

重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素及其对患者远期生存质量的影响研究

郑燕学, 陈锡阳, 王普, 黄晓琴

【摘要】 目的 探讨重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素及其对患者远期生存质量的影响。方法 选择 2011-04-01—2012-12-31 在成都市崇州市人民医院行非心脏手术并在术后转入外科重症监护室 (SICU) 的患者 205 例, 采用“护理谵妄筛选评分表”评估其术后谵妄情况, 分析重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素及其对患者远期生存质量的影响。结果 最终共纳入 184 例患者, 其中 86 例患者出现术后谵妄 (术后谵妄组), 98 例患者未出现术后谵妄 (非术后谵妄组), 术后谵妄发生率为 46.7% (86/184)。两组患者性别, 体质指数, 高血压、冠心病、糖尿病及肾功能不全发生率, 急诊入院者所占比例比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患者年龄、受教育年限、脑血管疾病及慢性阻塞性肺疾病发生率、美国麻醉医师学会 (ASA) 分级、转入 SICU 时急性生理学和慢性健康状况评价系统 II (APACHE II) 评分、入住 SICU 期间机械通气时间、入住 SICU 期间阿片类药物使用率、入住 SICU 期间咪达唑仑使用率、SICU 停留时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。多因素 logistic 回归分析结果显示, 年龄 [$OR = 1.927, 95\% CI (1.019, 3.642)$]、脑血管疾病 [$OR = 3.396, 95\% CI (1.019, 11.532)$]、转入 SICU 时 APACHE II 评分 [$OR = 1.526, 95\% CI (1.061, 2.196)$] 是重症非心脏手术患者术后谵妄的独立危险因素 ($P < 0.05$)。最终完成随访 98 例, 其中术后谵妄组 30 例, 非术后谵妄组 68 例。术后谵妄组患者 SF-36 量表生理功能评分及简明心智状态测量表 (MMSE) 评分低于非术后谵妄组 ($P < 0.05$); 两组患者 SF-36 量表生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康评分及焦虑自评量表 (SAS) 评分、抑郁自评量表 (SDS) 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者术后脑卒中、心肌梗死、肾功能不全、消化道出血发生率及再入院率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者 Kaplan-Meier 生存曲线比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); Cox 回归分析结果显示, 伴有术后谵妄的重症非心脏手术患者死亡风险是非术后谵妄患者的 1.976 倍 [$HR = 1.976, 95\% CI (1.138, 3.431), P = 0.016$]。结论 重症非心脏手术患者术后谵妄发生率较高, 年龄、脑血管疾病、转入 SICU 时 APACHE II 评分是重症非心脏手术患者术后谵妄的独立危险因素, 伴有术后谵妄的重症非心脏手术患者死亡风险是非术后谵妄患者的 1.976 倍, 术后谵妄会对重症非心脏手术患者远期生存质量造成一定不良影响。

【关键词】 手术后并发症; 谵妄; 重症监护病房; 预后; 生活质量

【中图分类号】 R 619 R 741.041 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2016.11.005

郑燕学, 陈锡阳, 王普, 等. 重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素及其对患者远期生存质量的影响研究 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24 (11): 15-19, 24. [www.syxnf.net]

ZHENG Y X, CHEN X Y, WANG P, et al. Risk factors of postoperative delirium and the impact on long-term quality of life in severe non-cardiac surgery patients [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2016, 24 (11): 15-19, 24.

