

• 综 述 •

老年痴呆症状管理评估与应用研究进展

位文静¹, 陈颖², 张桂菊¹, 谢舒棠¹

Assessment and application of dementia symptom management : a literature review Wei Wenjing, Chen Ying, Zhang Guiju, Xie Shutang

摘要: 归纳了老年痴呆症状管理的相关研究热点, 指出老年痴呆症状管理相关理论、评估工具以及应用等方面的研究进展。分别介绍了评估工具的使用方法、适用人群、信效度, 讨论了各评估工具的优缺点。在此基础上, 对老年痴呆症状管理的识别、评估以及干预进行了展望。

关键词: 老年痴呆; 症状管理; 评估; 评估工具; 应用

中图分类号: R47; R161.7 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.03.100

世界阿尔茨海默病报告^[1]指出, 我国目前老年痴呆患者 950 万, 占世界痴呆总人口的五分之一。老年痴呆是以进行性认知功能下降为主的综合征, 常伴随认知缺损、精神行为症状、疼痛、失禁等多种症状, 且随着疾病进展进行性加重^[2-3], 这些症状既降低老年痴呆患者的生活质量, 又增加照顾者的负担^[4-8]。相关研究证明, 症状管理是应对症状的有效途径^[9-11], 本文对老年痴呆症状管理评估、应用等方面进行综述, 以期为提高老年痴呆患者护理质量和效果提供参考。

1 症状管理的概念与理论基础

“症状管理”源于医护人员逐渐认识到药物和手术在发现和治愈癌症相关症状方面的局限性以及癌症患者对生活质量的重视^[12]。症状管理目前尚无统一概念。Fu 等^[12]认为症状管理是一个动态的、多层次的过程, 是指患者有意的、有目的地让医护人员或自己对症状感知采取行动以解除、降低或防止症状的发生。Spirig 等^[13]将症状管理解释为患者如何在症状管理方面做出日常决定。以上学者虽然对症状管理概念的表述不同, 但对症状进行管理可影响患者的症状状态、生活质量、治疗费用、并发症和合并症、病死率、情绪状态、功能状态等^[14]。

目前症状管理的相关理论主要有症状管理理论 (Symptom Management Theory, SMT)^[14]、症状体验模型 (Symptom Experience Model, SEM)^[15]、症状时间体验模型 (Symptoms Experience in Time, SET)^[16]、不适症状理论 (Theory of Unpleasant Symptoms, TUS)^[17]。SMT 将症状管理分为症状体验、症状管理策略和症状结局三个交互的要素, 为理解症状、设计和检验症状管理策略以及评估结局指标提供了理论框架。SEM 的主体是症状感知, 影响因

素为疾病和个体特征、人口统计学特征, 首次将症状群纳入理论模型。SET 以时间序列展现了症状表现、症状感知及相关症状管理过程, 提出了症状的时间变换。症状管理相关理论可以加深研究者或医护人员对症状管理的理解, 为症状管理的评估及应用提供指导。

2 老年痴呆症状管理评估工具研究进展

2.1 痴呆生命末期症状管理量表 (Symptom Management at the End-of-Life in Dementia, SM-EOLD) 痴呆生命末期症状管理量表^[18]测评的是痴呆患者生命末期 9 种症状或体征出现的频率, 包括疼痛、气短、抑郁、恐惧、焦虑、激越、平静、皮肤损坏和抵抗照护, 运用 Likert 6 级评分法, 0 分代表每天, 5 分代表从不。总分为 0~45 分, 得分越高表示症状管理的越好。该量表 Cronbach's α 系数为 0.78, 目前我国尚未见该量表的应用。

2.2 埃德蒙顿症状评估量表 (Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) 埃德蒙顿症状评估量表是由加拿大 Bruera 等^[19]编制而成, 用于评估晚期癌症患者或是接受姑息护理患者的身体症状。后来在痴呆中也有应用^[20]。该量表共 10 个条目, 分别为疼痛、疲倦、恶心、抑郁、焦虑、瞌睡、食欲、生活质量、瘙痒、气急症状。评分为 0~10 分, 0 分表示无, 10 分表示极度, 该量表的 Cronbach's α 系数为 0.79。该量表目前已有汉化版, 且信效度良好^[21]。

