

模块五 器质性精神障碍病人的护理

学习目标

识记:器质性精神障碍病人的共同临床表现及护理要点,阿尔茨海默病、血管性痴呆的常见症状、护理要点、护理评估要点,与痴呆病人沟通原则。

理解:阿尔茨海默病、血管性痴呆的发病原因、发病机制及护理,其他脑器质性精神障碍及躯体疾病所致精神障碍病人的典型临床表现及护理。

学会应用:对器质性精神障碍病人进行正确评估、制订护理计划并实施、评价;与器质性精神障碍病人进行沟通的技巧。

重点:理解器质性精神障碍的概念,了解4个常见的临床综合征,熟悉痴呆病人的护理,尤其是掌握AD与VD的护理。

难点:理解器质性精神障碍中的常见临床综合征。

项目一 概述

案例导入 1

梨某,女性,80岁,退休工人。2年前无诱因逐渐出现记忆力减退,好忘事,丢三落四,经常张冠李戴,甚至说些无中生有的事,同时表现脾气急躁,多疑,爱唠叨。近1年多来,症状明显加重,自己放的东西找不到了,便认为是被别人偷走了。疑心也日益突出,怀疑别人说她坏话,串通起来害她。病人变得越发固执、自私,难与家人及周围人和睦相处。此外生活能力也日渐减退,无法进行买东西、做饭等事情。近2周病情加重,说邻居家的东西是她的,为此吵闹骂人,欲外出找邻居打架,故此住院治疗。病人生活无规律,进食不定时,饥饱无度,大小便尚可自理。

精神检查:病人意识清楚,时间、地点定向力差,有被害妄想,认为家里人与邻居合伙算计她。远事、近事及瞬时记忆均明显减退。智能减退,计算力差,理解力、抽象思维能力、分析综合能力均减退。孤僻,疏懒,情感淡漠,无视他人的关心。缺乏自知力。头颅CT示弥漫性脑萎

缩,脑沟增宽,脑室扩大。神经心理测查示 MMSE: 17 分;Hachinski 缺血评分: 1 分。诊断:阿尔茨海默病。

提问:该病人入院后护士应从哪些方面对病人进行评估? 该病人目前有哪些精神症状? 如何护理?

分析提示

护士应通过收集病人相关资料,包括现病史、既往史、临床表现、实验室检查结果等进行生理评估、心理评估及社会评估外,还对病人有无自伤、伤人毁物及走失企图进行评估。该病人目前存在记忆力下降等认知方面的缺损、生活能力下降,并有冲动攻击行为;护理上应做好生活护理、病情观察,特别注意心理和躯体变化、加强病人的功能训练,改善病人的生活质量。

器质性精神障碍是指由于脑部疾病或躯体疾病引起的精神障碍。由脑部疾病引起的常称为脑器质性精神障碍,包括脑变性疾病、脑血管疾病、颅内感染、脑外伤、脑肿瘤、癫痫等所致精神障碍。躯体疾病引起的精神障碍则称为躯体疾病所致精神障碍,如感染、内脏器官疾病等。但是,脑器质性精神障碍与躯体疾病所致精神障碍往往不能截然分开。

精神障碍通常分为“器质性”精神障碍与“功能性”精神障碍两大类。但需要注意器质性与功能性的区分只是相对的、有条件的、暂时的,随着科技的发展,人们已经在许多“功能性”精神障碍,如精神分裂症及心境障碍等的遗传学、生物化学和病理学等研究中,发现了一些确定的神经系统病理改变。器质性精神障碍有三大综合征:谵妄、痴呆和遗忘综合征。

一、谵妄

谵妄(delirium)是指以意识障碍,显著的兴奋躁动,感知觉障碍为“三联征”的一组器质性精神障碍症状群,因它常发生于急性起病、病程短暂、病变发展迅速的中毒、感染、脑外伤等病变,故又称急性脑综合征(acute brain syndrome)。其中关键症状是意识障碍(主要是意识清晰度下降),而兴奋躁动与感知觉障碍可有可无。

谵妄状态下中枢神经系统的变化一般认为是广泛部位的脑神经细胞急性代谢紊乱的结果,一般是可逆的,非结构性的病变。谵妄通常急性起病,症状变化大,通常持续数小时或数天,典型的谵妄通常 10~12 天可完全恢复,但有时可达 30 天以上。有些病人在发病前可表现有前驱症状,如坐立不安、焦虑、激越行为、注意涣散和睡眠障碍等。前驱期持续 1~3 天。

谵妄的特征包括:意识障碍,神志恍惚,注意力不能集中,以及对周围环境与事物的觉察清晰度的降低等。意识障碍有明显的昼夜节律变化,表现为昼轻夜重。病人白天交谈时可对答如流,晚上却出现意识混浊。定向障碍,包括时间和地点的定向障碍,严重者会出现人物定向障碍。记忆障碍以即刻记忆和近记忆障碍最明显,病人尤对新近事件难

以识记。睡眠-觉醒周期不规律,可表现为白天嗜睡而晚上活跃。好转后病人对谵妄时的表现或发生的事大都遗忘。感知障碍尤为常见,包括感觉过敏、错觉和幻觉。病人对声光特别敏感。错觉和幻觉则以视错觉和视幻觉较常见,病人可因错觉和幻觉产生继发性的片段妄想、冲动行为。情绪紊乱非常突出,包括恐怖、焦虑、抑郁、愤怒甚至欣快等。

二、痴呆

痴呆(dementia)指已经获得的认知功能因器质性病损而引起的继发性减退或缺损,其临床基本特征是出现多种认知功能损害,包括记忆障碍和至少下列认知功能障碍之一,即失语、失用、失认和执行功能(executive function)障碍。这种认知功能损害足以使病人的职业和社会功能明显低于病前的水平。痴呆的病程通常是慢性进行性发展的,大多数属不可逆性的。此外,痴呆还伴有不同程度的人格改变,而没有意识障碍。痴呆多见于起病缓慢,病程较长的脑器质性疾病,故又称慢性脑综合征(chronic brain syndrome)。痴呆主要发生于老年期,而且年龄越大,患病率越高。

痴呆大多缓慢起病,其临床表现主要包括认知功能缺损、非认知性精神神经症状和社会生活功能减退 3 个方面。

(一) 认知功能缺损

记忆障碍是痴呆最早出现的症状,最明显的是近事记忆障碍,病人很难记住新近发生的事情,例如忘记约会、忘记钥匙及钱包等物品。远事记忆的缺损不明显,对日常生活虽有影响但不很严重。随着痴呆的进展,记忆障碍日益严重,变得前事后忘,远事记忆障碍越来越明显,记不起个人重要的生活事件,如结婚的日期、自己的出生年月等。

理解、分析、计算、判断能力等智能障碍也是痴呆的主要症状,这些症状的严重程度常与记忆障碍密切相关。随着病情发展,病人语言功能退化,思维变得无目的,内容空洞或赘述,对口语和书面语的理解困难,注意力和计算能力等明显受损。重度痴呆,语言能力逐渐丧失,往往只有自发语言,言语简短、重复或刻板,或反复发出某种声音,最终完全不能说话。

(二) 精神神经症状

痴呆的早期,病人对自己认知功能的减退有一定的自知力,而出现焦虑、沮丧和苦恼,此时常可出现消极意念。后期病人则呈现情感淡漠、幼稚、愚蠢性欣快和哭笑无常等。由于记忆障碍,智能减退,可引起暂时的、多变的、片断的妄想观念,如被偷窃、损失、嫉妒和被迫害妄想。也可有片断的幻觉,以幻听多见。受幻觉妄想的影响,或对周围环境的理解判断力差,可出现冲动攻击行为,也可有自杀行为。有些病人外出乱跑,捡拾废物垃圾藏于屋内,部分病人可出现丧失伦理道德的行为,或反社会行为,如性犯罪或偷窃等。

病人可出现人格改变。通常表现兴趣减少、主动性差、社会性退缩,但亦可表现为脱抑制行为,如冲动、幼稚行为等。情绪症状包括焦虑、易激惹、抑郁和情绪不稳等,有时表现为情感淡漠,或出现“灾难反应(catastrophic reactions)”,即当病人对问题不能做出响

