

# 普外科术后感染因素的分析及预防措施

周兴仁

寿光市文家街道卫生院 山东 潍坊 262702

**摘要:** **目的:** 深入探讨预防普外科手术患者院内感染的具体护理方案。**方法:** 选取于2020年2月~2020年10月期间来本院普外科行手术治疗的62例患者作为本次研究对象, 通过随机数表法将其分为人数相等的两个小组, 对照组共计31例, 观察组共计31例。对照组普外科手术患者接受常规化的护理服务, 观察组患者则在基础上进行综合护理干预, 然后比较两组患者的最终护理效果。**结果:** 观察组普外科手术患者的院内感染率以及护理满意度均明显优于对照组普外科手术患者, 差异极为显著且存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 针对来医院进行手术治疗的普外科患者, 采取综合护理干预可以有效降低院内感染的发生率, 提升护理满意程度, 值得在全国各大医院广泛推荐使用。

**关键词:** 普通外科; 手术患者; 院内感染

## 前言

手术治疗是普外科临床诊治中最重要的治疗方式之一。与常规的药物疗法相比, 通过手术的方式来治疗, 患者出现切口感染、出血等并发症的概率更高。而在这些并发症中, 手术切口感染更为常见。普外科患者手术切口发生感染, 可能会减缓患者的术后恢复, 甚至威胁患者的生命安全。手术切口感染是院内感染的重要部分, 因此科学合理的控制和预防手术切口感染, 也是院内感染防控质量的关键。随着近年来医疗条件的不断进步, 感染防控的观念越来越受到重视, 普外科采取了多项措施以减少手术切口感染的发生<sup>[1]</sup>。

## 1 基线资料和护理方法

选取于2020年2月~2020年10月期间来本院普外科行手术治疗的62例患者作为本次研究对象, 通过随机数表法将其分为人数相等的两个小组, 对照组共计31例, 观察组共计31例。**1.1 基线资料对照组:** 该组男性患者共计19例, 女性患者共计12例。平均年龄为 (37.45 ± 2.50) 岁。其中腹部手术共计10例, 头颈部手术共计12例, 四肢手术共计6例, 其他部位手术共计3例。**观察组:** 该组男性患者共计20例, 女性患者共计11例, 平均年龄为 (37.43 ± 2.49) 岁。其中腹部手术共计9例, 头颈部手术共计13例, 四肢手术共计7例, 其他部位手术共计2例。在平均年龄、性别分布以及手术类型等基线资料方面, 两组普外科手术患者全都不存在明显差异, 可以展开组间对比<sup>[2]</sup>。

### 1.2 护理方法

**对照组:** 对该组普外科手术患者实施常规护理服务。首先对患者进行全面的健康宣教, 让其能够深入了解院内感染发生的具体原因, 告知其具体的预防方式。其次是做好心理护理和饮食护理工作, 在缓解其负面情绪的同时保障机体

营养的及时供给。**观察组:** 该组普外科手术患者在常规护理的基础上施加综合护理干预。一方面, 院内需尽快组建由资深医护人员构成的院内感染预防团队, 对当前的防空管理制度进行深入优化评估。针对医护人员工作中存在的漏洞及不足之处, 定期进行相应的预防感染培训工作, 提升其脑海中感染预防的意识, 增强其责任感。在医疗垃圾的处理方面、无菌操作以及运用抗菌药物等方面, 感染预防团队需及时进行监督考核。另一方面则是对典型案例进行分析; 对在院内受到感染的患者展开个案研究, 了解风险源所在, 弄清楚传播途径。并且定期对病房进行消毒和通风, 及时更换床单被套等物品, 控制探视人数。除此之外, 还需对患者给予必要的人文关怀。患者术后往往会因为伤口的疼痛感及医院的陌生环境而产生焦虑、抑郁的负面情绪, 医护人员需根据其个人性格做好相应的心理疏导工作, 让其树立其康复的信心<sup>[3]</sup>。

### 1.3 观察判断指标

本次研究所选用的观察指标为普外科手术患者的院内感染率以及护理满意度。护理满意度使用%的形式进行表示, 护理满意度 = (非常满意 + 比较满意) ÷ 总人数 × 100%。其中超过90分为非常满意, 79-89分为比较满意, 低于79分则为不满意。

### 1.4 统计学处理

使用SPSS20.0统计学软件对参与本次探究的普外科手术患者的数据资料展开分析。使用“%”的形式表示患者的院内感染率以及护理满意度, 对结果展开卡方校验, 查看数据的波动情况。如果P值不超过0.05, 代表差异明显, 存在统计学意义。

