

- nase I epsilon [J]. *J Biol Chem*, 2004, 279 (48): 50102-50109.
- [17] Chien AJ, Moore EC, Lonsdorf AS. Activated Wnt/ β -catenin signaling in melanoma is associated with decreased proliferation in patient tumors and a murine melanoma model [J]. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2009, 106 (4): 1193-1198.
- [18] Parii M, Taddei ML, Bianchini F, et al. EphA2 reexpression prompts invasion of melanoma cells shifting from mesenchymal to amoeboid-like motility style [J]. *Cancer Res*, 2009, 69(5): 2072-2081.
- [19] Witze ES, Litman ES, Argast GM, et al. Wnt5a control of cell polarity and directional movement by polarized redistribution of adhesion receptors [J]. *Science*, 2008, 320 (5874): 365-369.
- [20] Dissanayake SK, Yang S, Rhode MJ, et al. Wnt5a regulates Mart1 expression via increases in IL-6 [J]. *Proceedings of the American Association for Cancer Research Annual Meeting*, 2005, 46: 1441.
- [21] O'connell MP, French AD, Leotlela PD, et al. Assaying Wnt5A-Mediated Invasion in Melanoma Cells [M]. *VIN-综述*.
- CAN E. *Methods Molecular Biol*, 2008: 243-253.
- [22] O'connell MP, Fiori JL, Kershner EK, et al. Heparan Sulfate Proteoglycan Modulation of Wnt5A Signal Transduction in Metastatic Melanoma Cells [J]. *J Biol Chem*, 2009, 284(42): 28704-28712.
- [23] Lopes CC, Dietrich CP, Nader HB. Specific structural features of syndecans and heparan sulfate chains are needed for cell signaling [J]. *Braz J Med Biol Res*, 2006, 39(2): 157-167.
- [24] Zuidervaart W, Pavey S, Van Nieuwpoort RA, et al. Expression of Wnt5a and its downstream effector beta-catenin in uveal melanoma [J]. *Melanoma Res*, 2007, 17(6): 380-386.
- [25] Jenei V, Sherwood V, Howlin J, et al. A t-butylloxycarbonyl-modified Wnt5a-derived hexapeptide functions as a potent antagonist of Wnt5a-dependent melanoma cell invasion [J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2009, 106 (46): 19473-19478.

(收稿日期: 2012-12-08 修回日期: 2013-04-15)

阿尔茨海默病的现状及护理干预进展

胡春碧 综述, 杨波[△] 审校

(重庆市精神卫生中心老年二科 401147)

关键词: 阿尔茨海默病; 现状; 护理

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.19.043

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)19-2287-03

阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) 又称老年痴呆症, 是一种进行性发展的神经退行性疾病, 临床表现为认知功能和记忆功能不断恶化, 日常生活能力进行性减退, 并有各种神经精神症状和行为障碍。其病因多样发病机制复杂。随着全球人口老龄化加快, AD 患者逐渐增多将对世界各国社会经济及公共卫生系统造成深远影响。目前对 AD 尚缺乏特异的治疗手段, 而积极护理对延缓患者病情发展、提高生活质量尤为重要。故本文将对 AD 的现状 & 护理干预作一综述。

1 AD 的现状

1.1 全球面临 AD 患者快速增长的严峻考验 目前全球人口老龄化日益严重, 而 AD 的发病率随着年龄的增长也逐渐增加, 据不完全统计, 65 岁以上人群中患重度老年性痴呆者达 5% 以上, 而到 80 岁, 就上升到 15%~20%^[1-2]。国际 AD 协会 (ADI) 研究发现, 全世界目前患有 AD 或其他痴呆性疾病的人数有 3 600 万, 而到 2050 年该数字将达到 11 500 万, 其中 2 430 万人患有 AD, 每年新增病例约 460 万, 即每 7 秒钟新增 1 个 AD 病例^[3]。而中国 2006 年 65 岁及以上老年人口已达 1.34 亿, AD 患病率为 4.8%, 据此估计, 中国痴呆人数已近 800 万, 到本世纪中叶时, 中国 AD 患者人数将接近 2 000 万^[1]。AD 目前已成为全球老年人继冠心病、肿瘤和卒中之后的第四

