

• 论 著 •

心胸外科 86 例下呼吸道感染危险因素分析及护理干预

张宇平, 崔 健

(绍兴市人民医院心胸外科, 浙江 绍兴 312000)

摘要: 目的 探讨心胸外科下呼吸道感染的相关危险因素及护理干预。方法 对心胸外科发生下呼吸道感染患者的临床资料进行前瞻性和回顾性调查。结果 心胸外科 86 例患者下呼吸道感染的主要危险因素有侵入性操作、> 60 岁高龄患者、不合理使用抗菌药物、恶性肿瘤等。结论 对术后呼吸道感染的预防要针对其危险因素, 采取相应的护理干预。

关键词: 心胸外科; 手术后; 下呼吸道感染; 危险因素; 护理对策

中图分类号: R181.3⁺2 文献标识码: A 文章编号: 1005-4529(2010)09-1253-02

Lower Respiratory Infection in Cardiothoracic Surgery Department: Risk Factors Analysis and Nursing Intervention on 86 Inpatients

ZHANG Yu-ping, CUI Jian

(Shaoxing People's Hospital, Shaoxing, Zhejiang 312000, China)

Abstract: **OBJECTIVE** To discuss the related risk factors and nursing intervention of lower respiratory infection in cardiothoracic surgery department. **METHODS** The prospective and retrospective survey was used, among 86 inpatients suffering from lower respiratory infection. **RESULTS** The main risk factors included invasive operation, aged patients over 60 years old, unreasonable antibiotics use and malignant tumor. **CONCLUSIONS** Related risk factors should be focused on to prevent respiratory infection post-operation.

Key words: Cardiothoracic surgery department; Post-operation; Lower respiratory infection; Risk factors; Nursing strategy

在心胸外科医院感染中, 呼吸系统感染占首位, 而下呼吸道感染因症状严重、预后差、越来越引起人们的重视。为了解本科室下呼吸道感染危险因素, 提出护理干预, 从而为医院感染防治提供依据, 笔者对 2007~2009 年本院住院患者进行了医院感染监测与分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料 2007 年 1 月~2009 年 12 月心胸外科所有出院患者在住院期间发生下呼吸道感染者。

1.2 诊断标准及报告程序 依据卫生部颁发的《医院感染分类诊断标准》, 制定调查表格, 采用前瞻性和回顾性的方法进行, 临床医师上报医院感染报表, 专职人员进行核实, 对每例医院下呼吸道感染患者进行登记, 逐一记录感染情况, 结合每月病案室记录的出院患者数进行。

1.3 调查方法 收集汇总医师上报的医院感染诊

断卡片, 包括患者的姓名、性别、年龄、易感因素、感染部位等, 进一步完善监测资料, 分析总结。

1.4 统计学分析 采用 Excel 统计。

2 结果

2.1 基本情况 2007 年 1 月~2009 年 12 月发生下呼吸道医院感染 86 例。男性 66 例, 女性 20 例, 男女比例为 3.3:1, 发生医院下呼吸道感染年龄最大 87 岁, 最小 30 岁, 平均 62.4 岁。

2.2 基础疾病与下呼吸道感染 食管癌根治术后感染 40 例, 占 46.5%; 风湿性心脏病二尖瓣主动脉瓣置换术后下呼吸道感染 27 例, 占 31.4%; 其他 19 例, 占 22.1%。

2.3 住院时间及侵入性操作与下呼吸道感染 86 例下呼吸道医院感染患者, 住院时间最长 128 d, 最短 5 d, 平均 22 d。有呼吸道侵入性操作史病例 64 例, 本组病例均使用抗菌药物治疗。

3 讨论

3.1 下呼吸道感染与侵入性操作 本次调查显示,气管插管和气管切开患者下呼吸道感染率较高,气管插管和气管切开使气道黏膜的生理屏障作用丧失,增加了感染机会,且在气管插管或气管切开过程中,由于侵入性操作、机械刺激和持续压迫,致使气道黏膜充血、水肿、破损,并随着气管插管和气管切开时间的延长,医院下呼吸道感染的发病例数随之增高。保持患者呼吸道通畅,促进患者排痰帮助患者翻身拍背,并且鼓励患者多咳和做深呼吸,对于昏迷的患者应定时给予吸痰并设法排痰,以免误吸。加强患者的口腔护理,保持口腔清洁,从而降低呼吸道感染的发生率^[1]。

