

优化护理策略在轻中度老年阿尔茨海默病患者的应用体会

王小华

南京市祖堂山精神病院 江苏南京 211800

〔摘要〕目的 探讨优化护理策略对轻中度老年阿尔茨海默病患者认知功能及自护能力的影响。方法 对 2014 年 1 月至 2017 年 8 月入院的 55 例轻中度阿尔茨海默病患者,按照随机数字法分为优化护理组(观察组 27 人)和常规护理组(对照组 28 人),优化护理组采用强化患者认知功能锻炼和家属陪伴健康教育为主的护理,对照组采用日常基础护理,选用日常生活能力(ADL)和智能状态检查量表(MMSE)对比两组患者护理前后认知功能和生活能力的改善情况。结果 两组患者入院时 ADL 和 MMSE 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),通过采用优化护理措施后,观察组患者的 ADL 和 MMSE 评分明显高于对照组(78.6 ± 6.7 vs 67.2 ± 7.9 ; 26.5 ± 3.1 vs 24.1 ± 2.2) ($P < 0.05$)。结论 对于轻中度老年阿尔茨海默病患者,以强化认知功能锻炼和家属陪伴健康教育为主的优化护理策略有助于改善患者的认知功能,提高患者的生活质量。

〔关键词〕优化护理;阿尔茨海默病;认知功能;生活质量

〔中图分类号〕R473.74 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)04-0156-02

随着我国进入老龄化社会,阿尔茨海默病作为一种慢性精神衰退性疾病的发病率也逐年攀升,有数据显示我国 65 岁以上老年人阿尔茨海默病的发病率约 5%,而 80 岁以上老人的患病率高达 20%^[1]。该病的特征性表现为患者持久渐进性的智力减退、社交能力及自护力的下降,患者均出现不同程度的计算、记忆及生活能力减退,情感和社会交往能力下降等症状,给家属、照料者、社会都带来了巨大的负担^[2]。目前对于阿尔茨海默病无特效药物治疗,但有研究报道有效的护理干预措施可显著延缓轻中度老年阿尔茨海默病患者病情发展,改善患者生活质量。近年来有文献报道以强化认知功能锻炼及家属陪伴的健康教育为主的护理模式取得一定的效果^[3]。笔者借鉴有关文献报道的经验,优化相关护理模式对轻中度阿尔茨海默病患者进行护理,现将相关护理措施报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2012 年 1 月至 2017 年 8 月入院的 55 例将轻中度老年痴呆患者,根据随机数字法分为两组,患者入组根据中华医学会精神科分会中国精神障碍分类与诊断标准^[4],入院时行头颅 CT 等检查,排除脑血管急性期病变,病情分级按照总体衰退量表的轻中度分级标准^[5]。其中优化护理组 27 人,平均年龄 74.5 ± 3.4 岁,其中男 17 人,女 10 人,平均病程 48.5 ± 7.2 月。文化程度:文盲及初小 13 例,初中 11 例,高中及以上 3 例。病情轻度患者 16 人,中度患者 11 人。对照组 28 人,年龄 73.9 ± 3.7 ,男 18 人,女 10 人,平均病程 47.9 ± 7.6 月。文化程度:文盲及初小 15,初中 10,高中及以上 3 例。病情轻度患者 16 人,中度患者 11 人。两组患者在性别、年龄、病程等临床指标上无统计学差异($P > 0.05$)。对于重症患者、血管源性及严重肢体障碍者为排除对象。

1.2 护理措施

1.2.1 常规护理组

给予日常常规护理模式进行,包括生活护理、行为辅导、语言训练等。

1.2.2 优化护理组

1.2.2.1 入院时护理评估

了解患者的基础病史,通过患者的行为能力及精神情感状态分析患者认知障碍的严重程度,并采用生活能力量表测定患者的自护力状态,制定针对性的护理措施^[6]。

1.2.2.2 强化认知功能训练

针对患者在护理评估中发现具体的认知功能问题进行个性化认知功能训练。具体措施如下:

