

·短篇论著·

微信平台在阿尔茨海默病患者家庭认知康复治疗中的应用*

周园园¹ 张瑞芬¹ 李鹏鹏¹ 王晓蓉¹ 朱晓懿¹

2018年,全球社会痴呆相关成本为1万亿美元,到2030年,这一数字将增至2万亿美元^[1]。Jia J^[2]进行痴呆患病率调查,结果表明,65岁以上老年人痴呆患病率为5.14%,其中AD患病率为3.21%。随着人口老龄化,我国老年痴呆的人群也将逐年增加。老年痴呆不仅给患者及家人的生活带来极大的影响,也给社会和国家造成了极大的负担,中国痴呆人群的年总费用从1990年的9亿美元增加到2010年的472亿美元,预计2020年达到690亿美元,2030年达到1142亿美元^[3]。

有研究发现,认知刺激治疗(cognitive stimulation therapy, CST)除了使阿尔茨海默病患者获益之外,还可能减轻照料者压力^[4]。阿尔茨海默病患者病情越重,就医越晚,治疗效果越差。传统的认知刺激治疗要求患者及照料者至医院才能开展,每周均要训练,每周至少1次,故有些患者家庭无法坚持来医院治疗,影响治疗的连续性,难以达到预期的治疗效果。故本研究尝试通过微信平台对门诊阿尔茨海默病患者开展家庭认知康复治疗,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取2015年3月—2018年2月在无锡市精神卫生中心门诊的阿尔茨海默病患者60例。纳入标准:①符合ICD-10阿尔茨海默病诊断标准;②简易精神状态检查表(MMSE)得分10—24分;③能够进行交流;④服用胆碱酯酶抑制剂剂量稳定;⑤签署知情同意书。

排除标准:①有严重躯体疾病;②甲状腺功能异常;③有严重的听力或视力损害;④伴有其他精神病性症状;⑤无一起居住的照料者;⑥照料者无法使用微信平台者。本研究经南京医科大学附属无锡精神卫生中心伦理委员会审核批准,纳入患者及其监护人均签署知情同意书。

1.2 研究方法

采用随机数字表法,将纳入患者分为对照组和研究组,2组患者均服用多奈哌齐治疗,均建立微信群,对照组群里定期发布阿尔茨海默病健康宣教知识,并接受答疑解惑,指导

护理。研究组在此基础上,每周一在群里对每位成员布置家庭认知康复治疗的内容,并由专门护士督促完成,并记录反馈信息。

1.2.1 成立微信家庭认知康复治疗小组:共7人,其中副主任医师1人、主治医师1人、副主任护师1人、主管护师4人,由一名主治医师负责阿尔茨海默病患者及其照料者的量表测评,由微信小组共同制定家庭认知康复治疗计划。

1.2.2 健康宣教知识手册及宣教视频:内容为阿尔茨海默病的相关病因、临床表现及行为特征,如何改造患者的居家环境,减少意外不良事件的发生,照护患者的常用辅助器具,生活上照料技巧,如排泄护理、洁身护理、活动性假牙护理、叩背排痰等,如何识别服药后的常见不良反应等,如手册未涉及的问题,可以通过微信咨询微信小组。

1.2.3 微信平台家庭认知康复治疗流程:①每周一上午项目护士通过微信发布本周家庭认知康复治疗,并确认照料者收到任务;②照料者协助患者完成训练后通过微信反馈完成情况,包括完成所需的时间、完成的程度、训练中的问题;③每天项目护士及时记录当天患者训练完成情况,并督促未完成的患者及时完成,整理反馈的问题;④解答问题,普通常见问题由项目护士直接通过微信指导患者,并记录,较困难的问题上传治疗小组,由副主任医师和副主任护师讨论确定后回复患者。

