

# 安徽省精神分裂症分级诊疗指南

(2016 版)



精神分裂症(schizophrenia)是最常见的精神障碍之一,其高复发率与高致残率是导致患者贫困和其家庭因病返贫的直接原因。此外,伴有危险行为的精神分裂症患者还会带来社会安全问题。在 21 世纪中国疾病负担问题研讨会上,精神疾病已被列为我国疾病负担的第一位。因此,早发现、早治疗这一精神疾病,可以减轻疾病负担与减少精神残疾,有效地开展精神分裂症的防治,已刻不容缓。

## 一、我国精神分裂症的现状

### (一)患病率

1982 年我国在 12 个地区开展精神疾病流行病学调查,结果显示精神分裂症的终生患病率为 5.69‰(1985 年发表),1994 年进行的 12 年随访,精神分裂症的终生患病率上升为 6.55‰(1998 年发表)。15 岁以上人口中,城市的精神分裂症患病率显著高于农村,前者为 7.11‰,后者为 4.26‰。1987 年全国残疾人抽样调查资料(全国残疾人抽样调查办公室)精神残疾占各类疾病的 4.4%(男 4.0%,女 4.8%)。精神分裂症的终生患病率仍有上升趋势。

### (二)精神分裂症患者治疗情况

随着 20 世纪 50 年代抗精神病药物的应用,给精神分裂症患者提供了治疗与康复的机会。但迄今为止,精神分裂症远期预后结局仍无满意的改观,如药物治疗依从性差导致患者的症状多次复发,再入院率高,在整个病程中自杀率较高,社会功能受损严重。精神分裂症患者的就诊和治疗比率较低,治疗不及时。因此,如何有效改善精神分裂症患者的不良预后结局,是成功治疗精神分裂症的根本所在和攻关难点。

### (三)严重精神障碍防治工作

为了完善社区对重性精神疾病的防治和管理能力,降低精神疾病患者肇事肇祸的社会和经济影响,提高医务人员对重性疾病规范化治疗能力,2004 年中央财政安排专项资金 686 万元启动了“中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目”,用于加强和完善精神疾病防治队伍建设,为建立医院-社区一体的精神卫生服务体系奠定人力资源基础,精神分裂症是该项工作要求服务管理的六类病种之一。随着社会的发展,精神卫生问题已经成为我国重大的公共卫生问题和突出的社会问题。2016 年国家财政部拨款 47 513 万元补助重性精神疾病管理治疗项目工作,其中补助安徽省重性精神疾病管理治疗项目工作 1 958 万元。根据《全国精神卫生工作规划(2015~2020 年)》和《安徽省精神卫生工作计划(2015~2020 年)》要求,到 2020 年登记在册的精神分裂症患者治疗率达到 80% 以上。

### (四)《中华人民共和国精神卫生法》出台

2013 年 5 月 1 日《中华人民共和国精神卫生法》颁布实施,精神卫生法共七章八十五条,对精神卫生工作的方针、原则和管理机制、心理健康促进和精神障碍预防、精神障碍的诊断和治疗、精神障碍的康复、精神卫生工作的保障措施、维护精神障碍患者合法权益等作了规定。由于精神障碍的确诊主要依靠对患者精神症状的判断,精神卫生法中多条法规对精神障碍的诊断及收治做出了规定,如:第二十五条 开展精神障碍诊断、治疗活动,应当

具备下列条件,并依照医疗机构的管理规定办理有关手续:(1)有与从事的精神障碍诊断、治疗相适应的精神科执业医师、护士;(2)有满足开展精神障碍诊断、治疗需要的设施和设备;(3)有完善的精神障碍诊断、治疗管理制度和质量监控制度。第二十七条 精神障碍的诊断应当以精神健康状况为依据。第二十九条 精神障碍的诊断应当由精神科执业医师作出。第三十条 精神障碍的住院治疗实行自愿原则。诊断结论、病情评估表明,就诊者为严重精神障碍患者并有下列情形之一的,应当对其实施住院治疗:①已经发生伤害自身行为,或者有伤害自身的危险的;②已经发生危害他人安全的行为,或者有危害他人安全危险的。(对符合第三十条第二款第二项的患者实施非自愿住院治疗,这里的非自愿住院治疗并不等同于强制医疗。《刑法》第十八条规定,对不负刑事责任的精神病犯罪人,“应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗;在必要的时候,由政府强制医疗”。)

#### (五)安徽省精神卫生资源现状

安徽省所辖 16 个市共 105 个区、县,常住人口 6 029.8 万,53 家精神卫生医疗机构(26 家精神专科医院,18 家综合医院精神科,9 家综合医院心理门诊),分布于全省 16 个市和 2 个省管县,全省精神科床位 8 851 张(1.46 张/万人口),全省精神科执业医师(助理)846 人;精神科护士 1 679 人。精神卫生资源严重不足:精神科床位及医生数量缺口较大,不能满足日益增长的需要。全省精神科床位 1.10 张/万人口、精神科医师 1.40 名/10 万人口,低于全国平均水平精神科床位 1.71 张/万人口,精神科医师平均 1.49 名/10 万人口。精神卫生专业人员紧缺;精神科医师和护理人员普遍不足,防治和康复人员普遍不足,临床心理治疗师、职业康复师、社会工作师等专业人员缺乏;精神卫生专业人员稳定性差;主要表现为精神卫生专业人员流失严重,尤其是护理人员;精神专业机构人员编制不足,人才紧缺,工作人员压力大、强度高,福利待遇低,导致积极性不高,难以留住人才,缺乏政策支持,较难引进人才。

#### (六)目前安徽省关于严重精神障碍患者救治救助的政策文件

安徽省残联《安徽省贫困精神残疾人医疗保障实施意见(试行)》(皖残联[2010]54 号)

1. 安徽省卫生厅《关于印发安徽省农合重性精神疾病按病种付费实施方案(试行)的通知》(卫农卫发[2011]27 号)
2. 安徽省残联《关于印发 2015 年贫困残疾人救助与康复工程实施办法的通知》(皖残联[2015]1 号)
3. 安徽省综治办、公安厅、民政厅、财政厅、卫生计生委、残联《关于印发安徽省严重精神障碍患者监护人申领监护管理补贴暂行办法的通知》(皖综治办[2016]7 号)

## 二、疾病定义及分类

精神分裂症(schizophrenia)是一种常见的病因未完全阐明的精神疾病。多起病于青壮年,常有知觉、思维、情感和行为等方面的障碍,一般无意识及智能障碍。病程多迁延,约占精神科住院患者的一半以上,最终结局约一半左右患者出现精神残疾,为社会以及患者和家属带来了沉重的负担。精神分裂症分为以下几个类型:

①偏执型,最常见。以相对稳定的妄想为主,往往表现多疑,内容荒谬离奇,多伴有幻觉(特别是幻听)。言语、情感、意志、行为障碍不突出。起病多在 30 岁以后。较少出现显著的人格改变和衰退,但幻觉妄想症状可长期保留,预后多较好。②紧张型,以明显的精神运动紊乱为主,外观呆板。可交替出现紧张性木僵与紧张性兴奋,或被动性顺从与违拗。该型目前临床上有减少趋势,预后较好。③青春型,主要是青春期发病,起病多较急。以联想障碍为主,突出表现为精神活动的全面紊乱。思维松散、破裂,可伴有片断的幻觉、妄想;情感肤浅、不协调,或喜怒无常;动作行为怪异、不可预测、缺乏目的。病情较易恶化,预后欠佳。④单纯型,起病缓慢,持续发展。退缩、懒散是其突出表现。早期多表现类似“神经衰弱”的症状,如主观的疲劳感、失眠、工作效率下降等,逐渐出现日益加重的孤僻退缩、情感淡漠、思维贫乏、懒散、丧失兴趣、生活毫无目的。往往患病多年后才就诊。治疗困难,预后较差。⑤未定型或未分化型,临床表现同时具备一种以上亚型的特点,又没有明显的分型特征。

