程序化镇静护理在脓毒血症机械通气患者中的应用及对谵妄发生率、拔管成功率的影响

吴晓燕　童佳佳（通讯作者）

南京中医药大学附属第二医院 江苏省第二中医院 江苏 南京 210000

【摘　要】：目的：对临床程序化镇静护理在脓毒血症机械通气患者中的应用以及对谵妄发生率，拔管成功率影响的案例观察性研究。方法：选择 2024 年 1 月—2026 年 1 月的脓毒血症机械通气患者病例资料数 100 例，按照不同时期护理方式分为观察组和对照组，各 50 例，对照组采用常规镇痛镇静方式，观察组采用程序化镇静护理，对两组患者镇静水平时间，停药后唤醒时间，谵妄发生率以及拔管成功率和生活质量评分资料进行分析比较。结果：观察组和对照组的镇静水平时间（p＞0.05）差异无统计学意义；停药后观察组的唤醒时间明显低于对照组（p＜0.05）差异有统计学意义；治疗过程中观察组出现的谵妄发生率以及拔管成功率高于对照组（p＜0.05）差异有统计学意义；在两组的案例资料生活质量评分上，干预前，观察组和对照组的精神健康和社会功能比较（p＞0.05）差异无统计学意义；干预后，观察组的精神健康分高于对照组（p＜0.05），观察组的社会功能分较对照组高（p＜0.05）差异均有统计学意义。结论：程序化镇静护理在脓毒血症机械通气患者的应用效果显著，可以降低患者的痛苦程度，减少谵妄发生情况，有利于提高患者生活质量，促进患者良好预后。

【关键词】：程序化镇静护理；脓毒血症机械通气；谵妄；拔管成功

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.008

前言

脓毒血症又叫脓毒症，是由于机体对感染失调引起的器官功能障碍性疾病[1]。脓毒血症按严重程度可分为脓毒症、严重脓毒症以及脓毒性休克。脓毒血症的临床典型症状表现为发热。寒战。心慌气促以及精神状态的改变，严重程度可表现为意识模糊，四肢发冷，少尿或者无尿等[2]。临床上对于脓毒血症的诊断通常要参考患者的生命体征、炎症指标以及器官功能等。对于脓毒血症的治疗原则是以抗感染为基础，再通过手术清除病灶以及通过机械通气。或连续性肾脏替代疗法进行治疗，脓毒血症的治疗早期是关键[3]。尽早干预治愈率可达 70%以上，发展到中重度，患者死亡率在 30%-50%。存活患者也会造成器官损伤功能障碍，针对患者的个体差异，部分合并基础性疾病的患者治愈难度大，且为易感染人群，病情发展速度快[4]。程序化镇静护理是指通过使用药物或者技术帮助患者减轻疼痛，帮助患者保持镇静以提升患者治疗舒适度，同时能够减少并发症的发生[5]。对于脓毒血症患者的疼痛镇静治疗是非常必要的，因此对程序化镇静护理在脓毒血症机械通气患者中的应用效果进行探究。

1 收集数据

1.1 一般资料

选择 2024 年 1 月—2026 年 1 月的脓毒血症机械通气患者病例资料数 100 例，对患者进行右美托咪啶（南京正大天晴制药有限公司，国药准字：H20213542）留置静脉管针，规格 2ml：0.2mg。配成 4ug/ml 浓度以 8ug/h 剂量缓慢静脉泵入，时间超过 10 分钟。连续给药不得超过 24 小时。前期使用常规护理方式，后期引入了程序化的护理理念，给予患者实施程序化镇痛镇静治疗护理模式，观察组和对照组，各 50 例，对照组男 26 例，女 24 例，年龄 70-85 岁，平均（78.56±4.31）岁；观察组男 23 例，女 27 例，年龄 70-85 岁，平均（78.49±4.36）岁，两组在一般资料上（p＞0.05）差异无统计学意义。具有可比性。

1.2 两组资料护理方法

对照组实施常规镇痛镇静药物护理，同时监测体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度；保持气道通畅，清理口鼻分泌物，定时翻身拍背，落实呼吸机管路、湿化、无菌吸痰护理，做好约束、压疮预防，每日执行口腔、皮肤、会阴护理。

观察组实施程序化镇静镇痛治疗，组建护理小组，开展系统培训，评估病情、规范用药、处置突发状况，筛查排除用药禁忌。成立专科护理小组，由 ICU 专科护士、责任组长、质控人员组成，统一培训评估、用药、护理及并发症防控要点，落实个体化全程干预；常规护理基础上监测神志瞳孔，记录给药、唤醒时间，观察谵妄及拔管情况。

2 对比两组数据

（1）对两组患者的镇静水平时间和停药后唤醒时间进行比较；（2）对两组患者术中出现的谵妄发生率以及拔管成功率进行比较（3）对两组患者的生活质量资料评分进行分析。

2.1 两组患者的镇静水平时间和停药后唤醒时间

表 1 计量资料表格名（$\bar{x}\pm s$）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	50	50	-	-

镇静水平时间	0.29±0.06	0.27±0.05	1.811	＞0.05
停药后唤醒时间	1.54±0.64	0.23±0.02	14.467	＜0.05

注：续表1。

2.2 两组患者的谵妄发生情况以及拔管成功情况

表2 患者的谵妄发生情况以及拔管成功率（%）

组别	对照组	观察组	x^2	P
例数	50	50	-	-
谵妄发生	18(36.00)	5(10.00)	9.543	<0.05
拔管成功	38(76.00)	48(96.00)	8.306	<0.05

2.3 两组患者的生活质量评分

表3 两组患者的生活质量评分（$\bar{x}\pm s$）

组别		对照组	观察组	t	P
例数		50	50	-	-
精神健康	干预前	57.35±5.36	57.49±5.42	0.130	＞0.058
	干预后	71.89±4.35	80.57±4.15	10.209	＜0.05
社会功能	干预前	55.28±3.41	55.39±3.46	0.160	＞0.05
	干预后	70.46±3.15	80.58±3.13	16.115	＜0.05

3 统计分析方法

本次研究的所有数据均纳入SPSS 26.0软件中进行比较分析，计量资料首先行正态性检验，符合正态分布的计量资料以均数±标准差（\bar x\pm s）表示，组间比较采用独立样本t检验；不符合正态分布的计量资料以中位数（四分位数）[M(P_{25},P_{75})]表示，组间比较采用秩和检验。计数资料以例数（百分比）[n(%)]表示，组间比较采用\chi^2检验或Fisher确切概率法。若（P<0.05）差异有统计学意义。

4 得出结论

脓毒血症是临床常见的由病原微生物引发的全身机体炎症反应。是引起器官衰竭、死亡率高的一种重大疾病[6]。导致脓毒血症发生最直接的就是感染因素、当细菌入侵（如大肠杆菌、肺炎链球菌等）真菌（如念珠菌）病毒（流感病毒）或者寄生虫，当这些病原体通过呼吸道，创口以及消化道进入到血液，释放的毒素促使免疫系统开始活跃[7]。其次是未及时有效的处理感染区域，当尿路感染或脓肿、腹膜炎没有得到及时有效的治疗控制时，病原体因此可能扩散至全身血液循环，进而引发脓毒血症。免疫系统的异常反应是关键，当病原体激活了免疫细胞，会释放大量的促炎因子，进而损伤血管内皮细胞，导致微血栓形成，机能缺氧、器官功能障碍。部分患者会出现免疫抑制状态，增加了感染的风险。易感人群包括经历创伤患者、手术或侵入性操作人群，由于皮肤屏障受损，极易受到感染；免疫系统低下、慢性基础病人群、老年人与婴幼儿以及长期住院或者重症监护室患者都易感染[8]。患者长期使用药物，免疫系统对控制感染的效果减弱，免疫力低下容易受到病原体的入侵。当对患者治疗过程中未及时使用抗生素或清创引流，也会导致感染或休克。

脓毒血症的发生伴随患者外部机体症状以及内部功能障碍。患者多数会出现体温异常，高热是常见表现，（体温＞38.3℃），少部分免疫力低下患者会出现低温情况（＜36℃）会出现心率＞90次/min，呼吸＞20次/min，患者会出现缺氧症状[9]。早期患者会出现烦躁、嗜睡、后期则会引发意识模糊、谵妄、昏迷的异常精神状态。内部循坏异常则表现为持续性低血压，收缩压＜90mmHg或较基线下降＞10mmHg，患者同时出现四肢冰冷，有休克征兆；伴随明显的尿量减少，持续两小时以上的尿量＜0.5ml/kg/h，严重情况需进行透析；还会出现皮肤花斑或瘀点，因微循环障碍和凝血异常导致。患者还会出现呼吸窘迫、腹痛、恶心呕吐，消化道出血、黄疸以及电解质失衡的异常器官表现[10]。儿童脓毒血症主要表现为拒食，囟门膨隆，皮肤苍白，老年的典型症状不明显，可能伴随基础病的加重情况[11]。当有类似情况出现，要及时就医寻求专业诊治，脓毒血症的治疗强调黄金3小时和6小时原则，针对脓毒血症的治疗，及时性是关键，每延迟一小时，死亡率上升7-10%。在进行治疗的前3小时，要进行必要的感染源控制以及给予抗生素的治疗，在30分钟内启动晶体液输注；3-6小时，要进行检测指导补液，对低血压患者需增加去甲肾上腺素药物，在提示乳酸≥2mmol/L时，要持续优化供氧[12]。对呼吸衰竭的患者进行机械通气。吸氧是治疗脓毒血症患者的重要措施之一，脓毒血症患者常伴有呼吸衰竭，机械通气是通过气管插管或气管切开连接呼吸机，为患者提供合适的通气模式和参数，为患者的呼吸功能提供支持，帮助患者呼吸通畅，同时还能避免交叉感染。患者在进行治疗中机体会因此受到影响，所以，对患者进行镇静护理是必要的的。

程序化镇静护理是对患者治疗过程中进行的一套标准、规范的镇静护理管理，在保证患者镇痛效果良好情况下，通过实施镇静护理，提高患者的治疗舒适度，减少并发症的发生，提升治疗的安全有效进展。程序化镇静护理规定首先对患者状态进行评估，要确认患者是否需要镇静操作和是否有呼吸抑制、药物过敏等手术禁忌症；再根据患者的身体指标进行合适的镇静方案以及药物；评估患者的镇静水平为轻度镇静、深镇静还是躁动状态；根据患者反应调整剂量；过程中保持对患者的心率、血压，血氧饱和以及呼吸持续监测做好记录；对机械通气患者实施唤醒评估，对患者是否可以拔管进行诊断；所有步骤流程均需做好记录，注意患者的不良反应情况，做好应对措施；

最终根据病情变化对药物用量调整。程序化镇静护理能够通过调节神经系统功能以提升患者的治疗舒适度，能够有效减轻患者治疗过程中的焦虑、恐惧、有效的缓解患者疼痛，有利于治疗工作的顺利开展，还能促进患者的术后康复进程。资料显示：程序化镇静护理在脓毒血症机械通气患者应用中，能够有效缩短患者停药唤醒时间（$p<0.05$）差异有统计学意义，通过对患者指标分析，对静注深度以及的剂量的严格评价，实施程序化镇静护理有效的作用与患者机体，并且能够提高患者的治疗舒适度；实施程序化镇静护理还能有效提高患者拔管的成功率，减少了患者谵妄情况的发生率（$p<0.05$）差异有统计学意义，在程序化镇静护理方案下，护理人员对患者的细致全面护理，以及良好的药物反应，能够使药物更好地作用到治疗中，在患者进行机械通气时达到良好的镇静效果，患者机体放松，利于治疗活动的顺利开展，进而减少了患者的不良反应发生情况，有效的治疗过程以及患者的稳定状态为患者的预后周期提供了条件。资料结果分析，观察组患者的精神健康状态以及社会功能评分明显高于对照组，表明在实施程序化镇静护理下，脓毒血症通气患者不仅能够在术中保持状态稳定，还能在术后实现良好的预后目标。

因此，实施程序化镇静护理对脓毒血症通气患者的治疗是有效的，既保证了患者机体的稳定运作，又促进了专业医生治疗技术的开展，同时实现了患者预后效果和医患关系的良好发展。

参考文献：

[1] 史健,熊朝亮,雷静,等.脓毒血症早期诊断血清学标志物及预测模型研究进展[J].现代检验医学杂志,2025,40(02):214-220.

[2] 梁妤茵.风险评估下护理在重症脓毒血症患者中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(29):100-102.

[3] 蒋虎,罗韵.风险预警管理干预对重度脓毒血症患者预后的影响[J].医疗装备,2025,38(08):152-155.

[4] 安巧和,丁帅.揭开脓毒血症的疾病面貌[J].人人健康,2025,(29):90-91.

[5] 张清.程序化镇痛镇静护理干预在机械通气患者中的效果观察[J].基层医学论坛,2020,24(21):3044-3046.

[6] 王润青,杨刚,何海珊,等.基于单细胞测序数据分析晚期脓毒血症生物信息学特点[J].广州医科大学学报,2024,52(04):1-7.

[7] 汪琼,姚慧,王慧,等.基于目标导向的护理干预对脓毒血症患者 CRRT 治疗期间的效果分析[J].中外医疗,2024,43(36):181-185.

[8] 任艳霞,高巍,张鑫,等.精细化护理对脓毒血症患儿健康状况及预后的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(16):78-80.

[9] 张伊丽,王伟,曹程秀.预防性干预方案在脓毒血症卧床患者中的应用及压力性损伤的预防效果[J].山西医药杂志,2025,54(07):488-492.

[10] 马希悦.风险护理在脓毒血症患者急诊救治中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(04):124-126.

[11] 叶春华,明珠,易钦君.儿童重症脓毒血症的危险因素分析与预警模型构建[J].暨南大学学报(自然科学与医学版),2025,46(04):471-478.

[12] 岳静静,许梦歌.脓毒血症患者应用基于 6 h 复苏目标理论的护理干预对生活质量的影响[J].承德医学院学报,2025,42(03):225-229.