

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

抗精神病药物引起迟发性运动障碍的诊疗 及护理规范

Diagnosis, Treatment and Nursing Specification for Tardive Dyskinesia Caused by
Antipsychotic Drugs

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间: 2026-01-29)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	III
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 迟发性运动障碍	2
4.2 抗精神病药物	2
4.3 异常不自主运动量表	2
4.4 药物诱导性运动障碍	2
5 流行病学与危险因素	3
5.1 流行病学	3
5.2 主要危险因素	3
6 筛查与监测	3
6.1 筛查对象与时机	3
6.2 筛查工具与方法	4
7 诊断与鉴别诊断	4
7.1 诊断要点	4
7.2 临床分型	4
7.3 鉴别诊断	5
8 严重程度评估	5
8.1 轻度 (AIMS 1-2 级)	6
8.2 中度 (AIMS 3 级)	6
8.3 重度 (AIMS 4 级)	6
9 治疗	6
9.1 治疗原则	6
9.2 调整抗精神病药物治疗方案	6
9.3 TD 特异性药物治疗	7
9.4 非药物治疗	7
10 预防策略	8
10.1 规范用药	8
10.2 最低有效剂量	8
10.3 定期评估	8
10.4 患者及家属教育	8
10.5 高风险人群管理	8
11 护理规范	8
11.1 护理评估	8

11.2	症状管理与安全护理	9
11.3	用药护理	9
11.4	心理社会支持与康复护理	9
12	患者与家属健康教育	10
12.1	疾病认知教育	10
12.2	治疗依从性教育	10
12.3	自我监测指导	10
12.4	生活方式指导	10
12.5	社会资源链接	10
13	随访与管理	10
14	附则	11

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。

抗精神病药物引起迟发性运动障碍的诊疗及护理规范

1 引言

迟发性运动障碍（Tardive Dyskinesia, TD）是长期使用多巴胺受体阻滞剂（主要为抗精神病药物）诱发的潜在致残性运动障碍，核心临床表现为口-舌-颊三联征、肢体不自主运动等，一旦发生多迁延难愈，严重影响患者生活质量、治疗依从性及社会功能，同时增加医疗资源消耗，影响精神卫生服务质量。随着我国精神卫生事业高质量发展，抗精神病药物在精神分裂症、双相情感障碍、抑郁症等精神障碍诊疗中的应用日益广泛，TD 的防控已成为推进健康中国建设、完善精神卫生防治体系、保障全民心理健康的重要环节。为规范我国抗精神病药物所致 TD 的筛查、诊断、评估、治疗、预防及护理实践，解决区域间、机构间 TD 管理同质化不足、基层识别能力薄弱等突出问题，提升全国 TD 识别率、规范管理率及患者预后，特制定本团体标准。

2 范围

明确规定抗精神病药物引起的迟发性运动障碍（TD）的筛查、诊断与鉴别诊断、严重程度评估、治疗原则与方法、预防策略、护理规范及健康教育核心要求，覆盖 TD 全病程管理关键环节，确立全国统一的 TD 管理技术规范。适用于全国各级各类医疗机构（精神专科医院、综合医院精神/心理科、基层医疗卫生机构及其他开展精神障碍诊疗服务的机构）医务人员，用于指导其对使用抗精神病药物治疗的患者实施 TD 全程规范化管理，推动全国 TD 诊疗服务同质化。其他可能引起 TD 的药物（如部分止吐药等多巴胺受体阻滞剂）所致运动障碍的管理，可参照本标准执行，为各类药物诱导性运动障碍的规范化防控提供参考。

3 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用必不可少。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件；凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有修改单）适用于本文件。本标准严格衔接国家现行医疗

