



综合 ICU 多重耐药菌感染的分析与护理干预

潘 玲 (福州市第二医院, 福建福州 350007)

摘要: **目的** 分析综合 ICU 多重耐药菌感染情况, 探讨护理干预的措施。**方法** 以本院 2015 年 1 月~2015 年 12 月综合 ICU 内住院患者 142 例为研究对象, 收集患者的各种标本, 进行细菌培养, 观察病原菌株检出情况、常见菌种中多重耐药菌的数量, 并观察多重耐药菌的部位分布、其中医院感染情况。**结果** 573 份标本经过细菌培养后, 共培养出 207 株病原体; 10 种常见菌株中, 综合 ICU 培养的病原体中共 183 株, 其中, 多重耐药菌 118 株, 占 64.5%; 118 株多重耐药菌中, 来源于呼吸道 81 株, 泌尿道 8 株, 肠道 1 株, 血液 12 株, 切口 4 株, 器官/腔隙 9 株, 导管 3 株; 检出的 207 株病原体中, 139 株属于医院感染, 占 67.1%; 183 株 10 种常见病原体中, 123 株属于医院感染, 占 67.2%; 18 株多重耐药菌中, 73 株属于医院感染, 占 61.9%。**结论** 综合 ICU 患者医院感染中, 引发的主要病原菌为多种耐药菌, 应在给予患者护理时采取相应的护理干预措施, 防止多重耐药菌产生, 控制其传播, 减少医院感染。

关键词: 综合 ICU 多重耐药菌 护理干预

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-211-02

医院感染控制是医院管理工作中的重点内容, 然而, 日益增多的多重耐药菌导致控制工作面临非常大的困难。综合 ICU 中收治的均为病情危重的患者, 治疗时, 多种操作具有侵入性, 加之患者自身免疫力低, 增加医院感染的发生风险, 应重点预防及控制。本研究中, 以本院综合 ICU 中的住院患者为研究对象, 收集所有患者的各种标本, 分析多重耐药菌的相关情况, 并探讨护理干预措施, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以本院 2015 年 1 月~2015 年 12 月综合 ICU 内住院患者 142 例为研究对象, 男 93 例, 女 48 例; 年龄 23~77 岁, 平均 (53.1±3.2) 岁; 疾病类型: 急性脑卒中 43 例, 呼吸衰竭 22 例, 重度路脑外伤 28 例, 多发伤 31 例, 多脏器功能衰竭 18 例; 所有患者入住 ICU 时间均在 48h 以上。共收集标本 573 份, 其中, 痰液标本 142 份, 血液标本 128 份, 脓液标本 97 份, 引流液标本 83 份, 尿液标本 72 份。

1.2 方法

收集的各种标本均进行细菌培养, 观察病原体菌株检出情况。选择五类细菌 (葡萄球菌属、肠球菌属、肠杆菌科、铜绿假单胞菌、不动杆菌属) 中的 10 个常见菌种, 筛选其中的多重耐药菌, 多重耐药菌以 2010 年提出的关于多重耐药菌国际标准化定义建议为判断标准。

2 结果

2.1 细菌培养结果

573 份标本经过细菌培养后, 共培养出 207 株病原体, 其中, G⁺ 球菌 25 株, 肠科杆菌 77 株, 非发酵菌 84 株, 真菌 17 株, 其他细菌 4 株。

2.2 多重耐药菌数量

10 种常见菌株中, 综合 ICU 培养的病原体中共 183 株, 其中, 多重耐药菌 118 株, 占 64.5%, 具体见表 1。

表 1: 10 种常见菌株中多重耐药菌占比情况

菌株名称	总数 (株)	多重耐药菌 (株)	占比 (%)
金黄色葡萄球菌	9	5	55.6
屎肠球菌	4	2	50.0
粪肠球菌	2	1	50.0
大肠埃希氏菌	10	7	70.0
奇异变形杆菌	10	3	30.0
产气肠杆菌	5	5	100.0
阴沟肠杆菌	1	1	100.0
肺炎克雷伯氏菌	53	37	69.8
铜绿假单胞菌	28	12	42.9
鲍曼氏不动杆菌	61	47	77.0

2.3 多重耐药菌部位分布

118 株多重耐药菌中, 来源于呼吸道 81 株, 泌尿道 8 株, 肠道 1 株, 血液 12 株, 切口 4 株, 器官/腔隙 9 株, 导管 3 株。

2.4 多重耐药菌与医院感染

检出的 207 株病原体中, 139 株属于医院感染, 占 67.1%; 183 株 10 种常见病原体中, 123 株属于医院感染, 占 67.2%; 118 株多重耐药菌中, 73 株属于医院感染, 占 61.9%。

