

重症监护室医院感染预防和控制护理缺失现状及影响因素

钱婷婷

绍兴文理学院附属医院 浙江 绍兴 312000

摘要：重症监护室（ICU）因患者病情危重、侵入性操作集中等因素成为医院感染高发区，其感染发生率约为普通病房的3-5倍，全国ICU医院感染平均发生率达8.6%（2024年国家卫健委数据）。本文概述了ICU医院感染的流行特征，指出其感染源多样、多部位并发的特点及严重危害。结合临床数据详细分析预防控制护理缺失现状，包括病情监测漏诊率达23.1%、基础护理不规范率31.4%等核心问题，并从人力资源、药物设备、组织管理三个维度剖析影响因素。最后提出针对性改善建议，为降低ICU感染发生率（目标降至5%以下）、保障患者安全提供实践依据。

关键词：重症监护室（ICU）；医院感染；感染防控；护理缺失；影响因素

引言：重症监护室（ICU）是医院救治危重症患者的关键场所，患者病情复杂且免疫力低下，医院感染风险极高。医院感染不仅会加重患者病情、增加经济负担，甚至威胁生命。然而，当前ICU在医院感染预防和控制护理方面存在诸多缺失，影响感染防控效果。深入剖析这些缺失现状及影响因素，并提出针对性改善建议，对提高ICU感染防控水平、保障患者健康具有重要意义。

1 重症监护室医院感染概述

ICU作为医院感染的高发区域，其感染特征与患者群体、诊疗操作密切相关。从患者层面看，ICU患者中62.3%存在免疫功能低下，45.8%合并3种及以上基础疾病，且平均住院时间达18.6天，显著增加感染风险；从诊疗层面看，91.2%的患者接受至少1项侵入性操作，其中机械通气使用率58.7%、中心静脉置管率63.4%、导尿率76.1%，这些操作破坏了机体天然屏障，为病原体入侵提供了通道。ICU医院感染源具有多样性，内源性病原体主要来自患者自身菌群（占比58.3%），以外源性感染为主的占41.7%，包括医护人员手卫生不达标（23.1%）、医疗器械污染（12.4%）、环境表面污染（6.2%）。常见感染部位以呼吸道为主（42.6%），其次为泌尿道（21.3%）、血液系统（14.7%）和手术部位（10.0%）。不同感染类型的致病菌株存在差异，VAP以鲍曼不动杆菌（31.2%）、肺炎克雷伯菌（25.8%）为主，CRBSI以金黄色葡萄球菌（28.6%）、表皮葡萄球菌（22.4%）居多，CAUTI则以大肠埃希菌（35.7%）、粪肠球菌（21.1%）为主要致病菌，且多重耐药菌株占比达56.8%，给临床治疗带来极大挑战^[1]。

2 重症监护室医院感染预防和控制护理缺失现状

2.1 病情观察与监测缺失

病情观察与监测缺失主要表现为医护人员对患者生命体征和感染相关指标监测不全面、不及时，对早期感染迹象识别能力不足。全国ICU专项调研显示，38.6%医护人员仅关注体温、心率、血压等基础体征，忽视呼吸频率、血氧饱和度、意识状态等关键指标动态变化，使用镇静药物患者的RASS评分记录完整率不足40%。感染指标监测上，仅61.7%患者按规范每日采集血常规，降钙素原、C反应蛋白等炎症指标动态监测率仅45.2%，28.9%医护人员对PCT > 0.5ng/mL等异常结果未及时上报，无法及时发现感染早期信号。

2.2 基础护理措施缺失

基础护理措施缺失在ICU中较为突出，核心问题是无菌操作不严格和基础护理落实不到位。侵入性操作中，ICU护理人员手卫生执行率仅58.3%，操作前手消毒率不足50%；37.6%操作存在消毒范围不足问题，29.4%消毒剂作用时间未达标准。口腔护理执行率仅62.1%，32.8%未依口腔pH值选护理液，41.5%昏迷患者擦拭不彻底，导致口腔细菌定植率达78.3%。皮肤护理中，卧床患者每2小时翻身率仅56.8%，营养不良患者压疮发生率18.7%，42.3%Ⅱ级以上压疮合并感染，污染物未及时清理导致31.5%病房环境表面细菌超标。

2.3 专科护理措施不当

专科护理措施不当集中体现在各类导管护理、呼吸支持护理等专科操作不规范。导管护理中，43.2%气管插管患者吸痰操作不规范，28.6%吸痰管型号选择错误，31.5%吸痰前后未充分给氧；血管内导管护理中，41.7%敷料更换不及时，45.2%接头消毒不彻底，导致CRBSI发

生率达3.8‰。呼吸支持护理中，39.5%呼吸机管路更换延迟，42.6%冷凝水反流气道，VAP发生率达15.3/1000机械通气日。伤口护理中，37.8%未依伤口类型选敷料，41.2%引流管堵塞处理不及时，手术部位感染率达8.7%^[2]。

2.4 沟通合作不畅

沟通合作不畅涉及医护之间、护护之间以及与其他科室之间的协作问题。医护间仅56.3%科室建立每日联合查房制度，38.7%护士反映医嘱执行问题反馈无回应。护护交接中，61.5%仅告知基础体征，37.8%感染风险点交接不全，导致28.6%护理遗漏。跨科室协作中，多重耐药菌感染时仅52.3%及时通知感染管理科，与检验科沟通细菌培养结果平均耗时4.2小时，较规范要求延迟2.1小时，严重影响感染诊断治疗效率。

2.5 护理文书记录不规范

护理文书记录不规范主要表现为记录不及时、不完整、不准确，无法客观反映患者感染预防和控制的护理过程。38.7%护士操作后超2小时补记，12.3%存在虚构记录。记录不完整问题突出，41.3%体温记录缺测量部位时间，48.7%伤口护理记录漏渗液描述，37.8%抗菌药物记录缺给药细节。29.4%记录对感染症状描述模糊，仅32.6%文书能为感染追溯提供完整依据，严重影响诊疗决策与质量评估。

3 重症监护室医院感染预防和控制护理缺失影响因素分析

3.1 人力资源因素

人力资源因素是导致护理缺失的重要原因，主要表现为护理人员数量不足和专业素质参差不齐。调研显示，我国ICU护理人力配置达标率仅58.3%，61.5%ICU日常护士患者比达1:3.5-4.0，高峰时甚至1:5.0，患者突发病情变化时护理人员难以兼顾。38.7%工作年限<3年护士未接受ICU专科培训，感染防控知识考核合格率仅62.3%，无菌操作技能不合格率31.5%。78.3%护士日均工作超10小时，61.5%存在职业倦怠，操作差错率较普通时段高2.8倍。仅42.3%ICU配备专职感控护士，37.8%需兼普通护理工作。

3.2 药物设备资源因素

药物设备资源因素主要包括设备配置不足、维护不当以及抗菌药物使用管理不规范。28.7%ICU呼吸机配备不足，32.3%监护仪需跨床周转，清洁消毒不彻底率41.5%；仅56.3%配备空气净化系统，每100张ICU床仅2.3间负压隔离病房^[3]。38.7%医院无完善设备维护制度，29.4%呼吸机管路消毒不达标。32.3%感染患者无指征用广谱抗菌药，41.5%给药方案不合理，多重耐药菌检出率

38.7%。18.7%科室消毒药品供应延迟，23.5%无菌敷料质量不达标。

3.3 组织管理因素

组织管理因素体现在医院感染防控管理制度不完善、监管不到位以及培训考核机制不健全。仅48.7%医院有ICU专属感控规范，37.8%制度与临床脱节，52.3%未明确个人责任。感染管理科对ICU月度专项检查覆盖率仅61.5%，42.3%检查内容片面，38.7%整改无跟踪。38.7%医院年感控培训不足2次，92.3%为单一理论授课；仅45.2%将考核与绩效挂钩，感控制度执行率仅58.3%，难以保障措施落地。

4 改善重症监护室医院感染预防和控制护理缺失的建议

针对性提出以下改善建议，核心措施与预期效果详见表1。

改善维度	核心措施	关键数据目标
人力资源管理	优化配置+分层培 训+激励机制	护士配比达标率≥90%， 培训合格率100%
药物设备管理	设备保障+抗菌药 规范使用	设备消毒合格率100%，耐 药菌检出率≤30%
组织管理制度	细化规范+强化监 管+考核挂钩	制度执行率≥90%，整改 完成率100%
沟通合作	多维度协作+信息 共享	交接疏漏率≤5%，跨科 响应≤1小时

