系统化护理对预防重症监护室脑出血患者肺部感染发生率及并发症的价值分析

长兴县人民医院　浙江省湖州市　313000

周梦翩

摘要：目的：分析重症监护室（ICU）脑出血护理中系统化护理应用于预防肺部感染和并发症的作用。**方法：**选取 2023 年 11 月~2024 年 10 月 ICU 脑出血患者 40 例，护理模式分组，对照组行常规 ICU 护理，观察组行系统化护理，比较住院时间、肺部感染情况、并发症情况。**结果：**住院时间比较，观察组较低（$P<0.05$）；肺部感染情况比较，肺部感染率、死亡率低于对照组（$P<0.05$）；并发症情况比较，观察组发生率较低（$P<0.05$）。**结论：**系统化护理有利于缩短重症监护室脑出血患者住院时间，降低肺部感染、并发症和患者死亡风险，促进患者预后。

关键词：重症监护室；系统化护理；脑出血；肺部感染

前言：脑出血是一种急性脑血管病，属于非外伤导致的脑实质内出血，与高血压、动脉硬化密切相关，需要积极治疗出血性脑损伤，促进脑功能恢复。ICU 脑出血患者通常为关键部位出血或者大量出血，病情严重。重症脑出血患者较易发生肺部感染，肺部感染将加重机体炎症反应、影响脑部血氧供应，增加预后不良风险[1]。常规 ICU 护理缺少能动性和灵活性，难以满足 ICU 脑出血患者需求。系统化护理是针对治疗全周期构建的护理方案，全面分析患者需求，制定规范程序，有利于改善护理质量。该研究选取 40 例 ICU 脑出血病例，均于 2023 年 11 月~2024 年 10 月入组，说明系统化护理要点，评估护理价值。本研究经过长兴县人民医院医学伦理委员会批准（批件号 2025—021）

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 11 月~2024 年 10 月 40 例脑出血病例，观察组 20 例（系统化

护理），男 12 例、女 8 例，年龄（27~88）岁，平均（66.05 ± 15.31）岁；病程（1~20）d，平均（10.26 ± 2.73）d。

对照组 20 例（常规 ICU 护理），男 12 例、女 8 例，年龄（26~88）岁，平均（66.35 ± 15.22）岁；病程（3~18）d，平均（10.31 ± 2.70）d。资料可予分析（$P>0.05$）。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准：（1）MRI 等确诊脑出血；（2）ICU 住院治疗；（3）入组前无肺部感染；（4）发病前认知功能良好。

排除标准：（1）心肝肾功能障碍；（2）免疫缺陷；（3）资料不全；（4）妊娠哺乳期；（5）合并肿瘤；（6）入组前感染。

1.3 方法

对照组：常规 ICU 护理，遵医嘱用药。动态监测病情，结合病情变化开展健康教育、环境管理等常规护理。

观察组：（1）分析个性化问题：使用专业量表综合评估患者生理、心理问题，与家属充分沟通，结合患者病历全面分析护理风险。针对意识正常患者，与患者积极沟通，明确个性化护理要求。重点评估误吸、肺部感染风险，明确危险因素，例如自主吞咽障碍、长期卧床和气管插管等。基于分析结果针对性设计系统化护理流程和多学科护理措施，全周期无菌操作。（2）动态评估：ICU 脑出血患者病情稳定性较差、自护能力较低，严格执行责任制护理，严密监控病情。在护理过程中结合病情、自护能力变化及时调整和完善护理方案。（3）生理护理：及时辅助排痰，指导意识清醒患者自主咳嗽排痰。针对意识障碍患者，定时叩背、调整体位，雾化治疗等辅助排痰。吸痰后及时高浓度吸氧，缓解缺氧，预防窒息。每次进食限量，轻柔开展侵入性操作，及时调整体位，预防肺部感染。（4）心理护理：对患者、家属予以个性化心理干预，及时说明治疗情况、预后评估结果，说明后续治疗和护理计划。分析系统化护理的执行模式、优点，引导家属配合，稳定家属情绪。ICU 脑出血患者常见偏瘫，导致情绪消极、心理失调，个性化沟通、宣教，说明常用康复训练方法，增强患者治疗信心，改善心理状态。（5）环境护理：使用新风系统调节室内通风，通风时间 15 min/d。温度控制为（22~24）℃。定期消毒降低呼吸道感染风险，30 min/d。