卫生相关规范，确保标准的权威性和一致性。

GB/T 15657-2021 疾病分类与代码

WS/T 476-2015 精神障碍诊疗规范

《精神药品临床应用指导原则（2015年版）》（国卫办医函〔2015〕1076号）

《中国精神分裂症防治指南（第二版）》（中华医学会精神病学分会，2015年）

《中国药典（2020年版）》（国家药典委员会）

《健康中国行动（2019-2030年）》（国务院办公厅）

《全国精神卫生工作规划（2021-2030年）》（国家卫生健康委等多部门联合印发）

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件，统一全国 TD 相关诊疗术语表述，避免区域差异导致的诊疗偏差，为医务人员学术交流、临床实践和数据统计提供统一标准。

4.1 迟发性运动障碍

长期（通常定义为持续使用至少 3 个月，老年或易感人群可缩短）服用多巴胺受体阻滞剂类药物后，出现的以不自主、重复、刻板的舞蹈样或肌张力障碍性运动为特征的一组综合征，停药后症状可能持续存在甚至加重。作为精神障碍患者长期用药的常见不良反应，其防控水平直接关系精神卫生服务质量。

4.2 抗精神病药物

主要用于治疗精神分裂症及其他精神病性障碍的药物，是精神卫生诊疗核心药物类别，其合理使用是精神药品管理和临床用药安全的重要内容。根据药理作用分为第一代（典型）抗精神病药物（如氯丙嗪、氟哌啶醇）和第二代（非典型）抗精神病药物（如氯氮平、奥氮平、利培酮、阿立哌唑等），两类药物 TD 发病风险差异是 TD 分层防控的重要依据。

4.3 异常不自主运动量表

国际通用、国内广泛推广的半结构化评定量表，用于评估 TD 严重程度及病情变化，共 12 个项目，评分范围 0-4 分。作为本标准推荐的全国统一 TD 评估工具，其规范使用是实现 TD 筛查、评估同质化，提升管理精准度的关键。

4.4 药物诱导性运动障碍

由药物（主要是影响中枢多巴胺系统的药物）引起的各类运动障碍的总称，包括急性肌张力障碍、静坐不能、帕金森综合征、恶性综合征及 TD 等，其规范化鉴别与管理是药物临床安全监管、提升精神

卫生诊疗质量的重要内容。

5 流行病学与危险因素

5.1 流行病学

TD 患病率受研究人群、药物使用类型与时长、评估方法影响，其流行特征为精神卫生资源配置、防控策略制定提供数据支撑。我国长期使用第一代抗精神病药物的患者中，TD 年发生率约 5%-8%，累积患病率达 20%-30%；第二代抗精神病药物 TD 年发生率约 2%-4%，风险相对较低，但随着临床应用扩大，发病总人数呈上升趋势，防控形势严峻。人群分布上，老年患者（尤其女性）、情感障碍患者、有原发性运动障碍家族史者患病风险显著升高，是 TD 重点防控人群，需纳入精准管理。

5.2 主要危险因素

结合我国人口特征、医疗服务现状及精神卫生诊疗特点，TD 危险因素分为患者因素和治疗相关因素，明确危险因素是开展 TD 分层、精准防控的重要前提，可提升防控针对性和有效性。

5.2.1 患者因素：高龄（≥55 岁风险显著增加）、女性、情感障碍（尤其双相抑郁）、亚洲或非洲裔、TD 或原发性运动障碍个人史/家族史、物质滥用史、认知功能损害、糖尿病等共病。其中，高龄、共病与我国人口老龄化、慢性病高发特点契合，需重点关注老年精神障碍患者 TD 防控。

5.2.2 治疗相关因素：高剂量抗精神病药物使用、用药持续时间长（总暴露量高）、高效价第一代抗精神病药物（如氟哌啶醇）使用、频繁更换或中断治疗、既往出现急性锥体外系反应。此类因素与部分医疗机构（尤其基层）临床用药不规范相关，是推进临床用药标准化需重点解决的问题。

6 筛查与监测

建立全国统一的 TD 筛查与监测体系，是 TD 早期发现、早期干预、降低致残率的关键，契合国家公共卫生“预防为主、早发现、早治疗”核心方针，可完善精神卫生监测网络，提升精神卫生服务精细化管理水平。

