

的围术期护理[J]. 全科护理, 2013, 10(3): 637-638.

[9] 康常艳. 老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病 22 例围术期护理经验[J]. 吉林医学, 2014, 35(26): 5970.

[10] 付连英. 老年结肠癌并发肠梗阻患者围手术期护理干预分析[J]. 中国伤残医学, 2012, 20(7): 109.

[11] Matsumoto T, Nishina T, Mizuta M, et al. Phase II study of first-line chemotherapy with uracil-tegafur plus oral leucovorin in elderly (≥ 75 years) Japanese patients with metastatic colorectal cancer: SGOSG-CR0501 study[J]. Int J Clin Oncol, 2015, 20(1): 111-116.

[12] 陈旭霞, 金锡尊, 邵芬娣, 等. 肠道支架在结肠癌性梗阻术前肠道准备中的应用及护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(11): 1055-1056.

[13] Reshef A, Hull TL, Kiran RP. Risk of adhesive obstruction after colorectal surgery: the benefits of the minimally invasive approach may extend well beyond the perioperative period. aloxifene[J]. Surg Endosc, 2013, 27(5): 1717-1720.

(收稿日期: 2015-10-25 修回日期: 2016-01-15)

• 临床探讨 •

睡眠护理干预对老年谵妄患者临床症状影响效果研究

蒲雨笙(四川大学华西医院老年医学中心/干部医疗科, 成都 610041)

【摘要】 目的 探讨睡眠护理干预对老年谵妄患者临床症状的改善效果。方法 选取 60 例老年谵妄患者随机分为睡眠护理干预组和对照组, 每组各 30 例。对照组进行常规护理干预, 睡眠护理干预组在常规护理的基础上再给予睡眠护理干预, 对比两组患者干预前后的谵妄量表分析系统(CAM-CR)评分、睡眠潜伏期时长、总睡眠时间, 并比较两组患者的临床疗效。结果 干预前, 两组患者的 CAM-CR 评分差异无统计学意义($P>0.05$); 干预后, 两组患者的 CAM-CR 评分均显著改善($P<0.01$), 且睡眠护理干预组患者的 CAM-CR 评分显著优于对照组($P<0.01$)。睡眠护理干预组的治疗有效率显著高于对照组($P<0.05$)。干预前, 两组患者的睡眠潜伏期时长、总睡眠时间差异无统计学意义($P>0.05$); 干预后, 两组患者的睡眠潜伏期显著缩短($P<0.01$), 总睡眠时间显著延长($P<0.01$); 且睡眠干预组患者的睡眠潜伏期显著短于对照组($P<0.01$), 总睡眠时间显著长于对照组($P<0.01$)。结论 睡眠护理干预可显著缩短谵妄患者的睡眠潜伏期, 延长总睡眠时间, 改善其 CAM-CR 评分, 提高治疗有效率。

【关键词】 睡眠; 护理; 谵妄
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.036 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)08-1098-02

谵妄是一种较常见的脑器质性精神障碍, 在住院患者中的发病率为 15%~20%, 在老年住院患者中高达 60%^[1]。其临床主要症状有感染、跌倒、压疮、严重行为紊乱、冲动伤人^[2]。目前, 主要采用精神药物治疗和原发疾病的针对治疗, 但临床疗效并不显著, 且有些精神药物可能会引起致命性心律失常等严重不良反应^[3]。护理干预对于谵妄症的治疗具有重要意义。研究表明, 谵妄症患者普遍存在睡眠障碍, 而睡眠障碍可能降低机体的免疫力, 不利于谵妄患者的治疗^[4]。因此, 为了探讨睡眠护理对谵妄患者的疗效影响, 本文进行了相关研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院老年科 2013 年 6 月至 2015 年 6 月收治的 60 例老年谵妄患者, 均符合《美国精神障碍诊断与统计手册》有关谵妄症的诊断标准, 将其按照数字表法随机分为睡眠护理干预组和对照组, 每组各 30 例。排除标准: 药物滥用者; 伴有肿瘤、癫痫、脑外伤者; 痴呆患者, 或认知功能障碍者; 肝、肾功能严重障碍者; 伴有其他精神疾病者。其中男 37 例, 女 23 例; 年龄 60~85 岁, 平均(66.7 $\pm$ 5.3)岁; 原发疾病类型: 51 例脑血管疾病, 9 例感染。两组患者在性别、年龄及原发疾病类型等一般资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组护理进行常规护理干预, 睡眠护理干预组再给予睡眠护理干预。常规护理: 从患者入院时开始制定针对性强的护理计划, 需协助其快速熟悉病房环境, 讲解随后的具体生活方式。每间隔 0.5~1.0 h 监测并记录脉搏、体温、血压、呼吸频率及氧饱和度等生命指标, 若病情稳定可适当延长间隔时间。饮食应以高蛋白、高热量、高维生素为宜, 需少量慢

