

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

双相情感障碍患者临床护理服务规范

Code of Clinical Nursing Services for Patients with Bipolar Disorder

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间：2026 - 6 - 12)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	II
1 引言	1
2 范围	1
3 规范性引用文件	1
4 术语和定义	2
4.1 双相情感障碍	2
4.2 危险性评估	2
4.3 自知力	2
4.4 快速循环	2
5 护理基本要求	3
5.1 环境安全分级管理	3
5.2 人员配置与能力建设	3
6 风险评估与动态监测体系	3
6.1 危险性分级评估标准	4
6.2 自杀/自伤风险精准评估	4
6.3 躯体健康动态监测	4
7 急性期临床护理干预细则	4
7.1 躁狂/轻躁狂发作护理	5
7.2 抑郁发作护理	5
8 专科药物监测与躯体精细化管理	6
8.1 锂盐心境稳定剂专项监测	6
8.2 丙戊酸盐专项安全管控	6
8.3 非典型抗精神病药物代谢综合征防控	6
9 心理干预与社会功能康复体系	6
9.1 个体化心理护理	7
9.2 社会功能系统化康复	7
9.3 规范化同伴支持干预	7
10 社区延续性护理与闭环管理	7
10.1 分级分类随访管理	7
10.2 家庭规范化护理指导	8
11 质量评价与持续改进机制	8
11.1 核心质控考核指标	8
11.2 标准化文书记录规范	8

前 言

本文件依据GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西产学研科学研究院提出。

本文件由广西电子商务企业联合会归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

本文件为首次发布。

双相情感障碍患者临床护理服务规范

1 引言

双相情感障碍（Bipolar Disorder, BD）是我国重点管控的重性慢性复发性精神障碍，具有高复发、高致残、高自杀风险特征，严重危害国民心理健康与公共卫生安全。全球患病率约 2.4%，患者自杀风险为普通人群 20 倍；我国终生患病率为 0.5%~0.7%，受基层诊疗、随访及康复体系短板影响，疾病治疗缺口高达 70.4%，是我国精神卫生服务规范化、均等化建设的重点攻坚病种。为落实健康中国行动——心理健康促进行动部署，健全严重精神障碍全程闭环管理体系，统一全国双相情感障碍临床护理标准、缩小区域服务差距，依据《中华人民共和国精神卫生法（2018 修正）》《严重精神障碍管理治疗工作规范（2025 年版）》等国标，结合 NICE（2025）、IPSS（2026）国际指南及国内最新防治共识，立足我国分级诊疗与基层公卫建设国情，制定本规范，用于指导各级精神卫生机构开展同质化、高质量的双相情感障碍临床护理与康复管理工作。

2 范围

本规范统一规定了双相情感障碍临床护理的核心术语定义、从业基本要求、全维度风险评估标准、躁狂/抑郁急性期精准护理、维持期康复干预、专科药物安全监测、个体化心理护理、社会功能重建及社区延续性随访管理的标准化流程与质量标准。适用于全国各级各类精神卫生服务机构，包括三级综合医院精神科、公立精神病专科医院、基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）、精神障碍康复机构及社会心理服务机构的全体精神科护理从业人员，是我国双相情感障碍临床护理、质量管控、绩效考核、基层公卫督导的核心依据。

3 规范性引用文件

下列文件所含条款通过本规范全文引用，构成本规范不可或缺的组成内容。凡标注日期的引用文件，

仅对应版本适用于本规范；未标注日期的引用文件，均以最新有效版本（含修订、增补条款）为准。

GB/T 24363-2009 精神卫生服务基本术语

WS/T 688-2020 严重精神障碍患者管理服务规范

《中华人民共和国精神卫生法（2018年修正版）》

《严重精神障碍管理治疗工作规范（2025年版）》（国卫疾控发〔2025〕3号）

NICE Guidelines CG185: Bipolar disorder: assessment and management (2025年9月更新)

IPSS International Psychiatric Service Standards (2026)