Risk Factors of Postoperative Delirium and the Impact on Long-term Quality of Life in Severe Non-cardiac Surgery Patients ZHENG Yan-xue, CHEN Xi-yang, WANG Pu, HUANG Xiao-qin. The People's Hospital of Chongzhou, Chengdu, Chengdu 611230, China

Corresponding author: ZHENG Yan-xue, the People's Hospital of Chongzhou, Chengdu, Chengdu 611230, China; E-mail: 2093858187@qq.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the risk factors of postoperative delirium and the impact on long-term quality of life in severe non-cardiac surgery patients. **Methods** From 2011-04-01 to 2012-12-31, a total of 205 non-cardiac surgery patients were selected in the People's Hospital of Chongzhou, Chengdu, all of them shifted to surgical intensive care unit (SICU) after surgery, "The Nursing Care Delirium Screening Scale" was used to evaluate the incidence of postoperative

作者单位: 611230 四川省成都市崇州市人民医院

通信作者: 郑燕学, 611230 四川省成都市崇州市人民医院; E-mail: 2093858187@qq.com

delirium, and risk factors of postoperative delirium and the impact on long-term quality of life were analyzed. **Results** A total of 184 patients finally enrolled into this study, there into 86 patients complicated with postoperative delirium (served as A group), 98 cases did not complicate with postoperative delirium (served as B group), the incidence of postoperative delirium was 46.7% (86/184). No statistically significant differences of gender, BMI, incidence of hypertension, coronary heart disease, diabetes or renal insufficiency, or proportion of emergency patients was found between the two groups ($P > 0.05$); while there were statistically significant differences of age, education attainment years, incidence of cerebrovascular disease and chronic obstructive pulmonary disease, ASA classification, APACHE II score at shift of SICU, duration of mechanical ventilation during SICU, usage rate of opioid drugs during SICU, usage rate of midazolam during SICU and SICU stays between the two groups ($P < 0.05$). Multivariate logistic regression analysis results showed that, age [$OR = 1.927, 95\% CI (1.019, 3.642)$], cerebrovascular disease [$OR = 3.396, 95\% CI (1.019, 11.532)$], APACHE II score at shift of SICU [$OR = 1.526, 95\% CI (1.061, 2.196)$] were independent risk factors of postoperative delirium in severe non-cardiac surgery patients ($P < 0.05$). A total of 98 patients completed the follow-up, including 30 cases of A group and 68 cases of B group. Physical function score or SF-36 scale and MMSE score of A group were statistically significantly lower than those of B group ($P < 0.05$), while no statistically significant differences of physiological function score, body pain score, overall health score, vitality score, social function score, emotional function score or mental health score of SF-36 scale, SAS score or SDS score was found between the two groups ($P > 0.05$). No statistically significant differences of incidence of postoperative stroke, myocardial infarction, renal insufficiency or gastrointestinal bleeding, or readmission rate was found between the two groups ($P > 0.05$). There was statistically significant difference of Kaplan-Meier survival curve between the two groups ($P < 0.05$); Cox regression analysis results showed that, the mortality hazard ratio of non-cardiac surgery patients complicated with postoperative delirium was 1.976 times than patients did not complicate with postoperative delirium [$HR = 1.976, 95\% CI (1.138, 3.431), P = 0.016$]. **Conclusion** The incidence of postoperative delirium is relatively high in non-cardiac surgery patients, age, cerebrovascular disease, APACHE II score at shift of SICU are independent risk factors of postoperative delirium, mortality hazardratio of non-cardiac surgery patients complicated with postoperative delirium was 1.976 times than patients did not complicate with postoperative delirium, postoperative delirium has some adverse effects on the long-term quality of life.

【Key words】 Postoperative complications; Delirium; Intensive care units; Prognosis; Quality of life

谵妄是外科术后患者常见的中枢神经系统功能障碍之一,多发生于术后1~2 d,患者主要表现为意识、注意力、认知功能及感知能力急性障碍^[1];术后谵妄通常为急性起病且具有明显波动性,常在24 h内出现、加重、减轻及消失。据报道,术后谵妄发生率为9%~87%,其主要与患者年龄、基础疾病、手术类型等有关^[2],患者年龄越大则术后谵妄发生率越高,65岁以上老年人术后谵妄发生率为15%~53%,重症监护病房患者术后谵妄发生率为70%~87%^[3]。术后谵妄可导致患者住院时间延长、住院费用增加、认知功能下降、接受进一步疗养概率及死亡率增高等,会对患者预后造成严重不良影响^[4-6]。

