睡眠呼吸暂停综合征患者的护理干预与效果评价

周 艳

中山市人民医院 广东中山

【摘要】**目的** 探究睡眠呼吸暂停综合征患者的护理干预与效果。**方法** 选取收治的 100 例睡眠呼吸暂停综合征患者，根据随机数字表法分为观察组（n=50，系统性综合护理）、对照组（n=50，常规护理）,对比两组护理效果、护理满意度、不良情绪、生活质量、睡眠质量评分。**结果** 观察组护理效果及护理满意度高于对照组（P<0.05）；护理后不良情绪比较，观察组低于对照组（P<0.05）；护理后生活质量比较，观察组高于对照组（P<0.05）；护理后，观察组睡眠质量评分数值低于对照组（P<0.05）。**结论** 睡眠呼吸暂停综合征患者，实施系统性综合护理，可提升护理效果、护理满意度及生活质量，能改善负面情绪、睡眠质量。

【关键词】睡眠呼吸暂停综合征；常规护理；系统性综合护理

【收稿日期】2025 年 5 月 12 日 【出刊日期】2025 年 6 月 11 日 【DOI】10.12208/j.cn.20250299

Nursing intervention and effect evaluation in patients with sleep apnea syndrome

Yan Zhou

Zhongshan People's Hospital, Zhongshan, Guangdong

【**Abstract**】**Objective** To explore nursing interventions and their effects on patients with sleep apnea syndrome. **Methods** 100 patients with sleep apnea syndrome were selected and randomly divided into an observation group (n=50, systematic comprehensive nursing) and a control group (n=50, routine nursing) according to a random number table method. The nursing effects, nursing satisfaction, negative emotions, quality of life, and sleep quality scores were compared between the two groups. **Results** The nursing effect and nursing satisfaction of the observation group were higher than those of the control group (P<0.05); The comparison of negative emotions after nursing showed that the observation group was lower than the control group (P<0.05); After nursing, the quality of life in the observation group was higher than that in the control group (P<0.05); After nursing, the sleep quality score of the observation group was lower than that of the control group (P<0.05). **Conclusion** For patients with sleep apnea syndrome, implementing systematic comprehensive nursing can improve nursing effectiveness, nursing satisfaction, and quality of life, as well as improve negative emotions and sleep quality.

【**Keywords**】Sleep apnea syndrome; Routine care; Systemic and integrated care

睡眠呼吸暂停综合征（sleep apnea syndrome ；SAS）是一种在睡眠过程中反复出现呼吸停顿的病症，导致氧气摄入不足和二氧化碳潴留，严重影响患者的睡眠质量及身体健康[1]。随着社会的发展和人们生活方式的改变，肥胖问题日益严重，SAS 的发病率逐年上升，尤其在儿童中的发病率也显著增加，引起了广泛关注。SAS 的主要症状包括夜间打鼾、呼吸暂停、频繁翻身等，这些症状不仅影响患者的睡眠质量，还可能导致白天嗜睡、注意力不集中、记忆力下降，甚至增加心血管疾病、糖尿病等慢性疾病的风险[2]。长期的 SAS 还会对个体的心理健康产生负面影响，如焦虑、抑郁等情绪障碍，对 SAS 患者的临床护理干预尤为重要[3]。系统性综合护理作为一项系统性、综合性护理，应用于睡眠呼吸暂停综合征患者有显著效果。基于此，本文研讨睡眠呼吸暂停综合征患者的护理干预与效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取收治的 100 例 SAS 患者，根据随机数字表法分为观察组男 25 例、女 25 例，年龄 35-60 岁，平均年龄（43.52±6.22）岁，病程 1-6 年，平均（5.16±1.44）；对照组男 24 例、女 26 例，年龄 35-60 岁，平均年龄

（43.05±5.98）岁，病程 1-6 年，平均（5.11±1.42）。一般资料无差异，P>0.05，有可比性。本研究严格遵守《赫尔辛基宣言》相关规定。

1.2 纳排标准

纳入标准：①符合睡眠呼吸暂停综合征的诊断标准[4]，且合并相关症状；②PSG 监测时间在 7h 以内；③此次研究获得患者和家属的知情同意。排除标准：①伴有严重器官功能衰竭；②合并甲状腺功能低下、肢端肥大症；③伴有精神异常或认知障碍。

1.3 方法

1.3.1 对照组

常规护理：告知患者有关睡眠呼吸暂停综合征的相关知识，并讲解 PSG 监测的重要性，保持病房温湿度适宜，温度控制在 22-24℃，湿度在 50%-60%，让患者感觉舒适。合理调节光线，夜间采用柔和灯光，避免强光刺激，营造安静、舒适的睡眠环境。