### 三、精神分裂症的筛查、诊断和评估

(一)精神分裂症的筛查 参见本章“六、精神分裂症的健康管理服务规范”中相关部分。

(二)精神分裂症的诊断

1.1 症状标准:具备下述(1)~(4)中的任何一组(如不甚明确常需要两个或多个症状)或(5)~(9)至少两组症状群中的十分明确的症状。

国际疾病分类第10次修订本(International classification of disease - 10, ICD - 10)的精神分裂症诊断标准:

- ①思维鸣响、思维插入、思维被撤走及思维广播;
- ②明确涉及躯体或四肢运动,或特殊思维、行动或感觉的被影响、被控制或被动妄想;妄想性知觉;
- ③对病人的行为进行跟踪性评论,或彼此对病人加以讨论的幻听,或来源于身体某一部分的其他类型的幻听;
- ④与文化不相称且根本不可能的其他类型的持续性妄想,如具有某种宗教或政治身份、或超人的力量和能力(如能控制天气、或与另一世界的外来者进行交流);
- ⑤伴转瞬即逝或未充分形成的无明显情感内容的妄想、或伴有持久的超价观念、或连续数周或数月每日均出现的任何感官的幻觉;
- ⑥思潮断裂或无关的插入语,导致言语不连贯,或不中肯或语词新作;
- ⑦紧张性行为,如兴奋、摆姿势,或蜡样屈曲、违拗、缄默及木僵;
- ⑧阴性症状,如显著的情感淡漠、言语贫乏、情感迟钝或不协调,常导致社会退缩及社会功能下降,但须澄清这些症状并非由抑郁症或神经阻滞剂治疗所致;
- ⑨个人行为的某些方面发生显著而持久的总体性质的改变,表现为丧失兴趣、缺乏目的、懒散、自我专注及社会退缩。

1.2 严重程度标准:无

1.3 病程标准:

特征性症状在至少1个月以上的大部分时间内肯定存在。

1.4 排除标准:①存在广泛情感症状时,就不应作出精神分裂症的诊断,除非分裂的症状早于情感症状出现;②分裂症的症状和情感症状两者一起出现,程度均衡,应诊断分裂情感性障碍;③严重脑病、癫痫、或药物中毒或药物戒断状态应排除。

(三)精神分裂症的评估

1. 必需的检查项目:①血常规、尿常规、大便常规;②肝功能、肾功能、电解质、血糖、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等);③胸片、心电图、脑电图;④心理测验:阳性和阴性症状量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)、攻击风险因素评估量表、自杀风险因素评估量表、治疗中需处理的不良反应量表(treatment emergent symptom scale, TESS)、护士用住院病人观察量表(nurses' observation scale for inpatient evolution, NOSIE)、日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)。

2. 根据患者情况可选择的检查项目:血脂、心肌酶、超声心动图、腹部B超、头颅CT、内分泌检查、凝血功能、抗“O”、抗核抗体、血药浓度等。

### 四、精神分裂症的治疗

(一)治疗目标:

1. 急性期治疗:①缓解精神分裂症主要症状:阳性症状、阴性症状、激越兴奋、抑郁焦虑和认知功能减退,争取

最佳预后;②为恢复社会功能、回归社会做准备;③预防自杀及防止危害社会的冲动行为的发生;④将药物治疗带来的不良反应降到最低的程度,防止严重药物不良反应的发生。

2. 恢复期(巩固期)治疗:①防止已缓解的症状反复,或进一步控制症状和提高疗效;②促进恢复社会功能,回归社会;③控制和预防精神分裂症后抑郁和强迫症状;④预防自杀;⑤控制和预防长期用药带来的常见药物不良反应的发生。

3. 维持期(康复期)治疗:①预防再一次疾病的发作或预防原已比较稳定的病情恶化,进一步缓解症状;②提高药物维持治疗的依从性;③恢复社会功能,回归社会;④帮助患者及家属应对社会或躯体应激。

## (二) 治疗策略

1. 首发患者治疗原则:①早发现、早治疗;②积极进行全病程治疗;③根据经济情况,尽可能选用疗效确切、症状作用较为广泛、不良反应轻、便于长期治疗的抗精神病药物;④积极进行家庭教育,争取家属重视、配合对患者的全程治疗;⑤定期对患者进行心理治疗、康复和职业训练。

2. 急性期治疗:①急性期患者临床症状鲜明,以阳性症状、激越冲动、认知功能受损为主要表现,宜采取积极的强化性药物治疗,争取缓解症状,预防病情的不稳定性;②争取扩大基本痊愈患者的比例;③药物治疗建议按治疗程序进行,疗程至少4~6周;④根据病情、家庭照料情况和医疗条件选择治疗场所,包括住院、门诊、社区和家庭病床治疗;当患者具有明显的危害社会安全和严重自杀、自伤行为时,经过监护人同意需紧急住院积极治疗;⑤进行家庭教育和对患者进行心理治疗。

3. 恢复期治疗(巩固期治疗):①仍以药物治疗为主,以原有效药物、原有效剂量坚持继续巩固治疗,疗程至少3~6个月。②可继续住院结合试出院以适应社区生活,或出院门诊定期随访治疗,或社区治疗。③同时配合家庭教育和对患者的心理治疗。

4. 维持期治疗:①根据个体及所用药物情况,确定是否减少剂量,把握预防复发所需剂量;②疗效稳定,无特殊不良反应,尽可能不换用药物;③疗程视患者个体情况而定,一般不少于2~5年,治疗场所主要在门诊随访和社区随访治疗;④加强对患者及家属的心理治疗。

5. 慢性患者的治疗:慢性患者病程多迁延、症状未能完全控制,常残留阳性症状及情感症状,包括抑郁及自杀。阴性症状和认知功能受损可能是主要临床表现。治疗中应达到:①进一步控制症状,提高疗效。可采用换药、加量、合并治疗方法。②加强随访,以便随时掌握病情变化,调整治疗。③治疗场所可以在门诊、社区或医院的康复病房,或精神病康复基地。④进行家庭教育。

6. 难治性精神分裂症患者的治疗:难治性精神分裂症是指按通用方法进行治疗而不能获得理想疗效的一群患者。形成难治的结果通常起因有四个方面:即患者因素、疾病本身的因素、社会环境因素和医生因素。治疗策略:①重新审定诊断,进一步了解患者既往用药史,及的掌握有关影响因素,着重考虑用药个体化,必要时监测药物血浆浓度;②重新制定治疗方案,更换合适的药物,足量足疗程治疗。药物治疗建议按治疗程序进行,疗程一般不少于2~5年。

## (三) 药物治疗

### 1. 抗精神病药物治疗原则:

(1) 一旦确定精神分裂症的诊断,即开始药物治疗。根据临床症状群的表现,可选择一种非典型药物如利培酮、奥氮平、喹硫平、齐拉西酮或阿立哌唑,也可选择典型药物如氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇或舒必利,如经6~8周疗效不佳,也可选用非典型抗精神病药物氯氮平。以单一用药为原则。急性发作病例,包括复发和病情恶化的患者,根据既往用药情况继续使用原有效药物,剂量低于有效治疗剂量者,可增加至治疗剂量继续观察;如果已达治疗剂量仍无效者,酌情加量或考虑换用另一种化学结构的非典型药物或典型药物,仍以单一治疗为主。治疗个体化,因人而异。

