

基于临床护理路径的营养支持对阿尔茨海默病老年住院患者营养状况和生活质量的影响

孙玉琴

十堰市郧阳区南化中心卫生院 湖北 十堰 442523

摘要: **目的:** 分析基于临床护理路径的营养支持对老年住院阿尔茨海默病(AD)患者的应用效果。**方法:** 选取2022年8月-2023年8月本院72例老年住院AD患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组36例,行常规护理,观察组36例,以临床护理路径为基础,提供营养支持,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的SF-36、MNA评分、ALB、PA和Hb均明显高于对照组,营养不足和营养风险占比均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 基于临床护理路径,给予老年住院AD患者营养支持能有效改善营养状况,提高生活质量,具有推广价值。

关键词: 临床护理路径; 营养支持; 阿尔茨海默病; 老年人; 营养状况; 生活质量

AD是老年人多发中枢神经系统疾病之一,具有退行性、原发性等特征,目前尚未给出明确发病原因,在所有大脑性病变中,AD发生率最高。多发生于老年前期,该病起病隐匿,发展缓慢,具有进行性。研究显示,该病发生率约为4%-6%,随年龄增长,该病发生率增加,针对高于80岁者,AD患病率达到20%^[1]。AD典型表现有人格衰败和性智能减退,AD会对患者言语能力、理解能力、记忆力、计算能力和逻辑思维等产生影响,程度严重者,会干扰到日常生活和工作。患者机体素质差,普遍存在营养状况不佳现象,生活质量降低,加强临床护理,提供营养支持,有助于改善病情^[2]。常规护理缺乏规范、针对性操作,难以切实改善营养状态,临床护理路径有迹可循,更缜密、系统。本次研究以老年住院AD患者为对象,分析围绕临床护理路径,提供施营养支持的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年8月-2023年8月本院72例老年住院AD患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组36例,男19例,女17例,年龄为60-86岁,平均年龄(72.84±4.36)岁;观察组36例,男20例,女16例,年龄为61-87岁,平均年龄(72.28±4.91)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 符合AD诊断标准^[3];老年人;住院时间高于2d;有完整资料;知情同意本次研究。

排除标准: 沟通障碍;伴有精神疾病;胸腔水肿、胸腔积液;肝肾功能障碍;存在急慢性感染。

1.2 方法

对照组行常规护理,谨慎用药,提供饮食指导,疏导负面心理,结合患者病情,选择肠外/肠内营养支持。观察组以临床护理路径为基础,提供营养支持:

1.2.1 成立临床护理路径小组

组员包括心理科医生、营养科医师、医师和临床护士,先将临床护理路径图制定出来,组建督促小组,做好指导、监督工作。

1.2.2 营养评估

采取2002营养风险筛查表^[4],评估营养状态,通过爱丁堡AD进食量表^[5],评价患者进食情况,采取洼田饮水试验,对吞咽功能进行评估;观察口腔粘膜情况、牙齿缺损情况;了解心理状态。展开全面护理评估,拟定针对性干预方案。

1.2.3 营养干预

包含三个层面,一为核心支持,二为集中照护,三为加强照护,展开健康宣教,介绍营养支持意义,了解患者病情,将个体化营养处方制定出来,针对营养素和能量,计算出每天摄入量,详细记录摄入蛋白质含量、能量和出入量等;如未实现预期营养目标,应该持续展开营养干预,依然未达到营养目标者,对干预方案进行改进,合理提供肠内营养,选取营养补充剂。

1.2.4 营养支持措施

①多补充蛋白质: 尽量提供优质蛋白,以总蛋白质供给量为标准,将动物蛋白控制在50%,若主要采取素食,鼓励选取豆制品和大豆,其中存在大量活性物质,例如低聚糖、皂苷和异黄酮等。②少摄入糖分、脂肪: 以总热量为基础,将提供脂肪含量定为20%-25%,即约50-60g/d,将食品中含有的烹调用油及油脂纳入该范围

