

· 专科护理 ·
· 论 著 ·

住院痴呆患者精神行为症状非药物管理现状调查

杜红娣, 薄琳, 王薇, 尹荔莎, 霍晓鹏

摘要:目的 了解全国 116 所医院住院痴呆患者精神行为症状非药物管理的现状,为规范非药物管理提供参考。方法 采用便利抽样法,于 2021 年 9 月对中华护理学会老年专科护士培训班学员,采用自行编制的精神行为症状非药物管理现状问卷进行调查。结果 116 所医院中 38 所(32.76%)实施痴呆患者症状评估,31 所(26.72%)有针对痴呆患者精神行为症状的非药物治疗制度或流程,64 所(55.17%)针对症状实施非药物干预,仅 6 所(7.32%)针对症状首选非药物干预;77 所(66.38%)医院针对照护者实施症状相关知识健康教育;不同医院、科室类型在实施症状评估、诱发因素评估、非药物治疗等方面比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论 医院痴呆患者精神行为症状非药物管理制度或流程需进一步完善;同时,需开展护士相关知识培训、照顾者精神行为症状相关知识教育,实施规范化的非药物管理。

关键词: 痴呆; 精神行为症状; 非药物管理; 老年护理; 专科护士; 知识培训; 健康教育

中图分类号:R473.74 文献标识码:A DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2022.16.022

Investigation on nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia in hospitalized patients Du Hongdi, Bo Lin, Wang Wei, Yin Lisha, Huo Xiaopeng. Health Care and Medical Department, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

Abstract: **Objective** To understand the current situation of nonpharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in hospitalized patients in 116 hospitals across China, so as to provide basis for nonpharmacological management of these symptoms. **Methods** A convenient sampling method was used to conduct a questionnaire survey in September 2021 on the trainees of the geriatric specialist nurse training program offered by the Chinese Nursing Society. A self-designed questionnaire was used, with contents including general information and current situation of BPSD. **Results** Totally, 38 (32.76%) hospitals have carried out symptom evaluation; 31 (26.72%) hospitals have had nonpharmacological management policy or process for BPSD; 64 (55.17%) hospitals have implemented nonpharmacological intervention for symptoms, among which only 6 (7.32%) hospitals have provided nonpharmacological intervention for symptoms; 77 (66.38%) hospitals have carried out health education on symptom related knowledge for caregivers. There were significant differences in symptom assessment, inducing factor assessment, nonpharmacological treatment of BPSD, etc., among different hospital types and department types (all $P < 0.05$). **Conclusion** The hospital-based nonpharmacological management policy or process for BPSD is in need of improvement. Meanwhile, nurse training and health education on BPSD related knowledge for caregivers should be ratcheted up, in an effort to provide standardized nonpharmacological management to patients.

Key words: dementia; behavioral and psychological symptoms; nonpharmacological management; geriatric care; specialist nurse; knowledge training; health education

精神行为症状是痴呆患者在病情发展过程中出现的行为、认知、思维内容和情感情绪改变^[1]。文献报道,痴呆患者中精神行为症状发生率高达 70%~90%,不仅造成患者痛苦,还增加继发性并发症发生的风险,如跌倒和骨折等,严重影响患者生活质量,同时增加照顾者负担,导致更高的治疗和护理成本^[2-3]。精神行为症状管理包括药物和非药物管理。药物管理由于治疗效果有限、不良反应较多、多种药

物相互作用及费用过高等问题,难以满足患者对控制精神行为症状的需求,非药物管理逐渐获得临床的重视^[4]。目前,已有相关指南^[5]指出精神行为症状非药物管理的原则及注意事项,但各医院精神行为症状非药物管理现状未见报道。本研究对全国 116 所三级医院的老年专科护士进行调查,以了解住院痴呆患者精神行为症状非药物管理现状,为临床规范住院痴呆患者精神行为症状非药物管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于 2022 年 1 月 4~31 日对中华护理学会老年专科护士培训班学员进行问卷调查。纳入标准:老年专科工作 3 年以上,且目前在临床岗位的老年专科护士;所在病房收治痴

作者单位:中国医学科学院北京协和医院保健医疗部(北京,100730)

杜红娣:女,本科,主管护师

通信作者:霍晓鹏, vohuoxp@126.com

科研项目:中国医学科学院临床与转化研究基金项目(2020-I2M-C&T-B-008);中央保健科研课题(2020YB22)

