

# 重症患者临床护理研究进展综述

胡媛媛 牛媛 张英

山西省长治医学院附属和济医院

DOI:10.32629/bmtr.v8i3.20461

**[摘要]** 重症患者因病情危重、多器官功能受损、机体代谢紊乱且自理能力完全丧失，成为临床护理的重点与难点群体。随着重症医学的发展，重症护理已形成以生命支持为基础，涵盖营养支持、并发症防治、多学科协作的综合性护理体系，其中肠内营养护理的规范化、并发症防治的精准化成为临床研究核心。本文结合近年临床研究成果，从重症患者护理临床特点、肠内营养护理关键措施、常见并发症防治策略、护理现存挑战及发展展望等方面展开综述，为规范临床护理行为、提升护理质量、改善患者预后提供科学参考。

**[关键词]** 重症患者；临床护理；肠内营养；并发症防治；护理进展

中图分类号：R473.5 文献标识码：A

## A Review of Research Progress in Clinical Nursing for Critically Ill Patients

Yuanyuan Hu, Yuan Niu, Ying Zhang

Heji Hospital Affiliated to Changzhi Medical University

**[Abstract]** Critically ill patients, due to their severe conditions, multi-organ dysfunction, metabolic disorders, and complete loss of self-care ability, have become a key and difficult group in clinical nursing. With the development of critical care medicine, critical care has evolved into a comprehensive nursing system based on life support, encompassing nutritional support, prevention and treatment of complications, and multidisciplinary collaboration. The standardization of enteral nutrition care and the precision of complication prevention and treatment have become the core of clinical research. This article reviews the clinical characteristics of nursing for critically ill patients, key measures of enteral nutrition care, strategies for preventing and treating common complications, existing challenges in nursing, and development prospects, based on recent clinical research findings. It provides scientific references for standardizing clinical nursing practices, improving nursing quality, and enhancing patient outcomes.

**[Key words]** critically ill patients; clinical nursing; enteral nutrition; prevention and treatment of complications; nursing advancements

### 引言

重症加强护理病房 (ICU) 收治患者多合并严重创伤、感染、多器官功能衰竭等病症，普遍存在意识障碍、吞咽困难、免疫功能低下、机体高分解代谢等问题，病情变化快、诊疗干预复杂、并发症发生率高，对护理工作的专业性、精准性、及时性和综合性提出极高要求。现代重症护理理念以“患者为中心、循证为依据”，围绕全诊疗周期构建系统化护理体系，不仅需通过严密监测维持生命体征稳定，更需通过科学营养支持、个性化并发症防治促进患者机体功能恢复。相较于普通临床护理，重症护理具有复杂性、连续性、精准性、高风险性四大特征，护理干预需与多学科诊疗深度融合，且需注重细节观察与主动干预，任何疏漏均可能引发严重后果<sup>[1]</sup>。当前重症护理研究多聚焦于肠内营养规范化、并发症

防治精准化等方向，但尚未形成统一的护理指南，部分措施缺乏标准化依据，系统梳理其研究进展对推动学科发展具有重要意义。

### 1 重症患者肠内营养护理的关键措施

营养支持是重症患者治疗的核心环节，应激反应导致患者营养物质代谢加快，若未及时补给易引发急性低蛋白血症、免疫功能下降，进而诱发严重并发症。肠内营养 (EN) 因符合人体生理代谢特点、保护胃肠黏膜完整性、降低细菌移位风险，成为 ICU 重症患者营养支持的首选方式，其护理核心为预防管路并发症、提升营养耐受性、保证供给有效性，相关措施已实现从经验化向规范化、精细化转变<sup>[2-3]</sup>。

#### 1.1 管路护理：精准防控堵管

EN 管堵塞是最常见并发症，国内发生率 10%~62.9%，

远高于国外6%~10%，主要与营养液沉淀、药物膳食混合、冲管不规范相关<sup>[4]</sup>。标准化冲管是核心预防措施，每次输注前后需用30~50mL温开水行脉冲式正压冲管，利用脉冲压力清除管壁残渣，堵管预防有效率较匀速冲管提升50%以上。输注前需充分摇匀有沉淀的营养液，家属自备流质膳食需评估黏稠度，必要时加20mL温开水稀释；经管路给药时，药粉需研碎溶解，与营养液分开供给，给药后再次冲管，避免药物与膳食反应形成沉淀<sup>[5]</sup>。碳酸氢钠溶液定时冲管可有效预防鼻肠管堵塞，但应用频率与冲洗量仍需大样本研究验证<sup>[6]</sup>。

### 1.2 多维度干预：严防误吸发生

误吸是肠内营养最严重的并发症，可诱发吸入性肺炎、呼吸衰竭，核心防控措施围绕管路管理、体位调节展开。管路固定需采用3M加压胶布在鼻翼、面颊交叉固定后延伸至耳后，定期更换胶布及粘贴位置，外露部分远离患者手部，高风险患者实施保护性约束。每次管饲前必须回抽胃液验证管路位置，疑似移位时需通过影像学确认，高误吸风险患者优先将鼻饲管置于十二指肠或空肠，可使吸入性肺炎发生率降低60%以上<sup>[7-8]</sup>。体位管理需严格执行床头抬高30°~45°，管饲时及管饲后30分钟内维持该体位，意识障碍者睡眠时仍需持续抬高，实施体位引流操作时暂停输注，管饲后30分钟内禁止叩背、翻身、吸痰，若出现咳嗽、吸出营养液样痰液，立即停止输注并采取干预措施<sup>[9]</sup>。

### 1.3 个性化干预：降低肠道并发症

重症患者肠内营养易出现腹泻、腹胀、腹痛等肠道并发症，防治需围绕早期支持、制剂选择、输注管理实施个性化干预。欧洲危重病医学会指南指出，除禁忌症患者外，ICU患者入科24~48小时内需启动早期EN，尽早刺激胃肠黏膜、维持肠道菌群平衡，肠道并发症发生率较延迟支持降低30%~40%，初始可输注温开水和10%葡萄糖，适应后逐步过渡为营养制剂<sup>[10]</sup>。制剂选择需匹配患者胃肠功能与基础疾病，胃肠功能不全者选氨基酸型制剂，功能较好者选整蛋白型制剂，糖尿病、肝肾功能异常者选用专用制剂，添加微生物制剂、 $\omega$ -3多不饱和脂肪酸可改善免疫功能、调节肠道菌群<sup>[11]</sup>。输注管理需把控温度、方式与速度，制剂温度控制在22~25℃或37.0~37.9℃，输注方式根据管路类型与胃肠功能选择，连续输注适用于空肠/十二指肠置管患者，间歇重力滴注更符合生理特点，输注速度遵循“由慢到快”，初期30mL/h，逐步递增且不超过100mL/h，可显著降低腹泻发生率<sup>[12]</sup>。同时需做好营养液储存，自备膳食冷藏保存，输注前加热，严格执行无菌操作，定时更换输注器具。

## 2 重症患者常见并发症的综合防治护理

重症患者因免疫功能低下、器官功能受损、长期卧床、侵入性操作多等因素，并发症发生率高且相互影响，临床常见感染、压疮、血管相关并发症，防治需贯穿护理全程，构建“预防为主、防治结合”的综合体系。

### 2.1 感染并发症的防治

感染是重症患者最常见并发症，包括肺部、尿路、穿刺部位、肠道感染等，防治核心为强化无菌操作、控制感染源、提升机体抵抗力。肺部感染防治需加强气道护理，定时翻身叩背，机械通气患者严格管理呼吸机管路，做好口腔护理；尿路感染需加强导尿管护理，保持通畅固定，每日清洁会阴部，病情允许时鼓励多饮水；穿刺部位感染需严格无菌操作，密切观察局部红肿渗液情况，及时更换敷料；肠道感染需把控营养液配制、储存、输注全流程无菌管理，通过科学EN改善肠道黏膜抵抗力<sup>[13]</sup>。

### 2.2 压力性损伤的防治

重症患者是压力性损伤高发人群，一旦发生易引发感染加重病情，防治核心为解除局部受压、改善营养状况、保护皮肤完整性。需制定个性化翻身计划，一般每2小时翻身一次，肥胖或病情危重者使用气垫床、减压垫，骨隆凸处粘贴泡沫敷料；保持皮肤清洁干燥，及时更换汗湿、尿湿衣物床单，避免摩擦刺激；通过EN补充充足蛋白质、维生素，促进皮肤组织修复，采用Braden评分动态评估压疮风险，对高风险患者强化防护。

### 2.3 血管相关并发症的防治

常见血管相关并发症包括下肢静脉血栓、血管迷走神经反射，部分接受介入治疗的患者还可能出现桡动脉闭塞。下肢静脉血栓防治以促进血液循环、预防血液高凝为核心，指导患者行踝泵运动，配合弹力袜、气压治疗，密切观察下肢皮肤颜色、温度、肿胀情况，高凝状态患者严格按医嘱使用抗凝药物并观察出血倾向。血管迷走神经反射多由疼痛、紧张诱发，需密切监测心率、血压，出现心率减慢、血压下降时立即平卧、补液、吸氧，操作时动作轻柔，做好术前心理疏导。经桡动脉介入治疗患者，术后2小时首次减压，抬高术侧前臂30°~45°，开展超早期康复锻炼，密切观察手部血运情况，通过末梢血氧饱和度变化早期预警桡动脉闭塞<sup>[14]</sup>。

## 3 重症患者护理工作的现存挑战

近年来重症护理质量显著提升，但临床实践仍面临诸多制约学科发展的挑战。一是护理规范尚未统一，肠内营养制剂温度调控、碳酸氢钠冲管频率、介入相关护理流程等措施多借鉴经验或其他专科规范，缺乏针对重症患者的统一指南，不同医疗机构护理行为存在差异。二是个性化护理能力不足，部分护理人员病情评估与临床判断能力欠缺，难以根据患者病情、营养状况、并发症风险制定针对性方案，仍采用“一刀切”护理模式。三是护理人员专业素养有待提升，重症护理涉及呼吸、循环、营养、介入等多领域知识，部分护理人员知识储备不足、新技术掌握不熟练、应急处理能力欠缺，且工作压力大易引发职业倦怠，影响工作积极性。四是营养评估体系不完善，部分ICU疏于对患者营养状况的动态评估，仅凭经验制定EN方案，无法及时调整输注参数，影响营养

支持效果。五是多学科协作机制不成熟,重症诊疗需医疗、护理、营养、康复、介入等多学科配合,但部分医疗机构学科间沟通不畅,护理与其他诊疗环节无缝衔接不足。六是延续性护理体系缺失,患者从ICU转出后,院外康复、营养支持、并发症防控等护理指导不足,易导致病情反复,影响康复效果。

#### 4 重症护理学科的发展展望

随着医疗技术进步与护理理念更新,重症护理正朝着精准化、规范化、个性化、多学科融合、人文化、智能化方向发展,未来需以临床研究为基础,以实践创新为动力,不断优化护理体系。

一是推动护理规范标准化,开展多中心、大样本临床研究,制定针对不同类型重症患者的统一护理指南,明确核心环节操作标准,结合临床实践持续更新完善。二是提升个性化护理水平,引入营养风险筛查、Braden评分等先进评估工具,对患者营养状况、并发症风险进行动态精准评估,加强护理人员培训,提升方案制定与实施能力。三是强化专业素养培养,构建系统化重症专科护士培养体系,加强多领域专业知识与操作技能培训,鼓励参与临床研究与学术交流,同时关注职业心理健康,采取弹性排班、心理疏导等措施缓解工作压力。四是完善营养支持精准化管理,构建营养状况动态评估体系,结合各项指标精准判断营养需求,引入智能化输注设备,实现速度、温度精准调控,加强肠内与肠外营养联合应用研究。五是深化多学科协作,构建多学科诊疗护理体系,建立定期沟通与联合查房制度,发挥护理人员桥梁作用,促进学科间无缝衔接。六是推进人文与延续性护理融合,强化心理疏导、舒适护理等人文关怀,探索远程护理、线上指导、线下随访模式,构建ICU-病房-家庭全周期护理体系。七是助力智能化技术应用,借助智能监测设备、物联网、人工智能实现生命体征、并发症迹象实时监测与早期预警,引入智能护理设备减轻工作负担,利用大数据分析优化护理方案。

#### 5 结论

重症患者临床护理是综合性、专业性、高风险性的工作,其质量直接影响患者治疗效果、并发症发生率与远期预后。近年来,肠内营养护理实现规范化、精细化发展,标准化的管路护理、误吸预防、肠道并发症防治措施为营养支持提供保障;感染、压疮、血管相关并发症的综合防治体系日趋完善,有效降低了并发症发生率;多学科协作、人文护理理念的融入进一步提升了护理整体水平。同时,重症护理仍面临护理规范不统一、个性化护理能力不足、专业素养有待提升、

多学科协作不成熟、延续性护理缺失等挑战。未来需进一步加强临床研究与实践创新,构建循证护理规范,提升个性化护理水平,强化护理人员专业培养,深化多学科协作,推进人文、延续性与智能化护理融合,构建全周期、全方位的重症护理服务体系,推动学科向精准化、规范化、个性化方向发展,为重症患者的生命安全和康复提供更坚实的护理保障。

#### [参考文献]

- [1]刘慧.重症患者肠内营养护理研究进展[J].黑龙江医学,2023,47(18):2303-2304.
  - [2]吴国豪.外科危重症营养支持治疗策略[J].外科理论与实践,2020(2).
  - [3]赵玲玲.住院危重患者早期肠内营养水平的相关因素研究[J].医药论坛杂志,2020(9).
  - [4]陶胜茹,何金爱,张珊英,等.根本原因分析法在鼻肠管堵塞事件中的应用[J].护士进修杂志,2014(12).
  - [5]WEI W, ZHANG YJ, ZHANG Y. Effects of enteral nutrition solution with different temperatures on gastrointestinal dysfunction after severe head injury surgery[J]. Chinese Journal of Modern Nursing, 2018, 24(22):2686-2689.
  - [6]郭雅萍.碳酸氢钠溶液冲管预防鼻肠管堵管及非计划性拔管的效果观察[J].护理学报,2015,(19).
  - [7]钟方,张丽,李付华.低热量肠内营养护理对重症高血压脑出血术后患者的临床价值[J].黑龙江中医药,2020(1).
  - [8]谢素红,谭翱,叶萌.胃镜下十二指肠置鼻饲管对呼吸机相关性肺炎发生的研究[J].医学信息,2017(5).
  - [9]李慧琴,李毛毛,姚洁.综合护理措施对神经外科危重症患者肠内营养护理及耐受性分析[J].贵州医药,2019(12).
  - [10]何振扬.2017 ESICM重症患者早期肠内营养指南解读[J].中华重症医学电子杂志(网络版),2018(1).
  - [11]刘博.老年胃癌患者术后早期肠内、肠外联合营养支持的临床疗效[J].浙江临床医学,2014(2).
  - [12]贾改香.肠内营养液温度调节对重型颅脑损伤病人应激性溃疡的影响[J].护理研究,2018(15).
  - [13]邢召举.重症患者肠内营养常见并发症的原因分析及护理对策[J].养生保健指南,2017(46):108.
  - [14]谭正红.分析重症患者肠内营养常见并发症的原因及护理[J].中国保健营养,2019,29(26):25.
- 作者简介:**  
胡媛媛(1983-),女,汉族,山西长治人,本科学历,研究方向为重症护理。