

医院-社区-家庭一体化护理模式在脑小血管病所致轻度认知功能障碍患者中的应用

叶婷 刘秀梅

脑小血管病患者容易出现认知功能障碍,主要表现为接受、处理信息效率下降,注意力无法长时间保持集中,语言功能持续下降等^[1]。临床治疗主要以脑保护剂与脑代谢激活剂为主,配合针对性护理措施能有效提升治疗效果及改善患者生存质量^[2]。医院-社区-家庭一体化护理模式是涵盖了医院、社区、家庭三方面要素的一体化护理模式,是将医院护理措施进行了有效延伸。本次研究旨在研究医院-社区-家庭一体化护理模式对降低脑小血管病所致轻度认知功能障碍程度的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择丽水市中心医院2016年3月至2019年3月收治的脑小血管病所致轻度认知功能障碍患者117例为本次研究对象,其中男性74例,女性43例;平均年龄(63.50±5.55)岁;平均病程(14.74±3.09)个月;平均受教育年限(9.35±1.17)年。本次研究经本院医学伦理委员会批准开展,所有患者均知情且自愿参与,签署了相关知情同意书。按照随机数字表法分为对照组58例与观察组59例。两组患者一般资料见表1,两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 两组患者一般资料情况

组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	病程/月	受教育 年限/年
观察组	59	36/23	63.20 ± 5.59	15.12 ± 3.07	9.25 ± 1.14
对照组	58	38/20	63.71 ± 5.52	14.33 ± 3.15	9.38 ± 1.22

1.2 纳入标准与排除标准 纳入标准:①诊断标准

参考《中国脑小血管病诊治共识》[3],根据脑白质病变(Fazekas 分级)标准,Fazekas 分级≥1级或腔隙性梗死^[4];②患者身体一般状态良好,主诉或家属证实具有认知、记忆、语言、行为、人格等功能衰退或/和异常;③简易精神状态量表评分≥24分,有认知功能障碍^[5];④患者当前居住地可匹配相应社区卫生服务中心,与本院保持稳定医疗合作关系。排除标准:①合并闭合性颅脑损伤、脑卒中、脑出血、颅内肿瘤;②合并智力低下、老年性痴呆、肝性脑病;③合并严重肝、肾功能障碍;④明显听力、视力障碍,无法配合相关护理行为;⑤妊娠期、哺乳期妇女。

1.3 方法 对照组给予常规诊疗及护理措施,包括用药指导、饮食指导、运动指导等,对患者病情进行评估,根据患者个人情况、生活习惯、家庭情况等心理疏导等。观察组给予医院-社区-家庭一体化护理模式:

1.3.1 医院方面:①心理治疗:对不同的心理问题进行诱导与安慰,必要时引导患者适当宣泄痛苦,强化患者治疗信心,改变其对疾病的错误认知,帮助其树立积极、肯定的治疗心态;②认知功能训练:采用游戏模式如记忆明星名字、故事情节等;语言功能训练:可采用讲故事、词汇定义、常识性问题回答等;执行功能训练:可采用魔方恢复、拼图、图画排列等。心理治疗、认知功能训练由我院心理学科室医师及护理人员配合完成,每次治疗时间不低于30 min,采用面对面交流、训练方式为主,每周三次。

1.3.2 社区方面:①建立患者登记卡制度:患者在出院时为其匹配相应社区,设置出院登记卡,标明社区卫生服务中心相关资料,嘱咐其携带出院登记卡按时到社区卫生服务中心报道;②社区卫生服务中心人员培养:通过在丽水市中心医院定期举办培训班、网络通信技术、书籍资料等方式培养社区卫

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.002.026

基金课题:丽水市科技计划项目(2019SJC31)

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院神经内科1(30病区)

生服务中心护理人员,提升其专业素养;③送医上门:派遣丽水市中心医院专业护理人员走进社区,以讲座、现场示范等途径讲解相关知识。

1.3.3 家庭方面:①制定监管员制度:选择监管员,保留监管员联系方式,方便定期电话随访患者情况;②监管员及患者护理个性化指导:采用“看”、“讲”、“示”、“练”四字法提升监管员及患者护理技能。“看”主要为观看护理技巧视频;“讲”主要为讲解护理注意事项及相应措施施行方法;“示”主要为护理人员现场示范相应护理操作;“练”主要为监管员、患者现场练习相关护理操作;③监管员健康教育:针对监管员采用发放脑小血管病健康教育手册、讲座等方式进行健康教育,提升监管员脑小血管病相关知识知晓度,护理操作能力等。健康教育结束后进行脑小血管病知识掌握程度及护理操作实践测评,测评结果欠佳则进行针对性培训,直至测评结果合格;④随访制度:对监管员、患者进行每周1次定时随访,回访结束后将回访内容进行整理、记载。

1.4 观察指标 观察两组患者护理前、出院时、1月后、3月后认知功能情况,观察两组患者护理前及3月后日常生活活动功能与生活质量情况。认知功能采用蒙特利尔认知评估量表(montreal cognitive assessment, MoCA)^[6]进行评价,分值 ≥ 26 分为认知功能正常,评分对象受教育年限 ≤ 12 年加1分。日常生活活动功能采用改良 Barthel 指数(modified barthel index, MBI)^[7]量表进行评价,分数 > 60 分代表生活可自理,41~60分代表部分生活行为需要帮助,21~40分代表生活行为依赖较为明显,分数 ≤ 20 分

代表生活行为完全依赖。生活质量采用诺丁汉健康调查量表(nottingham health profile, NHP)^[8]进行评定,该量表主要包括患者情感、精力、疼痛、睡眠、社会、身体活动6个方面,分数越高代表生活质量越差。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行处理,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间数据进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后认知功能情况见表2

