

RASS 镇静评分法在 CRRT 治疗患儿护理中的观察

赵思杰

首都医科大学附属首都儿童医学中心 北京

【摘要】目的 探讨连续性肾脏替代治疗 (CRRT) 治疗患儿护理中 RASS 镇静评分法的效果。方法 选取 2024 年 4 月至 2025 年 6 月行 CRRT 治疗的患儿 60 例, 随机分为观察组 (RASS 镇静评分法) 和对照组 (常规护理) 各 30 例, 对比效果。结果 观察组 RASS 评分、管路不良事件发生率均低于对照组, 咪达唑仑用药剂量及调整次数少于对照组, 血流动力学指标优于对照组 ($P<0.05$)。结论 RASS 镇静评分法在 CRRT 治疗患儿护理中应用效果良好。

【关键词】CRRT; RASS 镇静评分法; 管路不良事件

【收稿日期】2026 年 8 月 2 日

【出刊日期】2026 年 9 月 3 日

【DOI】10.12208/j.jnmn.20260453

Observation of RASS sedation score in nursing care of children treated with CRRT

Sijie Zhao

Capital Children's Medical Center affiliated to Capital Medical University, Beijing

【Abstract】Objective To explore the effect of RASS sedation score in nursing care of children treated with Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT). Methods From April 2024 to June 2025, 60 children with CRRT were randomly divided into observation group (RASS sedation score) and control group (routine nursing), and the effects were compared. Results The RASS score and the incidence of pipeline adverse events in the observation group were lower than those in the control group, the dosage and adjustment times of midazolam were less than those in the control group, and the hemodynamic indexes were better than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion RASS sedation score is effective in nursing care of children treated with CRRT.

【Keywords】CRRT; RASS sedation scoring method; Pipeline adverse events

对于重症肾功能损伤患儿来讲, 临床常对其实施 CRRT 治疗, 然而体外管路刺激、长时间卧床实施密闭治疗环境极易导致患儿出现恐惧、躁动, 影响治疗安全, 临床常利用咪达唑仑进行镇静干预^[1]。儿童年龄区间跨度较大, 自主表达意识感受能力有限, 精细化控制镇静深度难度较大。RASS 镇静评估可以对患儿的意识状态进行标准化分级, 对此时的镇静水平进行客观判断, 通过此评分工具创建规范化的镇静护理流程可以达到精准确定镇静药物的剂量^[2]。目前对于儿童 CRRT 并没有统一的 RASS 分级镇静护理计划, 此模式需要通过临床对照试验进行验证。鉴于此, 本文分析 RASS 镇静评分为核心的护理干预模式的实际应用效果, 具体如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

2024 年 4 月至 2025 年 6 月, 60 例行 CRRT 治疗

的患儿, 随机分为观察组 30 例, 男 18 例, 女 12 例, 平均年龄 (9.88 ± 1.52) 岁; 对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例, 平均年龄 (10.00 ± 1.49) 岁, 两组资料对比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 常规护理, 仅在患儿出现明显躁动、无法配合临床治疗时, 遵照医师嘱托予以咪达唑仑静脉推注镇静。观察组: RASS 镇静评分法, 包括: (1) 咪达唑仑镇静, 静推 $0.1\sim0.3\text{mg/kg}$, 随后微量泵持续给药, 剂量为 $1\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。每日 9:00-10:00 开展每日唤醒操作, 暂时停用镇静药物, 观察至患儿意识恢复、可完成睁眼、握拳等指令动作, 唤醒结束后将镇静药物泵入剂量减半恢复输注, 全程严密监测生命体征, 防范各类不良事件。(2) 科室组建专项护理小组, 所有护士统一完成 CRRT 操作、设备报警处理、RASS 评分标准专项培训。上机前营造低刺激诊疗环境, 做好患儿恒

温保暖护理,减轻躯体不适感。患儿使用镇静药物后每 2h 完成一次 RASS 评分,评估结果及时反馈医师,依据分值分层开展护理与药物调控,并完整记录至护理文书。(3) RASS 评分 >2 分代表镇静不足,先排查管路、环境等外界刺激因素,若患儿仍躁动不配合,遵医嘱单次上调咪达唑仑泵速 $1\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,反复复测,以最低有效剂量维持镇静;评分维持 $-3\sim 0$ 分为理想镇静状态,结合年龄开展差异化心理干预,低龄患儿播放动画、给予玩具转移注意力,5 岁以上患儿通俗讲解治疗相关知识,同时安排家属探视或线上视频沟通,缓解恐惧焦虑;RASS 评分 ≤ 3 分提示镇静过深,立即下调或暂停咪达唑仑输注,持续监测呼吸、血压指标,及时干预呼吸抑制、低血压、谵妄等镇静过度相关不良反应。

1.3 观察指标

(1) 不同时间点 RASS 镇静评分: 时间点位治疗

1h、4h、8h 以及结束;(2) 记录咪达唑仑用药剂量和调整次数;(3) 血流动力学指标: 在治疗 1h、4h 以及 8h 记录患儿的心率和平均动脉压;(4) CRRT 管路不良事件: 报警、移位、凝血。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 分析数据,计数、计量(%)、 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 χ^2 、t 检验, $P<0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 不同时间点 RASS 镇静评分

组间比较($P<0.05$),见表 1。

2.2 咪达唑仑用药剂量及调整次数

组间比较($P<0.05$),见表 2。

2.3 血流动力学指标

组间比较($P<0.05$),见表 3。

2.4 CRRT 管路不良事件发生率

组间比较($P<0.05$),见表 4。

表 1 不同时间点 RASS 镇静评分($\bar{x}\pm s$), 分)

