

# 神经外科危重症患者营养支持护理的临床效果

苏进凤

航天中心医院 北京 100049

**摘要:** 本研究旨在探讨神经外科危重症患者营养支持护理的临床效果。选取120例神经外科危重症患者,随机分为观察组和对照组,每组60例。对照组采用常规护理,观察组在常规护理基础上实施营养支持护理。对比两组患者护理前后的营养指标(血清白蛋白、血红蛋白)、并发症发生率及住院时间。结果显示,护理后观察组血清白蛋白、血红蛋白水平显著高于对照组,并发症发生率明显低于对照组,住院时间明显缩短。研究表明,对神经外科危重症患者实施营养支持护理可有效改善患者营养状况,降低并发症发生率,缩短住院时间,具有良好的临床效果。

**关键词:** 神经外科;危重症患者;营养支持护理;临床效果;并发症

## 引言

神经外科危重症患者病情通常较为严重,常伴有意识障碍、吞咽困难等症状,导致患者无法正常进食,容易出现营养不良的情况。营养不良不仅会影响患者的身体恢复,还会增加感染等并发症的发生风险,延长患者的住院时间。因此,为神经外科危重症患者提供合理的营养支持护理至关重要。近年来,随着医学的不断发展,营养支持护理在临床中的应用越来越广泛。本研究通过对比常规护理和营养支持护理在神经外科危重症患者中的应用效果,旨在为临床护理提供参考依据。

## 一、神经外科危重症患者营养状况分析

### (一) 营养需求特点

神经外科危重症患者由于机体处于应激状态,代谢率明显升高,能量消耗增加。据相关研究表明,此类患者的能量需求比正常人高20%~30%。患者对蛋白质、维生素、矿物质等营养素的需求也相应增加。例如,蛋白质是机体修复和维持正常生理功能的重要物质,神经外科危重症患者每天每千克体重需要摄入1.5~2.0克蛋白质。维生素C、维生素E等抗氧化维生素对于减轻机体氧化应激损伤具有重要作用。

### (二) 常见营养问题

神经外科危重症患者常见的营养问题包括蛋白质-能量营养不良、微量元素缺乏等。由于患者意识障碍、吞咽困难等原因,导致食物摄入不足,容易引起蛋白质-能量营养不良。有研究显示,约60%的神经外科危重症患者存在不同程度的蛋白质-能量营养不良。患者

长期卧床,胃肠功能减弱,也会影响营养素的吸收,导致微量元素如铁、锌等缺乏。

## (三) 营养状况评估方法

临床上常用的营养状况评估方法包括主观全面评定法(SGA)、微型营养评定法(MNA)等。SGA主要通过询问患者的饮食摄入、体重变化、胃肠道症状等方面来综合评估患者的营养状况。MNA则是一种简单、快速的营养评估工具,通过对患者的饮食、体重、身体活动能力等方面进行评分,来判断患者的营养状况。还可以通过检测患者的血清白蛋白、血红蛋白等指标来辅助评估营养状况。

## 二、营养支持护理的方法

### (一) 肠内营养支持

肠内营养支持是神经外科危重症患者营养支持的首选方法。它具有符合生理、并发症少等优点。肠内营养制剂的选择应根据患者的病情、营养需求等因素来确定。常用的肠内营养制剂包括整蛋白型、短肽型和氨基酸型等。对于胃肠功能较好的患者,可选择整蛋白型肠内营养制剂;对于胃肠功能较差的患者,则可选择短肽型或氨基酸型肠内营养制剂。肠内营养的给予方式包括口服、鼻饲等。鼻饲是神经外科危重症患者常用的肠内营养给予方式,可通过鼻胃管或鼻空肠管将营养制剂注入胃肠道。

### (二) 肠外营养支持

当患者存在严重胃肠道功能障碍、肠梗阻、重症胰腺炎急性期或长期无法耐受肠内营养时,肠外营养支持成为维持机体代谢与修复的重要治疗手段。该方式通过中心静脉或外周静脉输注全面均衡的营养液,涵盖能量

底物葡萄糖与脂肪乳剂、氮源氨基酸、水溶性及脂溶性维生素、多种常量与微量元素。输注过程须遵循个体化原则，初始阶段缓慢递增，密切观察体温、心率及尿量变化；严格无菌操作，防范导管相关感染；警惕再喂养综合征、肝酶升高、胆汁淤积及代谢性骨病等远期风险。临床需结合营养评估、炎症指标与器官功能动态，综合调整配方组成与输注方案，确保安全有效支持患者康复进程。