6.1 筛查对象与时机

6.1.1 按照“全员覆盖、全程监测”原则，所有启动抗精神病药物治疗的患者，均需纳入 TD 风险监测计划，实现防控关口前移，覆盖患者用药全周期。

6.1.2 基线评估：启动抗精神病药物治疗前，必须采用 AIMS 等标准化工具开展基线运动功能评估，详细记录评估结果，建立患者个人 TD 监测档案，为后续动态监测提供基础数据。

6.1.3 定期监测：结合各级医疗机构服务能力，实行分层监测：使用第一代抗精神病药物者，每 3

个月至少开展 1 次 AIMS 评估；使用第二代抗精神病药物者，每 6 个月至少开展 1 次；高风险患者（如老年、长期用药者），无论使用何种药物，监测频率均提升至每 3 个月 1 次，确保重点人群精准监测。

6.1.4 症状触发评估：患者或其照护者报告可疑不自主运动时，需立即开展评估，避免漏诊、误诊，保障早期干预及时性，适用于各级医疗机构。

6.2 筛查工具与方法

6.2.1 为实现 TD 筛查与评估同质化，推荐使用异常不自主运动量表（AIMS）作为标准化工具，要求各级医疗机构严格按照量表规范开展评估，统一评估流程和标准。

6.2.2 评估需在安静、光线充足环境中进行，患者取坐姿和站姿，分别观察面部、口周、四肢及躯干运动；同时检查口腔状况，排除龋齿、义齿不适等局部干扰因素，确保评估结果准确。所有 AIMS 评分记录需规范存档，纳入患者电子健康档案，为 TD 监测数据汇总、流行病学分析及防控策略优化提供支撑。

7 诊断与鉴别诊断

建立全国统一的 TD 诊断与鉴别诊断标准，是提升 TD 诊疗同质化、减少漏诊误诊、保障医疗质量安全的核心，可为各级医疗机构（尤其基层）提供明确诊疗指引，推动精神卫生服务均等化。

7.1 诊断要点

结合我国临床实践特点，明确 TD 四大诊断要点，确保诊断科学、规范、统一，适用于各级各类医疗机构：

7.1.1 用药史：有明确长期（ ≥ 3 个月）抗精神病药物或其他多巴胺受体阻滞剂用药史，老年患者用药时长可短于 3 个月。

7.1.2 临床表现：出现至少中度（AIMS 单项 ≥ 2 分）、持续存在的不自主、重复、刻板运动障碍，典型表现为口-舌-颊三联征（撅嘴、鼓腮、伸舌、咀嚼样运动），亦可累及四肢（舞蹈样动作、弹钢琴指）、躯干（摇晃、骨盆扭动）或呼吸肌（不规则呼吸、叹息），明确典型症状便于基层医务人员快速识别。