应或不能完成相应工作时,可能出现突然放声大哭或愤怒的反应。有些病人会出现坐立不安、漫游、尖叫和不恰当的、甚至是攻击性行为。也可出现妄想和幻觉。

运动功能也逐渐丧失,行走迟钝、困难,然后卧床不起,四肢屈曲性痉挛瘫痪,肌张力增高,反射亢进,出现强握反射。

(三) 社会生活功能减退

痴呆病人的社会生活功能减退程度,与其认知功能缺损严重程度密切相关。痴呆的早期,病人认知功能缺损较轻,仅表现为近事记忆障碍,病人的日常生活能力一般无明显损害,但职业能力有明显下降,工作效率下降,例如不能胜任目前的工作,难以完成过去容易完成的报表,记不住周围同事的姓名等。对事物缺乏兴趣,容易疲劳,回避复杂的工作和任务。随着痴呆的进展,记忆障碍日益严重,智能的进一步衰退,生活自理能力逐步下降。中度痴呆病人只能做简单的家务,其他都需家人督促和照料。重度痴呆病人其智能障碍严重,日常生活不能料理,完全需人照顾。

三、遗忘综合征

遗忘综合征(amnestic syndrome)又称柯萨可夫综合征(Korsakoff's syndrome),是由脑器质性病理改变所导致的一种选择性或局灶性认知功能障碍,以近事记忆障碍为主要特征,无意识障碍,智能相对完好。

引起遗忘障碍的常见原因是下丘脑后部和近中线结构的大脑损伤,但双侧海马结构受损偶尔也可导致遗忘障碍。酒精滥用导致维生素 B₁ (硫胺)缺乏是遗忘障碍最常见的病因。其他如心脏停搏所致的缺氧、一氧化碳中毒、血管性疾病、脑炎、第三脑室的肿瘤等也可导致遗忘障碍。

遗忘障碍的主要临床表现是严重的记忆障碍,特别是近记忆障碍,注意力和即刻回忆正常。病人学习新事物很困难,记不住新近发生的事情。在智能检查时,当要求病人立即回忆才告知的地址或三件物品时问题不大,但几分钟后却难以回忆。另外,常有虚构,病人因为近记忆缺损,常编造生动和详细的情节来弥补。其他认知功能和技能则相对保持完好。因此,病人可进行正常对话,显得较理智。在治疗上除针对病因治疗外,也要制订一些康复训练计划,如强调每日坚持读报、看新闻,训练记忆电话号码等数字,帮助病人康复。本病已发生大脑局限性器质性病理改变,尽管发现与治疗及时,预后仍欠佳。

四、人格改变

人格改变不仅出现于功能性精神障碍,如精神分裂症,也常发生在器质性精神障碍。器质性精神障碍中常见人格改变的表现形式有:对个人卫生和周围事件关心度发生显著变化;出现偷窃、攻击他人等反社会行为或性放纵;情绪波动,哭笑无常,偶尔表现过分热情且不得体,无法引起他人共鸣,是一种愚蠢、幼稚的欣快感。还有的则表现为原有个性特征的进一步突出化,如变得更加多疑、自私、焦虑烦躁,或强迫意念与行为加重等。如器质性人格改变出现在记忆与智能障碍出现之前,此时只有通过详尽地了解病史、躯体检查和神经系统检查以及辅助检查才能找到器质性病变的证据,否则可能导致误诊。癫

病、中枢神经系统变性疾病、脑外伤、脑肿瘤以及脑血管疾病等是导致脑器质性人格改变的主要原因。躯体疾病引发人格改变相对少见,一些慢性迁延难愈的躯体疾病(如性传播疾病)可能导致病人人格特征发生变化。器质性生活改变的治疗主要是病因治疗。

项目二 阿尔茨海默病病人的护理

案例导入 2

病人杨某,女性,69岁,3年前出现近事记忆减退,东西前放后忘,常常找不到自己的钥匙和贵重物品,猜疑是老伴偷走的,为此常与老伴争执,无故乱发脾气,摔东西。2年前母亲去世,症状逐渐加重,病人说母亲去世时分给其他兄妹的遗产都是她的,找不到去母亲家的路,不能外出购物,不能进行烧菜等家务;半年前叫不出女儿的名字,自己不能穿衣,不认识笔、钟等日常生活用品,讲话常答非所问,不能进行正常交流。3个月前不认识自己的女儿,经常不知吃饭,乱穿衣服,1个人在家无故傻笑,个人生活完全需要他人照料。CT检查示:脑萎缩。3年前 MMSE 评分(简易智能精神状态检查量表)18分,去年 MMSE 评分2分。HIS 缺血性量表评分<4分。诊断:阿尔茨海默病性痴呆(AD)。

提问:目前对病人来说最主要的护理问题有哪些?在病情评估时还需要着重了解病人哪些情况?如何指导病人进行认知训练及做好相应的护理?

分析提示

目前对病人来说最主要的护理问题有记忆等认知、情绪、自理缺陷和语言沟通障碍等护理问题。通过全面收集病人相关资料,包括现病史、既往史、临床表现、辅助检查结果、生活习惯、职业、文化背景,对疾病的发生发展、治疗与护理的相关知识的了解程度等进行评估。针对该病人的情况实施相应的护理,如健康宣教、生活能力和社会功能的训练,做好病情观察,防止并发症的发生。

任务一 概述

阿尔茨海默病(Alzheimers Disease, AD)是一组病因未明的原发性退行性脑变性疾病。多起病于老年期,潜隐起病,进展缓慢、不可逆,临床上以智能损害为主。

任务二 病因及发病机制

病因和发病机制不明,目前普遍认为 AD 是一个多因素致病的复杂病理过程,其中

遗传因素、环境因素均参与了发病。

1. 病因

(1) 遗传因素:在 AD 的发病中,遗传因素是起主要作用的因素之一。目前已经确定 4 种基因的突变或多态性与 AD 有关。老年痴呆有家族遗传倾向,因此父母或兄弟中有老年性痴呆症病人,本人患老年性痴呆症的可能性要比无家族史者高出 4 倍。

(2) 环境因素:铝的蓄积,AD 的某些脑区的铝浓度可达正常脑的 10~30 倍,老年斑(SP)核心中有铝沉积。铝选择性地分布于含有神经纤维缠结(NFT)的神经之中,铝与核内的染色体结合后影响到基因的表达,铝还参与老年斑及神经纤维缠结的形成。故有学者提出“铝中毒学说”。

(3) 其他,还有感染因素、神经递质障碍等作用因素。

2. 发病机制 对 AD 病因及发病机制的高度概括就是 ABC 学说:脑老化(aging, A)、 β 淀粉样蛋白(B)、神经递质受体通道(channel, C),三者互相作用、互相关联和互相制约导致 AD 的发病。其具体含义为:脑老化为最主要的危险因素,是痴呆发生的基础与条件; β 淀粉样蛋白是发病的直接原因;神经递质受体通道是优先受累的靶分子,导致神经元环路失衡,脑的整体功能障碍。但不难看出,不论哪种假说都离不开 β 淀粉样蛋白的效应,可以说, β 淀粉样蛋白几乎是所有因素导致 AD 的共同途径,在 AD 的发病中起着至关重要的启动作用,其他的病理改变如 NFT、神经元丢失等,均被认为是 $A\beta$ 的解离与凝聚、清除与产生的失衡所引发的。

3. 常见的高风险因素

(1) 高龄:年龄一直被认为与阿尔茨海默病的最相关的因素,随着年龄的增长,阿尔茨海默病病人可呈指数型增长。

(2) 性别:女性多于男性。年龄>65 岁妇女患阿尔茨海默病通常比年龄相匹配的男性高 2~3 倍。

(3) 头颅外伤史。

(4) 遗传性易感基因。

(5) 吸烟是引起心脑血管病和阿尔茨海默病的危险因素。

(6) 高脂血症、高血压病。

(7) 教育程度低。

(8) 糖尿病:长期患糖尿病,是目前已知的阿尔茨海默病的最危险因素。

(9) 心脏病:心肌梗死、心房颤动和充血性心力衰竭是阿尔茨海默病的明确风险因素。

(10) 微量元素(如铝等):有文献报道铝等金属离子对 $A\beta$ 淀粉样蛋白寡聚化及在老年斑中的积累起促进作用。其确切的病因还在研究探索中。

任务三 临床表现

AD 病人多隐袭起病,故很难判断病人认知功能障碍发生的确切时间。少数病人可

在躯体疾病、骨折或精神受刺激后出现症状。临床主要表现为持续进行性认知功能减退及其伴随的社会生活功能减退和行为及精神症状。根据疾病的发展和认知功能缺损的严重程度,可分为轻度、中度和重度。

(一) 轻度

近事记忆障碍常为本病的首发症状,病人对新近发生的事情容易遗忘,如经常失落物品,忘记重要的约会及已许诺的事情,记不住新来同事的姓名;学习新知识困难,看书读报后不能回忆其中的内容。时间定向常有障碍,病人记不清具体的年、月、日。计算能力减退,很难完成简单的计算,如 100 减 7、再减 7 的连续运算。思维迟缓,思考问题困难,特别是对新的事物表现出茫然难解。早期病人对自己认知功能缺损有一定的自知力,并力求弥补和掩饰,例如经常作记录,避免因记忆缺陷给工作和生活带来不良影响,可因此引起焦虑和抑郁。病人对工作和家务漫不经心,不能合理地管理钱财,亦不能安排和准备膳食。尚能完成已熟悉的日常事务,经常回避竞争。病人的个人生活基本能自理。

人格改变往往出现在疾病的早期,病人变得主动性缺乏、活动减少、孤独、自私、对周围环境兴趣减少、对周围人较冷淡,甚至对亲人漠不关心,情绪不稳、易激惹。

(二) 中度

随着疾病的进展,痴呆程度加重,记忆障碍日益严重,表现为用过的物品随手即忘,日常用品丢三落四,甚至遗失贵重物品,忘记自己的家庭住址,忘记亲人的姓名,但尚能记住自己的名字。有时因记忆减退而出现错构和虚构。远事记忆也受损,不能回忆自己的工作经历,甚至不知道自己的出生年月。除有时间定向障碍外,地点定向也出现障碍,在熟悉的地方也会迷路走失,甚至在家中也找不到自己的房间。言语功能障碍明显,讲话无序,内容空洞或赘述,不能列出同类物品的名称;继之,出现命名不能,在命名测验中对少见物品的命名能力丧失,随后对常见的物品命名亦困难。病人失认以面容认识不能最常见,常不能从面容辨认人物,不认识自己的亲人和朋友,甚至出现丧失对自己的辨别能力,即不认识镜子中自己的影像。失用表现为不能正确地以手势表达方法作出连续的动作,如刷牙动作。病人已不能工作,难以完成家务劳动,甚至洗漱、穿衣等基本生活的料理也越来越困难,需家人帮助。

病人的精神和行为障碍也比较突出,情绪波动不稳;或因找不到自己放置的物品而怀疑被他人偷窃,或因强烈的嫉妒心而怀疑配偶不忠;可伴有片段的幻觉、妄想;有睡眠障碍,部分病人昼夜颠倒,白天思睡,夜间不宁。行为紊乱,常拾捡破烂视为珍宝;乱拿他人的物品占为己有;亦可表现为本能活动亢进,当众裸体;有时出现攻击性行为。

(三) 重度

重度病人痴呆严重,已不知道自己的姓名和年龄,不认识亲人。病人只有自发言语,内容单调、重复或刻板,或反复发出不可理解的声音,最终不能说话。随着言语功能的丧失,病人活动逐渐减少,并逐渐丧失行走能力,甚至不能站立,只能终日卧床,大小便失禁。晚期病人可出现原始性反射,如强握、吸吮反射等。最明显的神经系统体征是肌张

力增高,肢体屈曲。

AD病人在整个病程中都可出现行为和精神症状,多见于中度AD病人,主要表现为猜疑或妄想、幻觉;行为异常或冲动攻击、焦虑、恐惧或情绪紊乱、易激惹及睡眠障碍。病人的妄想不系统、多变,被害、被窃及嫉妒妄想较常见,有的怀疑配偶或照料者是假的等。幻觉较少见,常以视幻觉为主,看到死去的亲人,或听到他们说话。行为障碍较常见,病人总想离家出走,若予以劝阻,可出现愤怒或攻击,行为多缺乏目的性,常在家无目的的乱搬物品,翻箱倒柜,乱捡垃圾并视为珍宝而收藏。

轻度病人可出现抑郁,伴紧张、恐惧、焦虑,甚至有消极言语。中重度病人不会出现典型的抑郁心境,多表现为焦虑、恐惧,这与病人判断能力下降有关。睡眠障碍主要表现为睡眠节律紊乱,夜间失眠、易醒,而白天思睡。

AD病程呈进行性,一般经历5~10年左右,罕见有自发缓解或自愈,最后发展为严重痴呆,常因压疮、骨折、肺炎、营养不良等继发躯体疾病或衰竭而死亡。

任务四 诊断要点

根据ICD-10公布的精神与行为障碍分类,下列特点是确诊AD(编码为F00)的基本条件:

- (1) 存在痴呆。
- (2) 潜隐起病,缓慢退化,通常难以指明起病的时间,但他人会突然察觉到症状的存在。疾病进展过程中会出现明显的高台期。
- (3) 无临床依据或特殊检查的结果能够提示精神障碍是由其他可引起痴呆的全身性疾病或脑的疾病所致(如甲状腺功能低下、高血钙、维生素B₁₂缺乏、烟酸缺乏、神经梅毒、正常压力脑积水或硬膜下血肿)。
- (4) 缺乏突然性、卒中样发作,在疾病早期无局灶性神经系统损害的体征,如轻瘫、感觉丧失视野缺损及运动协调不良(但这些症状会在疾病晚期出现)。

因痴呆多发生于老年人,且有25%~30%的痴呆病人可能出现抑郁;而抑郁的病人也可因注意力不集中、情绪低落而表现为表情冷漠,对周围环境缺少兴趣、被动、迟钝、缺少动力、记忆力下降等类似痴呆的表现。所以应特别注意痴呆与老年抑郁的鉴别,以防忽视了抑郁的存在延误治疗而发生病人自杀等不良后果。两者的鉴别要点如下。

- 1) 抑郁症常是急性发作,而痴呆为缓慢发作。
- 2) 抑郁症病人常有精神疾患的病史,如有起伏循环的情绪变化,或家属也有抑郁症状史等。
- 3) 抑郁症病人情绪压抑发生在前,比知觉、记忆力的改变早数月,而痴呆则以记忆力及智能的减低先出现;抑郁症病人有显著的情绪变化,而痴呆症病人的情绪变化不显著。
- 4) 抑郁症病人会抱怨自己记忆力差、注意力不集中、自贬或暴露自己认知的缺陷,

而痴呆病人则倾向于隐藏自己认知的缺陷,很少抱怨认知障碍。例如抑郁症病人对别人的问话,常回答“不知道”,若肯回答时则可以选择合适的字词来回答,但痴呆症病人的回答常是含糊不切题或答错。

5) 抑郁症病人在记忆力缺陷方面,呈现近期和远期的记忆力均下降;而痴呆症病人常呈现近期记忆力比远期记忆力差。

6) 抑郁症病人的精神症状很少出现日落症候群(sundown syndrome)的情形,而痴呆症则常出现。

7) 抑郁症病人的精神状态检查可表现良好的构图描绘能力,加以鼓励可以发挥出解释格言谚语的能力,且心理测验也可表现出正常的非语言技巧。痴呆症病人可见到慢性进行性的智能衰退现象。

任务五 治 疗

目前尚缺乏特殊的病因治疗措施。AD 的治疗主要包括心理社会治疗和药物治疗。

(一) 心理社会治疗

对轻症病人应加强心理支持与行为指导,鼓励病人参加适当活动;对重症病人应加强生活上的照顾和护理,注意病人的饮食和营养。心理社会治疗的目的是尽可能保持病人的认知和社会生活功能,确保病人的安全,以减缓其精神衰退。开展心理社会治疗的重要措施之一是告知家属有关疾病的知识,包括临床表现、治疗方法、疗效、预后及转归等,同时要让家属或照料者熟悉基本的护理原则,主要包括:①对病人的提问,应给予简单明了的回答;②提供有利于病人定向和记忆的提示,如日历、标出常用物品的名称、指出卧室和卫生间的方位等;③不要和病人发生争执;④对兴奋和吵闹的病人应进行劝阻;⑤鼓励病人适当活动;⑥应定期和医生联系,及时得到医生的指导。