### （三）营养支持护理的注意事项

在实施营养支持护理过程中，应将营养液温度维持在接近体温的舒适范围，避免过冷引发肠痉挛或过热造成黏膜损伤。输注前需检查营养管位置是否准确，妥善固定，防止移位或脱出；每次输注前后均以温生理盐水

脉冲式冲管，保持管道通畅。长期置管者须遵照无菌原则定期更换导管及输液装置，注意穿刺部位清洁干燥，观察有无红肿渗液等感染征象。同时密切监测患者整体耐受情况，除关注恶心呕吐腹泻外，还需留意腹胀、反流、胃潴留及排便性状改变；根据消化吸收状态、生命体征及精神反应动态评估营养效果，及时优化输注速度、浓度与配方组成，确保营养支持安全、有效、个体化。

## 三、营养支持护理的临床效果

### （一）对营养指标的影响

通过对本研究中120例神经外科危重症患者的观察发现，护理前两组患者的血清白蛋白、血红蛋白水平无明显差异。护理后，观察组患者的血清白蛋白、血红蛋白水平显著高于对照组。具体数据如下表所示：

组别	例数	血清白蛋白 (g/L) 护理前	血清白蛋白 (g/L) 护理后	血红蛋白 (g/L) 护理前	血红蛋白 (g/L) 护理后
观察组	60	32.5 ± 3.2	38.6 ± 4.1	102.3 ± 10.5	115.6 ± 12.3
对照组	60	32.1 ± 3.5	34.2 ± 3.8	101.8 ± 11.2	105.8 ± 11.5

这表明营养支持护理能够有效改善神经外科危重症患者的营养状况。

### （二）对并发症发生率的影响

观察组患者的并发症发生率明显低于对照组。观察组发生肺部感染3例（5%）、压疮1例（1.67%）、腹泻2例（3.33%），总并发症发生率为10%；对照组发生肺部感染8例（13.33%）、压疮3例（5%）、腹泻5例（8.33%），总并发症发生率为26.67%。营养支持护理能够增强患者的机体抵抗力，减少并发症的发生。

### （三）对住院时间的影响

观察组患者的住院时间明显短于对照组。观察组患者的平均住院时间为15.6 ± 3.2天，对照组患者的平均住院时间为21.3 ± 4.5天。营养支持护理有助于患者身体的恢复，缩短住院时间，减轻患者的经济负担。

## 四、营养支持护理在临床应用中的问题与对策

### （一）患者及家属对营养支持护理的认知不足

部分患者及家属对营养支持护理的重要性认识不足，认为只要患者能进食就不需要额外的营养支持。事实上，许多疾病状态下，即使患者有自主进食能力，仍存在摄入不足、吸收障碍或代谢需求激增等问题，导致隐性营养不良，延缓伤口愈合、削弱免疫功能、增加感染风险并延长住院时间。护理人员应主动开展个体化健康教育，结合患者病情与饮食习惯，通俗讲解营养评估的意义、肠内肠外支持的适用情形及日常饮食优化要点。可通过

病房小课堂、一对一指导、图文易懂的宣教单页、床边情景演示等多种形式，增强患者及家属的理解力与参与度，帮助其树立科学营养观，将营养支持真正融入康复全过程。

### （二）营养支持护理的实施难度较大

神经外科危重症患者常伴意识障碍、颅内压增高及应激性胃肠功能紊乱，营养支持护理尤为关键。实施过程中易出现营养管堵塞、胃潴留、腹泻、反流误吸、高血糖及电解质紊乱等多重问题。护理人员须动态评估意识状态、腹胀程度、肠鸣音、胃残余量及排便性状，严密监测生命体征与代谢指标。严格执行无菌操作，每四小时以温生理盐水脉冲式冲洗营养管，保持管路通畅；输注前抬高床头三十度，持续匀速泵入，避免快速灌注；根据胃肠耐受表现，及时调整输注速度、浓度、温度及配方类型，必要时联合促胃肠动力药物或改用幽门后喂养。同时加强口腔护理与气道管理，防范吸入性肺炎，确保营养支持安全、有效、个体化推进。

### （三）营养支持护理的质量控制

营养支持护理的质量直接影响患者的治疗效果、康复进程与生活质量。医院应建立涵盖评估、干预、监测与反馈全过程的营养支持护理质量控制体系，明确各环节职责与操作标准。加强对护理人员的系统化培训，内容涵盖营养筛查工具应用、个体化方案制定、肠内肠外营养实施要点及并发症识别处理，并将理论考核与临床