(2) 经上述治疗疗效仍不满意者,考虑两种药物合并治疗,以化学结构不同、药理作用不尽相同的药物联用比较合适;达到预期治疗目标后仍以单一用药为宜。

(3) 从小剂量起始逐渐加到有效推荐剂量,药物滴定速度视药物特性及患者特质而定。维持剂量可酌情减少,并需足疗程治疗。

(4) 积极认真定期评价疗效以调整治疗方案。认真观察评定药物不良反应,并作积极处理。

(5) 根据当今国外包括美国、欧洲、世界精神卫生协会(world Psychiatric association, WPA)治疗规则系统的建议,一般推荐第二代(非典型)抗精神病药物如利培酮、奥氮平、喹硫平等作为一线药物选用。第二代抗精神病药物氯氮平作为二线药物使用。根据我国目前实际用药情况调查,典型药物氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇和舒必利在不少地区仍为治疗精神分裂症首选,可作为首选药物选用。氯氮平在国内应用比较广泛,医生有一定的临床用药经验,但考虑氯氮平诱发不良反应(EPS除外)较其他抗精神病药物多见,特别是粒细胞缺乏症及致痉挛发作,建议谨慎使用。

## 2. 抗精神病药物的种类:

(1) 第一代抗精神病药物(典型抗精神病药物):指主要作用于中枢 D2 受体的抗精神病药物,包括:①吩噻嗪类氯丙嗪、硫利达嗪、奋乃静、氟奋乃静及其长效剂、三氟拉嗪等;②硫杂蒯类的氯哌噻吨及其长效剂、三氟噻吨及其长效剂、泰尔登等;③丁酰苯类如氟哌啶醇及其长效剂、五氟利多等;④苯甲酰胺类如舒必利等。

(2) 第二代抗精神病药物(非典型抗精神病药物):第一代抗精神病药物上市多年后,出现了新一代药物,即第二代抗精神病药物。与吩噻嗪类等药物相比,它们具有较高的 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)<sub>2</sub>受体阻断作用,称多巴胺(dopamine, DA)-5-HT受体拮抗剂(SDAs),对中脑边缘系统的作用比对纹状体系统作用更具有选择性,包括氯氮平、利培酮、奥氮平、喹硫平、齐拉西酮和阿立哌唑。这类药物临床作用谱广、引发锥体外系反应(extra pyramidal symptoms, EPS)比率较小或不明显。今后在精神病学领域将有更广阔的应用前景。

3. 不良反应:抗精神病药物治疗过程中,出现多种不良反应,影响患者的生活质量或治疗依从性。包括:①常见的不良反应:过度镇静、体位性低血压、流涎、锥体外系不良反应、泌乳素升高、体温调节紊乱、抗胆碱能作用引发的症状、体重增加及糖脂代谢异常、酮症酸中毒、心血管系统、肝功能异常等。②严重的不良反应:恶性综合征、诱发癫痫发作、血液系统改变、猝死等。③其他不良反应:少数患者可出现皮疹,如出现皮疹同时发热,应警惕剥脱性皮炎的发生。

## (四) 心理治疗

精神分裂症患者心理治疗与咨询的意义:

对精神分裂症患者进行心理治疗,主要目的不是去改变幻觉妄想和其他精神症状,而是提高患者对疾病的认识水平,提高自我保健的能力,在有效预防复发的基础上,力争社会功能的全面康复。心理治疗在精神分裂症患者的巩固期及维持期也非常重要,增强患者对治疗的依从性,保证药物的维持治疗,降低复发率,而且有助于解决患者的心理需要和心理问题,全面提高社会功能,获得临床治愈。

## (五) 改良电抽搐疗法(modified electroconvulsive therapy, MECT)

1. MECT 治疗的适应证:包括①严重抑郁,有强烈自伤、自杀企图及行为者,以及明显自罪自责者;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。

2. MECT 治疗的禁忌证:一般认为,嗜铬细胞瘤、颅内占位性病变、3个月内脑血管意外、其他颅内压增加的疾病、3个月内心肌梗死、3个月内脑外科手术以及腹主动脉瘤患者均不适合进行 MECT 治疗。相对禁忌证包括心绞痛、充血性心力衰竭、心脏起搏器、青光眼、视网膜剥离、严重的骨质疏松、严重骨折、血栓性静脉炎、严重肺部疾病和怀孕。医生需权衡利弊,决定是否以及如何采用 MECT 治疗。

3. MECT 的不良反应:①死亡率:MECT 的死亡危险很低,大概万分之一,与短暂麻醉过程的死亡率相当。主

要原因是心血管疾病,其他包括呼吸暂停过长,癫痫持续状态或脑疝(例如:未发现的脑肿瘤)。

②躯体症状:a.交感和副交感神经放电导致心脏速率和节律的紊乱,血压升高,但多不会导致病理性心律不齐或心肌缺血;b.呼吸暂停过长和癫痫持续状态很少见;c.最常见的不良反应是头痛、肌肉痛和恶心,症状多比较轻微,可以通过支持性治疗得到控制。

③认知功能:遗忘是 MECT 治疗常见的一个不良反应,常随着治疗次数增加而出现逐渐加重的记忆困难,但一旦 MECT 结束,这种不良反应即开始逐渐消失。持续性全面性记忆力损害需注意是否有器质性原因。

④谵妄:在诱发抽搐后 10 分钟甚至几小时以上的意识不清是常见的。但发作间期出现的谵妄需注意是否存在脑损伤。

⑤神经生理功能紊乱:MECT 常常导致脑电图慢化,随着治疗次数增加而明显,但是在治疗结束后几天到几周后即恢复。

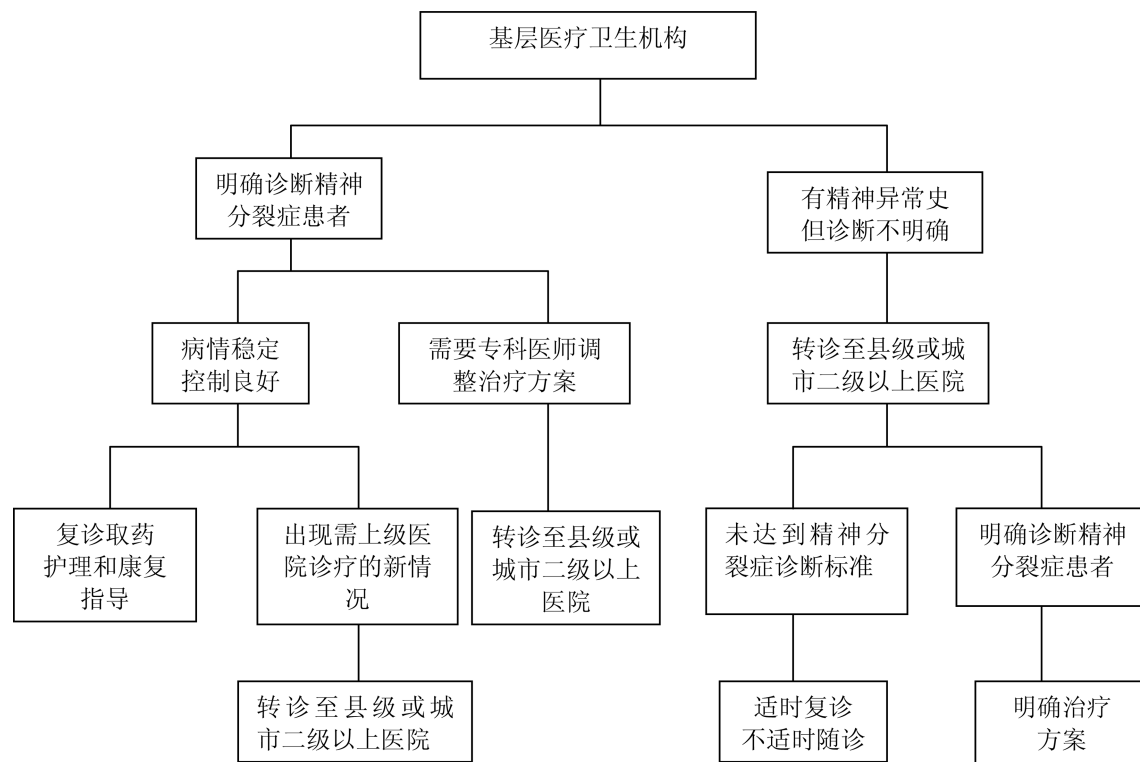
⑥麻醉剂和肌松剂不良反应:麻醉剂和肌松剂都是短效药物,作用时间分别为 10 分钟和 3 ~ 5 分钟,给予人工呼吸一般没有严重不良反应。