中华医学会精神医学分会：《中国双相障碍防治指南（2025年版）》

国家卫生健康委：《病历书写基本规范（2022修订）》

4 术语和定义

下列核心术语与定义适配本规范全流程应用，统一全国双相情感障碍护理专业标准。

4.1 双相情感障碍

一组以心境极端波动为核心特征的慢性复发性重性精神障碍，病程中交替或同时出现躁狂/轻躁狂发作、抑郁发作，亚型涵盖双相I型（BD-I）、双相II型（BD-II）、混合发作型、快速循环型，疾病具有终身复发、渐进性损害社会功能的特点，纳入国家严重精神障碍重点管理范畴。

4.2 危险性评估

依据国家《严重精神障碍患者管理服务规范（2025年版）》建立的标准化专科评估体系，针对双相情感障碍患者躁狂激越、抑郁消极状态下的暴力伤人、自伤、自杀、毁物等风险，划分为0~5级梯度等级，为分级护理、分级管控、分级随访提供核心依据。

4.3 自知力

患者对自身精神症状、疾病状态、行为异常的认知、判断及主动就医依从能力，分为自知力完全、自知力部分不全、自知力缺失三个等级，是评估病情严重程度、预判复发风险、制定康复方案的关键指标。

4.4 快速循环

双相情感障碍难治性亚型病程特征，指患者12个月内累计发生4次及以上躁狂、轻躁狂、抑郁发作，发作交替无规律、病情波动大、治疗难度高、复发率及致残率显著高于普通亚型，需实施强化专科护理与高频监测管理。

5 护理基本要求

立足国家精神卫生服务同质化发展要求，建立“安全兜底、专业规范、分级管控、全程提质”的双相情感障碍护理核心准则，统一机构管理、人员资质、服务流程标准，保障护理服务安全、优质、高效。

5.1 环境安全分级管理

以风险等级为核心，实施差异化、精细化病区安全管控，筑牢患者人身安全与公共安全防线。

5.1.1 病区分级安置：对兴奋躁动、激越冲动的躁狂发作患者，优先安置于重症监护病区或单人隔离病区，病室布局遵循极简安全原则，陈设简洁、光线柔和、色调舒缓，杜绝刺激性装饰，减少情绪诱发因素。稳定期患者安置于普通病区，保障适度社交与康复活动空间。

5.1.2 全流程危险品管控：严格落实入院、在院、探视全时段安全检查制度，建立病区危险品准入负面清单。严禁携带刀具、锐器、绳索、打火机、玻璃制品、密闭塑料袋等危险物品进入病区，定期开展病区安全排查，及时清除安全隐患，从源头防范自伤、自杀、伤人、失火等风险。

5.1.3 高危患者专项看护：对危险性评估3级及以上的高风险患者，实施24小时专人不间断贴身看护，落实定点值守、动态巡查、实时记录制度，严格执行约束保护规范化流程，杜绝安全事故发生。

5.2 人员配置与能力建设

对标国家精神科护理质控标准，优化人力配置，强化专科能力建设，夯实高质量护理人才基础。

5.2.1 人力配比标准：严格执行精神科病区护患配比规范，日间护患比不低于1:8，夜间护患比不低于1:15，保障高峰时段、夜间薄弱时段的护理人力供给，满足应急处置、动态监测、基础护理工作需求。

5.2.2 专科资质与继续教育：从事双相情感障碍专科护理的从业人员，必须完成系统精神专科规范化培训，熟练掌握心境障碍评估、危机干预、约束保护、药物不良反应处置、心理疏导核心技能。落实年度继续教育制度，每人每年完成不少于40学时（20学分）的精神科专项培训，同步更新国内外诊疗护理前沿知识，适配国家精神卫生服务高质量发展要求。

6 风险评估与动态监测体系

构建“入院基线评估、住院动态复评、治疗节点专项评估、出院前置评估”的全周期风险监测体系，实现风险早识别、早预警、早干预，落实国家严重精神障碍风险防控闭环管理要求。

