

LAONIANQI RENZHI ZHANG' AI ZHAOLIAOZHE
SHIYONG GUANLI SHOUCHE



老年期认知障碍照料者 实用管理手册

主 编 林 勇 王霞琴 彭 松



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

老年期认知障碍照料者

LAONIANQI RENZHI ZHANG' AI ZHAOLIAOZHE
SHIYONG GUANLI SHOUCHE

实用管理手册

主 编 林 勇 王霞琴 彭 松



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

老年期认知障碍照料者实用管理手册 / 林勇, 王霞琴, 彭松主编. --合肥: 安徽科学技术出版社, 2021. 4
ISBN 978-7-5337-8354-9

I. ①老… II. ①林…②王…③彭… III. ①阿尔茨海默病-护理-手册 IV. ①R473.74-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2021)第 004682 号

老年期认知障碍照料者实用管理手册

主编 林勇 王霞琴 彭松

出版人: 丁凌云 选题策划: 黄轩 聂媛媛 责任编辑: 黄轩
责任校对: 李茜 责任印制: 廖小青 装帧设计: 武迪

出版发行: 时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>
安徽科学技术出版社 <http://www.ahstp.net>
(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场, 邮编: 230071)
电话: (0551)63533330

印制: 合肥创新印务有限公司 电话: (0551)64321190
(如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂商联系调换)

开本: 720×1010 1/16 印张: 9.5 字数: 210 千
版次: 2021 年 4 月第 1 版 2021 年 4 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-8354-9

定价: 29.00 元

版权所有, 侵权必究

《老年期认知障碍照料者实用管理手册》编委会

学术顾问 陈伟强 王梦岚 李 中

主 编 林 勇 王霞琴 彭 松

主 审 于恩彦 唐建良

副主编 汤晨东 李国荣 费玉娥 徐丽芬 胡 进

编 委 江红霞 周 勇 夏江明 郭云红 廖峥雯
刘 辉 郭子雷 江爱玉 江瑞来 汤娟萍
孟 湘 王晓倩 沈亚芬 周凤亚 张 洁
沈 震 朱丽萍 濮正平 昌 盛 冯建邦
毛依予

学术秘书 仇 鹏 倪 琴

工作秘书 蒋月红 江爱玉 孙恩梦

《老年期认知障碍照料者实用管理手册》 编委名单及所在单位与职称

于恩彦	中国科学院大学 附属肿瘤医院	教授
唐建良	桐乡市第一人民医院	主任医师
林勇	嘉兴市康慈医院	主任医师
王霞琴	嘉兴市康慈医院	副研究馆员
彭松	安徽省医学情报研究所	副编审
汤晨东	嘉兴市康慈医院	主任医师
李国荣	嘉兴市康慈医院	主任医师
费玉娥	嘉兴市康慈医院	主任医师
徐丽芬	嘉兴市康慈医院	主任护师
胡进	嘉兴市第一医院	主任医师
江红霞	嘉兴市康慈医院	主任医师
廖峥雯	浙江省人民医院	副主任医师
郭云红	嘉兴市康慈医院	副主任医师
冯建邦	嘉兴市康慈医院	主管康复医师
毛依予	嘉兴市康慈医院	副主任护师
汤娟萍	嘉兴市康慈医院	副主任护师
郭子雷	嘉兴市康慈医院	主治医师
濮正平	嘉兴市康慈医院	主治医师
刘辉	北京安定医院	主任医师
王晓倩	桐乡市第一人民医院	主治医师
沈亚芬	嘉兴市康慈医院	副主任护师
张洁	嘉兴市康慈医院	副主任护师
昌盛	嘉兴市康慈医院	主治医师
江瑞来	丽水市第二人民医院	主任医师
江爱玉	嘉兴市康慈医院	主任护师
沈震	桐乡市第一人民医院	主任医师
孟湘	嘉兴市康慈医院	副主任护师
夏江明	嘉兴市康慈医院	副主任医师
周勇	嘉兴市康慈医院	主任医师
周凤亚	嘉兴市康慈医院	副主任护师
朱丽萍	嘉兴市康慈医院	副主任护师

