

老年痴呆患者基于精神运动康复学理论的干预

王琼¹, 吴中文², 耿丽³, 胡莉萍¹, 肖甜¹, 肖珊¹

摘要:目的 探讨基于精神运动康复学理论的干预对老年痴呆患者认知、生活自理能力及抑郁的影响。方法 将 44 例老年痴呆患者按时间段分为观察组 21 例和对照组 23 例, 两组患者均接受常规护理, 观察组在此基础上进行为期 24 周的基于精神运动康复学理论的干预, 包括多元运动计划、多感官刺激疗法、改善生理障碍和改善心理障碍 4 个方面。分别在干预前、干预后采用简易智能状态量表(MMSE)、Barthel 指数和康奈尔痴呆抑郁量表(CSDD)进行效果评价。结果 干预后, 观察组 MMSE 的记忆力、回忆能力、语言及视空间能力得分和 Barthel 指数得分显著高于对照组, 抑郁得分显著低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 基于精神运动康复学理论的干预有助于改善老年痴呆患者部分认知功能和日常生活活动能力, 减轻抑郁症状。

关键词:老年人; 痴呆; 精神运动康复学; 认知功能; 日常生活活动能力; 抑郁

中图分类号: R47; R212.7 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.03.001

Intervention based on psychomotor rehabilitation theory for senile dementia patients Wang Qiong, Wu Zhongwen, Geng Li, Hu Liping, Xiao Tian, Xiao Shan. Department of Geriatrics, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To investigate the effects of psychomotor rehabilitation theory based intervention on senile dementia patients. **Methods** Forty-four patients with senile dementia were divided into an observation group ($n = 21$) and a control group ($n = 23$). Both groups received routine nursing care. On this basis, the observation group was given psychomotor rehabilitation theory based intervention for 24 weeks, including a multi-sport plan, multi-sensory stimulation therapy, and efforts aiming to improve physiological and psychological disorders. Before and after the intervention, the effects were evaluated by using the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Barthel Index (BI) and the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). **Results** After intervention, MMSE scores of memory, recall, language and visual spatial skills and BI scores in the observation group were significantly higher than those in the control group, while the CSDD scores of the observation group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion** Psychomotor rehabilitation theory based intervention can improve part of the cognitive function and ADL of senile dementia patients, and alleviate their depressive symptoms.

Key words: the elderly; dementia; psychomotor therapy; cognitive function; activities of daily living; depression

老年痴呆是发生在老年期及老年前期的一种原发性退行性脑病, 主要表现为认知功能损害和精神行为症状^[1], 其日常生活活动能力(ADL)、思维判断能力、社会交往能力逐渐减退, 患者生活质量下降的同时也给家庭、社会造成严重负担^[2]。目前老年痴呆尚无特异性药物治疗方法, 以改善患者认知能力, 提高生活质量为主要目标。精神运动康复学(Psychomotor Therapy, PMT)是一种有别于物理治疗、作业治疗、言语治疗和心理治疗的非药物治疗措施, 其将人的脑部功能与身体视为整体, 通过精神运动评估确切地掌握人体机能的复杂性, 研究身体与精神之间的双向影响, 是一种特殊的以身体为媒介调整心理、情绪和神经功能再造的康复过程^[3-5]。精神运动康复学目

前在欧洲各国广泛应用且已形成独立的科学体系。近 5 年在中国开始发展, 目前的研究主要集中在其对精神病患者精神运动机能的影响^[6-7], 尚未见精神运动康复学用于老年痴呆患者的报道。本研究将基于精神运动康复学理论的干预方法应用于 21 例老年痴呆患者, 取得了较满意的效果, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 经我院医学伦理委员会审批后, 选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月我院老年病科住院的老年痴呆患者为研究对象。纳入标准: ①符合老年痴呆诊断标准^[8], 经医生确诊为老年痴呆; ②简易智能状态量表(Mini-mental State Examination, MMSE)^[9]筛查评分 < 27 分; ③具备基本的视听说能力、理解能力, 尚存在语言交流能力; ④无其他严重躯体疾病; ⑤患者及家属同意, 自愿参加本研究。排除标准: ①因精神症状无法配合; ②处于疾病终末期, 如恶性肿瘤、呼吸功能衰竭、心功能衰竭、肾功能衰竭、严重外伤等。共纳入 48 例患者, 按时间段分为两组: 2017 年 6~12 月的 24 例分为对照组, 2018 年 1~10 月的 24 例分为观察组。研究过程中观察组脱落 3 例,

