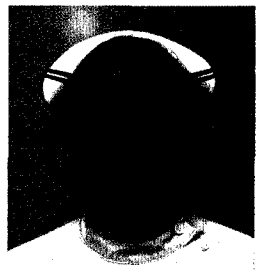
临床护理

DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001273



老年痴呆患者安全管理的研究进展

朱　圆[1],余小萍[1],顾　颖[1],于　岚[1],何　舫[1],杨洁群[2],陈　艳[2],张臻吕裕[1]
（上海交通大学医学院附属瑞金医院 1. 老年科;2. 神经内科,上海　200025）

【摘　要】老年痴呆症在全球发病率逐年上升,该疾病是以进行性神经系统退行性变为特征,一旦患病,整个病程都将伴随一系列不安全隐患,于是老年痴呆患者的安全管理日渐引起国际的关注。本文通过综述国内外老年痴呆患者安全管理的研究现状,介绍近年来老年痴呆患者与安全相关的危险因素和测评工具,提出老年痴呆患者安全管理的主要具体内容,期望为今后老年痴呆的安全管理模式提供借鉴与参考。

【关键词】老年痴呆;安全管理;测评工具;危险因素
【中图分类号】R749.1+5　　【文献标志码】A　　【收稿日期】2017-04-05

Research progress of safety management of patients with dementia

Zhu Yuan[1], Yu Xiaoping[1], Gu Ying[1], Yu Lan[1], He Fang[1], Yang Jiequn[2], Chen Yan[2], Zhang Zhenlüyu[1]
(1.Department of Geriatrics; 2. Department of Neurology,
Rui Jin Hospital Shanghai Jiao Tong University School of Medicine)

【Abstract】The number of the patients with dementia is increasing every year all over the world. Dementia is a kind of regressive disease of central nervous system. During the course of dementia, there are a lot of potential risks to safety of patients. So the international association pays more attention to the safety management of dementia nowadays. By reviewing the literates of safety management of the patients with dementia and understanding the related risk factors and assessment tools in recent years, the author suggests the main steps in the safety management in dementia, and hope to provide an advice for the further study.

【Key words】dementia; safety management; assessment tools; risk factors

随着全球人口老龄化进程,老年性痴呆发病率呈逐年上升趋势。一项国际共识研究提示,全球每 7 秒便新增 1 例老年痴呆患者[1]。近期国际老年痴呆协会发布数据,截至 2015 年全球痴呆症患者已达 4 680 万,预计至 2050 年痴呆症患者人数将达 1.315 亿,其中绝大多数人群来自发展中国家例如中国和印度等。老年性痴呆是一种起病隐匿、进行性发展的中枢神经系统退行性疾病,以持续进行性的智能衰退为特征。病情日趋严重,患者的日常生活自理能力不断下降,直至完全依赖他人,认知功能严重受损,人格发生改变,甚至出现精神症状,需要长期照顾[2]。老年痴呆由于疾病的特殊性,患者安全问题尤为值得关注。

世界卫生组织 2006 年启动了全球性工作[3],关注患者安全,共创医患关系双赢的局面,患者安全成为现代医疗服务模式所追求的目标。因此,本研究以老年痴呆患者安全管理为切入点,采用文献分析法对国内外研究进展进行述评。

1　相关概念

2005 年世界卫生组织国际患者安全联盟发布了 Forward

作者介绍:朱　圆,Email:zy21290@rjh.com.cn,
研究方向:护理管理、老年护理、心理护理、营养护理。
通信作者:余小萍,主任护师,任上海交通大学医学院附属瑞金医院老年科科护士长,上海市护理学会老年护理专委会副主任委员。长期从事老年临床护理及护理管理工作。对老年护理和管理有较深的研究,作为项目负责人,主办继续教育 10 期,其中国家级 2 期,市级 8 期;承担上海市护理学会、院内、院外、社区的培训与带教。多次参加国际、国内护理学术交流,并大会发言。作为项目负责人,承担市科委、局级、校级、HOPE 基金会、院级护理课题 14 项。发表论文 40 余篇,其中核心期刊第一作者 & 通讯作者 20 余篇。主编的医学专著有《老年护理保健》、《老年护理保健手册》、《老年科护理基本知识与技能 1000 问》、《慢性阻塞性肺疾病健康指导》和《老年护理》5 本,参编多本。获首届上海市护理质控中心护理工作改进成果奖,上海市护理协会科技进步二等奖等。Email:yuxioping5858@163.com。
基金项目:上海市卫生计生委局级课题资助项目(编号:201540347)。
优先出版:http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20170516.1134.028.html
(2017-05-16)

