

· 综 述 ·

## 老年性痴呆睡眠障碍的发生机制和护理进展

宋彩萍 综述,王丽姣 审校

(第三军医大学西南医院老年病科,重庆 400038)

关键词:老年性痴呆;睡眠障碍;机制;护理

中图分类号:R473.5;R749.16

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2010)11-1393-02

老年性痴呆又称阿尔茨海默病(alzheimer disease, AD),是发生于老年期和老年前期的中枢神经系统原发性退行性疾病<sup>[1]</sup>。随着社会的老齡化,AD的发病率日益增高,中国有45.4%的人都曾有不同程度的睡眠障碍<sup>[2]</sup>,在老年人中尤为常见。AD患者睡眠障碍则更加严重,睡眠减少可造成部分AD患者免疫球蛋白、补体、T淋巴细胞亚群下降,从而导致机体抵抗力下降。现将近年来AD相关性睡眠障碍的发生机制、相关护理进展综述如下。

### 1 发生机制

痴呆相关性睡眠障碍常见于AD、血管性痴呆、皮克(Pick)病和正常颅压脑积水等<sup>[3]</sup>。年龄的老齡化对人与动物神经系统、内分泌系统、代谢、生物节律和下丘脑视交叉上核等均有影响<sup>[4]</sup>。

**1.1 视丘下部的视交叉上核(SCN)假定的生物节律起搏器的神经脱节<sup>[5]</sup>** 研究证明,AD患者由于视丘下部的SCN假定的生物节律起搏器的神经脱失以及Meynert基核的神经脱失可降低类胆碱能皮质的去同步化,进而引起丘脑网状结构的生物节律中枢的去抑制,引起快动眼(REM)睡眠时间缩短和频率减少。

**1.2 生物钟紊乱** 表现为夜间觉醒增多和日间睡眠增多。研究表明,年龄对人与动物的生物节律和SCN均有影响<sup>[6]</sup>。年龄老齡化导致生物钟(节律)慢性磨损,发生功能和形态退变,表现节律衰退,环境同步器感受性下降,造成老年人难以适应环境而发生睡眠觉醒周期障碍。

**1.3 松果体合成功能下降和分泌褪黑素减少** 下丘脑的生物节律起搏点位于SCN,起着调节褪黑素分泌的作用。SCN是重要的睡眠调节中枢,调节松果体激素分泌的因素主要有光刺激所产生的昼夜节律的变化,使得褪黑素的合成和分泌呈24h周期性变化<sup>[7]</sup>。褪黑素能调节人类的睡眠-觉醒周期,夜间褪黑素的分泌高峰与睡眠质量和睡眠持续时间密切相关。AD患者表现有睡眠障碍和日落综合征。Rindisbacher和Hopkins定义日落综合征<sup>[8]</sup>为夜发性神志恍惚和意识模糊,患者可呈现意识模糊状态或者恶化,出现护理管理困难,表现为谵妄、焦急不安、好斗、神志恍惚、牙牙学语等。经研究证实,褪黑素水平降低是AD睡眠-觉醒周期障碍的重要机制之一<sup>[9]</sup>。痴呆患者不仅褪黑素含量下降,而且分泌节律也异常,24h分泌曲线低平,昼夜节律障碍,包括位相前移、周期缩短、振幅降低、稳定性差等。

**1.4 相关精神症状** 临床观察显示,在AD患者的精神症状中,抑郁、焦虑、错觉最为常见,抑郁与AD睡眠障碍、行为异常和严重体质量下降有关。晚期AD患者抑郁症状减轻,但激惹、幻觉和妄想等精神行为症状增多,进一步加重患者的睡眠

障碍。

### 2 AD睡眠障碍的治疗

AD睡眠障碍的患者应当尽量避免使用镇静催眠药物,尤其是长效苯二氮草类药物,否则可能加重精神错乱与认知障碍。

**2.1 光照治疗** 给予AD患者足够的日间光照,可显著减少诸如日落综合征、夜游、兴奋和谵妄等行为异常,而且患者的睡眠-觉醒节律明显改善。由于AD患者的依从性差,所以,看护人员应尽量使患者有足够的日照时间。对具有严重精神症状而无视力障碍的AD患者,采用增加室内光照的方法亦能达到相同的效果,但对有严重视力障碍患者的生物节律无明显改善,可经皮神经刺激改善生物节律。

