

20

XX

## 认知障碍患者激越行为非药物管理

演讲者：xxx

演讲时间：xxxx

# 目录

心理干预	1
社交互动	3
饮食管理	5
行为疗法	7
社交和心理干预	9

2	环境调整
4	物理干预
6	睡眠管理
8	环境调整
10	营养和健康管理

## 认知障碍患者激越行为非药物管理

- 1 认知障碍患者激越行为非药物管理策略如下
- 2 认知障碍cognitive impairment
- 3 与学习、记忆、语言、思维、判断等有关的大脑高级智能加工过程出现异常，从而引起学习、记忆障碍，同时伴有失语或失用或失认或失行等改变的病理过程。分为轻度认知障碍和痴呆
- 4 激越行为agitation
- 5 不恰当的语言、声音和运动性行为，分为语言攻击行为、躯体攻击行为、语言非攻击行为、躯体非攻击行为
- 6 非药物管理non-pharmacological management
- 7 不使用药物，通过个体、照护者与环境之间的相互作用对激越行为进行干预，包括但不限于环境干预、感官刺激、活动干预、情感支持、调整照护行为等

## 基本要求

应在评估的基础上，针对原因或诱发因素制订干预及预防策略。应遵循个体化原则制定干预策略。应在确保安全的其前提下应对和疏导，不应强行制止、纠纷、对抗。应与医生、家人及照护者建立沟通，共同制订和实施干预策略，应首选非药物干预策略，非药物干预无效时，应与医生沟通，考虑药物干预

# 评估

1. 应在入院进行评估判断有无激越行为2宜通过观察患者或询问照护者，采用“激越行为评估表”（见附录A），评估和记录激越行为的类型及表现。3出现激越行为者，宜至少每2周评估并记录。4. 附录A中第1、2项 $\geq 3$ 分者，应报告医生，每天评估并记录。5附录A中出现 $\geq 3$ 分者，宜进一步评估和记录激越行为的原因/诱发因素（见附录B）。

正在试用 精神科护理 精神科护理 附录A

**（质性附录）**  
**激越行为评估表**

请阅读下列各项行为的表现，在相应的数字上圈出最近2周各项行为的发生情况。1=从未出现，2=1次/周，3=1-6次/周，4=每天发生，5=每小时发生，如每项行为中有多种行为发生，则把出现的次数加起来，例如：每周有3天打人，4天破坏物品，则3+4=7分（图4）。

行为类型	行为表现	评分
1. 躯体攻击行为	打人、推人、撞人、用指甲抓人自己、攻击性辱骂、扔东西、撕东西、破坏物品、伤害自己、不恰当的性行为	1 2 3 4 5
2. 语言攻击行为	诅咒、骂人、语言恐吓或威胁、说与性有关的话、尖叫	1 2 3 4 5
3. 徘徊/踱步	无目的地持续来回走动、无目的地走进房间或大门，进入他人房间、办公室等	1 2 3 4 5
4. 藏/躲藏物品	将物品放在隐蔽的地方、收集无明显用途的物品	1 2 3 4 5
5. 重复动作	重复敲打、敲击、摇晃、拨弄、摆弄、穿脱鞋子；在手上物体上找东西；在空中、地板上找想象的东西	1 2 3 4 5
6. 不恰当地处理物品	拿不属于自己的东西，在抽屉里翻寻，移动家具，玩弄食物，涂鸦费纸	1 2 3 4 5
7. 不恰当地穿戴衣服	穿衣不匀，如把裤子套在头上；在公共场合/不适宜的地方脱衣服	1 2 3 4 5
8. 反复问或谈同一件事	反复问同一个问题，反复谈同一件事	1 2 3 4 5
9. 持续要求帮助或引人注意	言语或非语言的啼哭、抱怨、请求、命令	1 2 3 4 5
10. 发出奇怪的声音	无原因地大声哭、鸣咽、顿哭、磨牙	1 2 3 4 5

**附录B**  
**（资料性附录）**  
**激越行为的原因/诱发因素**

类别	内容
躯体因素	-躯体不适症状，如饥饿、口渴、皮肤痒痒、便秘、体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 、疼痛、尿潴留、粪便嵌塞、血糖过高/过低等 -药物不良反应 -药物不良反应
环境因素	-环境陌生（新居住所/病房） -环境缺乏私密性 -环境嘈杂 -湿度过高/过低（以 $20\text{-}22^{\circ}\text{C}$ 为宜） -湿度过高/过低（以60%为宜） -光线过亮/昏暗 -环境中有恶臭或讨厌的声音、色彩 -环境中缺乏视觉、听觉、触觉、嗅觉刺激
精神心理因素	-幻觉、妄想、错觉、思维 -妄想，如被害妄想、被害妄想、坚信住所非自己家 -情绪低落、悲观、绝望、恐惧 -不安全感、孤独感、无助感、缺乏归属感
照护因素	-照护者陌生 -照护者表现自负面情绪或态度 -照护者沟通与交流方式不当 -照护行为不当，如强迫、急躁、暴露隐私 -照护者的语言或行为引发既往的负性经历 -照护行为与文化习俗冲突

