

参考文献

- [1] 王芾斌,陈晓春,宋为群. 经颅磁刺激治疗偏侧忽略的研究进展[J].中国康复医学杂志, 2005(09):715—718.
- [2] Pavani F,Ladavas E,Driver J. Auditory and multisensory aspects of visuospatial neglect [J].Trends Cogn Sci, 2003,7(9): 407—414.
- [3] Halligan PW, Fink GR, Marshall JC, et al. Spatial cognition: evidence from visual neglect [J]. Trends Cogn Sci,2003,7(3): 125—133.
- [4] Spierer L,Meuli R,Clarke S. Extinction of auditory stimuli in hemineglect: Space versus ear [J].Neuropsychologia, 2007,45(3): 540—551.
- [5] Pavani F,Farne A,Ladavas E. Poor hand-pointing to sounds in right brain-damaged patients: not just a problem of spatial-hearing [J].Brain Cogn, 2005,59(3):215—224.
- [6] Pavani F,Meneghello F,Ladavas E. Deficit of auditory space perception in patients with visuospatial neglect [J]. Neuropsychologia, 2001,39(13):1401—1409.
- [7] Pavani F,Ladavas E,Driver J. Selective deficit of auditory localisation in patients with visuospatial neglect [J]. Neuropsychologia, 2002,40(3): 291—301.
- [8] Deouell LY, Bentin S, Soroker N. Electrophysiological evidence for an early (pre-attentive) information processing deficit in patients with right hemisphere damage and unilateral neglect[J]. Brain, 2000, 123(Pt 2): 353—365.
- [9] Bellmann A,Meuli R,Clarke S. Two types of auditory neglect [J]. Brain,2001,124(Pt 4): 645—646.
- [10] Robertson IH, Manly T, Beschin N, et al. Auditory sustained attention is a marker of unilateral spatial neglect [J]. Neuropsychologia,1997, 35(12):1527—1532.
- [11] Cusack R, Carlyon RP, Robertson IH. Neglect between but not within auditory objects [J]. J Cogn Neurosci, 2000,12(6): 1056—1065.
- [12] 谢斌. 单侧忽略的评测 [J].中国康复医学杂志, 2005,20(12): 937—939.
- [13] Sinnett S,Juncadella M,Rafal R, et al. A dissociation between visual and auditory hemi-inattention: Evidence from temporal order judgements [J].Neuropsychologia, 2007,45(3):552—560.
- [14] Eramudugolla R, Irvine DR, Mattingley JB. Association between auditory and visual symptoms of unilateral spatial neglect[J]. Neuropsychologia,2007,45(11): 2631—2637.
- [15] Lewald J, Wienemann M, Boroojerdi B. Shift in sound localization induced by rTMS of the posterior parietal lobe[J].Neuropsychologia, 2004,42(12):1598—1607.
- [16] James Danckert SF. Revisiting unilateral neglect [J].Neuropsychologia, 2006,44:987—1006.
- [17] Lewald J, Meister IG, Weidemann J, et al. Involvement of the Superior Temporal Cortex and the Occipital Cortex in Spatial Hearing: Evidence from Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation [J]. J Cogn Neurosci,2004, 16(5):828—838
- [18] Ulrike Zimmer JoL, Michael Erb, Hans-Otto Karnath. Processing of auditory spatial cues in human cortex: An fMRI study [J]. Neuropsychologia,2006, 44: 454—461.
- [19] 宋为群,李永忠,杜博琪. 低频重复经颅磁刺激治疗视觉空间忽略的临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(6): 483—486.
- [20] Bremner F,Schlack A,Duhamel JR, et al. Space coding in primate posterior parietal cortex[J]. Neuroimage,2001,14(1 Pt 2):S46—51.
- [21] 陈昭燃,张蔚婷,韩济生. 经颅磁刺激:生理、心理、脑成像及其临床应用[J]. 生理科学进展,2004,35(2):102—106.