**2.2 褪黑素治疗** 褪黑素对于治疗痴呆相关性睡眠障碍患者的睡眠节律失调疗效良好。每日睡前2h服用普通释放型或控释型褪黑素1mg能够有效地改善痴呆相关性睡眠障碍患者的睡眠主诉,表现为睡眠潜伏期缩短、睡眠中觉醒次数减少、睡眠效率与睡眠质量提高。对于伴有日落综合征的患者,睡前1h给予3mg褪黑素,可明显改善患者的夜间睡眠,并且可减少日落综合征的发生。

**2.3 药物治疗** 对于患者出现的各种精神行为症状可以选择应用抗精神病药物治疗,如使用小剂量利培酮、奥氮平、奎硫平等,以控制激惹、攻击行为等精神症状,但应避免同时使用多种精神药物,且不能长期应用<sup>[10]</sup>。对伴有抑郁症状的痴呆相关性睡眠障碍的患者,可使用抗抑郁剂来改善睡眠。常用的抗抑郁剂有氟西汀、舍曲林等。

### 3 护理进展

**3.1 加强心理护理** (1)消除患者的陌生感:AD患者的心理状态与其他患者不同,性情怪僻、固执,对周围事物反应迟钝,记忆力逐渐减退甚至丧失。因此,AD患者入院后护士要亲切、礼貌地接待患者,使患者感到自己受重视,消除陌生感,很快适应新的环境。(2)满足患者的心理需求:AD患者往往生活不能自理,心理活动比较复杂,其中最常见的是缺乏信心和厌世心理。护理人员应像护理婴幼儿一样,给他们关爱,尽量满足患者的心理需求,使患者愉快地接受治疗和护理。(3)加强语言沟通:被尊重是每个人的需要,而AD患者的这种需求更加强烈,在进行各种治疗和检查时,护士要用通俗、易懂、形象的语言说明治疗和检查的意义,并尊重患者,以取得配合。(4)加强智能训练:对轻、中度痴呆患者采用语言、记忆、思维、认知和定向力等训练为主,增强记忆力,保持联想;对重度患者则以感官刺激为主,提高对外界刺激的感知力,反复巩固患者长期和短期记忆,激发其思维和活力。患者通过接受不同方式的智能训练,使正常的感觉和沟通得以维持,促进精神健康。

### 3.2 加强睡眠卫生教育

**3.2.1 创造舒适的睡眠环境** 要为患者创造一个安静、舒适的睡眠环境,减少外界对视、嗅、触觉等感觉器官的不良刺激。调整病室温度,一般冬季保持在 16~20℃,夏季 25~28℃为宜,湿度在 50%~60%为宜,避免在有效的睡眠时间内实施影响患者睡眠的医疗护理操作,干扰睡眠周期的自然过程。

**3.2.2 培养良好的睡眠习惯** 为痴呆相关性睡眠障碍的患者制定合适的作息时刻表,鼓励患者养成有规律的生活起居习惯,根据病情制定日间活动量,如室外散步、打太极拳、做保健操等,督促患者每天早晨无论睡眠状态如何都要按制定的时间起床,尽量减少日间睡眠时间,以便晚上睡眠时间更为集中。睡前可倾听优美抒情的轻音乐,使精神放松,心情宁静,安静入睡。

**3.2.3 饮食护理** 应制定营养全面的饮食计划,并合理安排进食时间。在食物的选择上以高蛋白为主,这些食物不仅含有丰富的蛋白质,而且有较好的营养脑细胞的作用。同时饮食应清淡,少吃脂肪类食物。此外,熬制核桃粥、黑芝麻粥、枸杞粥等,不但口感好,还有助于 AD 患者智能的改善,增强体质,防止并发症的发生。

**3.3 精神护理** AD 患者智力损害后恢复很慢,应促进患者多用脑、勤用脑,如进行简单的计算。鼓励患者回忆过去生活经历,帮助其认识目前生活中的真实人物和事件,刺激大脑皮层兴奋,加强记忆。AD 患者智能缺陷且有明显的情感障碍,护理人员应同情患者的这种病态心理,与患者亲切交谈、沟通,让患者感觉家庭的温暖,这样也可以延缓疾病的发展。AD 患者自我保护能力差,在情绪激惹、抑郁或意识模糊状态下可发生各种意外,如自杀、自伤、伤人、噎食、走失等<sup>[11]</sup>。因此,一定要严加看护、防范。室内严禁放置危险物品如刀剪、火柴等。患者衣袋内随身携带联系卡片,上面写明患者的姓名、住址、联系电话等,以备迷路时方便社会或他人的及时关照。

