

预隔离措施管理的落实在 ICU 多重耐药菌院感防控的影响

张 敏

乐山市人民医院

【摘要】目的 探究预隔离措施管理的落实在 ICU 多重耐药菌院感防控的影响。**方法** 选择 2024 年 1-12 月 ICU 接受治疗患者 50 例，多家医院的医务人员共 50 名，依据不同干预方式划分成观察组（落实隔离措施进行院感防控）、对照组（常规防控管理），每组 25 例。比较多重耐药菌感染、管理质量、满意度、感染控制执行。**结果** 观察组金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、粪肠球菌感染低于对照组（ $P<0.05$ ）；与对照组相比，观察组的各项管理质量评分（掌握多重耐药菌知识、护理安全、操作规范、防控行为依从等）均较高（ $P<0.05$ ）；观察组护理总满意率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组防护用品、抗生素的使用、手卫生执行情况、消毒隔离措施执行情况评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 针对 ICU 接受治疗患者，通过采用落实隔离措施进行院感防控模式，将有效防止患者发生多重耐药菌的感染，提升对护理的满意度，明显改善管理质量评分及感染控制措施执行情况。

【关键词】 多重耐药菌；防控；隔离措施；院感**【中图分类号】** R197**【文献标识码】** B**【文章编号】** 2095-7718 (2025) 10-010-03

重症监护室患者的基础疾病较多，病情复杂多变，机体免疫力较低，极易受多重耐药菌感染，加大了治疗难度，提升了医院感染发生率。ICU 医院感染即处于重症监护室中的患者实施病情抢救时，因自身病症严重、病情危急、机体免疫力低下以及操作手段侵入等因素影响所发生的被迫感染^[1]。ICU 患者的感染病原菌和死亡率较高，同时使用 3 种或以上抗生素产生耐药性细菌即为多重耐药菌，所以加强院感防控极其关键。基于此，本文把落实隔离措施进行院感防控的方式用于 50 例 ICU 接受治疗患者，研究其对多重耐药菌院感防控的影响，现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2024 年 1-12 月 ICU 接受治疗患者 50 例，多家医院的医务人员共 50 名，依据不同干预方式划分成观察组及对照组，每组 25 例。对照组：男 15 例，女 10 例；年龄为 22-76 岁，平均（ 56.38 ± 2.02 ）岁；观察组：男 14 例，女 11 例；年龄为 21-75 岁，平均（ 56.44 ± 2.06 ）岁。观察组医护人员男 10 名，女 15 名，年龄为 22-56 岁，平均（ 40.38 ± 1.27 ）岁。对照组医护人员男 11 名，女 14 名，年龄为 22-56 岁，平均（ 40.38 ± 1.29 ）岁。ICU 接受治疗一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①患者签订知情同意书；②神志清醒可进行交流；③在本院检查后入住重症监护室；④提供详细资料；⑤符合 ICU 接受治疗患者疾病诊断标准^[2]。

排除标准：①存在先天残疾、先天畸形；②合并有自身免疫性疾病；③三代以内血亲存在精神障碍；④合并其他炎症、恶性肿瘤；⑤临床资料不全者。

1.2 方法

1.2.1 对照组实施常规防控管理

入院后加强和患者的沟通，促使他们对护理人员更加信任，以此建立起良好的护患关系。还需告知患者常见感染风险，积极实施健康教育，让其实时记录病情变化，在生活中注意防范，注意消毒通风，降低院内感染发生率。

1.2.2 观察组实施落实隔离措施进行院感防控

（1）建立小组：组内成员主要包含专职护士、感染防控

专家、ICU 护士长，通过充分查阅文献、有效集体讨论等对策确定感染发生原因、预防措施、多重耐药菌的防控情况等，结合本院近些年多重耐药菌检查问题等，集体讨论干预和应对方案。（2）ICU 目标性监测：即在院感监测交接或日志中，通过院感防控小组细致认真填写每一位患者感染风险等级，结合实际疾病制定有效且合理、极具针对性防控方式。（3）ICU 环境卫生清洁：选择 1000mg/L 含氯消毒剂浸泡使用完的卫生用品，每日实施包含地面、卫生用品等的清洁，在消毒液中浸泡拧干之后的擦拭布巾、地巾等 30min 以上，避免卫生用品产生细菌问题。（4）医务人员在接触患者引流液、伤口、溃烂面、皮肤黏膜、血液、体液等各种各样的可能造成感染的液体或破烂皮肤表面时，应当注意在此过程中戴手套，并确保离开隔离病室严格实施消毒流程并摘除手套。那些自身有伤口的医务人员需注意戴双层手套。在进行吸痰或雾化治疗等操作时，应做好个人防护。（5）医务人员频繁接触的微量输液泵、心电监护仪等或者是器械或旋钮表面、计算机键盘、电话机等每日清洁消毒 3 次。（6）各临床医技科室要加强院感相关制度的落实，规范日常诊疗行为，关注重点环节，有效遏制细菌耐药。同时院感部门要加强培训与督导，提高医护人员感染风险认知能力，筑牢院感防控安全线。

