

专题 · 认知功能障碍



专家简介:吕继辉,医学博士,主任医师,硕士研究生导师;现任北京老年医院精神心理二科主任,北京市中西医结合老年病学研究所副所长;擅长老年痴呆、老年谵妄、老年抑郁的诊疗;任北京脑重大疾病研究院阿尔茨海默病研究所兼职教授,中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组委员,中国微循环学会神经变性病专业委员会康复学组副主任委员,中国保健医学研究会老年康复分会常务委员,中国老年保健医学研究会抗衰老研究分会常务委员;发表 SCI 文章 11 篇,参编中英文专著和译著共 10 部;担任《卒中与神经疾病》《中国临床保健杂志》《中华行为医学与脑科学杂志》编委, *Journal of Alzheimer's Disease* 助理编辑,以及 *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*、*BMJ open* 等多本学术刊物审稿人。Email:lvjihui@139.com

痴呆患者的多学科管理

李文杰,吕继辉

(北京老年医院精神心理二科,北京 100095)

【摘要】 痴呆是常见的老年综合征之一,不仅威胁患者健康和寿命,还给家庭和社会带来沉重负担。痴呆常由脑器质性疾病所致,痴呆患者通常存在多病共患以及各种心理和社会家庭问题,需要老年多学科团队(GIT)的先进模式进行全人管理。本文对 GIT 的概念与发展背景进行阐述,介绍了 GIT 服务于痴呆患者的适应证、运作模式及意义,并对其实践效果进行了评价,以帮助同行们了解和掌握 GIT 管理模式在痴呆患者中的应用。

【关键词】 痴呆;学科间信息交流;团队资源管理,卫生保健;综述

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2020.02.006

Geriatric interdisciplinary team management for the patients with dementia Li Wenjie, Lyu Jihui (Center for Cognitive Disorders, Beijing Geriatric Hospital, Beijing 100095, China)

Corresponding author: Lyu Jihui, Email:lvjihui@139.com

【Abstract】 Dementia is one of the common syndromes among the older people, which not only threatens individual's health but also has become a heavy burden of the family and the society. Older patients with dementia often have organic brain disease, medical comorbidities, various psychological and social challenges, and family problems. Therefore, advanced model of geriatric interdisciplinary team (GIT) is needed in the comprehensive care for these kinds of people. The concept, developing background, application, meaning, and effects of GIT management are introduced to help the practitioners understand and master the application of GIT management model in the older patients with dementia.

【Keywords】 Dementia; Interdisciplinary communication; Crew resource management, healthcare; Review

痴呆是一种常见于老年人,以获得性认知功能损害为核心,并导致患者日常生活、社会交往和工作

能力明显减退的综合征。在痴呆病程的某一阶段常伴有精神、行为和人格异常。晚期患者常见营养不

作者简介:李文杰,副主任医师,Email:lwj2927262@163.com

通信作者:吕继辉,主任医师,Email:lvjihui@139.com

良、肺炎、泌尿系感染、跌倒、压疮、谵妄等并发症。随着人口老龄化现象日益严重,痴呆患者数量逐年增多。据估计目前我国65岁以上人口中痴呆的患病率约为4.6%^[1];其医疗费用和照料问题给家庭和社会带来沉重负担^[2-3]。痴呆患者常存在脑器质病、多病共患及各种心理和社会家庭问题。传统的治疗模式不能满足痴呆患者的需要,老年多学科团队(GIT)的管理模式成为痴呆患者诊疗的需求。

1 概念

传统的多学科模式(MDT)通常指能够独立为某一特定患者提供诊治意见的不同学科/专业专家在特定时间(可在同一地点、或通过电视或电话会议形式)共同讨论其诊治方向^[4];即多个学科的学者对同一个问题进行分析,在各自领域的框架内试图对问题进行理解,而并不强调各个领域间的合作或是取得共同一致的决策^[5]。例如包括肿瘤科医生、影像专家、病理专家等相关专业的成员,以肿瘤病例讨论的形式对患者的诊断和治疗进行探讨即属于MDT。这种模式已在多种肿瘤性疾病诊治中得到较成熟的应用^[6-8],MDT已在美国被列入肿瘤诊疗指南。另外MDT在骨科^[9]、妇产科^[10]也有一定程度的运用并得到了良好的效果。