1.3.2 观察组

系统性综合护理：（1）多维度风险评估：多维度风险评估旨在全面了解患者状况，为个性化护理提供依据。量化指标方面，呼吸暂停低通气指数（AHI）是重要参考，AHI=（呼吸暂停次数+低通气次数）/总睡眠时间（小时），AHI5-15 次/小时为轻度，15-30 次/小时为中度，大于 30 次/小时为重度。需关注血氧饱和度监测，尤其是夜间最低血氧饱和度（$LSaO_2$），$LSaO_2$ 低于 90%提示存在低氧血症。（2）呼吸道管理：鼓励患者定时深呼吸、有效咳嗽，促进痰液排出。对于痰液黏稠不易咳出的患者，可采用雾化吸入，稀释痰液，必要时进行吸痰操作，保持气道通畅。（3）体位干预：指导患者在睡眠时尽量保持侧卧位，可在患者背部放置软枕或特制的体位辅助装置，帮助其维持侧卧位姿势。定期提醒患者调整体位，逐渐养成侧卧位睡眠习惯，以减轻上气道阻塞。（4）加强夜间监护力度。利用先进的医疗设备，对患者的心率、呼吸频率等生命体征进行实时监测。一旦发现异常，立即采取相应措施，如调整呼吸机参数、唤醒患者等。护理人员应定时巡视病房，观察患者的睡眠姿势、呼吸是否平稳。对于病情较重的患者，应增加巡视次数，确保及时发现并处理潜在问题。详细记录患者的夜间监护数据，包括呼吸暂停次数等，并进行定期分析。（5）患者家属的干预：对患者家属进行疾病知识讲解，让其监督、帮助患者积极配合治疗，在物质上、精神上给予支持，使患者处于最佳生理、心理状态。

1.4 观察指标

1.4.1 护理效果，显效：患者的 SAS 症状得到显著改善，睡眠质量明显提高，呼吸暂停和低通气事件的发生次数显著减少，甚至可能接近或达到正常水平。有效：患者的 SAS 症状有所改善，但改善程度未达到显效标准。无效：患者的 SAS 症状未得到明显改善，甚至可能加重。

1.4.2 护理满意度出院前填写护理工作评价，共 4 个项目，12 个条目，5 分制。＞55 分为非常满意、40～55 分为满意、＜40 分为不满意.

1.4.3 SAS、SDS 评分评定不良情绪：SDS 和 SAS 量表，总分均 80，前者标准分 53，后者 50。超过标准分，说明有负面情绪。评分越高，负面情绪越严重。

1.4.4 生活质量对比：基于 SF-36 健康调查简表（The SF-36 Health Survey Brief Form；SF-36）评估患者生活质量，包括心理功能、躯体功能、社会功能、物质生活，各指标总分 100 分，分数越高，生活质量越佳。

1.4.5 睡眠质量对比：2 组患者护理前后均以匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index ；PSQI）评估其睡眠质量，其评估内容有日间功能、睡眠质量、催眠药物应用、入睡时间、睡眠障碍以及睡眠效率共计 7 个方面，各项均为 0～3 分，总分为 0～21 分，分数越高睡眠质量越差，于护理前、护理后开展评估。

1.5 统计学分析

本文指标数据由 SPSS29.0 系统统计分析，计数资料为率，“%”表示，“χ^2”检验；计量资料（符合正态分布）为方差，“$\bar{x}\pm s$”表示，“t”检验；P＜0.05 则表明组内指标检验有统计学意义，P＜0.01 则表明组内统计学差异显著，P＞0.05 则表明无统计学意义。

2 结果

2.1 护理效果

观察组显效 23 例，有效 25 例，无效 2 例；对照组显效 29 例，有效 18 例，无效 13 例；总有效率比较，观察组高于对照组，96.00%VS74.00%，差异有统计学意义（χ^2=9.490，P=0.002）。

2.2 护理满意度

观察组非常满意 30 例，满意 17 例，不满意 3 例；对照组非常满意 20 例，满意 18 例，不满意 12 例；总满意度比较，观察组高于对照组，94.00%VS76.00%，差异有统计学意义（χ^2=6.352，P=0.011）。

2.3 两组 SAS、SDS 评分比较

护理后，SAS 及 SDS 评分比较，观察组低，差异有统计学意义（P<0.05），见表 1。

2.4 生活质量方面的比较

观察组生活质量分指标数值比对照组高，有统计学意义（P＜0.05），见表 2。

2.5 睡眠质量对比

护理后 PSQI 评分比较，观察组数值更低，差异存在统计学意义（P＜0.05），见表 3。

表 1 两组 SAS、SDS 评分比较（ $\bar{x}\pm s$，分）

分组	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	56.25±3.58	41.28±2.54	58.33±3.45	46.35±2.95
对照组	50	56.23±3.48	51.06±3.10	58.40±3.39	51.24±3.21
t		0.028	17.255	0.102	7.931
P		0.977	0.000	0.918	0.000

表 2 护理后比较生活质量

分组	n	心理功能	躯体功能	社会功能	物质生活
观察组	50	83.01±6.59	82.48±5.32	89.05±4.04	85.20±4.68
对照组	50	72.14±5.36	71.86±6.11	80.29±3.25	74.48±3.72
t	-	9048	9.269	11.946	12.679
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者护理前、后 PSQI 评分对比（ $\bar{x}$ ±s，分）

