

# 激越患者精神科处置专家共识

中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组

## 一、概述

激越(agitation)是精神科常见的一种急性综合征。在 ICD-10 精神病学词汇中,激越被描述为:明显的坐立不安和过多的肢体活动,并伴有焦虑<sup>[1]</sup>。在临床实践中,激越表现为一系列思维活动、情绪和行为从低到高不同程度的兴奋过程,且无法平静,严重时可表现为兴奋冲动、威胁、攻击、自伤等行为,而且激越常常导致住院时间延长,增加医疗成本<sup>[2]</sup>。因此,尽早识别激越,预防激越程度发展严重,有效缓解激越相关的临床症状,防止严重激越时出现危险行为,对患者个人、病房管理及社会稳定均具有重要意义。

### (一)激越发生的相关疾病因素

多种疾病可以引发激越<sup>[2-3]</sup>。激越既可以是躯体疾病,包括脑器质性疾病和其他躯体疾病以及精神障碍的伴随症状表现,也可能是精神活性物质中毒和戒断反应以及治疗药物的不良反应表现,其他如环境因素以及患者的人格特征等也可能导致出现激越。

任何导致脑功能紊乱的脑部疾病和躯体疾病均可能导致激越<sup>[3-4]</sup>,常见的脑部疾病包括颅内感染、脑外伤、脑血管病、脑部占位性病变、缺氧性脑病、痴呆等,躯体疾病包括感染性疾病、主要内脏功能衰竭、代谢及内分泌疾病<sup>[5]</sup>,如甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤、低钠/钙血症、低血糖<sup>[3]</sup>等。

精神活性物质中毒或戒断可引发激越<sup>[3,6]</sup>。如可卡因或苯丙胺(拟交感兴奋剂)可引起严重激越发生或诱发精神病性症状;酒精戒断的戒断反应可能加剧急性激越,而且酒精戒断可进一步发展为震颤谵妄,其特征表现为思维进程紊乱及唤起水平的波动,此类患者也易发展为激越。暴露于环境毒素也可能引发包括激越在内的多种症状,临床表现通常为非特异性和一过性。了解病史有助于明确患者接触的毒素种类。

某些人格障碍患者因对应激的耐受性下降及冲动控制力差<sup>[3,7]</sup>,也较易发生激越。如边缘型人格障碍主要特征为心境的剧烈波动,患者常出现人际关系冲突,进而发展为激越。反社会型人格障碍患者处于较差的心境状态时,在特定外在情景的诱发下也可发生激越。另外,创伤后应激障碍患者常伴有中枢神经系统唤起性的升高、恶劣心境及创伤相关体验的闪回,这些表现均可增高个体发生激越的易感性。

精神障碍是激越重要的原发疾病及危险因素<sup>[2-3,8]</sup>,如严重焦虑的焦虑激越、激越性抑郁或双相情感障碍抑郁发作与混合发作的精神运动性激越,以及精神病性障碍患者的精神病性激越。其中,精神病性激越常见于包括精神分裂症、分裂情感性障碍及双相情感障碍躁狂发作<sup>[9]</sup>,患者可因思维及情感紊乱导致个体对现实世界的错误感知,进而引起严重激越;而幻觉(尤其是评论性和命令性幻听)、偏执观念(如被害妄想、被动体验)及强烈的易激惹或愤怒或高涨心境成为急性激越的诱发因素。

精神科病房是严重激越最常发生的场所。2016 年对我国精神科病房进行的调查结果显示,新入院精神分裂症患者中伴有激越表现[阳性及阴性症状量表-兴奋因子分量表(PANSS-EC)≥14分,且至少1个条目≥4分]的患者比例为64.3%,严重激越(PANSS-EC总分≥20分)患者为31.0%<sup>[10]</sup>。精神病性激越起病急,进展快,且破坏性大,更容易出现暴力攻击行为。有研究显示,精神障碍患者的攻击行为发生率是健康人的2~10倍,其中精神分裂症患者中的发生率最高<sup>[8]</sup>。在强制入院的患者中,82%的患者曾出现暴力行为。因此,本共识中主要针对精神病性激越,其内容包括精神病性激越的识别、评估、精神科处置。

### (二)激越发生的高危促发因素

激越的发作往往是突发性的,难以预测。在原发疾病基础上,患者当前的临床特征、个人史及情境因素等都可能成为激越发作的高危或促发因素。因此,及早识别高危人群或促发因素并进行预防性处置,可降低或减少激越的发生风险。

临床特征:如精神病性障碍患者阳性症状突出,尤其是明确指向某一个体或群体的、带有被害及暴力性质的妄想或命令性/评议性幻觉,以及共患心境障碍及焦虑障碍时,激越发作的风险较高。合并物质和(或)酒精滥用、药物不良反应(如静坐不能)或药物脱抑制效应可能会增加激越发作的风险。此外,共患反社会性人格障碍或冲动性人格特质,或脑外伤、癫痫等脑器质性障碍者,也具有激越发作高风险<sup>[11]</sup>。

个人史:若患者既往有激越发作史或曾发生危险的冲动行为或流露出伤害他人的意图,对既往危险行为予以否认,近期曾有严重应激事件(尤其是丧失事件或面临丧失的威胁),有精神活性物质使用史或暴力行为史,无业以及长期缺乏社会支持或无可依靠等情况,可能是激越发生的高危人群<sup>[11]</sup>。

情境因素:当前社会支持不佳(如与家人沟通不良)、与潜在受害者关系过于亲密或相处困难、有机会接近潜在受害者、即刻可获取潜在的危险性物品(包括椅子等生活用品)、日常生活受限(如工作人员为其设立种种限制)、对治疗不依从等均可增加患者发生激越甚至暴力行为的风险。需要指出的是,工作人员的态度同样显著影响患者的反应,不恰当的态度(粗暴、忽视等)可显著升高患者发生激越的风险<sup>[11]</sup>。