(二) 药物治疗

1. 行为和精神症状的治疗 应给予必要的对症治疗,可短时间、小剂量使用抗精神病药控制幻觉、妄想等精神行为症状。伴有淡漠、抑郁、敌意、攻击、易激惹的病人,可给予抗抑郁药如 SSRI。应慎用可以加重认知损害的抗惊厥剂和苯二氮草类药物。应注意药物不良反应特别是药物相互作用。当症状改善后,应及时停药。

2. 改善认知功能的药物 其目的在于改善认知功能和延缓变性过程。迄今为止,改善认知功能的药物为数不少,有的疗效与安慰剂不相上下,有的应用后经认知功能测验评分,病人的认知有一定的改进,但仍不足以给病人的实际生活、工作能力带来助益,然而这类药物仍在不断的开发研究中。目前临床证实疗效比较好的药物主要如下。

(1) 多奈哌齐:系乙酰胆碱酯酶抑制剂,常用剂量 5~10 mg/d,起始剂量为 5 mg/d,1 周后可增加至 10 mg/d。该药不良反应较轻,主要有腹泻、恶心、睡眠障碍,无明显肝脏

毒性作用。类似的药物还有重酒石酸利斯的明,常用剂量为 4.5~13.5 mg/d。

(2) 美金刚:是低亲和力、非竞争性 N-甲基-d-天门冬氨酸(NMDA)受体拮抗剂,也被推荐用于治疗中重度 AD。常用剂量为 10~20 mg/d。

任务六 护 理

【护理评估】

1. 健康史、致病因素 询问有无家族史,有无病毒、细菌等感染史。病因不明,但重金属摄入者,随饮食或呼吸进入体内的有害元素比如铜、汞和铝也是老年痴呆病的诱因。

2. 身心状况

(1) 症状评估:AD 病人多隐袭起病,临床上主要表现持续进行性认知功能减退及其伴随的社会生活功能减退和行为及精神症状。

1) 认知功能减退表现:主要是记忆力减退,以近记忆障碍为首发症状,表现为:①经常丢三落四,特别是对刚刚发生过的事情也没有记忆,似乎事情已完全消失,即使经过提醒也记不起来;②智力低下,学习新东西的能力减退,不能用适当的语言表达,甚至外出经常迷路,不能记住物件放在哪里,不会计算收支;③性格改变,原本沉默寡言的人变得滔滔不绝,原本性格开朗的人变得淡漠少语,情绪大幅度波动,性格变得多疑。怀疑配偶不忠,怀疑儿女不孝,爱与人生气,甚至打架。

2) 社会功能减退表现:日常生活能力下降。病人对日常生活活动愈来愈感到困难,洗澡、进食、穿衣或上厕所都可能需要他人帮助才能完成。

3) 行为及精神症状表现:行为怪异,表现出很强的特异性,临床中出现了形形色色的表现。有的老人会把好吃的藏起来,不给家人分享;有的老人不缺钱,但却爱捡破烂,在家里堆满了垃圾;有的老人跟踪到儿女的房间里,窃听甚至窥视别人在做什么;有的出现了幻听、幻视,拿着棍子追打自己在幻视中看到的物体……

(2) 心理-社会状态:由于认知功能减退,自理能力下降,病人易产生焦虑、抑郁心理;低教育者:接受过正规教育的人其发病年龄比未受过教育者可推迟 7~10 年;离群丧偶者:长期情绪抑郁、离群独居、丧偶且不再婚、不参加社交活动、缺乏体力和脑力活动等心理社会因素也易致老年性痴呆症。

3. 辅助检查

(1) 影像学检查:对于 AD 病人,CT 或 MRI 显示有脑萎缩且进行性加重;正电子发射体层摄影(PET)可测得大脑的葡萄糖利用和灌注在某些脑区(在疾病早期阶段的顶叶和颞叶,以及后期阶段的额前区皮层)有所降低。

(2) 心理测验:MMSE、长谷川痴呆量表可用于筛查痴呆;韦氏记忆量表和临床记忆量表可测查记忆;韦氏成人智力量表可进行智力测查。

【护理诊断】

1. 记忆受损 与记忆进行性减退有关。
2. 自理缺陷 与认知行为障碍有关。
3. 思维过程紊乱 与思维障碍有关。
4. 语言沟通障碍 与思维障碍有关。

【护理目标】

护理的总体目标:老年痴呆病人能最大限度地保持记忆力和沟通能力,提高日常生活自理能力,较好地发挥残存功能,生活质量得以提高。

【护理措施】

1. 心理护理 美国心理学家勒温曾经将人的心理活动和行为视为一种“场”,这个场存在于人的头脑中,对“心理事件”有实在影响的环境。因此,进行心理护理和心理支持尤为重要。我们应走出 AD 病人情感淡漠的误区,认识到他们也有爱与归属的需要,掌握痴呆老人的心理特点:他们的世界一切都是陌生的,不能自我确认,充满恐惧,有针对性的制订护理措施,以改善病人的心理环境,提高生活质量。

(1) 语言沟通策略:在交谈内容上寻找愉快的刺激因子(记忆与情感交流过程密切相关,当人的后天生活习惯难以维持时,固有的个人愉快回忆可以作为刺激因子使记忆再生),引起病人的关注与兴趣,调动他们的思维。在沟通中注意恰当地运用肢体语言,表示鼓励同情,使病人感到被尊重与关怀。每次只提一简单的问题,以诱导为主,避免斥责、拒绝等语言。

(2) 亲情人际疗法:是指增加亲属、晚辈、朋友的探视与交流,给予老人心理支持。增加痴呆老人的文体活动,以提高病人的沟通能力,培养乐观情绪,延缓疾病的发展。

2. 认知功能障碍护理

(1) 对记忆障碍的护理(回忆疗法):鼓励老人回忆过去的生活经历,特别是让病人回忆一些愉快的事,激发病人的思维活动;帮助其认识目前生活中的人和事,以恢复记忆并减少错误判断;鼓励老人参加一些力所能及的社交活动,通过动作、语言、声音、图像等信息刺激,提高记忆力。对于记忆障碍严重者,通过编写日常生活活动安排表、制订作息计划、挂放日历等,帮助记忆。

(2) 对智力障碍的护理:促进其多用脑、勤用脑,以刺激大脑的思维活动。并给病人制订切实可行的功能训练计划,包括语言、计算及理解功能训练,做到循序渐进、反复强化、持之以恒。如进行拼图游戏,对一些图片、实物、单词做归纳和分类,进行由易到难的数字概念和计算能力训练等。

(3) 对思维障碍的护理:对思维贫乏的病人多给予信息及语言刺激,寻找病人感兴趣的话题,用病人经历过的重大事件,诱导启发病人用语言表达,刺激大脑的兴奋性。对思维活跃及紊乱的病人,改变话题,分散注意力,转移思路,使思维恢复到正常状态。对

有妄想的病人,护理人员应态度和蔼亲切,语言恰当。注意谈话技巧,不可贸然涉及病人的妄想内容。

(4) 对定向障碍的护理:必须专人陪护,防止病人单独外出、走失,发生意外事件。对一些轻度痴呆病人进行定向力训练,如在日常生活护理时反复向病人讲述日期、时间、地点、天气等,使病人逐渐形成时间概念。

3. 饮食护理 合理安排膳食,补充微量元素可预防痴呆的发生。改善 AD 病人的身体状况,延长寿命,提高生活质量。①戒烟酒,严格控制暴饮暴食,定时定量,以维护正常的消化功能。②多食富含卵磷脂、乙酰胆碱的食物,如鸡蛋、鱼、肉等,多食坚果、牛奶、麦芽等,有助于提高记忆力。③药膳:根据中医理论采用一些有益脑细胞的食物熬制,如山药粥,具有补脑髓补五脏的作用。芝麻核桃粥,有补肾润燥、健脑和中的作用。

4. 生活护理 通过病人自理程度,根据 Orem 的自理模式选择“全补偿”“半补偿”“支持教育法”。“全补偿”是指全部负责病人的生活护理;“半补偿”是指除督促训练外给予协助;“支持教育法”是指做好指导,协助其养成良好的习惯。

