

# RASS 评分表用于 ICU 机械通气患者目标镇静护理指导中的效果

李新颖, 张雅竹<sup>#</sup> (首都医科大学附属北京胸科医院, 北京 101149)

**摘要:** 目的 探究 RASS 评分表用于 ICU 机械通气患者目标镇静护理指导中的效果。方法 选取自 2020 年 2 月~2022 年 2 月到医院就诊的 88 例 ICU 机械通气患者, 以奇偶分组法分为管理组与基础组, 每组 44 例。基础组给予常规护理干预, 管理组加用基于 RASS 评分的目标镇静护理, 对比两组的时间指标、不良反应情况及生命体征。结果 管理组机械通气时间及 ICU 入住时长均低于基础组, 组间对比差异成立 ( $P < 0.05$ )。管理组不良反应率低于基础组, 组间对比差异成立 ( $P < 0.05$ )。干预前, 两组生命体征对比无差异 ( $P > 0.05$ ); 干预后, 管理组生命体征优于基础组, 组间对比差异成立 ( $P < 0.05$ )。结论 RASS 评分表用于 ICU 机械通气患者目标镇静护理指导中的效果较好, 患者治疗时间减少, 不良反应率降低, 生命体征得到改善, 建议临床进一步推广及应用。

**关键词:** RASS 评分; ICU; 机械通气; 目标镇静护理; 生命体征

ICU 是临床重症患者集中地, 集护理、医疗、术后康复等重要临床手段为一体, 对挽救患者生命、平稳患者生命体征具有重要的临床意义。ICU 患者生命体征紊乱、自我呼吸困难, 多数需要以机械通气治疗。但是, 机械通气患者经常存在疼痛、焦虑及谵妄等不良情况, 导致治疗效果降低。临床中常应用镇静镇痛药物进行支持干预, 以减少患者躁动的可能性<sup>[1]</sup>。但是, 镇静药物一旦使用过量, 患者极易出现抑制呼吸中枢等不良情况, 严重时出现生命危险<sup>[2]</sup>。因此, 如何正确评估镇静剂的使用剂量是当前的重要研究方向。镇静程度评估表 (RASS) 是临床应用较广的镇静评估方法, 能够准确评估患者的镇静状态, 根据实际情况进行目标化护理, 从而改善患者的镇静程度, 提高预后<sup>[3]</sup>。鉴于此, 本文研究 RASS 评分表用于 ICU 机械通气患者目标镇静护理指导中的效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取自 2020 年 2 月~2022 年 2 月到医院

就诊的 88 例 ICU 机械通气患者, 以奇偶分组法分为管理组与基础组, 每组 44 例。管理组: 男女比例 25:19; 年龄范围 24~81 岁, 平均 ( $51.36 \pm 21.58$ ) 岁; APACHE- II 评分 15~18 分, 平均 ( $16.24 \pm 1.08$ ) 分; 病因: 哮喘 12 例、脑出血 8 例、呼吸衰竭 10 例、重度颅脑损伤 13 例、其他 1 例。基础组: 男女比例 23:21; 年龄范围 30~82 岁, 平均 ( $51.58 \pm 21.63$ ) 岁; APACHE- II 评分 16~18 分, 平均 ( $16.35 \pm 1.04$ ) 分; 病因: 哮喘 9 例、脑出血 8 例、呼吸衰竭 12 例、重度颅脑损伤 13 例、其他 2 例。对比两组性别、年龄、APACHE- II 评分及病因等基线资料, 无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 符合对比条件。

纳入标准: (1) ICU 且机械通气患者; (2) 年龄  $\geq 18$  周岁; (3) 预计生存期  $\geq 14$  d; (4) 患者或家属知晓并同意研究, 经院伦理委员会审批。

排除标准: (1) 呼吸、心脏骤停等紧急生命危险器官插管; (2) 口腔手术史; (3) 重度呼吸道受损; (4) 凝血功能障碍; (5) 对临床用药过敏; (6) 拒绝参与研究或中途退出。

<sup>#</sup> 通信作者: 张雅竹, xinzi\_xk@126.com。

## 1.2 方法

基础组行常规护理干预。主要内容包括：将患者床头抬高至  $30^\circ$ ，避免发生肺部反流而误吸，减少肺部感染发生率；定时观察患者呼吸道畅通情况，按需吸痰，以免出现紧急情况，提高抢救难度；时刻观察呼吸机的相关使用情况，如发现异常情况或不良事件，及时进行处理，避免影响呼吸机的正常使用；根据患者的实际情况，采用肠内或肠外营养法保证机体营养均衡，避免发生营养不良等情况；给予患者常规口腔护理，即待气管插管后，每天3次使用棉球擦拭口腔，以生理盐水作为口腔护理液，清洗患者口腔。

管理组加行基于 RASS 评分的目标镇静护理。主要内容包括：（1）成立管理小组：组长由项目负责人担任，组员包括副主任护师1名、主管护师2名及护师3名。组内进行系统培训，内容包括疾病相关知识、临床护理方法、治疗效果的了解、常见不良反应、RASS 量表的科学使用等。全部成员均经过组内培训考核合格上岗。（2）RASS 评分的使用：RASS 评分共计有 10 个评分等级，分别为 -5~+4。-5 表示为昏迷；0 表示为清醒平静的自然状态；+4 表示为有攻击性，存在暴力行为。分数越高，躁动程度越严重；分数越低，镇静程度越严重。本次研究中，希望患者的 RASS 评分维持在 0~3 分，让其具有较好的镇静程度。（3）镇静护理：护理人员根据患者的实际评分，遵医嘱进行丙泊酚镇静，剂量为  $5\sim 50 \text{ ug}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ，并根据患者的 RASS 评分进行及时调整。初始期间给药 1 h 内，需要对患者进行 5~6 次镇静评估，随后每半小时评估一次，确保患者的镇静效果能够维持在 0~3 分。确认患者镇静稳定程度较好，可以 2~4 h 评估一次。一旦发现患者的状态偏离镇静目标，除改变给药剂量外，还需要缩短评估间隔时间。在此期间，积极预防患者的并发症，包括低血压、呼吸抑制等。血容量偏低的患者是出现并发症的高危群体，应注意给药速度及给药剂量，实时监测生命体征。当患者出现镇静过度的表现时，除要减少镇静药物剂量，还要加快补液速度。

## 1.3 观察指标

本次研究对比两组的时间指标、不良反应发生情况及生命体征。

（1）时间指标观察指标：记录并对比两组的机械通气时间及 ICU 入住时长。

（2）不良反应发生情况观察指标：发生的不良反应，包括心动过缓、低血压、恶心。

（3）两组生命体征观察指标：记录并对比两组干预前后的心率（HR）、呼吸频率（RR）及氧合指数（P/F）。

## 1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件对患者的临床数据进行分析。计数资料以百分率（%）表示，行  $\chi^2$  检验，计量资料以平均值  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，行 t 检验，（ $P < 0.05$ ）组间对比差异成立。

# 2 结果

## 2.1 两组时间指标对比

管理组机械通气时间及 ICU 入住时长均低于基础组，组间对比差异成立（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

组别	例数	机械通气时间	ICU 入住时长
管理组	44	$7.31 \pm 1.94$	$10.75 \pm 5.02$
基础组	44	$10.98 \pm 2.03$	$14.39 \pm 6.33$
<i>t</i>		8.670	2.989
<i>P</i>		0.000	0.004

## 2.2 两组不良反应发生情况对比

管理组不良反应率为 4.55%，基础组不良反应率为 18.18%，管理组不良反应发生情况少于基础组，组间对比差异成立（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

组别	例数	心动过缓	低血压	恶心	不良反应率
管理组	44	0	1 (2.27)	1 (2.27)	2 (4.55)
基础组	44	1 (2.27)	3 (6.82)	4 (9.09)	8 (18.18)
$\chi^2$					4.062
<i>P</i>					0.044

## 2.3 两组生命体征对比

干预前，两组生命体征对比无差异（ $P > 0.05$ ）；干预后，管理组生命体征优于基础组，组间对比差异成立（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表3 两组生命体征对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	HR (次/min)		RR (次/min)		P/F (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
管理组	44	126.47 ± 4.05	78.29 ± 2.61	38.42 ± 3.09	17.03 ± 5.15	151.40 ± 0.51	225.39 ± 6.84
基础组	44	127.02 ± 3.94	106.95 ± 3.64	37.96 ± 3.20	28.09 ± 5.84	151.29 ± 0.48	184.97 ± 7.58
<i>t</i>		0.646	16.511	0.686	9.422	1.042	26.260
<i>P</i>		0.520	0.000	0.495	0.000	0.300	0.000

### 3 讨论

随着我国进入老龄化社会,医疗资源消耗大幅度提高<sup>[4]</sup>。机械通气技术是当前挽救患者生命的有效手段之一,在临床中已广泛应用。但是在使用机械通气过程中,患者的镇静状态是当前研究的重点方向<sup>[5]</sup>。之所以患者要使用镇静剂,是因为气管插管的刺激会使得患者出现严重的呼吸道反射反应,对健康会造成严重影响;而使用镇静后,患者相关不良反应会明显减少,而且能够降低机体代谢,对保护脏器功能、提高治疗效果具有重要作用<sup>[6]</sup>。但在常规临床应用中,患者的实际镇静状态很难有效掌握,多数时候只能通过既往临床经验进行尝试,导致镇静剂的使用情况与患者实际需求有较大的出入,对患者健康会造成不良影响。RASS评分作为临床镇静状态的重要评估工具,能够有效反映出患者镇静状态<sup>[7]</sup>。因此,以RASS评分作为基础实施目标管理镇静干预,具有重要的研究价值。

本次研究数据显示,管理组机械通气时间及ICU入住时长均低于基础组,组间对比差异成立( $P < 0.05$ );管理组不良反应率为4.55%,基础组不良反应率为18.18%,组间对比差异成立( $P < 0.05$ );干预前两组生命体征对比无差异( $P > 0.05$ ),干预后管理组生命体征优于基础组,组间对比差异成立( $P < 0.05$ )。说明基于RASS评分表的目标镇静护理干预效果较好。本次研究中,通过对不同情况的患者进行不同时间间隔的RASS评估频率,能够让医护人员更好地掌握镇静效果,给予科学的镇静药物剂量,将患者的镇静状态始终保持在安全的范围内<sup>[8]</sup>,从而有效减少因不良事件而引起的非计划性拔管,改善临床疗效,降低机械通气时间与

ICU入住时间<sup>[9]</sup>。本次研究中,还对患者的生命体征进行实时监测,积极预防可能出现的不良反应。当镇静药物剂量恰当时,能够使得患者保持在良好的镇静状态下,使得生命体征更加平稳,避免出现不良事件,形成良性循环<sup>[10]</sup>,对改善预后具有积极的作用。

综上所述,RASS评分表用于ICU机械通气患者目标镇静护理指导中的效果较好,患者的治疗时间减少,不良反应率降低,生命体征得到改善,建议临床进一步推广及应用。

#### 参考文献

- [1] 孙玉,宁静,晋桂丽,等.RASS评分表指导ICU机械通气患者目标镇静护理的应用[J].吉林医学,2022,43(4):1118-1119.
- [2] 郑长伟,谢凤杰,才莹,等.SE与RASS评分用于机械通气患者浅镇静评估的随机对照研究[J].中国处方药,2022,20(6):132-135.
- [3] 熊玉,王瑾,彭美娜,等.脑电双频指数联合躁动-镇静评分在机械通气患者镇静评价中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(13):32-35,43.
- [4] 杨文海,赖志君,李燕,等.序贯镇痛镇静对预防行机械通气治疗患儿撤机后谵妄及撤药反应的效果研究[J].中国当代儿科杂志,2022,24(7):748-752.
- [5] 刘凯凤,张郑平,杨劲松,等.床旁超声联合镇静躁动评分指导老年ICU机械通气患者拔管时机[J].中国老年学杂志,2020,40(12):2595-2598.
- [6] 辛怡明,刘晓彤,张红媛,等.比较不同镇静评分对ICU重症肺炎机械通气患者镇静效果的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(37):95-96.
- [7] 江自璇,马可泽,谭子锋,等.舒适性护理在PICU患儿机械通气适度镇静镇痛中的应用[J].中国现代医生,2021,59(32):173-176.
- [8] 司锦,郝俊萍.呼吸重症监护室机械通气患者拍背操作所致疼痛状况及影响因素及对睡眠的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(6):1084-1085.
- [9] 孙敏.基于CPOT及RASS评分的术后镇静镇痛调控方案在重症医学科机械通气病人中的应用[J].全科护理,2020,18(29):4013-4015.
- [10] 刘晓彤,辛怡明,张红媛,等.RASS与SAS镇静评分在AECOPD有创机械通气患者中的应用分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(26):25-27.