收稿:2022-03-21;修回:2022-04-28

呆患者超过 75%；自愿参与本研究。问卷剔除标准：信息不全；同一所医院的老年专科护士多次填写（按提交顺序选取 1 份答卷）；作答时间 < 120 s 的问卷。共调查 116 所医院的老年专科护士 116 人。综合医院 73 所，老年专科医院 29 所，精神专科医院 14 所。男 15 人，女 101 人；年龄 28~47 (36.48 ± 5.94) 岁；工作年限 6~25 (15.88 ± 6.02) 年。工作科室：老年科 74 人，神经内科 16 人，痴呆病房 26 人。职称：主任护师 2 人，副主任护师 16 人，主管护师 37 人，护师 57 人，护士 4 人。学历：硕士 14 人，本科 96 人，专科 6 人。职务：总护士长 7 人，护士长 26 人，教学老师 48 人，无 35 人。本研究通过医院伦理委员会批准 (JS-2917)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。根据研究目的自行设计，包括医院类型、工作科室、收治痴呆患者情况，问卷填写者性别、年龄、工作年限、职称、学历、职务等相关资料。②痴呆患者精神行为症状非药物管理现状调查问卷。研究者参考相关文献^[4-7]，结合临床实践情况共同讨论编制，并采用德尔菲法向 12 名资深的护理专家进行两轮函询，其中神经内科、精神科、老年科各 4 名。问卷内容包括：精神行为症状非药物管理认知现状 (4 个条目)、症状评估现状 (6 个条目)、非药物治疗实施现状 (13 个条目)、照顾者健康宣教 (3 个条目)，题型包括是非题、单选题及多选题，根据医院实际情况进行选择，问卷效度指数为 0.893。于正式调查前由 2 名研究人员使用该问卷分别对 30 名符合纳入条件的护理人员进行预调查，2 周后重测，问卷重测信度为 0.865。

1.2.2 资料收集方法 2022 年 1 月 4 日由项目负责人将问卷星二维码及填写说明发至中华护理学会老年专科护士培训班微信群。2022 年 1 月 4~31 日动员和督导各医院符合纳入标准的老年专科护士访问链接进行网上答卷。问卷编排统一指导语，设置题目为必答题及题目之间相互关联、自动跳转。每个 IP 地址只能提交 1 次，保证问卷信息的有效性和完整性。由 2 名研究员严格执行排除标准对问卷进行筛选，剔除不合格问卷。本次调研发放问卷 121 份，回收有效问卷 116 份，有效回收率为 95.87%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析。计数资料采用频数、百分比/百分率描述，组间比较使用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 老年专科护士精神行为症状非药物管理认知现状 见表 1。

2.2 医院开展痴呆患者精神行为症状评估现状 见表 2。

表 1 老年专科护士精神行为症状非药物管理认知现状 (n=116)

| 条 目 | 人数 | 百分率 (%) |
|------------------------|----|---------|
| 掌握精神行为症状非药物管理相关知识 | 29 | 25.00 |
| 接受过精神行为症状非药物管理相关知识培训 | 35 | 30.17 |
| 自己的精神行为症状非药物管理知识满足临床需要 | 30 | 25.86 |
| 实施精神行为症状非药物管理存在的困难* | | |
| 缺乏痴呆患者精神行为症状非药物管理制度或流程 | 85 | 73.28 |
| 护理人员对痴呆精神行为症状管理关注不够 | 89 | 76.72 |
| 护理人员工作上缺乏时间及精力 | 78 | 67.24 |
| 护理人员目前掌握知识不能满足临床需要 | 82 | 70.69 |
| 护理人员缺乏相关知识培训 | 81 | 69.83 |
| 照顾者不配合 | 74 | 63.79 |
| 多学科协作存在困难 | 79 | 68.10 |

注：* 为多选题。

表 2 医院开展痴呆患者精神行为症状评估现状

| 条 目 | 医院 (所) | 百分率/百分比 (%) |
|-----------------------------|--------|-------------|
| 针对痴呆患者进行精神行为症状评估 (n=116) | 38 | 32.76 |
| 精神行为症状评估实施者 (n=38) | | |
| 医生 | 10 | 26.32 |
| 护士 | 12 | 31.58 |
| 医生护士共同参与 | 16 | 42.10 |
| 精神行为症状评估频率 (n=38) | | |
| 每周 2~3 次 | 15 | 39.47 |
| 每天 1 次 | 8 | 21.05 |
| 每班 1 次 | 2 | 5.26 |
| 必要时 | 13 | 34.21 |
| 精神行为症状评估工具* (n=38) | | |
| 神经精神科量表 (NPI) | 31 | 81.58 |
| 简明精神病评定量表 (BPRS) | 12 | 31.58 |
| 痴呆行为评分量表 (BRSD) | 16 | 42.11 |
| Cohen-Mansfield 激越问卷 (CMAI) | 9 | 23.68 |
| 阿尔茨海默病病理行为量表 (BEHAVE-AD) | 11 | 28.95 |
| 中文版布罗塞特暴力风险评估 | 3 | 7.89 |
| 评估精神行为症状发生的诱发因素 | 32 | 27.59 |
| 评估精神行为症状诱发因素的内容* (n=32) | | |
| 患者因素：需求未满足，缺乏活动等 | 27 | 84.38 |
| 治疗因素：治疗操作等 | 18 | 56.25 |
| 照顾者因素：应对方式，更换陪护人员等 | 13 | 40.63 |
| 环境因素：陌生环境，无法保持原有的生活习惯等 | 16 | 50.00 |

