

# 饮食护理对精神分裂症患者营养状况的影响

刘华 郑贵

(成都市第四人民医院 610000)

**摘要:**目的:分析精神分裂症患者中饮食护理的效果。方法:选取我院近三年(2019年10月-2021年10月)诊治的46例精神分裂症患者,回顾临床资料。将实施饮食护理的25例患者作为观察组,将实施常规护理的21例患者作为对照组。观察两组干预效果。结果:干预后,观察组患者TSF、AMC、BMI指数较干预前均有所提高,观察组提高程度更明显,与对照组相比差异有统计学意义( $P<0.05$ );血液营养指标方面,观察组患者Hb、ALB、PA指标水平较干预前均有明显改善,且观察组改善情况更好,与对照组相比差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:通过对精神分裂症患者实施定期饮食护理,可有显著效改善患者营养状态,进一步改善预后。同时还能帮助患者形成健康良好的饮食行为习惯,有助于提高临床疗效,促进其康复。  
**关键词:**精神分裂症;饮食护理;饮食行为习惯;营养状况;生化检测;效果

精神疾病属于功能性的改变,不易治愈且容易复发。该病症具有思维、情感等方面的障碍,部分患者可出现认知障碍。加上在治疗期间,很多药物可以导致抗胆碱能作用,部分患者不合理饮食和运动行为,导致患者常便秘,从而影响进食,致使其面临较大的营养风险,进而出现不良的临床结局<sup>[1]</sup>。一些营养不良伴低钾血症的患者在使用抗精神病药物时还存在极大的药物风险,危及患者生命安全。故而重视营养风险筛查,纠正营养失调,对改善临床结局有十分重要的意义<sup>[2]</sup>。本研究通过了解精神分裂症患者各种营养指标水平,综合评价实际营养状况,采取相应的营养干预措施,维持人体的健康和促进病情恢复有确切效果。现对我院诊治的精神分裂症患者回顾分析探讨护理效果。现报告如下。

## 1. 研究资料及方法

### 1.1 研究资料

选取我院近三年诊治的46例精神分裂症患者的临床资料,回顾分析探讨护理效果。其中21例对照组患者中(男13例,女8例)年龄在19-63岁(平均 $41.25 \pm 3.16$ 岁);木僵状态拒食6例、违拗症拒食5例、罪恶妄想支配下而拒食5例、厌食或食欲不振4例、暴饮暴食1例。25例观察组患者中(男11例,女14例)年龄在19-70岁(平均 $44.53 \pm 2.18$ 岁);木僵状态拒食8例、违拗症拒食7例、罪恶妄想支配下而拒食4例、厌食或食欲不振4例、暴饮暴食2例。上述病例资料比较均衡性良好( $P>0.05$ ),有可比性。

### 1.2 方法

治疗期间对照组接受常规护理干预。而观察组则加用饮食护理干预,具体措施如下:

①首先我们针对不同情况拒食患者进行全面评估,了解患者拒食的主要原因,并开展讨论、分析,采取针对性措施,以满足患者的合理要求。临床发现,不少患者受疾病影响,坚信有人对他进行陷害,认为别人投毒害他。疑病妄想症者则认为“得了不治之症”,甚至怀疑有很多蛇在腹里钻来钻去而拒食。还有一些罪恶妄想症者无任何根据的认为自己犯了不可饶恕的罪恶,以惩罚自己而拒食。患者在木僵状态,常闭目站立过终日卧床,拒吃拒喝。每日每夜保持固定姿势。违拗症者则拒接别人要求的一切,不肯进食,常以相反的动作来抗拒医护人员的指导。还有部分患者由于服用抗精神病类药物出现椎外系统反应,在进食时无法吞咽,出现呛咳而拒绝进食。

②根据上述原因的分析,我们根据医嘱安排饮食,对严重拒食或病情严重者先安排进餐,以防出现漏食、藏食、倒食情况的发生。根据患者的生活习惯和民族特点,调整饮食方案,满足他们的进食欲望。对普通饮食者,采用集体用餐的方式,并安排医护人维护现场秩序,并在患者进食时加强巡查,以便观察他们的精神状况和饮

