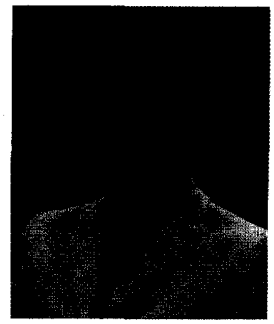
临床护理

DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001270



痴呆老人激越行为非药物干预的研究现状

武　杰,王志稳

(北京大学护理学院,北京　100191)

【摘　要】激越行为是痴呆老人常发生的一组症候群,给老人及其照顾者带来痛苦和沉重负担。由于药物治疗的局限性及副作用,非药物干预为激越行为的主要干预方式。本文对物理环境、活动干预、感官刺激、认知心理刺激、社交与情感支持、生活照护等非药物干预方法进行综述,以期为痴呆老人激越行为的照护提供参考和指导。

【关键词】痴呆;激越行为;非药物干预

【中图分类号】R741　　【文献标志码】A　　【收稿日期】2017-04-05

Research progress of nonpharmacological management of agitation in patients with dementia

Wu Jie, Wang Zhiwen

(*School of Nursing, Peking University*)

【Abstract】Agitation is prevalent among patients with dementia during the disease progression, which has great impact on patients as well as on caregivers. Due to the limit treatment efficacy and adverse effects of pharmacological treatment, nonpharmacological interventions are recommended as the first line treatment for agitation. This article summarized the research progress of nonpharmacological interventions including environment modification, activity arrangement, sensory stimulation, cognitive and psychological stimulation, social and emotional support and daily care, which aims to provide references and guidance for caregivers to cope with agitation.

【Key words】dementia; agitation; nonpharmacological intervention

痴呆(dementia)是一种获得性、进行性的智能障碍综合征,其核心表现为认知功能损害,并可导致患者日常生活、社会交往和工作能力明显减退[1]。全球 60 岁以上人群中痴呆的标化患病率为 4.6%~8.7%[2]。作为人口大国,我国的老年痴呆群体非常庞大,2015 年已有 1 170 万痴呆老人[3-4]。激越行为(agitation)是指不能用患者的某种需求或意识混乱来解释的不恰当语言、声音和运动性行为[5],包括躯体攻击行为、躯体非攻击行为、语言攻击行为、语言非攻击性为,是痴呆老人常表现出来的一组症候群,发生率高达 60.00%~77.75%[6-8]。激越行为严重影响痴呆老人的健康状况[9]和生活质量[10],导致老人提前入住医院或长期照护机构[11-12],增加照顾成本[13]。此外,激越行为还给照顾者造成身心压力和倦怠[14-16],困扰照顾者。由于药物治疗对激越行为的效果有限,且副作用较大[17-18],对于激越行为的干预倡导以非药物干预为主[19-20]。根据需求驱动的痴呆异常行为理论(the need-driven dementia-compromised behavior, NDB)[21],痴呆老人的行为是需求的外在表达,如果需求得到满足,"问题"行为将会得到改善;行为是背景因素和促进因素共同作用的结果,其中背景因素较难改变,包括精神学因素、认知功能、健康状况及既往心理社会学因素;促进因素则相对容易调控和干预,包括生理需求、心理需求、物理环境、社会环境 4 个方面。而各类非药物干预方法则主要通过调控各类促进因素达到降低激越行为发生

作者介绍:武　杰,Email:wujiesmile@163.com,研究方向:痴呆照护、循证护理。

通信作者:王志稳,心理学博士,教授。北京大学护理学院研究生及本科生《护理研究》课程负责人、澳大利亚 Joanna Briggs Institute(JBI)循证中心系统综述培训师,曾获优秀人才青年学者奖。担任中国护理管理编委、护理管理杂志编委、中华护理杂志审稿人;中国社会福利与养老服务协会常务理事,北京痴呆防治协会理事,中国老年医学学会认知障碍分会常务委员,中华护理学会编辑与出版工作委员会秘书。研究方向为认知症照护、老年护理。主持教育部人文社科研究青年基金、美国中华医学基金会(CMB)护理青年教师基金、中国护理管理科研基金、研究生教育教学研究等项目 9 项,民政部《老年人能力评估》国家行业标准主要起草人。以第一作者/通讯作者发表论文 90 多篇。主编《护理科研方法》、《护理研究》等本科教材,前者获北京市高等教育精品教材奖。Email:wzwjing@sina.com。

