专题·老年综合征

专家简介：董碧蓉，四川大学华西医院老年医学中心主任医师、博士研究生导师；在国内外学术期刊发表文章 300 余篇，被 SCI 收录 90 余篇，主编及参编教材和专著 30 余本；申请发明专利 7 项，承担国家自然科学基金项目、教育部博士点基金项目、卫生部行业基金课题、科技部和中央保健局课题、国家药监局课题和省级课题 20 余项；国家老年疾病临床医学研究中心（华西）执行主任，中华医学会老年医学专业分会副主任委员，中国医师协会老年医学医师分会副会长，中国老年学与老年医学学会老年医学委员会副会长，中国老年医学中心联盟副会长兼秘书长，中国智慧医疗及养老照护专家委会主任委员，《中华老年医学杂志》副主编。Email：birongdong@163.com

痴呆症患者精神行为症状的危险因素解析及应对技巧

孙雪莲，董碧蓉

［国家老年疾病临床医学研究中心（四川大学华西医院），成都 610041］

［**摘要**］　痴呆症精神行为症状可伴随整个病程而出现，给患者和照护者造成困扰不低于痴呆症认知减退本身。“患者－照护者－环境”危险因素群提供发病支撑。患者方面涉及痴呆症神经病理、原有人格和精神障碍、其他共患病及潜在未诊断疾病、未满足的需要等因素。照护者因素涉及照护者压力下的负性照护状态，影响自身健康的同时进一步加剧患者症状。环境因素方面涉及不再适宜的居住环境、生活方式改变、社会角色的变化及环境中缺乏适量刺激因素等。对于预防及应对，需要在预防痴呆症危险因素的同时，对精神行为多维危险因素进行控制。推崇以患者为中心、以照护者为重点、以非药物为首并在必要时联合药物治疗的个性化整体控制方案。

［**关键词**］　痴呆；体征和症状；危险因素；临床方案

DOI：10.3969/J.issn.1672-6790.2020.05.005

Analysis of risk factors and coping techniques for behavioral and psychological symptoms of dementia

Sun Xuelian, *Dong Birong* (*National Clinical Research Center for Geriatrics*, *West China Hospital*, *Sichuan University*, *Chengdu* 610041, *China*)

Corresponding author: *Dong Birong*, *Email*: *birongdong*@163.*com*

［**Abstract**］　Behavioral and psychological symptoms of dementia can occur with the whole course of the dementia, causing problems for patients and caregivers not less than the cognitive decline of dementia itself. The risk factor group of "patient-caregiver-environment" supports the onset of disease symptoms. Patients factors involve neuropathy of dementia, pre-existing personality and mental disorders, co-morbidity and potential undiagnosed diseases and unmet needs. The caregiver factors concern the negative care state under the "caregiver pressure", which affects their own health and further aggravates the patient's symptoms. Environmental factors contain no longer suitable living environment, changes in lifestyle and social roles and the lack of appropriate stimuli in the environment. For prevention

基金项目：国家卫生健康委员会老龄健康司项目（ZX2019023）；四川大学华西医院－Max Cynader 脑科学院士工作站暨华西－UBC 人工智能与大脑健康研究项目（HXYS19005）

作者简介：孙雪莲，博士研究生，Email：xueliansuncloud@163.com

通信作者：董碧蓉，主任医师，教授，博士研究生导师，Email：birongdong@163.com

and response, it is necessary to control the risk factors, at the same time, to promote personalized holistic control programs that focus on patients, caregivers and first-line non-drug therapy, which is combined with drug therapy when it is necessary.

[**Keywords**] Dementia; Signs and symptoms; Risk factors; Clinical protocols

痴呆症是一种以认知功能障碍为核心症状的智能损害综合征。其特点是获得性、进行性;病情发展可累及精神、行为,有的可出现人格障碍。损害的是意识的内容,而非意识水平。全球痴呆症局势日益严峻,目前患病人数约 5 000 万,每 100 位 60 岁及以上人口中就有 5 至 8 名痴呆症患者,约每 3 秒就有 1 例新发患者。在国外,2000 年至 2018 年间,美国的中风、心脏病等导致的死亡人数下降,而痴呆症死亡人数却增加了 146.2%,成为 65 岁以上死亡的第五大原因[1]。据预测,在 2030 年,全球痴呆症将达 8 200 万,到 2050 年将达 1.52 亿[2]。