Program，其中指出将患者安全是在医疗护理过程中采取必要措施，避免或者预防患者的不良后果或伤害，包括预防差错、偏误和意外[4]。伴随国际卫生保健制度的完善，世界卫生组织在 2009 年公布的“患者安全国际分类”研究报告中进一步将患者安全定义为：“患者安全是将卫生保健相关的不必要伤害减少到可接受的最低程度的风险控制过程”，该报告还界定并说明了 48 个与患者安全相关的概念或术语[4]。

2 老年痴呆患者安全管理的危险因素

根据国内目前对老年痴呆患者的不安全事件发生概率研究，常见的护理安全问题包括跌倒、误吸、走失、压疮[5-7]。2008 年美国的医疗机构联合评审委员会发布的 2009 年患者安全目标指出，核查患者的用药，防止患者跌倒，教会患者及家属及时报告安全隐患，识别患者安全危险因素，辨别哪些患者有自杀倾向，密切观察患者病情变化，并在他们需要帮助时及时作出反应，这些安全目标都与老年痴呆患者的安全密切相关[8]。对影响老年患者安全的相关因素进行分析，发现日常生活自理能力、总体衰退程度、视力、骨质疏松、体质量减轻、平衡障碍及眩晕、精神行为异常、合并 3 种以上慢性病等可能对护理不良事件的发生有影响[9-11]。

目前临床上，通常将患者分为轻度痴呆、中度痴呆或重度痴呆，这是依据痴呆患者的功能损害程度和（或）神经心理学测查结果[12]。这种分类方法有助于对不同分级的痴呆患者采取不同的护理干预。轻度痴呆：此阶段患者的日常生活能力部分受损，需要帮助维持的改善工具性日常生活能力。中度痴呆：此阶段患者认知功能逐渐减退，日常生活能力降低，需要帮助患者应对生活中的各种障碍。重度痴呆：此阶段患者基本丧失生活自理能力，需要重点关注其口腔卫生、营养状况、排泄，避免吸入性肺炎、压疮、深静脉血栓等并发症[13]。常见的安全问题有以下几个方面。

2.1 跌倒

痴呆已经被证实是老年人跌倒的独立危险因素[10]。老年痴呆患者平均年龄大、体弱、关节不灵活、骨质疏松、肌力下降、定向力不全等多种原因，导致各种生理功能衰退，生活自理能力差[14-15]。研究结果显示，自理能力高低与跌倒风险有关，自理能力差的痴呆患者发生跌倒的风险较高[16]。痴呆患者随着病情的发展，痴呆程度的加重，日常生活自理能力逐渐下降，步态异常及平衡功能紊乱等导致跌倒的危险性提高[17]。然而有研究采用临床痴呆量表评定痴呆的严重程度，发现跌倒的发生和痴呆严重程度相关性不大[9]。

正是因为老年痴呆患者常伴有共济失调及运动障碍，发生跌倒、坠床等护理安全不良事件多[18]。许多研究一致认为运动障碍与跌倒相关，痴呆患者步态的步高、步幅、速度、连续性、直线性及平衡性等都有改变，与跌倒的发生关系密切[9,14,19-21]。

老年痴呆患者中服用抗精神药物[22]、抗焦虑药物、抗抑郁药物，要比未服用该类药物的患者更易发生跌倒[10]。然而也有报道通过跌倒与危险因素的单因素分析得出，未发现使用镇静安眠药物、使用抗精神病药物与跌倒明显相关[9]。其他药物如降压药、降糖药、扩张血管药、抗心律失常药也可以导致跌倒危险性增加，低血压及低血糖可以加重老年跌倒的危险性[23]。

病室陈旧、布局不合理造成的环境不安全[7,9,24-26]，是导致老年患者容易跌倒的因素。如日常用品摆放不当、过道障碍物；病室内无厕所、卫生间置于走廊的一角、采用蹲式马桶、走廊及卫生间无扶手；地砖光滑、地面潮湿或有水渍；照明不足，床的高度不合适、坐凳不稳、楼梯台阶的高度过高；患者衣裤大小不合适、未穿防滑鞋、助行器（拐杖等）使用不当等。