基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金资助项目(编号:13YJCZH190);北京大学医学部护理科研基金资助项目(编号:BMU20160522)。

优先出版:http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20170516.1130.022.html (2017-05-16)

的目的。本文通过检索相关的指南、系统评价及原始研究，从物理环境、活动干预、感官刺激、认知心理刺激、社交与情感支持及生活照护 6 个方面对痴呆老人激越行为的非药物干预方法进行综述，以期为痴呆老人激越行为的应对提供参考和指导。

1 物理环境

根据 NDB 理论[21]，物理环境因素是行为的促进因素之一。新加坡卫生部 2013 年的指南[22]推荐通过恰当的物理环境塑造管理痴呆老人的激越行为。熟悉、稳定的环境氛围对激越行为的管理非常重要，经常变换居住环境容易使老人感到困惑、混乱[23]，进而诱发包括激越行为在内的各种异常行为问题。有研究[24]显示，环境的熟悉性和稳定性对老人的徘徊行为影响尤为显著。因此，机构可通过营造小单元、居家式的环境氛围[25]，根据老人的具体情况对其卧室进行个性化设置，如在房间内摆放老人过去生活中熟悉或喜欢的家具、照片、服饰等，营造熟悉的环境氛围[23]。维持适当的光照、声音等感官刺激是物理环境干预中的另一个要素[21]，多感官刺激室（multisensory/snoezelen room）是多感官刺激的重要载体。澳大利亚国家卫生和医学研究委员会 2016 年的指南[19]指出多感官刺激室可降低痴呆老人激越行为的发生，但要注意老人是否愿意进入多感官刺激室。此外，痴呆老人由于定向力丧失及徘徊行为，容易四处游荡、走失[26]，故应注意环境中预防走失的元素，如通过将门和墙壁设计成同一种颜色，或在门上装饰布艺门帘遮挡门口、将门锁安装在高于或低于老人视线水平的位置，减少老人对出口的注意[27]；运用报警系统以便及时发现老人的进出情况[28]或使用电子定位设备追踪老人的行迹，以便在老人走失后对老人进行追踪定位，尽快找到老人[29]。

2 活动干预

痴呆老人的社交功能退缩，自理能力下降，主动参加活动的意愿降低。但痴呆老人同样存在情感方面的心理需求，适当的躯体活动、艺术活动、休闲活动的参与可以提高痴呆老人的社会参与度与躯体功能，增加其愉悦感，满足其情感需求。同时也可在一定程度上延缓痴呆所致的功能下降、改善其睡眠觉醒周期，调节睡眠紊乱，促进生理需求的满足，进而改善激越行为。

2.1 躯体活动

躯体活动的参加有助于维持痴呆老人的运动功能，延缓躯体功能的下降，从而改善激越行为[21]。研究[30]显示，痴呆老人参加躯体活动的积极程度与激越行为的严重程度呈负相关。Forbes 等[31]2015 年的系统评价显示目前尚无充分证据显示躯体活动可改善痴呆老人的激越行为。Hoffmann 等[32]2015 年 1 项随机对照试验以 200 名痴呆老人为研究对象，干预 16周后结果显示，自行车运动、跑步机训练等有氧运动有助于改善激越行为；同年的另一项随机对照试验[33]中根据老人的个性化需求安排躯体活动，激越行为得到显著改善。由此可见，可根据老人的个性化需求选择适当的有氧运动来控制激越行为的发生。

2.2 艺术疗法

音乐、舞蹈、剪纸、涂色等艺术类活动可以增加痴呆老人的愉悦性[34-35]，满足其情感需求[21]，从而降低痴呆老人精神行为问题的发生[22]。在艺术疗法中，音乐疗法的干预效果已得到充分认可。2012 年 Azermai 等[36]对指南进行系统评价，在 4 部提到音乐疗法的指南中有 3 部推荐在痴呆老人的行为问题管理中使用音乐疗法。目前已有针对痴呆老人激越行为的音乐疗法循证指南[37]，该指南建议在痴呆老人激越行为达到峰值前至少 30 min 实施音乐疗法效果最佳，在老人熟悉的场所播放音乐 30 min/次，音量要适宜，且需老人互动的主动式音乐疗法比不需老人互动的被动式音乐疗法效果更好。跳舞也是艺术疗法中非常重要的一种，澳大利亚国家卫生和医学研究委员会 2016 年的指南[19]指出，带领痴呆老人跳舞有助于精神行为问题的管理。Guzmán-García 等[38]2013 年的系统评价及 Low 等[39]2016 年的随机对照试验均显示，跳舞能减少痴呆老人行为问题的发生。

2.3 休闲活动

园艺活动、手工活动、简单的小游戏等休闲活动的参加有助于增加痴呆老人的自信心和愉悦感，满足其情感需求，减少激越行为的发生[21]。园艺疗法即基于植物和（或）花园的活动，包括选择花种、种花、浇花、修剪植物、插花等[40]。2014 年 1 项系统评价[41]对园艺疗法相关研究进行汇总，发现大部分原始研究支持园艺疗法在痴呆老人行为问题管理中的效果。此外，手工活动、小游戏等休闲活动也对激越行为有一定改善。2013 年，Vink 等[42]开展原始研究，组织机构痴呆患者参与手工、拼图及填词游戏等休闲活动，4 个月后激越行为明显减少。折纸、剪纸、插花、编织、穿珠子等手工活动及拼图、搭积木、归类等小游戏均较适合痴呆老人参加[25]。

3 感官刺激

由于认知功能退化及病耻感，痴呆老人的日常生活和外出活动均受到影响，缺乏外界刺激，外界刺激的缺乏易导致老人精神不集中、思维能力下降、大喊大叫等[43]。因此，适宜的感官刺激对痴呆老人激越行为的管理也非常重要。

3.1 光照疗法

根据 NDB 理论，光照属于物理环境中的重要因素[21]。有研究显示[44]，光照可以通过改变退黑色素的分泌改善痴呆老人睡眠问题、夜行及与之相关的日间易激惹行为。2014 年[45]

和 2016 年[46]的 2 项系统评价均显示，目前尚无充分证据显示光照疗法对痴呆老人的激越行为有改善。但部分原始研究结果显示，光照的改变可以影响痴呆老人的行为。Figueiro 等[47]在 2014 年将 300~400 lx、色温大于 9 000 K 的低强度光照安装在痴呆老人的房间内，白天照射 4 周后，睡眠状况、抑郁及激越症状均得到改善。Onega 等[48]的 1 项随机对照试验将护理院 60 名痴呆老人分为强光照组和弱光照组，分别采用 10 000 lx 的强光和 250 lx 的弱光在距离老人 27 英尺的位置每天 2 次、每次 30 min 进行照射，每周 5 d，干预 8 周后发现，强光照射可有效改善痴呆老人的激越行为。

3.2 按摩

按摩会刺激痴呆老人的下丘脑-垂体-肾上腺轴产生促肾上腺皮质激素，抑制交感神经活动的同时增强副交感神经活动，使其感到放松，缓解紧张状态，改善情感状态，进而改善精神行为问题的发生[49]。新加坡卫生部 2013 年的指南[22]推荐采用按摩管理痴呆老人的激越行为。2017 年 1 项系统评价[50]对 11 篇原始研究进行 Meta 分析，结果也显示按摩可降低痴呆老人激越行为总分，以及躯体攻击行为、躯体非攻击行为、语言攻击行为、语言非攻击行为得分。

