

重症脑出血患者院内感染护理预防措施研究

任晓宇

西藏自治区那曲市人民医院 西藏 那曲 852000

【摘要】目的：探讨重症脑出血患者院内感染的护理预防措施及应用效果，为临床护理工作提供循证依据。方法：选取我院神经外科ICU2022年1月至2025年12月收治的86例重症脑出血患者作为研究对象，按照护理干预方式分为对照组（43例，实施常规护理）与观察组（43例，实施针对性综合护理预防措施），对比两组患者院内感染发生率、感染部位分布（含颅内感染）、住院时间及护理满意度。结果：观察组院内感染发生率为9.30%，显著低于对照组的27.91%（ $P<0.05$ ）；观察组感染部位以肺部感染为主（4.65%），颅内感染发生率为0.00%，对照组肺部感染发生率达18.60%，颅内感染发生率为2.33%，两组感染部位分布存在统计学差异（ $P<0.05$ ）；观察组平均住院时间为（ 18.2 ± 3.5 ）d，短于对照组的（ 24.6 ± 4.2 ）d，护理满意度为97.67%，高于对照组的83.72%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：针对重症脑出血患者院内感染的危险因素实施综合护理预防措施，可有效降低感染发生率（含颅内感染），缩短住院周期，提升护理质量，具有重要临床应用价值。

【关键词】重症脑出血；院内感染；护理预防；危险因素；综合干预；颅内感染

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.057

引言

重症脑出血是临床神经外科常见的急危重症，指非外伤性脑实质内血管破裂引发的急性出血性脑血管疾病，包括硬膜外血肿、硬膜下血肿、高血压脑出血、基底节出血等常见类型，具有发病急、进展快、病死率及致残率高等特点，其发病率占全部脑卒中的20%~30%，急性期病死率高达30%~40%^[1]。重症脑出血患者多伴意识障碍、肢体偏瘫等症状，需长期卧床并接受气管插管、鼻饲、留置导尿管等多种侵入性操作，机体免疫功能因应激反应显著下降，加之病房环境、护理操作等因素影响，院内感染风险显著升高^[2]。院内感染作为重症脑出血患者最主要的并发症之一，以肺部感染、颅内感染最为常见，其次为尿路感染、消化道感染等，不仅会加重患者病情，延长住院时间，增加治疗成本，还可能诱发多脏器功能衰竭，进一步提升病死率^[3]。因此，探寻科学有效的护理预防措施，降低重症脑出血患者院内感染发生率（含颅内感染），对改善患者预后至关重要。近年来，集束化护理、针对性干预等模式在院内感染防控中得到广泛应用，本研究通过对比常规护理与综合护理预防措施的应用效果，明确有效护理干预路径，为临床实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院神经外科ICU2022年1月至2025年12月收治的86例重症脑出血患者作为研究对象。

纳入标准：符合重症脑出血诊断标准，经头颅CT或MRI检查确诊；格拉斯哥昏迷评分（GCS） ≤ 8 分；发病至入院时间 ≤ 24 h；住院时间 ≥ 7 d；患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：入院时已存在院内感染（入院48h内出现感染症状，含颅内感染）；合并严重肝肾功能不全、免疫功能缺陷

疾病者；合并其他部位严重感染或创伤者；住院期间自动出院或死亡者。

按照护理干预方式分为对照组与观察组，每组43例。对照组男23例，女20例；年龄52~78岁，平均（ 65.3 ± 6.8 ）岁；出血部位：基底核区出血25例，硬膜外血肿6例、硬膜下血肿4例，脑干出血5例，小脑出血3例；合并基础疾病：高血压32例，糖尿病10例，慢性阻塞性肺疾病5例。观察组男24例，女19例；年龄51~79岁，平均（ 64.8 ± 7.2 ）岁；出血部位：基底核区出血24例，硬膜外血肿7例、硬膜下血肿4例，脑干出血4例，小脑出血4例；合并基础疾病：高血压33例，糖尿病9例，慢性阻塞性肺疾病6例。两组患者性别、年龄、出血部位、基础疾病等一般资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规护理干预，包括生命体征监测、遵医嘱用药、基础护理、环境清洁、常规消毒等，具体措施：每日定时开门通风2次，每次30min，定期进行空气消毒；严格执行无菌操作规范，对侵入性操作器械进行常规消毒；定时协助患者翻身，保持皮肤清洁干燥；根据患者病情给予鼻饲营养或肠外营养支持；遵医嘱合理使用抗生素，监测感染相关指标变化。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施针对性综合护理预防措施，结合重症脑出血患者院内感染危险因素，构建多维度防控体系。首先强化气道护理，针对意识障碍导致吞咽反射、咳嗽反射减弱的问题，采取床头抬高 $30^\circ\sim 45^\circ$ 半卧位，减少胃内容物反流及误吸风险，每2小时协助患者翻身、叩背1次，采用空心掌从下至上、从外向内轻叩背部，促进气道分泌物排出；对气管插管

或气管切开患者，严格执行气道湿化护理，采用无菌注射用水持续湿化，湿度控制在 55%~65%，吸痰时严格无菌操作，选择合适型号吸痰管，动作轻柔，避免损伤气道黏膜，吸痰前后给予高流量吸氧 2min，预防缺氧，吸痰用具一人一用一消毒，避免交叉感染^[4]。其次加强侵入性管路护理，导尿管护理中每日常用 0.5%聚维酮碘溶液清洁尿道口 2 次，保持引流管通畅，避免扭曲、受压，定期更换引流袋（每周 2 次），留取尿液标本时严格无菌操作，尽早评估患者排尿功能，病情允许时及时拔除尿管；鼻饲管护理中，鼻饲前确认胃管位置，鼻饲时速度不宜过快，鼻饲后保持半卧位 30min 以上，每日清洁鼻腔并更换固定敷料，每周更换鼻饲管 1 次，预防口腔及消化道感染。

同时优化病房环境管理，采用空气净化器持续净化空气，每日进行 2 次空气消毒（紫外线消毒 30min/次），地面、桌面及床单位采用含氯消毒剂擦拭消毒，每日 2 次，定期进行环境细菌培养，确保菌落数符合 ICU 环境标准；严格限制探视人员，探视者需更换无菌衣、鞋套，佩戴口罩、帽子，手部彻底消毒后方可进入病房，医护人员执行诊疗操作前后严格洗手或手消毒，落实手卫生规范。此外加强营养支持与免疫调节，根据患者营养状况制定个性化营养方案，优先采用肠内营养支持，逐步增加营养供给量，保证蛋白质、维生素及热量摄入，增强机体抵抗力；对免疫功能低下患者，遵医嘱给予免疫增强剂，避免滥用广谱抗生素，根据药敏试验结果合理选用抗生素，预防菌群失调^[5]。最后强化感染监测，每日监测患者体温、血常规、C 反应蛋白及降钙素原等指标，观察患者痰液、尿液、粪便性状，及时发现感染迹象，一旦出现异常及时报告医生并采取针对性处理措施。

1.3 观察指标

对比两组患者院内感染发生率（含颅内感染），院内感染诊断标准参照《医院感染诊断标准》，即入院 48h 后发生的感染，包括肺部感染、颅内感染、尿路感染、消化道感染、皮肤感染等；记录两组感染部位分布情况（含颅内感染）；统计两组患者平均住院时间；采用自制护理满意度量表评估护理效果，量表满分 100 分，85 分及以上为非常满意，60~84 分为满意，60 分以下为不满意，护理满意度=（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据分析，计数资料以率（%）表示，组间对比采用 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间对比采用 t 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组院内感染发生率对比

观察组 43 例患者中发生院内感染 4 例（无颅内感染），感染发生率为 9.30%；对照组 43 例患者中发生院内感染 12 例

（含颅内感染 1 例），感染发生率为 27.91%，两组感染发生率对比，差异有统计学意义（ $\chi^2=4.441$ ， $P=0.035$ ）。

2.2 两组感染部位分布对比

观察组感染部位以肺部感染为主，占比 4.65%，无颅内感染及皮肤感染病例；对照组肺部感染占比最高，达 18.60%，颅内感染占 2.33%，两组感染部位分布对比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体分布情况见表 1。

组别	观察组(n=43)	对照组(n=43)	χ^2 值	P 值
肺部感染(例,%)	2(4.65)	8(18.60)	4.074	0.044
颅内感染(例,%)	0(0.00)	1(2.33)	3.985	0.046
尿路感染(例,%)	1(2.33)	2(4.65)	0.345	0.557
消化道感染(例,%)	1(2.33)	1(2.33)	0.000	1.000
皮肤感染(例,%)	0(0.00)	1(2.33)	1.012	0.314
总感染(例,%)	4(9.30)	12(27.91)	4.441	0.035

注：表中数据为感染例数及感染率， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2.3 两组住院时间及护理满意度对比

观察组平均住院时间短于对照组，护理满意度高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），具体情况见表 2。