位主要死亡原因^[3-4]。

1.2 AD 的影响 AD 已经成为全球最常见的痴呆类型, 也是全世界最致残和最累赘的疾病之一, 是国家财政和家庭花费的主要负担^[5]。由此而迅猛增加的医疗需求和照料负担必将对社会经济发展产生重要影响^[6-7]。除了 AD 患者人数增加外, 其他因素也会加剧其对社会和经济影响, 这些因素包括城市化、从大家庭到核心家庭的发展趋势以及由此造成独居的老年人数的增加^[8-9]。照料这些人的能力将取决于各种正式和非正式的照料服务。然而目前许多国家特别是发展中国家还未做好充分准备为痴呆患者及其家庭照料者提供优质的健康和保健服务, 而该病患者人数逐渐增多的严峻形势将来可能对这些国家的公共卫生系统造成毁灭性的影响^[10]。目前中国面临 AD 的诸多挑战: 痴呆是老龄化的结果而非疾病结果的传统观念; 由于文化程度及背景原因从而否认该疾病并对其有病耻感; 专业照顾者培训不足, 社会对家庭照顾者支持度不够; 由于政策有限导致与 AD 相关的人力资源和财政资源不足; 各个地区用于疾病诊疗、照护相关设施分配不均等^[11]。因此, 提高中国公众的疾病意识和防治水平, 是中国医疗保健服务体系和经济社会发展急需解决的重大问题^[12-13]。

1.3 AD 的药物疗法策略 目前, AD 的药物疗法策略主要由

疾病 4 种特征所指导:淀粉质斑块、神经元纤维缠结、神经退行性病变及痴呆^[14]。淀粉质斑块主要由 4×10^3 的 β -淀粉样肽(A β)组成,其以 42 个氨基酸组成的淀粉样蛋白(A β 42)作为主要存在形式。由于存在多种基因突变,引起早发家族性 AD 的罕见基因突变导致组织产生大量 A β 42 并聚集,所以淀粉样蛋白治疗的目的在于减少有毒 A β 42 的聚集量^[15]。以淀粉样蛋白为基础的治疗方法包括 γ -分泌酶抑制剂及其调节剂、BACE 的抑制剂、A β 42 聚集阻滞剂、A β 42 蛋白代谢诱导剂、抗-A β 的生物制剂。由神经元所形成的缠结由过度磷酸化微管相关蛋白的双股螺旋细丝组成。以微管相关蛋白为基础的疗法包括激酶抑制剂、微管稳定剂和代谢诱导剂^[16]。对神经退行性病变的治疗策略包括多种机制,如兴奋性中毒、线粒体功能障碍、氧化损伤、炎症、刺激神经元活性等。认知增强剂虽然对疾病本身无确切疗效,但对缓解痴呆症状有重要作用^[17]。增强认知策略包括胆碱酯酶抑制剂、提高胆碱能和谷氨酸能神经元信号的方法^[18]。总之,淀粉质斑块、神经原纤维缠结、神经退行性病变及痴呆引领着目前 AD 治疗方法的发展方向。

2 AD 的护理干预

2.1 国内外 AD 护理现状及差距 目前欧美等发达国家已建成针对 AD 患者的三级护理模式:居家为主、社区和社会护理、扶助照料型居住,从而使全社会对 AD 患者的护理高质有效,为 AD 患者营造一个积极、安全和富有感情色彩的环境,有利于患者病情得以缓解,提高了生活质量^[19-20]。而日本也早在 20 世纪 70 年代就成立了为老年痴呆患者提供特殊的医疗服务看护中心^[21]。美国阿尔茨海默协会的统计,全美的辅助生活社区和护理院中,有 50% 的人住者患有痴呆,而痴呆照护已经成为老年生活设施的核心业务^[22]。

目前中国有关 AD 的卫生保健及社区护理与欧美发达国家相比有较大差距,主要存在以下问题:全社会专门照护 AD 患者的养老机构较少;养老机构未给予新入住的老年人进行痴呆诊断及系统评估;部分养老机构拒收 AD 患者;养老机构内缺乏受过专门的痴呆照护培训的护理员;养老机构内未准确给予痴呆老人与健康老人不同的分级护理等^[23-24]。所以,中国阿尔茨海默患者的基础设施的建设和专业护理模式的建立,是人们必须认真探索并努力加以解决的问题。

2.2 AD 护理的外部专业资源的配置 首先,为 AD 患者创造一个安全、舒适的居住环境是最重要的^[25]。居住设施的内部和环境,均需评估其对痴呆患者视觉、触觉、听觉、嗅觉的影响。空间和标志的设计要尽可能帮助痴呆老人准确、方便地识别方向,找到目标物,来减少他们的迷失感及挫折感。同时为 AD 患者提供活动空间,维系他们的自信心;要有技巧地提供安全保护,避免 AD 患者产生被监禁或隔离的感觉。其次,健康管理对于 AD 入住者特别重要。首次入院时要进行全面细致的评估建立健康档案,根据患者的情况制定个性化的护理方案并进行阶段的评估和调整,不同病程的患者需要在不同的居住组得到分级照护,同时提供必要的医疗服务,以认知训练和以活动为主的非药物治疗,并且提供必要的监护^[26]。最后,针对目前 AD 患者增多的趋势,需越来越多的专业护理人员。为提高 AD 患者治疗和护理效果,改善患者生活现状,逐步培养出一批合格的 AD 专业护理人员已成当务之急。专业护理人员应接受专业而持续的培训,学习国内外老年护理和循证护理的新进展、新理念,以及实施优质护理服务的丰富内涵,并应用到实践中去,在护理团队之间分享有效的护理经验。AD 患者需要的是一个多学科护理模式。医生、护士、护理员、职业