6.1 危险性分级评估标准

所有入院患者须在入室 2 小时内完成首次标准化危险性分级评估，全程动态更新风险等级，精准匹配护理管控措施，分级标准严格对标国家规范：

0 级：无冲动、毁物、自伤、伤人等任何危险行为，情绪及行为平稳。

1 级：存在口头威胁、喊叫、情绪激动表现，但无实际打砸及危险行为。

2 级：出现财物打砸行为，行为局限于家庭/病区特定范围，经劝说可有效制止。

3 级：无场景限制的明显打砸行为，针对财物，无法通过劝说制止，存在潜在安全风险。

4 级：持续性打砸行为，可针对财物或人员，伴随自伤、自杀、冲动伤人倾向，劝说无效，风险等级高。

5 级：持械伤人、纵火、爆炸等极端危险行为，存在重大安全隐患，需紧急干预、强制管控。

6.2 自杀/自伤风险精准评估

聚焦双相抑郁相、混合相高自杀风险特征，建立标准化量化评估机制，严控致死风险。

6.2.1 评估工具：统一采用《护士用自杀风险评估量表（NGASR）》，量化评分 ≥ 9 分判定为自杀自伤高风险，启动高危专项护理预案。

6.2.2 评估时效：患者入院 24 小时内完成基线风险评估，建立风险档案；抑郁相、混合相发作患者实行每班（8 小时）动态复评，实时更新风险状态；无抽搐电休克治疗（MECT）术前、术后必须完成专项复评，防范治疗前后情绪波动引发的突发风险。

6.3 躯体健康动态监测

兼顾精神症状管控与躯体健康管理，防范精神药物不良反应、极端情绪行为引发的躯体并发症，实现身心一体化护理。

6.3.1 生命体征监测：针对躁狂兴奋、行为紊乱、木僵拒食等重症患者，每日监测体温、脉搏、呼吸、血压（T、P、R、BP）不少于 2 次，建立生命体征动态台账；体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ 、心率 >120 次/分时，立即上报医师，快速排查躯体感染、药物反应等异常情况。

6.3.2 出入量精细化管理：对木僵、拒食、进食紊乱及服用锂盐、卡马西平的患者，严格记录 24 小时出入量，精准评估水电解质平衡状态，防范脱水、电解质紊乱、药物蓄积中毒等不良事件。

7 急性期临床护理干预细则

依据双相情感障碍不同发作相的临床特征，结合标准化量表评分，实施分型、精准化、个体化护理

干预，快速控制急性期症状，防范病情恶化与安全事件。

7.1 躁狂/轻躁狂发作护理

适用指征：Young 氏躁狂评定量表（YMRS）评分 >12 分，临床表现为情绪高涨、思维奔逸、活动增多、易激惹、冲动鲁莽、睡眠减少等躁狂/轻躁狂症状。

7.1.1 环境精准调控：将患者安置于安静、避光、光线柔和、冷色调（淡蓝、淡绿）的单人/双人病房，规避嘈杂环境、强光刺激、色彩鲜艳装饰等情绪诱发因素。病区温湿度恒定控制在 $22^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$ 、相对湿度 $50\%\sim 60\%$ ，营造舒缓稳定的康复环境。严禁患者参与竞争性强、娱乐性过激的集体活动，减少情绪波动诱因。

7.1.2 营养与行为干预：躁狂患者精力旺盛、体能消耗极大，易出现消瘦、脱水、营养不良，需定制高热量、易消化、易吞咽的膳食方案，优选牛奶、面包、水果等优质食材，每日热量摄入维持 $2000\sim 2500\text{kcal}$ ，保障躯体营养供给。针对患者多动、躁动症状，引导开展拖地、轻度运动、趣味益智等建设性体能消耗活动，正向疏导过剩精力，避免正面争执与冲突，平稳平复激越情绪。

7.1.3 规范化药物护理：严格执行精神科“看服到口、咽下再走、核对留存”给药制度，全程监督服药过程，排查藏药、吐药、漏服行为，保障药物治疗依从性，杜绝因服药不规范导致的病情反复。