及时准确的评估是预防跌倒的重要基础[27]。常用的评估量表有：跌倒和（或）坠床危险因素评估表[28]，Morse 跌倒评估量表[29-30]。

2.2 走失

老年患者的走失行为是指在日常生活中老年患者不能确认自己的位置，不能找到目的地或起始地点的位置，而迷途不返或下落不明[31]。

痴呆的发病多缓慢隐匿，患者往往先表现为兴趣减退、主动性差、社会性退缩等症状；随着病情的进一步发展，先后出现近、远期记忆功能受损，定向力障碍等。病情严重的患者由于多种障碍的存在一旦独自外出很容易造成走失[32]。此外，老年痴呆患者在没有家属或医护人员陪伴外出时，常因语言交流障碍而不能自主问路，也是导致迷路或走失的重要原因[33]。据权威专家保守估计，我国大陆地区近年来每年走失的老年人不低于 30 万人[34]。在中国台湾地区，约 71%的轻重度老年痴呆患者发生过走失行为[35]。据美国老年痴呆协会报道，60%的痴呆患者出现过走失事件[1]。痴呆患者走失发生率高，后果严重，其不良后果主要包括跌倒、受伤、再住院甚至死亡等，给社会及家庭带来沉重的负担[36]。

由于走失将会对老年痴呆患者带来较严重的后果，因此准确评估患者走失风险程度是对患者展开护理干预措施的第一步。目前，国内外常用的评估问卷和量表为老年痴呆患者日常空间定向问卷（everyday spatial questionnaire for dementia-patient version，ESQD-P）[35]、寻路效能量表（wayfinding effectiveness scale，WES）[37]。此外，近年来国外运用虚拟现实技术，通过模拟现实场景来评估老年痴呆患者的导航能力及走失风险[31]。

2.3 误吸

误吸是指进食或非进食时，由于各种原因导致数量不一的胃内容物、分泌物或血液等逆流至声门以下的气道进而引发的一种呼吸道症状。老年患者由于参与进食活动的肌肉失去神经的控制或肌肉、骨骼运动不协调，影响进食从而导致食物误吸入气道引起吸入性肺炎等，严重者将危及生命。特别是患有老年性痴呆的患者，他们生活不能自理，是误吸的高危人群。

痴呆患者引起误吸的危险因素中，患者年龄、进食时体位以及有误吸史对误吸的发生率存在着较大的影响，多项研究显示：随着年龄的增加风险增加；同时受进食体位的影响，平卧位风险最大；有误吸史患者再次发生误吸的风险增加。提示对高龄阿尔茨海默病（Alzheimer's disease，AD）伴有误吸史患者提供合适体位是避免误吸发生的关键[38]。

国外常用的误吸评估量表有：常用评估老年痴呆进食困难的工具有 3 种，包括爱丁堡痴呆进食评估量表（the Edinburgh feeding evaluation in dementia scale，EdFED）、进食行为量表（the feeding behaviour inventory，FBI）和饮食行为量表（eating behavior scale，EBS）。国内在这方面研究相对较少，除了 Lin 等引进翻译的中国台湾繁体版 EdFED 量表和 2011 年刘文等的中文版 EdFED 量表外[39]，其他量表较为匮乏。

2.4 压疮

压疮是发生在皮肤和（或）其下组织的局限性损伤，骨性突好发，压力和（或）剪切力是诱发因素[40]。老年痴呆患者运动及神经活力较低，其机体控制力差，感觉功能衰退，保护性反射迟钝，老化的皮肤软组织新陈代谢率低，使得老年痴呆患者成为压疮发生的高危人群[41]。

预防痴呆患者发生压疮，积极评估患者情况是重要的关键一步[42]，寻找合适痴呆患者的压疮风险评估量表。应对发生压疮的相关危险因素进行定性、定量的综合分析[43]，选择适合痴呆患者的压疮风险评估表也是预防的关键。结构化方法风险评估使临床判断细化，且提供了相关风险因素的知识[40]。

目前专供痴呆患者的压疮评估量表暂无，故仍使用老年人压疮风险评估量表。Norton、Braden 和 watedow 量表是国外老年患者中应用最广的 3 种压疮危险评估量表[44-46]。Norton 量表对神经外科和神经内科的信度最高，该人群具有一定的压疮检出能力和鉴别能力[47]。

3 老年痴呆患者安全管理的测评工具

选择合适的量表对痴呆安全风险护理管理是非常重要的。认知评估、日常功能评估、精神行为症状评估痴呆的精神行为症状几乎在所有痴呆患者病程的某一阶段都会出现，国外对老年痴呆研究评估的量表居多。

