

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

成人危重症患者疼痛与躁动评估管理规程

Procedures for the Assessment and Management of Pain and Agitation in Adult

Critically Ill Patients

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间：2026-4-8)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	II
1 引言	1
2 范围	1
3 规范性引用文件	1
4 术语和定义	2
4.1 疼痛	2
4.2 躁动	2
4.3 镇痛	2
4.4 镇静	2
4.5 目标导向镇静	2
4.6 每日镇静中断	2
5 缩略语	3
6 基本要求	3
6.1 机构要求	3
6.2 人员要求	3
6.3 管理制度要求	4
7 评估工具选择与实施	4
7.1 疼痛评估	4
7.2 躁动/镇静评估	5
7.3 谵妄筛查	5
8 管理策略	5
8.1 基本原则	5
8.2 非药物干预	6
8.3 药物干预	6
9 监测与记录	7
9.1 生理参数监测	7
9.2 评估记录要求	7
9.3 不良事件监测	8
10 质量控制与改进	8
10.1 质量控制指标	8
10.2 培训与考核	8
10.3 持续改进	9

前 言

本文件依据GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西产学研科学研究院提出。

本文件由广西电子商务企业联合会归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

本文件为首次发布。

成人危重症患者疼痛与躁动评估管理规程

1 引言

危重症患者因原发疾病、有创操作及 ICU 环境应激等因素，疼痛与躁动发生率较高，其管理规范与否直接影响患者预后及医疗安全，不规范管理易诱发意外拔管、谵妄等不良事件，增加医疗资源消耗。国家层面持续推进重症医学服务能力建设，出台多项相关政策规范诊疗行为；国际上 PADIS 2025 指南等循证证据不断更新，为临床疼痛与躁动管理提供了权威指导。为衔接政策与循证指南，规范各级医疗机构成人危重症患者疼痛与躁动评估管理，破解诊疗不均衡难题，保障医疗质量，结合我国临床实践，制定本规程，助力重症医学高质量发展。

2 范围

明确了成人危重症患者疼痛与躁动评估管理的基本要求、评估工具选择与标准化实施、分层管理策略、药物规范化应用、全程监测与精准记录、并发症预防与处置、质量管理与持续改进等核心内容，全面覆盖疼痛与躁动管理全流程、各环节，为临床实践提供系统性、可操作性的规范指导。适用于全国各级医疗机构（含三级医院、二级医院、基层医疗机构及专科医院）重症医学科（ICU）从事成人危重症患者疼痛与躁动评估管理的医师、护士及其他相关专业人员，作为各级医疗机构开展相关工作的统一标准与重要依据，同时为重症医学专科建设、人才培养、质量控制提供支撑，助力实现全国重症医学医疗服务同质化发展。

3 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用不可或缺。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件；凡是不注日期的引用文件，其最新版本（含所有修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则

WS/T 800-2022 重症医学科建设与管理指南

T/CRHA 109—2024 成人 ICU 患者镇痛镇静治疗规范

国家卫生健康委国卫医政发〔2023〕12号 全面提升医疗质量行动（2023-2025年）

国家卫生健康委等八部门国卫医政发〔2024〕14号 关于加强重症医学医疗服务能力建设的意见

国家卫生健康委办公厅重症医学专业医疗质量控制指标（2024年版）

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件，用于统一规范全国各级医疗机构临床表述，规避诊疗偏差，确保临床操作的一致性与准确性。

4.1 疼痛

与实际或潜在组织损伤相关的不愉快感觉及情绪体验，包括躯体性疼痛、内脏性疼痛及神经病理性疼痛，是危重症患者最常见的不适症状之一，需通过科学评估实施及时、有效的干预。

4.2 躁动

由内在疾病、治疗刺激或环境因素引发的过度运动活动、不协调行为或情绪激动状态，常表现为四肢乱动、试图拔除各类管路、不遵从医护指令、攻击行为等，是导致意外事件的重要诱因。