速进行, 根据患者的情况可采用喂食、鼻饲及静脉注射营养物质等方式, 需留意是否有吞咽反射以免发生噎食。保持呼吸畅通, 必要时采用雾化吸入、服用稀释痰液药物等方法促进排痰, 避免口咽分泌物进入支气管或气管中。每天使用温开水棉球清洁口腔, 防止感染的发生。加强巡视, 以免走失。睡眠护理干预: 了解患者的文化背景及性格特点后, 向患者及家属做好宣教工作, 讲解疾病相关知识, 解释各种治疗的方法和目的, 最大限度地减轻患者的恐惧心理。保证患者有充足的睡眠, 创造安静、整洁、舒适的睡眠环境。休息时间减弱光线, 减少人员走动, 治疗集中, 操作时动作轻柔, 必要时可以根据医嘱使用镇静药物帮助睡眠。每周举行 3 次有关睡眠卫生知识、促进睡眠心理疗法及药物应用原则等内容健康睡眠讲座。先观察留意患者的睡眠习惯, 记录并总结其不良习惯, 随后进行逐项不良习惯的纠正。夜间减少饮水量、减少日间睡眠时间。启用刺激控制程序法: 让患者自我感觉有睡意时才上床准备睡觉, 若上床 15 min 后仍未入睡则马上起床, 进行适当的放松活动, 如洗澡, 看书, 听听轻松、愉悦的音乐, 再次有睡意时才上床, 重复上述程序直至成功入睡。嘱咐患者躺床时需放空思维, 不要胡思乱想。从而建立持久睡眠-觉醒的时间规律, 打破失眠-唤醒-失眠的恶性循环。叮嘱并监督患者按时起床, 白天尽量不睡觉或下午 3:00 以前进行小段时间的午睡, 严格遵守作息规律。

1.3 观察指标 观察并对比两组患者干预前后的谵妄量表分析系统(CAM-CR)评分、睡眠潜伏期时长、总睡眠时间, 并比较两组患者的临床疗效。

1.4 疗效标准 采用 CAM-CR 减分率评估疗效, 减分率为治疗前后 CAM-CR 评分差值与治疗前 CAM-CR 评分的比值。

显效:患者的减分率不低于 60%;进步:患者的减分率介于 25%~60%之间;无效:患者的减少率低于 25%。有效率=(显效例数+进步例数)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 20.0 软件包进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后 CAM-CR 评分的比较 干预前,两组患者的 CAM-CR 评分差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,两组患者的 CAM-CR 评分均降低,且睡眠干预组患者的 CAM-CR 评分显著优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。具体见表 1。

表 1 两组患者干预前后 CAM-CR 评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
睡眠护理干预组	30	29.8±4.5	13.8±2.4 [△]
对照组	30	30.2±4.7	15.5±2.7* [△]

注:与睡眠护理干预组比较,* $P<0.01$;与同组干预前比较,[△] $P<0.01$ 。

2.2 两组患者护理干预后疗效的比较 睡眠护理干预组的治疗有效率为 93.3%(28/30),对照组的有效率为 73.3%(22/30),睡眠干预组的治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。具体见表 2。

表 2 两组患者护理干预后疗效的比较(*n*)

组别	<i>n</i>	显效	进步	无效
睡眠护理干预组	30	19	9	2
对照组	30	14	8	8

2.3 两组患者护理干预前后睡眠潜伏期及总睡眠时间的比较 干预前,两组患者的睡眠潜伏期时长、总睡眠时间差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者的睡眠潜伏期显著缩短,差异有统计学意义($P<0.01$),总睡眠时间显著延长,差异有统计学意义($P<0.01$);且睡眠护理干预组患者的睡眠潜伏期显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),总睡眠时间显著长于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。具体见表 3。