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 老年病科 2. 康复科(湖北 武汉, 430022); 3. 东莞市精神卫生中心

王琼: 女, 本科, 主管护师

通信作者: 胡莉萍, 13971354350@163.com

科研项目: 华中科技大学同济医学院附属协和医院 2020 年度医护技专项基金资助项目(F016.02004.20001.081)

收稿: 2020-07-20; 修回: 2020-09-30

1 例因身体出现其他严重疾病、2 例因未能坚持实施干预方法;对照组 1 例因不愿继续参加而退出研究。两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	受教育程度(例)				病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	痴呆分级(例)		痴呆服药 (例)
		男	女		文盲	小学	中学	大专以上		轻度	中度	
对照组	23	15	8	76.26±5.46	1	5	10	7	6.81±1.62	9	14	12
观察组	21	14	7	77.71±4.84	1	4	8	8	6.47±2.13	8	13	11
统计量		$\chi^2=0.010$		$t=-0.929$	$Z=0.425$				$t=0.599$	$Z=0.070$		$\chi^2=0.000$
P		0.919		0.358	0.671				0.552	0.944		1.000

1.2 干预方法

对照组接受常规护理,主要包括口腔护理、压疮护理、生活护理、心理护理、安全护理等,观察组在此基础上接受基于精神运动康复学理论的干预方法,具体如下。

1.2.1 成立干预小组 由 8 名成员组成,包括老年科护士长 1 名、副主任医师 1 名、老年综合评估师 1 名、康复治疗师 1 名、临床护士 4 名,所有成员在老年科工作>5 年。副主任医师负责结合 MMSE 评估结果,根据诊断标准^[9]作出老年痴呆临床诊断;老年综合评估师对患者身体精神情况进行整体综合评估;康复治疗师制定基于精神运动康复学理论的干预方法,并对干预质量进行控制;护士长负责协调各项工作,全面督导干预的进程和效果;临床护士负责各项资料收集及干预实施。

1.2.2 基于精神运动康复学理论干预方法的实施 “共情”“适应”“关系”和“非语言交流”是精神运动康复学的四大理念^[10],旨在让患者与其家人能真正主动参与康复,对患者进行综合的非药物治疗,包括精神运动障碍评估和精神运动障碍干预治疗 2 个阶段^[7],具体如下。

1.2.2.1 精神运动障碍评估 老年综合评估师对老

年痴呆患者进行评估前,先与患者及照顾者进行面谈,以获得初步信息和患者身体基本情况,再运用精神运动检查项目进行综合评估,评估内容包括静态协调、动态协调、上下肢关节活动、上下肢精细运动机能、动作运用、对身体各部位的了解、醒觉度、知觉记忆、空间方面、口头记忆、知觉、时间方面、沟通等方面^[7]。

1.2.2.2 精神运动障碍干预方案制定及实施 参考相关文献^[11-15]制定基于精神运动康复学理论的干预方法,包括多元运动计划、多感官刺激疗法、改善生理障碍和心理障碍 4 个方面。康复治疗师根据患者精神运动评估结果,为患者制定不同的干预方法,循序渐进,根据患者的具体情况调整进度,让患者逐渐适应。干预持续 24 周,在院期间干预安排在每周一到周五 15:00~16:00,干预形式包括一对一、小组或大组活动,其中一对一活动 15~30 min,小组或大组活动 30~45 min,由 4 名临床护士负责干预,每人负责 6 例患者。干预前分发活动手册,建立患者活动进度表,详细记录活动时间及方法。家庭主要照顾者共同参与干预方法的制定与实施,出院后作为干预方案协助者督促鼓励患者坚持进行训练。4 名护士对分管患者进行跟踪,了解干预实施情况及效果,及时解答患者及照顾者的疑问。具体干预方法见表 2。

