

急诊危重患者发生谵妄的临床相关因素和预防性护理对策分析

蒋雨航

浙江大学医学院附属邵逸夫医院庆春院区 310016

【摘要】目的 探讨和分析急诊科危重病人谵妄的危险因素,总结相应的护理对策。**方法** 选择2017年2月至2019年2月我院急诊重症谵妄60例为观察组,选择急诊重症非谵妄60例为对照组。分析了两组患者的临床资料,总结和探讨了急诊危重症致谵妄的危险因素,并提出了相应的护理对策。**结果** 两组患者在Apache II评分、机械通气、脑血管疾病、糖尿病、呼吸衰竭、严重感染等方面差异有统计学意义($P<0.05$)。多变量回归分析显示,APACHE II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄和糖尿病是危重和急性患者的结局。谵妄的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 急诊科危重病人发生谵妄的危险因素主要有Apache II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄、糖尿病等,应采取有效的护理措施,避免病情进一步恶化。

【关键词】 护理对策;谵妄;急症危重症;危险因素

【中图分类号】 R472.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 07-087-02

谵妄又被称为急性脑综合征,临床表现主要为行为无章法、无法集中注意力、意识障碍等,多见于老年病患,据相关数据调查显示,重症监护室病患谵妄的发生率高达71%~86%,对病患的治疗工作的开展造成了严重的影响。因此在本次研究中,旨在探讨分析急诊危重症病患谵妄发生的危险因素,以期为临床提供可靠依据,并总结相应的护理对策,具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年2月至2019年2月我院急诊危重症谵妄病患60例设为观察组,其中病患男31例,女29例;另外选取急诊危重症非谵妄病患60例设为参照组,其中病患男32例,女28例;所有病患均排除存在既往神经外科手术史病患;排除存在认知功能障碍、抑郁的病患;排除存在精神分裂症或者是长时间服用精神病药物的病患;排除合并重症肌无力、帕金森病、癫痫疾病者。

1.2 方法

对两组病患的临床资料进行分析,总结探讨急诊危重症病患出现谵妄的危险因素,并提出相应的护理对策。

1.3 统计学方法

将本次研究中的数据采用SPSS20.0统计学软件进行分析处理,通过 t 和 χ^2 检验, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

两组病患在APACHE II评分、机械通气、脑血管疾病、糖尿病、呼吸衰竭、重症感染等方面比较,差异具有统计学意义($P<0.05$);经多因素回归性分析,APACHE II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄、糖尿病为急症危重症病患出现谵妄的独立危险因素($P<0.05$)。

3 讨论

谵妄是一种临床综合征,并非是一种疾病,目前临床尚未明确其确切的发病机制,且多数研究学者认为其是由多种因素共同作用下而引发的,同时通过采取有效的措施能够被及时预防,降低病患谵妄的发生率。既往研究显示,谵妄的危险因素主要分为脑实质性、药源性、睡眠剥夺、代谢性、社会心理因素等,而药源性是诱发谵妄最常见的因素,主要相关药物为镇静类及抗生素药物,由于既往已有大量的临床研究证实药源性为谵妄的危险因素,再加上急诊危重症病患