7.1.3 时间关系：症状在服药期间出现，停药后可能持续存在（通常 ≥ 4 周），甚至暂时性加重，明确时间关联是 TD 与其他运动障碍鉴别的关键。

7.1.4 排除其他病因：通过病史采集、体格检查及必要辅助检查，排除其他原因所致类似运动障碍，确保诊断准确，避免影响患者治疗及预后。

7.2 临床分型

结合我国 TD 临床发病特点，明确四大临床分型，统一全国分型标准，为精准治疗、分层管理提供

依据，提升治疗针对性和有效性：

7.2.1 经典 TD：以口-舌-颊等部位中等速度、节律性运动为主，是我国临床最常见类型。

7.2.2 迟发性肌张力障碍：以持续性肌肉收缩所致扭转、重复运动或异常姿势为特征，病情相对严重，需重点干预。

7.2.3 迟发性静坐不能：表现为主观内在不安感，伴无法控制的运动需求，易被忽视，需强化临床识别。

7.2.4 撤药性急性运动障碍：突然减量或停用抗精神病药物后出现的一过性运动增多，与部分患者自行停药、换药相关，需加强用药依从性管理。

7.3 鉴别诊断

针对我国临床常见的 TD 混淆疾病，明确鉴别要点，指导各级医务人员规范鉴别，尤其强化基层医务人员鉴别能力，避免漏诊误诊：

7.3.1 原发性运动障碍：如亨廷顿病、抽动秽语综合征、原发性肌张力障碍，通过详细询问家族史、起病年龄、病程进展及神经影像学检查可鉴别，此类疾病我国发病率较低。

7.3.2 其他药物引起的运动障碍：如左旋多巴诱发的运动障碍、抗惊厥药引起的运动异常，仔细回顾用药史是鉴别关键。

7.3.3 系统性疾病所致运动障碍：如威尔逊病（需行铜蓝蛋白、眼科 K-F 环检查）、甲状腺功能亢进症（需行甲状腺功能检查）、自身免疫性脑炎（需行相关抗体检测），此类疾病我国有一定发病率，需通过规范检查明确鉴别。

7.3.4 精神性（功能性）运动障碍：症状多变、易受暗示、注意力分散时减轻，且不符合已知神经解剖分布模式，需结合精神心理评估鉴别。

7.3.5 口腔局部病变：龋齿、牙周病、不合适义齿，需行详细口腔检查，避免误判为 TD，此类问题基层患者中较常见。

8 严重程度评估

建立全国统一的 TD 严重程度评估标准，是 TD 分层治疗、精准管理的重要前提，可为 TD 病情监测、治疗效果评价及防控策略优化提供统一依据，提升全国 TD 治疗水平。统一采用 AIMS 量表开展标准化评估，明确量表总分及单项分临床意义，用于量化 TD 严重程度、追踪病情变化，要求各级医疗机构严格执行该标准，确保评估结果统一、可比。

8.1 轻度（AIMS 1-2 级）

运动幅度小、不明显，不影响日常生活及社交功能，以监测和规范用药为主。

8.2 中度（AIMS 3 级）

运动幅度中等、明显可见，可能轻度干扰进食、书写等日常生活，造成社交困扰，需及时调整治疗方案，强化干预。

8.3 重度（AIMS 4 级）

运动幅度大、持续存在，严重干扰进食、言语、行走等基本功能，导致明显功能残疾和社交隔离，需多学科协作治疗，强化康复和护理支持，为重点干预对象。

除 AIMS 评估外，需同步评估 TD 对患者生活质量、心理社会功能、治疗依从性的影响，全面掌握病情，制定个性化治疗方案，关注患者身心健康及社会功能恢复。

9 治疗

确立全国统一的 TD 治疗原则和方法，强化治疗科学性、规范性和可推广性，兼顾各级医疗机构治疗能力差异，推动先进治疗技术普及，保障所有 TD 患者获得规范有效治疗，助力精神卫生服务均等化。