7.2 抑郁发作护理

适用指征：汉密尔顿抑郁量表（HAMD-17）评分 >17 分，临床表现为情绪低落、思维迟缓、意志活动减退、兴趣丧失、消极意念频发等抑郁核心症状。

7.2.1 生活化行为激活护理：针对患者生活懒散、被动怠惰、回避社交的核心问题，落地行为激活康复疗法，制定阶梯式生活自理计划，从晨起洗脸、穿衣、整理床铺等基础行为入手，采用温和、坚定、持续的引导指令，逐步恢复患者生活自理能力。针对食欲减退、进食过少问题，结合患者饮食偏好制定少食多餐方案，改善营养状态，规避躯体衰弱风险。

7.2.2 重点时段睡眠与安全防控：双相抑郁患者核心特征为早醒（凌晨 $2:00\sim 4:00$ ），该时段为自杀意念、自伤行为高发窗口期，是安全管控核心重点。严格落实夜间分级巡视制度，凌晨 $4:00\sim 6:00$ 加密巡视频次，每 $15\sim 30$ 分钟巡视1次，重点观察患者睡眠状态、呼吸体征、行为动态，及时识别消极行为前兆，筑牢夜间安全防线。

7.2.3 MECT 专项护理：严格执行无抽搐电休克治疗标准化护理流程，术前规范禁食禁水 $6\sim 8$ 小时，完善术前风险评估与健康宣教；术后协助患者去枕平卧，持续监测血氧饱和度，维持 $\text{SpO}_2\geq 94\%$ ，密切观察有无谵妄、意识模糊、记忆障碍、头痛等并发症，做好对症护理与动态记录，保障治疗安全。

8 专科药物监测与躯体精细化管理

聚焦双相情感障碍核心治疗药物的药理特征、安全风险，建立个体化、常态化、规范化药物监测体系，精准防控药物不良反应、中毒风险及代谢并发症，保障药物治疗安全性与有效性。

8.1 锂盐心境稳定剂专项监测

8.1.1 严格执行分阶段血药浓度管控标准：急性期治疗血药浓度维持 0.8~1.2mmol/L，维持期巩固治疗血药浓度维持 0.6~0.8mmol/L，兼顾治疗效果与用药安全。

8.1.2 规范监测频次：首次启动锂盐治疗后 5~7 天完成首次血药浓度检测，明确基线浓度；病情稳定后每 3 个月定期复查，动态调整用药剂量，避免浓度波动。

8.1.3 中毒风险应急处置：密切监测患者用药后反应，一旦出现恶心呕吐、粗大震颤、共济失调、步态异常等中毒前兆，立即暂停给药、快速上报医师、紧急采血检测血锂浓度。血锂浓度 >1.5mmol/L 判定为中毒高危状态，>2.0mmol/L 需立即启动紧急血液透析干预，全程落实应急救治流程。

8.2 丙戊酸盐专项安全管控

8.2.1 严格落实育龄期女性用药红线：丙戊酸盐存在明确胎儿致畸风险（神经管缺陷等），严禁用于未落实高效避孕措施的育龄期女性及妊娠期女性；特殊病情需强制使用者，必须完善妊娠风险评估，落实规范妊娠预防计划，经两名精神科专科医师签字确认后方可使用，全程留存医疗文书记录。

8.2.2 血药浓度管控：治疗期间维持血药浓度 50~100mg/L（350~700μmol/L），定期复查校准，保障治疗效果。

8.2.3 代谢风险监测：针对药物致体重增加、内分泌紊乱的不良反应，每 2 周开展一次体重专项监测，若患者体重较基线增长 >5%，立即联动内分泌科开展多学科会诊，制定体重管控、干预方案，防控代谢并发症。

8.3 非典型抗精神病药物代谢综合征防控

针对奥氮平、喹硫平等一线用药高发的糖脂代谢异常、腹型肥胖等并发症，建立常态化筛查机制：每 4 周定期监测患者腰围、空腹血糖，严格把控健康阈值（男性腰围 <90cm，女性腰围 <85cm，空腹血糖 <5.6mmol/L），对指标异常患者早期干预、动态追踪，降低慢性病共病风险。

