

■ 专科护理

一例重症急性胰腺炎患者的肠内营养管理及体会

□董慧君

治疗与护理策略

重症急性胰腺炎(SAP)病死率为13%~35%，易合并腹腔间隔室综合征和多器官功能障碍，营养支持是核心治疗环节。循证指南证实早期肠内营养可保护肠道屏障、减少细菌移位、降低感染与病死率，但传统护理依赖医嘱和影像报告，胃肠功能评估滞后，常致肠内营养启动延迟、腹腔高压和感染风险增加。既往研究显示，以护理床旁超声为核心的主动MDT(多学科诊疗)模式，可将急性胃肠损伤Ⅲ级发生率由60%降至22%。

本文通过1例高脂血症性重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍患者，探讨将规范化重症护理床旁超声作为可视化评估工具，由护士牵头组建MDT多学科团队，全程动态监测腹腔压力、胃残余量、胃肠蠕动，分阶段实施腹腔减压、中西医协同干预、阶梯式肠内营养方案的实践经验。结果证实：依托护理床旁超声，护士可从被动执行者转变为主动协调者，有效缩短了肠内营养启动窗口期，改善了患者脏器功能与临床预后。

病例分析

患者男性，39岁，身体质量指数(BMI)为30.4，既往曾反复发作高脂血症性胰腺炎共7次，平日降脂药物服用不规律。本次因进食油腻食物后，出现持续性上腹痛并向腰部放射5天，在外院诊断为重症急性胰腺炎，接受连续性肾脏替代治疗、抑酶、补液等治疗后疗效不佳，遂转入我院ICU(重症监护室)。入院诊断为：重症高脂血症性急性胰腺炎、多器官功能障碍、中度急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、分布性休克。

入院查体显示：体温36.7摄氏度，心率133次/分，呼吸26次/分，血压123/50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)；腹部膨隆，上腹存在压痛、反跳痛，肠鸣音消失，无尿，腹围108厘米，腹内压为20毫米汞柱；双肺可见大量B线，全身炎症反应明显。

风险筛查结果显示：营养风险筛查2002(NRS2002)评分为3分；跌倒、压力性损伤发生风险均为中高风险；静脉血栓栓塞症(VTE)为高风险；序贯器官衰竭评估(SOFA)评分为10分，急性生理与慢性健康评分Ⅱ(APACHE-Ⅱ)为20分，Ranson评分系统(用于评估急性胰腺炎严重程度)评分为6分，患者病情危重。

实验室检查结果显示：患者甘油三酯最高值为38毫摩尔/升，入院时为10.28毫摩尔/升；淀粉酶、脂肪酶指标均有升高；肌酐为624微摩尔/升，提示存在急性肾损伤；C-反应蛋白为245.76毫克/升；降钙素原(PCT)、白细胞介素-6指标显著升高，同时存在酸中毒。CT(计算机层析成像)检查结果显示：胰腺体部局部坏死，改良CT严重指数(MCTSI)评分为8分(E级)；存在双侧胸腔积液、腹腔大量渗出；脾静脉、门静脉可见可疑血栓；双肺可见炎症渗出。

总体治疗方案

1.器官支持：采用连续性肾脏替代治疗开展持续超滤脱水，以降低腹压并清除炎症介质；实施高流量氧疗保护肺功能；使用血管活性药物维持循环稳定；应用低分子肝素抗凝，预防血栓形成。

2.病因控制：通过胰岛素泵联合

非诺贝特进行降脂、降糖治疗；使用生长抑素联合奥美拉唑抑制胰液与胃酸分泌；给予亚胺培南控制感染，同时配合乌司他丁抗感染治疗。

3.腹腔减压：实施胃肠减压；采用多侧孔肛管进行持续负压排气；口服大黄/大承气汤并配合保留灌肠；腹部外

敷芒硝。

4.营养方案：急性期禁用含脂肪乳的全肠外营养；依托重症护理床旁超声评估胃肠动力，分阶段阶梯式启动空肠肠内营养支持。

5.中医协同疗法：通过足三里穴注射新斯的明、砭石温灸及隔物灸等方法促进胃肠蠕动。

分阶段护理管理(以重症护理床旁超声为核心，护士主导MDT动态调整)

