

浅谈儿童癔病与护理实践

王风华 唐 伟

(哈尔滨医科大学附属第一医院小儿外科 150001)

摘要:帮助患儿及家长正确认识疾病,正确判断躯体疾病和心理疾病;简要阐述对患癔病儿童的一些护理体会,使患儿了解癔病发作与本人情感体验有关,使之认识到某些性格特征与发病之间的关系,从而使患儿及家长减轻心理压力,树立战胜疾病的信心。

关键词:儿童癔病; 躯体疾病; 心理疾病; 护理实践

中图分类号: R743 **文献标识码:** D

癔症在儿童情绪障碍中与其他几种类型的疾病相比,患病率不高,男女均可发病,但在青春后女性较男性高,年龄较大一些的儿童又较幼童多见,文化和经济水平不发达地区有集体发作。

许多患儿有不良的素质因素及家庭环境,大多数患儿往往在负性精神因素作用下急性发病,如委屈、气愤、紧张、恐惧、突然的不幸事件,均可导致发作。但首次发病后再次发病时不一定具有明显的精神因素。也可能是遇到与第一次发病因素在内容和情景上有关的因素诱发,也可能在别人引发或患儿本人回忆第一次发作的体验在暗示和自我暗示作用下发病。因此,应避免当着患儿的面谈论其发作的表现和经历,若有躯体疾病、月经期、疲劳、睡眠不足等情况均易发作。

儿童癔病以学龄儿童多见,多见于5~10岁的女孩,临床表现复杂多样,发作具有高度暗示性,症状常使人感到较严重,但精神症状较成人简单,护理21例报告如下。

1 临床资料

我科7年共收治患儿45例,大部分家长带孩子来就诊,都是来看躯体疾病。但其中被确诊为癔病患儿21例,男7例,女14例,年龄5~14岁之间,其中癔病性情感爆发7例,意识障碍3例,运动和感觉障碍10例,癔病性器官及内脏功能障碍1例,多数病人兼有2种或2种以上类型的症状表现。经系列治疗、护理21例患儿治愈,只有1例运动和感觉障碍并伴有恶心、呕吐,家属配合不当转入上级医院诊治。

1.1 临床表现

癔病的临床表现可分为分离性癔病和转换性癔病两类。分离性癔病常见症状有:情感爆发,幼儿期表现为原始性情感反应,如大哭不止,四肢乱动,憋气,面色苍白或青紫,大小便失禁等。较大儿童则表现为烦躁、哭闹、冲动,有时拔头发、撕衣服,有时破坏周围药品,有时在地上打滚或四肢抽动等,发作时面色潮红,或一阵阵换气过度、出汗、呼之不应。发作时间长短与周围人的注意程度有关,发作后有部分遗忘。转换性癔病的表现为:瘫痪,步态异常,感觉障碍,过度换气,失明,失聪等,但较少见。值得注意的是,这种癔病的发生,有时受家庭、邻居或同学中类似病人的影响,甚至可以流行。

1.2 典型病例

病例1:女孩,6岁,腹痛、高烧、白细胞高入院。在全麻下实施阑尾切除术,手术过程顺利。当晚患儿感觉切口痛,遵医嘱给予肌肉注射止痛药,可护士走到患儿面前,刚拿出注射针,患儿突然惊叫、哭闹,同时咬破了舌头,光脚地下撕打母亲,不让护士进屋,昏了过去。半夜惊醒,仍大声呼叫,说有人要杀她,第二天经神经科会诊,诊断为癔病,用药后并采用暗示疗法好转,不久痊愈出院。

经了解家属,患儿平时敏感多,成长在一个较好的家庭里。母亲是个会计,父亲是个工程师,经常出差,母亲家教严格,学过钢琴,绘画。小孩特别懂事,在幼儿园表现好,比较聪明,一直是家庭的骄傲。可母亲是焦虑敏感人格,易激动,患儿近一年由于鼻中隔扭曲,一直看病,小孩受刺激较大。

