

· 病例报告 ·

老年多处开放性骨折致术后谵妄一例

王腾

(青岛大学附属医院骨关节科, 青岛 266000)

【关键词】 老年人; 骨折; 开放性; 谵妄

【中图分类号】 R683

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2020.09.161

1 临床资料

患者男, 68岁。以“车祸致全身多处外伤, 疼痛、出血伴下肢活动受限4h余”入院。既往病史: 无高血压、糖尿病、心脑血管病史。饮酒史: 40余年, 平均每天喝50°左右白酒100~300ml。

入院查体 体温36.6℃, 脉搏76次/min, 呼吸频率20次/min, 血压115/85 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 神志清, 急性痛苦病容, 车床入院。颜面部多处外伤伤口, 右侧瞳孔散大, 直径约3.0 mm, 对光反射消失。专科情况: 左大腿下段外侧可见约6cm不规则伤口, 大量渗血, 污染、挫伤严重。骨端外露, 左下肢末梢血运及感觉可。右小腿可见约4cm不规则伤口, 挫伤严重, 末梢血运及感觉可。

辅助检查 双下肢X线: 左股骨远端骨折, 移位明显。头颅、胸部、腹部、骨盆CT未见明显异常。

诊疗经过 急诊在手术室行: (1) 右小腿及右跟骨伤口清创缝合术; (2) 左大腿伤口清创术+胫骨结节骨牵引术+负压封闭引流术 (vacuum sealing drainage, VSD)。术后给予抗感染、补液等对症处理。在随后3个月内经历11次手术, 入院3个月后出院。

患者术后当日神志清楚, 精神一般, 生命体征平稳。术后血红蛋白65 g/L, 白细胞 9.0×10^9 /L, 钠109 mmol/L。给予抗感染及补血、补液、补钠等纠正水电解质平衡紊乱治疗。术后30h出现躁动, 不肯入睡, 神志不清, 强制起身, 强烈要求回家。给予安定10 mg。逐渐好转, 但仍躁动不安。第二天请神经内科会诊, 简易精神状态评分15分, 考虑谵妄。建议给予安定、氟哌啶醇口服。复查头颅CT示: (1) 老年性脑改变; (2) 左侧额部皮下高密度影, 高密度异物? (3) 左侧额部及右侧颞部少许皮下积气。实验室检查: 血红蛋白75 g/L, 白细胞 9×10^9 /L, 钠109 mmol/L, 丙氨酸氨基转移酶22 U/L, 草氨酸氨基转移酶11 U/L, 尿素氮2.45 mmol/L, 肌酐61 μ mol/L。

继而多次出现白天精神疲倦、嗜睡、思维模糊, 夜晚躁动、坚持挣扎起身。术后第3天夜间自行撕脱VSD负压引流, 第二天对此毫无记忆。术后10d趁护工洗澡, 自行跌

落床下并爬行约35m, 被护士发现, 送回病房, 第二天亦对此事毫无记忆。

自发病以来, 给予氟哌啶醇0.5 mg/12h, 以地佐辛注射液、曲马多缓释片等方法镇痛, 同时给予补充红细胞, 给予浓钠、补液等调节水电解质平衡的措施, 夜晚给予咪唑安定口服协助睡眠, 请其他志愿患者配合医护人员及家属给予心理疏导, 缓解患者紧张情绪。

经治疗逐渐好转, 白天嗜睡减轻, 精神食欲可, 夜晚躁动消失, 安静入睡。发生谵妄后约1个月, 精神状态恢复, 简易精神状态评分26分。

术后3个月出院, 患者病情平稳。出院后随访半年, 因肺癌去世。

2 讨论

希波克拉底是第一个描述谵妄的人, 将其与忧郁症和躁狂症等其他疾病区分开来。Florou等^[1]描述了老年患者术后谵妄的现状、预后及管理问题。术后谵妄是术后急性的精神紊乱状态, 由继发于全身性系统紊乱的基础神经元活动调节障碍引起。以意识水平改变为典型特征, 表现为思维混乱, 意识模糊, 认知欠缺, 情绪、精神运动障碍。通常为急性起病, 持续数小时或数天。经治疗多治愈或好转, 少数恶化为进行性意识障碍, 死于并发症。目前其病理生理机制尚不明确, 中枢胆碱能缺陷为主要发病机制。

诊断谵妄主要依赖病史和部分诊断标准^[2], 经典的诊断标准为美国精神病诊断标准第4版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, DSM-IV), 但是因为该诊断标准繁琐且需要专业人士评估, 不适合临床应用, 现临床多用意识模糊评估法 (Confusion Assessment Method, CAM), 其特异性与敏感性较高, 比较适用于临床。其诊断要点为: (1) 急性起病; (2) 注意力不集中; (3) 意识水平的改变; (4) 思维混乱。满足1+2+3/4即可诊断^[3]。根据临床表现的不同可将谵妄分为3种类型: 暴躁型谵妄、抑郁型谵妄和混合型谵妄。另外, 有研究表明, 长期住院、痴呆和谵妄, 增加6个月的死亡风险^[4]。

推断本例谵妄的发生是易感因素与医院相关的诱发因素相互作用的结果。老年人为术后谵妄高发人群,各项生理功能退化,脑组织退行性改变,中枢神经递质合成异常,随受损的血脑屏障进入中枢,导致中枢神经系统紊乱^[5]。

