

加味柴胡疏肝散联合艾司唑仑片治疗 ICU 综合征临床观察

王亚玲

新昌县中医院, 浙江 新昌 321500

[摘要] 目的: 观察加味柴胡疏肝散联合艾司唑仑片治疗 ICU 综合征的临床疗效。方法: 将 ICU 综合征患者 72 例随机分为 2 组各 36 例, 2 组均行情绪疗法, 对照组取艾司唑仑片治疗, 观察组在对照组基础上给予加味柴胡疏肝散治疗, 行 NEECHAM 意识模糊量表评分和中医症状评分。结果: 观察组治疗后轻度 ICU 综合征发病率为 75.00%, 对照组 58.33%; 重度 ICU 综合征发病率观察组为 2.78%, 对照组为 16.67%, 2 组轻度、重度 ICU 综合征发病率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组不寐、狂躁、谵妄、幻听、忧郁评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 加味柴胡疏肝散联合艾司唑仑片治疗 ICU 综合征, 可有效缓解症状, 提高临床疗效。

[关键词] ICU 综合征; 加味柴胡疏肝散; 艾司唑仑片; 中西医结合疗法

[中图分类号] R442.8 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0031-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.015

ICU 综合征是监护室患者出现的急性损害智力功能的器质性脑综合征, 以精神障碍为主, 发生机制尚不明确, 临床表现多样, 如谵妄、思维紊乱、抑郁、情绪高涨等, 甚至可能出现自杀倾向。研究表明, ICU 综合症的发生率相对较高, 其中机械通气 ICU 患者的发病率可高达 80% 左右^[1]。笔者采用加味柴胡疏肝散联合艾司唑仑片治疗 ICU 综合征, 以提高患者生活质量, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合《中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)》^[2]中拟定的 ICU 综合征诊断标准; 无精神病史; 入院时神志清醒; 患者家属了解并自愿签署知情同意书。排除由器质性病变等诱发精神疾病的患者; 药物引发神经毒副作用的患者; 疾病呈进展性发展的患者; 有艾司唑仑片用药禁忌症的患者。

1.2 一般资料 纳入 2011 年 3 月—2014 年 3 月收治的 ICU 综合征患者 72 例作为研究对象, 男 41 例, 女 31 例; 年龄 23~78 岁, 平均(46.95±4.69)岁; NEECHAM 意识模糊量表评分 13~25 分, 平均(18.25±1.62)分; 受教育程度: 小学 21 例, 初中及高中 31 例, 大专及以上 20 例。采用随机对照表将患者分为 2 组各 36 例, 2 组一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 取氟哌啶醇治疗谵妄, 根据患者的病情控制用药剂量, 最高用药剂量控制在每天 6.5 mg; 采用音乐疗法、

疏导宣泄法、疏导法等形式对患者急进行心理护理干预; 在此基础上取 1 mg 艾司唑仑片口服, 每天 3 次。

2.2 观察组 在对照组基础上给予加味柴胡疏肝散, 处方: 珍珠母 30 g, 柴胡、酸枣仁、夜交藤、白芍各 15 g, 陈皮、甘草、枳壳、川芎、香附各 10 g, 每天 1 剂, 水煎, 分早晚服用; 禁食者, 取 200 mL 药物行保留灌肠。

2 组均治疗 5 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 用药 5 天后, 采用 NEECHAM 意识模糊量表评估 2 组治疗效果; 观察 2 组中医症状评分, 评估内容包括不寐、狂躁、谵妄、幻听、忧郁 5 个因子, 根据症状严重程度记为 0、2、4、6 分, 分值越高提示症状越严重。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS19.0 进行分析, 计数资料采用(%)表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 NEECHAM 意识模糊量表评估内容: 第一类, 信息处理能力(0~14 分); 记忆力、注意力、定向力; 第二类, 行为(0~10 分): 语言、动作、外表等; 第三类: 生理条件(0~6 分), 包括生命体征、大小便失禁等。总分为 30 分, < 20 分为重度; 20~24 分为轻度; 25~26 分为轻度; > 27 分为正常。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组治疗后轻度 ICU 综合征发病率为 75.00%, 对照组 58.33%; 重度 ICU 综合征发病率

[收稿日期] 2015-01-03

[作者简介] 王亚玲(1978-), 女, 主治医师, 研究方向: 重症医学。

观察组为 2.78%，对照组为 16.67%，2 组轻度、重度 ICU 综合征发病率比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	时间	轻度	中度	重度
观察组	36	治疗前	16(44.44)	12(33.33)	8(22.22)
		治疗后	27(75.00) ^①	8(22.22)	1(2.78) ^①
对照组	36	治疗前	17(47.22)	10(27.78)	9(25.00)
		治疗后	21(58.33)	9(25.00)	6(16.67)

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2 组中医症状评分比较 见表 2。治疗前 2 组中医症状评分无明显差异($P > 0.05$)，治疗后观察组不寐、狂躁、谵妄、幻听、忧郁评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	不寐	狂躁	谵妄	幻听	忧郁
观察组	治疗前	4.29±0.53	4.51±0.62	4.82±0.57	4.21±0.36	4.96±0.52
	治疗后	1.08±0.36 ^②	1.15±0.31 ^②	1.30±0.36 ^②	0.98±0.56 ^②	1.13±0.91 ^②
对照组	治疗前	4.31±0.55	4.48±0.61	4.79±0.61	4.25±0.41	4.93±0.61
	治疗后	2.27±0.42 ^①	2.33±0.52 ^①	2.64±0.62 ^①	2.17±0.59 ^①	2.13±0.63 ^①

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

5 讨论

ICU 综合征是临床常见的疾病，是 ICU 监护过程中以精神症状为主，兼具其他症状的疾病。日本学者对 ICU 综合征具有明确定义，提出患者进入 ICU 后，意识清醒期持续出现 2~3 天的谵妄等症状，转出 ICU 3~4 天后仍持续存在^[3-4]。目前，ICU 综合征尚无明确的诱发机制，可能与药物因素、睡眠状况、ICU 环境、疾病因素等存在直接关系^[5]。有学者指出，呼吸机治疗的 ICU 患者出现 ICU 综合征几率相对较高，发病期可能出现人机对抗现象，延长治疗周期^[6]。情绪疗法和药物治疗是临床干预 ICU 综合征的常见方式，可改善患者情绪应激状态。艾司唑仑片是临床常用的抗焦虑、抗失眠药物，虽能有效改善失眠和消极情绪，但长期用药可能产生依赖性^[7-8]。中医学者对 ICU 综合征有深入认识，认为其与郁证相似，《内经》中早有关于该疾病的记载。中医学者认为，情志病是 ICU 疾病的主要诱发原因，受到消极情绪的刺激，“先伤肝，刚者及心，柔及脾肺”，最终可能损伤肾脏。基于此，临床可采用滋肝养肾、行气药物治疗。柴胡舒肝散出自《医学统旨》，

有疏肝、行气的功效^[9]。本研究在西药的基础上采用加味柴胡舒肝散治疗，加味柴胡舒肝散中柴胡归肝、胆、肺经，具有疏肝、解郁的功效；酸枣仁有静气、宁神之效，可有效改善失眠症状；珍珠母具有养肝、宁神的作用；《医学启源》中指出，白芍有补脾胃、行血疗效；川芎有行血活血、补肝气的疗效；夜交藤常用于失眠治疗。诸药合用，护肝养肝。同时可缓解患者的全身症状，改善消极情绪。本研究中，观察组治疗果明显优于对照组，症状缓解程度明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。综上所述，加味柴胡舒肝散联合艾司唑仑片治疗 ICU 综合征，疗效显著，能够有效改善患者失眠、狂躁、抑郁等症状，可推广应用。

[参考文献]

- [1] 祝涛, 张静. 重症监护病房老年患者 ICU 综合征发生率及其影响因素的研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 849-850.
- [2] 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J]. 中华精神科杂志, 2001, 34(3): 184-188.
- [3] 吴向东, 张久之, 万献尧, 等. 重症加强治疗病房中普外科限期手术患者的 ICU 综合征发生率及相关危险因素分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2009, 4(1): 7-9.
- [4] 周一思. ICU 综合征发生的基础疾病危险因素分析[J]. 中国医药导报, 2014, 11(11): 24-26.
- [5] 周燕飞. ICU 综合征发病危险因素病例对照研究及预防[J]. 护理学报, 2011, 18(20): 35-37.
- [6] 祝涛, 张静. 重症监护病房老年患者 ICU 综合征发生率及其影响因素的研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 849-850.
- [7] 盛孝敏, 甘秀妮, 张传来, 等. 护理组长在实施集束干预策略预防 ICU 综合征中的作用[J]. 激光杂志, 2013, 34(2): 112-113.
- [8] 杨霞, 刘义兰, 陈冬娥, 等. ICU 综合征多因素 Logistic 回归分析及风险模型的建立[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(31): 48-50.
- [9] 傅能, 赵韧. 加味柴胡舒肝散治疗桥本甲状腺炎伴甲减 30 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(1): 85.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)