· 综述 ·

痴呆患者的疼痛评估及进展

牛思萌¹ 赵英¹

疼痛是伴随现有的或潜在的组织损伤而产生的生理和心理因素复杂结合的主观感受。2001年国际疼痛协会(International Association for the Study of Pain, IASP)对疼痛的定义是:疼痛是一种令人不快的感觉和情绪上的感受,伴随有现存的和潜在的组织损伤,在临床工作中,疼痛已成为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五生命体征^[1],日益受到重视。美国丹佛大学的 Regina Fink^[2]认为,对急慢性疼痛不恰当的管理会显著降低患者的自我感觉,产生消极作用,而使用有效的评估工具,正确地评估疼痛对于有效降低疼痛感是一种心理上的支持和帮助。随着疼痛学的进展,国际及国内对疼痛的评估和测定都有所发展,出现了一些更方便有效的评估方法。目前的许多评估工具都需要患者具有一定的认知及言语表达能力,但痴呆患者往往不具备以上能力,故临床工作者需要特殊的疼痛评估工具。

1 痴呆患者的疼痛特点

痴呆是一种具有近期和远期记忆、认知、言语、行为障碍和人格改变的临床综合征^[3]。由于痴呆患者有不同程度失语、短期和长期记忆功能受损、沟通障碍及解释词语或概念的能力减退,导致报告疼痛的能力下降或缺如。在以往的临床工

作中,对疼痛的调查研究主要是通过患者的主诉来进行,而痴呆患者不能准确地描述疼痛。目前使用最多的是:视觉模拟评分(visual analogue scale,VAS)、词语描述量表(verbal descriptor scale,VDS)、McGill疼痛问卷(McGill pain questionnaire,MPQ)、面部表情疼痛量表(faces pain scale,FPS),然而17%患者无法完成任何一种疼痛评估量表。Scherder等^[4-5]调查发现,在老年社区医院有25%的老年痴呆患者被诊断有疼痛存在而没有得到处理。Horgas等^[6]调查发现,老年性痴呆患者的疼痛主诉与患者的病情呈负相关,这在很大程度上与评估者在评估疼痛时过分依赖患者的主诉有关。没有理由认为痴呆患者比认知正常的人所感受的疼痛要少^[7]。

2 疼痛的评估工具

2.1 轻-中度痴呆的疼痛评估

美国老年病学协会(The American Geriatric Society, AGS)推荐对于轻到中度的痴呆患者应该使用直接提问的方

1 卫生部北京医院疼痛诊疗中心,北京东单大华路1号,100730

作者简介:牛思萌,女,在读硕士

收稿日期:2007-10-29

式来评估疼痛^[9]。在评估前避免过度刺激患者,观察可能导致分神的环境因素并尽量使之减少,保证充足的光线,保证所使用的文字及图画足够大。如果你需要重复一个问题,要使用相同的词以减少混淆的可能^[9]。

2.1.1 0—10 数字疼痛强度量表:患者要求用数字 0 到 10 来表达出感受疼痛的强度。其优点在于是一种直观的数字表达方式。轻到中度的痴呆患者能理解数字,故可使用此量表。AGS 推荐将此量表作为首选工具^[10]。

2.1.2 VAS;测量方法^[11]为在白纸上画一条 10cm 的粗直线,一端为无疼痛,另一端为难以忍受的剧烈疼痛,患者根据自己感受到的疼痛程度在直线上的某一点上表达出来,然后使用直尺测量从起点到患者确定点的直线距离,用测量到的数字表达疼痛的强度。

2.1.3 彩色模拟标尺(colored analogue scale,CAS):是特殊类型的 VAS,其正面是一倒立的梯形,不同疼痛强度以不同色彩表示,底部为无痛,顶端为最剧烈痛。评估时患者只看到量表的正面,在量表上画上表示自己疼痛程度的标记即可,以标记相对应于背面的 0—10 分数字惊醒疼痛评分量表计分^[12]。

2.1.4 疼痛强度描述量表(verbal rating scale,VRS):将疼痛测量尺与口述描绘评分法相结合构成,特点是将描绘疼痛强度的词汇通过疼痛测量尺图形表达,使描绘疼痛强度的词汇的梯度更容易被患者理解和使用。本方法是通过患者口述描绘评分,让患者根据自身的疼痛强度选择相应关键词。口述描绘评分的方法使医务人员和患者进行交流更加容易。