9.1 治疗原则

结合我国 TD 诊疗现状及国家医疗卫生政策导向，明确四大治疗原则，指导各级医疗机构规范治疗，确保治疗统一、科学：

9.1.1 预防为先：严格掌握抗精神病药物使用指征，采用最低有效剂量和最短必要疗程，从源头降低 TD 发病风险，契合临床合理用药、药物安全监管要求。

9.1.2 个体化治疗：结合 TD 严重程度、潜在精神疾病稳定性、患者偏好及共病情况制定治疗方案，兼顾个体差异和临床实践，提升治疗针对性。

9.1.3 多学科协作：由精神科、神经科、临床药学、护理、康复治疗师组成多学科团队，协同开展治疗，契合多学科协作诊疗（MDT）发展趋势，提升治疗综合性和专业性。

9.1.4 权衡利弊：调整治疗方案（尤其停用、更换抗精神病药物）时，需平衡 TD 恶化与精神疾病复燃风险，兼顾患者精神健康和运动功能恢复，保障治疗安全。

9.2 调整抗精神病药物治疗方案

结合我国临床用药规范和药物可及性，明确抗精神病药物调整流程和要求，指导各级医疗机构规范调整，避免用药不当加重 TD 病情，契合精神药品管理要求：

9.2.1 评估原发病稳定性：首先评估患者精神症状控制情况，在不诱发精神疾病复发的前提下，考虑调整药物方案，优先保障患者精神健康。

9.2.2 减量或停药：轻度 TD 患者，可谨慎降低抗精神病药物剂量，必要时缓慢停药，全程密切监测精神症状，避免复发，适用于各级医疗机构，基层需强化监测。

9.2.3 换用低风险药物：将第一代抗精神病药物或高风险第二代药物（如利培酮），换用为 TD 风险较低的药物，首选氯氮平（需监测粒细胞缺乏症等风险）或喹硫平。阿立哌唑 TD 风险较低，但需警惕其诱发或加重 TD 的个案报告，明确药物选择优先级和注意事项，保障用药安全。

9.2.4 避免使用抗胆碱能药物：除非用于治疗合并存在的帕金森综合征，否则应避免常规使用抗胆碱能药物（如苯海索），此类药物可能加重 TD 症状，统一全国用药规范。

9.3 TD 特异性药物治疗

结合我国药物审批现状、可及性及临床应用经验，明确 TD 特异性药物治疗方案，推动先进治疗药物合理应用，提升中重度 TD 治疗效果：

9.3.1 囊泡单胺转运体 2（VMAT2）抑制剂：为中重度 TD 一线首选治疗药物，明确其核心地位，推动全国范围内普及应用。

9.3.2 丁苯那嗪：起始剂量 12.5 mg/日，每周增加 12.5 mg，常用治疗剂量 25-50 mg/日，分两次服用，需重点监测抑郁和自杀风险，强化不良反应监测。

9.3.3 氘代丁苯那嗪：起始剂量 6 mg/日，每周增加 6 mg，常用治疗剂量 24-48 mg/日，分两次服用，药代动力学稳定、不良反应轻微，推荐用于丁苯那嗪不耐受患者。

9.3.4 缙苯那嗪：起始剂量 40 mg/日，1 周后增至 80 mg/日，维持剂量 40-80 mg/日，用药方案简便、耐受性好，适合基层医疗机构推广。

9.3.5 二线治疗药物（证据等级较低）：氯硝西洋、银杏叶提取物 EGb 761、辅酶 Q10 等，可用于 VMAT2 抑制剂无效或不耐受患者，结合基层药物供应现状，提供多样化治疗选择。

9.4 非药物治疗

完善 TD 非药物治疗体系，推动康复治疗、物理治疗等多元化手段普及，契合康复医疗体系建设要求，兼顾患者运动功能恢复和生活质量提升，实现全方位治疗：

9.4.1 肉毒杆菌毒素注射：对于单灶性或节段性迟发性肌张力障碍（如眼睑痉挛、颈肌张力障碍）疗效良好，推荐有条件的医疗机构开展，推动优质技术下沉基层。

9.4.2 深部脑刺激术（DBS）：用于药物难治性、致残性严重 TD（尤其全身性肌张力障碍型），常用靶点为苍白球内侧部，需规范操作，建立全国统一技术规范和质量控制标准，保障治疗安全有效。

9.4.3 康复治疗：物理治疗、作业治疗、言语治疗可改善患者运动功能、生活自理能力及交流能力，是 TD 综合治疗的重要组成部分，推动康复与临床诊疗深度融合，鼓励基层开展基础康复服务。

10 预防策略

立足国家公共卫生“预防为主”方针，构建全国一体化 TD 预防体系，强化源头防控、全程防控，降低 TD 发病率，减轻医疗资源负担，推动精神卫生服务从“疾病治疗”向“健康管理”转变。

10.1 规范用药

严格遵循《精神药品临床应用指导原则》《全国精神卫生工作规划（2021-2030 年）》等政策，严格把握抗精神病药物使用指征，优先选用 TD 风险低的药物（如氯氮平、喹硫平），推动临床用药标准化。

10.2 最低有效剂量

遵循“起始剂量低、加量速度慢、目标剂量足”原则，使用能控制精神症状的最低有效剂量，减少药物暴露量，降低发病风险，同时减轻患者用药负担。

10.3 定期评估

严格执行第 6 章 AIMS 定期监测要求，实现 TD 早期发现、早期干预，构建全国统一 TD 监测网络，推动各级医疗机构落实监测责任。

10.4 患者及家属教育

治疗启动前，告知患者及家属 TD 风险、症状表现及监测重要性，提升自我监测意识和健康素养，构建“医疗机构-患者-家属”协同防控体系。

10.5 高风险人群管理

对老年患者、情感障碍患者、长期用药者等高危人群，制定更积极的监测和预防方案，纳入重点人群健康管理，实现精准防控，契合我国人口老龄化和慢性病高发特点。

11 护理规范

建立全国统一的 TD 护理规范，强化护理在 TD 全程管理中的作用，提升护理同质化水平，契合护理事业高质量发展要求，兼顾患者生理、心理和社会需求，保障患者生活质量和安全。

11.1 护理评估

明确全国统一的 TD 护理评估内容和标准，指导各级医疗机构护理人员规范评估，全面掌握病情，为个性化护理方案制定提供依据：

11.1.1 评估运动障碍症状（部位、频率、强度）及其对进食、饮水、吞咽、言语、行走等日常生活活动的影响，重点关注生活自理能力，践行“以患者为中心”护理理念。

11.1.2 评估患者心理情绪状态，排查因外貌改变、运动失控产生的焦虑、抑郁、羞耻感、社交回避等问题，关注患者心理健康。

11.1.3 评估患者用药依从性及对疾病、治疗的认知程度，为健康宣教和用药护理提供依据，提升依从性。

11.1.4 评估患者社会支持系统及居家环境安全性，排查安全隐患，为患者提供安全康复环境，契合居家护理和安全护理要求。

11.2 症状管理与安全护理

结合 TD 患者临床特点，明确全国统一的症状管理和安全护理规范，指导护理人员落实措施，防范安全风险，提升护理质量：

11.2.1 防误吸与营养支持：口面部症状或吞咽困难患者，进餐时取坐位或半卧位，选用软食、糊状食物，指导细嚼慢咽，餐后清洁口腔；定期监测体重和营养状况，防范误吸并发症，重点关注老年及重症患者。

11.2.2 防跌倒与外伤：肢体或躯干不自主运动患者，保持病室/居家环境整洁、无障碍物，地面防滑，浴室安装扶手，指导患者穿着防滑鞋，排查安全隐患，防范跌倒、外伤。

11.2.3 皮肤护理：加强口角、关节等易摩擦部位的观察与保护，保持皮肤清洁干燥，预防压疮、皮肤感染等并发症，提升护理精细化水平。

11.2.4 呼吸监测：罕见情况下 TD 可累及呼吸肌，需密切观察呼吸节律、有无呼吸困难，及时发现危急情况，保障患者生命安全。

11.3 用药护理

衔接国家临床用药规范和精神药品管理要求，明确全国统一的 TD 用药护理规范，指导护理人员规范操作，保障用药安全有效：严格执行查对制度，确保患者按时按量服用抗精神病药物及 TD 治疗药物（如 VMAT2 抑制剂），防范用药差错。密切观察并记录药物疗效及不良反应，使用 VMAT2 抑制剂者，重点监测镇静、抑郁、静坐不能等副作用，及时上报并干预。加强用药宣教，监督患者不得自行增减、停用药物，提升用药依从性，避免病情加重。