注：* 为多选题。

2.3 医院痴呆患者精神行为症状非药物治疗实施现状 见表 3。

2.4 医院实施照护者精神行为症状健康教育现状 116 所医院中 77 所 (66.38%) 实施照护者精神行为症状健康教育。每日 1 次 9 所 (11.69%)，每周 2~3 次 11 所 (14.28%)，每周 1 次 17 所 (22.08%)，必要时 26 所 (33.77%)，不定期 14 所 (18.18%)。安全教育 75 所 (97.40%)，用药教育 69 所 (89.61%)，精神行为症状的概念、临床表现及不良影响 47 所 (61.04%)，精神行为症状的诱发因素及应对方法 25 所 (32.47%)，精神行为症状的非药物干预方法 31 所 (40.26%)。

表3 医院精神行为症状非药物治疗实施现状

| 条 目 | 医院 (所) | 百分率/ 百分比(%) |
|------------------------------|-----------|----------------|
| 针对精神行为症状实施干预(n=116) | 82 | 70.69 |
| 有针对精神行为症状非药物治疗的制度或流程(n=116) | 31 | 26.72 |
| 针对精神行为症状发生的诱发因素实施消减策略(n=116) | 30 | 25.86 |
| 针对精神行为症状实施非药物治疗(n=116) | 64 | 55.17 |
| 实施非药物治疗的频率(n=64) | | |
| 不定期 | 24 | 37.50 |
| 必要时 | 22 | 34.38 |
| 每周1次 | 8 | 12.50 |
| 每周2~3次 | 5 | 7.81 |
| 每天1次 | 4 | 6.25 |
| 每天2次 | 1 | 1.56 |
| 实施精神行为症状非药物治疗措施*(n=64) | | |
| 音乐疗法 | 42 | 65.63 |
| 模拟存在疗法 | 6 | 9.38 |
| 玩偶疗法 | 12 | 18.75 |
| 关照疗法 | 12 | 18.75 |
| 怀旧疗法 | 30 | 46.88 |
| 按摩抚触疗法 | 32 | 50.00 |
| 身体运动疗法 | 14 | 21.88 |
| 艺术疗法 | 7 | 10.94 |
| 芳香疗法 | 30 | 46.88 |
| 认知刺激疗法 | 29 | 45.31 |
| 综合干预 | 27 | 42.19 |
| 精神行为症状干预首选(n=82) | | |
| 非药物治疗 | 6 | 7.32 |
| 药物治疗 | 15 | 18.29 |
| 药物与非药物相结合 | 61 | 74.39 |
| 药物治疗实施时机(n=82) | | |
| 症状出现时 | 19 | 23.17 |
| 症状加重时 | 37 | 45.12 |
| 症状造成严重后果时 | 26 | 31.71 |
| 进行药物治疗时停止非药物治疗(n=82) | 27 | 32.93 |
| 精神行为症状缓解后停止非药物治疗(n=82) | 30 | 36.59 |
| 定时评价精神行为症状的干预效果(n=82) | 51 | 62.20 |
| 评价精神行为症状干预效果的频率(n=51) | | |
| 不定期 | 7 | 13.73 |
| 必要时 | 13 | 25.49 |
| 每周1次 | 16 | 31.37 |
| 每周2~3次 | 11 | 21.57 |
| 每天1次 | 4 | 7.84 |
| 评价精神行为症状干预效果的方法(n=51) | | |
| 量表评价 | 35 | 68.63 |
| 主观判断 | 16 | 31.37 |