## 五、精神分裂症的分级诊疗服务目标、流程、双向转诊标准与各级医院服务对象

### (一)目标

充分发挥各级医院服务功能,指导患者合理就医和规范治疗,减轻和消除精神分裂症患者出现自杀观念、自杀行为以及冲动行为,使患者精神症状稳定,降低致残率和病死率。

### (二)分级诊疗服务流程



### (三)双向转诊标准

精神分裂症患者适时实施双向转诊的目的是为了确保患者得到安全、有效的治疗,做好精神病患者的治疗、监护、访视和康复指导,为患者提供连续、完整的治疗和康复服务,最大限度的发挥基层医疗机构和专科医疗机构各自的优势。

#### 1. 上转至县级或城市二级及以上医院的标准

(1) 对于初诊重性精神病患者,有下列情况之一者需要考虑向上级医院转诊

- ①首次发病的患者,只要确诊为精神分裂症,就应该转到专科医院,有利于争取得到早期、系统的彻底治疗。
- ②患者病情特殊,严重影响他人或自身安全,冲动、伤人、毁物行为。
- ③有严重消极厌世情绪。
- ④病情明显,但患者坚决拒绝治疗,长期延误有恶化的可能。
- ⑤拒绝服药,不听家人劝阻和管理,到处乱跑或木僵状态。
- ⑥家庭中无人照顾的患者。
- ⑦社区“关锁”的精神病患者。

(2)对于复诊特殊性精神分裂症患者,有下列情况之一者应向上级医院转诊

- ①精神分裂症急性期。
- ②兴奋、冲动、有伤人和毁物行为,影响到周围社区的人身、财产安全。
- ③有自杀观念和和行为。
- ④在社区维持治疗过程中病情复发、症状加重、或拒绝治疗。
- ⑤出现药物副作用难以在家庭维持治疗。
- ⑥患者及家属不愿意在社区治疗。

## 2. 下转至基层医疗卫生机构的标准

- (1)急性期治疗后病情稳定,需要继续康复治疗的患者。
- (2)诊断明确,不需要特殊治疗的患者。
- (3)主要精神症状控制,愿意参加社区康复活动及职业康复训练的康复者。
- (4)老年护理患者。

### (四)各级医院服务对象

1. 基层卫生医疗机构 主要接诊病情稳定的一般门诊患者以及与技术水平、设施设备条件相适应的患者,包含:

(1)开展疑似精神分裂症患者线索调查,登记已确诊的精神分裂症患者并建立居民健康档案;对诊断有困难的应转至县级或城市二级及以上医院进行确诊。

(2)每年应至少进行1次健康检查,可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图,有条件的地区建议增加尿常规、血脂、眼底、大便潜血、B超等项目;使用不良反应较大的药物应定期进行相关的健康检查。

(3)发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时,应立即拨打“110”向当地公安机关报警,由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

- (4)定期随访患者,指导患者服药。
- (5)向患者家庭成员提供护理和康复指导,有条件的可实施患者个案管理计划。
- (6)参与精神分裂症防治知识健康教育工作。
- (7)向县级或城市二级及以上医院转诊病情不稳定患者。

2. 县级医院及城市二级医院就诊范围 主要接诊基层医院难以实施有效救治的一般急诊和病情较重的患者。包含:①初次发现精神异常者;②家庭中无人照顾的患者;③精神分裂症的急性期患者;④在社区维持治疗过程中病情复发、症状加重、或拒绝治疗;⑤出现药物副作用难以在家庭维持治疗;⑥社区“关锁”的精神病患者;⑦明确诊断精神分裂症的患者,病情稳定,无明显药物不良反应,应每3个月由专科医师进行全面评估,必要时调整治疗方案。

3. 三级医院就诊范围 主要接诊分型困难、疑难复杂及有冲动伤人自杀自伤需尽快控制病情的患者。包含：  
 ①初次发现精神异常者，拟明确诊断及分型者；②有明确的精神分裂症家族史，至少 2 代者；③病情反复发作 ≥3 次的患者；④妊娠和哺乳期妇女精神异常者；⑤患者有兴奋、冲动、有伤人和毁物行为，影响到周围社区的人身、财产安全；⑥有自杀观念和行为；⑦患者出现急性或严重的药物不良反应；⑧服用精神科药物需定期监测药物浓度的患者；⑨多次诊断不明确或治疗无效的病例，疑难复杂病例；⑩基层医疗卫生机构及二级医院、县级医院因技术、设备限制或其他原因需要转至三级医院诊治的患者；⑪基层医疗卫生机构及二级医院、县级医院认为需要转至三级医院诊治的患者；⑫年龄 < 18 岁的儿童患者或年龄 > 60 岁的老年患者；⑬难治性精神分裂症。

## 六、精神分裂症的健康管理服务规范

精神分裂症的健康管理遵循《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012 年版)》的要求和《国家基本公共卫生服务规范(2015 年版)》中对严重精神障碍患者管理服务要求。

### (一) 患者的发现和登记

精神分裂症是《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012 年版)》开展管理治疗的对象之一，本辖区内有固定居所(包括家庭、康复与照料机构等，除外精神专科医院、综合医院)，并且连续居住时间在半年以上的精神分裂症患者应纳入管理。

#### 1 发现疑似患者

1.1 线索调查 在社区或者乡镇开展严重精神障碍管理治疗工作之初进行，在上级卫生行政部门安排下，由社区卫生服务中心和乡镇卫生院组织，使用《行为异常人员线索调查问题清单》(附表 1)，在辖区常住人口(指连续居住在半年及以上者)中开展疑似患者调查。

表 1 第二代抗精神病药所致不良反应发生频率的比较

不良反应	阿立哌唑	氯氮平	奥氮平	喹硫平	利培酮	齐拉西酮
体重增加	±	+++	+++	+	+	±
血脂代谢紊乱 ±	+++	+++	++	+	+	
糖尿病	±	+++	+++	+	+	±
QTc 延长	±	+++	++	+	++	
体位性低血压 ±	+++	+	++	++	±	
泌乳素水平升高	±	±	±	±	+++	±
EPS	±/+	±	±/+	±	±/+	±/+
TD	±(?)	±	±(?)	±(?)	±/+	±(?)
嗜睡	±	+++	+	++	±	±

将发现的疑似患者情况填入《重性精神疾病线索调查登记表》(附表 2)，报县级精防机构。在征得监护人同意后(有地方立法规定的除外)，县级精防机构按照本指南“精神专科诊断与诊断复核”的原则组织诊断或复核诊断。在线索调查中，要充分依靠乡镇政府/街道办事处、村民委员会/居民委员会和当地民政、残联、救助管理站等的力量，提供搜集信息。

1.2 患者报告 社区卫生服务中心和乡镇卫生院、社区卫生服务站和村卫生室，以及街道办事处和居民委员会、乡镇政府和村民委员会，发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断，并在 24 小时内通知监护人或近亲属。

表2 常用抗精神病药物的使用途径、起始剂量及治疗剂量

药物	用药途径	起始剂量(mg/d)	常用治疗剂量(mg/d)
氯丙嗪	注射	25~50	150~200
氟哌啶醇	注射	5~10	20
氯丙嗪	口服	25~50	300~600
氟哌啶醇	口服	2~4	10~20
奋乃静	口服	4~6	20~60
舒必利	注射	100~200	800~1 000
舒必利	口服	100~200	600~1 400
氨磺必利	口服	50~400	400~1 200
硫利达嗪	口服	25~50	200~600
氯氮平	口服	25~50	200~600
利培酮	口服	1~2	4~6
奥氮平	口服	5~10	10~20
喹硫平	口服	50~100	400~750
齐拉西酮	口服	40~80	80~160
阿立哌唑	口服	10~15	10~30
丙戊酸钠	口服	200~400	800~1 200
卡马西平	口服	100~200	400~1 000
锂盐(碳酸锂)	口服	750~1 000	
氯硝西洋	注射	6~10	
地西洋	注射	10~20	
五氟利多	口服	每周 20 mg	
注射用利培酮微球	注射	每周 25~50 mg(注射前 3 周内,需合并口服药物)	
哌普噻嗪棕榈酸酯	注射	每月 50~200 mg	
氟奋乃静癸酸酯	注射	每 2~3 周 12.5~50 mg	
氯噻吨癸酸酯	注射	每 2~3 周 200 mg	
三氟噻吨癸酸酯	注射	每 2~3 周 20~40 mg	
氟哌啶醇癸酸酯	注射	每 2 周 50~100 mg	

1.3 精神专科诊断与诊断复核 精神分裂症的诊断和诊断复核必须由精神科执业医师依据《临床诊疗指南-精神病学分册》、《ICD-10 精神与行为障碍分类》或《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》及相关诊疗规范,结合患者病史、既往史、精神状况检查、体检和辅助检查等进行。

精神卫生医疗机构在人员资质、诊断条件具备的情况下进行诊断或复核诊断;条件不具备,或者不能确定诊断的,请上级精神卫生医疗机构进行诊断或者复核诊断。

## 2. 出院病例通知

各级精神卫生医疗机构在征得患者本人,或监护人或近亲属同意并签署《参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书》(附表3)后(有地方立法规定的除外),每月定期将《重性精神疾病患者出院信息单》(附表4)复印件

交至本级精防机构,由精防体系将出院信息单复印件逐级转至患者居住地的社区卫生服务中心或乡镇卫生院,并开展相关建档、随访工作。社区或乡镇精防医生应提醒并督促患者定期到精神卫生医疗机构复诊。

## (二)社区/乡镇管理

在精神卫生专业机构指导下,由基层医疗卫生机构承担患者社区/乡镇管理,分为患者基础管理、患者个案管理。根据《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》要求,城市和农村基层医疗卫生机构应开展重性精神疾病患者基础管理。实施“中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目”的地区,应开展患者个案管理。具备条件的其他地区,在做好患者基础管理的同时,可逐步开展患者个案管理。

### 1. 患者信息管理

社区卫生服务中心和乡镇卫生院应将线索调查和患者报告中明确诊断为精神分裂症,且征得患者本人或者监护人或近亲属同意并签署《参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书》(附表3)的本地居住患者,以及精神卫生医疗机构出院并签署知情同意书的患者,纳入本地区重性精神疾病管理治疗,按要求建立或补充患者《居民个人健康档案》,按时将患者的相关信息录入国家重性精神疾病信息管理系统。

### 2. 随访评估

对应管理的精神分裂症患者每年至少随访4次,每次随访应对患者进行危险性评估,检查患者的精神状况,包括感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等;询问患者的躯体疾病、社会功能情况、危险行为、“关锁”情况、住院情况、服药情况、药物不良反应及各项实验室检查结果等。

患者危险性评估共分为6级:0级,无符合以下1~5级中的任何行为。1级,口头威胁,喊叫,但没有打砸行为。2级,打砸行为,局限在家里,针对财物,能被劝说制止。3级,明显打砸行为,不分场合,针对财物,不能接受劝说而停止。4级,持续的打砸行为,不分场合,针对财物或人,不能接受劝说而停止,包括自伤、自杀。5级,持管制性危险武器的针对人的任何暴力行为,或者纵火、爆炸等行为。无论在家里还是公共场合。

### 3. 分类干预

根据患者的危险性分级、精神症状是否消失、自知力是否完全恢复,工作、社会功能是否恢复,以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。

(1)病情不稳定患者,指危险性为3~5级或精神病症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。此类患者对症处理后应立即转诊到上级医院。必要时报告当地公安部门,协助送院治疗。对于未住院的患者,在精神专科医师居委会人员、民警共同协助下,2周内随访。

(2)病情基本稳定患者,指危险性为1~2级,或精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差的患者。基层医生首先应判断是病情波动或药物疗效不佳,还是伴有药物不良反应或躯体症状恶化。分别采取在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗的措施,必要时与患者原主管医生取得联系,或在精神专科医师指导下治疗,经初步处理后观察2周,若情况趋于稳定,可维持目前治疗方案,3个月时随访;未达到稳定者,请精神专科医生进行指导,1个月时再次随访。

(3)病情稳定患者,指危险性为0级,且精神症状基本消失,自知力基本或部分恢复,社会功能处于一般或良好,无严重药物不良反应,躯体疾病稳定,无其他异常的患者,继续执行上级医院制定的治疗方案,3个月时随访。

每次随访根据患者病情的控制情况,对患者及其家属进行有针对性的健康教育和生活技能训练等方面的康复指导,对家属提供心理支持和帮助。

### 4. 健康体检

在患者病情许可的情况下,征得监护人与患者本人同意后,每年进行1次健康检查,可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图。



康复计划。

(3)病情不稳定患者的个案管理计划:以医疗计划为主,旨在改善患者精神症状和服药依从性,降低危险行为的发生。

### 6.3 实施个案管理计划

个案管理计划由个案管理员负责指导、督促和帮助患者与家属执行。

6.3.1 分级管理 根据以下情况实行分级管理,同时符合不同级别情况的,按高级别标准管理(一级高于二级,二级高于三级)。

(1)一级管理 一级管理对象(符合下列情况之一):①病情不稳定患者;②近6个月内有危险性评估2~3级的情况,包括自杀行为或明显自杀企图;③曾经危险性评估4~5级,包括肇事肇祸的患者,且目前病情稳定不满2年。

一级管理要求:以医疗计划为主,执行“危重情况紧急处理”和“病情不稳定患者”的随访时间要求。个案管理小组应及时将患者危险性评估结果、管理等级及干预措施等告知当地社区/居委会/村委会、派出所等。

(2)二级管理 二级管理对象(符合下列情况之一):①病情基本稳定不满1年的患者;②病情基本稳定1年以上但不能按医嘱维持治疗者;③近6个月内有危险性评估1级的情况。