表 2 基于精神运动康复学理论的干预方法

干预项目	干预类别	干预方法
多元运动计划	1. 有氧运动	①步行练习、自行车运动、瑜伽、球类运动等有氧运动。②在视频游戏场景中通过肢体运动变化进行游戏操作。
	2. 精神运动机能体操	①在体操练习中将动作与精神结合,交替地做动作与回想动作。②运动前后做放松与呼吸练习。③进行上下肢体操练习,改善四肢运动机能。④双手间固定距离传球,改善协调能力。⑤走“8”字,改善平衡和协调性。⑥练习单脚保持平衡,训练静态平衡能力。⑦交替眨眼,鼓左右脸颊,改善面部运动机能。
多感官刺激疗法	1. 视觉训练	①色板:色板 10 对,进行名称及配对练习。②卡片训练:相同相似卡片配对、找相似卡片不同处、找不同种类物品。③色彩搭配:根据颜色对服装进行挑选搭配。④聚焦能力训练:示指放在鼻尖,目光追随示指进行上下左右移动。
	2. 听觉训练	①音乐感觉训练:回忆性音乐引导患者联想,参与式音乐让患者跟随节奏打拍、唱歌。②声源寻找训练:观察周围声音并辨别来源。③听觉记忆力广度训练:难度依次增加,提高患者的短期记忆力、听觉理解力及复述能力。④语言陪伴:亲人朋友日常语言陪伴,让关系、语言或非语言沟通成为可能。
	3. 嗅觉味觉训练	①嗅觉训练:使用精油或气味瓶刺激嗅觉,进行名称配对练习;饭前闻食物的味道,刺激唾液腺增强食欲。②味觉训练:制作不同味觉瓶进行名称及配对练习;品尝食物的味道,说出自己的感受。
	4. 触觉练习	①抚触按摩:使用按摩油按摩四肢、背、颈、腹部等,刺激皮肤,放松身体。②摩擦游戏:用患者日常生活中熟悉物品如刷子、毛巾等不同材质的用物直刷皮肤,感受物体的光滑、粗糙,询问其感受。③神秘袋:袋中放平时生活的物品,让患者盲目抓摸物品进行辨认。

续表 2 基于精神运动康复学理论的干预方法

干预项目	干预类别	干预方法
改善生理障碍	1. 动机障碍	设立时间和空间标记, 时间上建立每天的行为习惯, 空间标记上保证在固定场所, 使用固定的物品。
	2. 理解和表达障碍	建立有利交流的环境, 给患者充足时间进行答复, 一次只给一个信息。
	3. 认知障碍	对同一活动中使用的物品进行排序, 物品上进行名称标记。
	4. 身体形象障碍	注意仪表, 选择所穿衣物, 让患者外表得体。
改善心理障碍	1. 生气易怒	查找成因, 不限制患者对外宣泄, 注意与患者非语言沟通, 通过趣味性活动转移注意力。
	2. 具有攻击性	试着积极对话, 避免说“不”, 找到正确表达方式予以引导。
	3. 情感冷漠症	使用肢体语言沟通, 根据患者节奏、喜好和想法进行活动。

1.3 评价方法 干预前及干预 24 周后进行认知功能、ADL、抑郁评价。① 认知功能采用 MMSE^[9] 评估, 该量表包含时间定向力 (5 个条目)、场所定向力 (5 个条目)、记忆力 (3 个条目)、注意力和计算力 (5 个条目)、回忆能力 (3 个条目)、语言及视空间能力 (9 个条目) 6 个维度, 共 30 个条目。条目回答正确得 1 分, 回答错误或不知道得 0 分, 量表总分 0~30 分, 得分越高认知功能越好。② 日常生活活动能力采用 Barthel 指数 (BI) 评价, 包括大便、小便、如厕等 10 个项目, 每个项目根据是否需要帮助及帮助的程度打分, 得分 0~100 分, 评分越高 ADL 越强。③ 抑郁采

用康奈尔痴呆抑郁量表 (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD)^[16] 评估, 量表包括情绪相关表现、行为障碍、躯体表现、周期性功能和观念障碍 5 个因子, 共 19 个题项, 每个题项按症状严重程度 (无 = 0, 轻度/间断出现 = 1, 严重 = 2) 计分, 得分 > 8 分表明存在抑郁, 分数越高抑郁症状越严重。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行 *t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后认知功能评分比较 见表 3。

表 3 两组干预前后认知功能评分比较 分, $\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

组别	时间	例数	时间定向力	场所定向力	记忆力	注意力和计算力	回忆能力	语言及视空间能力	MMSE 总分
对照组	干预前	23	2.49 ± 0.95	2.49 ± 0.51	2.13 ± 0.69	1.00(0.00, 3.00)	1.00(1.00, 1.00)	5.83 ± 0.94	16.26 ± 4.89
	干预后	23	2.39 ± 0.66	2.43 ± 0.66	2.08 ± 0.73	2.00(0.00, 3.00)	1.00(1.00, 1.00)	5.78 ± 0.90	16.96 ± 4.14
观察组	干预前	21	2.38 ± 0.97	2.52 ± 0.68	2.14 ± 0.57	1.00(1.00, 1.50)	1.00(0.00, 1.00)	5.90 ± 0.94	15.71 ± 5.49
	干预后	21	2.52 ± 0.87	2.62 ± 0.80	2.57 ± 0.68	2.00(1.00, 2.00)	1.00(1.00, 2.00)	6.67 ± 0.97	17.38 ± 4.27
<i>t/Z</i> (对照组干预前后)			0.373	0.287	0.238	0.349	0.687	0.184	-0.524
<i>t/Z</i> (观察组干预前后)			-0.492	-0.436	-2.221*	1.996*	2.736*	-2.612**	-1.100
<i>t/Z</i> (两组干预前)			0.353	-2.222	-0.052	0.650	-1.170	-0.282	0.351
<i>t/Z</i> (两组干预后)			-0.561	-0.817	-2.312*	-0.121	-2.306*	-3.157*	-0.331