分组	治疗 1h	治疗 4h	治疗 8h	治疗结束
对照组 (n=30)	1.85 $\pm$ 0.62	-1.82 $\pm$ 0.56	-2.54 $\pm$ 0.48	-2.15 $\pm$ 0.52
观察组 (n=30)	0.26 $\pm$ 0.35	-0.45 $\pm$ 0.32	-0.52 $\pm$ 0.28	-0.38 $\pm$ 0.31
t	12.362	11.528	18.654	15.247
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 咪达唑仑用药剂量及调整次数($\bar{x}\pm s$)

分组	用药总剂量 (mg)	药物调整次数 (次)
对照组 (n=30)	18.65 $\pm$ 3.26	6.85 $\pm$ 1.62
观察组 (n=30)	12.32 $\pm$ 2.15	2.46 $\pm$ 0.85
t	8.754	13.025
P	<0.05	<0.05

表 3 血流动力学指标($\bar{x}\pm s$)

分组	心率 (次/min)			平均动脉压 (mmHg)		
	治疗 1h	治疗 4h	治疗 8h	治疗 1h	治疗 4h	治疗 8h
对照组 (n=30)	119.62 $\pm$ 10.54	117.35 $\pm$ 9.86	118.74 $\pm$ 10.12	86.14 $\pm$ 6.53	85.37 $\pm$ 6.21	84.96 $\pm$ 6.18
观察组 (n=30)	106.25 $\pm$ 8.93	104.86 $\pm$ 8.41	105.13 $\pm$ 8.57	78.63 $\pm$ 5.34	77.92 $\pm$ 5.06	78.15 $\pm$ 5.11
t	5.621	5.347	5.412	4.935	4.762	4.803
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 管路不良事件发生情况[n (%)]

分组	报警	移位	凝血	总发生率
对照组 (n=30)	5 (16.67)	3 (10.00)	4 (13.33)	12 (40.00)
观察组 (n=30)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
χ^2 值				9.317
P 值				<0.05

3 讨论

CRRT 属于救治危重症肾损伤患儿的重要措施,持续进行体外循环会导致患儿出现躯体方面的不适,进而出现躁动问题,临床对此高度重视^[3]。RASS 评分属于标准化的镇静量化评估工具,可以对不同镇静层级进行区分,在调整镇静干预中提供客观且统一的判定标准,本文将此作为核心而创建完整的护理干预计划,且将其应用的临床中进行观察。

以 RASS 评分为核心的护理干预形成闭环管理体系,可动态监测、提前调控患儿镇静状态,融合定时唤醒、个体化心理疏导多项配套举措,同步优化镇静管控质量、镇静用药合理性、循环指标稳定性与管路治疗安全性,多维度改善 CRRT 患儿护理质量^[4-5]。本研究说明 RASS 镇静评分护理效果理想。分析原因:(1)镇静评分。观察组干预方案中间隔 2h 进行一次 RASS 评估,按照评分区间对镇静药物的输注速度进行分层,确保患儿的镇静水平处于-3~0 分的范围内,达到有效控制镇静状态的目的^[6]。(2)镇静药物。通过 RASS 评分实施确定相应的药物剂量,每日定时进行唤醒干预,尽可能确保给药剂量处于有效且最低剂量,既可以促进镇静药物代谢,也可以有效减少药物调整操作频次,整体药物使用负荷明显下降^[7]。(3)血流动力学指标。稳定可控的浅镇静状态可降低患儿交感神经持续应激刺激,减少机体应激反应对循环系统的干扰,使心率、平均动脉压长时间保持平稳状态^[8]。(4)管路不良事件。标准化镇静干预能够持续减轻患儿躁动行为,并且搭配降低刺激诊疗环境营造、分年龄段等个性化心理安抚措施,从源头降低管路移位、异常报警、管路凝血等不良事件发生风险^[9]。

综上,CRRT 患儿护理中采取 RASS 镇静评分法可精准调控镇静深度,节约镇静药物,稳定循环指标,降低管路不良事件,值得应用。

参考文献

[1] 夏艳,陈娟娟,刘继秀,史欠欠.RASS 镇静评分法在小儿

连续性肾脏替代疗法中的应用分析[J].科技视界,2022(33):188-191.

[2] 严红,余甜甜,刘丹.以人文关怀为主的优质护理干预在小儿扁桃体摘除术患儿中的应用[J].全科护理,2020,18(13):1619-1621.

[3] 王芳,李冰,吴莉.舒适化浅镇静每日唤醒护理联合气道维护在 ICU 有创机械通气患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(6):190-192.

[4] 宁方玲.目标性镇静护理在重症肺炎患儿床旁肺泡灌洗术中的应用效果分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(5):159-162.

[5] 徐升祥,钟海.程序化镇痛镇静护理对急性脑梗死介入取栓术患者镇痛镇静效果及舒适度的影响[J].当代医药论丛,2025,23(9):141-144.

[6] 钟宛琪,苒恩强,姜茹鑫,等.预警性多感官刺激护理模式联合循证护理对老年肺癌患者全麻术后谵妄的预防效果[J].河南医学研究,2025,34(17):3244-3248.

[7] 陈燕,林宇航,陈岩.音乐疗法联合安抚奶嘴对先天性心脏病术后脱离呼吸机患儿生命体征及镇静效果的影响[J].心血管病防治知识(学术版),2023,13(21):81-87.

[8] 赖洁,赖晓玲,左旭红,等.集束化护理干预对儿童 CRRT 治疗中感染并发症发生率的影响研究[J].哈尔滨医药,2023,43(1):135-137.

[9] 范艳,林丽,吴雅君.基于 eCASH 护理模式下右美托咪定联合丙泊酚在急性脑损伤患者中的镇静应用效果[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2022,17(5):668-672684.

版权声明:©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS