

● 康复与护理 ●

护理干预对老年性痴呆患者生活质量的影响

刘美娟 杜宁 熊忠莲
(江西省人民医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨护理干预对老年性痴呆(AD)患者生活质量的影响。方法:将 50 例 AD 患者随机分为实验组和对照组各 25 例,对照组进行常规住院护理指导,实验组进行综合护理干预,包括日常生活自理能力训练、体能训练、记忆训练、智能训练等,对两组患者进行护理干预前后简易精神状态量表(MMSE)和日常生活能力量表(ADL)评定。结果:干预后实验组与对照组 MMSE、ADL 得分有极显著性差异($P<0.01$)。结论:综合护理干预可提高 AD 患者日常生活能力,改善认知功能,提高生活质量。

关键词:老年性痴呆;护理干预;生活质量

中图分类号:R 473.74

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0077-02

老年性痴呆亦称阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)是一种多发于老年人,以近期记忆障碍为主要临床表现的神经变性疾病,常具有慢性进行性特征^[1]。据有关文献报道,目前全国 AD 患者约有 600 万,估计到 2 050 年可达到 2 500 万,将成为影响家庭和社会发展的一个重要制约因素^[2]。因此,AD 患者的护理就显得尤为重要。我科于 2003 年 1 月~2006 年 9 月对部分 AD 患者进行综合护理干预,取得了一定效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按世界卫生组织国际疾病分类(ICD-10)或 DSM-IV 的诊断标准诊断为老年性痴呆者,采用临床痴呆评定量表^[3],筛选出早、中期患者共 50 例,全部为住院病人,其中男 39 例,女 11 例,年龄 58~94 岁,平均 79.5 岁,住院时间为 6 个月。

1.2 方法 将病人按入院的先后次序编号,按随机单盲的方法将病人分为对照组和实验组,各 25 例。单号为实验组,双号为对照组。两组患者在性别、年龄、文化程度等方面无明显差异,有可比性。实验组通过评估给予综合护理干预,对照组则给予常规住院指导。

1.2.1 对照组 常规住院指导包括:(1)密切观察患者生命体征的变化。(2)合理安排患者活动与休息,鼓励患者做力所能及的事情。(3)一日三餐定量、定时,饮食上以高蛋白、低脂肪、高维生素、易消化的无刺、无骨食物为主。(4)护理人员要加强与患者的沟通,让患者住院期间感受到家庭般的温暖,减轻其心理压力,增强其战胜疾病的信心。(5)安全护理对老年痴呆患者显得特别重要,为防止意外事故的发生,病区内患者均由专人照顾,24h 陪护。患者入院时病床上加床档以防患者坠床,患者白天外出由陪护人员跟随,对定向障碍者衣袋里存放安全卡,卡上注明患者姓名、家庭地址、所患疾病、所住医院病区、联系电话及联系人等,以便帮助寻找。另外,尽量避免让患者直接接触电源、热水瓶等,以免意外事故发生。

1.2.2 实验组 在常规住院指导基础上,加综合护理干预,包括日常生活自理能力训练、体能训练、记忆训练、智能训练等。(1)日常生活自理能力训练:对实验组的每个病人进行一次较全面的评估,了解病人的生活习惯和自理能力,制定相应的生活时间表,使患者养成良好的生活习惯,尽量鼓励患者亲自动手,独立穿衣、梳洗、进食、上厕所、打电话、洗衣服等,按需要给予指导或协助,使其尽可能地恢复日常生活能力。(2)体能训练:AD 患者均有不同程度的肢体功能障碍,应

根据患者的身体状况,选择适合的体能训练,如推轮椅行走、上下楼梯、散步等,活动量循序渐进,以无不适为度。随时观察患者的反应,依其练习兴趣适当增减时间,根据患者的进步与不足给予肯定和理解,使其有足够的信心参与训练^[4]。瘫痪患者要加强患肢功能锻炼,以促进瘫痪肢体的功能恢复。(3)记忆训练:AD 患者以近期记忆障碍为主,因此,要强化患者近期记忆,经常激发患者回忆近期发生的事情,同时帮助患者认识目前生活中真实人物,定时看电视、报纸,并与家属进行良好的互动,病房物品摆放尽量不移动,以减少辨认环境难度。(4)智能训练:制定切实可行的语言、计算、理解的功能训练计划,做到循序渐进,反复强化,持之以恒,益智训练每日不少于 30min,对患者的点滴进步给予鼓励,促进其多用脑、勤用脑,从而促进智能恢复及提高,指导患者多进食核桃、芝麻、莲子、花生、大枣、桑椹、桂圆肉、山楂、葡萄、鱼、鸡蛋、木耳、海参等益智食物^[5]。

