自知而无法自控，有大祸临头之感（核心症状）</p> <p>1.2 躯体焦虑：运动性不安、肌肉紧张、自主神经功能紊乱</p> <p>1.3 警觉性增高：过于敏感，情绪易激惹</p> <p>2. 惊恐障碍</p> <p>2.1 特点：无特殊的恐惧性处境，突然感到一种突如其来的惊恐体验，伴濒死感或失控感及自主神经功能紊乱。</p> <p>2.2 病程：起病急，历时 5-20min 可自行缓解</p> <p>2.3 表现：惊恐发作、回避及求助行为、预期焦虑</p> <p>3. 强迫症：</p> <p>是以反复出现强迫观念、强迫意向和强迫动作为主要特征的一类神经症性障碍。强迫观念，伴强迫行为自我强迫与反强迫并存不确定、不安全</p>		20min
--	--	-------

<p>感、不完美感</p> <p>4. 恐惧症：以恐怖症状为主</p> <p>4.1 场所恐惧症：</p> <p>最常见的一种恐惧症，又称广场恐惧症，主要为对某些特定场所或环境的恐惧并回避。多于 25 岁左右起病，女性多见</p> <p>4.2 社交恐惧症</p> <p>主要表现为对一种或多种人际处境持久的强烈恐惧和回避行为，主要特点是害怕被人注视</p> <p>4.3 特定恐惧症：即单纯恐惧症</p> <p>患者对某一具体的物体或情境有一种不合理的恐惧最常见的是对某种动物、昆虫、黑暗、雷电或特定的疾病等恐惧大多发生于儿童早期</p> <p>5. 躯体形式障碍 - 疑病症</p> <p>5.1 是以持久的担心或相信躯体症状的优势观念为特征的神经症</p> <p>5.2 临床表现</p> <p>■ 躯体化障碍</p> <p>表现为主诉多种多样、反复出现、时常变化的躯体症状至少 2 年，但又未发现任何恰当的躯体疾病来解释上诉症状。常伴明显的抑郁和焦虑</p> <p>■ 疑病症：疑患某种严重疾病</p> <p>表现为担心自己患上或已经患有某种严重疾病，反复求医，因得不到临床证据的支持和医生的认可，患者烦恼不已，影响日常生活和工作。</p> <p>■ 躯体形式自主性神经紊乱</p> <p>患者有明显的自主神经兴奋的症状，如心悸、出汗、面色潮红等，经检查没有相应器官和系统障碍。</p> <p>■ 躯体形式疼痛障碍</p> <p>又称心因性疼痛，患者主诉各部位没有相应证据的持久性疼痛，影响社会功能。</p> <p>■ 躯体形式障碍</p> <p>6. 神经衰弱</p> <p>是以精神易兴奋和脑力易疲劳为主要特点的一组神经症，临床表现：</p>	插入视频	
--	------	--

<p>6.1（脑功能）易兴奋、易疲劳</p> <p>6.2（情绪障碍）易激惹、易烦恼、易紧张</p> <p>6.3 睡眠障碍：入睡困难为主</p> <p>6.4 紧张性疼痛：头痛多见</p> <p>7.分离（转换）性障碍</p> <p>7.1 个性特征</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 暗示性高 ■ 情感丰富、易变、表演色彩 ■ 自我中心 ■ 富于幻想 <p>7.2 分离（转换）性障碍临床表现</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 解离性障碍：分离性遗忘、分离性漫游、分离性身份识别障碍、分离性精神病 ■ 转化障碍：运动障碍、抽搐发作、感觉障碍 <p>7.3【案例】：癔症集体发作</p> <p>2002 年阴历十月初一晚，某中专学校二年级几名女生上街，见路边有人给已故的人烧纸钱。回宿舍后讲给同宿舍其他同学听，有的同学称当日是鬼节，所有的鬼聚在一起过节；有的同学讲鬼故事，大家都感到恐惧；有一同学称对面楼上曾死了一名女生，气氛更加惶恐不安。第二天早晨，有一同学称头痛、恶心、乏力、站立不稳、四肢阵发性抖动，恐惧害怕，称自己看见鬼了，被鬼缠住了，随之出现意识障碍，呼之不应。数分钟后，另两名同学也出现类似症状，随后又有四名同学相继发病，均称有鬼。体格及化验检查未见异常，考虑为癔症集体发作。</p> <p>上述案例有以下特点：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 与心理因素有关，看见给死人烧钱，讲鬼故事，精神紧张、恐惧； 2. 与所处环境有关，由一女生死亡加深联想； 3. 发病者多为独生子女，农村女生较多。首发者来自农村，与其从小受迷信观念影响有关； 	<p>案例教学：通过分析案例来讲授诊断方法</p>	<p>10min</p>
---	---------------------------	--------------

