

• 护理学 •

腹部切口感染的原因分析及护理对策

赵慧颖 吕晓颖
(哈尔滨医科大学第一临床医学院 150001)

摘要 目的: 探讨腹部术后切口感染的原因及护理对策。方法: 回顾性分析 2004~ 2005 年腹部术后切口感染 47 例病历的感染情况, 并采取了一系列的护理对策。**结果:** 腹部术后切口感染与病人全身健康状况、手术环境、医务人员素质及应用抗生素等方面有着重要关系。**结论:** 在临床护理工作中, 可以通过合理应用抗生素、严密观察病情、注意切口护理、充分做好肠道准备、加强病人的营养支持, 从而降低腹部术后切口的感染。
关键词: 腹部切口感染; 原因分析; 护理对策
中图分类号: R473. 6 **文献标识码:** D

由于无菌操作、手术技术及预防感染等措施不断改进和完善, 多数腹部术后都可顺利康复, 但切口感染仍是术后常见并发症之一, 其占医院感染的 10% ~ 19%, 一旦发生, 既影响手术疗效, 又给病人增加了经济负担。通过对我科 2004~ 2005 年腹部术后切口感染相关因素分析, 并积极从护理方面采取一系列的预防措施, 取得了一定的效果, 现将体会介绍如下。

1 资料与方法

- 1.1 资料来源
以回顾性调查方法收集 2004~ 2005 年我科收治的腹部手术病人 988 例。其中, 上腹部手术 306 例, 中下腹手术 682 例。
- 1.2 诊断标准
按全国医院感染监控中心诊断标准, 手术切口感染包括: 表浅切口感染、深部切口感染及腔隙感染。
- 1.3 方法
采用综合护理措施, 并于术前 1 小时常规静脉滴注抗生素, 及纠正贫血、蛋白质缺乏和电解质失调, 术中用庆大霉素与甲硝唑低浓度混合液冲洗腹腔切口。
- 1.4 结果

本组病人 988 例, 其发生切口感染 47 例, 占 4. 8%, 切口感染情况见表 1。同时, 对 52 例全麻手术病人全身健康状况评级与感染关系进行分析统计, 见表 2。

表 1 手术切口感染情况
Table 1 Infection of surgical Tncision

疾病	例数	感染例数	感染率(%)
胆道手术	296	15	5. 1
肠道手术	192	11	5. 7
胃手术	260	9	3. 5
阑尾手术	186	10	5. 4
腹部外伤	54	2	3. 7

表 2 523 例全麻手术病人全身健康状况评级* 与感染关系
Table 2 523patients in general anesthesia The relationship between the estimate of the patients health Comolition and Tnfetion

全身健康状况级	例数	手术切口感染例数	感染率(%)
I 类(1、2 级)	206	8	3. 9
II 类(3、4、5 级)	317	24	7. 9

* 病人全身健康状况评级根据美国麻醉学会分级标准^[1]:
I 类: 基本健康(1 级) 或轻度器官系统疾病(2 级)
II 类: 有严重器官系统疾病(3 级) 或伴有生命功能衰竭(4 级) 或濒危病人(5 级)

