

# 急诊ICU患者谵妄预防中的非药物心理干预

崔继祖

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

**摘要:** 谵妄 (Delirium) 是急诊重症监护病房 (Emergency Intensive Care Unit, EICU) 中一种极为常见且危害严重的急性脑功能障碍综合征。其高发病率不仅显著延长患者的住院时间、增加医疗成本, 更与远期认知功能下降、死亡率升高密切相关。传统的药物干预在预防和治疗谵妄方面效果有限, 且伴随诸多不良反应。近年来, 以循证为基础的非药物干预策略, 特别是聚焦于心理层面的干预措施, 因其安全性高、成本效益好而受到广泛关注。本文旨在系统阐述EICU患者谵妄的流行病学特征、病理生理机制及危险因素, 并在此基础上, 深入探讨并整合当前国内外研究中有效的非药物心理干预措施, 包括ABCDEF集束化护理、多感官刺激、认知定向、家属参与式照护、音乐疗法、虚拟现实技术应用等。本文旨在为临床医护人员提供一套可操作、多维度的谵妄预防框架, 以期改善EICU患者的预后, 提升重症医学的人文关怀水平。

**关键词:** 急诊ICU; 谵妄; 非药物干预; 心理干预; 集束化护理; 预防

## 引言

急诊重症监护室 (EICU) 是接收急危重症患者的重要关口之一, 环境特殊, 患者病情变化快、病因复杂、侵入性操作多。在此高度应激环境下, 谵妄是EICU患者常见并发症, 发生率高达60% - 80%, 远超普通ICU。谵妄是患者死亡独立危险因素, 还会导致机械通气时间延长、住院日增加、出院后长期认知功能损害等不良结局。以往临床多用药控制谵妄症状, 但效果不佳且副作用严重, 甚至增加老年患者死亡风险。这促使医学界关注非药物预防策略, 心理干预作为核心, 可调节患者感知等, 减轻应激源、维护大脑功能。EICU患者有独特临床特征, 谵妄预防需更具针对性。本文将围绕EICU梳理谵妄成因, 论述循证非药物心理干预措施, 构建全面、动态、以患者为中心的预防体系。

## 1 EICU 患者谵妄的病理生理基础与危险因素

有效预防 EICU 患者谵妄, 需先理解其病理生理机制与诱发因素。谵妄是易感因素与促发因素共同作用的结果。易感因素方面, 高龄使大脑储备功能下降、神经递质失衡, 对刺激更敏感; 基础认知功能障碍降低大脑应对急性应激能力; 感觉障碍限制信息获取, 加剧误解与不安全感; 酗酒或物质滥用, 戒断可诱发谵妄; 严重基础疾病影响脑代谢。促发因素源于 EICU 特殊环境与医疗干预, 睡眠-觉醒周期紊乱破坏正常睡眠节律; 感觉剥夺与过载使大脑无法有效处理信息; 疼痛与不适激活交感神经; 多种药物及相互作用有谵妄风险; 制动与活动受限加速认知衰退; 脱水与营养不良影响神经元功能; 心理社会应激带来巨大心理负担<sup>[1]</sup>。EICU 环境将促发因素

推向极致, 患者身心俱疲、适应力差, 故针对可改变的促发因素干预, 尤其是心理手段缓冲环境应激, 是预防谵妄根本途径。

## 2 非药物心理干预的核心理念与理论基础

非药物心理干预并非单一技术的堆砌, 而是基于一系列坚实的科学理论, 形成了一套系统化的干预哲学。

### 2.1 应激-脆弱模型 (Stress-Vulnerability Model)

该模型认为, 谵妄的发生是患者内在脆弱性 (易感因素) 与外部环境应激 (促发因素) 交互作用的结果。非药物干预的核心目标就是降低外部应激强度, 同时增强患者的内在韧性。心理干预正是通过改善患者对外部世界的感知和解读, 来削弱应激源的负面影响。

### 2.2 环境心理学

ICU是一个典型的“非人化”环境, 其设计初衷是为了便于监护和抢救, 却忽视了患者的心理需求。环境心理学强调物理环境对人类行为和心理状态的塑造作用。通过优化声、光、空间布局等物理要素, 并融入人性化关怀, 可以创造一个更具支持性和康复导向的治疗环境。

### 2.3 认知行为理论

谵妄患者常伴有错误信念 (如认为医护人员要害自己) 和灾难化思维。虽然在急性期难以进行深度认知重构, 但通过提供清晰、一致的信息, 纠正患者的定向错误, 可以减少由误解引发的焦虑和躁动, 这正是认知行为干预的简化应用。

