

# 集束化护理方案对无抽搐电休克治疗后谵妄的影响

徐永青\*, 刘 玲

(深圳市康宁医院, 深圳市精神卫生中心, 广东 深圳 518020)

\*通信作者: 徐永青, E-mail: 945806279@qq.com)

**【摘要】 目的** 观察集束化护理在无抽搐电休克治疗(MECT)后谵妄中的干预效果, 探索 MECT 后谵妄护理的新方法。**方法** 将符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10)精神疾病诊断标准并首次接受 MECT 治疗的住院患者 154 例作为研究对象, 按随机数字表法分为对照组和研究组各 77 例。所有患者均进行 6~12 次 MECT 治疗, 共 1 个疗程。两组均接受 MECT 常规护理, 研究组在此基础上接受集束化护理。在每次治疗后采用 Richmond 躁动镇静评分量表(RASS)和护理不良事件记录表收集资料, 比较两组患者 MECT 后谵妄发生率、持续时间及 MECT 后谵妄致护理不良事件发生率。**结果** 患者接受一个 MECT 疗程治疗后, 研究组 MECT 后谵妄发生率为 11.80%、对照组为 16.67%, 差异有统计学意义( $\chi^2=6.314, P<0.05$ ); 谵妄的持续时间, 研究组为(5.78±2.73)min、对照组为(11.20±4.44)min, 差异有统计学意义( $t=3.403, P<0.05$ ); MECT 后谵妄导致护理不良事件发生率研究组为 7.13%、对照组为 12.70%, 差异有统计学意义( $\chi^2=10.940, P<0.01$ )。**结论** 实施集束化护理可能有助于降低 MECT 治疗后谵妄发生率, 缩短谵妄的持续时间、减少 MECT 后谵妄致护理不良事件。

**【关键词】** 无抽搐电休克治疗; 谵妄; 集束化护理

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20200805001

## Effects of cluster nursing program on post-MECT delirium

Xu Yongqing\*, Liu Ling

(Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen Mental Health Center, Shenzhen 518020, China)

\*Corresponding author: Xu Yongqing, E-mail: 945806279@qq.com)

**【Abstract】 Objective** To observe the intervention effect of cluster nursing in post-MECT delirium, and explore a new method of post-MECT delirium nursing. **Methods** A total of 154 inpatients who met the diagnostic criteria of International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10) and received MECT treatment for the first time were selected and they were randomly divided into control group ( $n = 77$ ) and study group ( $n = 77$ ). The intervention lasted for one course of MECT, 6~12 times MECT as one course. Both groups received MECT routine nursing, while the study group was given cluster nursing on the basis of routine nursing. After each treatment, Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) and nursing adverse events record form were used to collect data. The incidence and duration of post-MECT delirium and the incidence of nursing adverse events caused by post-MECT delirium were compared between the two groups. **Results** After one course of MECT, the incidence of post-MECT delirium was 11.80% in the study group and 16.67% in the control group, the difference was statistically significant ( $\chi^2 = 6.314, P < 0.05$ ). The duration of post-MECT delirium in the study group was (5.78±2.73)min and (11.20±4.44)min in the control group, the difference was statistically significant ( $t = 3.403, P < 0.05$ ). The incidence of nursing adverse events caused by post-MECT delirium was 7.13% in the study group and 12.70% in the control group, and the difference was statistically significant ( $\chi^2 = 10.940, P < 0.01$ ). **Conclusion** The implementation of cluster nursing can reduce the incidence of post-MECT delirium, shorten the duration and reduce the nursing adverse events caused by post-MECT delirium.