二级管理要求:从医疗计划开始,逐步增加生活职业能力康复计划。执行“病情基本稳定患者”的随访时间要求。

(3)三级管理 三级管理对象(符合下列情况之一):①病情稳定不满6个月的患者;②病情基本稳定1年以上且基本按医嘱维持治疗者,同时危险性评估为0级。

三级管理要求:执行医疗计划,制定针对性生活职业能力康复计划。执行“病情稳定患者”的随访时间要求。

6.3.2 分级干预与报告 个案管理员按照“患者基础管理”中分类干预的随访时间要求开展患者随访,填写《患者个案管理记录手册》,基层医疗卫生机构应每3个月定期将个案管理患者的随访情况填写《重性精神疾病社区/乡镇个案管理情况季度报表》(附表5),上报县级精防机构。

随访内容包括:①执行患者基础管理的随访内容和要求。②评估患者危险性和各项心理社会功能,提出个案管理计划更改建议。③提出管理等级更改建议。④如发现患者病情变化或者有发生危险性行为的可能,随时向组长报告,必要时向精神科执业医师报告。

个案管理中需要注意的问题:

(1)患者病情不稳定,要及时寻找可能原因,予以相应处理,包括提高治疗依从性措施、调整药物剂量、种类或者用药途径等等。

(2)发现患者和家属存在疾病的不良心理反应,要提供心理支持以及家庭教育。

(3)发现患者功能缺陷,提供具体的康复指导和训练,介绍到康复机构接受系统康复训练。

(4)对于已经恢复工作学习者,提供连续性支持,处理压力和治疗相关问题。

(5)与家属建立良好关系,积极争取家属参与个案管理。

6.4.2 会商与专业指导 个案管理组成员每3个月会商患者情况。会商内容包括:①根据评估结果,修订个案管理计划。②调整患者管理级别。③解决诊疗工作中其它问题。④如遇特殊情况,个案管理组要随时会诊讨论,必要时邀请精神科执业医师参加。

精神科执业医师每季度到社区卫生服务中心和乡镇卫生院开展工作。内容包括:A.检查社区/乡镇管理的疑难患者精神状况和躯体状况,制定或更改治疗用药方案。B.指导个案管理组制定或更改个案管理计划。C.帮助解决基层人员在工作中遇到的疑难问题,指导个案管理计划实施。

### (三) 应急医疗处置

#### 1. 应急事件指征

1.1 危害公共安全或者危害他人安全的行为 危险性评估在 3 级及以上,已经或可能对他人造成人身伤害、对财物和公共安全造成损失的患者。

#### 1.2 自伤或者自杀行为

患者出现下列行为之一的:①有明显的自杀观念,或既往有自杀行为,可能出现自伤或者自杀行为;②已经出现有自伤或者自杀行为,对自身造成人身伤害;③有扩大性自伤或者自杀的言语、企图或行为,对他人可能或已经造成人身伤害。

1.3 急性的或严重的药物不良反应 包括急性药物中毒(自杀或误服),或者长期服药过程中出现的需及时处理的严重药物不良反应。

#### 2. 应急事件报告

已经接受社区/乡镇管理的患者发生应急事件的,患者家属或监护人可以向所在社区卫生服务中心或者乡镇卫生院报告。后者在接到报告后,应及时报告上级精神卫生医疗机构。情况紧急的,患者家属或监护人可以直接向就近精神卫生医疗机构报告。

尚未接受社区/乡镇管理的患者或者疑似患者发生应急事件的,患者家属或监护人可以直接送往就近精神卫生医疗机构;目击者、知情者或者当事人可以拨打“110”向当地公安机关报警,送往当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构。

非本地常住居民,包括临时居住人员、观光旅游人员、流浪乞讨人员中的精神病患者或者疑似患者发生应急事件的,目击者、知情者或者当事人可以拨打“110”向当地公安机关报警,送往就近精神卫生医疗机构。

#### 3. 处置原则

(1)合理:应急医疗处置判断要准确,方法要恰当,严格遵循相关的法律法规。

(2)及时:工作人员应该及时赶到现场,采取干预措施,尽可能缩短造成伤害和损失的时间。

(3)安全:采取的一切处置措施,均旨在保护患者、家属、周围人群以及实施应急医疗处置的医疗人员的人身安全;保护公共和私人财物;必要时应联系当地公安机关协助。

#### 4. 处置前准备

4.1 应急医疗处置组 参加重性精神疾病管理治疗工作的精神卫生医疗机构应当建立应急医疗处置组,制定针对危害社会行为的重性精神疾病患者的应急医疗处置预案。应急医疗处置组由具有连续 5 年以上精神科临床工作经验、并且接受过重性精神疾病规范化治疗培训的精神科执业医师,以及具有连续 3 年以上精神科临床工作经验的精神科专业护士组成。组长应为具有临床和应急处理经验的副主任职称以上精神科高年资医师。应急医疗处置组人员实行 24 小时轮班。在执行应急医疗处置任务时,所有医护人员需佩戴胸牌,标明身份。

4.2 其他参与人员 患者家属或监护人和(或)公安机关公务人员,在需要采取保护性或强制性应急医疗处置措施(如保护性约束、强制性治疗)时,应参与并协同实施应急医疗处置措施。执行应急医疗处置任务的救护车驾驶员、护理员,须接受危险行为防范措施培训。在对已接受社区/乡镇管理的患者进行应急医疗处置时,基层精防医生和精防护士应尽可能全程参与现场临时性应急医疗处置过程,并在应急医疗处置组到达现场前做必要的前期处置和准备工作。

#### 4.3 绿色通道

承担应急医疗处置任务的精神卫生医疗机构应设立 24 小时有人值守的应急医疗处置专用电话。

应急医疗处置专用电话主要用于:A. 在已纳入社区/乡镇管理患者出现紧急情况时,用于应急医疗处置组与

基层精防医生或精防护士、片区民警、患者家属等其他相关人员联系;B. 在条件许可地区,为尚未纳入社区/乡镇管理患者或者疑似患者、非本地常住患者或者疑似患者提供应急医疗处置服务。

4.4 设备和设施 具有必要安全防护设施并且设有保护性约束功能的救护车及相关的精神科药品。

## 5. 处置方式

精神卫生医疗机构采取的有关应急医疗处置措施,应该遵循《疾病诊疗规范-精神病分册》和《中国精神疾病防治指南》的规定。对“精神科门诊留观”或者“精神科紧急住院治疗”的患者,应按照门诊留观和紧急住院的要求办理相关手续。

5.1 现场临时性处置 用于疾病诊断明确,问题清楚,处理措施不复杂的情况。主要针对一般的急性药物不良反应患者,或病情不重,治疗依从性较好,患者家庭有一定管理条件的患者。对已经接受社区/乡镇管理的患者,在现场临时性应急医疗处置完毕后,基层精防医生或者精防护士应每4小时随访一次,连续2次随访病情稳定后可停止随访。如果现场临时性应急医疗处置未能达到预期效果,应及时转为精神科门诊留观、精神科紧急住院治疗或会诊。

5.2 精神科门诊留观 适用于不能立即确诊,需进一步检查或观察;或疾病诊断虽已明确,但处理措施较简单,预计问题可以在24小时内得到解决的情况。主要针对较严重的急性药物不良反应,或患者家属/监护人有较强看护能力并且危险性评估在2级及以下的患者。如果估计病情不能在24小时内得到有效控制,或有继续发展加重的趋势,应随时转为精神科紧急住院治疗。

5.3 精神科紧急住院治疗 用于患者病情危重,需要保护性治疗或强制性治疗,或处理措施复杂,病情需要较长时间(24小时以上)才能控制,或不能确诊,需进一步检查、观察或会诊的情况。主要针对危险性评估在3级及以上的患者,或出现严重的急性药物不良反应患者。