食状况。同时进行记录,重视交接班,以便为医生后续治疗提供依据。

③良好的护患沟通可大大增强饮食护理效果。主动、热情、关心、体贴的服务态度和行为,可在极大程度上拉近双方关系,鼓励患者主动表达自己的想法和需求,从而真正了解其内心的活动,以便评估其病情和拒食的原因,采取针对性措施,诱导患者进食。在交谈中,循序渐进解释说明,避免与其发生正面冲突,促进其自行进食。比如我们要求护理人员在交谈中面带微笑,尽量控制面部表情,保持自然,认真倾听,让病人感到护士的真诚和温暖。用商量的口吻,举止庄重,言谈得体,以免产生不必要的误会和麻烦。同时对病人足够的尊重、关心、同情、理解,并向其表示自己愿意为其解除病痛,这样有助于以温暖、安慰、开导、鼓励、激发病人的治疗信心,转变消极状态为积极状态,使病人保持良好的生理和心理状态,积极配合治疗。

④通过了解、观察患者饮食障碍的愿意,运用婉言的语句劝慰患者,还可利用以身示范的方式,在进食前,先行尝试,或安排与其他患者交换饮食、共同进食,从而消除猜测。对于情绪高涨,行为紊乱者,应安排专人监督,或安排单独进食,促使其安心进餐。少数暴饮暴食者,在安排饮食时,需要控制应适量,劝导细嚼慢咽,防止进食过量或进食过快而阻塞呼吸道,引起窒息。对于木僵状态者,则需要轻声细语,耐心劝导患者进食或喂食;对于严重木僵状态者,则需通过鼻饲给予合理的流食,饮食温度适宜,进食速度宜缓慢。必要时应遵医嘱进行静脉补充营养。另外一些有药物副作用的患者,应为其提供软食,严重吞咽困难者,则采用鼻饲流质饮食,保证营养和水分的充分摄入。若有患者噎食,需及时抠出口中食物,并立即进行抢救处理-海姆立克急救法。

⑤康复期,一些患者回归社会环境时,常发生因伙食不当而病情反复现象。比如例患者在假出院后,继续服用抗精神病药物常感无力,家属误认为是身体虚弱,进而给其进食鸡鸭以滋补身体,患者食后在短期内病情复发。这一实例提示我们在患者假出院和出院时,应嘱咐病人及家属不要进食易兴奋的食物,包括咖啡,酒以及壮阳补气的药物(人参、鹿茸、鸡鸭、羊肉),少食油腻、生冷、坚硬的食物。保持一日三餐按时、适量,保证足够的营养和热量。促使他们明白正确的饮食指导是巩固疗效和预防病情复发的保证。

### 1.3 统计学方法

用统计学软件(SPSS23.0版本)分析数据, $t$ 检验计量资料,表示为 $\bar{x} \pm s$ , $\chi^2$ 检验计数资料,表示为%,若 $P<0.05$ ,则有统计学意义。

### 1.4 观察指标

干预前后测定两组患者营养状况。包括:肱三头肌皮褶厚度

(TSF)、上臂肌围(AMC)、体质指数(BMI)以及血红蛋白(Hb)、白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)指标水平变化。

## 2.结果

### 2.1 两组患者 TSF、AMC、BMI 参数变化对比

表 1 两组患者 TSF、AMC、BMI 参数变化对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	TSF(cm)	AMC(cm)	BMI(kg/m <sup>2</sup> )
观察组 (n=25)	干预前	0.37 ± 0.11	14.60 ± 3.46	22.68 ± 1.61
	干预后	0.44 ± 0.13	16.96 ± 3.51	23.94 ± 1.85
对照组 (n=21)	干预前	0.39 ± 0.12	14.69 ± 3.45	22.72 ± 1.63
	干预后	0.34 ± 0.11	14.43 ± 3.26	22.54 ± 1.64
<i>t/p</i> (干预后两组间对比)	-	2.785/0.008	2.515/0.016	2.691/0.010
<i>t/p</i> (观察组干预前后对比)	-	2.055/0.045	0.394/0.021	2.569/0.013
<i>t/p</i> (对照组干预前后对比)	-	1.408/0.167	0.251/0.803	0.357/0.723

