

生率为12%，如表4所示。

表3 日常生活能力恢复情况 (Barthel 指数)

| 组别  | 治疗前 Barthel 指数 | 治疗后 Barthel 指数 | t 值   | P 值   |
|-----|----------------|----------------|-------|-------|
| 实验组 | 45.2 ± 13.5    | 85.7 ± 11.2    | 10.72 | <0.01 |
| 对照组 | 45.6 ± 14.3    | 74.2 ± 9.8     | 8.45  | <0.01 |

表4 不良反应与并发症发生率对比

| 组别  | 不良反应发生率 (%) | 并发症发生率 (%) | t 值  | P 值   |
|-----|-------------|------------|------|-------|
| 实验组 | 3 (10.0%)   | 1 (3.3%)   | 0.35 | <0.05 |
| 对照组 | 4 (13.3%)   | 2 (6.7%)   | 0.32 | >0.05 |

## 4 讨论

### 4.1 早期强化康复护理的实施价值

早期强化康复护理在卒中住院早期的应用体现出对运动功能恢复的促进作用<sup>[6]</sup>。本研究两组患者均接受常规康复训练与规范护理，因此观察到的差异来源于强化护理路径的增益效果。强化方案侧重个体化目标管理、训练剂量控制、功能性活动练习及依从性支持，使患者在急性期向恢复期过渡的阶段获得更系统化的康复推动力。强化护理强调从被动活动逐步过渡到主动与抗阻训练，结合床上活动、转移、站立与步态训练，有助于更有效地激活神经肌肉功能，提高受损肢体的参与程度，推动神经可塑性重建进程。功能性活动训练的引入使康复动作与日常生活任务建立关联，使患者更容易实现从“会做动作”到“能用于生活”的迁移。

通过心理支持、抑郁/焦虑筛查、家庭照护者参与训练等内容，强化护理能够提升患者的训练意愿与执行强度。卒中后情绪障碍与训练依从性密切相关，若未得到及时干预，康复效果会受到显著影响<sup>[7]</sup>。

### 4.2 研究结果的临床意义

研究数据显示，观察组在 FMA 与 Barthel 指数上的改善幅度均明显优于对照组，提示在常规康复基础上附加强化护理，可进一步提升运动功能及日常生活能力<sup>[8]</sup>。早期强化康复护理通过提升训练剂量、增加练习目标明确性，提高患者对任务导向动作的掌握程度，使 FMA 得分的改善更为突出。Barthel 指数的显著提升反映出强化护理对生活自理能力具有更直接的促进效果，尤其体现在转移、站立、步行及个人照护能力的恢复方面。

两组不良反应与并发症发生率相近，说明干预方案具有良好可行性与安全性。强化护理通过系统化监测与体位管理，有助于避免肩痛、挛缩、坠床、压疮及肺部感染等高风险事件，使康复训练在可控范围内进行。研究结果提示：早期强化康复护理在卒中住院阶段具有较高应用价值，并可作为提升康复质量的重要路径<sup>[9]</sup>。

### 4.3 对康复全过程管理的启示

卒中康复是贯穿急性期、恢复期与慢性期的长期过程，仅依赖住院短期训练无法满足长期功能恢复需求。本研究强

化护理路径纳入随访机制，在出院后1、3、6、12个月持续提供康复指导与居家训练处方，使患者能够在家庭和社区环境中维持训练频率，降低功能倒退风险<sup>[10]</sup>。

研究结果表明，早期强化康复护理的核心价值在于“更早、更全、更连续”。其临床意义不仅体现在住院期间功能改善，也体现在为长期康复奠定更坚实基础<sup>[11]</sup>。

## 5 结论

本次研究结果表明，针对卒中病患实施的早期康复护理干预，在促进运动功能恢复与提升日常生活能力方面具有显著效果，尤其在增强病患功能性活动能力与生活自理能力上优势突出，这一结论充分说明，早期康复护理干预应当纳入卒中病患的常规治疗体系，依托个性化康复方案的实施，能够有效推动病患实现早期功能恢复，减少并发症发生风险，改善整体生活质量，本次研究同样存在一定局限性，诸如样本量偏小、随访周期较短等问题均会对研究结论的全面性造成影响。

