

第七章 精神障碍的治疗与护理

学习目标

1. 熟练掌握：常用的抗精神病药物、抗抑郁药物、心境稳定剂及抗焦虑药物的适应症、禁忌症、使用方法及常见副作用的识别与处理。
- 2、掌握电抽搐治疗的适应症、禁忌症和护理要点。
3. 掌握心理护理的定义，掌握住院精神患者的心理护理要点。
4. 熟悉：精神障碍康复的概念及原则。熟悉精神障碍康复的主要任务。
- 5、了解工娱治疗在精神障碍康复重的意义

第一节 精神药物治疗与护理

一、精神药物的含义和分类

精神药物治疗是以化学药物为手段，对紊乱的大脑神经化学过程进行调整，达到控制精神病性症状，改善和矫正病理思维、心境和行为，预防复发，促进社会适应能力并以提高病人生活质量为最高目标。

精神药物种类繁多，虽有不同分类系统，目前仍以“临床应用为主，化学结构或药理作用为辅”为原则。

（一）抗精神病药

吩噻嗪类

硫杂蒯类

丁酰苯类

其他

（二）抗抑郁药

单胺氧化酶抑制剂

三环类

其他类

（三）抗躁狂药或情感稳定剂

碳酸锂

抗癫痫药

（四）抗焦虑药

苯二氮卓类

阿扎哌隆类

（五）中枢神经兴奋药

苯丙胺类

其他

（六）促智药，脑代谢促进药

胆碱酯酶抑制剂

二氢麦角碱

其他

二、常用抗精神障碍药物

（一）、抗精神病药

抗精神病药物又称神经阻滞剂。这类药物主要用于精神分裂症、偏执性精神障碍和具有精神病症状的其他精神病的治疗。

1、抗精神病药的药理学作用

（1）对中枢神经系统的作用：镇静作用，抑制条件回避反射，加强中枢抑制药的效应，痉挛作用。

（2）对自主神经系统的作用：如视力模糊、口干、排尿困难、肠蠕动缓慢和便秘。

（3）对心血管系统的作用：心电图改变和降低血压。

（4）对呼吸系统的作用：小剂量的氯丙嗪可使动物呼吸兴奋、大剂量则使呼吸变浅，变慢，抑制呼吸，甚至呼吸停止。

（5）对体温的作用：对下丘脑体温调节中枢有抑制作用，从而降低体温。

（6）镇吐作用：除甲硫达嗪外，其他吩噻嗪类药物都有镇吐作用。

（7）对消化系统的作用：氯丙嗪具有抑制胃液分泌的作用。还有缓冲胃痉挛的作用。

（8）对内分泌系统的作用：临床可见月经紊乱和闭经，乳房胀满，男性乳房女性化，乳汁分泌和性功能障碍等。

（9）脑生物电变化：可引起脑电图变化。

2、适应症和禁忌症

(1) 适应症：适用于各种具有精神病性症状的精神障碍。主要用于治疗精神分裂症、分裂样精神病、分裂情感性精神病、偏执性精神病、躁狂发作、有精神病性症状的抑郁症、器质性精神病和其他精神障碍。

(2) 禁忌症：有严重过敏史者禁用。严重的心血管疾病、肝脏疾病、造血系统疾病者应避免使用。年老体弱、妊娠早期及有其他严重内脏疾病者应慎用。

3. 用药方法

(1) 急性期治疗：选择哪种药物进行治疗，主要是根据抗精神病药物各自治疗靶症状与药物副作用的特点，并结合病人精神症状、年龄、躯体状况、既往用药等合理选择。给药方法如能口服的尽量给口服的方法，否则可用肌肉注射。一般加药速度宜慢，一般从小剂量开始，逐渐加至治疗量。在加药过程中要观察药物的不良反应，一旦出现不良反应，要及时报告医生进行处理。

(2) 维持治疗：维持治疗可有效地预防复发。维持治疗的剂量一般为治疗量的 $1/3 \sim 1/2$ ，每日服药的次数可减少。维持治疗的时间长短根据不同病例而不同，如精神分裂症的维持治疗一般均主张需长期治疗，甚至终身服用。