**【Keywords】** Modified electroconvulsive therapy; Delirium; Cluster nursing

无抽搐电休克治疗(Modified electroconvulsive therapy, MECT)后谵妄是指在惊厥发作后出现相对持续的意识障碍, 是谵妄的一种特殊形式, 主要以定向力障碍、知觉障碍(幻视、幻触或幻听等)及无目

的、重复、刻板样动作, 精神运动性激越、攻击行为等多见<sup>[1]</sup>。MECT 后谵妄发生机制尚不清楚, 可能与个体因素(如年龄大、营养状况差、电解质紊乱、应激状态、低氧血症、合并躯体疾病、睡眠不足)、禁食禁水时间长、MECT 治疗前用药、环境嘈杂、注射时疼痛等有关<sup>[2-4]</sup>, 是 MECT 较常见的不良反应, 多于治疗后的

基金项目: 广东省高水平临床重点专科(深圳市配套建设经费)资助(项目编号: SZGSP013)

苏醒期发生,自主呼吸恢复后 10 min 内高发,发生率为 3%~52%,持续时间多为 5~45 min<sup>[2,5]</sup>。患者常因 MECT 治疗后烦躁不安、行为紊乱等出现针头脱出/肿胀/淤青、管道脱落、约束部位皮肤损伤等护理不良事件,以致增加护理难度,甚至发生暴力攻击、自伤、跌倒/坠床、监护设备损坏等。集束化护理是近期研究热点,是一组基于循证医学的护理干预措施,护理措施的共同实施比单个执行效果更明显,更能提高医疗护理的质量<sup>[7-8]</sup>。有研究显示,集束化护理干预能有效降低 MECT 不良反应发生率<sup>[6-7]</sup>。而具体针对 MECT 后谵妄的集束化护理相关研究未见报道,故本研究采用集束化护理方案对接受 MECT 治疗的患者进行干预,以优化对此类患者的护理方案、提高护理质量。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选择 2018 年 11 月-12 月在某市三级甲等精神病医院首次接受 MECT 治疗的住院患者为研究对象。入组标准:①年龄 16~65 岁;②符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)精神分裂症、情感障碍的诊断标准;③符合 MECT 适应症;④患者和家属知情同意并签署知情同意书。排除标准:①视力及听力受限,不能进行沟通者;②物质滥用或依赖。符合入组标准且不符合排除标准共 154 例,按随机数字表法分为对照组和研究组各 77 例。本研究通过深圳市康宁医院医学伦理委员会批准(批件号:2017K01401)。

### 1.2 研究方法

由 1 名麻醉医师、1 名治疗医师、4 名护士进行 MECT 治疗。两组患者进行 6~12 次 MECT 治疗,共 1 个疗程,隔日进行 1 次,平均每人 8.2 次。对照组在 MECT 前、中、后接受 MECT 常规护理:完善相关检查;治疗中遵医嘱正确使用药物;严密监测意识、生命体征、血氧饱和度;观察患者治疗后不良反应并及时处理等。

研究组在 MECT 常规护理基础上接受集束化护理方案干预。集束化护理方案由该院护理专家参考文献<sup>[12-18]</sup>研究制定。治疗前:①在责任护士对患者实施治疗前护理的基础上,于前一天进行访视,详细了解患者治疗前准备情况,给予针对性的

宣教及心理支持,并及时与病房护士及 MECT 医生和麻醉师沟通访视情况;②纠正电解质代谢紊乱、脱水、感染,对于营养状况差者,及时予营养支持;③治疗前晚上睡眠促进,保证患者睡眠质量,如有睡眠障碍,积极处理;④治疗前给氧(1~2 L/min),尤其对有 MECT 后谵妄高危因素如年龄大、应激状态、合并躯体疾病、营养不良、使用多种抗精神病药物、治疗前禁食时间较长的患者,应提前吸氧以提高氧储备。治疗中:①尽量保证患者周围环境安静,对于吵闹、大声讲话、不合作的患者优先安排治疗;②静脉注射时疼痛管理,选择“泛神经区”的血管,使用小号(5号)钢针、大角度(60度)、快速进针的方法进行穿刺,严格按照使用麻醉药物及肌松剂的要求注射药物,对于使用丙泊酚进行静脉麻醉的患者,则尽量选择大血管如肘静脉等穿刺,过程中分散患者注意力;③治疗中给氧(5~6 L/min),予面罩高流量吸氧,密切观察生命体征及血氧饱和度变化,有异常及时处理。治疗后:①治疗后给氧(1~2 L/min),保持呼吸道通畅,低流量吸氧持续至患者意识恢复;②定向训练,患者意识开始转清(格拉斯哥昏迷量表评分 $\geq 14$ 分)<sup>[11]</sup>时予定向训练,包括地点、时间、人物的定向,如提供熟悉的线索如时钟、日历等,告诉患者他/她在哪儿,他/她是谁以及他的角色等。

### 1.3 评定工具

由 MECT 观察区护士在患者治疗后自主呼吸恢复时使用 Richmond 躁动镇静评分量表(Richmond Agitation Sedation Scale, RASS)进行评估,RASS 是由美国佛吉尼亚联邦大学医疗团队开发,主要用于评估 ICU 患者意识状态<sup>[10]</sup>。目前国内研究者将其应用于 MECT 后谵妄状态的评估,信效度良好<sup>[11]</sup>。RASS 由 10 个条目组成,其评估标准及范围:0 为清醒状态,-1~-5 和 1~4 均为谵妄状态,评分绝对值越高,表明谵妄越重。MECT 后谵妄发生率=MECT 后谵妄例次/MECT 患者例次\*100%;MECT 后谵妄持续时间:由护士每隔 3~5 min 动态评估一次患者有无 MECT 后谵妄,如果患者 RASS 评分绝对值 $\geq 1$ 分,提示谵妄存在,直至评分为 0 分,提示谵妄停止,期间则为持续时间(min)。

使用自行设计的护理不良事件记录表记录 MECT 后谵妄致护理不良事件,包括针头脱出、输液肿胀、管道拔出、皮肤损伤、跌倒/坠床、暴力攻击等。

#### 1.4 评定方法

量表评定由经过培训的 MECT 护士负责,并通过一致性检验( $Kappa=0.86$ )。评定时间为患者 MECT 自主呼吸恢复后至意识转清醒,在独立、安静的 MECT 观察区进行,每名患者评定耗时约 30 min。

#### 1.5 统计方法

采用 SPSS 17.0 进行统计分析。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

### 2 结 果

#### 2.1 两组一般资料和临床资料比较

对照组,男性 42 例、女性 35 例,年龄 18~61 岁[(32.06±8.29)岁],精神分裂症 35 例、情感障碍 42 例;研究组,男性 38 例、女性 39 例,年龄 18~55 岁[(31.12±7.20)岁],精神分裂症 37 例、情感障碍 40 例。两组患者在性别、年龄、疾病种类的分布上差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

#### 2.2 两组 MECT 后谵妄发生率比较

研究共收集 MECT 患者共 1 261 例次,研究组为 631 例次,对照组为 630 例次。研究组 MECT 后谵妄发生率为 11.80%(74/631),对照组为 16.67%(105/630)。两组 MECT 后谵妄发生率差异有统计学意义( $\chi^2=6.314, P<0.05$ )。

#### 2.3 两组 MECT 后谵妄持续时间比较

对照组中患者 MECT 后谵妄持续时间为(11.2±4.44)min,研究组中患者 MECT 后谵妄持续时间为(5.78±2.73)min,两组 MECT 后谵妄持续时间比较差异有统计学意义( $t=3.403, P<0.05$ )。