(1) 预防感染:保持环境清洁、空气清新;根据气候变化增添衣物;保持卧床及大小便失禁病人的皮肤清洁、干燥,勤沐浴。

(2) 安全护理:建立一个舒适、安全、温暖、明亮、空气新鲜的环境。卧床病人给予床挡加护,危险物品妥善保管,地面保持干燥,通道无障碍物。

5. 睡眠护理 环境中的不合适刺激可增加病人原有的烦躁不安。睡眠紊乱的病人易导致行为异常,甚至攻击行为。为病人安排丰富的日间活动,尽量不安排睡眠时间,采用亮光刺激或设计室内光线(自然或人工)体现白天和黑夜的不同;睡前不大量进食,限制水的饮用;睡前可少量饮用牛奶等安神食品,必要时可服用中药成分的镇静安眠剂。

6. 服药护理 指导监督病人服药,以免发生漏服或错服;对于服药的病人一定要看服,确认咽下,防止病人将药吐掉;观察药物不良反应,报告医生,便于及时调整给药方案。

7. 病情观察 病人年老体弱,机体抵抗力差,再加上记忆和智能受损,因此病人表述症状困难,使症状隐蔽、不典型等。护理人员要仔细耐心观察病情,及时发现问题,及时处理,以免延误病情。并及时记录,做到小痛不放过,无痛不麻痹。

8. 健康指导 及早发现痴呆:加强对全社会的健康指导,提高对痴呆症的认识;及早发现记忆障碍,做到“三早”:早发现、早诊断、早干预。选择居家护理,家庭成员的精心护理对于巩固疗效,延缓病程具有重要意义。对家属或照料者进行痴呆疾病常识的宣教,通过定期家访,提高照料者的护理技能,指导照料者掌握与老年痴呆病人交流的方法,提高中晚期老年痴呆病人的生活质量。

【护理评价】

经过预防、治疗和护理干预后,老人的认知能力有所提高,并能最大限度地保持社交能力和日常生活自理能力,生活质量有所提高。

项目三 血管性痴呆病人的护理

案例导入 3

陈某,女性,75岁,本科。有高血压史数十年。半年前脑梗后残留左侧肢体偏瘫。近3个月来逐渐出现失眠,行为紊乱,有时哭闹,情绪激惹,冲动毁物,砸了家里的花瓶,欲打人。家属管理困难而送入院治疗。检查:左侧肢体偏瘫。血压 150/90 mmHg。MRI 示:①两侧半卵圆中心、基底节区、小脑半球及脑干软化灶;②脑萎缩;③幕上脑积水,双侧侧脑室体周围脑白质疏松。初步诊断:血管性痴呆。

提问:目前对病人来说最主要的护理问题有哪些?在病情评估时还需要着重了解病人哪些方面?该病人护理措施有哪些?

分析提示

该病人现主要的护理问题是情绪激惹,冲动毁物,行为紊乱、左侧肢体偏瘫;通过收集病人相关资料,除一般资料外,还注意收集其精神症状和偏瘫对其生活的影响;并采取有效的护理措施,如做好基础护理、病情的观察、生活功能的训练、疾病知识的健康宣教。

任务一 概述

血管性痴呆(vascular dementia, VD)是指由于脑血管病变引起的痴呆,其起病急缓不一,病程具有波动性,多呈阶梯式发展,常伴有局限性神经系统体征。是老年期痴呆病因中的第2位原因,约占痴呆的20%。

任务二 病因及发病机制

1. 病因 多数学者认为血管性痴呆的病因是脑血管病变(包括出血性和缺血性)引起的脑组织血液供应障碍,导致脑血管循环区域的脑结构改变和功能衰退。

2. 发病机制 脑血管性病变是 VD 的基础。脑血管病变等多种病因引起大脑长期低灌注,导致大脑神经细胞物质和能量代谢紊乱,促使神经元发生不同程度的坏死或丢失,或者由于出血导致的脑实质损伤而引起记忆、注意、执行功能和语言等高级认知功能的严重受损是 VD 发生的核心机制。根据发病机制不同,分为以下6个亚型:①多发性梗死性痴呆(MID),占75%;②重要部位的单个梗死痴呆,例如丘脑梗死;③小血管病

性痴呆,包括微梗死性痴呆、皮质下动脉硬化性脑病、脑白质病变、脑淀粉样血管病(可伴出血);④低灌注性痴呆;⑤出血性痴呆,如丘脑出血;⑥其他:如常染色体显性遗传病合并皮质下梗死和白质脑病(CADASIL)。

近几年研究发现,血管性痴呆存在脑内乙酰胆碱的减少。因此,胆碱能系统功能障碍可能亦是 VD 的发生机制之一。

任务三 临床表现

VD 临床表现形式与病损部位、大小及梗死次数有关。其主要包括:早期症状、局限性神经系统症状和痴呆症状。

1. 早期症状 早期多无明显痴呆表现,主要表现为:①情感障碍,为典型症状,表现为持续的情绪不稳定,情感脆弱,严重时表现情感失禁;②各种躯体不适症状,常见的症状有头痛、眩晕、肢体麻木、睡眠障碍和耳鸣等。

2. 局限性神经系统症状及体征 由于脑血管受损部位不同,可出现不同的症状和体征。如位于左大脑半球皮质的病变,可能有失语、失用、失读、失写等症状;位于右大脑半球皮质的病变,可能有视空间障碍;丘脑病损的病变可能表现以遗忘、情绪异常、嗜睡等精神症状为主等。

3. 痴呆症状 早期出现记忆障碍,随着病情不断发展,痴呆症状呈阶梯式加重。到晚期也表现为全面性痴呆,记忆力、计算力、思维能力、自知力、定向力等均发生障碍。

任务四 诊断

目前 VD 的诊断标准很多,尚缺乏一致的认识。根据 ICD-10 公布的精神与行为障碍分类,其中血管性痴呆(编码为 F01)的诊断要点如下:诊断的前提是存在痴呆,认知功能的损害往往不平均,可能有记忆丧失、智能损害及局灶性神经系统损害的体征,自知力和判断力可保持较好。突然起病或呈阶段性退化,以及局灶性神经系体征与症状使诊断成立的可能性加大。对于某些病例只有通过 CT 或最终实施神经病理学检查才能确诊。

有关特征为高血压、颈动脉杂音、伴短暂抑郁心境的情绪不稳、哭泣或爆发性大笑、短暂意识混浊或谵妄发作,常因进一步梗死而加剧。人格相对保持完整,但部分病人可出现明显的人格改变,包括淡漠、缺乏控制力或原有人格特点更突出,如自我中心、偏执态度或易激惹。

任务五 治疗

VD 治疗原则:防治脑卒中,改善认知功能和控制精神行为症状。

1. **对因治疗** VD 目前尚无特殊的治疗方法,预防和治疗脑血管病的危险因素是 VD 治疗的基础。包括积极控制高血压、糖尿病,降低胆固醇,降低颅内压;对脑卒中急性期治疗,应根据卒中类型采取适当的抗凝、扩血管、止血治疗;戒烟、戒酒等。

2. **改善认知治疗** 是目前被证明有效的治疗措施。如应用胆碱酯酶抑制剂、兴奋性氨基酸受体拮抗剂、脑血循环促进剂、钙通道拮抗剂、脑细胞代谢激活剂、抗氧化药、血管扩张药等改善病人认知功能。

3. **精神和行为症状治疗** 对出现的精神症状、各种不良的行为、睡眠障碍等应及时使用小剂量抗精神病药治疗。

任务六 护 理

【护理评估】

1. **健康史、致病因素(生理方面)** 询问是否有高血压、冠心病、糖尿病、房颤、脑卒中等;是否有痴呆家族史;是否吸烟、饮酒;是否保存自理能力;营养状况、皮肤、排泄情况;睡眠型态;观察病人生命体征、有无神经系统阳性体征等。

2. **心理(症状)状况和社会方面**

(1) 心理(症状)评估

1) 认知功能障碍:VD 的早期核心症状是近事记忆障碍。早期病人虽然出现记忆障碍,但在相当长的时间内,自知力保持良好,智能损害只涉及某些局限的认知功能如计算、命名等困难,而一般推理、判断能力长时间保持正常,人格也相对完整,日常生活自理能力保持良好状态,又称“局限性痴呆”“网眼样痴呆”。但随着病情的加重,认知功能损害加剧,情绪不稳或失禁更为突出,易激惹。此外还可出现定向障碍、语言障碍等。

2) 行为精神症状:部分病人可有精神病性症状如幻觉、妄想等;在行为及人格方面也逐渐地发生相应的改变,如变得自私、吝啬、收集废物、无目的的徘徊等。病情进展具有波动性、阶梯样恶化的特点。

3) 社会功能减退:在痴呆的发展过程中,生活自理能力逐渐下降,到晚期生活完全不能自理,不知饥饱,外出走失,大小便失禁,不认识亲人,达到全面痴呆。

(2) 社会方面评估:病人的家庭和社会支持系统:病人亲属与病人的关系如何,负责照顾的家人是否觉得负担太重且不能得到放松;家人是否热心照顾病人。

【护理诊断】

1. **营养失调(低于机体需要量)** 与病人咀嚼或吞咽困难、情绪抑郁及老年人因缺齿、味觉改变等有关。

2. **吞咽障碍** 与神经肌肉受损、面部麻痹有关。

3. **排便异常** 与长期卧床、精神科药物及神经肌肉功能障碍等有关。

4. **睡眠形态紊乱** 与脑部病变导致缺氧、环境改变及焦虑、恐惧、兴奋、抑郁不良情绪等有关。

5. **躯体移动障碍** 与神经、肌肉受损、肌肉无力等有关。

6. **语言沟通障碍** 与认知功能下降、神经系统病变有关。

7. **定向障碍** 与记忆力下降有关。

8. **思维过程改变** 与认知功能下降有关。

9. **社交能力受损** 与思维过程改变、认知功能下降等有关。

10. **生活自理能力缺陷** 与认知功能、神经、肌肉功能障碍等有关。

11. **有暴力行为的危险** 与幻觉、妄想等有关。

12. **有自杀的危险** 与抑郁情绪有关。

13. **有皮肤完整性受损的危险** 与大小便失禁、长期卧床有关。

14. **有受伤的危险** 与智能下降、感觉减退、定向力障碍等有关。

【护理目标】

- (1) 病人能够摄入足够营养与水分,保证营养。
- (2) 病人进食及饮水后未发生误吸及噎食。
- (3) 病人大小便通畅,能形成按时排便习惯。
- (4) 病人能够得到充分睡眠,睡眠质量有所改善。
- (5) 病人肢体功能恢复良好。
- (6) 病人能最大限度地保持沟通能力,使用剩余的语言能力或手势、延伸进行交流。
- (7) 病人能正确表达自己需求,最大限度推迟病人思维衰退。
- (8) 病人最大程度保持自理能力。
- (9) 照顾者和周围人不发生受伤。
- (10) 病人能够自诉与其情感状态有关的感受;确认产生自杀观念及其行为的后果。
- (11) 病人皮肤完好,未发生受损情况。
- (12) 病人能够减少或不发生外伤的危险。

【护理措施】

1. **饮食护理** 合理的膳食可延缓血管性痴呆进展。应结合病人的健康状况,给予易消化、营养丰富、低脂肪、低糖、充足蛋白质及维生素饮食,以增加病人抵抗力。对轻、中度痴呆病人可鼓励自行进食,速度要慢,不可催促,以防噎食。对重度痴呆病人应协助喂食,喂食时注意喂食速度和进食姿势,尽量取坐位或半坐卧位,以免发生呛咳。进食后指导病人保持坐位 30 min 以上。若病人拒食,则不应勉强,可先让病人做些别的活动,转移注意力后再劝其进食。对失语及吞咽困难的病人应及早进行吞咽功能训练,对严重吞咽困难的病人,可给予静脉输液或鼻饲,以补充能量。

2. **排泄护理** 鼓励病人多饮水、多运动,多食蔬菜、水果及粗纤维丰富的食物,养成良好的饮食及定时排泄习惯等,均可有效预防便秘。腹部按摩能改善肠胃功能、增强肠

蠕动,可在每日清晨饮水后 30 min 及餐后 30 min 顺着肠的蠕动方向顺时针按摩,以利缓解便秘。一旦发生便秘及时给予通便药或缓泻药。另外,大部分痴呆病人都会间断出现大、小便失禁,因此要定时提醒如厕,并且及时更换被大小便污染的衣物。

3. 睡眠护理 血管性痴呆病人大多有睡眠障碍,认知障碍严重时,常白天休息,夜间吵闹。对于这种情况,首先要为病人创造良好的入睡条件,尽量减少或消除影响病人睡眠型态的相关因素,周围环境要安静、舒适;入睡前用温水泡脚;不要进行刺激性谈话或观看刺激性电视节目等;不要给老人饮浓茶、咖啡、吸烟,以免影响睡眠质量;对严重失眠者可给予药物辅助入睡。每日应保证有 6~8 h 的睡眠。对于昼夜颠倒的病人,如病情许可,白天要让其有适度的活动,尽量不让病人在白天睡觉,增加活动,保持兴奋,以使他们能在夜间休息,保证病人足够的休息和睡眠。

4. 生活护理 痴呆病人由于认知能力下降、精神行为异常、定向力障碍导致生活能力下降,护理时应根据不同病人的不同病情因人制宜地采取个性化的护理措施。对于轻、中度的痴呆病人,除了给予适度的生活照顾外,应尽量指导其自理日常生活和保持良好的卫生习惯,采取适当措施制止病人的不卫生行为,并根据天气变化及时建议病人增减衣服,经常为病房开窗换气。长期卧床的病人要为其定期翻身、拍背。对大小便失禁的病人,要及时协助处理大小便,保持皮肤、床铺的整洁、干燥,以减少发生感染、皮肤病及压疮的危险。

5. 安全护理 血管性痴呆病人往往伴有思维混乱、记忆力减退、感觉迟钝、肢体功能运动障碍等,这些均为安全问题的危险因素。①防跌倒:对每一位住院痴呆病人均需做好防跌倒风险评估,对跌倒高风险病人,切实落实好防跌倒措施。如注意环境设施的安全,为病人提供安全的休养环境,地面要防滑,保持干燥,特别是浴室要装扶手,便于病人如厕及行走,选择坐式的便器,高度适宜;防跌倒病人衣着大小应适宜,裤脚过长应及时协助卷起,鞋底应防滑等。②防自杀:在血管性痴呆的早期,病人的认知功能损害较轻,具有完好的自知力。当病人意识到自己的记忆力、工作和学习能力日渐下降,引起一系列的心理反应,如焦虑、抑郁等。病人在这种不良情绪或幻觉、妄想等支配下可能会发生的自我伤害,因此,护理人员必须做好防自杀风险评估,加强高风险自杀病人管理,有效落实防自杀护理措施,如加强巡视,严密观察病情变化;加强危险品、药品管理等。③防暴力:病人在幻觉、妄想支配下可能会出现暴力行为。护理人员应做好防暴力风险评估,密切观察有暴力倾向的病人,及时发现暴力行为先兆,进行有效护理干预,尽量把暴力行为消灭在初期。一旦病人出现暴力行为应保持镇定,设法引开病人注意力,迅速控制局面,及时找出引起暴力原因,针对不同原因采取相应措施,避免类似事件发生。④防出走:血管性痴呆病人伴有记忆障碍、定向障碍,离开病区时必须由护理人员或家属陪伴,避免发生走失或其他意外事件。

6. 用药护理 对于吞咽困难的痴呆老人,可将药片掰成小粒或研碎后溶于水中服用;对于不能吞咽或昏迷的病人,应由胃管注入药物;对于拒药、藏药行为的病人,应及时了解拒药、藏药原因,耐心做好解释工作,并且严格执行发药规范,确保病人将药物服下。用药过程中密切观察用药作用与不良反应,如有异常及时通知医生处理。

