

中华护理学会团体标准

T/CNAS 06—2019

认知障碍患者激越行为非药物管理

Non-pharmacological management of agitation for
patients with cognitive impairment

2019-11-10 发布

2020-01-01 实施

中华护理学会 发布

前 言

本标准由中华护理学会提出并归口。

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准主要起草单位：首都医科大学宣武医院、北京大学护理学院、复旦大学附属华东医院、四川大学华西医院、北京协和医院、中国医科大学附属第一医院、福建卫生职业技术学院、深圳市康宁医院、北京回龙观医院、北京医院、北京老年医院、中日友好医院、北京朝阳医院、天津市第一中心医院、河南省人民医院、北京大学第一医院、北京大学人民医院、中国人民解放军总医院、北京友谊医院、北京市第六医院、重庆医科大学附属第一医院、浙江大学医学院附属第一医院。

本标准主要起草人：杨莘、王志稳、程云、胡秀英、郭欣颖、王爱平、郑翠红、王永军、魏翠柏、许冬梅、张建华、邓宝凤、王敏、蔺建宇、王申、张俊梅、乔雨晨、李菲菲、吴惠人、贾春玲、刘志英、柴源、张妍、丁福、董婷婷、张华芳、冷敏敏、王银云、杨雪。

认知障碍患者激越行为非药物管理

1 范围

本标准规定了认知障碍患者激越行为非药物管理的基本要求、评估、干预策略和预防策略。
本标准适用于各级各类医疗机构、医养结合机构有执业资格的护理人员，其他机构可参照执行。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

认知障碍 cognitive impairment

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。

2.2

激越行为 agitation

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。

2.3

非药物管理 non-pharmacological management

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。

3 基本要求

3.1 应在评估的基础上，针对原因/诱发因素制订干预及预防策略。

3.2 应遵循个体化原则制订干预策略。

3.3 应在确保安全的前提下应对和疏导，不应强行制止、纠正、对抗。

3.4 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。

3.5 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。

4 评估

4.1 应在入院时进行评估，判定有无激越行为。

4.2 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。

4.3 出现激越行为者，宜至少每2周评估并记录。

4.4 附录A中第1、2项 ≥ 3 分者，应报告医生，每天评估并记录。

4.5 附录A中出现 ≥ 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）。

5 干预策略

5.1 躯体攻击行为

5.1.1 发生时

- a) 应立即将患者与激惹他/她的环境或人分开。
- b) 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。
- c) 应与患者保持安全距离，做好自身防范。
- d) 应保持冷静，不应对抗或表现出愤怒。
- e) 可尝试由信任的人给予安抚。

5.1.2 预防

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

5.2 语言攻击行为

5.2.1 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。

5.2.2 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。

5.2.3 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。

5.3 躯体非攻击行为

5.3.1 徘徊/游荡

- a) 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。
- c) 应在患者身上携带紧急联系人电话。
- d) 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。

5.3.2 藏/储藏物品

- a) 应保管好危险物品及患者认为重要的个人物品。
- b) 不应责怪、说服。
- c) 宜观察藏东西的地点，引导患者自己找到。

d) 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。

5.3.3 重复动作

a) 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。

b) 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。

5.4 语言非攻击行为

5.4.1 反复问或说同一件事

a) 应耐心解答，可尝试用小卡片或小白板写上答案。

b) 不应责怪、说服、表现出厌烦。

c) 可转移注意力，把话题转移到感兴趣的其他事情上。

5.4.2 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。

6 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 C1）。

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，应立即停止。

附录 A
(规范性附录)
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。如每组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 天（圈 4）。

行为类型	行为表现	评分
1. 躯体攻击行为	打人、踢人、推人、咬人、用指甲抓人/自己；攻击性啐吐；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；说与性有关的脏话；尖叫	1 2 3 4 5
3. 徘徊/游荡	无目的地持续来回走动；无目的地走出房间或大门，进入他人房间、办公室等	1 2 3 4 5
4. 藏/储藏物品	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	重复拍打、敲击、摇晃、拨弄、捻弄、揉搓、穿脱鞋子；在身上/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；涂抹粪便	1 2 3 4 5
7. 不恰当地穿脱衣服	穿衣不当，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. 反复问或说同一件事	反复问同一个问题；反复说同一件事	1 2 3 4 5
9. 持续要求帮助或引人注意	言语或非语言的唠叨、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、呜咽、怪笑；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、皮肤瘙痒、便秘、体温>38℃、疼痛、尿潴留、粪嵌塞、血糖过高/过低等 -药物不良反应
环境因素	-环境陌生（新换住所或房间） -环境缺乏私密性 -环境嘈杂 -温度过高/过低（以 20~22℃为宜） -湿度过高/过低（以 60%为宜） -光线过亮/昏暗 -环境中有关恐惧或讨厌的声音、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：如幻听、幻视 -妄想：如被窃妄想、被害妄想、坚信住所非自己家 -情绪低落、悲伤、焦虑、恐惧 -不安全感、挫败感、无聊感、缺乏归属感
照护者因素	-照护者陌生 -照护者表现出负性情绪或态度 -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激发既往的负性经历 -照护行为与文化习俗相冲突

附录 C
(资料性附录)
感官刺激及愉悦性活动

C1. 感官刺激

类型	内容
视觉刺激	悬挂或摆放色彩明亮的照片、图画、装饰物、无毒无刺的花草
听觉刺激	用录音或投影播放鸟叫声、海浪声、溪水声；根据兴趣爱好，播放歌曲、乐曲、戏曲，一起唱歌、弹奏或敲击乐器
触觉刺激	提供玩偶、毛绒玩具或电子宠物，与其拥抱、交谈，喂养玩偶，或给玩偶穿衣
嗅觉刺激	闻花香，喷洒植物精油，使用熏香等

C2. 愉悦性活动

类型	内容
身体活动	散步、摆动上肢、做保健操、伴随音乐舞动等
怀旧活动	翻看和谈论老照片、听唱老歌曲、看老电影、谈论往事等
手工活动	折纸、剪纸、插花、编织、涂鸦等
益智活动	棋牌游戏、拼图、搭积木、填词、物品归类等
园艺活动	种植、浇水、采摘果实、触摸花瓣、闻花香、用植物制作装饰品等