2 原因分析

- 引起术后切口感染的最低条件是有细菌的来源、有传播的载体, 以及细菌经切口进入人体的途径, 切口部位是否感染, 则往往与进入切口的细菌数量、细菌的致病力和病人的抵抗力有关。因此, 感染的菌涛主要来自三个方面: 病人自身、手术室的环境及敷料、参与手术人员带菌(尤其是手) 等。
- 2.1 病人全身健康状况
病人的年龄、体重、是否有手术外的其它感染等均是术后切口危险因素。婴幼儿自身免疫系统发育不全易发生感染。老年人由于机体组织细胞和重要器官发生退行性变, 免疫力及抗感染能力下降, 导致机体反应差, 使手术耐受性明显下降。而术前细菌的侵入、毒性, 影响机体的耐受力, 增加了术后感染的机率。另外, 病态肥胖也是切口感染的一个危险因素, 脂肪血流量和血容量较低, 血供少的组织易发生感染。
- 2.2 手术环境及敷料
手术室设置、手术间的空气净化、手的消毒方法及效果等, 都可直接影响术后切口感染情况^[2]。切口敷料吸附性能不佳, 细菌侵入机体, 致切口周围组织污染, 坏死。
- 2.3 手术类型和持续时间
从本组资料中显示, 肠道手术、复杂手术及手术时间较长, 切口感染机会较高, 尤其是肠道手术的病人。切口感染大多为条件致病菌, 病人术前局部部位已被细菌污染, 及肠道准备不彻底, 有可能污染, 增加了切口感染的机率。肠道内有大量的厌氧菌, 其主要致病菌为脆弱类杆菌, 及为数不少的大肠杆菌、肠杆菌、链球菌等需氧菌。较好的控制和减少肠道中的致病菌, 有助于防止术后感染。
- 2.4 医务人员自身素质
感染分为内源性和外源性感染, 而外源性感染的病原菌

作者简介: 赵慧颖, (1968-), 女, 大学本科, 主管护师
(收稿日期: 2006- 05- 10 接受日期: 2006- 06- 28)

有实施手术的医务人员带入的病原菌。无菌操作观念不强,有时不能认真洗手,护士备皮技术不佳,没有充分做好宣教工作,对切口感染均有影响。

3 护理对策

3.1 改善全身情况,增强抵抗能力

为了提高病人的抵抗力,促进创伤修复,护士术前要对病人做好营养状况的评估,保证病人得到充足的营养和热量,以利于术后恢复及抵抗细菌的侵扰。动物实验显示:严重营养不良(体重丧失超过正常体重的三分之一)时,对伤口愈合有影响^[3]。可见,全身状况对手术切口的愈合起着不可估量的作用。

术前就及时并积极加强营养支持,如输血、输注蛋白甚至给予静脉营养支持。术后鼓励病人多进食,对于进食消化功能障碍者,可给要素饮食,这是一种营养齐全,不需消化或很少消化即可迅速吸收,近于无渣的膳食。要素饮食可经鼻饲管或用软质的硅胶管,由滴瓶 24h 内缓慢滴注,保证病人所需的热量及营养。另外,术后并发感染的病人,由于高分解代谢,每日丧失氮量可达 30g,而蛋白质的严重不足会使细胞免疫功能严重受损,所以这类病人需同时补充铁、铜、锌、维生素 A、B₁₂、吡哆醇和叶酸等。

3.2 做好肠道准备

尽量消除病原菌,肠道准备对于结肠、直肠手术的病人非常重要。术前口服抗生素,可使结肠中病原菌显著减少,有助于防止术后感染,要认真做好机械性的肠道准备,如无渣饮食、肠道灌洗或清洗灌肠等。给药的方案较多,一般认为术前一日给药较妥,可新霉素、林可霉素、甲硝咪唑联合口服。新霉素可消除肠道菌群,但因厌氧菌是肠道内的主要菌群,对其大多耐药,过多使用反而会促进厌氧菌群的过度繁殖,达不到肠道无菌的作用。所以与厌氧菌敏感的抗生素如林可霉素、甲硝咪唑等联用,效果良好。

3.3 密切观察病情,及时更换敷料

切口感染发生的时间大多在术后 7~10d,个别发生较晚,在 3~4w 后。如手术后 3~4d,已经正常的体温重新上升,应首先想到切口的感染,同时伴有切口的肿痛,应立即进行检查。

腹部手术常常安放引流管,应保持引流管通畅,防止滑脱,并详细观察引流液的色泽、流量,及时发现异常情况,防止引流不畅,导致腔隙感染。

切口缝合后应合理选用适宜的敷料,可促进不同伤口预期愈合。护理人员在观察病人的病情同时,应注意切口的观察及时更换渗血渗液的敷料,保持切口敷料干燥,对可疑感染伤口拘下的敷料应及时做细菌培养,以便有针对性地给予抗生素。有报道手术后,不使用腹带组和术后使用腹带组的切口感染率分别为 1.0% 和 5.0%,证实腹带可使切口处温度增高、潮湿、易感染,为细菌增生繁殖提供温床。因此,术后减少腹带的使用,也可减少切口感染率。

3.4 合理应用抗生素,降低切口感染率

术前和术后滥用抗生素虽不属于护理内容,但护理人员必须掌握原则,才能合理给药。术前预防性应用抗生素的最佳时间应是在手术开始前的 30min,也可与麻醉前用药一起给病人一次适量的抗生素,台手术时间较长,或手术时间超过应用抗生素的半衰期,术中补用一次常规剂量,术后继续应用 2~3d。这样,术中一般性的污染便不致发展为术后感染。否则,细菌一旦定植在组织或渗血、渗液中,单纯术后应用抗生素,往往很难发挥预防作用。如果术后长期大剂量滥用抗生素,非但不能降低感染率,反而有促进耐药菌株形成的危险,并可能延误诊断和治疗时机,给病人及家属赞成不必要的伤害和经济压力。

近年来,由于不同程度地忽视了已经确立的外科手术准则和无菌技术,而且过于信赖抗生素,以致在医院产生了各种各样的耐药细菌。手术切口感染,除与手术工程师的技术熟练程度,在手术过程中无菌正确运用密切相关外,还与切口部位、手术类型、患者全身健康状况、手术持续时间有重要关系^[4]。加强病区 and 手术室的管理,增强医护人员控制感染的意识,建立科学的院内感染监控制度等也是一个关键环节。及时预防,并有效控制切口感染,减轻病人的心理、生理上的痛苦,降低病人的经济负担,同时保证手术的理想效果^[5]。

参考文献

- [1] 王俊科,王多友.临床麻醉手册[M].第5版.沈阳:辽宁科学技术出版社,1999,8
- [2] 陆烈红,邹瑞芳.控制手术切口感染的护理进展[J].中华医院感染学杂志,2002,12(8):637
- [3] 朱淑婷,黄平治.伤口愈合的生物学[J].国外医学.护理学分册,1986,7(2):75-76
- [4] 罗成华.手术切口医院感染及其防治现代医院感染学[M].北京:人民军医出版社,1998:162-178
- [5] 申梅英.加强护理管理、预防医院感染[J].生物磁学,2005,5(2):79-81

(上接第 89 页)

3 小结

为了合理使用该药,使其发挥应有的抗菌治疗作用,并减少其不良反应的发生,笔者认为,凡与该药有配伍禁忌的药物最好不用于同一个感染病人,临床中必须合用时,应充分权衡其利弊关系。在静脉联合给药时,为防止药物配伍变化的发生,应将 cplx 与其它药物分开,在滴完该药后续滴生理盐水或葡萄糖注射液,直至把管道中的药物冲滴完全,这时才可续滴其它药物。

参考文献

- [1] 张大禄.药理学[M].中国医药科技出版社,1996:253
- [2] 赵春景.喹诺酮类抗菌药物的合理应用[J].中国处方药,2004,11:49

- [3] 苏永庆,徐立平,王彦平.浅议环丙沙星的不合理应用[J].上海医院药学,2000,11(3):30
- [4] 赵春景.喹诺酮类抗菌药物的合理应用[J].中国处方药,2004,11:50
- [5] 赵春景.喹诺酮类抗菌药物的合理应用[J].中国处方药,2004,11:50
- [6] 苏永庆,徐立平,王彦平.浅议环丙沙星的不合理应用[J].上海医院药学,2000,11(3):29
- [7] 赵春景.喹诺酮类抗菌药物的合理应用[J].中国处方药,2004,11:50
- [8] 赵汉臣,曲国君,王希海,等.176种静注药物理化变化表[S].人民卫生出版社
- [9] 常怡勇.乳酸环丙沙星的配伍禁忌[N].中国医药报,2004-3-9 科技版 3版