

# 人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用价值分析

陈海燕

巴彦淖尔市医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

**【摘要】**目的：探讨人性化保护性约束在ICU护理管理中的临床应用价值。方法：选取我院ICU2023年1月至2025年1月收治的120例需实施保护性约束的患者，随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组实施常规保护性约束护理，观察组实施人性化保护性约束护理。结果：观察组患者约束相关不良事件发生率低于对照组，护理满意度高于对照组，约束时间短于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用效果显著，可有效降低约束相关不良事件风险，提升护理服务质量，缩短约束时长。

**【关键词】**ICU；人性化保护性约束；护理管理；不良事件；护理满意度

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.006

ICU接收的患者多病情危重、变化快，常伴有意识障碍、躁动等症状，易发生非计划性拔管、坠床等不良事件。保护性约束作为ICU常用的护理干预措施，通过物理方式限制患者肢体活动，可有效预防不良事件发生，但传统常规约束模式多注重物理限制效果，忽视患者生理、心理及情感需求，易导致皮肤损伤、肢体肿胀等问题。基于此，本研究旨在探讨人性化保护性约束在ICU护理管理中的临床应用价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院ICU2023年1月至2025年1月收治的120例需实施保护性约束的患者，随机数字表法分为观察组和对照组。观察组中，男32例，女28例；年龄22~78岁，平均（ $52.3 \pm 10.5$ ）岁。对照组中，男33例，女27例；年龄23~79岁，平均（ $53.1 \pm 11.2$ ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。

**纳入标准：**因病情需要需实施保护性约束，约束时间 $\geq 24$ h；患者家属知晓本研究内容并签署知情同意书。

**排除标准：**合并严重皮肤疾病、肢体功能障碍者；凝血功能障碍者；精神疾病史患者。

### 1.2 方法

对照组实施常规保护性约束护理：根据患者躁动情况，对双腕、双踝进行约束，部分患者根据需求约束胸部；观察约束部位皮肤颜色、温度、感觉及血液循环情况，记录约束带松紧度变化，发现异常及时调整；保持约束部位清洁干燥，避免汗液、尿液等刺激。

观察组实施人性化保护性约束护理：

（1）约束前个性化评估：由责任护士联合主治医师组成评估小组，在约束实施前1h内完成全面评估。采用“ICU患者约束风险评估量表”评估患者意识状态（清醒、嗜睡、浅昏迷、深昏迷）、躁动程度（0级：无躁动，安静合作；1级：轻微躁动，偶尔肢体活动；2级：中度躁动，频繁肢体活动，

需语言安抚；3级：重度躁动，剧烈肢体活动，有拔管、坠床风险）、肢体活动能力（0级：无活动能力；1级：轻微活动能力；2级：中度活动能力；3级：正常活动能力）、皮肤状况（完整、干燥、弹性良好；完整、干燥、弹性一般；完整、潮湿或弹性差；有破损）、导管情况（气管插管、胃管、尿管、深静脉导管等数量及固定情况），同时评估患者心理状态及家属认知水平，根据评估结果判断约束必要性，如需约束，制定个性化约束方案。

（2）人性化约束具选择：根据患者评估结果选择合适的约束具。对于皮肤状况较差、年龄较大患者，选用医用软质透气约束带，内层为纯棉材质，外层为透气网布，边缘圆滑无毛刺，宽度8cm，长度可调节，配备可拆卸压力缓冲垫；对于躁动程度较高、有拔管风险患者，选用带传感器的智能约束带，可实时监测约束部位压力（正常范围20~30mmHg），压力超过阈值时发出声光报警。

（3）科学约束操作：根据患者躁动重点部位及导管位置确定约束部位，如以手部躁动为主、有气管插管拔管风险者，约束双腕；以下肢躁动为主、有坠床风险者，约束双踝；胸部躁动明显、有胃管或胸管脱落风险者，适当约束胸部。协助患者取舒适体位，避免关节过度屈曲或伸展，约束带缠绕肢体1~2圈，松紧度以能伸入1指半（约1.5cm）为宜，确保约束部位血液循环通畅；固定点选择床栏可调节部位，高度以患者肢体自然下垂时不紧绷为准，避免固定点过紧或过高导致肢体受压。建立约束放松记录表，每2小时放松约束带1次，每次放松5~10分钟，放松期间由2名护士在旁守护，1名护士固定导管，1名护士协助患者进行肢体被动活动（如握拳、伸指、屈膝、伸腿等），活动幅度以患者无不适为宜，同时观察约束部位皮肤及血液循环情况。