1.2.4 微信平台家庭认知康复治疗内容:包括记忆力训练、智力训练、理解和表达能力训练、注意力训练、社会交往能力训练、定向训练等。由微信小组事先录制好每周训练任务小视频,指导照料者训练患者。具体内容:第1周,肢体游戏,抛接球,手指操。第2周,声音训练,听声音辨认动物、交通工具、老音乐的歌名、演唱者。第3周,回忆童年,画童年的房子、房间,玩童年的玩具。第4周,识别食品,将常见食品做成图片,让患者识别、分类、找不同。第5周,实事讨论,给患者看最近发生的实事,让患者复述,并阐述自己的看法。第6周,人物场景训练,识别国内外著名人物、家人亲戚的照片、以前旅游的照片、著名景点的照片。第7周,词汇联想,

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.09.019

*基金项目:无锡市卫生计生委青年项目(Q201634)

1 南京医科大学附属无锡精神卫生中心老年精神科,江苏省无锡市,214151

作者简介:周园园,女,主管护师;收稿日期:2019-01-02

量词填空,连线有内在关系的词汇,缺词填空,谚语填空或连线。第8周,社会交往能力训练,结合日常生活常识,训练患者自行解决问题的能力,如设置打电话游戏(训练者模拟患者家属打电话沟通交流)、接待来访者等。第9周,手工操作训练,搭积木、拼图、折纸、小猫钓鱼等。第10周,定向训练,钟表时刻识别训练,居住环境识别的反复强化训练。第11周,模拟消费,结合日常菜场、超市等购物场所,训练患者采购物品,计算价格。第12周,智力训练,21点纸牌,下棋等。第13—24周依次重复第1—12周内容。1周为1组,每次训练任务约1h,要求每天训练,共治疗24周。

1.2.5 量表评估:采用简易智力状态检查量表^[5](mini-mental state examination, MMSE)评价患者智能情况,日常生活能力量表^[5](ADL)评定患者日常生活能力,Zarit护理者负担量表^[6](Zarit Caregiver Burden Interview, ZBI)评定照料者负担。分别在治疗前、治疗12周后、治疗24周后由一名主治医师评定一次。ADL共14项,按1—4分计分,总分大于16分有不同程度的功能下降, ≥ 22 分为功能有明显障碍。ZBI量

表22个条目,采用0(没有)—4(总是)5级计分,总分 ≥ 39 分为高护理负担, < 39 分为低护理负担。

1.3 统计学分析

采用SPSS 23.0统计学软件包进行分析。计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,计量资料组间比较采用独立样本 t 检验,采用两因素重复测量的方差分析进行MMSE、ADL和ZBI量表评分的比较。两因素重复测量的方差分析若满足“球形”检验(Mauchly's test of sphericity),则采用未校正的 F 界值,如果不满足“球形”检验,则采用Greenhouse-Geisser法进行校正。当交互效应具有显著性意义时,进行单独效应分析,采用LSD法进行两两比较。以 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 2组患者一般资料比较

2组患者性别、年龄、受教育年限、病程、多奈哌齐用药剂量比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),见表1。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	受教育年限 ($\bar{x} \pm s$, 年)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	用药剂量 ($\bar{x} \pm s$, mg/d)
		男	女				
对照组	30	13	17	66.70 $\pm$ 2.97	5.93 $\pm$ 3.90	3.10 $\pm$ 1.06	7.17 $\pm$ 2.52
研究组	30	12	18	66.93 $\pm$ 2.86	6.10 $\pm$ 3.20	3.17 $\pm$ 0.87	7.00 $\pm$ 2.49
P		0.793		0.758	0.857	0.792	0.798

2.2 2组患者治疗前后MMSE得分比较

治疗前、治疗12周后2组患者组间MMSE得分比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);治疗24周后研究组MMSE得分较对照组高,差异有显著性意义($P < 0.05$)。研究组治疗24周后MMSE得分较治疗前提高,差异有显著性意义($t = 8.333$, $P = 0.000$),见表2。