痴呆症精神行为症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)是指痴呆症患者的感知、思维、情绪或行为等出现困扰的症候群。表现为妄想、幻觉、焦虑、淡漠、抑郁、烦躁、欣快、激越、攻击、易激惹、脱抑制、夜间行为、食欲和进食异常等[3-4]。BPSD 的照护是最大的挑战,照护者及家属常合并严重的心理障碍[5],同时也增加患者肺炎、跌倒、骨折、住院及入住照护机构的概率,导致老人生命质量下降,过早丧失尊严[4-5]。

本文就 BPSD 在“患者 - 照护者 - 环境”多维危险因素,常见预防及应对策略方面进行阐述,为痴呆症的照护及 BPSD 的应对提供参考。

1 关于 BPSD

1.1 BPSD 的特点 虽然认知障碍是痴呆症的标志性症状,但 BPSD 在全病程都有占有重要地位[4-5]。70% ~90% 痴呆症患者在认知退化的同时会发生至少 1 种 BPSD 症状[4],症状可呈单一性或以聚集性症候群出现。其中,淡漠、抑郁、焦虑、攻击、妄想、幻觉、进食异常最常发生[5]。在痴呆症不同阶段,BPSD 表现出来症状类型和程度有所不同。例如焦虑和抑郁在早期痴呆症中很常见,并可能随着病情进展而恶化;激越可随着疾病的严重程度而加重[5-6];淡漠是照护者最常报告的 BPSP 症状,随着病程进展而恶化;妄想、幻觉和攻击性呈现间歇性特点,在疾病中度至重度阶段更常见[7]。此外,研究表明,不同类型的痴呆症与特定的 BPSD 症候群具有密切的相关性[4-5]。例如阿尔茨海默病中妄想较常见,占 43.5%;幻觉在路易体痴呆症比在阿尔茨海默病更常见,高达 80%;抑郁症在血管性痴呆症更常见,额颞叶痴呆症患者常表现出执行及控制能力损害,如脱抑制、社交不当和淡漠[8-9]。

与痴呆症认知和功能逐渐减退不同,多数 BPSD 症状呈现间歇性、长期性特点,增加了预防和管理的复杂性。也正是如此,痴呆症总照护费用的三分之一都用在了 BPSD 的直接照护、日常看管、医疗及额外卫生服务上[10]。在 2019 年,美国超过 1600 万家庭和近亲属照护者为痴呆症 BPSD 患者提供了约 186 亿小时的无偿护理,照护价值近 2 440 亿美元,医疗补助是非 BPSD 人群的 23 倍以上[11]。若考虑到 BPSD 引发的照护者情绪困扰、负面心理和身体健康等问题,成本将更高。据预计,美国 2020 年为 65 岁及以上痴呆症患者提供的医疗保健、长期护理和临终关怀服务的总支出约为 3 050 亿美元[1,12]。

1.2 BPSD 的危险影响因素概述 根据《2018 中国痴呆症与认知障碍诊治指南》,痴呆症不可干预的危险因素主要有:高龄、女性、致病基因和风险基因遗传、由遗传与环境因素作用下家族聚集性发病史;可干预的危险因素包括:心脑血管疾病、高血压、血脂总胆固醇或低密度胆固醇增高、2 型糖尿病、体质量指数异常(中年期过高、老年期过低)、吸烟与饮酒、饮食中饱和脂肪酸过多、低教育水平、缺乏体力及脑力活动、脑外伤。

2 BPSD 的危险影响因素介绍

2.1 患者本身因素 患者方面涉及痴呆症神经病理、原有人格和精神障碍、其他共患病及潜在未诊断疾病、未满足的需要、内心对患病的抗拒性、不能适应自身角色变化等因素。

痴呆症神经病理涉及 Aβ 病理性蛋白沉积和神经纤维缠结,以及造成的多巴胺能、胆碱能及 5-羟色胺能等神经递质系统紊乱,这是 BPSD 重要的生物学因素[13]。

其他共患及潜在未诊断疾病也是引发 BPSD 的重要原因,如疼痛与攻击行为相关,管理疼痛可使症状缓解[14]。居家及社区环境中 36% BPSD 症状与潜在未诊断的基础疾病相关[15],共病多重用药导致

的药物副作用也不容忽视。此外,患者潜在或显性需求未得到满足也是重要原因。“需求驱动的痴呆症妥协行为”理论认为,BPSD 是患者生理、心理、情感及社会等需求或目标未得到满足的表现。他们通过语言来表达自身需求的能力退化,由此转而通过各种行为来进行需求表达[16]。需要注意,患者内心对患病的抗拒性及不能适应自身角色变化[17],是两项重要且关注度不够的因素。

