《重症监护室老年患者护理指南》解读及启示

庄耀宁[1]，林秋英[2]，陈洁[1]，傅丽桑[3]

摘要：美国重症医学会(Society of Critical Care Medicine)于 2026 年组织 22 名跨学科专家基于 GRADE 方法制定了专门针对 ICU 老年患者的《重症监护室老年患者护理指南》，该指南围绕 5 个 PICO 问题形成 2 条“条件性推荐”建议和 3 条“无法推荐”声明，推荐证据等级均为极低。本文基于指南原文，从证据来源、方法学逻辑、推荐形成过程等维度进行解读，分析各条推荐背后的循证依据与证据局限性，并结合我国文化背景与 ICU 老年护理临床实践，探讨本土化实施路径与未来研究方向，以期为国内 ICU 老年护理实践提供参考。

关键词：重症监护病房； 老年人； 危重症患者； 谵妄； 指南解读； 老年护理

中图分类号：R459.7；R592 **DOI**：10.3870/j.issn.1001-4152.2026.20.023

Interpretation and implications of the Society of Critical Care Medicine Guidelines on caring for older adults in the ICU

Zhuang Yaoning, Lin Qiuying, Chen Jie, Fu Lisang. Respiratory Intensive Care Unit, Affiliated Hospital of Putian University, Putian 351100, China

Abstract: In 2026, the Society of Critical Care Medicine convened 22 interdisciplinary experts to develop the guidelines on caring for older adults in the ICU using the GRADE methodology. The guideline addresses five PICO questions, formulating two conditional recommendations and three no recommendation statements, all based on very low certainty of evidence. Based on the original guideline text, this article interprets the evidence sources, methodological logic, and recommendation formulation processes, analyzes the evidence-based rationale and limitations of evidence underlying each recommendation. Taking into account the clinical practice and cultural context of geriatric intensive care in China, this article explores the pathways for localized implementation and future research directions, aiming to provide a reference for geriatric ICU nursing practice in China.

Keywords: intensive care unit; older adults; critically ill patients; delirium; guideline interpretation; geriatric care

随着社会人口老龄化，老年患者在 ICU 中的占比大且持续升高[1-2]。老年危重症患者具有多病共存、生理储备下降、认知功能易受损等特点，且常需要多药联用、制动等治疗手段，谵妄风险高，ICU 后综合征风险显著增加[3]。如何提升 ICU 老年患者的照护质量、保护其功能状态与生命尊严，已成为全球重症护理领域亟待解决的问题。然而，长期以来缺乏专门针对 ICU 老年患者的高质量循证护理指南。2026 年美国重症医学会(Society of Critical Care Medicine，SCCM)发布了专门针对 ICU 老年患者的《重症监护室老年患者护理指南》(下称指南)[4]，这是重症领域首次系统回应 ICU 老年患者的独特需求，为 ICU 老年护理实践提供了循证框架，有利于推动老年重症护理标准化，以改善老年患者预后。本文基于指南原文，从证据来源、方法学逻辑、推荐形成过程等维度进行深度解读，分析各条推荐背后的循证依据与证据局限性(如偏倚风险、不精确性、不直接性、不一致性)，并结合我国文化背景与 ICU 老年护理临床实践，探讨其对中国 ICU 老年护理实践的启示与未来研究方向，以期为国内 ICU 老年护理实践提供参考。

1 指南制定的方法学特点

指南由 SCCM 组织 22 名跨学科专家制定，专家组成员涵盖重症医生、高级实践护士、注册护士、药师、物理治疗师、作业治疗师及患者代表。指南制定严格遵循推荐分级的评估、制定与评价(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, GRADE)方法[5]，围绕老年护理模式、谵妄预防、血流动力学目标、ICU 后随访等核心临床问题，形成 2 条“条件性推荐”建议和 3 条“无法推荐”声明[4]。2 名方法学专家全程参与证据评价与推荐意见形成。所有成员按国际通行标准声明利益冲突，并在指南制定各阶段(包括专家组遴选和投票环节)严格执行冲突政策。其方法学特点包括：①PICO 问题的优先级排序。专家组对最终确定的 5 个 PICO 问题进行系统评价并按优先级排序，其他未优先选入的问题以补充材料体现。这 5 个问题覆盖了 ICU 老年患者照护中最核心、最争议的领域(见表 1)。②证据透明呈现。对于每个 PICO 问题，指南明确报告了纳入的研究数量、研究设计、样本特征、效应估计值及置