#### 2.4 两组 MECT 后谵妄致护理不良事件比较

对照组 MECT 后谵妄致护理不良事件针头脱出/肿胀/淤青 24 例次、管道拔出 46 例次、皮肤损伤 7 例次、跌倒/坠床 2 例次、暴力攻击 1 例次,合计 80 例次,护理不良事件发生率为 12.70%(80/630);研究组针头脱出/肿胀/淤青 15 例次、氧管拔出 29 例次、皮肤损伤 1 例次、跌倒/坠床与暴力攻击均为 0,合计 45 例次,护理不良事件发生率为 7.13%(45/631)。两组患者总不良事件数的比较差异有统计学意义( $\chi^2=10.940, P<0.01$ )。

### 3 讨 论

MECT 作为精神科一种重要的物理治疗方法被广泛应用<sup>[19]</sup>,具有疗效确切、起效快等优势<sup>[20]</sup>,但 MECT 也常引起各种不良反应,而谵妄是 MECT 治疗后较为常见的不良反应之一。目前临床对 MECT 后谵妄的护理主要依照临床经验,集束化护理方案是将循证护理与针对性相结合的新型护理模式,是一组基于循证、可操作的护理措施,其应用可对护理不良结局起到预防作用,从而改善护理结局,提高护理质量<sup>[10]</sup>。本研究将集束化护理方案应用于 MECT 后谵妄的护理中,结果显示:研究组 MECT 后谵妄发生率低于对照组,谵妄持续时间研究组低于对照组。其原因可能与专职护士访视、治疗前中后吸氧、注射时疼痛管理、治疗前睡眠促进、环境保持安静等有关。访视后及时督促完善治疗前准备,提供针对性宣教及心理支持可减轻患者由于对治疗不了解产生的恐惧、焦虑;关注静脉注射时的疼痛能减少患者害怕疼痛产生的焦虑不安等,而焦虑、烦躁、恐惧等不良情绪会使患者形成生理、心理上的应激,应激状态可增加 MECT 后谵妄发生的可能。治疗前安静舒适的环境和良好的睡眠对维持患者良好情绪、减少应激均有很大作用。既往研究报道了 MECT 治疗前访视对维持患者良好心理状态、减少不良反应的重要性<sup>[21-22]</sup>。既往研究显示,脑部缺氧会导致脑部乙酰胆碱的活性降低从而诱发谵妄,因此吸氧对减少谵妄的发生有重要作用<sup>[17]</sup>。MECT 常规护理是在患者出现低氧血症后吸氧,而研究组患者在 MECT 治疗前、中、后均予不同流量吸氧,使其血氧饱和度 $\geq 95\%$ ,从而更好地预防诱发 MECT 后谵妄发生。沈曙光等<sup>[23]</sup>研究也表明, MECT 后吸氧和心理干预对预防 MECT 治疗后谵妄发生有重要作用。研究组较对照组患者 MECT 后谵妄持续时间更短,可能与 MECT 过程中持续给氧、治疗后定向训练等促进患者早期醒复有关。研究组 MECT 后谵妄致护理不良事件发生率低于对照组。患者在 MECT 后谵妄发生时主要表现为意识障碍,出现烦躁不安、无目的地抓取视野中物体、摸索动作、激越等紊乱行为,并由此导致针头脱出、输液肿胀或管道拔出等护理不良事件发生。当 MECT 后谵妄发生率降低及其对应持续时间缩短时,由 MECT 谵妄导致的护理不良事件也会相应减少。但研究组患者跌倒/坠床、暴力攻击发生例数均为 0,可能与本研究中患者例数较少、未发生严重谵妄有关。但总的护理不良

事件发生两组间比较差异有统计学意义。

综上所述,集束化护理干预方案应用于 MECT 后谵妄护理中,可能有助于降低 MECT 后谵妄的发生率和缩短谵妄持续时间,并减少 MECT 后谵妄所致的护理不良事件发生,保障 MECT 患者的治疗安全、提高护理质量。但本研究样本量较少,以后可增加样本量,进一步研究集束化护理方案对 MECT 后谵妄的干预效果,为其作为 MECT 后谵妄新的护理方法提供参考。