2.2 照护者相关因素 BPSD 的复杂性还体现在与照护者状态有关。在痴呆症照护过程中,照护者会有经济和社会压力以及以心理问题(包括社会心理)为主的健康损害,即照护者负担或照护者压力,并且照护者的身心负担超过经济负担。在管理 BPSD 时,照护者的压力和抑郁会增加,反过来,这种负性状态可触发或加剧 BPSD[18]。研究发现,与其他类型照护者相比,痴呆症照护者的心理痛苦和压力水平更高,自我照护效能评价、主观幸福感和身体健康水平更低[19]。痴呆症照护者中,抑郁症发生率从 23% 到 85% 不等[5]。当照护者在身体、心理和照护技能上没有做好准备,并持有与病程阶段不匹配、过高照护预期时,其压力和抑郁等负性状态可能更为常见。

这种情况下,照护者容易出现否认患者病情的态度、情绪不稳定、烦躁、沮丧、焦虑、易怒、注意力分散、失眠,疲惫、乏力和社交困难等。例如,照护者会从意识上拒绝认为亲人患有痴呆症,变得孤僻且不愿与他人来往,对生活缺乏信心,对患者失去耐心并大声吼叫,注意力分散难以完成复杂的工作,频繁而强烈的无助感与无希望感。

照护者是痴呆症管理的重要一环,这些负性因素更加容易引发患者的 BPSD 症状,形成恶性循环,这尤其不利于首要推荐的非药物干预措施的实施。

2.3 环境因素 BPSD 随着痴呆症病程阶段和环境刺激的不同而呈现差异性。引发 BPSD 症状的环境因素可来源于不再适宜的居住环境、患者惯常生活方式的改变、身处的社会环境的变化或是环境中缺乏适量刺激因素等。例如房子空间过于狭窄、室内光线昏暗、噪声过高等[4-5]。由于患者机体对环境刺激因素的处理能力呈进行性降低,而引发患者产生 BPSD 的刺激阈值也会降低,使之更容易出现幻觉、焦虑和激越等 BPSD 症状或使症状程度加重。此外,由于机体应对刺激因素的储备能力降低,当接触到单一刺激因素时,机体或能良好应对,如日常家庭日常物品和器具使用,但是却难以在多水平因素间做好转换、协调与平衡[5,17]。

3 患者 - 照护者 - 环境因素相互作用

痴呆症脑病理及其他神经疾病因素,可累及控制行为和情感的大脑回路而引发 BPSD,照护者和环境因素也可独立触发 BPSD 症候群。实际上,BPSD 危险因素概念模型研究[5]认为,更多情况下,BPSD 是由三个维度因素相互作用而引发。危险因素群共同作用于抗打击性及储备力受损的机体,加剧痴呆症神经病理退化,降低 PBSD 症状对刺激因素的感受阈值,诱发并加重 BPSD 症状,进而使照护者处于负性照护状态并反作用于 BPSD,最终,形成难以纠正的 BPSD 负性循环,导致不良结局。

4 预防及照护建议

根据《2018 中国痴呆症与认知障碍诊治指南》,对常见 BPSD 症状的应对,应该以预防和改善痴呆症危险因素开始:如适合的身体活动、戒烟、限酒或戒酒、“地中海”饮食干预、适合的认知训练、融入社会及参与社交活动、避免超重和肥胖、控制“三高”(高血压、高血糖、高血脂)、管理抑郁症及听力损失。在此基础之上,需针对如上 BPSD 的“患者 - 照护者 - 环境”危险因素网络进行联合预防及干预[2,16]。

根据不同 BPSD 症状的特点,干预分为三类:①需要精神类药物紧急治疗类,②需非药物干预联合短期精神类药物类,③仅需非药物干预类[4]。第一类包括:攻击行为和激越;第二类包括:攻击性言语、运动性激越、破坏性的行为、妄想、幻觉、抑郁、哭泣、欣快、焦虑、睡眠紊乱、脱抑制、性活动增强等;第三类包括人物和场景等错认、爱跟随照护者等游荡行为、淡漠和进食异常行为等。需要强调的是,在抗痴呆症药物基础上,多项指南及协会都推荐了非药物干预作为首选措施,只有症状不能良好控制、患者难以配合照护者、患者生活受到严重影响以及在情况紧急时,才应该进行适合的药物干预。

总体上,照护者和(或)家属应该具有“BPSD 全病程照料意识”,隔离危险品,保护患者的安全,了解患者的个性、兴趣、尚存的能力、过去的经历等,并与专业团队共同制定以患者为中心、以非药物干预为首、联合药物治疗的管理方案。进一步,在序贯开展的痴呆症及 BPSD 预防及干预后,需要定期评估效果,不断进行方案调整及照料方式改善[20]。