作者单位：莆田学院附属医院 1. 呼吸重症医学科 2. 手术室 3. 护理部(福建 莆田，351100)
通信作者：傅丽桑，370334641@qq.com
庄耀宁：男，本科，副主任护师，781938868@qq.com
科研项目：福建省自然科学基金计划项目(2026J0011939)；莆田学院附属医院护理科研项目(pyhl202607)
收稿：2026-05-13；修回：2026-06-20

信区间，并详细说明了降级理由，包括偏倚风险、不直接性、不精确性、不一致性等。③证据到决策（Evidence-to-Decision，EtD）框架决策透明。专家组在制定每条推荐时，均系统考虑了利弊平衡、证据质量、患者价值观与偏好、资源消耗、可行性、可接受性和公平性等多个维度，并将证据到决策工作表作为补充材料公开。对于证据不足的无法推荐证据，专家组选择发布无法推荐声明而非强行给出弱推荐。这一做法体现了 GRADE 方法学的严谨性。

表 1　指南的 5 个 PICO 问题

编号	研究人群	干预措施	对照措施	关注的结局
1	入住 ICU 的老年患者	老年科会诊或老年护理模式	无老年科会诊或常规护理	病死率、生活质量、功能状态、认知功能、谵妄、住院时间等
2	入住 ICU 后转出的老年患者	转诊至 ICU 后专科随访门诊	无专科随访	病死率、生活质量、功能状态、认知功能、抑郁/焦虑/创伤后应激障碍等
3	入住 ICU 的血管扩张性休克老年患者	低平均动脉压（MAP）目标（60～65 mmHg）	常规 MAP 目标（通常＞65 mmHg）	病死率、生活质量、功能状态、认知功能、谵妄、住院时间等
4	入住 ICU 的老年患者	抗精神病药物预防谵妄	不使用抗精神病药物预防	病死率、谵妄发生率/持续时间、住院时间等
5	入住 ICU 的谵妄老年患者	抗精神病药物治疗谵妄	不使用抗精神病药物治疗	病死率、谵妄/无昏迷时间、住院时间等

2　指南的核心推荐及解读

2.1　“条件性推荐”一：建议采用老年护理模式（Geriatric Model of Care）

指南建议，对所有入住 ICU 的老年患者采用老年护理模式。其证据等级为极低，推荐强度为条件性推荐。该推荐被归类为条件性推荐而非强推荐，主要原因在于现有证据质量极低。关于老年护理模式在 ICU 环境中应用效果的直接证据很少，多数证据来自普通病房或老年专科单元。专家组基于老年患者的特殊脆弱性及该模式潜在的低风险及高获益比，仍作出倾向于实施的推荐。这在 GRADE 框架下是合理的，即当证据质量虽低但预期获益远超风险，且实施成本可接受时，专家仍可作出条件性推荐。具体解析如下。

2.1.1　证据来源与效应估计　该推荐证据来源于 2 项随机对照试验（RCT）[6-7] 及 1 项前后对照试验研究[8]，3 项研究的证据等级均较低。其关键效应估计来自 2 项 RCT 的合并分析，其中出院后入住养老护理机构的比例的相对危险度（Relative Risk，*RR*）＝0.88（95%*CI*：0.64～1.21），院内谵妄发生率的 *RR*＝0.59（95%*CI*：0.24～1.46），住院时间延长的均数差（Mean Difference，*MD*）＝2.3 d（95%*CI*：－3.79～8.39），均为极低确定性。提示老年护理模式对上述结局的影响尚不确定。

