

猝死风险量表对精神病患者夜间猝死的评估价值

杨晓丽, 金玉莲, 张崇丽, 林小雷, 林小容
温州市第七人民医院, 浙江 温州 325000

猝死是原来健康者或看似健康者,或已处于疾病康复期,没有任何死亡迹象,于 6 h 内,自然发生、出乎意料的突然死亡。有研究报道^[1],精神病患者每年猝死发生率为 11.6/万。精神病患者猝死更多发生于夜间,此时医务人员少且警觉性低,往往晨起时被发现已经死亡。由此可能带来严重医疗纠纷和巨额经济赔偿。如何评估和预测精神病患者的夜间猝死风险,及早发现高危患者,早期护理干预和及时通知医师,非常重要,可以避免部分患者的意外死亡。本文报道综合相关文献制定猝死风险量表,对猝死患者及同一时期相似患者进行回顾性对比分析的结果,观察猝死风险量表对精神病患者夜间猝死的评估价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

调查 1990 年 1 月至 2014 年 10 月浙江省温州市第七人民医院住院死亡的精神病患者共 42 例,其中发生在 20:00 至次日 6:00 的死亡病例 29 例,男 17 例,女 12 例,年龄(42.8 ± 11.8)岁。猝死组 29 例中,

精神分裂症 18 例,躁狂症 3 例,抑郁症 2 例,器质性精神障碍 3 例,酒精所致精神障碍 2 例,其他精神病 1 例,病程 4 d 至 3 年。选取与猝死组性别、年龄、入院时间相近,在猝死者猝死当日仍在住院的非死亡精神病 57 例作为对照组,其中男 36 例,女 21 例,年龄(41.4 ± 13.8)岁。对照组 57 例中,精神分裂症 35 例,躁狂症 5 例,抑郁症 3 例,器质性精神障碍 4 例,酒精所致精神障碍 6 例,其他精神病 4 例,病程 2 d 至 7 年。两组间上述资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 猝死风险量表设计

搜集文献中有意义的危险因素,结合病理生理机制,进行筛选并确定其分数权重,制成猝死风险评估量表,总分 90 分,见表 1。以患者死亡时间为基准,应用调查量表对患者病史和死亡前 3 d 的相应情况进行记录,对照组参考同住一病房猝死者的相应时间和内容进行记录。若项目只有两个评分级别,“无”或“否”为 0 分,“有”或“是”即为相应的分数。部分项目具体评分标准见表 2。

表 1 精神病患者猝死风险评估量表

项目	得分			项目	得分		
1. 年龄	0	1	2 3	18. 肥胖	0	2	
2. 病程	0	1	2 3	19. 营养不良	0	1	2
3. 首次住院	0	2		20. 使用约束带	0	2	
4. 脑卒中史	0	1		21. 反应迟钝	0	2	4
5. 糖尿病	0	2		22. 是否为入院 10 d 内	0	4	
6. 高血压	0	1		23. 睡前进食	0	1	
7. 冠心病	0	2		24. 发热	0	1	2 4
8. 慢性阻塞性肺疾病	0	2		25. 打鼾	0	2	4
9. 胸闷	0	1		26. 精神病不稳定	0	2	
10. 胸痛	0	1		27. 抗精神病药剂量	0	2	4 6
11. 头晕	0	1		28. 抗精神病药联用	0	2	4 6
12. 呼吸困难	0	2	4 6	29. 睡前肌注抗精神病药	0	2	
13. 呕吐	0	1		30. 精神病药增量间隔 < 3 d	0	4	
14. 进食少	0	2		31. 心电图 ST - T 改变	0	4	
15. 乏力	0	1		32. 心电图 QT 间期	0	2	4 6
16. 饮酒	0	1		33. 窦性心动过速	0	2	4 6
17. 腹泻	0	1		合计			

【基金项目】温州市 2014 年度医药卫生科学研究项目(2014B14)