5 总结

痴呆症及其 BPSD 症状对全社会提出挑战,给

患者、照护者及社会卫生经济造成极大负担,让患者过早地丧失尊严,也让照护者难以应对,让无数家庭陷入痛苦。增进对 BPSD 特征、“患者 - 照护者 - 环境”危险因素群、基本预防及干预措施等的认识,有助于形成综合管理团队,携手共同面对痴呆症。未来的研究,一方面,需要重视如何将研究成果进行临床转化;另一方面,需要重视如何将研究成果以患者及照护者喜闻乐见的方式传递到他们身边。同时,在全球不断加剧的痴呆症患病趋势下,急需大量掌握了科学照护方法的照护人员,这一需求的补足,需要大量的专业团队通过互联网等现代科技手段给予支撑。

参考文献

[1] GAUGLER J, JAMES B, JOHNSON T, et al. 2020 Alzheimer's disease facts and figures[J/OL]. Alzheimers Dement, (2020-03-10). https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.12068. DOI:10.1002/alz.12068.

[2] WHO. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines[R]. Geneva: World Health Organization, 2019.

[3] JESSEN F, FR? LICH L. ICD-11: Neurocognitive Disorders[J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2018, 86(3): 172-177.

[4] 中华医学会精神医学分会老年精神医学组. 神经认知障碍精神行为症状群临床诊疗专家共识[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(5): 335-339.

[5] KALES H C, GITLIN L N, LYKETSOS C G. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. BMJ, 2015, 350: h369.

[6] LIVINGSTON G, BARBER J, MARSTON L, et al. Clinical and cost-effectiveness of the Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE) intervention for agitation in people with dementia in care homes: a single-blind, cluster-randomised controlled trial[J]. Lancet Psychiat, 2019, 6(4): 293-304.

[7] LYKETSOS C G, CARRILLO M C, RYAN J M, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease[J]. Alzheimers Dement, 2011, 7(5): 532-539.

[8] TSUANG D, LARSON E B, BOLEN E, et al. Visual hallucinations in dementia: a prospective community-based study with autopsy[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2009, 17(4): 317-323.

[9] MARRA C, QUARANTA D, ZINNO M, et al. Clusters of cognitive and behavioral disorders clearly distinguish primary progressive aphasia from frontal lobe dementia, and Alzheimer's disease[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2007, 24(5): 317-326.

[10] KONGPAKWATTANA K, DEJTHEVAPORN C, KRAIRIT O, et al. A real-world evidence analysis of associations among costs, quality of life, and disease-severity indicators of alzheimer's disease in Thailand[J]. Value Health, 2019, 22(10): 1137-1145.

[11] Walmart: 2019 Annual Report[R/OL]. (2020-03-12). https://s2.q4cdn.com/056532643/files/doc_financials/2019/annual/Walmart-2019-ARFinal.pdf.

[12] BRENT R J. A Cost-benefit analysis of hearing aids, including the benefits of reducing the symptoms of dementia[J]. Appl Econ, 2019, 51(28): 3091-3103.

[13] ASSOCIATION I P. The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia[R/OL]. (2016-08-15). http://www.ipa-online.org. In.; 2012.

[14] HUSEBO B S, BALLARD C, COHEN-MANSFIELD J, et al. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2014, 22(7): 708-717.

[15] HODGSON N A, GITLIN L N, WINTER L, et al. Undiagnosed illness and neuropsychiatric behaviors in community residing older adults with dementia[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2011, 25(2): 109-115.

[16] NORTON M J, ALLEN R S, SNOW A L, et al. Predictors of need-driven behaviors in nursing home residents with dementia and associated certified nursing assistant burden[J]. Aging ment health, 2010, 14(3): 303-309.

[17] POLENICK C A, STRUBLE L M, STANISLAWSKI S, et al. "The Filter is Kind of Broken": Family caregivers' attributions about behavioral and psychological symptoms of dementia[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2018, 26(5): 548-556.

[18] CONDE-SALA J L, TURRÓ-GARRIGA O, CALVÓ-PERXAS L, et al. Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease[J]. J Alzheimers Dis, 2014, 42(2): 623-633.

[19] PINQUART M, SÖRENSEN S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a metaanalysis[J]. Psychol Aging, 2003, 18(2): 250.

[20] 认知障碍患者照料及管理专家共识撰写组. 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.

(收稿日期:2020-04-13)