

第九章 严重精神障碍患者管理

学习目标

掌握：严重精神障碍患者管理服务规范，能对严重精神障碍患者开展健康管理。

熟悉：精神分裂症的概念、症状、治疗及家庭康复。

了解：精神分裂症的分型、诊断标准。

案例 9-1

患者张某，男，50岁，已婚，病退多年。该患者自幼患有癫痫，20年前出现精神异常，变得敏感多疑，出现凭空闻声，经诊断为癫痫所致精神障碍，5年前纳入所在地社区卫生服务中心进行管理，此后一直由社区服务中心定期随访。2015年11月15日，社区医生对该患者进行随访，患者能主动服药，饮食及大小便规律，自己生活能够在家人督促下自行料理，但其他家务不愿参与，不愿与外界多接触，不愿出门，经常会因一些小事与家人争执不休，没有打砸行为。

问题：

1. 如果你是社区医生，如何评估该患者目前的病情？
2. 应如何指导该患者的康复？

第一节 严重精神障碍概述

当前，精神疾病患病率呈逐年上升趋势，严重精神障碍患者肇事肇祸事件时有发生，对社会公共安全造成一定危害。精神疾病不仅仅是重大公共卫生问题，也正在成为一个突出的社会问题，给患者家属和社会都造成严重的经济负担，关系到广大人民群众身心健康和社会稳定。

一、严重精神障碍定义

（一）定义

根据《中华人民共和国精神卫生法》第八十三条规定，精神障碍是指，“由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常，导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害”；严重精神障碍，是指“疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍”。精神障碍的致病因素有多方面：先天遗传、个性特征及体质因素、器质因素、社会性环境因素等。

考点提示：掌握严重精神障碍的定义和范围

许多精神障碍患者有妄想、幻觉、错觉、情感障碍、哭笑无常、自言自语、行为怪异、意志减退，绝大多数病人缺乏自知力，不承认自己有病，不主动寻求医生的帮助。严重精神障碍主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等6种精神疾病，其中以精神分裂症最为多见。发病时，患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力，并可能导致危害公共安全、自身或他人人身安全的行为，长期患病会严重损害患者的社会功能。

考点提示：熟悉精神分裂症的定义、症状及治疗

（二）精神分裂症概述

精神分裂症为一种功能性精神病，是精神病中最常见的一类疾病。到目前为止其病因未明，多在青壮年发病，临床上主要表现为感知、思维、情感、行为等多方面障碍和精神活动的不协调。起病往往较为缓慢，病程多迁延，并呈反复加重或恶化，部分患者可最终出现精神衰退和精神残疾，对家庭和社会具有较大影响。

1. 症状

（1）阳性症状：又称急性症状，多在疾病的早期或急性发作期出现。指精神功能的异常或亢进，涉及感知、思维、情感和行为等多个方面，常见的有幻觉、妄想、思维障碍、反复的行为紊乱和失控等。

（2）阴性症状：又称慢性症状，指精神功能的减退或缺失，常见的有情感平淡、言语贫乏、意志缺乏、无快感体验、注意障碍等。

2. 特征

（1）知觉障碍：包括错觉、幻觉、感知综合障碍。

（2）妄想：是在病理基础上产生的歪曲的信念、病态的推论和判断。虽不符合客观现实，也不符合所受教育水平，但病人对此坚信不疑，无法被说服，也不能以亲身体验和经历加以纠正。

（3）被动体验：指患者感受到强加于自身的躯体性幻觉。

（4）思维联想连贯性方面的障碍：可表现为思维松散、接触性离题、思维不连贯、思维破裂、思维贫乏。

（5）注意障碍：注意力很容易分散，不易集中，做事说话都显得心不在焉。

（6）自知力障碍：是指患者对其自身精神状态认识能力的障碍。一般精神分裂症患者均有不同程度的自知力障碍，严重的表现为“自知力缺失”。自知力丧失是判断精神疾病的重要指标之一，其完整程度与变化，也是判断精神病恶化、好转或痊愈的一个标准。