目前,多数关于心脏手术后谵妄或认知障碍与患者远期生存质量关系的研究表明,术后谵妄或认知障碍会对患者远期生活质量造成不良影响^[7-9],而关于非心脏手术后谵妄对患者远期生存质量影响的研究报道较少。本研究旨在探讨重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素及其对患者远期生存质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 通过查阅电子病历库,选择2011-04-01—2012-12-31在成都市崇州市人民医院行非心脏手术并在术后转入外科重症监护室(SICU)的患者205

例,其中男131例,女74例;年龄60~80岁,平均年龄(69.7±10.1)岁;体质指数18.2~24.7 kg/m²,平均体质指数(24.2±3.7) kg/m²;受教育年限0~16年,平均受教育年限(8.3±5.1)年;合并症:高血压111例,冠心病59例,糖尿病43例,脑血管疾病29例,慢性阻塞性肺疾病23例,肾功能不全(血肌酐>177 μmol/L)18例;美国麻醉医师学会(ASA)分级:Ⅱ级124例,Ⅲ级78例,Ⅳ级3例;急诊入院患者13例。本研究经本院医学伦理委员会审核批准,所有患者及其家属对本研究知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)年龄>18岁;(2)行非心脏手术,即除心脏外科手术外,其他手术类型不限;(3)采用咪达唑仑、阿托品和东莨菪碱等进行麻醉诱导;(4)采用全身麻醉、全身-硬膜外复合麻醉、蛛网膜下腔-硬膜外麻醉、神经阻滞等进行麻醉;(5)术后采用自控静脉镇痛(PCA)及自控硬膜外镇痛(PCEA)技术等进行镇痛。排除标准:(1)术前有精神疾病病史;(2)无法阅读或进行言语交流;(3)拒绝参与本研究。

1.3 术后谵妄 所有患者完成非心脏手术后转入SICU,记录其转入SICU时急性生理学和慢性健康状况评价系统Ⅱ(APACHEⅡ)评分、入住SICU期间机械

通气时间及镇静镇痛药物使用情况、SICU 停留时间。入住 SICU 期间每日评估患者是否发生术后谵妄, 术后谵妄的诊断依据“护理谵妄筛选评分表”^[10], 该评分表包括意识变化、注意力、定向力、幻觉-幻想性精神病状态、精神运动型激越或阻滞、不恰当的言语和情绪、睡眠-觉醒周期失调、症状波动共 8 个方面, 总分 0~8 分, 总分 ≥ 4 分提示存在谵妄; “护理谵妄筛选评分表”诊断术后谵妄的灵敏度为 99%, 特异度为 64%, 准确率为 94%。

1.4 随访 所有患者出院后进行随访, 其中返院复查或可上门随访者采用面谈形式进行随访, 未返院复查或不能上门随访者采用电话随访, 随访期间死亡患者需记录其死亡时间及原因, 因疾病死亡患者纳入生存分析。

1.4.1 生存质量 采用 SF-36 量表评价患者生存质量, 该量表包括生理功能 (10 题)、生理职能 (4 题)、躯体疼痛 (2 题)、总体健康 (5 题)、活力 (4 题)、社会功能 (2 题)、情感职能 (3 题)、精神健康 (5 题) 8 个维度, 信度和效度较高^[11-12]。

1.4.2 认知功能 采用简明心智状态测量表 (MMSE) 评估患者认知功能, 该量表总分 0~30 分, 以总分 < 25 分为可能有认知障碍, 总分 < 20 分为认知障碍^[13-14]。

1.4.3 焦虑/抑郁 分别采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评估患者焦虑、抑郁程度, SAS/SDS 评分越高提示焦虑/抑郁程度越严重^[15-18]。

