

# 镇痛镇静评估联合集束化护理 在 RICU 机械通气患者中的应用

卢裕 韦红棉

广西河池市人民医院 广西 河池 547000

**摘要:**目的 探讨镇痛镇静评估联合集束化护理在 RICU 机械通气患者中的应用效果。方法 选入住我院 RICU 的 100 例机械通气危重症患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。对照组予常规护理,观察组实施镇痛镇静评估联合集束化护理 ABCDE;比较两组干预后临床指标及并发症发生情况。结果 干预后,观察组的气管插管时间、呼吸重症监护室治疗时间、咪达唑仑及舒芬太尼使用的量、总的住院天数均明显短于对照组 ( $P < 0.001$ );观察组护理不良事件及患者 4 周内病死率均明显低于对照组 ( $P < 0.001$ )。结论:对机械通气的危重症患者给予药物评估联合集束化的护理措施,可减少患者插管时间,缩短住院天数,减少患者住院费用,并降低护理不良事件的发生率。

**关键词:**RICU 患者;机械通气;镇痛镇静评估;集束化护理

机械通气是危重症患者重要的救治手段。RICU 中有部分患者需要采取机械通气治疗,而在治疗中容易出现并发症,常见的有谵妄、获得性衰弱及活动障碍等,使得患者的机械治疗时间及住院费用增加,严重影响了患者的生命质量<sup>[1]</sup>。对于机械通气治疗的患者实施有效的镇痛及镇静干预是缓解其紧张情绪、获得良好效果的关键<sup>[2]</sup>。目前,适当的镇痛镇静措施已成为治疗气管插管或气管切开患者常用的治疗方案。国外专家学者通过应用以循证医学为基础组织起来的集束化护理方法即 ABCDE 应用于机械通气辅助治疗的患者,制定改善患者临床结局为目标的镇痛镇静集束化策略<sup>[3]</sup>。本研究结合文献探讨用 Richmond 躁动-镇静量表(RASS)及镇静躁动评分表(SAS)联合集束化护理干预对在重症监护室使用呼吸机机械通气患者中的应用效果,旨在改善患者的治疗结局,提高患者生活质量。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院 RICU 于 2022 年 3 月至 2024 年 2 月收治的 100 例危重症患者作为研究主体,所有患者在随机的原则下被分为两个小组,50 例分入对照组,50 例分入观察组。对照组中:男性/女性=37/13,年龄分布在 37 岁到 86 岁,观察组中:男性/女性=39/11,年龄分布在 35 岁到 85 岁。两组患者的基本资料无明显差异 ( $P > 0.05$ )。纳入标准:①符合气管插管或气管切开的治疗标准;②均接受机械通气治疗。排除标准:①排除血流动力学及不稳定的患者;②凝血功能障碍者或血液传染性疾病者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组实施常规用药护理:观察患者生命体征,严格遵医嘱给予镇痛镇静药物,观察患者病情变化及用药反应,患者意识恢复后,护士积极与患者进行沟通,为患者实施心理疏导、用药指导及后期呼吸康复锻炼等。

1.2.2 观察组实施镇痛镇静评估联合集束化管理策略,包含三步步骤:每日唤醒及呼吸同步(ABC)、谵妄的评估及处理(D)、早期活动及移动(E)。具体方法如下。(1)组建评估护理小组:由主治医师及护士组成,具备丰富的临床经验,有充足的基础知识储备,掌握并能熟练操作集束化管理措施。(2)实施步骤:①每日唤醒和呼吸同步(ABC):责任护士每日 06:00 负责唤醒患者;主管医生进行综合评价后实施自主呼吸试验,实施试验中严密察看患者生命体征及意识状态,是否与呼吸机同步等;护士唤醒患者后与之有效沟通,详细地询问患者的感受;停止唤醒患者的标准为出现躁动不安、与睡醒前比较生命体征变化超出 20%;当患者的自主呼吸试验中出现了呼吸失衡的情况则对所用的镇痛及镇静药物量进行及时的调整。②谵妄的评估和管理(D):在每天早晨 09:00 时由专门的护士使用谵妄评估诊断表(CAM-ICU)对患者进行谵妄评估<sup>[4]</sup>,用 Richmond 躁动-镇静量表(RASS)和镇静躁动评分表(SAS)<sup>[4]</sup>得出谵妄评分,同时监测患者的谵妄情况,记录好每天的评估情况,综合评分情况及实际的病情来调整用药剂量。③早期活动及移动(E):医护人员根据患者的具体情况,由呼吸治疗师制定具体的活动处方,一般采取三步落实:协助患者坐于床上,之后下床站在床边或坐在椅子上,慢慢进行床旁活动;责任护士协助患者进行关节被动活动及主动活动;活动过程中出

表1 两组患者的临床指标评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	机械通气时间 (d)	ICU 治疗时间 (d)	咪达唑仑使用剂量		舒芬太尼使用剂量		住院时间 (d)
				平均剂量 /mg (Kg. h)	总剂量 /mg	平均剂量 /mg (Kg. h)	总剂量 /mg	
观察组	50	5.44±1.67	7.32±2.78	0.030±0.004	205.23±12.07	0.028±0.004	197.32±11.78	7.32±2.78
对照组	50	7.75±3.56	12.65±3.46	0.043±0.008	285.12±15.18	0.035±0.006	276.14±16.56	12.65±3.46
t 值		9.712	5.674	7.234	24.876	8.034	25.542	10.543
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

现下列情况应终止训练：呼吸频率 >35 次/min；血氧饱和度 <85%；心率 >130 次/min；收缩压 >180mmHg 或 <80 mmHg；出汗淋漓；意识改变；出现胸腹矛盾呼吸等。

### 1.3 观察指标

①观察记录两组患者的机械通气时间、RICU 住院时间、舒芬太尼用量与咪达唑仑的用量（包括平均剂量和总剂量）。②观察两组呼吸机相关性肺炎（VAP）、意外脱管率、谵妄发生率、4 周病死率的发生率。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS23.0 软件分析及处理数据，计数资料采用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验；计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，采用 t 检验，以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 比较两组护理后各项临床指标的变化。见表 1。

2.2 两组护理不良事件发生率及患者 4 周病死率比较。见表 2。

表2 两组 v ap 发生率、意外脱管率、谵妄发生率、4 周病死率比较 [n(%)]

组别	例数	v ap 发生率	意外脱管率	谵妄发生率	4 周死亡率
观察组	50	1 (2.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	0
对照组	50	7 (14.00)	8 (16.00)	16 (32.00)	5 (10.00)
$\chi^2$ 值		4.009	11.299	6.387	8.152
P 值		0.001	0.001	0.001	0.001

## 3 讨论

气管插管或气管切开等是救治危重症患者的重要手段之一。其主要的目的是保护患者机体内环境的相对恒定。由于建立人工呼吸气道，代替了出现功能障碍的呼吸肌，使患者自身生理结构遭到一定程度上的破坏，增加了肺部感染或全身其他器官功能受损的风险，增加了患者并发症发生的风险。因此，国内诸多学者主张给患者“休眠”，以降低机体代谢及氧的供需，减少各种病理因素及机械通气给患者造成的负面影响，给患者的各器官功能恢复赢得一定的时间<sup>[5]</sup>。传统的护理方

法由于部分护理人员缺乏专业知识，只是机械的执行给药医嘱，在患者的恢复过程中未给予评估，导致部分患者发生呼吸机相关性肺炎、下肢深静脉血栓形成、皮肤压力性损伤及意外脱管等护理不良事件，影响患者的生存质量，甚至产生医疗纠纷。因此，采取及时评估及有效的护理干预非常重要。因此，治疗过程中对患者的病情及用药的充分评估非常重要。

本研究结果显示，干预后，观察组的气管插管时间、呼吸重症监护室治疗时间、咪达唑仑及舒芬太尼使用的量、总的住院天数均明显短于对照组 ( $P < 0.01$ )，与 Morrison F 等<sup>[6]</sup> 研究结果一致。由此可见，借助 Richmond 躁动-镇静量表 (RASS) 及镇静躁动评分表 (SAS) 联合集束化护理干预，对患者机械通气过程中进行综合评估，根据患者的具体情况制订针对性较强的护理干预措施，可以弥补常规护理干预过程中存在的不足。

本研究结果还显示，观察组的护理不良事件及 4 周病死率低于对照组 ( $P < 0.001$ )。可见，医护人员根据患者的实际情况实施集束化干预，包括每日唤醒及同步呼吸训练，通过渐进式的自主呼吸训练，减轻了患者自身因机械通气刺激而导致的应激情况，改善机体机能，促进外周血运，减少患者因卧床而产生的下肢静脉血栓、压力性损伤及呼吸机相关性肺炎的发生。同时，早期给予药物评估及干预，尽量尽早减少镇痛镇静药物用量，促进患者早日康复<sup>[7]</sup>；同时通过集束护理策略，为机体合理、及时地进行有序的综合康复，增加患者血清蛋白的含量，降低体内外各种不良激素的水平，提高机体酶类活性，加快机体恢复，降低了患者的死亡率。与谢业鸿等<sup>[8]</sup> 研究结果相一致。

综上所述 对 RICU 机械通气患者借助 Richmond 躁动-镇静量表 (RASS) 及镇静躁动评分表 (SAS) 评估联合 ABCDE 集束化策略干预，可显著提高患者临床各项指标，降低各种临床并发症的发生率，值得推广。

参考文献：

- [1] 王萌,张赛,涂悦,等.镇静镇痛集束化策略对行机械通气脑梗死患者谵妄及预后的影响[J].中国医药,2019,14(3):370-373.
- [2] 何娟,张晶,冯德.集束化护理联合呼吸功能训练对老年慢性呼吸衰竭患者运动耐力的影响[J].贵州医药,2023,47(1):159-161.
- [3] Woods JM. Reflections on 50 Years of Neuroscience Nursing: Movement Disorders, Neuromuscular Disease, and Multiple Sclerosis[J]. J Neurosci Nursing, 2020, 50(1): 5-12.
- [4] 付明霞,兰云.早期多元化活动护理对ICU机械通气患者获得性衰弱发生率及独立功能影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(2):206-209.
- [5] 张迪.基于ABCDE集束化护理策略联合足底按摩对重症肺炎机械通气患者ICU获得性谵妄发生率及睡眠质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(34):3846-3850.
- [6] Morrison F. Nursing management for adult recipients of CAR T-19 therapy[J]. Nursing Crit Care, 2019, 14(2): 31-36.
- [7] 梁艳.集束化护理措施在RICU机械通气患者中的应用和效果观察[J].中国农村卫生,2021(6):47-47,46.
- [8] 谢业鸿.镇痛镇静集束化策略对脑梗死机械通气患者临床相关指标及预后情况的影响[J].当代护士,2022,29(26):65-69.