GIT在国内有时也被称为跨学科团队,通常指在老年病的管理中,针对老年人病理、心理和社会环境等问题及其影响因素,采用“生物-心理-社会-环境-工程”的医学模式,组成由老年病学医生、有关专科医生、康复师、护士、心理师、营养师、临床药师、个案管理师、社会工作者、照料者、患者本人和家属等构成的团队,对老年患者实施综合性的功能评估和医疗、康复及护理服务^[5]。不同于传统的多学科会诊模式中会诊医生各自陈述自己的观点而不寻求达成解决问题的一致意见,GIT是在老年综合评估的基础上,全面了解老年患者的躯体、认知、情绪、功能、社会支持及个人意愿等各方面的情况后,由多个学科的专业人员进行交流和讨论,共同制定最佳决策,为患者提供有针对性的“全人”干预。GIT体现的是一种以人为本的服务理念,其目标是最大限度地维护患者的功能状态,提高生活质量。

GIT的服务模式在发达国家的老年服务中已经得到较为广泛的应用。近年来我国医院内老年多学科协作也越来越受到重视,但仍不够成熟和完善,需要在整合医院的优势资源的基础上,建立结构合理、沟通顺畅、运转高效的多学科团队,以满足多病共存

和存在功能障碍的老年患者的需求。

2 痴呆 GIT 意义

痴呆是由多种病因导致的常见老年综合征,其临床表现多样。痴呆好发于老年人,发病率随年龄的增长而增加,多病共存在痴呆患者中常见。据统计,在北京老年医院收住的老年痴呆患者中,同时患有2种或2种以上疾病的患者占100%,而同时患有3种或4种以上的占80%,同时患5种或5种以上的占50%^[11]。除了多种躯体疾病,痴呆患者还常常伴有心理、家庭和社会问题。痴呆患者的个体需求表现在多个方面,其临床症状的处理非常复杂。绝大部分的痴呆病因目前无法治愈,除了传统的药物治疗外还需要非药物治疗的干预,治疗目标是维持或提高生活质量。任何一个学科的专家都很难独自处理痴呆患者多样化的认知、生理、情感和社会等一系列问题,因此对痴呆患者的管理强烈推荐多学科整合服务^[5]。

痴呆GIT是指以痴呆患者为中心,依托多学科团队,通过紧密协作,对患者的诊断、治疗、护理、康复、家庭和社会问题等作出正确的判断,并提供所有相关的干预,对患者进行优质高效的服务。痴呆GIT通过不同领域的医务人员针对患者的病情一起论证出最终的诊疗计划,可以提高诊断及治疗的准确性、减少误诊、提高医疗服务质量、增加效率、减少医源性问题,并降低经济负担。痴呆GIT使先前的单个医生主导负责转变为包含多个学科成员的团队共同为患者负责,由以疾病为中心转变为以患者为中心,目标不仅包括疾病诊治更重视整体功能,从而改善了就医体验、提高了患者满意度。

3 痴呆 GIT 的构成

痴呆GIT通常由老年病学医生、神经病学医生、精神病学医生、心理医生、护士、临床药师、康复理疗师、工娱治疗师、护士、社会工作者、营养师、患者、照料者、家属等共同或一部分构成。神经病学医生、老年病医生主要负责做出痴呆的诊断并明确痴呆的类型、制定治疗方案、评估预后以及处理痴呆患者躯体疾病。精神病学医师主要负责痴呆患者精神行为异常的诊断和治疗。心理医师主要负责解释患者在认知、情绪等心理学测试中的成绩并提供心理治疗,以及为患者和其家属、照料者提供心理支持。护士主要负责制定护理计划,执行医疗决策,及对患者及其家属、照料者的评估和管理。临床药师主要负责协助指导安全合理用药,评估患者对药物治疗的反应、

药物之间相互作用及不良反应,对患者、家属及照料者对用药方面的问题进行答疑解惑。康复理疗师主要负责肢体康复,帮助患者尽可能地改善身体功能和维持活动的安全性,尽量延长其自主活动的时间,延缓长期卧床的发生。工娱治疗师主要负责痴呆患者的娱乐、怀旧和认知刺激等非药物治疗。社会工作者主要负责了解患者和家属面临的社会支持方面的需要、困难和问题,为患者和家属提供建议和支持,调节患者与子女之间的矛盾,协调患者出院后的去处。营养师主要负责评估营养状况、日常饮食指导,确定患者的营养补充或饮食控制方案。根据患者病情的需要,可适当增加或减少其他多学科团队成员。可以根据患者存在的主要问题来确定多学科团队的领导,由其负责组织团队成员对患者进行诊断与评估、召开小组会议、整合问题、协调团队内各治疗单元的关系,以及合理安排患者治疗计划。团队成员之间应有效快速地沟通、培养较强的执行合作能力,需要互相尊重、目标一致。