4.3 镇痛

采用药物或非药物手段，减轻或消除患者疼痛的规范化医疗过程，是危重症患者镇静管理的基础，也是提升患者舒适度、改善预后的关键措施。

4.4 镇静

采用药物或非药物手段，适度降低中枢神经系统兴奋性，减轻患者躁动与焦虑，维持患者安静状态，保障治疗顺利实施的医疗干预措施，需严格遵循“最小化镇静”原则。

4.5 目标导向镇静

根据患者病情严重程度、治疗需求及个体差异，预设明确的镇静深度目标，以此为基准开展药物滴定与动态调整的标准化策略，实现“精准镇静、个体化镇静”。

4.6 每日镇静中断

针对接受持续镇静治疗的有创机械通气患者，每日定时暂停镇静药物输注，直至患者清醒并可执行指令，用于评估神经功能、判断脱离呼吸机可能性的规范化管理措施，是优化镇静治疗、减少并发症的重要手段。

5 缩略语

下列缩略语适用于本文件，用于统一临床沟通与记录规范，提升诊疗效率，避免表述歧义。ICU：重症医学科（Intensive Care Unit）；CPOT：重症监护疼痛观察工具（Critical-Care Pain Observation Tool）；BPS：行为疼痛量表（Behavioral Pain Scale）；RASS：Richmond 躁动-镇静评分（Richmond Agitation-Sedation Scale）；SAS：镇静-躁动评分（Sedation-Agitation Scale）；CAM-ICU：ICU 意识模糊评估法（Confusion Assessment Method for the ICU）；NRS：数字评定量表（Numerical Rating Scale）；VAS：视觉模拟评分（Visual Analogue Scale）；PADIS：疼痛、焦虑、躁动/镇静、谵妄、制动和睡眠中断（Pain, Anxiety, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption）；BIS：脑电双频指数（Bispectral Index）

6 基本要求

6.1 机构要求

6.1.1 医疗机构应严格按照《关于加强重症医学医疗服务能力建设意见》《重症医学科建设与管理指南》要求，配备开展疼痛与躁动评估管理所需的标准化设备，包括多功能监护仪、呼吸机、输液泵/注射泵、BIS 监测仪等，保障评估与治疗工作有序开展；二级以上综合医院、有条件的中医医院及相关专科医院应独立设置重症医学科，按标准配备相关设备，储备可转换 ICU 床位，满足平急结合的诊疗需求。

6.1.2 ICU 应配备经镇痛镇静专业规范化培训的医师与护士，人员配置严格符合 WS/T 800-2022 及国卫医政发〔2024〕14 号文件要求，其中三级综合医院、中医医院等综合 ICU 床医比不低于 1:0.8，床护比不低于 1:3，确保能够提供高质量的疼痛与躁动管理服务。

6.1.3 三级医院 ICU 应建立镇痛镇静专业小组或快速反应团队，负责本机构及区域内疼痛与躁动管理的技术指导、质量控制、疑难病例会诊等工作；二级医院及基层医疗机构 ICU 应明确专人负责疼痛与躁动管理质量控制，加强与上级医院的协作联动，提升诊疗水平，助力优质医疗资源下沉。

6.2 人员要求

6.2.1 从事疼痛与躁动评估管理的医师应具备重症医学专业资质，熟练掌握镇痛镇静药物的药理学特性、相互作用及个体化应用原则，具备危重症患者疼痛与躁动的识别、评估、干预及并发症处置能力，定期参与培训与考核，持续提升专业素养。

6.2.2 从事疼痛与躁动评估管理的护士应经国家级或省级规范化培训并考核合格，每年至少接受 1

次复训，熟练掌握各类评估工具的使用方法、药物输注护理、不良反应监测及非药物干预措施的实施，具备敏锐的病情观察能力，及时识别患者疼痛与躁动信号并反馈处置。

6.2.3 所有评估人员应熟练掌握 CPOT、RASS 等核心评估工具的使用方法，定期开展评估一致性检验，合格率不低于 90%；各级医疗机构应建立评估人员资质管理制度，未通过考核者不得独立开展评估工作，确保评估结果的准确性与统一性，为精准干预提供可靠依据。

