



• 护理研究 •

ICU 护理因素所致院内感染的情况以及护理对策研究

彭淑华

(长沙市第四医院重症医学科 410006)

摘要：目的：探讨 ICU 护理因素所致院内感染的情况以及护理对策。方法：择 2014 年 5 月至 2017 年 5 月期间我院 ICU 住院患者由于护理因素而造成的院内感染患者 80 例作为研究对象，另外选择同期我院 ICU 住院患者 100 例，将其按照随机数字表法分为对照组与观察组，各为 50 例，分别采用常规护理与全面、针对性护理。分析院内感染发生情况、比较两组护理效果。结果：（1）年龄在 60 岁以上、感染基础疾病未多发性创伤与脑血管病的患者发生护理因素所致的院内感染率较高，且多表现为呼吸道感染及泌尿道感染类型；（2）观察组患者院内感染总发生率显著小于对照组（ $P < 0.05$ ）；（3）观察组患者住院时间及住院费用均分别显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），观察组患者护理满意度评分显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）；（4）两组患者护理干预后 HAMD 评分均显著小于护理前（ $P < 0.05$ ），且观察组患者护理干预前后 HAMD 评分变化程度显著大于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：年龄在 60 岁以上、感染基础疾病未多发性创伤与脑血管病的患者发生护理因素所致的院内感染率较高，且多表现为呼吸道感染及泌尿道感染类型。强化对患者进行护理干预，能够有效降低院内感染的发生率，改善患者的生活质量。

关键词：ICU；院内感染；护理对策**中图分类号：**R256.12**文献标识码：**A**文章编号：**1009-5187 (2018) 06-224-02

医院 ICU 是一个集中救治危重症患者的特殊场所，重症患者由于其病情十分危急，免疫水平明显下降，抗生素大量使用以及多种侵袭性操作[1]，与一般的住院患者相比，医院感染率 5~10 倍，尤其是因为护理方面的因素而导致的院内感染的发生率，则更高。ICU 患者一旦出现院内感染的情况，则会加剧其病情，甚至还会造成患者出现病死的可能[2]。本研究主要探讨了医院 ICU 护理因素而造成的院内感染的相关情况，并运用临床对照的方法，提出全面、针对性的护理干预措施对 ICU 护理因素所致院内感染患者的护理效果。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2014 年 5 月至 2017 年 5 月期间我院 ICU 住院患者由于护理因素而造成的院内感染患者 80 例作为研究对象，均符合院内感染诊断标准。其中男性 45 例，女性 35 例；年龄 27~76 岁，平均（56.59±10.21）岁。另外选择同期我院 ICU 住院患者 100 例，将其按照随机数字表法分为对照组与观察组，各为 50 例。对照组：男性 27 例，女性 23 例；年龄 26~77 岁，平均（54.34±10.08）岁；疾病类型包括：多发性创伤 18 例，消化系统疾病 13 例，脑血管疾病 12 例，其他 7 例。观察组：男性 29 例，女性 21 例；年龄 24~78 岁，平均（54.56±10.02）岁；疾病类型包括：多发性创伤 19 例，消化系统疾病 14 例，脑血管疾病 11 例，其他 6 例。两组患者一般资料差异均无统计学意义。

1.2 研究方法

对 2014 年 5 月至 2017 年 5 月期间我院 ICU 住院患者由于护理因素而造成的院内感染患者 80 例的临床资料进行回顾性分析，并进行数据整理与统计。按照最终的分析结果，制定相应的护理对策。观察组采用全面、针对性护理干预措施，对照组采用常规护理干预措施，主要包括无菌条件下操作、强化气道管理以及口腔管理等，强化对插管部位的护理等。

1.3 观察指标

主要包括：（1）本组患者发生院内感染的相关临床资料；（2）对照组与观察组出现院内感染率；（3）住院时间以及住院费用；（4）护理满意度评分。采用本科室自行设计的调

查问卷，总分值为 100 分，分值越高，表明患者对护理的满意程度越大；（5）心理状况评价。采用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）进行评定，得分越高，表明心理状况越差[3-4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计分析，计量与计数资料分别采用“ $\bar{x} \pm s$ ”及“n(%)”的形式进行表示； $P < 0.05$ ，表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 本组院内感染的情况分析

年龄在 60 岁以上、感染基础疾病未多发性创伤与脑血管病的患者发生护理因素所致的院内感染率较高，且多表现为呼吸道感染及泌尿道感染类型。具体结果见表 1：

表 1 本组院内感染的情况分析

相关因素	具体指标	例数 (n)	构成比 (%)
年龄 (岁)	<35	4	5.00
	35~60	17	21.25
	>60	59	73.75
感染基础疾病	多发性创伤	24	30.00
	脑血管病	17	21.25
	消化系统疾病	16	20.00
	呼吸洗疾病	10	12.50
	恶性肿瘤	6	7.50
	其他疾病	7	8.75
感染部位	呼吸道感染	42	52.50
	泌尿道感染	22	27.50
	败血症	10	12.50
	其他部位感染	6	7.50

2.2 两组患者院内感染发生率对比

观察组患者院内感染总发生率显著小于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2：

表 2 两组患者院内感染率比较[n(%)]



组别	例数 (n)	呼吸道感染	泌尿道感染	败血症	其他	总发生率
对照组	50	3 (6.00)	2 (4.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	8 (16.00)
观察组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0)	1 (2.00)	3 (6.00) *