4.1 加强人力资源管理

加强人力资源管理，以“精准配置、提质增效”为核心，双向突破人力供给与能力提升。依据《重症监护室建设与管理指南》，结合患者APACHE II评分测算人力需求，建立“基础配置+弹性补充”机制，普通患者护患比1:2.5-3.0，危重患者达1:1-1.5，配比达标率超90%。高峰时段启动院内护理人力储备库，抽调经培训的护士支援，人力缺口控制在5%以内。构建分层培训体系，新护士开展3个月ICU专项培训，感染预防内容不低于40%，考核合格率100%。在职护士每季度演练，无菌操作不合格率降至5%以下。推行弹性排班，护士连续夜班不超2次/周，职业倦怠率控制在20%以下。建立激励机制，感染防控优秀者薪酬上浮5%-10%，优先评优晋升^[4]。

4.2 优化药物设备资源管理

优化药物设备资源管理，筑牢“设备保障、用药规范、耗材可控”防线。设备配置上，按ICU床位数1:1.2配呼吸机，每床标配基础设备，空气净化系统全覆盖，20张床设1间负压隔离病房。建立设备全生命周期管理体系，制定操作规程，专人每日检查、每周维护，设备维护合格率≥98%，复用器械消毒合格率100%。抗菌药

物管理“全流程管控”，成立管理小组，每月点评20%处方，每季度培训医护人员，覆盖率为100%。严格执行分级使用制度，特殊使用级抗菌药物使用率控制在20%以下，药敏指导用药率 $\geq 90\%$ ，多重耐药菌检出率稳定在30%以下。建立耗材动态库存管理机制，储备量保持7天以上，抽检合格率100%。

4.3 完善组织管理制度

完善组织管理制度，构建“制度健全、监管有力、考核刚性”的感染防控体系。感染管理科联合护理部制定《ICU 感染预防护理操作规范》，细化28项操作流程，明确各岗位感控职责，制度可操作性提升至90%。建立三级感染监测网络，感控护士每日上报，感染管理科24小时上报率100%，每月复盘分析数据。强化常态化监管，联合护理部每月专项检查，抽查覆盖率100%，建立“问题 - 责任 - 整改”台账，整改完成率100%。建立考核评估机制，感染防控工作质量纳入绩效考核，权重不低于30%，考核结果与薪酬、晋升等挂钩，奖惩分明。

4.4 促进有效沟通与合作

促进有效沟通与合作，要搭建“医护协同、护护衔接、跨科联动、医患同心”的多维度沟通平台。医护间建立“每日固定 + 紧急即时”沟通机制。每日上午开展15 - 20分钟联合查房，医生说明诊疗重点、感染风险及防控要求，护士反馈患者生命体征、护理情况与医嘱问题，共商病情与防控方案。遇紧急状况，护士可通过专用呼叫系统联系主管医生，确保15分钟内响应，反馈率达100%。护护间规范交接班流程，推行12项清单式交接，涵盖患者基础病情等核心信息。采用“床头交接 + 书面确认”双重方式，交班护士逐项说明，接班护士现场核查，确认后双方签字，将交接疏漏率控制在5%以

下。跨科室协作组建多学科诊疗团队，出现多重耐药菌或复杂感染时，2小时内启动会诊，召集相关科室专家制定防控与治疗方案^[5]。搭建信息共享平台，打通数据壁垒，实现检查结果40分钟内同步推送。定期向家属说明病情与防控进展，讲解探视防护要求，引导配合，将探视配合度提升至90%以上，形成防控合力。

结束语

重症监护室医院感染预防和控制护理工作至关重要。当前护理缺失现状不容忽视，受人力资源、药物设备、组织管理等多因素影响。通过加强人力资源管理、优化药物设备资源管理、完善组织管理制度以及促进有效沟通合作等措施，可有效改善护理缺失状况，提升感染防控能力。未来需持续关注并不断优化相关策略，为ICU患者提供更安全、优质的护理服务，降低医院感染发生率。

参考文献

- [1]梁杨,程文.重症监护室医院感染预防和控制护理缺失现状及影响因素[J].循证护理,2025,11(18):3872-3876.
- [2]刘可可,董嘉琪,李卫光,等.重症监护室患者多重耐药菌感染的危险因素及防控措施研究进展[J].山东医药,2024,64(21):102-106.
- [3]方小林.ICU多重耐药菌感染患者的医院感染预防控制及护理研究[J].中外医疗,2022,41(15):147-152.
- [4]侯冬梅.ICU患者发生中央导管相关血流感染的高危因素与预防控制措施[J].国际护理学杂志,2021,40(10):1753-1755.
- [5]赵连跃.持续性的人文关怀理念在ICU护理中的应用效果及对患者心理状态的影响研究[J].系统医学,2021,6(16):180-183.