3.1 认知评估

首先使用简易智能状态量表（mini-mental state examination，MMSE），该量表是由美国学者 Flostein 等于 1975 年研制[48]，包含 11 项认知功能，相关包括时空定向力、记忆、注意力、语言和画图等，进行综合智能评估，为目前国内外使用最为广泛的 AD 及相关认知功能障碍筛选量表。目前国内主要采用上海市精神卫生中心张明园教授修订的版本[49]。临床痴呆评定量表（clinical eementia rating scale，CDR）[50-51]通过评估患者的记忆力、定向力、处理问题、社区事务、家庭生活、生活自理能力等方面，对患者认知功能和社会生活功能损害的严重程度进行临床分级，该量表适用于 AD 或其他痴呆患者。新加坡学者 Nyunt 等[52]于 2013 年对原 CDR 进行了改良，形成了不依靠知情人信息的改良版 CDR（modified CDR without informant，CDR-NI），而 CDR-NI 中文译本经孙芸等[53]的测定，显示具有较好的信度和效度，能够在没有知情人提供信息的情况下有效评估社区中伴有认知功能下降主诉的老人的认知功能状况。

3.2 日常功能评估

日常生活活动能力量表（activities of daily living scale，ADL）、Barthel 指数都被临床上广泛应用，可用于不同疾病患者生活能力的评估，亦可在痴呆不同阶段使用，以辅助诊断及判断预后。另外，社会功能活动问卷（functional activities questionnaire，FAQ）和工具性日常活动能力量表（instrumental ADL scale of Lawton）适用于较轻患者的评价。

重度痴呆患者应根据具体情况选用阿尔茨海默病协作研究重度患者日常能力量表（ADCS-ADL-severe）、痴呆残疾评估（disability assessment for dementia，DAD）等量表。阿尔茨海默病合作研究日常生活活动能力量表（ADCS-ADL）：用于评估患者日常生活活动能力，共有 23 项评分项目，总分为 0~78 分，得分越低，说明患者的日常生活能力越差[54]。DAD 包括 40 个项目：17 个涉及基本自我照顾，23 个涉及日常生活的工具活动。它表现出高度的内部一致性（Cronbach's alpha=0.96）和优秀的评分者可信区间（n=31，ICC=0.95）和测试复验（n=45，ICC=0.96）可靠性。此外，发现没有性别偏见[55]。

3.3 精神行为症状评估

1996 年，国际老年精神科学会（International Psychogeriatric Association，IPA）将痴呆患者经常出现的紊乱的知觉、思维内容、心境或行为等症状统称为痴呆的精神行为症状（behavioral and psychological symptoms of dementia，BPSD）。痴呆的精神行为症状几乎在所有痴呆患者病程的某一阶段都会出现，是困扰痴呆患者及其家属的常见问题，会加速认知功能损害，增加照料难度[56-58]。在临床 BPSD 评估中常应用阿尔茨海默病病理行为评分表（BEHAVE-AD）和 Cohen-Mansfield 激越问卷（Cohen-Mansfield agitation inventory，CMAI）。

阿尔茨海默病病理行为评分表（BEHAVE-AD）是 1987 年由美国学者 Reisberg 等编制，包含总体评定和症状评定两部分内容，症状评定共 25 个题项，总体印象评分用于综合评定 BPSD 对照料者及患者所带来的影响[59]。目前国内主要采用的 BEHAVE-AD 简体中文版为上海市精神卫生中心盛建华等于 2001 年修订的版本[60]。Cohen-Mansfield 激越问卷系 1986 年由美国学者 Cohen-Mansfield 等编制[61]，目前运用最为广泛的是护理院-长版（long form），共有 29 个项目组成，包含躯体性攻击行为、躯体性非攻击行为、言语性激越行为 3 方面。CMAI 已成为国际上专门用于评定老人及痴呆患者激越症状的神经量表，目前已被翻译修订成多种语言版本。2003 年，上海精神卫生中心肖世富等修订了 36 项中文版

CMAI，并取得了较好的信效度[62]。

3.4 生活环境评估

国外通过 30 多年对老年痴呆照护机构生活环境评估量表的研究，设计了多种适应证的评估量表，其中治疗环境筛检调查表（therapeutic environment screening survey for nursing home，TESS-NH），专业性环境评估量表（professional environmental assessment protocol，PEAP）比较成熟，得到了较为广泛的应用。

1996 年 TESS-NH 量表由美国 Sloane 博士在考量护理院的实际状况后，重新修订 Therapeutic Environment Screening Scale 而成，该量表信效度高、实践性强，且已被澳大利亚等不同文化背景的国家使用，是相对较成熟的养老机构老年痴呆患者治疗性环境筛查量表[63]。2015 年柯淑芬等[64]修订了中文版护理院治疗性环境筛查量表，研究显示中文修订版 TESS-NH 量表具有较好的信度和效度，可用于中国养老机构老年痴呆治疗性环境质量水平的评价和研究。