注：*为多选题。

2.5 不同医院、科室痴呆患者精神行为症状非药物管理现状比较 见表4。

表4 不同医院、科室精神行为症状非药物管理现状比较

| 项 目 | 数量 | 有非药物 管理流程 | 实施症 状评估 | 实施诱发 因素评估 | 实施非 药物治疗 |
|----------|----|--------------|------------|--------------|-------------|
| 医院类型(所) | | | | | |
| 综合医院 | 73 | 17 | 17 | 14 | 33 |
| 老年专科医院 | 29 | 9 | 13 | 12 | 21 |
| 精神专科医院 | 14 | 5 | 8 | 6 | 10 |
| χ^2 | | 1.283 | 8.550 | 7.032 | 7.914 |
| P | | 0.524 | 0.013 | 0.032 | 0.017 |
| 科室(个) | | | | | |
| 老年病房 | 74 | 19 | 17 | 14 | 34 |
| 神经内科病房 | 16 | 4 | 7 | 6 | 12 |
| 痴呆病房 | 26 | 8 | 14 | 12 | 18 |
| χ^2 | | 0.365 | 9.343 | 7.976 | 7.168 |
| P | | 0.867 | 0.009 | 0.018 | 0.028 |

3 讨论

3.1 老年专科护士精神行为症状非药物管理知识有待提升 表1结果示,仅29所(25.00%)医院的老年

专科护士认为自己熟知精神行为症状非药物管理相关知识,35所(30.17%)医院护士接受过精神行为症状非药物管理相关知识培训,86所(74.14%)医院护士认为目前掌握的精神行为症状非药物管理知识不能满足临床需要,实施精神行为症状非药物管理存在较多困难,89所(76.72%)医院护士认为护理人员对痴呆精神行为症状非药物管理关注不够。分析原因,可能与医院相关管理部门对痴呆患者精神行为症状非药物管理重视度不够,相关知识培训开展较少,护士缺乏主动学习的积极性有关。非药物管理不仅有助于预防及改善痴呆患者精神行为症状,也可促进药物用量最小化,是精神行为症状管理非常重要的部分。Evans等^[8]运用模拟存在疗法对存在焦虑症状的痴呆患者进行为期4周的干预,改善了患者的焦虑症状。周晶等^[9]采用随机对照试验证实,手部按摩可有效降低痴呆患者激越行为的频率。Ueda等^[10]研究显示,音乐疗法可降低痴呆患者焦虑情绪。Jedele等^[11]应用心理社会干预改善了痴呆患者的行为症状。由此可见,针对痴呆患者精神行为症状实施非药物管理具有重要意义,医院及各级管理部门应引起重视,加强护士相关知识培训,提高非药物管理能力,提高护士的管理水平。

3.2 痴呆患者精神行为症状评估规范需统一 表2结果示,38所(32.76%)医院实施了痴呆患者症状评估,但各医院症状评估的实施者、频率及使用的评估工具不尽相同,尚无统一规范。研究指出,及时识别精神行为症状,及早干预,对提高痴呆患者的生活质量,延长寿命,减低照料者负担和社会总体经济负担具有重要意义^[6]。文献显示,痴呆患者精神行为症状易被护理人员及照顾者忽视^[7]。本调查还显示,32所(27.59%)医院评估症状发生的诱发因素,其中84.38%评估患者因素,40.63%评估照顾者因素,说明护士在评估精神行为症状诱发因素时更注重患者因素的评估,忽视照顾者因素,评估内容欠全面。2018年,印度指南网发布的“痴呆患者临床管理实践指南”^[5]指出,精神行为症状干预前需确定发生的诱发因素,包括患者、照顾者、治疗及环境因素等,根据诱因制订消减策略,以提高管理的有效性。做好症状及诱发因素评估是进行精神行为症状管理的前提,可帮助护士进行合理的临床决策及实施干预。

3.3 规范化实施痴呆精神行为症状非药物管理有待加强 表3结果示,30所(25.86%)医院针对精神行为症状诱发因素实施消减策略,64所(55.17%)医院实施非药物治疗,最常用的治疗方法为音乐疗法,占65.63%,非药物治疗频率、干预效果评价频率及方法也不尽相同。提示痴呆患者接受的非药物管理措施是不完整或碎片式的,临床工作中应将非药物治疗方法与实践指南相结合,进行规范化管理。本次调查还

发现,精神行为症状干预首选非药物治疗的仅占 7.32%,症状造成严重后果时给予药物治疗占 31.71%,进行药物治疗或症状缓解后停止非药物治疗占 69.52%,说明临床工作中部分医院实施药物及非药物干预管理仍有提升空间。相关研究推荐,非药物治疗是精神行为症状干预的首选治疗方案,当精神行为症状给患者或者他人造成严重痛苦或风险,建议在非药物治疗的基础上实施药物治疗^[5]。药物治疗或症状缓解后也应该继续实施非药物治疗^[7]。

