手术室感染控制护理对手术患者切口感染发生率的影响

郭俊英

太原钢铁（集团）有限公司总医院麻醉科 山西 太原 030008

【摘　要】：目的：探讨手术室感染控制护理对手术患者切口感染发生概率的影响，为手术患者护理提供更多的参考。方法：选我院 2023 年 1 月~2025 年 1 月进行外科手术的患者，纳入 100 例，随机分两组，对照组常规手术室护理，观察组开展手术室感染控制护理，分析两组切口感染概率、切口愈合情况、康复及满意度。结果：观察组患者出现切口感染的概率低于对照组（P＜0.05），观察组和对照组患者甲级愈合、乙级愈合、丙级愈合均有差异（P＜0.05），观察组患者术后住院时间较短，且护理满意度更高（P＜0.05）。结论：手术患者应用手术室感染控制护理，在一定程度上可降低患者术后切口感染概率，促进患者伤口愈合，缩短住院时间，可提升患者满意度，值得在临床医学上推广应用。

【关键词】：手术室护理；感染控制；手术切口感染；愈合效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.023

外科手术是临床治疗各种器质性病变、创伤性疾病的重要手段，手术切口感染是外科术后最常见的医院感染，是手术部位感染主要组成之一，导致患者切口红肿、渗液、疼痛加剧等风险明显增加，延长患者切口愈合的时间，最为严重的导致患者出现皮下脓肿、深部组织感染等并发症。据有关资料显示，在没有进行规范化感染防控措施的手术室内，患者术后切口感染发生率为 10%~20%，是影响外科手术预后和医疗质量的重要危险因素，同时也是阻碍患者康复的重要因素之一[1]。手术室是属于医院感染高风险区，手术过程中涉及环境、器械等环节，均有可能导致患者出现切口感染的情况。常规手术室护理以手术配合、基本护理为主，对患者感染防控措施比较零散，且缺乏系统性，存在无菌操作不规范、环境消毒不彻底、器械灭菌管控不严等问题，无法满足现代外科手术感染防控精细化要求[2]。感染控制护理模式开始应用到手术室护理管理当中，通过对术前、术中、术后全流程进行感染防控干预，减少各种感染危险因素，减少切口感染发生的可能性。本文探讨手术室感染控制护理对手术患者切口感染发生概率的影响，为手术患者护理提供更多的参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选我院 2023 年 1 月~2025 年 1 月进行外科手术的患者，纳入 100 例，随机分两组，资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

纳入标准：（1）患者符合外科手术的相应指征，且手术时间 30min~3h；（2）患者的资料完整，可配合完成相应的护理和随访。

排除标准：（1）排除术前存在全身感染或者是皮肤感染等患者；（2）排除二次手术以及急诊手术患者。

表 1 患者资料（$\bar{x}\pm s$）

组别		对照组	观察组	t 值/x^2值	P 值
n		50	50		
平均年龄(岁)		46.8±7.6	47.1±7.3	0.201	0.840
男女比例(n)		26:24	25:25	0.040	0.841
切口类型(n)	I类切口	31	30		
	II 类切口	19	20	0.042	0.837

1.2 方法

对照组应用手术室常规护理措施：在术前，护理人员常规核对患者信息及手术器械，进行手术室基础清洁、常规消毒，告知患者手术注意事项。在术中严格遵循基础无菌操作要求，配合医生完成手术操作，观察患者生命体征变化情况等，术后清理手术创面，包扎切口，整理手术器械、手术室环境，告知患者术后切口护理、饮食、活动注意事项，落实基础术后随访。

观察组开展手术室感染控制护理：

（1）术前 1h 进行手术室彻底清洁和消毒工作，用空气消毒机持续消毒 60min，保证手术室内空气菌落数≤200cfu/m3，同时对手术台面、地面、墙面等物体表面，采取含氯消毒剂擦拭消毒，物体表面菌落数≤5cfu/cm2。严格划分手术室无菌区、污染区等区域。所有手术器械、敷料、耗材按照灭菌流程灭菌，采用高压蒸汽灭菌法灭菌，在灭菌完成后，检查包装是否完整有效，有无过期现象，分类放置无菌储物区内。核对一次性耗材核生产批号、有效期。术前组织手术室医护人员严格执行手卫生规范，戴好无菌口罩、帽子、手术衣。术前了解患者病情，监测体温、血常规，排查潜在感染风险，患者如果存在较高风险情况，提前做好预防性抗感染干预措施。术前向患者讲解皮肤准备要点，指导患者清洁手术区域皮肤。