2.1.5 Wong-Banker 面部表情量表:该方法用 6 种程度不同的面部表情表达疼痛程度(图 1),是在 FPS 基础上修订来的^[13]。为了便于与其他量表评分一致,改为 6 种表情。后来大量研究证明此法适用于任何年龄,没有特定的文化背景或性别要求,易于掌握,特别适用于急性疼痛、老人、小儿、表达能力丧失者^[14]。

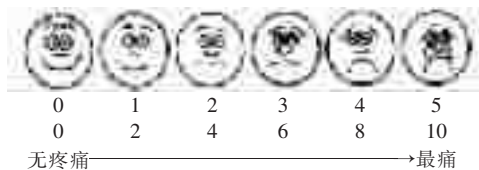


图 1 面部表情评分

2.1.6 MPQ:此方法是 Melzack 和 Torgerson 提出的评价疼痛性质的方法。包括人体图像指示疼痛的部位,78 个词分为 4 个组 20 个亚类,分别表达从时间、空间、压力、热和其他性质等方面来描述疼痛的感觉特性的词;从紧张、恐惧和自主性质等方面描述疼痛的情感特性的词;描述受试者全部疼痛过程总强度的评价词;其他相关杂类。由于它从不同的角度进行疼痛评估,所以在疼痛的鉴别诊断中也起着一定的作用,已成为广泛使用的临床工具和研究工具^[15]。

2.2 中-重度痴呆的疼痛评估

此类患者虽然没有言语表达能力,但有一些行为与疼痛有关,如做鬼脸、哭泣、寻求帮助、被动体位、交流方式的改变、行为规律的改变和精神状态的改变。以下工具就是利用了上述行为来评估疼痛^[16]。

2.2.1 非言语疼痛行为量表 (the checklist of nonverbal pain indicator,CNPI^[16]):由 6 个项目组成,其中包括发声(如叹息、哭泣、呻吟)、扮鬼脸(如皱眉、牙关及嘴唇紧闭)、抓住家具或其他设备或患处、按摩患处、烦躁不安(如不断的变换体位)、发声主诉(如主诉疼痛或在活动时要求停止),6 项分数总和最低分为 0 分,最高分为 6 分,0 分表示无疼痛,6 分表示最痛。

2.2.2 老年性痴呆不适量表 (discomfort scale for dementia of the Alzheimer type,DS-DAT):该量表由 2 个阳性项目(满足的面部表情、放松的体语)和 7 个阴性项目(有噪声的呼唤、负性发音、悲哀的面部表情、紧张的面部表情、皱眉、紧张的体语、烦躁不安)组成,总计 100 分,0 分表示没有不适,100 分为重度不适。DS-DAT 的效度为 0.86—0.98,能够客观地评价不适,但评估者必须接受长时间培训。

2.2.3 痴呆老人疼痛评估量表 (pain assessment for the dementing elderly,PADE):分为 3 个部分共 24 个题目,第一部分为生理状况(面部表情、呼吸形态和姿势),第二部分为总体疼痛评估,第三部分为日常生活活动能力。其中 1—12 题、14 题和 22—24 题为程度量表,分值为 1—4 分;13 题、15—21 题为选择题,分值为 1—4 分。第一、二部分的分值越高代表患者的痛苦越严重;第三部分的分值越高代表患者的日常生活活动能力越差。

2.2.4 老年晚期痴呆疼痛评估量表 (pain assessment in advanced dementia scale,PAINAD)^[17]:评估指标包括以下几项:呼吸:正常 0 分,偶尔呼吸费力或短时过度通气 1 分,长时间过度通气或睡眠呼吸暂停综合征 2 分;面部表情:微笑或面无表情 0 分,悲哀、皱眉或紧张 1 分,痛苦貌或扮鬼脸 2 分;负性发声:没有 0 分,偶尔呻吟 1 分,反复大声呼喊、大声呻吟或哭泣 2 分;形体语言:放松 0 分,紧张、动作迟缓或烦躁不安 1 分,强直、拳头紧握、身体蜷曲、拒绝护理或攻击他人 2 分;可安慰程度:无需安慰 0 分,可以转移注意力或可以通过声音或抚摩安慰 1 分,无法安慰或转移注意力 2 分。0 分为无痛,10 分为最剧烈痛。该量表经测定具有较好的信度与效度。

