

>7.1mmol/L、休克是导致镇静过度的危险因素。多因素 *logistic* 回归分析显示尿素氮 >7.1mmol/L、休克是导致镇静过度的独立危险因素。**结论** 镇静主要用于需要机械通气的急诊危重患者,且多为短期应用。根据患者生命体征、镇静等级和血流动力学状态逐渐调整给药剂量,是防止镇静过度的主要措施。

关键词 镇静剂 急诊危重病 应用

[中图分类号] R459.7 [文献标识码] A

Application Investigation of Sedatives in the Emergency Treatment of Critical Care. Xu Anyi, Wu Bin, Hong Guangliang, et al. Emergency Medical Department, The First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Zhejiang 325000, China

Abstract Objective To Summary the application experiences of sedatives in EICU, and to improve the application of reasonable Intensive sedation. **Methods** Medical records of patients treated in EICU from August 2007 through July 2011 were reviewed retrospectively, and statistical analysis was performed to determine the distribution of disease, types of sedatives, administration time, renal, liver and circular function of patients who receive over-sedation. **Results** Among 1198 cases treated in EICU, patients who receive sedation was present in 15.36% (184/1198), 82.61% of which receive mechanical ventilation at the same time. Among the sedation distribution of disease, lung disease was present in 20.11% ($P=0.00$), including severe pneumonia accounted for 8.7% ($P=0.02$). The three commonly used sedative drugs was propofol (accounted for 60.87%), diazepam (accounted for 54.89%), midazolam (accounted for 41.3%). One-drug sedation accounted for 50%. Short-time sedation (<24h) accounted for 52.17%. There were 16 patients who receive excessive sedation. One way ANOVA showed that age >60years, ALT >55U/L, AST >60U/L, Cr >133 μ mol/L, BUN >7.1mmol/L, and shock could cause excessive sedation. The multivariable *logistic* regression showed that Bun >7.1mmol/L, shock were independent factors of excessive sedation. **Conclusion** Sedation is mainly used for requiring mechanical ventilation in emergency critically patients, and mostly short-term application. Based on the patients' vital signs, sedation grade and hemodynamic state gradually adjusting the dose, that is the main measure to prevent excessive sedation.

Key words Sedatives; Emergency critically illness; Application

安全、舒适是重症加强治疗病房(intensive care unit, ICU)综合治疗的基础^[1]。有研究证实,镇静过度会导致患者机械通气时间延长、呼吸机相关性肺炎的发生率增高、深静脉血栓形成,以及增加患者的医疗费用及住院病死率^[2]。笔者对近几年入住笔者医院 EICU 且应用镇静剂患者的临床资料进行回顾性分析,旨在探讨镇静剂在急诊危重病救治中的应用的合理性。现将结果报道如下。

对象及方法

1. 对象:2007 年 8 月~2011 年 7 月期间入住笔者医院 EICU,应用镇静剂并符合以下条件:①住院时间超过 24h;②经静脉途径应用镇静剂。患者入组进行回顾性调查分析。

2. 方法:调查指标:①一般情况:性别、年龄、入院诊断和既往史;②镇静剂应用情况:镇静剂给药方式、种类和持续时间;③生命体征监测指标:监护仪记录心率、无创血压、血氧饱和度、自主呼吸频率,必要时监测有创血压。

3. 统计学方法:数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,统计学处理采用 SPSS 16.0 软件。各组间数据采用独立样本 *t* 检验或单因素方差分析。各组数据间率的比较采用 χ^2 检验。采用 *logistic* 回归分析导致镇静过度的用药前危险因素。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 一般情况:2007 年 8 月~2011 年 7 月期间入

住笔者医院 EICU 的患者有 1198 人,其中应用镇静剂符合入组条件的患者 184 人,占 15.36%。其中男性 134 人,女性 50 人;患者年龄 21~94 岁,平均年龄 56.26 ± 19.18 岁;入组患者的 APACHE II 评分 13.98 ± 5.68 分;在镇静剂治疗的同时接受机械通气的患者有 152 人,占入组人数 82.61%。184 例患者疾病分布情况见表 1。应用镇静剂最常见的疾病是肺部疾病,为 37 例(20.11%, $P=0.00$),其中又以重症肺炎最常见,为 16 例(8.7%, $P=0.02$)。

2. 镇静剂应用情况:镇静剂应用情况见表 2。调查发现笔者医院 EICU 应用镇静剂的情况为以下 3 种:应用咪达唑仑的患者 76 人,占入组人数 41.3%;应用地西洋的患者 101 人,占入组人数 54.89%;应用丙泊酚的患者 112 人,占入组人数 60.87%。有单药应用,也有混合应用。以单药应用最为常见,为 92 人,占入组人数 50%。给药方式有微泵维持及静脉注射。根据患者的体重及药物规定的应用剂量标准给药,咪达唑仑负荷剂量 0.03~0.3mg/kg,维持剂量 0.04~0.2mg/(kg·h);地西洋负荷剂量 0.02~0.1mg/kg,维持剂量 2~5mg/h;丙泊酚负荷剂量 1~3mg/kg,维持剂量 0.5~4mg/(kg·h)。镇静深度控

表 1 镇静剂应用患者的基础疾病分布

病因	EICU 整体患者		入选组		P*
	n	%	n	%	
心血管疾病	182	15.19	26	14.13	0.710
急性冠脉综合征	98	8.18	13	7.07	
心脏瓣膜病	24	2.00	4	2.17	
心肌病	25	2.34	5	2.72	
低血容量休克	28	2.34	3	1.63	
主动脉夹层	7	0.58	1	1.09	
肺部疾病	127	10.60	37	20.11	0.000
重症肺炎	54	4.51	16	8.70	
COPD	47	3.92	11	5.98	0.190
间质性肺炎	7	0.58	5	2.72	
肺栓塞	9	0.75	1	0.54	0.300
重症哮喘	5	0.42	2	1.09	
吸入性肺损伤	5	0.42	2	1.09	
腹部疾病	60	5.01	6	3.26	
急性胆管炎	15	1.25	1	0.54	
急性腹膜炎	14	1.17	2	1.09	
急性肠炎	12	1.00	1	0.54	0.060
重症肝炎	8	0.67	1	0.54	
腹部外伤	11	0.92	1	0.54	
颅脑疾病	266	22.20	20	10.87	
脑出血	102	8.51	4	2.17	
脑梗死	79	6.59	5	2.72	
颅内感染	18	1.50	8	4.35	0.000
脑外伤	46	3.84	2	1.09	
缺氧性脑病	21	1.75	1	0.54	
原发性癫痫	9	0.75	4	2.17	
肿瘤	43	3.59	8	4.35	
脓毒血症	128	10.68	22	11.96	0.610
急性中毒	153	12.77	16	8.70	
多发伤	103	8.60	19	10.33	0.440
烧伤	10	0.83	2	1.09	
溺水	9	0.75	5	2.72	0.010
破伤风	11	0.92	10	5.43	
热射病	5	0.42	1	0.54	0.810
寄生虫病	4	0.33	1	0.54	
其他	88	7.35	7	3.80	0.070

* 将入选组与 EICU 整体病人组各疾病所占的比例做 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

制在 Ramsay 评分的 2~4 分。根据应用镇静剂时间长短分短期用药(≤ 24 h), 中期用药(< 24 h, > 72 h), 长期用药(≥ 72 h)。以短期用药最为常见, 为 96 人, 占入选人数 52.17%。

3. 导致镇静过度的相关因素: 184 例入选患者中有 16 例患者符合以下镇静过度的表现: ①患者自主呼吸、循环出现抑制; ②患者出现意识障碍; ③Ramsay 评分达到 5~6 分; ④停用镇静剂后上述症状改善; ⑤排除原发疾病恶化导致。16 例镇静过度患者具体情况见表 3。

表 2 应用镇静剂种类及持续时间

用药情况	n	%
所用药物		
单用药	92	50.00
地西洋	41	22.28
咪达唑仑	22	11.96
丙泊酚	29	15.76
联合用药	28	15.22
地西洋 + 丙泊酚	9	4.89
咪达唑仑 + 丙泊酚	19	10.33
序贯用药	64	34.78
地西洋、咪达唑仑	9	4.89
地西洋、丙泊酚	29	15.76
咪达唑仑、丙泊酚	13	7.07
地西洋、咪达唑仑、丙泊酚	13	7.07
用药时间		
短期用药(≤ 24 h)	96	52.17
中期用药(< 24 h, > 72 h)	46	25.00
长期用药(≥ 72 h)	42	22.83