<p>4. 7 名同宿舍女生相继发病，症状相似；</p> <p>5. 给予药物暗示、心理治疗和宣传教育，病情很快缓解。</p> <p>■ 诊断</p> <p>主动求治，以焦虑、抑郁、恐惧、疑病、神经衰弱症状为主诉，或表现为多种躯体不适症状，体检和必要的辅查找不到相应的器质性疾病的证据。</p> <p>确诊 ——需符合神经症的诊断标准。</p> <p>■ 症状标准：</p> <table><tr><td>2. 1 恐惧</td><td>2. 5 躯体形式症状</td></tr><tr><td>2. 2 强迫症状</td><td>2. 6 躯体化症状</td></tr><tr><td>2. 3 惊恐发作</td><td>2. 7 疑病症状</td></tr><tr><td>2. 4 焦虑</td><td>2. 8 神经衰弱症状</td></tr></table> <p>至少有上述 1 项</p> <p>■ 严重标准</p> <p>社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦, 促使其主动求医。</p> <p>■ 病程标准</p> <p>符合症状标准至少 3 个月，惊恐障碍另有规定(1 月≧3 次或首次发作后继发害怕再发的焦虑持续 1 个月)</p> <p>■ 排除标准</p> <p>器质性精神障碍精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍各种精神病性障碍如精神分裂症与偏执性精神障碍、心境障碍，神经症的症状在精神症状中特异性最差，几乎可以发生于任一精神疾病和一些躯体疾病中，因此在作出神经症的诊断之前，须排除以下疾病。</p> <p>器质性精神障碍 、感染、中毒、内脏疾患、内分泌或代谢障碍及脑器质性精神障碍均可出现神经症的症状，尤其是在疾病的早期和恢复期。</p> <p>—脑器质性精神障碍的症状，如意识障碍、智能障碍、记忆障碍、人格改变等；</p> <p>— 精神病性症状，如幻觉、妄想、情感淡漠，病史、体格检查、实验室检查可鉴别</p> <p>—分裂症早期常表现为神经症样症状，易误诊为神经症。</p>	2. 1 恐惧	2. 5 躯体形式症状	2. 2 强迫症状	2. 6 躯体化症状	2. 3 惊恐发作	2. 7 疑病症状	2. 4 焦虑	2. 8 神经衰弱症状		
2. 1 恐惧	2. 5 躯体形式症状									
2. 2 强迫症状	2. 6 躯体化症状									
2. 3 惊恐发作	2. 7 疑病症状									
2. 4 焦虑	2. 8 神经衰弱症状									

<p>分裂症</p> <p>淡漠自身症状，</p> <p>缺乏治疗要求或</p> <p>求治心不强烈</p> <p>缺乏现实检验能力</p> <p>社会功能损害相对较重</p> <p>幻觉、妄想</p> <p>——心境障碍：</p> <p>以抑郁（或躁狂）为主要临床相，其他症状大多继发于抑郁（或躁狂），情感症状程度严重，社会功能受损明显。</p> <p>——人格障碍</p> <p>自幼人格发展的偏离常态，没有正常与异常的明显分界。神经症的发生与发展常经历一个疾病过程，健康与疾病两个阶段明显不同。</p> <p>四、治 疗</p> <p>1. 心理治疗</p> <p>2. 心理疏导</p> <p>3. 行为治疗</p> <p>4. 认知治疗</p> <p>5. 药物治疗：抗焦虑药、抗抑郁药或镇静催眠药、抗精神病药等</p> <p>不同类型都可受益，不但可以缓解症状、加快治愈过程，而且能帮助患者学会新的应付应激的策略和处理未来新问题的技巧。对消除病因、巩固疗效至关重要，药物治疗所无法到达。</p> <p>系对症治疗，药物种类较多（如抗焦虑药、抗抑郁药以及促大脑代谢药等），可针对症状选药。</p> <p>优点：控制靶症状起效较快，尤其是早期与心理治疗合用，有助于缓解症状，提高患者对治疗的效果与患者的遵医行为。</p> <p>用药前一定要向患者说明所用药物的起效时间及治疗过程中可能出现的副作用，使其有充分的心理准备，以增加治疗的依从性，以免中断、放弃</p>	<p>神经症</p> <p>对症状感到痛苦和无能为力</p> <p>主动求治</p> <p>现实检验能力不受影响</p> <p>社会功能相对完好</p> <p>无明显或持续的精神病性症状</p>	<p>5min</p>
--	---	-------------