4 痴呆 GIT 的实施效果

Rolland 等^[12]对参与阿尔茨海默病(AD)多学科团队会议的医生进行调查,证实了 GIT 在 AD 领域的可行性。Viola 等^[13]一项针对轻度 AD 患者的单盲对照研究显示由 GIT 参与的康复计划能够更显著地改善 AD 患者的生活质量。王旭^[14]的一项随机对照试验结果显示:以多学科协作团队照护模式干预 AD 患者,可显著减少不良事件的发生和提高患者生活质量。杨道良等^[15]的一项对照研究显示:精神科医师上门服务并整合多学科团队成员的家庭医疗模式对改善老年期痴呆患者的精神行为症状和认知功能具有较好的近期和远期效果,并有助于提高患者及照料者的生活质量、减少疾病负担、延缓疾病进展、延迟患者进入养老机构的时间。刘保萍等^[16]的一项随机对照研究显示,有多学科团队参与的认知干预方案的制订及实施可显著改善血管性轻中度认知功能障碍患者的认知功能,早期干预可预防和延缓痴呆进展,提高生活质量,改善疾病预后。

5 案例

女性,86 岁,大学教授,因记忆力减退 5 年,精神行为异常 1 年入院。5 年前患者出现记忆力减退,经常找不到钥匙、忘关煤气。1 年前出现多疑、被害妄想,怀疑有人害她,有时诉说看到窗外、床上有人。患者经常因怀疑有人饭里下毒而拒绝进食,害怕被伤害而躲在房间角落拒绝外出,体质量下降

明显。步态不稳、驼背、曾跌倒 1 次。既往高血压、糖尿病、冠心病、哮喘病史多年;性格孤傲,挑食,老伴因病去世,有一养女,亲子关系欠亲密。患者主要诊断为阿尔茨海默病合并精神行为异常,同时患有多种血管性危险因素相关疾病和哮喘,存在家庭支持问题。遂予 GIT 介入,多学科团队每周举行一次会议,根据患者的情况变化和评估结果交流讨论,共同制定决策,曾反复调整干预计划。

具体分工:由老年科医生询问病史、查体、完善实验室检查,对躯体疾病进行评估和治疗,考虑患者哮喘控制欠佳,提出增加呼吸科医师进入 GIT。呼吸科医师负责制定哮喘的规范化治疗方案及康复锻炼方案,直到患者哮喘症状控制不再影响日常活动而仅需维持治疗;老年病学医生/神经病学医生/精神科医生全程参与,负责做出痴呆相关疾病诊断,并针对患者的多疑、幻觉、被害妄想进行评估、调整非药物治疗和药物治疗方案;护士全程参与,负责制定护理方案,对认知功能、生活能力及其他老年综合评估内容进行测评,向患者、家属、照料者做关于防跌倒、噎食、坠床、压疮等并发症的宣教;营养师负责对患者进行吞咽功能和营养状况评估,为患者制订流质和营养素恰当配比的食谱;药师负责检验患者用药的合理性、药物间的配伍情况、尽量避免多重用药、进行用药宣传教育,直到患者病情稳定,药物治疗方案较为固定后定期协助医生调整,出现新的病情变化需要加减药物时再次介入;康复师全程参与,负责肺功能锻炼、肢体主动和被动训练、认知训练和日常生活能力训练;工娱治疗师全程参与,带领患者做个性化的非药物治疗:如音乐疗法(唱老歌)、怀旧疗法(看老物件图片、视频,看老电影,看年轻时相册等)、田园疗法(摘向日葵、摘南瓜、种花)、穿珠子、玩橡皮泥、彩虹伞、传球等,在计算机辅助认知训练系统进行认知评估和训练,在模拟现实中锻炼日常生活能力,组织打麻将(此患者最爱)。

经过以上团队协作处理后患者多疑、幻觉、被害妄想逐渐消失;哮喘症状完全消失;营养状况和体能改善,能自行进适量半流食、餐间加水果或酸奶,可借助助步器连续行走 200 m;日常生活能力有所恢复,可在辅助下穿衣和清洁自身;情绪好转,安全感增强,愿意主动接触别人并更好地融入集体活动。不久后患者得知老伴离世,出现情绪不稳,更加孤僻,经常挑病友及照料者的毛病,各种看不惯,心理医师介入对其进行心理疏导;患者仅有一养女,关系