### 2.2 两组患者 Hb、ALB、PA 指标水平变化对比

本研究结果显示,观察组患者 Hb、ALB、PA 指标水平干预前后差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),对照组组间参数对比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );与对照组相比,干预后两组上述参数组间对比差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者 Hb、ALB、PA 指标水平变化对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	Hb(g/L)	ALB(g/L)	PA(mg/L)
观察组 (n=25)	干预前	116.94 ± 9.59	28.76 ± 7.21	138.16 ± 30.46
	干预后	123.46 ± 11.58	33.26 ± 7.42	161.15 ± 33.67
对照组 (n=21)	干预前	117.49 ± 10.23	29.45 ± 7.46	140.64 ± 31.15
	干预后	116.35 ± 9.58	28.64 ± 6.68	139.45 ± 30.04
<i>t/p</i> (干预后两组间对比)	-	2.226/0.031	2.200/0.033	2.286/0.027
<i>t/p</i> (观察组干预前后对比)	-	2.152/0.037	12.175/0.035	2.532/0.015
<i>t/p</i> (对照组干预前后对比)	-	0.373/0.711	0.371/0.713	0.136/0.900

## 3.讨论

目前认为精神分裂症发病机理不明确,但与心理因素、环境因素、社会影响和遗传因素有一定的关系。对患者而言,长期的精神分裂症以后引起精神衰退,出现各种知觉障碍,从而拒绝饮食,出现饮食方面的问题。虽然对这类患者营养饮食的要求不严格,但在饮食方面的护理极为重要,这关系着患者的健康与安全,所以,必须加强这方面的护理管理<sup>[9]</sup>。

我们经临床观察,精神分裂症患者的饮食障碍中,引起拒食的原因较多,继而出现的症状也是多种多样的。首先需要护理人员全面评估,了解患者的疾病过程及症状特征,深入分析引起拒食的原因,采取针对性措施。其次重视护患沟通,让患者感到护士的关怀、尊重,促使其自行进食。同时饮食的正确指导,保证每餐进食量,对恢复身体健康有重要作用。最后加强患者与家属健康教育知识,讲解饮食结构与健康的关系,对维持机体健康有积极意义<sup>[10]</sup>。本研究经验,在护理过程中需要注意的是一些开放式管理的患者活动空间较大,接触危险物品和发生意外的机会较多,平时要加强巡视工作,及时掌握患者病情变化和和心理动态,尽早发现一些隐匿的危险举动,有效预防意外事件的发生。严把饮食关,在集体进餐时,一定要做好公共秩序,安排患者有序排队,杜绝拥挤、争执的行为发生。

综上所述,精神分裂症患者采取饮食护理,有助于维护和加强

本研究结果显示,观察组患者 TSF、AMC、BMI 参数干预前后差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),对照组组间参数对比差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );与对照组相比,干预后两组上述参数组间对比差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

患者的健康与安全。重视饮食护理管理,不仅有效营造一个良好的修养环境,还保证患者的安全和医疗护理工作顺利进行,有利于早日恢复健康。

### 参考文献:

- [1]岳磊于,赵瑞,卓瑜,等.精神分裂症患者入院时营养状况及其影响因素[J].临床精神医学杂志,2021,31(2):148-150.
- [2]徐绍莲,汪正婷,汪玲玲,等.长期住院精神分裂症患者营养现状调查及影响因素分析[J].安徽医学,2021,42(4):444-448.
- [3]万丽丽,杨茜,杨莹.基于 HFMEA 的预见性风险管理在精神分裂症患者护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(19):146-148.
- [4]薛白,郭灿,周洁.心理护理干预对改善精神分裂症患者抑郁症状的效果研究[J].中国保健营养,2021,31(19):216-217.
- [5]马健芳.精神分裂症合并 2 型糖尿病实施饮食护理的体会[J].饮食保健,2020,7(12):160.
- [6]周波,高晓峰,金庞,等.精神康复联合饮食控制对长期精神分裂症伴代谢综合征患者的疗效及社会功能影响分析[J].中国医刊,2020,55(1):95-98.