组别	睡眠质量		入睡时间		睡眠时间		睡眠效率	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组（n=50）	2.47±0.53	1.15±0.21[a]	2.85±0.15	1.31±0.15[a]	2.58±0.42	1.50±0.18[a]	2.74±0.26	1.03±0.78[a]
对照组（n=50）	2.55±0.45	2.02±0.31[a]	2.81±0.19	1.95±0.12[a]	2.52±0.48	2.34±0.16[a]	2.69±0.31	1.53±0.97[a]
t	0.813	16.429	1.168	23.558	0.665	24.663	0.873	2.840
P	0.417	0.000	0.245	0.000	0.507	0.000	0.384	0.005

续表 3

睡眠障碍		安眠药物		白天功能	
护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
2.54±0.22	1.21±0.45[a]	2.66±0.05	1.23±0.33[a]	2.45±0.51	1.50±0.70[a]
2.57±0.30	2.12±0.68[a]	2.62±0.10	1.94±0.52[a]	2.50±0.46	2.16±0.65[a]
0.570	7.891	2.529	8.151	0.514	4.885
0.569	0.000	0.013	0.000	0.607	0.000

注：与同组护理前比较，[a]P＜0.05。

3 讨论

睡眠呼吸暂停综合征（SAS）是一种睡眠期间发生的呼吸紊乱疾病，表现为睡眠中反复出现呼吸暂停和低通气现象，临床上主要分为阻塞性、中枢性及混合型睡眠呼吸暂停。传统的护理模式往往侧重于日间护理，而忽视了夜间这一关键时期的重要性[5]。

本文通过探究 SAS 患者的夜间监护与护理干预效果，结果显示，观察组护理效果、护理满意度均较高，不良情绪改善效果更佳（P<0.05）。原因为：系统性综合护理期间，强化夜间监护，能够及时发现并处理这些紧急情况，有效预防了不良事件的发生，保障了患者的生命安全[6]。随着患者症状的改善，患者对护理工作的满意度也自然提升。频繁的呼吸暂停和低通气也极大地增加了患者的恐惧与不安，通过强化夜间监护、家属

参与，给予物质上、精神上的支持，患者能够得到有效护理，这种及时的关怀与保护，让患者感受到被重视与呵护，极大地提升了他们的安全感，进而减轻了因病情而产生的焦虑与恐惧[7-8]。

本文结果表明，护理后生活质量比较，观察组高于对照组（P<0.05）；护理后，观察组睡眠质量评分数值低于对照组（P<0.05）。系统性综合护理干预后，若患者在躯体功能维度得分提高，表明其日常活动能力增强；社会功能维度得分上升，意味着社交活动参与度和质量提升[9-10]。通过记录入睡时间、觉醒次数、睡眠时长等，分析睡眠结构是否优化，可切实满足患者护理所需，以此改善患者的睡眠质量[11-12]。

综上所述，强化对 SAS 患者的夜间监护与护理干预可以获得更高的护理效果和护理满意度，能够减轻其不良情绪。

参考文献

[1] 刘玲玲,陈苏,嵇小平,等. 全程追踪式多方位护理在慢性阻塞性肺疾病合并睡眠呼吸暂停综合征患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(7):44-47.

[2] 裴俊芳,李琳玉,李梅,等. 正念减压联合知信行护理干预在阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(9):1229-1233.

[3] 张曙光,李静. 基于保护动机理论的护理干预对轻中度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者的影响[J]. 国际护理学杂志,2022,41(4):743-747.

[4] 王海燕,朱亚珍,潘友让,等. 治疗性沟通联合常规护理对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者睡眠质量和心理状况的影响[J]. 中华全科医学,2023,21(12):2160-2164.

[5] 陶建,雷黎明,宋亚敏. 27 例 A 型主动脉夹层重度肥胖患者围手术期呼吸道的护理[J]. 中华护理杂志,2024,59(15):1895-1899.

[6] 朱荣昌,余丽雅,林琴,等. 远程医疗在阻塞型睡眠呼吸暂停综合征患者中的应用研究进展[J]. 护士进修杂志,2024, 39(20):2218-2223,2232.

[7] 戚晓,黄美丽. 患者参与饮食管理对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者术后疼痛及康复的影响[J]. 护理实践与研究,2022,19(17):2657-2662.

[8] 赵力博,赵哲,刘敏,等. 老年男性阻塞性睡眠呼吸暂停综合征相关高血压的影响因素分析及风险预测积分评定系统构建[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2023,22(8):584-590.

[9] 王红雨,高倩,朱麒霖,等. 阻塞性低通气睡眠呼吸暂停综合征中年患者认知功能特点及相关影响因素分析[J]. 中国医药导报,2023,20(36):67-70.

[10] 雷艳艳,黄柄润,周淑芳. 知信行模式下阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的健康教育与精细化护理[J]. 中西医结合护理（中英文）,2024,10(10):37-40.

[11] 王叙媛,陈玉珠. 正念减压结合个体化护理在阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者中的应用效果[J]. 世界睡眠医学杂志,2024,11(1):212-214.

[12] 许育婧,吴丽梅. 循证个体化护理对低通气睡眠呼吸暂停综合征患者的影响[J]. 世界睡眠医学杂志,2024,11(2):439-442.

版权声明：©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS