

· 综 述 ·

谵妄评估工具的研究现状

廖金敏, 王希林

(北京大学精神卫生研究所, 卫生部精神卫生学重点实验室, 联络会诊科, 北京 100191)

【摘要】量表评估对谵妄的临床研究十分重要, 除筛查诊断外, 还可用于评定谵妄的临床特征、治疗效果及其预后。本文介绍了专门用于评估谵妄的量表, 并对评估工具的研究现状进行了回顾。包括意识模糊评定量表、记忆谵妄评定量表、谵妄评定量表、谵妄评定量表-98 修订版、谵妄认知功能测查量表、谵妄运动亚型分型量表。

【关键词】谵妄; 量表; 心理测查

【中图分类号】 R749.2

【文献标识码】 A

【DOI】 10.3724/SP.J.1264.2012.00225

The current research situation of the assessment tools of delirium

LIAO Jinmin, WANG Xilin

(Department of Consultation Liaison, Peking University Institute of Mental Health, Key Laboratory of Ministry of Health, Beijing 100191, China)

【Abstract】 Scales play an important role in clinical research of delirium. In addition to being used for screening diagnosis, scales are also used for assessment of clinical features, treatment effect and prognosis. In this article, we introduced scales used for assessment of delirium and reviewed the current situation of research on such scales, including Confusion Assessment Method, Memorial Delirium Assessment Scale, Delirium Rating Scale, Delirium Rating Scale-Revised-98, Cognitive Test for Delirium and the Delirium Motor Subtype Scale.

【Key words】 delirium; scale; psychological measurement

谵妄是一种综合医院住院患者中常见的复杂的精神障碍, 它是一种严重的意识障碍, 一般特征为认知功能的普遍受损, 尤其是定向力和注意损害, 也涉及一系列非认知症状, 包括运动行为、睡眠-觉醒周期改变、感知觉症状及情感症状^[1]。住院患者中谵妄发病率达14%~56%, 病死率达25%~33%, 与患者的活动能力下降、共病率增加、住院时间延长、照料者负担加重、医疗费用增加等密切相关^[2]。国外已进行了大量有关谵妄的研究, 并制定了相应的治疗指南, 我国在谵妄方面的研究与国外差距较大, 测查工具相对缺乏是其中原因之一。国外有关谵妄的评定量表较多, 有些已有多种语言的译本, 但翻译成中文版的较少, 本文将就谵妄相关量表的研究与应用予以综述。

量表在神经精神疾病的临床研究中起着重要的作用。国外已有多种用于谵妄的评定量表, 此类量表应用较广泛, 在谵妄的筛查、诊断、严重程度评估、运动亚型的分型、认知功能的测查、病情波动的监测、对治疗反应及预后的评估等方面应用逐渐增多。目前主要应用的量表如下: 意识模糊评定量表 (Confusion Assessment Method, CAM)、记忆谵

妄评定量表 (Memorial Delirium Assessment Scale, MDAS)、谵妄评定量表 (Delirium Rating Scale, DRS)、谵妄评定量表-98 修订版 (DRS-R-98)、谵妄认知功能测查量表 (Cognitive Test for Delirium, CTD)、谵妄运动亚型分型量表 (Delirium Motor Subtype Scale, DMSS)。上述量表在美国、英国、德国、法国、日本等多个国家均有译本, 且均进行信效度检验。有关谵妄的量表目前中国版正式发行的仅有CAM及DRS-R-98量表, DRS-R-98量表中国版是中国台湾翻译的, 内地还没有进行信效度检验, 也没有广泛展开应用^[3]。

1 意识模糊评定量表

CAM量表为美国Inouye^[4]1990年编制的谵妄诊断用量表, 多用于非精神科医师。CAM量表根据精神疾病诊断与统计手册第三版的修订版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R) 谵妄的诊断标准建立, 有9个条目的全量表及4个条目的节选量表两种, 4个条目的节选量表适用较为广泛。4个条目包括: (1) 急性发作和波动病程; (2) 注意力不集中; (3) 思

维不连贯;(4)意识改变。同时具备(1)和(2),以及具备(3)或者(4)其中一项即可诊断谵妄。CAM量表具有比较好的信度和效度,Inouye等^[4]评估CAM量表灵敏度达94%~100%,特异度达90%~95%,其研究成果已被广泛引用。CAM量表的优势在于条目简单,整个过程5min内可以完成,是目前在综合医院最广泛使用的谵妄筛查工具;局限性在于很难将谵妄与痴呆、抑郁或者其他的精神疾病相区别,且无法对谵妄的严重程度予以评估,故对病情的波动难以有动态的掌握。2001年李娟等^[5]根据我国临床的实际情况,制定了适合临床使用的谵妄评定方法中文修订版(CAM Chinese reversion, CAM-CR)。CAM-CR有11个条目,每个条目根据1~4个等级,总分11~44分。李娟等^[5]对其信度、结构效度和诊断效度进行评定,结果显示应用的一致性组内相关系数为0.91,选取22分作为谵妄的分界值时,敏感性为90%,特异性为94%,跨效度检验与临床符合率的值为83%。

