

医院感染危险因素分析及护理措施探讨*

刘竹歌(中国人民解放军 323 医院,陕西西安 710061)

【摘要】 目的 分析引起医院感染的危险因素,探讨预防性护理干预措施对降低医院感染发生率的价值。**方法** 回顾性分析本院住院患者 1 160 例临床资料,根据所接受的护理方式不同,分为医院感染预防性护理干预组(研究组)600 例及传统护理组(对照组)560 例,统计学方法分析医院感染危险因素,并比较两组患者医院感染发生情况。**结果** 老年、住院时间超出 7 d、侵入性治疗、插管治疗和合并基础性疾病是医院感染的危险因素($P<0.05$)。经预防性护理干预的研究组患者医院感染总发生率明显低于对照组,各脏器系统的医院感染发生率也明显低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 高龄、住院时间长、侵入性治疗、插管治疗以及合并基础性疾病均为医院感染的危险因素,积极地实施预防性护理干预对避免和减少医院感染的发生具有重要意义。

【关键词】 医院感染; 危险因素; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.043 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0530-03

医院一般存在患者病种复杂、病原菌分布较多、患者繁多等特点,因此,医院感染的发生率较高。医院感染不仅给患者带来痛苦,影响病情康复,对医院及社会也造成一定的危害。国内多数医院由于缺乏对医院感染的有效控制措施,导致国内医院感染发生率较高^[1]。若医院感染不能获得有效的防控,将直接危害患者的健康,降低临床治疗的效果,甚至致使患者病情加重,尤其是危重患者极有可能因继发医院感染而死亡^[2]。其次,医院感染的发生也有可能影响医院的整体医护水平和声誉,给医患关系带来不良影响,甚至导致医患纠纷的发生^[3]。第三,医院感染的发生有可能导致患者康复和住院时间的延长,加重患者家属的照护负担和家庭经济负担。总之,医院感染的发生对医院自身、患者本人、患者家庭和社会等均产生负面影响,因此,应积极通过有效措施避免和预防医院感染的发生^[4]。

目前,医院感染已经成为评价医院护理水平的重要指标之一,受到临床工作者的高度重视^[5]。分析和探讨引起医院感染的危险因素,寻求切实有效的护理措施,对降低医院感染的发生率具有重要意义。笔者以本院 1 160 例患者作为研究对象,

对其病历资料进行回顾性分析,旨在为预防医院感染、提高治疗水平和医院综合实力提供科学的数据依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机选择方式,从 2013 年 1~3 月于本院住院治疗的患者中选择 560 例纳入对照组,从 2013 年 4~6 月于本院住院治疗的患者中选择 600 例纳入研究组。两组患者基本资料见表 1,两组患者间性别构成、年龄分布、住院时间及基础疾病分布比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 本院针对常见的医院感染危险因素制订了相应的医院感染预防性护理干预措施,并从 2013 年 4 月开始实施。故本研究中,对照组患者在住院期间接受的是传统护理方法,研究组患者在住院期间接受的是医院感染预防性护理干预措施。首先回顾性分析研究组及对照组两组患者的临床资料,对本院可能存在的医院感染危险因素进行分析。再通过比较研究组及对照组患者的医院感染发生率,评价所制订的医院感染预防性护理干预措施的有效性。

表 1 两组患者基本资料

组别	n	性别(n)		年龄(岁)		住院时间(d)		基础疾病(n)			
		男	女	范围	平均($\bar{x}\pm s$)	范围	平均($\bar{x}\pm s$)	脑血管疾病	消化系统疾病	呼吸系统疾病	其他
研究组	600	356	244	12~86	48.2±8.5	2~42	6.2±1.3	112	204	182	52
对照组	560	322	238	10~88	47.6±9.4	2~45	6.8±1.0	106	218	174	62

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理与分析;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验; $P<0.05$ 为比较差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 医院感染发生率组间比较 两组患者医院感染发生率如表 2 所示,经医院感染预防性护理干预的研究组患者医院感染总发生率明显低于对照组,各脏器系统医院感染发生率也明显低于对照组,且组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 医院感染危险因素 本研究共纳入 2013 年 1~6 月住院治疗患者 1 160 例,发生医院感染 120 例,医院感染发生率为 10.34%。老年(年龄大于或等于 60 岁)、住院时间大于或等于 7 d、合并基础疾病及接受侵入性治疗和插管治疗的患者,医院感染发生率高于年轻小于 60 岁、住院时间不超过 7 d、未合并基础疾病及未接受侵入性治疗和插管治疗的患者,组间比较差异均有统计学意义,见表 3。($P<0.05$)。