3.3 芳香疗法

芳香疗法（aromatherapy）又名香薰疗法，是指采用由植物中提取的精油研制成各种剂型，通过吸入、沐浴、熏香、按摩、外用等途径，达到缓解精神压力、治疗疾病、促进人体健康的一种自然疗法。根据 NDB 理论，该疗法可通过满足心理需求、改善物理环境达到改善激越行为的目的[21]。指南对该疗法的推荐意见不一，2016 年的 NICE 指南[51]推荐使用芳香疗法管理行为问题，但新加坡卫生部 2013 年的指南[22]则提出尚无充分证据表明芳香疗法对痴呆老人的精神行为问题有效。证据摘要和系统评价对芳香疗法效果的判定也不一致[46,52]。2016 年 1 项原始研究[53]表明芳香疗法可改善痴呆老人的激越行为。由此可见，该疗法的效果有待进一步在实践中验证。

3.4 听觉刺激

声音是物理环境中的重要因素[21]，同时，听觉也是感官中最后消失的感觉，是一种重要的感官刺激。2015 年国际老年精神病学会的指南[27]推荐播放舒缓的溪水声或海浪声以改善痴呆老人的语言激越行为。2013 年 1 项系统评价[54]显示愉悦性的声音，如轻音乐，能减少痴呆老人的激越行为，改善老人的身体功能。

4 认知心理刺激

认知心理刺激包括认可疗法、怀旧疗法、现实导向疗法及认知功能训练，可让痴呆老人感受到尊重及自己的价值，满足其情感需求，同时减缓认知功能的衰退[55]，改善问题行为的背景因素[21]，从而降低激越行为的发生。

4.1 认可疗法

认可疗法（validation therapy）是指理解、接受老人的行为和想法，感同身受地去理解老人进而找出导致行为问题的原因和应对方法，其创始者 Feil[56]将其定义为一种沟通方式。目前尚无指南明确推荐该疗法。Tondi 等[57]2007 年的对照试验发现，认可疗法可改善激越行为、淡漠、易激惹、夜间行为；也有研究[58]将痴呆老人分为认可疗法组、社交干预组和常规照护组，干预后 3 个月及 1 年后的结果均显示，认可疗法组老人的躯体攻击行为、语言攻击行为明显下降，但躯体非攻击行为的改善较其他两组相对较差。

4.2 怀旧疗法

怀旧疗法（reminiscence therapy）又称缅怀疗法、回忆疗法，指利用音乐、视频、照片/图片、生活故事等来激发痴呆老人对过去事件或经验的回忆，分为群体缅怀及个体缅怀，缅怀材料包括一般性话题、个体相关话题或生活史回顾等[59-61]。新加坡卫生部 2013 年的指南[22]推荐在痴呆老人的精神行为问题管理中使用怀旧疗法。但该指南未纳入的 1 项 2012 年的系统评价[61]结果却显示，怀旧疗法能改善痴呆老人的认知功能及抑郁情绪，但对行为问题并无显著改善。我国 2016 年 1项随机对照试验[62]以 52 名痴呆老人为研究对象，试验组接受团体怀旧疗法，干预前从家属或知情者处收集对老人有重大意义或影响的照片、音乐、信件和心爱之物、生活中的旧物等，借此激发老人的回忆，每次选择 1 个主题，如饮食、旧居、童年、婚礼、工作、收藏、老歌、老电影、节日等，干预 8 周后结果显示，团体怀旧疗法可有效降低激越行为。