2 记忆谵妄评定量表

MDAS是Breitbart等^[6]在1997年设计的,适应于所有临床医师,它适用治疗性研究在24h内重复评估。MDAS量表包含意识障碍、定向力、记忆力、思维障碍、注意力等10个条目,每个条目根据严重程度可评0~3分,总分0~33。Breitbart等^[6]对MDAS量表进行信效度检验,评分者信度0.92,内部一致性0.91,当MDAS的截取值为13分,特异度是93.8%,灵敏度是70.6%。MDAS与DRS量表、简易智能状态检查量表(mini-mental state examination, MMSE)量表高度相关,与DRS量表的相关系数为0.88,与MMSE量表的相关系数为0.91^[6]。近年在国外MDAS量表被综合医院的临床医师用于谵妄多方面的研究,如术后患者发生谵妄的相关风险,肿瘤患者出现谵妄时的药物研究等^[7,8]。MDAS的优势在于所有临床医师均可使用,有利于在综合医院推广,且可用于谵妄的严重程度分级,局限性在于缺少有助于鉴定谵妄和痴呆起病时间或者症状波动的条目。

3 谵妄评定量表-98 修订版

DRS是Trzepacz在1988年发表的,有10个条目,具有分级性,能澄清诊断和评估症状的严重程度,但因为其中一些条目,它不能很好地进行重复性的评估。DRS-R-98是Trzepacz等^[9]1998年在DRS量表的基础上修订的版本,适用于精神科培训过的临床医师,有16个条目,其中13个严重程度条目和3个诊断性条目,它可以进行重复性的评估。DRS-R-98量表选定不同的界值,灵敏度从91%到

100%、特异度从85%到100%不等,有较高的内部一致性及评分者信度,且与DRS、CTD均有较好的相关性^[9]。2009年Huang等^[3]将DRS-R-98量表译成中文版,并进行信效度检验,结果提示截取值为15.5分时,灵敏度为89.3%,特异度为96.8%。西班牙版的DRS-R-98量表在截取值为14分时,灵敏度为82.4%,特异度为97.8%^[10]。荷兰版的DRS-R-98量表不仅有很好的效度(内部一致性Cronbach $\alpha=0.94$),还发现DRS-R-98量表的第4个条目(情感不稳定)和第7个条目(精神运动性激越)得分阳性,可以排除低活动型谵妄,该版本的特异度为89%,灵敏度57%^[11]。DRS-R-98量表优势在于能从言语、思维过程、行为运动及认知等不同角度和不同严重程度进行评估,使得研究者能够更为详尽地描述谵妄症状的演变过程以及对药物治疗的反应;同时还能有效地与其他精神障碍,特别是痴呆、抑郁、物质依赖、精神分裂症等疾病进行鉴别。它的局限性在于综合医院的临床医师必须经过专门的培训才可以评定,此外它虽然可以对谵妄的认知功能予以评定,但若患者不能用语言交流,不同的信息来源(家属、陪护或主管医师)评定结果也不同,故谵妄认知的评定仍需要借助专门的量表如谵妄认知功能测量量表。

4 谵妄认知功能测量量表

CTD由Hart等^[12]在1996年专门为评价谵妄患者的认知功能设计的,适用于不能用语言交流的患者,其测试各项均通过指点、点头或抬手示意完成。CTD由5个亚测试组成,包括定向力、注意力时间、记忆、理解推理及警觉。谵妄基本上是一种认知障碍,因此认知功能的床边测量对谵妄的评估十分重要。Hart等^[12]对CTD量表予以信效度检验,灵敏度达100%,特异度达95%,和MMSE高度相关($r=0.82$)。MMSE是临床应用广泛的认知功能筛查工具,但是MMSE对许多人而言十分简单,条目覆盖范围较窄,且缺乏针对前额叶执行功能的评估,故单独使用它不能将谵妄和痴呆区别开来。CTD量表的优势在于有许多非语言条目和抽象问题,能很好地将谵妄和痴呆区分开来,不能用语言表达的人也可以使用,适合重复评估。局限性在于运动受限的患者在某些测试可能会出现困难。

5 谵妄运动亚型分型量表

DMSS由Meagher等^[13]在2008年编制并发表,是对谵妄的运动亚型进行分类的工具,可将谵妄分为高活动型、低活动型、混合型、其他型。目前对谵妄各种运动亚型的划分均靠一般临床描述,没有标准化的客观指标。DMSS量表是对运动活性水平

