术期的优点有利于医疗资源的节约。本研究腹腔镜前列腺癌根治术组住院时间短,安全性可靠的主要特点源于切口创伤小,视野放大后操作更为清晰,在密闭的空间(10 cmH_2O 正压)下渗血少,因而减少了术中输血量和总输血量,总并发症率显著降低。两组患者尿控功能的变化以及肿瘤控制的结局有待于进一步的评估。

微创手术术前管理与开放手术无差别,主要体现在术后。微创手术术中出血少,创面小,疼痛轻,在术后护理上需要输血的概率低,因而降低了输血并发症的概率,心电监护时间缩短,创面渗出远低于开放手术,大量减少了更换床单被褥的工作量;同时患者因疼痛明显减轻,利于早下床活动,减少了护理翻身的工作量。综上所述,经腹腔镜前列腺癌根治术大幅度节约了护理资源。

参考文献:

[1] 那彦群, 叶章群, 孙光. 2011版中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 201: 49-79.
[2] Schaeffer E M, Loeb S, Walsh P C. The case for open radical prostatectomy[J]. Urol Clin North Am, 2010, 37(1): 49-55.
[3] Artibani W, Grosso G, Novara G, *et al*. Is laparoscopic radical prostatectomy better than traditional retropubic radical prostatectomy? An analysis of peri-operative morbidity in two contemporary series in Italy[J]. Eur Urol, 2003, 44(4): 401-406.
[4] Romero-Otero J, Touijer K, Guillonneau B. Laparoscopic radical prostatectomy: contemporary comparison with open surgery[J]. Urol Oncol, 2007, 25(6): 499-504.
[5] Strasberg S M, Linehan D C, Hawkins W G. The accordion severity grading system of surgical complications[J]. Ann Surg, 2009, 250(2): 177-186.
[6] Touijer K, Guillonneau B. Laparoscopic radical prostatectomy: a critical analysis of surgical quality[J]. Eur Urol, 2006, 49(4): 625-632.
[7] Djavan B, Agalliu I, Laze J, *et al*. Blood loss during radical prostatectomy: impact on clinical, oncological and functional outcomes and complication rates[J]. BJU Int, 2012, 110(1): 69-75.
[8] Cathcart P, Murphy D G, Moon D, *et al*. Perioperative, functional and oncological outcomes after open and minimally invasive prostate cancer surgery: experience from Australasia[J]. BJU Int, 2011, 107(Suppl 3): 11-19.
[9] Al-Shaiji T F, Kanaroglou N, Thom A, *et al*. A cost-analysis comparison of laparoscopic radical prostatectomy versus open radical prostatectomy: the McMaster Institute of Urology experience[J]. Can Urol Assoc J, 2010, 4(4): 237-241.

(**收稿**: 2012-01-15;**修回**: 2013-03-07)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2013)15-1603-01

经验交流

人工髋膝关节置换术后患者发生谵妄的原因分析及护理对策

秦 瑕,张玉梅 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院骨科)

[**关键词**] 术后谵妄;关节置换;原因分析;护理
[**中图法分类号**] R473.6 [**文献标志码**] B

术后谵妄(postoperative delirium,POD)是一种波动性意识功能障碍,包括认知功能下降、理解力下降等,多在术后2~3 d发生,可持续几小时到数天。POD患者可出现明显的感知障碍、恐怖性幻觉、错觉,不能入睡,强烈的恐惧感等情感反应[1],导致患者依从性较低,术后康复时间明显增加,大大增加褥疮、感染、血栓等风险。本研究分析2010年1月至2011年7月在我科行髋膝关节置换术的681例患者发生术后谵妄的情况,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2010年1月至2011年7月在我科行髋、膝关节置换术患者681例。排除有精神疾病,有慢性疼痛史,对止痛药物过敏的患者。包括男性297例,女性384例,年龄55~90(68.0±3.2)岁。患者术前诊断髋部骨折182例,股骨头坏死282例,膝骨关节炎217例。行人工半髋关节置换67例,单侧全髋关节置换221例,双侧髋关节置换98例,单侧膝关节置换102例,双侧膝关节置换193例。麻醉方式:腰麻162例,硬膜外麻醉307例,腰硬联合麻醉212例。本研究经医院伦理会批准,纳入患者及其家属签署知情同意书。