美国 Wisconsin 大学 Weisman[65]教授邀集医学、护理、环境心理学和建筑学领域的学者组织跨领域的研究团队，在全国老年研究所（National Institute on Aging，NIA）的经费赞助下，于 1996 年开发了 PEAP 量表。该量表从老年痴呆患者生活品质和活动安全性角度出发，以家庭化、温馨化的整体生活环境为基础，设定各项评定项目。该量表需要由环境专家或具备专业知识及特殊训练的人员进行评估。日本研究团队在美国版 PEAP 量表的基础上，翻译调整修正出了日本版 PEAP 量表，最新的日本版 3PEAP 量表适用于入住到养护中心、护理院或小规模群居住宅等机构的老年痴呆患者，对日本拓展痴呆照顾环境发挥了举足轻重的作用[66]。

目前国内针对老年痴呆患者安全方面的评估量表极少，至今还没有一套较为完善的，针对老年痴呆患者使用的照护环境评估量表，建议在借鉴国外相关量表的基础上，结合我国本土文化、社会现状、生活习惯和环境特点，早日探索并制定出适合我国老年痴呆患者的环境评估量表。

4 老年痴呆患者安全管理的具体内容

4.1 制定安全管理目标首要步骤

为确保老年痴呆患者的生活质量和安全性，遵循美国 JCI 发布的 2009 年患者安全目标原则，痴呆患者的安全管理目标应包含以下内容：①建立平静的生活，取得最佳的生理和心理功能。②尽可能不改变生活习惯和环境、人际关系。③识别和管理行为症状，减少问题行为的发生。④识别和处理其他可能使老年痴呆恶化的任何健康问题（如糖尿病，高血压）。⑤改善居室或其他场所的物理环境，提高安全性。⑥使用记忆辅助工具。⑦避免压力，减少精神行为症状。

4.2 准确及时全面评估老年痴呆患者

全面评估老年痴呆患者，应从患者的意识、认知、行为、精神以及日常生活能力等方面，了解患者的经历、人格、价值观、世界观、需求以及这些条目与认知、功能变化的交叉途径。同时关注患者家庭情况和决策系统包括照料者的各方面情况等[67]。尤其是对日常生活能力明显减退的中-重度痴呆患者更为重要。

若出现下述任何症状，需要特别注意观察，及时医院随访告诉医生，快速诊治有助于预防疾病恶化，维持良好的生活质量。①日常生活能力障碍。②在家中或其它活动场所跌倒及其他的危险。③可能引起焦虑的新事物，如居住环境变化、新入住老年人等。④进食困难或无法完成用餐。⑤大小便问题（找不到卫生间、药物副作用、尿失禁）。⑥药物副作用：治疗老年痴呆的药物潜在许多副作用，如呕吐、腹泻和体质量减轻等。

4.3 实施管理

4.3.1 全球定位系统 GPS 利用 GPS 辅助技术来帮助照护者更容易地定位老年痴呆患者，使用全球定位系统的老年痴呆患者当走到指定区域外时，装置会提示照护者患者离开安全区域，当患者发生走失时此设备可以提供该患者的地理坐标，使照护者便于发现患者。尽管对 GPS 设备涉及患者的隐私权和自治权的伦理法律问题，但照护者及患者本人均认为携带此设备利大于弊。定位设备可以减少患者走失后搜索救援及费用，同时可以增加早期到中度阶段痴呆患者的独立性、自主性，也降低了照护者无法看护患者时所产生的压力和焦虑情绪[68]。

4.3.2 远程医疗支持系统 TMSS 远程医疗在西方社会现在广泛使用，报警呼叫挂件就是第一代远程医疗的产品。呼叫被传递到一个控制中心，在该控制中心，呼叫处理程序可以组织某种类型的响应，无论是对紧急服务还是对作为报警呼叫挂件持有者的邻居或朋友。技术的进步导致了发展或更先进的设备。远程医疗的第二代产品包括传感器如烟雾、气体、热链接和洪水社区报警服务，包括监控开门和关门的动作传感器和设备，水龙头的运行，以及电器的使用等[69]。

4.3.3 痴呆患者的日常照料系统（Rosetta 系统） 2014 年由德国、荷兰、比利时 3 个国家相关卫生组织联合推出的Rosetta 系统计划，现目前也在该 3 个国家内开始试点使用，先初见成效。由老年人日常导航器、早期检测系统、无人自治监控系统 3 个先进的科技技术整合成的痴呆患者的日常照料系统，用于支持痴呆患者改善生活质量及增加其在家生活的安全性；据研究显示，居家照料占痴呆患者照料需求的绝大部分，痴呆照料者主要为家庭成员，以配偶和子女居多[70]。该技术的辅助功能，能够减少非专业照顾者的负担，提高其进行照料的信心；最后，也可使专业护理人员有更多时间专注于患者的治疗以及康复，减少护理人员的焦虑情绪。轻度至重度老年痴呆患者均可使用[71]。

