

整体护理对 ICU 脑梗死患者肺部感染发生率及并发症的影响分析

刘蕾

华中科技大学同济医学院附属协和医院

DOI:10.32629/carnc.v4i1.19796

[摘要] 目的：分析整体护理对 ICU 脑梗死患者肺部感染发生率及并发症的影响。方法：选取我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月的患者 92 例为研究对象，随机分为对照组与观察组。对照组实施常规护理，观察组在此基础上实施整体护理。结果：观察组肺部感染发生率显著低于对照组，并发症总发生率更低，APACHE II 评分、白细胞计数、C 反应蛋白、降钙素原水平更低 ($P<0.05$)。结论：整体护理能降低 ICU 脑梗死患者肺部感染和并发症的发生风险。

[关键词] 整体护理；重症监护室；脑梗死；肺部感染；并发症

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

The Effect of Holistic Nursing on the Incidence of Pulmonary Infection and Complications in Patients with Cerebral Infarction in ICU

Lei Liu

Union Hospital Affiliated to Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology

Abstract: Objective: To analyze the effect of holistic nursing on the incidence of pulmonary infection and complications in ICU patients with cerebral infarction. Methods: A total of 92 patients in our hospital from June 2023 to June 2025 were selected as the research objects and randomly divided into a control group and an observation group. The control group was given routine nursing, and the observation group was given holistic nursing on this basis. Results: Compared with the control group, the observation group had a significantly lower incidence rate of pulmonary infection, a significantly lower total incidence rate of complications, and significantly lower APACHE II score, white blood cell count, C-reactive protein, and procalcitonin levels ($P<0.05$). Conclusion Holistic nursing can reduce the risk of pulmonary infection and complications in ICU patients with cerebral infarction.

Keywords: Holistic nursing; Intensive care unit; Cerebral infarction; Pulmonary infection; Complications

引言

脑梗死是最常见的脑血管疾病，特征为高发病、高致残和高病死率^[1]。患者入住重症监护室时，病情一般已是危重程度，机体严重应激，免疫功能被抑制。在此背景下，肺部感染是 ICU 脑梗死患者最常见的并发症之一。研究显示，其发生率可达 20%~40%，可诱发全身炎症反应综合征甚至多器官功能障碍，威胁患者生命^[2]。肺部感染在 ICU 脑梗死患者中高发，有多重机制的交互作用。值得进一步研究的是，这些危险因素是否有协同放大的效应，护理干预要从何处切入预防效果最佳。传统 ICU 常规护理多侧重监测生命体征和配合治疗，对于肺部感染的预防和干预措施的系统性、个体化程度低。整体护理理念强调以患者为中心，将多个维度纳入护理的视野，通过评估、计划、实施和评价来为患者提供完整的护理服务^[3]。本研究旨在将整体护理模式应用在 ICU 脑梗死患者上，探讨其对肺部感染发生率和并发症的影响，

以期临床护理工作提供参考。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月期间入住 ICU 的脑梗死患者 92 例作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组。两组患者的年龄、性别、脑梗死类型等基线资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。见表 1。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[4]中脑梗死的诊断标准；

②年龄 ≥ 18 岁；

③入住 ICU 时间 ≥ 48 小时；

④患者或家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：

- ①入院时已有肺部感染或其它部位活动性感染者；
- ②既往有慢性肺部疾病病史者；
- ③合并严重免疫系统疾病或长期使用免疫抑制剂者；
- ④妊娠或哺乳期妇女。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组患者接受ICU常规护理，含心电监护、血压、血氧饱和度监测，遵医嘱做好药物治疗。每2小时协助患者翻身拍背，按需吸痰，保持呼吸道通畅。每日做2次口腔跟皮肤护理，记录出入量。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上实施整体护理干预。具体操作如下：

1.制定个体化计划

患者入住ICU的24小时内，责任护士会用多种评估工具做全面评估。用APACHE II评分衡量疾病情况，用GCS评分评估意识状态，床边吞咽功能评估来早期发现误吸风险，用营养风险筛查来识别营养问题。完成评估后，护士要识别患者当前的主要护理问题和高危的因素。在此基础上，制定针对性的护理计划，明确每日护理重点和目标。责任护士在每天晨间的护理时会回顾患者情况，根据患者的病情和各项指标的监测结果调整干预措施。

