

针灸治疗老年术后谵妄 35 例临床观察

沈幼明

新昌中医院麻醉科, 浙江 新昌 312500

[摘要] 目的: 观察针灸治疗老年术后谵妄的临床疗效。方法: 将 70 例老年术后谵妄患者分为 2 组各 35 例。对照组予氟哌啶醇 2.5 mg, 肌肉注射, 并根据病情调整剂量, 每天治疗剂量为 2.5~10 mg; 治疗组采用针刺治疗。2 组疗程均为 7 天。治疗前后进行谵妄量表 (DRS) 评分和临床疗效总评量表 (CGI-SI) 评分, 并记录 2 组谵妄消失时间, 评价临床疗效。结果: 治疗后, 2 组 DRS 评分和 CGI-SI 评分均比治疗前下降, 差异均有非常显著性意义 ($P<0.01$), 治疗组 DRS 评分和 CGI-SI 评分低于对照组, 差异有显著性意义 ($P<0.05$)。谵妄消失时间对照组 (3.32 ± 0.45) 天, 治疗组 (2.62 ± 0.48) 天, 差异有非常显著性意义 ($P<0.01$)。临床疗效总有效率治疗组 97.1%, 对照组 77.1%, 差异有显著性意义 ($P<0.05$), 治疗组优于对照组。结论: 针灸是治疗老年术后谵妄的有效方法, 可供临床试用。

[关键词] 术后谵妄; 针灸疗法; 针刺; 谵妄量表 (DRS); 临床疗效总评量表 (CGI-SI)

[中图分类号] R619 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0185-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.088

术后谵妄也称急性意识障碍, 是在短时间内发生的伴有注意力、感受、思维、记忆、精神运动和睡眠周期障碍的急性器质性脑综合征, 多发生于术后 1 周内。术后谵妄的发生使患者死亡率增高, 住院时间延长, 医疗成本增加。不同种类手术后谵妄的发生率为 3%~72%^[1]。谵妄发生的病理生理学机制仍不清楚, 谵妄与大脑氧化代谢的降低, 特别是与额叶前部氧化代谢的降低关系密切。现代医学治疗目的是镇静、控制精神状态、改善睡眠, 采用短效镇静剂治疗。笔者采用针灸治疗术后谵妄, 取得良好效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《美国精神障碍诊断和统计手册》第 4 版(DSM-IV)中谵妄诊断标准^[2]: ①出现精神状态上的变化, 主要表现是对环境的认知能力出现了下降和显著的注意力不集中; ②起病很急, 不能够使精力集中或者精力不能持久性集中, 同时伴随有其他认知方面的症状, 例如感知混乱(错觉、幻觉或者理解错误等)、记忆紊乱以及定向力的缺乏; ③有可能同时出现情感的错乱以及睡眠和觉醒周期的紊乱。

1.2 纳入标准 符合谵妄诊断标准; 于术后发生; 年龄超过 60 岁; 谵妄评定方法中文修订版(CAM-CR)^[3]评分>22 分。

1.3 排除标准 已采用抗精神病药物治疗的患者或者有精神病史的患者。

1.4 一般资料 观察病例为 2011 年 6 月~2013 年 7 月本院术后谵妄患者, 共 70 例。分为 2 组各 35 例, 对照组男 19

例, 女 16 例; 平均年龄(67.2 ± 5.5)岁; 骨科手术 15 例, 胸腹部手术 12 例, 妇科手术 5 例, 其它手术 3 例; 合并高血压 9 例, 糖尿病 6 例, 中风病史 3 例。治疗组男 17 例, 女 18 例; 平均年龄(67.7 ± 4.7)岁; 骨科手术 13 例, 胸腹部手术 12 例, 妇科手术 6 例, 其它手术 4 例; 合并高血压 10 例, 糖尿病 5 例, 中风病史 2 例。2 组性别、年龄及手术类型、合并疾病等一般资料比较, 差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组谵妄患者均仔细寻找诱因, 进行基础治疗: 病房减少各种外界刺激, 如适合的光线, 减少噪音等; 维持患者生命体征, 保持氧饱和度、水电解质平衡等正常。

2.1 对照组 氟哌啶醇(上海信谊药厂有限公司), 每次 2.5 mg, 肌肉注射, 并根据病情调整剂量, 每天治疗剂量为 2.5~10 mg。治疗 7 天观察疗效。

2.2 治疗组 采用针刺治疗。取穴: 外关、内关、神门、太溪、三阴交(均为双侧取穴)、关元、百会、中极, 采用 0.35 mm×40 mm 华佗牌不锈钢毫针(苏州华佗医疗器械有限公司), 皆用泻法, 留针 15 min, 每天 1 次。治疗 7 天观察疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①治疗前后谵妄量表(DRS)评分, DRS 共 10 个条目, 每条分值从 0~4 分不等, 最高评分为 34 分, 分值越高谵妄程度越严重^[4]。②治疗前后进行临床疗效总评量表

[收稿日期] 2014-01-10

[作者简介] 沈幼明 (1975-), 男, 主治医师, 主要从事麻醉临床工作。

(CGI- SI)评分。③记录2组谵妄消失时间。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行数据处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用t检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用ICU谵妄诊断的意识状态评估法(CAM-ICU)^[5], 包括: ①意识状态的急性改变或波动; ②注意力不集中; ③思维紊乱; ④觉醒程度改变。评定分三个水平, 分别为痊愈: ①+②, 或③, 或④均消失。好转: 仅①或②消失。无效: 具备①+②, 或③, 或④。

4.2 2组治疗前后DRS评分及CGI- SI评分比较 见表1。治疗后, 2组DRS评分及CGI- SI评分均比治疗前下降, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$), 治疗组DRS评分及CGI- SI评分低于对照组, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	时间	DRS评分	CGI-SI评分
对照组	35	治疗前	22.7 ± 4.5	4.75 ± 0.53
		治疗后	8.3 ± 1.2	2.41 ± 0.32
治疗组	35	治疗前	23.4 ± 4.1	4.82 ± 0.41
		治疗后	7.1 ± 1.4	2.15 ± 0.27

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.3 2组谵妄消失时间比较 谵妄消失时间对照组(3.32 ± 0.45)天, 治疗组(2.62 ± 0.48)天, 治疗组消失时间短于对照组, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

4.4 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组97.1%, 对照组77.1%, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
对照组	35	14	13	8	77.1
治疗组	35	18	16	1	97.1

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

外科手术术后患者谵妄的发生率为30%, 骨科手术后谵妄的发生率为40%~50%, 随着人口老龄化进程, 接受重大手术的高龄患者日益增加, 导致患者术后谵妄的发生率升高。

对术后谵妄的治疗主要为药物治疗, 氟哌啶醇是抗精神病药物中的传统类型, 效果肯定, 但锥体外系的副作用和抗胆碱能等副作用使应用受到限制。奥氮平及抗精神病药物等均能取得一定的疗效, 也有学者探讨了中药补阳还五汤, 也显示了一定的疗效^[6]。但目前总的来说是靠经验性治疗, 缺少一定的标准, 在临床使用过程中有局限性^[7]。

有学者将术后谵妄归属中医学癫狂范畴, 认为老年患者元气不足, 手术遂致元气亏虚, 同时手术损伤血络, 离经之血成为瘀血, 其病理学基础是“元气不足, 瘀滞脑髓”^[7]。《素问·调经论》载: “气血以并, 阴阳相倾, 气乱于卫, 血逆于经, 血气离居, 一实一虚。血并于阴, 气并于阳, 故为惊狂。”可见气血逆乱, 可致惊狂。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》载: “邪哭使魂魄不安者, 血气少也, 血气少者属于心, 心气虚者其人则畏, 合目欲眠, 梦远行而精神离散, 魂魄妄行。阴气衰者为癫, 阳气衰者为狂。”可见气血虚少也可致癫狂。《素问·灵兰秘典论》载: “心者, 君主之官也, 神明出焉。主明则下安……主不明则十二官危。”指出心与癫狂最为密切。《医林改错》中指出: “癫狂一症, 哭笑不休, 詈骂歌唱, ……乃气血凝滞, 脑气与脏腑气不接, 如同做梦一样。”指出瘀血致狂。《灵枢·癫狂》载: “癫疾始生……取手太阳、阳明、太阴, 血变而止。”提示了可以采用针灸治疗本病。

本研究治疗组取穴中外关清少阳胆火; 内关疏厥阴郁结; 百会、中极、三阴交行气活血; 神门醒脑开窍, 安神定志; 关元为三阴经与任脉之会, 能行气通经; 太溪清热生气。

本研究结果显示, 采用针灸治疗后DRS评分和CGI- SI评分下降, 并低于对照组, 提示针灸减轻了术后谵妄程度, 且术后谵妄程度消失时间也低于对照组, 临床总有效率达为97.1%亦优于对照组77.1%, 提示了针灸是治疗老年术后谵妄的有效方法之一, 可供临床选择使用。

[参考文献]

- [1] 张承华, 麻伟青, 杨云丽, 等. 老龄患者术后谵妄的发生率及危险因素分析[J]. 昆明医学院学报, 2010, 31(11): 137- 139.
- [2] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2008: 81- 153.
- [3] Waszynski CM. The Confusion Assessment Method (CAM)[J]. Annals of Internal Medicine, 2003, 113(12): 941- 948.
- [4] Robertson BD, Robertson TJ. Postoperative delirium after hip fracture [J]. The Journal of Bone & Joint Surgery, 2006, 88(9): 2060- 2068.
- [5] 周明锴, 楚紫栋, 祁绍艳, 等. 舒芬太尼治疗术后谵妄的效果评价[J]. 中国医药指南, 2013, 11(4): 445- 446.
- [6] 吕存贤, 童培建. 补阳还五汤对高龄髋部骨折术后谵妄的治疗作用[J]. 中医正骨, 2010, 22(1): 15- 17.
- [7] 李新发, 杨立峰, 魏伟生, 等. B族维生素和地西洋对老年髋关节置换患者术后谵妄的疗效观察[J]. 中南医学科学杂志, 2011, 39(1): 83- 85.

(责任编辑: 刘淑婷)