1.4.4 术后不良事件 包括脑卒中、心肌梗死、肾功能不全、消化道出血及再入院等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 12.0 软件进行数据分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用两独立样本 t 检验; 计

数资料以百分数表示, 采用 χ^2 检验; 重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素分析采用多因素 logistic 回归分析 (前进法); 绘制 Kaplan-Meier 生存曲线, 计算累积生存率, 采用 log-rank 检验及 Cox 回归分析 (回退法) 进行生存分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后谵妄发生情况 21 例患者由于无法有效联系而剔除, 最终共纳入 184 例患者, 其中 86 例患者出现术后谵妄 (术后谵妄组), 98 例患者未出现术后谵妄 (非术后谵妄组), 术后谵妄发生率为 46.7% (86/184); 谵妄出现时间: 手术当天 48 例, 术后第 1 天 19 例, 术后第 2 天 9 例, 术后第 3 天 4 例, 术后第 4 天 2 例, 术后第 5 天 4 例。

2.2 单因素分析 两组患者性别, 体质指数, 高血压、冠心病、糖尿病及肾功能不全发生率, 急诊入院者所占比例比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患者年龄、受教育年限、脑血管疾病及慢性阻塞性肺疾病发生率、ASA 分级、转入 SICU 时 APACHE II 评分、入住 SICU 期间机械通气时间、入住 SICU 期间阿片类药物使用率、入住 SICU 期间咪达唑仑使用率、SICU 停留时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 1)。

2.3 多因素分析 以单因素分析结果中差异有统计学意义的指标为自变量、以重症非心脏手术患者术后谵妄为因变量 (变量赋值见表 2) 进行多因素 logistic 回归分析, 结果显示, 年龄、脑血管疾病、转入 SICU 时 APACHE II 评分是重症非心脏手术患者术后谵妄的独立危险因素 ($P < 0.05$, 见表 3)。

表 1 重症非心脏手术患者术后谵妄影响因素的单因素分析

Table 1 Univariate analysis on influencing factors of postoperative delirium in severe non-cardiac surgery patients

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	受教育年限 ($\bar{x} \pm s$, 年)	体质指数 ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	合并症[n(%)]					
						高血压	冠心病	脑血管 疾病	糖尿病	慢性阻塞 性肺疾病	肾功能 不全
术后谵妄组	86	54/32	74.0 \pm 7.9	7.1 \pm 5.2	23.9 \pm 4.2	46(53.5)	27(31.4)	19(22.1)	20(23.3)	15(17.4)	11(12.8)
非术后谵妄组	98	66/32	67.4 \pm 9.5	9.3 \pm 4.9	24.6 \pm 3.4	54(55.1)	28(28.6)	8(8.2)	21(21.4)	7(7.1)	7(7.1)
$\chi^2(t)$ 值		0.419	5.082 ^a	2.953 ^a	1.248 ^a	0.048	0.174	7.099	0.088	4.615	1.655
P 值		0.517	< 0.001	0.004	0.192	0.826	0.676	0.008	0.766	0.032	0.198

组别	ASA 分级[n(%)]			急诊入院 [n(%)]	转入 SICU 时 APACHE II 评 分($\bar{x} \pm s$, 分)	入住 SICU 期间机械 通气时间 ($\bar{x} \pm s$, h)	入住 SICU 期 间使用阿 片类药物 [n(%)]	入住 SICU 期间 使用咪达唑 仑 [n(%)]	SICU 停留时间 ($\bar{x} \pm s$, h)
	II 级	III 级	IV 级						
术后谵妄组	43(50.0)	40(46.5)	3(3.5)	7(8.1)	13.1 \pm 3.7	9.8 \pm 4.8	31(36.0)	21(24.4)	23.5 \pm 11.7
非术后谵妄组	66(67.3)	32(32.7)	0	4(4.1)	7.6 \pm 3.3	5.7 \pm 3.8	17(17.3)	9(9.2)	21.5 \pm 13.2
$\chi^2(t)$ 值		2.526		1.342	4.213 ^a	2.035 ^a	8.347	7.886	9.329 ^a
P 值		0.012		0.247	< 0.001	0.019	0.004	0.005	0.012