3 讨论

综合 ICU 病房内患者病情危重, 需要长时间的住院, 加之患者免疫力下降, 多侵入性操作及检查, 增加患者感多重耐药菌的几率, 甚至造成扩散。由本研究结果可知, 在综合 ICU 10 种常见的细菌中, 多重耐药菌占据的比重为 82.5%, 鲍曼氏不动杆菌、肺炎克雷伯氏菌、铜绿假单胞菌为主要的多重耐药菌病原菌。综合 ICU 患者治疗及护理过程中, 引发多重耐药菌感染的因素比较多, 比如未能严格的做好接触隔离工作, 医护人员手卫生工作做得不彻底, 无菌操作为严格执行等。

护理为预防综合 ICU 患者医院感染的主要措施, 日常护理过程中, 护理人员应采取综合性的干预措施, 具体护理干预措施如下:

3.1 实施标准预防

综合 ICU 患者的病情危重, 且病情比较复杂, 多数患者转自其他科室, 初接诊时, ICU 病房的护理人员并不了解患者的情况, 进行各种检查及操作时, 多为侵入性, 医院感染的发生风险比较高。护理人员在预防 ICU 患者发生医院感染时, 关键性的措施为防控多重耐药菌传播, 切实的做好消毒隔离技术, 医护人员均应树立标准预防意识, 防患于未然, 对多重耐药菌的传播进行有效的控制^[1]。

3.2 高度关注多重耐药菌易感部位

通过本研究结果显示, 呼吸道为多重耐药菌主要的分布为主, 属于易感部位。条件致病菌为导致呼吸道感染常见病原菌。在医院环境中, 聚集了多种微生物, 通过病房空气、医护人员的手部、医疗器械等, 可以传播至各个病区中, 增加各病区中患者发生于昂然的几率。综合 ICU 患者治疗期间, 需要使用呼吸机辅助通气, 而多数患者的气道为开放式, 呼吸机相关性肺炎的发生率提升, 增加呼吸道感染的发生可能^[2]。患者进入 ICU 病房后, 护理人员应对多重耐药菌易感部位进行高度的关注, 密切观察患者呼吸道情况, 及时清理患者呼吸道中分泌物, 保证患者呼吸畅通, 减少感染可能。护理人员给予患者护理操作前, 严格做好手卫生工作, 并保护好自身, 预防多重耐药菌的传播。帮助患者摆放舒适体位,



妥善管理各种留置管道,并对其他可能感染的部位做好预防及控制,减少多重耐药菌感染情况。

3.3 加强教育培训

综合ICU应定期组织多重耐药菌相关培训,宣传多重耐药菌感染的相关危险因素、防控措施等,科室内部医护人员全部参与到培训当中,提高其对多重耐药菌的认识,并树立预防及控制意识,同时,培训中还应注意护理人员护理技能水平的提升,切实的做好防控工作^[3]。

3.4 严格执行无菌操作

诊治、护理患者过程中,应严格遵守无菌操作规范,避免操作过程中导致患者发生医院感染。诊治及护理时需要使用医疗用品时,尽量采用一次性的,如无一次性物品,可设置专用物品,如均无法满足,每次使用完成后应严格的按照消毒制度进行消毒^[4]。

3.5 加强患者耐药性监测

患者进入综合ICU病房中治疗后,部分患者需要长期的使用抗生素,而抗生素使用时间过长时,患者以发生耐药性,并形成新的多重耐药菌,护理人员应对患者的耐药性密切监测,在患者治疗期间,定期收集患者的痰液、血液等标本,进行病原学检查,了解病原菌情况,一旦发现多重耐药菌感染后,立即采取相应的措施予以处理,比如消毒、隔离患者等,避免感染扩散,保证其他患者安全^[5]。

3.6 做好环境卫生管理

ICU病房内收治的患者病种多种,病情复杂,病室内的环境较易受到污染,护理人员应每天做好消毒工作,勤通风换气,保证环境、空气清洁。定期换洗床单、被罩等,保证干燥、清洁。物品受到污染后,应在专门的位置进行处理。

