

· 病例报告 ·

老年患者神经-精神共病与老年综合征重叠1例

张 宁, 刘晓红*

(中国医学科学院北京协和医院老年医学科, 北京 100730)

【关键词】共病; 痴呆; 谵妄; 抑郁

【中图分类号】R592; R741; R749

【文献标识码】B

【DOI】10.11915/j.issn.1671-5403.2016.04.070

1 临床资料

患者, 女, 83岁。因跌倒后间断发热7d, 意识改变3d, 入住中国医学科学院北京协和医院老年医学科。患者独居, 入院前10d凌晨起夜如厕, 行走至卫生间时感头晕, 跌倒在地, 无力坐起; 当时意识清醒, 但无法求援。次晨女儿返家时发现其仍躺在地上, 就诊于急诊, 影像学检查未发现骨折。当日中午患者发热, 体温 39.2°C , 伴寒战, 血常规白细胞 $12.61 \times 10^9/\text{L}$, 胸片示左下肺斑片影。予莫西沙星(moxifloxacin)抗感染治疗, 下午复测体温 38.8°C 。予洛索洛芬(loxoprofen)30mg口服, 30min后患者大汗, 血压下降至75/40mmHg(1mmHg=0.133kPa; 平时血压120~130/80~90mmHg)。予补液后(当日液体入量4000ml)血压上升至110~120/70~75mmHg, 补液后3h内尿量420ml。当晚患者出现喘憋、不能平卧, 呼吸频率32次/min, 血氧饱和度88%(自然条件下), 听诊双肺湿啰音; 血N端B型利钠肽前体(N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, NT-proBNP)10230ng/L。转入重症监护病房(intensive care unit, ICU), 予抗感染、bipap呼吸机辅助通气等治疗后体温渐降至正常、喘憋消失。此后连续数日于凌晨出现胡言乱语、视幻觉、躁动, 多次拔除吸氧管、输液管及监护仪导线; 日间嗜睡、醒时表情淡漠, 不能正确对答。曾予保护性约束, 并间断予咪达唑仑(midazolam)镇静, 症状无缓解。既往史: 高血压、冠心病、双膝关节关节炎、骨质疏松病史。个人史: 5年前丈夫去世后独居; 跌倒前6个月内睡眠差、早醒; 近半年诉乏力, 常觉得“干家务活的力气都没有”。退休前为大学教师, 喜爱小提琴、国画, 近两年未再从事过这些活动。跌倒前评估: 吃饭、穿衣、如厕、简单烹饪能完成; 不能理财, 不能出远门, 仅在小区内活动。入院查体: 血压118/70mmHg, 心率86次/min, 血氧饱和度93%(未吸氧条件)。时间、地点、人物定向力不能完成, 对答不切题。腹壁皮肤褶皱、松弛; 下肢肌容量减少; 口腔黏膜散在白斑; 舌面光滑赤红。入院诊断: 谵妄(delirium), 合并

老年情况: 营养不良、衰弱、肌少症可能、失能。予以下干预措施: (1)协助恢复定向: 家属陪伴, 房间配置日历及患者熟悉物品, 每日告知患者时间地点, 柔光; 保持睡眠节律, 减少日间睡眠。(2)相继撤除心电监护、拔除深静脉置管、尿管、胃管; 维持水电解质平衡。(3)减停静脉补液及肠外营养, 少量多次口服肠内营养剂, 辅以半流食。(4)床旁肌力训练, 患者逐渐可坐起、站立, 2周后可拄拐缓慢行走; (5)避免使用苯二氮䓬类等镇静药物。以上干预后谵妄发作频次逐渐减少、消失, 定向力恢复, 能正确应答。出院1个月后门诊随访: 简易精神状态检查量表(Mini Mental State Examination, MMSE)测评21分; 简易营养评价精法量表(Mini Nutritional Assessment Short-Form, MNA-SF)7分。头MRI: 全脑萎缩, 双侧海马体积对称减小。家属补充信息: 患者近1年半记忆明显减退, 常不能回忆起当日早餐内容, 多次忘记锁门。考虑中度痴呆, 加用多奈哌齐(donepezil)5mg/d治疗并门诊随访。

2 讨论

痴呆(dementia)是一种以认知功能缺损为核心症状的获得性智能损害综合征, 其智能损害的程度足以干扰日常生活能力或社会职业功能。在病程某一阶段常伴有精神、行为和人格异常, 病程通常具有慢性及进行性的特点^[1]。谵妄是一种急性的认知功能障碍, 以觉醒水平和认知功能的紊乱为主要特点, 常见的症状包括意识清晰度下降、激越、视幻觉、思维紊乱、定向和记忆力障碍^[2]。急性起病和症状具有波动性是谵妄的重要特征。抑郁(depression)是一种常见的心境障碍, 以显著而持久的心境低落为主要临床特征, 且心境低落与其处境不相称。临床表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝, 甚至发生木僵; 部分病例有明显的焦虑和运动性激越; 严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状^[3]。