3.4 痴呆患者照顾者精神行为症状相关健康教育有待加强 研究指出,照顾者在痴呆患者精神行为症状管理中承担着重要的角色,为精神行为症状的管理提供重要信息^[12]。照顾者对症状的认知水平直接影响精神行为症状的科学管理^[13]。此次调查中,77 所(66.38%)医院针对照护者实施精神行为症状健康教育,教育频率不尽相同,教育内容多集中在安全及用药方面,精神行为症状的基础知识及非药物干预方法关注度不够。护理人员应制订规范的痴呆患者照顾者健康教育策略,加强相关知识宣教,为精神行为症状非药物管理提供保障。

3.5 精神行为症状非药物管理制度及流程亟需建立与规范 表 4 结果示,不同医院、科室类型实施症状评估、诱发因素评估、非药物治疗比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。说明专科医院及痴呆病房虽然在症状及诱发因素评估、非药物治疗实施情况明显优于综合医院及老年病房,但是精神行为症状非药物管理制度及流程仍不完善。目前,精神行为症状非药物治疗已应用于实践,但缺乏科学、系统的管理。Gitlin 等^[14]将非药物疗法整合到社区精神行为症状管理中,提出筛查、描述、明确诱发因素、制订非药物治疗计划、确定干预效果和持续症状监测的 6 步照护框架,为医护人员提供了有效的精神行为症状管理方法。Kales 等^[15]提出痴呆住院患者精神行为症状管理的 4 步管理流程(DICE),即描述(Describe)、调查(Investigate)、创造(Create)、评价(Evaluate),针对精神行为症状进行科学的管理。我国医疗机构应尽快制订精神行为症状非药物管理制度及流程,从导致精神行为症状的原因入手,基于循证将最佳证据应用于实践,并进行效果评价,为精神行为症状的科学、有序管理提供依据。

4 小结

本研究调查 116 所三级医院住院痴呆患者精神行为症状非药物管理现状结果显示,精神行为症状及诱发因素评估,非药物治疗频率、方法、评价等缺乏一致性。需进一步完善住院痴呆患者精神行为症状非药物管理制度或流程,同时,开展护士相关知识培训,照顾者精神行为症状相关知识教育,实施规范化的非药物管理。本研究不足之处在于,调查问卷为自行设

计,研究范围多集中于三级医院。后期可考虑采取分层抽样法,扩大调查范围开展研究。

参考文献:

- [1] 马冬飞,孙皎,赵英男,等.痴呆患者精神行为症状相关护理模式的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(7):1017-1022.
- [2] Kales H C, Lyketsos C G, Miller E M, et al. Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus[J]. Int Psychogeriatr, 2019, 31(1): 83-90.
- [3] Millán-Calenti J C, Lorenzo-López L, Alonso-Búa B, et al. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions[J]. Clin Interv Aging, 2016, 22(11): 175-184.
- [4] 韩静,郭桂芳,刘宇.痴呆患者精神行为症状的非药物管理研究进展[J].中国护理管理,2016,16(11):1556-1560.
- [5] Shaji K S, Sivakumar P T, Rao G P, et al. Clinical practice guidelines for management of dementia[J]. Ind J Psychiatr, 2018, 60(3): 312-328.
- [6] Bessey L J, Walaszek A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. Curr Psychiatry Rep, 2019, 21(8): 66.
- [7] Gerlach L B, Kales H C. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. Clin Geriatr Med, 2020, 36(2): 315-327.
- [8] Evans N, Cheston R, Harris N. Personal message cards: an evaluation of an alternative method of delivering simulated presence therapy[J]. Dementia, 2016, 15(6): 1703-1715.
- [9] 周晶,倪平,王朝希,等.手部按摩对养老院轻中度痴呆老人激越行为的影响[J].护理学杂志,2015,30(17): 1-4.
- [10] Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Ageing Res Rev, 2013, 12(2): 628-641.
- [11] Jedele J M, Curyto K, Ludwin B M, et al. Addressing behavioral symptoms of dementia through STAR-VA implementation: do outcomes vary by behavior type? [J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2020, 35: 1533317520911577.
- [12] 位文静,陈颖,张桂菊,等.老年痴呆症状管理评估与应用研究进展[J].护理学杂志,2019,34(3):101-104.
- [13] 韩静,郭桂芳,邓宝凤,等.临床照顾者应对痴呆患者精神行为症状的心理体验研究[J].中华护理杂志,2016,51(10):1174-1179.
- [14] Gitlin L, Kales H, Lyketsos C. Managing behavioral symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: an overview[J]. JAMA, 2012, 308(19): 2020-2029.
- [15] Kales H, Gitlin L, Lyketsos C, et al. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel[J]. J Am Geriatr Soc, 2014, 62(4): 762-769.