阶段1:急性加重期

病情特点

患者基础病情危重且生命体征波动明显，合并急性呼吸窘迫综合征伴重度低氧血症，循环功能不稳定，严格实施肺保护性通气策略联合血管活性药物支持，并进行严密监护。循环、呼吸仍不稳定，腹内压维持在17毫米汞柱~20毫米汞柱之间；每4小时护理床旁超声显示胃窦无收缩、双侧结肠重度扩张伴积液，提示存在胃肠重度麻痹，完全无法耐受肠内喂养。

护理主导的MDT干预

1.重症护理床旁超声每4小时动态评估胃肠功能，结果显示胃窦及双侧结肠处于瘫痪状态，且结肠内存在炎症渗出。相关数据已纳入晨间交班内容，医护团队联合加强液体管理及减压治疗。

2.改良肛管：采用自制多侧孔管道置入结肠进行持续负压引流，以替代传统的间断肛管排气方式；实施芒硝持续外敷；由医生、护士、中医师及药师组成多学科团队，开展间断中药灌肠、持续负压吸引，并联合连续性肾脏替代治疗；患者24小时腹内压波动范围为17毫米汞柱~18毫米汞柱，腹围维持在105厘米~106厘米。

3.严格执行全肠外营养方案：因甘油三酯水平>4.4毫摩尔/升，应禁用脂

肪乳；严密监测出入量、血气分析结果、肾功能及炎症指标。

4.实施高流量氧疗并配合镇静、镇痛措施，以减少氧耗，并切实落实肺保护性护理。

阶段2:危重僵持期

病情特点

循环、呼吸功能有所好转，但腹内压持续维持在15毫米汞柱~19毫米汞柱之间。胃肠动力恢复缓慢，胃残余量为200毫升~300毫升，单纯药物促动力效果不佳。

护理主导的MDT关键举措

1.ICU、中医、超声介入及药理学多学科联合查房。超声动态监测显示腹腔存在大量渗出积液，胰腺周围渗出液增多，超声介入科行腹腔穿刺置管引流。

2.护士在床旁超声引导下留置鼻空肠管，尝试通过空肠途径鼻饲大承气汤。每4小时进行护理超声动态评估肠道功能，结果显示结肠明显扩张、蠕动减弱，可见积液、积气，中药吸收效果不佳。24小时后腹内压及腹围仍居高不下，遂实施胃管+空肠管+肛管三管同步减压引流。

3.联合中医外治方法：穴位注射联合温灸治疗促进肠道蠕动；持续记录引流液的量及颜色变化，并实时反馈感染及渗出情况。

4.穿刺引流后超声复查显示：左半结肠蠕动功能改善，腹内压较前下降，为后续启动肠内营养创造了条件。

护理体会

重症护理床旁超声：护士的“第三只眼”，为MDT协作提供核心数据支撑

传统依靠触诊、问诊判断胃肠功能的方法主观性强、结果滞后；经规范化培训并取得相应资质的护士进行床旁超声检查可即时量化胃窦面积、胃残余量、肠蠕动幅度，得到客观的可视化数据，减少对影像检查的依赖，提前判断肠内营养启动时机，有效规避腹腔高压延误治疗风险。

重塑护理专业角色：从医嘱执行者转变为MDT主导协调者

在本案例中，护士依托超声的客观评估结果，主动发起多学科会诊、优化腹腔减压方案、申请腹腔穿刺，并阶梯式调整肠内营养输注速度，全程参与诊疗决策。护理工作不再局限于基础生活照料和执行医嘱操作，而是以客观评

估数据为支撑，统筹西医器官支持、中医外治、肠内营养及药物干预全流程，拓展护理专业边界。

MDT协同管理是重症胰腺炎营养护理的质量保障

单一护理操作仅能改善患者局部症状；以护理超声评估为核心的常态化MDT机制，整合了ICU、中医等多学科资源，中西医同步干预腹腔高压与胃肠麻痹，分阶段精准调整营养方案，有助于降低急性胃肠损伤、感染、器官衰竭的发生风险。数据证实，该模式有助于降低重症胰腺炎患者胃肠并发症的发生风险。

技术赋能实现护理专业学科认同

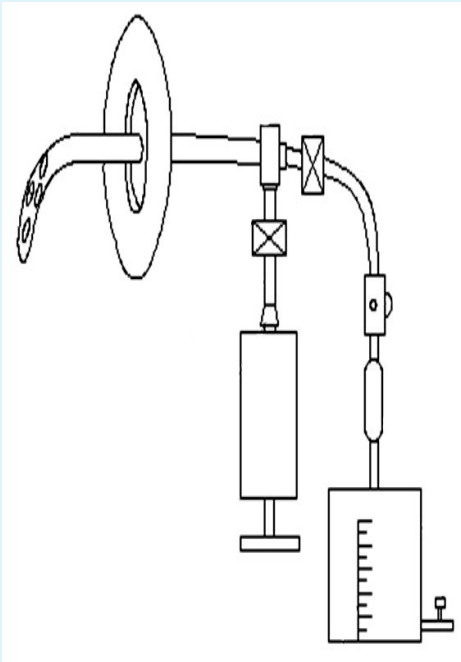
重症护理超声不是单纯的操作技能，而是推动循证护理落地的工具。每一次床旁评估、每一次多学科沟通、每一轮营养方案调整，均以量化的超声结

果为依据，让护理干预有据可依、疗效可量化，推动护理从经验判断转向循证科学，提升护理在重症多学科诊疗中的话语权与专业价值。

对重症急性胰腺炎合并腹腔高压、胃肠麻痹的患者而言，规范化的重症护理床旁超声是一种高效、便捷、可重复的床旁评估手段。由具备超声评估能力的护士牵头构建MDT管理模式，能够动态监测患者的胃肠功能、精准把控肠内营养启动时机，再结合腹腔减压操作与中西医协同护理干预，可有效控制炎症反应、保护脏器功能、帮助患者恢复肠道功能。该护理MDT实践模式在类似病例中具备一定的可复制性，可为重症急性胰腺炎患者肠内营养的规范化护理提供参考与借鉴。

(作者供职于郑州市人民医院)

■ 小发明



胸心外科专用引流装置的简易结构示意图

技术背景

近年来，随着医疗条件改善与抗生素不断更新迭代，脓胸的发病率已经明显降低。但由于耐药菌不断出现以及胸部手术相关感染等因素，脓胸目前仍时有发生。患者发病时需要胸腔内积液进行引流，引流管需放置在靠近胸腔底部的位置，黏稠或絮状的液体时常堵塞引流管口；传统储液包体积有限，也未设置排液管，若引流量过多，往往需要中途更换装置。此外，医务人员有时需要用药液冲洗患者胸腔后再进行引流，而现有引流装置并不具备该功能。为解决上述问题，有必要设计一种胸心外科专用引流装置。

创新内容

该胸心外科专用引流装置由引流管、引流瓶等部件组成。引流管的前端设置有弯折部，弯折部设置有多个侧孔；引流管上套装有固定板，固定板由凹陷部和黏合部构成，凹陷部设置在黏合部中部，朝向胸腔一侧凹陷，黏合部整体呈圆环形；引流管尾部连接三通管，三通管分别连通第一软管和第二软管；第一软管与三通管下方的引流瓶相连，第一软管的管路上从上到下依次设置有第一阀门、流速控制开关和观察器；第二软管上设置有第二阀门，另一端设置有连接部，可与配套注射器对接；引流瓶的右侧下端装有排液管。

排液管上设置有用于控制管路通断的排液阀，引流瓶表面带有刻度。固定板由医用硅胶制成，凹陷部内衬医用抗感染敷料；黏合部靠近胸腔的一侧设置有医用黏合胶。

有益效果

该引流装置在使用时无需借助额外的穿刺引导器械，引流管通过黏合部的医用黏合胶粘贴在胸腔壁皮肤完成固定；依托固定板的凹陷部设计，可同时封闭开放创口，避免伤口感染。

利用三通管的结构设计，可同时满足冲洗与引流两种功能：需要冲洗时，关闭第一阀门、打开第二阀门，通过连接部将注射器内的冲洗液注入引流管，即可完成胸腔冲洗；需要引流时，关闭第二阀门、打开第一阀门，患者胸腔内的液体经引流管、三通管、第一软管后流入引流瓶收集。

引流管上设有多个侧孔，可降低引流管堵塞风险；设置的流速控制开关和观察器，便于调控和观察第一软管内的液体流速；引流瓶带有刻度，可对引流出的液体体积进行记录；当引流瓶内液体达到一定量时，可通过排液管排出。

该引流装置结构设计合理，具备冲洗与引流功能，固定可靠，同时引流管不易发生堵塞，便于观察流速与引流量，且引流过程中无需更换引流瓶，操作便捷。

(作者供职于河南科技大学第二附属医院)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会，在护理方面取得的新进展，对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

科护理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片，并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!