4.3 现实导向疗法

现实定向治疗（reality orientation therapy）主要通过应用个人日历、积木、拼图、现实导向板等来强化痴呆老人对时间、人物及事件的定向[63]。相关指南并未推荐将现实导向疗法应用于痴呆老人激越行为等行为问题的管理，但有系统评价[64]显示现实导向能减少痴呆老人的行为问题。

4.4 认知训练

认知能力下降是痴呆老人的主要症状之一，其受损程度与老人异常行为密切相关[65]，根据 NDB 理论，认知功能是痴呆老人行为问题的背景因素[21]。Amieva 等[66]设计了多组平行对照试验比较常规认知干预、个性化认知干预、怀旧疗法对痴呆老人激越行为的影响，结果显示个性化认知干预组的激越行为较常规照护组得到改善（P=0.025）。可见，有必要根据老人的具体情况进行个性化认知干预。

5 社会情感支持

随着病程进展，痴呆老人对他人的依赖和需求越来越大，对其情感支持也就越来越重要。可通过与家属接触、参与社交活动、提供宠物或玩具的方式满足痴呆老人的情感需求，改善社会环境这一促进因素，进而改善激越行为[21]。

5.1 家人的陪伴

家庭是为痴呆老人提供关爱和情感支持的重要源泉，家人的陪伴可使痴呆老人感到安全。有研究[67]显示，痴呆老人喜欢家庭聚会、给亲人打电话、与家人待在一起等家庭性活动，且研究[68]显示，家属的探视时间长短是机构痴呆老人激越行为的影响因素。家属不便探视时，可采用模拟在场法（simulated presence therapy）即刻录老人熟悉的家属的声音或场景播放给老人听，让老人感受到家人就在身边。2008 年 1 项系统评价[69]发现，模拟在场法可以有效控制痴呆老人的攻击行为。

5.2 社交活动

除与家人相处外，与朋友、病友等其他人接触的社交活动如与朋友一起进餐、拜访朋友、教堂集会、痴呆患者支持团体活动等也是为老人提供社交与情感支持的重要形式。研究[67]显示，痴呆老人喜欢团体活动，与其他患者交流让他们感到安心。在为老人安排活动时，个性化需求的满足非常重要。2005 年 1 项随机对照试验[70]显示，个性化社交活动能有效降低激越行为的发生。

5.3 宠物/玩具疗法

在不能保证有人陪伴时，宠物或玩具也是为痴呆老人提供陪伴和情感寄托的重要载体，通过与宠物聊天、散步、爱抚宠物、喂宠物等，可满足其情感需求。NICE 指南[51]和美国心理协会[20]指南均肯定了宠物疗法在痴呆老人行为问题管理中的效果。2014 年 1 项系统评价[71]表明，对于喜欢宠物的老人，宠物疗法可改善其部分行为问题。真实的宠物可能会对痴呆老人造成意外伤害，鉴于此，也有研究尝试使用电子宠物。2004 年 1 项干预性研究[72]发现电子宠物能激发中重度痴呆老人的兴趣，降低激越行为的发生。此外，2014 年 1 项系统评价[73]显示，玩具疗法也可改善痴呆老人的行为问题。

6 小 结

目前，国内外已有众多研究探讨了非药物干预对痴呆老人激越行为的干预效果。非药物干预较传统的药物干预更为安全、副作用小，可用于管理痴呆老人的激越行为。根据 NDB 理论，激越行为与痴呆老人的背景因素密切相关，是其需求的表现形式，所以在干预方法的选择上应根据老人的背景因素及需求进行个性化选择。但大部分干预方法的有效性尚不十分明确，有待进一步通过开展高质量的研究进行验证。

参 考 文 献

[1] 李小鹰. 中华老年医学[M]. 北京：人民卫生出版社，2016：71.

[2] Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015：the global impact of dementia[EB/OL]. (2016-04-15)[2017-04-05]. https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015.

[3] 李 昂，殷淑琴，徐 勇，等. 2010--2030 年中国老年期痴呆的预测[J]. 中国老年学杂志，2015，35(13)：3708-3711.