表 3 两组患者护理干预前后睡眠潜伏期及总睡眠时间的比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	睡眠潜伏期		总睡眠时间	
	干预前	干预后	干预前	干预后
睡眠护理干预组	40.1±9.4	12.0±5.4*	201.3±25.7	388.7±52.4*
对照组	42.2±9.9	21.5±6.1* [△]	204.8±26.2	292.5±41.6* [△]

注:与同组干预前比较,* $P<0.01$;与睡眠护理干预组比较,[△] $P<0.01$ 。

3 讨 论

随着我国人口的老龄化,谵妄的发病率也在逐年上升,其严重降低了人们的生活质量,加重陪护家属的压力,临床不良影响非常明显^[5]。目前,谵妄主要采用精神药物治疗和原发疾病的针对治疗,但临床疗效仍相对有限,而且部分研究者对精神药物治疗的安全性存在争议。Inouye 等^[6]研究显示,应用精神药物治疗老年谵妄患者的不良反应发生率为 10%~20%。Terzaghi 等^[7]研究发现谵妄症普遍存在睡眠障碍,而睡眠障碍可能降低机体的免疫力、使交感神经更易疲劳,加重认知障碍

不利于谵妄患者的有效治疗。Leung 等^[8]对手术住院患者的睡眠情况和谵妄发生情况进行统计分析发现失眠和谵妄的发生具有正相关关系。Hata 等^[9]对 ICU 患者进行睡眠干预发现可以有效降低谵妄的发生概率。然而,对谵妄患者的睡眠干预研究却少有报道。

本文中,干预后,两组患者的 CAM-CR 评分均显著改善($P<0.01$),表明常规治疗可在一定程度上缓解谵妄患者的病情。但睡眠护理干预组患者的 CAM-CR 评分显著优于对照组($P<0.01$),睡眠护理干预组的谵妄治疗有效率显著高于对照组($P<0.05$),表明睡眠护理干预组的谵妄治疗效果更优。为了探究具体原因,本文对比了两组患者的睡眠质量。结果发现睡眠护理干预组患者的睡眠潜伏期显著短于对照组($P<0.01$),总睡眠时间显著长于对照组($P<0.01$)。因此,本研究认为睡眠护理干预组患者是由于进行了睡眠护理干预,缩短了睡眠潜伏期、延长了总睡眠时间,改善了患者的睡眠质量,从而更有利于谵妄的治疗。

综上所述,睡眠护理干预可显著缩短谵妄患者的睡眠潜伏期、延长总睡眠时间,改善其 CAM-CR 评分,提高治疗有效率。

参考文献

[1] Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, et al. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings[J]. Best Pract Res Clin Anaesthesio, 2012, 26(3): 277-287.

[2] Turkel SB, Jacobson J, Munzig E, et al. Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents[J]. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2012, 22(2): 126-130.

[3] Schrijver EJ, de Vries OJ, Verburg A, et al. Efficacy and safety of haloperidol prophylaxis for delirium prevention in older medical and surgical at-risk patients acutely admitted to hospital through the emergency department: study protocol of a multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial[J]. BMC Geriatr, 2014, 14(1): 96.

[4] Terzaghi M, Sartori I, Rustioni V, et al. Sleep disorders and acute nocturnal delirium in the elderly: a comorbidity not to be overlooked[J]. Eur J Intern Med, 2014, 25(4): 350-355.

[5] 石崛, 胡敏芝, 谭尚展. 健康宣教对外科重症高龄患者术后谵妄转归的影响[J]. 右江医学, 2012, 40(2): 230-231.

[6] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people[J]. Lancet, 2014, 383(9920): 911-922.

[7] Terzaghi M, Sartori I, Rustioni V, et al. Sleep disorders and acute nocturnal delirium in the elderly: a comorbidity not to be overlooked[J]. Eur J Intern Med, 2014, 25(4): 350-355.

[8] Leung JM, Sands LP, Newman S, et al. Preoperative sleep disruption and postoperative delirium[J]. J Clin Sleep Med, 2015, 11(8): 907-913.

[9] Hata RK, Han L, Slade J, et al. Promoting sleep in the adult surgical intensive care unit patients to prevent delirium[J]. Nurs Clin North Am, 2014, 49(3): 383-397.