



关于重性精神病患者 管理服务规范



基本概念

- ✍ 精神障碍是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，造成中枢神经系统功能失调，进而导致出现以认知、情感、意志和行为等各种精神活动异常作为主要临床表现的一类疾病的总称。泛指一切的因精神问题而影响到个体的心理社会功能，精神障碍是一个更宽的范畴。
- ✍ 精神病特指具有幻觉、妄想或明显的精神运动兴奋或抑制等“精神病性症状”的精神障碍，最典型的精神分裂症、偏执性精神病、重性躁狂症和抑郁症。因此精神病只是精神障碍中的一小部分。



1. 精神障碍总患病率

1982年中国12个地区疾病流行病学调查结果显示，15岁以上人口中精神障碍时点患病率10.54%，终生患病率为12.69%(陈昌惠，1986)。

1993年来用相同方法和标准在其中7个地区进行的第二次调查，时点患病率为11.18%，终生患病率为13.47% (表1)

表13-1 1982年12地区 1993年7地区精神障碍总患病率 (15岁及以上人口)

患病率 (%)	1982 (N=38136)			1993 (N=19223)		
	城	乡	合计	城	乡	合计
时点患病率	11.19	9.88	10.54	10.68	11.61	11.18
终生患病率	13.18	12.19	12.69	12.96	13.91	13.47

沈渔邨 精神病学第四版



2. 几种主要精神障碍患病率




将两次全国调查中各种精神障碍按患病率高低排序后发现，前三位病种相同，均为精神分裂症，精神发育迟滞和情感障碍，第四、五位有所不同，酒依赖、药物依赖上升至第四、五位，见表2

表13-2 1982年12地区、1993年7地区几种主要精神障碍患病率排序

序位	1982年		1993年	
	精神障碍	终生患病率(%)	精神障碍	终生患病率(%)
1	精神分裂症	5.69	精神分裂症	6.55
2	精神发育迟滞	2.88	精神发育迟滞	2.71
3	情感性障碍	0.76	情感性障碍	0.83
4	反应性精神障碍	0.68	酒依赖	0.68
5	脑血管所致精神障碍	0.50	药物依赖	0.52



精神疾病

-  严重危害人民群众的身心健康
-  增加社会负担
-  影响社会经济发展



精神卫生工作的任务

- ✎ 预防与减少精神疾病的发生
- ✎ 降低精神疾病的患病率
- ✎ 提高治疗和康复水平
- ✎ 减少和预防各类心理和行为问题的发生，增进人民的身心健康



一. 服务对象



✎ 辖区内诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者。严重精神障碍是指以精神分裂症为代表的，临床表现有幻觉、妄想、严重思维障碍、行为紊乱等精神病性症状，且患者社会生活能力严重受损的一组精神疾病。主要包括精神分裂症、分裂情感性精神障碍、偏执性精神病、双相障碍等。



二. 服务内容



一、组织管理

1. 各乡镇要制订严重精神障碍患者服务工作制度、工作流程
2. 与精神卫生中心建立点对点技术支持关系，配备接受过严重精神障碍管理相关培训的专（兼）职人员



3. 成立关爱帮扶小组，定期与辖区内派出所、村委会等相关人员沟通，互通患者信息，协商管理事宜

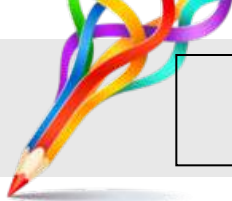
4. 组织开展辖区内精神卫生健康教育活动（每年至少2次）



二、患者信息管理

1. 建立健康档案

在将严重精神障碍患者纳入管理的时候，除需要由家属提供来自原承担治疗任务的专业医疗机构的疾病诊疗相关信息外，还应为患者进行一次全面评估，为其建立居民健康档案。除个人基本信息外，还包括患者监护人姓名、监护人电话、初次发病时间、既往主要症状、既往治疗情况、最近诊断情况、最近一次治疗效果、患病对家庭社会的影响、开锁情况等。



2. 患者个人信息补充表

3. 随访表

对于纳入健康管理的患者，每年至少**随访4次**。随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行紧急处理。具体内容如下：



(1)危重情况紧急处理：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。若有，对症处理后立即转诊，2周内随访转诊情况。



(2)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。

(3)严重精神障碍患者每年应至少进行1次健康检查，可与随访相结合。内容包括血压、体重、空腹血糖，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。有条件的地区建议增加血常规、尿常规、大便潜血、血脂、眼底、心电图、B超等检查。

(4)建议有条件的地区增加对患者的随访次数。



✎ 随访中，发现患者死亡，或者外出打工、迁居他处、走失等原因，或者连续3次失访，基层医疗卫生机构应填写《严重精神障碍疾病失访(死亡)患者登记表》，每月定期上报县级精防机构



三. 危险性评估

- ✍ 0级就是没有以下行为
- ✍ 1级就是口头威胁，喊叫等
- ✍ 2级就是有打砸行为，仅限家中，针对财物，可以劝说制止
- ✍ 3级打砸明显，不分场合，针对财物，不接受劝说
- ✍ 4级持续打砸，不分场合，针对人或物，不听劝说，自杀自伤
- ✍ 5级针对人的，持管制武器，伤害，纵火爆炸，不分场合




四、分类干预

- ✎ 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、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，对患者进行以下分类干预：



(1)对病情稳定（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）的患者：若无其他异常，继续执行上级医院制定的治疗方案，3个月时随访。



(2)对病情基本稳定（精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，处于“病情不稳定”和“病情稳定”之间）的患者：若无其他异常，医生可在现用药物基础上在规
管医生取得联系。调整过一次剂量后，可连续观察4~6周，若患者症状稳定或虽然明显
但比上次已有好转，可维持目前治疗方案，3个月时随访；若仍无效果，转诊到上级医院，2周内随访转诊结果。若同时伴有躯体症状恶化或药物不良反应，要查找原因对症治疗，2周时随访，观察治疗效果。若有必要，转诊到上级医院，2周内随访转诊情况。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/048007114054006107>