表 3 16 例镇静过度病人情况

项目	n	%
性别		
男性	14	87.50
女性	2	12.50
年龄(岁)		
30~60	10	62.50
>60	6	37.50
丙氨酸氨基转移酶 > 55 U/L	11	68.75
天冬氨酸氨基转移酶 > 60 U/L	12	75.00
肌酐 $> 97 \mu\text{mol/L}$	11	68.75
尿素氮 $> 8.2 \text{mmol/L}$	13	81.25
休克	11	68.75
单用药	8	50.00
序贯用药	5	31.25
联合用药	3	18.75
镇静剂应用时间(h)		
≤ 24	9	56.25
< 24 , > 72	3	18.75
≥ 72	4	25.00

采用 logistic 回归进行单因素分析后差异有统计学意义($P < 0.05$), 导致镇静过度的因素共 6 项, 包括年龄 > 60 岁、丙氨酸氨基转移酶 > 55 U/L、天冬氨酸氨基转移酶 > 60 U/L、肌酐 $> 133 \mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 $> 7.1 \text{mmol/L}$ 、休克, 将这些因素作为待选变量建立回归模型, 最终筛选出 2 项危险因素具有统计学意义, 见表 4。

讨 论

EICU 是急诊危重病患者首诊和救治的主要场所^[3]。EICU 的患者不仅有综合 ICU 患者的危重症的特点, 也有急诊本身急症的特点。患者常因自身疾病的原因、临床侵入性操作、疼痛、环境因素及对疾病

表 4 导致镇静过度的多因素回归分析

导致镇静过度的因素	偏回归系数	标准误	χ^2	P	OR	95% CI
尿素氮 > 7.1 mmol/L	1.490	0.697	4.575	0.032	4.437	1.133 ~ 17.377
休克	1.494	0.602	6.164	0.013	4.456	1.370 ~ 14.495

预后的担心与对死亡的恐惧等因素而躁动、焦虑。躁动和焦虑可致病人自行拔除输液管、血流动力学检测管、气管插管及导尿管等,从而造成疾病的加重,呼吸及血流动力学的不稳定,血氧饱和度下降,神经内分泌紊乱,机体代谢改变等^[4,5]。有研究表明,镇静治疗在减少脑代谢、改善呼吸窘迫和人机同步性、降低跨肺压,以及降低氧耗量、改善组织缺氧等方面有重要作用^[6]。然而,不恰当的镇静非但不能达到上述目的,将可能使患者处于危险之中。全面认识镇静治疗的适应证、应用方式及可能导致镇静过度的危险因素,有利于临床上在急诊危重病患者救治过程中合理应用镇静剂,避免发生不恰当的镇静治疗。

国内对镇静应用的研究发现,镇静治疗已成为有创机械通气病人的一个重要组成部分^[7]。本调查发现镇静剂治疗的同时接受机械通气的患者占 82.61%。有学者指出,应用镇静剂可增加患者对气管内导管、机械通气的耐受,减少氧耗,缩短机械通气的时间,降低气压伤的风险^[7,8]。ICU 患者镇痛和镇静治疗指南指出,机械通气病人镇静药物可以间断使用或在“按需”基础上调整剂量,根据个体化原则和病人的需要进行调节,以达到镇静目标,最终缩短机械通气时间^[9]。

国外对镇静剂应用疾病分布调查显示,应用镇静剂最常见疾病是肺部疾病和颅脑外伤^[10]。这与本次调查发现肺部疾病是镇静剂应用最常见的疾病相符。由于笔者医院 EICU 颅脑外伤患者收入较少,所以并未发现颅脑外伤是应用镇静剂最常见的疾病。本次调查发现肺部疾病中应用镇静剂最常见的疾病是重症肺炎。有研究显示,对重症肺炎患者早期应用镇静干预,可提高重症患者的抢救成功率和治愈率,降低病死率^[11]。

丙泊酚是急诊危重病患者最常应用的镇静药物。丙泊酚的特点是起效快,作用时间短,镇静深度呈剂量依赖性,镇静深度容易控制^[12]。调查发现笔者医院 EICU 镇静剂应用时间多为短期(<24h)应用,这与国外的一些文献报道相符^[13,14]。国内有文献报道,长期(≥ 72 h)镇静患者机体对麻醉药可产生耐受性,且随时间延长,其耐受性易逐渐增加,从而降低了

镇静效果,增加了经济负担^[15]。ICU 患者镇痛和镇静治疗指南指出,不适当的长期过度镇静可导致患者咳嗽、排痰能力减弱,影响呼吸功能恢复和气道分泌物的清除,增加肺部感染机会,导致气管插管拔管延迟,ICU 住院时间延长,患者治疗费用增高^[9]。调查还发现笔者医院 EICU 镇静治疗主要采用单药应用。联合用药主要采用咪达唑仑联合丙泊酚。笔者前期的调查研究发现,咪达唑仑联合丙泊酚镇静治疗不仅能达到良好的镇静效果,减少药物的总用量,还能减轻丙泊酚对循环的抑制作用,改善人体对抗的症状,缩短 EICU 住院时间^[16]。

地西洋、咪达唑仑、丙泊酚均由肝脏代谢,肾脏排泄。众所周知,安定在体内消除缓慢,易发生蓄积中毒。丙泊酚对心血管抑制明显,应用后易出现血压下降,尤其老年人更为显著。咪达唑仑药物代谢对肝、肾功能的依赖性明显,ICU 患者血浆咪达唑仑半衰期要较普通患者和正常人明显延长。本调查研究中,有 16 例患者出现镇静过度表现。单因素分析显示年龄 > 60 岁、丙氨酸氨基转移酶 > 55 U/L、天冬氨酸氨基转移酶 > 60 U/L、肌酐 > 133 μ mol/L、尿素氮 > 7.1 mmol/L、休克是导致镇静过度的危险因素。多因素 logistic 回归分析显示尿素氮 > 7.1 mmol/L、休克是导致镇静过度的独立危险因素。由于本调查研究采用回顾性分析,患者疾病种类多,病情复杂,对于肝、肾功能减退,休克的患者具体镇静治疗方案还有待进一步完善。有学者指出,镇静治疗可从小剂量开始,逐渐调整剂量,每隔 30min 监测患者的生命体征及镇静等级,以达到满意的镇静效果;如患者出现反复烦躁,应先排除其他原因(如疼痛、憋尿、腹胀、呼吸机模式不当、光线、噪声等不良刺激),随后再考虑增加镇静剂量。

总之,急诊危重患者镇静治疗主要用于需机械通气的患者,且应采取短期应用,结合病人自身的特点制定个体化的镇静治疗方案。肾功能异常、休克的病人,以常规剂量镇静治疗时容易发生镇静过度。因此,该类患者镇静治疗时应从小剂量开始给药,根据镇静效果逐渐调整剂量,同时密切监测患者生命体征、镇静等级,防止镇静过度的发生。

参考文献

- 田林郁,康焰. 关注镇痛和镇静治疗与重症患者创伤后应激障碍[J]. 中华内科杂志,2011,50(10):821-822
- Weinert CR, Calvin AD. Epidemiology of sedation and sedation adequacy for mechanically ventilated patients in a medical and surgical intensive care unit[J]. Crit Care Med,2007,35(2):393-401
- 袁野,秦伟毅. EICU 救治患者的疾病分类特点[J]. 中国急救医学,2009,29(4):356-357
- Richard RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the sedation-agitation Scale for adult critically ill patients[J]. Crit Care Med, 1999,27(7):1325-1329
- 徐伟华,励如波,孙勤. ICU 危重病患者的镇静治疗[J]. 中国急救医学,2005,25(1):78
- 杨毅,邱海波. 镇痛和镇静治疗的进步:从改善患者舒适度到器官功能保护[J]. 中华内科杂志,2011,50(10):809-811
- 刘继红,田萍. 机械通气患者中镇痛镇静药的应用及效果评价[J]. 中国急救医学,2007,27(6):564-566
- 俞森祥. 现代机械通气的监护和临床应用[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2000:478-483
- 中华医学会重症医学分会. 重症加强治疗病房病人镇痛和镇静治疗指南(2006)[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(12):893-901
- Christensen BV, Thunborg LP. Use of sedatives, analgesics and neuromuscular blocking agents in Danish ICUs 1996/97[J]. Intensive Care Med,1999,25(2):1986-1991
- 王迪芬,付江泉. 麻醉技术在救治重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者中的应用[J]. 中国危重病急救医学,2010,22(8):502-504
- 苗玉良,张鸿飞,时文珠. 异丙酚输注综合征[J]. 中国急救医学,2006,26(1):53-55
- Hall RI, Sandham D, Cardinal P, et al. Propofol vs midazolam for ICU sedation: a Canadian multicenter randomized trial[J]. Chest, 2001, 119(4):1151-1159
- Devlin JW, Holbrook AM, Fuller HD. The effect ICU sedation guidelines and pharmacist interventions on clinical outcomes and drug cost[J]. Annals of Pharmacotherapy,1997,31(6):689-695
- 张维,沈洪. 丙泊酚/咪达唑仑新用法在 ICU 患者长时间镇静中的效价比特点[J]. 中国急救医学,2010,30(1):5-8
- 徐安忆,卢中秋. 丙泊酚、咪达唑仑和两者联用对急诊危重病机械通气镇静疗效的比较[J]. 中华危重病急救医学,2013,25(6):36-39

(收稿日期:2013-11-05)

(修回日期:2013-11-22)

文拉法辛与选择性 5-HT 再摄取抑制剂治疗脑卒中后抑郁的疗效和安全性 Meta 分析

宋 飞 季 华

摘 要 **目的** 比较文拉法辛与选择性 5-HT 再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)治疗脑卒中后抑郁对照研究期间疗效和安全性的差异。**方法** 计算机检索 1990 年 1 月~2012 年 12 月的 PubMed、Medline 数据库、万方数据库、维普数据库、中国期刊全文数据库(CNKI)数据库,按照纳入和排除标准选择相关随机重复对照试验。在提取资料 and 评价质量后用 Review Manager 5.2 进行 Meta 分析,评价文拉法辛和 SSRIs 治疗脑卒中后抑郁过程中有效率、治愈率、治疗后量表评分及不良反应等的差异。**结果** 共纳入 8 项研究,合计 574 例患者。Meta 分析结果显示,文拉法辛治疗脑卒中后抑郁的有效率和治愈率均优于 SSRIs [$Z=2.56, P<0.05, OR=2.08, 95\% CI:1.19\sim3.65, P=0.010; Z=2.16, P<0.05, OR=1.56, 95\% CI:1.04\sim2.35, P=0.030$];文拉法辛治疗脑卒中后抑郁后第 2、4、8 周 HAMD 量表评分均优于 SSRIs (WMD = -3.19, 95% CI: -4.62 ~ -1.77, $P<0.001$; WMD = -1.52, 95% CI: -2.34 ~ -0.71, $P<0.001$; WMD = -2.42, 95% CI: -3.99 ~ -0.85, $P<0.001$);两组不良反应差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。**结论** 文拉法辛与 SSRIs 均是治疗脑卒中后抑郁的合适药物,文拉法辛治疗效果略优于 SSRIs。

关键词 脑卒中后抑郁 文拉法辛 选择性 5-HT 再摄取抑制剂 Meta 分析

[中图分类号] R749.12 [文献标识码] A

A Meta-analysis for Comparison of Efficacy and Safety of Venlafaxine and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Treatment of Post Stroke Depression. Song Fei, Ji Hua. Department of Neurology, Ningbo Medical Treatment Center Lihuili Hospital, Zhejiang 315040,

基金项目:浙江省医药卫生一般研究计划项目(A类,2013KYA049);浙江省教育厅科研基金资助项目(Y201226123)

作者单位:315040 浙江省宁波市医疗中心李惠利医院神经内科(宋飞);310053 杭州,浙江医学高等专科学校(季华)

通讯作者:季华,电子信箱:jihua2012@gmail.com

- stage IIIA(N2) non-small cell lung carcinoma[J]. Cancer,2003,98(5):1707-1715
- 7 Holgersson G,Sandelin M,Hoye E, *et al.* The value of induction chemotherapy for survival in patients with non-small cell lung cancer treated with radiotherapy[J]. Anticancer Research,2012,32:1339-1346
- 8 Kocak M, Ozkan A, Mayadagli A, *et al.* Induction chemotherapy and chemoradiation therapy for inoperable locally advanced non-small-cell lung cancer: a single institution review of two different regimens[J]. Clin Lung Cancer,2009,10:124-129
- 9 郑爱青,于金明,赵献光,等. 诱导化疗加三维适形放疗治疗局部晚期非小细胞肺癌疗效分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2005,14(3):154-157
- 10 Grills Inga,Yan D, Martinez AA, *et al.* Potential for reduced toxicity and dose escalation in the treatment of inoperable non-small-cell lung cancer: a comparison of intensity-modulated radiation therapy (IMRT), 3D conformal radiation, and elective nodal irradiation[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2003,57:875-890
- 11 Liu HH, Wang X, Dong L, *et al.* Feasibility of sparing lung and other thoracic structures with intensity-modulated radiotherapy for non-small-cell lung cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2004,58:1268-1279
- 12 Schwarz M, Alber M, Lebesque JV, *et al.* Dose heterogeneity in the target volume and intensity-modulated radiotherapy to escalate the dose in the treatment of non-small cell lung cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2005,62:561-570
- 13 Wang S, Liao Z, Wei X, *et al.* Analysis of clinical and dosimetric factors associated with treatment-related pneumonitis (TRP) in patients with non-small-cell lung cancer (NSCLC) treated with concurrent chemotherapy and three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT)[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2006,66:1399-1407
- 14 Liao ZX, Komaki RR, Thames HD, *et al.* Influence of technologic advances on outcomes in patients with unresectable, locally advanced non-small-cell lung cancer receiving concomitant chemoradiotherapy[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2010,76:775-781
- 15 韩淑红,张小涛,吴雪松,等. 多西他赛加顺铂诱导化疗联合同期放疗局部晚期非小细胞肺癌的临床观察[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2012,21(1):16-19
- 16 Schild SE, Stella PJ, Geyer SM, *et al.* Phase III trial comparing chemotherapy plus once-daily or twice-daily radiotherapy in stage III non-small-cell lung cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2002,54:370-378
- 17 Kim YS, Yoon SM, Choi EK, *et al.* Phase II study of radiotherapy with three dimensional conformal boost concurrent with paclitaxel and cisplatin for stage IIIB non-small-cell lung cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2005,62:76-81
- 18 Belderbos J, Uitterhoeve L, van Zandwijk N, *et al.* Randomised trial of sequential versus concurrent chemo-radiotherapy in patients with inoperable non-small cell lung cancer (EORTC 08972-22973)[J]. Eur J Cancer,2007,43:114-121
- 19 Jiang ZQ, Yang KY, Komaki RS, *et al.* Long-term clinical outcome of intensity-modulated radiotherapy for inoperable non-small cell lung cancer: the MD anderson experience[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2012,83:332-339
- 20 Kong FM, Hayman JA. Final toxicity results of a radiation-dose escalation study in patients with non-small cell lung cancer(NSCLC): predictors for radiation pneumonitis and fibrosis[J]. Int J Radiation Oncology Biol Phys, 2006,65:1075-1086

(收稿日期:2013-11-05)

(修回日期:2013-11-15)

镇静剂在急诊危重病救治中的应用调查

徐安忆 吴 斌 洪广亮 邱俏檬 赵光举 李萌芳 卢中秋

摘 要 目的 探讨镇静剂在急诊重症加强治疗病房(emergency intensive care unit,EICU)危重病救治过程中的应用,进一步提高急危重患者镇静应用的合理性。**方法** 回顾笔者医院 2007 年 8 月~2011 年 7 月期间入住 EICU 应用镇静剂患者的临床资料,对疾病分布情况、应用镇静剂的种类、用药时间及镇静过度病人的肝、肾及循环功能进行统计学分析。**结果** 该阶段入住笔者医院 EICU 的患者总数 1198 人,其中应用镇静剂的 184 人,占 15.36%。在镇静治疗的同时接受机械通气的患者占 82.61%。镇静剂应用患者疾病分布中肺部疾病占 20.11% ($P=0.00$),其中重症肺炎占 8.7% ($P=0.02$)。常用的镇静剂有咪达唑仑占 41.3%,安定占 54.89%,丙泊酚占 60.87%。镇静剂单药应用的占 50%,短期用药($\leq 24h$)的占 52.17%。有 16 例患者出现镇静过度表现。单因素分析显示年龄 >60 岁、丙氨酸氨基转移酶 $>55U/L$ 、天冬氨酸氨基转移酶 $>60U/L$ 、肌酐 $>133\mu mol/L$ 、尿素氮

基金项目:浙江省中医药重点学科建设计划项目(2012-XK-A28);浙江省医学创新学科建设计划项目(11-CX26);浙江省“十二五”高校重点学科项目

作者单位:325000 温州医科大学附属第一医院急诊医学中心

通讯作者:卢中秋,教授,主任医师,博士生导师,电子信箱:lzq640815@163.com