1.3 观察指标

（1）多重耐药菌感染率^[3]：主要包含金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、粪肠球菌等，因此感染率=（重症监护室中实际发生感染的例数/25 例） $\times 100\%$ 。（2）管理质量评分^[4]：科室自制问卷，每一项总分是 100 分，做好护理操作规范性、防控行为依从性、护理安全性、掌握多重耐药菌知识等方面的评估，管理质量高低同患者分值高低成正比。（3）护理满意度^[5]：自制查问卷，10 小项共 100 分，不满意、一般满意和非常满意共三项标准，非常：80-100 分，一般：60-79 分，不满意：0-59 分。（4）感染控制措施执行情况^[6]：主要包含防护用品、抗生素的使用，手卫生执行、消毒隔离措施执行，当患者的感染控制措施执行情况越好则取得的分数就会越高，每一项总分是 100 分。

1.4 统计学分析

采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。计量资料采用 t 检验，

以 ($\bar{x}\pm s$) 表示; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 [n (%)] 表示。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较多重耐药菌感染率

观察组金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、粪肠球菌低于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 比较管理质量评分

与对照组各项指标评分进行对比, 观察组均较高

($P<0.05$), 见表 2。

表 1: 分析多重耐药菌感染率 [n(%)]

组别	例数	金黄色葡萄球菌	大肠埃希菌	肺炎克雷伯杆菌	总感染率
观察组	25	0	0	1	1 (4.00)
对照组	25	2	2	4	8 (32.00)
χ^2					13.279
P					0.000

表 2: 比较患者管理质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	护理安全性	多重耐药菌知识掌握情况	护理操作规范性	防控行为依从情况
观察组	25	97.33±15.22	95.29±15.47	94.62±15.48	94.45±15.42
对照组	25	78.26±10.21	77.24±10.18	77.23±10.12	77.10±10.21
t		6.498	6.086	5.872	5.858
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 比较护理满意度

观察组护理总满意率高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 比较感染控制措施执行情况

观察组防护用品、抗生素的使用、手卫生执行、消毒隔离措施执行情况评分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 3: 护理满意度分析 [n(%)]

组别	例数	满意	一般	非常	总满意率
观察组	25	1	14	10	24 (96.00)
对照组	25	8	14	3	17 (68.00)
χ^2					13.279
P					0.000

表 4: 比较感染控制措施执行情况 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	防护用品使用	抗生素使用	手卫生执行	消毒隔离措施执行
观察组	25	89.55±5.18	87.36±5.41	44.67±5.43	90.50±5.47
对照组	25	80.20±4.26	79.25±4.11	75.28±4.14	82.26±4.91
t		9.858	8.440	7.652	6.964
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

多重耐药菌感染是主要造成患者发生重症感染的因素, 不利于其疾病的康复, 但是会大幅提升 ICU 患者的临床治疗难度^[7]。在实际治疗的过程中, 多重耐药菌感染复杂性较高, 治疗较为困难, 严重危害到患者的机体, 以至于给患者带来经济压力, 住院时间延长^[8]。基于此医院应明确感染多重耐药菌危害性, 予以合理防控措施进行改善, 从而保障 ICU 患者安全, 降低感染的发生风险。

观察组金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、粪肠球菌比例低于对照组 ($P<0.05$)。通过建立防控小组, 积极有效的培训教育方式, 能够帮助护理人员全方位掌握院内感染的有效控制方式, 提升护理人员的重视程度, 同时通过实施积极有效、规范化的清洁、消毒等的护理管理方式, 将明显降低重症监护室中的多重耐药菌感染情况的出现。提示对 ICU 接受治疗患者实施落实隔离措施进行院感防控的方式, 可明显提升治疗有效性, 降低重症监护室中的多重耐药菌感染发生率。

观察组的各项管理质量评分均高于对照组 ($P<0.05$)。针对多重耐药菌感染患者为避免病原菌持续传播扩散, 需确保严格遵循卫生操作流程做好相关清洁工作, 第一时间检测病原菌并做好隔离, 科学使用抗生素类药品, 并做好对多重耐药菌病原菌的强化监测, 以此有效降低院内感染的发生风险, 实现全方位的感染防控效果。提示对 ICU 接受治疗患者实施落实隔离措施进行院感防控的方式, 可显著性改善患者的管理质量。