此外,患者遭受较大的外伤打击,后又经历多次手术,这是引发谵妄的最重要诱因。术前的大量失血,造成心输出量下降,术后贫血,脑及其他重要器官供血供氧严重不足^[6]。多项研究证明老年患者的动脉压波动、低血压与谵妄发生有关^[6]。

骨折及手术导致的疼痛也是引发谵妄的危险因素。疼痛是一种伤害性应激源。剧烈疼痛不仅可加重肢体功能障碍及失眠,还会引发焦虑、顾忌等负面情绪,破坏已经处于谵妄临界状态的平衡。受伤期间机体长时间处于应激状态,高龄患者更敏感,应激反应增强,使兴奋异常传导,增加了手术后谵妄的风险^[6]。

此外,术后床上制动、医护操作干扰、休息环境嘈杂、尿管留置等因素影响,患者出现严重睡眠紊乱,导致睡眠-觉醒周期障碍、意识及思维障碍等症^[7]。

本例患者具备混合型谵妄的表现:易激惹,警觉和活动加强,对刺激敏感;有多次、长久的、无目的、重复的动作;造成血压升高,心率加快,伤口愈合不佳;对自行撕开伤口VSD引流和爬出病房等事实毫无记忆。继而呈嗜睡状态,说话速度慢,动作迟缓,对刺激反应减退,呈现抑郁型谵妄的表现。

鉴于骨科术后老年人谵妄发生率较高,有必要引起重视。术前评估谵妄状态高危患者,提前做好防护措施。围术期维持水电解质平衡,密切关注血气指标及生命体征,预防及纠正缺血缺氧状态,分析可能引起谵妄的易感因素和诱发因素,尽量避免或减少对患者的刺激。针对已经出现谵妄的患者实施分级并予以安眠、镇静药物等对症治疗。同时需术前强化患者及家属教育,提高患者心理及生理应激能力,做好相应护理措施。把谵妄发生率及其引起的危害降到最低。

【参考文献】

- [1] Florou C, Theofilopoulos D, Tziaferi S, *et al.* Post-operative delirium in elderly people diagnostic and management issues of post-operative delirium in elderly people [J]. *Adv Exp Med Biol*, 2017, 987: 301-312. DOI:10. 1007/978-3-319-57379-3_27.
- [2] Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, *et al.* Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method [J]. *BMC Med*, 2019, 17 (1): 138. DOI: 10. 1186/s12916-019-1367-9.
- [3] 陈伟, 陈永权. 低剂量丙泊酚治疗术后顽固性谵妄一例 [J]. *中华医学杂志*, 2017, 97 (40): 3189-3190. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0376-2491. 2017. 40. 016.
Chen W, Chen YQ. One case of postoperative obstinate delirium treated with low-dose propofol [J]. *Chin J Med*, 2017, 97 (40): 3189-3190. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0376-2491. 2017. 40. 016.
- [4] Holmes J, House A. Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study [J]. *Psychol Med*, 2000, 30 (4): 921-929. DOI: 10. 1017/s0033291799002548.
- [5] 罗爱林, 张杰. 2017 版欧洲麻醉学会《基于循证和专家共识的术后谵妄指南》解读 [J]. *临床外科杂志*, 2018, 26 (1): 29-33. DOI:10. 3969/j. issn. 1005-6483. 2018. 01. 009.
Luo AL, Zhang J. Interpretation of the 2017 edition of the European Society of Anesthesiology: evidence-based and expert consensus-based guidelines for postoperative delirium [J]. *J Clin Surg*, 2018, 26 (1): 29-33. DOI:10. 3969/j. issn. 1005-6483. 2018. 01. 009.
- [6] Radinovic K, Markovic Denic L, Milan Z, *et al.* Impact of intra-operative blood pressure, blood pressure fluctuation, and pulse pressure on postoperative delirium in elderly patients with hip fracture: a prospective cohort study [J]. *Injury*, 2019, 50 (9): 1558-1564. DOI: 10. 1017/s0033291799002548.
- [7] Choutko-Joaquim S, Tacchini-Jacquier N, Pralong D' Alessio G, *et al.* Associations between frailty and delirium among older patients admitted to an emergency department [J]. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 2019, 9 (2): 236-249. DOI:10. 1159/000499707.

(编辑: 门可)

· 消 息 ·

《中华老年多器官疾病杂志》关于录用稿件优先数字出版的启事

为缩短学术论文发表周期,提高学术成果的传播和利用价值,争取科研成果的首发权,《中华老年多器官疾病杂志》已启用优先数字出版(online first)平台。

编辑部会将已被录用并完成排版校对的论文先于印刷版在杂志网站优先数字出版。同时,印刷版一经确定卷、期、页码,将上传至网络出版平台并取代优先出版的数字版。若有作者参阅本刊优先数字出版文献并引为参考文献的,请务必在其引用格式中标注数字出版的时间和网址,以确认该文的首发权。若有不同意优先数字出版的作者,请投稿时特别说明。

地址: 100853 北京市复兴路 28 号《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

电话: 010-66936756

网址: www. mode301. cn

E-mail: zhlnldqg@mode301. cn