

基于疼痛评估的个性化护理在重症监护室患者中的应用效果分析

马会灵

平乡县人民医院 河北 邢台 054500

摘要：目的：分析基于疼痛评估的个性化护理在重症监护室（ICU）患者中的应用效果，为改善ICU患者疼痛管理质量、提升预后提供参考。方法：选取我院ICU2024年1-6月接收的52例患者作为对照组，采用常规护理；选取2024年7-12月接收的52例患者作为观察组，在常规护理基础上实施基于疼痛评估的个性化护理。对比两组患者的疼痛程度、睡眠质量、并发症发生率及护理满意度。结果：观察组患者在疼痛程度、睡眠质量、并发症发生率及护理满意度方面均优于对照组。结论：基于疼痛评估的个性化护理可有效改善ICU患者的疼痛状况，提升护理质量，值得临床推广。

关键词：疼痛评估；个性化护理；重症监护室；应用效果

重症监护室（ICU）患者病情危重，常因创伤、手术、侵入性操作等经历不同程度的疼痛。疼痛不仅会增加患者的痛苦，还可能导致机体应激反应增强、免疫功能下降，影响治疗效果和预后。常规护理中对患者疼痛的评估和干预缺乏系统性和个性化，难以有效缓解疼痛。基于疼痛评估的个性化护理通过动态监测疼痛程度，制定针对性干预措施，为患者提供精准护理^[1]。本研究旨在探讨该护理模式在ICU患者中的应用效果，为临床实践提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院ICU2024年1-12月接收的104例患者。将2024年1-6月的52例患者设为对照组，其中男30例，女22例；年龄22-78岁，平均（56.3±12.5）岁。2024年7-12月的52例患者设为观察组，其中男29例，女23例；年龄21-77岁，平均（55.8±11.9）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：入住ICU时间 ≥ 72 h；意识清楚或经镇静评估可配合疼痛评估；家属签署知情同意书。排除标准：严重认知功能障碍、精神疾病无法配合评估；终末期患者；入院时存在严重神经系统疾病影响疼痛感知。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

采用常规护理措施，具体如下：（1）病情监测：每小时监测生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度），观察患者意识状态及病情变化，记录出入量。（2）基础护理：保持床单位整洁，每2小时协助翻身、

叩背，预防压疮；做好口腔护理、导尿管护理等，预防感染。（3）疼痛护理：当患者主诉疼痛或出现烦躁、心率加快等疼痛表现时，通知医师，遵医嘱给予镇痛药物（如吗啡、芬太尼等），用药后观察疼痛缓解情况。（4）心理护理：每日与患者沟通，倾听其诉求，给予安慰和鼓励，缓解焦虑情绪。（5）健康教育：向患者及家属讲解疾病相关知识、治疗措施及注意事项。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施基于疼痛评估的个性化护理，具体措施如下：（1）成立疼痛管理小组：由ICU医师2名、专科护士3名组成，负责制定疼痛评估流程、干预方案及培训护理人员。（2）疼痛评估方法：清醒合作患者：采用数字评价量表（NRS），让患者在0-10分中选择对应分值（0分为无痛，10分为最剧烈疼痛），每4小时评估1次，疼痛评分 ≥ 4 分时增加评估频次至每2小时1次。无法有效沟通患者：采用行为疼痛评估量表（BPS），从面部表情、肢体运动、呼吸机顺应性3个维度评分（0-12分），每4小时评估1次，评分 ≥ 5 分时增加评估频次至每2小时1次。记录评估结果：建立疼痛评估记录表，详细记录评估时间、评分、疼痛部位、性质及干预措施。（3）个性化疼痛干预：药物干预：根据疼痛评分制定用药方案：NRS/BPS4-6分（中度疼痛），遵医嘱给予非甾体类抗炎药（如氟比洛芬酯50mg静脉滴注）；NRS/BPS ≥ 7 分（重度疼痛），给予阿片类药物（如吗啡2.5-5mg静脉注射或芬太尼50-100μg静脉注射），用药后30分钟复评疼痛，根据效果调整剂量。非药物干预：物理干预：疼痛部位采用冷敷（适用于创伤