投稿邮箱：
568689252@qq.com

《护理管理》(专 com

■ 护士手记

基层手术室新入职护士的成长之路

□雷蕾

作为一名资深手术室护士，我常常被问这样的问题：“手术室护士的工作只是递钳子吗？为什么手术室护士的培养周期这么长？”

今天，我想结合这些年的所见、所做与所思，来回答这个问题。

手术室护理远不止静脉穿刺、传递器械那么简单。一名手术医生可能用3年~5年的时间深耕一种术式，而手术室护士要在同等时间内，配合十余种不同术式、适应近百位操作习惯各异的手术医生，同时还要承担体位管理、设备操作、感染防控、人文关怀、标本管理等多项工作。任何一个环节出现问题，都可能直接威胁患者的生命安全。

手术护士的独立专业定位
长期以来，大众对手术室护士的认知往往局限于“给医生递器械”。事实上，手术室护士是与手术医生分工协作、共同承担手术安

全责任的专业伙伴。

手术医生负责术中决策，确定手术路径、处理病灶；手术室护士负责保障手术过程中的安全与护理，确保患者术中体温稳定、体位安全、未发生感染、器械清点无误、液体出入量平衡。以髋关节置换术为例：医生重点关注假体安放位置与神经血管状态，护士则关注患者体温变化、皮肤压疮风险、感染防控等问题。两条专业主线并行互补，缺少任何一个环节，手术都无法顺利完成。

新护士培养为何周期长

手术室护士培养周期偏长，并非新护士学习能力不足，而是这份职业本身要求极高。

第一，专科性极强。手术室涉及成百上千种手术器械，每一种都有不同的名称、规格、用途和传递手法，新护士需要搭建一套完整的器械知识体系，这是一项极其庞大

的记忆工程。

第二，风险等级高。器械清点误差、手术部位感染、体位性神经损伤，任何一处疏忽都可能引发严重事故。手术室护理要求“零容错”，这套工作标准需要经过长期训练才能内化为职业习惯。

第三，工作强度大。连台手术轮转、随时响应急诊、长时间持续站立，对体力和心理抗压能力都是考验。新护士不仅要适应体力上的持续消耗，还要适应长期高强度紧绷的工作状态。

第四，要求极高。一名合格的手术室护士不仅要把事情做对，还要把事情想在前面——预判医生的下一步操作、提前备好所需器械、坚守操作原则、及时发现异常信号。这种前置思维没有捷径，只能在实战中慢慢培养。

基层医院该怎样培养新护士
培养周期长是客观规律，但科

学的路径规划能让培养过程更高效。结合基层实际，这些做法可供参考：

模块化带教。不求进度快，按照“基础器械识别→常规手术配合→急诊应急处置”分阶段推进，完成一个模块的学习考核后，再进入下一个阶段，稳定夯实基础。

清单式考核。为每一项操作制定明确标准，逐项验收，考核通过后方可进入下一个环节，要摒弃“差不多就行”的心态。

模拟训练前置。在脱离实际患者压力的环境下，反复训练器械清点、体位摆放、应急流程等核心技能，形成肌肉记忆。

同步做好心理支持。新护士入职初期普遍存在焦虑情绪。带教老师要主动关注新护士的心理状态，及时开展情绪疏导，帮助建立职业信心。

一名成熟的手术室护士是什么样的

手术台上，医生未察觉纱布滑落，洗手护士能及时发现并稳妥收回；患者体位轻微偏移，巡回护士迅速调整，避免患者出现神经压迫损伤；年轻医生出现疏漏时，资深护士一句轻声提示，就能化解潜在风险……这些不是简单的辅助，而是实实在在的安全屏障。

培养一名成熟的手术医生常需要10年，培养一名合格的手术室护士也至少需要数年。我们培养的从来不是单纯的手术助手，而是手术安全的专业守护者。如果手术医生是手术台上的主角，那么手术室护士就是台下的守护者，两者相辅相成，缺一不可。愿更多人看见：每一台手术的背后，都有一支与手术医生并肩的专业力量在默默支撑。

(作者供职于内乡县人民医院麻醉科手术部)