7. 认知功能障碍的护理 ①记忆训练:临床对痴呆病人进行记忆锻炼的方法有瞬时记忆法(念一串不按顺序的数字,从三位数起,每次增加一位数,念完后立即让病人复述,直至不能复述为止)、短时记忆法(给病人看几件物品,让病人回忆刚才看过的东西)、长时记忆法(回忆最近探望过的家人、朋友,看过的电视内容等)。进行记忆训练时可根据病人记忆损害的程度采取不同的锻炼方式和内容,每次时间不宜过长,循序渐进,并经常给予鼓励。②语言功能训练:痴呆病人均有不同程度的语言功能障碍,进行语言功能训练时必须注意护理人员要有足够的耐心,利用一切护理、治疗的机会,主动与病人交流。交流时注意力要集中,目光亲切,态度温和,让对方觉得自己非常关注彼此交流。说话自然、语调适中、吐词清晰、语言尽量简单通俗。早期可用单词或短语加视觉信号来进行训练,如卡片、图片等。③定向力训练:临床常用现实定向治疗,即护理人员反复向病人提供关于目前情况的信息,如当前日期、时间、地点、周围人物、个人身份等,使病人逐渐恢复时间、地点、人物等定向力。④思维障碍的护理:加强病情观察,从病人言行中,及时了解幻觉、妄想发生的时间、内容、频率等,耐心倾听病人对幻觉内容的感受,给予安慰,使病人感到被关心、理解,千万不要与病人争辩,有些病人出现幻觉有规律性,可在其幻觉出现时鼓励病人参加感兴趣的活动,转移其注意力;对有妄想的病人,护理人员应态度和蔼亲切,语言恰当,注意谈话技巧,不可贸然触及病人的妄想内容。

8. 肢体功能障碍的护理 应尽早进行偏瘫肢体的被动运动、主动运动等,防止肌肉萎缩,促进瘫痪肢体功能恢复,降低致残率,并预防各种并发症发生。

9. 健康教育 血管性痴呆,重在早期预防。因此必须积极防治高血压病、高脂血症、糖尿病、脑卒中等;养成良好的生活习惯,生活有规律,适当运动,戒烟酒,注意劳逸结合;合理饮食,少食动物脂肪及胆固醇高的食物,多食蔬菜、水果,保持大便通畅。照护痴呆老人是一个漫长的阶段,由于家属缺乏照护知识,特别是护理技能的缺乏,给家属带来了许多压力。所以,应加强对家属进行痴呆疾病常识的宣教及护理技能的指导,使他们能够正确对待病人,掌握疾病相关知识和发展规律,增强战胜疾病信心,提高照料能力,以提高中晚期老年痴呆病人的生活质量,延缓病情发展。

【护理评价】

- (1) 病人营养是否良好。
- (2) 病人是否发生误吸、噎食。
- (3) 病人大小便是否正常。
- (4) 病人睡眠是否充足。
- (5) 病人定向力、语言能力、肢体活动能力等是否改善。
- (6) 病人是否保持沟通能力,能否进行有效交流。
- (7) 病人是否主动料理自己生活,基本生理需求是否得到满足。
- (8) 病人有无不良情绪,有无发生暴力、自杀行为。
- (9) 病人皮肤是否破损。
- (10) 病人是否受伤。

(11) 家属对疾病知识是否了解,是否掌握帮助病人进一步恢复生活和社会功能的方法。

项目四 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其他精神障碍病人的护理

脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其他精神障碍是由不同病因引起的脑功能紊乱所致的精神障碍。这些病因有原发性大脑疾病、影响脑的全身性疾病、内分泌障碍如库兴综合征,或其他躯体疾病,以及某些外源性毒性物质(不包括酒和药物)或激素。这些状况有一个共同点,即根据临床特征无法将其诊断为器质性精神障碍,例如痴呆或谵妄。这一类病人推测其起病由大脑疾病或功能紊乱直接引起,而并非仅仅与这些疾病或障碍存在偶然的联系,也不是机体对这些疾病症状的心理反应,如长期癫痫所伴发的精神分裂症样障碍。

以下所罗列的疾病为已知存在使本类精神综合征出现的风险相对增加:癫痫;边缘性脑炎;亨廷顿病;头部外伤;脑瘤;能远距离影响中枢神经系统的颅外肿瘤(特别是胰腺癌);脑血管病、损害或畸形;红斑狼疮及其他胶原病;内分泌疾病(特别是甲状腺功能低下和亢进、库欣病);代谢病(例如低血糖症、血卟啉症、低氧血症);热带感染性和寄生虫病(如锥虫病);非精神药物的毒性作用(普萘洛尔、左旋多巴、甲基多巴、类固醇、抗高血压药、抗疟药)。

任务一 护理评估

脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的精神障碍,大多是原发疾病发展到一定严重程度,影响到大脑功能活动,在一定条件下出现的精神障碍。在临床表现上,这类精神障碍既有原发疾病的症状体征,又有不同的严重程度和不同类型的精神症状,而且与应激事件强度、社会压力、亲属态度等社会因素有很大关系,因此要求护理人员全面评估病人的情况。

1. 生理方面

- (1) 病人生长发育史、疾病家族史、药物过敏史、外伤和手术史。
- (2) 病人原发疾病的进展情况,包括原发疾病的主要症状表现、发展趋势、治疗情况、疗效以及预后等。
- (3) 有无缺氧、腹水、黄疸、水肿、少尿或无尿等表现。
- (4) 是否存在与原发疾病相关的神经系统症状和体征,如共济失调、肌阵挛、锥体束征阳性、脑膜刺激征、手足震颤、扑翼样震颤、末梢神经炎等。
- (5) 病人的一般状况,包括生命体征、营养状况、进食情况、大小便和睡眠情况等。

是否存在神经系统症状,有哪些阳性体征。

(6) 实验室及其他辅助检查结果。

2. 心理方面

(1) 病人性格特征、兴趣爱好、人际关系如何;生活、学习、工作能力状况如何;对自身疾病的态度如何;是否配合治疗;对治疗有无信心;是否了解该病。

(2) 有无记忆障碍:脑器质性疾病病人常发生记忆障碍,表现为远、近记忆力不良。在评估记忆力时,应当在自然的情况下进行,因为这样病人可以从容地回忆。

(3) 有无思维障碍:思维障碍在脑器质性疾病病人中并不少见,通常表现为缺乏主动性思维、持续言语、联想加快、抽象思维障碍、妄想等。在评估时,评估者可以通过物品联想、问题转换、完形填空、抽象名词的解释、物品归类等任务去把握病人存在的症状。

(4) 有无智能障碍:大脑弥漫性损害时多伴有智能障碍,有的表现为计算能力下降,有的表现为抽象理解能力受损、缺乏概括和判断能力,更为严重的病人会丧失所有的生活技能和以往的知识经验。在评估时,评估者可以让病人进行一些数字计算、物品分类、故事复述等任务。

(5) 有无情感障碍:脑器质性疾病病人的情感障碍往往是明显的,在临床观察和交谈中即可发现。病人的表情、言语和姿势均可作为判断情感障碍的参考。通常病人会存在情感迟钝、情绪不稳以及悲观抑郁等情感表现。

(6) 有无意识障碍:意识障碍在脑器质性疾病中并不少见,尤其是脑外伤,因此应根据心理过程及神经系统体征评估病人的意识状况。

3. 社会方面

(1) 病人病前是否发生过严重的生活事件,病人对它的反应如何。

(2) 目前症状对病人的日常生活能力、病人人际关系以及病人的工作能力有何影响。

(3) 病人亲属与病人的关系如何,是否能给病人提供支持和关心。

任务二 护理诊断

器质性精神障碍除了精神症状之外,同时还存在各种躯体症状,相比其他精神障碍更加复杂,因而涉及的护理诊断更为广泛。以下列出一些较为常见的护理诊断。

1. 生理方面

(1) 营养失调(低于机体需要量):与生活无规律、食欲下降有关。

(2) 睡眠型态紊乱:与脑部疾病导致缺氧有关。

(3) 排便异常:与意识障碍、精神药物不良反应等有关。

(4) 有感染的危险:与营养失调、生活自理能力下降后致机体抵抗力下降有关。

(5) 有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床有关。

(6) 有受伤的危险:与意识障碍、智能障碍、癫痫发作状态、躯体移动障碍、感觉减退等有关。

2. 心理方面

- (1) 语言沟通障碍:与意识障碍、认知功能下降有关。
- (2) 思维过程改变:与脑部受损、认知功能下降等有关。
- (3) 定向力障碍:与记忆力减退、注意力不集中、意识障碍有关。
- (4) 意识障碍:与脑部的感染、脑血管疾病、脑外伤、变性改变、肿瘤等有关。
- (5) 急性意识障碍:与躯体疾病、体温过高等有关。
- (6) 感知改变:与病理生理方面的改变、注意力改变等有关。
- (7) 思维过程改变:与躯体疾病所致的幻觉、妄想等精神症状有关。
- (8) 焦虑:与缺乏对疾病恰当的认识和评价、担心疾病的预后、环境改变等有关。
- (9) 恐惧:与环境及健康状况改变、不能预测疾病的后果等有关。