4、抗精神病药

以氯丙嗪为代表的典型抗精神病药，主要用于治疗精神分裂症、躁狂症及继发于其他疾病的幻觉、妄想、激越及精神运动性兴奋等精神病性症状。典型抗精神病药临床应用时间长，但因其疗效好、经济实用而仍被广泛应用。

氯丙嗪 具有良好的抗精神病作用，镇静作用强。主要用于治疗精神分裂症、躁狂症及具有精神运动兴奋症状群的其他疾病。对急性幻觉妄想、思维联想障碍、行为异常等症状疗效显著。常用剂量 $300-600\text{mg/d}$ 。常见副作用为口干、体位性低血压、心动过速、困倦、皮疹、震颤、肌强直及静坐不能。大剂量长期使用可能会引起迟发性运动障碍。偶可发生药物所致的肝功能异常以及粒细胞减少症等严重副作用。

以利培酮为代表的非典型抗精神病药，对人产生抗精神病作用的剂量很少引起锥体外系副反应，迟发性运动障碍少，对某些难治性精神分裂症可能有效，抗精神病作用谱广，对催乳素的分泌影响较小。

利培酮 为广谱抗精神病药，主要用于急慢性精神分裂症、分裂情感障碍、器质性精神障碍、儿童期精神行为障碍、双相情感障碍。急性期治疗首次发病一般使用 $2-4\text{mg/d}$ ，持续 6-8 周。症状缓解之后，应维持剂量治疗，或试行下调剂量。主要副作用为失眠、焦虑、激越、头晕、心动过速。剂量 $>6\text{mg/d}$ 时，也会出现急性肌张力障碍和静坐不能。

（二）、抗抑郁药

1. 适应证 抗抑郁药主要用于治疗各种抑郁障碍，尤其是伴有自主神经系统症状和体征者，也用于治疗惊恐障碍、强迫症、创伤后应激障碍、躯体形式障碍、厌食症、广泛性焦虑障碍和社交焦虑障碍。

2. 禁忌证 严重过敏史者禁用。有严重的心血管疾病、肝脏疾病、肾脏疾病者禁用。

3. 用药方法 各种药物的抗抑郁疗效基本类似，主要区别在于不良反应的大小和安全性。加药应采用逐渐加量法，从低剂量开始，一般来说可在1~2周内加至治疗量。老年、儿童及躯体状况差者用药剂量相对较低。药物起效较慢，一般需1~2周，是否有效至少要观察4~6周。

4、抗抑郁药

以丙咪嗪为代表的三环类抗抑郁药（TCA）：TCA能使70%左右抑郁症患者获得较好缓解，50%左右完全缓解。但TCA具有以下缺点：有明显抗胆碱能不良反应，很多患者不能耐受，降低了治疗依从性；心脏毒性，过量时可危及生命；起效慢，一般需2周以上；约有30%患者疗效不佳。

选择性血清素再摄取抑制剂（SSRI_s）：是当今抗抑郁治疗的首选一线用药。临床常用的有：

（1）氟西汀 最早批准治疗重性抑郁，现在还被FDA批准用药强迫症，神经性贪食，经前期烦躁不安。最佳剂量20-40 mg/d，治疗强迫症是剂量较大，60 mg/d改善最明显，但副反应也最大。最常见的副作用为头痛，失眠，类似静坐不能的焦虑、紧张、激越、震颤，厌食、恶心和性功能障碍。

（2）帕罗西汀 可用来治疗重性抑郁，强迫症，惊恐障碍，广泛性焦虑障碍，社交恐怖和创伤后应激障碍。最佳剂量为20 mg/d，治疗强迫症时，剂量增至40-60 mg/d 疗效优于20 mg/d。常见副作用有：嗜睡、乏力、失眠、头昏、头痛，恶心，震颤。也会引起性功能障碍。由于可能降低抽搐阈值，所以对癫痫患者慎用。