### 2.4 人本主义关怀理念

以卡尔·罗杰斯为代表的人本主义心理学强调尊重、共情和无条件积极关注。在EICU中, 这意味着将患

者视为一个完整的“人”，而非仅仅是“病”的载体。医护人员的沟通方式、态度和陪伴，本身就是最强大的心理干预。

基于以上理念，非药物心理干预的目标是：重建患者的生物节律、促进定向力、减轻焦虑与恐惧、维持认知刺激、保障舒适度，并最大限度地恢复患者的自主感和尊严。

### 3 EICU 谵妄预防中的核心非药物心理干预措施

#### 3.1 ABCDEF集束化护理：系统性干预的基石

ABCDEF集束化护理是由美国重症医学会（SCCM）提出的、旨在改善ICU患者预后的综合管理策略，其核心内容与谵妄预防高度契合。

##### 3.1.1 A(评估、预防和管理疼痛)

疼痛是谵妄的重要诱因。应常规、客观地评估患者疼痛（即使对于无法言语的患者，也可使用CPOT等量表），并优先采用非阿片类药物和非药物方法（如调整体位、冷热敷）进行镇痛，避免因疼痛控制不佳而过度使用镇静剂。

##### 3.1.2 B(自主唤醒试验与自主呼吸试验)

每日暂停或减量镇静药物（SATs），并在患者清醒时评估其拔管可能性（SBTs）。这不仅能缩短机械通气时间，更能减少苯二氮草类等高风险药物的暴露，是预防药物相关性谵妄的关键。

##### 3.1.3 C(选择合适的镇痛与镇静策略)

遵循“镇痛优先”原则，选择谵妄风险较低的镇静药物（如右美托咪定），避免使用苯二氮草类药物，并采用最小有效剂量，以维持患者能够配合指令的浅镇静状态（RASS评分-2至+1）。

##### 3.1.4 D(谵妄的评估、预防与管理)

这是集束化的核心。要求护士每班次使用经过验证的工具（如CAM-ICU或ICDSC）对所有患者进行谵妄筛查。一旦发现，立即启动非药物干预预案。

##### 3.1.5 E(早期活动与锻炼)

在血流动力学稳定的情况下，尽早开始床上活动（如坐起、被动/主动关节活动），逐步过渡到下床站立甚至行走。早期活动不仅能改善身体机能，更能提供丰富的本体感觉和前庭觉输入，对抗感觉剥夺，提振情绪，是强有力的谵妄预防措施。

##### 3.1.6 F(家属参与和赋权)

鼓励家属在探视期间参与患者的日常照护，如协助沟通、进行简单的认知刺激、播放熟悉的音乐等。家属的存在能极大缓解患者的孤独和焦虑，他们是患者与外界最重要的情感纽带。

#### 3.2 认知与定向干预

谵妄的核心症状之一是定向力障碍（对时间、地点、人物的混淆）。持续的认知刺激和定向强化是重要的心理干预手段。（1）现实导向：在患者床头放置大型、清晰的日历和时钟，帮助其建立时间概念。医护人员每次接触患者时，都应自我介绍、告知当前日期、时间和地点。可以用简单、清晰的语言解释患者的病情、所处位置（“您现在在XX医院的急诊重症监护室，我们正在全力救治您”）以及正在进行的操作<sup>[2]</sup>。（2）记忆辅助工具：为患者准备一个“记忆板”或“信息板”，上面写有患者姓名、家人的名字和照片、主治医生和护士的名字、当天的日期等关键信息。这为患者提供了一个随时可以参考的定向锚点。（3）认知刺激活动：根据患者的意识状态和配合度，进行适度的认知活动。例如，与患者讨论其家庭、爱好等熟悉的话题；进行简单的算术题或词语联想；阅读报纸或书籍（如果视力允许）。这些活动旨在激活大脑皮层，维持认知功能。

#### 3.3 感觉调节与环境优化

针对EICU的感觉剥夺与过载问题，采取主动的感觉调节策略至关重要。（1）听觉干预：制定并执行“安静时段”制度，在特定时间段（如夜间）调低监护仪音量、减少非紧急的交谈和走动。使用耳塞可以帮助部分患者隔绝突发噪音。播放患者喜欢的、舒缓的音乐已被证明能有效降低焦虑、心率和血压，改善睡眠质量，从而间接预防谵妄。音乐的选择应个体化，最好由家属提供。（2）视觉干预：模拟自然昼夜节律，白天保持病房明亮，夜间则调暗灯光，营造黑暗环境，有助于调节褪黑素分泌，重建正常的睡眠-觉醒周期。确保视力或听力障碍的患者能及时佩戴眼镜和助听器，这是最基本也是最重要的感觉输入保障。（3）触觉与本体觉干预：除了早期活动外，温和的按摩、握手、抚摸等非语言的肢体接触，能传递关怀与安全感，对无法言语交流的患者尤为重要。

#### 3.4 家属参与式照护（Family-Centered Care）

家属是EICU患者不可或缺的支持系统。将家属纳入照护团队，是心理干预中最具人文温度的一环。（1）信息透明与沟通：医护人员应定期、坦诚地向家属通报病情，解答疑问，减轻其自身的焦虑，使其能以更平和的心态陪伴患者<sup>[3]</sup>。（2）赋能家属：教导家属如何与谵妄患者有效沟通（如使用简单句子、保持眼神接触、耐心倾听），如何进行现实导向，如何播放音乐或朗读故事。让家属感觉自己是有用的，能为亲人的康复贡献力量。（3）弹性探视制度：在保证医疗安全的前提下，尽

可能实行开放式或延长探视时间。家人的声音、面容和触摸是任何药物都无法替代的良药。研究表明,家属的陪伴能显著降低患者的谵妄发生率和严重程度。

### 3.5 新技术的应用:虚拟现实(VR)与数字疗法

随着科技的发展,一些创新的心理干预手段开始进入ICU领域。(1)虚拟现实(VR)疗法:通过VR头盔,患者可以暂时“逃离”ICU的压抑环境,置身于宁静的海滩、森林或家中客厅等放松场景中。这种沉浸式的体验能有效分散患者对疼痛和不适的注意力,减轻焦虑,提供积极的心理暗示。初步研究显示,VR干预在ICU患者中具有良好的接受度和安全性<sup>[4]</sup>。(2)数字认知训练平台:开发适用于ICU平板电脑或屏幕的简易认知游戏和训练程序,可根据患者的意识水平动态调整难度,提供个性化的认知刺激。

## 4 EICU 场景下的实施挑战与对策

### 4.1 挑战一:人力资源紧张

EICU护士工作负荷极重,执行复杂的非药物干预措施(如早期活动、个性化沟通)需要额外的时间和精力。对策:将非药物干预措施标准化、流程化,并嵌入到日常护理工作中。利用多学科团队合作,如由康复师主导早期活动,由社工或志愿者协助家属沟通。管理层应认识到其长远价值,在人力配置上给予适当倾斜。

### 4.2 挑战二:患者病情不稳

EICU患者病情瞬息万变,许多干预措施(如早期下床)的安全性需要严格评估。对策:制定详细的、基于患者血流动力学和呼吸状态的早期活动准入和排除标准。干预措施应遵循“循序渐进、个体化”的原则,从最基础的定向和感觉调节做起。

### 4.3 挑战三:医护人员认知不足

部分医护人员可能仍将谵妄视为不可避免的并发症,或对非药物干预的有效性持怀疑态度。对策:加强培训和教育,通过案例分享、工作坊等形式,普及谵妄

的危害和非药物干预的循证依据,转变观念,培养“谵妄零容忍”的文化。

### 4.4 挑战四:缺乏统一的评估与反馈机制

难以量化非药物干预的效果,不利于持续改进。对策:建立结构化的数据收集系统,追踪谵妄发生率、持续时间、非药物干预措施的执行率等指标,并将其纳入科室的质量改进项目。

## 5 结语

急诊ICU患者谵妄预防是复杂紧迫的系统工程,单纯依赖药物的时代已过。当前,以ABCDEF集束化护理为基础,融合认知定向、感觉调节等多元化非药物心理干预措施,是最前沿有效的预防策略。这体现了从“以疾病为中心”到“以患者为中心”的范式转变,是对重症患者的深切关怀。在EICU中,每一次交流、鼓励与熟悉旋律,都是对抗谵妄的有力武器,能稳定患者心智、点燃求生希望。未来,非药物心理干预会更丰富精准。临床工作者应秉持循证精神,克服实施障碍,将其常规化、标准化,降低EICU谵妄发生率、改善患者远期生活质量,这既是医学技术进步,更是医学人文精神的彰显。

## 参考文献

- [1] 司凌慧,周正,达志,等.急诊脑出血患者谵妄现状及风险因素分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2026,20(03):86-91.
- [2] 孙赞赞,杨丽萍,朱丽群,等.急诊非重症监护室老年病人谵妄风险评估与预防的证据总结及应用[J].护理研究,2025,39(21):3602-3609.
- [3] 付绪华.谵妄早期评估及干预对急诊重症患者临床结局的影响分析[J].智慧健康,2025,11(22):133-135+139.
- [4] 高君瑜,刘年香,蒋玲玲,等.基于意识模糊评估法的谵妄预防护理对急诊严重创伤患者的效果[J].名医,2024,(17):111-113.