一般,工资卡由养女控制,患者表示养女对自己不关心,不经常探望,且每次探望时间短、无情感交流、纯属应付,因对养女不满而要求自己控制退休金。社会工作者及志愿者介入,经常与患者及家属沟通,促使双方达成一致意见:女儿每周探望1次,每次至少1.5 h,且要与老人交流,因患者处于住院期间活动范围受限,工资卡仍暂由养女管理。一个疗程后患者病情好转后要求回家,但养女拒绝接出院,理由是患者房子已被出租。社会工作者多次协调,并帮助患者和家属选择满意的养老机构,患者出院后在养老院生活,按出院时的健康处方继续接受干预和随诊。

6 总结

GIT 干预模式是一种国际公认行之有效的适用于老年医学的先进诊疗模式,参与多学科整合管理的成员来自不同的学科,各成员不仅分别提供各自学科的信息,还共同参与对患者管理决策的制定,体现的是“团队作战”的服务模式。实际运行过程中,GIT 在团队领袖主持下召开小组会议,团队领袖可以根据患者具体情况灵活选择。成员的组成也不是一成不变的,随着患者状况变化可随之调整团队成员构成,也可根据需要适当增加或减少多学科团队成员。GIT 模式可整合多个学科的诊疗理念和技术优势,诊疗方案的制定遵循循证医学证据^[17]。总之,GIT 适用于多病共存和存在生理-心理-社会问题的痴呆患者,痴呆 GIT 模式需要结合本地和各地医院的制度和资源,开展更多尝试和探索,进一步推广应用。

参考文献

- [1] JIA J, WANG F, WEI C, et al. The prevalence of dementia in urban and rural areas of China[J]. *Alzheimer's & dementia*, 2014, 10(1): 1-9.
- [2] JÖNSSON L, WIMO A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations [J]. *Pharmacoeconomics*, 2009, 27(5): 391-403.
- [3] MOHAMED S, ROSENHECK R, LYKETSOS C G, et al. Caregiver burden in alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates[J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2010, 18(10): 917-927.
- [4] TAYLOR C M, BROWN K, LAMB B, et al. Developing and testing TEAM (team evaluation and assessment measure), a self-assessment tool to improve cancer multidisciplinary teamwork [J]. *Ann Surg Oncol*, 2012, 19(13): 4019-4027.
- [5] 陈峥. 老年病多学科整合管理[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2013: 28-30.
- [6] 欧阳取长, 唐宇. 乳腺癌全程管理中的多学科协作[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(6): 7-10, 36.
- [7] 汪晓东, 李立. 结直肠癌肿瘤多学科协作诊治模式下人员构架的探索与实践[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2007, 14(2): 235-238.
- [8] 胡建昆, 陈心足. 胃癌多学科协作诊疗模式现状[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2012, 19(1): 1-3.
- [9] 向青天, 于亚军, 王春华, 等. 多学科协作诊疗在髋部骨折围手术期应用效果观察[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2018, 33(4): 380-381.
- [10] 赖繁, 王晓东, 黄科, 等. 多学科协作下腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘中的临床应用分析[J]. *中国计划生育和妇产科*, 2018, 10(4): 89-93.
- [11] 宋岳涛, 杨颖娜. 老年病的特点与预防[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2008, 16(10): 82-84.
- [12] ROLLAND Y, TAVASSOLI N, GILLETTE-GUYONNET S, et al. Multidisciplinary team meetings (MDTM) in detection of Alzheimer's disease: Data from the idem study [J]. *J Nutr*, 2013, 17(2): 137-141.
- [13] VIOLA L F, NUNES P V, YASSUDA M S, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease[J]. *Clinics*, 2011, 66(8): 1395.
- [14] 王旭. 养老机构阿尔茨海默病患者多学科协作团队照护管理模式的实施及效果[J]. *中国保健营养*, 2017, 27(32): 382.
- [15] 杨道良, 李霞, 苏宁等. 老年期痴呆伴发精神行为障碍的家庭医疗干预模式[J]. *上海交通大学学报(医学版)*, 2017, 37(3): 398-402.
- [16] 刘保萍, 王真, 毕学超, 等. 认知干预方案制订及实施对血管性轻中度认知功能障碍患者的影响[J]. *中国医药导报*, 2016, 13(11): 146-149.
- [17] VINOD S K, SIDHOM M A, DELANEY G P. Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care? [J]. *J Oncol Pract*, 2010, 6(6): 276-281.

(收稿日期: 2019-09-16)