的使用药物种类多且杂,难以准确判断是由何种药物引起病患的谵妄,因此在本次研究中未涉及药源性危险因素的研究。结合谵妄的独立危险因素,对急危重症患者谵妄的防治,除了药物治疗,优质护理至关重要,具体包括:(1)控制危险因素:对于入院时存在谵妄影响因素的高危人群,护理上需要特别关注,同时尽早开始认知干预。老年患者应每日定时进行时间、地点及人物的定向问答,促进老人对诊疗环境的感知和适应;既往有慢性阻塞性肺疾病、肝硬化的患者,需要密切注意意识状态及化验结果的变化;使用镇静药物的患者需要关注药物使用的剂量及用药后的反应情况。(2)严密观察病情:包括观察并记录病人的认知、行为及发病的症状。注意要与病人日常思维状态和行为习惯作对比。及早向医生反映患者每日出入量等情况,早期纠正脱水和电解质紊乱,补充营养。密切注意生命体征情况,尤其是血氧饱和度、血压等与谵妄发生与否的敏感指标。在密切观察病人呼吸、血气分析变化的同时,保持呼吸道通畅及呼吸机正常运行,确保组织供氧充足。(3)预防并发症:包括合理镇静,镇静药物从小剂量开始,定期判断镇静的深度,根据病情尽早停用镇静药;对于高龄老人,尽量避免副反应大的抗生素及对肝肾有损伤的药物;对已经出现谵妄的患者,避免发生跌倒、自我损伤等情况,必要时予以保护性措施。(4)改善诊疗环境:舒适的诊疗环境不仅有益于患者的康复,对于减少谵妄的发生也很重要。保证合适的温湿度,在室内增加钟表,尽可能做到自然的昼夜节律,白天可以在合适的时间播放舒缓的音乐缓解病人的紧张与不安,夜间23点以后创造安静的休息环境等。(5)重视与病人的交流:ICU患者长时间与家人分离,急诊抢救室的患者也仅允许一名家属陪护,这都会增加患者焦虑、孤独等负面情绪。此外,由于对医学的陌生,患者及家属对于诊疗操作和医疗器械等存在恐慌等情绪,这些都要求在进行诊疗的过程中需要重视与患者及家属的沟通与交流,从一开始就减轻他们的心理负担及惶恐。沟通包括语言沟通与非语言沟通。对于气管插管等不能正常语言交流的患者,应该重视肢体交流、文字交流等非语言沟通,而不能因无法说话而忽视交流。对于一般患者,多进行语言沟通必要时可以根据情况酌情增加患者探视时间,都可以让患者保持一个健康的心理。(6)其他:包括心理治疗、音乐疗法、舒适护理、(下转第89页)

向前,然后挺直躯干;两下肢分开先健侧后患侧轮流支持体重,基本稳定后,即可转入步行训练。

行走训练指导:患侧腿部肌力得到恢复时,可以开始使用步行辅助器来训练患者的步行,患者家属训练患者站立行走时要站在其的患侧,借助患者家属的内侧腿拖带患者患侧下肢向前行走,并可采用绷带系于患者足部,用健侧手将患侧肢体向前拉。这样一步一步的向前移动,开始下一个步态周期。当独立步行稳定后,再进一步训练复杂的步伐,如绕去圈走,上下台阶或楼梯,跨越障碍、转换方向等。

2.5 语言训练指导

语言的训练指导,其重点是练习患者舌的活动功能和发音肌群的动作。发音练习时,可以先用简单的词,例如像婴儿学语言一样,可以先教患者发爸爸、妈妈、狗、猫咪、吃饭等音,朗读一些简单的句子,例如报刊上的大标题,日常生活的常用语、以往爱说的口头常等等,例如吃饭、上班;教他以前熟悉的歌曲、诗歌和一些小调等这样一方面可锻炼患者的语言功能,另一方面还可以唤醒患者语言的记忆。还可以指导患者做口腔操:教患者撅嘴、鼓腮、龋牙、叩齿等动作,每个动作做5—10次,此为一个单元训练。总之,语言训练要先易后难,结合实际生活循序渐进的原则进行。这里也需要患者家属要有耐心,每天至少练习三次,每次半小时。另外,也要注意给患者一定的鼓励,以增强配合训练的信心。

2.6 心理护理的指导

2.6.1 在脑梗塞的病人中,因其其病变的部位、范围和程度的不同,可以出现各不相同的智力障碍、情绪、心理、行

为、性格等方面的不同,因此尊重患者,耐心倾听患者诉说,与患者谈话时声音要大,措辞应该简短清晰,重复重点,必要时可以使用辅助器材,例如助听器、识字卡等,以便更好的与沟通。

2.6.2 脑梗塞患者可能因偏瘫或失语从而感到自卑、消极,或因生活不能自理而导致性情急躁,易发怒,甚至出现厌世轻生,家属应注意多关心患者,多与患者沟通,给予患者精神及其物质方面的支持,解除患者的顾虑,稳定患者的情绪使患者懂得只要好好的配合治疗,认真做好康复训练,一定可以度过难关,逐渐康复。