5 展 望

鉴于此，国外学者对于老年痴呆患者的相关研究呈现了

多元化的趋势，静态的现况调研与动态的分析相结合，横断面调查与跟踪调查相互补充，定量研究与定性研究相结合。然而，国内的学者对于老年痴呆患者的研究仅处于起步阶段，笔者认为可借鉴国外已有的相关研究思路开展以下几个方面的研究：①研制家庭照顾者对老年痴呆患者的筛查工具，为早日筛查老年痴呆患者、延缓其病程、减少社会及家庭负担提供可靠依据。②构建老年痴呆患者安全风险预测模型，旨在为减少老年痴呆患者安全隐患、为进一步采取老年痴呆患者安全的护理措施提供理论依据。③探讨老年痴呆患者安全不同疾病阶段的安全风险因素水平及分析其变化趋势，可帮助护理人员护士进一步了解老年痴呆患者的疾病发展轨迹，并为有针对性地、适时地选择适宜的干预对策策略提供依据。

致　谢

Barbara Bowers 教授，美国威斯康星大学麦迪逊分校护理学院副院长、美国科学院院士，致力于老年痴呆长期照顾的相关研究。

王琳讲师，上海交通大学护理学院，研究方向是老年护理、护理管理。

参 考 文 献

[1] Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study[J]. Lancet, 2005, 366(9503): 2112-2117.

[2] 何　伋. 老年脑科学[M]. 北京：北京出版社，2001：225-239.

[3] 赵明钢，焦亚辉，陈　虎，等. 国际医疗质量管理现状研究[J]. 中国卫生质量管理，2009，16(6)：1-4.

[4] WHO. Summary of the evidence on patient safety: implications for research[R]. Geneva World Health Organization, 2008.

[5] 刘　娟. 8 例老年痴呆患者住院期间护理安全分析[J]. 解放军医院管理杂志，2015，22(6)：569-570.

[6] 黄　灿，王爱民. 中重度老年痴呆住院患者的安全护理[J]. 医学信息，2013，26(4)：356-357.

[7] 周和玲，范　卉，吕敏敏. 团队协作模式在老年痴呆病人安全管理中的实践[J]. 全科护理，2016，14(13)：1366-1368.

[8] 翟秀霞，叶旭春. 美国 2009 年患者安全目标[J]. 中华现代护理杂志，2009，15(24)：2472-2472.

[9] 刘　慧，沈　军. 住院老年痴呆患者跌倒发生情况及危险因素分析[J]. 中国老年学，2011，31(23)：4638-4639.

[10] 覃朝晖，于普林，朱晓平，等. 北京市城市社区 1 512 名老年人跌倒的危险因素分析[J]. 中华流行病学杂志，2006，27(7)：579-582.

[11] 李　华，慕琍萍，常亭玲，等. 住院老年痴呆患者护理不良事件现况及影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志，2013，29(23)：28-31.

[12] 贾建平，王荫华，李焰生，等. 中国痴呆与认知障碍诊治指南（二）：痴呆分型及诊断标准[J]. 中华医学杂志，2011，91(10)：651-655.

[13] 中国老年医学学会认知障碍分会. 中国认知障碍患者照料管理专家共识[J]. 中华老年医学杂志，2016，35(10)：1051-1060.

[14] 周立霞，田明霞，王文琦. 老年痴呆患者住院期间意外事件原因分析及对策[J]. 护理管理杂志，2009，9(4)：43-44.

[15] 罗昌春，邓宝凤，纪冬梅，等. 不同特征痴呆老年住院患者跌倒伤害分析[J]. 中国护理管理，2015，15(11)：1298-1301.

[16] 刘　宇，赵东兴，肖顺贞. 中重度老年痴呆住院病人跌倒与噎食风险及病人特征的研究[J]. 护理研究，2013，27(35)：3987-3989.

[17] 贺润莲，高　莉，景彩丽，等. 社会支持与阿尔茨海默病病人生活质量的相关性研究及护理对策[J]. 护理研究，2009，23(22)：1992-1995.

[18] Mackintosh SF, Sheppard LA. A pilot falls-prevention programme for older people with dementia from a predominantly Italian background [J]. Hong Kong Physiotherapy Journal, 2005, 23(1): 20-26.

