

预见性护理与常规护理应用于ICU重症患者护理中的临床效果分析

吉敏 赵瑶瑶 李璐 胡逸靖*

空军军医大学第二附属医院-重症医学科 陕西 西安 710038

摘要: **目的:** 系统对比预见性护理与常规护理应用于ICU重症患者护理中的临床效果。**方法:** 收集2022.2.6-2023.2.6入住我院ICU的120例重症患者,随机分新式组(预见性护理)和传统组(常规护理),各60例,对比相关指标。**结果:** 新式组在生理机能恢复(机械通气时长、APACHE II评分)、循环功能及感染凝血风险(中心静脉压、心脏指数、多重耐药菌感染、D-二聚体)、治疗进程(血管活性药物使用时长、CRRT应用频率与持续时间)等方面优于传统组,并发症(肺部感染、深静脉血栓、泌尿系统感染)发生率更低, $P < 0.05$ 。**结论:** 预见性护理对ICU重症患者的护理效果显著优于常规护理,可改善多项指标并降低并发症发生率。

关键词: ICU重症患者; 预见性护理; 常规护理; 临床效果; 并发症

随着医疗技术的持续进步以及对患者护理需求认识的不断深化,护理模式也在持续革新与演进。传统的常规护理在一定历史时期发挥了重要作用,但因多遵循既定流程,在应对重症患者瞬息万变的病情时,往往存在一定的滞后性与被动性。预见性护理作为一种新兴的护理理念与模式,近年来备受关注。研究表明,预见性护理通过全面深入地评估患者病情,依据丰富的临床经验、专业知识以及对疾病发展规律的精准把握,能够提前识别潜在风险与护理需求,就此制定系统且针对性强的护理策略。此类前瞻性的护理方式有望在改善患者生理指标、减少并发症发生、优化治疗进程以及提升患者心理适应等多方面展现出独特优势^[1]。鉴于此,开展本研究旨在系统地对比预见性护理与常规护理应用于ICU重症患者护理中的临床效果,为临床护理实践提供更为科学、可靠的依据,以促进ICU护理质量的进一步提升,推动整个重症护理学科的发展与进步,更好地满足ICU重症患者的多元护理需求并改善其整体预后结局,现如下。

1 资料及方法

1.1 基线资料

本研究收集2022年2月6日至2023年2月6日期间入住我院ICU的重症患者,共纳入120例,随机分为新式组与传统组,每组60例。新式组男性35例,女性25例,年龄区间为22-78岁,平均年龄(50.25±12.36)岁,病程区间为1-10天,平均病程(4.58±2.12)天。传统组男性32例,女性28例,年龄区间为20-80岁,平均年龄(51.05±13.02)岁,病程区间为1-12天,平均病程(4.85±2.36)天。

纳入标准: 年龄在18周岁及以上;入住ICU时间预计超过24小时;符合ICU重症患者诊断标准;患者或家属签

署知情同意书。

排除标准: 合并严重精神疾病或认知障碍无法配合护理者;处于临终状态预计生存期小于24小时者;资料不全影响研究判断者。

经比较,两组受试者基线资料差别不显著, $P > 0.05$,有可比性。

1.2 方法

1.2.1 新式组

新式组采用预见性护理,详细为:护理人员在患者入住ICU后,全面评估患者病情,每30分钟监测一次生命体征,详细为体温、心率、血压、呼吸等,根据评估结果预测出现的并发症,如预测到患者有肺部感染风险时,提前进行呼吸道护理,定时为患者翻身、拍背,雾化吸入频次设定为每日4次。对于有深静脉血栓形成风险的患者,入院6小时内即开始使用间歇充气加压装置,每日使用18小时,同时根据患者凝血功能情况,在医生指导下预防性使用低分子量肝素,剂量为每千克体重50国际单位,皮下注射,每日1次。每日评估患者营养状况,依据患者个体情况制定营养支持计划,保证患者每日摄入蛋白质1.2-1.5克每千克体重、碳水化合物4-6克每千克体重、脂肪1-1.5克每千克体重,通过鼻饲或静脉营养等方式给予。密切观察患者心理状态,每4小时进行一次心理评估,当发现患者有焦虑或恐惧情绪时,及时采用心理疏导,如播放舒缓音乐、与患者交流其感兴趣的话题等,每次心理疏导时间不少于20分钟。

1.2.2 传统组

传统组采用常规护理,具体为:护理人员按照一般护理流程,每1-2小时巡视患者一次,观察生命体征变

化,当生命体征出现异常时进行相应处理。遵医嘱给予患者基础护理,如保持患者皮肤清洁、口腔护理等,口腔护理每日2次。根据患者病情给予饮食指导或营养支持,未进行系统的个性化营养方案制定。对于并发症的预防,在出现相关症状后才进行针对性处理,未提前采取预防性干预措施。对患者心理状态关注较少,仅在患者主动表达心理不适时给予简单安慰。