内，尽量选取植物油，摒弃动物油，例如芝麻油、玉米油和大豆油等，其中存在大量亚油酸。保证胆固醇含量低于300g/d，但不应过度控制，防范机体吸收其他营养素受到影响，另外，若胆固醇含量过低，会对机体免疫功能、组织修复功能产生干扰。糖类占比应为60%-65%，尤其是只提升能量者，应尽量避免。③多补充锌、铁、钙、维生素等：其中B族维生素和营养生化代谢之间关系密切，在重要能量代谢中属于辅酶，维生素E、C，均属于天然抗衰老、抗氧化保护剂，建议适当提升供给量，鼓励患者多食用新鲜果蔬。④大量补充叶酸、维生素B12：疾病发生发展和叶酸、维生素B12缺乏关系密切，定时进行血液检验，如发现缺乏，应及时补充。血液中存在大量高半胱氨酸，而上述两种物质会促使高半胱氨酸水平下降，所以补充两种物质，能防范疾病进展，增加免疫球蛋白含量，提高抗病能力，保护神经细胞。⑤提供卵磷脂：该病患者记忆力衰退，分析原因主要为乙酰胆碱水平低，为患者补充卵磷脂，大脑能经由血液直接摄取胆碱、磷脂，促使其转换，产生乙酰胆碱。⑥将烟酒戒除：吸烟是多种老年病引发因素，包括肺心病等，长时间吸烟会导致抗抑郁、镇静药物减弱，若饮酒量过多，会导致脑细胞、肝肾功能受损，导致动脉硬化速度加快。⑦保证低盐低脂饮食，食盐摄入量低于6g/d，减少脂肪摄入量，尤其是动物脂肪。

1.3 观察项目和指标

两组均干预2个月。评价营养改善情况：分别于干预前后采集空腹静脉血，含量为4ml，将血清分离出来，借助ELISA法，测量ALB、PA和Hb^[6]；采用MNA量表，预测营养状况，涵盖一般评估和营养筛查，≤ 17分为营养不良，17-23.5分为营养风险，> 23.5分为营养良好。评价生活质量：工具为SF-36量表^[7]，涵盖4个维度，均为0-100分。评价终点指标：观察干预前后两组营养不足和营养风险发生例数，计算占比。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，(x̄±s)与(%)表示计量与计数资料，分别行t与检验，P < 0.05 0.05，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养改善情况比较

干预后两组MNA评分、ALB、PA和Hb均明显高于干预前，观察组变化更明显，差异有统计学意义(P < 0.05 0.05)。详见表1。

表1 两组营养改善情况比较[n(x̄±s)]

指标	时间	观察组	对照组	t	P
		(n=36)	(n=36)		
MNA (分)	干预前	21.23±2.35	21.29±2.29	0.110	0.913
	干预后	24.76±2.67	22.43±2.34	3.938	0.000
ALB (g/L)	干预前	38.01±4.15	38.07±4.12	0.062	0.951
	干预后	44.67±5.26	41.57±3.64	2.908	0.005
PA (mg/L)	干预前	185.67±11.25	186.34±10.57	0.260	0.795
	干预后	232.13±12.36	209.01±11.13	8.340	0.000
Hb (g/L)	干预前	122.34±9.13	123.25±8.14	0.446	0.657
	干预后	134.23±9.46	127.21±8.46	3.319	0.001

2.2 两组生活质量比较

干预后两组4个维度SF-36评分均明显高于干预前观察组变化更明显，差异有统计学意义(P < 0.05)。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n(x̄±s)]

指标	时间	观察组	对照组	t	P
		(n=36)	(n=36)		
总体健康 (分)	干预前	61.34±7.21	61.43±7.18	0.053	0.958
	干预后	75.34±6.13	67.34±6.23	5.492	0.000
情感职能 (分)	干预前	71.01±4.25	71.32±4.19	0.312	0.756
	干预后	91.23±4.56	85.45±4.56	5.378	0.000
社会功能 (分)	干预前	71.34±7.01	71.15±7.43	0.112	0.911
	干预后	94.63±3.76	87.67±4.61	7.020	0.000
生理功能 (分)	干预前	53.10±6.25	54.02±5.16	0.681	0.498
	干预后	71.25±3.61	61.35±4.58	10.186	0.000

注：与本组干预前比较，^aP < 0.05。

2.3 两组终点指标比较

干预后两组营养不足和营养风险占比均明显低于干预前，观察组变化更明显，差异有统计学意义(P < 0.05)。详见表3。

表3 两组终点指标比较[n(%)]