9 心理干预与社会功能康复体系

立足国家精神障碍社会康复体系建设要求，构建“心理疏导-认知矫正-技能重建-同伴支持”一体化康

复模式，改善患者心理状态，修复社会功能，降低疾病致残率，助力患者回归家庭、回归社会。

9.1 个体化心理护理

9.1.1 分阶段治疗性沟通：精准匹配患者发作状态实施差异化沟通，躁狂激越期采用非对抗性转移沟通技巧，避免正面冲突、平稳疏导情绪；抑郁低落期采用共情支持、认知重构干预方法，纠正消极认知，缓解低落情绪，重塑治疗信心。

9.1.2 标准化健康宣教：常态化开展疾病科普与自我管理教育，指导患者及家属精准识别疾病前驱症状，如连续3天无诱因睡眠减少、精力异常旺盛提示躁狂发作前兆，持续情绪低落、兴趣减退提示抑郁复发风险，提升患者自我监测、早期干预能力。

9.2 社会功能系统化康复

9.2.1 生活与社交技能训练：每日开展30分钟标准化社交技能康复训练，通过模拟购物、人际沟通、礼仪训练、场景适应等方式，逐步修复患者社交退缩、行为被动问题，重建基础社会交往能力。

9.2.2 服药依从性专项训练：依托服药清单板、智能闹钟提醒、家属监督联动模式，建立常态化服药管理机制，将患者按时按量服药率稳定提升至95%以上，从根源减少因依从性差导致的病情复发。

9.3 规范化同伴支持干预

引入标准化同伴支持服务体系，筛选病情稳定、康复效果良好、品行端正的康复期患者作为专职同伴支持人员，为在院及社区随访患者提供共情陪伴、康复经验分享、心理情感支撑，弥补专业心理干预的场景短板，提升康复主动性与持续性。

10 社区延续性护理与闭环管理

严格对接国家基本公共卫生服务严重精神障碍管理项目要求，构建“医院急性期救治-机构康复干预-社区长期随访”的全链条闭环管理体系，打通院内院外服务壁垒，实现全程同质化管理，降低远期复发率。

10.1 分级分类随访管理

依据患者病情稳定程度、危险性等级，实施差异化随访管控，精准分配公共卫生服务资源：

10.1.1 病情稳定患者（危险性0级）：每3个月开展1次规范随访，评估病情、服药依从性、社会功能状态，做好健康指导。

10.1.2 病情基本稳定患者（危险性1~2级）：每2周开展1次强化随访，重点监测情绪波动、症状残留、服药情况，强化家庭监护指导。

10.1.3 病情不稳定患者（危险性 3~5 级）：2 周内完成紧急随访评估，及时识别病情恶化风险，协助快速转诊至上级医疗机构，落实应急救治。

10.2 家庭规范化护理指导

建立医患家协同管理机制，指导家属规范记录患者情绪管理日记，每日精准记录睡眠时长、情绪评分（1~10 分）、行为状态，动态追踪病情波动规律。开展家居安全专项排查指导，督促家属妥善保管家中锐器、药品等危险物品，推广带锁药箱规范管理，杜绝居家自伤、藏药、误服风险，筑牢家庭康复安全防线。

11 质量评价与持续改进机制

建立适配国家精神卫生质控体系的核心指标（KPI）考核机制，统一护理记录规范，形成“执行-质控-评估-整改-提升”的闭环质量改进体系，持续提升全国双相情感障碍护理服务同质化、高质量发展水平。

11.1 核心质控考核指标

11.1.1 身体约束率：严格规范约束保护使用指征与流程，全院双相患者身体约束率控制在 8% 以下，最大程度减少保护性约束带来的身心伤害。

11.1.2 安全零事故指标：落实住院患者自伤、自杀、暴力伤人事件零容忍管控要求，筑牢临床安全底线。

11.1.3 延续性随访率：患者出院 1 周内首次电话随访率、居家随访率实现 100% 全覆盖，保障延续性护理无缝衔接。

11.2 标准化文书记录规范

所有临床护理记录、评估台账严格遵循《病历书写基本规范》要求，统一使用《中国双相障碍防治指南（2025 年版）》推荐的 YMRS、HAMD、NGASR 等标准化量化评估工具，实现护理评估数据化、记录规范化、资料标准化，为临床诊疗、质控考核、科研统计、公卫督导提供精准、权威的文书支撑。