<p>治疗或频繁变更治疗方案。</p> <h2 style="text-align: center;">第二节 神经症患者的护理</h2> <h3>一、护理评估</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全面的体格检查和神经系统检查 2. 评估自我伤害的可能 3. 心理社会评估，找出原因 4. 你是否在没有明确原因的情况下，突然出现没有办法去解释的紧张、害怕、惊恐？你觉得控制你的担心很困难吗？你有不停地重复做某件事情吗？比如洗手、数数等？ <h3>二、可能的护理诊断</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. 焦虑 2. 恐惧 3. 无效应对 4. 社交能力受损 5. 睡眠形态紊乱 6. 营养失调 7. 自理能力缺陷 8. 皮肤完整性受损 <h3>三、护理措施</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. 安全护理：保证患者安全 2. 生理功能方面：满足生理需要，提高躯体舒适度 3. 饮食：规定进餐时间；鼓励进食；配备点心监测体重 4. 睡眠：作息时间规律，睡眠记录等 5. 排泄 6. 心理功能方面 7. 建立良好的护患关系 <p>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和行为与患者共同探讨与疾病有关的应激原及应对方法，协助患者消除</p>	<p>掌握神经症的护理措施</p>	<p>10min</p>
---	-------------------	--------------

<p>应激提供环境和机会学习新的应对技巧，帮助患者学会放松，反复强调患者的能力和优势</p> <p>8. 社会功能方面</p> <p>8.1 协助患者获得社会支持</p> <p>8.2 帮助患者改善自我照顾能力</p> <p>9. 特殊护理</p> <p>9.1 癔症发作</p> <p>患者与家属隔离，避免围观，表现出挑衅和敌意时，适当限制；出现痉挛发作时，适当约束，意识朦胧，加强生活护理和观察，对失明、失聪者，做好心理护理，配合药物治疗和心理治疗</p> <p>10. 惊恐发作的护理</p> <p>脱离应激原，防止焦虑传染急性期陪同患者，出现挑衅和敌意等焦虑反应，适当限制、隔离，配合药物和心理治疗</p> <p>四、健康指导</p> <p>帮助患者正确认识和对待疾病，克服个性缺陷。教会患者科学的处理问题的方法，学会处理好人际关系，调节不良情绪，鼓励其参加社会活动</p> <p>应使家属理解患者，帮助患者合理安排工作和生活</p> <p>总结与思考：</p> <p>17 岁，高中学生。1 年前持续性头昏、头胀、整天昏昏沉沉、头脑不清晰、上课时不能集中注意力专心听讲，伴失眠、易惊醒，感到很疲劳，没有精神，但上网时精神很好，整晚都不感到累，1 年来学习成绩逐渐下降，担心不能考上重点大学，感到很苦恼，于是前来医院就诊。</p> <p>体格检查（-）</p> <p>Hb、肝肾功、EEG、CT、甲状腺功能检查均正常。</p> <p>试问该患患何种疾病？并列出发断依据。</p>	<p>案例讨论总结</p>	<p>7min</p>
<p>复习思考及作业题布置：</p> <p>1. 17 岁，高中学生。1 年前持续性头昏、头胀、整天昏昏沉沉、头脑不清晰、上课时不能集中注意力专心听讲，伴失眠、易惊醒，感到很疲劳，没有精神，但上网时精神很好，整晚都不感到累，1 年来学习成绩逐渐下降，担心不能考上重点大学，感到很苦恼，于是前来医</p>		

院就诊。体格检查(-) Hb、肝肾功、EEG、CT、甲状腺功能检查均正常。

试问该患患何种疾病？并列出诊断依据。

2. 列出神经症的类型？

3. 试述惊恐障碍与恐惧症的区别。

授课的创新点:

1. 通过播放视频提高学生学习兴趣;
2. 结合实际临床病例来增加学生对各类神经症的理解;
3. 结合临床病例进行讨论式教学, 发挥学生主观能动性;
4. 布置课后思考题, 巩固课堂教学效果。

参考资料（包括辅助教材、参考书、文献等）：

1. 刘哲宁主编. 精神科护理学 (第五版) 北京: 人民卫生出版社, 2008.
2. 沈渔邨主编. 精神病学 (第五版). 北京: 人民卫生出版社, 2008.
3. 许又新主编. 精神病理学—精神症状的分析. 长沙: 湖南科技出版.

教研室意见:

教研室主任签章： 年 月 日

课后记（即通过收集教学督导专家、同行和学生的反馈信息，认真整理分析成功的经验和不足之处，在课程结束后填写）