1.2 数据记录

常规术前1 d访视患者,以综合性医院焦虑抑郁量表评定患者心理状态,其中108例有术前焦虑紧张情绪。记录术后患者生命体征,采用视觉模拟评分(visual analog scale,VAS)测定患者术后24~48 h疼痛,并记录术后杜冷丁及其他止痛药用量。术后14 d内每天由1名专职人员按精神障碍诊断与分析手册(美国心理医师协会,1994年)的谵妄诊断标准判断患者是否发生谵妄。

2 结果

681例患者中确诊发生谵妄28例,发生率为4%,包括术后24 h内谵妄者23例,占82%,24 h后起病者5例,占18%。70岁以下的谵妄患者6例,70岁以上的谵妄患者22例,提示谵妄随年龄增长发生率增高。存在术前焦虑状态的108例患者中19例发生谵妄,573例无术前焦虑状态患者中9例发生谵妄。有基础疾病患者120例,发生谵妄18例,无基础疾病患者561例,发生谵妄10例。膝关节置换手术后患者发生21例,髋关节置换术后患者发生7例。腰麻术后发生9例,硬膜外麻醉术后发生10例,腰硬联合麻醉术后发生9例。

(下转1608页)

[**通信作者**] 秦 瑕,E-mail: 214094302@qq.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130627.1024.001.html(2013-06-27)

[J]. Arch Intern Med, 2008, 168(20): 2219-2224.
[12] Asvold B O, Vatten L J, Nilsen T I, *et al*. The association between TSH within the reference range and serum lipid concentrations in a population-based study. The HUNT Study[J]. Eur J Endocrinol, 2007, 156(2): 181-186.
[13] Abonowara A, Quraishi A, Sapp J L, *et al*. Prevalence of atrial fibrillation in patients taking TSH suppression therapy for management of thyroid cancer[J]. Clin Invest Med, 2012, 35(3): E152-E156.
[14] Abi-Char J, Maguy A, Coulombe A, *et al*. Membrane cholesterol modulates Kv1.5 potassium channel distribution and function in rat cardiomyocytes[J]. J Physiol, 2007, 582(Pt 3): 1205-1217.
[15] Balse E, El-Haou S, Dillanian G, *et al*. Cholesterol modulates the recruitment of Kv1.5 channels from Rab11-associated recycling endosome in native atrial myocytes[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2009, 106(34): 14681-14686.
[16] Patel P, Dokainish H, Tsai P, *et al*. Update on the association of inflammation and atrial fibrillation[J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2010, 21(9): 1064-1070.
[17] Berbee J F, Havekes L M, Rensen P C. Apolipoproteins modulate the inflammatory response to lipopolysaccharide[J]. J Endotoxin Res, 2005, 11(2): 97-103.
[18] Nyrnes A, Njolstad I, Mathiesen E B, *et al*. Inflammatory biomarkers as risk factors for future atrial fibrillation. An eleven-year follow-up of 6315 men and women: the Troms? study[J]. Gend Med, 2012, 9(6): 536-547.
[19] Chen M C, Chang J P, Liu W H, *et al*. Increased inflammatory cell infiltration in the atrial myocardium of patients with atrial fibrillation[J]. Am J Cardiol, 2008, 102(7): 861-865.

(**收稿**:2013-01-07;**修回**:2013-04-07)
(编辑 栾 嘉)

(上接1603页)

3 讨论

3.1 人工髋膝关节置换术后发生谵妄的病因

3.1.1 患者因素 ①年龄。行髋膝关节置换术患者一般为老年人。随着年龄的增长,老年人大脑功能退化及代偿能力降低,术后脑内生化代谢、生理功能严重紊乱,是术后谵妄的基础[2]。本组患者年龄(68±3)岁,谵妄患者28例,70岁以下的谵妄患者6例,70岁以上的谵妄患者22例(占78%)。②基础疾病。术后基础疾病加重以及术后24 h出现贫血,低蛋白血症可引起脑水肿、缺氧等,更可引发谵妄或加重。任艳萍等[3]认为:水、电解质紊乱是谵妄发生的高危因素之一。本组发生谵妄的患者中合并高血压4例,合并糖尿病3例,合并高血压、心脏病3例,合并高血压、心脏病、糖尿病1例,合并高血压、脑梗死2例,合并高血压、老年痴呆2例,合并慢性支气管炎、肺气肿2例,合并消耗性疾病(恶性肿瘤)1例,术后低血容量2例,肾功能不全2例,电解质紊乱6例。③心理状态。本组术前紧张、休息欠佳的患者发生率高于休息较好的患者。