2.气道管理与呼吸支持

对于有意识或吞咽功能障碍的患者，在血流动力学稳定的大前提下，将床头抬高30°~45°并保持，以减少胃内容物反流和误吸的风险。对机械通气患者，每4小时做一次气囊压力监测，维持在25~30cmH₂O的理想范围。2~4小时吸引一次声门下分泌物，清除积聚在气囊上方的分泌物，以预防呼吸机相关性肺炎。吸痰操作要遵循无菌原则，护士根据患者的实际需要来吸痰，当患者有咳嗽、听诊有痰鸣音或血氧饱和度下降时，才吸痰，避免不必要的刺激对气道黏膜的损伤。对自主呼吸逐渐稳定的患者，医生沟通尽早尝试自主呼吸试验，缩短机械通气时间。

3.口腔护理与感染控制

用0.05%氯己定漱口液做口腔护理，每6小时一次，每次操作3~5分钟，清洁牙齿、牙龈、舌面和颊部黏膜。氯己定能抑制口腔咽部常见病原菌的定植，减少这些细菌进入下呼吸道的可能性。对气管插管患者，口腔护理时要双人配合，一人固定气管导管，另一人操作，防止导管移位或意外脱出。感染控制的另一个重点是手卫生，科室规定接触患者前后、无菌操作前或接触患者周围环境后，都必须流动水洗手。

4.营养支持与免疫功能维护

入住ICU后24~48小时内启动营养风险评估。无法经口进食的患者，优先选肠内营养。用输液泵持续加温输注营养液，初始速度在25ml/h左右，根据患者的耐受情况每12~24小时增加15ml/h左右，直到目标喂养量。营养过程中每4

个小时监测一次胃残留量，若残留量小于200ml，维持原速度，若在200~400ml之间，适当减慢输注速度，若超过400ml或有腹胀、呕吐等表现，暂停输注并与医生沟通调整营养方案。有严重胃肠功能障碍的患者，辅以肠外营养补充，保证每日能量摄入有25kcal/kg，蛋白质摄入有1.6g/kg。

5.体位管理与早期活动

在病情允许的情况下，2小时协助患者换一次体位，左侧卧位、右侧卧位、半卧位交替进行。翻身时，护士会用手掌叩击患者背部，由下而上、由外向内，促进痰液松动排出。对血流动力稳定的患者，在康复治疗师指导下做早期床上活动。被动关节活动有肩、肘、腕、髌、膝、踝等大关节的屈伸、内收外展，每个关节活动5~10次。下肢肌肉按摩用挤压和揉捏的手法，促进静脉回流，预防深静脉血栓。后随病情改善，逐步增加强度，指导患者做主动的踝泵运动、股四头肌等长收缩训练等。

1.4 观察指标

肺部感染发生率：肺部感染的诊断依据要满足以下条件之一：

- ①出现咳嗽、咳痰、发热等临床症状，肺部闻及湿啰音，胸部X线或CT显示新发浸润性病变；
- ②痰培养检出病原菌，且为同一菌种连续两次阳性；
- ③血培养阳性，且与痰培养结果一致。记录两组患者从入住ICU至转出ICU期间新发肺部感染的例数。

并发症发生率：记录两组患者在ICU住院期间发生的其他并发症，包括：压疮、深静脉血栓、应激性溃疡、泌尿系统感染、多器官功能障碍等，计算并发症总发生率。

疾病严重程度评分：干预后用APACHE II评分评估患者的疾病严重程度。APACHE II评分包括急性生理学评分、年龄评分和慢性健康评分三部分，总分越高表示病情越严重。

实验室炎症指标：于干预前和干预后采集患者外周静脉血，检测白细胞计数(WBC)、C反应蛋白(CRP)和降钙素原(PCT)。WBC采用血细胞分析仪检测，CRP采用免疫比浊法检测，PCT采用电化学发光法检测。

1.5 统计学方法

使用SPSS 22.0软件分析，使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料，使用卡方和%表示计数资料，P<0.05为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别、脑梗死类型等基线资料差异无统计学意义(P>0.05)，有可比性。见表1。

表1 两组患者的基线资料对比[n,(%)、($\bar{x} \pm s$)]

组别	对照组	观察组	t/x ²	P
例数	46	46	-	-
性别(男/女)	27/19	25/21	0.183	0.677
年龄(岁)	67.34±8.92	66.78±9.14	0.309	0.765
脑梗死类 大面积	15 (32.61)	16 (34.78)	0.049	0.825

Clinical Application Research of Nursing Care

型(例)	脑梗死 分水岭 脑梗死	18 (39.13)	16 (34.78)	0.187	0.666
	腔隙性 脑梗死	13 (28.26)	14 (30.44)	0.052	0.819

2.2 患者肺部感染和并发症发生情况比较

观察组患者的肺部感染和并发症发生率明显低于对照组患者，差异具有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者肺部感染和并发症发生情况对比[n,(%)]

