迟或避免外科介入，从而降低并发症发生率和病死率。（有 条件推荐，低质量证据）

不推荐在治疗性或预防性使用抗生素时常规联用抗真 菌药物。（有条件推荐，低质量证据）

7急性胰腺炎的营养支持

轻症胰腺炎患者如果腹痛缓解且无恶心呕吐，应立即 开始经口进食。（有条件推荐，中等质量证据）

轻症胰腺炎患者，早期进食低脂固体饮食与进食清流 质一样安全。（有条件推荐，中等质量证据）

对于重症胰腺炎患者，推荐行肠内营养以预防感染性 并发症。除非肠内营养通路不能建立、肠内营养不耐受或 达不到热卡需求，否则应避免行肠外营养。（强烈推荐，高 质量证据）

经鼻胃管和鼻空肠管营养在有效性和安全性上相当。 （强烈推荐，中等质量证据）

8急性胰腺炎的外科手术治疗

伴有胆囊结石的轻症急性胰腺炎患者，出院之前应接 受胆囊切除术以预防急性胰腺炎再发。（强烈推荐，中等质 量证据）

对于胆源性的急性坏死性胰腺炎患者，应在急性炎症 好转、胰周积液吸收或稳定后再行胆囊切除术，以避免感 染。（强烈推荐，中等质量证据）

当出现无症状性胰腺假性囊肿、胰腺和/或胰腺外无菌 性坏死时，不论病灶大小、位置、范围，不需外科干预。 （强烈推荐，中等质量证据）

对于病情稳定的并发感染坏死的患者，手术、放射介 入和/或内镜下引流应延迟至病程4周以上，在坏死物液 化、周围形成纤维包裹（包裹性坏死）后进行。（强烈推 荐，低质量证据）

对于有症状的并发感染坏死的患者，微创的坏死组织 清除术优于开放手术。（强烈推荐，低质量证据）

（收稿日期:2513-12-25）

（本文编辑：何小军）

2013年美国ICU成年患者疼痛、躁动和谵妄 处理指南

杨磊 张茂 编译 *Crit Care Med,* 2013, 41 （1） ： 223-306

美国危重病学院（American College oO Criticel Care Medicine）组织了多学科、多单位的20名专家制定ICU成 年患者疼痛、躁动和谵妄处理的临床实践指南。指南中证 据的级别分为：A （高），B （中），C （低/很低）。推荐的 强度分为：1级（强，推荐），2级（弱，建议），0级 （不做推荐，无充足证据或共识无法达成）。意见包括2 类：“+”（支持），“1”（反对）。

1疼痛与镇痛

1.1**疼痛发生率**

内科、外科和创伤ICU内成年患者在休息和ICU诊疗 时都会经历疼痛（B）。

疼痛在心脏手术的成年患者中很普遍，但很少得到治 疗；且女性患者较男性经历更多的疼痛（B）。

诊疗操作引起的疼痛在ICU成年患者中也很普遍 （B）。

1.2**疼痛的评估**

推荐对所有ICU成年患者进行常规的疼痛监测

（++B）。

对于内科、外科术后和创伤（除脑外伤外）的CU成 年患者，如果患者疼痛自我描述受限但运动功能完好、行 为可以观察，疼痛行为量表（behavioral pain scale，BPS） 和重症监护疼痛观察工具（critical-iare pain oOservation

DOI： 12. 3760/cma. j. isse. 1671-0282. 2013. 12. 004

基金项目：2012年国家重点临床专科建设项目

作者单位：712009杭州，浙江大学医学院附属第二医院急诊 医学科浙江大学急救医学研究所 too-，CPOT）是实施疼痛监测的最有效和可靠的行为疼痛 量化工具。但将上述评估工具应用于其他ICU，或者将其 翻译为英法之外的语言尚待进一步验证（B）。

不建议单独使用生命体征（或者包含生命体征的疼痛 观察量表）对CU成年患者进行疼痛评估（-2C）。

建议将生命体征作为对这些患者开始进一步疼痛评估 的线索（+2C）。

1.3**疼痛的治疗**

对ICU成年患者在胸管拔除之前，推荐使用预先的药 物镇痛和/或非药物措施（如放松）以减轻疼痛（+1C）。

对于ICU成年患者在实施其他有创性或潜在致痛性操 作前，建议使用预先的药物镇痛和/或非药物措施以减轻疼 痛（+2C）。

推荐静脉给予阿片类药物作为治疗危重患者非神经性 疼痛的一线选择（+1C）。

所有静脉使用的阿片类药物，当剂量达到相同的镇痛 目标时同等有效（C）。

建议考虑使用非阿片类止痛药，以减少阿片类药物的 用量（或者避免静脉使用阿片类药物）和阿片类药物相关 的不良反应。（+2C）。

对于神经性疼痛，除了静脉使用阿片类药物，推荐肠 道给予加巴喷丁或卡马西平（+2A）。

对于腹主动脉瘤患者术后的镇痛，推荐使用胸段硬膜 外麻醉/镇痛（+1B）。

对于腹主动脉瘤术后的患者，由于缺乏硬膜外给予阿 片类药物优于静脉给药的证据，因此对采用腰段硬膜外而 非静脉使用阿片类药物镇痛不做推荐（0, A）。

由于缺乏充足证据或证据上的矛盾，对胸腔或腹部非 血管手术患者实施胸段硬膜外镇痛不做推荐（0, B）。

建议对创伤性肋骨骨折的患者实施胸段硬膜外镇痛 （+2B）。

由于缺乏证据，对内科ICU成年患者是否神经节/局部 阻滞镇痛优于全身镇痛不做推荐（0,无证据）。

2躁动与镇静

1. 1镇静深度与临床预后

ICU成年患者维持轻度的镇静状态有利于改善临床结 局（如缩短机械通气时间和ICU住院时间）（B）。

维持轻度的镇静状态可以提高患者的生理应激反应， 但是不会增加心肌缺血的发生率（B）。

对ICU成年患者的镇静深度与心理应激之间的关系尚 不清楚（C）。

对于CU成年患者，除非有临床禁忌，推荐调节镇静 剂量以维持轻度而非深度镇静状态（+1B）。

2.2镇静深度和脑功能监测

Richmond 镇静躁动评分 （richmond agitation-sedation scele，RASS）和镇静-躁动评分（sedation-agitation scele， SAS）是评估ICU成年患者镇静深度和效果最有效和可靠 的工具（B）。