（3）舍曲林 可用于治疗和预防抑郁障碍，也用于强迫症，社交恐怖，心境恶劣障碍，惊恐障碍，PTSD经前期焦虑障碍的治疗。最佳剂量50-100 mg/d。副作用与其他SSRI_s相类似，主要为恶心、厌食，嗜睡或失眠，口干，出汗，震颤，性功能障碍。

（4）西酞普兰 可用于重性抑郁的治疗和预防，还适用于强迫症，社交恐怖，广泛性焦虑障碍，冲动控制障碍和躯体形式障碍。安全性高，被推荐为老年患者的首选抗抑郁药，也

是合并躯体疾病，包括心血管患者的最佳选择。剂量范围为 20-40 mg/d。常见副反应有：恶心，嗜睡或失眠，震颤。

(5) 文拉法辛 可用来治疗抑郁症，伴焦虑的抑郁，广泛性焦虑障碍和社交恐怖。该药特点为双重抑制，起效较快，很多患者在 2 周内起效。速释剂型最高量可用至 375 mg/d，缓释剂型最高量用至 225 mg/d。常见副作用有恶心，头痛，失眠，嗜睡，多汗，口干，便秘，视力模糊等。最引人关注的不良反应是血压升高，与剂量相关，故高血压患者宜慎用。较大剂量时最好监测血压。

(三)、心境稳定剂

1. 适应证 主要适用于双相情感障碍的急性躁狂发作和维持治疗，亦可用于抑郁发作以及抑郁治疗的增效剂，还可治疗许多精神障碍，如分裂情感障碍、攻击行为等。

2. 禁忌证 严重的心、肾疾病如心力衰竭、急性心肌梗塞、肾功能衰竭等禁用，年老体弱者和哺乳期妇女应慎用。

3. 用药方法 小剂量开始，逐渐加量。锂盐治疗量一般为 500~2000mg/d，维持量为 500~1000mg/d，分 2~3 次饭后口服。锂盐的治疗量和中毒量比较接近，故治疗时应监测血清锂浓度。应在末次服用锂盐约 12h 后，抽血检测。血清锂有效治疗浓度为 0.8~1.2mmol/L，维持治疗 0.4~0.8mmol/L。1.4mmol/L 为有效浓度上限，超过此值容易中毒。

4、临床上常用的心境稳定剂

(1) 锂盐 对于情感障碍的患者，锂盐可以治疗急性躁狂和急性抑郁，也可以用作维持治疗。急性躁狂治疗量门诊 750-1500mg/d，住院患者 1250-2000mg/d，维持量 500-1000mg/d，可分 2-3 次服。由于碳酸锂的治疗指数低，治疗量和中毒量比较接近，故最好对血锂进行监测。首次应在治疗第 4-7 天测定，以后每周 1 次，共 3 周；如达满意水平，则 6 周查一次。以后 2-3 月查一次。急性治疗最佳血锂浓度为 0.8-1.2mmol/L，维持治疗为 0.4-0.8 mmol/L。1.4 mmol/L 是有效浓度上限。老人应减量。锂盐治疗的不良反应包括多尿、烦渴、体重增加、认知问题、震颤、镇静或嗜睡、共济失调、胃肠道症状、脱发、良性白细胞增多、痤疮及水肿。锂盐合并抗精神病药，可增加发生药源性恶性综合征的可能性。

(2) 丙戊酸盐 主要用于急性躁狂和双相障碍的治疗和预防。对于混合性或心境恶劣性躁狂和快速循环的效果比锂盐好。也适用于器质性障碍，包括脑外伤、EEG异常或躯体疾

病或内科病引起的躁狂症状。开始 200-400 mg/d，缓增至 800-1500 mg/d，分次饭后服用。常见与剂量相关的副作用多为良性，如胃肠激惹症状、良性氨基转移酶升高、脱发和神经科症状（常见者有镇静和震颤）。与剂量无关有体重增加。特发性副作用有肝功能衰竭、胰腺炎、粒细胞缺乏，可致死，应予以注意。应定期复查血、肝、肾功能。