[4] 刘伯源，王久玲，肖义泽. 中国 60 岁及以上人群老年期痴呆患病率 Meta 分析[J]. 中华流行病学杂志，2016，37(11)：1541-1545.

[5] Cohen-Mansfield J，Billig N. Agitated behaviors in the elderly I：a conceptual review[J]. J Am Geriatr Soc，1986，34(10)：711-721.

[6] New South Wales Ministry of Health，Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Assessment and management of people with behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)：a handbook for NSW health clinicians (2013)[EB/OL]. (2016-11-21)[2017-04-05]. http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources/lid=25593.

[7] Tractenberg RE，Weiner MF，Thal LJ. Estimating the prevalence of agitation in community-dwelling persons with Alzheimer's disease[J]. Journal of Neuropsychiatry，2002，14(1)：11-18.

[8] Brodaty H，Draper B，Saab D，et al. Psychosis，depression and behavioral disturbances in Sydney nursing home residents：prevalence and predictors[J]. International Journal of Geriatric Psychiatry，2001，16(5)：504-512.

[9] Yildiz D，Büyükkoyuncu PN，Kiliç AK，et al. Malnutrition is associated with dementia severity and geriatric syndromes in patients with Alzheimer disease[J]. Turkish Journal of Medical Sciences，2014，45(5)：1078-1081.

[10] Samus QM，Rosenblatt A，Steele C，et al. The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia[J]. Gerontologist，2005，1(1)：19-26.

[11] Tochimoto S，Kitamura M，Hino S，et al. Predictors of home discharge among patients hospitalized for behavioural and psychological symptoms of dementia[J]. Psychogeriatrics，2015，11(5)：413-419.

[12] Brodaty H，Connors MH，Xu J，et al. Predictors of institutionalization in dementia：a three year longitudinal study[J]. J Alzheimers Dis，2014，40(1)：221-226.

[13] Herrmann N，Lanctôt KL，Sambrook R，et al. The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care[J]. International Journal of Geriatric Psychiatry，2006，21(10)：972-978.

[14] Feast A，Moniz-Cook E，Stoner C，et al. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being[J]. Int Psychogeriatr，2016，28(11)：1761-1774.

[15] Kim SS，Oh KM，Richards K. Sleep disturbance，nocturnal agitation behaviors，and medical comorbidity in older adults with dementia：relationship to reported caregiver burden[J]. Res Gerontol Nurs，2014，7(5)：206-214.

[16] Liu S，Jin Y，Shi Z，et al. The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia，Lewy body dementia，and Alzheimer's disease：clinical experience in China[J]. Aging Ment Health，2017，21(6)：651-657.

[17] 赵春刚. 老年痴呆症患者精神行为症状治疗的临床研究[J]. 中国医药指南，2014，12(13)：234-235.

[18] Locca JF, Büla CJ, Zumbach S, et al. Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD) in nursing homes: development of practice recommendations in a Swiss canton [J]. J Am Med Dir Assoc, 2008, 9(6): 439-448.

[19] National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia [EB/OL]. (2016-04-18)[2017-04-05]. https://www. nhmrc.gov.au/.

[20] American Psychological Association. Treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias[EB/OL].(2007-01-01)[2016-04-18]. http://www.psychiatryonline.com/.

[21] Algase DL, Beck C, Kolanowski A, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior[J]. American Journal of Alzheimer S Disease & Other Dementias, 1996, 11 (10): 10-19.

[22] Ministry of Health Singapore. Clinical practice guideline: dementia[EB/OL]. (2016-04-18)[2017-04-05]. http://www.moh.gov.sg/cpg.

[23] New South Wales Ministry of Health, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Assessment and management of people with behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a handbook for NSW health clinicians (2013) [EB/OL]. (2016-11-21) [2017-04-05]. http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources/lid=25593.