6.3 管理制度要求

6.3.1 医疗机构应结合本规程及自身实际，制定疼痛与躁动评估管理的标准化流程、个体化干预方案及应急预案，明确各岗位职责，规范评估、干预、监测、记录各环节操作，确保管理工作制度化、规范化、同质化，严格落实全面提升医疗质量行动要求。

6.3.2 建立健全镇痛镇静医嘱审核制度，由高年资重症医师或临床药师定期对镇痛镇静医嘱进行审核，重点核查药物选择、剂量、给药途径及联合用药合理性，及时纠正不合理医嘱，防范用药风险，保障患者用药安全。

6.3.3 建立镇痛镇静相关不良事件报告制度，纳入医疗机构不良事件管理体系，对低血压、呼吸抑制、意外拔管等不良事件进行常态化监测、分类分析、根因排查，制定针对性改进措施，持续优化管理流程；按要求向同级医疗质量控制部门报备，参与全国重症医学质量数据共享，推动行业整体水平提升。

7 评估工具选择与实施

7.1 疼痛评估

7.1.1 对于可自主表达的成人危重症患者，首选 NRS 或 VAS 进行疼痛评估，确保评估结果贴合患者主观感受。NRS 评分范围为 0~10 分，0 分表示无痛，1~3 分为轻度疼痛，4~6 分为中度疼痛，7~10 分为重度疼痛；评估时应耐心引导患者准确表达，规避外界干扰，确保评分真实、可靠。

7.1.2 对于无法自主表达但具备运动功能的有创机械通气患者，应统一使用 CPOT 进行疼痛评估，实现评估标准化。CPOT 包含面部表情、身体运动、肌肉紧张度和对呼吸机顺应性（有创通气患者）或发声（无创通气/非插管患者）4 个条目，总分 0~8 分，CPOT 评分 ≥ 2 分提示存在临床意义的疼痛，需及时采取镇痛干预措施。

7.1.3 对于无法自主表达且接受神经肌肉阻滞剂治疗的患者，可选用 BPS 进行疼痛评估，弥补评估盲区。BPS 包含面部表情、上肢运动、呼吸机顺应性 3 个条目，总分 3~12 分，BPS 评分 ≥ 5 分提示存在疼痛，需结合患者生理指标变化综合判断，避免漏判或误判。

7.1.4 疼痛评估频率应严格遵循标准化要求，常规情况下每 4 小时评估 1 次；实施翻身、吸痰、伤

口护理、有创操作等疼痛相关操作前后，应追加评估 1 次，及时掌握操作对患者疼痛的影响；调整镇痛药物剂量后 15~30 分钟内，应复评疼痛评分，评估药物疗效，动态调整治疗方案。

7.2 躁动/镇静评估

7.2.1 全国各级医疗机构 ICU 应统一使用 RASS 作为躁动/镇静评估工具，实现评估标准全国统一，助力医疗服务同质化。RASS 评分范围为-5 分（无法唤醒）至+4 分（有攻击性），常规情况下，成人危重症患者目标镇静深度为-2 分（轻度镇静）至 0 分（清醒且平静），兼顾患者舒适度与治疗安全性。

7.2.2 针对特殊患者群体，应结合病情特点个体化设定 RASS 目标值，体现精准化管理理念：急性呼吸窘迫综合征（ARDS）早期或颅内高压患者：为降低脑组织氧耗、保障呼吸功能稳定，可设定 RASS 目标值为-3~-2 分；撤机困难患者：为便于评估呼吸功能、促进早日撤机，应维持 RASS 目标值为 0~+1 分，保持患者清醒且配合；接受神经肌肉阻滞剂治疗者：应联合使用 BIS 监测，BIS 目标值为 60~70，结合 RASS 评分综合判断镇静深度，避免镇静过深或过浅。