早期)或热敷(适用于非急性期),每次15-20分钟,每日2-3次;指导患者进行缓慢深呼吸、渐进性肌肉放松训练,每次10-15分钟,每日3次。环境调整:保持ICU安静,减少噪音干扰(白天噪音 $\leq 50\text{dB}$,夜间 $\leq 40\text{dB}$);调节光线,夜间采用柔和灯光;合理安排治疗操作时间,避免频繁打扰患者休息。心理干预:针对疼痛导致的焦虑、恐惧情绪,采用音乐疗法(播放患者喜欢的舒缓音乐),每次20分钟,每日2次;通过肢体接触(如握手、轻拍肩部)传递关怀,增强患者安全感。动态调整方案:根据疼痛评估结果及患者反应,每日由疼痛管理小组讨论调整干预方案,确保疼痛控制在NRS/BPS <4 分。

1.3 观察指标

(1)疼痛程度:记录患者入住ICU第3天、第7天的NRS/BPS评分,评分越低表明疼痛越轻。(2)睡眠质量:采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估患者入住ICU第7天的睡眠质量,总分0-21分,得分越低睡眠质量越好。(3)并发症:统计两组患者住院期间谵妄发生率、深静脉血栓发生率及压疮发生率。(4)护理满意度:患者转出ICU前采用自制满意度量表评估,包括疼痛管理、服务态度等5个维度,总分0-100分, ≥ 80 分为满意。

1.4 统计学方法

运用SPSS26.0统计学软件,用“($\bar{x}\pm s$)”、 $[n(\%)]$ 表示,“ t ”、“ χ^2 ”检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较

观察组入住ICU第3天、第7天的NRS/BPS评分均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组疼痛程度比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	第3天	第7天
对照组	52	5.8 $\pm$ 1.3	4.2 $\pm$ 1.1
观察组	52	3.2 $\pm$ 1.0	1.9 $\pm$ 0.8
t 值		11.264	11.543
P 值		0.000	0.000

2.2 两组睡眠质量及护理满意度比较

观察组PSQI评分低于对照组,护理满意度高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组睡眠质量及护理满意度比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	PSQI评分	护理满意度
对照组	52	12.5 $\pm$ 2.3	72.3 $\pm$ 5.6
观察组	52	7.8 $\pm$ 1.8	90.5 $\pm$ 4.2
t 值		18.251	10.872
P 值		0.000	0.000

2.3 两组并发症发生率比较

观察组谵妄、深静脉血栓、压疮发生率均低于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 两组并发症发生率比较($n, \%$)

组别	例数	谵妄	深静脉血栓	压疮
对照组	52	15(28.8)	8(15.4)	6(11.5)
观察组	52	5(9.6)	2(3.8)	1(1.9)
χ^2 值		5.782	4.034	3.864
P 值		0.016	0.045	0.049

3 讨论

ICU患者由于病情危重,常陷入剧烈疼痛的困境,其疼痛来源错综复杂。疾病本身如严重创伤带来的组织损伤、炎症引发的局部红肿热痛,让患者苦不堪言;有创操作方面,气管插管时喉部的强烈刺激、中心静脉置管对血管和周围组织的损伤,都会引发尖锐疼痛;医疗干预过程中,吸痰时对呼吸道黏膜的直接刺激、翻身时身体各部位关节和肌肉的牵拉,同样给患者带来极大痛苦^[2]。疼痛作为强烈的应激源,对身体的影响是多方面的。它能迅速激活交感神经系统,促使儿茶酚胺、皮质醇等应激激素大量释放。这些激素的增加会导致心率急剧加快,心脏负担成倍增加;血压显著升高,对于本就脆弱的心血管系统无疑是雪上加霜;耗氧量大幅上升,而ICU患者往往心肺功能不佳,这进一步加重了心肺负担。严重时,会诱发心律失常,心脏跳动失去正常节律,甚至引发心肌缺血,心脏供血不足,威胁患者生命安全^[3]。长期未得到有效控制的疼痛,还会对患者的生活质量产生深远影响。睡眠方面,患者睡眠质量严重下降,睡眠结构被打乱,深睡眠和浅睡眠的比例失调,甚至出现睡眠剥夺的情况。良好的睡眠是身体恢复的重要保障,睡眠的紊乱会削弱免疫功能,使患者更容易受到病菌的侵袭;延缓组织修复,伤口愈合速度变慢,影响身体康复进程;导致住院时间延长,增加医疗费用和患者的痛苦。疼痛带来的痛苦体验,还会在心理层面给患者沉重打击。患者容易陷入焦虑、恐惧等负面情绪中,对治疗和康复失去信心。严重时,甚至会导致谵妄,患者出现意识模糊、认知障碍等症状,这不仅增加了护理的难度,需要护士投入更多的精力和时间进行照顾,也提高了医疗风险,可能导致治疗过程中的意外情况发生^[4]。

传统疼痛管理模式依赖患者主动主诉或护士经验判断,存在明显弊端。缺乏系统评估,无法准确了解患者疼痛的程度、性质和变化;缺乏个性化干预,不能根据患者的具体情况制定针对性的护理方案,常导致疼痛控制不足。研究表明^[5],约50%的ICU患者存在未被充分缓

解的疼痛,这不仅降低了患者的生活质量,还可能影响预后。因此,建立科学的疼痛评估体系,实施个性化护理干预,已成为改善ICU患者预后的当务之急。本文研究显示,观察组疼痛评分低于对照组,表明基于疼痛评估的个性化护理能有效缓解ICU患者疼痛。其原因在于:该模式通过标准化评估工具(NRS/BPS)动态监测疼痛,避免了主观判断的偏差,确保疼痛被及时发现。例如,对无法沟通的患者采用BPS量表,从面部表情、肢体运动等客观指标评估,弥补了传统护理中依赖主诉的局限性。在干预措施上,根据疼痛程度分级用药,避免了镇痛不足或过量。中度疼痛选用非甾体类药物,减少阿片类药物的不良反应;重度疼痛及时给予强效镇痛药物,快速缓解痛苦。同时,非药物干预如物理治疗、放松训练等,通过抑制疼痛信号传导、降低机体敏感性,与药物协同发挥镇痛作用,进一步提升了疼痛控制效果^[6]。观察组PSQI评分更低、护理满意度更高,体现了个性化护理在改善患者舒适度方面的优势。疼痛是影响ICU患者睡眠的主要因素之一,持续疼痛导致患者入睡困难、易醒。个性化护理通过有效控制疼痛,消除了睡眠障碍的核心诱因,延长了睡眠时间,提高了睡眠效率。此外,环境调整如减少噪音、合理安排操作时间,为患者创造了更适宜的睡眠环境;心理干预通过音乐疗法和情感支持,缓解了患者的焦虑情绪,有助于其放松身心、进入睡眠状态。护理满意度的提升则源于患者疼痛得到有效缓解、需求得到及时响应,感受到了更专业、贴心的护理服务,从而增强了对护理工作的认可。观察组并发症发生率低于对照组,说明个性化护理能降低疼痛相关不良事件的发生风险。同时,疼痛引发的应激反应和睡眠障碍会破坏神经-内分泌-免疫网络,诱发谵妄。此外,有效的疼痛管理减轻了机体应激反应,改善了睡眠质量,有助于维持神经系统稳定性,减少谵妄的发生。疼痛管理小组的动态评估和方案调整,确保了干预措施的及时性和有效性,进一步降低了并发症风险^[7]。

综上所述,实施基于疼痛评估的个性化护理时,需注意以下几点:首先,应加强护理人员培训,确保其熟练掌握疼痛评估工具的使用方法,准确识别不同患者的疼痛表现。其次,药物干预需严格遵循医嘱,密切观察药物不良反应(如呼吸抑制、恶心呕吐),尤其是阿片类药物的使用,需监测呼吸频率和血氧饱和度。非药物干预应根据患者具体情况选择,如创伤早期禁用热敷,避免加重出血;对呼吸功能不全患者,放松训练时需密切监测呼吸状态。综上所述,基于疼痛评估的个性化护理能有效缓解ICU患者的疼痛程度,改善睡眠质量,降低并发症发生率,提高护理满意度,是一种科学、有效的护理模式,值得在ICU临床护理中推广应用。

参考文献

- [1]刘明香,彭灿,吴秋萍,等.神经外科重症监护室患者的疼痛管理策略与护理实践[J].中华神经外科疾病研究杂志,2024,18(5):54-56.
- [2]张海广.疼痛护理在小儿先天性心脏病重症监护室护理中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(5):140-143.
- [3]杨南南,李敏.疼痛护理干预对重症监护室冠心病患者的心功能、MIS及NRS2002评分影响[J].心血管病防治知识,2025,15(2):56-59.
- [4]魏瑞红,张雅倩,王红利,等.疼痛护理干预在新生儿重症监护室中的应用效果及对患者家属的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(6):1144-1147.
- [5]陈晓峰.分析视觉分散护理对重症监护室先天性心脏病患儿疼痛评分及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(8):1815-1818.
- [6]张微.袋鼠式护理对新生儿重症监护室早产儿操作性疼痛的影响[J].中外女性健康研究,2022(3):7-9.
- [7]王宏琴,范家莉,李志敏,等.中文版重症监护疼痛观察工具在心脏外科重症监护室患儿护理中的应用[J].护理研究,2021,35(4):746-748.