激越发生的神经生物学机制目前尚不清楚。汇总相关研究提示,个体脑内多巴胺及去甲肾上腺素能神经活性异常增强及 $\gamma$ -氨基丁酸能神经活性低下可能是激越发作的潜在机制<sup>[12]</sup>,而5-HT能神经活性异常也可能与激越的发生有关<sup>[13]</sup>。这些神经递质系统相互调节、相互影响,在激越的发生发展过程中起着重要的作用<sup>[3]</sup>。

精神病性激越患者的预后与原发精神障碍的转归密切相关。初次发作、病程短、住院时间短、家庭功能良好、保持良好的社会关系的患者相对预后良好。而发作年龄小、发作持续时间长、合并物质滥用、自杀及需要住院治疗的患者则预后较差。

## 二、常见临床表现及预警信号

### (一)临床表现

激越的临床表现涉及思维活动、情绪反应和行为活动<sup>[3]</sup>。轻度激越或被称为一般兴奋激越人群,可表现为流露出暴力内容的妄想或幻觉、思维进程欠清晰、注意力不集中、表情紧张、烦躁不安和过度言语或活动,如来回踱步、绞手、攥拳、目光对视、言语迫促、缄默、对外界刺激的反应及警觉性增强,对

诊疗不合作等;进一步发展为具有潜在攻击行为风险人群(或高危人群),可表现为大量暴力内容的妄想或幻觉,思维逻辑混乱,表情愤怒,大声叫喊,针对他人的言语挑衅和口头威胁,投掷物品等;严重时出现明显的兴奋冲动、对他人的躯体威胁,并可能发生攻击他人及自身的暴力行为等,即为攻击暴力行为人群。若早期出现激越时未得到及时处置,临床表现可能逐步发展,直至发生严重后果。

一项对 48 名精神科专家的调查研究显示,超过 60% 的专家将下列 7 类现象归纳为激越的常见表现:爆发性或不可预测的愤怒;恐吓他人;坐立不安、过度运动;躯体和(或)言语的自我攻击;贬损或具有敌意的口头攻击;不合作或命令性行为或拒绝治疗;冲动或缺乏耐心的行为,或对疼痛或挫败缺乏耐受性<sup>[14]</sup>。

### (二)发展为攻击暴力行为的预警信号

激越的发生往往没有具体的预警信号,激越的发展通常呈渐进性,一般兴奋激越人群如不能及时识别并进行适当干预,有可能进一步发展为潜在攻击行为人群。以下预警信号有助于临床医生及早识别潜在的攻击暴力行为,并开展针对性的干预措施,防止事件进一步升级,包括:表情紧张或愤怒;躁动不安(如踱步)较前显著,或时间延长;总体唤起水平升高,如呼吸及心率加快、肌肉抽动、瞳孔扩大等;言语音量升高;活动反复无常;与他人目光接触时间延长;对环境表现出明显不满,拒绝沟通;思维进程欠清晰,注意力不集中;妄想或幻觉流露出暴力内容;言语或手势威胁;阻挡逃生通道;再现此前发生紊乱或暴力行为之前的行为<sup>[14]</sup>。

## 三、评估

评估激越的病因或相关诱发因素、严重程度以及潜在风险对于正确处置激越及预防进一步的伤害风险具有重要意义。然而,对于精神病性激越患者,尤其是不合作患者开展全面评估较为困难,因此详细了解病史及收集旁系信息尤为重要。

临床实践中,精神科评估可采用两步法实施(见图 1):首先进行快速评估,在短时间(数秒至数十秒)内大致了解患者的生命体征、一般状况和潜在风险,初步对病因进行筛查识别,第一时间控制潜在的暴力风险,指导对激越的处置;待激越症状初步改善、患者合作度提高后进一步实施系统评估,明确患者的意识状态,全面回顾病史及完善躯体、物理和实验室检查,确定病因,排除躯体疾病、脑器质性疾病和物质相关障碍。完成系统精神检

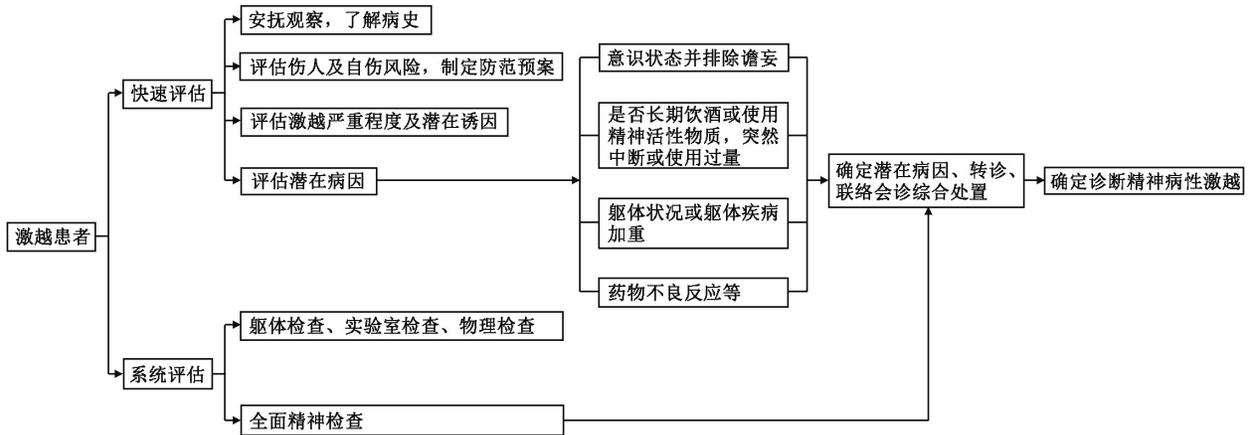


图 1 激越的识别评估流程

查以制定适宜的后续治疗方案,为患者争取更好的中长期治疗转归。

### (一)快速评估

快速评估的目的:初步排除激越潜在的躯体病因,后者可能对患者的生命构成威胁,需紧急处理,并影响激越治疗方案的选择;迅速判断激越严重程度及潜在风险,确定是否采用言语安抚之外的干预手段(如隔离、约束或药物治疗),以及具体采用何种方案。快速评估的流程包括以下 4 点。

