

手术室切口感染的危险因素分析及护理对策

谢国丽, 燕乐

(广东省惠州市中心人民医院手术室, 广东 惠州 516001 E-mail: xieguoli@126.com)

摘要: **目的** 分析手术室切口感染的相关危险因素, 并提出护理对策。 **方法** 将惠州市中心人民医院 2012 年 1 月~2013 年 12 月发生手术室切口感染的 104 台手术作为感染组, 抽取 140 台未发生手术室切口感染的手术作为对照组, 比较手术者年龄、性别、手术部位、体重指数、是否机械通气、手术参观人数、手术室级别、围手术期抗菌药物使用情况、有无层流洁净系统、手术创面及手术时间情况。 **结果** 单因素分析表明感染组患者在年龄、体重指数、手术参观人数、有无层流洁净系统及手术时间与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 多元 logistic 分析表明体重指数 ($RR = 1.562, 95\% CI : 1.024-2.983$)、手术参观人数 ($RR = 1.985, 95\% CI : 1.305-3.480$)、层流洁净系统 ($RR = 1.608, 95\% CI : 1.243-3.108$) 及手术时间 ($RR = 2.408, 95\% CI : 1.679-5.804$) 是影响手术切口感染的危险性因素。 **结论** 影响我院手术室切口感染的危险因素有体重指数、手术参观人数、层流洁净系统及手术时间, 护理人员可通过控制手术参观人数, 尽可能采用层流洁净系统, 协助医师控制手术时间及提升患者免疫力来降低医院切口感染率。

关键词: 手术室; 切口感染; 危险因素; 护理

中图分类号: R473 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2015)02-0344-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.02.076

手术切口感染是医院常见的感染, 手术切口感染将延缓切口愈合的时间, 引发手术切口开裂, 增加手术患者的住院时间, 加重患者的经济负担^[1], 另外手术切口感染还将引发许多的近期及远期并发症, 给患者带来较大的身心负担^[2]。因而对手术切口感染进行有效控制, 是确保手术患者顺利康复的关键。本文回顾性调查了我院引发手术切口感染的相关危险性因素, 并针对性的提出了护理对策, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性调查我院于 2012 年 1 月~2013 年 12 月进行的 2 460 台手术, 其中共 104 台手术引发手术室切口感染, 将 104 台手术作为感染组, 同时抽取 140 台未发生手术室切口感染的手术作为对照组, 进行对照研究。感染组患者中男 69 例, 女 35 例, 年龄 22~76 岁, 平均年龄(51.7±12.2)岁; 对照组患者中男 82 例, 女 58 例, 年龄 19~72 岁, 平均年龄(50.9±11.8)岁, 见表 1。

1.2 方法 收集 244 台手术情况, 如手术者年龄、性别、手术部位、体重指数、是否机械通气、手术参观人数、手术室级别、围手术期抗菌药物使用情况、有无层流洁净系统、手术创面及手术时间。

1.3 统计学方法 数据处理采用 SPSS 17.0 统计学软件, 单因素分析采用 χ^2 检验, 相关危险性因素采用多元回归性 Logistic 分析, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 影响手术室切口感染的危险因素单因素分析 感染组患者在年龄、体重指数、手术参观人数、有无层流洁净系统及手术时间与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 手术切口的危险因素多元 Logistic 分析 多元 Logistic 分析表明, 体重指数、手术参观人数、层流洁净系统及手术时间是影响手术切口感染的危险性因素, 见表 2。

表 1 影响两组手术患者的相关危险因素分析

相关因素	感染组 (n=104)	对照组 (n=140)	χ^2	P
年龄			12.084	0.001
≥50 岁	65(62.50)	56(40.00)		
<50 岁	39(37.50)	84(60.00)		
手术部位			0.546	0.990
肝胆	28	35		
胃肠	26	33		
心肺	17	24		
妇科恶性肿瘤	23	31		
四肢	8	13		
其它	2	4		
性别			1.529	0.216
男	69(66.35)	82(58.57)		
女	35(33.65)	58(41.43)		
体重指数			19.296	<0.01
≥30 kg/m ²	62(59.62)	44(31.43)		
<30 kg/m ²	42(40.39)	96(68.57)		
机械通气			0.007	0.935
是	57(54.81)	76(54.29)		
否	47(45.19)	64(45.71)		
手术参观人数			29.525	<0.01
≥2	78(75.00)	56(40.00)		
<2	26(25.00)	84(60.00)		
手术室级别			0.121	0.728
普通无菌	43(41.35)	61(43.57)		
严格无菌	61(58.65)	79(56.43)		
围手术期抗菌药物使用			2.888	0.089
有	84(80.77)	124(88.57)		
无	20(19.23)	16(11.43)		
层流洁净系统			5.509	0.019
有	56(53.85)	96(68.57)		
无	48(46.15)	44(31.43)		
手术创面			0.395	0.530
急性	54(51.92)	67(47.86)		
慢性	50(48.08)	73(52.14)		
手术时间			12.736	<0.01
≥3 h	70(67.31)	62(44.29)		
<3 h	34(32.69)	78(55.71)		

表 2 影响手术切口感染危险因素的多元 Logistic 分析

变量	β	χ^2	<i>P</i>	RR	95% CI
体重指数	1.148	4.690	0.012	1.562	1.024~2.983
手术参观人数	1.640	5.128	0.001	1.985	1.305~3.480
层流洁净系统	0.840	3.609	0.031	1.608	1.243~3.108
手术时间	2.107	9.681	<0.001	2.408	1.679~5.804

3 讨论

本研究显示,对影响手术切口感染的相关危险因素进行分析后发现,体重指数、手术参观、层流洁净系统、手术时间是危险性因素, $P < 0.05$ 。①体重指数:体重指数越高,患者脂肪组织的血流量及血容量相对较低,导致供血少的器官组织感染率明显增加,另外由于脂肪组织的相对较厚,患者手术时间相对延长,而长时间的手术将增加手术感染的概率;②手术参观:手术室参观人员越多,流动量大将显著增加空气中的细菌数量及种类,增加手术切口感染;③层流洁净系统:层流手术室与非层流手术室相比较,可明显降低手术室内的细菌浓度^[4-5],因而一定程度上降低了手术切口接触细菌的数量,降低了细菌感染率;④手术时间:手术时间的延长将导致手术创面的细菌数量明显增加,加之手术时手术部位若受到长时间的牵拉,损伤组织暴露于空气中,容易引发感染,另外出血及麻醉时间延长可降低患者术后的抵抗力^[6-7],增加手术感染率。

针对上述引发手术室切口感染的相关危险因素,笔者提出相关的护理对策如下:①体重指数:对于体重指数过高的患者,在短时间内无法实现下降的目的,可通过调整患者身体状况、营养状况,提升机体免疫力来实现减少感染的目的;②手术参观人数:术前严格控制

手术参观人数,对提出手术参观要求的患者家属说明手术参观与切口感染的关系,在条件许可范围内,护理人员可拒绝参观要求,即使参观亦执行严格的无菌化原则,如更衣、戴口罩等;③层流洁净系统:在院内条件许可的情况下尽可能采用层流手术室进行手术,即使采用非层流手术室,亦须在常规消毒的基础上再次消毒 30 min 以上;④严格控制手术时间:术前对伴有严重基础疾病、腹部手术史的患者进行术前评估,制定完善的手术计划,术中护理人员做好手术协助工作,协助手术医师顺利地完手术,并尽可能缩短手术时间,对于手术皮肤破损,身体抵抗力差、已经感染的患者,建议医师延期进行手术。

参考文献:

- [1] 农跃. 腹部手术切口感染的原因探讨[J]. 当代医学, 2013, 19(6):96-97.
- [2] 曾莹, 马晓玲. 手术室预防医院感染的护理措施[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(8):1667-1668.
- [3] 袁力. 手术切口感染患者病原菌分布及耐药性调查研究[J]. 河北医学, 2014, 20(2):231-234.
- [4] 高新云, 罗晓明, 施安娜, 等. 手术切口感染病原菌分析及管理策略[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(6):496.
- [5] 王伟红. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(9):786.
- [6] 金涛林, 胡宏东. 右美托咪定对硬膜外麻醉下宫颈癌根治术患者免疫功能的影响[J]. 当代医学, 2013, 19(16):137-139.
- [7] 刘瑜. 普外科手术切口感染危险因素分析及预防策略[J]. 西部医学, 2012, 24(7):1343-1344.

收稿日期:2014-08-27

早产儿喂养不耐受的临床观察与护理

韦艳珍

(广西百色市妇幼保健院内儿科, 广西 百色 533000 E-mail: wyzyan77@sina.com)

关键词: 喂养不耐受; 婴儿, 早产; 护理

中图分类号: R473.72

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2015)02-0345-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.02.077

喂养不耐受(Feeding Intolerance, FI)是指早产儿由于胃肠道功能发育不成熟,开奶后容易出现胃潴留、呕吐、腹胀、排便不畅等现象^[1]。喂养不耐受影响早产儿机体内环境的稳定及生长发育,肠道喂养的进展缓慢通常导致肠外营养的延迟,长期胃肠外营养可造成肠黏膜萎缩、乳糖缺乏、代谢紊乱等一些系列不良情况,削弱胃肠功能和结构的完整性,而这将使早产儿易患上新生儿坏死性小肠结肠炎、胆汁淤积症、血源感染及肝功能障碍,使其存活率下降^[2]。2010年1月~2014年5月我院内儿科收治早产儿中出现不同程度的喂养不耐受 27 例,现将护理体会总结报告如下。

1 资料与方法

本组病例 27 例,其中男 18 例,女 9 例,胎龄(31.5 ± 0.9)周,出生体重(1.5087 ± 0.296) kg,头围(29.5 ± 1.5) cm,身长(41.7 ± 2.5) cm,分娩方式:顺产 21 例,剖宫产 6 例;Apgar 评分:1 min(7.0 ± 2.0)分,5 min(8.3 ± 0.9)分。所有患儿在排除有先天性消化道畸形或遗传代谢性疾病后均符合以下喂养不耐受判断标准^[3]:①频繁呕吐,每天 > 3 次;腹胀(24 h 腹围增加 > 1.5 cm,伴有肠型)。②胃残余超过上次喂养量的 1/3 或 24 h 胃残余量超过喂养总量的 1/4 或持续喂养时超过 1 h 的量。③胃残余被胆汁污染。④胃内咖啡