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

2.2 两组干预前后 ADL 及抑郁评分比较 见表 4。

表 4 两组干预前后 ADL 及抑郁评分比较

$\bar{x} \pm s / M(P_{25}, P_{75})$

组别	时间	例数	BI	CSDD
对照组	干预前	23	52.39 ± 9.03	15.00(8.00, 19.00)
	干预后	23	51.96 ± 8.89	16.00(9.00, 21.00)
观察组	干预前	21	52.25 ± 8.19	16.00(8.00, 21.00)
	干预后	21	59.75 ± 8.66	8.00(3.00, 10.00)
<i>t/Z</i> (对照组干预前后)			0.163	0.253
<i>t/Z</i> (观察组干预前后)			-2.883*	-3.586*
<i>t/Z</i> (两组干预前)			0.054	0.330
<i>t/Z</i> (两组干预后)			-2.939*	-3.757*

注: * $P < 0.01$ 。

3 讨论

3.1 基于精神运动康复学理论的干预可改善患者的部分认知功能 表 3 显示, 干预后观察组记忆力、回忆能力、语言及视空间能力得分显著高于对照组 (均 $P < 0.05$), 提示基于精神运动康复学理论的干预方法对改善患者认知功能有一定效果。Anderson-Hanley 等^[17] 研究揭示, 体育锻炼和精神锻炼对患者的神经功能具有不同的影响效果, 体育锻炼导致神经

细胞增殖, 精神锻炼导致神经元存活, 两者相结合可通过互补增强不同神经功能而对认知产生协同作用。本研究观察组通过运动锻炼提升患者的体力、耐力, 强化患者关节的灵活性和运动的协调性, 增加大脑血容量, 有助于智力提高; 在运动中通过接触自己的身体察觉躯体的变化, 通过对动作的回忆增强对躯体状态的感受和知觉, 提高患者的记忆力和回忆能力; 通过适度的感官刺激和活动来促进患者的知觉、视觉反应, 通过语言及非语言的沟通方式正确引导患者表达自己, 提高患者语言及视空间能力。干预后观察组老年痴呆患者的注意力和计算力评分显著高于干预前 ($P < 0.05$), 但干预后两组注意力和计算力评分, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明干预后老年痴呆患者的注意力和计算力稍有改善, 但改善程度较小, 可能与本研究时间较短有关。基于精神运动康复学理论的干预对改善老年痴呆患者时间定向力、场所定向力、注意力和计算力的效果有待进一步探索。

3.2 基于精神运动康复学理论的干预有利于提高患者的 ADL 表 4 显示, 干预后观察组 Barthel 指数评分显著高于对照组 ($P < 0.01$), 提示基于精神运动康

复学理论的干预有利于改善患者 ADL。因为老年痴呆患者的 ADL 减退主要是由于认知能力和身体功能衰退导致^[18],患者认知功能改善有利于提高 ADL。Forbes 等^[19]发现,身体锻炼可以提高老年痴呆患者的 ADL。Ozdemir 等^[20]对 27 例老年痴呆患者实施每周 4 次,共 12 次的多感官刺激疗法后发现,患者的认知状态显著改善,患者对其所处环境的注意力提高。基于精神运动康复学理论的干预是将多元运动计划与多感官刺激疗法两者整合,同时注重患者存在的生理障碍,通过在其习惯的空间里,设置针对性的标记,或学习一些替代策略,维持患者管理 ADL。

3.3 基于精神运动康复学理论的干预有利于缓解患者的抑郁症状 随着年龄增大,老年人认知功能呈下降趋势,其心理状态也发生明显变化,抑郁作为最常见的精神症状,发生率为 9.0%~63.3%^[21]。本研究结果显示,干预后观察组 CSDD 得分显著低于对照组 ($P < 0.01$),提示基于精神运动康复学理论的干预有利于改善患者的抑郁症状,与 Knapen 等^[10]的研究结果一致。基于精神运动康复学理论的干预为老年痴呆患者创造了一个安全的社交空间,充分尊重患者,给予患者表达自我感受的机会,与其产生共情;根据需要制定符合患者实际情况的短期干预目标,让患者能够体验达到目标的成功感,学会体验活动带来的快感,提高自我欣赏与自信水平;同时使患者在身体活动时将对身体症状的关注转移到对活动与躯体动作的关注,从而减轻症状带来的消极影响。

4 小结

本研究对老年痴呆患者进行基于精神运动康复学理论的干预 24 周,结果显示可改善老年痴呆患者的部分认知功能,提高患者的 ADL,缓解抑郁症状。但需要注重老年痴呆患者精神运动评估结果,进一步完善基于精神运动康复学理论的干预方案,以提高干预方法的针对性、实用性,达到改善其他方面认知的效果。

参考文献:

[1] 刘艳存,李婷,罗丹.怀旧疗法对轻中度老年痴呆患者影响的 Meta 分析[J].护理学杂志,2016,31(21):4-9.

[2] Epstein R M, Street R L. The values and value of patient-centered care[J]. Ann Fam Med,2011,9(2):100-103.

[3] Probst M, Knapen J, Poot G, et al. Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? [J]. Open Complement Med J,2010,2:105-113.

[4] Allum J, Langewitz W, Sleptsova M, et al. Mental body transformation deficits in patients with chronic balance disorders [J]. J Vestib Res,2017,27(2-3):113-125.

[5] Poot G. Psychomotor therapy in an psychoanalytical oriented unit[M]. Zeist, Netherlands: Cure & Care Publishers, 2001: 37-50.

[6] 陈雪莲,孙福刚,周海文.精神运动康复应用于精神病人社区康复的可行性研究[J].心电图杂志(电子版),2018,

7(2):234-236.

- [7] 张瑞星,李丽,Probst M,等.精神运动综合治疗在精神康复中的应用与研究进展[J].中国全科医学,2017,20(20):2539-2542.
- [8] Garcia K S. 华盛顿精神科应急指南[M]. 张勉,陈玉辉,译.天津:天津科技翻译出版公司,2005:40-41,222-223.
- [9] 周小炫,谢敏,陶静,等.简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J].中国康复医学杂志,2016,31(6):694-696.
- [10] Knapen J, Van de Vliet P, Van Coppenolle H, et al. The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on psychical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial[J]. Clin Rehabil,2013,17(6):637-647.
- [11] Scales K, Zimmerman S, Miller S J, et al. Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. Gerontologist,2018,58(1):88-102.
- [12] Wall K, Stark J, Schillaci A, et al. The enhanced interactive physical and cognitive exercise system (iPAC-ESTMv2.0): pilot clinical trial of an in-home iPad-based neuro-exergame for mild cognitive impairment (MCI) [J]. J Clin Med,2018,7(9):249.
- [13] Staal J A, Sacks A, Matheis R, et al. The effects of snoezalen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit[J]. Int J Psychiatry Med,2007,37(4):357-370.
- [14] 郑佳映,陈雪萍.体感互动游戏在老年痴呆患者中的应用研究[J].护理学杂志,2018,33(9):63-66.
- [15] Christophe L, Franck P. 阿尔兹海默病精神运动康复照护指导手册[M]. 冯晓丽,译.北京:中国社会科学出版社,2017:16-23.
- [16] 周中苏,刘复林,唐广良,等.老年安全护理与风险防范[M].北京:科学技术文献出版社,2018:309-310.
- [17] Anderson-Hanley C, Arciero P J, Brickman A M, et al. Exergaming and older adult cognition: a cluster randomized clinical trial[J]. Am J Prev Med,2012,42(2):109-119.
- [18] Toots A, Littbrand H, Lindelof N, et al. Effects of a high-intensity functional exercise program on dependence in activities of daily living and balance in older adults with dementia[J]. J Am Geriatr Soc,2016,64(1):55-64.
- [19] Forbes D, Thiessen E J, Blake C M, et al. Exercise programs for people with dementia[J]. Cochrance Database Syst Rev,2013(12):CD006489.
- [20] Ozdemir L, Akdemir N. Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients[J]. J Neurol Sci, 2009,283(1):211-213.
- [21] 洪子静,周玮,胡蓉蓉,等.轻度认知功能障碍与老年抑郁关系的研究进展[J].中国康复理论与实践,2018,24(9):1052-1054.