3.1.2 手术麻醉因素 ①手术应激反应。老年人机体应激能力降低,调节系统可靠性减少,对应激原敏感性增加,应激反应强,异常兴奋传导导致老年患者发生术后谵妄。②麻醉因素。老年人对药物反应敏感而且代谢或肾功能异常也使药物半衰期延长,使麻醉药物广泛作用于中枢神经系统。药理学研究发现,镇静药物对谵妄有双重作用,即有效缓解焦虑、幻觉等症状,也有可能会导致镇静过度和加重谵妄[4]。

3.1.3 其他因素 ①低氧血症。本组发生谵妄的患者中,3例术前无吸氧状态下血气分析氧分压低于60 mmHg,4例术后吸氧状态下血气分析氧分压低于90 mmHg。②术后疼痛。Marcantonio等[2-3]认为:术后疼痛是谵妄发生的高危因素之一。疼痛是机体对具有伤害性刺激的反应,疼痛持续不断可引起焦虑、紧张、恐惧等情绪反应,使心理处于应激状态,引起生理功能紊乱;疼痛又能轻易打破处于濒临谵妄状态患者的平衡[5]。③术后休息。术后谵妄的发生率与睡眠功能紊乱有关[4]。睡眠对整个机体和精神恢复有着重要的作用。本组术后6 h内没能安静睡觉或缩短睡觉时间的患者82%发生谵妄。

3.2 关节置换患者术后发生谵妄的护理措施

①术前护理评估。对于髋膝关节置换患者术前应评估患者年龄、基础疾病、术前心理状态、手术方式、麻醉方式等情况,根据评估结果进行重点观察和并采取预防措施。②术后严密观察。术后予心电监护、持续低流量吸氧;严密观察患者生命体征、血氧饱和度,伤口渗血、渗液,及时更换敷料;观察并记录引流液的颜色、性质、量;观察患肢血循环、感觉、运动,观察下肢肿痛情况,予肢体气压治疗和口服利伐沙班片、皮下注射抗凝药预防深静脉血栓的发生;还应对患者的认知、定向力、行为、睡眠等进行重点观察,及时发现谵妄的先兆。③维持水、电解质平衡。遵医嘱予复查血常规、凝血6项、血气分析和生化检查,必要时静脉输入复方氨基酸、白蛋白、新鲜血制品等,并维持水电解质与酸碱平衡。④饮食护理。术后指导患者进食优质蛋白,高热量、易消化的食物,少量多餐;多进食水果蔬菜保持大便通畅,增进食欲。⑤标准化疼痛的管理。保持患者术后VAS评分一直在4分以下。⑥安全管理。床边禁止放置危险物品,加用床栏防坠床,予以约束带固定,24 h专人看护,加强巡查,防止非计划性拔管,床旁有标示,当有非计划性拔管时,护士应及时处理,将伤害降至最低。严格交接班,防止增加患者损伤。本组发生谵妄的患者中无一例不良事件发生。⑦心理护理。保持病室环境安静,鼓励患者子女多陪伴,避免老人情绪波动。⑧观察抗精神障碍药物的疗效及毒副反应。对于躁动不安严重的患者,遵医嘱予咪达唑仑注射液镇静,保持呼吸道通畅,观察生命体征。本组发生谵妄的患者中,使用咪达唑仑注射液镇静的患者没有1例发生呼吸抑制。

参考文献:

[1] 林小凤, 薛庆生, 于布为. 术后谵妄的当前理解[J]. 上海医学, 2010, 33(12): 1143-1145.
[2] Marcantonio E R, Goldman L, Mangione C M, *et al*. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery[J]. JAMA, 1994, 271(2): 134-139.
[3] 任艳萍, 蔡焯基, 马辛, 等. 老年性谵妄临床特征及相关因素分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2000, 26(5): 268-272.
[4] 马宇, 徐美英. 老年患者术后谵妄与睡眠紊乱的关系[J]. 国外医学:麻醉学与复苏分册, 2003, 24(5): 305-307.
[5] 周朝君, 汪凤兰. 老年术后谵妄的相关因素分析及干预措施[J]. 新疆医科大学学报, 2007, 30(7): 767-768.

(**收稿**:2012-12-21;**修回**:2013-01-23)
(编辑 龙 亮)