

文章编号:1005-6947(2005)07-0559-02

· 临床报道 ·

清醒镇静在外科监护病房中的应用

周宁

(北京积水潭医院 ICU, 北京 100035)

摘要:为探讨清醒镇静在外科监护病房(SICU)患者中应用的意义,笔者对80例SICU患者采用清醒镇静镇痛治疗(以下称治疗组),与对照组比较,两组间的血压、心率、呼吸生命体征无明显差异,但意外事件发生率治疗组明显低于对照组($P < 0.05$);镇痛效果治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。提示ICU收治的危重患者采用清醒镇静的的方法,可使各项监护治疗顺利完成。清醒镇静在外科监护病房中是可行的有效方法。

关键词:外科监护病房;镇静剂

中图分类号:R197.3 **文献标识码:**B

外科危重监护病房(SICU)患者,多为多发创伤、大型手术后伴高危因素或同时伴有血液动力学、呼吸功能障碍者。患者入ICU后,身处陌生的环境、可发生恐惧、不适等反应^[1]。这些身体上和心理上的应激,必然导致内分泌激素分泌异常,代谢及水电介质紊乱。另外,侵入性检查、治疗,如气管插管,机械通气,体内留置的各种导管等刺激无疑会不同程度地加重各种应激反应,以致形成恶性循环。因此,ICU的患者经常会出现精神抑郁、定向障碍、甚至谵妄,燥狂,出现意外事件,全身和心肌氧耗增加^[2,3],加重病情,延长监护治疗时间,增加医疗费用。因此对ICU的患者进行镇静治疗是非常必要的^[4]。笔者对我院2002年1月~2004年3月SICU收治的危重患者辅以清醒镇痛治疗,旨在探讨清醒镇静技术对SICU患者的治疗效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组124例,男81例,女43例;年龄16~84(平均55±13)岁。其中因全身多发创伤,由急诊直接收入ICU抢救治疗的48例;另76例为择期术后,因具有各种高危因素,APACHE II评分均>15分术后转入ICU;其中20例入ICU后行有创机械通气。124例随机分为两组:(1)清醒镇静镇痛治疗组(以下称治疗组),80例;(2)患者自控镇痛

组(PCA,以下称对照组)44例。两组间的年龄、性别与伤情无显著性差异($P > 0.05$)(表1)。

表1 两组患者的临床资料

组别	例数 (n)	年龄 (平均)	APACHE II 评分(平均)	行有创机械 通气例数
治疗组	80	54±11	17±3	14
对照组	44	56±10	16±3	6

1.2 镇痛方法

治疗组应用药物为咪达唑仑与芬太尼,咪达唑仑用法是:负荷剂量0.01~0.05mg/kg在数分钟内静脉注射完毕,以0.02~0.10mg/(kg·h)维持;合并使用的镇痛药物为芬太尼(fentanyl),负荷剂量为0.2~0.4μg/kg,维持剂量为0.2~0.4μg/(kg·h)。对照组(以下称对照组)为患者自控镇痛(PCA),其药物为芬太尼,负荷剂量为1μg/(kg·h),维持剂量为0.4μg/(kg·h)。

1.3 观察指标

1.3.1 患者在ICU生命体征的变化,舒适程度,意外事件的发生率。

1.3.2 采用数字分级法(NRS)^[5]对患者进行镇痛评价(0~10之间的数字代表不同程度的疼痛程度,0为无痛,10为剧烈疼痛)。

1.3.3 镇静程度采用 Ramsay^[6]评分。

2 结果

2.1 血压、心率、呼吸等生命体征

监测中两组患者均无明显差异(均 $P > 0.05$)(表2)。

收稿日期:2005-02-20; 修订日期:2005-04-16。

作者简介:周宁(1954-),男,北京人,北京积水潭医院副主任医师,主要从事重症病人的临床和研究方面的研究。

通讯作者:周宁

表2 监测中两组的生命体征[†]

组别	血压(mmHg)	心率(次/分)	呼吸次数(次/分)
治疗组	140~110/90~65	70~110	16~22
对照组	130~110/88~70	76~108	18~22

注:† 两组间相比较无显著差异($P > 0.05$)(机械通气者除外)

2.2 不配合医护治疗

患者自行拔除胃管、导尿管、动静脉置管、甚至气管插管等意外事件的,治疗组发生1例,对照组发生5例($P < 0.05$)。

2.3 镇痛效果

(1) NRS评价手术后镇痛效果:患者自评为0~3的,治疗组为76例(95.0%),对照组仅为12例(27.0%)($P < 0.001$)。

(2) Ramay评分:治疗组可按照病情控制在2~4分,对照组为0分。

2.4 随访

随机每组各选20例进行回访,能叙述在ICU期间具有恐惧、痛苦或不适感觉的,治疗组4例,对照组8例($P > 0.05$);难以回忆在ICU期间治疗过程的,治疗组12例,对照组2例($P < 0.05$)。

3 讨论

镇静镇痛可以减少伤后及术后疼痛,减轻术后强迫体位的不适,减轻患者的应激反应,降低氧耗,缓解氧输送与氧需矛盾,消除焦虑,控制机械通气时的人机对抗,有助于完成床边各种治疗,诊断,护理,包括大换药、各种穿刺、置管,以及防止各种意外拔管。本组结果显示治疗组明显优于对照组。同时,治疗组芬太尼的用量仅为对照组的1/3,从而有效的减少了镇痛剂的副作用。

需注意的是,镇静一定要适当,镇静过度将会导致呼吸抑制、血压降低、心动过缓、昏迷、肠麻痹、免疫抑制、深静脉血栓等的发生。清醒镇静技术在此方面具有优越性,即采用一种或多种药物对患者中枢神经系统产生抑制,起到镇静作用,可使患者减轻疼痛,同时又能遵医嘱反应,可帮助顺利有效的完成各项监护治疗。笔者认为清醒镇静技术在外科监护病房中是可行的有效治疗手段。

咪达唑仑(midazolm)是第二代苯二氮卓类镇静剂,它与地西洋相比较,具有作用迅速、副作用少、排泄快、无蓄积作

用、无残留效应、安全限宽、临床用途广和治疗指数高等特性,局部注射疼痛发生少、效能高,静脉注射达峰时间短,起效快、消除半衰期短,停用后,药效能较快消除,便于临床观察等优点^[7];与异丙酚相比较:镇静剂量对循环影响小;作用时间相对长,费用低等优点,非常适应于清醒镇静的患者。目前商品有进口的多美康和国产的力月西,笔者在临床使用这两种药物后发现,不论在起效时间,镇静作用,苏醒快慢等方面均没有明显的差别。

使用咪达唑仑时要常用注意:(1)明确使用镇静剂的目的及适应证;(2)必须在完善止痛的基础上进行镇静,否则会造成相反的效果;(3)个体差异较大,故掌握好剂量,避免对循环、呼吸系统的影响;(4)建议不要采用24h持续静脉泵入,应定时停药,进行镇静程度的评估,及时调整药物剂量,既达到预想的镇静目标,又尽量减少药物的用量。

参考文献:

- [1] Novase MA, Knobel E, Bork AM, *et al.* Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and healthcare team [J]. *Intensive Care Med*, 1999, 25(12):1421-1426.
- [2] Epstein J, Breslow MJ. The stress response of critical illness [J]. *Crit Care Clin*, 1999, 15(1):17-33.
- [3] Atkins PM, Mion L C, Mendelson W, *et al.* Characteristics and outcomes of patients who selfextubate from ventilatroy support [J]. A case-controll study. *Chest* 1997, 112():1317-1323.
- [4] Parker SD, Breslow MJ, Frank SM, *et al.* Catecholamine and cortisol responses to lower extremity revascularization: correlation with outcome variables. *Perioperative ischemia randomized anesthesia trial* [J]. *Crit Care Med*, 1995, 23(12):1954-1961.
- [5] Meehan DA, McRar ME, Rourke DA, *et al.* Analgesia administration, pain intensity, and patient satisfaction in cardiac surgical patients [J]. *AM J Crit Care* 1995, 4(6):435-442.
- [6] Ramsay MA, Savge TM, Simpson BR, *et al.* Controlled sedation with alphaxalonealphadolone [J]. *BR Med J*, 1974, 2(920):656-659.
- [7] 吴新民. 咪唑安定的临床应用 [J]. *中华麻醉学杂*, 1998, 18(7):430-431.