7.2.3 躁动/镇静评估频率应符合临床诊疗规范，启动镇痛镇静治疗后，每 1 小时评估 1 次，密切监测镇静效果；患者病情稳定后，可调整为每 4 小时评估 1 次；调整镇静药物剂量后 15~30 分钟内，应复评 RASS 评分，及时优化药物剂量；每日镇静中断期间，每 15 分钟评估 1 次，动态观察患者意识恢复情况。

7.2.4 每日镇静中断应严格遵循标准化流程，对于接受持续镇静治疗超过 24 小时的有创机械通气患者，应于每日晨间 7:00~8:00 统一暂停镇静药物输注，直至患者清醒并可执行至少 3 项指令（如睁眼、注视、握手），重新评估患者神经功能及镇静需求，调整目标镇静深度，减少镇静药物蓄积，降低谵妄及呼吸机相关性肺炎等并发症发生率，助力患者早日康复。

7.3 谵妄筛查

7.3.1 所有入住 ICU 的成人危重症患者，应每日使用 CAM-ICU 进行谵妄筛查，评估频率不低于每日 1 次，实现谵妄早发现、早干预，降低谵妄相关不良预后风险，严格落实重症医学质量控制要求。

7.3.2 对于机械通气、脓毒症、老年（ ≥ 65 岁）、有痴呆病史等谵妄高危患者，应加密评估频率，每班（每 8~12 小时）评估 1 次，重点监测患者意识状态变化，及时识别谵妄早期信号，采取针对性干预措施，改善患者预后。

8 管理策略

8.1 基本原则

8.1.1 优先镇痛原则：严格遵循“镇痛优先、镇静为辅”的核心原则，实施镇静治疗前，应首先全

面评估患者疼痛程度，采取有效镇痛措施，待疼痛得到充分控制后再开展镇静干预，采用以镇痛为基础的镇静策略，减少镇静药物用量，降低不良反应发生率。

8.1.2 最小化镇静原则：在保障患者安全、耐受及治疗顺利实施的前提下，维持最浅的目标镇静深度，优先采用每日镇静中断或浅镇静策略，避免过度镇静引发的呼吸抑制、循环障碍、谵妄等并发症，缩短患者机械通气时间及 ICU 住院天数，节约医疗资源。

8.1.3 多模式管理原则：整合药物与非药物干预措施，全面实施 ABCDEF 集束化策略（评估、预防和管理疼痛；自发觉醒试验与自主呼吸试验；镇痛镇静选择；谵妄评估、预防和管理；早期活动与运动；家庭参与和授权），结合患者个体差异制定个体化管理方案，实现“精准化、多元化、全程化”管理，提升管理质量。

8.2 非药物干预

8.2.1 环境优化：严格落实 ICU 环境管理要求，保持环境安静、整洁，夜间（22:00 至次日 6:00）将报警音量调至最低有效水平（ ≤ 40 分贝），减少人员走动、设备噪音等干扰，为患者提供舒适的睡眠环境；常规为患者配备眼罩和耳塞，改善睡眠质量，减少环境应激引发的躁动，助力患者康复。

8.2.2 音乐疗法：对于焦虑水平较高、躁动风险较大的患者，可实施舒缓音乐干预，音乐节奏控制在 60~80 拍/分钟，音量 40~60 分贝，每次播放 30 分钟，每日 2~3 次，通过听觉刺激缓解患者焦虑情绪，减轻躁动，提升患者舒适度，减少镇静药物用量。

8.2.3 早期活动：严格遵循《关于加强重症医学医疗服务能力建设意见》要求，对于血流动力学稳定的成人危重症患者，应在入 ICU 后 24~72 小时内启动早期活动，遵循“循序渐进、个体化”原则，从床上被动活动（如肢体按摩、关节活动）逐步过渡至坐起、床边坐立、下床活动，活动强度根据患者耐受性动态调整；早期活动可有效预防压疮、深静脉血栓等并发症，改善患者肌肉功能，缩短康复周期。

8.2.4 认知刺激：为患者提供时钟、日历、家庭照片等定向辅助工具，帮助患者维持时间、空间定向能力；鼓励家属在做好防护的前提下参与患者护理与交流，开展认知刺激活动，缓解患者孤独感与焦虑情绪，降低谵妄和躁动发生风险，体现人文关怀。

8.3 药物干预

8.3.1 镇痛药物选择与剂量：首选阿片类药物作为成人危重症患者一线镇痛药物，根据患者疼痛程度、肝肾功能、个体耐受性等因素选择合适药物及剂量，实现精准镇痛。芬太尼：负荷剂量 0.5~1.0 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 静脉注射（注射时间 >2 分钟），维持剂量 30~100 $\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉输注；瑞芬太尼：负荷剂量 0.5~1.0 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 静脉注射（注射时间 >60 秒），维持剂量 0.05~0.20 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 持续静脉输注，密切监测药物不良反应。非阿片类镇痛药可作为多模式镇痛的辅助药物，与阿片类药物联合使用，减少

阿片类药物用量，降低不良反应风险。对乙酰氨基酚：每次 500~1000 mg，每 6 小时 1 次，静脉输注或口服，日最大剂量 4000 mg，避免过量使用导致肝损伤；酮咯酸氨丁三醇：每次 15~30 mg，每 6 小时 1 次，连续使用不超过 5 日，警惕胃肠道出血等不良反应。

8.3.2 镇静药物选择与剂量：优先推荐右美托咪定或丙泊酚用于成人危重症患者轻中度镇静，避免常规使用苯二氮草类药物，降低谵妄发生率，符合 PADIS 2025 指南推荐意见；结合我国多中心临床研究证据，环丙泊酚可作为丙泊酚的替代选择，其镇静效果不劣于丙泊酚，耐受性良好，可根据患者情况个体化选用。右美托咪定：负荷剂量 0.5~1.0 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 静脉注射（注射时间>10 分钟），维持剂量 0.2~0.7 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 持续静脉输注，最大剂量 1.5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ ；常见不良反应为低血压（发生率约 25%）和心动过缓（发生率约 15%），用药期间密切监测心率、血压，及时调整剂量。丙泊酚：维持剂量 5~50 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 持续静脉输注；连续使用超过 48 小时且剂量>50 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 时，应每日监测血清甘油三酯水平，警惕丙泊酚输注综合征（发生率约 1.1%），一旦出现异常，立即停药并采取针对性处置措施。苯二氮草类药物（咪达唑仑、劳拉西泮）仅限用于酒精戒断综合征、癫痫持续状态或深度镇静等特殊指征，连续使用不超过 48 小时，避免长期使用导致的谵妄、依赖等不良反应，用药期间加强监测，及时停药或减量。

9 监测与记录

9.1 生理参数监测

9.1.1 对接受疼痛与躁动管理的成人危重症患者，持续监测心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度等核心生理参数，每 1 小时记录 1 次，动态掌握患者生命体征变化，及时发现异常情况并干预，保障患者安全。

9.1.2 接受深度镇静（RASS ≤ -3 ）或使用神经肌肉阻滞剂的患者，应加用 BIS 监测，BIS 目标值 60~70，每 2 小时记录 1 次 BIS 值，结合 RASS 评分综合判断镇静深度，避免镇静过深导致的神经功能损伤、呼吸抑制等并发症。

9.1.3 使用阿片类药物的患者，应重点监测呼吸抑制风险，当呼吸频率 ≤ 8 次/分或血氧饱和度 $< 90\%$ 时，立即采取吸氧、停药、对症支持等措施；用药初期每 30 分钟评估 1 次呼吸功能，直至患者病情稳定，降低呼吸抑制风险。

9.2 评估记录要求

9.2.1 各级医疗机构应建立疼痛与躁动专项评估记录单（纸质或电子），实现记录标准化、规范化，记录内容包括评估时间、评估工具类型、评分结果、目标值、药物使用情况（药物名称、给药途径、剂