11.4 心理社会支持与康复护理

契合人文关怀和康复医疗体系建设要求，明确全国统一的心理社会支持和康复护理规范，关注患者心理健康和社会功能恢复：建立良好护患关系，倾听患者感受，给予共情支持，讲解 TD 可管理性，减轻患者病耻感，帮助树立康复信心。鼓励患者参与支持团体，获取同伴支持，构建多元化社会支持体系，帮助患者融入社会，减少社交隔离。在康复治疗师指导下，指导患者开展放松训练、呼吸控制、步态训练等针对性功能训练，推动护理与康复融合，提升生活自理能力。指导家属提供安全、接纳的家庭环境，协助患者完成日常生活活动，给予情感支持，构建“医院-家庭”协同护理体系，提升护理连续性。

12 患者与家属健康教育

构建全国统一的 TD 健康教育体系，提升患者及家属健康素养和自我管理能力，构建“医疗机构-患者-家属”协同管理模式，助力 TD 长期规范管理，改善患者预后。

12.1 疾病认知教育

向患者及家属讲解 TD 病因、常见表现、病程特点及可治疗性，强调早期发现的重要性，纠正认知误区。

12.2 治疗依从性教育

明确规律用药、定期复诊、AIMS 评估的必要性，讲解抗精神病药物调整的原因及潜在风险，提升依从性和复诊意识。

12.3 自我监测指导

教会患者及家属识别新出现或加重的异常运动，明确需立即报告医生的情况，提升自我监测能力，实现早期干预。

12.4 生活方式指导

结合我国居民生活习惯，建议患者均衡饮食、保证充足睡眠，避免过度疲劳、精神紧张及咖啡因摄入，此类因素可暂时加重症状。

12.5 社会资源链接

为患者及家属提供患者支持组织、康复资源、社会福利等相关信息，减轻家庭负担，推动社会对 TD 患者的接纳与关爱。

13 随访与管理

建立全国统一的 TD 患者长期随访与管理 体系，契合慢性病长期管理和精神卫生服务高质量发展要求，实现 TD 全病程规范化管理，提升管理精细化水平，为防控策略优化提供数据支撑。建立 TD 患者长期随访档案，纳入全国电子健康档案体系，规范采集、汇总、分析随访数据，为 TD 流行病学研究、防控策略制定、医疗资源配置提供支撑。随访内容覆盖 TD 管理关键环节，统一全国随访标准，包括：TD 症状变化（定期 AIMS 评分），动态监测病情、评估治疗效果；精神疾病症状控制情况，兼顾精神健康和运动功能恢复；药物治疗方案、剂量及不良反应，保障用药安全有效；生活质量及社会功能评估，关注全方位健康需求；护理需求及安全问题，及时排查隐患、优化护理方案。随访频率根据病情严重程度和治疗阶段确定：稳定期每 3-6 个月 1 次，治疗调整期增加随访密度。结合分级诊疗政策，明确各级医疗机构随访责任，推动随访服务下沉基层，实现“分级管理、精准随访”，保障所有 TD 患者获得规范、持续的随访管理，推动我国 TD 防治工作高质量发展。

14 附则

本标准由广西电子商务企业联合会负责解释。本标准自发布之日起试行，试行期为一年。试行期满后，根据实施反馈情况进行修订和完善。各相关单位可依据本标准制定具体的实施细则。若本标准与国家新颁布的法律法规或强制性标准有不一致之处，应以国家法律法规和强制性标准为准。本标准所引用的规范性引用文件如有更新，其最新版本适用于本标准。广西电子商务企业联合会将根据技术发展和应用需求，适时组织对本标准的复审与修订工作，以保障其持续的先进性和适用性。本标准的有效实施，有赖于各级医疗机构、主管部门、技术服务商和各相关方的共同努力，通过规范智慧医院数据互联互通共享技术，推动医疗健康数据资源有效整合与安全共享，提升医疗服务质量和效率，促进智慧医院建设规范化发展，为推进健康中国建设提供技术支撑。