谵妄与痴呆重叠(delirium superimposed on

dementia, DSD)是最常见的重叠类型。痴呆是谵妄发生的首要危险因素,同时,约2/3的谵妄发生于痴呆患者^[4]。谵妄的发生加速了痴呆患者的认知功能恶化及失能。1项前瞻性队列研究入选139例痴呆的住院老年患者,32%的患者住院期间发生谵妄,发生谵妄的患者住院日明显延长,出院时及出院后30d的躯体功能下降更明显;痴呆程度每增加1个单元,谵妄风险增加1.5倍^[5]。DSD的老年住院患者出院12个月的死亡风险较仅有痴呆或谵妄,以及无痴呆或谵妄的老年患者增加2倍以上^[6]。除DSD外,其他2D或3D疾病重叠类型包括:(1)痴呆与抑郁的重叠。全球3600万痴呆患者中约20%合并抑郁^[7]。抑郁的发生加重了痴呆患者的认知及功能损害,严重影响生活质量、增加死亡率,且增加照料者应激及抑郁情绪的发生^[8]。(2)抑郁合并谵妄。前瞻性队列研究显示,与无谵妄或抑郁的患者相比,二者重叠的患者1年后再次入住养老院及死亡的风险增加5倍,1个月后经日常生活能力量表评估功能下降概率增加3倍^[9]。

本例患者先后经历跌倒、肺炎,服用退热药物后因出汗量过多发生低血压,大量补液后发生急性心衰,继而在ICU期间发生谵妄。患者有多种谵妄诱因,包括肺炎、心衰、ICU期间的物理约束、睡眠剥夺、使用镇静类药物等。在谵妄有效控制后再行老年综合评估及病史回顾,发现患者认知功能已明显损害,诊断痴呆。谵妄的发生加速了痴呆患者的认知能力恶化及失能,临床上很多患者的痴呆都是在谵妄后才被发现的。治疗首先要明确并去除可逆性诱因。非药物干预包括避免视听觉剥夺或过度刺激,房

间内适宜的光照,与患者进行恰当的交流等,并尽可能用少的约束性措施,预防老年患者自伤或伤人。药物干预并非优先选择。当患者存在2D或3D重叠症状,且谵妄症状突出时,应优先诊断为谵妄,因为谵妄往往预示患者存在比较严重的躯体状况或并发症。此外,需重视老年患者的医源性伤害问题。该患者在急诊诊治期间存在不适当用药/补液,这些医源性问题导致病情迁延、住院日延长、医疗花费增加。故而非老年医学科医师亦非常有必要了解、重视老年患者诊疗的特殊性和复杂性,避免治疗相关的“不良事件链”。

该患者同时合并多种躯体疾病及老年综合征,包括跌倒、营养不良、衰弱(frailty),以及可疑肌少症(图1)。此外,患者社会支持系统薄弱,增加了照护的难度。这种神经精神疾病、躯体疾病及老年综合征共存的现象使得诊断和干预更加复杂和困难。对这样的老年患者,单独治疗其中一种或几种疾病难以产生获益。应该通过老年综合评估,识别存在的老年情况,由多学科团队制定干预方案,进行全人管理,纠正可逆性因素(如处理谵妄、营养干预、筛查用药、康复训练),预防医院性伤害,以最大程度维持患者功能及生活质量。从该病例中不难发现,共病、衰弱的老年患者对应激事件(如感染、跌倒)的耐受能力很差,一个小的事件即可能引起一系列“多米诺骨牌”效应,造成严重后果。对于功能明显受损、共病或预期生存有限的老年患者,应考虑并尊重患者的自主意愿,综合预后、治疗的可行性、潜在风险及获益等因素,制定切实合理的干预目标。