[19] 张守字，李　静，满冬梅，等. 老年痴呆患者跌倒危险因素的临床分析[J]. 中华老年医学杂志，2009，28(6)：466-468.

[20] Camicioli R, Licis L. Motor impairment predicts falls in specialized Alzheimer care units[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2004, 18(4): 214-218.

[21] 吴　迪，于普林. 老年人跌倒和神经系统疾病[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志，2006，13(4)：243-245.

[22] Kolanowski A, Fick D, Waller JL, et al. Outcomes of antipsychotic drug use in community-dwelling elders with dementia[J]. Archives of Psychiatric Nursing, 2006, 20(5): 217-225.

[23] 周白瑜，于普林. 老年人跌倒和心血管疾病[J]. 中华老年医学杂志，2006，25(3)：224-227.

[24] 高余英. 老年精神病患者跌倒的危险因素及干预措施[J]. 中国民康医学，2010，22(6)：731-732.

[25] 汪　瑜. 老年性痴呆患者住院跌倒因素分析及护理干预[J]. 医学信息，2015，29(40)：169.

[26] 卢剑萍，林秀铭，郑云斌，等. 高血压患者住院期间跌倒问题分析及对策[J]. 福建医药杂志，2008，30(2)：151.

[27] 冯茂群，方菊花. 患者坠床事件分析与对策[J]. 护理管理杂志，2009，9(5)：49-50.

[28] 孙小丽，向　梅. 老年痴呆患者应用跌倒和(或)坠床危险因素评估表的临床价值[J]. 中国民康医学，2012，24(16)：1993-1994.

[29] Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls[J]. Am J Infect Control, 2002, 30(6): 376-380.

[30] Chow SK, Lai CK, Wong TK, et al. Evaluation of the Morse Fall Scale: applicability in Chinese hospital populations[J]. Int JNurs Stud, 2007, 44(4): 556-565.

[31] 陈　妮，张彩华. 老年痴呆患者走失行为的研究进展[J]. 护理学杂志，2013，28(1)：88-91.

[32] 徐　习，谢　红. 神经内科患者走失防范措施的实施[J]. 护理学杂志，2011，26(15)：10-11.

[33] 智惠琴，王　玲，柳小卉. 老年住院患者存在的安全问题及护理对策[J]. 中国误诊学杂志，2012，12(6)：1454-1455.

[34] 王智慧. 老人走失：一个不容避开的社会话题[J]. 今日科苑，2005(2)：21-23.

[35] Chiu YC, Algase D, Liang J, et al. Conceptualization and measurement of getting lost behavior in persons with early dementia[J]. Int Journal of Geriatric Psychiatry, 2005, 20(8): 760-768.

[36] 陈黛琪，张　樱. 神经内科痴呆患者走失的预警性干预[J]. 护

理学杂志，2015，30(9)：33-34.

[37] Algase D，Son GR，Beel-Bates C，et al. Initial psychometric evaluation of the Wayfinding Effectiveness Scale[J]. Western Journal of Nursing Research，2007，29(8)：1015-1032.

[38] 王建女，章秋萍，段海鸿，等. 阿尔兹海默病患者误吸/窒息风险影响因素研究[J]. 护理与康复，2014，13(5)：423-426.

[39] 郑剑煌，李 红. 老年痴呆患者进食困难的研究进展[J]. 中华护理杂志，2013，48(7)：655-657.

[40] 美国压疮咨询委员会，欧洲压疮咨询委员会，泛太平洋压力损伤联盟. 压疮的预防与治疗：快速参考指南[M]. 2014.

[41] 韩小英，陈春花. 痴呆晚期患者预防压疮护理[J]. 赣南医学院学报，2011，31(2)：317-318.

[42] 金红梅，崔玉顺，吴美福. 褥疮评估单的设计与使用[J]. 护士进修杂志，2005，20(4)：324-325.

[43] 张长惠. 采用评分法针对危险因素预防褥疮[J]. 国际护理学杂志，1996，15(5)：202-203.

[44] Norton D. Norton revised risk scores[J]. Nursing Times，1987，83(41)：6.

[45] Bergstrom N，Braden BJ，Laguzza A，et al. The braden scale for predicting pressure sore risk[J]. Nursing Research，1987，36(4)：205-210.

[46] Waterlow J. Pressuresores：a risk assessment card[J]. Nursing Times，1900，81(48)：49-55.

[47] 王彩凤，巫向前. 3 种压疮危险评估量表在老年患者中应用的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志，2008，24(7)：13-16.

