

者预后及心理状态的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(22):2492-2493.

[8] 张丽. 对住院精神分裂症患者恢复期心理护理干预的探讨[J]. 社区医学杂志, 2006, 4(13):13-14.

[9] 黄瑞儿, 陈克佳, 郑良娣, 等. 恢复期精神病患者健康教育的实施与研究[J]. 护理管理杂志, 2005, 5(8):18-20.

[10] 姜丽娇. 心血管病患者恢复期精神分裂症的护理干预[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(1):135-136.

[11] Biswas AB, Furniss F. Cognitive phenotype and psychiatric disorder in 22q11.2 deletion syndrome: A review[J]. Res Dev Disabil, 2016(53/54):242-257.

[12] Lindgren M, Manninen M, Kalska H, et al. Predicting psychosis in a general adolescent psychiatric sample[J]. Schizophr Res, 2014, 158(1/3):1-6.

[13] Talaslahti T, Alanen H M, Hakko H, et al. Psychiatric hospital admission and long-term care in patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2015, 31(4):355-360.

[14] Saravanan B, Jacob KS, Deepak MG, et al. Perceptions about psychosis and psychiatric services: a qualitative study from Vellore, India[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008, 43(3):231-238.

[15] Saravanan B, Jacob KS, Deepak MG, et al. Perceptions about psychosis and psychiatric services: a qualitative study from Vellore, India[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008, 43(3):231-238.

(收稿日期:2017-05-15 修回日期:2017-06-24)

• 临床探讨 •

## 出院后延续护理干预对老年性痴呆患者日常生活能力、生活质量的改善效果

李 萍<sup>1</sup>, 安学芳<sup>2</sup>

(海南省海口市人民医院:1. 神经外科;2. 神经内科 570208)

**摘要:**目的 探讨出院后延续护理干预对老年性痴呆患者日常生活能力、生活质量的影响。方法 选取 2014 年 1 月至 2015 年 6 月收治的老年性痴呆患者 124 例依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和观察组, 每组各 62 例, 分别接受常规护理和延续护理干预。采用简易精神状态检查量表(MMSE)和日常生活活动能力量表(ADL)、老年性痴呆生活质量量表修订版(QOL-AD)评定患者生活质量的改善情况。结果 干预后, 观察组患者 MMSE 评分显著高于对照组, ADL 评分显著低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组除经济外其余各项评分均高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 出院后延续护理能有效提高老年性痴呆患者的日常生活能力, 改善患者的生活质量。

**关键词:** 延续护理; 老年性痴呆; 日常生活能力; 生活质量

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.050 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)18-2779-03**

老年性痴呆又称阿尔茨海默病(AD), 指发生在 65 岁以后的痴呆<sup>[1]</sup>。AD 是导致老年人生活不能自理的主要原因, 给患者、家人及社会均带来了巨大负担。目前 AD 尚无特效的治疗方法, 但有效的护理干预能够促进患者的日常生活能力及生活质量的改善<sup>[2-3]</sup>。延续护理模式是一种将医院护理服务延伸至社区、家庭的新型护理方式, 它为慢性疾病患者出院后的康复提供了有力保障<sup>[4]</sup>。但国内将延续护理应用于 AD 患者的报道较少。本院近 3 年来对 AD 患者尝试采用延续护理, 取得较好效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 AD 患者 124 例为研究对象。纳入标准: 年龄  $\geq 65$  岁; 所有患者均符合 WHO 的国际疾病分类第十版(ICD-10)或中国精神障碍分类与诊断标准-36(CCMD-3)的诊断标准, 确诊为老年期痴呆者<sup>[5]</sup>; 尚具语言表达能力; 患者本人或其代理人签订知情同意书。排除标准: 不能正常理解和回答者; 合并其他严重慢性疾病者; 入组前 4 周参加过其他研究者。依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和观察组, 每组各 62 例。两组患者基础资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。本研究完全遵照赫尔辛基宣言。