序 言

嘉兴市康慈医院林勇等医生编写的《老年期认知障碍照料者实用管理手册》即将面世,受作者诚挚邀请,为之作序,很是高兴。通读全文,收获不少,本书着重从以下五个角度展开介绍与阐述,包括:老年期认知障碍的流行病学概况;老年期认知障碍照料的现状与对策;老年期认知障碍住院照料,如躯体功能、生活能力、不良事件的分析与防范,睡眠管理、精神行为症状的照料与管理;老年期认知障碍的居家照料与管理,如日间照料、夜间照料、饮食照料、跌倒防范、服药管理、社区照料、压疮防范、照护原则;老年期认知障碍的医学伦理与照料者心理调适等五个角度展开介绍与阐述。应该说,本书的内容较为务实与新颖,直击问题的难点与痛点,用这样的视角来看问题、分析问题是可取的,而这些问题也是社会关注的热点与焦点。本书可读性较强,既保证了专业性、科学性,也通俗易懂,同时具有较强的操作性,能够较好地推广。内容贴近基层,兼顾专业与科普的特征,侧重于专业、科学、人文的照料技术推广,探索建立老年期认知障碍患者人群心理健康档案数据库,动态管理,形成有效运行机制,条理清晰,行文流畅,语言质朴,潜在读者人群广泛,符合实际情况,具有较好的现实意义与推广价值。

老年期认知障碍是一个世界性的难题,给国家和人民带来了沉重的经济负担。根据 2015 年中国老年期认知障碍经济负担调查显示,老年期认知障碍相关费用支出占国内生产总值(GDP)的 1.47%,高于世界平均水平。在现有的科学技术条件下,老年期认知障碍诊疗现状整体欠理想,照料问题已经成为老年期认知障碍诊疗中的重要环节之一。实际上大部分的负担均体现在日常生活的照料和疾病并发症的处理上,单纯促智药物治疗在老年期认知障碍治疗的经济占比并不是很高,科学的照料管理可以延缓老年期认知障碍患者病情的进展,改善患者的生活质量,从而延长患者生命并减轻照料者压力,最终减少经济负担。

《中华人民共和国老年人权益保障法》第三十条规定:“国家逐步开展长期护理保障工作,保障老年人的护理需求。对生活长期不能自理、经济困难的老年人,地方各级人民政府应当根据其失能程度等情况给予护理补贴。”该法律条款对老年护理做了原则性规定,提供了法律依据,能够使大多数的老年期认知障碍患者获益。人力资源和



社会保障部于 2016 年发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，此意见为部分老年期认知障碍患者解决了长期护理的问题，但长期照料认知障碍患者的工作量巨大，远超其他慢性疾病。另外，全国各地因经济不平衡，政策执行也存在较大差别。

目前，我国老年期认知障碍患者已超过 1000 万，这个数字还在不断增长，参与和从事照料护理认知障碍患者的人数超过 1 亿，但由于诸多原因，目前相当多的照料者普遍缺少专业系统的指导与培训。然而，照料与护理的工作质量却与认知障碍患者的生活质量息息相关，需要引起高度重视。此外，本书特别关注了认知障碍类疾病的临床表现特点、不良事件防范要点、照料技术的注意事项，照料者人群的心理调适等核心内容，实用意义与指导价值显著提升。

能够对工作中发现的问题进行研究，对取得的经验进行总结，这是优秀医师的素质体现。本书的编者们能够克服困难力成此书，实属不易，值得我们学习。再次对本书的顺利出版表示祝贺，也希望各位专家再接再厉，继续为广大认知障碍患者提供优质的医疗服务与照料管理技术，让我们共同关注老年人群的身心健康！

中华医学会精神医学分会常务委员、老年精神医学组组长
浙江省医学会精神病学分会主任委员 **于恩彦**

浙江省医学会老年精神障碍分会主任委员
浙江省医学会精神医学分会、心身医学分会候任主任委员 **陈 炜**

前 言

老年期认知障碍是老年期常见的一组临床综合征,临床表现形式多样,症状丰富,预后较差,特别是中晚期患者,由于社会功能丧失与日常生活自理能力受损,需要提供专业、全程的生活照料与护理,避免意外事件的发生,提高患者生活质量,保障生命的尊严。老年期认知障碍主要以痴呆综合征、遗忘综合征、谵妄综合征、轻度认知损害和躯体疾病伴发的神经认知障碍为临床特征,突出表现为记忆、智能、注意力、定向力、人格改变等神经精神活动异常损害。一部分患者表现为可逆性、波动性的临床转归,一部分患者表现为持续性、阶梯性的特点,疾病的特点给患者照料与护理带来了极大的挑战,需要引起高度重视。