## 5.4 院外应急医疗处置常用措施

(1) 心理危机干预 使用支持性和解释性言语,缓解患者紧张、恐惧和愤怒情绪,劝说患者停止危害行为。同时对现场其他人的焦虑、紧张、恐惧情绪给予必要的安慰性疏导、转移。

(2) 保护性约束 保护性约束为及时控制和制止危害行为发生或者升级,而对患者实施的保护性措施。经患者监护人(家属)同意,在当地公安机关公务人员协同下,使用有效的保护性约束手段对患者进行约束,对其所携危险物品及时全部搜缴、登记、暂存,将患者限制于相对安全的场所。

(3) 快速药物镇静 为迅速控制患者情绪,经应急医疗处置组的精神科执业医师诊断并处方,可使用抗精神病药物(如氟哌啶醇等,或加用苯二氮卓类药物)快速镇静。用药后,应注意观察药物不良反应。

(4) 持续性药物治疗 对已经接受社区/乡镇管理的患者,根据疾病诊断和既往治疗情况,应及时制定和调整长期药物治疗方案,以巩固治疗效果,控制并缓解病情。

(5) 其他治疗 查看并处理患者出现的身体损伤。必要时,请就近综合性医院会诊或协助诊疗。

## 6. 处置后患者管理

已经接受社区/乡镇管理的患者,在应急医疗处置结束后仍然在家居住的,社区卫生服务中心或者乡镇卫生院按照要求进行患者社区/乡镇管理。尚未接受社区/乡镇管理的本地常住患者,在应急医疗处置结束后仍然在家居住的,社区卫生服务中心或者乡镇卫生院在征得患者本人,或者监护人或近亲属同意并签署《参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书》后(有地方立法规定的除外),按照要求登记和开展患者社区/乡镇管理。

## 7. 处置记录和报告

执行应急医疗处置任务的精神科执业医师,在应急医疗处置完成后24小时内应填写《重性精神疾病应急医疗处置记录单》(附表6)一式三份。其中,一份留应急医疗处置组存档,一份交本级精防机构,一份随同应急医疗

处置有关材料一并移交有关部门。采取“现场临时性处置”的,移交社区卫生服务中心或者乡镇卫生院保存;采取“精神科门诊留观”的,移交接诊医院的精神科门诊;采取“精神科紧急住院治疗”的,移交接诊医院的精神科住院部。

未纳入社区/乡镇管理,但接受应急医疗处置的患者,由市级精防机构汇总本市此类患者的应急医疗处置情况。每月填写《非在管重性精神疾病患者应急医疗处置月报表》(附表7),并于每月10日前将上月月报表网络录入国家重性精神疾病信息管理系统。

#### (四)康复服务和心理健康促进

根据《全国精神卫生工作规划(2015-2020年)》要求:

1. 各地要逐步建立健全精神障碍社区康复服务体系,大力推广社会化、综合性、开放式的精神障碍和精神残疾康复工作模式,建立完善医疗康复和社区康复相衔接的服务机制,加强精神卫生专业机构对社区康复机构的技术指导。研究制定加快精神卫生康复服务发展的政策意见,完善精神卫生康复服务标准和管理规范。加强复员退伍军人、特困人员、低收入人员、被监管人员等特殊群体中精神障碍患者的康复服务保障。随着保障能力的提升,逐步扩大基本医疗保险对符合条件的精神障碍治疗性康复服务项目的支付范围。开展精神障碍社区康复机构示范性项目建设,促进社区康复机构增点拓面,通过政府购买服务鼓励和引导社会资源提供精神障碍社区康复服务,促进精神障碍患者回归社会。

2. 具备条件的城市要依托12320热线及精神卫生专业机构建设心理援助热线和网络平台,向公众提供心理健康公益服务。精神卫生专业机构应当配备心理治疗人员,为精神障碍患者及高危人群提供专业的心理卫生服务。综合性医院及其他专科医院要对就诊者进行心理健康指导,基层医疗卫生机构要向辖区内居民提供心理健康指导。各级各类学校应当设置心理健康教育机构并配备专职人员,建立学生心理健康教育工作机制,制订校园突发危机事件处理预案。高等院校要与精神卫生专业机构建立稳定的心理危机干预联动协调机制,并设立心理健康教育示范中心。用人单位应当将心理健康知识纳入岗前和岗位培训,创造有益于职工身心健康的工作环境。监狱、看守所、拘留所、强制隔离戒毒所等要加强对被监管人员的心理咨询和心理辅导。

### 七、本指南执笔及审校者

李晓骝、王克永、董毅、刘寰忠、刘勇、徐小童、耿峰、张麟

## 附表 1 行为异常人员线索调查问题清单

1. 曾经住精神科或心理科,目前在家。	有	没有
2. 因精神异常而被关锁。	有	没有
3. 经常胡言乱语,或者说一些别人听不懂、或者不符合实际的话 (比如说自己能够和神仙或者看不见的人说话、自己本事特别大,等等)。	有	没有
4. 经常无故吵闹、砸东西、打人,不是因为喝醉了酒。	有	没有
5. 经常自言自语自笑,或者表情呆滞,或者古怪。	有	没有
6. 在公共场合行为举止古怪,衣衫不整,甚至赤身露体。	有	没有
7. 疑心特别大,怀疑周围的人在议论他或者害他(比如给他下毒,等等)。	有	没有
8. 过分话多(说个不停),活动多,到处乱跑,乱管闲事等。	有	没有
9. 对人过分冷淡,寡言少语、动作慢、什么事情都不做、甚至整天躺在床上。	有	没有
10. 自杀或者自残。	有	没有
11. 无故不上学、不上班、不出家门、不和任何人接触。	有	没有

### 注释:

1. 本线索清单用于精神障碍发现和宣传工作,由基层医疗卫生机构的医生或经过培训的调查员(如护士)在对知情人调查提问时填写,或用于精神障碍相关知识的大众健康教育。

2. 调查提问时逐条向知情人解释清楚,使知情人真正了解问题的含义。

3. 每个问题答为“有”或“没有”。

4. 当知情人回答有人符合任何一条中任何一点症状时,应当进一步了解该人的姓名、性别、住址等情况,填写《严重精神障碍线索调查登记表》。

填表机构名称:\_\_\_\_\_ 填表人:\_\_\_\_\_ 填表时间:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 附表3 参加重性精神疾病管理治疗网络知情同意书

患者姓名:\_\_\_\_\_ 性别:\_\_\_\_\_ 出生年月(公历):\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
现住址:\_\_\_\_\_省(自治区、直辖市)\_\_\_\_\_市(地、州、盟)\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_街道(乡、镇)  
\_\_\_\_\_社区(村)\_\_\_\_\_号

诊断:

知情同意书签字人姓名:\_\_\_\_\_与患者关系:患者本人 监护人 亲属

知情同意书签字人现住址:\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_

联系电话:

本人(代表患者)同意下列事项:

①为有利于今后得到连续性的治疗和康复,同意接受居住地的严重精神障碍管理治疗服务,并接受社区卫生服务中心和社区卫生服务站(或者乡镇卫生院和村卫生室)的随访和康复指导。

②同意由社区卫生服务中心和社区卫生服务站(或者乡镇卫生院和村卫生室)收集相关信息,并录入相关信息管理系统。同意医院将住院期间诊疗情况、治疗方案及在社区/乡镇康复措施建议等事项,以《严重精神障碍患者出院信息单》的书面形式,转至居住地的精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站(或者乡镇卫生院和村卫生室)。

