

□本报记者 郭蕾 张丹 王潇雨 特约记者 王蕾

在奥斯卡获奖影片《困在时间里的父亲》里,身患阿尔茨海默病的安东尼,让观众跟随他的眼睛和身体,沉浸式地感受到了阿尔茨海默病患者生活的真实状态。与此同时,他的儿女在体会另一种残酷——眼看着父亲慢慢变成陌生人而无能为力。

阿尔茨海默病、血管性痴呆、缺血缺氧性痴呆、额颞叶痴呆等疾病,有一个相同的症状即“认知障碍”。记忆是独一无二的生命礼物,证明我们在这个世界上活过、爱过。而认知障碍像是一个沉默的黑洞,会把人带入一个时间失序、空间混乱的世界:当记忆力被慢慢吞噬,判断力就会开始降低,人的情绪和行为也随之发生变化。

如果对这些情况干预得太晚,患者可能要完全依托于他人的照料才能生活。而在症状出现早期就积极配合医生的严谨筛查和精准治疗,可以延缓病情的进展,离这个黑洞远一点、再远一点。

这份珍贵的生命礼物,如何加以守护?让我们一起从记忆门诊出发,追寻其中的部分答案。



让记忆留存得再久一些

首都医科大学宣武医院神经内科在门诊楼内有30个诊室,其中记忆门诊位于走廊尽头左转的一角。记忆门诊主要通过神经系统查体、量表评估、痴呆基因检测等手段,及时发现认知障碍,并采取相应治疗措施延缓病程。

他们来这里,是为了保住自己的记忆

在记忆诊室门口等候的患者来自全国各地。诊室内陈设简单,墙上悬挂着阿尔茨海默病的科普画,医生的办公桌靠在窗边,午后阳光洒在桌边的木板上。叫号、落座,一场有关记忆守护的故事由此开启。

“医生,我做过很多检查,结果都是正常的。吃饭、睡觉、做家务也和之前一样,性格也没发生改变。为什么近几年记忆越来越差,就连最擅长的写作,遣词造句也不如之前灵活,还经常出现错别字?”没等医生提问,陈爷爷便介绍起自己的情况。他能准确地回答今年是哪一年、现在是什么季节、这里是什么地方等问题。对于自己记忆差的原因,他急切地想知道答案。

宣武医院神经内科主治医师秦琪耐心地查看陈爷爷之前的检查报告,很快锁定他的血管存在病变——左侧颈内动脉起始段重度狭窄,右侧颈内动脉远端重度狭窄,有侧支循环代偿。从核磁片子上,也可以看见多发的缺血灶和广泛的脑白质变性。

“血管有问题也会引起痴呆,叫血管性痴呆。您的血管情况很不好。”秦琪说,“咱们的血管就像两条高速公路,一起向大脑运输血液。现在两条公路都出现了问题,只有一条小路代替大路供血,效果肯定是没有大路的。”

针对陈爷爷的病情,秦琪为他开了几项检查,并详细介绍后续可能要

开展的治疗计划。

类似的场景,在全国各地的记忆门诊上演。

痴呆是一种由多种病因和病机导致的临床综合征,会出现记忆力、语言执行功能下降等症状。“每一种症状的背后,都是大脑皮层里管理记忆的一些部位出了问题,比如海马、脑额叶的执行功能病变。痴呆的病机复杂,早期出现记忆障碍的人,不一定是老年性痴呆。”宣武医院神经内科主任魏翠柏介绍,“因此,我们专门开设一个门诊,来确定患者是哪一种原因导致的痴呆,从而实现专病专治。这是我们开设记忆门诊的初衷。”

20世纪90年代,宣武医院在国内最早一批设立专门诊治痴呆症的门诊。门诊名称从最初的“痴呆门诊”“阿尔茨海默病门诊”等改为目前的“记忆门诊”。此后,全国各大医院陆续开设了近800家记忆门诊。

“一般情况下,我们把痴呆分成两类。一类是病理性痴呆,较为常见的是阿尔茨海默病,占痴呆症的60%~80%。另一类是非病理性痴呆,主要包括血管性痴呆。另外,甲状腺功能减退、红斑狼疮等全身系统疾病也会导致痴呆。”魏翠柏介绍,不同病因导致的痴呆,治疗方案和预后是不同的,早期的精准诊断十分重要。

“随着人们的健康意识不断增强,主动来记忆门诊筛查的患者不断增加。”魏翠柏介绍,“记忆门诊因此由之前的每周开诊1次变成了每天开诊。据统计,年门诊量达5万~6万人。”

秦琪的门诊还在继续。开诊1个半小时,系统显示,她已经看诊13人,候诊的还有14人。“首诊患者平均需要15分钟,复诊、开药需3~4分钟。”秦琪说,“对于首诊患者,会尽可能久看一些,在开药的患者身上抢一些时间回来。”

81岁的孙奶奶在家人的陪同下来到记忆门诊。孙奶奶有高血压、冠心病和糖尿病,记忆力下降多年,一直未干预,近期出现精神行为异常。“我

母亲这几天总是睡不好,还会产生幻想。前几天夜里发病,摔倒了。”孙奶奶的儿子说。

秦琪问了孙奶奶几个问题,老人闭口不言。“这几年双侧听力都下降了,但会选择性听到一些事。”孙奶奶的儿子说,“她喜欢画画,前几天夜里睡不着,还起来画画了。”

综合评估孙奶奶的病情和相关检查结果后,秦琪作出混合性痴呆(阿尔茨海默病、血管性认知障碍)及抑郁焦虑状态等诊断,为她开了几项检查,调整了用药。打印出门诊病历后,秦琪贴心地为老人标注好各类药品的适应证和用量用法。

走入记忆门诊,可能只是一个开始

“痴呆的病程是不不断进展的,它并不是从生理的健忘一下就进入终末期。患者会首先经历轻度认知功能障碍,出现基因记忆方面的损伤,但并不影响日常生活能力和社会功能。如果是已经影响日常生活能力和社会功能,则是发展到了痴呆阶段,痴呆也分轻度、中度、重度和终末期。”宣武医院神经内科主任医师郭冬梅介绍,在痴呆发展过程中,部分患者会在早期出现视听读写等方面的语言沟通障碍;还有一部分会出现精神行为学的改变甚至焦虑抑郁,出现攻击行为。

科学精准的诊断是延缓患者病情发展到终末期的前提。“患者来到记忆门诊后,我们会进行详细的病史采集,包括如何起病、什么时间起病、病程持续了多久,主要有哪些临床症状等。此外,会进行神经科的查体,比如对高级皮层功能的初测,包括记忆力、执行力、语言功能等;对颅神经的检查,包括四肢反射等,综合判定患者是不是合并了神经科的其他疾病。”魏翠柏介绍。

在记忆门诊的对面,就是认知功能筛查门诊。在这里,医生会对记忆门诊发现的可能存在记忆功能受损的患者,进一步进行精准评估,以便记忆门诊制订更合适的诊疗方案。

“家里有人有记忆的问题吗?”在认知功能筛查门诊,靳红梅医生问刚刚坐下的张奶奶。

张奶奶今年79岁,初中文化,第一次来就诊。她紧张地说:“去年开始老忘事儿,孩子让我来检查,怕我老年痴呆。”

“不怕不怕,我们一起做一组测试,来看看情况。”靳红梅拿着一本认知障碍筛查量表,开始进行大约半个小时的评估。

“今天是星期几?您现在来的医院的名称是?您在几楼?这里是哪条街?……”靳红梅问,张奶奶一一作答,靳红梅在题目后标注答案得分。题目难度在逐渐加大。

“我说一组数字,您来重复一遍,21854。”靳红梅说。“21854。”张奶奶答。

“这组数字您能倒着说一遍吗?”“45821。”张奶奶的状态开始放松。

“接下来,我说5个词语,您重复一遍并尝试记住它们。评估结束后,我会再向您,看看您能不能想得起来。”靳红梅带着张奶奶一项一项地进行。

题目难度不断增加的同时,评估的维度也在不断丰富。比如,造一个简单的句子并在纸上写下来;识别并说出动物图案;画简笔画和几何图形;画一个时间显示11时10分的圆形钟表;在1分钟之内说出尽可能多的动物名称;从100开始减7算数,直到医生喊停……

据介绍,“100减7”测试的是大脑皮质高级功能,是神经科对可疑痴呆患者进行体格检查时的常规项目。因为在计算过程中,需要大脑皮层工作,问题不算难,但结果没有规律性。该项检查可以测试被测试者计算力和注意力是否与教育水平一致,大脑皮层的高级功能是否处于正常状态,检查大脑功能是否有下降的迹象。

当所有测试结束后,靳红梅在测评表最后一页写下了张奶奶的最后得分。从数值来看,张奶奶出现了轻度的认知功能障碍,后续她会回到记忆门诊,由医生根据其他各项检查情况,制订个性化的治疗方案。

“在检查方面,神经心理量表检测是最重要的一项,可以帮助医生评估患者哪些认知领域出现了损伤,日常生活能力损伤到了什么程度。同时,会采集患者的血液、脑脊液,评估是否有特殊物质的变化;对有家族史的患者会进行基因筛查,以综合判定一个患者是否患有痴呆,以及引发痴呆的病因。”魏翠柏介绍。

每天8时30分,查房准时开始。魏翠柏带领团队,先要做查房前的病案讨论工作。移动查房信息系统的电子显示屏上,显示着68岁刘大爷的26条诊疗记录。

“要注意的是,患者的肌无力有没有伴随疼痛麻木,等一一下要一样样排查。相关的亚临床症状,可借助血液、脊髓液检查,拍核磁片。”魏翠柏对主管医生胡正涛说。

接着,魏翠柏带着医生团队来到刘大爷的病床前查体。刘大爷对医生说:“腿没劲儿,感觉左腿比右腿严重。”

