

[6] 杨丽媛,刘艳,王爱田,等. CRRT 治疗脓毒症患者的疗效与护理观察[J/CD]. 中西医结合心血管病杂志:电子版, 2013,1(2):53-54.

[7] 张昕屏,倪冬姝. 护理干预对 ICU 行 CRRT 患者治疗效果的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2013,18(2):96-97.

[8] 邹懿,王明初,程宗华,等. 重症急性肾功能衰竭应用 CRRT 比照 IHD 的效果研究[J]. 当代医学, 2014,21(2): 68-70.

[9] 魏新平. 连续性肾脏替代治疗(CRRT)对慢性肾功能衰竭合并心力衰竭患者的临床疗效[J/CD]. 世界最新医学信息文摘:电子版, 2013,13(19):14-15.

[10] 王凤珍. 优质、舒适护理在 CRRT 治疗中的应用[J]. 中国伤残医学, 2014,22(5):218.

(收稿日期:2014-06-24 修回日期:2014-11-16)

脑卒中相关性睡眠障碍的影响因素与护理干预

张 杨(解放军总医院南楼临床部神经内科,北京 100038)

【摘要】 目的 探讨脑卒中相关性睡眠障碍的影响因素及综合护理干预对脑卒中患者睡眠障碍的作用。**方法** 选取解放军总医院 2009 年 1 月至 2013 年 1 月收治的脑卒中患者 88 例,随机分为观察组和对照组,各 44 例。对照组实施常规护理,观察组在此基础上给予综合护理干预,探讨两组干预前后相关性睡眠障碍指标的变化及其影响因素,并对两组焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分进行比较。**结果** 干预后,观察组患者的入睡时间、睡眠时间、觉醒次数及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)各项指标评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后 7 d 的 SAS 与 SDS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 脑卒中相关性睡眠障碍与心理、环境因素及患者自身疾病的病痛相关,给予老年脑卒中患者综合护理干预,可有效改善患者的睡眠状况,有助于降低患者抑郁和焦虑程度。

【关键词】 脑卒中; 睡眠障碍; 影响因素; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.06.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)06-0857-03

脑卒中相关性睡眠障碍是指在脑卒中病程中所发生的与正常睡眠和觉醒节律性交替紊乱有关的常见且严重的并发症^[1],可严重影响脑卒中患者的日常生活质量,更重要的是睡眠障碍容易导致患者出现抑郁或焦虑等负面情绪,间接影响患者的正常治疗和神经功能的恢复^[2]。睡眠障碍受患者疾病本身造成的痛苦、心理压力、环境噪声或光线等因素的影响,根据脑卒中患者的病情状况,建立符合个体化的综合护理干预措施,消除影响患者睡眠质量的因素,有利于改善患者预后^[3]。本研究探讨了脑卒中相关性睡眠障碍的可能影响因素及护理干预对脑卒中患者睡眠的辅助作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 1 月至 2013 年 1 月于本院神经内科就诊的脑卒中患者 88 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 44 例,均为男性,其中观察组年龄 80~95 岁,平均(87.36±5.62)岁,对照组年龄 80~95 岁,平均(86.23±5.73)岁。所有患者均符合我国 1995 年第 4 届脑血管病学术会议所制订的有关脑卒中的诊断标准,且均有计算机断层扫描(CT)及核磁共振成像(MRI)影像学资料佐证,均为首次脑卒中患者。排除标准:(1)合并有其他器官或系统的严重疾病者;(2)有严重的神经功能疾病或神经疾病家族史者;(3)有严重的肝肾功能异常及认知功能障碍者;(4)依从性差,不能坚持接受综合护理干预者。所有患者均自愿签署知情同意书。两组患者一般基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者实施常规护理,包括针对患者的常规入院护理和出院护理事项,以及根据患者病情程度进行本院规定的二级护理、一级护理及特级分级护理。观察组患者在对照组患者常规护理的基础上实施综合护理干预^[4],具体如下。(1)心理干预:对入院患者进行疾病教育,讲述脑卒中的治疗及康复知识,减少患者的心理压力,尽可能满足患者的生活需求,

使患者以乐观的心态去面对疾病,从而提高患者的睡眠质量及原发病的康复。(2)环境因素干预:为患者创造理想的休息环境,在不影响治疗的前提下,每日帮助患者进行温水泡脚,给予有助于睡眠的牛奶,并鼓励患者睡前排尿;避免在夜间对患者进行问诊与治疗,在夜间对患者进行护理时应动作轻柔,晚上将病房灯光调低,室内温度调整在 20~25℃,相对湿度 55%~60%,促进患者慢波睡眠;对入睡困难的患者进行睡眠技巧的指导,使其能够更快入睡。(3)饮食干预:劝导患者建立良好的饮食习惯,严格控制每日热量与脂肪摄入量,鼓励患者多食用有助于睡眠和易于消化的食物,减少或不饮用含神经兴奋作用的饮料或茶水。(4)药物干预:在不影响治疗效果的前提下,护士可建议主管医生将利尿剂、中枢神经兴奋药的服用时间调整为上午,并告知患者及其家属正确对待催眠药物,不依赖也不排斥正常使用,从而改善患者的睡眠质量。

