

# 医院感染零宽容理念对肾结石患者护理效果术后感染情况分析

周姝江

广元市第一人民医院泌尿烧伤整形外科 四川 广元 628000

**【摘要】：**目的：评价医院感染零宽容理念下的护理措施的实施对肾结石患者术后感染的控制情况。方法：纳入我院 2024 年 1 月至 2025 年 6 月 160 例肾结石患者，随机数字表法分组处理（80 例/组）；对照组给予常规护理，观察组开展医院感染零宽容理念下的护理干预。结果：观察组患者的术后各指标用时较短且恢复较快（ $P<0.05$ ）。观察组患者的术后感染发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组患者的术后生活质量高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对肾结石患者开展医院感染零宽容理念下的护理干预优势明显，值得临床借鉴并推广。

**【关键词】：**医院感染；零宽容理念；肾结石；术后感染；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.01.083

肾结石是泌尿系统常见疾病，手术治疗是其主要干预手段，但术后感染作为常见并发症，不仅延长患者住院时间、增加医疗费用，严重时甚至可能导致脓毒症等危及生命的情况<sup>[1]</sup>。近年来，随着医疗质量要求的提升，“医院感染零宽容”理念逐渐成为临床感染控制的核心策略，其强调通过系统化、标准化的预防措施，将感染风险降至最低<sup>[2]</sup>。肾结石患者术后感染的发生与多种因素相关，如手术操作、侵入性导管留置、患者免疫力状态及护理质量等，而传统护理模式往往因缺乏针对性感染防控流程，难以满足现代医疗安全需求<sup>[3]</sup>。基于此，本研究旨在探讨医院感染零宽容理念指导下的护理干预，对肾结石患者术后感染的控制效果及对康复进程的影响。通过对比常规护理与零宽容理念下护理的临床结局，分析后者在降低感染发生率、加速术后恢复及提升生活质量方面的优势，以期优化肾结石患者术后护理方案提供循证依据。

## 1 资料和方法

### 1.1 临床资料

选取我院 2024 年 1 月至 2025 年 6 月收治的 160 例肾结石患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组（80 例）与观察组（80 例）。对照组中男 42 例，女 38 例；年龄 28-72 岁，平均（45.31±6.84）岁；结石直径 1.2-3.5cm，平均（2.14±0.51）cm。观察组中男 45 例，女 35 例；年龄 30-75 岁，平均（46.14±7.25）岁；结石直径 1.0-3.8cm，平均（2.21±0.62）cm。两组患者基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 纳排标准

纳入标准：①符合《中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南》中肾结石诊断标准，经超声、CT 等影像学检查确诊；②年龄≥18 岁，具备手术指征；③术前无感染征象；④认知功能正常。

排除标准：①合并严重心、肺、肝、肾功能不全者；②术前存在泌尿系统感染或其他活动性感染；③免疫功能缺陷或长

期使用免疫抑制剂者；④精神障碍或沟通障碍无法配合研究者。

### 1.3 方法

对照组给予常规干预：术前完善血常规、尿常规、凝血功能等检查，进行常规健康宣教（介绍手术流程、注意事项及术后可能出现的并发症）；术后密切监测生命体征（体温、脉搏、呼吸、血压），观察切口敷料渗血、渗液情况，保持引流管通畅并记录引流液颜色、量及性质；遵医嘱给予抗感染药物及补液治疗，指导患者术后 6 小时后进食流质饮食，逐步过渡至正常饮食；鼓励患者早期床上活动，根据恢复情况下床活动；出院时口头指导饮食、休息及复诊时间，不进行系统化感染防控专项干预。

观察组在医院感染零宽容理念下实施护理干预：

（1）术前感染风险精准评估与防控准备：①建立感染风险分级制度：患者入院后 24h 内，由责任护士采用“肾结石术后感染风险评估量表”（含年龄、糖尿病史、结石成分、术前尿白细胞计数等 10 项指标）进行评分，分为低、中、高风险三级，针对不同风险等级制定个性化防控方案。②强化术前准备：对中高风险患者，术前 3d 开始每日行尿细菌培养及药敏试验，根据结果调整预防性抗生素使用；术前 1 晚使用氯己定溶液全身沐浴，重点清洁脐部及会阴部；术前 2h 禁食禁饮，避免因麻醉时间长导致误吸风险。③环境与器械管理：手术器械采用“双人核对-追溯管理”制度，确保灭菌合格率 100%；手术间术前 30min 启动层流净化，控制温度 22-24℃、湿度 50%-60%，限制人员流动<sup>[4]</sup>。