对于CU内非昏迷、非瘫痪的成年患者，不推荐将脑 功能的客观评估指标［如听觉诱发电位（AEPs）,脑电双 频指数（BIS）, Narcotrend指数（NI）,患者状态指数 （PSI）,状态熵（SE）］作为监测镇静深度的首选方法，因 为这些评估措施不足以取代主观镇静评分系统（-1B）。

鉴于主观镇静评分系统在接受神经肌肉阻滞剂的ICU 成年患者中无法进行，建议将脑功能的客观评估指标（如 AEPe, BIS, NI, PSI,或 SE）作为补充手段（+2B）。

对于CU内已知或怀疑癫痫的成年患者，推荐进行脑 电图（EEG）检查，以监测非抽搐性癫痫发作；或者监测 颅内压升高的成年患者，以调整脑电活动抑制药物而达到 爆发抑制（+1A）。

2.3镇静剂的选择

对CU内机械通气成年患者的镇静，建议使用非苯二 氮卓类药物（丙泊酚或右旋美托咪啶）而不是苯二氮卓类 药物（咪达唑仑或劳拉西泮），因为前者可能较后者能改 善临床结局（+2B）。

3谵妄

1. 1**谵妄和预后**

谵妄增加CU成年患者的病死率（A）。

谵妄增加ICU成年患者的ICU住院时间和总住院时间

（A） 。

谵妄与ICU成年患者转出ICU后认知障碍的发生相关

（B） 。

3.2谵妄的评估与监测

推荐对ICU成年患者常规监测谵妄（+1B）。

ICU 意识模糊评估法（Confusion Assessment Method for the ICU, CAM--CU）和重症监护谵妄筛查量表（Intensive Care Delirium Screening Chechlisi, ICDSC）是 ICU 成年患者 谵妄监测最有效和可靠的工具（A）。

临床上对ICU成年患者常规监测谵妄是可行的（B）。

3.3谵妄的危险因素

CU内谵妄的发生与4个基本因素密切正相关：既往 罹患痴呆，高血压和/或酗酒史，入院时病情重（B）。 昏迷是ICU成年患者发生谵妄的独立危险因素（B）。 ICU成年患者阿片类药物的使用与谵妄间的关系尚缺 乏一致性证据（B）。

苯二氮卓类药物的使用可能是ICU成年患者发生谵妄 的危险因素（B）。

丙泊酚的使用与ICU成年患者发生谵妄的关系尚缺乏 充足证据（C）。

对于ICU内有发生谵妄危险的成年机械通气患者，应 用右旋美托咪啶镇静较苯二氮卓类的谵妄发生率低（B）。

3.4**谵妄的预防**

对于ICU成年患者，一旦条件允许，推荐进行早期活 动以减少谵妄的发生率和持续时间（+1B）。

由于无可靠证据表明药物预防的策略可以减少ICU成 年患者谵妄的发生率和持续时间，因此不做推荐（0, C）。

由于无证据表明药物和非药物联合预防的策略可以减 少CU成年患者谵妄的发生率，因此不做推荐（0, C）。

不建议对ICU成年患者使用氟哌啶醇或不典型抗精神 病药预防谵妄（-C）。

由于无可靠证据表明右旋美托咪啶可以预防ICU成年 患者谵妄的发生，因此不做推荐（0, C）。

3.5**谵妄的治疗**

无公开证据表明使用氟哌啶醇可以减少ICU成年患者 谵妄的持续时间（无证据）。

不典型抗精神病药可能会减少ICU成年患者谵妄的持 续时间 （ C）。

不推荐使用卡巴拉汀以减少ICU成年患者谵妄的持续 时间 （ a2B）。

不建议对尖端扭转型室速的高危患者（即有QT间期 延长的患者、服用可导致QT间期延长药物的患者，或者 有尖端扭转型室速病史的患者）使用不典型抗精神病药 （ a2C）。

对于并非由酒精和苯二氮卓类戒断引起谵妄的ICU成 年患者，建议持续静脉输注右旋美托咪啶而非苯二氮卓类 药物用于镇静，以减少谵妄的持续时间（+2B）。

4处理疼痛、焦躁和谵妄以

改善预后的策略

对于机械通气的ICU成年患者，推荐常规实施每日镇 静间断或轻度镇静策略 （ +2B）。

对于机械通气的CU成年患者，建议施行镇痛优先的 镇静策略 （ +2B）。

对于ICU成年患者，推荐通过优化环境以改善睡眠， 包括实施声光控制策略、集中进行医护操作、减少夜间刺 激以维持患者的睡眠周期（+1C）。

对于机械通气的ICU成年患者，不推荐使用特殊的通 气模式来改善睡眠，因为这些措施的有效性的证据还不足 （ 0，无证据）。

推荐采取跨学科的ICU团队工作模式以促进该指南在 成人ICU患者中的实施，包括针对医护人员的教育、预先 印制和/或计算机化的治疗方案和医嘱表、保证质量的ICU 查房核查表等（+1B）。

（收稿日期:2013-10-20）

（本文编辑：何小军）