随着人口老龄化问题日益突出,老年期认知障碍呈现高发病率、高致残率、高患病率、低就诊率、低治愈率的特点。有报道指出,65岁以上人群,痴呆患病率在5%左右;80岁以上人群,痴呆患病率在20%以上,然而老年期认知障碍的临床预后却不尽如人意,相当多的患者不能获得早发现、早诊断、早治疗;也难以获得专业、全程、有效的治疗,大部分患者错过了最佳治疗时机,致残率高,生活质量显著下降,易出现外走、骨折、噎食、感染、褥疮等意外事件,甚至引发突发的社会事件,如火灾、交通事故等。

我国老年期认知障碍患者已超过1000万人,这个数字还在不断增长,但由于诸多原因,目前大多数照料者缺少专业的指导与培训。照料者群体也容易出现焦虑、抑郁、烦恼、沮丧等负面情绪,照料者群体的心理健康状况也需要引起高度的关注与重视。由于诸多原因,认知障碍人群的病史、就诊记录、认知功能检测结果等核心资料尚难以统一管理、科学整合,老年期认知障碍患者的心理健康档案建设关注度不高,没有进行资源整合,目前还不能形成档案数据库管理,需要进一步关注与优化心理健康档案库的建立,建立保障机制,确保正常运行。同时,我国也处于经济社会转型时期,本项工作也需要引起政府、社会以及广大民众的高度重视。

临终关怀与医学、法律伦理是探索老年期认知障碍照料与管理无法回避的话题,传统的“好死不如赖活着”的思想根深蒂固、现代生命观相对滞后、公民素质有待提高等多方面的原因,使得临终关怀在中国的发展遇上一系列伦理冲突。需要明确的是,许多公民已经意识到这个待解决的问题,也正在努力为生命的末期关怀找寻新的路径,终有一天,生的愉悦与死的坦然都将成为生命圆满的标志。

在现实世界中,照料者人群也广泛存在不同程度的焦虑、抑郁、烦恼、失眠等心理健康问题,本书专门设置了照料者心理调适等相关章节进行探讨,目的在于为广大照料者人群提供一些简单易行而又富有成效的评估方法、减压技术。

老年期认知障碍往往呈现慢性、长期的病程,诊疗护理、照料管理难度大,随着疾病的不断进展,患者生活质量与自理能力逐渐下降,相反对于照料者的要求却是与日俱增,照料的压力也是逐步提升,有时甚至因为照料不慎导致意外事件的发生。从现实角度来说,有些患者居住在社区,他们需要家属的照顾与陪伴,也可能是雇佣保姆在居家照料;有些患者居住在医养结合机构(护理院、养护院等),需要护理员、护工来统一照料管理;有些患者则居住在医院,他们大多数



精神行为症状严重或躯体并发症明显,需要医务人员的医疗干预与护理康复。

另一方面,一部分患者处于疾病的早期阶段,仅仅影响部分社会功能,它们基本上保持个人生活自理的能力,也保存较好的言语沟通能力;一部分患者处于疾病中等严重程度,社会功能显著下降,但基本日常料理能力尚得以保存,他们往往伴发较为突出精神行为症状,管理与照料难度大,容易出现意外事件;一部分患者处于疾病的晚期阶段,日常生活能力几乎完全丧失,完全需要照料者的生活照料,尤其容易出现躯体方面的并发症,照料人员需要具备专业的能力与经验。

为了系统全面地阐述老年期认知障碍照料管理的重点、难点与痛点;提高广大基层医务工作者以及护理院(养护院、医养结合机构、老年公寓)工作人员对于老年认知障碍的疾病特点、不良事件防范的意识与措施、护理康复、照料管理等问题的关注与掌握,进而提高照护质量、改善患者的生活质量,我们从不同角度、不同生活环境、不同生活场景、不同疾病严重程度等维度展开了科学、客观、全面的阐述。推荐建立老年期认知障碍人群心理健康档案数据库,规范建立,动态维护,保障运行,充分利用互联网和大数据的功能,为各级政府制定公共卫生政策提供数据支撑。同时也希望民政、残联、公共卫生的工作人员,以及广大患者的家属也能够引起关注,促进疾病的健康教育,大家都能做到科学认知、理性认识,进而进一步推动本项工作扎实开展。