(7) 情感障碍：主要表现为情感高涨（躁狂）或低落（抑郁），或两者交替出现，可有情感倒错和表情倒错。

(8) 行为障碍：按其表现分为精神运动性抑制与精神运动性兴奋两类。

(9) 意志缺乏：表现为对自己的前途毫不关心、没有任何打算，或者虽有计划，却从不实施。活动减少，可以连续坐几个小时而没有任何自发活动。

3. 药物治疗 目前认为最适宜的长期治疗应该是联合治疗，包括药物疗法（典型抗精神病药、非典型抗精神病药）、电休克治疗及其他辅助治疗（心理治疗、社会康复治疗）等。

(1) 药物治疗原则：早发现、早诊断、早治疗；尽量单一用药，足量足程，从小剂量开始，缓慢加量以减少副作用，达到最小剂量、最佳疗效、最小副作用，并提高治疗依从性；若疗效差，则换用结构不同的药物，合并治疗宜慎重；维持期长，减量宜慢，以促进患者回归社会为治疗最终目标。

(2) 药物分类：第一代（传统）抗精神病药：低效价/高剂量，如氯丙嗪；高效价/低剂量，如氟哌啶醇。第二代（非传统）抗精神病药：5-羟色胺-多巴胺拮抗药如利培酮；多受体作用药如氯氮平、奥氮平；选择性 D2/D3 受体拮抗药如氨磺必利；多巴胺受体部分激动剂如阿立哌唑。

(3) 抗精神病药的常见不良反应：①多巴胺能药物：锥体外系副反应—抗胆碱能药物如安坦、东莨菪碱；类帕金森症如运动不能、震颤、肌强直、植物神经功能紊乱（流涎、多汗、皮脂溢出）；静坐不能；急性肌张力障碍；迟发性运动障碍（TD）应减停药、停用抗胆碱能药物并对症处理。内分泌影响—泌乳素升高：男性乳房发育、女性溢乳、闭经等。②肾上腺素能药物：体位性低血压、鼻塞、射精抑制、反射性心动过速。③胆碱能药物：口干、便秘、视力模糊、窦性心动过速，无特殊处理，或换药。④组胺能药物：镇静、嗜睡、体重增加等，无特殊处理，或换药。⑤其他药物：恶性综合征、癫痫、粒细胞缺乏等。

【知识链接】			
精神分裂症的完整治疗			
完全控制症状、全面恢复功能			
控制行为 如激惹攻击 (1-6 天)	解除阳性症状 幻想、妄想 (7-30 天)	改善阴性症状 改善认知功能、情 绪 (2-6 月)	预防复发 心理治疗及社会支 持 (6 月以后)
消除症状—恢复健康—回归社会			

4. 非药物治疗

(1) 心理康复治疗

①心理康复的方法：支持性心理治疗：适用于各类患者，支持和加强患者防御功能，使患者增加安全感，减少焦虑和不安，方法有解释、安慰、鼓励和保证，以解释最重要；认知疗法：适用于有不良认知的精神分裂症恢复期的患者，可改善患者的不良认知和提高其认知水平，方式较多，有贝克的认知疗法，埃里斯的合理情绪疗法等；行为治疗：包括行为塑造法、生物反馈疗法和森田疗法。