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	46	46	-	-
肺部感染	9 (19.57)	2 (4.35)	5.060	0.024
压疮	5 (10.87)	2 (4.35)	1.392	0.238
深静脉血栓	2 (4.35)	0 (0.00)	2.044	0.153
应激性溃疡	3 (6.52)	1 (2.17)	1.046	0.307
泌尿系统感染	2 (4.35)	1 (2.17)	0.345	0.557
多器官功能障碍	2 (4.35)	1 (2.17)	0.345	0.557
并发症总发生	14 (30.43)	5 (10.87)	5.373	0.020

2.3 患者干预后 APACHE II 评分和炎症指标比较

干预后，观察组的 APACHE II 评分、WBC、CRP 和 PCT 水平均显著低于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者干预后 APACHE II 评分和炎症指标对比

($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	46	46	-	-
APACHE II 评分(分)	13.68±2.94	9.73±2.51	6.930	0.001
WBC($\times 10^9/L$)	9.45±2.13	7.28±1.86	5.205	0.001
CRP (mg/L)	24.67±7.82	15.43±5.69	6.480	0.001
PCT (ng/mL)	0.97±0.42	0.54±0.23	6.090	0.001

3 讨论

脑梗死是脑部血液供应障碍致脑组织坏死的临床综合征，占所有脑卒中的 70%~80%。患者需要入住 ICU 时，意味着梗死面积较大或伴有意识障碍。此时机体应激，免疫功能被抑制，误吸风险增加，各类并发症的发生风险随之升高^[5]。

当前常规的 ICU 护理主要是监测生命体征、药物治疗和基础护理。有定时翻身拍背、按需吸痰、口腔护理和出入量记录等。这些措施能够维持患者的基本生理需求，但在预防肺部感染这类多因素并发症时，干预方式太标准化，对个体差异的关注少，预防措施的针对性和主动性不够^[6]。

本研究的结果表明，整体护理可以明显降低 ICU 脑梗死患者的肺部感染和并发症的发生风险。ICU 脑梗死患者肺部感染高发是多因素作用的结果：神经系统损伤会削弱自我保

护能力，呼吸道防御屏障被破坏，加之长期卧床跟免疫功能抑制，为病原菌入侵创造了条件。整体护理干预能够明显降低肺部感染发生率，其机制涉及多个方向。气道管理中的床头抬高、声门下吸引等措施直接减少了误吸机会，氯己定口腔护理可抑制口咽部细菌定植，切断病原菌进入下呼吸道的途径^[7]。而早期肠内营养可提供能量并维护肠道屏障完整，防止内源性感染。这些措施相互协同，构筑了感染的防护网络。从并发症的预防效果来看，观察组压疮、深静脉血栓等发生率低于对照组，这跟整体护理强调的体位管理和早期活动相关。每 2 小时变换体位并做肺分泌物引流、局部减压，早期床上活动促进静脉回流，整合了多个护理目标^[8]。实验室指标为整体护理的效果提供了客观依据。干预后观察组的 CRP 和 PCT 水平显著低于对照组，提示整体护理可通过控制感染、减轻炎症反应，打断感染→炎症→器官损伤的循环。APACHE II 评分更优也从疾病严重程度角度印证了护理干预的效益。但是，本研究也存在一定局限性。样本量有限会影响结果外推性，且干预效果依赖护理人员的执行能力，也没有追踪远期预后。未来要开展多中心研究，延长随访时间，探索基于风险预警的智能化护理决策系统。

综上所述，整体护理是一种以患者为中心的护理模式，在 ICU 脑梗死患者的护理实践中有积极的应用价值。

【参考文献】

[1]王陇德,彭斌,张鸿祺,等.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J].中国脑血管病杂志,2022,19(2):136-144.
 [2]王慧娟.整体护理对重症监护室脑梗死患者肺部感染发生率和并发症的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(2):53-56.
 [3]徐蓉,罗颖,肖琦.护士实施责任制整体护理的障碍因素的质性研究[J].护理学杂志,2023,38(16):74-76.
 [4]李光硕,赵性泉.《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》解读[J].中国卒中杂志,2024,19(8):956-961.
 [5]中国心血管健康与疾病报告 2021 概要[J].中国循环杂志,2022,37(6):553-578.
 [6]李小姣.反馈式康复护理对卒中后偏瘫患者生活质量综合评定问卷-74 评分的影响[J].山西医药杂志,2021,50(9):1579-1581.
 [7]张莹,高宁.整体护理在脑梗死患者中的应用价值[J].中国城乡企业卫生,2022,37(3):16-18.
 [8]曹肖楠.整体护理在急性脑梗死合并肺部感染中的应用[J].继续医学教育,2022,36(10):121-124.

作者简介：

刘蕾 (1994.02-), 女, 汉族, 湖北武汉人, 本科, 主管护师, 研究方向为机械通气。