

·神经重症监护·

重症监护病房患者谵妄发生率与识别率的现状

承韶晖 潘爱军 陈晓蓉 傅先明 钱若兵

【关键词】 危重患者; 谵妄; 重症监护病房

谵妄是临床常见的一种急性精神综合征,因急性起病、病情发展迅速,又称急性脑病综合征、急性错乱状态。重症患者病情危重且复杂,入住重症监护病房(ICU)期间因疾病本身、心理、环境、各种治疗护理措施等因素,较普通患者更易发生谵妄,被称为 ICU 谵妄,临床表现主要为急性意识波动和认知紊乱,常有脑弥漫性改变^[1]。国外流行病学调查显示,ICU 内接受机械通气的危重患者谵妄发生率高达 60%~80%,老年患者谵妄发生率高达 80% 以上^[2],在未接受机械通气或者疾病严重程度相对较低的患者,谵妄发生率也达 20%~50%^[3]。尽管如此,仍有研究者认为,谵妄的发生在临床治疗护理过程中被严重低估^[4]。早年的国外研究已发现,约 40% 的谵妄患者随病情演变可致慢性脑病综合征^[5]。近年来研究发现,发生谵妄患者较无谵妄患者平均住院时间延长,医疗费用增加,病死率前者是后者的 2 倍^[4,6]。谵妄甚至作为急重症患者死亡的独立危险因素存在^[1,7]。正如我们所知,谵妄对患者病程和预后的影响明显,正确认识、早期识别并干预将有利于改善预后^[4,8]。目前国内关于谵妄发生率的研究报道甚少,谵妄的研究多注重已发生者的发病因素分析和对策,更缺乏多中心、大样本流行病学调查。本研究回顾分析本院 ICU 近 3 年收治的患者资料,目的在于研究危重患者在 ICU 期间谵妄发生率和临床医生识别率,希望临床加强对这一影响预后疾

病的早期认识,及时干预,以增加危重患者救治成功率,改善预后。

1 资料和方法

1.1 入选标准及排除标准:患者年龄 ≥ 14 岁、入住 ICU 时间 ≥ 48 h、有基本认知功能者入选。排除原有认知障碍者(如昏迷、精神病史、痴呆、智力低下等);由于年龄、听力、视力等因素不能配合检查、治疗、护理操作者;临床资料不充分者;濒死者。持续镇静、镇痛,但实施计划镇静策略^[9],每日定时唤醒资料完整者,不作为排除条件。

1.2 病例来源:从本院 ICU 2009 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日收治的患者中,筛选出符合研究条件的 1137 例患者。其中男性 675 例,女性 462 例;年龄 14~86 岁,平均 (58.62 ± 21.34) 岁;ICU 停留时间 3~35 d,平均 (7.26 ± 5.45) d。使用机械通气治疗 799 例,未使用机械通气治疗 338 例。呼吸系统疾病(感染、慢性阻塞性肺疾病、肺间质病变等) 273 例,中枢神经系统疾病(外伤、脑血管意外、中枢感染等) 251 例,循环系统疾病(心力衰竭、心肌梗死、心律失常、高血压等) 196 例,多器官功能不全 126 例,各类中毒 119 例,大手术后 98 例,其他内科重症疾病 74 例。

1.3 谵妄评价标准:根据目前广泛使用的重症监护谵妄筛查量表(ICDSC)及评判标准^[10],内容包含 8 个项目,总分为 0~8 分,得分 ≥ 4 分提示谵妄存在。

1.4 研究方法:采用回顾性分析方法,收集患者的诊断、治疗信息、病程、护理记录,对照 ICDSC 标准评分,从入 ICU 48 h 后开始每日进行评分,出现 ICDSC 评分 ≥ 4 分者即为阳性;如同一人存在多日 ICDSC 评分 ≥ 4 分,则取阳性评分中位数作为该患者的评分值。根据是否符合谵妄诊断标准,将病例分为两组:谵妄组为 ICU 期间所有 ICDSC 评分 ≥ 4 分,符合谵妄诊断标准者;无谵妄组为

ICU 期间所有 ICDSC 评分 ≤ 3 分者。谵妄组进一步根据临床医生是否已识别并做出相应诊断或处理而分为 2 个亚组,临床未识别组为 ICDSC 评分 ≥ 4 分,符合谵妄诊断标准但临床医生未在诊断、病程、治疗中涉及者;临床已识别组为医生已诊断或在病程中提及谵妄,或给予相应药物处理、认知训练者。

1.5 统计学处理:采用 SPSS 13.0 统计软件对数据进行统计学处理,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料、率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 谵妄发生率:全部 1137 例中,谵妄组 792 例,占总数的 69.66%;无谵妄组 345 例,占总数的 30.34%。两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 16.96, P < 0.01$),提示临床 ICU 谵妄实际发生率较高。

2.2 临床谵妄诊断识别率:792 例发生谵妄患者中,临床未识别组 491 例,占全部 1137 例患者的 43.18%,ICDSC 评分 (4.42 ± 1.29) 分;临床已识别组 301 例,占全部 1137 例患者的 26.47%,ICDSC 评分 (5.26 ± 1.25) 分。谵妄未识别率显著高于已识别率($\chi^2 = 6.39, P < 0.05$),提示临床识别率较低;谵妄已识别组与未识别组 ICDSC 评分比较差异无统计学意义($t = 1.51, P > 0.05$),提示是否被临床医生识别与 ICDSC 评分高低无关。

3 讨论

本研究中,本院 ICU 3 年收治符合研究条件的 1137 例 ICU 危重患者,谵妄发生率达到 69.66%,谵妄组所占比例显著高于无谵妄组,提示临床 ICU 谵妄实际发生率较高。进一步分析谵妄组发现,未识别组占 43.18%,明显高于已识别组,提示临床谵妄识别率仍较低。而已识别组与未识别组病例 ICDSC 评分无明显差异,提示谵妄是否被识别与 ICDSC 评分高低无明显相关。对照评估量表我们

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2012.08.013

基金项目:安徽省自然科学基金面上项目(11040606M167)

作者单位:230001 合肥,安徽医科大学附属医院 ICU(承韶晖、潘爱军),神经外科(傅先明、钱若兵);230032 合肥,安徽医科大学基础医学院(陈晓蓉)

通信作者:陈晓蓉,Email:chenxrzp@126.com

认为,导致相近的评分临床医生认识不同的原因可能是,不同患者的分值在量表中的分布不同。即有些项目易于识别,而另一些如果不进行全面深入的评估则易被忽略,造成漏诊。本研究中没有涉及各组病例评分时的分值分布对临床识别率的影响,相关研究将后续进行。

谵妄患者常有脑弥漫性改变,确切发病机制尚不明确^[1],其影响因素也较复杂。ICU 患者病情危重,加之周围环境因素等易发生躁动,甚至诱发精神紊乱^[11];尤其对于 ICU 接受机械通气的患者,谵妄是治疗全过程中都可能发生的不良事件^[12]。早在 2002 年美国重症医学协会指南就已推荐,接受机械通气的患者,应该常规监测谵妄发生情况^[13]。

但收住 ICU 的危重患者多存在各种可能致命的危险因素,如器官功能衰竭等。因此,临床医生多把精力集中在评估、预防、逆转器官功能不全,对患者的精神状况关注较少,以致于一些 ICU 患者发生谵妄后常被认为无关紧要而被忽视^[4],导致了 ICU 谵妄高比例、长时间的漏诊的情况出现^[4,14-15]。事实上,已有研究证实,谵妄可延长患者住院时间、增加治疗费用、干扰预后、增加病死率^[1,4-7]。因此,早期识别、干预将有利于改善预后,提高救治成功率,降低病死率^[1,8]。

用可靠的评估工具进行有目的、系统的评估,有助于提高 ICU 谵妄的识别率。研究发现,ICU 临床医生进行常规的查房、体检、实验室和影像学检查,筛查出的谵妄发生率仅为 15%~40%,而评估工具筛查出的发生率远高于此^[4,14-16]。常用的可靠评估工具有:ICU 意识紊乱评估方法(CAM-ICU)^[13]和 ICDSC^[10],敏感度都可达 90%以上^[9,13-16]。CAM-ICU 流程图设计较精确,使用者需要经过一定的专项训练,有计划有步骤地与患者直接交流,做出评估。而 ICDSC 量表则更加简便易行。有学者进行了临床研究以比较两种工具,发现它们具有高度一致性^[15-17]。考虑到本研究为回顾性分析,无法实现预设问题与患者直接交流,故 CAM-ICU 在本研究中操作难度较大,因此选择使用 ICDSC 量表与患者资料进行对照评分。分析本研究结果亦看出,尽管临床已识别病例中无一不符合 ICDSC ≥

4 分的诊断条件,没有误诊,但大量漏诊情况确实存在。这种现象并非仅在本医院 ICU 存在,国内外 ICU 或多或少都存在^[4,14-15]。应用可靠的评估工具,确实有助于发现临床漏诊病例,提高 ICU 谵妄识别率。

本研究非前瞻性,样本采集难免存在局限性,可能一定程度影响了研究结果。但不可否认,目前 ICU 谵妄的临床识别率远远低于其实际发生率,换言之,ICU 谵妄发生率在临床实践中被严重低估^[4,16],临床医生应引起足够重视。

综上所述,ICU 谵妄是重症患者入住 ICU 期间常见的并发症,发生率较高,延长了患者的住院时间,增加了治疗费用和重症患者的病死率。但现有条件下,临床对该疾病的识别率偏低,大量漏诊存在。应用可靠的评估工具有利于改善漏诊率高的现状,便于早期识别并干预,从而改善危重患者预后。

参考文献

- [1] van den Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJ, et al. Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ*, 2012, 344: e420.
- [2] Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*, 2007, 132: 624-636.
- [3] Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma*, 2008, 65: 34-41.
- [4] Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, et al. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med*, 2009, 35: 1276-1280.
- [5] McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, et al. Does delirium increase hospital stay?. *J Am Geriatr Soc*, 2003, 51: 1539-1546.
- [6] Miller MO. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. *Am Fam Physician*, 2008, 78: 1265-1270.
- [7] Han JH, Shintani A, Eden S, et al. Delirium in the emergency department: an

independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*, 2010, 56: 244-252.

- [8] Jones SF, Pisani MA. ICU delirium: an update. *Curr Opin Crit Care*, 2012, 18: 146-151.
- [9] 马朋林, 刘京涛. “无镇静”: 梦想还是梦魇?. *中国危重病急救医学*, 2012, 24: 257-259.
- [10] Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, et al. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*, 2001, 27: 859-864.
- [11] 张妍, 姜利军, 朱吉祥, 等. 右美托咪定用于重症监护病房躁动患者的临床观察. *中国危重病急救医学*, 2011, 23: 439-440.
- [12] 赵栋, 许媛, 何伟, 等. 脑电双频指数与镇静-躁动评分指导短期机械通气患者镇静治疗的随机对照研究. *中国危重病急救医学*, 2011, 23: 220-223.
- [13] Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med*, 2002, 30: 119-141.
- [14] 李喜元, 尹吉东. ICU 谵妄的诊断评估工具和处理新进展. *医学综述*, 2011, 17: 764-766.
- [15] Gusmao-Flores D, Salluh JJ, Dal-Pizzol F, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (Sao Paulo)*, 2011, 66: 1917-1922.
- [16] Plasmacke K, von Haken R, Scholz M, et al. Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate (s). *Intensive Care Med*, 2008, 34: 431-436.
- [17] 万林骏, 黄青青, 岳锦熙, 等. 右美托咪啶与咪达唑仑用于外科重症监护病房术后机械通气患者镇静的比较研究. *中国危重病急救医学*, 2011, 23: 543-546.

(收稿日期: 2012-06-20)

(本文编辑: 李银平)