

DOI: 10.12209/CAIM202401270001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例血管性痴呆合并长期泌尿系感染 老年患者的护理体会

王尤佳

(上海中医药大学附属曙光医院 急诊, 上海, 201203)

摘要: 本文总结 1 例血管性痴呆合并长期泌尿系感染老年患者的护理经验。在完善护理评估和诊断的基础上为患者提供个性化的护理, 并结合常规护理、排尿功能障碍护理、认知功能障碍护理等综合措施, 有效地缓解了患者的临床症状, 提高了患者的生活质量。

关键词: 血管性痴呆; 长期泌尿系感染; 老年患者; 护理

Nursing experience on an elderly patient with vascular dementia combined with long-term urinary tract infection

WANG Youjia

(Emergency Department, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine Affiliated Shuguang Hospital, Shanghai, 201203)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience on an elderly patient with vascular dementia combined with long-term urinary tract infection. Based on the nursing evaluation and diagnosis, personalized care was provided to the patient, combined with comprehensive measures such as routine care, urinary dysfunction care, and cognitive dysfunction care, which effectively alleviated the patient's clinical symptoms and improved the life quality.

KEY WORDS: Vascular dementia; long-term urinary tract infection; elderly patient; nursing

血管性痴呆(Vascular Dementia, VD)是一种由脑出血或脑缺血引起的脑血管疾病, 主要影响老年人, 会导致患者脑区低灌注, 从而引发记忆、认知和行为等方面的严重认知功能障碍^[1]。VD 不仅对患者的生活质量产生负面影响, 还给家庭和社会带来了巨大的负担。研究表明, 对 VD 患者进行有效的护理干预可以改善其认知功能和精神状态, 有助于提高患者的独立生活能力^[2]。

泌尿系感染是临床上一种常见的泌尿系统疾病, 可发生于各个年龄段, 以老年人居多。在转归方面, 老年人的疾病抵抗力差, 且在治疗过程中易出现耐药性, 致使泌尿系感染反复发作, 还可能进一步引发肾盂肾炎, 或并发肾功能衰竭、败血症等疾病, 严重时可能造成患者死亡。另外, 反复发作的泌尿系感染还会对老年患者的生活质量及预后造成严重影响^[3]。本文总结 1 例 VD 合并长期泌尿系感染老年患者的护理经验, 现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 93 岁, 因头晕症状反复, 认知功能减退, 为求进一步治疗于 2024 年 1 月 3 日入院。现病史: 头晕, 乏力, 记忆力减退, 胃纳可, 夜寐可, 夜尿频, 大便一般。既往史: 高血压病 3 级(极高危), 慢性支气管炎, 前列腺增生, 骨质疏松, 脑梗死, 上消化道大出血, 胃吻合口炎, 泌尿道感染, 慢性肾功能不全多年; 曾有胃大部切除手术史; 无家族史, 否认遗传病史; 有青霉素、喹诺酮类药物过敏史。患者入院后完善体格检查。辅助检查: 白细胞 $15.61 \times 10^9/L \uparrow$; 中性粒细胞(%) 80.90% $\uparrow$; 淋巴细胞(%) 9.60% $\downarrow$; 嗜酸粒细胞(%) 0.40% $\downarrow$; 中性粒细胞 $12.62 \times 10^9/L \uparrow$; 单核细胞 $1.38 \times 10^9/L \uparrow$; 红细胞 $3.42 \times 10^{12}/L \downarrow$; 血红蛋白 $97.0 \text{ g/L} \downarrow$; 红细胞压积 0.301 $\downarrow$; 血小板分布宽度 $8.8 \text{ fL} \downarrow$; 血清淀粉样蛋白 A 测定 $23.68 \text{ mg/L} \uparrow$; D 二聚体 $0.60 \text{ mg/L} \uparrow$; N 末端脑钠肽前体

