

实施程序化镇痛镇静护理干预降低ICU气管插管非计划性拔管率的效果分析

王悦

西安交通大学第一附属医院-外科重症医学科 陕西 西安 710061

摘要：目的：分析ICU气管插管患者应用程序化镇痛镇静护理干预，在降低非计划性拔管率方面的效果。方法：研究选取2021.02-2024.06期间，从本院ICU收治的气管插管患者中选择86例进行研究，以电脑双盲法作为分组形式，分为常规护理干预的对照组（43例），程序化镇痛镇静护理干预的观察组（43例），调查比对两组护理效果。结果：在机械通气时间、镇静剂使用量、镇静达标时间、ICU住院时间方面两组相比，观察组均显著少于对照组，（ $p < 0.05$ ）；观察组患者的非计划性拔管率、谵妄发生率、镇静过度发生率相较于对照组显著更低，（ $p < 0.05$ ）；干预前两组患者PSQI、SF-36评估显示，两组评分差异无统计意义，（ $p > 0.05$ ），干预后两组患者上述评分明显改善，睡眠质量及生活质量提升，相比评分可见观察组更优，（ $p < 0.05$ ）；两组患者的护理满意度评价相比，观察组各项评分均比对照组患者更高，（ $p < 0.05$ ）。结论：在ICU气管插管患者中实施程序化镇痛镇静护理干预的效果理想，可缩短患者的机械通气时间，有效降低患者的非计划性拔管率，利于患者病情早日转归，值得推广。

关键词：程序化镇痛镇静护理干预；ICU；气管插管；非计划性拔管

ICU（重症监护室）作为医院中最为重要的一个科室，收治的患者病情不仅危重，还存在一定的生命危险，往往需随时做好抢救的准备。现如今，ICU患者主要采取机械通气治疗，目的在于有效改善患者的通气时间，降低其呼吸机氧耗，但属于一种有创操作，易于导致患者出现不同程度的不适感，甚至产生抵触或抗拒治疗的态度，进而造成非计划性拔管事件的发生，为此需临床予以重点防范，积极采取护理干预措施加以预防^[1]。

程序化镇痛镇静护理干预在近几年ICU气管插管护理中广泛运用，秉持以镇痛为原则，以镇静为目标来制定的系统性护理方案，以此适当调节镇静剂的使用剂量，做好镇痛镇静的密切监测，有效缓解患者的不适症，对降低非计划性拔管率具有积极的作用^[2]。鉴于此，本文主要研究近年本院ICU收治的86例气管插管患者，探讨临床护理干预措施，旨在分析程序化镇痛镇静护理干预的效果，现作出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2021.02-2024.06期间，选取本院ICU收治的86例气管插管患者用于研究，以电脑双盲法分为两组，每组均占患者43例，对照组男性患者与女性患者占比为22例/21例，年龄区间处于30岁-73岁，平均（ 49.34 ± 7.15 ）岁；观察组患者男、女比例为23例/20例，年龄范围分布31岁-72岁，平均（ 48.88 ± 7.62 ）岁。两组患者在性别与年龄等基线资料的对比显示无显著差异，具备研究可比性，（ $p >$

0.05）。医院伦理委员会针对研究项目作出审批。

纳入标准：入选患者均符合气管插管机械通气治疗的指征；年龄 ≥ 18 岁；预计通气时间1d~7d；患者及家属明确研究，自愿同意配合调查，签署家属知情同意书。

排除标准：长期使用镇痛或镇静类药物；严重精神异常或智力障碍；语言沟通障碍；严重颅脑外伤；神经系统性病变；哮喘等。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者实施常规护理干预：护理人员遵医嘱予以患者镇痛镇静药物，同时做好药物不良反应的监测，并定期进行病房环境卫生的清理、温湿度的调节，以及展开健康宣教，解答患者及家属提出的问题等基础干预。

1.2.2 观察组患者实施程序化镇痛镇静护理干预，主要内容如下：①评估干预：护理人员根据VAS（视觉模拟评分法）做好患者疼痛评估，间隔2h评估一次，根据评估结果调整镇痛镇静药物剂量，同时间隔8h监测一次患者是否出现镇静过度、谵妄等不良情况。在患者持续用药期间，护理人员要2h评估一次患者的镇痛镇静深度，运用镇静程序评分表及时调整药物使用量，维持日间评分为-2~0分，夜间评分-3~-1分^[3-4]。②唤醒干预：在镇痛镇静给药后的第2d，护理人员需对患者进行唤醒干预，严格遵医嘱操作，在每天的早上7点-8点，暂停镇痛镇静药物，来唤醒患者，待患者完全清醒后，指导患者进行简单的指令动作，同时对拔管特征作出评估，以此针对性预防非计划性拔管风险^[5]。③心理干预：因患者在疾病、

治疗的影响下，容易产生应激反应，出现焦虑、悲观等负面情绪，所以护理人员需与患者积极的沟通，为患者介绍治疗的目的及优势、仪器的使用等，并借助肢体动作、语言鼓励等形式加以疏导，引导患者建立治疗信心，主动配合治疗^[6]。④监测不良反应：护理人员要密切监测患者的病情变化，观察镇痛镇静情况，若患者出现呼吸浅促，或者血氧饱和度下降等情况，警惕镇痛镇静不足，若患者的呼吸减慢或缺氧，警惕镇痛镇静过度^[7]。同时在镇痛镇静对肠蠕动、肝功能及肠粘膜具有一定损害，护理人员要做好患者腹胀、胃潴留等情况监测，以便及时上报给医生异常情况实施对症干预。

1.3 观察指标

1.3.1 观察临床相关指标：密切监测两组患者的机械通气时间、镇静剂使用量、镇静达标时间、ICU住院时间四个方面情况，准确记录各项数值。

1.3.2 观察不良事件情况：针对两组患者出现的非计划性拔管、谵妄、镇静过度的现象进行统计记录，计算各事件发生率。

1.3.3 观察睡眠质量及生活质量：在干预前、干预后，参照PSQI（匹兹堡睡眠质量指数）量表^[8]，评分0-21

分，评价两组患者的睡眠质量，得分越低，患者的睡眠质量越好；参照SF-36（简易健康状况调查表），评估两组患者生活质量，总分为100分，得分与患者生活质量呈正比。

1.3.4 观察护理满意度：运用本院自行制定的护理调查问卷，涉及服务态度、护士礼仪、护理技能、环境护理四个维度，每项维度评分0-10分，得分越高，患者越满意护理，整理两组患者对临床护理的评价得分。

1.4 统计学分析

统计软件以SPSS23.0展开数据分析处理，组间对比计量资料， t 用于检验， $(\bar{x} \pm s)$ 用于描述临床指标及评分，组间对比计数资料， χ^2 用于检验， $(n, \%)$ 率用于描述发生率，差异检测标准以 $p < 0.05$ 为统计意义。

2 结果

2.1 比较两组临床相关指标

从下表1数据可见，观察组患者的机械通气时间与对照组患者相比明显更短，镇静剂使用量相较，观察组更少，且观察组患者的镇静达标时间更快于对照组，ICU住院时间短于对照组，两组数据具有统计意义， $(p < 0.05)$ 。

表1 两组临床相关指标对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数(n)	机械通气时间(d)	镇静剂使用量(mg)	镇静达标时间(min)	ICU住院时间(d)
观察组(n)	43	2.31±1.29	566.81±31.37	10.62±1.59	3.93±1.06
对照组(n)	43	4.47±1.35	782.32±45.56	18.55±4.82	5.12±1.18
t值	-	14.558	8.697	9.062	13.413
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 比较两组不良事件发生情况

两组患者在非计划性拔管、谵妄、镇静过度方面的

发生率相较之下，详见表2结果，观察组均显著低于对照组，组间数据具有差异， $(p < 0.05)$ 。

表2 两组不良事件发生情况对比 $[n(\%)]$

组别	例数(n)	非计划性拔管率	谵妄发生率	镇静过度率
观察组(n)	43	1(2.33)	4(9.30)	3(6.98)
对照组(n)	43	7(16.28)	12(27.91)	10(23.26)
χ^2 值	-	5.957	4.843	6.981
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 比较两组PSQI和SF-36评分

根据PSQI、SF-36评估显示，表3数据得出，两组患者在干预前上述评分相比差异不大，不存在统计意义， $(p > 0.05)$ ，说明患者均存在睡眠质量低下、生活质

量不佳的情况，通过临床干预后，两组患者的评分均呈现改善趋势，比干预前的评分较优，患者睡眠质量及生活质量显著提升，相较两组评分，观察组均更优于对照组， $(p < 0.05)$ 。

表3 两组PSQI评分和SF-36评分对比 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	例数(n)	PSQI		SF-36	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n)	43	16.22±2.46	7.74±1.53	52.14±8.49	76.78±5.19

续表:

组别	例数 (n)	PSQI		SF-36	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n)	43	16.61±2.51	11.66±2.15	52.83±8.22	66.74±5.33
t值	-	0.768	11.284	0.461	11.197
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 比较两组护理满意度

以问卷调查发现, 两组患者对临床护理的服务态度、护士礼仪、护理技能、环境护理四个方面的评价由

表4所示, 观察组各项评分均高于对照组, 明显观察组患者更加满意护理干预, ($p < 0.05$)。

表4 两组护理满意度评分对比[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数 (n)	服务态度	护士礼仪	护理技能	环境护理
观察组 (n)	43	8.56±1.22	8.91±1.08	8.44±1.23	8.52±1.16
对照组 (n)	43	5.98±1.19	6.03±1.12	5.79±1.21	6.01±1.07
t值	-	12.674	11.505	14.966	13.003
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

气管插管在ICU患者抢救中具有重要的作用, 通过机械通气治疗达到挽回生命的目的。但因气管插管作为有创性操作, 为患者带来一定程度的疼痛及不适感, 乃至产生抵触、焦虑不安等反应, 造成机体代谢与耗氧的增加, 进而提高非计划性拔管的发生风险, 所以临床要加强干预, 做好积极的规避^[9]。

现如今, 程序化镇痛镇静护理干预的实施, 可通过对患者展开系统性、针对性的镇痛镇静治疗, 来改善患者的不适感, 有效提高镇痛镇静的效果, 以此降低非计划性拔管率^[10]。从本文研究数据显示, 观察组患者的机械通气时间、镇静达标时间、ICU住院时间要比对照组更短, 且镇静剂使用量较少, 非计划性拔管率、谵妄发生率及镇静过度率均更低, ($p < 0.05$), 因程序化镇痛镇静护理干预, 间隔2h对患者进行一次评估, 以便及时调整给药剂量, 所以可减少镇静药物的使用量, 并了解患者的镇痛镇静情况, 避免镇静过度, 同时监测病情变化, 一旦患者病情好转即可做好拔除准备, 以此缩短机械通气时间, 降低非计划拔管率, 减少谵妄等发生风险; 干预后观察组患者的睡眠质量及生活质量评分、护理满意度评分均比对照组更优, ($p < 0.05$), 可以看出, 程序化镇痛镇静护理干预相比于常规护理干预更具计划性、系统性与完整性, 可达到理想的镇静效果, 进而提高患者的睡眠质量及生活质量。

综上所述, 在ICU气管插管患者中实施程序化镇痛镇静护理干预, 可有效降低患者的非计划性拔管率, 减少镇静药物的使用量, 缩短机械通气的时间, 具有推广与应用的价值。

参考文献

- [1]王娟,钱丹.失效模式与效应分析护理模式应用于重症监护病房气管插管机械通气患者镇痛镇静治疗干预效果分析[J].山西医药杂志,2022,51(19):2273-2277.
- [2]万盼盼,周闪闪.基于舒适化浅镇静策略的镇静镇痛护理在重症颅脑损伤术后气管插管患者中的应用[J].河南医学研究,2022,31(19):3600-3603.
- [3]刘泽惠.集束化镇痛镇静护理干预在重症监护室经口气管插管患者中的应用效果[A]第五届上海国际护理大会论文摘要汇编(下)[C].上海市护理学会,上海市护理学会,2022:1.
- [4]朱红伟,崔妙玲,黄德斌.舒适化浅镇静护理策略在ICU机械通气患者中的应用效果评价[J].蛇志,2022,34(01):81-84+101.
- [5]许丹云.程序化镇痛镇静护理在降低ICU气管插管非计划性拔管率中的应用效果[J].名医,2021,(18):119-120.
- [6]李莉.基于eCASH理念的镇静、镇痛护理在ICU机械通气病人中的应用[J].护理研究,2021,35(16):2895-2899.
- [7]黎映芹,潘卫华.镇静镇痛集束护理对行气管插管的重症监护室住院患者谵妄发生率的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(01):77-79.
- [8]李小珊.镇静镇痛集束护理对ICU气管插管患者谵妄的影响评价[J].中外医疗,2020,39(29):146-148.
- [9]杨鸽.镇静镇痛集束护理对ICU气管插管患者谵妄的影响评价[J].继续医学教育,2020,34(01):110-112.
- [10]李雯雯.镇静镇痛集束护理对ICU气管插管患者插管时间及谵妄的影响分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(96):331+334.