

关注老年患者“术后谵妄”的发生

随着人口老龄化的不断加剧,老年人群体医疗需求也越来越高,需要进行手术治疗的也越来越多,老年人手术麻醉管理显得尤为重要。老年患者由于身体的老化和多种慢性疾病的存在,手术麻醉的安全性和有效性都存在着一定的挑战,且老年患者具有一定术后并发症发生风险,其中谵妄是其最为主要的并发症之一,近年来发生风险逐步增长。经常不少家属会发现,家里的老人虽然手术成功做完了,但是术后却出现胡言乱语、躁动不安等精神情绪的改变,持续时间几天甚至几月不等,这其实是患者出现了术后谵妄。

手术后谵妄是患者行麻醉手术后所引发的急性器质性脑功能障碍,主要特点表现为急性波动的精神状态变化,是老年患者围术期多发的严重并发症之一。现阶段关于谵妄病因尚未彻底明确,该病起病急,进一步增加患者住院时间,同时可能对患者的躯体功能和认知功能造成损伤,也给家属照顾患者带来很大难度,往往一家人会因此身心俱疲。

影响老年人术后谵妄的因素较多,像年龄、既往痴呆、诸多内科并发症、术前内环境紊乱、术中输血量、手术时长等,均是老年人髋部骨折术后谵妄的危险因素。随着年龄增长,神经系统将产生退行性改变,从而较易因刺激而诱发谵妄状态。其次,有研究发现,术后谵妄与老人的文化水平有关系,文化水平越高则越不易发生术后谵妄,文化水平越低越容易出现术后谵妄。对老年骨科中行髋部骨折术患者进行分析发现,高龄、术前的疼痛、术前低蛋白血症与术中过度通气均可引起术后谵妄,其中术前营养不良越严重,则术后谵妄发生率则有所升高。血清白蛋白水平是对患者营养状况进行评估的重要临床指标,临床中需密切观察患者术前营养情况,术前如发现患者血清白蛋白过低,则应



积极纠正,适当输入血清白蛋白制品,对营养不良患者提供针对性的营养支持。术前衰弱评分也能对老年患者出现术后谵妄起到一定的预测作用,因此术前后应积极改善患者的基础疾病,调节衰弱状态。对高危群体提供个性化的防治对策,术前予以综合评估,完善患者沟通工作,包括医护人员和患者的沟通、家属和患者的沟通。若出现术后谵妄,则应强化和患者之间的交流和沟通,完善认知行为干预工作。另外,高龄患者更易出现术后谵妄,90岁以上老人的大脑功能储备不良,术后发生谵妄的风险可能更大,严重危及患者的身心健康机体。超高龄髋部骨折患者出现术后谵妄的机率达到26.1%,术后1—3天为发生高峰。全身麻醉、并存的基础疾病数量超出四项、入院到手术时间等方面均可能导致术后谵妄的发生。所以麻醉医生在为老年患者行麻醉时通常会选择区域麻醉以减少麻醉对患者全身机能的影响尽量减少术后谵妄的发生。

老年患者的谵妄早期识别,不仅要

求外科医师与护理人员予以重点关注,同时还需多学科联合参与到谵妄的预防与评估工作,包括麻醉科、精神科、老年科等科室。多学科团队协作建立以护理人员为主导的多学科谵妄管理小组,这种方式有助于增强谵妄识别率、减少谵妄发生风险。多学科协作管理方式可以促进减少老年患者发生谵妄的概率,减少住院时间,增加患者满意度。为此,医院需重视多学科协作,进行谵妄早期识别与管理。

在进行老年患者术后谵妄干预时,可予以肺部感染预防干预,如引导患者训练深呼吸以及深部咳嗽练习,若患者咳嗽无力时则提供生理盐水雾化治疗;此外,帮助卧床患者定时翻身拍背,避免肺部感染。其次,在进行视觉/听觉适应干预时,可鼓励家属为老年患者配备老花镜;对于视力障碍患者,可以将荧光条贴在生活必需品上,以加强光感,方便患者辨认。对听力水平不良患者可引导其佩戴助听器;在和患者沟通过程中尽量放缓语速,提高声调。此外还要做好便

秘预防工作,在确定饮食方案时进行营养均衡搭配,如将动物和植物类、粗粮和细粮合理搭配,引导患者适当喝水以及食用新鲜果蔬,以更好地排便。在进行营养管理时,应安排营养师和责任护士协助评估患者的营养状态、饮食喜好等,在患者家属介入下协同确定饮食计划,同时保持动态调整,保障营养均衡,提高患者满意度。此外,睡眠紊乱也是谵妄诱因,在改善睡眠过程中,应密切观察患者睡眠的状态,评估其睡眠质量,有无出现失眠、易醒等现象,早期予以药物或行为阶梯干预,如降低外界扰乱睡眠的因素,减少夜间操作等。每日巡视过程中向患者询问其姓名、家庭成员等,若1次回答不对,则反复多次提醒和告知后再引导其回答;多和患者交流,鼓励患者家属常常与患者沟通,回忆既往有意义的经历,或者翻阅美好的照片等,以保持患者的定向力平稳,防止加剧患者认知障碍。此外予以心理支持,避免患者因疾病或手术等原因而产生恐惧;在预防低氧血症时,可及时监测患者的动脉血气分析,评估其初始氧合情况,之后每日对脉搏血氧饱和度进行监测,如血氧饱和度过低则根据实际情况提供持续低流量鼻导管吸氧。各项措施有助于减少患者术后谵妄与相关并发症发生风险,减少住院时间,更好地增强患者的满意度。

