

中华护理学会团体标准

T/CNAS 30—2023

住院精神疾病患者攻击行为预防

Prevention of aggressive behaviors in inpatients with mental disorders

2023-01-31 发布

2023-05-01 实施

中华护理学会 发布

前 言

本文件按照 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。

本文件由中华护理学会提出并归口。

本文件起草单位：北京大学第六医院、北京回龙观医院、首都医科大学附属北京安定医院、南京脑科医院、新乡医学院第二附属医院、重庆市精神卫生中心、北京协和医学院护理学院、华中科技大学同济医院附属协和医院、武汉大学人民医院、四川大学华西医院、中南大学湘雅二医院、上海精神卫生中心、广州医科大学附属脑科医院、河北省精神卫生中心、山东省精神卫生中心。

本文件主要起草人：马莉、邵静、许冬梅、安凤荣、钱瑞莲、李拴荣、杨波、李峥、姚秀钰、柳学华、申文武、陈琼妮、施忠英、肖爱祥、钟耕坤、刘杰、胡德英、吴建红、张海娟、程良、孟宪东、谷嘉宁、张燕红、王晨。

住院精神疾病患者攻击行为预防

1 范围

本文件规定了住院精神疾病患者攻击行为预防的基本要求、风险识别及预防措施。
本文件适用于精神专科医院、综合医院精神科的注册护士，其他机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/CNAS 04—2019 住院患者身体约束护理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

攻击行为 **aggressive behaviors**

精神疾病患者出现对他人、物品造成威胁和（或）伤害的各种行为，可表现为言语侮辱、威胁、伤人、毁物等多种形式。

3.2

保护性约束 **protective restraint**

通过物理或机械装置、材料或器械，固定或减少患者自由移动其身体，以控制和制止危害行为发生或升级的一种保护性医疗措施。

3.3

降级技术 **de-escalation technology**

使用化解精神疾病患者愤怒和降低患者攻击行为的技巧，如语言沟通、不激惹患者、尊重患者的个人空间、明确患者的需求和感受等。

4 基本要求

4.1 应识别患者的攻击风险及行为，与医生、患者、家属共同制订预防措施。

4.2 应在评估的基础上，针对攻击风险级别采取针对性的预防措施。

4.3 应在降级技术无效的基础上实施保护性约束干预策略。

5 风险识别

5.1 风险评估时机

- 5.1.1 应在入院、转科、出院时进行风险筛查。
- 5.1.2 应在发生攻击行为后再次进行评估。
- 5.1.3 宜采用“中文版布罗塞特攻击行为量表”（见附录 A）进行风险等级评估，根据总分判定低风险、中风险、高风险。

5.2 识别攻击行为的危险因素

- 5.2.1 有语言攻击或行为攻击等攻击行为史。
- 5.2.2 有被害妄想、命令性幻听、无自知力、敌对、多疑、紧张、易激惹、激越、治疗依从性差、非自愿入院、物质依赖的脱瘾期、人格障碍等疾病因素。
- 5.2.3 家庭和社会支持系统不完善。

6 预防措施

6.1 高风险患者

- 6.1.1 应设立攻击风险警示标识。
- 6.1.2 应有专人 24 h 看护，保持患者在照护者的视线范围内。
- 6.1.3 当患者出现攻击行为时，应站在患者侧面，保持至少一臂距离，采用语言劝告其终止行为。
- 6.1.4 应与患者制订规则并提供多种选择，暂时与患者达成共识。
- 6.1.5 在降级技术无效时，宜按照 T/CNAS 04—2019 中的规定实施保护性约束，并做好患者护理（见附录 B）。
- 6.1.6 在需要人力支援时，宜启动紧急呼救设施。

6.2 中风险患者

- 6.2.1 应将患者安置于易于观察的病室。
- 6.2.2 应与其他兴奋患者分开安置。
- 6.2.3 应与患者共同寻求倾诉方法、离开愤怒的环境、记录感受等其他可替代措施。
- 6.2.4 应观察攻击预警信号（见附录 C），识别攻击行为的先兆表现，采取防范措施。