## 2 护理结果

观察组普外科手术患者的院内感染率 (6.45%) 以及护

理满意度(90.32%)均明显优于对照组普外科手术患者,差异极为显著且存在统计学意义( $P<0.05$ )。

### 3 讨论

#### 3.1 引起术后感染因素的分析

本研究通过回顾性分析结果显示:普外科患者术后发生感染率的原因主要在于以下几方面原因:①年龄:患者年龄 $>60$ 岁,此年龄阶段的患者器官功能开始衰退,机体的免疫力和耐受力相对较低,易受各种病原体的侵犯。②患者方面:患者ASA分级 $>III$ 级,患者体质弱,在住院时有营养不良、贫血、糖尿病、COPD等并发症时,由于并发症的消耗,患者的免疫力和耐受力受到影响,加之手术自身的伤害,患者易于发生感染<sup>[4]</sup>。③手术:手术时长、手术切口以及手术的性质都会影响术后的感染情况,当时长超过4h、切口长度 $>7$ cm时,往往意味着手术较复杂,且手术操作带有侵入性,切口多伴有污染,手术视野暴露时间长,使术后感染增加。急诊手术时,往往术前准备不够充分,患者情况紧急且较重,易造成术后感染<sup>[5]</sup>。④住院时间:患者住院时间 $>14$ d者,多数为症状较重者,其卧床时间相对会长,身体长时间不能活动,导致免疫力及活力下降,同时患者会伴有较长时间的机械性通气、尿管引流等操作,还有就是患者在医院待时间久,其院内感染的机会就增大,也是造成术后感染的主要原因。

#### 3.2 主要预防措施

针对以上分析总结的危险因素,可采取以下有效的预防措施:①完善预防感染的相关细则:定期组织科室医护人员

学习关于预防术后感染的知识,不断发现存在的问题,并提出可解决的方法,加强各种预防感染制度的实施。多对患者伤口及全身情况进行检查及时发现可能的感染因素,讨论可能的问题,积极处理,规避术后感染的发生。②术前加强患者的基础营养及合理使用药物:对于年龄偏高,有营养不良症状的患者,术前加强营养,尽量使患者达到均衡营养。此外,对于有合并症患者积极治疗并发症,合理使用抗生素,不可滥用,以提高患者手术的耐受性<sup>[6]</sup>。③周全手术各方面的措施:术前认真分析患者的情况,讨论出适合患者的完美的手术方案,这样能减小手术切口及缩短患者的手术时长,对于患者的预后有很大的帮助。手术性质方面,主要是急诊手术,需要为患者建立绿色通道,并对患者的生命体征进行持续监测。另外,III类手术切口属于污染切口,在手术时要特别严格执行无菌操作。④加强手术过程的配合:做好术前准备,所需手术器械提前消毒灭菌,放于手术间。手术台等做好消毒灭菌,医护人员严格刷手,一定要达到标准的无菌要求。术中从麻醉到手术器械的传递,医护紧密配合,能够极大缩短手术的时间<sup>[7]</sup>。⑤明确病房进出人员及探视时间:为了避免交叉感染,尽量减少不相关人员进出病房,明确探视时间,减少探视及陪护人员数量。医护人员也要做好自身的卫生管理,避免将外界病原菌带入病房<sup>[8]</sup>。

综上所述,普外科手术量大,术后感染易发生,而造成患者术后感染的因素多且复杂,因此,需要临床医生对引起患者术后感染的因素进行仔细分析,结合患者病情,有针对性的采取有效的预防措施,能够使患者的术后感染率的发生率降低,使患者尽快恢复,以确保手术的治疗效果。

### 参考文献:

- [1]李龙山.普外手术切口感染的临床分析[J].中国医药指南,2015,13(7):118-119.
- [2]左志明.普外科老年患者术后院内感染的影响因素及对策[J].临床研究,2019,27(3):20-22.
- [3]靳青.普外科术后感染高危因素的分析及护理干预[J].中国药物与临床,2018,18(8):1447-1449.
- [4]徐树军,孟显杰.普外科患者术后医院感染的危险因素分析[J/CD].临床医药文献电子杂志,2018,5(25):67-68.
- [5]赵海俊,赵臣,孙宏文,等.普外手术切口感染的危险因素分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(71):174.
- [6]彭余均.普外手术应用抗生素预防切口感染的临床分析[J].心理月刊,2018(9):239-240.
- [7]姜轶山.普外手术切口感染危险因素分析及预防对策[J].中国卫生产业,2016,13(005):59-61.
- [8]陈晓丹,黄晓洁,周锋.手术室患者发生医院感染的病原菌特点,高危因素及护理预防措施[J].中国卫生检验杂志,2019,29(19):130-132+136.