## 躯体攻击行为

躯体攻击行为发生时应立即将患者与激惹他/她的环境或人分开。应确保患者安全，管理好周围的贵重物品、易碎物品及锐利物品。应与患者保持安全距离，做好自身防范。应保持冷静，不应对抗或表现出愤怒。可尝试由信任的人给予安抚

应每天监测和记录躯体攻击行为的类别，评估诱发因素。应在可视范围内接近患者，避免从患者身体背后突然触碰。操作过程中，宜在每个动作前告知患者下一步要做什么

1有明确指向对象时，应立即将其与患者分开，保持安静，不应争辩。2无明确指向对象、且不会危及与周围人的关系时，宜有意忽略。3由幻觉、妄想引发者，应认可患者的感受，移除引发因素，可转换话题、引导做感兴趣的事来转移注意力

## 躯体非攻击行为

应确认活动空间防滑、无障碍、光线充足，有患者安全设施。b) 应在床头设置防走失和防跌倒的标识。) 应在患者身上携带紧急联系人电话。宜每天陪伴患者散步、做喜欢的活动，不宜限制和使用身体约束

应保管好危险物品及患者认为重要的个人物品。不应责怪、说服。宜观察藏东西的地点，引导患者自己找到。宜在患者不在场时清理储藏的物品。对不会带来异味或风险的物品，可提供储藏空间

不会危及患者自身及周围人时，宜有意忽略，不应阻止或限制。可在柜子、箱子、抽屉里摆放不同颜色、性状和质地的物品，让患者翻弄：引导患者做叠衣服、擦桌子等需要重复的事

## 语言非攻击行为

反复问或说同一件事

1. 应耐心解答，可尝试用小卡片或小白板写上答案。2. 不应责怪、说服、表现出厌烦。3. 可转移注意力，把话题转移到感兴趣的其他事情上

持续要求帮助或引人注意

a) 应主动表达关心，多陪伴。b) 不应责怪、说服、表现出厌烦

## 预防策略

6.1 应采取措施去除附录B中的诱发因素. 6.2 对躯体不适症状引发的激越行为，应与医生协商对症处理躯体问题

6.3 宜保持住所稳定，居室内家具简洁、摆放固定，放置熟悉的个人物品、醒目的时间和定向标识. 6.4 对于长期卧床者，可提供贴近患者原有生活习惯及兴趣爱好的感官刺激(见附录C)

6.5 可根据患者的兴趣爱好和尚存能力，安排和引导患者进行愉悦性活动(见附录C2)

每次活动宜30-60min, 活动中应给予引导和鼓励，及时调整难度. 6.6 与患者沟通时，应放慢语速，采用简单、直接的语言，一次只说一件事或只问一个问题，给出反应时间. 沟通过程中出现过激情绪时，应立即





心理干预

1



可以采取心理干预，例如放松训练、认知行为疗法(CBT)和心理教育



## 心理干预

1

放松训练：可以帮助患者缓解紧张和焦虑，常用的方法包括深呼吸、渐进性肌肉松弛等

认知行为疗法 (CBT)：可以帮助患者改变不良认知和行为习惯，从而减少激越行为的发生

2

3

心理教育：包括向患者和家属介绍认知障碍和激越行为的相关知识，提供必要的支持和鼓励，有助于提高患者和家属的应对能力



环境调整

2

## 环境调整

### 调整患者周围环境，降低激越行为的触发因素

调整居住环境：使居住环境安静、舒适、减少噪音和干扰，可以减少激越行为的发生

制定合适的日常活动计划：保证患者的休息时间，并安排有意义的活动，如室内外散步、音乐治疗等

提供安全的环境：确保环境中没有可能导致患者激越的物品，例如锋利的物品、易燃易爆物品等



社交互动

3

## 社交互动

鼓励患者与家人、朋友和医护人员进行积极互动，有助于减少激越行为的发生

增加社交活动：组织有益的社交活动，例如小组讨论、游戏等，让患者感受到社交的乐趣

建立良好的沟通：与患者和家属建立良好的沟通，了解患者的需求和困惑，及时提供必要的支持和帮助

提供社交支持：为患者提供社交支持，例如陪伴、倾听等，让他们感受到社会的关爱和尊重



物理干预

4

## 物理干预

在必要的情况下，可以采取一些物理干预措施

- 提供保护性设备：例如护腰、头盔等，可以在患者激越行为发生时提供必要的保护
- 限制活动：在必要的情况下，可以限制患者的活动，以避免激越行为的发生
- 使用辅助器具：例如助行器、轮椅等，可以帮助患者更好地适应环境，减少激越行为的发生



饮食管理

5

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/688137134027006057>