（2）术中坚持严格无菌操作，医护人员在术中手及器械

接触到污染物品后，应该立刻更换无菌器械，重新进行消毒。手术过程中开启空气净化设备，在手术室保持恒温恒湿，及时清理术中血迹、污物、废弃敷料等。护理人员配合医生精准操作，缩短手术切口暴露时间，减少对机体组织损伤。术中器械传递规范，术中引流管、留置管路严格无菌置入、固定，做好患者体温保温护理。

（3）在手术结束时，使用无菌生理盐水对切口彻底冲洗，清除残留淤血、坏死组织，正确缝合、包扎切口，保证包扎严密、松紧适中。严格执行切口换药无菌操作要求，根据切口渗出情况，定期更换敷料，观察患者切口颜色、渗液等情况，及时发现早期感染征兆。手术结束后，立刻对手术室进行终末消毒处理，空气持续消毒的时间＞2h，做好消毒记录并存档。术后分类回收手术器械，按照清洗、消毒、灭菌、核查闭环流程执行。告知患者术后切口防护要点，避免沾水、受压、牵拉，指导合理饮食、规律作息，提高机体抵抗力，随访患者切口恢复情况，对于有轻微红肿、渗液的患者，及时干预，防止感染加重。

1.3 观察指标

（1）切口感染发生率：患者在术后 30d 内出现手术切口有红肿、发热、疼痛等情况，分泌物细菌培养结果为阳性，判定为切口感染，记录两组患者切口感染的情况。

（2）切口愈合等级：术后 1 周观察患者切口愈合情况，甲级愈合：患者的切口没有出现红肿、渗液等情况，伤口愈合较好。乙级愈合：患者切口有轻微红肿、少量渗液，没有发生化脓，经过相应的干预后，伤口可愈合。丙级愈合：患者的伤口出现切口化脓、裂开，同时并伴有明显的感染的情况，需要进行清创、抗感染治疗。分析两组患者伤口愈合的情况。

（3）满意度以及康复指标：两组患者采用我院自行设计护理满意度量表，评估其护理满意度情况，最高分 100 分，≥90 分为非常满意、70~89 分为满意、小于 70 分为不满意，记录两组患者术后住院的时间。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 处理数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验；计数资料以例数（n）和率（%）表示，组间比较采用 x^2检验。P＜0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 切口感染发生率

观察组患者出现切口感染的概率低于对照组（P＜0.05），见表 2。

表 2 切口感染发生率（n，%）

组别	对照组	观察组	X^2 值	P 值
n	50	50		
感染例数	10	2		
感染发生概率	20.00%	4.00%	6.060	0.013

2.2 切口愈合等级情况

观察组和对照组患者甲级愈合、乙级愈合、丙级愈合均有差异（P＜0.05），体见表 3。

表 3 切口愈合等级情况（n，%）

组别	对照组	观察组	X^2 值	P 值
n	50	50		
甲级愈合	35(70.00%)	48(96.00%)	11.977	<0.001
乙级愈合	9(18.00%)	2(4.00%)	5.005	0.025
丙级愈合	6(12.00%)	0(0)	4.432	0.035

2.3 满意度以及康复指标

观察组患者术后住院时间较短，且护理满意度更高（P＜0.05），见表 4。

表 4 满意度以及康复指标（$\bar{x}\pm s$）

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
n	50	50		
术后住院时间(d)	8.6±1.5	6.1±1.2	9.035	<0.001
护理总满意度(%)	84.00%	98.00%	5.982	0.014

3 讨论

手术切口感染是外科术后最常见的医院感染之一，和手术室环境、无菌操作、器械灭菌等有较为密切的关系，直接影响手术预后与医疗安全[3]。手术室是进行手术治疗的主要场所，是感染防控重要场所，在常规护理中，缺少系统化、精细化感染防控思维，重点围绕基本护理操作进行，感染高危因素把控不严格，并不能很好的避免切口感染发生，因此，建立全程、规范、精细化手术室感染控制护理体系，对降低患者术后切口感染率、提高外科护理质量具有重要的价值[4]。