病例2:女孩,8岁,在班级当班长,老师比较喜欢,近三个月一直头痛、怕冷、不明原因呕吐,有时能把喂里东西吐出来。总说自己怕冷,夏天盖被还打哆嗦,各种化验都显示躯体无异常,每月发作四、五次,过后一切正常。饮食、体重不减,不影响生长。经精神科会诊,给予暗示疗法,好转出院,经与家长交谈,患儿父母较忙,孩子由保姆带大,居住在大姨家。发病原因,大姨出车祸,孩子几天不见大姨比较想念,无奈母亲带她到医院去看大姨,看到大姨满头缠绷带,孩子惊恐万分,第三天便出现呕吐至今。

2 发病原因

癔症的发生与遗传因素、个性特征有关,可概括为:在某种性格基础上,因精神受到刺激而发病,亦可在躯体疾病基础上发病。性格缺陷加上精神创伤。这类儿童大多具有自我中心,富于幻想,易受暗示,情感强烈而不稳,容易从一个极端走向另一个极端的性格特点。因此,容易受环境的影响,容易把现实和幻想相混淆。

2.1 遗传因素

国外资料表明癔症患儿的近亲中本症发生率为1.7%~7.3%,较一般儿童高。女性一极亲属中发生率为20%。

2.2 性格特征

2.2.1 高度情感性:平时情绪偏向幼稚、易波动、任性、哭泣。

2.2.2 高度自我显示性:自我中心倾向,往往过分夸耀和显示自己,喜欢成为大人注意的中心。病后主要表现为夸大症状,祈求同情。

2.3 丰富幻想性:

富于幻想,其幻想内容生动,在强烈情感影响下易把实现与幻想相互混淆,给人以说谎的印象。

作者简介:王风华,(1967-)女,本科,主管护师,护士长

(收稿日期:2006-02-16 接受日期:2006-04-10)

2.4 精神因素

一般多由急性精神创伤性刺激引起,亦可由持久的难以解决的矛盾或内心痛苦引起。尤其是气愤与悲哀不能发泄时,常导致疾病的突然发生。

2.5 病程和预后

多呈发作性,急性起病,消失迅速。躯体症状可呈持续性,如治疗不当,可延续数年,甚至十余年,经适当治疗,多能迅速好转,癔症性性格特征显著者,易复发。

3 护理实践

3.1 首先必须排除器质性的疾病。

因为有不少疾病,甚至是器质性疾病,都有一定程度的可暗示性。又由于癔症的治疗过程中采用的暗示疗法比较多,因此在没有排除器质性疾病的情况下和暗示取得初步疗效的情况下,会造成误诊误治,有的会酿成医疗事故。

3.2 护理应侧重于心理护理。

癔病的症状是功能性的,因而应以心理治疗为主。癔病患儿平时多有特殊的性格特征,如易被暗示,自我为中心,发病前多有受批评、恐惧等精神刺激。要求家长在平时了解其性格特点、身体、精神状况及兴趣爱好等,主动接近并倾听患儿的诉说,提供情感宣泄的机会,在此基础上因势利导,给患儿以安慰、解释、劝导,以消除其不满心理。因为这类患儿,常深信患有严重疾病或会像神经病那样,所以顾虑重重。加上家属由于不懂病情而过度紧张,如言辞不当常会使患儿的病情恶化。故要非常关心患儿,同情患儿,了解病史,体格检查要详尽仔细。通过检查,既可排除器质性疾病,又可取得患儿信赖,这有利于心理治疗的成功,是促进疾病治疗的决定性因素。但不能把注意力集中在症状本身。对症状的反复盘问以及不必要的检查,常导致不良的暗示作用。而应把注意力重点放在讨论症状的心理因素。引导患儿及家属认识病因,分析病因与治疗的关系。当谈及病因时要让患儿尽情发泄,让其尽情倾吐不满情绪适当给予安慰和鼓励。让患儿了解心理因素与性格缺陷在疾病发生、发展中的作用,并要求患儿加强

自我训练,促进身心健康。而心理暗示常能取得较好效果。注意让孩子劳逸结合,保证充足睡眠,帮助孩子正确处理学习、生活和人际关系。使他们正确对待各种冲突和挫折。避免对患儿的过度关心。避免在患儿面前谈论其病情,以免带来不良暗示,预防复发。

在护理过程中应注意熟悉病情及相关情况,如诱发因素,人际关系,性格特点,家庭角色,兴趣特长,学习成绩及重大生活事件等,以利于护理工作的开展。

耐心细致地向家属交待患儿的病情、特点,并要求家属积极配合,患儿病情发作时切勿手忙脚乱,哭哭啼啼,要与医护人员配合使用鼓励安慰性语言。配合医生使用药物暗示,准确的给患者吸入或口服或注射不同气味、颜色和自主感觉良好的药物,使患者通过亲身体验增强对治疗方案的信服,以达到效果。

适用于暗示疗法无效年龄较大的患儿,使能诱使癔病发作的精神因素,逐渐失去诱发作用,从而达到减少甚至预防诱发癔病的目的。先让患者倾诉与发病最有关的精神因素、内心冲突,并录音、录像以备用,然后训练患儿学会全身松弛后脱敏。最初短时间播放精神刺激的录音或录像,当患者稍感紧张不安时,停止播放,如此反复多次,由于交互抑制的原理,这种刺激便不再引起患者的紧张不安,然后逐渐增加刺激量,直到完全沉浸在精神刺激的录音、录像之中,均无明显的情绪反应为止;再迁移到现实生活之中,使患儿能逐渐适应充满精神刺激的现实生活,正常的学习和成长。

参考文献

- [1] 张理义,袁国桢主编.心理医生手册[M].北京:人民军医出版社,2005
- [2] 刘鸣勋.实用临床心理学[M].北京:中国医药科技出版社,1996
- [3] 施慎逊.气功与精神障碍[J].上海精神医学,1999,11(4)
- [4] 韩仲岩主编.全身疾病的神经系统表现[M].北京:人民军医出版社,2001
- [5] 史玉泉.神经病学新理论与新技术[M].上海:上海科技出版社,1998

(上接第97页)

据病情给予吸入低流量氧气,以缓解症状。出疹期患者腹胀腹泻严重时,应减少牛奶的摄入量或暂禁食,必要时静脉补充营养和热量,以减轻胃肠负担。出疹期皮肤受汗液刺激引起瘙痒,防止抓伤并继发感染,应剪短指甲或戴手套,预防并发症的发生。

3.4 恢复期护理要点^[5]

病程经过高热期,出疹期后进入恢复。患者机体十分虚弱,需要大量的营养和能量以满足机体生理需要和补充疾病的消耗。患者表现食欲亢进,护理必须适当控制饮食,防止暴饮暴食诱发肠道并发症。禁止食用生、冷、硬食物,给予易消化吸收饮食。如米粥、面片等,少量多餐,以促进机体功能的恢复。

4 小结^[6]

流行性斑疹伤寒是由普氏立克次体以体虱为媒介而传播的一种急性传染病。临床以持续高热、头痛、神经系统中毒症状和皮疹为主要特征。患者是唯一传染源,病原体侵入人体后即有传染性,以发病第一周传染性最强,护理首先要严密隔离病人,彻底灭虱、更衣,以消灭传染源,切断传播途径,防止

交叉感染。病程临床表现分三期,即:高热期、出疹期、恢复期。通过本组4例患者的细心观察及精心护理,我们体会到护理关键要根据各期不同特点,分别“三关”,即高热惊厥关、出疹期合并症关及恢复期饮食关,帮助病人度过三关,对于减少并发症,促进疾病恢复是十分必要的。4例患者住院最24天,最短14天,全部治愈出院。

参考文献

- [1] 孙雪洁,葛伟.小儿斑疹伤寒的临床变异与护理.护士进修杂志,1997,12(3):24-25
- [2] 聂玉兰,谢素美.应用纽曼护理模式对1例斑疹伤寒患者的护理.当代护士,2004,9:70-71
- [3] 张立华,郑胜英.在传染病患者发热时降温措施的选择[J].生物磁学,2005,5(2):86-87
- [4] 苗秀欣,刘清泉.流行性出血热合并地方性斑疹伤寒13例分析.潍坊医学院学报,1997,19(1):80
- [5] 谢正国,黎方连.某部87例地方性斑疹伤寒流行病学调查.解放军预防医学杂志,1996,6:458
- [6] 聂昭华,宋捷,张敏,等.392例斑疹伤寒流行病学动态的观察分析.医学动物防制,2003,19(4):204-205