[24] Hong GS, Song J. Relationship between familiar environment and wandering behaviour among Korean elders with dementia[J]. J Clin Nurs, 2009, 18(9): 1365-1373.

[25] 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.

[26] Rowe MA, Greenblum CA, D'Aoust RF. Missing incidents in community-dwelling people with dementia: understanding how these dangerous events differ from dementia-related 'wandering' is critical to assessment, intervention, and prevention [J]. Am J Nurs, 2012, 112 (12): 30-35, 36-37.

[27] International Psychogeriatric Association. IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD)[EB/OL]. (2016-09-18)[2017-04-05]. http://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd.

[28] Rowe M, Lane S, Phipps C. Carewatch: a home monitoring system for use in homes of persons with cognitive impairment[J]. Top Geriatr Rehabil, 2007, 23(1): 3-8.

[29] White EB, Montgomery P. Electronic tracking for people with dementia: an exploratory study of the ethical issues experienced by carers in making decisions about usage[J]. Dementia, 2014, 13(2): 216-232.

[30] Scherder EJ, Bogen T, Eggermont LH, et al. The more physical inactivity, the more agitation in dementia [J]. International Psychogeriatrics, 2010, 22(8): 1203-1208.

[31] Forbes D, Forbes SC, Blake CM, et al. Exercise programs for people with dementia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015. DOI: 10.1002/14651858. CD006489.pub4.

[32] Hoffmann K, Sobol NA, Frederiksen KS, et al. Moderate-to-high intensity physical exercise in patients with alzheimer's disease: a randomized controlled trial[J]. Journal of Alzheimers Disease Jad, 2015, 11 (7): 324-325.

[33] Cancela JM, Ayán C, Varela S, et al. Effects of a long-term aerobic exercise intervention on institutionalized patients with dementia[J]. Journal of Science & Medicine in Sport, 2015, 19(4): 293-298.

[34] Hannemann BT. Creativity with dementia patients: can creativity and art stimulate dementia patients positively?[J]. Gerontology, 2006, 52 (1): 59-65.

[35] Rylatt P. The benefits of creative therapy for people with dementia[J]. Nurs Stand, 2012, 26(33): 42-47.

[36] Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, et al. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms[J]. Ageing Research Reviews, 2012, 11(1): 78-86.

[37] Gerdner LA. Evidence-based guideline: individualized music for persons with dementia(5th Edition)[EB/OL]. (2016-09-20)[2017-04-05]. http://sgec.stanford.edu/content/dam/sm/sgec/documents/ education/Evidence-Based%20 Guidelines_Linda%20Gerdner.pdf.

[38] Guzmán-García A, Hughes JC, James IA, et al. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2013, 28(9): 914-924.

[39] Low LF, Carroll S, Merom D, et al. We think you can dance! A pilot randomised controlled trial of dance for nursing home residents with moderate to severe dementia[J]. Complementary Therapies in Medicine, 2016, 29: 42-44.

[40] Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, et al. Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials[J]. Complementary Therapies in Medicine, 2014, 22(5): 930-943.

[41] Gonzalez MT, Kirkevold M. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review[J]. Journal of Clinical Nursing, 2014, 23(19-20): 2698-2715.

[42] Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, et al. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2013, 28(10): 1031-1038.

[43] 邓世雄, 陈丽华. 失智症整合照护[M]. 台北: 华腾文化股份有限公司, 2011.

[44] Nilsson PM, Rööst M, Engström G, et al. Incidence of diabetes in middle-aged men is related to sleep disturbances[J]. Diabetes Care, 2004, 27(10): 2464-2469.

[45] Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, et al. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub4.

[46] Brasure M, Jutkowitz E, Fuchs E, et al. Nonpharmacologic interventions for agitation and aggression in dementia[EB/OL]. (2016-05-21) [2017-04-05]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth /PMH0086862/pdf/PubMedHealth_PMH0086862.pdf.

[47] Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, et al. Tailored lighting interven-

tion improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities[J]. Clinical Interventions in Aging, 2014, 9: 1527.

[48] Onega LL, Pierce TW, Epperly L. Effect of bright light exposure on depression and agitation in older adults with dementia[J]. Issues in Mental Health Nursing, 2016, 37(9): 1-8.

[49] Harris M, Richards KC. The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relation in older people[J]. J Clin Nurs, 2010, 19(7-8): 917-926.

[50] Wu J, Wang ZW. The effectiveness of massage and touch on behavioral and psychological symptoms of dementia: a quantitative systematic review and meta-analysis[J]. J Adv Nurs, 2017. DOI: 10.1111/jan.13311.

[51] National Institute for Health and Clinical Excellence. Supporting people with dementia and their carers in health and social care[EB/OL]. (2016-05-18)[2017-04-05]. https://www.nice.org.uk/guidance/cg42.

[52] Forrester LT, Maayan N, Orrell M, et al. Aroma therapy for dementia[J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, DOI: 10.1002/14651858.CD003150.pub2.

[53] Kaymaz TT, Ozdemir L. Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: a pilot study[J]. Geriatric Nursing, 2016. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.11.001.

[54] Zimmerman S, Anderson WL, Brode S, et al. Systematic review: effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia[J]. J Am Geriatr Soc, 2013, 61(8): 1399-1409.

[55] Woods B, Aguirre E, Spector AE, et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

[56] Feil N. The Validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"[J]. Gerontologist, 1993(1): 135-139.

[57] Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, et al. Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study[J]. Archives of Gerontology & Geriatrics, 2007, 44(1): 407-411.

[58] Toseland RW, Diehl M, Freeman K, et al. The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia[J]. Journal of Applied Gerontology, 1997, 16(1): 31-50.

[59] 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.

[60] Blake M. Group reminiscence therapy for adults with dementia: a review[J]. Br J Community Nurs, 2013, 18(5): 228-233.

[61] Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review[J]. Expert Rev Neurother, 2012, 12(5): 545-555.

[62] 李 沫，吕继辉，高茂龙，等. 怀旧疗法对轻中度痴呆患者行为和精神症状的影响[J]. 北京医学，2016，38(10)：999-1002.

[63] Taulbee LR, Folsom JC. Reality orientation for geriatric patients [J]. Psychiatry Services, 1966, 17(5): 133-135.

[64] Spector A, Davies S, Woods B, et al. Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence for its effectiveness[J]. Gerontologist, 2000, 40(2): 206-212.

[65] 陈红芳，潘小玲，孔慧梅，等. 血管性痴呆精神行为学症状的相关因素分析[J]. 中华神经医学杂志，2012，11(1)：71-74.

[66] Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial[J]. International Psychogeriatrics, 2016, 28(5): 1-11.

[67] Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL. Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia[J]. Aging Ment Health, 2007, 11(4): 384-393.

[68] Lin LC, Wu SC, Kao CC, et al. Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation[J]. Journal of Clinical Nursing, 2009, 18(1): 117-123.

[69] Zetteler J. Effectiveness of simulated presence therapy for individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. Aging & Mental Health, 2008, 12(6): 779-785.

[70] Richards KC, Beck C, O'Sullivan PS, et al. Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia[J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(9): 1510-1517.

[71] Kamioka H, Okada S, Tsutani K, et al. Effectiveness of animal-assisted therapy: a systematic review of randomized controlled trials[J]. Complementary Therapies in Medicine, 2014, 22(2): 371-390.

[72] Libin A, Cohen-Mansfield J. Therapeutic robocat for nursing home residents with dementia: preliminary inquiry[J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2004, 19(2): 111-116.

[73] Fernandez RS, Arthur B, Fleming R, et al. Effect of doll therapy in managing challenging behaviors in people with dementia: a systematic review[J]. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, 2014, 12(12): 330-363.

（责任编辑：冉明会）