2.2.5 委托疼痛问卷(proxy pain questionnaire,PPQ)^[18]:PPQ 是一个需要由十分了解患者的护理员来完成的问卷。它是在检验了最小数据集(minimum data set,MDS)疼痛评分和护士助理疼痛评估(nursing assistant assessments of pain)的联系后发展而来的。它包括 3 个问题:现状(如“患者上个星期有过疼痛吗?”),频率(如“患者多长时间经历一次疼痛?”)和强度(如“患者什么时候出现疼痛,你如何描述疼痛的范围?”)。对于第一个问题需要回答“是”或“不是”,其余的问题要由 13 个形容词中的一个来回答,这 13 个词被做成了一个横向的表格(如:从来没有、有时、不太经常、经常和总是,轻度、中度和重度)。

2.2.6 痴呆患者不适评估量表 (assessment of discomfort in dementia,ADD)^[18]:该量表适用于不能清楚而持续地表达内在状态的轻到中度的痴呆患者。疼痛被定义为由生理刺激产生的不愉快的内在状态,然而情感不适被定义为由非生理刺激产生的不愉快的内在状态。不适被定义为由生理和非生理刺激产生的肉体或情感的不愉快的内在状态。ADD 由五个部分

组成:躯体评估;潜在疼痛状态和使用与肉体评估结果相关的干扰物的回顾;情感评估和使用非药物使患者舒服的方法;假如患者坚持,使用非阿片类镇痛剂;假如患者坚持或者使用了精神类药物要请内科或其他相关科室会诊。

2.2.7 Abbey 疼痛评估量表 (Abbey Pain Scale)^[19]:此量表是由澳大利亚人发明用来评估晚期痴呆患者的疼痛评估工具,很多护理人员都能掌握。它包括 6 个项目:发声、表情、肢体语言的变化、行为改变、生理改变及肉体改变。每个项目分为 4 级来表示强度(没有=0,轻度=1,中度=2,重度=3),总分由 0—18 并用来表示疼痛的强度:无痛=0—2,轻度疼痛=3—7,中度疼痛=8—13,重度疼痛=14 以上。但其信度在各类文献上没有记载,故此工具仍需要进一步的验证。

2.2.8 The Doloplus 2^[20-21]:此量表是由法国人发明用来多方位评估无言语能力的老年人的疼痛评估工具。它包括 3 个子量表和 10 个项目:机体反应(5 条),精神性运动反应(2 条),生理反应(3 条)。每个项目用 4 个词来表示疼痛的 0—3 级。总分在 0—30。5 分为疼痛的阈值,但是发明者指出如果小于 5 分也不能完全排除疼痛。此量表在欧洲得到了广泛的应用,但在英语地区的应用仍需要进一步的翻译工作。

2.2.9 护士辅助精神障碍患者疼痛评估工具 (nursing assistant-administered instrument to assess pain in demented individuals)^[22]:是由护士辅助的用来评估痴呆患者的疼痛的工具。他们在从事日常工作的同时可以观察患者的疼痛。此工具包括 4 个主要部分:患者的护理条件,如洗澡、穿衣、迁移;6 个项目代表是否有疼痛(疼痛词语、疼痛噪音、疼痛表情、支撑、摩擦和不平静);疼痛强度的评定;疼痛的测量。此工具的信度和效度已得到初步的肯定,但仍需进一步的验证。

2.2.10 严重痴呆患者疼痛评估量表 (the pain assessment scale for seniors with severe dementia)^[23]:此量表是由加拿大人发明用来评估普通及轻微疼痛的工具。它是由 4 个子量表 and 共 60 个项目组成的一览表:面部表情(13 条),动作(20 条),情感(12 条),生理指标/饮食及睡眠改变/语言行为(15 条)。每个项目由 2 分制来代表是否存在疼痛。将子量表的分值相加组成总分(0—60 分)。目前没有对于总分的解释说明。