注: ASA = 美国麻醉医师学会, SICU = 外科重症监护室, APACHE II = 急性生理学及慢性状况评价系统 II; ^a 为 t 值

表2 变量赋值
Table 2 Variable assignment

变量	赋值
年龄	19~29岁=1, 30~39岁=2, 40~49岁=3, 50~59岁=4, 60~69岁=5, ≥70岁=6
受教育年限	<6年=1, 6~12年=2, >12年=3
脑血管疾病	无=0, 有=1
慢性阻塞性肺疾病	无=0, 有=1
ASA 分级	Ⅱ级=1, Ⅲ级=2, Ⅳ级=3
转入 SICU 时 APACHE II 评分	<8分=1, 8~16分=2, >16分=3
入住 SICU 期间机械通气时间	<6h=1, 6~12h=2, >12h=3
入住 SICU 期间使用阿片类药物	否=0, 是=1
入住 SICU 期间使用咪达唑仑	否=0, 是=1
SICU 停留时间	<12h=1, 12~24h=2, >24h=3
术后谵妄	无=0, 有=1

2.4 随访 184 例患者术后随访 48 个月，平均随访 (27.9 ± 3.1) 个月；随访期间死亡 63 例，23 例因病情危重、听力不佳无法交流及患者家属不愿协助等失访，最终完成随访 98 例，其中术后谵妄组 30 例，非术后谵妄组 68 例。术后谵妄组患者 SF-36 量表生理功能评分及 MMSE 评分低于非术后谵妄组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组患者 SF-36 量表生理功能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感功能、精神健康评分及 SAS 评分、SDS 评分比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者术后脑卒中、心肌梗死、肾功能不全、消化道出血发生率及再入院率比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$ ，见表 4)。

表4 两组患者随访结果比较

Table 4 Comparison of follow-up results between the two groups

组别	例数	SF-36量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)							
		生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	活力	社会功能	情感职能	精神健康
术后谵妄组	30	60.2 ± 32.8	62.5 ± 39.3	72.5 ± 26.1	59.1 ± 26.5	58.5 ± 21.7	81.8 ± 22.4	91.1 ± 23.0	84.3 ± 16.4
非术后谵妄组	68	77.7 ± 22.6	69.1 ± 35.4	77.6 ± 23.2	59.4 ± 24.9	64.0 ± 19.5	81.8 ± 21.5	90.2 ± 28.3	84.4 ± 17.0
$t(\chi^2)$ 值		3.059	0.822	0.965	0.054	1.243	0.001	0.153	0.027
P 值		0.019	0.411	0.343	0.955	0.220	0.997	0.873	0.981
组别	MMSE 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	SAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	术后不良事件 [n(%)]					
				脑卒中	心肌梗死	肾功能不全	消化道出血	再入院	
术后谵妄组	22.7 ± 7.4	34.6 ± 8.9	37.6 ± 9.2	6(20.0)	2(6.7)	2(6.7)	0	18(60.0)	
非术后谵妄组	27.7 ± 2.8	35.0 ± 6.7	36.7 ± 8.0	4(5.9)	2(2.9)	3(4.4)	1(1.5)	41(60.3)	
$t(\chi^2)$ 值	4.862	0.246	0.490	4.528 ^a	0.738 ^a	0.218 ^a	0.446 ^a	0.001 ^a	
P 值	<0.001	0.864	0.668	0.064	0.584	0.640	1.000	1.000	

注：术后谵妄组死亡或失访 56 例，非术后谵妄组死亡或失访 30 例；MMSE = 简明心智状态测量表，SAS = 焦虑自评量表，SDS = 抑郁自评量表；^a 为 χ^2 值