1.3 评价标准 简易精神状态量表(MMSE)总分为 30 分,得分越高,说明其智能越好^[6]。日常生活能力量表(ADL)仅评定躯体自理能力,共 10 项,最高为 40 分,得分越高表明躯体功能下降越严重^[7]。

1.4 统计方法 将所有数据输入 SPSS 软件包进行统计处理,计量资料用($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。

2 结果

两组患者干预前后 MMSE、ADL 评分比较,见表 1。

组别		MMSE		ADL	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	19.45± 2.84	17.7± 3.21	16.84± 5.51	18.08± 6.35
实验组	25	19.20± 3.92	20.12± 3.92	18.02± 6.47	15.07± 5.01
t 值		0.258	2.501	0.694	1.861
P 值		0.063	0.005	0.0531	0.0064

注:干预后两组 MMSE 比较, $t=2.501, P<0.01$;干预后两组 ADL 比较, $t=1.861, P<0.01$ 。

3 讨论

AD 是一种随着时间推移而渐进的神经系统疾病,患者的生活能力和社会功能呈难以逆转的损害,若得不到悉心的照护,患者的生存期限呈明显缩短^[8]。掌握好 AD 的个体化、及时性和有效性的原则,与 AD 患者的照顾者或家属共同做好 AD 患者的护理,可延缓 AD 的病情进展,最大限度地发挥患者的残存功能,提高其社会适应能力。在 AD 患者的照顾中,家属起了不可替代的作用,如果家属对 AD 这一疾病

46 例睡眠呼吸监测的效果观察与护理

曹海萍

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315000)

摘要:目的:提高多导睡眠图(PSG)监测仪检测的准确率及安全性。方法:应用 PSG 监测仪对睡眠打鼾者 46 例进行整夜睡眠监测。结果:42 例(91.3%)检测成功,4 例(8.7%)检测失败,且失败者多为症状较轻患者。结论:PSG 检测需要护患双方密切配合,做好导线连接与其中的各项护理措施是提高检测成功率的重要环节。

关键词:多导睡眠图;阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征;睡眠呼吸监测;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0078-02

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指因睡眠时反复发作的咽腔狭窄和塌陷所致,表现为打鼾、睡眠时反复发生呼吸暂停、血氧饱和度下降和睡眠破碎为特征的临床综合征^[1,2]。长期存在可引起各重要器官的慢性损害,而且随着年龄增长,发病率增加,是一种潜在的致死性疾病。各国流行病学调查均表明,OSAHS 是发病率较高的疾患^[3]。多导睡眠图(PSG)监测是国际国内公认的诊断睡眠呼吸障碍疾患的金标准。本科自 2001 年开始开展 PSG 监测工作,初步探讨了有关监测的护理工作特点。现报道如下:

1 临床资料

1.1 监测对象 随机抽样鼾症患者 46 例,其中男 36 例,女 10 例;年龄 20~77 岁,平均(43.16±12.69)岁;体重指数(BMI)(25.81±3.63)kg/m²;伴发病:高血压 4 例,糖尿病 2 例,脑血管疾病 1 例。临床症状:主诉打鼾 46 例(占 100%),夜间呼吸暂停 29 例(占 63.0%),晨起口干 22 例(占 47.8%),白天嗜睡 19 例(占 41.3%),夜尿增多 2 例(占 4.3%),记忆力减退、注意力不集中 5 例(占 10.9%)。五官科检查:鼻咽充血、狭窄 28 例(占 60.9%),扁桃体Ⅱ°~Ⅲ° 8 例(占 17.4%),下颌偏小 6 例(占 13.0%)。

1.2 诊断标准 OSAHS 是指长达 7h 的睡眠监测过程中呼吸暂停及低通气反复发作在 30 次以上,或睡眠呼吸暂停指数(apnea-hypopnea index,AHI,即平均每小时呼吸暂停加低通气次数)≥5 次/h。低通气系指口鼻气流下降≥50%,并伴有血氧饱和度(SaO₂)下降≥4%。病情分度:轻度:AHI 5~20,夜间最低血氧饱和度(LSaO₂)85%~90%;中度:AHI 21~40,LSaO₂ 80%~84%;重度:AHI>40,LSaO₂<80%^[4]。