1. 安抚观察,了解病史:首先评估患者是否存在自伤及伤人的行为或潜在风险。对于有潜在风险的患者在言语安抚的同时,应即刻采取快速起效的干预措施,避免激越程度的进一步升级;未发现自伤或伤人潜在风险的患者,则应以言语安抚为主避免应用强制性干预手段。

2. 评估风险,制定防范预案:在安抚患者的过程中直接观察其表情、动作、言语等,以获取线索;快速调取病例信息,了解患者的既往史及个人史;从陪护、其他患者、病房工作人员等旁系信源获取信息。上述途径可迅速勾勒出本次激越发作的轮廓,为即刻干预和后续评估提供基础信息。

3. 评估激越程度及环境诱因:评估或通过旁系信息初步了解患者在激越发作前是否有社会心理应激或环境诱发因素,如与他人沟通不畅或发生冲突、对住院环境不满意及要求提前出院等。根据评估结果给予相应的处置措施。

4. 评估潜在病因:首先迅速评估患者的意识状态,尤其应排除谵妄。评估时应密切关注患者与外界环境的互动情况,包括是否存在意识混乱、定向力受损、难以集中注意力、凭空视物。对于近期躯体状况不稳定(如感染、发热或原有躯体疾病加重

等),或最近联合使用新药或停用原有药物的老年患者,需高度警惕谵妄的可能。了解患者是否有长期饮酒或使用精神活性物质史,或有无突然中断或近期使用过量等。通常情况下也可直接通过观察患者的表现获取线索,如酒精中毒患者通常存在言语含混不清及共济失调,可散发酒精气味;酒精戒断患者可出现多汗、震颤、呕吐及一过性幻觉等。

### (二)系统评估

待患者激越症状较前改善,对自身及他人的威胁程度降低可配合诊疗时,则进一步开展全面细致的系统精神科评估,包括病史采集、精神检查、躯体检查、实验室检查和物理检查等,以确定潜在病因,如系躯体疾病或药物急性中毒。需完善的病史包括主诉、现病史、既往精神障碍及躯体疾病史、物质使用史、个人社会生活史、精神疾病家族史等。

精神检查则应高度注意以下方面:外貌;情感状态及稳定性;思维联想过程;自杀及伤或杀人观念;精神病性症状,尤其是阳性症状;自知力水平。患者的注意力及维持注意的能力、决策力、执行功能、言语内容可信度等也应加以明确。此外,还需进一步完善躯体检查及必要的实验室或辅助检查,如血常规、生化、甲状腺功能、其他内分泌功能、心电图等。如有条件可通过尿液毒理学分析来明确患者的物质使用情况等。确定原发疾病诊断并指导制定长期的综合治疗策略。

### (三)评估工具

针对激越严重程度的评估有助于指导制定治疗决策和判断治疗效果。目前,常用的激越评定量表包括患者自评及医生用他评量表。严重激越患者难以配合完成自评量表<sup>[5]</sup>,在临床实践中常用护理用激越评估记录表,以便全面评估患者的激越表

现及处置效果。

1. 医生用他评量表: PANSS-EC<sup>[16]</sup>: 该分量表来自 PANSS, 包含了 5 个条目, 分别为兴奋(P4)、敌意(P7)、紧张(G4)、不合作(G8)及冲动控制障碍(G14)。每个条目评分为 1(无)~7(极重)的 7 级评分, 总分为 5~35 分。PANSS-EC 总分  $\geq 14$  分, 且有 1 个条目  $\geq 4$  分提示有激越表现; PANSS-EC 总分  $\geq 20$  分提示有严重激越。早期研究中 PANSS-EC 主要用于评估激越严重程度, 此后日渐在精神科临床实践中被推广, 用于评估急性精神病性激越的临床表现及严重程度, 为治疗策略的选择提供依据, 如根据 PANSS-EC 的总分及各条目分来选择药物或非药物治疗, 以及治疗效果的判断等。

行为活动评定量表 (Behavioural Activity Rating Scale, BARS)<sup>[17]</sup>: 该量表的评估主要依据临床观察, 只有 1 个条目, 将兴奋程度分为 7 个等级即从镇静到激越状态: (1) 难以或不能唤醒; (2) 处于睡眠状态, 但对言语和身体接触有正常反应; (3) 昏昏欲睡, 出现镇静; (4) 安静地醒来 (正常水平的活动); (5) 明显的活动迹象 (身体和言语), 安抚后可平静; (6) 极度或持续活动, 但不需要束缚; (7) 暴力, 需要束缚。BARS 已经过充分的信效度验证, 适用于精神病性患者激越程度及治疗效果的评估, 其操作简单未经专业培训的精神科或非精神科人员 (如急诊科医师) 也可掌握。

外显激越严重度量表 (Overt Agitation Severity Scale, OASS)<sup>[18]</sup> 和外显攻击行为量表 (Overt Aggression Scale, OAS)<sup>[19]</sup>: 常用于评估精神病性激越的严重程度, 其中 OAS 在国内使用较多, 目前中文版较常用的为外显攻击行为量表修订版 (Modified Overt Aggression Scale, MOAS)。MOAS 包含 4 个条目: (1) 言语攻击: 言语敌对, 即用平时讲话或辱骂的方式, 试图通过使用贬低他人的话或脏话使人遭受心理伤害, 或者是体力袭击的威胁。(2) 对财物的攻击: 盲目地或不顾后果地毁坏病房的设备或他人的财物。(3) 对自身的攻击: 对自己的身体伤害, 如自残或自杀企图。(4) 对他人的身体攻击: 故意的暴力行为致人疼痛、身体损伤或死亡。MOAS 总分  $\geq 4$  分, 提示患者有攻击性行为危险; 条目 1  $\geq 1$  分, 提示有伤害自身行为; 条目 4  $\geq 1$  分, 提示有伤害他人行为; MOAS 条目总分  $\geq 3$  分或条目 2  $\geq 1$  分, 提示有伤害他人危险。在研究和临床实践中, MOAS 常用于评价激越攻击表现。

2. 激越评估记录表: 包括医护人员根据对患者

的观察, 记录潜在的激越风险的记录表和情境性攻击的动态评价<sup>[20]</sup> (具体记录表请参考附表 1 和 2)。

#### 四、干预的目标和原则

##### (一) 目标

治疗目标为尽快缓解激越症状, 避免继续发展, 降低和防止激越时的攻击暴力行为对患者自身及他人造成伤害, 增加自我控制感。具体包括: (1) 确保患者和他人的安全; (2) 帮助患者控制情绪, 减轻痛苦, 维持或重新获得控制行为的能力; (3) 防止激越的进行性发展升级。

临床实践中习惯采用约束或非自愿给药的方式, 但这种处置过程也可能对患者造成严重后果, 甚至导致死亡。近些年来, 随着对激越认识的深入和处置理念的更新, 进而提出了应尽可能避免使用约束, 避免强制性干预手段导致的激越升级, 因此非强制性手段、非药物和药物综合干预的处置策略被广泛接受。

##### (二) 原则

1. 快速原则: 快速处置可避免激越严重程度升级, 及早减轻患者痛苦, 降低激越对患者及他人的潜在风险。

2. 安全原则: (1) 明确激越相关因素、原发疾病, 降低潜在躯体疾病的风险; (2) 保障患者本人、工作人员及他人免受伤害; (3) 防止患者自杀; (4) 减少强制干预对患者造成的医源性伤害。

3. 个体化原则: 基于临床表现将患者分为一般兴奋激越人群、潜在攻击行为人群 (高危人群) 及攻击暴力行为人群, 分别给予针对性的干预措施, 根据处理效果做出下一步干预选择, 并避免过度治疗。

4. 患者参与原则: 选择激越治疗手段时, 应尽可能征求患者本人的意见。当患者接受相对符合其意愿的治疗时, 强制措施使用的比例更低而获得理想转归的可能性更高。

5. 量化评估原则: 在基于精神检查评估的基础上, 使用评估工具对激越症状的严重度及治疗效果进行持续评估, 有助于指导治疗手段的选择, 以及避免过度治疗, 包括医生用他评量表、激越记录表以及护士用攻击风险筛查记录表等。

6. 治疗原发病原则: 精神病性症状与激越互相促进, 形成恶性循环, 而前者的改善同样有助于后者的减轻<sup>[9]</sup>。针对原发病的有效治疗可降低日后激越发生的频率及严重程度。

7. 综合治疗原则: 基于患者的临床表现综合运用言语安抚、药物治疗、物理治疗等手段, 主次分

明,灵活调整,在治疗效果最大化的同时规避不必要的不良反应。

8. 全病程治疗原则:针对激越开展快速干预时应考虑原发病全病程治疗的需求,如抗精神病针剂与口服剂型的有效序贯,以改善患者的长期治疗转归。

9. 多团队配合原则:根据激越症状严重程度不同,激越的干预包括非药物干预、药物干预和联合治疗等方法。实施需要专业的团队配合,包括医师、护士、护工、心理治疗师以及社会工作者等。

### 五、激越的干预措施

激越的干预措施包括非药物干预和药物干预(见图2)。非药物干预包括环境管理、安抚、隔离或约束和物理治疗等。由于精神病性激越患者发生攻击暴力行为的风险较高,在非药物干预的同时,可能还需要能够快速起效的药物治疗。

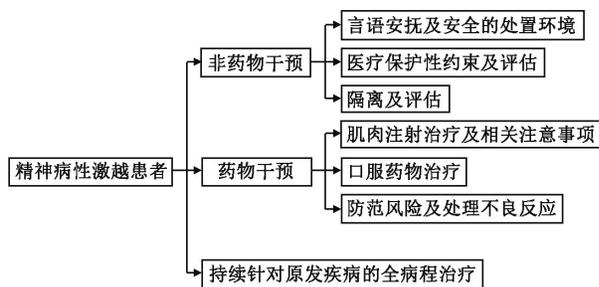


图2 激越的干预处置流程

#### (一)非药物干预

非药物干预是精神病性激越精神科处置第一步。

1. 环境管理:刺激性的环境可进一步升高机体唤起水平,加重激越症状。应尝试将患者引导或安置于一个相对宽敞的环境,避免强光或强声。空间内避免放置具有危险性的物品,包括利器、绳索、玻璃瓶、活动桌椅等。还需防止其他工作人员及其他患者以不恰当的形式接近或围观激越的患者。若激越患者已持有危险性物品,则需及时报警,尽量避免进一步激惹患者,并注意保护其他患者与医务人员的安全。

对于环境的要求:对可能发生激越风险的场所应配备监视或预警系统、紧急呼叫系统、从外面打开的门及观察窗,以及备有能帮助患者快速安静的设施和药物。住院患者入院检查时,应认真检查并去除患者身上的潜在危险物品,包括尖锐物体、绳索、易碎物品等。应确保发生暴力行为紧急事件时有安全进出的路线,并保持逃生通道通畅。

2. 安抚:通过适宜的言语及肢体表达,与激越患者形成沟通使其平静。此举有助于获取患者的信任,避免激越升级,减少后续强制性手段的使用,并为后续干预创造条件。在这一过程中,医生需保持冷静,不宜掺杂过多的个人情绪或明确表现出对患者的恐惧。安抚无明确的流程或标准,工作人员宜根据具体情况灵活应变,其基本步骤及原则如下:

(1)允许患者有适当的个人空间:与患者保持一定距离,以减轻患者的压迫感,但距离不宜过远,以保证患者在突然采取行动(如自伤)时可及时加以干预。

(2)避免激化、威胁语言与行为:精神病性激越患者常存在明显的挑衅言语和行为,此时工作人员需保持冷静,避免将负性情绪反映在言语及行为中,否则可能导致场面激化。

(3)尽可能建立言语接触:即便患者处于高度激越状态,仍应尝试与患者沟通,目的在于使其从自身病态营造或臆想的恶劣氛围中摆脱出来。与患者沟通时,表意应明确,语言宜简单易懂,旨在便利患者回应或执行指令,也可防止增加患者的烦躁情绪。尝试从患者的角度出发,设身处地的与之共情,有助于获得信任及平复其情绪,也可以试图从其他问题(甚至是私人问题)切入,若沟通有效,患者甚至可能感知到自己处于失控状态,进而对后续治疗或处置产生依从性。

(4)倾听:通过留意患者的言语,可获知患者的内心需求,有助于后续治疗策略的确立。医生应允许患者进行解释,如果患者要求询问者同意他的妄想,询问者应表示理解。

(5)适当妥协、随机应变:激越状态下,患者的要求可能多种多样,医生在维持最基本原则的基础上,可适当迁就患者的想法和要求,防止激怒患者。但在满足患者要求以降低激惹风险的同时,也应要求患者做出适当的让步。医生现场随机应变给予患者一些选项,尤其是积极乐观的选项,有助于引导患者趋向平稳。

(6)寻求家属帮助:向患者家属获取必要信息的同时,对事态发展进行解释,以期获得患者家属的帮助。

3. 医疗保护性约束:医疗保护性约束在精神科的使用由来已久。近年来针对激越患者使用上述手段出现诸多争议,无论以何种体位进行医疗保护性约束,过程过于激烈或持续时间过长均可导致严重后果<sup>[21]</sup>。患者可能发生心脏并发症、窒息、误吸、钝性创伤、原有躯体疾病急剧恶化等风险,甚至导

致死亡,尤其是在联用药物治疗时;此外,在约束过程中有可能遭到其他患者的伤害,应予以充分注意。躯体约束的过程也可能对医护人员造成身体及心理伤害。目前,躯体约束已不推荐常规应用于激越患者的管理<sup>[21]</sup>。

实施医疗保护性约束需满足以下条件:患者在医院内发生或将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序的行为,医务人员在没有其他可替代措施的情况下方可实施。实施保护性医疗措施必须出于医疗需要,应尽最大努力劝说和避免,禁止利用保护性医疗措施惩罚患者,也不能为方便工作人员而滥用。

医疗保护性约束是最后的手段,利大于弊时方可使用,必须使用时尽可能应用最少的约束装置,以尽可能保持患者最大的功能活动度,有利于人身安全和治疗,约束后应做好相应记录及评估。具体实施应由经验丰富的工作人员或团队实施,并遵守以下流程:

(1)确认或获得知情同意:针对精神科住院患者,需核对入院时签署的医疗保护性约束知情同意书。门诊状况下,可与伴诊者或监护人沟通,对医疗保护性约束加以解释,征得伴诊者或监护人知情同意。

(2)实施前,应仔细评估患者的情绪、合作程度、行为表现、危险风险等,当患者出现医疗保护性约束指征时,医护人员应第一时间进行干预,就医疗保护性约束的目的与患者进行沟通,无论患者本人对约束是否合作,均应与患者口头沟通,解释医疗保护性约束的目的。沟通时措辞及语气宜温和,从患者角度出发避免进一步激惹患者。一些情况下,患者在沟通后可能表示无需约束,愿意自行控制行为。

(3)当使用上述干预方法无效,患者仍符合保护性约束指征且无其他可替代措施时,方可实施医疗保护性约束。约束前医务人员应同时做好环境评估、人员及所用物品准备。

(4)实施中,应严格遵循诊断标准和治疗规范操作,一般情况下由医生开写医嘱,告知患者实施保护性医疗措施的目的,取得患者的理解并填写保护性医疗措施记录表。特殊或紧急情况下:可按医生的口头医嘱实施紧急约束或紧急隔离等保护性医疗措施,医生应当在患者被紧急约束或紧急隔离后立即开写医嘱,如遇特殊情况 30 min 内补充书面医嘱,并在病程记录内记载和说明理由。

(5)约束通常由护士实施,有时需要医生的配合,以下为注意事项:首先,选择合适的约束方法,

保护性约束时首选约束患者于床上,一般先约束双上肢手腕,如手腕有外伤或其他不适宜接受医疗保护性约束的情形时,可使用胸部约束带或约束衣进行约束。如患者接受双上肢约束时兴奋躁动,出现在病床上翻转、下肢踢床尾等影响或可能影响患者及周围人员安全行为时,可对患者下肢进行约束。约束带表面应光滑,避免操作过程及维持约束过程中对局部的摩擦损伤。其次,约束患者时应注意人力分配,医护人员应分列在患者左右两侧对患者肢体进行控制。约束过程中,应有专人负责保护及支撑患者的头部,该工作人员应同时指导其他操作者的动作,确保患者气道顺畅及尽可能舒适。在保护自身安全的同时,操作者应杜绝粗暴操作,保护患者要害部位(眼睛、太阳穴、喉结、心前区、肋骨、膝关节、脚背等),达到保护患者安全的目的。约束带松紧度以可伸入 1~2 根手指为宜,必要时可打结加固。医疗保护性约束过程中,操作者仍应继续进行言语安抚。约束完成后,医生应即刻对患者进行基本评估,包括生命体征、是否受伤、局部血供情况及情绪、意志行为等。约束过程中,操作者仍应继续进行言语安抚。约束完成后,医生应即刻对患者进行基本评估,包括生命体征、是否受伤、局部血供情况及情绪、意志行为等。

(6)实施后,护士应及时做好相关记录,医生开写保护性医疗措施医嘱的同时应积极治疗控制患者症状,在病例资料中如实记录患者的病情、治疗措施、用药情况、实施约束、隔离措施等内容,详细说明实施医疗保护性措施的原因、持续时间以及为尽快终止该手段而采取的治疗措施,并于书面医嘱后 24 h 内如实告知患者监护人,做好交接班工作(医生-医生、护士-护士、医生-护士)。

(7)监测和解除约束:一次约束医嘱时间为白天(8:00 至 20:00)一般不超过 4 h,夜间(20:00 至次日 8:00)一般不超过 12 h。患者被连续约束 48 h 后,应当由具有副主任医师以上职称的精神科执业医师对患者进行检查,并对是否需要继续采取约束或隔离措施做出评估。如果条件允许可在躯体约束时进行语音和视频监控。①对接受约束的患者进行持续监测,确保患者的安全和良好行为。②在约束时采取一些促进舒适睡眠、营养、排泄等的措施以保证患者的最大舒适度。③采取一定的方法将患者的注意力向约束可以使自己获利或有利于治疗行为方面转变,以减少其对约束的敌对情绪。如果可能可以采取一些替代方法。④在约束的过

程中及时评估其使用情况及效果,做好护理记录。解除约束前应进行患者情绪状态、躁动程度、合作程度、对本次约束的认识、激越行为等评估。若患者激越相关风险显著降低,则应及早撤除约束。医疗保护性约束常见的不良反应包括负性情绪反应(如焦虑、紧张、恐惧)、肢体血液回流障碍、局部疼痛、皮肤擦伤、关节脱位、误吸等,可给予对症处理,或请其他科室协助诊治;如发生其他医疗急诊情况,则即刻开展床边抢救或转诊至其他科室。

4. 隔离:将激越患者非自愿地限制在单独的房间或某个特定区域以阻止其离开<sup>[22]</sup>。隔离是限制严重精神障碍患者人身自由的措施,其活动范围被限制在狭窄的空间,并被剥夺与家人、朋友和亲人的联系,甚至是断绝与外界的一切联系。一般认为,隔离有助于精神障碍患者的治疗,防范和制止患者的暴力风险,维护治疗环境<sup>[23]</sup>。

《中华人民共和国精神卫生法》(以下简称《精神卫生法》)中将隔离的使用仅限于 3 种情形:一是精神障碍患者发生或将要发生自身的伤害;二是危害他人安全;三是扰乱医疗秩序,且必须是在无其他可替代措施的情况下。因此,隔离措施的原则为:(1)患者当时有伤害自身或危害他人的危险性;(2)为保证患者得到及时治疗;(3)其他较少限制的措施在当时无法提供或使用后无效。

隔离措施前需确认或获得知情同意,核对入院时本人或家属签署的医学隔离知情同意书,仔细评估风险与效益,并同时告知家属无其他措施可替代。激越患者进行隔离处置时应当注意如下方面<sup>[24]</sup>:(1)一般情况下,应按医生的医嘱实施隔离措施;(2)特殊紧急情况下,应按医生的口头医嘱实施隔离措施,医生应在患者被隔离后的 6 h 内补充书面医嘱并在病程记录中记载和说明理由;(3)医生每天至少对被隔离的患者进行 1 次检查,并对是否需要继续隔离进行评估;(4)护士每 30 分钟至少应当巡查 1 次隔离的患者;(5)患者被连续隔离达 72 h 时,应当由具有副主任医师以上职称的医生对患者进行检查,并对是否需要继续采取隔离措施做出评估。(6)实施隔离措施的工作人员应当接受专门培训。

## (二)药物干预

药物干预启动时机非常关键,当非药物控制激越效果不佳时,考虑采取药物干预措施。如未充分评估患者而过早开始药物干预,可能增加医源性伤害风险,并阻碍后续的精神科评估;若药物干预开始太晚,患者、医护及他人受到伤害的风险则更高,

随之患者可能需要更大剂量的药物或重复给药<sup>[25]</sup>。

药物干预的目标是缓解患者的激越严重程度,降低患者冲动暴力伤人或自伤风险,使患者能配合进行必要的评估和相关检查,并顺利过渡到后续对原发疾病的规范治疗。激越的药物干预应尽可能快速起效,帮助患者平静而非过度镇静,疗效好且持久,使用便捷且创伤小,药物不良反应及药物间相互作用风险低以减少医源性伤害风险,避免短时间内重复给药。根据研究证据及我国临床可用药物推荐的治疗药物包括以下。

1. 口服给药<sup>[3,25-26]</sup>:权衡疗效和不良反应风险,通常选用第二代抗精神病药,如奥氮平、利培酮、齐拉西酮<sup>[3,26]</sup>等,即可显著缓解激越症状,还可与后续治疗形成序贯,有效改善精神病性激越患者的原发精神障碍,且耐受性优于第一代抗精神病药,还可考虑联合口服苯二氮草类药,如劳拉西泮。第二代抗精神病药治疗激越的总体疗效近似<sup>[25]</sup>,口服液或口崩剂型使用更方便。

2. 肌肉注射:肌肉注射治疗激越起效快,有助于快速缓解激越相关症状,降低伴有攻击暴力行为或倾向患者的风险。

氟哌啶醇:第一代高效价丁酰苯类药,镇静及致低血压风险弱。给药后 30~60 min 起效,常用剂量为 10~20 mg/24 h。治疗过程中需密切关注患者锥体外系不良反应,初次用药患者可联合异丙嗪肌肉注射。其次,该药可能延长 QTc 间期,存在高危因素(如罹患心脏基础疾病、电解质紊乱尚未纠正、合并使用其他延长 QTc 间期药等)的患者应慎用。

齐拉西酮:为首个快速起效的第二代抗精神病药注射剂,锥体外系不良反应发生风险显著低于氟哌啶醇。肌肉注射 15 min 后即可显著改善激越症状,疗效可维持 4 h 以上;起始剂量 10~20 mg,每隔 2 h 可注射 10 mg 或每隔 4 h 注射 20 mg,最高剂量为 40 mg/d。可根据患者的临床表现,连续注射治疗 1~3 d,目前国内尚无连续注射齐拉西酮超过 3 d 的研究。齐拉西酮主要的不良反应包括嗜睡、恶心、头晕等。其次,应关注 QTc 间期延长风险,存在高危因素(如罹患心脏基础疾病、电解质紊乱尚未纠正、合并使用其他延长 QTc 间期药等)的患者应慎用<sup>[9]</sup>。

苯二氮草类药:适用于控制酒精及药物相关激越的治疗。对于精神病性激越患者,可作为抗精神病药的增效治疗。苯二氮草类药可降低患者的唤起水平,在精神病性激越患者的治疗中,可诱发过

度镇静、呼吸抑制、低血压、跌倒等,使用过程中应密切监测。

其他药物:肌肉注射氯丙嗪,应慎用并密切监测,注射时可能会导致局部刺激甚至无菌性坏死,可能引起心血管并发症,包括低血压、QTc 间期延长<sup>[11]</sup>。

3. 静脉给予镇静或抗精神病药:静脉给予苯二氮革类药或抗精神病药可快速起效,有效控制激越及相关症状。但这种给药方式快速吸收和达峰可能会引起呼吸抑制、低血压、疼痛及血栓性静脉炎等,应当谨慎使用。如确有必要,应在具有完备心肺复苏设备的条件下,由有经验的操作者实施,并密切关注患者生命体征的变化<sup>[11]</sup>。除极特殊情况外,不建议静脉注射苯二氮革类药或氟哌啶醇。

### (三)物理治疗

若上述治疗措施效果均不佳,且患者持续存在暴力伤人或自伤风险时,且原发疾病适宜于改良电休克治疗(MECT)<sup>[27]</sup>,可考虑 MECT。但使用前需仔细回顾病史,了解有无 MECT 禁忌证,尤其是有无麻醉和(或)肌松药过敏史。

### (四)激越处置过程中相关的伦理法规风险

在对激越患者的评估处置过程中,应根据《精神卫生法》的相关规定和伦理考虑。《精神卫生法》第三十条规定:精神障碍患者的住院治疗实行自愿原则。但当诊断结论、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,应对其实施住院治疗:(1)已经发生伤害自身的行为,或者有伤害自身的危险;(2)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。对出现激越的患者是否需要进行治疗,需要住院治疗或院外治疗均应按照尊重、获益、无害的原则。尽量确保患者的安全并改善患者的病情。在对患者进行处理时,应遵循《精神卫生法》相关规定且不违反相关伦理规定。

此外,还应加强医务人员的专业培训,使其有能力识别激越患者潜在的愤怒以及暴力行为的危险因素,监控自己的言语和非言语行为,并规避相关法律风险。培训包括激越预测、评估、非药物处置以及其他应对暴力行为的方法、医疗文书记录等。所有参与镇静药物给药或监测的人员均应接受连续的基本生命支持训练(包括保持气道通畅、心肺复苏及除颤仪的使用)。所有参与约束及隔离的人员也应定期接受基本的生命支持训练。

执笔人:司天梅

本共识编写组成员:司天梅、张鸿燕、于欣[北京大学第六医院

北京大学精神卫生研究所 国家临床精神心理疾病临床医学研究中心 卫生部精神卫生重点实验室(北京大学)],刘薇(哈尔滨医科大学附属第一医院),杨甫德(北京回龙观医院),张聪沛(哈尔滨市第一专科医院),姜美俊、贾福军(广东省人民医院),马小红、李涛(四川大学华西医院),江开达、方贻儒(上海市精神卫生中心),赵靖平、李凌江、郝伟(中南大学湘雅二医院),王高华(武汉大学人民医院),谭庆荣(空军军医大学(第四军医大学)西京医院),季建林(复旦大学附属中山医院)

## 参 考 文 献

- [1] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems[M]. 10th Rev. World Health Organization, 1993.
- [2] Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus[J]. World J Biol Psychiatry, 2016,17(2):86-128. DOI: 10.3109/15622975.2015.1132007.
- [3] Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation[J]. Drugs, 2005,65(9):1207-1222.
- [4] Lesser JM, Hughes S. Psychosis-related disturbances. Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options[J]. Geriatrics, 2006,61(12): 14-20.
- [5] Warren RE, Deary IJ, Frier BM. The symptoms of hyperglycaemia in people with insulin-treated diabetes: classification using principal components analysis[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2003,19(5):408-414. DOI: 10.1002/dmrr.396.
- [6] Citrome L. New treatments for agitation[J]. Psychiatr Q, 2004, 75(3):197-213.
- [7] Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence[J]. Curr Opin Psychiatry, 2008,21(1): 84-92. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3282f31137.
- [8] Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient[J]. CNS Spectr, 2007,12(10 Suppl 17):5-11.
- [9] Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment[J]. J Psychiatr Pract, 2011,17(3):170-185. DOI: 10.1097/O1.pra.0000398410.21374.7d.
- [10] 张素贞,宓为峰,刘琦,等.新入院精神分裂症患者兴奋激越症状的相关因素[J].中国心理卫生杂志,2016,30(12): 881-885. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2016.12.001.
- [11] National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments[M]. London: Royal College of Nursing (UK), 2005.
- [12] Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation[J]. J Clin Psychiatry, 2000,61 Suppl 14:5-10.
- [13] Citrome L, Nolan KA, Volavka J. Science-based treatment of aggression and agitation//Fishbein DH. The science, treatment and prevention of antisocial behaviors: evidence based practice[M]. Kingston (NJ): Civic Research Institute, Inc, 2004.
- [14] Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005[J]. J Psychiatr Pract, 2005,11 Suppl 1: 5-108; quiz 110-112.

[15] Ribeiro JD, Bender TW, Selby EA, et al. Development and validation of a brief self-report measure of agitation: the Brief Agitation Measure[J]. J Pers Assess, 2011,93(6):597-604. DOI: 10.1080/00223891.2011.608758.

[16] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia[J]. Schizophr Bull, 1987,13(2):261-276.

[17] Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients[J]. J Psychiatr Res, 2002,36(2): 87-95.