2.1.2　方法学解析：证据等级极低，仍建议形成推荐　这是指南在方法学上比较有启发意义的一条推荐。即使证据等级极低，专家组仍作出条件性推荐，主要有以下考量：①利弊平衡倾向于干预。虽然效应估计存在极低确定性，包括置信区间宽泛、跨越无效线等，但多数点估计落在获益一侧，都指向干预可能有效。更重要的是，专家组判断实施老年护理模式（如老年科会诊、多学科查房、拔掉不必要导管、解决听力问题等）所带来的任何潜在坏处，都几乎可以忽略不计。这些干预措施不会给老年患者带来新的创伤或重大风险，即使没有多大好处，甚至可能没好处，但它至少无害。②间接证据的支持。来自创伤、外科、烧伤等其他住院环境的证据表明，老年科会诊或老年护理模式可改善患者结局[9-10]。③与“老年友好卫生系统”倡议的一致性。美国医疗保健改进研究所（Institute for Healthcare Improvement，IHI）2017 年提出“老年友好卫生系统”倡议[11]，该倡议的“4Ms 框架”（What Matters Most，Medication，Mentation，Mobility）强调关注患者最重视的事项、用药安全、认知功能维护和活动能力保护，老年护理模式的核心与该倡议高度契合。④对老年患者价值偏好的尊重。专家组强调，对老年患者而言，独立生活、保持认知完整等结局的重要性可能不亚于降低病死率或缩短住院时间[5,12]。因此，即使对常规临床结局（如病死率）的效应不确定，老年护理模式仍具有重要价值。⑤可接受性与可行性。专家组判断老年护理模式对患者、家属、医护人员等关键利益相关者是可接受的，在临床实践中也是可行的，但需要根据医院的资源条件进行调整并实施。

2.1.3　重要澄清：指南未明确定义“老年护理模式”　指南没有明确“老年护理模式”的具体定义，指出干预方式可能因医院、资源和专业能力的差异而不同。但指南明确指出，至少应纳入以下原则：移除不必要的束缚装置（如导尿管、身体约束等）；解决听力障碍问题；通过干预聚焦功能和认知结局，这一建议为不同医疗机构根据自身医疗资源灵活实施老年护理模式提供了可能。

2.1.4　该推荐的临床意义与证据缺口　指南确立了“ICU 老年患者需要专门的护理模式”这一理念。提示临床医护人员对老年患者不能仅采用疾病导向的器官支持策略，而应将功能维护、认知保护、生活质量作为与疾病治疗同等重要的目标维度。但该推荐也

暴露了关键证据缺口：ICU 中有无最适宜的老年护理模式？是针对所有老年患者统一实施，还是有针对性的（如衰弱、认知障碍者）靶向干预？这些问题亟待进一步研究。

2.2 “条件性推荐”二：建议不使用抗精神病药物预防谵妄

指南建议，不使用抗精神病药物用于老年急重症患者的谵妄预防。其证据等级为极低，推荐强度为条件性推荐。

2.2.1 证据特点与关键局限 此推荐所纳入的 3 项 RCT[13-15] 均未专门针对老年患者，存在关键证据局限的问题。这 3 项研究的受试者平均年龄为 57.0～66.4 岁，且排除了 85 岁以上患者。专家组在“不精确性”维度对证据进行了降级。其关键效应估计（合并分析）：谵妄发生率的 $RR=0.92$（95%CI：0.60～1.41），为极低确定性；谵妄持续时间的 $MD=-1.07$ d（95%CI：−1.56～−0.59），极低确定性；谵妄/无昏迷时间的 $MD=0$ d（95%CI：−0.77～0.77），中等确定性；病死率的 $RR=0.99$（95%CI：0.80～1.23），极低确定性；不良事件的 $RR=1.37$（95%CI：0.31～6.00），极低确定性。

2.2.2 推荐逻辑与循证基础 该推荐可能引起部分临床工作者的疑问，即证据等级极低，却能形成“不使用”推荐。本条推荐的形成逻辑与“推荐一”有着明显的不同，专家组作出“不使用”推荐主要基于以下考量：①核心结局（谵妄/无昏迷时间）未显示获益。这是循证中唯一具有中等确定性证据的结局，2 项高质量 RCT 显示，氟哌啶醇、齐拉西酮等抗精神病药物在 ICU 谵妄预防方面未显示出优于安慰剂的获益[14,16]。②对潜在危害的担忧。虽然纳入研究未报告明确的不良事件，但专家组引用其他研究指出，抗精神病药物被列入老年患者高风险药物清单，且在 ICU 后或出院后常被继续使用[17]；其他相关研究已明确显示这些药物与不良事件相关[18-19]，专家组担心在老年患者中使用这些药物可能导致潜在伤害。③临床实践的关切。专家组表达了一个重要担忧，即抗精神病药物可能抑制活动亢进型谵妄的症状表现，反而干扰谵妄的临床监测。④公平性考量。专家组承认，谵妄的监测和管理因社会健康决定因素、种族、民族和语言的不同而存在差异[20-22]，可增加药物预防策略的复杂性。⑤风险与获益比值更加偏向“不使用”。在无获益证据、有明确风险的情况下，即使证据等级低，专家组倾向于作出“不使用”的推荐。

2.2.3 与治疗推荐的关键区别 本条推荐明确针对谵妄预防，关于抗精神病药物治疗谵妄，指南单独发布了“无法推荐”声明（见 2.5），专家组认为预防和治疗是 2 个需要区分对待的临床情境。

2.2.4 临床启示：非药物干预的优先地位 该推荐向 ICU 护理实践传递了明确信号，即谵妄预防的核心应回归非药物干预。《中国急诊镇静镇痛与谵妄管理临床应用指南（2025）》[23] 强调了类似的观点，推荐早期活动、睡眠管理、家属陪伴、环境优化等非药物策略作为谵妄管理的优先选择。国内研究显示，部分 ICU 护士对抗精神病药物预防性使用的认知仍存在一定偏差，药物使用率尚处较高水平[24]。该指南的发布可为此类实践的规范化提供循证依据。

2.3 “无法推荐”一：ICU 后随访

指南声明，无法就老年危重症幸存者的专业化 ICU 后随访提出推荐，其证据等级为低。

2.3.1 证据困境：无专门针对老年人的研究 老年 ICU 幸存者面临高风险的 ICU 后综合征，包括认知损害、功能衰退、心理障碍（焦虑、抑郁、创伤后应激障碍）等。专业化的 ICU 后随访（如 ICU 后门诊、过渡期护理协调、多学科随访）理论上可改善患者结局，但现有证据质量不足以支持推荐。指南纳入的 24 项 RCT 中，均未专门在老年患者中进行。专家组联系了每项研究作者，最终获得了 5 项 RCT 的老年亚组数据。其关键效应估计：病死率的 $RR=1.07$（95%CI：0.62～1.84），极低确定性；SF-36 生理健康的 $MD=1.01$ 分（95%CI：−3.41～5.44），低确定性；SF-36 心理健康的 $MD=-0.51$ 分（95%CI：−9.73～8.71），极低确定性；欧洲五维健康量表（EQ-5D）健康效用值的 $MD=0.04$ 分（95%CI：−4.38～4.45），低确定性；焦虑/抑郁（HADS）的 $MD=0.05$ 分（95%CI：−2.23～2.33），低确定性。

2.3.2 无法推荐的原因 专家组作出“无法推荐”的判断基于以下因素：①证据的局限性。除效应估计不精确外，纳入的多数研究未明确报告干预的具体组成或干预依从性，限制了结果解释。②结局的匹配问题。专家组担心研究所关注的结局（如病死率）可能不受干预影响，而对患者和照护者有意义的结局（如重返家庭、患者参与度、回归社会角色）未被报告。③成本与效果未知。开设随访门诊需要诊室和临床医生，资源消耗较大；如果长期随访能恢复功能或减少再入院，可能节省医疗成本。但这一平衡尚不明确，还有待研究。专家组特别指出，未来研究应关注衰弱、残疾和认知障碍的老年人是否能从专科随访中获益。

2.3.3 推荐的研究启示 全球范围内，ICU 后随访的多数 RCT 存在样本量小、干预异质性大、结局指标不一致等问题。针对老年患者的证据尤为缺乏。国内学者已开始关注该领域，吉敏娇等[25] 总结了老年危重症患者 ICU 后认知障碍管理的最佳证据，共汇总 24 条证据，但高质量原始研究仍然稀缺。护理研究者未来可针对老年亚群体（如衰弱、并存认知障碍、独

居)开发分层随访方案,或探索“护士主导的电话随访+社区联动”的低成本模式在中国情境下的可行性,也可开展多中心 RCT,验证 ICU 后随访对功能恢复、再入院率、生活质量的实施效果。

2.4 “无法推荐”二:血管扩张性休克的血压目标

指南声明,对于 65 岁及以上入住 ICU 的血管扩张性休克老年患者,无法就 MAP 目标 60～65 mmHg 与常规治疗(MAP 目标>65 mmHg)作出推荐。其证据等级为极低。

2.4.1 单一研究的证据现状 在临床实践过程中,血管扩张性休克(如脓毒性休克)的复苏中,MAP 目标是核心策略之一。既往针对一般成年人群的研究显示,较低的 MAP 目标(60～65 mmHg)可减少血管活性药物用量,且未增加病死率[26]。然而,老年患者因动脉硬化、脑血管自主调节功能受损,可能对低血压的耐受性更差,存在脑灌注不足、心肌缺血、急性肾损伤等风险。本声明基于 1 项 RCT[27],该研究纳入老年危重症患者进行对照干预,比较低 MAP 目标与常规 MAP 目标的干预效果。关键效应估计:28 d 病死率的 $RR=0.94$(95%CI:0.84～1.04),极低确定性;最长随访病死率的 $RR=0.93$(95%CI:0.85～1.03),极低确定性;欧洲五维健康量表五水平版(EQ-5D-5L)健康效用值的 $MD=-0.01$ 分(95%CI:−0.04～0.03),中等确定性;认知功能的 $MD=0.13$ 分(95%CI:−0.03～0.29),中等确定性;机械通气时间的 $MD=-0.03$ d(95%CI:−1.03～0.43),中等确定性;严重不良事件的 $RR=1.07$(95%CI:0.79～1.45),低确定性。综合上述结果,提示现有证据对老年亚组的结论极为有限。

2.4.2 无法推荐的原因 ①单一研究的局限性。仅有 1 项 RCT 涉及此问题,且效应估计的置信区间宽泛。②长期结局数据缺失。缺乏长期随访数据,无法判断低 MAP 目标对远期功能结局的影响。③成本与效果的时间依赖性。数据显示,低 MAP 目标在 90 d 时具有成本与效果优势(获益概率 70%),但在 1 年时效应衰减(获益概率 40%)[27-28]。④公平性的特殊考量。专家组指出,在血管加压素稀缺或不可及的低资源环境中,低 MAP 目标可能具有临床实用的优势,这一观点对中低收入国家和地区具有特殊意义。专家组明确表示,由于证据极低确定性,无法对干预措施作出推荐,但进一步研究是必要的。该“无法推荐”凸显了老年休克管理中的证据空白,也为未来护理研究提供了方向。

2.5 “无法推荐”三:抗精神病药物治疗谵妄

指南声明,无法就抗精神病药物用于老年危重症患者谵妄的治疗作出推荐。其证据等级为低。

2.5.1 证据来源与关键发现 本声明基于 2 项 RCT[29-30]中获得的 65 岁以上老年患者亚组数据,研究药物为氟哌啶醇对比安慰剂。关键效应估计:病死率的 $RR=0.84$(95%CI:0.68～1.03),低确定性,提示氟哌啶醇与安慰剂相比未显著降低老年谵妄患者的病死率;谵妄/无昏迷时间的 $MD=2.48$ d(95%CI:−2.59～7.55),为极低确定性,提示氟哌啶醇对谵妄/无昏迷时间的影响不确切;住院时间的 $MD=1.07$ d(95%CI:−2.30～4.44),极低确定性,提示该效应尚不确切;不良事件的 $RR=0.78$(95%CI:0.49～1.26),为中等确定性,提示氟哌啶醇不显著增加不良事件风险。现有证据不足以支持或反对在谵妄已发生时使用抗精神病药物。

2.5.2 推荐困境:死亡获益信号与其他结局的矛盾 本推荐是该指南制定中最具挑战性的决策情境:①存在潜在的死亡获益信号,但置信区间($RR=0.84$,95%CI:0.68～1.03)跨越 1,效应估计尚不精确。Khan 等[30]的研究将抗精神病药物治疗与其他干预措施联合实施,这可能部分解释了观察到的获益,但也成为间接性干扰因素。②获益未转化为其他重要结局。对谵妄/无昏迷时间、住院时间等结局的效应不确定,且置信区间宽泛,专家组对推荐的支持意愿因此降低。③不良事件可能被低估。与预防推荐类似,参考其他老年人群研究的已知风险,专家组担心抗精神病药物的不良事件在研究中报告不足。综合以上原因,尽管存在死亡获益的可能,但考虑到证据到决策框架多个维度的不确定性(特别是非期望效应),专家组选择无法推荐。

3 讨论

3.1 指南暴露的系统性证据问题 指南的突出特点在于其方法学严谨性,即 5 个核心临床问题中,3 个无法给出任何推荐,2 个仅为条件性推荐且证据等级均为极低。这种严谨性反映了老年重症护理研究领域存在的系统性证据不足问题。主要体现在:①时间维度上,本研究发现老年护理模式的最有力证据早期来自 2010 年的 RCT[7],此后 15 年间缺乏高质量验证研究,表明该领域的研究存在明显滞后。②人群维度上,谵妄预防与治疗的核心证据均来源于平均年龄 60 岁左右的人群,研究者因高龄人群复杂性、预后差、失访率高等特点,而将其排除在 RCT 之外,导致研究结论的外推性受限。③问题维度上,ICU 后随访等对老年患者至关重要的议题,虽有 24 项 RCT,却无一项专门针对老年患者设计,重要临床问题被系统性忽视。这一现象反映了研究设计的现实困境,即老年患者随访面临更高的失访率、更复杂的共病干扰及更长的观察周期,导致研究周期长、成本高、执行难度显著高于以急性期结局为终点的研究。④结局维度上,现有研究仍以病死率、住院时间为主要结局指标,而老

年患者其他关注指标测量不足，存在结局指标与患者偏好的错位。以上说明了老年重症护理研究存在系统性证据不足问题。

3.2 “无法推荐”的方法学反思 3 个“无法推荐”声明表面上是证据不足，深层反映的是研究领域的系统性问题。①ICU 老年患者被排除在 RCT 之外。RCT 为控制混杂因素而设定严格的纳入与排除标准，刚好排除了具有多病共存、认知障碍、预期寿命有限等典型特征的老年患者人群。专家组在制定谵妄预防推荐时面临的最大困难即缺乏针对老年患者的特异性研究证据。②重要临床问题长期被忽视。ICU 后随访问题早在 2000 年初即被提出，20 余年后 RCT 虽有不少，但专门针对老年患者的研究甚少，研究者更倾向于聚焦急性期救治阶段的临床问题，而相对忽视了救治后的功能恢复、生活质量等问题。③结局指标与患者偏好之间存在错位。指南多次引用 Fried 等[31]的研究指出，针对老年患者将维持功能独立置于比生存更重要的位置。然而，指南纳入分析的研究仍以病死率、住院时间作为主要结局指标，功能状态、认知功能、生活质量等对老年患者真正重要的结局测量不足或方法不统一。

4 对国内 ICU 老年护理实践的启示

4.1 ICU 老年患者护理研究机遇 指南中 3 条“无法推荐”声明及 2 条“条件性推荐”建议的证据均为极低等级，为国内护理研究者提供了明确的研究方向。①在老年护理模式方面，指南明确表示具体内容可因地制宜，为本土化探索留出空间。护士在此方面可发挥主导作用，包括开展老年综合评估、实施谵妄预防集束化策略、制订出院过渡计划等，并通过多中心研究验证其效果。国内已有部分医院探索老年共管病房、多学科团队查房等模式[32]，可借鉴“4Ms 框架”，构建适合中国 ICU 环境的老年护理方案。②在 ICU 后随访方面，可探索指南建议的护士主导的电话随访＋社区联动模式，验证其对老年患者功能恢复、再入院率、生活质量的影响。护士主导的电话随访、家庭访视、社区联动等干预成本相对较低，且与护理专业背景高度契合。③在谵妄治疗方面，指南仅纳入老年危重症患者。护理研究者可聚焦谵妄亚型识别、非药物干预方案开发与验证、评估工具优化等方向。④在结局指标方面，需要开发适合中国老年人群的患者报告结局测量工具，使研究真正关注患者自身重视的功能状态、认知功能、生活质量等结局，而非仅局限于病死率、住院时间等传统指标。

4.2 文化差异与本土化适应 该指南根植于西方文化背景，强调患者自主权、预先护理计划、透明沟通。而我国以家庭为中心的决策模式[33]与之存在差异，医疗护理决策以 ICU 患者家属为主[34]。因此，在推广老年护理模式和谵妄非药物干预时，需将家庭参与作为核心要素纳入设计，而非简单移植西方模式。

4.3 资源分层与因地制宜 专家组在讨论老年护理模式时特别强调了公平性问题。老年科医护人员的可及性在不同 ICU 之间差异较大，在我国，这种差异更为显著。可采取分层推进策略：三级医院 ICU 试点完整的老年护理模式（老年综合评估、多学科查房、谵妄管理集束化策略、过渡期护理计划）；二级医院 ICU 优先实施认知筛查、非药物谵妄预防等核心措施；基层医疗机构建立与上级医院的转诊通道、承接 ICU 后患者的延续性照护，以促进老年护理模式的落实。

5 小结

2026 年 SCCM 开发的 ICU 老年患者护理指南是老年重症护理领域的重要进展。该指南基于 GRADE 方法，形成 2 条“条件性推荐”建议和 3 条“无法推荐”声明。指南的核心价值不仅在于其推荐内容，更在于其方法论透明度，清晰呈现了每条推荐背后的证据状况、不确定性来源和决策理由。该指南同时暴露了老年重症护理研究领域的系统性证据问题：老年人被排除在 RCT 之外、重要临床问题研究滞后、结局指标与患者偏好错位。未来，我国应依托该指南的证据框架和研究优先方向，结合国情开展高质量的护理研究，推动 ICU 老年护理循证实践的深入发展。

参考文献：

[1] World Health Organization. Ageing and health[R/OL]. [2026-04-14]. Geneva: World Health Organization, 2025. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing.

[2] 国家统计局. 中华人民共和国 2025 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. (2026-02-28)[2026-04-14]. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202602/t20260228_1960000.html.

[3] 路佩源，木其尔，李承方，等. 老年脓毒症患者谵妄的诊治研究进展[J]. 中国呼吸与危重监护杂志，2026，25(5)：376-380.

[4] Ferrante L E, Chaudhuri D, Laiya Carayannopoulos K, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on caring for older adults in the ICU[J]. Crit Care Med, 2026, 54(5): 1060-1072.

[5] Guyatt G, Hultcrantz M, Agoritsas T, et al. Why core GRADE is needed: introduction to a new series in the BMJ[J]. BMJ, 2025, 389: e081902.

[6] Khan B A, Calvo-Ayala E, Campbell N, et al. Clinical decision support system and incidence of delirium in cognitively impaired older adults transferred to intensive care [J]. Am J Crit Care, 2013, 22(3): 257-262.

[7] Somme D, Andrieux N, Guérot E, et al. Loss of autonomy among elderly patients after a stay in a medical intensive care unit (ICU): a randomized study of the benefit of transfer to a geriatric ward[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2010, 50(2): e36-e40.

[8] Ferrante L E, Han L, Andrews B, et al. Effect of a three-component geriatrics bundle on incident delirium among critically ill older adults: a pilot clinical trial[J]. Ann Am Thorac Soc, 2024, 21(9): 1333-1337.

[9] Eagles D, Godwin B, Cheng W, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating geriatric consultation on older trauma patients[J]. J Trauma Acute Care Surg, 2020, 88(3): 446-453.

[10] Goei H, van Baar M E, Dokter J, et al. Burns in the elderly: a nationwide study on management and clinical outcomes[J]. Burns Trauma, 2020, 8: tkaa027.

[11] Institute for Healthcare Improvement. Age-friendly health systems[EB/OL]. [2026-03-14]. https://www.ihi.org/initiatives/age-friendly-health-systems.

[12] Auriemma C L, Harhay M O, Haines K J, et al. What matters to patients and their families during and after critical illness: a qualitative study[J]. Am J Crit Care, 2021, 30(1): 11-20.

[13] Al Qadheeb N S, Skrobik Y, Schumaker G, et al. Preventing ICU subsyndromal delirium conversion to delirium with low-dose IV haloperidol: a double-blind, placebo-controlled pilot study[J]. Crit Care Med, 2016, 44(3): 583-591.

[14] van den Boogaard M, Slooter A J C, Bruggemann R J M, et al. Effect of haloperidol on survival among critically ill adults with a high risk of delirium: the REDUCE randomized clinical trial[J]. JAMA, 2018, 319(7): 680-690.

[15] Abraham M P, Hinds M, Tayidi I, et al. Quetiapine for delirium prophylaxis in high-risk critically ill patients[J]. Surgeon, 2021, 19(2): 65-71.

[16] Girard T D, Exline M C, Carson S S, et al. Haloperidol and ziprasidone for treatment of delirium in critical illness [J]. N Engl J Med, 2018, 379(26): 2506-2516.

[17] Yang C T, Wilkins J M, DiCesare E, et al. Health outcomes of discontinuing antipsychotics after hospitalization in older adults[J]. JAMA Psychiatry, 2025, 82(7): 671-680.

[18] Burry L D, Bell C M, Hill A, et al. Trends in sedative prescription among older adults after critical illness: a population-based cohort study[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2024, 210(5): 680-683.

[19] Burry L D, Bell C M, Hill A, et al. New and persistent sedative prescriptions among older adults following a critical illness: a population-based cohort study[J]. Chest, 2023, 163(6): 1425-1436.

[20] Walker S L, Angriman F, Burry L, et al. Association between sex and race and ethnicity and IV sedation use in patients receiving invasive ventilation [J]. Chest Crit Care, 2024, 2(3): 100100.

[21] Gershengorn H B, Patel S, Mallow C M, et al. Association of language concordance and restraint use in adults receiving mechanical ventilation[J]. Intensive Care Med, 2023, 49(12): 1489-1498.

[22] Khan B A, Perkins A, Hui S L, et al. Relationship between African-American race and delirium in the ICU [J]. Crit Care Med, 2016, 44(9): 1727-1734.

[23] 中华医学会急诊医学分会, 中华医学会重症医学分会. 中国急诊镇静镇痛与谵妄管理临床应用指南(2025)[J]. 中华急诊医学杂志, 2025, 34(1): 1-24.

[24] Xing H, Liu S, Zhu S, et al. Knowledge, attitude, and practice of Chinese ICU nurses regarding ICU delirium: a nationwide cross-sectional study[J]. BMC Nurs, 2026. doi: 10.1186/s12912-026-04708-7. Epub ahead of print.

[25] 吉敏娇, 龙思雨, 李文婷, 等. 老年危重症患者 ICU 后认知障碍管理的最佳证据总结[J]. 老年医学与保健, 2025, 31(3): 819-822, 828.

[26] Endo A, Yamakawa K, Tagami T, et al. OPTPRESS trial investigators. Efficacy of targeting high mean arterial pressure for older patients with septic shock (OPTPRESS): a multicentre, pragmatic, open-label, randomised controlled trial[J]. Intensive Care Med, 2025, 51(5): 883-892.

[27] Lamontagne F, Richards-Belle A, Thomas K, et al. Effect of reduced exposure to vasopressors on 90-day mortality in older critically ill patients with vasodilatory hypotension: a randomized clinical trial[J]. JAMA, 2020, 323(10): 938-949.

[28] Mouncey P R, Richards-Belle A, Thomas K, et al. Reduced exposure to vasopressors through permissive hypotension to reduce mortality in critically ill people aged 65 and over: the 65 RCT[J]. Health Technol Assess, 2021, 25(14): 1-90.

[29] Andersen-Ranberg N C, Poulsen L M, Perner A, et al. Haloperidol for the treatment of delirium in ICU patients [J]. N Engl J Med, 2022, 387(26): 2425-2435.

[30] Khan B A, Perkins A J, Campbell N L, et al. Pharmacological management of delirium in the intensive care unit: a randomized pragmatic clinical trial[J]. J Am Geriatr Soc, 2019, 67(5): 1057-1065.

[31] Fried T R, Tinetti M E, Iannone L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions[J]. Arch Intern Med, 2011, 171(20): 1854-1856.

[32] 代兴华, 杜洪洋, 宋远征, 等. 多学科共管模式在老年股骨粗隆间骨折围手术期治疗中的效果评价[J]. 国际医药卫生导报, 2025, 31(21): 3657-3661.

[33] 刘兴振, 李晨阳, 景丽伟, 等. 行动不便老年人居家护理服务偏好研究进展[J]. 护理学杂志, 2024, 39(7): 122-125.

[34] 杨凌艳, 曾铁英, 王颖, 等. ICU 患者替代决策者共享决策干预的范围综述[J]. 护理学杂志, 2025, 40(16): 124-129.

(本文编辑　李春华)