（四）、抗焦虑药

抗焦虑药是一类主要用于减轻焦虑、紧张、恐惧，稳定情绪兼有镇静、催眠、抗惊厥作用的药物和抗精神病药、抗抑郁药不同，一般不引起自主神经系统症状和锥体外系反应。此类药物以苯二氮卓类（BDZ）药物为主。几乎所有的 BDZ 都有类似的药理学特点，都有镇静作用。它们被广泛应用于神经科、精神科、内、外、妇产、皮肤科以缓解紧张、焦虑，稳定情绪、镇静、安眠及术前给药。但老年人、肝、肾病者应慎用，阻塞性呼吸疾病者禁用。

用药原则 苯二氮卓类药物的使用剂量，原则上初用者从小剂量开始，逐渐增加至焦虑得到控制或出现不良反应为止。疗程一般不宜超过 6 周。

本药最大缺点是多种药理作用均易产生耐受性，长期应用可产生依赖性。停药时应当缓慢减量。

三、药物治疗过程中的护理

精神药物治疗中的护理是精神科临床护理工作的一项重要内容。护士必须掌握精神药物的使用方法，精神药物副作用比较多，护士应严密观察治疗后的反应，了解药物中毒的临床表现及应急处理能力，同时，由于精神病人对服药一般持消极态度，故在治疗中应坚持执行服药制度，并做好心理护理等工作。

（一）抗精神病药治疗的护理

1、护理评估

评估主观和客观资料：

- （1）思维：幻觉、妄想，思维逻辑性和连贯性，智能等；对环境的反应。
- （2）情感：焦虑、抑郁、淡漠和高涨等。
- （3）行为：步态、动作、语态、食欲和睡眠等
- （4）实验室检查：如三大常规，心、肝、肾和甲状腺功能，血电解质等。

（5）识别高危患者：本类药物禁用于合并有下述疾病的患者：巴金森病，严重血液病或骨髓抑制，严重中枢抑制、昏迷或由惊厥倾向者；严重心血管、肝、肾疾病，如心衰、重症高血压、急性肾炎、肾功能不全等；青光眼、低血压、前列腺肥大、尿潴留和肠麻痹的患者禁用氯丙嗪、硫利达嗪等低效价抗精神病药；抗精神病药过敏，老人、儿童、孕妇慎用；

吩噻嗪类不宜与肾上腺素合用，以免引起肾上腺素作用逆转，而导致严重低血压。

2、护理目标 控制分裂症及相关精神病性障碍的症状，预防其复发和最大限度地恢复患者的生活自理能力，促使其早日返回社会。

3、护理措施

(1) 精神患者多数因精神症状和缺乏自知力而不能主动配合治疗，也不能正确反映疗效和不良反应。因此发药时必须严格执行操作规程做好三查八对：三查，取药时查、摆药（抽药）时查、放回药时查；八对，床号、姓名、药名、剂量、浓度、用法、时间、患者面貌。

(2) 发药时应为患者备好温开水，看着患者把药服下。在不伤害其自尊心的前提下，认真检查手、口、杯，防止患者藏药，影响治疗或积累顿服自杀。

(3) 发药时，药车不能随便放置，防止某些患者抢药或打翻药车。

(4) 为患者施行各种治疗前，应酌情向患者说明目的和注意事项，如用口述，书面手势等，告诉患者及其家属按计划服药的重要性、服药计划、药物的用途、可能产生的不良反应及其减轻方法，以取得其合作与信任。

(5) 对不合作的患者需要两人或数人配合执行，以免发生意外。治疗完毕检查用物是否齐全，不可将棉棒、安瓿等遗留病室而发生危险。

(6) 尽可能减少给药次数，必要时可使用长效制剂或一日药量睡前顿服。

(7) 不断评估患者用药或治疗反应，如有不良反应（如药物性皮炎、药源性焦虑、体位性低血压等），应及时交班并报告医生处理。

(8) 健康教育：进行用药知识教育，教会患者认识不良反应，并掌握防治不良反应的基本知识，如应劝告年老、体弱、食纳差、用量较大、增量较快、注射用药、有体位性低血压史等易感患者改变体位（如躺卧或蹲位换站立或走步）时，动作宜缓慢，稍坐片刻再起立；通过耐心开导，精心护理，建立相互信任的治疗关系，争取患者主动配合，使其出院后更好自理用药；鼓励患者按计划服药，教导患者家属为患者保管、分发药物，观察患者服药，为出院维持治疗作好准备。