治疗师、都是 AD 专业照护不可或缺的人力资源。在工作中应积极合作,相互沟通与学习,促进 AD 护理模式的建立与完善^[27]。

2.3 AD 护理干预重点

2.3.1 防止跌倒损伤 AD 患者入院后即给予安全风险评估,针对不同评估结果给予患者及其照顾者入院宣教及相关健康指导,同时病区内设置各种防滑措施,防止跌倒甚至骨折的发生。

2.3.2 防止迷路走失 由于 AD 患者有记忆力减退、不同程度的定向力和判断力障碍。对轻度痴呆的 AD 患者可限制患者单独外出活动,同时患者随身携带写有基本信息的卡片,中重度 AD 患者入院后就应开始有专人陪护。

2.3.3 防止呛噎、误吸 由于咽部感知觉功能减退、协调功能不良、吞咽反射功能降低、服用抗精神病药、进食过快等原因,均可导致 AD 患者易呛噎误吸,故应对患者家属及陪护工进行预防患者误吸和误食的饮食安全指导,有吞咽风险患者列入重点交接班。

2.3.4 注意用药安全、管理,防止患者误服或漏服药物 对伴有抑郁症、幻觉和自杀倾向的痴呆患者以及拒绝服药的患者,除要监督患者把药服下,并要让患者张开嘴,检查是否已将药物咽下。

2.3.5 加强危险物品的管理,防止患者利用危险物品自伤、自杀以及伤害他人,并做好患者及家属的宣教和患者的心理护理。

2.3.6 加强皮肤护理,防止褥疮发生 对于所有 AD 患者,入院时即行褥疮风险评估,根据不同风险程度制定相应护理措施,同时适当活动减少卧床时间,每日保证足够营养摄入,提高机体抵抗力,从而积极预防褥疮的发生。

2.3.7 积极心理护理 通过取得信任使患者在生活中感受到周围人的理解与支持,从而稳定情绪,患者家属应避免对患者的部分异常行为误解与指责,加重心理创伤。同时在住院期间医方对患者家属进行适宜的心理辅导,有助于缓解各种压力,增加治疗疾病的信心。

3 总 结

目前,AD 的发病率呈增长趋势,确切原因尚不清楚,而影响 AD 发病的相关因素很多,尚需大规模前瞻性队列研究,以明确 AD 发病的主要危险因素。同时应增加流行病学与其他相关学科的多学科合作,深入探讨 AD 的发病机制,通过有效手段减少疾病发生并延缓疾病进展,进而从根本上预防和治愈 AD。目前治疗老年痴呆尚无根本性突破,护理是延缓病情并提高痴呆患者生活质量的主要手段。如何做好痴呆患者的护理及给照顾者提供支持是当今社会关注的问题,也是提高痴呆老人生活质量的关键。中国医疗发展水平有限,尚未建立像国外一样的专业机构,但护理人员可通过从生活护理、安全护理、精神症状护理、心理护理及对照顾者的支持等方面,对 AD 患者进行护理支持,这对于中国有阿尔茨海默病的家庭非常重要。

参考文献:

- [1] 晏勇.重视阿尔茨海默病的早期诊断[J].中华神经科杂志,2012,45(2):73-75.
- [2] 田金洲,时晶,苗迎春.阿尔茨海默病的流行病学特点及其对公共卫生观念的影响[J].中华医学杂志,2008,88(29):2084-2087.

