

轻中度阿尔茨海默病患者安全隐患分析及家庭认知训练的疗效观察

李艺华¹, 陈玲², 万菲¹, 徐琼¹, 王晓轩¹, 刘波²

【摘要】 目的:分析轻中度阿尔茨海默病患者在护理过程中发生的安全隐患,采取防范措施,并且通过家庭认知训练改善认知功能从而提高患者的生活质量。方法:分析 54 例轻中度阿尔茨海默病患者在护理过程中发生的安全隐患,随机将其分为观察组 31 例和对照组 23 例,2 组均给予常规护理,并对观察组实施 3 个月的家庭认知功能训练,记录 2 组患者在训练期间发生的不良事件,训练前后分别用世界卫生组织生活质量量表(WHOQOL-BREF)、韦氏成人智力量表中国修订版(WAIS-RC)评价训练效果。结果:训练后,2 组发生的不良事件中,观察组自我伤害、走失、其它意外事故发生率明显低于对照组($P < 0.05$);训练后,观察组 WHOQOL-BREF 评分在生理领域、心理领域、社会关系领域较治疗前明显提高($P < 0.05$),对照组在环境领域较治疗前明显提高($P < 0.05$)。训练后,2 组 WAIS-RC 量表各个项目均较治疗前明显提高($P < 0.05$),观察组 WAIS-RC 量表操作智商明显高于对照组($P < 0.05$)。结论:轻中度阿尔茨海默病患者不良事件发生较多,家庭认知功能训练能改善患者的认知功能,提高生活质量,值得临床推广。

【关键词】 家庭认知功能训练;阿尔茨海默病;安全隐患;护理

【中图分类号】 R49;R749.16 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2019.09.009

阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)是一组多发于老年人,以中枢神经系统进行性退化为特征的疾病^[1],主要表现为认知功能损伤、精神和行为障碍、生活能力和肢体功能不可逆性下降。该病不仅严重影响老年患者的生活质量和主观幸福感,还给整个家庭和社会带来沉重的精神压力和经济负担^[2]。及时评估家庭护理中的安全隐患并防范意外事件,对提高 AD 患者的生活质量有重要的意义。本研究主要结合老年患者的生理特点和疾病进展情况,开展早期个性化的家庭认知综合训练,将护理延续到长期的家庭康复中,改善 AD 患者的认知能力和生活质量,取得满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象为 2017 年 1 月~2018 年 12 月入住荆州市精神卫生中心老年病房的患者。入选标准:符合 ICD-10 精神疾病分类与诊断标准中有关“轻中度阿尔茨海默病”的诊断标准;年龄 65~80 岁,性别不限;记忆障碍时间 ≥ 6 个月;哈金斯基(Hachinski)缺血指数量表评分 ≤ 4 分;取得患方(本人或监护人)知情同意并签署书面协议。排除标准:血管性

痴呆;严重循环、泌尿、消化系统功能障碍、恶性肿瘤或其他器质性疾病;智力、听力、视力等异常,影响认知功能等疾病;严重药物不良反应;药物或酒精依赖者。脱落标准:中途自行退出;严重并发症或特殊生理变化;严重药物不良反应;其他重大疾病;症状加重必须调整用药方案。共收集病例 54 例,用随机数字表法将患者分为 2 组,其中观察组 31 例,对照组 23 例,2 组患者年龄、性别、病程等资料经比较差异无统计学意义,具有可比性,见表 1。

1.2 方法 2 组均给予系统的药物治疗,并对患者进行健康教育、人文关怀及常规护理。护理人员要经常查看患者,着重观察伴随躯体症状的患者,每日除了给他们监测心率、呼吸、体温、血压之外,还应该观察患者的饮食、睡眠,了解他们心理状况和意识行为。2 组患者入院后,仔细评估高危因素,制定应急预案做好安全护理,构建一个舒适安全的治疗环境。严格遵守病房的巡视制度,及时发现患者不良情况。坚持送药到口,观察其服下。针对患者误服、漏服或者多服等现象,避免将药品一次性发放给患者,服药后仔细检查患者的手、水杯及口腔,确认服药到肚。定期在门诊或社区开展健康教育讲座,提供咨询、电话回访以及网络交流等服务,分别在住院时、出院后、居家、激越行为等各个阶段给予个性化的护理干预,保障患者的生活安全,提高患者的生活质量。

观察组由 2 位专业的康复治疗师对其进行 3 个月的系统性家庭认知功能训练。第 1 阶段是在住院期

基金项目:湖北省卫生计生委 2017—2018 科研项目(WJ2017F107)

收稿日期:2019-01-26

作者单位:1. 湖北省荆州市精神卫生中心,湖北 荆州 434000;2. 长江大学精神卫生研究所,湖北 荆州 434000

作者简介:李艺华(1973-),女,副主任护师,主要从事精神科护理方向的研究。

通讯作者:陈玲,985944320@qq.com

表1 入组前2组患者一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)		家庭月收入(例)		
		男	女			初中及以下	高中及以上	<3000元	3000-5000元	>5000元
观察组	31	13	18	73.63±9.54	6.26±3.24	15	16	5	14	12
对照组	23	11	12	75.91±8.35	6.78±3.57	13	10	3	11	9