的客观监测, 且已有文献证实, 谵妄患者的运动亚型相对稳定^[14]。有研究表明, 不同的运动亚型可能与不同的病因、治疗、认知功能损害程度及结局有关^[14, 15]。药物相关原因及物质依赖所致的谵妄最常表现为高活动型, 组织缺氧所致的代谢紊乱多见于低活动型。妄想、幻觉、情绪不稳定、言语不连贯、睡眠障碍多表现为高活动型, 低活动型常见于抑郁或嗜睡症状突出者^[16]。Ouimet 等^[17]发现在外科术后的患者中谵妄的发生率达 70%, 2/3 的患者属低活动型, 单纯的高活动型的发病率较低。在另一个研究中提示, 低活动型在急诊是十分常见, 76% 被急诊医师漏诊^[18]。Yang 等^[19]研究发现低活动型结局差, 有着更高的病死率, 高活动型结局一般较好, 这与低活动型识别不足、误诊密切相关。混合型的严重程度更高, 认知功能损害更重^[13]。Blazer 等^[20]在最近的一篇综述中也认为, 临床中应该对谵妄的患者予以运动亚型的分型。因而, 对谵妄患者及时予以运动分型, 对病因、治疗、认知功能损害及结局的判断具有早期提示作用。

6 小 结

综上, CAM、MDAS、DRS-R-98 等量表在谵妄的筛查和诊断中各有优势, 均有着各自的适用对象, 不可相互取代, 这也是上述量表在国外临床研究中得以长期应用的原因之一。CTD 在谵妄的认知功能测查方面、DMSS 在谵妄运动亚型分型方面均发挥着独特的作用。量表评估对谵妄的临床研究十分重要, 除筛查诊断外, 还可用于评定谵妄的临床特征、治疗效果及其预后。目前我国谵妄方面的量表相对匮乏, 因此引进谵妄相关量表, 加强对谵妄的认识和研究, 缩小与国外的差距, 在当今具有重要意义。

【参考文献】

[1] (美)Levenson JM, 心身医学(吕秋云主译)[M], 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 83.
[2] Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs[J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(Suppl 2): S241-243.
[3] Huang MC, Lee CH, Lai Y, et al. Chinese version of the Delirium Rating Scale-Revised-98: reliability and validity[J]. Compr Psychiatry, 2009, 50(1): 81-85.
[4] Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium[J]. Ann Intern Med, 1990, 113(12): 941-948.
[5] 李 娟, 邹义壮, 冯 锋, 等. 谵妄评定方法修订及其信度、效度测试[J]. 临床精神医学杂志, 2003, 13(3): 147-149.
[6] Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial

Delirium Assessment Scale[J]. J Pain Symptom Manage, 1997, 13(3): 128-137.
[7] Do TD, Lemogne C, Journois D, et al. Low social support is associated with an increased risk of postoperative delirium[J]. J Clin Anesth, 2012, 24(2): 126-132.
[8] Boettger S, Breitbart W. An open trial of aripiprazole for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients[J]. Palliat Support Care, 2011, 9(4): 351-357.
[9] Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, et al. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2001, 13(2): 229-242.
[10] Franco JG, Mejía MA, Ochoa SB, et al. Delirium rating scale-revised-98 (DRS-R-98): Colombian adaptation of the Spanish version[J]. Actas Esp Psiquiatr, 2007, 35(3): 170-175.
[11] De Rooij SE, van Munster BC, Korevaar JC, et al. Delirium subtype identification and the validation of the Delirium Rating Scale—Revised-98 (Dutch version) in hospitalized elderly patients[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2006, 21(9): 876-882.
[12] Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, et al. Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients[J]. Psychosomatics, 1996, 37(6): 533-546.
[13] Meagher D, Moran M, Raju B, et al. A new data-based motor subtype schema for delirium[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2008, 20(2): 185-193.
[14] Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, et al. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: frequency and stability during episodes[J]. J Psychosom Res, 2012, 72(3): 236-241.
[15] Camus V, Gonthier R, Dubos G, et al. Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium[J]. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2000, 13(1): 38-42.
[16] Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al. Motor symptoms in 100 patients with delirium versus control subjects: comparison of subtyping methods[J]. Psychosomatics, 2008, 49(4): 300-308.
[17] Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium[J]. Intensive Care Med, 2007, 33(1): 66-73.
[18] Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes[J]. Acad Emerg Med, 2009, 16(3): 193-200.
[19] Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK, et al. Phenomenological subtypes of delirium in older persons: patterns, prevalence, and prognosis[J]. Psychosomatics, 2009, 50(3): 248-254.
[20] Blazer DG, van Nieuwenhuizen AO. Evidence for the diagnostic criteria of delirium: an update[J]. Curr Opin Psychiatry, 2012, 25(3): 239-243.

(编辑: 任开环)