2.3 神经精神科量表 (Neuropsychiatric Inventory, NPI) 神经精神科量表是由 Cummings 等^[22]为痴呆患者开发的评估患者精神行为症状的量表。该量表包括幻觉、妄想、激动/攻击性、焦虑、抑郁症、情绪高涨/欣快、易怒、脱抑制、异常动作行为、食欲和进食紊乱、睡眠和夜间行为紊乱 12 种常见痴呆精神行为症状。根据每一项的发生频率和严重程度进行评分, 发生频率评分为 1~4 分, 1 分为很少, 4 分为非常频繁; 严重程度评分为 1~3 分, 1 分为轻度, 3 分为严重; 心理压力评分为 0~5 分, 0 分表示完全没有, 5 分

作者单位: 1. 郑州大学护理学院 (河南 郑州, 450001) 2. 郑州大学第二附属医院感染性疾病科

位文静: 女, 硕士在读, 护士

通信作者: 陈颖, chen99ying@163.com

收稿: 2018-09-16; 修回: 2018-11-08

表示非常严重或极度严重。每一项总分为频率和严重程度的乘积,各项总分之和为 NPI 总分,得分越高则表示患者的精神行为症状越严重。该量表已被我国学者马万欣等^[23]汉化,Cronbach's α 系数为 0.851,分半系数为 0.83,总分重测信度为 0.86,具有良好信效度。

2.4 照顾者症状/体征管理自我效能量表(Caregiver Confidence in Sign/Symptom Management Scale, CCSM) CCSM 是由美国学者 Piggott 等^[24]编制,用于评估老年痴呆照顾者管理痴呆相关症状或体征的自我效能。该量表共 25 个条目,由 4 个分量表组成,分别为症状/体征知识量表、认知症状/体征管理量表、医疗症状/体征管理量表、一般医疗问题管理与反应,运用 Likert 5 级评分法,总分为 25~125 分,得分越高代表自我效能越好。该量表 Cronbach's α 系数为 0.92,重测信度为 0.92,具有良好的信效度。

2.5 自我效能量表(Self-efficacy Scale) 自我效能量表由美国学者 Fortinsky 等^[25]制定,该量表用于测定老年痴呆照顾者痴呆症管理的自我效能,共 9 个条目,包括两个自我效能因素,分别为症状管理自我效能和社区支持服务使用自我效能,各条目评分 0~10 分,0 分代表一点也不确定,10 分代表非常确定。症状管理自我效能和社区支持服务使用自我效能的 Cronbach's α 系数分别为 0.77 和 0.78。

3 老年痴呆症状管理应用研究进展

症状管理最先在癌症治疗中应用,随后在获得性免疫缺陷综合征、多发性硬化、肾脏疾病、心衰、痴呆等疾病中均有应用。老年痴呆的症状管理根据症状个数可分为针对单个和多个症状的管理,国内外对于痴呆单个症状的管理较多见,如记忆减退、焦虑、失禁、进食困难、激越等,而针对多症状的综合管理较少见。

3.1 针对单个症状的管理 Miltiades 等^[26]采用瓦片放置游戏的方法对 6 例阿尔茨海默病患者记忆减退症状进行干预,共 10 周。研究显示,随着游戏次数的增加,参与者瓦片放置的精确度不断提升,与此同时该游戏为阿尔茨海默病患者学习、社交活动提供了平台。Evans 等^[27]运用模拟存在疗法对老年痴呆患者的焦虑症状进行 4 周的干预。该研究通过卡片,利用熟悉的声音来安抚焦虑的痴呆症患者。结果显示,该方法可完全或部分达到干预前设立的目标。Engberg 等^[28]运用提示排尿法对老年痴呆尿失禁症状进行 10 周干预,由开业护士(nurse practitioners, NPs)在患者家中进行每周 8 次的干预指导。干预组由照顾者每两小时询问或检查是否失禁,鼓励或提醒患者如厕,并根据患者的具体情况调整时间。而对照组每 1~2 周进行 1 次随访,不讨论失禁话题。最终完成干预的 6 例痴呆患者的尿失禁情况下降了 60%。