4、再评估 应注意对疗效和安全性的评估和再评估，比较用药前后患者精神异常的改善情况来评价疗效。抗精神病药虽然安全范围大，但长期使用可有重的不良反应。

(二) 常见药物不良反应护理干预

在精神药物的治疗过程中，常常会发生精神药物的不良反应，但轻重程度因人而异。为保证治疗效果，护理人员要掌握精神药物的基本知识和护理措施。对

1、锥体外系反应

(1)急性肌张力障碍：可表现多种多样，包括斜颈、颈后倾、面部怪相和扭曲、舌前突、口吃、角弓反张、脊柱侧突和眼上翻等。肌注东莨菪碱 0.3mg，可起到即时缓解作用。及时给予心理疏导与解释，注意起居与饮食，吞咽困难的病人可给予半流质饮食防止噎食。

(2)静坐不能：主要表现为无法控制的激越、不能静坐、反复走来走去或原地踏步，主观上感到情绪焦虑或不愉快，严重者可导致自杀。给予苯二氮卓类药物如地西泮(安定)2.5～5mg或 β -受体阻滞剂如普萘洛尔(心得安)10mg 每日2～3次治疗。及时进行心理疏导，缓解焦虑情绪。

(3)帕金森氏综合征：主要表现可以归纳为：运动不能、肌张力增高、震颤和植物神经功能紊乱。服用抗帕金森症药物如安坦2～4mg 每天2～3次。严重的病人要加强生活照顾，合理解释病情。

(4)迟发性运动障碍：长期(通常1年以上)应用抗精神病药后引起口唇、舌、面部、四肢或躯干呈现各种不自主、有节律的异常运动，目前尚无肯定的治疗方法。

2、体位性低血压的护理

服用吩噻嗪类药物或三环类抗抑郁药物常会出现体位性低血压等不良反应。当患者变换体位或行走时，突然直立摔倒，血压下降，甚至意识丧失。护理人员对服用此类药物的患者，应告知有关的注意事项。如服药后要休息片刻再从事活动，改变体位是动作要缓慢，夜间更加应该注意。对老人患者、体弱、进食差，伴有心血管疾病的患者；对既往有过低血压病史者；对处于直立初期、药量增加阶段的患者；对注射给药的患者，都应作为重点观察对象。如果在闷热天气或在淋浴室，也要防止患者突然摔倒。

如果患者发生体位性低血压，可在改变体位是突然直立摔倒，面色苍白，血压低于80/65mmHg 甚至测不到。应立即将患者就地平卧，采取头低脚高为(脚部抬高 30°)，护理人员立即进行抢救工作，同时报告医生。监测生命体征，观察意识变化，备好急救药品，禁用肾上腺素。准备好适用的抢救器械，等候医生共同进行抢救。

3、吞咽困难的护理

精神药物引起咽喉肌群失调，发生吞咽困难，有可能导致呛咳或者噎食，出现这种情况会危及患者生命安全。应加强饮食护理，小心缓慢喂食，给予半流或者流食，或按医嘱予以鼻饲、静脉输液，以保证病人入量和安全。

4、便秘和尿潴留的护理

出现便秘和尿潴留的情况，患者十分痛苦，老年患者尤其如此。有的患者表现被动，不主动诉说，但常常显得烦躁不安，从而加重病情。要留心观察，及时发现问题，给予相应的

处理。使患者保持大小便的通畅，减轻患者痛苦。

5、皮疹的护理

精神药物可引起过敏反应而出现药物性皮炎，甚至发展为剥脱性皮炎，若在阳光直接暴晒下，可引起日光性皮炎。

患者在服药期间，护理人员应注意观察，皮疹常呈点状，多为红色斑丘疹。最初多发生于面部、颈胸部和背部，以后则可波及到四肢和全身。如果患者有发痒或者皮肤不适的主诉，护士应该予以重视，查看皮肤有无异常现象，如发现皮肤有充血或皮疹发生应立即报告医生，给予停药或给予抗过敏药物处理。如果患者发生剥脱性皮炎，应采取保护性隔离措施，以防止发生继发性感染。每日用紫外线消毒空气。对有渗出性的创面、皲裂的皮肤，以及脱屑后的皮肤，都要严格执行无菌技术操作进行处理。患者因有精神症状，可能会难以控制地搔抓皮肤，护士要进行劝阻，对其说明保护皮肤的重要性，争取患者的合作。