②心理康复的程序

心理康复的具体流程，见图 9-1。

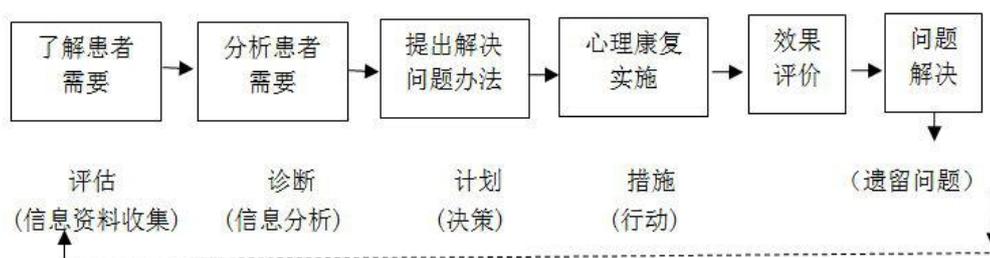


图 9-1 心理康复的程序

(2) 其它方法：改良电抽搐疗法、精神外科治疗、经颅磁刺激（TMS）治疗精神分裂症、认知矫正治疗等。

4、家庭康复

(1) 家庭对患者行为的督导：患者服药期间，家属应观察其睡眠、饮食、大便、小便、脉搏、口水、运动、情绪、性功能、体重、皮肤、化验结果等。要保障患者的安全。患者居住环境中不能有危险物品，保管好治疗精神病药物，注意观察病情变化，关心爱护患者。当患者出现严重情绪抑郁、悲观绝望、原有症状反复出现有日趋加重的现象、拒绝治疗、劝说无效伴有继发性问题，需及时住院治疗。

(2) 精神疾病的康复：精神康复又称社会心理康复，目的是使患者的生活、工作、学习、社交等能力全面恢复到病前水平；家属要定期带患者门诊复查，坚持维持治疗，帮助患者客观认识疾病，去除诱因，及时疏导患者的心理问题，识别复发先兆如拒绝服药、失眠情绪波动、猜疑等；药物维持治疗，目的是降低复发率和再住院率，维持用药时间为首次发作 1-2 年，复发者 2-5 年，终生服药的一般标准为病程持续 5 年以上未治愈或复发次数>3 次；康复措施主要有生活技能训练、文娱治疗、社会技能训练、作业治疗等。

(3) 家庭康复训练：规律的饮食起居、个人卫生、生活自理、待人接物、兴趣爱好、注意力、记忆力、语言表达、情感交流；制定预防复发的处理计划，如坚持服药、识别复发

早期的“预警症状”而及时予以相应处理、正确处理社会心理应激因素、有效和便利的求助策略、保持良好的社会角色、避免使用非法药物等。

二、严重精神障碍患者的报告管理要点

(一) 职责

考点提示：熟悉基层医疗卫生机构的职责

根据精神卫生法规定，县级以上人民政府卫生行政部门应当组织医疗机构为严重精神障碍患者免费提供基本公共卫生服务。社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室应当建立严重精神障碍患者的健康档案，对在家居住的严重精神障碍患者进行定期随访，指导患者服药和开展康复训练，并对患者的监护人进行精神卫生知识和看护知识的培训。县级人民政府卫生行政部门应当为社区卫生服务机构、乡镇卫生院、村卫生室开展上述工作给予指导和培训。

为了进一步规范严重精神障碍的防治工作，原卫生部于2012年4月颁发了《重性精神疾病管理治疗工作规范（2012年版）》。其中规定，社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗卫生机构应当根据本辖区管理的严重精神障碍患者数量，确定适当数量的执业（助理）医师、注册护士专职或者兼职开展严重精神障碍的社区（乡镇）防治工作。所有人员在上岗前必须经过相关培训和考核。

1. 社区卫生服务中心的主要职责 （1）在县级精防机构指导下，承担辖区内重性精神疾病患者信息收集与网络报告工作，开展严重精神障碍患者线索调查、登记已确诊的重性精神疾病患者并建立居民健康档案；必要时联系县级精防机构安排精神卫生医疗机构对未确诊患者进行诊断复核；（2）在精神卫生医疗机构指导下，定期随访患者，指导患者服药，向患者家庭成员提供护理和康复指导；有条件的地方，可实施患者个案管理计划；（3）协助精神卫生医疗机构开展重性精神疾病患者应急医疗处置；（4）向精神卫生医疗机构转诊病情不稳定患者；（5）参与重性精神疾病防治知识健康教育工作。

2. 乡镇卫生院的主要职责 （1）协助上级卫生行政部门及精神卫生医疗机构开展村医重性精神疾病防治知识培训，并对其工作进行考核；（2）在县级精防机构指导下，承担辖区内重性精神疾病患者信息收集与网络报告工作，开展重性精神疾病患者线索调查、登记已确诊的重性精神疾病患者并建立居民健康档案；必要时联系县级精防机构安排精神卫生医疗机构对未确诊患者进行诊断复核；（3）在精神卫生医疗机构指导下，定期随访患者，指导患者服药，向患者家庭成员提供护理和康复指导；有条件的地方，可实施患者个案管理计划；（4）向精神卫生医疗机构转诊病情不稳定患者；（5）参与重性精神疾病防治知识健康教育工作。