（4）全方位人文关怀：对于清醒患者，约束前用通俗易懂的语言解释约束的目的、必要性、操作过程及注意事项，解答患者疑问，缓解其恐惧、抵触情绪；约束期间定期与患者沟通，了解其感受，及时给予回应。对于清醒躁动患者，通过握

手、拍肩、眼神交流等肢体语言给予情感安慰，可播放患者喜欢的轻音乐（如古典音乐、轻音乐），转移其注意力；对于嗜睡、浅昏迷患者，操作时动作轻柔，避免粗暴，用温和的语气说话，即使患者无回应，也保持人文关怀态度。保持 ICU 病房环境安静，避免噪音干扰（白天噪音控制在 50dB 以下，夜间控制在 40dB 以下），温度调节至 22~24℃，湿度 50%~60%，光线柔和，避免强光刺激；病房内设置时钟、日历，让患者了解时间，减少时间感知障碍。

（5）家属参与护理：约束前详细向家属介绍患者病情、约束的目的、方法、预期效果及可能出现的不良事件，发放《ICU 患者保护性约束告知书》，用通俗的语言解答家属疑问，争取家属理解和配合。探视期间指导家属与患者进行有效沟通（如呼唤患者姓名、讲述家庭琐事），通过亲情关怀缓解患者躁动情绪；告知家属探视时不要随意调整约束带，若发现患者不适及时告知护士。每天定时向家属反馈患者约束情况、身体状况及护理措施，让家属及时了解患者动态，增强家属信任感。建立约束动态评估机制，每 4 小时采用“ICU 患者约束评估量表”重新评估患者，根据评估结果调整约束方案。若患者意识清醒、躁动缓解、病情稳定，无拔管、坠床等风险，及时解除约束；若患者躁动加重，适当调整约束方式或约束具，确保约束效果。

### 1.3 观察指标

（1）约束相关不良事件发生率。

（2）护理满意度：约束解除后，采用 ICU 患者护理满意度量表进行评价，总分 20~100 分，得分越高表示满意度越高。

（3）约束时间。

### 1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行  $\chi^2$ 、t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组约束相关不良事件发生率比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 约束相关不良事件发生率比较[例（%）]

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数	60	60		
皮肤损伤	1(1.67)	6(10.00)		
肢体肿胀	2(3.33)	8(13.33)		
焦虑躁动加重	3(5.00)	10(16.67)		
导管非计划性脱落	0(0.00)	0(0.00)		

总发生率	6(10.00)	24(40.00)	13.857	0.000
------	----------	-----------	--------	-------

### 2.2 两组护理满意度比较

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 护理满意度比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	60	60		
护理满意度评分	92.5±3.2	81.3±4.5	15.234	0.000

### 2.3 两组约束时间比较

观察组短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 约束时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，小时）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	60	60		
约束时间	28.5±6.3	42.6±7.8	10.125	0.000

## 3 讨论

在 ICU 临床护理实践中，保护性约束是防范高危不良事件的关键手段。它借助物理限制方式规范患者肢体活动，既能减少患者因自主活动造成的意外伤害，也为各项医疗护理操作的有序开展提供保障。但传统的常规约束模式，往往把“安全控制”放在首位，护理流程较为固化，对患者的个体差异、生理舒适度以及心理体验缺乏足够关注<sup>[1]</sup>。随着医学模式向“生物-心理-社会”综合模式转变，“以患者为中心”的人性化理念逐渐融入护理工作的各个环节。而人性化保护性约束，正是将这种理念与约束护理相结合，在确保患者安全的前提下，全面兼顾其生理、心理及情感层面的各类需求<sup>[2]</sup>。

从本研究数据来看，观察组的约束相关不良事件总发生率明显低于对照组，这直接印证了人性化保护性约束在降低风险方面的实际效果。拆分具体不良事件类型分析，观察组皮肤损伤发生率仅 1.67%，而对照组这一比例高达 10.00%，两组差异尤为突出。这与人性化约束模式中对约束具选择和操作流程的精细化优化密不可分。观察组结合患者皮肤状况、年龄等个体特征，针对性选用医用软质透气约束带，配合可拆卸的压力缓冲垫，能最大程度减少对皮肤的摩擦与压迫。在操作细节上，观察组将约束带松紧度控制在可伸入一指半的范围，固定点也选用床栏可调节部位，从根源上避免了约束过紧或固定不当导致的皮肤受压；同时建立定时放松机制，每 2 小时松开约束带一次，期间由护理人员协助患者进行肢体被动活动与皮肤按摩，通过促进局部血液循环进一步降低皮肤损伤风险<sup>[3]</sup>。肢体肿胀方面的差异同样显著，观察组发生率 3.33%，对照组则达到 13.33%，观察组的优势集中体现在动态压力监测与科学放松

管理上。针对躁动程度较高的患者，观察组引入带传感器的智能约束带，能够实时监测约束部位压力变化，一旦超过20-30mmHg的正常范围便会触发声光报警，便于护理人员及时调整，有效避免了压力过高引发的肢体静脉回流障碍<sup>[4]</sup>。在焦虑躁动加重这一指标上，观察组5.00%的发生率与对照组16.67%的发生率形成鲜明对比，这恰恰凸显了人文关怀措施的重要价值。对于意识清醒的患者，观察组在约束实施前用通俗易懂的表达解释清楚约束的目的与必要性，耐心解答疑问以缓解其恐惧抵触情绪；约束期间每30分钟就与患者沟通一次，及时回应患者诉求。同时通过握手、拍肩等肢体语言传递关怀，或播放患者喜爱的轻音乐转移注意力，这些细节都有效减轻了患者的焦虑躁动<sup>[5]</sup>。

护理满意度作为衡量护理服务质量的核心指标，直接反映患者及家属对护理工作的认可程度。本研究中，观察组的护理满意度评分高于对照组。追本溯源，首先在于人性化约束模式下的个性化评估与精准护理——依据患者个体情况定制约束方案，选择适配的约束具并规范操作，大幅减少了不良事件，让患者在约束期间获得更安全舒适的体验，这是提升满意度的基础<sup>[6]</sup>。其次，全方位的人文关怀拉近了护患距离：对清醒患

者，约束前的充分沟通、约束中的持续关注，让其感受到被尊重与关怀，缓解了对约束的抵触；对意识障碍患者，护理人员轻柔的操作、温和的话语，也让家属切实感受到护理工作的专业与温度<sup>[7]</sup>。

观察组的约束时间明显短于对照组，这说明人性化保护性约束能够有效缩短ICU患者的约束周期。约束时长往往与患者躁动程度、病情稳定情况直接相关，而观察组在这两方面都形成了优势：通过个性化评估制定的科学约束方案，搭配适配的约束具，最大限度减少了约束带来的不适感<sup>[8]</sup>；同时人文关怀措施有效缓解了患者的焦虑躁动，使其更易配合护理，加速病情恢复进程。以清醒患者为例，约束前的认知干预与约束中的情感支持，能够有效减轻躁动，减少因情绪波动引发的病情反复；对于意识障碍患者，舒适的约束方式与优化后的病房环境，减少了外界不良刺激，更利于意识恢复<sup>[9]</sup>。

综上所述，人性化保护性约束在ICU护理管理中展现出显著的应用成效。相较于传统常规约束模式，它不仅能够有效降低约束相关不良事件的发生率，提升患者及家属的护理满意度，还能缩短约束时间，充分践行了“以患者为中心”的护理理念。

## 参考文献：

- [1] 李静珊,罗梦莉,杜壮州.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用价值分析[J].智慧健康,2024,10(27):144-146.
- [2] 金银华,魏菲,周丽丽,等.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用分析[J].中国卫生产业,2022,19(21):61-63,71.
- [3] 冯桂芬.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用价值研究[J].健康之友,2020(23):191.
- [4] 王丹.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用价值研究[J].中外女性健康研究,2020(2):9-10.
- [5] 王静,张玉玲.ICU护理管理人性化保护性约束对患者不良症状发生率的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(9):134-136.
- [6] 邓慧航,胡丽丽.人性化保护性约束在ICU护理管理中对疗效的观察[J].饮食保健,2020(36):210.
- [7] 黄晴晴.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用效果评价[J].妇幼护理,2024,4(6):1448-1450.
- [8] 王艳.分析人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用[J].医学论坛,2023,5(11):183-185.
- [9] 丁晓霞.人性化保护性约束在ICU护理管理中的应用价值研究[J].母婴世界,2021(27):216.