6、恶性综合征的护理

使用高效价的抗精神病药，或者多药联合使用时，可引起此种罕见的但是非常严重的不良反应。另外，病人若处在兴奋状态，拒食，躯体状况不好时，亦可成为诱因。护理人员应该掌握患者的病情特征，早期识别症状，善于观察，才能做好该症的护理工作。观察是否有严重的锥体外系症状、体温升高、心动过速、尿潴留等，严重时体温高达 40° 以上，持续高热不退、大汗淋漓、脱水、意识障碍、呼吸循环衰竭、血压下降等，如果处理不恰当，可导致死亡。护理人员应该按重症患者，进行对症护理。

7、白细胞下降的护理

本症以服用氯氮平类药物多见，护理人员应注意尽早发现症状，如骑兵急骤、高热畏寒、咽痛、乏力等。切不可掉以轻心，认为该症状是单纯的上呼吸道感染所致。要密切注意白细胞检查结果。如果发现异常，要及时报告医生。对粒细胞缺乏症的患者，要施行保护性隔离措施，加强对症护理，防止继发感染。

8、碳酸锂中毒的护理

在患者服用碳酸锂的初期，护理人员就应该注意早期发生的不良反应，如恶心、呕吐、腹泻、口渴、多尿、手细颤等。要注意饮食护理，保证入量。若有严重的呕吐、腹泻、脱水现象，应按医嘱补充食盐，每日摄入量不得少于 3g。同时要关注血锂浓度的监测值，当血锂浓度达到 1.4mmol/L 时就应该报告医生，及时采取处理措施。

电抽搐治疗与护理

电抽搐治疗是利用短暂、适量的电流刺激大脑，引起病人意识丧失和全身抽搐发作，以达到控制精神症状的一种治疗方法。此种治疗方法简单易行，副作用小，除精神科药物治疗外，电抽搐治疗是精神科临床常用的治疗方法。目前在国内外，多已对传统的电抽搐治疗进行改良，即在电抽搐治疗前加用静脉麻醉药和肌肉松弛剂，使患者抽搐明显减轻和无恐惧感。我国一般称之为改良的电痉挛治疗。

一、适应证与禁忌证

（一）适应症：

- 1、严重抑郁，有强烈自伤、自杀行为或明显自责自罪者。
- 2、极度兴奋躁动、冲动伤人者。
- 3、拒食，违拗和紧张性木僵者。
- 4、精神药物治疗无效或对药物治疗不能耐受者。

（二）禁忌症：

无抽搐电痉挛治疗无绝对禁忌症。尽管如此，有的疾病可增加治疗的危险性（相对禁忌症），必须高度注意。具体的有以下情况：

- 1、大脑占位性病变及其他增加颅内压的病变。
- 2、最近的颅内出血。
- 3、心脏功能不稳定的心脏病。
- 4、出血或不稳定的动脉瘤畸形。
- 5、视网膜脱落。
- 6、嗜铬细胞瘤。
- 7、导致麻醉危险地疾病（如严重呼吸系统与肝肾疾病等）。

二、治疗方法

（一）治疗前准备

- 1、应详细查体和作必要地理化检查，包括心电图、脑电图等；胸部 X 线透视，必要时拍摄胸部 X 线和脊柱 X 线照片。应向患者揭示，解除紧张、恐惧等，争取合作。
- 2、每次治疗前应测体温、脉搏、呼吸与血压。
- 3、治疗前 6h 内禁饮食。临作治疗前排空大、小便，取下活动义齿、发卡，解开领扣。
- 4、治疗室应安静、宽敞明亮，并备好各种急救药品与器械。室温保持 18-26℃。