组别	例数	营养不足 (%)		营养风险 (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	27.78	2.78	66.67	11.11
		(10/36)	(1/36) ^a	(24/36)	(4/36) ^a
对照组	36	30.56	22.22	69.44	33.33
		(11/36)	(8/36)	(25/36)	(12/36) ^a
	/	0.067	6.222	0.064	5.143
P	/	0.795	0.013	0.800	0.023

注：与本组干预前比较，^aP < 0.05。

3 讨论

AD发生率高，受疾病影响，各种机能衰弱，因老年患者消化酶分泌量降低、味蕾萎缩和牙齿松动脱落，消化道功能、咀嚼能力等均明显减弱。部分患者存在吞咽障碍，吸入性肺炎、误吸发生率高，严重影响到营养状

况和生活质量。有研究提出,在所有AD患者中,营养不足者占比高于30%,在老年AD患者中,占比超过90%,为此给予营养支持至关重要^[8]。

临床护理路径具有合理化、流程化等特征,以此为基础,创建护理干预小组,为AD患者提供营养支持,及时评估营养状态,筛查营养风险,制定出干预路径,以改善营养状态^[9]。采取该模式,能打破常规护理禁锢,弥补主观性、随意性等缺陷,严格按照流程开展干预,不过分依赖理论知识和经验,具有突出优势^[10]。本次研究结果显示和对照组比,观察组的MNA评分、ALB、PA和Hb均更高($P < 0.05$),表明该模式可有效改善营养状态,调节相关血清指标。观察组的4个维度SF-36评分均更高($P < 0.05$),代表该模式能显著提升生活质量。韦晓琴等学者以104例该病患者为对象,展开研究,一组行常规护理,一组基于临床护理路径,提供营养支持,结果为后者生活质量改善更明显,证实本结果。观察组的营养不足和营养风险占比均更低($P < 0.05$),表示实施该模式,患者身体素质得到明显改善,可降低营养风险,防范营养不足。说明基于该理念,落实营养支持,能缩短治疗疗程,保护神经功能,可节约医疗资源,有效改善预后。

综上所述,基于临床护理路径,给予老年住院AD患者营养支持能有效改善营养状况,提高生活质量,具有推广价值。

参考文献

[1] 苏予洁,马丽,谢琪,南锐伶,王兴蕾,豆欣蔓.老年痴呆患者使用口服营养补充剂的最佳证据总结[J].广西医学,2023,45(2):192-198+211.

学,2023,45(2):192-198+211.

[2] 王玲.多重感官刺激联合工娱疗法在老年阿尔茨海默病病人康复护理中的应用[J].全科护理,2023,21(24):3380-3384.

[3] 崔炜,屈永才.奥氮平与利培酮对阿尔茨海默病的疗效及血清 β -淀粉样蛋白、脑源性神经营养因子水平的调节作用[J].河南医学研究,2021,30(12):2159-2163.

[4] 洪雨.肠内营养支持联合康复治疗用于高龄老年痴呆营养不良患者的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(2):243-245.

[5] 李和平,郭景花,曾西,张媛,曹选平.间歇经口至食管管饲胃肠营养法在阿尔茨海默病致吞咽障碍患者中的应用[J].现代医药卫生,2021,37(8):1337-1339.

[6] 王婷,薛亚妮,梁佳佳.脑源性神经营养因子 β 样淀粉蛋白及Tau蛋白与阿尔茨海默病老年患者认知功能的相关性分析[J].山西医药杂志,2021,50(24):3406-3408.

[7] 袁悦,巢晨玢.牛磺酸联合肠内营养支持对老年阿尔茨海默病患者认知功能的影响[J].检验医学与临床,2021,18(23):3483-3486.

[8] 王玉香,崔传举,李彦玲,李艾帆.脑源性神经营养因子修饰人羊膜间充质干细胞移植改善阿尔茨海默病大鼠认知功能[J].中国组织工程研究,2022,26(13):2045-2049.

[9] 冯静静.银杏叶提取物对阿尔茨海默病患者神经营养因子及认知的影响[J].河南医学研究,2021,30(18):3351-3353.

[10] 陈萌.阿尔茨海默病伴吞咽障碍患者两种鼻饲肠内营养支持方法及并发症状况分析[J].系统医学,2021,6(9):57-59.