2.3 2组患者治疗前后ADL得分比较

治疗前、治疗12周后2组患者ADL得分,组间比较差异无显著性意义($P > 0.05$);治疗24周后研究组ADL得分较对照组低,差异有显著性意义($P < 0.05$)。研究组治疗24周后ADL得分较治疗前降低,组内比较差异有显著性意义($t = 6.849$, $P = 0.000$),见表3。

2.4 两组患者治疗前后ZBI得分比较

治疗前、治疗12周后2组患者ZBI得分组间比较差异无显著性意义($P > 0.05$);治疗24周后研究组ZBI得分较对照组低,差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组从治疗12周后开始ZBI得分较治疗前降低,组内比较差异有显著性意义($P < 0.05$),见表4。

3 讨论

2017年礼来和默克公司宣布抗AD药物Ⅲ期临床失

表2 2组患者治疗前后MMSE得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗12周后	治疗24周后	F	P
对照组	30	17.10 $\pm$ 1.67	17.03 $\pm$ 1.77	16.97 $\pm$ 1.97	0.988	0.379
研究组	30	17.13 $\pm$ 1.33	17.23 $\pm$ 1.55	18.23 $\pm$ 1.98 ^①	35.125	0.000
t		-0.086	-0.466	-2.483		
P		0.932	0.643	0.016		

与治疗前相比^① $P < 0.01$

表3 2组患者治疗前后ADL得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗12周后	治疗24周后	F	P
对照组	30	35.97 $\pm$ 3.03	36.07 $\pm$ 3.16	36.20 $\pm$ 3.51	1.134	0.329
研究组	30	35.40 $\pm$ 2.37	35.27 $\pm$ 2.55	34.13 $\pm$ 3.21 ^①	28.429	0.000
t		0.806	1.080	2.380		
P		0.424	0.285	0.021		

与治疗前相比^① $P < 0.01$

表4 2组患者治疗前后照料者ZBI得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗12周后	治疗24周后	F	P
对照组	30	39.90 $\pm$ 8.54	38.67 $\pm$ 8.76 ^①	37.97 $\pm$ 8.76 ^①	18.822	0.000
研究组	30	39.50 $\pm$ 7.08	37.50 $\pm$ 7.41 ^①	33.57 $\pm$ 6.37 ^①	175.100	0.000
t		0.197	0.557	2.225		
P		0.844	0.580	0.030		

与治疗前相比^① $P < 0.01$

败^[7],这预示着短期之内不会有新的抗AD药物问世。目前国内外一直在探索非药物治疗,如回忆疗法、创造性故事、音乐疗法等,一定情况下能够改善认知能力^[8],这些干预方法其实源自英国的CST,被推荐应用于轻中度AD患者^[9],能在短期内维持老年痴呆患者的认知功能和生活质量^[10]。以往CST要求患者来院才能开展,有些患者家庭无法坚持来院,影响治疗的连续性,且次数太少,难以达到预期的治疗效果。

随着微信的流行,在医学领域也开始通过微信为患者提供随访、延续性护理等^[11]。本研究尝试借助微信平台对门诊轻中度AD患者进行家庭认知康复治疗,让AD患者在照料者的协助下在家就能接受治疗,每天由照料者选择方便的时间对患者进行重复强化训练。由于每个照料者的文化程度、家庭情况不同,可能执行的程度有所不同,每个AD患者认知损害的领域和严重程度也未必一样,故每周的训练会根据照料者的微信反馈进行微调,以患者尽力后能完成但又不是非常轻松的完成为宜,照料者及患者有问题可以随时咨询,并能及时得到回复解决。本研究发现通过微信平台进行家庭认知康复治疗能够改善轻中度AD患者的认知功能及日常生活能力,可能与反复的言行刺激能激活脑干的上行系统和边缘系统^[12],促进皮质间相互作用,从而修复损害的认知^[13]有关。此外与患者目前病情处于轻中度,沟通和依从性尚好,有较好的照料者,比较关心患者,每天能够陪伴患者,对患者进行家庭认知康复治疗,家庭支持性较好,加上微信团队一直在背后鼓励支持并加以指导督促有关。