综上所述,谵妄是老年患者行外科手术手术治疗后最常见的严重并发症之一,早期评估和识别是谵妄获得及时干预的重要保障,需予以充分的重视,近亲家属积极的参与进来给患者更多的关心和交流,同时还需提高医护人员对老年患者术后谵妄的重视程度,增强医护人员对于术后谵妄的认知和管控水平,联合多学科协作做好术后谵妄管理,从而有效降低术后谵妄发生率。

(玉林市中西医结合骨科医院 关芳)

哪些头痛需要尽快就医

医生常常会接到亲朋的咨询,头痛要不要去拍个片子?动不动就去医院好像是否太矫情?再想到去医院的各种不便,比如停车、挂号、看病,做检查到哪都是排队,也不想去,但是担心万一不去,脑出血或者脑子里长了东西怎么办。其实大多数头痛都是良性的,可能是由于疲劳、压力、感冒、眼部疲劳等引起的,不会对身体产生不可逆的损害,好好休息就可以完全缓解。比如对于偏头痛、丛集性头痛的病友来说,头痛是反复发作的,如果每次的头痛都和之前差不多,就没有必要反复去检查。但是有些头痛却耽误不得,一旦出现,就要及时就诊,否则后果不堪设想,了解这些关键时刻能救命。

首先,有句话说得好:事出反常必有妖。首次出现的头痛要重视,以前经常出现的头痛,这次头痛不一样了也要警惕,只要有条件,最好都到医院就诊,出现大问题的概率不大。但是有以下几种头痛合并的情况,就明显不同了,这时就意味着拉响了警报,要及时就医:

第一种情况是年龄超过50岁的人群。偏头痛、丛集性头痛的起病年龄一般在20—30岁,超过50岁新出现的头痛要诊断偏头痛或是丛集性头痛概率较低,而且随着年龄的增长,基础疾病增多,出现脑血管病、脑肿瘤等疾病的几率也随之增加,所以年长的人,哪怕表现特别像偏头痛,也要首先排除器质性问题,这点要和父母辈好好谈一下。

第二种情况是突发的剧烈头痛,疼痛的程度一下到顶,我们叫做“这辈子从来没这么痛过”,这时要第一时间就医,非常急迫,因为这种情况首先要怀疑蛛网膜下腔出血,是我们神经科最危急的一种疾病,死亡率高,它可以发生在活动时比如在KTV唱歌、跳广场舞、打喷嚏或者性生活时,也可以发生在静止状态下甚至在睡眠时。

第三种情况,从来没有头痛的人出现了头痛,这种头痛虽然没有那么重,但随着日子的过去,持续不能缓解,甚至逐渐加重,造成此类头痛的原因很多,比如颅内肿瘤、慢性颅内压增高等,医生会根

据具体情况逐一排查。

第四种情况,头部受过外伤后出现的头痛,现在大多数人都有这个意识,受伤后去做个头颅CT排除下脑出血,但很多人以为做了一次头颅CT后没事就万事大吉了,忽视了迟发性脑出血和脑损伤的可能,尤其对于老年人,外伤后再次出现头痛,意识不好,甚至偏瘫,就要尽快就医。

第五种情况,体位改变后头痛加重,比如有一种头痛躺着没事,站起来几分钟后就开始头痛,再躺下又会慢慢好转,这可能是低颅压性头痛,因为我们的大脑被脑脊液包绕,或者说脑脊液托着它,如果因为某些原因脑脊液漏出来了减少了,由卧位换为直立位时,水往低处流,大脑往下坠,牵拉脑脊液产生痛觉。

第六种情况,头痛伴有发热时,要排除颅内感染的可能,比如伴有发热还有出现头面部或者身体其他地方的疱疹,就要考虑病毒性脑膜炎的可能,确诊需要做腰穿,拿脑脊液去化验寻找病原菌。

第七种情况,打喷嚏、咳嗽或运动诱

发的头痛,包括性生活后出现的头痛,要注意排除脑部畸形、肿瘤、脑血管畸形等原因所导致。

第八种情况,头痛伴有特殊的症状,这点一般通过常识能够判断,比如伴有一侧肢体的麻木乏力,说话不清楚,嗜睡,大概率是脑出血;而一侧视力下降,单眼疼痛,可能是青光眼;而间歇性的头痛伴有血压的急剧升高,心慌,全身出冷汗,可能是嗜络细胞瘤,等等。

还有一种常见的情况,有些头痛持续的时间较长,大于3天,而且程度剧烈,应用睡眠药物或止痛药物、通过休息也没有明显缓解,这时候就算没有加重,也不伴有其他症状,也需要及时就医。

最后需要再提醒的是,该看急诊的时候一定要看急诊,不要出现问题的时候还琢磨怎么挂号,急诊虽然检查手段有限,但急诊医生能在诊治过程中,通过完善的病史采集,使用规范诊疗的工具,初步排除一些危险性的问题,最大程度地保证我们的健康。

(广西柳州市工人医院 吴莉娅)