**3.4 用药护理** AD 相关睡眠障碍患者在使用镇静催眠药物时可能加重精神错乱与认知障碍,且治疗效果不佳,因此,在选择药物时应更加慎重。如短期使用可选择唑吡坦(亦称思诺思),常用剂量为 5~10 mg/晚,上床就寝时服用,以防跌倒。同时应告知患者及照料者镇静、催眠药物常见的不良反应有眩晕、疲倦、恶心、呕吐、头痛等,而且服药期间不应与三环类抗抑郁药和乙醇合用,以免加重其不良反应<sup>[12]</sup>。

**3.5 家属教育** AD 患者的异常行为往往受到亲人或他人的误解和指责,患者更渴望得到生理需要、安全需要、社会的需要。应把对此类患者的护理经验交给家属,并对家属进行相关

卫生健康教育工作,建立良好的社会支持系统,向家属介绍咨询电话、老年大学 AD 疾病知识讲座时间、社区服务援助等,并定期组织 AD 讲座,让 AD 患者和家属掌握最新的 AD 相关知识及照顾技巧,指导家属护理技术、安全知识及遵医行为,以便于患者回家后得到良好的照顾。

通过对患者采取科学的护理,促进患者认知功能的康复,提高日常生活能力和适应能力,改善患者生活质量,减轻家属和社会负担,对 AD 患者的全面康复和回归社会具有明显的促进作用。

#### 参考文献:

- [1] 黄流清,邵福源. Alzheimer 病相关的睡眠障碍[J]. 临床精神医学杂志,2004,14(5):307.
- [2] 张昱,卢明欧. 褪黑素与睡眠衰老及痴呆[J]. 神经疾病与精神卫生,2003,3(4):315.
- [3] Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults[J]. J Am Geriatr Soc,2001,49(9):1185.
- [4] 常健,陈利群. 阿尔茨海默病患者家庭照顾者心理健康状况的调查[J]. 上海护理,2005,5(1):123.
- [5] 高红,韩晓明. 老年痴呆症患者 34 例的护理[J]. 解放军护理杂志,2001,18(5):46.
- [6] 姬庆芳. 老年性痴呆病的防治与护理[J]. 青海医药杂志,2002,32(3):49.
- [7] 王文昭. 痴呆相关性睡眠障碍的发生机制和处理[J]. 中华神经医学杂志,2004,3(4):310.
- [8] 张少茹,李小妹,王作仁. 老年痴呆的护理进展[J]. 国外医学护理学分册,2003,22(2):62.
- [9] Ghorayeb I, Yekhllef F, Chrysostome V, et al. Sleep disorders and their determinants in multiple system atrophy[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry,2002,72(6):798.
- [10] 王维治. 神经病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2004:266.
- [11] 陈美娟. 痴呆照料者的心理健康和应付行为[J]. 国外医学精神病学分册,2002,29(2):124.
- [12] 周国秀,马龙娣. 老年痴呆患者异常行为的观察及护理对策[J]. 现代中西医结合杂志,2003,12(10):110.

(收稿日期:2010-01-25)

(上接第 1392 页)

通过纤支镜操作,负压吸引清除气道较深部的分泌物,边插入纤支镜边吸引分泌物,使气道通畅。(4)操作中易于掌握插管深度,便于确定导管位置。纤支镜引导下经鼻气管插管可直接观察导管位置,精确测量气管导管末端距离隆突的长度,无误入一侧气管和食管现象。(5)容易固定,不影响进食,便于口腔护理。

综上所述,纤支镜引导下经鼻气管插管缩短了气管插管的时间,成功率高、患者耐受性好,增加了安全性和准确性,并发

症少,值得临床推广。

#### 参考文献:

- [1] 陆建芳. 纤维支气管镜引导下经鼻气管插管建立人工气道抢救呼吸衰竭 32 例临床分析[J]. 广西医学,2004,27(10):50.

(收稿日期:2010-01-25)