收稿日期: 2024-01-27

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1176.0 pg/mL ↑; 尿素 10.32 mmol/L ↑; 肌酐 142 μmol/L ↑; 尿酸 532 μmol/L ↑; 葡萄糖 7.20 mmol/L ↑; 总蛋白 62 g/L ↓; 白蛋白 34 g/L ↓; 氯 97 mmol/L ↓; 肌酸激酶 21 U/L ↓; 肌钙蛋白 I 0.035 ng/mL ↑; 白细胞酯酶: +++; 白细胞(尿沉渣) 505.70/μL ↑; 细菌(尿沉渣) 914.30/μL ↑; 镜检白细胞+++; 中段尿培养提示大肠埃希菌、近平滑念珠菌。中医四诊: ①望诊: 精神正常, 面色正常, 体态正常, 舌质淡红, 舌苔白腻; ②闻诊: 气味正常; ③问诊: 体温正常, 无汗, 周身乏力, 头晕, 无咳嗽、咳痰; ④切诊: 脉沉弦。

西医诊断: 脑梗死后遗症(血管性痴呆)、胃吻合口炎、胃术后(胃溃疡)、高血压病3级(极高危)、骨质疏松、前列腺增生、(慢性)泌尿道感染。中医诊断: 缺血性中风(中经络); 中医辨证: 风痰阻络证。患者入院后给予营养支持, 抑酸护胃, 利尿, 营养神经, 改善前列腺增生, 促进钙吸收, 抗感染联合中医汤剂及耳穴压丸治疗。营养支持从入院第1天开始, 能全力混悬液 1000 mL, 每日进行1次; 抑酸护胃从入院第1天开始, 雷贝拉唑钠肠溶胶囊每日2次口服; 利尿治疗从入院第1天开始, 伊迈格片每日2次口服; 营养神经从入院第1天开始, 腺苷钴胺片每日3次口服; 改善前列腺增生治疗从入院第1天开始, 非那雄胺片每日1次口服; 从入院第1天开始促进钙吸收, 骨化三醇软胶囊每日1次口服; 抗感染从入院第1天开始, 0.9%氯化钠 100mL+头孢曲松钠粉针每日1次静滴; 中医汤剂(补阳还五汤加减)从入院第7天开始, 每日浓煎一剂; 耳穴压丸从入院第1天开始, 取左耳心、脾、肾穴位处予以磁珠贴压, 指导患者每穴每日按压4~8次, 每次每穴5分钟, 7天为一疗程。以上治疗措施均直至住院周期结束。经过积极治疗与中医护理干预, 患者病情好转, 尿频及认知情况好转, 自理能力提高, 在院期间未发生跌倒与营养失调情况。患者住院21天, 于2024年1月23日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 跌倒/坠床风险评估

采用根据 Morse 量表改良的跌倒/坠床风险评估量表进行评估, 内容有年龄、跌倒史、排泄/排便/排尿、使用高风险药物、携带导管数、活动能力、认知情况。该患者年龄>70岁, 存在紧迫或

频繁的排泄, 使用2种或以上药物, 移动/转步/行走时需辅助或监管, 步态不稳定, 认知限制或障碍, 跌倒/坠床风险评估为18分, 评估为跌倒/坠床高风险患者。

2.1.2 压疮风险评估

采用根据 Braden 量表改良的压疮风险评估量表进行评估, 评估内容包括合作及活动意愿、皮肤情况、附加病症、身体营养状况、精神状况、躯体活动能力、感知反应、失禁情况、摩擦和剪切力(在床/椅上移动), 得分<25分为高危患者。该患者评分为28分, 无压疮风险。

2.1.3 血栓风险评估

采用简化的 Caprini 血栓风险评估量表进行评估, 患者得分为5分, 深静脉血栓发生风险极高。

2.1.4 自理能力得分

采用生活自理能力 Barthel 评估量表, 评估内容有进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕、床椅转平地行移、走、上下楼梯, 根据患者现有的自理行为进行评分, 得分≤40分为重度依赖, 41~60分为中度依赖, 61~95分为轻度依赖, >95分为无需依赖。患者控制大便能力10分, 进食、穿衣、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯能力各为5分, 洗澡能力、修饰能力各为0分, 共计45分, 属于中度依赖。

2.1.5 营养风险评估

采用营养风险筛查简表 NRS2002 对患者营养状况进行评估, 患者有胃大部切除术病史且年龄>70岁, 营养评分为3分, 属于营养筛查阳性, 需按时复查。

2.1.6 辨证分型

患者舌质淡红、苔白, 脉沉弦。四诊合参, 病症结合, 辨病属“缺血性中风(中经络)”, 辨证属“风痰阻络证”。

2.2 护理诊断

排尿障碍、尿频: 与泌尿系统感染、前列腺增生有关。自理能力缺陷: 与脑梗死、认知功能障碍、年龄较大有关。认知障碍: 与脑梗死有关。潜在并发症: 跌倒、再次脑卒中、营养失调。

2.3 护理计划

制定护理计划如下: ①患者夜间尿频情况改善; ②患者认知障碍改善; ③患者自理能力改善; ④患者未发生跌倒; ⑤患者未发生再次脑卒中; ⑥患者未发生营养失调。

2.4 护理措施

2.4.1 生活护理

护理人员确保患者病室通风良好,保持清洁、安静,光线柔和,避免过度刺激;主动了解患者需求,鼓励自我护理;协助日常生活活动;确保安全防护,进行安全护理,合理设置扶手,确保床的高度适当,指导患者正确使用呼叫器。

2.4.2 运动护理

告知患者运动锻炼可防止关节强直、挛缩,维持身体灵活性,强化自我照顾;与患者及家属制订切实可行的锻炼计划,采取安全措施,如防滑措施、助行器具;协助家属进行肢体功能锻炼,包括被动运动,促进肌肉灵活性;注意观察患者行走姿势,确保稳定平衡,防止跌倒;在行走时保持身体温暖,防范寒冷天气影响。

2.4.3 饮食护理

鼓励患者主要选择易消化的流质食物,减少患者胃肠负担;适当摄入奶制品和肉类、蛋豆类,确保患者获得足够的蛋白质、维生素和矿物质;控制患者的油脂、盐分和糖分摄入,以维持良好的营养平衡;鼓励患者每天补充 1000~1500 mg 的钙质,有利于预防骨质疏松症;定期监测患者的营养状况,包括饮食记录、体重变化、精神状态等,确保患者获得全面均衡的营养;定期监测患者的皮肤状况、尿量以及实验室指标的变化,及时发现并处理可能的营养问题;根据评估结果,如发现患者存在营养不良或需要额外的营养支持,及时采取相应的措施。

2.4.4 用药护理

患者以口服药为主,严格遵守医嘱,按时按量正确为老年患者服药;服药前对患者进行评估并向患者及家属说明不良反应;帮助老年患者坐立或者将床头抬高 30~50°,再进行给药,以避免药物误入气管,引起呛咳或意外;服药前先让患者饮水一口,以湿润口腔和食管,服药中饮水不得少于 100 mL,以防药物滞留在食道狭窄处,或高浓度药物刺激胃黏膜;确认患者已经服药;注意观察老年患者用药后可能出现的不良反应,如胃肠道反应等,及时通知医生并处理^[4]。

2.4.5 排尿功能障碍的护理

患者在晚餐后减少饮水量,避免在睡前饮用大量液体,以减少夜间尿频的发生;帮助患者养成规律的排尿习惯,即在白天和晚上都尽量在固定的时间进行排尿,有助于调整膀胱的生物钟,提高

排尿控制能力^[5];采用膀胱训练方法,逐渐延长排尿间隔,让膀胱适应更长的收尿时间;监督患者按医嘱规定进行用药,及时观察患者是否出现药物不良反应,出现后及时报告医生并处理。

2.4.6 认知功能障碍的护理

我们采取一系列护理措施以促进患者的身体和认知功能改善。首先确保患者所在的环境安全,去除可能导致跌倒或其他意外的危险因素,如锐利物品、滑倒的地面等;定期监测患者的认知状况,了解其日常生活中是否存在困扰或危险的问题,及时采取措施解决;利用视觉、听觉、触觉等方式提供患者方向性的支持,例如使用标识牌、明显的标记,帮助患者更容易理解和辨认环境,同时进行情境记忆训练,即患者仔细回忆自己生活中有关方位的记忆,如家庭住址,从而锻炼患者的方向感;给患者介绍环境,让患者了解周围的人和事,并创造及维持规律的日常生活,包括规律的饮食、作息时间,有助于提供患者安全感和稳定感;根据患者的神经功能缺陷进行步态训练和精细协调训练,鼓励患者树立康复信心;与患者进行简单、明确、重复的沟通,使用清晰而简单的语言,避免复杂的语句和问题;患者可能出现情绪不稳定、抑郁、焦虑、恐惧等负面情绪,应根据患者的心理状况制定个性化的护理方案,提供温暖、关爱和理解,尊重患者的尊严,鼓励家庭成员和护理人员提供额外的支持,同时护士需要注意沟通方式和技巧诱导问题,鼓励患者表达情绪,改善患者负面情绪。

2.4.7 耳穴压丸

取穴:左耳心、脾、肾。取穴依据:疏通经络,补肾固精。操作方法:遵医嘱予以耳穴压丸隔日一次,取左耳心、脾、肾穴位处予以磁珠贴压,指导患者每穴每日按压 4~8 次,每次每穴按压 5 分钟,不可揉搓,同时观察患者埋豆部位有无疼痛、痒感等过敏症状。操作时注意动作轻柔,避免误伤。患者进行耳穴压丸 7 天为一个疗程结束,共计 3 个疗程。

2.4.8 补阳还五汤

补阳还五汤组成如下:连钱草 30 g、石韦 15 g、海金沙 15 g、槲寄生 12 g、枳壳 12 g、山药 10 g、车前子 15 g、管花肉苁蓉 9 g、夏枯草 10 g、小蓟 15 g、茯苓 10 g、白术 10 g。煎服法:上方加水 200~300 mL 浸泡 1 小时,煎沸后小火一刻钟,取汁,再加水 200 mL 重复一次,两剂相混,分两次顿

服。此方共7剂,每日浓煎一剂,患者口服。

2.4.9 出院指导

向患者及家属强调让患者保持日常生活技能的重要性,包括个人卫生、穿衣进食等;同时格外关注患者的行动安全,清理家中可能导致跌倒或伤害的障碍物,确保患者在家中的环境是安全的,另外遵医嘱按时按量服药,请勿随意减量或停药。

2.5 护理评价

通过对患者实施综合护理干预,患者夜间尿频情况及认知功能改善,日常生活能力评分提高,患者在院期间未发生跌倒、营养失调、再次卒中。具体评估结果见表1。

表1 干预前后患者各项评估得分

	跌倒/坠床 风险评估	血栓风 险评估	自理能 力评估	营养风 险评估
2024年1月3日	18	5	45	3
2024年1月6日	18	5	45	3
2024年1月9日	16	5	50	3
2024年1月13日	14	5	55	3

2.6 随访

患者出院后的第3天、第7天、第14天分别给予了电话随访,问询患者及家属当前身体症状,患者及家属反馈患者头晕乏力缓解,夜尿频率明显减少,且未再发生记忆力减退情况。

3 讨论

VD是一种由脑实质损害引起的神经活动受损,通常与高血压或脑血管疾病并发相关。在亚洲,VD的发生率较高,通常与卒中高发病率有关^[6]。目前尚无确定的治疗方法可以改变VD的整个病程,卒中后坏死的脑细胞是不可逆转的。专家推荐VD患者的康复应以护理和心理支持为主,通过进行运动训练和自理能力训练,可以改善患者的认知功能,为其提供更高的生活质量^[6]。

老年人易反复尿路感染的原因复杂,主要因外阴和尿道口菌群失调,降低了对病原菌的抵抗能力;同时,前列腺肥大、尿路狭窄增加了尿液返流风险;老年人的生理特点如松弛的括约肌和湿润的会阴部,为细菌繁殖提供了有利条件;因机体免疫力底下,老年人易发生各种感染性疾病,会长期使用抗感染药物而致使菌群失调并产生耐药性^[7-8]。这些因素叠加,可导致泌尿系感染反复,增加上尿路损伤风险。因此,护理上需重点关注泌尿系统问题,预防控制感染反复,同时加强老年

患者的营养支持,提高其机体免疫力,降低感染风险。

目前对于缺血性卒中的治疗,西医方面主要是药物注射溶栓及机械介入除栓。但是对于老年患者,这两种治疗方式出血风险大,且后遗症较多,预后效果较差,因此并不推荐给高龄患者使用^[9]。近年来,中医依托其自身辨证论治、整体观念体系,在治疗缺血性卒中方面取得了较好的疗效。补阳还五汤用石韦、海金沙、车前子利尿通淋,枳壳破气消积,山药补气养阴,夏枯草清肝明目,小蓟凉血止血,茯苓利水渗湿,白术补气健脾,被广泛用于治疗缺血性心脑血管疾病^[10]。

在本案例中,通过完善护理评估和诊断,我们为患者提供了个性化的护理措施,并结合常规护理、排尿功能障碍护理、认知功能障碍护理等综合手段,有效地缓解了患者的临床症状,改善了生活质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] CALABRESE V, GIORDANO J, SIGNORILE A, et al. Major pathogenic mechanisms in vascular dementia: roles of cellular stress response and hormesis in neuroprotection [J]. *J Neurosci Res*, 2016, 94 (12): 1588-1603.
- [2] 李敏, 张伟伟. 以问题为导向的全程化护理在老年血管性痴呆患者中的应用[J]. *河南医学研究*, 2021, 30(5): 2.
LI M, ZHANG W W. Application of problem oriented full process nursing in elderly patients with vascular dementia [J]. *Henan Medical Research*, 2021, 30 (5): 2.
- [3] 李正斌. 老年人尿路感染的临床特点及诊治要点分析[J]. *临床医学研究与实践*, 2017, 2(34): 91-92.
LI Z B. Analysis of clinical characteristics, diagnosis and treatment of urinary tract infection in the elderly [J]. *Clin Res Pract*, 2017, 2(34): 91-92. (in Chinese)
- [4] 王亚杰, 马硕奥, 尹羽瑄, 等. 老年人口服药状况分析及解决对策[J]. *全科口腔医学电子杂志*, 2019, 6(12): 9, 12.
WANG Y J, MA S A, YIN Y X, et al. Analysis of the situation of oral medication in the elderly and its

- countermeasures [J]. *Electron J Gen Stomatol*, 2019, 6(12): 9, 12. (in Chinese)
- [5] 高晓静, 姜萍. 老年患者夜尿频繁的因素及其护理干预[J]. *吉林医学*, 2005, 26(7): 755.
- GAO X J, JIANG P. Factors of frequent nocturia in elderly patients and its nursing intervention [J]. *Jilin Med J*, 2005, 26(7): 755. (in Chinese)
- [6] 丁素菊. 血管性痴呆[J]. *中国老年学杂志*, 2003, 23(4): 200-202.
- DING S J. Vascular dementia [J]. *Chin J Gerontol*, 2003, 23(4): 200-202. (in Chinese)
- [7] 岑海燕, 吴建国, 陈燕, 等. 老年性尿路感染的流行病学及诊治现状[J]. *国外医药(抗生素分册)*, 2023, 44(6): 379-382.
- CEN H Y, WU J G, CHEN Y, et al. Progress in the epidemiology and current status of diagnosis and treatment of geriatric urinary tract infection [J]. *World Notes Antibiot*, 2023, 44(6): 379-382. (in Chinese)
- [8] 韩兵. 老年人尿路感染的临床特点及诊治要点[J]. *中国实用医药*, 2018, 13(16): 63-64.
- HAN B. Clinical characteristics, diagnosis and treatment of urinary tract infection in the elderly [J]. *China Pract Med*, 2018, 13(16): 63-64. (in Chinese)
- [9] 譙茹, 樊启猛, 贺鹏, 等. 补阳还五汤抗脑卒中网络动力学研究 [J]. *中草药*, 2024, 55 (01): 127-137.
- JIAO R, FAN Q M, HE P, et al. A Study on the network dynamics of Buyang Huanwu decoction in treating stroke [J]. *Chinese Herbal Medicine*, 2024, 55 (01): 127-137.
- [10] 刘玉民. 补阳还五汤对老年缺血性脑卒中的影响 [J]. *光明中医*, 2023, 38(18): 3582-3585.
- LIU Y M. Effect of Buyang Huanwu Decoction on senile ischemic stroke [J]. *Guangming J Chin Med*, 2023, 38(18): 3582-3585. (in Chinese)

(本文编辑:王丽瑶)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。