

老年髋部骨折患者术后谵妄的危险因素及护理对策

高小雁

随着世界人口老龄化的不断加剧,骨质疏松患者逐年增加。老年骨质疏松骨折中,髋部骨折约占 50% 以上^[1-3]。谵妄是老年髋部骨折患者术后最为常见的并发症之一。比较不同手术部位术后谵妄的发生率,排在前三位的分别为,髋部骨折(35%~65%)、腹主动脉瘤(33%~54%)、冠状动脉搭桥手术(37%~52%),可见髋部骨折患者术后谵妄发生率最高^[4]。且随着住院时间的延长,其死亡率呈上升趋势,为 4%~17%^[5-7],因此,谵妄不但增加压疮和肺部感染的发生率,影响患者术后康复,降低患者的生活质量,而且还大大增加了家庭和社会的经济负担。在临床工作中,老年骨折患者谵妄的发病率常被低估而得不到及时准确的治疗和护理。护理人员作为患者最直接和经常的接触者,对谵妄相关知识的掌握程度,直接影响着老年髋部骨折诊疗水平和患者的预后。本文从术后谵妄的危险因素和护理对策两方面将相关文献进行综述,以期对老年髋部骨折术后谵妄的护理起指导作用。

一、术后谵妄的危险因素

(一) 谵妄的定义

谵妄又称急性脑综合征,表现为急性可逆的精神状态改变,以注意力显著障碍和对于外界识别能力下降为特征。诊断谵妄状态的三个关键要素为急性起病、认知或注意力缺陷、波动性病程。部分老年髋部骨折患者入院时即有谵妄状态,但多数患者的谵妄状态见于术后。谵妄可分为三类:(1)高活动性:约占 25%,易于被及时发现而受到临床医生更多的关注,该类患者表现为躁动不安、焦虑、幻觉、妄想。(2)低活动性:约占 50%,常不能被及时发现,表现为活动减少、缺言少语、冷漠无

反应,易被忽视或误解为手术后应激反应或贫血反应。在临床工作中应着重注意这种“安静”型谵妄患者。(3)混合型:占 25%,该类患者可同时表现出以上两种行为异常。谵妄的症状在夜间最明显,且症状繁多而无特异性,易与临床其他疾病相混淆而导致误诊与漏诊。

(二) 术后谵妄的危险因素

针对谵妄的危险因素进行早期预防,可以降低谵妄的发生率或减轻谵妄的发病程度,多数髋部骨折术后谵妄患者均有早期症状,因此应重视谵妄的早期筛查,以利于尽早采取最佳的预防措施^[8]。大多数患者的谵妄由一种或多种危险因素诱发所致,其发生率随危险因素数量的增加而增加。临床上常见的危险因素有以下几点:(1)高龄:老年人脑功能退化及代偿能力降低,中枢神经递质功能障碍,术后脑内生化代谢、生理功能严重紊乱,这些都是谵妄发生的基础。有研究表明老年患者术后谵妄发生的机制可能与脑葡萄糖代谢率降低有关^[9]。

(2)既往史:既往存在认知障碍、痴呆、抑郁、谵妄等引发或加重谵妄的发生。同时,入院前服用抗精神病药物和抗胆碱能类药物也可诱发或加重谵妄^[10]。(3)感觉输入减弱:视力或听力障碍,未佩戴眼镜或助听器^[11]。(4)术前准备不充分:老年患者术前准备时间不充分,低白蛋白和低血红蛋白等状况未能及时完全纠正与谵妄的发生有关^[12]。(5)麻醉:与静脉麻醉相比,吸入麻醉患者早期术后谵妄的发生率增加^[13]。有研究发现与区域麻醉相比,全身麻醉并非谵妄的危险因素^[14]。

(6)手术:手术创伤本身可导致机体处于严重的应激状态,诱发内分泌轴紊乱,使机体代谢出现障碍,继而促进脑组织损伤并导致谵妄。手术时间超过 3 h 患者术后谵妄的发生率较高^[14]。手术创伤带来的电解质紊乱、低氧血症、疼痛刺激、睡眠周期和内环境的紊乱等因素被普遍认为是导致术后谵妄的主要原因^[15]。(7)另外,病房中仪器的噪音、

频繁的护理操作、疼痛使得患者睡眠被剥夺或者昼夜节律紊乱,患者的情感应激、承受着生命威胁、存在社交孤独、沟通不畅、环境陌生、个人隐私无法保护也是诱发谵妄的因素^[16]。以上诸多因素随着时间点推移在患者身上逐渐积累直至产生精神异常。

二、护理对策

美国老年医学会近期发布了防治老年患者术后谵妄的临床指南^[17],提供了有临床证据支持的有效的谵妄干预措施,该临床指南提供了 8 条强推荐条目,其中与护理密切相关的包括:建立多学科团队并制定各种非药物干预措施预防有危险因素的老年患者发生谵妄;为医务工作者提供有关谵妄的经常性教育项目;对患者做医学评估,发现并处理可引起谵妄的潜在诱因;优化疼痛管理以预防术后谵妄等。根据以上指南提到的干预措施,我们在临床工作中应注意以下几方面:

(一) 加强培训

近年来,国内外对谵妄的相关研究取得了一定的效果,但我国护理人员主要致力于有关谵妄病因的研究及干预措施方面的探讨,并没有意识到护士对谵妄知识的掌握程度、对谵妄的早期识别和早期预防对骨折合并谵妄患者的重要性。目前,国内学者对护理人员谵妄知识掌握方面的研究多集中在 ICU 病房中。胥利等^[18]为了解三级甲等综合医院 ICU 护士的谵妄认知、知识需求及知识来源,采用自行设计的问卷对 186 名 ICU 护士进行了调查,结果显示护理人员对 ICU 谵妄知识的掌握情况堪忧,主观选择对 ICU 谵妄知识“十分清楚”及客观考查表现优良的受调查者不足 10%。应用性知识“诊断与监测”及“处理”的掌握尤其不足。护士对 ICU 谵妄知识的主观认知和客观考察得分与其年龄、性别、工作年限、学历、职称以及工作单位等因素均没有显著关联。因此,应制订护士谵妄知识培训计划,加强护士的理论知识,提高护士对老年骨折患者谵妄的临床识别能力。对存在危险因素的患者进行早期识别、早期预防,降低发病率,减轻其危害性,缩短病程。护理人员掌握和应用知识对提高谵妄诊疗水平和改善患者预后意义重大。

(二) 应用合适的工具和方法识别谵妄高危患者

目前没有较好的实验室指标可以反映谵妄的病情,其诊断与监测主要应用量表进行评估。借助有效的诊断工具,常规筛查术后谵妄的发生,将有助于术后谵妄的早期诊断和及时治疗,最终降低术后发病率和病死率。护理人员在患者日常病情监测及

围手术期管理中发挥着重要作用,对术后谵妄进行筛查具有独特的优势,国外常由护理人员对谵妄进行筛查。护士经过一定培训后对谵妄的观察和诊断水平接近医生。

意识模糊评定量表(confusion assessment method, CAM)为美国精神病学协会精神病的诊断和统计手册第 4 版制定,是目前诊断谵妄的金标准。CAM 根据 4 项主要临床表现和特征来诊断谵妄:(1)急性智力状态变化;(2)注意力不集中;(3)思维混乱;(4)意识状态改变。(1)和(2)项必备,加上(3)或(4)项即可诊断谵妄。它使用简洁、可快速识别谵妄。Gaudreau 等^[19]为了能更好的诊断和动态监测谵妄的发生,编订了一种便于护理人员使用的可积分式的谵妄诊断工具-护理谵妄筛查量表(nursing delirium screening scale, Nu-DESC)。该工具由 5 个条目组成,在总体内容上与 CAM 保持了很好的一致性,且 Nu-DESC 中也考虑到了对占有相当比重的抑制型谵妄的评估。Nu-DESC 最大的特征是其便捷性和易用性,5 个条目内容非常容易记忆,护理人员在常规护理操作中,利用与患者简单交流得到的信息就能完成评估。

(三) 针对患者谵妄危险因素的护理

谵妄的预防重于治疗,30%~40%的谵妄可以预防^[20],主要措施包括:(1)建立老年病学专家参与的多学科合作团队对老年患者进行会诊,作出全面评估,去除诱因,可以使患者围术期的谵妄发生率显著降低。(2)纠正低氧血症,以维持血氧饱和度>90%;保持水电解质平衡,适当的给予营养支持,必要时经口或经鼻饲管额外补充营养^[21]。(3)多模式联合镇痛方案,即结合切口局部浸润麻醉、经静脉自控镇痛泵和术后静脉非甾体抗炎药(non-steroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs)给药等几种方式可以明显降低术后谵妄的发生率^[13]。(4)有证据表明,通过增加感觉刺激来改善患者感官输入可有效降低谵妄的发生^[22]。在临床上可利用眼镜、助听器、声音放大器等增强患者感知能力,帮助其适应环境。(5)尽可能避免身体约束,术后鼓励患者早期活动,由物理治疗师和护士协助患者活动。(6)避免剥夺患者睡眠,改善环境,努力消除监护仪和呼吸机等发出的声音对患者的刺激;白天室内灯光开启,夜间关闭,模拟正常的睡眠觉醒周期,各种治疗与护理工作尽量不在夜间进行,做到最少的干扰患者睡眠;在做好

术前常规护理和健康教育的基础上,重点做好对患者的睡眠指导^[23]。(7)老年骨折患者不但身体上处于危机状态,心理上也承受着巨大的压力,心理护理有利于满足特殊状态下患者的舒适与安全需求,及时消除患者紧张、焦虑、恐惧的心理压力,进而达到提高治疗效果、改善预后的目的^[24]。医护人员应当富有同情心,充分理解患者的困惑与茫然,给他们一种真实的、有希望的感觉;鼓励患者及时告诉医护人员其感觉到的任何奇怪现象,例如幻觉;通过及时沟通和解释,让患者充分认识到自己的心理状况,从而达到缓解精神症状的目的^[25]。保持人际交往对患者非常重要,要给患者和家属留有充分的空间交流与休息。对于术前紧张和焦虑心理较为明显的患者,应指导其进行放松训练,严重者遵医嘱给予助眠药物。