(1) 加强自护力的训练,包括示范、指导患者日常的穿衣、洗漱、吃饭、如厕等,积极鼓励患者完成每项日常行为,根据患者的活动能力,指导进行散步、慢跑等适当运动;

(2) 言语及记忆能力训练,根据患者语言障碍的类型,采用跟读卡片及短剧、模拟口型等方式强化患者的言语能力,在记忆力训练中,先由护理人员随机说出 3-4 位的数字串,后立即让患者复述,按照循序渐进的原则,对于有能力快速复述的患者鼓励患者倒叙该数字串,对于不能快速复述者改为两位数字串,必要时多次重复再让患者复述,其目的训练患者的超短时记忆能力。

(3) 自我及环境认知、思维逻辑的训练,通过了解患者既往生活经历,让患者看几件自己之前记忆深刻的物品和照片,采用暗示及提醒的方式鼓励患者回忆之前的往事,并让患者勇敢的表达出来,对于回忆困难的患者及时提示,使患者形成完整的记忆弧,强化自我及环境认知的能力^[7]。对于自我及环境认知能力较好的患者鼓励患者回忆自身经历的难忘事件,按照时间先后顺序鼓励患者讲述,对于认知能力较差的患者让其回忆近两天来发生的重要事件,强化患者的逻辑思维能力,上述护理模式采用贯续模式,每日两次,每次持续时间 30 分钟至 1 小时。

1.2.2.3 强化家属陪伴的健康教育

对于强化认知功能锻炼的后期,采用家属参与的健康教育模式,让患者家属参与到护理工作中,并采用 PPT、图片及视频的形式让家属掌握强化认知功能锻炼的方法,在出院时继续巩固治疗效果,向患者及家属强调“废则退,用则灵”的思想,让患者进行规律性的读卡片、下棋、绘画等力所能及的活动。

1.3 观察指标

采用痴呆患者日常生活能力 (ADL) 和智能状态检查量表 (MMSE) 对比两组患者护理 6 个月前后认知功能和日常生活能力的改善情况。

生活能力 (ADL) 评分重点观察患者躯体自理能力, 使用改良巴氏指数 (MBI) 评分量表, 该量表为 10 大项, 每项 10 分, 满分为 100 分, 0-20 分代表严重功能缺陷, 25-50 分表示中度功能缺陷, 50-95 分表示为较轻的功能缺陷, 分值越高说明患者生活自护能力越强^[8]。

智能状态检查量表 (MMSE) 重点评估患者的认知能力, 总分 30 分, 大于 27 分为正常, 低于 27 分视为认知障碍, 分值越低说明认知缺陷程度越严重^[9]。

1.4 统计学处理

数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 SPSS20.0 统计软件处理, 两组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

两组患者在护理前日常生活能力 (ADL) 和智能状态检查量表 (MMSE) 评分无统计学差异, 通过六个月的护理干预后, 观察组日常生活能力 (ADL) 和智能状态检查量表 (MMSE) 评分明显优于对照组, 详见表 -1, 2。

表 -1 两组护理前后日常生活能力 (ADL) 评分的差异

组别	n	护理前	护理后
观察组	27	46.2 ± 7.5*	78.6 ± 6.7**
对照组	28	45.7 ± 8.3	67.2 ± 7.9

注: 和对照组相比, * $P > 0.05$, ** $P < 0.05$ 。

表 -2 两组护理前后智能状态检查量表 (MMSE) 评分的差异

组别	n	护理前	护理后
观察组	27	22.8 ± 2.4*	26.5 ± 3.1**
对照组	28	23.1 ± 2.1	24.1 ± 2.2

注: 和对照组相比, * $P > 0.05$, ** $P < 0.05$ 。

3 讨论

目前对老年阿尔茨海默病患者的发病机制尚未完全阐明, 治疗重点以干预患者日常行为护理手段并结合药物治疗的综合治疗模式。很多轻中度的患者如不进行积极的治疗病情将逐渐加重直至完全丧失生活能力, 给家庭和社会带来严重的负担。护理干预的重点是通过相关护理手段改善患者的认知能力和日常生活自护能力。有研究指出对于此类患者, 应根据患者的病情轻重给予个性化护理措施方可取得较为满意的效果^[10]。

笔者自 2012 年 1 月至 2017 年 8 月对本院收治的 55 例轻中度老年阿尔茨海默病患者分别采用常规护理和优化护理策略, 通过对比两组的护理方法及结果, 体会如下: (1) 采用生活能力量表根据患者的认知及自护能力缺陷的侧重点制定个性化护理策略。因不同患者既往病史及生活习惯、经历的不同, 在进行针对护理时需结合患者性格、爱好及生活习性选取康复护理工具。(2) 优化的认知功能训练护理有助于改善轻中度患者的认知功能, 针对不同患者侧重的认知功能障碍, 笔者采取不同形式、场景的护理训练内容, 从视、听、环境

模拟等不同角度训练患者感官、语言、思维能力。通过制定一些数学小游戏激发患者的逻辑思维能力, 有助于改善大脑神经突触神经动作电位传导, 进一步改善脑皮质功能^[11]。(3) 在康复护理的后期, 提倡家属陪伴的健康教育模式, 让患者家属参与到康复护理教育的每个环节, 让患者家属理解康复训练的方法及意义, 学会应用相关训练方法以便出院后巩固患者的康复治疗效果。通过优化的护理模式后六个月观察组患者的 MMSE 评分及 ADL 评分明显高于常规护理组, 说明优化护理策略从详细的护理前评估、个体化干预方案、家属参与陪护的护理手段入手, 患者认知能力及生活自护能力较常规护理方案护理下改善明显。

综上所述, 优化护理策略对于轻中度阿尔茨海默病患者认知功能及自护能力的改善有较好的作用, 提高患者生活质量, 本组患者进行干预后随访六个月, 在日后工作中将加强此类患者家属参与的延续性护理工作, 进一步观察优化护理策略在老年阿尔茨海默病中的作用。

[参考文献]

- [1]Uriri-Glover J,McCarthy M,Cesarotti E. Alzheimer disease: what new evidence shows[J]. Nurs Manage,2012,43: 26-31.
- [2]钟玉群, 陆新容, 于红静. 3+1 整体康复护理模式在老年痴呆症患者康复中的应用[J]. 广东医学, 2011, 32(20):2754-2755.
- [3]Teng E, Ringman JM, Ross LK, et al. Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2008, 16: 469-477.
- [4]朱镛连. 神经康复学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001:1-14; 183-184.
- [5]许梅. 序贯护理对中重度阿尔茨海默病的影响[J]. 中华全科医学, 2012, 10(12):1969-1970.
- [6]Logsdon R G, Gibbons LE, McCurry SM, et al. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment[J]. Psychosom Med, 2002, 64:510-519.
- [7]Naylor MD, Karlawish JH, Arnold SE, et al. Advancing Alzheimer's disease diagnosis, treatment, and care: recommendations from the Ware Invitational Summit[J]. Alzheimers Dement, 2012, 8: 445-452.
- [8]于红静, 陆新容, 钟玉群. 3+1 整体康复护理模式对老年痴呆症患者认知功能的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(16):12-14.
- [9]中华医学会神经病分会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):381-383.
- [10]康美玉, 杜涛, 霍红旗, 等. 血浆中同型半胱氨酸水平与阿尔茨海默病的相关性研究[J]. 职业与健康, 2011, 27(21):2459-2460.
- [11]江皋轩, 柴振芳, 吴爱莲. 老年痴呆 HABILITATION 护理模式的临床效果评价[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(6):1004-1005.