## 参考文献

- [1] 杨雪,任艳萍,姜玮,等.电痉挛治疗后谵妄的表现、评估及处理[J].精神医学杂志,2015,28(3):228-231.
- [2] 肖根秀,黄瑞儿,吴树跃.无抽搐电休克治疗精神病患者苏醒期谵妄的观察与护理[J].中华现代护理杂志,2009,15(10):951-953.
- [3] 陈翔春,王雅萍,江文庆,等.MECT治疗精神障碍的不良反应及相关因素分析[J].上海医药,2016,37(5):53-55,59.
- [4] 白延智,辛学东.加深麻醉对改善 MECT 后谵妄的作用[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(2):118-120.
- [5] 杨雪,姜玮,任艳萍,等.改良电休克治疗后不同亚型谵妄的相关因素分析[J].中华精神科杂志,2016,49(5):312-316.
- [6] 杨红,宋海峰,李建华.集束化护理干预联合无抽搐电休克在难治性抑郁症病人治疗中的应用[J].全科护理,2020,18(34):4745-4747.
- [7] 徐琼,陈玲,李君.集束化护理在无抽搐电休克治疗中的应用[J].护理研究,2015,29(24):3000-3002.
- [8] 王玉梅,戚小男.集束化护理在术后下肢深静脉血栓形成中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(13):142-144.
- [9] 张晓艺,钟小华,张滨,等.腰椎骨折伴脊髓损伤患者失禁相关性肺炎的集束化护理预防体会[J].广东医学,2020,41(18):1900-1903.
- [10] Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond agitation-sedation scale (RASS) [J]. JAMA, 2003, 289(22): 2983-2991.
- [11] 杨雪,王喜今,姜玮,等. Richmond 躁动镇静评分量表评估电休克治疗后谵妄的信度及效度[J].临床精神医学杂志,2016,26(2):86-88.
- [12] 黄维,邓河晃,张春平.电抽搐治疗原理与临床应用[M].广州:暨南大学出版社,2009:159-161.
- [13] 朱红姣,陆仁凤.无抽搐电休克(MECT)围治疗期护理现状[J].家庭医药,2019(2):300-301.
- [14] 赵淑宜.“双访视”在无抽搐电休克治疗病人中的应用[J].护理实践与研究,2013,10(24):29-30.
- [15] 王莹,张国霞,刘宏达,等.减轻静脉穿刺疼痛方法的研究[J].中国误诊学杂志,2012,12(7):1539-1540.
- [16] 李宝丽.护理干预在改善 MECT 治疗中丙泊酚注射痛的影响的应用[J].实用临床护理学杂志,2017,2(16):33,38.
- [17] 史晓宁,李艳茹,姜玮,等.改良电抽搐治疗术后谵妄患者的临床观察[J].中国民康医学,2017,29(6):19-20.
- [18] 陈莉莉,陆春燕,邵丹凤.持续性氧疗在降低老年髋部骨折患者围术期谵妄发生率中的应用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(16):20,23.
- [19] 牛艳,杜鹃.优质护理对无抽搐电休克治疗的抑郁症患者的影响[J].国际精神病学杂志,2019,46(3):545-547.
- [20] 吕灯兰,张方方.无抽搐电休克治疗临床护理路径的建立与效果分析[J].中外女性健康研究,2019(14):121,166.
- [21] 田玮,崔利军,王丽娜,等.多元化治疗前访视模式对精神障碍患者无抽搐电休克治疗及焦虑情绪的影响[J].精神医学杂志,2019,32(5):370-374.
- [22] 赖明丽.术后护理在精神病患者行无抽搐电休克中的应用[J].黑龙江科学,2018,9(24):152-153.
- [23] 沈曙光,姜海涛,肖文斌,等.影响精神病患者行无抽搐电休克治疗不良反应发生的危险因素分析[J].临床精神医学杂志,2018,28(2):119-121.

(收稿日期:2020-08-05)

(本文编辑:戴浩然)