我国研究者对老年痴呆患者单个症状的管理做

了积极的探索。李红等^[29]运用行动研究法对老年期痴呆患者进食问题进行研究,在识别问题后,按“计划—行动—观察—反思”螺旋循环的过程,制订老年痴呆患者进食护理实践,并进行 2 个月的饮食干预,结果显示规范的老年期痴呆患者进食护理实践可以显著改善患者的进食困难,增加其自主进食行为和食物摄入量,改善营养状况。周晶等^[30]的研究中,对照组接受养老院常规护理,干预组在常规护理基础上进行每天 20 min 的手部按摩,共进行 14 d。干预后干预组柯恩曼斯菲尔德激越情绪行为量表(CMAI)得分下降且有统计学意义。刘燕等^[31]将阿尔茨海默病患者,分为中国五行音乐组、西方古典音乐组及对照组各 20 例。两个干预组干预时间均为每次 40 min,每周 2 次,共 3 个月。研究显示中国五行音乐组的音乐记忆能力改善比西方古典音乐组明显,而对照组基本处于原有水平。张书英^[32]研究中,对照组采用阿尔茨海默病常规的治疗与护理方案,干预组进行系统的健康教育及心理干预,包括日常生活行为教育、健康教育与心理干预,健康教育包括饮食护理、构建社会支持体系、预防主要护理不良事件等。结果显示干预组干预后焦虑、抑郁评分显著低于对照组。

3.2 多症状管理 对于多症状管理,Brody 等^[33]对家庭保健提供者(143 名注册护士、13 名物理治疗师及 35 名职业治疗师)进行居家痴呆症状管理项目培训,以提升服务者的服务信心及对痴呆及其照顾者的服务品质。该项目共 4.5 h,以幻灯片(图片、文本、语音)形式进行在线培训,共分 4 个模块,分别为痴呆患者疼痛的评估与管理、痴呆患者抑郁的评估与管理、痴呆患者精神行为症状评估与管理以及与医护人员的有效沟通。结果显示,干预后家庭保健提供者疼痛、抑郁、精神行为症状的知识和自信得分与干预前相比有所提高且均具有统计学意义,不仅提高照顾者照护质量及患者生活质量,同时降低费用。

4 展望

老年痴呆疾病进展过程中患者会出现记忆减退、进食障碍、焦虑、抑郁、激越、失禁等一系列症状。评估与管理这些症状是护理工作的关键。

4.1 注重患者症状体验,全面评估存在症状 国外目前已有针对老年痴呆患者的症状评估量表,我国也对部分量表进行了汉化,但这些量表评估的是痴呆某一特定时期或某一类的症状。Murray 等^[20]通过多对 150 例痴呆患者及其照顾者症状体验访谈发现,常见的症状评估量表会遗漏一些重要症状。因此不仅要根据我国老年痴呆现存症状发展适合我国的老年痴呆症状评估量表,还应在评估时注重老年痴呆患者自身症状体验,以全面评估存在症状。

4.2 关注痴呆多重症状,制定综合管理策略 目前研究对痴呆单个症状的干预给予了多的关注,但老年痴呆患者同时存在多种症状,症状管理并非各单一症

状干预方法的罗列,学术研究者及临床实践者应将老年痴呆多重症状作为一个整体,制定合理的管理策略,对老年痴呆患者存在症状进行综合管理。

4.3 重视非正式照顾者在症状管理中的作用,提高其症状管理能力 我国绝大多数老年痴呆患者由非正式照顾者提供最直接、最主要的照护,但多数照顾者缺乏老年痴呆症相关知识和照顾技巧^[34],无法对相关症状进行正确评价及处理,因此应提高照顾者症状管理能力,充分发挥非正式照顾者在症状管理中的作用。

参考文献:

- [1] Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future [EB/OL]. (2016-9-22) [2018-5-15]. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>.
- [2] 于恩彦.实用老年精神医学[M].杭州:浙江大学出版社,2013:144-153.
- [3] 马永兴.现代痴呆学[M].北京:科学技术文献出版社,2008:5-6.
- [4] Urrestarazu E, Iriarte J. Clinical management of sleep disturbances in Alzheimer's disease: current and emerging strategies[J]. Nat Sci Sleep,2016,8(1):21-33.
- [5] 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.
- [6] 蔡菲菲,张泓.触摸疗法干预老年性痴呆患者激越行为的研究进展[J].中华护理杂志,2015,50(8):991-994.
- [7] Codt A D, Grotz C, Degaute M F, et al. Management of demented patients with urinary incontinence:a case study [J]. Clin Neuropsychol, 2015,29(5):707-722.
- [8] Orme S, Morris V, Gibson W, et al. Managing urinary incontinence in patients with dementia: pharmacological treatment options and considerations[J]. Drugs Aging, 2015,32(7):559-567.
- [9] Sundberg K, Wengstrom Y, Blomberg K, et al. Early detection and management of symptoms using an interactive smartphone application (Interaktor) during radiotherapy for prostate cancer[J]. Support Care Cancer, 2017,25(7):2195-2204.
- [10] Mooney K H, Beck S L, Wong B, et al. Automated home monitoring and management of patient-reported symptoms during chemotherapy: results of the symptom care at home RCT[J]. Cancer Med,2017,6(3):537-546.
- [11] Fu M R, Axelrod D, Guth A A, et al. mHealth self-care interventions: managing symptoms following breast cancer treatment[J]. Mhealth, 2016,2:1-18.
- [12] Fu M R, Lemone P, McDaniel R W. An integrated approach to an analysis of symptom management in patients with cancer[J]. Oncol Nurs Forum,2004,31(1):65-70.
- [13] Spirig R, Moody K, Battegay M, et al. Symptom management in HIV/AIDS: advancing the conceptualization[J]. ANS Adv Nurs Sci,2005,28(4):333-344.
- [14] Froelicher E S, Gortner S R, Halliburton P. A model for symptom management[J]. J Nurs Scholarsh, 1994, 26(4):272-276.
- [15] Armstrong T S. Symptoms experience: a concept analysis[J]. Oncol Nurs Forum,2003,30(4):601-606.
- [16] Henly S J, Kallas K D, Klatt C M, et al. The notion of time in symptom experiences[J]. Nurs Res,2003,52(6):410-417.
- [17] Lenz E R, Suppe F, Gift A G, et al. Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms[J]. ANS Adv Nurs Sci,1995,17(3):1-13.
- [18] Kiely D K, Shaffer M L, Mitchell S L. Scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia: sensitivity to change[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord,2012,26(4):358-363.
- [19] Bruera E, Kuehn N, Miller M J, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients[J]. J Palliat Care,1991,7(2):6-9.
- [20] Murray T M, Sachs G A, Stocking C, et al. The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: self and caregiver report and comparison with standardized symptom assessment measures[J]. Am J Geriatr Psychiatry,2012,20(4):298-305.
- [21] 焦延超.中晚期癌症患者自我感受负担现状及影响因素分析[D].泰安:泰山医学院,2012.
- [22] Cummings J L, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory[J]. Neurology,1994,(12):2308-2308.
- [23] 马万欣,王华丽,Jeffrey L · Cummings,等.神经精神科问卷知情者版中文译本的信效度[J].中国心理卫生杂志,2010,24(5):338-342.
- [24] Piggott C A, Zimmerman S, Reed D, et al. Development and Testing of a measure of Caregiver Confidence in Medical Sign/Symptom Management [J]. Am J Alzheimers Dis Other Dement,2017,32(7):373-381.
- [25] Fortinsky R H, Kercher K, Burant C J. Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia[J]. Aging Ment Health, 2002, 6(2):153-160.
- [26] Miltiades H B, Thatcher W G. Individuals with Alzheimer's learn to play a tile placement game: results of a pilot study[J]. Dementia(London),2016:1-6.
- [27] 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.
- [28] Engberg S, Sereika S M, McDowell B J, et al. Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2002,29(5):252-265.
- [29] 李红,郑剑煌,汪银洲,等.行动研究法在老年期痴呆患