表2 两组患者护理前后 MoCA 评分情况/分

组别	护理前	出院时	1月后	3月后
观察组	18.73 \pm 2.51	24.73 \pm 3.47*	24.03 \pm 3.51*	25.79 \pm 3.07*
对照组	19.11 \pm 2.35	21.45 \pm 3.31	18.92 \pm 2.47	18.17 \pm 2.50

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组患者护理前 MoCA 评分比较,差异无统计学意义($t=0.85, P > 0.05$);出院时、1月后、3月后观察组 MoCA 评分明显高于对照组(t 分别=5.23、9.12、14.71, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者护理前后日常生活活动功能情况 观察组护理前后 MBI 评分分别为(35.52 \pm 5.31)分、(79.47 \pm 6.80)分,对照组护理前后 MBI 评分分别为(36.07 \pm 5.25)分、(53.70 \pm 5.51)分。两组护理前 MBI 评分比较,差异无统计学意义($t=0.63, P > 0.05$),观察组护理后 MBI 评分明显高于对照组,差异有统计学意义($t=13.07, P < 0.05$)。

2.3 两组患者护理前后生活质量情况见表3

表3 两组患者护理前后 NHP 评分情况/分

组别		情感	精力	疼痛	睡眠	社会	身体活动
观察组	护理前	18.94 \pm 1.75	18.52 \pm 1.94	19.56 \pm 1.50	23.61 \pm 2.16	20.04 \pm 2.05	19.50 \pm 1.78
	护理后	14.16 \pm 1.55*	11.29 \pm 1.66*	12.40 \pm 1.29*	15.38 \pm 1.74*	14.90 \pm 1.56*	14.30 \pm 1.72*
对照组	护理前	19.20 \pm 1.63	18.37 \pm 2.05	19.33 \pm 1.43	23.37 \pm 2.20	19.77 \pm 2.13	19.93 \pm 1.80
	护理后	17.33 \pm 1.70	15.47 \pm 1.73	16.28 \pm 1.55	20.92 \pm 1.63	18.83 \pm 1.67	17.54 \pm 1.69

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,护理前两组患者情感、精力、疼痛、睡眠、社会、身体活动评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.47、0.92、0.15、1.82、0.27、0.37, P 均 > 0.05);护理后观察组各项评分低于对照组,差异有统计学意义(t 分别=10.54、14.86、12.34、14.34、10.76、15.47, P 均 < 0.05)。

3 讨论

临床研究证实认知功能训练能有效提升患者认知功能。传统护理模式仅限对患者住院期间进行护理干预,但患者出院后病情未完全恢复,特别是脑小血管所致认知功能障碍患者,其认知功能恢复时间较长,传统护理模式无法满足患者需求。

本次研究结果显示,对照组 MoCA 评分出院时高于护理前,但出院后1月后、3月后明显下降,提示脑小血管病所致轻度认知功能障碍患者如果出院后未采取有效护理措施,其认知功能障碍会逐渐加重。倪英等^[9]学者对老年轻度认知障碍患者采用医院-社区延续护理的研究发现,医院-社区延续护理模式针对老年轻度认知障碍患者可提升生活行为能力,增加家属疾病相关认知及延缓认知障碍进程。

本次研究结果显示,护理后观察组 MoCA 评分、MBI 评分高于对照组,3月后生活质量情感、精力、疼痛、睡眠、社会、身体活动6个方面均明显优于对照组。这是因为医院-社区-家庭一体化护理模式将社区医护人员与脑小血管病患者亲属纳入到管理团队中,形成一个由医院、社区卫生服务中心、患者家庭共同参与的脑小血管病患者长效教育与管理机制,能够起到长效改善脑小血管病所致轻度认知功能障碍,从而改善患者认知水平。本次研究综合医院、社区、家庭三个方面因素,三者均以患者健康为目的,不断为患者提供持续一体化护理服务。医院、社区、家庭均将“患者为中心”作为一体化护理中心,患者就诊过程中以家庭为单位,以医院、社区提供必要的护理服务及技术支持,三者相辅相成,达到改善患者认知、提升患者生活质量的目的。

本次研究因经费、时效等因素限制,仅对患者进行3月随访,长期效果有待进一步深入研究;且观察组患者1月后 MoCA 评分较出院时有所下降,考虑与社区、家庭护理环节作用相对薄弱,可能与社区卫生服务中心、家庭护理人员参与积极性与专业知识水平欠佳相关。

参考文献

- 1 Yip AG, McKee AC, Green RC, et al. APOE, vascular pathology, and the AD brain[J]. *Neurology*, 2005, 65(2):259-265.
- 2 胡康,张红,胡蓉.脑小血管病患者发生认知功能障碍的危险因素与护理干预对策[J]. *实用医院临床杂志*, 2018, 15(3):134-137.
- 3 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑小血管病诊治共识[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48(10):838-844.
- 4 Pantoni L, Simoni M, Pracucci G, et al. Visual rating scales for age-related white matter changes (leukoaraiosis): can the heterogeneity be reduced? [J]. *Stroke*, 2002, 33(12): 2827-2833.
- 5 中华医学会老年医学分会老年神经病学组,脑小血管病认知功能障碍诊疗指南中国撰写专家组.脑小血管病相关认知功能障碍中国诊疗指南(2019)[S]. *中华老年医学杂志*, 2019, 38(4):345-354.
- 6 Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53(4):695-699.
- 7 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- 8 Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, et al. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations [J]. *Soc Sci Med*, 1981, 15(13Pt1):221-229.
- 9 倪英,尉晨,卫尹,等.医院-社区延续护理在老年轻度认知障碍患者中的应用[J]. *上海护理*, 2018, 18(3):34-37.

(收稿日期 2019-08-01)

(本文编辑 蔡华波)