量、调整原因及调整后效果)、非药物干预措施及实施效果等,确保记录完整、准确、可追溯。

9.2.2 评估记录应纳入患者病程记录,每班(每8~12小时)至少总结1次疼痛与躁动管理情况,分析患者病情变化、治疗效果及存在的问题,及时调整管理方案;病程记录应规范、详实,为后续诊疗提供参考,同时满足医疗质量控制与医疗纠纷处置需求。

9.3 不良事件监测

9.3.1 建立镇痛镇静相关不良事件常态化监测机制,重点监测并记录以下不良事件:低血压(收缩压 <90 mmHg或较基础值下降 $>20\%$)、心动过缓(心率 <50 次/分)、呼吸抑制(呼吸频率 ≤ 8 次/分或血氧饱和度 $<90\%$)、意外拔管/拔管后窒息、丙泊酚输注综合征、苯二氮草类药物相关谵妄等,实现不良事件全覆盖监测。

9.3.2 不良事件发生后,相关医护人员应立即采取对症处置措施,保障患者生命安全;同时在24小时内完成根因分析,明确事件发生的原因、责任及改进措施,提交医疗机构质量控制部门备案;定期汇总不良事件数据,进行分类分析,优化管理流程,防范同类事件再次发生,落实医疗质量持续改进要求。

10 质量控制与改进

10.1 质量控制指标

严格遵循《重症医学专业医疗质量控制指标(2024年版)》要求,建立健全疼痛与躁动管理质量控制指标体系,明确目标值,实现标准化、量化管理,推动全国重症医学医疗服务质量同质化提升:

10.1.1 过程指标:疼痛评估执行率(目标 $\geq 95\%$)、镇静评估执行率(目标 $\geq 90\%$)、谵妄筛查率(目标 $\geq 90\%$)、每日镇静中断执行率(目标 $\geq 80\%$)、早期活动实施率(目标 $\geq 60\%$),确保管理流程落实到位。

10.1.2 结局指标:机械通气时间(目标 ≤ 7 日)、ICU住院天数(目标 ≤ 14 日)、意外拔管发生率(目标 $\leq 1\%$)、镇痛镇静相关不良事件发生率(目标 $\leq 5\%$)、谵妄发生率(目标 $\leq 30\%$),以结局为导向,持续优化管理策略,提升患者预后。

10.2 培训与考核

10.2.1 建立全国统一的疼痛与躁动管理培训体系,新入职ICU医护人员应在入科后1个月内完成专项培训,培训时长不低于8学时,内容涵盖本规程、评估工具使用、药物应用、并发症处置等核心内容,考核合格后方可独立执业,确保从业人员具备相应专业能力。

10.2.2 在岗人员应每年接受至少1次复训和技能考核,复训内容结合最新指南、政策及临床实践

进展及时更新；定期开展评估一致性检验，确保评估人员操作统一、结果准确，一致性检验合格率不低于 90%；将培训考核结果与个人绩效考核挂钩，提升医护人员学习积极性和专业素养，助力重症医学人才队伍建设。

10.3 持续改进

10.3.1 各级医疗机构应每季度开展 1 次质量控制数据分析，对照质量控制指标，排查管理工作中存在的问题，针对未达标指标制定针对性改进措施，明确责任分工、整改时限，跟踪整改效果，形成“监测-分析-改进-再监测”的闭环管理机制。

10.3.2 每年至少开展 1 次镇痛镇静管理专题病例讨论会，总结临床实践中的经验与问题，分享疑难病例处置思路，推广先进管理方法；加强与区域内其他医疗机构的交流合作，借鉴优质管理经验，提升本机构管理水平。

10.3.3 鼓励各级医疗机构、科研机构参与多中心质量改进项目、临床注册研究及循证医学研究，积累我国成人危重症患者疼痛与躁动管理的临床数据，推动循证证据更新，完善相关标准规范；加强国际交流合作，借鉴国际先进经验，结合我国临床实际优化管理策略，推动我国重症医学疼痛与躁动管理水平跻身国际先进行列，助力健康中国建设。
