

精神病患者护理和康复面临诸多难题,衡阳市第二人民医院呼吁:给这一群体患者多一些关爱、帮助和接纳——

让独自徘徊的精神病患者不再孤单

■朱嘉林



一提起精神疾病患者,许多人会觉得他们是“异类”,纷纷敬而远之。在很多人的印象里,精神病专科充满着“神秘色彩”,用铁门铁窗把“奇奇怪怪”的患者禁锢着。

如今,精神病医院和精神疾病患者现状究竟如何?医院又是如何治疗和管理患者的?近日,本报深入衡阳市第二人民医院(衡阳市精神卫生中心),探访了解精神病患者这个神秘而又弱勢的群体。

其实,真实的情况和印象里的精神病医院已经截然不同。采访当日,天气晴朗,在医生的带领下,我们来到了设立在衡阳市第二人民医院的衡阳市精神疾病强制医疗监护区,医护人员正带着患者们在户外散步、做操、打篮球;在重症精神疾病四病区、五病区,有些患者自由地穿梭在科室的走廊里,有些患者坐在床上看电视,有些患者坐在角落里看书……要不是他们身上的病员服,我们一定不会想到他们是一群病人。

A 护理上困难重重,“分级管理”保障患者安全

据悉,衡阳市精神疾病强制医疗监护区主要收治兴奋吵闹、冲动伤人、毁物、躁狂等伴有严重暴力行为的患者,还有一些经法院判决进行强制医疗的患者以及由公安系统送来的肇事肇祸和市救助站送来需要救助的“三无”患者。截至2020年11月,医院近3年来共收治肇事肇祸者58人、“三无”患者574人,目前在院患者99人。医院实行集中收治,统一管理,使患者得到及时有效的医疗救治,防止此类人群因得不到及时救治而发生肇事肇祸行为。

监护区护士长陈建华向我们介绍,如今的重性精神病监护区已经与过去大不一样了,原来,考虑到医护人员的安全,会用一道厚厚的门把医护人员

与患者严格分开,医护人员平常的工作主要是看管和定时给患者吃药,医患间少有沟通和交流。而现在,医生办公室和护士站就设在病区里,医护人员全程陪伴在患者身边。

“目前重性精神疾病患者的护理不仅仅是基础护理,更重要的是生活护理,帮助患者慢慢恢复生活技能,重回社会。”陈建华进一步介绍,精神病患者住院治疗期间没有家人的陪护,从生活起居到用药检查,都由医护人员照料。由于患者不配合,在生活上对重症精神患者的照顾可谓是困难重重。具体来说,由于重症精神疾病患者的特殊性,有些患者不愿起床,护理人员就要耐心劝导,有些患者不会洗漱,护理人员也会协助其完成。

陈建华回忆,去年,患者周某来院

后就曾经连续2个月不吃饭,把医护人员送去的食物全部倒了,甚至泼到医护人员身上。为了保证周某的营养所需,医生决定通过胃管鼻饲管来补充营养,结果周某就把鼻饲管咬断,医护人员只能绞尽脑汁设法劝说其吃饭。

“除了不配合治疗的患者,具有暴力倾向的患者护理起来更是难上加难,他们不仅会攻击医护人员,有时还可能伤害病友。”陈建华坦言,因为长期与他们打交道,医护人员也承受着巨大的精神压力和心理压力。为了防止其攻击周围病友,该院目前实行“分级分类管理”,设立多个单间用于收治隔离伴有严重暴力倾向或行为的患者。医护人员会对此类患者采取一对一24小时不间断的全程监护,待其病情好转后再转到治疗区集中治疗。

C 建立完善的社区康复服务 打通患者康复“最后一公里”

精神病康复回家后也面临着多方困难:长期服药的费用对家庭经济上造成的困难、邻居或社会对患者的歧视、家人对患者康复护理的不了解、无法正常上班又独居在家造成心理压力……不少患者因此再次复发,病情加重。

据悉,精神病的特点就是反复多变,因此后续治疗很关键,这其中社会支持体系的作用也很重要。市第二人民医院院长陈欣说道:“对精神病人来说,医院只能承担短期救助功能,患者还需社会和家庭的‘接手’。患者的家属、所在单位、社区、村镇及担负社会管理职能的国家机关都要对患者齐抓共管,才能防止精神病患者再次复发。”

“要建立起完善的社区康复服务机制,切实推动精神疾病患者更好地回归社会。”陈欣认为,社区在精神病患者发现、收治、康复、管理各个环节上都发挥着至关重要的作用。

“很多社区医生都不是专业的精神科医生,希望能够在我们的指导下提高基层医生在精神疾病领域的专业知识水平。”陈欣表示,作为市级精神病医院,市第二人民医院不仅要及时处理治疗疑难重症精神病,此后也将通过高频率的知识培训,帮助县级及以下医院和社区提升精神疾病的识别和收治能力,打通精神病患者康复的“最后一公里”。提高社区工作者对重症精神疾病的鉴别能力,在社区基层就可实现精神病患者的分级分类转诊,除“三无”和肇事肇祸的强制病人必须收治到定点医疗机构外,必须尊重其他患者及患者家属意愿,社区、村委、民政、残联、公安、司法在尊重患者及家属意愿情况下进行分级分类就诊,努力送诊到相应精神卫生医疗机构,根除精神病人收治乱象。做好患者后期康复管理工作,促使患者更好地恢复社会功能,降低肇事、肇祸事件的发生。