表 2 两组患者医院感染率比较[n 或 n(%)]

组别	n	呼吸系统	消化系统	泌尿系统	手术部位	口腔	其他	合计
研究组	600	12	8	6	2	2	2	32(5.33)
对照组	560	24	18	18	12	8	8	88(15.71)

* 基金项目:陕西省西安市科技局项目(TCU-RST-80245028)。

续表 2 两组患者医院感染率比较[n 或 n(%)]

组别	n	呼吸系统	消化系统	泌尿系统	手术部位	口腔	其他	合计
χ^2	—	5.032	4.677	7.009	7.954	4.065	4.065	33.655
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：—表示无数据。

表 3 医院感染危险因素分析(n=1 160)

危险因素	分类	n	医院感染 例数(n)	医院感染 发生率(%)	χ^2	P
年龄	≥60 岁	318	78	24.53	95.025	<0.05
	<60 岁	842	42	4.99		
住院时间	≥7 d	286	68	23.78	73.834	<0.05
	<7 d	874	52	5.95		
侵入性治疗	有	586	42	7.17	12.892	<0.05
	无	574	78	13.59		
插管治疗	有	486	40	8.23	4.031	<0.05
	无	674	80	11.87		
合并基础疾病	有	502	72	14.34	15.250	<0.05
	无	658	48	7.29		

3 讨 论

由于医院内各类疾病患者众多,病原菌种类较多、分布广泛、感染途径多,易引发各类医院感染。医院感染可以发生在呼吸系统、消化系统、泌尿系统、手术切口、口腔等多种脏器系统,不仅不利于患者的病情康复,更有可能加重患者精神压力,带来双重痛苦^[6]。在本组研究中,采用预防性护理干预措施的研究组患者脏器系统医院感染发生率明显低于对照组(P<0.05),提示有效的护理措施和干预手段对于降低医院感染发生率、提高医院服务水平具有重要意义。

3.1 医院感染的危险因素 本组研究结果显示,年龄、住院时间、侵入性治疗、插管治疗以及合并基础性疾病均为医院感染的危险因素。高龄及合并有基础性疾病的患者由于机体抵抗力较低,易受到病原菌侵袭而发生医院感染。住院时间长的患者由于长期生活在医院内,而医院内的医疗用物、空气、患者接触、医护人员接触等都可能成为病原菌的传播媒介,患者间发生交叉感染的可能性更高。侵入性治疗和插管治疗的实施更是增加了病原菌直接侵入患者体内,尤其是侵入呼吸系统及泌尿系统的风险。

尽管年龄、合并基础性疾病等因素为客观因素,侵入性治疗、插管治疗等为医疗过程中的必要操作,但就某种程度而言,上述因素对患者发生医院感染的影响程度受到了护理工作的影响。护士的技术水平不足、责任心不强、基础性护理不理想、医疗用品处置不当等因素,都有可能增加患者发生医院感染的风险^[7-10]。因而,临床预防性护理干预措施的实施具有重要意义。

3.2 医院感染预防性护理干预措施

3.2.1 完善医院感染管理制度 医院自上而下形成三级质控体系,包括感染管理委员会、感染管理科和感染管理小组,建立管理网络,对各科室患者医院感染发生情况进行全面控制与管理,并完善规章制度,明确人员职责^[11-12]。同时,由感染管理科、护理部牵头,定期对各科室患者医院感染发生情况和临床护理工作进行督导和检查,及时纠正检查过程中发现的问题,确保各项医院感染预防性护理措施落实到位,执行全面。

3.2.2 转变医护人员观念和加强培训学习 医院感染预防性护理干预措施的有效实施和实施效果与每位临床护士的工作能力、水平密切相关,而护士由于临床护理工作任务繁重,大部分精力用于临床工作,在日常学习方面投入的精力较少。因

此,需首先从观念上转变医护人员对医院感染的看法和态度,传达“以人为本”的护理观念,强调医院感染的危害性和预防性护理的重要性^[13-15]。以培训指导的方式加强对护士职业道德的教育,进行阶段性、针对性的医院感染的相关知识培训,并同时鼓励护士通过自学提高自身素质。