## 参考文献

- [1] 张燕.超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及生活质量的影响[J].名医,2024,(08):105-107. DOI:10.20255/j.cnki.issn1674-9561.2024.08.038.
- [2] 郑莹.早期康复护理干预对脑梗塞患者依从性及运动功能恢复的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(05):589-590. DOI:10.13586/j.cnki.yjyx1984.2023.05.114.
- [3] 刘阳.早期介入康复护理干预对脑卒中患者功能恢复的影响——评《脑卒中康复专科护理服务能力与管理指引》[J].世界中医药,2023,18(01):154.
- [4] 甘秀军,詹玲球.超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复和生活质量的影响[J].吉林医学,2023,44(04):1134-1137.
- [5] 刘阳.早期介入康复护理干预对脑卒中患者功能恢复的影响——评《脑卒中康复专科护理服务能力与管理指引》[J].世界中医药,2023,18(01):154.
- [6] 林丽君,林琼敏,谢梅燕.早期康复护理干预对脑卒中患者运动功能及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(02):329-331.
- [7] 田瑞瑞.早期康复护理干预对脑卒中患者肢体运动功能的影响评价[J].黑龙江中医药,2021,50(03):351-352.
- [8] 李萌.早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J].临床研究,2021,29(12):136-139.
- [9] 闫亚男.基于Cox模式的超早期康复护理干预对预防脑卒中患者抗重力肌肉废用的效果[D].华北理工大学,2024.DOI:10.27108/d.cnki.ghelu.2024.000937.
- [10] 赖镜洪,兰建雄,陈芝娜.预见性护理干预方案对急诊脑卒中患者躯体功能康复的影响[J].生物医学工程学进展,2024,45(04):355-361.
- [11] 张燕.超早期康复护理干预对老年缺血性脑卒中患者肢体功能恢复及生活质量的影响[J].名医,2024,(08):105-107. DOI:10.20255/j.cnki.issn1674-9561.2024.08.038.

# Clinical Practice of Non-drug Nursing Intervention System for Agitated Behavior in Patients with Cognitive Impairment

Licheng Chen

The First Affiliated Hospital of Xiamen University, Xiamen, Fujian, 361000, China

## Abstract

**Objective** To establish a non-pharmacological nursing intervention system for agitated behavior in patients with cognitive impairment and validate its clinical efficacy, providing evidence-based support for clinical care. **Methods** Based on relevant theories and evidence-based research from 2023 to 2024, a closed-loop non-pharmacological nursing intervention system was developed. A total of 80 patients with cognitive impairment and agitated behavior were randomly divided into two groups. The control group received routine care, while the intervention group was treated with this system. The scores of CMAI, NPI, and DEMQOL-Proxy-U, as well as the incidence of adverse care events, were compared between the two groups before intervention and at 1 and 3 months post-intervention. **Results** After intervention, the scores on the above scales in the intervention group showed significantly better improvement than those in the control group ( $P < 0.001$ ), and the incidence of adverse events (5.0%) was lower than that in the control group (22.5%) ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** This intervention system can effectively alleviate agitated symptoms, improve quality of life, reduce care risks, and has high clinical application value.

## Keywords

Cognitive impairment; Agitated behavior; Non-pharmacological care; Intervention system; Clinical practice

# 认知障碍患者激越行为非药物性护理干预体系的临床实践研究

陈丽程

厦门大学附属第一医院, 中国·福建 厦门 361000

## 摘要

**目的** 构建认知障碍患者激越行为非药物性护理干预体系并验证其临床效果, 为临床照护提供循证依据。 **方法** 基于相关理论及2023-2024年循证证据, 构建闭环非药物性护理干预体系。选取80例认知障碍伴激越行为患者随机分为两组, 对照组行常规护理, 干预组应用该体系, 比较两组干预前及干预1、3个月的CMAI、NPI、DEMQOL-Proxy-U评分及照护不良事件发生率。 **结果** 干预后干预组上述量表评分改善优于对照组 ( $P < 0.001$ ), 不良事件发生率 (5.0%) 低于对照组 (22.5%) ( $P < 0.05$ )。 **结论** 该干预体系可有效减轻激越症状、提升生活质量、降低照护风险, 临床应用价值高。

## 关键词

认知障碍; 激越行为; 非药物性护理; 干预体系; 临床实践

## 1 引言

认知障碍患者常伴随行为和心理健康症状 (BPSD), 其中激越行为发生率达 20%-70%, 表现为言语攻击、肢体冲突等, 严重影响患者生活质量, 增加照护负担并诱发跌倒等安全隐患。临床常用抗精神病药物控制, 但疗效有限且易引发嗜睡、代谢紊乱等不良反应, 对老年患者风险更高, 故探索安全有效的非药物性护理干预成为研究重点 [1]。

近年非药物性干预价值凸显, 多项研究证实多感官刺激、音乐疗法等可缓解激越症状 [2], 但当前临床干预多零

散无序, 缺乏系统性规范体系, 导致效果参差不齐。基于此, 本研究结合 2023-2024 年最新循证证据, 构建科学规范的非药物性护理干预体系并验证效果, 旨在为临床提供标准化照护方案 [3]。

## 2 认知障碍患者激越行为非药物性护理干预体系的构建

### 2.1 构建依据与核心原则

本干预体系的构建以萨波斯基行为生成模型为理论基础, 该模型指出认知障碍患者的激越行为主要受即时神经触发和短期生理状态主导, 其本质是生理-神经-认知系统协同失衡的行为放大现象, 而非“故意为之”的问题行为。同时, 结合反应性行为 (RB) 理论, 强调激越行为是患者对环境

【作者简介】陈丽程 (1992—), 女, 中国福建南安人, 本科, 主管护师, 从事神经内科研究。

刺激、沟通障碍或未满足需求的有意义反应,干预核心应从“纠正行为”转向“理解与回应”。

体系构建遵循四大核心原则:一是个体化原则,基于患者认知水平、行为特征、生理状态及个人偏好制定干预方案;二是循证性原则,所有干预措施均参考2023-2024年高质量临床研究证据[4];三是多学科协作原则,整合护理、精神科、康复治疗、社工等多学科资源[10];四是预防优先原则,通过早期评估识别高危因素,实现从被动应对到主动预防的转变。