③患者登记加入严重精神障碍管理治疗网络,有权接受居住地精防机构以及社区卫生服务中心和社区卫生服务站(或者乡镇卫生院和村卫生室)的随访和康复指导。

④患者登记加入严重精神障碍管理治疗网络,其个人信息以及有关严重精神障碍的治疗、康复、随访等信息将受到隐私保护,所有信息只用于提供服务。

以上《参加严重精神障碍管理治疗服务知情同意书》内容,本人已仔细阅读并理解,获得了充分的知情同意权。为此,本人自愿做出以下选择,并签字。

( )同意参加社区服务管理

( )不同意参加社区服务管理,但同意定期前往精神科门诊复诊

( )不同意参加社区服务管理,也不同意前往精神科门诊复诊

签字人(签名):\_\_\_\_\_ 签字时间:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 附表 4 重性精神疾病患者出院信息单

卡片编号: \_\_\_\_\_

患者姓名		性别	1 男    2 女	出生日期	_____年_____月_____日
身份证号					
联系人姓名		联系电话		民族	
户籍地	_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟) _____县(市区、旗)_____乡(镇、街道) _____村(居委会)_____ (详至门牌号)				
现住址	_____省(自治区、直辖市)_____市(地、州、盟) _____县(市区、旗)_____乡(镇、街道) _____村(居委会)_____ (详至门牌号)				
初次发病时间	_____年_____月_____日				
入院日期	_____年_____月_____日			出院日期	_____年_____月_____日
既往治疗情况	门诊	1 未治    2 间断门诊治疗    3 连续门诊治疗			
	住院	曾住精神专科医院/综合医院精神科_____次(含此次住院)			
病案号	门诊:_____    住院:_____				
出院诊断		确诊日期	_____年_____月_____日		
住院用药	药物 1:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg			
	药物 2:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg			
	药物 3:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg			
住院疗效	1 痊愈    2 好转    3 无变化    4 加重				

下一步治疗方案及康复建议:

药物治疗	药物 1:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg
	药物 2:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg
	药物 3:	用法:早_____mg; 中_____mg; 晚_____mg
康复措施	1 生活劳动能力    2 职业训练    3 学习能力    4 社会交往    5 其他	
其他注意事项		

经治医师(签字): \_\_\_\_\_    联系电话: \_\_\_\_\_  
 医院名称: \_\_\_\_\_    签字日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

填表说明:

1. 根据《重性精神疾病管理治疗规范(2012年版)》的要求,符合精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相(情感)障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞(伴发精神障碍)等6种严重精神障碍诊断的确诊患者每次出院时由责任报告单位填写此表。
2. 根据《严重精神障碍发病报告管理办法(试行)》的规定,填写《严重精神障碍患者发病报告卡》的患者出院时由责任报告单位填写此表。同一患者如有多次出院,仅第一次出院填报并录入信息系统。卡片编号:与该患者《严重精神障碍患者发病报告卡》的卡片编号一致。
3. 初次发病时间:患者首次出现精神症状的时间。
4. 既往治疗情况:根据患者接受的门诊和住院治疗情况填写。
5. 用药情况填写时,如空间不够可加页说明。
6. 其他注意事项:如填写某药物过敏,需要注意的重要躯体情况等。

## 附表 5 重性精神疾病社区/乡镇个案管理情况季度报表

报告期间:自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

内容					人数				
管理分级	一级管理				人				
	二级管理				人				
	三级管理				人				
危险性评估 (人)	0	1	2	3	4	5			
主要问题调整	无				人				
	部分调整				人				
	全部调整				人				
达标情况	达到				人				
	部分达到				人				
	未达到				人				
策略落实	落实				人				
	部分落实				人				
	未落实				人				
责任人落实	落实				人				
	部分落实				人				
	未落实				人				
按时完成	是				人				
	部分				人				
	否				人				
病情总体评估 (人)	0	1	2	3	4	5	6	7	
社会功能总评 (人)	好			中			差		

注:1. 本表是《个案管理服务记录手册》中的个案管理计划和个案管理效果季度评估的汇总。

2. 本表由社区卫生服务中心、乡镇卫生院填写,于每年4月、7月、10月和次年1月的15日以前报当地县(区)级精防机构。

3. 管理分级和危险性评估填本季度最后一次随访时相应级别的患者数。其余各项填本季度个案管理效果季度评估的人数之和。

填报单位:\_\_\_\_\_ 报告人:\_\_\_\_\_ 填报时间:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 附表 6 重性精神疾病应急医疗处置记录单

应急医疗处置单位:

患者姓名	性别	年龄	患者编号(非本地患者填身份证号)
第一处置地点			
报告人	报告时间		
报告途径	报告人身份(划√) 监护人 亲属 目击者 警察 社区管理者 其他		
处置开始时间	处置结束时间		
现场情况简要描述 (包括患者当时的表现、 人员财产损失、 大致处置过程等情况)			
执行人员	精神科医师 1: _____ 精神科护士 1: _____ 精神科医师 2: _____ 精神科护士 2: _____ 公安机关名称: _____ 签字人: _____		
处置缘由 (划“√”)	①自伤自杀行为 ②存在自杀自伤行为的危险 ③危害公共安全或他人安全的行为 ④存在危害 公共安全或他人安全的危险 ⑤病情复发,精神状况明显恶化 ⑥急性或严重药物不良反应 ⑦其他:		
主要处置措施 (划“√”)	①现场临时性处置 ②精神科门诊/急诊留观 ③精神科紧急住院 ④会诊 ⑤其他:		
诊断	①确定诊断: ②疑似诊断:		
处置性质	①自愿治疗 ②保护性治疗 ③强制性治疗		
资料移交	①精神科门诊 ②精神科住院部 ③同级精防机构 ④基层医疗卫生机构		
处置效果	①有效 ②部分有效 ③无效		
处置对象来源	①当地常住,已经纳入严重精神障碍管理治疗 ②当地常住,没有纳入严重精神障碍管理治疗 ③非本地常住居民		
费用支付方式	①自费 ②免费		

填报人: \_\_\_\_\_ 填报时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 附表 7 非在管重性精神病患者应急医疗处置月报表

报告月：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

单位		人数	人次数	
处置缘由	自杀自伤行为	人	人次	
	存在自杀自伤行为的危险	人	人次	
	危害公共安全或他人安全的行为	人	人次	
	存在危害公共安全或他人安全的危险	人	人次	
	病情复发,精神状况明显恶化	人	人次	
	急性或严重药物不良反应	人	人次	
	其他	人	人次	
处置措施	现场临时性处置	人	人次	
	精神科门诊/急诊留观	人	人次	
	精神科紧急住院	人	人次	
	会诊	人	人次	
	其他	人	人次	
确定诊断	精神分裂症	人	---	
	偏执性精神病	人	---	
	分裂情感性障碍	人	---	
	双相(情感)障碍	人	---	
	癫痫所致精神障碍	人	---	
	精神发育迟滞	人	---	
	其他精神疾病诊断	人	---	
疑似诊断		人	---	
处置性质	自愿治疗	人	人次	
	保护性治疗	人	人次	
	强制性治疗	人	人次	
处置对象来源	当地常住,已经纳入严重精神障碍管理治疗	---	---	
	当地常住,没有纳入严重精神障碍管理治疗	人	人次	
	非常住居民	本市	人	人次
		外市	人	人次
	不详	人	人次	
期间应急医疗处置总人数、总人次		人	人次	

注:1. 人数:当月发生过某行为/情况则计为 1 人。

2. 人次数:当月实际发生该行为/情况的次数之和。

填报单位:\_\_\_\_\_ 报告人:\_\_\_\_\_ 填报时间:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日