6.3 低风险患者

- 6.3.1 应开展攻击防范知识及疾病认识的宣教。
- 6.3.2 应帮助患者辨别病态的体验，区分症状与现实，增进现实感。
- 6.3.3 应按医嘱完成患者服药等治疗，观察治疗效果。
- 6.3.4 应尊重患者的个人空间，提供温馨安静的环境。
- 6.3.5 应明确患者的需求和感受，不激惹患者。
- 6.3.6 宜采取运动、音乐、静观减压、康复活动等方式转移患者注意力，改善情绪。
- 6.3.7 宜为患者提供通讯条件，促进患者与家庭成员之间的交流。

附录 A
(资料性)
中文版布罗塞特攻击行为量表 (中文版BVC)

项目	有	无
混乱：出现明显的混乱和定向力丧失。如分不清时间、地点、人物等	1	0
易怒：容易生气或恼怒，无法容忍别人的存在等	1	0
喧闹：行为明显大声或吵闹。如摔门、说话时大声喊叫等	1	0
肢体攻击：有明显用肢体威胁他人的意图。如摆出攻击的姿势、拽别人衣服、挥动手臂、抬腿、握紧拳头或做出要用头顶人的样子等	1	0
语言攻击：说话声音突然提高并有恐吓和威胁他人的明确意图。如语言攻击、说粗话、漫骂、以咆哮、攻击的方式表达中立看法等	1	0
物品攻击：攻击对象为物品但不是人。如乱扔物品、砰砰的敲打或砸窗户、踢、敲打或用头撞击物品、砸家具等	1	0
总分		

注：总分=0分为低风险，1~2分为中风险，>2分为高风险

附录 B

(资料性)

保护性约束护理措施

项目	措施及内容
保护性约束原因及条件	在患者将要或已经发生危害他人安全或扰乱医疗秩序的行为，且无其他有效措施可以替代的前提下，告知医生开具医嘱。紧急情况下，可遵口头医嘱实施约束，约束后 30 min 内补录医嘱
保护性约束时限	一次约束医嘱白天（8:00 至 20:00）有效时间一般不超过 4 h，夜间（20:00 至次日 8:00）一般不超过 12 h。若患者被连续约束或隔离达 48 h，应通知具有副主任或以上职称的医生评估患者，调整患者治疗计划，判断其是否需要继续约束
保护性约束后的处置	<ol style="list-style-type: none"> 1. 陪伴、安抚患者，告知保护性约束的目的； 2. 将患者安置在由护士提供不间断照护的病室，保护患者的隐私； 3. 床头交接班，包括护士与护士，护士与医生两个层面； 4. 保持体位处于功能位，约束带松紧适宜； 5. 护士每30 min到患者身旁巡视，并评估病情和约束情况1次，每2 h活动肢体1次，并做好记录； 6. 做好基础护理及心理护理，满足患者的生理需求； 7. 对患者及陪住家属进行解释告知工作和健康教育； 8. 应尽快且不迟于事件发生后72 h进行攻击事件后汇报，帮助工作人员学习和改进

附录 C
(资料性)
攻击行为预警信号

分类	具体表现
躯体表现	因情绪激动导致的面色潮红或苍白、大汗、呼吸及心率加快、颤抖
行为表现	踱步；不安或重复性运动；攥拳、咬牙、夸张或暴力性手势；阻挡逃生通道；再现此前发生紊乱或攻击行为之前的行为
言语和思维表现	语速加快，声调变高；对环境表现出明显不满，拒绝沟通；妄想或幻觉流露出攻击内容
表情与接触	表情紧张或愤怒；怒目而视或避免目光接触；注意力不集中

注：出现上述预警信号，提示存在中度攻击风险

中华护理学会