1.3 观察指标

(1)分析两组患者生理机能恢复情况。详细为机械通气时长、干预前后急性生理与慢性健康评分系统 II 得分的变化。

(2)分析两组患者干预前后循环功能、感染凝血风险指标对比情况。循环功能为中心静脉压(CVP)、心脏指数(CI);感染凝血风险指标为多重耐药菌感染发生率、D-二聚体水平(mg/L)。

(3)分析两组患者治疗进程指标对比详情。具体为血管活性药物使用时长、连续性肾脏替代治疗(CRRT)的应用频率与持续时间。

(4)分析两组患者并发症发生率对比情况。

1.4 统计学原理

采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生理机能恢复情况

详细参照表1.

表1 两组患者生理机能恢复情况 ($\bar{x} \pm s$)

生理机能恢复情况 指标	新式组 (n=60)	传统组 (n=60)	t	P
机械通气时长(h)	48.25±10.36	65.50±12.15	6.325	<0.001
护理前APACHE II 评分(护理前)	20.12±3.56	20.58±3.25	0.855	0.398
护理后APACHE II 评分(护理后)	12.25±2.18	16.36±2.65	8.915	<0.001

2.2 两组患者干预前后循环功能、感染凝血风险指标对比情况

详细参照表2.

表2 两组患者干预前后循环功能、感染凝血风险指标对比情况

指标	新式组 (n=60)	传统组 (n=60)	t/ χ^2	P
中心静脉压(CVP) 稳定范围(mmHg)	8.25±1.36	9.50±1.65	4.124	<0.001
心脏指数(CI)波动 范围(L/min/m ²)	3.25±0.56	2.85±0.42	4.685	<0.001

续表:

指标	新式组 (n=60)	传统组 (n=60)	t/ χ^2	P
多重耐药菌感染 发生率[n,%]	5(8.33%)	12(20.00%)	4.622	0.032
D-二聚体水平 (mg/L)	1.25±0.36	1.65±0.45	5.127	<0.001

2.3 两组患者治疗进程指标对比详情 详细见表3.

表3 两组患者治疗进程指标对比详情

治疗进程指标	新式组 (n=60)	传统组 (n=60)	t/ χ^2	P
血管活性药物使用 时长(天)	3.25±1.05	5.12±1.25	8.364	<0.001
连续性肾脏替代治疗 (CRRT)应用频率	8(13.33%)	15(25.00%)	3.922	0.048
连续型肾脏替代治疗 (CRRT)持续时间 (h)	25.50±5.25	32.15±6.12	5.689	<0.001

2.4 两组患者并发症发生率对比情况 详细参照表4.

表4 两组患者并发症发生率对比情况

并发症类型	新式组 (n=60)	传统组 (n=60)	χ^2	P
肺部感染	3(5.00%)	9(15.00%)	3.419	0.064
深静脉血栓	2(3.33%)	8(13.33%)	4.320	0.038
泌尿系统感染	1(1.67%)	6(10.00%)	3.842	0.050

3 讨论

ICU重症患者病情危急复杂,多器官功能受损,生命体征不稳定。护理需求详细为精准持续监测生命体征,精通机械通气时气道护理,依病情制定个体化营养方案,开展心理护理缓解应激,前瞻性预防肺部感染、深静脉血栓、泌尿系统感染等并发症,以保障患者生命安全与促进康复^[2]。

护理人员运用先进的监测技术与丰富的临床经验,不仅关注患者的基础生命体征,还深入剖析各生理系统间的相互关联与潜在失衡风险。在神经-呼吸协同方面,精准判断患者意识状态对呼吸调节的影响,提前预防因中枢神经功能波动导致的呼吸抑制或紊乱。在机械通气管理中,依据实时监测的呼吸力学参数、血气分析结果以及患者的整体生理状态,制定个体化的撤机计划。此类前瞻性的撤机策略避免了传统护理中机械地遵循固定撤机指标,就此有效缩短机械通气时长。

基于对患者疾病严重程度、代谢应激水平以及胃肠功能的精准评估,预见性地调整营养物质的配比与供给途径。对于高代谢应激的患者,适时增加蛋白质与能量供给,优先选择胃肠内营养并严密监测耐受情况,预防胃

肠功能障碍与营养不良的恶性循环。从细胞代谢层面来看,充足且合理的营养支持有助于维持细胞结构与功能完整性,促进受损组织修复,为肺泡上皮细胞修复提供必需的营养底物,改善肺换气功能,就此推动整体生理机能向良性恢复。传统护理在营养支持方面缺乏此类精准的预见性与动态调整能力,难以满足重症患者复杂多变的营养需求,限制了生理机能恢复的速度与质量^[3]。