3 小结

脑梗死致残率和复发率高达50%以上,随着脑梗死患者的致残率和复发率的不断提高,而且近年来康复医疗对偏瘫患者的功能治疗愈来愈明确,其功能障碍的恢复和生活质量的提高亦与护理极为密切。所以为了降低脑梗死患者的致残率和复发率,指导家属为病人做好出院以后的康复护理就显的至关重要。现我科室现由责任护士在患者出院前为其制定家庭康复护理计划,患者出院后通过采取定期电话采访,给予针对性指导,制定复诊时间等方式进行康复阶段评估,目前已取得了较好效果,通过对150例患者出院后的随访情况表明,91.2%患者的生活自理能力均有不同程度的提高,而且也受到患者及家属的一致好评。

参考文献:

[1] 黄明辉,黄伟容,成慧.脑梗死住院患者的健康教育[J].广州医药,2007,(6).

(上接第86页)

物质的摄取,此方法可以取得一定效果,但对患者身体会有一定影响,而吞咽障碍具有可逆性,不是永久损伤,所以早期护理是有必要的,患者健康是可以恢复的。对患者早期进行护理,针对心理及饮食指导,对患者恢复健康有重要意义^[5]。本文章旨在研究早期康复护理应用于听神经瘤术后吞咽功能障碍患者的临床疗效,结果显示,其效果要比常规治疗好的多,疗效显著,有效的降低了患者吸入性肺炎的发生率,为患者康复起到了关键性作用。

综上所述,早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用价值很高,效果明显,可促进患者吞咽功能恢复,减少吸入性肺炎发生。

参考文献:

范玉莹,郑晓纯,杜爱红等.早期康复护理在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(18):155-156.

[2] 陈培培.康复护理对听神经瘤术后吞咽功能障碍的影响[J].中国卫生标准管理,2019,10(6):112-114.

[3] 朱凌云,汤丽萍,束玲玲等.早期护理干预在听神经瘤术后吞咽功能障碍患者饮食护理中的作用[J].实用临床医药杂志,2015,19(2):44-46.

[4] 张丽华,乐革芬,李莺等.信息-动机-行为技巧模型在听神经瘤术后吞咽障碍病人中的应用[J].护理研究,2019,33(1):142-145.

[5] 石荷叶,何宗泽,张雯等.60例听神经瘤显微手术后并发症的观察与护理[J].四川医学,2010,31(4):551-552.

(上接第87页)

功能锻炼等。根据病情,适当地引入心理干预,借助音乐改善患者紧张情绪,同时尽可能减少患者的暴露,尊重个人隐私,这些对于减少谵妄的发生都起着重要作用。而在治疗过程中,合理地进行功能锻炼,包括被动的肢体活动、床旁站立等,不仅可以减少谵妄的发生,有利于患者身心的全面恢复,而且可以提高出院时生活能力。鉴于谵妄的高发率和其可能带来的不良影响,早期重视谵妄发生的影响因素,采取积极的优质护理,可能预防和减少谵妄的发生,促进危重症患者的良性转归。

综上所述,APACHE II评分、机械通气、呼吸衰竭、年龄等为急诊危重症病患谵妄发生的独立危险因素,而给予病患

有效的护理措施,有利于防止病患病情的进一步加重。

参考文献:

[1] 温成成,秦家碧.老年痴呆患者谵妄的研究现状及护理进展[J].海南医学.2019(04)

[2] 朱雯霏,李滢,何为,陈波,钱静,葛亚力.冠状动脉搭桥术后患者谵妄危险因素分析及护理对策[J].齐鲁护理杂志.2016(24)

[3] 黄丽,张燕华.中风后谵妄的相关因素分析及护理对策[J].当代护士(上旬刊).2018(06)

[4] 孙建华,郭海凌,孙丹丹,赵明曦,李奇,汤铂,朱振男,梁涛,王小亭.重症患者谵妄评估的现状调查及影响因素分析[J].中华护理杂志.2018(01)