作者所在工作单位嘉兴市康慈医院为一所三级精神卫生专科医院,拥有老年科床位 240 余张,“老年脑疾病干预与康复创新学科”为嘉兴市医学重点创新学科;2018 年,成功创建嘉兴市重点科技创新团队——老年期认知障碍临床干预与功能康复创新团队。目前拥有一支由精神科、神经科、康复医学科、内科、重症医学科、护理学科等专家组成的医疗、护理、康复队伍。对精神行为症状突出,伴有各种生活能力减退或丧失的患者提供医疗、护理、康复服务。注重药物治疗与康复治疗、心理治疗相结合;生理关怀与心理关怀相结合;医学护理与康复训练、规范照料相结合。近年来,我们牵头组建了嘉兴市老年期痴呆诊治联盟,面向专业医疗机构,致力于加强老年期精神障碍联络会诊,致力于认知障碍的学科与亚专科建设,致力于认知障碍的全病程诊疗与管理,满足人民群众的健康需求。

2019 年,在桐乡市卫生健康局、桐乡市医学会、桐乡市民政局、桐乡市护理学会的支持与帮助下,我们牵头组建了桐乡市老年期痴呆照料者联盟,整合民政、科协、残联、卫生健康、医养结合机构、护理院、养护院等近 30 家机构,定期开展医疗、护理、照料、康复技术下基层、下社区,提供专业服务;定期开展业务培训,提高照料者(护理员、社工等)的从业能力。该学科同时致力于加强宣传,推动公共卫生与预防医学的发展,通过多种渠道,宣传科学防治知识,力争做到早发现、早诊断、早治疗,提升患者的生活质量与社会功能。

特别感谢中华医学会精神医学分会常务委员、浙江省肿瘤医院党委书记、浙江省医学会精神病学分会主任委员、博士生导师于恩彦教授;浙江大学医学院附属邵逸夫医院精神卫生科主任、浙江省医学会老年精神障碍分会主任委员、浙江省医学会精神医学分会、心身医学分会候任主任委员陈炜教授的大力支持,两位在全球老年精神医学治疗领域享有盛誉的学科大咖,在百忙之中,多次关心本书编撰的进度与质量,并亲自为本书作序。编委会全体专家深感欣慰,深受感动。感谢浙江省人民医院廖峥雯博士为本书认真细致的校对与审核。

编者

2020 年 10 月于嘉兴

目 录

第一章 老年期认知障碍的流行病学概况	1
第二章 老年期认知障碍患者照料现状	6
第三章 老年期认知障碍的居家照料与管理	12
第一节 老年期认知障碍的日间照料与管理	12
第二节 老年期认知障碍的夜间照料与管理	19
第三节 老年期认知障碍的饮食照料与管理	24
第四节 老年期认知障碍的跌倒防范与管理	33
第五节 老年期认知障碍的服药管理	37
第六节 老年期认知障碍的社区照料	42
第七节 老年期认知障碍的压疮防范与管理	49
第八节 老年期认知障碍的照护原则与伦理	58
第九节 老年期认知障碍疾病管理与心理健康档案管理	65
第四章 老年期认知障碍住院照料	69
第一节 老年期认知障碍临床表现与照料对策	69
第二节 老年期认知障碍住院患者的人格特征与照料对策	78
第三节 老年期认知障碍住院患者的躯体功能照料与康复	85
第四节 老年期认知障碍住院患者的生活能力照料与康复	96
第五节 老年期认知障碍患者住院期间不良事件的分析与防范	105
第六节 老年期认知障碍患者睡眠管理	113
第七节 老年期认知障碍伴发的精神行为症状及其照料与管理	118



第五章 老年期认知障碍的医学伦理与照料者心理调适	123
第一节 老年期认知障碍照料者心理评估方法	123
第二节 老年期认知障碍照料者心理调适	130
第三节 老年期认知障碍的临终关怀与医学伦理	134
参考文献	139

第一章 老年期认知障碍的流行病学概况

一、关于人类大脑及老年期认知障碍的概述

人类大脑(brain)包括端脑和间脑,端脑包括左右大脑半球。人脑中的主要成分是血液(占80%),大脑虽只占人体体重的2%,但其耗氧量达全身耗氧量的25%,血流量占心脏输出血量的15%,一天内流经脑的血液约为2000L。人类大脑的形状有些像豆腐,但不是方的,而是圆的,也不是白色的,而是淡粉色的。

大脑主要有五大方面的功能:感觉功能、控制运动功能、记忆功能、情感和情绪功能、认知功能。认知是指人脑接受外界信息,经过加工处理,转换成内在的心理活动,从而获取知识或应用知识的过程,包括记忆、语言、视空间、执行、计算和理解判断等方面。

认知障碍是指记忆、语言、视空间、执行、计算和理解判断等认知功能中的一项或多项受损,并影响个体的日常或社会能力,不同程度地影响患者的社会功能和生活质量,严重时甚至会导致患者死亡。中枢神经系统退行性疾病、脑血管疾病、营养代谢紊乱、感染、外伤、肿瘤等多种原因均可导致认知功能障碍,认知障碍按严重程度分为轻度认知障碍和痴呆两个阶段(图1-1)。

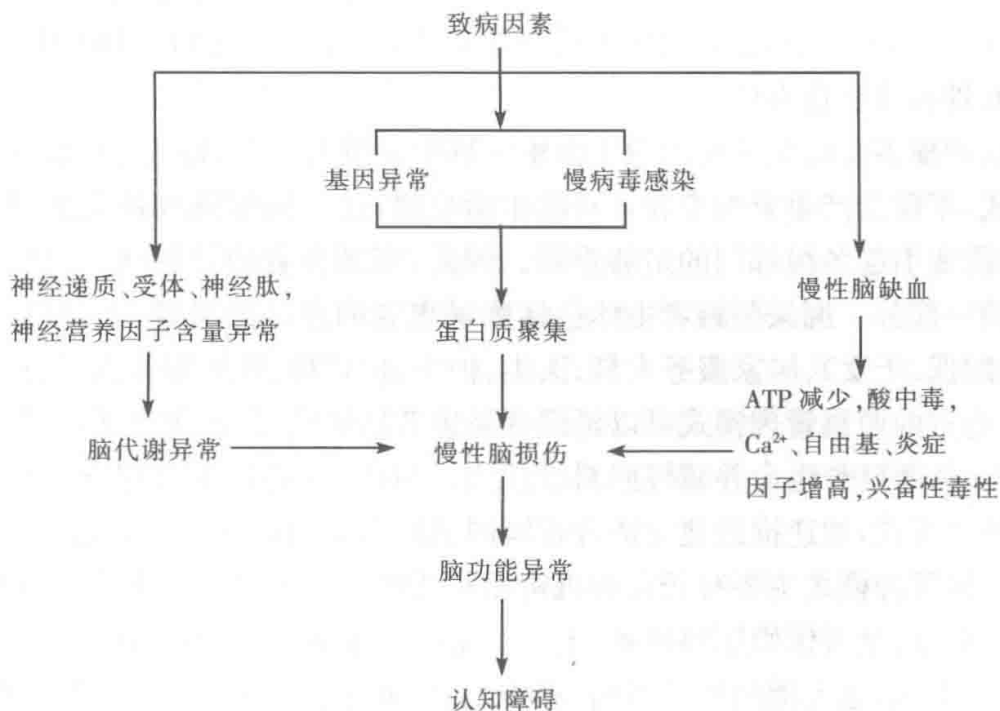


图1-1 认知障碍的病因及发病机制



在认知障碍研究的不同发展阶段,曾经出现过几个概念,如健忘症(BSF)、年龄相关性记忆障碍(AAMI)、轻度认知减退(MCD)及非痴呆认知障碍等概念。这些概念间有的诊断泛化,有的含义重复,有的则缺乏操作性,未获得公认。轻度认知障碍(MCI)的提出,使疾病人群的针对性及研究的操作性得到增强,促进了关于记忆方面和老化的研究发展,对痴呆的早期诊断及治疗干预具有指导性的意义。MCI目前被广泛接受,指患有轻度记忆功能或认知功能的损害但未发生痴呆的老年人,是属于介于年龄相关的认知功能减退和早期痴呆间的一种重要过渡状态。MCI一般分为遗忘型(aMCI)和非遗忘型(naMCI)两类,遗忘型为仅患有记忆障碍,非遗忘型则为无记忆障碍,但有其他认知功能损害。伴随MCI患者的病情不断发展,aMCI易发展为阿尔茨海默病(AD),naMCI易发展成为其他类型的痴呆,如额颞叶痴呆、血管性痴呆或Lewy体痴呆等。

老年期认知障碍是老年期常见的一组临床综合征,表现多样,主要以痴呆综合征(神经认知障碍)、遗忘综合征、谵妄综合征、轻度认知损害和躯体疾病伴发的神经认知障碍为临床特征,突出表现为记忆、智能、注意力、定向力、人格改变等神经精神活动异常损害。一部分患者表现为可逆性、波动性的临床转归,一部分患者表现为持续性、阶梯性的特点,其临床转归的核心与病因关系密切。如谵妄的病因可能是躯体疾病或治疗的药物随着原发疾病的转归,可能获得较为理想的临床预后;若为神经元退行性病变,则预后较差,认知功能损害逐渐呈不可逆进展。