由于AD患者日常生活能力下降,有些家属不得不减少甚至停止工作对其提供照料,在照料过程中,由于缺少对疾病的认识,对AD患者的护理缺乏专业的知识,易发生意外事件,如跌倒骨折,部分患者从此长期卧床,生活质量急剧下降,出现压疮、肺炎等多种并发症,缩短AD患者的生命。照料者面临经济和心理压力的双重负担,也会导致情绪问题,因此有必要向照料者提供疾病的相关健康宣教资料,增加照料者对阿尔茨海默病的认识,指导其在家如何护理AD患者,降低照料者的心理压力。即便在住院期间,AD患者及其照料者获得的疾病相关知识和护理指导也是短暂和有限的,患者出院后随着情况的变化会不断面临新的问题,往往难以及时得到指导,门诊AD患者更是缺乏相关的健康宣教资料及护理指导。通过微信平台,门诊AD患者及其照料者可以解决这个困难。本研究发现对对照组和研究组照料者护理负担均减轻,与医护人员通过微信平台对患者及照料者提供护理指导和关怀鼓励有关。治疗24周后研究组较对照组ZBI得分更低,可能与研究组患者认知功能和日常生活能力恢复较对照组好有关,另外,在家庭认知康复治疗过程中,照料者和患者之间的互动能加深彼此之间的感情,可能也是照料者负担减轻的原因之一。

本研究的不足之处在于观察的时间较短,远期效果还待进一步随访研究。对于目前社区内的AD患者而言,通过微信平台在家进行家庭认知康复治疗未尝不是一个延缓其痴呆进展的良好选择。

参考文献

- [1] <https://www.alz.co.uk/news/world-alzheimer-report-2018-state-of-art-of-dementia-research-new-frontiers>.
- [2] Jia J, Wang F, Wei C, et al. The prevalence of dementia in urban and rural areas of China[J]. *Alzheimers Dement*, 2014, 10(1):1—9.
- [3] Xu J, Wang J, Wimo A, et al. The economic burden of dementia in China, 1990-2030: implications for health policy [J]. *Bull World Health Organ*, 2017, 95(1):18—26.
- [4] Elisa A, Zoe H, Aimee S, et al. The effects of a Cognitive Stimulation Therapy (CST) programme for people with dementia on family caregivers' health[J]. *BMC Geriatrics*, 2014, 14:31.
- [5] 张明园,何燕玲.精神科评定量表手册[M].湖南:湖南科学技术出版社,2016. 280—283. 313—315.
- [6] 王烈,杨小混,侯哲,等.护理者负担量表中文版的应用与评价[J]. *中国公共卫生*, 2006, 22(8):970—972.
- [7] 胡薇薇,侯雪芹,廖儒佳,等.阿尔茨海默病的药物治疗靶点及新药研发进展:我们还有新武器吗?[J]. *中国药理学与毒理学杂志*, 2017, 31(7):701—706.
- [8] 李晶,陈萍,危艳萍,等.老年痴呆患者创造性故事疗法本土化的应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50(12):1463—1466.
- [9] Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial[J]. *Br J Psychiatry*, 2003, 183:248—254.
- [10] Capotosto E, Belacchi C, Gardini S, et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2017, 2(3):331—340.
- [11] 耿跃然,何翠竹,陈玉娟.微信式延续性护理对冠心病介入治疗患者康复护理效果的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2016, (2): 163—166.
- [12] Yang SY, Shan CL, Qing H, et al. The effects of aerobic exercise on cognitive function of Alzheimer's disease patients[J]. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 2015, 14(10): 1292—1297.
- [13] Law LL, Schultz SA, Boots EA, et al. Chronotropic response and cognitive function in a cohort at risk for Alzheimer's disease[J]. *Am J Geriatric Psychiatry*, 2016, 2014(11):1074—1084.