三、小结

谵妄是老年骨科患者术后最常见的并发症之一,可导致患者压疮、肺部感染、坠床发生率增加,甚至死亡,因此需要高度警惕。一旦患者被诊断为谵妄后要安排专人 24 h 陪护;采取非药物治疗措施,当谵妄症状影响自身或他人安全时,护理人员要积极配合医生给予患者适当的药物等治疗,协助治疗脱水、心衰、电解质紊乱等;还要根据患者病情定时监测生命体征,记录出入量,给与氧气吸入;适时吸痰以保证患者的血氧饱和度>90%。总之,对老年髋部骨折患者术后谵妄发生情况进行早期筛查、早期识别、早期预防、给药适时及适度的护理及管理,能够降低发病率,减轻其危害性,缩短住院时间,减轻家庭负担,减轻社会负担,提高患者满意度,具有很重要的临床意义。

参 考 文 献

- Orimo H, Hashimoto T, Yoshimura N, et al. Nationwide incidence survey of femoral neck fracture in Japan, 1992 [J]. J Bone Miner Metab, 1997, 15(2): 100-106.
- Miyamoto RG, Kaplan KM, Levine BR, et al. Surgical management of hip fractures: all evidence-based review of the literature. 1. Femoral neck fractures [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2008, 16(10): 596-607.
- Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture [J]. Osteoporos Int, 1997, 7(5): 407-413.
- Rudolph JL, Marcantonio ER. Review articles: postoperative delirium: acute change with long-term implications [J]. Anesth Analg, 2011, 112(5): 1202-1211.
- Rudolph JL, Jones RN, Rasmussen LS, et al. Independent vascular and cognitive risk factors for postoperative delirium [J]. Am J Med, 2007, 120(9): 807-813.
- Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery [J]. JAMA, 1994, 271(2): 134-139.
- Norkiene I, Ringaitiene D, Misiurienė I, et al. Incidence and precipitating factors of delirium after coronary artery bypass grafting [J]. Scand Cardiovasc J, 2007, 41(3): 180-185.
- De Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Dijkstra M, et al. Early symptoms in the prodromal phase of delirium: a prospective cohort study in elderly patients undergoing hip surgery [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2007, 15(2): 112-121.
- 吴昊, 欧阳文, 莫逸, 等. 术后谵妄老年病人脑葡萄糖代谢的变化及右美托咪定对其影响 [J]. 中华麻醉学杂志, 2012, 32(12): 1417-1420.
- 张英泽. 老年骨折治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 121.
- 王利宏, 徐国红, 韦仙姣, 等. 骨科常见手术术后谵妄的危险因素分析 [J]. 中华骨科杂志, 2015, 35(6): 650-655.
- Warshaw G, Mechlin M. Prevention and management of postoperative delirium [J]. Int Anesthesiol Clin, 2009, 47(4): 137-149.
- 梅伟, 刘尚昆, 张治国, 等. 非心脏手术患者全麻后早期谵妄的危险因素分析 [J]. 临床外科杂志, 2010, 18(5): 344-347.
- 谭刚. 老年非心脏手术患者术后谵妄的临床研究 [D]. 北京: 中国协和医科大学, 2007.
- 李晖, 李清, 杨风顺, 等. 多模式镇痛对老年髋部骨折术后谵妄影响的研究 [J]. 中华骨科杂志, 2013, 33(7): 736-740.
- 王萍, 林娟, 王娟, 等. 冠状旁路移植术后患者并发 ICU 谵妄的原因分析及护理干预 [J]. 护士进修杂志, 2011, 26(1): 37-38.
- 张宁, 朱鸣雷, 刘晓红. 美国老年医学会发布防治老年患者术后谵妄临床指南解读 [J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(1): 1-2.
- 胥利, 赵庆华, 刘丽萍, 等. ICU 护士对 ICU 谵妄认知的调查分析 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47(7): 645-647.
- Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale [J]. J Pain Symptom Manage, 2005, 29(4): 368-375.
- Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review [J]. Age Ageing, 2006, 35(4): 350-364.
- 张秋苹. ICU 术后患者谵妄的危险因素及护理进展 [J]. 中华现代护理杂志, 2014, 22(23): 3011-3012.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial [J]. J Am Geriatr Soc, 2001, 49(5): 516-522.
- 王小妮, 杨金娜. 影响 ICU 患者心理变化的因素及护理措施 [J]. 临床合理用药杂志, 2010, 3(24): 141-142.
- Warshaw G, Mechlin M. Prevention and management of postoperative delirium [J]. Int Anesthesiol Clin, 2009, 47(4): 137-149.
- 刘颖青, 左冬晶, 王烁. ICU 患者谵妄危险因素分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(2): 134-137.

(收稿日期: 2015-6-13)

(本文编辑: 闫晓丽)