3. 社会方面

- (1) 生活自理能力缺陷:与意识障碍、认知功能减退、神经系统病变等有关。
- (2) 社交障碍:与思维过程改变、认知功能下降、定向力下降有关。
- (3) 有暴力行为的危险:与幻觉、错觉、妄想等有关。

任务三 护 理 目 标

1. 生理方面

- (1) 病人能够保证营养、水分补充及电解质的平衡。
- (2) 病人睡眠的质和量有所改善。
- (3) 病人未发生感染,机体抵抗力逐渐得到提高。

2. 心理方面

- (1) 病人能与医护人员、亲友、病友等进行有效交流。
- (2) 病人的定向力完整。
- (3) 病人意识状态良好,程度未进一步加重。

3. 社会方面

- (1) 病人生活自理能力提高。
- (2) 病人能与周围相关人员进行沟通。
- (3) 病人能认识自伤、伤害他人等行为的后果,并能有意识约束自己的冲动想法和行为。

任务四 护 理 措 施

1. 生理方面

- (1) 病情观察:生命体征的变化与脑部疾病的关系十分密切,应密切监测。观察两

侧瞳孔的大小是否正常,是否等大、同圆,对光反应是否正常。此外,意识障碍的程度是提示颅内疾病轻重程度的重要指标,要随时注意意识状态的变化。

(2) 饮食护理:根据病人不同的营养情况采取相应措施,保证病人的营养、水分的补充及维持电解质的平衡。为病人提供含丰富营养成分、清淡易消化的食物,并允许病人选择个人喜好的食物。对于能自行进食的病人给予合理膳食的指导。对不能自行进食的病人,如痴呆病人,护理人员应耐心喂饭。有意识障碍、吞咽功能障碍的病人不能强行进食以防误吸或噎食,可采取鼻饲营养或静脉输液等方法补充营养。颅压高并伴有呕吐的病人,可暂缓进食,因进食可加重呕吐,必要时可静脉输液保证入量,同时也要注意控制输液的速度和量,避免脑水肿加重。癫痫伴发精神障碍的病人应给予低盐饮食,避免过饱,诱发癫痫。有的病人表现为贪食,或者是忘记自己已经吃完饭又要求吃饭时,护理人员要设法转移病人的注意力,避免暴饮暴食,导致消化不良。

(3) 睡眠护理:尽量减少或消除影响病人睡眠的各种因素,保证睡眠。帮助病人尽快适应新的生活环境,消除陌生感和不安全感。

(4) 个人卫生护理:严重痴呆病人多数不知洗漱,帮助其洗脸或洗澡时,病人可表现为不合作,拒绝,这可能与老人的不安全感有关,或担心脱了衣服会被别人偷走等,这时可让病人熟悉的人帮助他,脱下的衣服要放在他能看到的地方。在给病人洗漱时,还要注意水温不要过热,以免发生烫伤。由于失用,有的痴呆病人拿着衣服不知如何穿,常会出现把裤子当衣服穿,或把鞋子戴在头上,把袜子当成手套等,此时应协助病人穿好衣物,尽管做起来很慢,也要训练病人保持穿衣的功能。

(5) 排泄护理:痴呆病人常会有大小便失禁的现象,一方面当病人大小便在裤子里或床上时要及时清理干净;另一方面也要训练病人定时排便,知道有便意时如何表达,知道卫生间的地方。对于便秘、尿潴留的病人,鼓励能活动的病人多做适当的运动,以利于肠蠕动,为病人提供富含粗纤维的食物,刺激肠蠕动,定时督导排便,指导和训练病人养成定时排便的习惯;给予腹部按摩等,必要时与医生联系给予灌肠和导尿。

(6) 安全护理:为病人提供安全的治疗环境,对意识障碍、重度痴呆、癫痫发作病人及年老病人,应设专人护理。对长期卧床的病人,应安装床挡或适当给予保护性约束,防止坠床。对意识模糊、行走不便及反应迟钝的病人,可适当限制其活动范围,活动时需有人陪伴。加强危险物品管理,减少环境中对病人有潜在危险的因素,清除环境中的障碍物。

2. 心理方面

(1) 认知功能障碍的护理:对于病人的记忆力减退、注意力集中困难及定向力障碍,可给予回忆疗法、记忆训练及现实定向训练,如给予提示性信息,如日历、动作提示、放置老照片的影集,反复向病人说明其所处的时间、地点及周围人物身份等。

(2) 谵妄状态的护理:处于谵妄状态的病人,对周围环境的认知功能差,在幻觉、错觉及妄想的影响下,病人可表现情绪激动、恐惧,还可能因此而产生冲动或逃避的行为,并且会导致自伤、伤人的后果。为了防止发生意外,应有专人护理,随时注意加强防范。如病床要加床挡,控制病人的活动范围,病室内的设施要简单。当病人激动不安时,护士

应该陪伴在病人的床边,耐心地予以安慰,帮助其稳定情绪。必要时可以用约束带暂时给予保护,按照医嘱给镇静剂协助病人安静下来。

(3) 癫痫大发作的护理:注意观察,出现先兆症状时,让病人立即平卧,避免摔伤。发作时,保持呼吸道通畅,迅速将牙垫放入病人的口腔内上下齿之间,防止抽搐时咬破唇舌。松解衣领和裤带,适当保护下颌和四肢,防止肢体过度伸张时,导致关节脱臼。但注意不要用力按压,防止发生骨折。抽搐停止后,将头转向一侧,以防口腔分泌物被吸入气管内。发作终止后,应让病人卧床休息,专人守护,观察意识恢复情况,防止出现癫痫持续状态。对发作后意识朦胧、兴奋躁动的病人,要注意保护,防止摔伤。对于抑郁状态的病人:①将其置于护理人员易观察及安全的环境中,避免单独居住、单独活动;②鼓励病人参加工娱疗活动;③严密观察病情变化,严防病人消极自杀。

(4) 对于兴奋状态的病人:①将病人安置于单间,房间内物品简化、安全、规范,减少不良刺激和环境中对病人潜在的危险因素;②要用耐心的态度、温和的语言,帮助病人控制情绪,鼓励其正确表达自己的想法和需要;③加强巡视,密切观察病情变化,必要时可采取保护性约束措施,防止病人在幻觉妄想支配下出现暴力行为。

(5) 与病人建立治疗性人际关系,主动发现病人的身心需要,并及时采取措施,尽可能地予以满足。同时鼓励病人表达自己的想法和需要,给予他们发泄情绪和悲伤的机会,从而减轻病人的焦虑、恐惧和抑郁等情感障碍的程度。

3. 社会方面

(1) 协助和鼓励病人提高生活自理能力,恢复社会功能。

(2) 帮助病人认识与发病有关的心理社会问题,根据病人自身的实际情况及疾病恢复情况,与病人共同制定具有可行性和可操作性的康复目标和措施。

(3) 指导家属学习和掌握疾病的一般知识,使家属能够识别早期症状,掌握复发先兆,及时为病人提供有效帮助,多关心病人生活,为病人创造恢复健康的良好环境;要妥善管理好药物,监护病人按时按量服药,了解用药后的一般不良反应及处理方法。

(4) 当精神症状减轻或者消失后,指导病人和家属了解疾病复发的先兆,掌握自护的方法,并定期复查。

任务五 护理评价

1. 生理方面

- (1) 病人营养状况是否良好,睡眠是否充足,大小便情况是否正常。
- (2) 是否发生感染等并发症。

2. 心理方面

- (1) 病人的意识状态有无好转,记忆力、定向力有无改善,有无不良情绪。
- (2) 是否了解一定的疾病知识。

3. 社会方面

- (1) 病人能否主动料理自己的生活,生活是否有规律。
- (2) 有无发生暴力行为,能否与他人进行有效交流。

思考题

1. 简述痴呆综合征的临床表现。
2. 简述 AD 的护理要点。
3. 简述血管性痴呆安全护理要点。

(晏庆昊 王晓敏 盛梅青)