“当然,仅仅靠医护力量是远远不够的,精神病患者是弱势群体,希望社会各界能给他们多一些关爱,多一些帮助,多一些接纳。”在陈欣看来,应该要加大重性精神疾病的宣教工作,提高市民对精神疾病的认识,普及疾病的预防工作,让市民多关注这一群体,减少对此类疾病患者的歧视,才能更快地帮助其康复。

此外,陈欣期望政府加大对精神病患者治疗政策的倾斜力度,建立健全经费保障机制,特别是对初发、反复发作群体的费用保障,缓解精神疾病患者家庭的经济困难。陈欣表示,今后该院将更加重视精神病患者康复器材、设备的添置和建设,改善医院的住院环境,增强抢救能力和应急能力,帮助患者更好康复;同时加强与政府、民政、公安等部门的协作,促进重症精神疾病患者的规范管理,畅通就诊绿色通道,简化流程,缓解患者看病难的问题。

B 做好患者的心灵“修复师”,助力患者回归社会

在重性精神病学四病区,我们见到了该科主任彭星。据他介绍,从病情和表现来看,可大体将精神病患者分为兴奋躁动型、幻觉妄想型、抑郁自责型、反复要求自杀型、敏感多疑型、易激惹型等几种。而公安机关抓获的肇事肇祸的精神病患者多属于兴奋躁动型、幻觉妄想型、易激惹型。

“现代社会精神疾病的剧增与高发,除先天性病因外,社会因素不可忽视。”彭星分析道,如今,精神病患者增多的社会因素主要与生活工作压力大、宣泄渠道变窄有关。社会流动频率的加快和工作中竞争的增强,人们很难有可倾诉的知心朋友。同时,由于羞于向陌生人倾诉、没有看心理医生的习惯,造成各种心理障碍、精神疾病随之而来。

“精神疾病患者目前有一个普遍的症状——自知力缺乏,通俗而言,就是已经生病但不自知。”彭星说,精神病患者均有不同程度的自知力缺陷,在疾病的不同阶段,自知力的完整程度也不同,并随病情变化,尤其在重性精神障碍如精神分裂、抑郁症、躁狂症等典型阶段,患者通常自知力缺乏严重,极度抗拒就医。因此,他建议精神疾病初期患者可通过网络、讲座、书籍等途径提高自己对常规精神卫生

知识的了解,提高自身疾病的辨别能力,同时根据医嘱及时复诊。当出现睡眠、情绪等改变时,更要积极与医生取得联系,及时调整治疗方案。

值得注意的是,存在幻觉妄想的精神分裂症患者可能因为被害妄想,为求自保而出现攻击行为;也可能因命令性幻听出现伤人毁物或者自杀自伤,严重的精神疾病患者可能因为强烈的自杀意念出现自杀即扩大自杀行为,为达到“死亡”的目的而肇事肇祸。此外,还有部分人格障碍,如反社会性人格障碍、冲动型人格障碍等也有肇事肇祸的潜在风险。

重性精神病学五病区主任邱智向我们说起了他最近接诊的一位患者。一位来自衡阳的40岁的患者李先生,因连续数天酗酒,又和朋友通宵玩耍,出现妄想症状,总认为有人要追杀他,还在不自知的情况下用刀砍伤了其亲人。家人将其带到该院治疗,通过一周的药物和心理治疗,妄想症状基本消退,治疗35天后,李先生痊愈出院。

在重症精神学科,每个病区都有其独特的治疗特色:四病区在常规的药物及心理治疗外,尤为突出工娱治疗,病区有优秀的工娱治疗团队,根据每个患者的不同体征制定积极有

效的个别治疗计划。此外,还有针对全体的团体治疗。多种治疗方法的结合,患者不但疗效更显著,而且在院治疗的配合程度更好,也更利于患者出院后重新回归社会。五病区则不定期在患者中开展各项技能培训,包括绘画、书法、音乐、棋牌、运动、舞蹈、手工制品等,通过培训让患者不仅学到一些基本技能,也学习到如何与人相处。

“我们就是精神病患者的心灵‘修复师’,通过形式多样的方法,让独自徘徊的他们不再孤单,通过我们精心的护理、多管齐下的治疗,看到患者精神恢复正常,回归社会,就是我们全体医护人员最高兴的事情。”邱智欣慰地说道。

彭星还从预防上给出建议,当发现家庭成员在言语、情绪、行为及睡眠等方面出现明显的反常时,应当加强关注情况变化;不要盲目信任网络咨询、不迷信,尽早与正规的医疗机构取得联系。他强调:“早发现、早治疗,才是最根本的解决方法,如果存在冲动行为或有潜在的危險性,还可向社区及公安机关寻求帮助。如果是既往曾就诊过的患者,家属除要注意以上方面外,还要关注患者的服药情况,按医嘱及时带患者复诊。家人要加强监护,对家人健康教育,有复发病状要及时联系医生,做好随访。”