1.3 观察指标 记录两组患者的入睡时间、睡眠时间、觉醒次数。采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表对患者护理干预前、后的睡眠质量进行评价。该量表主要包括睡眠质量、睡眠时间、入睡时间、睡眠效率、睡眠障碍、睡眠药物及日间功能障碍 7 项内容,每项 0~3 分,0 分为好,1 分为较好,2 分为较差,3 分为很差。同时在入院时及干预后 3、7 d 采用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)对患者的焦虑、抑郁情况进行评价。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组护理干预前后入睡时间、睡眠时间及觉醒次数比较 两组干预前入睡时间、睡眠时间和觉醒次数的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组干预后与干预前相比入睡时间

减少、睡眠时间延长、觉醒次数减少,差异均有统计学意义(t 值分别为 4.262、5.145、8.554,均 $P<0.05$);与对照组干预后相比,入睡时间减少、睡眠时间延长、觉醒次数减少,差异均有统计学意义(t 值分别为 3.565、3.903、6.645,均 $P<0.05$),见表 1。

表 1 两组护理干预前后入睡时间、睡眠时间及觉醒次数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	入睡时间(min)	睡眠时间(h)	觉醒次数(次)
观察组	44	干预前	46.25±12.72	4.85±0.74	4.37±1.23
		干预后	35.73±10.31 ^{ab}	5.73±0.86 ^{ab}	2.35±0.97 ^{ab}
对照组	44	干预前	42.92±11.82	4.86±0.69	4.21±1.24
		干预后	43.81±10.94	5.07±0.72	3.76±1.02

注:与同组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组护理干预前后 PSQI 各项指标评分比较 两组护理干预前 PSQI 各项指标评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组干预后睡眠质量、睡眠时间、入睡时间、睡眠效

率、睡眠障碍、睡眠药物及日间功能障碍评分均较干预前降低(t 值分别为 4.050、4.590、3.101、4.043、3.998、2.689、2.503,均 $P<0.05$);对照组干预前后 PSQI 各项指标评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组干预后上述 PSQI 各项指标评分均较对照组干预后降低(t 值分别为 2.196、4.061、2.414、2.471、2.636、3.191、2.591,均 $P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组干预前后 SAS 与 SDS 评分比较 两组干预前 SAS 与 SDS 评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后 3 d,观察组的 SAS 与 SDS 评分与对照组比较差异均无统计学意义(t 值分别为 1.691、1.966,均 $P>0.05$);干预后 7 d,观察组的 SAS 与 SDS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 值分别为 2.531、5.589,均 $P<0.05$);观察组干预后 3、7 d 的 SAS 与 SDS 评分均小于干预前,差异均有统计学意义(t 值分别为 2.833、4.975, $P<0.05$; t 值分别为 3.701、7.669, $P<0.05$);对照组干预后 7 d 的 SAS 与 SDS 评分均低于干预前,差异均有统计学意义(t 值分别为 2.433、3.997,均 $P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组护理干预前后 PSQI 各项指标评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	睡眠质量	睡眠时间	入睡时间	睡眠效率	睡眠障碍	睡眠药物	日间功能障碍
观察组	44	干预前	1.76±0.88	1.41±1.02	1.86±1.04	1.27±0.81	1.32±0.77	1.06±0.65	1.95±0.97
		干预后	1.05±0.76 ^{ab}	0.63±0.48 ^{ab}	1.22±0.89 ^{ab}	0.68±0.53 ^{ab}	0.76±0.52 ^{ab}	0.72±0.53 ^{ab}	1.54±0.49 ^{ab}
对照组	44	干预前	1.75±0.79	1.42±1.03	1.85±1.06	1.23±0.75	1.36±0.70	1.08±0.72	1.95±0.92
		干预后	1.43±0.86	1.17±0.74	1.71±1.01	1.01±0.71	1.18±0.92	1.21±0.87	1.93±0.87

注:与同组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 两组干预前及干预后 SAS 与 SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SAS			SDS		
		干预前	干预后 3 d	干预后 7 d	干预前	干预后 3 d	干预后 7 d
观察组	44	48.45±14.13	40.19±13.21 ^a	34.58±11.93 ^{ab}	48.37±12.56	39.71±9.12 ^a	32.55±5.43 ^{ab}
对照组	44	48.59±15.27	45.16±14.34	41.27±12.85 ^a	48.78±13.35	44.12±11.76	39.79±6.66 ^a

注:与同组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

脑卒中具有高发病率、高致残率及高致死率的特点,严重影响患者的身体和心理健康,导致患者预后较差。通常认为优质的睡眠可促进疾病的恢复,然而脑卒中患者多伴有睡眠障碍,且睡眠障碍的原因复杂多样,目前尚无特效治疗方法。因此,生活指导、环境改良、心理教育等综合护理干预措施是减少睡眠障碍的重要手段^[5]。睡眠质量与脑卒中的治疗和康复相辅相成,睡眠质量差会导致患者神经兴奋性高,情绪不稳定,使脑耗氧量增加、脑细胞水肿、病情加重,影响机体的修复和语言、运动功能的康复速度。所以临床应给予足够的重视,加强综合护理干预,能明显改善患者的睡眠状态,促进早日康复,提高患者的生活质量^[6]。

造成脑卒中后睡眠障碍的因素很多,疾病引起的不适感是患者入睡困难的重要原因,病变的部位、性质、范围或严重程度是影响脑卒中患者睡眠质量的最主要因素。及时采取治疗和综合护理措施,为患者解除不适感可明显改善病情^[7]。(1)脑卒中发生后导致中枢神经递质失调,如去甲肾上腺素、5-羟色胺和多巴胺等单胺类递质合成减少,导致睡眠障碍,且合并呼吸系统、心血管系统疾病者可加重睡眠障碍。另外,脑卒中后

造成的肢体活动障碍、大小便失禁、定时被动翻身等因素也会影响患者的睡眠质量^[8]。(2)患者住院后活动减少,白天睡眠时间长,睡眠环境不舒适,如光线过亮、声音嘈杂、温湿度不适宜、不适应床位等均可影响睡眠质量^[9]。(3)乙酰胆碱的主要作用是提高大脑皮层的觉醒状态,以及促进学习与记忆等活动,若患者应用大量的乙酰胆碱类药物,可引起异相睡眠减少^[10]。(4)脑卒中发生后,患者对该疾病的预后很难接受,甚至感到恐惧,睡眠前思虑过多,不易入睡均会不断地强化这种负性作用,导致睡眠障碍迁延,继而在这些社会、心理因素作用下形成慢性失眠^[11]。

本研究对患者实施综合护理干预,尽可能消除各种不利于睡眠的因素,并使患者形成良好的睡眠习惯。结果显示,干预后观察组的入睡时间减少,睡眠时间延长,觉醒次数减少,且均优于对照组($P<0.05$)。说明综合护理干预与常规护理相比能够明显改善脑卒中患者相关性睡眠障碍问题,使患者容易入睡,改善睡眠质量和增加睡眠时间。两组干预后 PSQI 各项指标评分均较干预前有所降低,观察组干预前后比较差异有统计学意义($P<0.05$);且观察组 PSQI 各项指标评分均低于对照组($P<0.05$)。观察组干预后 3、7 d 的 SAS 与 SDS 评分比干

预前低($P<0.05$),而对照组仅干预后 7 d 的上述评分比干预前低($P<0.05$);干预后 3 d 观察组的 SAS 与 SDS 评分与对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$),但干预后 7 d 的 SAS 与 SDS 评分均低于对照组($P<0.05$)。表明对脑卒中患者进行综合护理干预,可有效降低患者焦虑、抑郁程度。针对患者的个体情况,可有针对性地制订相应的护理干预措施,如进行睡眠卫生宣教、营造良好的睡眠环境、建立良好的饮食习惯及实施健康的心理教育等。此外,通过对家属的心理排解,让家属能积极地参与和支持,使患者能更好地配合治疗与护理,可有效改善脑卒中住院患者的睡眠^[12]。

综上所述,对脑卒中患者进行综合护理干预,可有效改善患者的睡眠状况,降低患者的焦虑和抑郁程度,并且良好的睡眠质量同样可以反过来促进脑卒中的预后,提高患者原发病的治疗效果及预后恢复^[13]。

参考文献

[1] 钱静. 护理干预对老年脑卒中患者睡眠辅助作用的研究[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(6): 20-21.

[2] 王乃梅. 帕罗西汀治疗脑卒中睡眠障碍的临床观察[J]. 现代预防医学, 2013, 40(6): 1179-1179.

[3] 张艾灵, 毛桂琴. 护理干预对提高老年脑卒中患者睡眠质量的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(21): 26-27.

[4] 张珀璇, 张丽华, 陈冬梅, 等. 护理干预对老年脑卒中患者睡眠质量的影响[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(3): 525-527.

[5] 刘迎春, 滕向东, 吴德云, 等. 脑卒中后睡眠障碍相关因素分析[J]. 中华神经医学杂志, 2011, 10(4): 421-423.

[6] 程力群, 吴丹岭, 俞佳, 等. 脑卒中患者睡眠障碍相关因素临床分析[J]. 江苏医药, 2012, 38(22): 2765-2766.

[7] 高敏, 杨晓文, 陈婷. 从肝论治脑卒中后睡眠障碍 30 例[J]. 中医杂志, 2011, 52(18): 1597-1598.

[8] Abdulraakeeb Abdu Saeed Alhakimy, 刘中霖, 陶恩祥, 等. 脑卒中患者睡眠障碍的临床异质性研究[J]. 中山大学学报: 医学科学版, 2010, 31(5): 681-684.

[9] 王翠玲, 徐凌忠. 共鸣火花穴位刺激配合护理干预对老年脑卒中患者睡眠质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(10): 758-759.

[10] 潘红霞, 欧小益, 何竞. 脑卒中后睡眠障碍的研究进展[J]. 现代预防医学, 2014, 41(1): 94-96.

[11] 张小丽, 崔颖, 汪凤兰, 等. 脑卒中患者睡眠障碍发生情况及影响因素分析[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(14): 2046-2047.

[12] 吴进纯, 杨波, 罗成凤, 等. 疏肝解郁胶囊配合综合心理干预对脑卒中后抑郁症的 30 例分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(4): 419-420.

[13] 赵雪萍, 薛小玲, 苏翠红, 等. 协同护理干预对社区脑卒中患者照顾者生活质量及照顾能力的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(3): 206-208.

(收稿日期: 2014-08-12 修回日期: 2014-12-22)

舒适护理对鼻咽癌放疗后放射性咽炎镇痛药使用的影响

张书芳(湖北医药学院附属太和医院, 湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 探讨舒适护理对鼻咽癌放疗后放射性咽炎镇痛药使用的影响。**方法** 选取 2010 年 2 月至 2014 年 2 月在湖北医药学院附属太和医院接受治疗的 135 例鼻咽癌患者, 分为对照组(64 例)和观察组(71 例)。对照组给予常规护理, 观察组在常规护理的基础上给予舒适护理。比较两组患者采用不同护理方法后的疼痛程度、护理满意度及镇痛药的使用情况。**结果** 观察组患者的疼痛程度低于对照组, 护理满意度评分优于对照组, 组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$); 观察组的镇痛药使用率(33.8%) 低于对照组(79.7%), 组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 舒适护理能有效减轻患者的疼痛程度, 明显提高患者满意度, 减少患者放疗后的镇痛药使用率, 从而降低镇痛药引起的不良反应, 有利于患者的康复及护理质量的提高。

【关键词】 鼻咽癌; 舒适护理; 疼痛; 镇痛药

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 06. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)06-0859-03

舒适护理是一种具有整体性、创造性、个性化、有效的护理模式, 以提高患者的生命质量为目的, 使患者在生理、心理、社会活动及人际交往等方面达到愉悦的状态, 减少负面情绪^[1]。并且发挥患者的主观能动性, 使其积极配合治疗, 以减少并发症的发生, 促进早日恢复健康。鼻咽癌主要的治疗方法是进行放疗, 但是放疗时间的增加与剂量的增大易使患者产生口腔及咽喉黏膜炎性反应, 使患者因疼痛而不能进食, 导致放疗的预期效果差^[2]。此外, 放疗过程会对正常的机体组织造成一定的损伤, 严重影响患者的生活质量与治疗信心, 甚至使患者中断治疗。为减少放疗后疼痛, 提高放疗效果, 临床上采用放射性咽炎镇痛药止痛^[3]。然而, 由于放射性咽炎镇痛药存在不同程度的不良反应, 常见恶心、呕吐、头晕、乏力、食欲缺乏等不良症状。为减轻患者的痛苦, 增强治疗的信心, 减少镇痛药物的应

用及对镇痛药的依赖性, 减少术后并发症, 使患者早日康复, 本研究对鼻咽癌患者采用舒适护理, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 2 月至 2014 年 2 月在本院接受治疗的鼻咽癌患者 135 例, 其中男 76 例, 女 59 例; 年龄 32~67 岁, 平均(51.8±8.9)岁; 均经病理学确诊为鼻咽非角化性癌。鼻咽部肿瘤发展浸润导致头痛 91 例; 治疗过程中引起头痛 31 例, 其中颈部放射性皮炎导致溃疡疼痛 7 例, 头面部放疗后急性反应期出现水肿引起头痛 5 例, 口腔黏膜综合征引起疼痛 19 例; 远处转移癌引起疼痛 13 例, 其中全身骨转移癌 4 例, 肝转移癌 8 例。将所有患者分为对照组(64 例)和观察组(71 例), 对照组采用常规护理方法, 观察组在常规护理的基础上采用舒适护理, 以缓解术后疼痛, 减少镇痛药使用。两组患者在