3.2.3 加强消毒隔离和灭菌工作的管理与控制 医疗用品污染是引起医院感染的最直接因素。护士在日常护理工作中,必须严格遵守无菌操作原则,进行伤口换药、分泌物清理等操作前一定要反复确认相关医疗用品卫生、清洁、无污染,对使用后的医疗用品则应统一回收,由消毒供应室进行严格的消毒灭菌。定期对患者用品及院内和病房环境等进行适当消毒,避免交叉感染的发生^[16-17]。

3.2.4 细化病区管理 病原菌在患者间交叉传染是导致医院感染的又一重要因素,尤其是因传染性疾病而就诊的患者或发生医院感染的其他患者,其唾液、体液等分泌物中都可能携带病原菌。因此,必须细化病区管理,强调每一个角落均纳入预防性管理范围,并不定期进行监督检查^[18-20]。患者病床应保持适当的间距,做好室内通风和日常消毒,尽可能地减少临床陪护人员。医护工作者则应在日常巡房和护理操作前做好个人清洁,在减少患者医院感染发病风险的同时,也有利于保护自身的身体健康。

3.2.5 重点科室重点管理 产房、重症监护病房、手术室、母婴同室病房、消毒隔离室等均为存在较多医院感染的危险因素的科室,应视为重点科室。针对重点科室,在预防性护理干预时应格外重视,从科室布局、清洁流程等各方面综合预防潜在的医院感染危险因素。

3.2.6 加强对插管患者的护理 插管需侵入患者体内,为病原菌的侵袭提供了途径,更易引发医院感染。因而,加强对插管患者的护理十分重要。应加强巡房,注意观察引流液情况、管路通畅性、污染物和分泌物的清理情况等,提倡各科室根据不同疾病的临床特点,采用细节护理方法,以提高护理的有效性和细致性,减少医院感染的发生。

3.2.7 加强对卧床患者和重症患者的护理 卧床和重症患者易因局部压迫产生褥疮,严重时易发生医院感染。因此,应注意定时协助患者翻身,按摩受压部位,并做好皮肤接触物的清洁和及时更换^[8]。对意识清醒的患者,应鼓励其积极咳嗽,对意识不清的患者,则进行叩背和吸痰,以保持呼吸道畅通,减少呼吸道分泌物的长期滞留所造成的病原菌定植及感染。其次,应做好患者口腔和外阴的清洁,预防病原菌从口腔或泌尿系统进入体内而导致的感染。

3.2.8 加强存在危险因素患者的管理 包括年龄、侵入性治疗、插管治疗、住院时间在内的多种危险因素均可能导致医院感染的发生,存在上述危险因素的患者,发生医院感染的危险性更高。因而,应更加关注和加强此类患者的管理,并针对性地采取预防性护理措施加以预防。

参考文献

[1] 陈珠华. 105 例恶性肿瘤患者医院感染危险因素分析[J]. 海南医学, 2010, 21(13): 142-144.
[2] 金团序, 倪淑芬. 神经外科住院患者医院感染危险因素分析及护理干预[J]. 中国中医急症, 2010, 19(6): 1074-

1075.

[3] 杨乐,赵丽霞,喻荣彬. 2011 年常州市 15 所医院医院感染现患率调查[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(6): 444-445.

[4] 白雅玲. 山区医院感染危险因素的分析及预防措施[J]. 医学信息, 2010, 12(12): 3789-3790.

[5] 董巧梅. 泌尿外科医院感染危险因素分析及护理对策[J]. 基层医学论坛, 2013, 17(9): 1138-1139.

[6] 吴燕,王娟,李宁. 64285 例住院患者医院感染病例的监测分析[J]. 济宁医学院学报, 2013, 36(1): 63-64.

[7] 刘永芬. 老年冠心病患者医院感染的因素及护理干预[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(2): 117-118.

[8] 王颖. 重症监护病房医院感染的预防及护理对策[J]. 中国实用医药, 2011, 6(27): 215-216.

[9] 罗文琼. 病房内造成医院感染的危险因素及原因与管理措施分析[J]. 医学信息, 2013, 26(4): 38-39.

[10] 闫志梅. 引发医院感染的危险因素分析及对策[J]. 护理研究, 2009, 23(2): 144-146.

[11] 王英,陈艳华,陆一平,等. 恶性肿瘤患者医院感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(3): 278-279.

[12] 战榕,陈菁,陈丽芬,等. 2007 年福建省 63 所医院医院感染现患率调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(7): 748-751.

[13] 唐素琴,严金秀,江蓉,等. 综合重症监护室病房机械通气患者医院感染分析与预防[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(21): 2851-2853.

[14] 林云,林平,林君. 76 例医院内下呼吸道感染真菌感染的危险因素与耐药现状分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(5): 510-512.

[15] 曾惠清,姚荦辉,吕智,等. 厦门地区下呼吸道感染常见病原菌的分布与耐药现状[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(7): 826-828.

[16] 王爱霞. 抗菌药物临床合理应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 95.

[17] 文细毛,任南,吴安华. 2010 年全国医院感染横断同调查感染病例病原分布及其耐药性[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(1): 1-6.

[18] 吕媛,郑波,李耘,等. Mohnarin2009 年度报告: 肠杆菌科细菌耐药监测[J]. 中国临床药理学杂志, 2011, 27(5): 340-347.

[19] 周志明. 医院内尿路感染患者 128 例相关因素分析及防治措施[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(17): 220-221.

[20] 崔扬文,胡必杰,高晓东,等. 2009 年上海市医院感染现患率调查结果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(12): 1667-1668.

(收稿日期:2013-10-04 修回日期:2013-11-29)

心理护理对老年脑梗死后抑郁患者的临床干预效果探讨

陈 晨,陈 艳,李春利(解放军总医院神经内科,北京 100853)

【摘要】 目的 探讨心理护理对老年脑梗死后抑郁患者的临床干预效果。**方法** 选取本院 2012 年 1 月至 2013 年 4 月收治的脑梗死后抑郁患者 90 例,按照入院时间先后顺序分为干预组和对照组,每组各 45 例。对照组给予常规的饮食指导、康复指导、用药指导、生活护理等基础护理措施。干预组在对照组基础上,给予临床心理护理干预措施。**结果** 干预组患者抑郁自评量表(SDS 量表)和焦虑自评量表(SAS 量表)评分均较治疗前明显降低,并且较对照组患者治疗后的 SAS、SDS 量表评分更低($P<0.05$)。对照组患者治疗后的生存质量总得分为(105±5)分,干预组患者为(135±8)分,干预组患者得分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 心理护理是脑梗死后抑郁患者临床护理工作的重要内容,值得临床推广应用。

【关键词】 脑梗死; 心理护理; 抑郁
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.044 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0532-03

脑梗死是老年人的高发性疾病,随着人口老龄化趋势越来越严重,脑血管疾病的发病率呈逐年上升的趋势,严重影响着老年人的生活质量。脑梗死发病急骤,患者很容易出现复杂的心理应激反应,加之老年人的社交活动相对较为贫乏,易出现不同程度的紧张、焦虑、恐惧等不良情绪。因此,老年人在发生脑梗死后,极易出现焦虑、抑郁等不良情绪状态。不良情绪的出现不仅对患者的身心健康造成损害,甚至可诱发其他疾病而影响患者的进一步治疗和康复,在降低患者生活质量的同时,也增加了治疗费用,加重了家庭以及社会的负担。因此,在对脑梗死老年患者进行常规治疗和护理的同时,进一步探讨采用心理护理干预对脑梗死后抑郁患者疾病康复的影响具有重要的临床意义^[1-2]。笔者对 45 例脑梗死后抑郁患者实施了心理护理,取得不错效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 1 月至 2013 年 4 月收治的

脑梗死后抑郁患者 90 例,男 58 例、女 32 例,年龄 48~81 岁,平均(63.2±11.8)岁。所有患者均经临床检查及头颅 CT 或 MRI 检查确诊,符合 1995 年全国脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准^[3],符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)》(CCMD3)中关于焦虑抑郁症的诊断标准,且排除原发性精神障碍性疾病、严重肝肾功能不全、意识障碍、表达能力有限者及既往有高血压病史或糖尿病史者。按照入院时间的先后顺序将 90 例患者分为干预组和对照组。干预组患者 45 例,男 28 例、女 17 例,年龄 40~83 岁,平均(67.2±11.8)岁,病程(9.36±4.61)个月;对照组患者 45 例,男 30 例、女 15 例,年龄 43~85 岁,平均(65.3±12.7)岁,病程(9.87±5.69)个月。两组患者年龄分布、性别构成、文化程度等一般资料及神经功能学评分(NDS 评分)、汉密顿抑郁量表评分(HAMD 评分)比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法