- [3] Alzheimer's Association. 2009 Alzheimer's Disease facts and figures[J]. *Alzheimers Dement*, 2009, 5(3):234-270.
- [4] 谭纪萍, 张晓红, 王鲁宁. 阿尔茨海默病的流行病学研究概况[J]. *中华预防医学杂志*, 2005, 39(2):146-148.
- [5] Paul Attea, Harry Johns. Confronting Alzheimer's Disease and Other Dementias[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2010, 58(8):1587-1590.
- [6] Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community; a systematic review[J]. *Int J Evid Based Healthc*, 2008, 6(2):137-172.
- [7] Thies W, Bleiler L. 2011 Alzheimer's disease facts and figures[J]. *Alzheimers Dement*, 2011, 7(2):208-244.
- [8] Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, et al. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease [J]. *Alzheimers Dement*, 2007, 14(3):186-191.
- [9] Kiencke P, Rychlik R, Grimm C, et al. Cost of illness in Alzheimer's disease [J]. *Med Klin (Munich)*, 2010, 105(5):327-333.
- [10] Voisin T, Sourdet S, Cantet C, et al. Descriptive analysis of hospitalizations of patients with Alzheimer's disease: a two-year prospective study of 686 patients from the REAL-FR study[J]. *J Nutr Health Aging*, 2009, 13(10):890-892.
- [11] 臧爽, 刘丽娟, 杨凡. 阿尔茨海默病患者护理者负担与应对方式的相关研究[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2011, 20(6):519-521.
- [12] 任汝静, 陈生弟. 阿尔茨海默病的治疗现状和展望[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2005, 5(3):147-151.
- [13] 王鲁宁. 老年痴呆是老龄社会中不容忽视的疾病[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2009, 11(12):937-938.
- [14] Barten DM, Albright CF. Therapeutic strategies for Alzheimer's disease[J]. *Mol Neurobiol*, 2008, 37(2):171-186.
- [15] Khairallah MI, Kassem LA. Alzheimer's disease: current status of etiopathogenesis and therapeutic strategies[J]. *Pak J Biol Sci*, 2011, 14(4):257-272.
- [16] Do Carmo Carreiras M, Marco-Contelles J. The multifactorial nature of Alzheimer's disease and related therapeutic strategies[J]. *Curr Pharm Des*, 2010, 16(25):2765-2776.
- [17] Pleckaityte M. Alzheimer's disease: a molecular mechanism, new hypotheses, and therapeutic strategies[J]. *Medicina*, 2010, 46(1):70-76.
- [18] Haas C. Strategies, development, and pitfalls of therapeutic options for Alzheimer's disease[J]. *J Alzheimers Dis*, 2012, 28(2):241-281.
- [19] Hausen A, Rieder K, Herms I. Exposing occupational stress [J]. *Pflege Z*, 2012, 65(5):294-297.
- [20] Pastor DK, Vogel B. Supporting community caregiving for a spouse with dementia: research with implications for practice[J]. *Home Healthc Nurse*, 2011, 29(7):443-50.
- [21] Meyer G, Kopke S, Balzer K. The best nursing science article of 2011[J]. *Pflege Z*, 2012, 65(4):193.
- [22] Walsh SM, Lamet AR, Lindgren CL, et al. Art in Alzheimer's care: promoting well-being in people with late-stage Alzheimer's disease[J]. *Rehabil Nurs*, 2011, 36(2):66-72.
- [23] 黄樱, 邹琴妮, 黄坚. 阿尔茨海默病患者的生活质量及其影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2011, 14(29):3325-3327.
- [24] 蒋月红, 濮正平. 综合护理对阿尔茨海默病预后影响的研究[J]. *安徽医学*, 2012, 33(3):357-358.
- [25] Kopke S, Irmer G. Nursing oasis for persons with severe dementia. Cared for in the community[J]. *Pflege Z*, 2012, 65(3):142-146.
- [26] 马丽娟, 李小洁, 赵艳霞. 老年阿尔茨海默病患者的护理[J]. *解放军护理杂志*, 2010, 27(4):285-286.
- [27] Thomas SP. Reducing the risk for Alzheimer's[J]. *Issues Ment Health Nurs*, 2012, 33(2):65-70.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-04-21)

• 综述 •

Th17 细胞与再生障碍性贫血关系的研究进展*

魏秋蓉 综述, 石庆之[△] 审校

(南昌大学第二附属医院血液内科, 南昌 330006)

关键词: 白细胞介素 17; 再生障碍性贫血; Th17 细胞; Treg 细胞

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.19.044

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)19-2289-03

再生障碍性贫血是一种以免疫介导的造血受抑导致全血细胞减少及骨髓增生低下为特征的血液系统疾病^[1]。近年来由于免疫抑制疗法的广泛应用, 再生障碍性贫血的预后得到明显改善, 但仍有部分患者需靠药物及输血等维持, 给患者及其

家庭带来沉重的经济负担; 有些患者甚至出现心理障碍如紧张、焦虑、忧郁、恐惧等, 严重影响患者的生存质量。因此, 再生障碍性贫血一直是血液学领域中重点研究的疾病之一。大量的研究工作发现 Treg 细胞(regulatory T cells)在再生障碍