表3 重症非心脏手术患者术后谵妄影响因素的多因素 logistic 回归分析

Table 3 Multivariate logistic regression analysis on influencing factors of postoperative delirium in severe non-cardiac surgery patients

变量	β	SE	df	Wald χ^2 值	OR(95% CI)	P 值
年龄	0.656	0.325	5	5.382	1.927(1.019, 3.642)	0.020
受教育年限	0.432	0.311	2	2.377	1.540(0.837, 2.834)	0.123
脑血管疾病	1.223	0.624	1	4.470	3.396(1.019, 11.532)	0.032
慢性阻塞性肺疾病	0.876	0.521	1	3.332	2.401(0.865, 6.667)	0.657
ASA 分级	1.372	0.781	2	3.086	3.943(0.853, 18.224)	0.324
转入 SICU 时 APACHE II 评分	0.423	0.186	2	8.194	1.526(1.061, 2.196)	<0.001
入住 SICU 期间机械通气时间	0.321	0.183	2	3.175	1.379(0.963, 1.973)	0.076
入住 SICU 期间使用阿片类药物	0.944	0.481	1	3.595	2.569(0.987, 6.600)	0.053
入住 SICU 期间使用咪达唑仑	0.382	0.210	1	1.016	1.465(0.971, 2.211)	0.351
SICU 停留时间	1.038	0.678	3	2.743	2.824(0.748, 10.664)	0.101

2.5 生存分析 术后谵妄组患者住院及随访期间死亡 42 例，非术后谵妄组患者住院及随访期间死亡 21 例，两组患者 Kaplan - Meier 生存曲线比较，差异有统计学意义 ($\log - \text{rank } \chi^2 = 6.543, P = 0.011$ ，见图 1)；Cox 回归分析结果显示，伴有术后谵妄的重症非心脏手术患者死亡风险是非术后谵妄患者的 1.976 倍 [$HR = 1.976, 95\% CI (1.138, 3.431), P = 0.016$]。