不够重视,并误认为因衰老所致,因而忽略了疾病的治疗和日常生活能力的训练,对疾病康复不利,将导致病情进展加快。

随着人类平均寿命的延长,AD 发病率逐渐增高,并成为一个人带有普遍性的社会问题,因此,护理人员不仅要做好 AD 患者的住院护理干预,而且要注重发挥家庭功能和社会功能,为患者营造一个积极、安全、富有感情色彩的环境,培养患者的自理能力,鼓励患者做力所能及的事,让患者在自我护理中体会到生存的价值。

通过对早、中期 AD 患者的综合护理干预,使以往以生活护理为主的照顾模式转变成以积极康复为主的全面照顾,延缓 AD 病情的进展。本次研究结果显示,经过半年的护理干预后,实验组 MMSE 评分显著高于对照组(P<0.01),ADL 评分显著低于对照组(P<0.01),说明实施综合护理干预,对 AD 患者早期进行日常生活自理能力训练、体能训练、记忆训

2 方法

2.1 监测工具 用 PSG(美国邦德 BEMBRANDT 全数字多导睡眠系统的 monet19 导监测仪)进行全夜(不少于 7h)、连续、多指标、同步监测,记录心电、脑电、眼动、肌电、口鼻呼吸气流、经皮血氧饱和度、胸腹呼吸运动、体位等指标,原始数据自动记录分析,再经人工复检修正。

2.2 统计学处理 数据以均数±标准差及百分率表示。

3 结果

通过 PSG 监测,确诊 OSAHS 患者 37 例,男 30 例,女 7 例,单纯鼾症 5 例,监测失败 4 例,失败率为 8.7%,4 例监测失败者多为症状较轻患者。失败原因:自觉对环境变化敏感或对电极不适应而入睡困难者 1 例;因过度出汗或粘贴不牢固而致导线脱落 2 例;电源异常 1 例。不同程度的 OSAHS 组间 BMI 相比具有显著性,BMI 值越高,病情越重;不同组间 LSaO₂ 相比差异也具有显著性,BMI 值越高,病情越重,睡眠中的 LSaO₂ 就越低。分析表明:BMI 与 AHI 呈显著性正相关,BMI 与 LSaO₂ 呈显著性负相关,说明肥胖在 OSAHS 的发生过程中起重要的作用。

表 1 不同监测者年龄、BMI 及 AHI、LSaO ₂ 的分布 (X±S)						
严重程度	患病人数	构成比/%	年龄/岁	BMI/kg·m ²	AHI/次·h ⁻¹	LSaO ₂ %
单纯鼾症	5	11.9	33.6±5.98	23.24±3.10	0.76±1.01	91.2±1.3
轻度	13	31.0	44.54±14.35	24.23±3.39	13.45±6.34	81.4±5.4
中度	9	21.4	48.89±14.35	25.48±2.42	30.16±5.21	65.3±9.0
重度	15	35.7	41.66±10.43	28.24±3.73	64.09±19.03	53.5±17.4

4 讨论

4.1 PSG 监测的意义 OSAHS 通常易被忽视,对其危害性未有深刻认识,常造成临床上的误诊与漏诊。其实它是一种发病率高、病因复杂、后果严重的睡眠疾病,不但会严重影响患者的生活质量,甚至可造成患者的全身多系统、多器官的练、益智训练、心理护理、安全护理,能有效地改善患者认知功能,提高患者自理能力,提高生活质量,延缓疾病进展。

参考文献

[1]王德生.老年性痴呆[M].北京:人民卫生出版社,2001.295-301
[2]盛树力.老年性痴呆发病机理研究进展和药物治疗未来战略[J].中国医学科学院学报,2004,26(2):101-103
[3]王纪佐.神经系统临床诊断学[M].北京:人民军医出版社,2002.47
[4]曾鉴珍,杨丹娜.老年人的护理保健措施[J].中国实用护理杂志,2004,20(S):41-42
[5]昆山.有助于防治痴呆的食物[J].中国临床营养杂志,2004,9(5):152-154
[6]杨莘.神经疾病护理学[M].北京:人民卫生出版社,2005.183-184
[7]王洪忠,许健鹏.实用中西医结合偏瘫康复学[M].北京:中国医药科技出版社,1997.131-132
[8]徐永能,卢少萍,张月华,等.全程护理干预对早中期老年性痴呆患者生活质量的影响[J].护理学杂志,2006,21(7):33

(收稿日期:2007-09-11)