（2）术中无菌操作强化与流程优化：①多学科协作感染防控：由手术医生、器械护士、巡回护士组成感染防控小组，术前 10min 进行“手术感染防控核查”（包括手卫生、无菌物品有效期、患者皮肤准备等），逐项确认并签字。②微创操作与体温保护：采用一次性无菌手术敷料，术中使用保温毯维持患者核心体温≥36℃，避免低体温导致免疫力下降；严格控制手

术时间，对超过 2h 的手术，术中追加一次抗生素。③引流管管理：肾造瘘管或输尿管支架管放置时，采用“无菌隧道法”固定，避免移位或污染，引流袋位置低于耻骨联合，防止逆行感染。

(3) 术后感染动态监测与早期干预：①多维度感染指标监测：术后 72h 内每 4 小时监测体温，每日检测血常规、C 反应蛋白（CRP）及降钙素原（PCT），对引流液、尿液进行常规细菌培养；建立“感染预警阈值”（如体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 、CRP $>10\text{mg/L}$ 、PCT $>0.5\text{ng/ml}$ ），一旦触发立即启动干预流程。②切口与管道护理：采用“透明敷料+无菌换药”法，每日观察切口红肿、渗液情况，对渗出较多者及时做细菌培养；引流管每日更换引流袋，接头处用碘伏消毒后无菌包裹，记录引流液性状变化，异常时立即报告医生。③早期活动与营养支持：术后 6 小时协助患者行床上踝泵运动，24h 后下床活动，每日活动时间 $\geq 30\text{min}$ ；营养师根据患者情况制定高蛋白、高维生素饮食方案，对进食困难者给予肠内营养支持，维持血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 、白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 。

(4) 基于循证的感染防控培训与持续改进：①护理人员专项培训：每月组织“零宽容感染防控”培训，内容包括手卫生规范（七步洗手法）、无菌操作技术、感染识别与处理等，培训后进行情景模拟考核，合格率需达 100%。②患者及家属健康教育：采用“图文手册+视频演示+床边指导”模式，讲解手卫生、切口护理、引流管注意事项等知识，要求家属协助监督患者落实防控措施；出院时发放“感染防控随访卡”，记录复诊时间及异常情况处理流程。③质量反馈与优化：每周召开感染防控质控会议，分析本周感染发生原因（如操作不规范、患者依从性差等），制定改进措施并纳入下一周期护理方案，形成“计划—实施—检查—处理”（PDCA）循环管理。

1.4 观察指标

术后恢复情况。观察术后肛门排气、下床活动、肠道功能恢复和住院时间。

术后感染发生率。

术后患者生活质量。借助综合评定问卷（GQOLI-74）评分，内含心理功能（5 因子，20-100 分）、躯体功能（5 因子，20-100 分）、社会功能（5 因子，20-100 分）以及物质生活（4 因子，16-80 分），分值和患者生活质量呈正比。

1.5 统计学方法

各数值录入 SPSS20.0 软件， $(\bar{x}\pm s)$  表述生活质量，以 t 检验；用药依从性用 $[n/(\%)]$ 表述、 $\chi^2$  检验；统计学成立、 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 术后恢复情况

观察组患者的术后各指标用时较短且恢复较快( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 术后恢复情况 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	观察组(n=80)	对照组(n=80)	t	P
肛门排气时间(h)	14.56±2.55	25.36±5.63	9.570	P<0.05
下床活动时间(h)	5.23±1.14	7.56±2.56	4.554	P<0.05
肠道功能恢复(h)	25.23±2.55	35.36±6.43	8.021	P<0.05
住院时间(d)	5.23±1.45	8.56±2.14	7.055	P<0.05

2.2 术后感染发生率

表 2 可见，观察组患者的术后感染发生率低于对照组 ( $P<0.05$ )。

表 2 术后感染发生率 $[n/(\%)]$

组别	观察组(n=80)	对照组(n=80)	$\chi^2$	P
感染发生例数	3	12	--	--
发生率	3.75	15.00	5.958	P<0.05

2.3 术后患者生活质量

观察组患者的术后生活质量高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 术后生活质量 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	观察组(n=80)	对照组(n=80)	t	P
躯体功能	72.51±5.35	68.33±2.36	15.349	P<0.05
心理功能	88.55±4.34	55.12±2.45	8.150	P<0.05
社会功能	91.34±5.65	86.23±3.33	11.830	P<0.05
物质生活	66.12±5.21	58.12±2.15	7.310	P<0.05