[18] Strout TD. Psychometric testing of the Agitation Severity Scale for acute presentation behavioral management patients in the emergency department[J]. Adv Emerg Nurs J, 2014,36(3): 250-270. DOI: 10.1097/TME.000000000000014.

[19] Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression[J]. Am J Psychiatry, 1986,143(1):35-39. DOI: 10.1176/ajp.143.1.35.

[20] Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients[J]. Behav Sci Law, 2006, 24(6):799-813. DOI: 10.1002/bsl.741.

[21] Knox DK, Holloman GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup[J]. West J Emerg Med, 2012,13(1):35-40. DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6867.

[22] 陈绍辉. 精神障碍患者约束和隔离措施的法律规制[J]. 证据科学, 2016,24(3):319-333. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1226.2016.03.015.

[23] 周敏, 张婕文, 卞茜, 等. 精神科使用约束与隔离措施的现状与改进策略[J]. 临床精神医学杂志, 2010,20(2):131-133.

[24] 谢斌, 袁训初, 曹新妹. 关于约束与隔离问题[J]. 上海精神医学, 2002,14(4):240-241. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2002.04.019.

[25] Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup[J]. West J Emerg Med, 2012, 13(1):26-34. DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6866.

[26] Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus[J]. World J Biol Psychiatry, 2016,17(2):86-128. DOI: 10.3109/15622975.2015.1132007.

[27] 赵靖平, 施慎逊. 中国精神分裂症防治指南[M]. 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.

附表 1 情境性攻击的动态评价(dynamic appraisal of situational aggression, DASA)<sup>[20]</sup>

基于过去 24 h 内对患者的了解和观察评估	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
1 分=下列行为增加;0 分=行为如常,无暴力表现							
易激惹 患者易于被激怒或生气,不能容忍他人的存在	0 1						
冲动 患者表现出行为和情绪不稳(即情绪或行为举止明显波动,无法保持安静和正常管理)	0 1						
不愿意听从指导 当要求患者遵从治疗或病房常规管理时,常易怒或有攻击性	0 1						
趋于感觉被挑衅 患者趋于将他人行为视为故意或伤害自己;可能会曲解他人的行为或表现出过分的暴怒反应	0 1						
要求被拒绝时易于发怒 要求被拒绝或者不能及时满足时,常无法容忍或者易于发怒	0 1						
消极态度 患者表现出反社会性和消极的态度和偏见,后者常伴有暴力攻击行为	0 1						
语言威胁 患者表现出言语上的抗议,声调高且有明确恐吓或威胁他人的意图	0 1						
总分							
最终风险评估 根据 DASA 评分和临床评估,评定患者未来 24 h 的风险: 高(H);中(M);低(L)							
攻击性记录 过去 24 h 患者有哪种攻击行为(在相应表格打×)							
对物体的躯体攻击 摔门、乱扔物品、踢家具、毁物、打碎窗户、放火、投掷物体							
对他人的语言攻击 生气地叫喊、辱骂、恶意指咒、讲脏话或对他暴力威胁							
对他人的躯体攻击 做出威胁的姿势、殴打、抓衣服、撞击、踢、推、拽头发或袭击别人							

附表 2 护士用攻击风险筛查记录表

护士观察激越记录表	
是否有过杀人想法/攻击行为?	请记录:
是否攻击过他人?	请记录:是 / 否
攻击他人的方式(语言/行为/其他)?	请记录行为表现:
是否攻击过财物?	请记录:是 / 否
攻击财物的方式(语言/行为/其他)?	请记录行为表现:
其他建议记录:	
患者目前未表现出攻击性危险行为	
患者此次因在何种场合(家、社区等)出现攻击性而住院	
尚不清楚是否患者有住院期间的攻击史	

(收稿日期:2017-06-04)

(本文编辑:高蓓蕾)

·读者·作者·编者·

## 中华医学会系列杂志论文作者署名规范

为尊重作者的署名权,弘扬科学道德和学术诚信精神,中华医学会系列杂志论文作者署名应遵守以下规范。

### 一、作者署名

中华医学会系列杂志论文作者姓名在题名下按序排列,排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定,投稿后不应再作改动,确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。

作者应同时具备以下四项条件:(1)参与论文选题和设计,或参与资料分析与解释;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容;(3)能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行解答,并最终同意论文发表;(4)除了负责本人的研究贡献外,同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。

### 二、通信作者

每篇论文均需确定一位能对该论文全面负责的通信作者。通信作者应在投稿时确定,如在来稿中未特殊标明,则视第一作者为通信作者。集体署名的论文应对该论文负责的关键人物列为通信作者。规范的多中心或多学科临床随机对照研究,如主要责任者确实超过一位的,可酌情增加通信作者。无论包含几位作者,均需标注通信作者,并注明其 Email 地址。

### 三、同等贡献作者

不建议著录同等贡献作者,需确定论文的主要责任者。

确需著录同等贡献作者时,可在脚注作者项后另起一行著录“前×位作者对本文有同等贡献”,英文为“×× and ×× contributed equally to the article”。英文摘要中如同等贡献者为第一作者且属不同单位,均需注册其单位,以\*、#、△、\*等顺序标注。

同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明,期刊编辑委员会进行核查,必要时可将作者贡献声明刊登在论文结尾处。

### 四、志谢

对给予实质性帮助但不符合作者条件的单位或个人可在文后给予志谢,但必须征得志谢人的书面同意。被志谢者包括:(1)对研究提供资助的单位和个人、合作单位;(2)协助完成研究工作和提供便利条件的组织和个人;(3)协助诊断和提出重要建议的人;(4)给予转载和引用权的资料、图片、文献、研究思想和设想的所有者;(5)做出贡献又不能成为作者的人,如提供技术帮助和给予财力、物力支持的人,此时应阐明其支援的性质;(6)其他。不宜将应被志谢人放在作者的位置上,混淆作者和被志谢者的权利和义务。

中华医学会杂志社