3.2 下呼吸道感染与高龄 86例下呼吸道感染中>60岁55例,占64.0%。老年患者免疫功能低下,常伴有慢性疾病及其他脏器病变,加上严重疾病消耗和免疫抑制剂对机体免疫功能的损伤,导致下呼吸道感染;而侵入性操作则破坏机体的防御屏障,或由于术后疼痛抑制正常吞咽、咳嗽功能,使细菌易进入并停留在下呼吸道,大量生长繁殖而引起感染。因此,对老年患者要进行保护性隔离,鼓励手术患者术后多咳嗽,多做深呼吸,及时起床活动,以防坠积性肺炎。

3.3 下呼吸道感染与抗菌药物 86例患者感染前应用第三代头孢菌素比例大,痰中分离真菌的比例增加,说明使用广谱抗菌药物造成患者菌群失调、二重感染有增加趋势,应引起重视。另外,痰中分离的革兰阳性球菌也有增加,可能与抗革兰阴性杆菌抗菌药物使用有关,应注意防止因革兰阳性球菌引起的医院内下呼吸道感染。重视细菌培养,进行呼吸道分泌物培养,及时了解患者呼吸道菌群种类、数量的变化,有无出现真菌的并发感染,当前药物是否有效,是否需要调整等重要信息需要实验室提供,因此要重视细菌培养工作^[2]。正确的病原菌诊断是合理选用抗菌物的重要条件,是临床医师选用抗菌药物的依据,应进行早期病原菌送检,针对病原菌给药,预防性用药时间不宜过长;激素的应用也尽量做到少用、早停,以免降低机体抵抗力。感染患者痰标本必须进行细菌培养,依药敏试验结果选药,定期总结药敏试验结果,及时停用耐药性高的抗菌药物,以防耐药菌株引起下呼吸道感染。

3.4 下呼吸道感染与恶性肿瘤 86例下呼吸道感染患者,恶性肿瘤患者52例,感染率60.1%。恶性

患者因正常机体防御机制被破坏,往往成为医院感染中的易感人群,放化疗后所引起的骨髓抑制!肿瘤细胞骨髓浸润常导致中性粒细胞减少或缺乏,使肿瘤患者免疫功能继发性降低,进一步破坏机体多种生理屏障,为病原体提供了直接的入侵机会^[3],故抗肿瘤治疗及侵入性诊疗技术操作的患者容易发生下呼吸道感染。应注意提高患者机体免疫力,加强医护人员培训,严格执行无菌技术,减少不必要的侵入性操作,合理使用抗菌药物,警惕真菌与条件致病菌感染,加强医院感染的病原学监测,同时医院感染发生后,应积极予以治疗并防止医院感染扩散。

引起医院感染的危险因素很多,肿瘤患者、高龄、抗菌药物反复作用,是引起心胸外科下呼吸道感染的危险因素。对有气管切开患者,病房应加强消毒,注意空气湿润及相对无菌。呼吸机管道及湿化器等装置定时更换,并及时消毒处理。

加强危重患者的口腔护理,采取适当体位,减少误吸危险;注意及时清除患者呼吸道分泌物,定时翻身拍背等;规范吸痰操作措施,吸痰避免过深过重,以免损伤患者气管黏膜,一次性吸痰管必须一次性使用。要严格执行医务人员洗手制度,防止从医务人员处获得感染菌株;实施标准预防,降低护理人员 and 患者之间微生物的传播,护理人员无论在进行任何操作前后特别在接触患者呼吸道分泌物、呼吸道插管或气管切开均要肥皂洗手。要求护理人员按照洗手指征进行洗手和手消毒,切实防止致病微生物通过护理人员的手扩散。目前医院内多药耐药菌感染较为常见,然而一些医务人员对多药耐药菌的知识较为匮乏^[4],对该菌的传播特点、致病特性及其耐药特点不了解,隔离、防护、消毒观念不强,因此在护理和治疗时往往表现出很大的盲目和被动,针对这一状况,我们主动与医院感染管理部门和微生物实验室配合,通过讲座、考试等方式来促进医院感染知识的掌握。

参考文献:

- [1] 李幼娣. 重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染的相关因素及护理对策[J]. 当代医学, 2007, 14(7): 98-99.
- [2] 谢明水, 郝建春, 刘国政, 等. 颅脑外伤气管切开患者下呼吸道感染控制对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2005, 15(5): 513-514.
- [3] 余素飞, 姜彩琴, 陈佩珍. 葡萄球菌属的耐药性及耐药机制探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(7): 822-824.
- [4] 李亚娟, 刘蓬蓬, 李萍, 等. 头孢哌酮/舒巴坦对革兰阴性菌的抗菌活性[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(5): 554-556.