(二) 报告

考点提示：掌握严重精神障碍患者的报告办法

依据精神卫生法，国家卫生计生委制定了《严重精神障碍发病报告管理办法》。办法规定：国家建立重性精神疾病信息管理系统，严重精神障碍发病信息是该信息系统的组成部分；医疗机构应当对符合精神卫生法第三十条第二款第二项情形（已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的）并经诊断结论、病情评估表明为严重精神障碍的患者，进行严重精神障碍发病报告；县级精神卫生防治技术管理机构应当在严重精神障碍患者出院后15个工作日内，将患者出院信息通知患者所在地基层医疗卫生机构，基层医疗卫生机构应当为患者建立健康档案，按照精神卫生法第五十五条及国家基本公共卫生服务规范要求，对严重精神障碍患者进行定期随访，指导患者服药和开展康复训练。

1. 疑似患者线索调查 在县级精防机构指导下，基层医疗卫生机构组织人员在辖区常住人口（指连续居住半年及以上者）中开展疑似患者调查。将发现的疑似患者情况报县级精防机构，由县级精防机构组织诊断或复核诊断。

2. 患者报告 基层医疗卫生机构发现有危及自身或他人生命安全或严重影响社会秩序者为疑似精神疾病患者时，应立即报警，由公安机关送往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。

考点提示：掌握严重精神障碍患者的危险性评估、分类干预方法

（三）患者管理

基层医疗卫生机构应将线索调查和患者报告中明确诊断为重性精神疾病，以及从精神卫生医疗机构出院并签署知情同意书的患者，纳入本地区严重精神障碍患者进行管理治疗。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严重精神障碍信息管理系统。

1. 危险性评估 应对所有患者进行危险性评估，共分为6级。

（1）0级：无符合以下1~5级中的任何行为。

（2）1级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。

（3）2级：打砸行为，局限在家里，针对财物。能被劝说制止。

（4）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）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）5级：持械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。

2. 危重情况处置 观察、询问和检查有无出现暴力、自杀自伤等危险行为，以及急性药物不良反应和严重躯体疾病。如有，对症处理后立即转诊。

3. 分类干预 如无上述危重情况，进一步评估患者病情，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、社会功能状况、服药情况及各项实验室检查结果等，并根据患者的精神症状是否消失、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，将患者分为病情稳定、基本稳定和不稳定 3 大类，进行分类干预。

(1) 病情稳定患者：①定义：指危险性为 0 级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，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。②干预措施：继续执行上级医院制定的治疗方案，3 个月时随访。

(2) 病情基本稳定患者：①定义：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。②干预措施：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；若初步处理无效，则建议转诊到上级医院，2 周内随访转诊情况，对居家治疗者应每 2 周随访 1 次直至病情稳定。

(3) 病情不稳定患者：①定义：指危险性为 3~5 级或精神病症状明显、自知力缺乏、有急性药物不良反应或严重躯体疾病。②干预措施：对症处理后立即转诊到精神卫生专业机构接受治疗。必要时报告当地公安部门，协助送院治疗。住院治疗者应在 2 周内随访，对于在家治疗的患者，应协助精神专科医师进行应急医疗处置，在居委会人员、民警的共同协助下至少每 2 周随访 1 次。

(4) 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。每年至少进行 1 次健康检查，可与随访相结合。

4. 记录和网络报告 基层医疗卫生机构应按照《国家基本公共卫生服务规范》要求，对确诊的、在家居住的患者建立“居民个人健康档案”和《严重精神障碍患者个人信息补充表》；按规定分类随访干预登记患者，填写《严重精神障碍患者随访服务记录表》和《严重精神障碍患者个人信息和随访信息补充表》。同时，基层医疗卫生机构和市级精防机构应按国家相关要求对患者信息网络报告。