

DOI: 10.12209/CAIM202210280064

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄股骨粗隆间骨折行 PFNA 内固定 术后并发谵妄的护理体会

曹 媛, 陈丽萍, 钱 荣, 李南南, 阮明珠, 汪俊霞

(江苏省中西医结合医院 骨伤科, 江苏 南京, 210000)

摘要: 本文总结 1 例高龄股骨粗隆间骨折行新型股骨近端内固定系统(PFNA)内固定术后并发谵妄的护理经验。建立预防谵妄发生的防治流程,多学科协作,术前术后分别对患者进行风险评估,采取针对性的护理措施,合理使用中医特色适宜护理技术,改善患者谵妄症状,促进患者早日康复。

关键词: 高龄; 谵妄; 股骨粗隆间骨折; PFNA; 中西医结合护理

Nursing of an elderly patient with postoperative delirium after proximal femoral nail antirotation for intertrochanteric fracture

CAO Yuan, CHEN Liping, QIAN Rong, LI Nannan, RUAN Mingzhu, WANG Junxia

(Department of Orthopedics and Traumatology, Jiangsu Province Hospital on Integration of Chinese and Western
Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210000)

ABSTRACT: This article summarized the nursing management for an elderly patient with postoperative delirium after proximal femoral nail antirotation (PFNA) for intertrochanteric fracture. Prevention and treatment process of postoperative delirium was established. Based on the multidisciplinary collaboration, risk assessment was conducted before and after surgery. Targeted nursing measures and traditional Chinese medicine treatment were carried out to relieve the delirium symptoms and improve the recovery of the patient.

KEY WORDS: advanced age; delirium; intertrochanteric fracture; proximal femoral nail antirotation; nursing of integrated traditional Chinese and western medicine

股骨粗隆间骨折是指发生于股骨颈基底至股骨小粗隆之间的骨折,可采用新型股骨近端内固定系统(PFNA)内固定治疗。谵妄是其术后常见并发症之一,发生率达 25%~65%,是一种急性的、波动性的、精神紊乱的器质性脑功能障碍^[1]。随着国内老龄化人口基数增加,老年股骨粗隆间骨折的患者的数目也随之上升,以至于谵妄的发生数量也相对增多。患者一旦出现谵妄,不仅会

降低患者的自理能力,影响患者的生活质量,延长患者的住院时间,增加医疗费用,还增加了术后并发症的发生及死亡风险^[2]。评估谵妄发生的危险因素,筛查高危患者,制定防治流程对于预防术后谵妄有重要的临床意义。

1 临床资料

1.1 时间表

日期	病情变化
06-04	患者外伤致右髋关节肿痛 5 h 以右股骨粗隆间骨折收住入院
06-05 ~ 06-07	给与患者对症治疗,完善术前相关检查
06-08	患者全身麻醉下行“股骨粗隆间骨折闭合复位髓内针内固定术”
06-09 ~ 06-19	术后对症治疗,给予治疗谵妄的相关护理措施
06-20	患者谵妄症状好转后出院,嘱患者家属加强看护,不适随诊

收稿日期: 2022-10-31

通信作者: 陈丽萍, E-mail: Linxiner@163.com

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

1.2 患者信息

患者男性,87岁,主诉:外伤致右髌关节肿痛5小时。既往史:患者有轻度的认知功能障碍,因外伤致左眼球摘除术。否认“糖尿病”、“高血压”、“心脏病”病史,否认“结核”、“伤寒”、“肝炎”等传染病病史,否认其他重大手术、输血病史,否认药物食物过敏史。现病史:患者4d前无明显诱因出现四肢不自主震颤,伴行走欠稳,否认头痛头晕,否认心慌胸闷,患者及家属未给予重视,未予以特殊治疗。患者于6月4日下午6时左右不慎跌倒,当即致右髌部疼痛,腰背部疼痛。查骨盆平片+腰椎正侧位片+右髌关节正侧位示:右股骨粗隆间骨折。胸部CT+右髌关节CT显示:右侧第8到10肋骨骨折,胸7、10椎体压缩性骨折。患者为求进一步治疗,由急诊拟股骨粗隆间骨折骨折收住入院。

1.3 体格检查

视:右髌关节外观轻度肿胀,皮下瘀斑;触:双下肢末梢血运良好,右下肢足背动脉可触及,右髌部压痛,右髌关节伸屈、外展、内旋活动均受限;叩:胸椎局部压痛、叩击痛,椎旁肌紧张,右髌部压痛、叩击痛阳性,右下肢纵轴叩击痛阳性;听:声音呻吟,懒言;望:神志清楚、面色萎黄,表情痛苦,形体适中,倦怠乏力,推入病房,舌淡,苔薄白;闻:口中无异味;问:髌关节疼痛,痛处固定,活动受限。胸椎局部压痛、叩击痛,答语切题,既往无跌倒史,平日睡眠可,二便正常;切:全身皮肤完整,干燥,无皮损,脉涩。

1.4 诊断

西医诊断:1. 右股骨粗隆间骨折;2. 胸7、10椎体压缩性骨折;3. 右8-10肋骨骨折。中医诊断:骨折病(气滞血瘀型)。

西医诊断依据:①主诉:外伤致右髌关节肿痛5h。②查体:脊柱生理曲度可,胸椎局部压痛、叩击痛,椎旁肌紧张,活动受限。右髌关节外观无肿胀,无皮下瘀斑,右髌部压痛、叩击痛阳性,右下肢纵轴叩击痛阳性,右髌关节伸屈、外展、内旋活动均受限,右下肢无感觉异常。足背动脉可及,末梢血运可。余未见明显异常。③辅助检查:骨盆平片+腰椎正侧位片+右髌关节正侧位+CT示:右股骨粗隆间骨折;右侧第8到10肋骨骨折;胸7、10椎体压缩性骨折。西医鉴别诊断:本病当与髌关节脱位、开放性骨折及股骨颈骨折相鉴别,髌关节脱位可见患肢畸形、弹性固定,X线可辅助诊断,开放性骨折可见骨折端与外界相通,股骨颈骨

折在腹股沟处压痛明显,肿胀不明显,X线可明确骨折部位。

中医辨病辨证依据:患者老年男性,因摔伤致左髌关节疼痛,肿胀伴活动受限5h入院。患者右髌部疼痛,疼痛如刺,痛处固定,右髌关节活动受限,舌淡红,苔薄黄,中后部稍腻,脉弦涩,结合病史,理化检查,四诊合参,辨病当属祖国医学“骨折病”范畴。陈士铎在《辨证录》中记载:“血不活者瘀不去,瘀不去则骨不能接也。”治疗重视活血化瘀与理气止痛兼顾,调整阴阳。患者外伤,筋脉受损,气血运行不畅,不通则痛,证属气滞血瘀型,治当行活血化瘀,行气通络为要。中医鉴别诊断:①单纯筋伤:患者跌扑后右髌部外观肿胀,局部压痛明显,通过摄X片可明确诊断;②单纯脱位:髌关节脱位可见患肢畸形,腹股沟处压痛,髌关节活动受限,弹性固定,关节孟空虚,可通过摄X片明确诊断。

1.5 治疗干预

患者入院第1天(06-04):神志清楚、面色萎黄,髌关节疼痛,表情痛苦,无法行走,胸椎局部压痛、叩击痛。

入院第2天(06-05):完善相关检查,对症处理,健康宣教。给予酮咯酸氨丁三醇(尼松),复方氨基酸注射液,维生素C注射液,维生素B₆注射液,氯化钾注射液,复方醋酸钠林格,果糖氯化钠,依诺肝素钠注射液,缓解患者疼痛,补充能量及电解质,预防深静脉血栓。

入院第4天(06-07):遵医嘱给予患者术前耳穴揲针,以促进患者睡眠,减轻疼痛。观患者舌淡紫,胎薄白,脉涩。证属心脾两虚型,选穴耳穴为神门、交感、心、脾、皮质下,观局部皮肤完好。

手术日(06-08):患者于全身麻醉下行“股骨粗隆间骨折闭合复位髓内针内固定术”,术后患肢外展中立位,心电监护,吸氧,保留尿管。给予酮咯酸氨丁三醇(尼松),复方氨基酸注射液,维生素C注射液,维生素B₆注射液,氯化钾注射液,葡萄糖酸钙注射液,人血白蛋白,能全力,依诺肝素钠注射液,缓解患者疼痛,补充能量及电解质,预防深静脉血栓。当日23:34患者烦躁,兴奋,多言,入睡困难,遵医嘱给予舒乐安定1mg口服,未能入睡。

术后第1天(06-09):04:00患者烦躁拒绝使用心电血氧监护。08:30患者自行拔出尿管。患者日间切口处疼痛,疼痛评分8分,予以酮咯酸氨丁三醇(尼松)静滴,躁动不安,认知减退,请神经内科医生会诊,予奥氮平晚间口服。患者晚间兴

奋,多言,奥氮平口服后效果不明显。术后患者双足跟皮肤发红,遵医嘱予中药紫草油涂擦治疗,紫草具有凉血、活血、解毒、生肌、去腐、抗炎抗菌作用。麻油味甘性凉,有滋润肌肤、调和药物之作用。医务人员根据紫草的特点,将其制成油剂,改善皮肤局部的微循环,再加上其良好的可吸收性及保湿功能,达到通络润肤,益气化瘀的功效^[3]。患肢肿胀疼痛,肿胀分度为1度,症状积分为2分,疼痛评分8分,遵医嘱给予患肢中医定向透药配合药物丹参治疗,丹参:性寒,主要功效为清热利湿,养血通络,凉血化瘀,有效成分丹参酮对炎症有良好的治疗作用。中医定向透药基于中医经络理论,通过对相应穴道的刺激达到疏通经络,活血化瘀功效^[4]。

术后第2天(06-10):患者切口处疼痛,疼痛评分6分,患者躁动不安,认知减退,查体不能配合,请神经内科医生会诊,继续给予奥氮平口服,必要时请精神病专科会诊。患者术后谵妄,家属要求保留尿管,告知家属有自行拔除尿管,损伤尿道的可能,家属表示知情同意。遵医嘱给予患者耳穴压豆及穴位按摩,耳穴选穴肝、脾、交感、皮质下、神门、心。神门穴有镇痛、镇静、消炎等功能,交感穴有疏理气、活血止痛、养血安神的功能,两穴合用,可加强镇静、止痛效果,具有心理调摄作用,可以分散患者对不良事件的注意力。穴位按摩选穴太阳、胆俞、肝俞、百会、太冲、合谷;可发挥调畅气机、借情移情、安身静志、调畅情志、宽胸理气、疏肝解郁作用^[5]。

术后第3天(06-11):患者切口处疼痛,疼痛评分6分,躁动不安,认知减退,继续给予奥氮平口服。患肢开展中医定向透药治疗,指导患者功能锻炼,目标是使患者尽快离床活动,患肢功能得到恢复,同时淡化手术应激并加强患者情志护理,通过以情胜情、安神定志等的方法全方位照护患者心理状态,解答疑惑、缓解患者的不良情绪,帮助患者建立健康心态,配合治疗,以促进病情康复^[6]。

术后第4~11天(6-12~6-19):00:58患者精神亢奋,不慎划伤右手背,见表皮挫裂伤,少量渗血,清创包扎,并给予地西洋注射液2.5 mg肌肉注射后稍有缓解。08:40请神经内科会诊,查体未见明显的阳性神经系统体征,查体不配合,考虑器质性精神障碍,建议继续奥氮平口服,给予患者中药汤剂桃红四物汤口服。桃红四物汤出自《医宗金鉴》,有活血祛瘀兼补血的功,并具有活血

而不伤正,补血而不留瘀的特点,有预防血栓、改善贫血、镇痛、抗炎、提高免疫力等作用^[7]。中药颈枕垫枕,选用中药:佩兰、石菖蒲、远志、肉桂、冰片、合欢皮,数味中药合用具有芳香安神、解郁助眠、凝神静气功效^[8]。此期间继续加强患者情志护理,调畅情志以缓解不良情绪,指导患者功能锻炼,争取早日下床活动。

术后第12天(06-20):患者谵妄症状好转后出院,嘱患者家属加强看护,谨防意外再次发生,不适随诊。

1.6 结果和随访

高龄、髌部手术是术后发生谵妄的重要原因,术前的认知功能障碍及合并痴呆、视力障碍、白蛋白<35g/L、术后留置尿管、疼痛的程度、间断睡眠是术后发生谵妄的危险因素^[9]。因此对于高龄髌部骨折的患者,应该减少一切有可能导致刺激的因素,并采取针对性的护理措施,如术前应用谵妄筛查量表进行评估,进行氧疗同时配合呼吸功能训练,视力或听力不好的患者应尽早给予眼镜或助听器,做好情志护理,建立多学科协作模式,及时纠正水电解质失衡、低氧血症、低蛋白血症、控制感染和控制血糖等。术中手术室室温维持在25~26℃,保持收缩压在90 mm Hg以上,充足的氧供,保证患者血氧饱和度>95%,维持血流动力学稳定、水电解质平衡,选择合适的麻醉方式和优选麻醉用药等。术后采用多模式联合镇痛方案,积极控制原发病。尽早拔除导尿管,避免尿潴留。晚间使用眼罩、耳塞等减少环境干扰,提高睡眠质量。加强营养,指导患者功能锻炼,尽早下床。尽可能增加家属陪伴的时间等从而降低术后谵妄的发生。

该案例术后在系统的康复方案的基础上联合中医治疗,患者对治疗护理效果满意,康复出院。出院2周后门诊复查:髌关节正位片示右侧髌关节术后改变,恢复良好,患者自述疼痛极大好转且在助行器帮助下自行行走,无谵妄症状。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估 T:36℃,P:87次/min,R:18次/min,BP:126/82 mm Hg。患者饮食正常;休息与睡眠:间断睡眠;排泄:二便正常;自理情况和保健:家属照顾;嗜好:无;精神状态:萎;对疾病的认识:不了解;心理状态:焦虑;性格和交往能力:与外界交往少,轻度认知障碍;家庭关系:和睦;经济

状况:医保。

2.1.2 专科评估 动诊:右下肢肌力Ⅱ级;量诊:右下肢短缩1 cm。

2.1.3 专科评分 Barthel指数:30分,Braden评分:13分,跌倒坠床评分:2分,肢体活动能力分度:4度,疼痛评分:8分,肿胀分度:1度,Caprini评分:9分。

2.2 护理诊断

2.2.1 术前诊断 疼痛与骨折部位神经损伤、软组织损伤、肌肉痉挛和水肿有关;生活自理能力下降,与骨折、无法行走、活动受限有关;可能存在皮肤完整性受损,与体位受限、营养不良有关;焦虑与担心疾病愈后、手术效果有关;知识缺乏与不了解术前准备的相关知识有关。

2.2.2 术后诊断 急性意识障碍与并发谵妄有关;疼痛与手术创伤、软组织损伤有关;营养失调,低于机体需要量,与手术创伤、失血失液、摄入减少有关。潜在并发症如肺部感染、泌尿系统感染风险、深静脉血栓等。知识缺乏与不了解术后功能锻炼及康复知识有关。

2.3 护理计划

2.3.1 术前护理计划 减轻患者疼痛,疼痛评分 ≤ 3 分;满足患者的生活护理和基本需求;保持患者皮肤完整;减轻患者焦虑轻,保持术前情绪稳定,积极迎接手术;患者了解术前准备的注意事项,理解并予以配合。

2.3.2 术后护理计划 缓解患者急性意识障碍到;减轻患者疼痛,疼痛评分 ≤ 3 分;维持良好的营养状态;预防术后并发症;患者及家属掌握相关康复知识,争取早日下地行走。

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理措施

2.4.1.1 疼痛:保持病房环境安静,操作时动作轻柔;评估疼痛的程度、性质、原因、伴随症状,用脸谱评分法评分,记录具体分值;使用谵妄筛查量表进行评估;适度调节病房的光线亮度,避免刺激;协助患者摆放正确体位,指导患者正确的功能锻炼,以促进血液循环,防止患肢肿胀,加重疼痛;必要时遵医嘱合理应用镇痛药物,告知患者用药注意事项,严密观察药物的不良反应。

2.4.1.2 生活自理能力下降:安置床位,生活物品准备和摆放合理位置,传呼铃调整到位;清洁皮肤和更换干净病员服,剃须,剪指甲;卧气垫床,协助患者翻身拍背;合理安排患者的检查,减少不

必要的搬动;指导患者卧床期间主动和被动的肌肉功能锻炼。

2.4.1.3 皮肤完整性受损的可能:使用气垫床;保持床单位平整干燥;指导家属按摩患者骶部,防止皮肤长期受压,移动患者躯体时,动作应稳、准、软,避免推、拉、拖,减少摩擦力和剪切力,避免加重肢体损伤或擦伤皮肤;加强巡视,班班交接患者皮肤情况;鼓励患者加强营养,增强机体抵抗力。

2.4.1.4 焦虑:热情接待患者,向其介绍住院环境、同室病友,消除陌生感;心理护理非常重要:讲解疾病有关知识以及手术的目的、术后效果,可能发生的问题,使其对疾病有初步的认识;告诉其术后可改善疼痛,矫正畸形、提高生活质量,使其增加对手术的认识和信心;帮助患者逐步先完成短期活动目标,再制定下一步的活动内容,改善患者精神状态,恢复自信;关注患者焦虑症状有无加重,嘱咐家属亲情陪伴,防止患者出现自残行为;给予中医操作耳穴揲针,以促进患者睡眠,减轻疼痛,选穴耳穴为神门、交感、心、脾、皮质下,观局部皮肤完好。

2.4.1.5 知识缺乏:向患者介绍呼吸功能训练,体位训练、床上大小便训练的意义,使其从心理上接受并配合;向其讲解深呼吸,有效咳嗽的方法及技巧;向其讲解术前准备注意事项、目的及意义;向其介绍手术的方式、时间、麻醉方式以及术后可能产生的不适和处理措施。

2.4.2 术后护理措施

2.4.2.1 急性意识障碍:减少患者谵妄的促发因素,如酗酒、应用镇静止痛药物、感染等;检查患者当前用药情况,避免可能导致谵妄症状发作的药物,给予替代药物;给予患者对症处理,全身情况好转的情况下,谵妄可自愈;保持环境安静,避免刺激;安排患者熟悉的照顾者,嘱家属播放一些患者喜欢的音乐、帮助按摩肢体等,加强患者的情志护理;遵医嘱给予抗精神病药物奥氮平治疗(短期、有效、小剂量),用药后应观察患者神志、瞳孔、呼吸、血压和血氧,防止药物过量导致呼吸抑制;给予患者中医治疗:如耳穴压豆,穴位按摩,中药汤剂口服等治疗谵妄;加强安全管理:给予患者适当约束及保护,观察约束部位的皮肤,嘱患者家属注意保护自己,避免患者烦躁误伤。

2.4.2.2 疼痛:协助患者摆放正确体位,指导患者正确的功能锻炼,以促进血液循环,防止患肢

肿胀,加重疼痛;评估疼痛的程度、性质、原因、伴随症状,用脸谱评分法评分,记录具体分值;保持病房环境安静,操作时动作轻柔,适度调节病房的光线亮度,避免刺激;给予患者中医治疗,如耳穴压豆、揸针、中医定向透药等缓解患者疼痛;必要时遵医嘱合理应用镇痛药物,告知患者用药注意事项,严密观察药物的不良反应。

2.4.2.3 营养失调(低于机体需要量):术中予以患者悬浮少白红细胞 2 U,血浆 200 mL 静滴,并观察不良反应;做好患者的饮食护理,多食用富含蛋白质、维生素、钙元素、铁元素且易消化的食物(如牛奶、菠菜、水果、瘦肉等),宜食温壮肾阳、补精髓的食品,如黑豆、核桃、杏仁、腰果、黑芝麻等;忌生冷瓜果及寒凉的食品;遵医嘱给予患者补充能量及电解质:如复方氨基酸注射液、维生素 C 注射液、维生素 B₆注射液等,合理功能锻炼,促进食欲和进食量。

2.4.2.4 潜在并发症:警惕肺部感染、泌尿系感染、深静脉血栓等并发症;多饮水,遵医嘱准确使用抗生素,并观察药物的不良反应;密切关注患者的生命体征,尤其是体温变化,注意保暖,不能当风受凉,以防感冒,患肢保暖,防止冷刺激引起静脉痉挛血液淤滞;观察患肢的肿胀,皮肤温度,颜色和感觉情况;严密观察伤口有无红肿,渗血情况,并保持引流管的通畅,观察引流液的色、质、量;保持床单元的清洁、干燥;患者麻醉清醒后鼓励指导患者在床上进行股四头肌、足踝关节背伸趾屈锻炼,20~30 次/组,5 组/d,并逐渐增加活动量;避免在患肢输液;气压治疗,2 次/d;皮下注射博璞青 3 000~4 000 单位,1 次/d,至少 5 周,观察药物不良反应。

2.4.2.5 知识缺乏:评估患者接受能力,用通俗易懂的语言讲解术后的相关知识及配合;每日当班的责任护士指导患者行术后功能锻炼,手术当日(被动锻炼):麻醉清醒后进行被动足趾屈伸运动。术后第 1~2 天(主动运动):踝泵运动及股四头肌运动,3~4 次/d,5~20 min/次。术后第 3~5 天:可逐渐进行膝关节的屈伸运动,动作轻柔,被动逐渐转为主动活动,同时可进行全身的功能锻炼。护理人员督促患者完成,耐心向患者及家属讲解术后功能锻炼的重要性和注意事项。

3 讨论

国内外学者认为术后谵妄发生的危险因素是

多种因素作用的结果,一般可分为易感因素和诱发因素。易感因素是指患者入院以前就存在的危险因素,而诱发因素是患者在医院住院期间内遭受的可以改变的危险因素^[10]。在临床上,一般都是通过纠正诱发因素,针对易感因素而预防术后谵妄的发生。易感因素有高龄、合并基础疾病(高血压、糖尿病、心脏疾病等)、多器官功能不全(红细胞低、颈动脉狭窄、射血分数下降)、听力下降、酗酒、营养不良、脱水等都是引发术后谵妄的易感因素^[11]。全球学者普遍认为高龄是导致术后谵妄的独立危险因素。长时间手术、低血压、麻醉用药、低氧血症、术中输血、术后疼痛、感染、长期制动、插管时间过长、水电解质紊乱、睡眠剥夺、ICU 环境刺激(灯光、噪声、治疗环境刺激)、贫血、留置导尿、多种药物(如苯二氮卓类、哌替啶、抗胆碱类等)的使用等一系列的诱发因素均可增加患者发生术后谵妄的概率。

目前对于 PFNA 术术后谵妄尚缺乏行之有效的方法,主要是采取预防和治疗相结合的策略。预防和治疗相结合的策略有高达 40% 的谵妄都是可以预防,医务人员应积极控制易感因素,减少诱发因素的发生。

术后发生谵妄开展积极干预是非常有必要的。早期采取针对性的中西医结合护理特色措施预防高龄髋部骨折患者术后谵妄有显著效果。术前应用谵妄筛查量表进行风险评估,建立多学科协作模式,可以早期筛查、早期识别。同时给予中医药特色治疗:口服活血化瘀的中药汤剂、耳穴压豆、穴位按摩、揸针、中医定向透药等进行早期预防。术后评估有无谵妄的早期表现,明确和治疗潜在的病因,能够降低谵妄的发病率。科室制定完整的谵妄的防治流程(含该疾病的术前谵妄的风险评估),融入中医药特色治疗的内容,能有效防治术后谵妄。本案例不足之处对于高龄手术患者术前、术后可采取中医操作预防和减少谵妄的发生的案例数太少,缺乏一定的说服力;针对高龄及四级手术的患者如何采取多学科协作有效治疗模式有待于进一步的完善。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 李呈凯,白树财,宋秀钢,等.老年髋部骨折患者

- 术后谵妄相关危险因素的回溯性研究[J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(4): 250-256.
- LI C K, BAI S C, SONG X G, et al. A retrospective study on risk factors associated with postoperative delirium in elderly patients with hip fracture[J]. Chin J Orthop, 2018, 38(4): 250-256. (in Chinese)
- [2] 陈海波, 王惠仪, 林沛桃, 等. 循证护理·循证护理预防老年髋部骨折患者术后谵妄的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(10): 121-123.
- CHEN H B, WANG H Y, LIN P T, et al. Evidence-based nursing observation on the effect of evidence-based nursing in preventing postoperative delirium in elderly patients with hip fracture[J]. J Qilu Nurs, 2019, 25(10): 121-123. (in Chinese)
- [3] 权亚玲, 黄惠玲, 高亚梅, 等. 紫草油外涂联合红外线照射治疗腹泻所致肛周湿疹的疗效观察[J]. 护理学杂志, 2010, 25(5): 38.
- QUAN Y L, HUANG H L, GAO Y M, et al. Observation on therapeutic effect of purple grass oil external application combined with infrared irradiation on perianal eczema caused by diarrhea[J]. J Nurs Sci, 2010, 25(5): 38. (in Chinese)
- [4] 史继红, 邢跃刚, 姚士祥. 四肢创伤及术后肿胀经七叶皂苷与丹参注射液治疗的临床效果对比分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(46): 50.
- SHI J H, XING Y G, YAO S X. Comparative analysis of clinical effects of aescin and Danshen injection in treating limb trauma and postoperative swelling[J]. World Latest Med Inf, 2015, 15(46): 50. (in Chinese)
- [5] 杨霞. 常规护理基础上联合耳穴贴压、穴位按摩对ICU 谵妄患者临床症状的改善作用[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(9): 1583-1585.
- YANG X. Effect of routine nursing combined with auricular point sticking and acupoint massage on improving clinical symptoms of delirium patients in ICU[J]. J Med Theory Pract, 2021, 34(9): 1583-1585. (in Chinese)
- [6] 姚龙平, 丁岚, 郎玉红, 等. 中医情志护理对重症加强护理病房患者术后谵妄的干预效果[J]. 新中医, 2021, 53(22): 178-180.
- YAO L P, DING L, LANG Y H, et al. Intervention effect of Chinese medicine emotional nursing on postoperative delirium in patients in intensive care unit[J]. J New Chin Med, 2021, 53(22): 178-180. (in Chinese)
- [7] 王正, 王瑞平, 薛启明, 等. 中西医结合预防股骨粗隆间骨折术后谵妄效果观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(10): 1151-1152.
- WANG Z, WANG R P, XUE Q M, et al. Effect of integrated traditional Chinese and western medicine on preventing postoperative delirium of intertrochanteric fracture of femur[J]. J Pract Tradit Chin Med, 2017, 33(10): 1151-1152. (in Chinese)
- [8] 杨曦, 李怡, 秦志均, 等. 中药特色香囊改善老年髋部骨折患者术后精神状态临床观察[J]. 中国药师, 2022, 25(2): 278-280, 320.
- YANG X, LI Y, QIN Z J, et al. Clinical effects of characteristic sachets with traditional Chinese medicine on postoperative mental state improvement in elderly patients with hip fracture[J]. China Pharm, 2022, 25(2): 278-280, 320. (in Chinese)
- [9] 冯旭, 陈辉, 蔡宁宇, 等. 老年髋部骨折患者术后谵妄发生的危险因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017, 32(2): 113-116.
- FENG X, CHEN H, CAI N Y, et al. Analysis of risk factors for delirium in the elderly with hip fractures[J]. Chin J Bone Jt Inj, 2017, 32(2): 113-116. (in Chinese)
- [10] 张宁, 朱鸣雷, 刘晓红. 美国老年医学会防治老年患者术后谵妄临床指南解读[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2015, 2(3): 8-9.
- ZHANG N, ZHU W L, LIU X H. Interpretation of American geriatric association's clinical guidelines for prevention and treatment of postoperative delirium in elderly patients[J]. Chin J Geriatr Res Elec-tron Ed, 2015, 2(3): 8-9. (in Chinese)
- [11] 王艳艳, 岳冀蓉, 胡秀英. 国内外老年患者围手术期谵妄的研究进展[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(27): 2097-2100.
- WANG Y Y, YUE J R, HU X Y. Research progress of perioperative delirium in elderly patients at home and abroad[J]. Chin J Pract Nurs, 2015, 31(27): 2097-2100. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。