昆明市严重精神障碍管理工作

应急处置方案

昆明市所管辖地区有十四个县区及二个开发区，全市固定人口及流动人口8468425人，地域分布广、地区之间差异大、人群分布不均，特别是城乡之间路途遥远，所以给全市严重精神障碍管理工作带来许多困难。为了加强全市严重精神障碍管理工作。按照卫健委所制定的全国严重精神障碍工作管理规范2010年版及2012年版的要求，结合我院实际情况，按照市卫健委的指示，经院党委讨论决定，克服一切困难，在昆明成立全市对严重精神障碍管理工作应急处置组并制定本方案。

一、组织机构及职责：

成立应急处置组，负责全市严重精神障碍管理中出现的应急处置事件进行评估、处置日常工作，配合全市公安部门、卫健委门、民政、残联、疾控中心、社区、乡镇共同做好严重精神障碍管理工作，避免因严重精神障碍患者对公共安全及自身造成的恶性事件的发生，维护社会和谐稳定。

（一）领导小组：

组　长：覃东明、阮 冶

副组长：闵华群、陈志祥、高长青、柳贵明、袁卉

（二）领导小组办公室：

主任：李家磊

（三）医疗组成员：由医务部负责安排

（四）护理组成员：由护理部负责安排

二、工作要求：

（一）每半年全组成员组织学习严重精神障碍管理工作规范。

（二）每半年全组成员参加一次应急处置演练。

（三）做好相关记录。

突发严重精神障碍应急医疗处置预案

 突发严重精神障碍，或严重精神障碍患者病情急剧变化，已经出现或可能出现对自身的伤害（自杀、自伤行为），或者对他人造成伤害、对财物造成重大损失、严重扰乱社会治安等（危害社会行为）；或者出现急性或严重药物不良反应，需要通过应急医疗处置及时采取干预措施，以避免伤害和损失的发生或者减轻伤害和损失程度。

 在精神卫生医疗机构对患者实施应急医疗处置之前，患者家属或者监护人应在《严重精神障碍应急医疗处置非自愿医疗意见书》（表1-8）上签字同意。《非自愿治疗医疗意见书》不能及时送达患者家属或者监护人时，由在现场履行公务的公安机关公务人员签字证实。

 一、处置原则：

（一）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。

（二）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。

（三）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。

二、处置前准备

（一）应急医疗处置组：

应急医疗处置组成员由具有连续5年以上精神科临床工作经验、并且接受过严重精神障碍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担当。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。

（二）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（如保护性约索、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。

（三）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。用于在已纳入社区/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。

（四）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。

（五）应急事件指征：

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。

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，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。

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。

4、应急事件报告：

（1）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。

（2）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。

（3）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，送往民政精神卫生医疗机构。

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。

（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或精神科紧急住院治疗。

（2）精神科门诊留观：

用于能立即确诊，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。

（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。

 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《参加严重精神障碍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、几种常见危害行为的处置原则：

（1）暴力攻击行为：

评估患者危险性： 根据患者病史及目前的状况，评估冲动和暴力行为发生的可能性以及可能带来的不良后果，进行危险性评估。

非药物性干预措施：

 A.一般的安全技巧：与对方保持一定的距离，避免直接的目光对视，不要随便打断患者的谈话，要有安全的逃离通道，及时发现患者愤怒的迹象，取走患者携带的凶器等。

B.检查技巧：避免给患者过度的刺激（声光），予以足够的个人空间，尽量保持开放的身体姿势，尊重、认可患者的感受，向患者表示随时愿意提供帮助。多做言语的安抚，以减少患者的恐惧，劝阻患者停止暴力无效时，则予以身体约束。

药物治疗：采用快速镇静疗法，如使用氟哌啶醇，或氯硝西泮肌肉注射。积极处理原发疾病。

（2）自伤自杀行为：

阻止自伤自杀行为，救治躯体损伤：立即阻止正在实施的自伤自杀行为；快速进行必要的躯体检查，实施现场急救，恢复并维持生命体征正常。视躯体损伤程度及医疗处理条件，决定是否转入综合性医院急诊科急救，或请其他科会诊。如生命体征平稳，应将患者转移至安全场地，由专人看护，避免再度发生自伤自杀行为。如在社区内缺少安全保护措施，应采取精神科门诊留观或紧急住院治疗。

快速药物镇静。

积极处理原发疾病。

适时开始或调整针对原发疾病的治疗方案。了解并分析自伤自杀的成因，给予支持性心理治疗。

（3）与抗精神病药相关的急性不良反应：

抗精神病药副作用较多，特异质反应也常见，所以处理和预防药物的不良反应与治疗原发病同等重要。常见的急性药物不良反应有锥体外系反应、恶性综合征、体位性低血压、药物过量中毒等。

处置急性药物不良反应，应遵照《疾病诊疗规范－精神病分册》、《中国精神疾病防治指南》的要求实施。

8、处置记录和报告：

（1）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《严重精神障碍应急医疗处置记录单》一式二份（表1-9）。

（2）《应急医疗处置记录单》一份留应急医疗处置组存档，另一份随同应急医疗处置有关的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。