本文数据表明，观察组患者出现切口感染的概率低于对照组（P＜0.05），观察组和对照组患者甲级愈合、乙级愈合、丙级愈合均有差异（P＜0.05），观察组患者术后住院时间较短，且护理满意度更高（P＜0.05）。在切口感染方面，手术室感染控制护理模式下，术前提早进行手术室空气、物体表面标准消毒，同时严格落实器械敷料灭菌质控，减少环境中、器械致病菌，在一定程度上可降低患者切口感染的概率[5]。同时，术前对患者基线感染风险评估，进行患者皮肤清洁，降低患者自身

皮肤菌群污染切口可能性。术中保持手术室洁净环境，严格遵循无菌操作，及时更换被污染的器械，尽量缩短患者切口暴露的时间，减少细菌沉降定植，在一定程度上减少感染的因素。在患者术后用无菌生理盐水冲洗切口，规范敷料更换，终末消毒，观察患者切口早期异常征象，识别患者感染的隐患，及时的进行相应的干预。通过措施，可以减少患者外源性与内源性的致病菌接触到手术创面的机会，抑制细菌增殖，降低患者切口感染发生风险[5-6]。在切口愈合等级方面，手术室感染控制护理模式下，护理人员术前对手术环境进行消杀处理，严格控制无菌耗材质量，术中做好恒温保温工作，在操作过程中尽量减少组织额外损伤，及时清理术中污物，降低患者局部炎症介质的释放程度，避免组织水肿、坏死加重；手术完成后，冲洗切口，去除淤血及坏死组织，进行合理包扎，保持切口局部合适温度和湿度，保证患者局部血运畅通；术后落实无菌换药，观察患者的切口情况，尽早处置红肿渗液等异常，避免因感染而造成的组织坏死或者切口裂开等情况[7]。创面炎症水平下降，成纤维细胞增殖、上皮组织生长不会受到干扰，减少了乙级、丙级愈合发生率，提高患者甲级愈合占比。在康复及满意度方面，手术室感染控制护理模式下，感染管控在一定程度上可降低患者切口感染、愈合不良等并发症发生率，减少因为并发症而产生的额外治疗和换药处置，减轻患者的局部疼痛不适感，有利于患者早日下床进行活动，促进机体机能的恢复，缩短患者术后住院时间[8]。护理人员在患者术前开展宣教，讲解相关的知识，术中为患者做好体温保护，术后继续随访切口恢复情况，及时回答患者关于护理疑惑，落实切口防护以及饮食作息指导等工作，患者对护理专业性与安全性认可度高，提高患者的护理满意度[9-10]。

局限性：研究为单中心、小样本，结论的外推有限。研究只包括了I、II类切口,没有涵盖污染/感染切口，适用范围受到一定限制，未监测术前预防性抗生素使用、血糖控制等混杂因素。改进开展多中心大样本实验，纳入包括不同切口并分层分析，控制糖尿病、免疫状况等混杂，延长随访时间，记录失访。

综上，手术患者应用手术室感染控制护理，在一定程度上可降低患者术后切口感染概率，促进患者伤口愈合，缩短住院时间，提升患者满意度，值得在临床医学上推广应用。

参考文献：

[1] 鲁媚,卢赛芳,陈卓,等.手术室综合护理干预预防骨科无菌手术切口感染的效果分析[J].浙江医学,2024,46(7):756-758766.

[2] 施小红,陈雪铃,苏增标,等.预见性手术室护理对骨科手术切口感染发生率的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(1):146-147.

[3] 冯智华,陈建秋.手术室优质护理对骨科切口感染的影响[J].中国城乡企业卫生,2024,39(2):145-147.

[4] 罗敏,郭丽霞.手术室细节护理管理在医院感染控制中的应用效果[J].中国医药指南,2024,22(14):68-71.

[5] 李威,张艳.手术室精细化护理对心脏手术患者切口感染及护理满意度的效果分析[J].黑龙江科学,2024,15(4):131-133.

[6] 蒋青晞.骨科无菌手术切口感染的影响因素及集束化护理干预对感染的控制效果分析[J].当代医药论丛,2025,23(3):9-12.

[7] 陈丽红,王丽月,陈桢真.手术室护理干预在合并糖尿病患者术后切口感染预防中的作用[J].糖尿病新世界,2025,28(13):128-131.

[8] 段红霞,王秀梅,马莉芳,等.手术室手术部位感染相关质量控制与评价指标体系的构建[J].护理研究,2025,39(17):2974-2981.

[9] 竺宝迪.手术室优质护理在医院感染控制中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2025,40(4):204-206.

[10] 赵娜.医院感染控制中手术室细节护理管理的应用效果及护理质量评分研究[J].妇女,2025,(15):247-249.