观察组护理总满意率高于对照组 ($P<0.05$)。本研究为了避免因为医护人员长时间接触呼吸机、监护仪等医疗设备造成感染现象的发生, 需要做到定期消毒。要注意隔离好 ICU 感染患者, 做好对多重耐药菌感染的防控工作, 单间隔离

治疗感染症状严重患者。同时把快速手消毒剂配备在 ICU 患者床旁, 以便在接触患者的前后实施手卫生管理, 保证护理人员随时开展手部消毒。提示对 ICU 接受治疗患者实施落实隔离措施进行院感防控的方式, 在提升院感防控安全性和有效性等作用明显, 更适用于 ICU 接受治疗患者。

观察组感染控制措施执行情况评分均高于对照组 ($P<0.05$)。通过每日清洁病房环境、卫生用品, 实施共 2-3 次清洁消毒。当沾染排泄物、血液等时, 需要有效避免多重耐药菌病原菌扩散等情况的发生, 第一时间实施清洁消毒。通过实施这种有效的院感防控对策, 以便能够巩固治疗效果, 保障患者安全, 最大程度防范多重耐药菌感染。提示对 ICU 接受治疗患者实施落实隔离措施进行院感防控的方式, 在改善防护用品、抗生素的使用、手卫生执行、消毒隔离措施执行情况等方面发挥的作用明显。

综上所述, 针对 ICU 接受治疗患者, 通过采用落实隔离措施进行院感防控的方式, 对管理质量水平的提升、病症控制、感染控制措施执行情况的改善产生的作用显著, 同时能够提升患者对护理工作的满意程度, 降低多重耐药菌医院感染的发生率。

参考文献:

[1] 薛艳梅, 张方方. 分级管理精准防控模式在多重耐药菌医院感染防控中的应用及效果探讨 [J]. 中国社区医师, 2022, 38(36):153-155.
[2] 才让草. 消毒隔离措施在控制医院多重耐药菌感染中的作用探讨 [J]. 智慧健康, 2021, 7(19):33-35.
[3] 王桂兰, 朱敬蕊, 孙艳, 等. 综合干预措施在提高病原学送检及细菌耐药防控中的作用 [J]. 安徽预防医学杂志, 2022, 28(3):215-219.

(下转第 15 页)

案，一旦患病，需终身服药，且长期高血糖刺激可导致血糖、血脂代谢紊乱，对血管、心脏、肾脏、神经等组织器官造成损害，危及患者生命安全。

糖尿病的发生、发展，与患者生活饮食习惯有关，综合护理干预的目的是通过有计划、有目的的护理措施，培养患者健康意识，提高自我管理能力，帮助患者控制疾病进展，使其真正投入疾病治疗中。FPG、HbA1c 是糖尿病患者血糖控制水平的常见指标，客观地反映了血糖即时及长期控制情况。通过个体化的运动疗法，调整患者血糖代谢，促进胰岛素分泌，从而帮助患者控制血糖。糖尿病患者往往存在严重的脂代谢异常，LDL-C、TC 不同程度上升，故帮助患者养成良好的饮食习惯，严格遵医嘱服药，可有效控制血脂水平，减轻血脂水平升高带来的危害^[3]。此研究结果表明，观察组患者干预后血脂、血糖水平均低于对照组（ $P<0.05$ ），因此加强糖尿病患者饮食、运动干预显得尤为重要。

心脑血管疾病是糖尿病患者常见并发症，死亡风险较大，早期预防心脑血管事件，对糖尿病治疗意义重大。加强糖尿病患者心理疏导，有效缓解其负面情绪，始终保持积极向上的

生活态度；做好健康教育，增加健康知识，提高自我护理能力，从而大大减少心脑血管疾病的发生，改善生活质量^[4]。观察组患者心脑血管疾病发生率 7.14%，明显低于对照组的 16.67%（ $P<0.05$ ），进一步表明了综合护理干预的临床优势。

综上所述，综合护理干预可有效控制 2 型糖尿病血糖、血脂水平，降低心脑血管疾病发生率，值得临床推广应用。

参考文献：

[1] 张桂娟，马氏. 综合护理干预对老年 2 型糖尿病患者血糖、血脂、血压及并发症的影响 [J]. 中国老年学杂志，2020，30(19):2827-2828.

[2] 孙红霞. 综合护理干预对糖尿病患者血脂血糖水平及生活质量的影响 [J]. 医药前沿，2024，14(9):296-297.

[3] 冯云慧，张继红，于小平等. 护理干预在降低 2 型糖尿病患者血糖及血脂中的作用 [J]. 中国误诊学杂志，2022，22(14):3604-3605.

[4] 景良洪，曾艳丽，宋凤平. 综合护理干预对 2 型糖尿病患者血糖血脂水平及心脑血管事件的影响 [J]. 检验医学与临床，2023，12(12):1712-1714.

表 1：两组患者干预前后血糖、血脂水平比较

组别	时间	FPG (mmol/L)	HbA1c (%)	TC (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)
观察组	干预前	6.8±4.2	7.3±1.4	4.5±1.4	2.7±0.9
	干预后	5.9±2.1 △ #	6.1±0.7 △ #	3.5±1.0 △ #	2.0±0.4 △ #
对照组	干预前	6.9±4.3	7.4±1.5	4.6±1.4	2.8±0.8
	干预后	6.4±4.1	6.9±1.3	4.4±1.5	2.7±0.8

注：和干预前比较，△ $P<0.05$ ；和对照组比较，# $P<0.05$

(上接第 11 页)

[4] 赵春坦，于娟，沈秀丽，等. 多学科协作在多重耐药菌感染防控中的应用效果研究 [J]. 中国卫生标准管理，2022，13(9):155-158.

[5] 刘青梅，陈丹芹，余珍宝，等. 骨科多重耐药菌消毒隔离措施床边执行单的设计和应用效果 [J]. 现代医药卫生，2022，38(7):1222-1224.

(上接第 12 页)

推拿、循经拍打等措施，可增强局部血液循环，促进经络疏通，使针刺后的气血运行更协调，减轻因气滞血瘀导致的疼痛与肌肉僵硬。针灸本身具有激发经气的作用，但若局部血流不足或体质偏寒，则针感差、恢复慢。中医护理的温经散寒、活络通滞正好弥补这一短板，使 FMA 运动功能评分得以显著提高。其次，中医护理注重防范针灸引起的局部反应。护理中会根据患者肤质和感受度选择适当的留针时间及针感强度，同时配合穴位热敷、艾灸或轻柔推拿，避免局部气滞、瘀斑、皮肤发红、瘙痒等情况发生。相较之下，常规护理多停留在消毒、观察层面，缺乏气血调理措施，因此局部刺激后的修复速度较慢。第三，中医护理更关注情志与整体体质调节。中风后患者常伴有焦虑、恐惧、乏力、失眠等情志问题，情

[6] 徐琴，姚汉芬. 基于 JCI 标准的院感管理措施在多重耐药菌医院感染的控制效果 [J]. 吉林医学，2022，43(4):1131-1133.

[7] 林露，张菊，李刚，等. 失效模式与效应分析联合 PDCA 循环在重症监护病房多重耐药菌院内感染防控中的应用 [J]. 华西医学，2022，37(3):363-368.

[8] 张珍. PDCA 循环法在多重耐药菌医院感染管理中的应用价值 [J]. 临床医学，2022，42(3):68-70.

绪波动会加重气血逆乱、肌肉紧张，从而影响康复。中医护理通过安神疏导、舒缓谈话、环境调适及情绪放松法，使患者神志安定、气机顺畅。情绪放松后，人体痛阈升高，针刺疼痛反应减轻，VAS 评分自然下降。

总而言之，针灸治疗中风后肩手综合征，可以有效改善患者疼痛感，提升患者肢体功能，减少不良反应，整体情况更好。

参考文献：

[1] 王仲洵，邵林若，饶冉，等. 巨刺法治疗中风后肩手综合征的系统评价 [J]. 光明中医，2025，40(15):3134-3139.

[2] 宋思霖. 不同针灸疗法治疗中风后肩手综合征的疗效观察 [J]. 内蒙古中医药，2024，43(09):128-130.

[3] 王卜玉，柏强. 中医治疗中风后肩手综合征的临床研究进展 [J]. 中外医学研究，2024，22(09):181-184.

(上接第 13 页)

妇科护理服务并营造出的和谐的护理环境、医护人员对自身素质有更高层次的要求、患者乐观积极的配合参与护理都有利于避免妇科护理纠纷，从根本上解决存在于妇科护理工作中的安全隐患，从而推动医疗卫生事业的不断发展。

参考文献：

[1] 张彩荣，宋雅平，王燕妮. 浅谈妇产科护理的隐患及改进的措施 [J]. 求医问药 (学术版)，2021，19(10): 52-53.

[2] 施亦佳. 妇科住院病人护理安全隐患及干预措施 [J]. 全科护理，2020，18(5): 97-98.

[3] 蔡瑾瑾. 妇科护理安全隐患的现状分析与对策 [J]. 医学信息：上旬，2020，33(22): 4382-4383