【作者简介】杨晓丽(1977—),女,主管护师

表 2 部分项目评分标准

项目	评分
年龄(岁)	
≤45	0
46~65	1
66~80	2
>80	3
病程(年)	
≤10	0
11~20	1
21~30	2
>30	3
呼吸困难	
无	0
轻度,不影响活动	1
中度,活动受限	2
重度,不能平卧	3
营养不良	
无	0
明显消瘦	1
恶液质	2
反应迟钝	
无	0
对言语反应明显延迟	2
无反应或接近无反应	4
发热(腋温,℃)	
≤37.0	0
37.1~38.0	1
38.1~39.0	2
>39.0	4
打鼾	
无	0
打鼾	2
打鼾伴呼吸暂停	4
抗精神病药剂量(折成氯氮平量,mg)	
未用药	0
≤100	2
101~500 mg	4
>500 mg	6
联合使用抗精神病药	
未用药	0
单用	2
2种联用	4
3种及以上联用	6
心电图 QT 间期(ms)	
≤360	0
361~390	2
391~420	4
>420	6
窦性心动过速(次/min)	
<100	0
100~120	2
121~140	4
>140	6

1.3 统计学分析

将猝死组 29 例及对照组 57 例患者均按上述量表进行详细、准确评分,评分结果用 SPSS 10.0 统计软件进行分析,两样本间均数比较采用 *t* 检验,检验

水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

近 20 年来,该院住院患者猝死 42 例,发生率为 1.29%,其中夜间猝死 29 例,占 69.05%,猝死组风险评分为(26.97 ± 6.58)分,对照组评分为(16.74 ± 5.59)分,两组比较差异有统计学意义($t = 7.554$, $P < 0.01$)。

3 讨论

由于受各种综合因素的影响,精神病患者猝死发生率较高,与用药情况、躯体变化、心电图改变、死亡时间(夜间)等有关^[2]。精神分裂症是一类具有更高猝死风险的疾病,Ruschena 等^[3]报道,精神分裂症患者的猝死较一般人群高 4.9 倍。国内有资料显示,精神病患者猝死中 57.5% 为精神分裂症^[4]。

目前很少针对夜间猝死的研究报道,也没有一个合适的综合评估量表来对夜间猝死高危患者进行评估并给出相应的护理对策。本研究针对上述情况,制定精神病患者猝死风险评分量表,研究精神病患者夜间猝死。结果显示,猝死组风险量表评分明显高于对照组,其中抗精神病药物剂量大、打鼾、精神病药快速增量、睡前肌注抗精神病药、QT 间期延长、窦性心动过速等在猝死组中更多见,提示精神病患者猝死是一个多因素的综合结果,尤其要注意药物使用、基础心脏病和呼吸道阻塞问题。有研究表明,吩噻嗪类抗精神病药物(尤其是甲硫哒嗪)和三环类抗抑郁药物易引起猝死,其中吩噻嗪类药物的心血管不良反应,如心律失常、低血压、心肌收缩力降低等可能与猝死有关^[5]。Watanabe 等^[6]观察到,利培酮会延长 QT 间期,尤其是夜间 QT 间期。夜间是医务人员容易疲劳的时段,注意力及监测力度下降,不能及时发现猝死前的一些预示症状,故对猝死风险评分高于 20 分者要密切巡视,及早干预。

4 护理对策

4.1 重点关注高风险患者

猝死风险评分高于 20 分者从入院起就要重点关注和防范,及时、全面收集病史资料,细致认真评估,及时完成血常规、心电图、血糖、血电解质的检查,重视基础疾病,如糖尿病、高血压、冠心病、鼾症,及时请内科会诊,控制和稳定血压、血糖。

4.2 加强夜间巡视

夜间精神病患者猝死发生率高,并且难以及时发

一起食用鲈鱼引起组胺中毒的调查

张峰, 胡艳敏, 顾敏霞

宁海县疾病预防控制中心, 浙江 宁波 315600

2014 年 8 月 30 日, 浙江省宁海县梅林街道某公司部分职工午餐后出现脸红、恶心、头痛、头晕等症状, 本文报道此事件的流行病学调查结果。

1 基本情况

事发单位位于浙江省宁海县梅林街道工业园区, 现有职工 350 余人, 该公司职工外地人居多, 大部分职工住在公司宿舍。公司设有食堂, 对住在公司宿舍的职工免费供应三餐, 住在公司外面的职工提供午餐。早餐以馒头、稀饭为主, 午餐、晚餐一般为一种荤

菜和几种素菜, 主食以米饭为主。午餐开饭时间为 11:30, 晚餐开饭时间为 17:00。

2014 年 8 月 30 日 11:30, 有约 320 名职工在食堂进食午餐, 11:40 左右出现首发病例。某男, 38 岁, 贵州籍, 现住公司宿舍。临床表现为: 头晕、头痛, 脸和手臂发红、发烫。后陆续出现类似患者, 发病时间主要集中在当天 12:30—13:00, 共 18 例, 至当天下午 15:00, 该公司因脸红发烫、头晕、头痛、恶心等症状到梅林卫生院就诊的共 25 人, 罹患率为 7.81% (25/320)。经抗过敏等对症治疗后症状很快得到缓解, 于当天 16:30 全部痊愈。

【作者简介】张峰(1982—), 男, 主管医师, 学士

现, 故夜间要加强巡视, 同时加强护工培训, 一起监管患者, 一旦患者有异常表现, 及时向医师汇报。有危重患者抢救, 低年资护士当班时设双班或者帮班, 增加晚间时段的护理力量, 做到人力资源的最优化, 针对可能出现的特殊问题及薄弱环节制定相应的制度, 如护士长值夜班制度及护理管理者 24 h 动态巡视病区制度。

4.3 加强医务人员急救技能培训

夜间及时发现患者猝死迹象, 实施有效的抢救措施, 有时可以挽救患者生命, 但精神专科的医师或护士很少遇到心肺复苏的急救, 抢救水平会有所欠缺, 故要加强定期的技能强化训练。另外, 也可派医务人员到综合性医院急诊科短期进修。

4.4 完善抢救设备, 随时处于备战状态

重点抢救器材如氧气、急救药品、简易呼吸器、气管插管设备、吸痰器、除颤仪是抢救危重患者的重要保证, 也是抢救成功的关键。重视急救仪器的日常管理、维护, 确保完好率 100%; 定点放置, 由专人负责定期检查, 对各种新仪器、新设备使用前先培训, 避免因仪器、设备不能正常运转而发生医疗护理风险。

4.5 加强药物监测和心电图监测

对于有高猝死风险的精神病患者, 要关注抗精神病药的使用剂量、联用情况、加量速度, 尤其是剂量

大、联用多、加量快的患者, 密切观察患者的反应情况、呼吸情况、有无呕吐, 定期复查心电图, 发现异常及时向医师汇报, 减少药物用量。

参考文献

- [1] Ray WA, Meredith S, Thapa PB, et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death[J]. Arch Gen Psychiatry, 2001, 58(12): 1161-1167.
- [2] 赵小兵. 精神科住院患者猝死因素相关原因分析[J]. 中国医药科学, 2013, 3(12): 179-180.
- [3] Ruschena D, Mullen PE, Burgess P, et al. Sudden death in psychiatric patients[J]. Br J Psychiatry, 1998, 172: 331-336.
- [4] 苏敬华, 李洁, 郭扬波, 等. 精神科住院患者猝死的相关因素分析: 一项病例对照研究[J]. 精神医学杂志, 2008, 21(4): 255-257.
- [5] Buckley NA, Sanders P. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs[J]. Drug Saf, 2000, 23(3): 215-228.
- [6] Watanabe J, Suzuki Y, Fukui N, et al. Increased risk of antipsychotic-related QT prolongation during nighttime: a 24-hour Holter electrocardiogram recording study[J]. J Clin Psychopharmacol, 2012, 32(1): 18-22.

(收稿日期: 2014-11-07)