[48] Folstein MF，Folstein SE，McHugh PR. Mini-mental state：a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians[J]. Journal of Psychiatric Research，1975，12(3)：189-198.

[49] 张明园. 中文版简易智能状态检查(MMSE)，精神科评定量表手册[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1998：184-188.

[50] Morris JC，Ernesto C，Schafer K，et al. Clinical dementia rating training and reliability in multicenter studies：the Alzheimer's Disease Cooperative Study experience[J]. Neurology，1997，48(6)：1508-1510.

[51] Lim WS，Chong MS，Sahadevan S. Utility of the clinical dementia rating in Asian populations[J]. Clin Med Res，2007，5(1)：61-70.

[52] Nyunt MS，Chong MS，Lim WS，et al. Reliability and validity of the clinical dementia rating for community-living elderly subjects without an informant[J]. Dement Geriatr Cogn Dis Extra，2013，3(1)：407.

[53] 孙 芸，靳士立，谢 贞，等. 改良临床痴呆评定量表中文版信效度的初步研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志，2015，24(2)：178-180.

[54] Iijima S. Disability Assessment for dementia(DAD)，Alzheimer's disease cooperative study-activities of daily living(ADCS-ADL)[J]. Nippon Rinsho，2011，69(S8)：471-474.

[55] Gélinas I，Garuthier L，Mclntyre M，et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease：the disability assessment for dementia[J]. Am J Occup Ther，1999，53(5)：471-481.

[56] Rosdinom R，Zarina MZ，Zanariah MS，et al. Behavioural and psychological symptoms of dementia，cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia[J]. Prev Med，2013，57(s1)：67-69.

[57] Ornstein K，Gaugler JE，Devanand DP，et al. The differential impact of unique behavioral and psychological symptoms for the dementia caregiver：how and why do patients' individual symptom clusters impact caregiver depressive symptoms?[J]. The American Journal of Geriatric Psychiatry：Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry，2013，21(12)：1277-1286.

[58] Hurd MD，Martorell P，Delavande A，et al. Monetarycosts of dementia in the United States—NEJM[J]. New England Journal of Medicine，2013，369(5)：489.

[59] Reisberg B，Borenstein J，Salob SP，et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease：phenomenology and treatment[J]. J Clin Psychiatry，1987，48(Sl)：9.

[60] 盛建华，陈美娟，高之旭，等. 阿尔茨海默病病理行为评分表信度和效度[J]. 临床精神医学杂志，2001，11(2)：75-77.

[61] Cohen-Mansfield J，Billig N. Agitated behaviors in the elderly：I. A conceptual review[J]. Journal of the American Geriatrics Society，1986，34(10)：711-721.

[62] 夏 仲，肖世富. Cohen-Mansfield 激越问卷信度和效度[J]. 临床精神医学杂志，2003，13(3)：145-146.

[63] Fleming R. An environmental audit tool suitable for use in home-like facilities for people with dementia[J]. Australas J Ageing，2011，30(3)：108-112.

[64] 柯淑芬，李 红. 中文修订版护理院治疗性环境筛查量表的信效度检验[J]. 护理学杂志，2015，30(1)：75-79.

[65] Lawton MP，Weisman GD，Sloane P，et al. Professional environmental assessment procedure for special care units for elders with dementing illness and its relationship to the therapeutic environment screening schedule[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord，2000，14(1)：28-38.

[66] 曾思瑜. 美日两国有关高龄者照护环境评估量表之比较分析[J]. 建筑学报，2009，69：191-210.

[67] 贾建平，王荫华，杨 莘，等. 中国痴呆与认知障碍诊治指南(六)：痴呆患者护理[J]. 中华医学杂志，2011，91(15)：1013-1015.

[68] Topfer LA. GPS locator devices for people with dementia[J]. CADTH Issues in Emerging Health Technologies. Ottawa(ON)：Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health，2016：147.

[69] Kerr B，Cunningham C，Martin S. Telecare and dementia：using telecare effectively in the support of people with dementia[M]. Stirling：Dementia Services Development Centre，2013.

[70] 任汝静，王 刚，陈生弟. 痴呆照料者负担的临床评价、相关影响因素及干预措施[J]. 中国现代神经疾病杂志，2010，10(2)：187-190.

[71] Hattink BJ，Meiland FJ，Overmars-Marx T，et al. Theelectronic，personalizable Rosetta system for dementia care：exploring the user-friendliness，usefulness and impact[J]. Disabil Rehabil Assist Technol，2016，11(1)：61-71.

（责任编辑：冉明会）