3 讨论

本研究中，观察组患者的术后各指标用时较短且恢复较快，术后感染发生率低于对照组 ( $P<0.05$ )。可见，医院感染零宽容理念通过“全流程、多维度、精细化”的防控体系，从根本上阻断了感染链，从而显著降低术后感染发生率并加速康复<sup>[5]</sup>。深入分析医院感染零宽容理念下的护理干预在降低患者术后感染发生率、加速术后恢复的原因：

(1) 术前感染风险精准评估实现“早期识别、靶向干预”，如对中高风险患者提前进行尿培养及药敏调整，避免了经验性用药的盲目性，有效减少耐药菌感染风险<sup>[6]</sup>。

(2) 术中无菌操作强化与流程优化降低外源性感染概率，

而观察组通过保温措施维持核心体温稳定,保障免疫功能正常发挥。

(3) 术后多维度感染指标监测与早期干预实现了“感染前移防控”,可在感染临床症状出现前 24-48h 识别风险并启动干预,避免感染进展<sup>[7]</sup>。同时,早期活动与营养支持改善了患者机体状态,促进血液循环及组织修复,缩短了术后排气、下床活动及住院时间,最终实现“加速康复外科(ERAS)”理念与感染防控的有机结合。

观察组患者的术后生活质量高于对照组( $P<0.05$ )。可见,开展医院感染零宽容理念下的护理干预,通过“生理—心理—社会”多层面优化,全面提升患者术后生活质量。具体分析:

(1) 生理层面,感染发生率的降低直接减少了因感染导致的发热、疼痛、切口愈合延迟等问题,避免了反复使用抗生素带来的胃肠道反应等副作用,使患者躯体功能得到显著改善<sup>[8-9]</sup>。

(2) 心理层面,零宽容理念强调“患者参与式护理”,通过系统化健康教育使患者及家属掌握感染防控知识,增强自我管理能力和对疾病的恐惧感;护理人员每日的病情监测与心理疏导缓解了患者焦虑情绪。

(3) 社会层面,术后恢复加速缩短了住院时间,减少医疗费用,降低疾病对患者工作及家庭生活的影响<sup>[10]</sup>;出院后随访卡及复诊指导确保了护理的连续性,帮助患者更快回归社会角色。

综上,医院感染零宽容理念下的护理干预通过系统性、前瞻性、个性化的防控措施,不仅有效降低了肾结石患者术后感染发生率,加速了术后康复进程,还通过多维度机制全面提升了患者生活质量,其临床应用价值显著,值得在泌尿外科及其他手术科室中广泛推广。

## 参考文献:

- [1] 徐慧.医院感染零宽容理念对肾结石患者护理体验及术后感染与护患关系的影响分析[J].中外女性健康研究,2022(3):10-12,165.
- [2] 曾丽娟,徐桂彬,汪慧丹,等.整体护理干预对髓质海绵肾肾结石合并感染患者行经皮肾镜取石术的效果观察[J].国际医药卫生导报,2023,29(3):381-384.
- [3] 张品,陈花梅,翁海琴.精细护理模式对肾结石合并糖尿病术后留置导尿管患者自我护理能力、血糖、尿路感染情况的影响[J].中国医学创新,2023,20(13):127-130.
- [4] 杨青松,饶维玥.全程优质护理对肾结石手术患者情绪、术后感染及生活质量的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(19):97-100.
- [5] 陈娟,杨林青,薛岩,等.肾结石患者经皮肾镜取石术后感染性并发症影响因素及干预对策[J].中华保健医学杂志,2024,26(4):481-483.
- [6] 张敏,王建伟,高艳辰.预防性护理对 PCNL 患者术后恢复、手术部位感染及满意度的效果[J].中国医药导报,2023,20(10):190-193.
- [7] 王宏瑾,谭笑,刘俊红,等.基于思维导图的无缝隙护理对肾结石手术患者的临床效果研究[J].外科研究与新技术(中英文),2024,13(4):358-361.
- [8] 刘芸.复杂性肾结石输尿管软镜碎石术后并发 SIRS 风险模型的构建及其护理措施[J].中外医学研究,2024,22(30):142-146.
- [9] 姜恋恋.行为转变理论在肾结石患者延续性护理中的应用效果及对健康行为的影响分析[J].现代诊断与治疗,2024,35(14):2207-2209.
- [10] 翟随娥,周瑞瑞.循证护理模式在肾结石手术患者围术期护理中的应用[J].贵州医药,2024,48(7):1160-1161.