

基于最佳证据的危重症患者 ICU 谵妄三级护理管理

胡美玲

南京市溧水区中医院 EICU, 江苏 南京 211200

摘要: 目的 探讨基于最佳证据的 ICU 谵妄三级护理管理对危重症患者的影响。方法 选取 2019 年 2 月至 2020 年 2 月收治的危重症患者 130 例, 随机分为两组, 各 65 例。对照组实施常规 ICU 护理管理, 观察组实施基于最佳证据的 ICU 谵妄三级护理管理, 比较两组机械通气时间与 ICU 住院时间、不良事件发生率。结果 观察组机械通气时间与 ICU 住院时间少于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组不良事件发生率低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论 将基于最佳证据的 ICU 谵妄三级护理管理应用于危重症患者中, 可有效缩短其机械通气时间和 ICU 住院时间, 显著降低不良事件发生率。

关键词: 最佳证据; 危重症患者; ICU 谵妄; 三级护理管理

监护室谵妄(DICU)的发生与脑部代谢紊乱、神经递质减少等因素密切相关, 会导致患者出现感知障碍、不良事件等, 严重时危及生命。目前国内相关研究通常围绕 DICU 认知、评估工具正确使用等主题开展, 缺乏 DICU 管理流程与规范的研究。为探究基于最佳证据的 DICU 三级护理管理的临床效果, 本研究将其应用于危重症患者中, 并比较两组机械通气时间与 ICU 住院时间、不良事件发生率。结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 2 月至 2020 年 2 月收治的危重症患者 130 例, 随机分为两组, 各 65 例。对照组男 35 例, 女 30 例; 年龄 30-75 岁, 平均年龄为 (48.46 ± 6.45) 岁; 原发疾病: 心脏疾病 6 例, 脑肿瘤 50 例, 腹部疾病 6 例, 脑外伤 3 例。观察组男 37 例, 女 28 例; 年龄 30-75 岁, 平均年龄为 (49.08 ± 6.11) 岁; 原发疾病: 心脏疾病 5 例, 脑肿瘤 51 例, 腹部疾病 6 例, 脑外伤 3 例。两组基线资料相比, 无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组行常规 ICU 护理管理, 内容为个性化护理计划、“一对一”健康宣教与肢体训练等。观察组行基于最佳证据的 DICU 三级护理管理, 具体内容如下。

1.2.1 最佳证据确定

护理人员通过查阅 DICU 相关资料文献, 获取最佳证据 (见表 1)。按照 JBI 证据推荐级别 (2014 版), 其中 A 级视为证据强烈支持, 推荐应用; B 级视为证据中等支持, 考虑应用; C 级视为证据不支持应用。

表 1 最佳证据

最佳证据	推荐级别
患者入 ICU 后 24h 内应评估谵妄危险因素	A
对 DICU 患者应实施多学科、个体化非药物干预	A
对 DICU 患者家属与护理人员进行健康宣教	A
对发生 DICU 且干预未使谵妄转阴的患者可转诊康复师	B

1.2.2 最佳证据实践 对患者实施最佳证据实践, 具体内容:

(1) 评估与筛选 DICU 在患者进入 ICU 后立即采用 ICU 意识混乱评估法 (CAM-ICU) 对其进行评估, 并评估谵妄危险因素, 如年龄 ≥ 60 岁、意识受损、髌关节骨折等。

(2) 开展 DICU 三级护理管理 对于无 DICU 危险因素、CAM-ICU 评估结果显示“阴性”但意识没有变化的患者, 开展一级护理管理; 对于存在 DICU 危险因素、CAM-ICU 评估结果显示“阴性”但意识有变化的患者, 开展一级、二级护理管理; 对于 CAM-ICU 评估结果显示“阳性”的患者, 开展一级、二级与三级护理管理, 并在其床头放好 DICU 提示卡。

(1) 一级护理管理: ①重建定向力。将时钟放在患者可见位置, 禁止更换房间、护理人员; 告知患者具体治疗、护理方案等, 并取得其配合。②感知刺激。允许患者家属定时探视, 并增强患者与家属的肢体接触; 每日定时给患者播放电视、广播或音乐等, 为其提供老花镜、助听器工具。③预防尿潴留与便秘。评价患者的排便情况, 规划饮食与作息计

划; 若患者 3d 未排便, 适当使用药物以促排便。(2) 二级护理管理。①环境管理。控制好病房内光线与噪音, 在病房内降低说话声调、电话音量等。②睡眠管理。每晚给患者提供眼罩与耳塞等, 并加强病房巡视。③早期活动。尽早移除导管、减少不必要约束; 引导患者进行被动、主动与抗阻运动。(3) 三级护理管理。①氧饱和度监测。确保 $SpO_2 \geq 0.90$, 若低于 0.90, 则增加氧疗, 每隔 4h 进行 1 次深呼吸训练。②营养监测。每日正确记录患者的出入液量, 并为其提供充足营养。③康复治疗。对于三级护理管理无效的患者, 转诊至康复科, 经多学科团队诊断、评估后开展康复诊疗, 直至患者病情得到改善。

1.3 观察指标

(1) 记录患者机械通气时间、ICU 住院时间。(2) 记录患者出现跌倒/坠床、伤人、非计划性拔管等不良事件的情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 进行统计分析, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资料 n(%) 表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 机械通气时间与 ICU 住院时间

观察组机械通气时间与 ICU 住院时间少于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组机械通气时间与 ICU 住院时间对比 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	机械通气时间	ICU 住院时间
对照组 (n=65)	13.57 ± 4.37	52.54 ± 10.68
观察组 (n=65)	10.42 ± 4.10*	45.89 ± 9.76*

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$

2.2 不良事件发生率

观察组不良事件发生率低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良事件发生率对比 n(%)

组别	跌倒/坠床	伤人	非计划性拔管	总不良事件
对照组 (n=65)	4 (6.15)	1 (1.54)	3 (4.62)	8 (12.31)
观察组 (n=65)	1 (1.54)	0 (0.00)	1 (1.54)	2 (3.08)*

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$

3 讨论

DICU 发生率为 21%-52%, 因此给予患者早期识别并规范管理能够有效改善其不良预后情况。基于最佳证据的 DICU 三级护理管理通过引入相关量表与集束策略, 使危重症患者能得到更安全、有效的治疗与护理, 进而改善其不良结局。

在本研究中, 观察组机械通气时间与 ICU 住院时间少于对照组 ($P < 0.05$)。说明基于最佳证据的 DICU 三级护理管理可缩短患者机械通气时间与 ICU 住院时间, 原因为该护理模式通过评估谵妄危险因素, 最大限度避免误诊、漏诊等情况, 并尽早识别急需护理的患者, 缓解其病症。同时, 给患者提供早期非药物治疗与药物治疗, 减少机械通气时间和

ICU 住院时间。在本研究中, 观察组不良事件发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。可见基于最佳证据的 DICU 三级护理管理可降低不良事件发生率, 原因为此护理模式通过对可能与患者接触的人员进行健康教育, 提高其对 DICU、不良事件的认知, 尽可能早期发现高危因素, 从而进行规避, 并经过多学科团队为患者提供合理治疗方案, 为其创建科学的医疗环境, 进行有效降低不良事件发生率。

综上所述, 基于最佳证据的 DICU 三级护理管理能够显著缩短危重症患者的机械通气时间与 ICU 住院时间, 并减少不良事件的发生。

参考文献

- [1] 郭慧琦, 沈蕴之, 蒋红, 等. 基于最佳证据的危重症患者 ICU 谵妄三级护理管理[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 25-28.
- [2] 郭慧琦, 沈蕴之, 蒋红, 等. 危重症患者三级谵妄管理流程的制订及应用效果评价[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(3): 332-337.