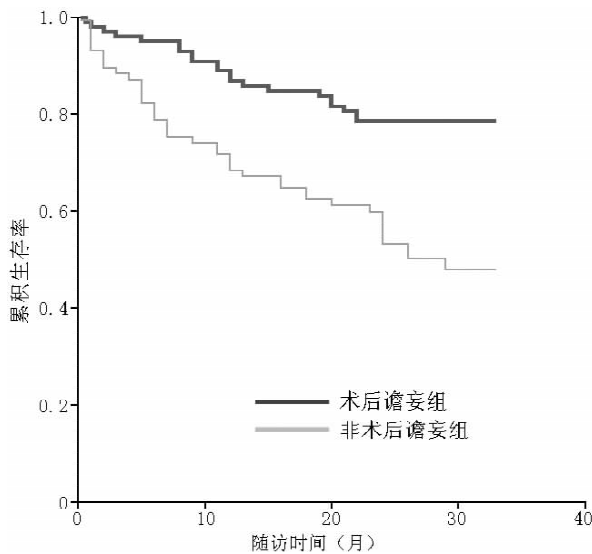


图 1 两组患者 Kaplan - Meier 生存曲线

Figure 1 Kaplan - Meier survival curve of the two groups

3 讨论

谵妄是一种原发性意识、注意力、认知功能和感知能力急性障碍,常伴有睡眠周期、精神运动活性及情感紊乱,是住院患者常见的中枢神经系统功能障碍,且在老年患者中较多见。研究表明,谵妄是多种因素共同作用的结果,其发生风险取决于患者自身情况及医疗过程^[19]。本研究采用 GAUDREAU 等^[10]设计的“护理谵妄筛选评分表”对重症非心脏手术患者进行评估,结果显示,术后谵妄发生率为 46.7%,与文献报道相符。本研究纳入的重症非心脏手术患者主要为头颈部、胸腹部、脊柱及四肢手术患者,由于该类患者病情较重或手术创伤较大,术后常需转入 SICU,术后谵妄发生率较高。本研究结果显示,两组患者年龄、受教育年限、脑血管疾病及慢性阻塞性肺疾病发生率、ASA 分级、转入 SICU 时 APACHE II 评分、入住 SICU 期间机械通气时间、入住 SICU 期间阿片类药物使用率、入住 SICU 期间咪达唑仑使用率、SICU 停留时间间存在差异,进一步行多因素 logistic 回归分析发现,年龄、脑血管疾病、转入 SICU 时 APACHE II 评分是重症非心脏手术患者术后谵妄的独立危险因素。脑血管疾病患者常伴有生理功能障碍或感觉功能受损,部分脑梗死患者可能伴有认知障碍,因此伴有脑血管疾病患者术后谵妄的发生风险较高。APACHE II 评分可反映患者病情严重程度,APACHE II 评分越高表明患者病情越严重,术后谵妄发生率越高^[20]。

研究表明,术后谵妄会对患者预后产生严重不良影响,如导致术后并发症发生风险增高^[2]、住院时间延长、住院费用增多、术后接受进一步疗养的的概率增加等^[5-6]。本研究结果显示,术后谵妄组患者 SF-36 量表

生理功能评分及 MMSE 评分低于非术后谵妄组,两组患者 Kaplan - Meier 生存曲线间存在统计学差异,伴有术后谵妄的重症非心脏手术患者死亡风险是非术后谵妄患者的 1.976 倍,与既往研究报道基本一致,提示术后谵妄会对重症非心脏手术患者远期生存质量造成一定不良影响;但本研究未发现两组患者 SF-36 量表生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康评分, SAS 评分, SDS 评分, 术后脑卒中、心肌梗死、肾功能不全、消化道出血发生率及再入院率间存在差异,分析其原因可能与失访、住院及随访期间死亡患者较多有关;此外,住院及随访期间死亡患者生前经受了更多的疾病困扰,生存质量较差,故本研究评估的术后谵妄对重症非心脏手术患者远期生存质量造成的影响可能低于其实际影响。

综上所述,重症非心脏手术患者术后谵妄发生率较高,年龄、脑血管疾病、转入 SICU 时 APACHE II 评分是重症非心脏手术患者术后谵妄的独立危险因素,伴有术后谵妄的重症非心脏手术患者死亡风险是非术后谵妄患者的 1.976 倍,术后谵妄会对重症非心脏手术患者远期生存质量造成一定不良影响,临床应积极采取有效措施对重症非心脏手术患者进行早期干预,以减少术后谵妄的发生,改善患者远期生存质量。

作者贡献: 郑燕学进行实验设计与实施、资料收集整理、撰写论文、成文并对文章负责,进行质量控制及审校;陈锡阳、王普、黄晓琴进行实验实施、评估、资料收集。

本文无利益冲突。

【本文链接】

本研究选题有一定角度,设计思路清晰,统计学处理得当,分析得出年龄、脑血管疾病、转入 SICU 时 APACHE II 评分是重症非心脏手术患者术后谵妄的危险因素,且术后谵妄会对重症非心脏手术患者远期生存质量造成一定不良影响,具有较高的参考借鉴价值。但本研究失访率较高(本研究为 46.3%,一般要求控制在 10% 以内),一定程度上降低了论证强度与结果可靠性,同时本研究对非重症心脏手术患者术后谵妄的发生机制及其干预措施阐释不足,期待作者能在今后的研究中进一步完善。

参考文献

- [1] ROBINSON T N, EISEMAN B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management [J]. Clin Interv Aging, 2008, 3 (2): 351 - 355.
- [2] DEMEURE M J, FAIN M J. The elderly surgical patient and postoperative delirium [J]. J Am Coll Surg, 2006, 203 (5): 752 - 757.