痴呆是一种获得性、渐进性的认知功能障碍综合征,临床特征包括记忆、思维、定向、理解、判断、推理、计算和抽象思维等多种认知功能减退,可伴有幻觉、行为紊乱、妄想和人格改变。痴呆晚期患者出现生活不能自理,需要专业照料,易出现肺炎、褥疮、噎食、跌倒、骨折等不良事件。

轻度认知损害与痴呆是我国卫生健康领域中的重大疾病,是老年期认知障碍的主要表现形式,不仅会严重影响患者自身的生活质量,还会给家庭和社会的发展带来沉重的负担,需要引起各级部门的足够重视。因此,痴呆患者的照料问题已成为诊疗中不可或缺的一部分。痴呆照料者主体包括痴呆患者的直接照料者、家属以及陪伴者,如监护人(配偶、子女)、居家服务人员、医生、护士、护理员、社区服务人员、社会工作者及志愿者,适宜的照料管理模式可以延缓痴呆患者病情进展、改善生活质量,避免意外事件的发生,从而延长生命并减轻照料者压力。目前,发达国家已建立了较为完善的痴呆患者照料模式,加速推进建立适合我国国情的痴呆照料管理模式是亟待解决的问题。痴呆照料管理模式主要有居家和机构照料两种。居家照料包括日间照料中心、钟点保姆照料服务、全天保姆照料服务、上门健康照护服务等类型;机构照料包括老人之家、痴呆照料机构、老人辅助生活机构、养护院、医养结合机构、公寓式养老机构、老年社区、护理院、痴呆单元(病房)等。我国大部分痴呆患者采用的是居家照料模式,照料者以家庭成员和近亲属为主。近年来,主动或被动选择机构养老的人群在逐年增加。

二、老年期认知障碍流行病学现状

(一)轻度认知障碍流行病学现状

一般认为, MCI 是认知功能处于正常与痴呆间的一种过渡状态, 65 岁及 65 岁以上老年人群的患病率在 10%~20%, 超过一半的 MCI 患者在 5 年内会进展为痴呆。MCI 发展为痴呆的比例较健康老年人高 10 倍。因此, MCI 的干预对延缓痴呆的发生、发展至关重要。作为正常老化和痴呆间的过渡状态, MCI 日益成为重要的研究热点与焦点。研究显示, 每年有 10%~20% 的 MCI 患者发展为阿尔茨海默病(AD)患者, 而在健康老人中 AD 的患病率每年只有 1%~3%, 所以早期诊断对疾病的治疗能起到关键作用。

(二)痴呆的流行病学现状

全球 60 岁及 60 岁以上人口有 8.952 亿, 老年痴呆患病率约为 5.20%, 随着人口老龄化的发展, 各种慢性躯体性疾病影响老年人生命健康, 同时精神(心理)卫生问题也成为老年人生命健康的威胁之一。痴呆在老年人精神疾患中最为普遍和严重, 老年痴呆发病率在老年人中仅次于癌症和心脑血管病, 位居第三位。有研究显示, 年龄每增加 5 岁, 痴呆患病率就提高 1 倍。因此, 随着我国老龄化进程的进展, 痴呆患病率会愈发严重。

痴呆是以认知障碍为核心, 伴有精神行为症状, 导致社会功能和日常生活能力下降的一组疾病, 按病因分为 AD、血管性痴呆、额颞叶痴呆、路易体痴呆和其他类型痴呆等, 其中 AD 最为常见, 占有痴呆类型的 50%~60%。当前随着我国进入老龄化社会, 痴呆的总患病人数、患病率正在逐年升高, 对家庭和社会造成沉重的负担。国外学者通过对不同文献的总结得出, 在世界范围内 65 岁及 65 岁以上的老年人的痴呆患病率在 2.3%~11.9%, 国内不同地区的痴呆患病率在 2.7%~7.3%。2015 年全球罹患痴呆人数已达 4680 万, 预计至 2050 年, 痴呆患者人数将达 1.3 亿。据文献报道, 我国阿尔茨海默病患者已突破 1000 万人, 这个群体还会进一步扩大。中国 60 岁及 60 岁以上老年人在 2015 年已达 14%, 2050 年老年人群比例将高达 33%, 未来 40 年 60 岁及 60 岁以上人群中将有 4.3% 的人患痴呆。2015 年中国痴呆患者人数已居世界第一位, 给社会及家庭带来沉重的负担。