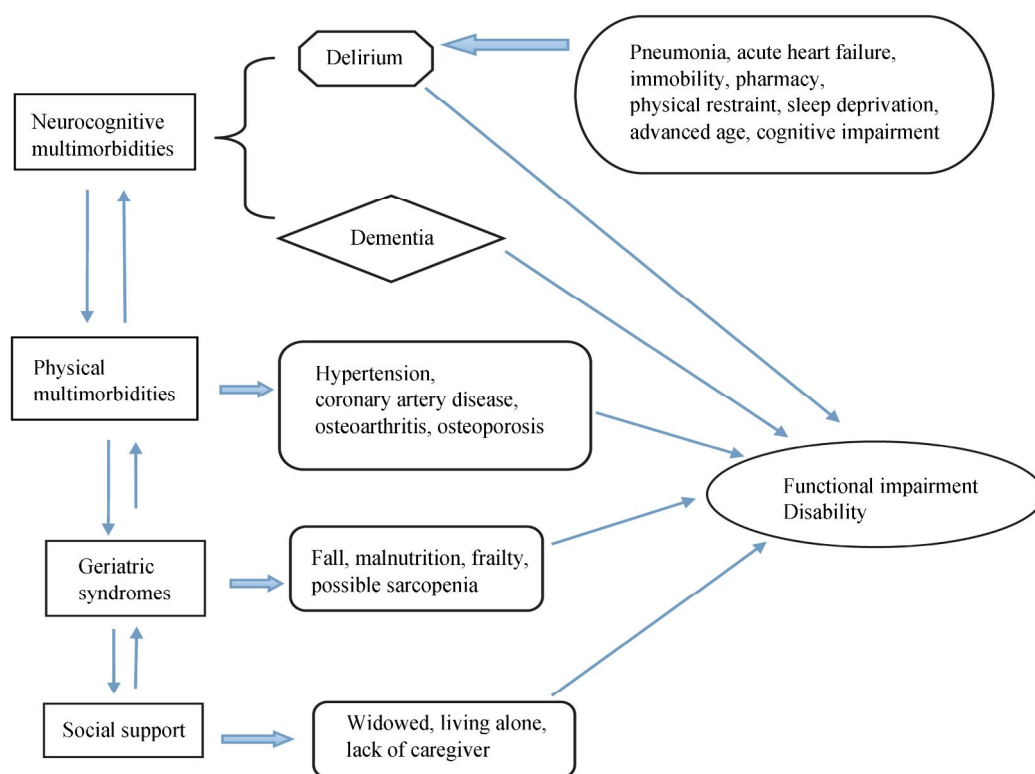


图1 患者神经精神共病、躯体共病、老年综合征及社会支持情况示意图

Figure 1 Schematic diagram for interactions among neurocognitive multimorbidities, physical multimorbidities, geriatric syndromes, as well as social support conditions of the patient

【参考文献】

- [1] Jia JP, Wang YH, Zhang ZX, *et al.* Chinese guidelines for diagnosis and management of cognitive impairment and dementia(Ⅲ):psychometric selection[J]. Natl Med J China, 2011, 91(11): 735-740. [贾建平, 王荫华, 张振馨, 等. 中国痴呆与认知障碍诊治指南(三): 神经心理评估的量表选择[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(11): 735-740.]
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Text Revision)[M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 135-147.
- [3] Jiang KD, Ma H. Chinese Guidelines for the Prevention and Treatment of Mental Disorders[M]. Beijing: Peking University Medical Press, 2010: 72-77. [江开答, 马弘. 中国精神疾病防治指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 72-77.]
- [4] Inouye SK. Delirium and cognitive decline: does delirium lead to dementia[A]//Fillit HM, Butler RN. Cognitive Decline: Strategies for Prevention: Proceedings of a White House Conference on Aging[M]. London: Greenwich Medical Media, 1997: 85-107.
- [5] Fick DM, Steis MR, Waller JL, *et al.* Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults[J]. J Hosp Med, 2013, 8(9): 500-505.
- [6] Bellelli G, Frisoni GB, Turco R, *et al.* Delirium superimposed on dementia predicts 12-month survival in elderly patients discharged from a postacute rehabilitation facility[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2007, 62(11): 1306-1309.
- [7] Prince M, Jackson J. World Alzheimer's Report 2009[M]. London: Alzheimer's Disease International, 2009: 12.
- [8] Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment[J]. Curr Opin Psychiatry, 2011, 24(6): 461-472.
- [9] Givens JL, Jones RN, Inouye SK. The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients[J]. J Am Geriatr Soc, 2009, 57(8): 1347-1353.

(编辑: 周宇红)

· 消 息 ·

《中华老年多器官疾病杂志》采用中英文对照形式著录中文参考文献

本刊对录用稿件中的中文参考文献在文末采用中英文对照形式著录, 详见例示。

例: [1] Wang X, Yuan ST, Mu XW, *et al.* De-escalation application of norepinephrine in treatment of patients with septic shock[J]. Chin J Mult Org Dis Elderly, 2013, 12(11): 826-830. [王翔, 袁受涛, 穆心苇, 等. 去甲肾上腺素在脓毒症休克患者中的降阶梯使用[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2013, 12(11): 826-830.]

地址: 100853 北京市复兴路28号, 《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

电话: 010-66936756

网址: <http://www.mode301.cn>

E-mail: zhldqg@mode301.cn