3 小结

综上所述,对于痴呆患者的疼痛评估存在其特殊性,临床工作者可根据患者认知及言语表达能力的不同来选择相应的评估工具,以求达到最好的评估效果。随着人们对疼痛认识的不断加深,临床工作者需要更多具有高度可信性和有效性的疼痛评估工具。虽然目前的评估工具种类繁多,并且不断有新的方法出现,但其信度和效度仍有待进一步验证。对于疼痛的治疗,有效的评估方法是前提。只有选择了正确有效的评估工具才能正确认识疼痛,并采取有效的治疗措施,减轻疼痛甚至使患者远离疼痛的折磨,提高生存质量。

参考文献

- [1] Merboth MK, Barnason S. Managing pain: The fifth vital sign[J]. Nurs Clin North Am, 2000, 35(2): 375—383.
- [2] Regina Fink. Pain assessment: the cornerstone to optimal pain

management [J]. Baylor University Medical Center Proceedings, 2000, 13: 236—239.

- [3] 许贤豪. 老年性痴呆的研究进展[J]. 新医学, 2001, 32(2): 709—710, 718.
- [4] Scherder E, Bonma A, Boorkent M, et al. Alzheimer patients report less pain intensity and pain affect than nondemented elderly[J]. Psychiatry, 1999, 62(3): 240—248.
- [5] Won A, Lapane K, gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home[J]. J Am Geriatr Soc, 1999, 47(8): 936—942.
- [6] Horgas AL, Baltes MM, Borchelt M. Communicating pain in late life presented at the second international conference on communication, aging and health [C]. Canada: Hamilton Ontario, 1994: 1.
- [7] Miller LL, Nelson LL, Mezey M. Comfort and pain relief in dementia: Awakening a new beneficence [J]. Journal of Gerontological Nursing, 2000, 26(9): 32—40.
- [8] Ferrell BA, Herr K, Fine P, et al. The management of persistent pain in older persons[J]. Journal of the American Geriatric Society, 2000, 50(6): 1—20.
- [9] Soscia J. Assessing Pain in cognitively impaired older adults with cancer[J]. Journal of Oncology Nursing, 2003, 7(2): 174—177.
- [10] Mary S. Wheeler: pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment [J]. Hospice & Palliative Care, 2006, 24(6): 355—357.
- [11] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册[M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007. 14.
- [12] Scherder EJ, Boutna A. Visual analogue scales for pain assessment in alzheimer's disease[J]. Gerontology, 2000, 46 (1): 47—53.
- [13] Hunler M, McDowell L, Hennessy R, et al. An evaluation of the faces pain scale with young children [J]. Pain Symptom Manage, 2000, 20 (2): 122—129.
- [14] Her KA, Mobily PB, Kohoul FJ, et al. Evaluation of the faces pain scale for use with the elderly [J]. Clin J Pain, 1998, 14 (1): 29—38.
- [15] 赵英. 疼痛的测量和评估方法 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(16): 2347—2350.
- [16] Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) [J]. Pain Management Nursing, 2000, 1(1): 13—21.
- [17] Warden V, Horley AC, Voliceer L, et al. Development and psychometric evaluation of the PAINAD (Pain assessment in advanced dementia) scale [J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2003, 4(1): 9—15.
- [18] Smith M. Pain assessment in nonverbal adults with advanced dementia[J]. Perspect Psychiatr Care, 2005, 41(3): 99—113.
- [19] Abbey JA, Piller N, Debellis A, et al. The Abbey Pain Scale. A 1-minute numerical indicator for people with late-stage dementia [J]. Int J Palliat Nurs, 2004, 10: 6—13.
- [20] Lefebvre-Chagiro S, The Doloplus Group. The Doloplus 2 scale—evaluating pain in the elderly [J]. Eur Palliat Care, 2001, 8: 191—194.
- [21] The Doloplus group. Behavioral pain assessment scale for elderly subjects presenting with verbal communication disorder. Available from www.doloplus.com/version6/index.htm. retrieved June 10, 2003.
- [22] Snow AL, Weber JB, O'Malley KJ, et al. NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia[J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2004, 17: 240—246.
- [23] Fuchs-Lacele S, Hadjistavrogoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC)[J]. Pain Manage Nurs, 2004, 5: 37—49.