AD 是一种最常见的痴呆类型, 具有高患病率、高致残率、低就诊率的特点, 患病率随年龄的增加而增加。65 岁以上老年人群中, AD 的年患病率约为 1%, 80 岁以上人群的患病率高达 20%, 但 85 岁以上的患者患病率不再随年龄增高。目前认为 AD 的患病危险因素包括痴呆家族史、高血压、糖尿病、帕金森病家族史、Down 综合征家族史、脑外伤史、抑郁症史和低教育水平等; 与 AD 相关的社会人口学危险因素主要有



高龄、女性、丧偶、低教育和低经济水平。

(三)老年期谵妄流行病学现况

谵妄是指在意识清晰度水平下降的同时产生大量的幻觉和错觉,表现为明显的思维不连贯,紧张、恐惧的情绪反应和兴奋不安、冲动、杂乱无章的行为。从定义可以看出,谵妄患者同时具有觉醒程度的下降和意识内容的改变,还具有急性起病、病情发展迅速、昼轻夜重、病程短暂的特点。谵妄的流行病学研究开始于19世纪40年代左右,但在DSM-III出版前,因为诊断标准、研究方法、患者选择等方面差异很大,导致研究结果大不相同。近些年,随着诊断标准的统一,流行病学研究结果的一致性较之前明显提高。一般认为,谵妄的患病率在11%~16%,发病率在4%~10%。社区老年患者的谵妄患病率在1%~2%,且患病率随着年龄的增长而增加;超过85岁的人群,谵妄患病率上升到14%。综合医院住院老年患者的谵妄患病率在11%~42%,老年患者术后谵妄的发生率在15%~62%,ICU老年患者谵妄的发生率在19%~82%。在护理院或康复病房,谵妄的发生率为60%,而在疾病终末期,患者谵妄的发生率达83%。

在普通内科或老年病区发展为谵妄的患者,其死亡风险增加1.5倍;被送入急诊科的谵妄患者,其就诊后6个月内的死亡风险增加70%。发展为谵妄的手术患者超过50%会出现认知功能损害,该损害可在术后持续1年之久。谵妄患者在入院后直至急性期过后的这6个月内,其死亡风险增加5倍。老年痴呆患者若发生谵妄,则意味着认知功能损害的加重及更高的入院率和死亡率。

(四)老年期常见精神疾病共病现况

近年来,老年患者中谵妄、痴呆和抑郁常常合并存在,称为2D或3D重叠。约2/3的谵妄发生于痴呆患者,轻度认知障碍或痴呆患者谵妄的发生率在33%~86%。痴呆叠加谵妄(DSD)的发生率在社区老年人中占13%~19%,在住院老年患者中占40%~89%。痴呆是老年患者发生谵妄的危险因素,而谵妄的发生则加速了痴呆患者的认知功能恶化及失能。抑郁合并谵妄是另一种重叠类型。一项前瞻性队列研究了459例入院时无谵妄的住院老年患者,5%的患者在住院期间出现抑郁叠加谵妄,与没有谵妄或抑郁的患者相比,两者叠加的患者在1年后再次入住养老院及死亡的风险增加5倍,1个月后日常生活能力下降风险增加3倍;叠加患者以上不良事件的发生率亦明显高于只有一种疾病的患者。痴呆、抑郁、谵妄3D并存的研究较少。据文献报道,经过评估患者术前认知水平、抑郁症状及住院期间发生谵妄的情况,30%的患者存在2D重叠,7%的患者3D共存。据我国学者报道,在156例确诊痴呆的老年患者及330例确诊抑郁的老年患者中,发现2D及3D叠加占同期老年痴呆患者的10%,占同期老年抑郁患者的3%。

