

# 优化肠内营养时机+集束化护理方案缩短重症肺炎患者康复进程的价值探讨

丁彩霞 高云霞 强李伟 石乐乐

西安交通大学第一附属医院榆林医院 陕西 榆林 719000

**摘要:** **目的:** 针对重症肺炎患者,对优化肠内营养时机+集束化护理方案的应用价值进行探究。**方法:** 本研究随机选择60例重症肺炎患者作为实验对象,均于我院2023年5月-2024年5月接受治疗。随机分成两组,各30例。对照组实施常规护理方案,观察组则实施优化肠内营养时机+集束化护理方案,对比两组康复进程。**结果:** 两组症状缓解时间,观察组咳嗽(2.21±0.34),喘促(2.52±0.14),咳痰(2.37±0.06),发热(2.03±0.15)。对照组咳嗽(3.64±0.87),喘促(3.95±0.36),咳痰(3.42±0.58),发热(3.22±0.47)。相比较而言,观察组症状缓解时间相对较短( $P < 0.05$ );两组人工气道使用时间及住院时间,观察组人工气道使用时间(7.24±1.56),住院时间(16.26±2.37)。对照组人工气道使用时间(11.68±2.46),住院时间(23.57±3.22)。两组相比较,观察组所用时间较短( $P < 0.05$ );两组不良反应发生情况,观察组:心力衰竭1例,心肌炎1例,总发生率为6.67%。对照组:心力衰竭3例,心肌炎2例,呼吸衰竭3例,总发生率为26.67%。比较两组,观察组不良反应发生率较低( $P < 0.05$ )。**结论:** 针对重症肺炎患者,通过实施优化肠内营养时机+集束化护理方案,能够有效缩短患者的康复进程,效果显著,值得推广。

**关键词:** 肠内营养时机;集束化护理方案;重症肺炎;康复进程

重症肺炎是一种严重的肺部感染,通常由细菌、病毒或真菌引起,能够导致肺泡发炎、充满液体或脓液,从而影响氧气的交换。该病的症状往往较为严重,患者可能会出现高热、咳嗽、呼吸急促等表现。在某些情况下,病情可能迅速恶化、引发呼吸衰竭,甚至直接危及生命。重症肺炎的致病因素多种多样,其中最常见病病原体包括肺炎链球菌、流感病毒、冠状病毒等,尤其是在流感季节,流感病毒的感染可能引发继发性细菌感染,增加重症肺炎的发生风险<sup>[1]</sup>。对于免疫系统较弱的患者,如老年人、慢性病患者或近期接受免疫治疗的人,更容易遭受重症肺炎的侵袭。关于重症肺炎的诊断,一般需要综合考虑临床表现、影像学检查(如胸部X光或CT扫描)以及实验室检查(如血液培养、痰培养等)。影像学检查能够显示肺部的炎症与感染情况,而实验室检查则有助于确定病原体类型,从而指导后续的治疗方案。在重症肺炎的管理过程中,营养支持和集束化护理作为重要的辅助治疗手段,日益受到重视。肠内营养,即通过肠道给予患者营养支持,能够有效提高患者的营养状态,增强免疫功能。而集束化护理则是根据患者的实际情况,制定一系列标准化的护理方案,旨在提高护理质量<sup>[2]</sup>。基于此,本研究将基于重症肺炎患者,对优化肠内营养时机+集束化护理方案联合使用的应用价值展开讨论,具体如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究随机选择60例重症肺炎患者作为实验对象,均于我院2023年5月-2024年5月接受治疗。随机分成两组,各30例。对照组:男18例,女12例,年龄50-75岁,平均(62.32±2.28)岁。观察组:男20例,女10例,年龄49-76岁,平均(62.53±2.34)岁。两组基本资料,无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组:实施常规护理方案,主要有入院指导、药物干预,定期监测各项指标,以确保患者的呼吸畅通。

观察组:实施优化肠内营养时机+集束化护理方案,具体方法为:①优化肠内营养时机:在重症肺炎患者入院后的24小时内,应进行全面的营养评估,包括患者的基础代谢率、营养需求、消化吸收能力等,根据评估结果,尽早启动肠内营养,以避免营养不良的发生。一般建议在患者入院48小时内开始肠内营养,尤其是对于存在吞咽困难或长期卧床的患者;针对重症肺炎患者的特殊需求,应选择高热量、高蛋白质的肠内营养制剂,以满足其代谢需求。可根据患者的具体情况,选择适合的配方。例如,免疫增强型营养制剂,帮助提高机体的免疫功能;在实施肠内营养前,需评估患者的肠道功能情况,确保胃肠道的畅通与吸收能力。可通过肠道排气、

排便情况以及腹部检查等来判断。若患者存在肠道功能障碍，应及时进行相应干预，如调整营养方式、使用促动力药物等；在实施肠内营养过程中，需对患者的营养状态、代谢情况及肠道反应进行动态检测，包括体重变化、生化指标、肠道排出情况等。根据监测结果，及时调整营养方案，以确保营养供给的合理有效。②集束化护理方案的实施：集束化护理方案强调将多项护理措施整合在一起，在此基础上制定标准化的护理流程，确保每位护理人员都能按照统一标准进行操作。对于重症肺炎患者，护理流程包括呼吸支持、体位管理、营养支持、控制感染等方面，确保患者在各个环节得到全面照顾；在重症肺炎的护理中，应建立多学科协作团队，包括重症医学科、营养科、呼吸科、护理团队等，通过定期的病例讨论、护理例会，促进信息共享，确保患者在各个方面都能得到最佳的治疗和护理；重症肺炎患者易合并感染，所以，在集束化护理方案中，需重视感染控制的措施，包括严格的无菌操作，定期更换导管，加强口腔卫生等，同时也要定期评估患者的感染情况，并采取相应的预防措施；在实施集束化护理方案过程中，应定期监测患者的生命体征、病情变化、实验室检查结果等，及时评估护理方案及治疗效果。根据患者的具体情况，适当调整护理方案，以确保患者的健康与安全。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对比两组症状缓解时间，包括咳嗽、喘促、咳痰、发热等<sup>[3]</sup>。

1.3.2 对比两组人工气道使用时间 & 住院时间。

1.3.2 对比两组不良反应发生情况，包括心力衰竭、心肌炎、呼吸衰竭等。总发生率 = (发生例数/总例数) \* 100%。

### 1.4 统计学分析

使用SPSS21.0软件，对实验数据进行处理，( $\bar{x} \pm s$ )：计量资料，*t*：检验，率(%)：计数资料， $\chi^2$ ：检验，存在明显差异时，具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 2 结果

### 2.1 对比两组症状缓解时间

与对照组相比较，观察组咳嗽、喘促、咳痰、发热等症状缓解时间均明显较短( $P < 0.05$ )。见表1：

表1 症状缓解时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	咳嗽 (d)	喘促 (d)	咳痰 (d)	发热 (d)
观察组	30	2.21±0.34	2.52±0.14	2.37±0.06	2.03±0.15
对照组	30	3.64±0.87	3.95±0.36	3.42±0.58	3.22±0.47
<i>t</i> 值		8.385	20.277	9.863	13.211
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 对比两组人工气道使用时间及住院时间

与对照组相比较，观察组人工气道使用时间和住院时间均相对较短( $P < 0.05$ )。见表2：

表2 人工气道使用时间及住院时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	人工气道使用时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	30	7.24±1.56	16.26±2.37
对照组	30	11.68±2.46	23.57±3.22
<i>t</i> 值		8.349	10.014
<i>P</i> 值		0.000	0.000

### 2.3 对比两组不良反应发生情况

与对照组(26.67%)相比较，观察组(6.67%)不良反应发生率相对较低( $P < 0.05$ )。见表3：

表3 不良反应发生率对比 (n/%)

组别	例数	心力衰竭	心肌炎	呼吸衰竭	总发生率
观察组	30	1	1	0	6.67
对照组	30	3	2	3	26.67
$\chi^2$ 值					4.320
<i>P</i> 值					0.038

## 3 讨论

重症肺炎是由多种病原体引起的肺部急性炎症反应，常表现为严重的喘促、咳嗽、发热以及全身乏力等症状，其病理生理机制较为复杂，涉及细菌、病毒、真菌等多种病原体，以及宿主的免疫反应<sup>[4]</sup>。重症肺炎的发生往往与病原体的侵袭、宿主的免疫状态以及环境因素密切相关。病原体通过呼吸道进入肺部后，先会附着在肺泡上皮细胞上，随后通过分泌毒素、细胞壁成分等引发局部炎症反应。这种炎症反应主要通过巨噬细胞、淋巴细胞等免疫细胞的活化而产生，导致细胞因子(如肿瘤坏死因子 $\alpha$ 、白介素等)的释放，进而引发全身性炎症反应综合征(SIRS)。在重症肺炎中，细胞因子的过度释放可能导致肺泡的通透性增加，肺水肿加重，最终导致呼吸衰竭<sup>[5]</sup>。从病原体的角度来看，重症肺炎常见的致病菌包括肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感病毒等。其中，肺炎链球菌是最为常见的细菌性病原体，其通过多糖荚膜逃避宿主免疫系统的识别，增强器致病性。另一方面，流感病毒等病毒性感染也可引起继发细菌感染，使得病情更为复杂。近几年，重症肺炎的发病率和死亡率仍然较高，尤其是在老年人、免疫抑制患者及慢性病患者中更为明显。全球范围内，重症肺炎的年发病率约为每千人口中1-10人，而其相关死亡率则高达20%-50%<sup>[6]</sup>。随着抗生素的广泛应用，耐药性病原体的出现，成为治疗重症肺炎的一大挑战。根据最新研究发现<sup>[7]</sup>，耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)与多重耐药肺炎链球菌的感染率逐年攀升，给临床治疗

带来了极大的困难。

在临床上,重症肺炎的治疗不仅依赖于抗感染治疗,还需要对患者的营养状况进行全面评估。研究表明<sup>[8]</sup>,重症患者在住院期间常伴有营养不良,这与疾病的严重程度及预后密切相关。在重症肺炎的管理中,早期的肠内营养对促进恢复、减少并发症具有重要作用。肠内营养可通过提供足够的能量和营养物质,支持患者的免疫功能,改善全身营养状态,促进肺部的修复。近年来,越来越多的研究强调了优化肠内营养时机的重要性<sup>[9]</sup>。早期肠内营养可以通过减少肠道缺血、维持肠道屏障功能、促进肠道微生物群的平衡,从而降低重症肺炎患者的感染风险。在临床实践中,建议在患者病情稳定后尽早启动肠内营养,一般是在入院后的24-48小时内进行。除此之外,集束化护理方案在重症肺炎的管理中也显得尤为重要。集束化护理是指将多个证据支持的护理措施整合为一个系统的护理方案,以期提高护理的有效性。针对重症肺炎患者,可以制定一套包括监测生命体征、维持气道通畅、优化营养支持、定期评估肺功能等一系列措施的集束化护理方案,不仅有助于提高护理质量,还能促进患者的早日康复。

本研究显示,观察组各项指标均明显优于对照组,症状缓解时间短于对照组,人工气道使用时间住院时间也短于对照组,不良反应发生率相对较低,差异显著( $P < 0.05$ )。这主要是因为优化肠内营养时机,能够确保患者在早期获得足够的营养支持,维持机体的代谢平衡和免疫功能。早期肠内营养的实施,可以促进肠道屏障的完整性,减少肠道菌群失调的风险,降低感染并发症的发生率,这在重症肺炎患者中尤为重要。并且适时的营养介入能够增强患者的体力,改善呼吸机力量,从而有助于缩短人工气道的使用时间<sup>[10]</sup>。而集束化护理方案强调多学科协作,结合了呼吸护理、营养支持、疼痛管理等多方面的综合措施。这样的集束化管理不仅能提高护理的规范性,还能在多维度对患者进行干预。例如,通过早期康复训练、呼吸训练等,患者的肺功能恢复更快,进行缩短住院时间。集束化护理还加强了对患者及其家属的教育,提高了他们对疾病的认知程度,这也能在一定程度上降低不良反应的发生率。观察组在护

理过程中得到了个体化评估与干预,通过持续监测患者的生命体征、营养状态及心理状态,护理团队能够及时调整护理方案,确保患者在整个治疗过程中获得最佳的支持。这种以患者为中心的护理模式,不仅提升了患者的舒适度,还进一步增强了治疗的有效性。

综上所述,针对重症肺炎患者,通过实施优化肠内营养时机+集束化护理方案,能够有效缩短患者的康复进程,效果显著,值得推广。

#### 参考文献

- [1]陈洁琼,雷冰洁.精细化护理在老年重症呼吸机相关性肺炎患者中的效果评价[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(04):407-408.
- [2]纪锦坤.针对性护理干预在老年重症肺炎患者中的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(04):464-465.
- [3]冯清秀.优质护理干预在行俯卧位通气的重症肺炎患者中的应用价值[J].中国药物经济学,2024,19(S1):203-205.
- [4]陈玲娜.早期康复护理对ICU重症肺炎机械通气患者预后情况的影响[J].中国医药指南,2024,22(20):179-181.
- [5]吴彩明.基于Neuman理论的护理干预对重症肺炎患者的并发症及护理质量影响[J].中国医药指南,2024,22(19):101-103.
- [6]陈卡佳,袁爱枝,樊聪智等人.集束化护理联合护理路径对重症肺炎并发呼吸衰竭患者的血气指标、炎症因子及生活质量的影响[J].海南医学,2024,35(13):1968-1972.
- [7]李彩雲.在救治重症肺炎合并感染性休克患者过程中应用急诊护理路径的研究[J].中国防痨杂志,2024,46(S1):286-288.
- [8]黄静.探讨集束化护理在老年重症肺炎患者护理中的应用效果[A]第五届全国医药研究论坛论文集(三)[C].榆林市医学会,榆林市医学会,2024:6.
- [9]张杉杉,刘亚楠,张娟等人.基于Roy适应模式护理对重症肺炎患者治疗依从性及预后的影响[J].黑龙江医药科学,2024,47(03):76-78.
- [10]黄玉娟,顾芸芬,孟徐蕾.个体化护理在ICU重症肺炎患者中的应用效果分析[J].中外医疗,2024,43(17):159-162.