1、一般上午进行。治疗时患者仰卧治疗台上，四肢自然伸直，两肩胛间垫一沙枕，使头部过伸，脊柱前突。

2、静脉注射阿托品 **1mg**以减少呼吸道分泌与防止通电时引起的迷走神经兴奋造成心脏骤停。

3、静脉注射 2.5%硫喷妥钠 **9-14ml**（约 **5mg/kg**），静注速度前 **6mg**约为 **3ml/min**，以后 **2ml/min**，到患者睫毛反射迟钝或消失，呼之不应、推之不动为止。

4、硫喷妥钠静注 **7.5-10ml** 左右（约为全量 **2/3**）时给氧气吸入。

5、静脉注射 0.9%氯化钠 **2ml** 防止硫喷妥钠与氯化琥珀胆碱混合发生沉淀。然后，氯化琥珀胆碱 **1ml(50mg)**以注射用水稀释到 **3ml** 快速静注（**10** 秒钟注完）。注射药后 **1** 分钟即可见自脸面到胸腹四肢的肌束抽动（终板去极化），然后全身肌肉松弛，腱反射消失，自主呼吸停止。此时为通电的最佳时间。

6、在麻醉周期，将涂有导电胶的电极片紧贴于患者头部两颞侧（双侧电极放置）或对右利手者将电极置于左侧顶颞部（非优势单侧电极放置），局部接触要稳妥，以减少电阻。

7、停止供氧。用压舌板置于患者一侧上下臼齿 **1** 间，用手紧托下颌（如无抽搐电痉挛治疗也可不用压舌板，但必须紧托患者下颌）。电量调节原则上以引起痉挛发作阈值以上的中等电量为准。根据不同的治疗机可适当确定通电参数，如交流电机一般为 **90-110-130mA**，通电时间为 **3-4** 秒。如通电后 **20-40** 秒内无抽搐发作，或产生非全身性抽搐时间短暂，可重复一次，每次治疗通电次数不得超过 **3** 次。

8、当脸面部和四肢端抽搐将结束时，用活瓣气囊供氧并作加压人工呼吸，约 **5** 分钟自主呼吸可完全恢复。

9、治疗结束后如患者意识模糊，兴奋不安，应注意护理以防意外。

10、治疗一般为隔日一次，每周 **3** 次。急性患者可每日一次，根据病情连续治疗 **3-6** 次后改隔日一次。疗程视病情而定，一般为 **6-12** 次。

11、本治疗可与抗精神病药物并用，剂量以中小剂量为宜，但不可与利血平、锂盐并用。治疗前一般应停用系统治疗的精神药物一次。

12、已接受过治疗的患者应详细检查上次治疗记录，根据痉挛发作的时间长短和呼吸恢复情况增减电量和时间。电量过小，不足以引起充分的痉挛发作，影响疗效。过大，抽搐时间过长（个别也可能过短），可加重认知障碍和其他副作用。抽搐阈的大小因患者性别、年龄、体型和应用影响抽搐阈的药物而不同，例如年轻男性，未用过镇静抗痉挛药，术中麻醉

三、并发症及处理

（一）常见症状 头疼、恶心及呕吐，不必特殊处理，重则对症处理。记忆减退多在停止治疗后数周内恢复。

（二）呼吸暂停延长 一般有抽搐电痉挛治疗在抽搐停止后 10-30 秒钟内呼吸自行恢复，无抽搐电痉挛治疗 5 分钟内呼吸自行恢复。如未及时恢复，则应立即进行人工呼吸，输氧。引起延长的原因可能为中枢性抑制、呼吸道堵塞、舌后倒或使用镇静剂过多。

（三）骨折和脱位 有抽搐电痉挛治疗由于肌肉突然剧烈收缩可引起骨折与脱位。脱位以下颌为多，骨折以 4-8 胸椎压缩性骨折最为多见。

四、电抽搐治疗的护理

（一）护理评估

1、完成精神科病史及检查，以确定该治疗的指征，评估全身疾病状况（包括病史及体检、生命体征的检测、血液化验、血清电解质的测定以及心电图检查），以确定相关危险因素。

2、麻醉科的评估，以确定麻醉的性质及风险程度，以及是否需要修正医疗方案及麻醉技术。

3、决定 ECT 方法（如单侧非优势大脑 ECT 或双侧电极 ECT，有抽搐 ECT 或无抽搐 ECT，持续的 ECT 和 ECG 监护下或非监护下 ECT 等）的影响因素包括，患者过去对 ECT 的反应，目前的紧急状态，以及已经呈现认知损害的程度。

4、对治疗指征、风险，可向医生建议另外的评估措施或改变治疗，或修正 ECT 技术。

（二）护理措施

1、治疗前的护理

（1）治疗前应进行详细的体格检查和必要地实验室检查，如心电图、脑电图和胸部 X 光片，以了解患者是否存在禁忌症。

（2）对已接受过 ECT 的患者，应详细检查上次治疗记录，以便根据痉挛发作长短和呼吸恢复情况确定通电量和时间。

（3）接受 ECT 的患者可以同时服用精神药物，但在治疗前需停药一次抗精神病药，应用利血平的患者必须在停药后 3-5 天，方可开始 ECT。

（4）做好患者的心理护理，向患者及其家属解释治疗目的、过程、效果、疗程。让患者及其家属表达对治疗的看法及感觉。可以让以前接受过改良 ECT 的患者与其聊天，以解除或

(5) 治疗的前一天，协助患者清洗头发，以免油垢影响通电效果。

(6) 治疗前禁食禁饮 **6h**，嘱排空大、小便，换宽松舒适的衣服。取下活动假牙、发卡和佩戴的金属物品，解开领扣、衣带。

(7) 治疗前常规测体温、脉搏、呼吸和血压。体温在 38°C ，脉搏在 130 次/分，血压超过 $22/15\text{Kpa}$ ，不宜作次治疗。

(9) 准备治疗时所用之注射药物。

(10) 准备生理盐水、导电冻胶、压舌板和其他消耗性材料。

2、治疗中的护理

(1) 体位 让患者仰卧治疗台上，四肢自然伸直，两肩胛间垫一沙枕，使头部过伸，脊柱前突。同时，告诉患者取这种卧位的目的。

(2) 通电前 **30min**，按医嘱静注阿托品 **1mg**

(3) 按医嘱静注 2.5%硫喷妥钠 **9-14ml**（约 5mg/kg ），静注速度前 **6mg**约为 3ml/min ，其余按 2ml/min 的速度推注，当患者睫毛反射迟钝或消失，呼之不应、推之不动时停止推注硫喷妥钠。然后另推 0.9%氯化钠 **2ml** 以冲洗针头。

(4) 在静注硫喷妥钠 **7.5-10ml**（即为全量的 $2/3$ ）时给予吸氧。

(5) 按医嘱快速静注（**10s** 注完）氯化琥珀酰胆碱 **50mg**（稀释到 **3ml**）。全身肌肉松弛，自主呼吸停止时，是最佳的通电时机。

(6)在麻醉后期,将涂有导电冻胶的电极紧贴于患者头部两侧颞部或非优势半球侧颞部,局部接触要稳妥，以减小电阻。

(7) 通电前停止供氧。用压舌板置于患者一侧上下臼齿间，用手紧托下颌。如为有抽搐 **ECT**，还需 2 名助手固定患者肩、肘、膝关节，以防抽搐引起骨折或脱位。

(8) 当脸面和四肢肢端抽搐将结束时，用活瓣气囊供氧并作加压人工呼吸，约 **5min** 自主呼吸可自行恢复。

3、治疗后的护理

(1) 治疗结束后，应将患者安置在安静的室内，取侧卧位。密切观察患者的反应，如患者意识尚未清醒，兴奋不安，此时，护士宜陪伴患者并拉上床栏，直至患者完全清醒。

(2) 治疗后 **15min**、**30min**、**1h**、**2h** 量血压、脉搏和呼吸，以了解生命体征是否渐趋稳定。

(3) 让患者表达对治疗的感觉，观察其情感状态，鼓励患者参加病房活动。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/726032230004011023>