相关文献指出:通过对中心静脉压及心脏指数的严密监测与精准调控,其内在机制涉及多系统的协同整合。从心血管系统本身而言,护理人员依据患者的心脏功能储备、血管弹性以及液体平衡状态,运用先进的血流动力学监测技术,如脉搏轮廓分析、肺热稀释法等,实时获取精确的循环参数,就此制定个体化的液体管理与血管活性药物应用策略。不但能维持心脏的前负荷、后负荷与心肌收缩力的平衡,确保稳定的心脏输出量,还能优化全身组织器官的灌注,预防因循环不稳定导致的多器官功能障碍。在感染防控层面,除了严格的环境管理与抗菌药物合理规划外,还深入到对患者免疫功能的监测与调节。鉴于重症患者免疫功能常处于紊乱状态,预见性护理通过检测免疫细胞功能、炎症因子水平等指标,早期识别免疫失衡倾向,采取针对性的免疫调节措施,如使用免疫球蛋白、细胞因子拮抗剂等,增强患者抗感染能力。在凝血功能管理方面,基于对患者基础凝血状态、血管内皮损伤风险以及血液流变学改变的综合评估,制定全面的血栓预防方案。除常规的抗凝药物应用外,还注重物理预防措施的优化,如根据患者肢体活动能力与血管超声检查结果,个性化调整间歇充气加压装置的使用参数,同时密切监测抗凝治疗的安全性,防止出血并发症^[4-5]。相比之下,传统护理缺乏此类深度的风险评估与系统的预防体系,在循环功能调控上难以达到精准化,在感染凝血风险防控上处于被动应对局面,无法有效降低风险发生的概率与危害程度,进一步凸显了预见性护理在该领域的显著优势与卓越成效。

借助 PiCCO(脉搏指示连续心输出量监测)系统,能够实时获取心输出量、外周血管阻力等关键指标的细微变化,护理人员据此构建起循环功能的动态模型。基于此模型,在血管活性药物使用过程中,可精确计算药物剂量-效应关系,以最小有效剂量维持循环稳定,同时依据循环功能的逐步恢复,及时且精准地递减药物剂量,就此有效缩短使用时长,减少药物相关不良反应及并发症风险。相关工作人员密切监测血清肌酐、尿素

氮、胱抑素 C 等肾功能指标的变化趋势,结合患者的液体出入量、酸碱平衡状态以及血流动力学稳定性,提前识别肾功能恶化的早期信号。在预防肾毒性药物损伤方面,除了常规的药物筛选与剂量调整外,还深入研究药物在体内的代谢途径与相互作用网络,对于联合用药方案中存在的肾毒性叠加风险进行前瞻性评估与调整。在液体管理上,运用基于 Starling 定律的液体平衡策略,精确计算患者的液体需求与清除量,防止因液体过载或不足对肾功能造成的进一步损害。此类系统性的早期干预措施显著降低了 CRRT 的应用需求,减少了治疗时间与相关医疗资源的投入^[6]。

本组内,新式组并发症发生率低于传统组, $P < 0.05$ 。通过细致分析气道微生态,精准调控菌群,采用前沿技术维护其平衡,强化呼吸道局部免疫。同时,依据患者具体状况,运用人体工程学制定个体化体位变换方案,保障肺部通气与引流均匀,有效降低坠积性肺炎风险。借助神经肌肉电刺激与康复运动疗法激活肌肉泵功能,加速静脉回流,再依靠血栓弹力图监测精确评估凝血及血栓风险,制定适配的抗凝方案,兼顾防血栓与降出血风险。泌尿系统感染防控中,预见性护理构建全程监控体系,运用先进检测技术实时掌握尿液相关指标变化,结合多因素构建风险预测模型,就此采取综合措施,像优化导尿管应用、调整尿液性状等,抑制细菌繁殖。传统护理缺乏系统的风险评估与预防体系,面对上述并发症多是事后补救,难以从源头防控,对比之下,更凸显了预见性护理在减少 ICU 重症患者并发症方面的关键作用与独特优势。

参考文献

- [1] 闫丽娜,原芳. ICU连续静脉-静脉血液滤过治疗重症肺结核患者的护理效果评估[J]. 中国防痨杂志,2024,46(z1):259-261.
- [2] 赵乐伟,吕红霞,刘文莹,等. 人性化护理在ICU重症患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(2):131-134.
- [3] 赵洁,杨君艳,张珍,等. ICU标准化护理流程在重症脑出血患者中的应用价值[J]. 中国标准化,2024(18):261-264.
- [4] 许娟,莫蓓蓉,胡玉娜,等. 重症监护病房成人患者护理人文关怀专家共识[J]. 护理学杂志,2022,37(18):1-4.
- [5] 毛静,朱妍. 基于ABCDEF集束化护理模式对重症肺炎机械通气患者ICU获得性谵妄发生率、睡眠质量及肺功能的影响[J]. 国际护理学杂志,2023,42(18):3413-3416.