间,康复治疗师在每周一、三、五的下午开展训练,主要是对家属进行家庭认知功能训练的培训和引导,每次治疗患者结束后评价效果,总结患者生活能力改善的程度,分析未能改善的原因,每次培训30min左右。第2阶段是患者出院后,由家属在家中按程序实施训练,定期接受康复治疗师的电话访谈和评估以及到医院接受现场访谈和评估。主要为强化患者近事记忆力、计算力、定向力,提高运用大脑计算数字的能力和速度,改善智力,有效提高日常生活活动能力。

1.3 评定标准 2组患者训练前后进行以下评定。
 ①不良事件发生情况:训练期间评定2组患者跌伤及坠床、药物中毒、自我伤害、烫伤、走失、窒息及其它意外事故的发生情况。
 ②用世界卫生组织生活质量量表(World Health Organization Quality of Life Scale, WHOQOL-BREF)来评定生活质量:此量表涉及26个条目,其中前2个条目是有关测试者对自身生存质量和健康状况总的主观感受评价,后24个条目涉及生理、心理、社会关系和环境4个领域,测试者根据近2周来的主观感受评分,每个条目按程度由轻到重记1~5分,分别计算4个领域粗得分,量表总评分为主观感受评分加上4个领域得分,满分为100分,总分越高,说明生存质量越好。
 ③用韦氏成人智力量表中国修订版(The Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS-RC)评定患者的认知功能:分为言语量表(包括常识、类同、算术、理解、数字广度、词汇)和操作量表(数字符号、图画填充、木块图、图片排列、图形拼凑)2部分,共11个测验项目,测试后将评分结果转换为言语智商、操作智商和总智商分数,依据答题时间、反应速度和正确性评0~2分,各项目得分相加可得到言语量表分和操作量表分,再将二者加权,便可得到全量表分,其中智商≤69为智商缺陷,70~89为边缘状态,90~109为正常状态,≥110为高智商。测评者为2位主管医师以上职称人员,同时测查,2位评定者一致性Kappa值=0.97。

1.4 统计学方法 所有数据用SPSS 13.1统计学软件进行统计分析,计数资料用百分率表示,采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内治疗前后均数间比较采用配对样本t检验,组间均数比较采用独立样本t检验等。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

训练3个月后,观察组完成29例,因发生严重躯体疾病脱落2例;对照组完成22例,因不能耐受药物反应脱落1例,2组脱落情况差异比较无统计学意义。

2.1 不良事件发生情况比较 训练后,2组发生的不良事件中,观察组跌伤及坠床3(10.34%)、药物中毒0例,自我伤害2(6.90%),烫伤1(3.45%),走失1(3.45%),窒息2(6.90%),其它意外事故3(10.34%),对照组分别为4(18.18%)、1(4.55%)、6(27.27%)、2(9.09%)、9(40.91%)、1(4.55%)、7(31.82%)例。观察组自我伤害、走失、其它意外事故发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

2.2 WHOQOL-BREF评分比较 训练前2组WHOQOL-BREF量表各领域评分比较差异无统计学意义,训练后,观察组在生理领域、心理领域、社会关系领域较治疗前明显提高($P < 0.05$),对照组在环境领域较治疗前明显提高($P < 0.05$);训练后观察组在生理领域、心理领域、社会关系领域较对照组提高更为明显($P < 0.05$)。见表2。

表2 训练前后2组WHOQOL-BREF各领域评分比较, $\bar{x} \pm s$

项目	观察组(n=29)		对照组(n=22)	
	训练前	训练后	训练前	训练后
生理领域	9.18±2.54	13.23±2.35 ^{ab}	9.59±2.25	10.87±2.55
心理领域	10.26±1.68	13.56±2.35 ^{ab}	10.78±2.25	11.29±1.14
社会关系领域	9.63±2.18	13.54±2.80 ^{ab}	10.79±2.3	12.08±2.14
环境领域	9.42±1.71	10.36±2.38	8.72±2.36	10.49±2.60 ^a

与训练前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 WAIS-RC量表评分比较 训练前2组WAIS量表各个项目评分差异无统计学意义,训练后2组WAIS-RC量表各个项目评分均较治疗前明显提高($P < 0.05$)。训练后,观察组WAIS-RC量表操作智商明显高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 WAIS-RC量表各项评分2组训练前后比较, $\bar{x} \pm s$

项目	观察组(n=29)		对照组(n=22)	
	训练前	训练后	训练前	训练后
言语智商	75.45±12.68	98.15±11.52 ^a	78.64±13.53	99.41±10.02 ^a
操作智商	71.21±11.74	97.35±12.75 ^{ab}	73.62±13.47	95.53±11.67 ^a
总智商	74.32±10.57	98.58±11.34 ^a	75.58±13.37	101.58±10.13 ^a

与训练前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

AD患者初始阶段主要表现为认知功能下降,随着病情的发展,患者多出现生活能力和肢体功能的不可逆性下降^[3],对患者的生活质量造成严重影响,同时给家庭和社会带来沉重的负担。因此,在患者疾病的早期进行认知功能干预对其延缓病情发展有着重要的意义^[4]。一方面,认知功能训练通过言语刺激、行为引导和生活干预^[5],激活脑干的上行系统及边缘系统,促进大脑皮质相互作用;另一方面,可以促进损伤组织逐渐修复^[6],直接或者间接地减轻认知功能障碍,改善记忆功能和知觉障碍,增强执行能力^[7]。

本研究显示,通过护理人员的培训和引导,主要强化患者的近事记忆力,增强对周围熟悉物品的辨识能力,促进脑细胞运动,进一步提高大脑计算数字的速度和能力,改善逻辑推理的能力,总之让大脑细胞处于运动状态,鼓励患者勤用脑、多用脑,发挥残存大脑功能。训练3个月后,观察组WAIS量表操作智商明显高于对照组,这与褚玮等^[8]研究报道一致。其次,将认知功能训练纳入家庭实施后,能明显提高患者的生活质量。照料者可以在家中为患者提供连续、个性化的康复护理,以及必要的心理干预和情感支持^[9],提高其独立自主的能力。患者与照料者的关系会影响照料者的护理信心,家庭关系亲密程度增高能明显改善患者的病情^[10]。本研究发现,在实施过程中培养照料者的认知训练技能,让他在实际操作过程中感受到疗效,促使照料者树立疾病康复的信心,从而为患者营造1个安全、积极、和富有温情色彩的家庭氛围,本研究与蔡慧敏等^[11]报道相似,经过认知功能训练,观察组在心理和社会生存质量方面提高更为明显($P < 0.05$)。并且,实施家庭认知训练能明显预防AD患者不良事件的发生。安全护理是认知行为训练的保障,在训练过程中我们实施安全健康教育,强化照料者对不良事件的预见能力。通过实战训练,照料者逐渐学会风险评估,评价患者的思维、行为、意识状况^[12],提前采取防范措施,减少安全隐患的发生。本研究证实,观察组在自我伤害、走失、其它意外事故方面显著低于对照组。

总之,家庭认知功能训练主要是发挥“医院—社区—家庭”的联动作用,使康复治疗师深入患者家庭,及

时了解患者所需并予以解决^[13]。多关心体贴患者,使整个家庭提高对疾病的理性认识,树立战胜疾病的信心,提高适应社会的能力。因此,合理化、个性化的认知训练不仅可以给照顾者必要的心理支持和情感干预^[14],还能让家属掌握更多康复技能以增强对患者照顾的信心,从而提高患者的生活质量。

【参考文献】

- [1] 陈观群,韩璠. 阿尔茨海默病临床前期研究的兴起、挑战及思考[J]. 中华神经科杂志,2018,51(1):75-78.
- [2] Bateman RJ, Xiong C, Benzinger TL, et al. Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease [J]. N Engl J Med, 2012, 367(9):795-804.
- [3] 陈庆华,张风强,李立新,等. 阿尔茨海默病发病机制和诊断技术研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2018,20(1):108-110.
- [4] Chan KY, Wang W, Wu JJ, et al. Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990-2010: a systematic review and analysis [J]. Lancet, 2013, 381(9882):2016-2023.
- [5] 孟茜,乔雨晨,王佳妹,等. 轻度阿尔茨海默病患者照顾者的照顾负担对心理弹性的影响[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(1):34-38.
- [6] 刘贤,葛萍,于立敏. 老年痴呆患者安全隐患分析及防范对策[J]. 泰山医学院学报,2015,26(5):584-585.
- [7] Grodd W, Beckmann CF. Resting state functional MRI of the brain [J]. Nervenarzt, 2014, 85(6):690-700.
- [8] 褚玮,张建国,李伟. 认知训练对轻中度阿尔茨海默病治疗效果的Meta分析[J]. 中西医结合护理(中英文). 2019,5(4):23-27.
- [9] 张利,章继刚,田耿家,等. 综合康复训练对老年血管性痴呆患者的疗效观察[J]. 中国康复,2015,30(3):215-216.
- [10] 包焯华. 社区精神分裂症患者综合性康复干预的效果评价[J]. 中国康复,2016,31(5):331-333.
- [11] 蔡慧敏,欧韶英,肖风珊. 社区康复训练模式对阿尔茨海默病患者认知功能和生存质量的影响[J]. 西部医学,2014,26(6):733-736.
- [12] 银建军,李静君,张伟,等. 阿尔茨海默病患者生存质量和家庭负担及其影响因素和预测因子分析[J]. 中华健康管理学杂志,2018,12(1):58-62.
- [13] Chen PS, Su JL, Cha ST, et al. miR-107 promotes tumor progression by targeting the let-7 microRNA in mice and humans [J]. J Clin Invest, 2017, 127(3):1116.
- [14] Molinuevo JL, Rabin LA, Amariglio R, et al. Implementation of subjective cognitive decline criteria in research studies [J]. Alzheimers Dement, 2017, 13(3):296-311.