

综上所述,笔者通过以上针对性训练,取得了显著的成果。针对根本原因进行改良后的报告流程和处理方法大大减少了危急值报告时间,对急诊科医师及时掌握患者病情变化和做出处理提供了有力支持,值得在临床实践中进一步完善和推广。

参考文献

[1] Renshaw A. Using the electronic medical record to better define “no products of conception” as a critical value in anatomic pathology[J]. *Am J Clin Pathol*, 2012,137:121-123.

[2] Sheldon S H, Saenger A K, Jaffe A S. Incidence and significance of elevated lactate in the identification of critically ill patients[J]. *Clin Chem Lab Med*, 2012, 50:1819-1823.

[3] Uppal N, Batt J, Seemangal J, et al. Nosocomial tuberculosis exposures at a tertiary care hospital: A root cause analysis [J]. *Am J Infect Control*, 2014, 42:511-515.

[4] Shaqdan K, Aran S, Daftari B L, et al. Root-Cause analysis and health failure mode and effect analysis: two leading techniques in health care quality assessment[J]. *J Am Coll Radiol*, 2014, 11:572-579.

[5] Immel J. Root cause analysis for young engineers[J]. *Science*, 2013, 340:444-445.

[6] James O J, Worster A, Marie W B, et al. Root cause analysis of delays to discharge for patients held for serial cardiac troponin levels[J]. *CJEM*. 2014, 16: 20-24.

[7] Paul J E, Buckley N, McLean R F, et al. Hamilton acute pain service safety study: using root cause analysis to reduce the incidence of adverse events[J]. *Anesthesiology*, 2014, 120:97-109.

[8] Giardina T D, King B J, Ignaczak A P, et al. Root cause analysis reports help identify common factors in delayed diagnosis and treatment of outpatients[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2013, 32:1368-1375.

[9] Sadler S, Rodgers S, Howard R, et al. Training pharmacists to deliver a complex information technology intervention (PINCER) using the principles of educational outreach and root cause analysis [J]. *Int J Pharm Pract*, 2014, 22:47-58.

[10] Connolly L M. Root cause analysis [J]. *Med Surg Nurs*, 2012, 21:313-316.

(收稿日期:2014-06-17)

85例烦躁患者安全转诊的临床分析

Clinical analysis of safe transfer of 85 dysphoria patients

袁志刚¹

[关键词] 烦躁;转诊;得普利麻;临床分析

Key words dysphoria; referral rate; diprivan; clinical analysis

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2015.02.023

[中图分类号] R459.7 [文献标志码] B

随着急救医学的发展及三级转诊制度的完善,院前长途转诊已成为院前急救的重要组成部分,其中危重症患者的安全转诊也越来越受到大家的关注。烦躁是危重患者常见的临床表现,也是影响安全转诊的重要因素之一。有资料表明超过70%的危重患者存在着焦虑与激惹情绪^[1]。以往常采用捆绑约束或给予冬眠合剂等镇静处理,但捆绑往往引起患者挣扎,反使躁动加重;冬眠合剂易致心血管呼吸系统并发症及延迟清醒,影响病情观察。我科使用得普利麻减轻患者精神压力及恐惧感,平稳地完成院前转诊任务。笔者选取2013-10-2014-03,85例需要镇静的危重症转诊患者进行回

顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2013-10-2014-03我院进行长途转诊的烦躁患者85例,其中男52例,女33例,年龄24~83岁。基础疾病包括多发伤25例,脑血管意外42例,各种手术后13例,主动脉夹层5例。

1.2 方法

1.2.1 一般治疗 将所有烦躁患者平卧于急救平车,持续吸氧,建立静脉通道,监护仪监测血压、心率、氧饱和度。准备呼吸循环系统抢救药品设备。

1.2.2 强化镇静 采用Ramsay评分标准:①1分:焦虑,激动,躁动;②2分:清醒,安静合作,定向准确;③3分:嗜睡,有反应能力,可服从命令;④4

¹ 华中科技大学同济医院急救中心

通信作者:袁志刚, E-mail:1210585790@qq.com

分:入睡,刺激眉间反应迅速;⑤5分:入睡,刺激眉间反应迟钝;⑥6分:熟睡,刺激眉间无反应。诱导阶段以 0.5 mg/kg 得普利麻 5 min 内静脉推注,患者达到 Ramsay 评分 4 分即止。维持阶段以 0.3~4.0 mg/(kg·h) 静脉泵入维持,控制泵入速度,2~4 分为理想的镇静深度。

2 结果

85 例烦躁患者转诊全程镇静效果稳定安全的 83 例,另 2 例 70 岁以上的患者在诱导阶段出现呼吸抑制、氧饱和度降低、血压下降,立即停止推注,加大静脉通道滴速以增加血容量,使用面罩给氧,氧流量调至 8 L/min,2 例患者均在 3 min 内恢复正常氧饱和度和血压,神智恢复清醒,在随后的镇静维持阶段也一直处于稳定状态。

3 讨论

3.1 转诊途中镇静的必要性

躁动不安是危重患者常见的临床表现,患者躁动可能引起严重的后果:①血压、颅内压增高,心率增加,围手术期患者脑出血的危险性和心血管系统的并发症随之增加;②降低脑灌注压,减慢脑血流,影响患者预后;③意外拔除气管导管、胃管、动脉或静脉导管等治疗性导管;④机械通气时人机对抗;⑤激素异常分泌,内环境紊乱,并使氧耗增加等。镇静治疗作为整体治疗方案中的重要组成部分,越来越得到广泛的重视与使用。镇静已不仅仅是一种对症治疗,而是在明确诊断后或在诊疗过程中合理适当选择的镇静药物,从而减轻或者消除患者焦虑,躁动甚至谵妄,以免干扰治疗。降低患者的代谢速率,减少氧耗,减轻各器官的代谢负担,有利于院前转运阶段。

3.2 烦躁的重症患者转诊成功的因素

3.2.1 镇静药物的选择 对于镇静剂的选择必须注意:①熟悉镇静剂的常规剂量、药效时间及药物不良反应等;②首选速效短效药物来获得快速有效的镇静,可减轻患者躁动等不良刺激,减少镇静剂的不良反应^[2]。得普利麻预充注射器-PFS(含 2% 丙泊酚 50 ml)是由丙泊酚、脂肪乳剂和 EDTA 这 3 种主要成分构成的混合液。①丙泊酚是一种具有短暂全身经静脉麻醉的药物,起效快、半衰期很短。经静脉注射后,患者能够快速进入睡眠,没有咳嗽、肌

肉不自主抖动等不良反应,长时间连续静注后体内无明显蓄积,停药后苏醒迅速,是镇静的理想用药。②预冲制备可以降低车上操作所导致的制剂污染,EDTA 专利配方能有效抑制细菌生长^[3]。③急救车上不可避免会产生颠簸,而得普利麻脂肪乳剂高度均一稳定。避免因丙泊酚浓度的改变,而增大的脂肪乳滴在静脉输注时可能引起的栓塞^[4]。

3.2.2 为患者提供舒适的环境 危重患者的病情很容易受到外界因素的影响,能够使患者的病情恶化,危及其生命^[5]。转运医护人员应该为患者提供舒适的环境,降低监测设备的音量保证周边的安静,急救车司机谨慎驾驶尽量避免噪音、增加急救舱窗帘强光对患者的刺激。

3.2.3 转运人员与设备的配备 转运医护人员均由轮转过 ICU 病房,麻醉科及呼吸科的急诊主治医师和急诊科护士组成。遇到因异丙酚所导致的呼吸抑制,能够及时正确的处理。车上常规备有呼吸及循环系统抢救药物和设备,能在急救车厢的狭小空间内进行紧急插管的能力。转运人员定期到急诊及 ICU 轮转工作,在临床实践中反复学习训练,定期安排培训考核来强化理论与技能,从而保证团队扎实的专业素质,确保转运的成功率^[6]。

参考文献

- [1] 安友仲. ICU 危重患者的镇痛与镇静[J]. 医学新医杂志, 2007, 17(5): 252-255.
- [2] 安友仲, 邱海波, 黄青青, 等. 中国重症加强治疗病房患者镇痛和镇静治疗的指导意见[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(17): 1158-1166.
- [3] Fukada T, Ozaki M. Microbial growth in propofol formulations with disodium edetate and the influence of venous access system dead space[J]. Anaesthesia, 2007, 62: 575-580.
- [4] Baker M T, Naguib M. Propofol: the challenges of formulation[J]. Anesthesiology, 2005, 103: 860-876.
- [5] 张绵, 胡亚兰, 宋艳. ICU 危重病病人的心理分析及护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(8): 93-93.
- [6] 袁志刚, 白祥军. 并发呼吸功能不全的创伤患者的院前转诊救治[J]. 临床急诊杂志, 2010, 4(10): 114-115.

(收稿日期: 2014-07-23)