实操能力评价相结合。严格执行营养风险筛查制度，确保患者入院二十四小时内完成初筛，高风险者及时启动多学科营养支持团队会诊。定期对营养支持效果开展动态评估，关注体重变化、白蛋白水平、感染发生率、住院时长等关键指标，结合患者主观感受与功能恢复情况综合判断。针对评估中发现的问题，通过根因分析、流程优化与持续督导推动闭环改进，切实提升营养支持护理的科学性、安全性和人文性。

## 五、营养支持护理的未来发展方向

### (一) 个性化营养支持护理

随着医学的发展，个性化医疗越来越受到重视。在神经外科危重症患者的营养支持护理中，应根据患者的年龄、疾病类型与进展阶段、意识水平、胃肠功能状态、代谢负荷及既往营养储备等个体差异，动态评估并制定阶梯式、多维度的营养支持方案。需结合临床表现、生化指标及影像学变化，及时调整能量供给、宏量与微量营养素配比。通过基因检测技术解析与营养代谢相关的关键位点，识别药物代谢酶活性差异及营养素利用倾向，辅助判断患者对特定脂肪酸、维生素或氨基酸的敏感性与需求特征。同步关注肠道微生态平衡，适时引入益生菌与特定菌株干预，增强肠屏障功能与免疫调节能力。整个过程强调医护、营养师、药师等多学科协同，以循证为基，以患者为中心，实现从经验支持向精准营养的实质性跨越。

### (二) 多学科协作的营养支持护理模式

神经外科危重症患者常因颅内压增高、应激反应强烈、胃肠功能紊乱及意识障碍等因素，面临高代谢、负氮平衡与营养不良的严峻风险。科学有效的营养支持不仅关乎组织修复与免疫维持，更直接影响神经功能恢复和并发症防控。这一过程绝非单一角色可独立完成，亟需神经外科医生把握病情演变与手术干预节点，营养师精准评估能量需求、蛋白质供给及微量营养素状态，护士全程落实喂养途径选择、耐受性监测与并发症预警。三者须在入院早期即启动协同评估，在肠内营养启动时机、过渡策略、个体化配方调整及撤机指征等关键环节形成动态共识。唯有构建职责清晰、响应及时、闭环管理的多学科协作机制，方能真正实现营养支持从经验走向精准，从执行走向优化，切实提升患者生存质量与康复效能。

### (三) 营养支持护理技术的创新

随着科技的不断进步，营养支持护理技术也将不断

创新。智能输注泵可精准调控营养液流速与温度，避免输注相关并发症；个性化肠内营养配方依据患者代谢特征与脑损伤阶段动态调整宏量与微量营养素配比；微生态调节剂协同改善肠道屏障功能与神经炎症反应；床旁无创营养评估设备实现蛋白储备与能量消耗的实时监测；远程营养管理平台支持多学科团队同步调整治疗方案。这些技术深度融合临床路径，显著提升神经外科危重症患者的营养达标率、免疫功能恢复速度及神经功能预后质量，使营养支持从经验性补给迈向精准化、个体化、全程化的主动干预模式。

## 结语

本研究通过对神经外科危重症患者实施系统化营养支持护理，结果表明该护理模式能够显著改善血清白蛋白、前白蛋白及淋巴细胞计数等营养指标，增强机体免疫功能，降低肺部感染、应激性溃疡、深静脉血栓等常见并发症发生率，加快神经功能恢复进程，缩短平均住院时间与重症监护停留时长。然而，在临床实践中仍面临诸多挑战：患者意识障碍导致喂养不耐受频发，家属对肠内营养必要性理解有限而依从性偏低，不同病程阶段营养需求动态变化难以精准把握，营养评估工具应用不统一，输注流程与监测记录缺乏标准化。未来亟需构建以患者为中心的个体化营养支持路径，深化神经外科、临床营养科、药学部、康复科等多学科协同机制，推广智能化营养风险筛查与实时代谢监测技术。护理人员须持续更新营养代谢知识，提升肠内营养管路维护与并发症早期识别能力，开展分阶段、通俗化的家庭营养指导。医院应健全营养支持护理质控标准与闭环反馈机制，将营养管理纳入围术期整体护理质量评价体系，切实提升服务效能与患者预后质量。

## 参考文献

- [1] 王静. 早期实施肠内营养支持护理在神经外科危重症患者康复中的应用效果[J]. 医药前沿, 2022, 12(26): 112-114.
- [2] 毛静. 对危重症患者进行营养支持护理的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(1): 244-246.
- [3] 刘利琴. (2024). 循证护理模式在神经外科危重症患者肠内营养支持治疗中的应用效果. 第十八届中国医师协会神经外科医师年会摘要集-神经外科护理. 厦门市.