综上所述,综合ICU病房中患者多重耐药菌感染发生率较高,不利于患者的治疗及恢复,且易发生多重耐药菌感染扩散,影响其他患者的住院安全,护理人员在给予患者护理过程中,应准确掌握引发多重耐药菌感染的相关危险因素,积极的预防,从自身、环境、患者等多个方面做好防控工作,减少多重耐药菌感染情况,促使患者尽早转出综合ICU病房,并早日康复,提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 朱小美,唐艳琴.护理干预对预防多重耐药菌感染的效果分析[J].包头医学院学报,2015,13(12):77-78.
- [2] 徐权,陈宗宁,陈桂林等.重症监护病房多重耐药菌感染临床分析及护理干预[J].全科护理,2016,27(13):1369-1371.
- [3] 李琳,吴晓琴,徐莉.综合ICU多重耐药菌感染因素分析及防控策略[J].黑龙江医药,2014,24(05):1195-1197.
- [4] 张淑敏,朱熠,庄建文等.实施干预对综合ICU多重耐药菌医院感染及成本效益影响分析[J].兵团医学,2014,22(04):45-47.
- [5] 游明春,潘海芳,胡艳红.集束干预策略在预防ICU多重耐药菌感染中的应用分析[J].当代医学,2015,15(30):96-97.

(上接第209页)

以情志调护,能够促进患者的康复^[4]。在本组研究中,观察组患者在中医护理干预后,各项遵医行为评分都显著高于对照组,血糖控制的FPG、2hPG、HbA1c指标也明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明中医护理干预能够提高老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制水平。

综上所述,老年糖尿病患者通过中医护理干预后,其遵医行为得到显著改善,血糖控制效果理想,患者生活质量大幅度提升,应当加强中医护理干预的推广运用。

参考文献

- [1] 王馨.中医护理干预对老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制的影响[J].糖尿病新世界,2016,19(1):181-183.
- [2] 梁美明.中医护理干预对老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制的影响[J].中医临床研究,2016,8(13):139-140.
- [3] 黄素君.中医护理干预对老年2型糖尿病患者血糖控制效果的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(9):1070-1072.
- [4] 刘红瑞,高芬,程荣等.护理干预对老年2型糖尿病患者血糖的影响[J].黑龙江中医药,2013,42(6):59-60.

(上接第210页)

架,并且把护理程序系统化地运用到临床护理和护理管理中去的指导思想,其目标是根据人的生理、心理、社会、文化、精神等多方面的需要,提供适合人的最佳护理。

本研究整体护理干预是根据术前、术中和术后的各阶段广泛运用经实践证明的方法,以减少患者应激反应和并发症的方法,可促进患者改善预后,提高康复能力。其研究结果显示:大隐静脉曲张围手术期的整体护理干预可缓解患者不良心理情绪,促进患者术后康复,尤其是对大隐静脉曲张围手术期患者的康复具有显著促进作用。

我们对两种不同的护理干预进行了回顾性分析,并通过与传统的围手术期护理干预对比,可以看出整体护理干预措施具有以下优势:(1)完备的健康教育。强调充分履行告知义务和健康宣教责任,告知患者术后各环节的注意事项,大量的临床试验证明,心理因素是患者康复的独立影响因素,直接影响患者的康复^[2]。(2)麻醉过程中尽可能减少阿片类镇痛药物,通过减少手术中呼吸机的使用以达到减少应激的目的,如进行全麻,可使用起效快、时间短的麻醉剂,以确保患者尽快苏醒,开展早期康复锻炼^[3]。(3)充分的心理护

理和疼痛处理。患者由于初次面临陌生的医院环境或手术后内心很脆弱,需要家属及医护人员的安慰,通过语言和行为的唤醒、告知和安抚可以让患者安心养病,减少不良应激,疼痛是最直接的、不能忍受的应激反应,会导致患者的心率失常、心跳加速和呕吐恶心等反应,减慢蛋白质合成代谢速度,影响手术刀口的愈合和患者的康复,有效止痛可降低患者外科术后各种并发症的发生率^[4]。

综上所述,大隐静脉曲张围手术期的整体护理干预可有效降低患者焦虑及抑郁水平,提高患者术后康复能力,其可行性值得临床推广。

参考文献

- [1] 沈海因.临床路径在大隐静脉曲张高位结扎加点式抽剥术应用中的护理体会[J].浙江创伤外科,2014,19(6):1057-1058.
- [2] 郭军.临床护理路径在下肢大隐静脉曲张患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(18):85-86.
- [3] 尹桂萍.大隐静脉曲张临床路径管理中的诊治护理体会[J].黑龙江医药,2013,(4):690-691.
- [4] 蔡红莲.中西医结合治疗大隐静脉曲张合并溃疡患者的围手术期护理[J].中国实用护理杂志:下旬版,2012,28(12):39-40.