**1.2 方法** 两组患者均对症给予痴呆常规药物治疗, 对照组给予常规 AD 护理干预, 观察组在此基础上给予进行出院后的延续护理服务, 具体措施如下。

表 1 两组患者基本资料比较

项目	观察组	对照组	$\chi^2/t$	$P$
<i>n</i>	62	62		
性别(男/女, <i>n/n</i> )	30/32	33/29	0.79	$>0.05$
年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	72.15 $\pm$ 5.04	74.03 $\pm$ 4.67	0.68	$>0.05$
病程( $\bar{x} \pm s$ , 年)	5.06 $\pm$ 1.04	4.97 $\pm$ 1.13	0.73	$>0.05$
体质量( $\bar{x} \pm s$ , kg)	65.48 $\pm$ 12.41	66.09 $\pm$ 12.28	1.23	$>0.05$
文化程度( <i>n</i> )				
小学	24	23	0.83	$>0.05$
初中及高中	27	30		
大专及以上	11	9		
婚姻情况( <i>n</i> )				
已婚	51	53	0.90	$>0.05$
未婚	2	1		
离异	9	8		
痴呆严重程度( <i>n</i> )				
轻度痴呆	27	22	1.33	$>0.05$
中度痴呆	23	24		
重度痴呆	12	16		

注: 痴呆严重程度按照临床痴呆评定量表(CDR)<sup>[6]</sup>进行划分

**1.2.1 成立出院后延续护理小组** 由研究负责人成立延续护理小组,小组成员包括神经科护士长 2 名,中级职称护士 2 名,主管护士 4 名。将 62 名 AD 患者分为 4 组,每两组患者配备 1 名中级护士,每组配备 1 名主管护士,主管护士负责对患者进行居家的康复指导,而中级职称护士除对患者进行康复指导外还负责对本组护士的护理情况进行指导和监督。

**1.2.2 信息收集** 由主管护士在患者出院前 2 d 对患者或家属进行访谈,了解患者的基本情况、疾病病情及心理状态,收集详细信息,并与小组医生共同制订出院后延续护理计划,建立康复护理登记表<sup>[6]</sup>;在患者出院后由主管护士将康复护理登记表及延续护理方案转交至患者或家属,要求患者按照计划执行康复行为。

**1.2.3 延续性居家康复训练护理方案<sup>[7-8]</sup>** 方案实施时间为 6 个月,每项护理操作执行完签字确认。

**1.3 观察指标**

**1.3.1 认知功能** 采用简易精神状态检查量表(MMSE)对患者认识功能进行评价,本量表共计 30 小项,总分范围是 0~30 分,得分越低,认知功能受损越严重。

**1.3.2 日常生活能力** 采用日常生活活动力量表(ADL),该量表按 4 级评分,总分范围 14~56 分,以 2 项或以上 4 分为功能丧失,或总分超过 20 分为分界。

**1.3.3 生活质量** 采用 AD 生活质量量表修订版(QOL-AD)<sup>[9]</sup>,该量表共包括 13 个条目,分别是生理健康、精神、情绪、生活环境、记忆、家庭、婚姻、朋友、家务、乐趣、经济、自我评价以及生活总体评价,采取 Likert 5 点计分法,以 1~5 表示从

差到好,总分 65 分,分数越高,表示生活质量越好。其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.873。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计学软件进行处理,计量数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,用  $t$  检验,计数资料以率或构成比表示,用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用 Ridit 分析;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 认知功能及日常生活能力分析** 干预前,两组患者 MMSE 及 ADL 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,观察组患者 MMSE 评分显著高于对照组,ADL 评分显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 认知功能及日常生活能力比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	量表	干预前	干预后
观察组	62	MMSE	21.63±1.14	27.47±2.21*
		ADL	23.45±1.72	13.39±2.13*
对照组	62	MMSE	21.04±1.26	23.12±1.95
		ADL	22.69±1.68	17.36±2.05

注:与对照组比较,\*  $P < 0.05$

**2.2 生活质量比较** 两组患者干预前生活质量各项评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),干预后,观察组除经济外其余各项评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n		生理健康	精神	情绪	生活环境	记忆	家庭	婚姻	朋友
对照组	62	干预前	1.82±0.66	1.87±0.32	1.92±0.42	1.95±0.25	2.00±0.71	2.01±0.50	2.04±0.81	1.99±0.50
		干预后	2.54±0.69	2.70±0.68	2.22±0.54	2.23±0.64	2.86±0.79	2.94±0.51	2.82±0.80	2.72±0.50
观察组	62	干预前	1.80±0.58	1.88±0.69	1.85±0.49	1.92±0.21	1.98±0.77	1.93±0.46	1.95±0.77	2.04±0.35
		干预后	3.76±0.65*	4.18±0.50*	3.84±0.63*	3.79±0.81*	3.91±0.27*	3.84±0.33*	3.84±0.30*	3.86±0.29*

  

组别	n		家务	乐趣	经济	自我评价	总分
对照组	62	干预前	1.95±0.66	1.20±0.46	2.83±0.62	2.25±0.40	30.71±0.60
		干预后	2.38±3.65	2.63±0.53	3.22±0.54	5.23±1.64	55.14±12.91
观察组	62	干预前	1.88±0.73	1.17±0.32	2.75±0.59	4.22±1.11	41.83±11.06
		干预后	3.96±0.71*	4.18±0.50*	3.34±0.63*	4.79±0.30*	77.14±12.91*

注:与对照组比较,\*  $P < 0.05$

**3 讨 论**

AD 的发病率不断上升,且病因尚未清楚,药物治疗虽可以改善患者病情,但无法根治,且不可避免存在不良反应,对 AD 患者的生活质量造成了不同程度的影响。也正是由于药物治疗的局限性,非药物干预措施得到了快速的发展。林晓莉等<sup>[10]</sup>报道显示,对老年期痴呆患者采用小组活动套餐项目,患者的生活质量明显改善。刘金玉等<sup>[11]</sup>对 50 例 AD 患者进行认知和日常生活能力训练,结果发现明显延缓了患者的痴呆进展。上述研究均证实了非药物性干预在 AD 中的应用效果。

延续护理是住院期间护理干预的延伸,对提高患者出院后生命质量,促进患者康复具有积极影响,延续护理模式已经应用于多种慢性疾病的护理中,效果令人满意<sup>[12]</sup>。AD 患者出院

后大都由家属或者护工照顾,还有部分在养老院安度晚年,对患者的照护仅停留在满足基本自理需求和按时服药等功能护理上,出院后缺乏系统的康复训练指导,导致患者与社会脱离,阻碍了患者的康复进程。研究表明,在记忆力衰退总趋势难以逆转的状况下,积极、系统的康复训练能减缓记忆衰退的发展速度<sup>[13]</sup>。

基于此,本研究将延续护理应用于 AD 患者,结果显示,干预后,观察组患者 MMSE 评分显著高于对照组( $P < 0.05$ ),ADL 评分显著低于对照组( $P < 0.05$ ),表明延续护理可显著提高 AD 患者的日常生活能力,改善患者的认知功能;本研究干预时间为 6 个月,也进一步说明 AD 患者的康复训练需要持之以恒才能收到良好的效果。

AD 的患病率高,病程长,且疾病可造成患者的认知功能及精神行为症状的改变,给家庭,乃至整个社会带来沉重的负担,但由于 AD 的病因尚不明确,无法得到根治治疗,因而,维持和促进患者的生活质量便成为 AD 治疗和照护的主要任务。本研究通过采取延续护理干预后,观察组患者除经济外其余各项评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),这主要是由于延续护理注重重复锻炼、以加强患者的身体健康、提高日常生活能力,改善生活质量为目标;进行每天 2 次的全方位认知功能训练,强化患者对时间、空间、人物定向力的认知,弥补痴呆患者因各种行为能力的受损而导致的生活质量下降;全程的心理指导,改善了患者的不良情况,提高了患者治疗的配合性;每周 3 次的躯体运动锻炼和生活能力训练,提高了患者的肌力,增强身体的平衡性和协调性;同时通过每 2 个月 1 次的联谊会患者集合起来活动,由此创造了一个小型的社交空间,为患者提供了与他人交流的机会使得从外部环境的角度提高了患者的生活质量。

总之,AD 患者出院后的延续护理服务可提高患者的日常生活能力,改善生活质量,值得临床推广和应用。

#### 参考文献

[1] 李峥.老年痴呆相关概念辨析[J].中华护理杂志,2011,46(10):1045.  
 [2] Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, et al. Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto [J]. Aging Ment Health, 2011, 15(3):283-290.  
 [3] O'Shea E, Devane D, Murphy K, et al. Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: a study protocol for a cluster randomised trial [J]. Trials, 2011, 12(1):41.  
 [4] 付伟,李萍,钟银燕.延续性护理研究综述[J].中国实用

护理杂志,2010,26(1C):74-76.

[5] 袁燕,邢红霞,李静.护理干预在改善老年性痴呆症患者心理行为及提高生活质量中应用的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(15):3-5.  
 [6] Edwards N, Gardiner M, Ritchie DM, et al. Effect of exercise on negative affect in residents in special care units with moderate to severe dementia [J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2008, 22:362-368.  
 [7] 汪婷,沈军.延续护理模式对我国老年性痴呆患者生活质量影响的 Meta 分析 [J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(11):12-15.  
 [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患者认知功能的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(16):12-14.  
 [9] 谭晓雪,罗玉玲,招丽媪,等.康复训练对早、中期老年性痴呆患者认知功能障碍的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(18):3876-3878.  
 [10] 林晓莉,王君俏,贾守梅,等.老年期痴呆患者实行小组活动套餐项目的实践 [J]. 中华护理杂志, 2011, 46(9):875-877.  
 [11] 刘金玉,肖露,吴结梅,等.康复训练对老年痴呆患者认知功能的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(12):24-25.  
 [12] 杨明莹,张丽霞,王俊,等.延续护理服务对造口患者出院后自我护理能力的影响 [J]. 中国护理管理, 2014, 14(2):154-156.  
 [13] 胡承平,瞿正万,傅红梅,等.老年痴呆患者综合康复训练提高生存质量有效性评估 [J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(2):154-156,165.

(收稿日期:2017-05-17 修回日期:2017-06-26)

• 临床探讨 •

## 多专业协作模式对哮喘患者呼吸功能、自理能力及生活质量的影响

林承霞

(海南省海口市中医医院文明中门诊 570203)

**摘要:**目的 探讨多专业协作模式对哮喘患者呼吸功能、自理能力及生活质量的影响。方法 2014 年 10 月至 2016 年 10 月选取该院收治的 110 例哮喘患者,根据随机数字表将患者分为观察组( $n=55$ )及对照组( $n=55$ ),对照组给予呼吸内科常规性护理,观察组在对照组基础上应用多专业协作护理模式,干预时间为 6 个月,比较两组患者干预前后呼吸功能、自理能力及生活质量的变化。结果 观察组干预 3、6 个月后 1 s 用力呼气量(FEV1)、第 1 秒用力呼吸气量/用力肺活量(FEV1/FVC)、6 min 步行实验(6MWT)较对照组均得到明显的改善( $P < 0.05$ )。观察组干预 3 个月、干预 6 个月自理能力、自护实践能力、对哮喘疾病认知及总评分较对照组显著升高( $P < 0.05$ )。观察组干预 3、6 个月临床症状、活动能力、疾病影响及总评分较对照组显著下降( $P < 0.05$ )。结论 多专业协作模式能有效改善哮喘稳定期患者呼吸功能,提高患者自理能力及生活质量。

**关键词:**多专业协作模式; 哮喘; 呼吸功能; 自理能力; 生活质量

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)18-2781-04**

哮喘是以炎症反应、高气道症状为特征的免疫变态反应性疾病,是我国呼吸内科常见的慢性疾病<sup>[1]</sup>。患者病情反复、迁延难愈、日常生活能力受限,导致患者生活质量明显下降。哮

喘发作受环境、精神因素、吸烟、运动等因素影响,通过提高患者疾病认知功能及疾病自理能力将有助于患者避免接触刺激因素,减少哮喘发作次数,改善患者肺功能,提高患者生活质