## 2.2 体系框架与核心内容

构建“评估-分层干预-效果反馈-持续优化”的闭环非药物性护理干预体系,具体内容如下:

全面评估模块采用“生理-心理-环境-社会”四维评估模式,明确激越行为的触发因素与严重程度。生理评估重点排查睡眠障碍、便秘、疼痛、脱水等潜在生理不适,这些因素是激越行为的重要“放大器”;心理评估采用NPI量表评估患者情绪状态;环境评估聚焦噪音、光线、空间布局等刺激因素;社会评估关注患者社交需求及家属照护能力。同时,采用CMAI量表对激越行为进行量化评分,结合ABC(前因-行为-后果)分析法记录行为特征,为分层干预提供依据。

分层干预模块根据CMAI评分将激越行为分为轻度(<20分)、中度(20-40分)、重度(>40分),实施阶梯式干预:

轻度激越:以环境优化和基础沟通干预为主。环境优化包括控制环境声压低于45分贝,采用柔和自然光线与低饱和度色调,规划清晰环形动线并设置地标指引,减少患者空间认知障碍;沟通采用尊重、简洁的语言策略,使用共情句式,避免抽象表达和命令式语气,通过重复肯定缓解患者焦虑。

中度激越:在轻度干预基础上增加个性化感官刺激与结构化活动。感官刺激采用文化适配的多感官干预方案,如结合患者偏好的音乐疗法、温和触觉安抚工具,必要时联合芳香疗法(如薰衣草精油)调节情绪;结构化活动根据患者过往兴趣设计,如园艺、手工、怀旧回忆等,通过可预测性活动降低混乱感,转移注意力。

重度激越:启动多学科协作干预,联合精神科医生排除器质性病因,康复治疗师制定个性化运动方案。核心干预包括“转移-替代”行为策略,如在患者出现游走倾向时,安排其参与模拟日常活动的任务;照护者采用非对抗性肢体语言,通过温和接触传递安全感,同时建立应急防护机制,移除危险物品,避免物理约束。此外,针对夜间激越明显的患者,调整作息规律,避免午睡过长,通过睡前放松训练(如轻柔按摩、舒缓音乐)改善睡眠节律。

效果反馈与持续优化模块建立动态监测机制,每周采用CMAI、NPI量表复评,结合护理记录、家属反馈收集干预效果数据。每月组织多学科团队会议,基于PDCA循环分析干预方案的有效性,针对效果不佳的情况调整干预措施,如更换感官刺激类型、优化活动难度等。同时,为家属

提供定制化培训,内容包括激越行为识别技巧、家庭环境调整方法、应急应对话术等,构建家庭-医院联合支持网络,确保干预延续性。

## 3 临床实践验证

### 3.1 研究对象

选取2024年1月—2024年12月在某院老年病科及康复科住院的认知障碍伴激越行为患者80例。纳入标准:符合ICD-11认知障碍诊断标准;CMAI评分 $\geq 15$ 分;年龄 $\geq 60$ 岁;患者家属知情同意并签署知情同意书。排除标准:合并严重心肝肾功能不全、恶性肿瘤;存在明确精神疾病史;无法配合完成干预及评估。采用随机数字表法将患者分为干预组和对照组,每组40例。干预组男22例,女18例,年龄65-88岁,平均(76.3 $\pm$ 5.2)岁;对照组男23例,女17例,年龄64-89岁,平均(75.8 $\pm$ 5.5)岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 3.2 干预方法

对照组采用常规护理,包括基础生活护理、安全防护、病情监测、常规健康宣教等。

干预组应用本研究构建的非药物性护理干预体系,干预周期为3个月,具体实施:由经过专项培训的护理人员主导,联合精神科医生、康复治疗师组成干预团队;干预前完成四维全面评估,制定个性化干预方案;按轻度、中度、重度分层实施干预措施;每周进行效果监测,每月调整干预方案;同时开展家属培训,每月1次,每次60分钟。

### 3.3 评价指标

(1)激越行为严重程度:采用CMAI量表评估,该量表包含29项激越行为,每项按发生频率0-4分评分,总分0-116分,得分越高提示激越行为越严重。(2)神经精神症状:采用NPI量表评估,重点关注agitation/aggression、depression/dysphoria等维度评分。(3)生活质量:采用DEMQL-Proxy-U量表评估,总分0-100分,得分越高提示生活质量越好。(4)照护不良事件:记录干预期间跌倒、走失、自伤/伤他等事件发生率。

### 3.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用t检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

### 3.5 结果

两组CMAI评分比较干预前,两组CMAI评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预1个月、3个月后,两组CMAI评分均下降,且干预组下降幅度显著大于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。

两组NPI评分比较干预前,两组NPI量表中agitation/aggression、depression/dysphoria维度评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预1个月、3个月后,干预组上述维度评分均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。

两组生活质量评分比较干预前,两组DEMQL-