

镇静镇痛规范化护理在重症监护室躁动患者中的应用分析

刘玉娟

上海市徐汇区中心医院 上海 200237

【摘要】：目的：探讨镇静镇痛规范化护理在重症监护室（ICU）躁动患者中的应用效果。方法：选取2024年1月至2025年12月本院ICU收治的躁动患者120例，随机数字表法分为观察组（实施镇静镇痛规范化护理方案，60例）和对照组（接受常规镇静镇痛护理，60例）。观察指标为镇静达标时间、机械通气时间及ICU住院时间，以及不良事件发生情况。结果：与对照组相比，观察组患者镇静达标时间明显缩短，机械通气时间和ICU住院时间均显著缩短，且不良事件发生率明显降低（ $P<0.05$ ）。结论：镇静镇痛规范化护理可有效缩短ICU躁动患者的镇静达标时间，减少机械通气时长，缩短ICU住院时间，减少不良事件的发生。

【关键词】：镇静镇痛；规范化护理；重症监护室；躁动患者

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.063

入住重症监护室（ICU）的危重症患者，普遍会受到原发疾病、病房特殊环境等多重刺激，进而出现程度不一的躁动症状。这类异常状态具体可表现为情绪焦虑、内心烦躁等，部分患者还会出现过激的攻击行为。若躁动症状未得到及时管控，极易诱发非计划拔管、坠床等高危不良事件，不仅会打乱既定诊疗方案，还会直接危及患者生命安全。国内各级医疗机构针对ICU患者的镇静镇痛护理工作，长期存在操作标准不统一、执行流程不规范的问题，很难稳定把控镇静镇痛效果，也在一定程度上增加了临床诊疗风险。规范化护理依托标准化操作流程与系统化管理思维开展干预，规避了传统护理的随意性与经验化短板。基于此，本文旨在探讨镇静镇痛规范化护理在ICU躁动患者中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月本院ICU收治的躁动患者120例。采用随机数字表法分为观察组和对照组。观察组中男性34例、女性26例，年龄范围25~78岁，平均年龄（ 54.32 ± 12.47 ）岁。对照组中男性32例、女性28例，年龄范围23~81岁，平均年龄（ 55.61 ± 13.28 ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者Richmond躁动-镇静量表（RASS）评分 $\geq +2$ 分，存在明确躁动表现。排除合并严重颅脑损伤或颅内高压者，入院前已存在精神疾病史或长期使用镇静镇痛药物者。

1.2 护理方法

对照组接受ICU常规镇静镇痛护理：依据临床医嘱，给予咪达唑仑或丙泊酚持续静脉泵入镇静，搭配芬太尼、瑞芬太尼完成镇痛干预。每2小时开展RASS镇静深度测评，每4小时通过NRS或CPOT工具评估疼痛，结合测评结果反馈医师并遵医嘱调药，同步持续监测患者各项生命体征与意识状态。

除常规护理以外，观察组还实施镇静镇痛规范化护理方

案，具体如下：

1.2.1 规范化评估流程

所有转入ICU的患者，均需在入院2小时内完成RASS镇静评分与CPOT疼痛评分的基线数据评估，以此明确患者初始镇静、疼痛状态。后续临床监测中，每间隔1小时重复开展RASS评分监测，每2小时完成一次CPOT疼痛评估，所有评分数据、评估时间及患者状态均详实记录于专用镇静镇痛护理记录表中。参与评估工作的护理人员，均需接受专项系统化培训，通过统一考核后方可上岗操作，最大程度降低人为评估误差，保证所有评分结果的准确性与统一性。临床根据患者病情差异设定个性化镇静目标，常规浅镇静状态控制RASS评分在-2~0分，中深度镇静状态控制评分在-3~-1分，可结合患者脏器功能、治疗需求灵活调整。

1.2.2 每日镇静中断

临床统一固定每日上午8时暂停镇静药物的持续输注，全程密切观察患者意识状态、肢体反应及配合能力，当患者可自主配合简单指令，或出现明显烦躁、躯体不适等躁动症状时，立即恢复镇静药物输注。暂停用药期间，需持续监测患者心率、血压、血氧饱和度等生命体征，动态追踪RASS评分波动情况，及时捕捉患者病情变化。针对存在重度呼吸循环功能紊乱、颅内高压等高风险的特殊患者，可结合病情危重程度，灵活调整镇静中断时长与实施方式，杜绝风险事件发生。

1.2.3 多模式镇痛方案

方案摒弃传统单一用药模式，在规范使用阿片类镇痛药物的基础上，联合对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药等非阿片类镇痛药物协同干预，同时搭配多元化非药物镇痛手段。临床可通过调整患者卧床体位、定时肢体放松护理、播放舒缓背景音乐等方式，辅助缓解患者躯体疼痛与心理焦虑，有效降低阿片类药物整体使用剂量，显著减少药物耐受、恶心呕吐、呼吸抑制等不良反应发生率。

1.2.4 目标导向性镇静管理

医护人员每日根据患者病情转归、各脏器功能恢复状态及当日诊疗、护理工作需求，共同研判并制定个体化的当日镇静镇痛目标。确定干预目标后，针对性调整药物输注速度、用药剂量及给药频次，形成“定目标、调方案、盯效果”的闭环管理模式。护理人员全程负责患者镇静疼痛状态的动态监测，及时向医师反馈评分变化与患者耐受情况，为诊疗方案调整提供可靠依据。

1.2.5 综合护理干预

病室环境管理方面，需维持病房安静整洁，弱化夜间灯光刺激，集中整合各项护理操作，减少夜间不必要的操作打扰，为患者营造良好的休养环境。针对意识清醒的患者，加强日常语言沟通交流，持续开展定向力引导，及时解答患者疑问，缓解其陌生感与恐惧感。同时辅以针对性心理安抚与认知干预，减轻重症患者常见的焦虑、躁动情绪，从环境、心理、护理操作多维度辅助改善患者镇静镇痛状态，提升整体护理效果。

1.3 观察指标

(1) 镇静达标时间、机械通气时间、ICU 住院时间。

(2) 不良事件：包括非计划拔管、坠床、呼吸抑制、低血压等。

1.4 统计学方法

运用 SPSS26.0 统计学软件，镇静达标时间、机械通气时间及 ICU 住院时间以“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，用“t”检验，不良事件发生率以[n(%)]表示，用“ χ^2 ”检验。 $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组镇静达标时间、机械通气时间及 ICU 住院时间比较

观察组所需时间均短于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 镇静达标、机械通气及 ICU 住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	60	60	—	—
镇静达标(h)	5.27 ± 1.83	8.46 ± 2.51	7.826	<0.001
机械通气(h)	68.34 ± 20.56	95.72 ± 28.43	6.014	<0.001
ICU 住院(d)	5.63 ± 2.14	8.15 ± 2.86	5.438	<0.001

2.2 两组不良事件发生率比较

观察组总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 不良事件发生情况比较 [例 (%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
----	-----	-----	------------	-----

例数	60	60	—	—
非计划拔管	1 (1.67)	6 (10.00)	4.821	0.028
坠床	0 (0.00)	1 (1.67)	1.008	0.315
呼吸抑制	2 (3.33)	7 (11.67)	4.821	0.028
低血压	2 (3.33)	4 (6.67)	0.702	0.402
合计	5 (8.33)	18 (30.00)	8.711	0.003

3 讨论

躁动是 ICU 危重症患者高发的异常临床表现，诱发原因涉及多重病理生理及环境因素。患者基础病症引发的脑部缺氧、代谢紊乱、炎性因子释放，叠加 ICU 持续光线刺激、设备噪音、睡眠中断等外界刺激，都会诱发躁动症状。该症状会增加机体氧耗与能量消耗，加重心肺功能负荷，大幅提升非计划拔管、血流动力学紊乱、躯体自伤等风险，直接延长机械通气与 ICU 住院时长，不利于患者预后恢复^[1]。临床常规镇静镇痛药物虽可控制躁动，但传统护理模式缺乏标准化评估体系与动态调药机制，多依靠临床经验被动干预，极易出现镇静过度或不足的问题。而规范化护理模式通过标准化评估、个体化目标设定和系统化管理，将被动护理转化为主动目标化干预，可快速精准调整镇静深度，有效规避各类护理弊端^[2]。

本文研究显示，观察组机械通气时间和 ICU 住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组通气时间得到有效缩减，是多项规范化护理措施共同作用的结果。每日镇静中断的干预方式，能够让患者在既定时间段内恢复自主呼吸能力与气道自我保护反射，彻底规避持续深度镇静状态对呼吸中枢的抑制作用，从根源上降低机械通气撤机困难的发生概率。多模式镇痛干预方案的落地实施，有效减少了阿片类镇痛药物的累积使用量，大幅降低了该类药物引发的呼吸抑制、胃肠道动力减弱等不良反应，为患者实现早期脱机撤机创造了良好条件^[3]。同时，标准化的镇静镇痛护理流程有效规避了躁动、非计划拔管、血流动力学波动等不良事件，减少了突发紧急插管、对症抢救等额外医疗操作，让机械通气撤机工作能够按照诊疗计划平稳推进。患者 ICU 住院时长的缩短，是通气时间减少、整体诊疗康复效率提升的综合体现。不同于传统认知中精细化护理会增加工作流程、耽误治疗进度的固有思维，这套规范化镇静镇痛护理体系，并未对患者的诊疗恢复造成负面影响。相反，该护理模式通过精准把控镇静深度、优化镇痛方案、规避各类并发症，切实加速了患者机体功能恢复，有效缩短重症监护治疗周期，为患者尽早转出 ICU、转入普通病房后续康复治疗提供了有力保障。

此外，观察组患者非计划拔管、呼吸抑制两类并发症的发生概率，相较于对照组均出现显著下降 ($P < 0.05$)。非计划拔

管作为 ICU 临床核心的护理安全隐患,是临床管控的重点内容,该事件的出现与患者躁动状态、肢体约束效果及镇静干预质量存在直接关联。规范化镇静镇痛护理模式可精准把控患者镇静深度,有效缓解重症患者的烦躁情绪,从根源上减少患者自主拔管的行为倾向。每日定时开展的镇静中断操作,能够为患者保留阶段性清醒状态,维持基础定向力,有效规避长期深度镇静诱发谵妄,进而减少谵妄状态下引发的意外拔管问题^[4]。呼吸抑制发生率的有效控制,核心优势来源于多模式镇痛的干预理念。该方案通过联合非阿片类药物与非药物镇痛手段,大幅减少阿片类镇痛药物的单日使用剂量,避免药物过量引发的

呼吸功能抑制。同时,阶段性暂停镇静药物输注的干预方式,可有效消解药物在体内的蓄积效应,降低药物对呼吸中枢的持续抑制作用^[5]。在规范化护理体系的约束下,临床各项呼吸相关指标的监测频次得到显著提升。护理人员能够敏锐捕捉患者呼吸功能异常的早期细微变化,提前预判呼吸抑制的发生风险,在最短时间内实施对症干预,切实提升临床安全管控质量。

综上所述,对 ICU 躁动患者实施镇静镇痛规范化护理,能够显著缩短镇静达标时间、机械通气时长及 ICU 住院时间,降低不良事件发生率,该护理方案的推广应用价值较高。

参考文献:

- [1] 刘亚茹.标准化镇静护理对重症监护室谵妄患者的影响[J].中国标准化,2026(4):301-305.
- [2] 林婷,许倩倩,张志强.PDCA 模式下的镇痛镇静护理对重症监护病房患者睡眠质量及谵妄发生率的影响[J].世界睡眠医学杂志,2025,12(11):2510-2513.
- [3] 古嫫芳,卓新风,黄雪丽,等.基于故障树理论和 eCASH 理念的 NSICU 患者镇静镇痛管理策略[J].中国医药科学,2024,14(4):98-101,123.
- [4] 徐佳铭,金超.舒适化浅镇静策略在神经外科重症监护室重型颅脑损伤机械通气患者中的应用研究[J].中国当代医药,2024,31(24):83-86,92.
- [5] 陈荣超,王晶晶.基于 FMEA 模式的护理干预对 ICU 气管插管机械通气患者康复和镇静镇痛的影响[J].当代医药论丛,2025,23(11):162-164.