三、老年期认知障碍照料现状与探索

中国内地目前还没有形成健全的针对老年期认知障碍的社会支撑体系,但是在社会支持上进行了各种尝试,特别是一些经济较为发达的区域,已在尝试多种形式的照护体系,发动政府、社会组织、残联、民政、科协和医疗机构广泛参与,而且政府鼓励一些协会或机构,通过知识普及、经验交流等一系列活动,让照料者有更多的学习和交流的机会。我国成立的一些组织,如中国老年保健协会阿尔茨海默病分会(ADC)、国家AD协会中国委员会、北京AD防治协会,其目的就是要更为直接地对患者和家属进行援助,同时不断发展和提高我国疾病研究和康复水平。在香港特别行政区,AD照料者的工作分为多个方面,如社区照顾、公众教育、健康政策。政府资助的老年日间护理中心可以为患者提供日间暂托服务,使照料者得到暂时舒缓。照料者可以把患者送到老年日间护理中心,由其来进行白天的托管。非政府组织提供相关教育课程,希望培养公众关爱老年人的美德,并且通过服务热线、教育课程等形式增强大众对AD的认识,体会照料者的负担。在一些发达国家,AD带来的影响已经深受重视。把AD加入到医疗卫生服务(公共卫生)的重要课题,需要政府在制定卫生政策时着重考虑。

随着我国老龄化进程的飞速发展,我国正在快速进入人口老龄化阶段,建立完备的老年期认知障碍照料体系刻不容缓,保证照料者的身心健康也是体系正常运作的前提。面对现状,需要政府、社会各界、行业协会(学会)和各种形式的专业学术组织联合,科学、有序、系统、持续地组织专业人员为照料者及患者开展形式多样的健康宣教、技能培训、心理疏导,提升老年期认知障碍人群及其照料者的心理健康与幸福指数。

以浙江省桐乡市为例,目前已于2019年6月率先建立了桐乡市老年期痴呆照料联盟,由专业的医疗机构发起,由民政系统和卫生部门联合牵头,嘉兴市康慈医院具体落实,承担技术指导,广泛吸收了23家医养机构、社会养老机构以及12家社区卫生服务中心(站)参与,定期开展健康宣教、照料技术推广、预防保健、技能培训、心理疏导等活动。

(林 勇)

第二章 老年期认知障碍患者照料现状

目前,老年期认知障碍是一个世界性的难题,全世界老年期认知障碍的消耗费用占全球 GDP 的 1.19%,给国家和人民带来了沉重的经济负担。根据 2015 年的中国老年期认知障碍经济负担调查显示,我国老年期认知障碍相关花费占 GDP 的 1.47%,高于世界平均水平。在现有的科学技术下,尚没有能治疗老年期认知障碍的有效手段,而照料问题就成为老年期认知障碍诊疗中最重要的一环。实际上大部分的负担均体现在日常生活的照料和并发症的处理上,单纯药物治疗在老年期认知障碍治疗的经济支出占比并不高。科学的照料管理模式可以延缓老年期认知障碍患者病情的进展,改善生活质量,从而延长生命并减轻照料者压力,最终减轻经济负担。

一、世界上不同国家在认知障碍患者照料上的现状简介

目前从整体上看,欧、美、日等发达国家在老年期认知障碍照料上的投入、经验、效果上要优于发展中国家。发达国家的实践已经证明,政府、非营利组织及商业补充的共同推动,极大地改善了老年期认知障碍患者和家庭的生活品质,提升了公共卫生水平。比如美国在 20 世纪 80 年代就将老年期认知障碍列入国家公共卫生重点研究计划,在国家的支持下,和老年期认知障碍照料有关的疾病研究、健康教育、技能培训和社区援助体系都得以快速的发展。还有针对已确诊老年期认知障碍患者的社区服务中心、居家照料服务、喘息照料服务、日间照料中心、照料者支持项目、长期照料机构、老年期认知障碍患者和照料者津贴等福利政策。英国的国家认知障碍防治策略强调服务能力提高和服务的监测评估。日本从国家层面将认知障碍患者的管理纳入法制化轨道,明确政府、慈善组织、个人的权利与责任。意大利全国构建认知障碍服务网络,积极整合社会资源为认知障碍患者服务。澳大利亚的认知障碍照料服务非常具有整体性和连续性,条理清楚,操作性强,如其医疗机构照料服务分为急性医院、亚急性医院、临终关怀医院和护理院;居家照料包括家庭和社区照护、老年居家延伸服务和社会照护服务。针对不同情况有不同的服务模式,灵活多样,服务内容广泛,特别是其包含老年精神障碍照护服务,由社工、精神科生、护士、心理医师、联络员等组成的综合评估和干预团队对认知障碍患者进行评估,确定是否需要进一步处理或转诊。这种服务对认知障碍患者的帮助非常大。

21 世纪以后,逐渐有更多的发达国家将老年期认知障碍防治列入国家公共健康优先项目,并启动相应的行动计划。同时也有很多非营利组织加入到老年期认知障碍的照料中来,为改善患者和家庭成员的生活质量做出巨大贡献。