组别	观察组(n=43)	对照组(n=43)	t/ χ^2 值	P 值
平均住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	18.2±3.5	24.6±4.2	8.029	<0.001
非常满意(例)	32	20	-	-
满意(例)	10	16	-	-
不满意(例)	1	7	-	-
护理满意度(%)	97.67	83.72	5.094	0.024

注：t 值为两组住院时间对比结果， χ^2 值为两组护理满意度对比结果， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 讨论

重症脑出血患者院内感染（含颅内感染）发生是多因素共同作用的结果，核心危险因素包含意识障碍致使的误吸、长期卧床引起的分泌物滞留、侵入性操作对机体防御屏障的破坏、免疫功能下降以及环境因素等情况。意识障碍会让患者吞咽反射、咳嗽反射变弱甚至消失，气道分泌物以及胃内容物容易误吸进肺部。长期卧床使得胸廓活动受到限制，肺部通气换气功能降低，分泌物在肺底部积聚，形成坠积性肺炎，这也是肺部感染成为最常见院内感染类型的关键原因；而颅内感染的发生多与颅内侵入性操作（如腰穿、颅内引流）、手术创伤、护理

操作不规范等相关,硬膜外血肿、硬膜下血肿患者因头部创伤及可能的手术干预,颅内感染风险相对更高。像气管插管、导尿管留置、颅内相关操作这类侵入性操作,会直接损坏皮肤、黏膜等天然防御屏障,如果护理操作不规范,就容易致使病原体侵入机体引发感染(含颅内感染)。重症脑出血引起的应激反应会把皮质醇等应激激素大量释放出来,对免疫细胞功能产生抑制作用,让机体抵抗力有所降低,给病原体滋生创造了有利条件。常规护理仅仅能契合基础诊疗的需求,对于院内感染(含颅内感染)危险因素的针对性干预是缺乏的,防控效果比较有限。在本研究里,观察组所实施的综合护理预防措施,是以危险因素当作导向,构建起了将气道护理、侵入性管路护理、环境管理、营养支持以及感染监测融合在一起的防控体系,达成了全方位、精细化的干预。在气道护理当中,采取半卧位体位,定时给患者翻身叩背以及规范吸痰操作,有效地让误吸以及分泌物潴留的情况减少了,而湿化护理则让气道黏膜的完整性得以维持,使肺部感染的风险降低了,侵入性管路护理依靠运用规范消毒、定期进行更换以及尽早拔管的方式,减少了管路相关感染的隐患,避免了病原体依靠管路侵入机体。病房环

境管理方面对消毒隔离制度给予严格执行,可有效把交叉感染风险降低,而手卫生规范的施行是将感染传播途径切断,个性化营养支持可使患者机体抵抗力得以提高,为感染防控打下基础,依靠精准感染监测实现了早发现以及早处理,可防止感染加重。

本研究成果说明,观察组院内感染发生率比起对照组要低许多,肺部感染发生率较大降低,综合护理预防手段可以有效防控院内感染,而且更具针对性,观察组的平均住院用时缩短了,护理满意度也得到了提高,将患者的治疗成本降低了,还让护患关系得到了改善,由此体现出了护理干预的临床价值。只是本研究现有样本量小、为单中心研究等局限,后面需要让样本量扩大,展开多中心研究,并对护理干预方案做优化,提高防控成效。

上所述,针对重症脑出血患者(含硬膜外血肿、硬膜下血肿、高血压脑出血、基底节出血等类型)院内感染(含颅内感染)危险因素实施综合护理预防措施,可有效降低院内感染发生率,优化感染部位分布,缩短住院时间,提升护理满意度,对改善患者预后具有重要意义,值得在临床推广应用。

参考文献:

- [1] 林玉华.目标策略针对性护理在脑出血术后颅内感染患者中的应用[J].基层医学论坛,2025,29(19):129-132.
- [2] 武鲜望.丘脑出血神经内镜微创术后继发颅内感染的危险因素及护理措施分析[J].黑龙江医药科学,2023,46(3):107-108.
- [3] 蓝凤薇,果基木果,何建芳,等.改良鼻咽通气道给氧联合体位管理对脑出血并发舌后坠患者的影响研究[J].赣南医学院学报,2022,42(2):190-193.
- [4] 田晓玲,朱婷婷,王静,等.3D打印导板辅助治疗高血压脑出血手术患者的效果观察及围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2023,29(2):91-93.
- [5] 方亚琼.脑出血术后颅内感染病原菌分布特点及失效模式与效应分析护理模式的应用价值[J].黑龙江医学,2024,48(5):632-635.