1.4 观察指标

住院时间：统计各组平均住院时间。

肺部感染情况：结合肺部 CT、病原学检查等诊断肺部感染，统计肺部感染率和死亡率。

并发症情况：观察堵管、皮下气肿、伤口感染、泌尿系统感染情况。

1.5 统计学方法

SPSS 26.0 分析 ICU 脑出血病例，住院时间符合正态分布，以“均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）”分析，t 检验，肺部感染、其他并发症情况以率（%）分析，χ^2 检验，P<0.05 有统计学意义[2]。

2 结果

2.1 住院时间

观察组住院（16.83 ± 3.10）d，对照组（24.90 ± 3.27）d，观察组住院时间<对照组（P<0.05）。

2.2 肺部感染情况

观察组肺部感染率（38.00 %）<对照组（60.00 %），观察组死亡率（10.00 %）<对照组（30.00 %），有显著差异（均 P<0.05）。见表 1。

表 1 肺部感染发生率、死亡率[n， %（n）]

组别	n	肺部感染发生率	患者死亡率
观察组	20	38.00（8 / 20）	10.00（2 / 20）
对照组	20	60.00（12 / 20）	30.00（6 / 20）
χ^2		2.746	2.805
P		0.041	0.044

2.3 并发症情况

观察组发生率（15.00 %）<对照组（45.00 %）（P<0.05）。见表 2。

表 2 并发症情况[n， %（n）]

组别	n	堵管	皮下气肿	伤口感染	泌尿系统感染	发生率
观察组	20	0.00（0 / 20）	4.70（1 / 20）	4.70（1 / 20）	4.70（1 / 20）	15.00（3 / 20）

对照组	20	10.00（2/20）	5.00（1/20）	15.00（3/20）	15.00（3/20）	45.00（9/20）
χ^2						3.106
P						0.043

3 讨论

脑出血较易导致头晕恶心、肢体功能障碍、视力障碍等，出血部位、出血量、并发症均会影响预后。重症脑出血常见合并脑水肿，引起意识障碍、呕吐，较易发生误吸，进而诱发肺部感染。ICU 脑出血患者长期卧床、自主咳痰能力较差等，也会增加肺部感染风险。系统化护理可以提高重症脑出血护理全面性和有效性，促进患者预后。

该研究中，住院时间方面，观察组恢复较快。肺部感染情况观察，观察组系统化护理后，组内肺部感染风险显著降低，同时该组死亡率较低。ICU 脑出血患者卧床时间较长，自主活动能力较差，呼吸道较易蓄积痰液，引起肺部感染、坠积性肺炎等。此外，气管插管等侵入性操作可能导致医源性损伤，造成开放性创口，增加感染风险。自主吞咽障碍、进食过量、胃肠道蠕动缓慢引起呕吐、误吸，也会诱发肺部感染。

并发症方面，在治疗期间，观察组未发生堵管，泌尿系统感染、伤口感染与皮下气肿各发生 1 例，发生率均显著低于对照组。

常规护理的缺点是能动性差，基于病情变化予以被动护理，主动性不足，而且执行方法单一，对患者缺少人性化干预。系统化护理的优势为立足全过程设计护理方案，对患者护理风险和主客观需求进行综合分析，规划全周期护理计划。系统化护理可以更有效地应对 ICU 脑出血患者复杂病情，对患者进行全周期、多学科干预，进一步满足严重脑出血患者需求，改善预后。

综上所述，在脑出血重症监护期间，实施系统化护理具有积极影响。通过系统化护理，脑出血患者住院时间缩短，肺部感染发生率、死亡率、并发症发生率均显著降低，预后较好。

参考文献：

[1]胡现春.系统化护理对重症监护室脑出血患者肺部感染发生率及并发症的影响[J].吉林医学,2024,45(11):2865-2867.

[2]梁芹,熊丹丹,刘冬莲.重症监护室脑出血预防肺部感染实施护理干预的效果研究[J].中国医药指南,2022,20(31):134-136.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2022.31.044.