“您放松点,别使劲。”魏翠柏一边说着,一边帮刘大爷脱袜子,用小锤子轻敲足跟腱,看到踝关节神经反射正常。接着,魏翠柏轻触脚背,刘大爷笑起来说感觉痒。“那就好,证明体表正常。您再蹬腿看看?”魏翠柏看到刘大爷动作顺畅表示安心,“力量没问题,没有明显肌萎缩,而且腰椎穿刺检查没事,建议复测抗体。”

走出病房,魏翠柏叮嘱胡正涛:“你看,患者体表有一处皮癣,这说明自身免疫功能可能有一些问题。可能是免疫诱导的周期性损伤,还需要再查一下心电图,看看到底有没有损伤。如果没有损伤,只是抗体阳性,可能没有临床意义,要再完善一下检查才知道。”

下一位要检查的患者是宋大爷。主管医生康文清向魏翠柏汇报:“患者有40年的吸烟史,每天喝一斤白酒,很瘦,认知有下降,住院一周,相关抗体检测阴性,心电图结果明天出来。以周围神经损伤为主,有错觉、虚构、妄想的症状,小脑受累,反应慢,认知记忆力和计算力评分27,有脑萎缩但是不能定性,共济失调、震颤,病程长,有18个月近端远端的无力感,目前已排除慢性淋巴瘤……”

医生团队走入病房,宋大爷的病床头是一瓶“零酒精”的白酒风味汽水。“这几天敢走路了,只能走几米,没劲,也不稳。”躺在病床上的宋大爷看着自己两条干瘦的腿,懊恼地对医生们说,“我知道是喝酒造成的。年轻的时候开出租车,每天吃两顿饭,晚上回来就喝酒。”

魏翠柏给宋大爷做检查:“您放松,腿抬高,稳住,放下来。您再下床来走走,我们看看情况……”一番检查后,魏翠柏告诉宋大爷:“不要太大担心,问题不大,但是看东西会头疼的情况还要再查,先安心住院。”

50岁的张大姐刚刚入院。“我就是爱生闷气,去年压力大,经常惊醒……”张大姐见医生来查房,说起自己的情况。在对她的眼睛、口腔、指头、脚底、膝盖、握力等进行一系列检查后,魏翠柏告诉张大姐:“不要太大担心,问题不大,但是看东西会头疼的情况还要再查,先安心住院。”

“让他们感受到大家的热情与温暖”

每天8点半,神经内科查房准时开始

每一次筛查和判断,每一次诊疗和救治,都必须严谨慎重。经过多年

的实践和探索,宣武医院神经内科逐渐形成“记忆门诊及认知训练护理门诊—研究型病房—实验室”三位一体的闭环体系。

病区走廊,有患者在散步、聊天,也有些不能自主活动的患者在护士的搀扶下蹒跚地行走。散步,对于他们恢复肌肉力量很有帮助,也能够改善情绪状态。

病区门口写着“请一定将门锁好,防止病人走失”的警示标语。患有痴呆的住院患者有一个共同的“敌人”——走失。“我们十分重视安全问题,病房的所有大门都安装了门禁,只有医护人员刷卡才能打开。”宣武医院神经内科病区护士长乔雨晨介绍,“对于走失风险比较高的患者,我们会为他们佩戴智能定位手环。”

近些年,痴呆出现了年轻化的趋势。国际阿尔茨海默病协会公布的数据显示,阿尔茨海默病的发病年龄已由65岁提前到了55岁,整整早了10年。乔雨晨说:“老年患者和年轻患者有很大的不同,大部分老年患者更愿意与医护人员交流,他们会和医护人员一起讨论自己患的疾病,询问自己的病情变化。但是很多年轻人初来病房时,都是沉默寡言的,有的面对陌生的环境会出现过激行为。”

对于这类患者,乔雨晨和同事们总结了一套工作方法。“我们要求进入病房的所有医护人员都要与患者打招呼,让他们感受到大家的热情与温暖。遇到行为过激、情绪激动的患者,我们不会与他争论,要寻找转移话题的突破口,来分散他的注意力。比如,以患者的口音为突破口,和他们聊自己的家乡,把他们带到一个新场景。”乔雨晨介绍。

年轻患者的病房被乔雨晨和同事们布置得温馨有爱,床头贴着卡通、水果标识,床边摆着充满活力的绿植盆栽。“为了让他们更好地适应病房环境,我们允许患者入住时带上几件自己的贴身物品。一般老年患者喜欢带老照片或者收音机,年轻患者则倾向于各类电子产品。”乔雨晨说,“住院期间,我们也会观察年轻患者对电子产品的痴迷程度,及时纠正、干预,防止其因沉迷电子设备影响治疗。”

为了给患者更有温度的照护,乔雨晨呼吁:“希望社区医疗卫生机构能与我们共同承担患者的日常康复工作,给他们更多的空间和温度。”

不良反应多出现在用药初期,药物使用一

前尚不能根治,因此,需要长期规范药

宣武医院神经内科记忆门诊

每天8点半,神经内科查房准时开始

“让他们感受到大家的热情与温暖”

每一次筛查和判断,每一次诊疗和救治,都必须严谨慎重。经过多年

扫码观看视频报道