注意: * $P < 0.05$, vs 对照组。

2.3 两组患者住院时间、住院费用及护理满意度评分对比
观察组患者住院时间及住院费用均分别显著低于对照组 ($P < 0.05$),
观察组患者护理满意度评分显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3:

表 3 两组患者住院时间、住院费用及护理满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	住院时间(d)	住院费用(元)	护理满意度评分(分)
对 照 组 (n=50)	7.42 ± 2.54	6682.03 ± 189.00	85.05 ± 10.19
观 察 组 (n=50)	4.89 ± 1.12	4578.23 ± 112.32	96.02 ± 12.30
t 值	4.552	3.878	5.578
P 值	0.034	0.039	0.029

2.4 两组患者护理干预前后 HAMD 评分对比 两组患者护理干预后 HAMD 评分均显著小于护理前 (P 均 < 0.05), 且观察组患者护理干预后 HAMD 评分变化程度显著大于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4:

表 4 两组患者护理前后 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前	护理后	t 值	P 值
对照组 (n=50)	22.45 ± 7.32	15.73 ± 3.34	4.690	0.033
观察组 (n=50)	23.11 ± 8.09	8.08 ± 1.23	8.225	0.018
t 值	0.238	5.593		
P 值	0.562	0.028		

3 讨论

医院 ICU 是一个相对狭小且封闭的空间, 其患者的死亡率及感染率均较其他病室要高很多。由于 ICU 集中了很多危重症患者, 其全身免疫力水平均显著下降, 呼吸道屏障也随之而下降。所以, 口咽部细菌极易导致肺部感染。某些患者甚至由于出现咳嗽以及排痰功能等方面受到较大的影响而无法有效地将呼吸道分泌物完全进行清理; 某些患者在抢救过程之中进行了气管插管或者切开, 从而使得各种致病菌直接侵入至呼吸道而不需要经过口咽部的自然防御屏障, 进一步使得呼吸系统感染发生率显著增大[5]。ICU 患者由于诊疗的根本需要, 在大部分时间均需将中心静脉插管应用于该过程之中, 当对插管部位不能很好地消毒时, 致病菌极易顺着皮肤插管部位进入血液之中而诱发败血症的发生。插管时间过长或插管不佳同样也极易导致败血症的发生。尿液对于致病菌来说是一个非常理想的培养基, 由于各方面的因素而引起的尿潴留均属于菌尿症的出现提供了有利的条件。长时间留置尿管的老年患者出现菌尿的概率几乎在 100% 左右[6]。若对插入的尿管护理不完全或者不能严格地执行无菌化操作, 则更易导致感染的

发生。本研究通过回顾性分析的方法, 结果显示: 年龄在 60 岁以上、感染基础疾病未多发性创伤与脑血管病的患者发生护理因素所致的院内感染率较高, 且多表现为呼吸道感染及泌尿道感染类型。据此, 提出了具体的护理措施, 如对气道进行冲洗、湿化以及吸痰等, 从而为患者拍背排痰, 鼓励患者尽快使得咳嗽得以恢复。另外所有涉及中心静脉插管患者, 务必严格按照无菌的基本原则, 减少不必要的接头部位操作或者是更换输液管道; 留置导尿管的过程中务必做好患者会阴护理, 尽早拔管。本研究结果显示: 观察组患者院内感染总发生率显著小于对照组 ($P < 0.05$), 观察组患者住院时间及住院费用均分别显著低于对照组 ($P < 0.05$), 观察组患者护理满意度评分显著高于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者护理干预后 HAMD 评分均显著小于护理前 (P 均 < 0.05), 且观察组患者护理干预前后 HAMD 评分变化程度显著大于对照组 ($P < 0.05$), 上述结果与相关文献报道结果相符[7-8]。

综上所述, 年龄在 60 岁以上、感染基础疾病未多发性创伤与脑血管病的患者发生护理因素所致的院内感染率较高, 且多表现为呼吸道感染及泌尿道感染类型。强化对患者进行护理干预, 能够有效降低院内感染的发生率, 改善患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 李振香, 杨丽娟, 王文霞, 等. 规范化护理质量管理在心外 ICU 术后患者中的应用及效果[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(3): 1-4.
- [2] 王艳, 付冰, 汤观秀. ICU 护理质量管理系统的建立及应用效果研究[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(11): 817-818+836.
- [3] 魏章英, 戴唯. 层级护理方案在预防 ICU 患者感染中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(03): 114-116.
- [4] 李新利, 刘燕红. ICU 患者中应用层级护理干预的效果及感染控制情况研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(01): 106-107.
- [5] 武艳华. 层级护理干预应用在 ICU 护理及对患者感染控制效果的影响分析[J]. 河北医学, 2016, 22(04): 675-677. [7] 陈瀚熙, 赵瑜, 蓝惠兰, 等. 无缝隙护理管理在危重症监护病房的应用实践[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(16): 61-63.
- [6] 刘玉琳. ICU 护士压力研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2011, 30(6): 801-803.
- [7] 符蓉. 研究护理精细化管理在综合性 ICU 医院感染管理中的应用[J]. 当代临床医刊, 2017, 30(01): 2842+2844.
- [8] 杨常佳. ICU 病房感染的预防措施及护理管理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(07): 132+134.