



·论 著·

手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察

叶芬芳 李志锋* (厦门大学附属第一医院麻醉手术科 福建厦门 361001)

摘要: 目的 观察手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染的效果。方法 在我院2016年12月至2017年12月期间进行胃肠道手术而引发切口感染的80例患者,依照入院时间先后将其随机分为对照组和观察组,每组各40例。其中对照组患者给予常规的护理,观察组在此基础上给予手术室护理干预。对比2组的切口愈合率及2组的住院时间。结果 2组患者接受护理后,对照组切口愈合率低于观察组,且观察组的住院时间短于对照组,组间均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对胃肠道切口感染患者采用手术室护理干预能提高切口愈合率,缩短患者的住院时间,有利于其恢复,具有临床推广意义。

关键词: 手术室护理干预 胃肠道手术 切口感染

中图分类号: R472.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)13-082-02

前言

切口感染属于腹部外科常见的一种手术并发症,术后疼痛感一般持续在2天左右,因患者体温的恢复而逐渐减退。但术后2天疼痛症状无好转,同时又出现切口红肿的不良反应,则说明患者再次出现不同程度的切口感染。该病症直接影响患者的肾脏功能,从而延缓其恢复的时间。为了能有有效的提高患者的治疗效率,给予胃肠道切口感染患者有效的手术室护理干预是非常必要的。本文对此展开讨论,现具具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016年12月至2017年12月在我院诊治的80例胃肠道手术患者,依照入院时间先后将其随机分为对照组和观察组,每组各40例,即观察组(40例)和对照组(40例)。其中对照组男性患者15例,女性患者25例;年龄范围在35~67岁之间,平均年龄为(50.23±1.03)岁;住院天数范围在8~13天之间,平均住院天数为(10.45±1.23)天。观察组男性患者26例,女性患者14例;年龄范围在36~68岁之间,平均年龄为(50.56±0.21)岁;住院天数范围在9~15天之间,平均住院天数为(13.67±3.45)天。将2组患者的切口感染率及住院天数进行对比,组间数据差异未见差别($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理:术前12小时之内不能进食,预防在术中因为注入麻醉剂而造成呕吐现象。术后按常规手法铺垫好麻醉床,妥善固定各种管道装置防止管道受到外界气体压力,其次对患者进行抗炎止血治疗。

观察组在对照组的基础上实施手术室护理干预:(1)术前心理护理。因患者对手术的不了解,极度容易产生恐惧、紧张等一系列的负面情绪,为促进患者保持积极乐观的心态参与治疗,由医护人员与医生共同协作,为患者制定一套详细的临床路径护理方案,从而提高患者术后恢复速度^[1]。(2)术前准备。术前责任护士为患者实施全方位的体检,并了解患者的实际情况,制定出针对性的护理方案。术前1d,评估出患者对手术的承受能力以及当时的心理变化情况,主动向患者讲解术前注意事项,并帮助患者更换干净的衣物,做好各种术前准备^[2]。(3)术中护理。①加强手术室管理。对于非急诊手术的安排,必须先将手术室进行严格的消毒清洁处理;对于连台手术患者,2台手术间隔时间必须在30分钟以上;对于特殊感染者,其使用过的手术室内的物品都要经过无菌操作。②切口处理。手术当天,将护理流程制定出来,方便患者清晰观察到护理环节每个流程,使其放心的配合后续手术治疗,并在此过程中医护人员应严格按照流程进行护理干预工作。对患者手术区域进行消毒处理时,皮肤的消毒面积必须超过切口周围的20cm,手术过程中,在切开腹腔后医护人员应立即使用

切口保护器保护切口;当切开胃肠道后,用无菌纱布保护其他组织器官;在缝合腹膜后,使用稀释碘伏生理盐水对切口皮肤进行冲洗,冲洗后用干纱布擦拭干净^[3]。③规范和督促无菌操作。由医院感染控制护士监督医护人员做好手术室洗手质量,主治医师穿着好手术服后必须严格无菌操作。若术中手套被撕破需及时更换,术中医护人员不能从医生后背传递物品,并且将超出过手术床范围的物品视为污染物,不得继续使用。(4)术后护理。为避免手术常见并发症的发生,责任护士应嘱咐患者在术后6h内在病床上平躺,且将患者的头部偏向左侧,防止呕吐物堵塞气管,待患者麻药药效散去后,协助患者起身半坐卧床,术后鼓励患者尽早下床活动,每日帮助患者排便,预防肺炎的发生^[4]。

1.3 观察指标

依照我国《医院感染诊断标准》相关规定,将切口预后情况分为三个等级:若患者切口愈合良好,术后无恶心、腹泻的不良反应,则视为I级愈合;若患者切口愈合欠佳,术后恶心、腹泻的不良反应有所好转,则视为II级愈合;若患者切口出现化脓,上述症状均无好转甚至加重,则视为III级愈合。切口感染率=(I级愈合+II级愈合)/例数×100%。

2 结果

2.1 2组患者切口感染率比较

如表1所示,对照组切口感染率的(95.00%)明显高于观察组(65.00%),且 $P < 0.05$:

表1:2组患者切口感染率比较(n/%)

组别	例数	I级愈合	II级愈合	III级愈合	切口感染率
对照组	40	10(25.00)	16(40.00)	14(35.00)	26(65.00)
观察组	40	20(50.00)	18(45.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2		5.33	0.20	11.25	11.25
P		0.02	0.65	0	0

2.2 2组患者住院时间比较

对照组住院时间长于观察组,组间具有统计意义($P < 0.05$)。见表2。

表2:2组患者住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间(d)
观察组	40	10.45±1.23
对照组	40	13.67±3.45
t		7.86
P		<0.05

3 讨论

在胃肠道手术过程中,因手术切口较多,所以术后切口感染发生率较高。据研究表明,由于胃肠道杆菌较多,胃肠道手术切口感染发生率高于其他手术,且患者切口感染愈合时间长,同时引发全身性不良反应发生率也相对较高。影响切口感染的因素相对较多,其包括环境、空气以及患者自身。所以,加强手术室管理对减轻为肠道手术后

(下转第86页)

作者简介:叶芬芳(1985-9),女,本科,主管护师,福建平和,研究方向:手术室护理。

*通讯作者:李志锋(1987-4),男,本科,福建泉州,主管护师。



本结果显示,治疗组的总有效率显著高于对照组,NT-proBNP、hs-CRP 显著低于治疗前和对照组。由此可见补充小剂量甲状腺与常规治疗心力衰竭药物合用明显改善心功能,具有较好临床疗效,安全性好。

虽然亚临床甲减的甲状腺激素替代治疗已经证实可以改善心血管危险因素,包括血脂异常,炎症标志物、血管平滑肌细胞增殖、血管高反应性、心室功能、血管内皮功能以及颈动脉内膜中层厚度,但目前尚有力证据证明替代治疗可以减少心血管事件的发生。以往的研究显示,将血清 TSH 水平恢复至正常水平的获益明显大于风险。尽管使用适当剂量的左旋甲状腺素治疗亚临床甲减仍存在争议,目前的指南认为推荐这种治疗的证据不足,但新近的研究证实这种治疗可以使心血管获益,但对患者的长期预后影响相关研究较少,有待于大规模及设计更严格的大型临床试验进行验证。

参考文献

- [1] 李智梅.小剂量左甲状腺素钠片辅助治疗慢性心力衰竭的临床疗效研究.临床合理用药杂志,2015,8(3):25-26.
- [2] 杨永杰.小剂量左甲状腺素钠片辅助治疗慢性心力衰竭的临床效果观察.中国卫生标准管理,2016,7(17):114-115.
- [3] 冯燕玲,黄冰生,李劲草,等.小剂量左旋甲状腺素对伴低

T3综合症的慢性充血性心力衰竭患者性功能的影响.国际心血管病杂志,2014(2):127-130.

[4] 付彩虹,张葵花.甲状腺素治疗老年充血性心衰的临床观察.医学临床研究,2008,25(2):268-270.

[5] 朱建峰,杨亚军,刘幼根,等.小剂量左甲状腺素钠治疗慢性心力衰竭伴低T3综合征32例.实用医学杂志,2007(13):2064-2065.

[6] 朱洁明.充血性心力衰竭与正常甲状腺功能病态综合征.国外医学内科学分册,1998,25:52-54.

[7] 张贵生.甲状腺激素在心力衰竭患者的改变及其意义.心血管病进展,1997,18:232-234.

[8] 唐熠达.甲状腺与心血管疾病,中南大学出版社.2012,3:123-132.

[9] Imhof A, Koenig W. Alcohol inflammation and coronary heart disease[J]. Addict Biol. 2003 ;8(3):271-7.

[10] 初青莲.C反应蛋白与不同类型冠心病的相关性研究[J].中国医药.2009,4(9):659

[11] 施国华,汪永锋,黄琪梁.N型末端脑钠肽前体诊断心源性呼吸困难临床观察[J].疑难病杂志,2009,8(7):427.

(上接第82页)

切口感染显得尤为重要。

近年来,手术室护理干预的概念广泛应用到临床医学上,并取得了较为理想的医疗效果。相较于常规护理方式,手术室护理方式更具有系统性与整体性,其遵循“患者为中心”的护理原则,给予全面的护理服务,为患者提供优质的护理条件,利于提高患者的治疗效率,完全符合患者的实际需求。根据患者的实际情况制定一系列的医疗方案,进一步提高了患者的治疗效果,在实际治疗过程中,积极有效的为患者提供护理支持。与此同时,加强与患者沟通,从而建立友好的医患关系,在一定程度上降低医院纠纷的发生率^[5]。手术室护理干预访视,给予患者心理干预,一定程度上使得患者树立了战胜疾病的自信心。术前的清洁工作能降低患者皮肤的细菌;手术过程中的无菌操作,可以使得手术室中的病菌得以清除;术后及时冲洗,同时及时更换敷料,从而促进伤口的愈合速度。在此次研究中根据患者的具体情况对观察组患者采取了手术室护理干预措施,如术前心理护理、术前准备、术中护理等,以促进患者胃功能的恢复,提高患者的生活质量。针对性的手术室护理干预,不仅能有效消除真菌病原体,还可以阻断

细菌切口的途径,从而降低感染发生率。

本研究的结果显示,观察组的切口感染率(65.00%)低于对照组(95.00%),且其住院时间短于对照组,且差异均具有统计学意义(P<0.05)。可见,对胃肠道手术切口患者采用手术室护理干预,可促进其术后切口的愈合,也提高了其的生命治疗,值得临床的推广及其应用。

参考文献

[1] 施康康.手术室优质护理服务模式对预防腹部手术切口感染效果分析[J].中国农村卫生事业管理,2016,34(3):328-330.

[2] 杨继兰,王凤云.手术室优质护理服务模式对预防腹部手术切口感染效果分析[J].吉林医学,2016,12(15):3381-3382.

[3] 梁志芳,朱树芳.护理干预在预防外科手术切口感染的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2016,12(12):220-221.

[4] 崔霞,何晓锋,吴楠.170例I类切口手术预防性使用抗菌药物分析[J].空军医学杂志,2016,25(2):704-707.

[5] 林卫红,陈云志,曾其强,等.护理干预对预防消化道手术切口感染的效果研究[J].中国实用护理杂志,2017,25(9):3-5.

(上接第83页)

21(15):179-180.

[3] 石岩,滕珊,侯琛琛.心理护理在急诊外伤患者护理中的应用效果观察[J].饮食保健,2017,04(15):208-209.

[4] Zhang Y P, Ji-Ping W U. Application Effect of Psychological

Nursing Intervention on Intensive Care Unit with Acute Trauma[J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal & Vascular Disease, 2017, 24(18):186-187.

[5] 魏艳,岳艳芳,牛鑫.心理护理对骨外伤急诊患者治疗影响效果的临床分析[J].中国实用医药,2016,11(11):245-246.

(上接第84页)

要注意观察患者的反应,一旦出现异常情况需要立即停止注射,并进行相应的抢救,保证检查顺利完成^[6]。总之,在对急诊患者进行CT增强扫描的过程中,医务人员一定要保持镇定,细心认真对患者实施造影检查,在遇到突发状况时要沉着应对,及时采取有效的措施对患者进行抢救。

综上所述,对急诊患者施行CT增强检查存在较多的风险因素,因此积极调查存在的风险因素。制定针对性的护理干预措施至关重要,有利于降低不良事件的发生率,提高CT诊断的安全性。保护患者的生命健康安全。

参考文献

[1] 陈蕊燕,周琇,李楚莲.护理风险管理在糖尿病患者CT增强

后发生对比剂肾病中的作用[J].分子影像学杂志,2016,39(1):71-72.

[2] 郭云,郭玮.五常法在CT室护理风险管理中的应用分析[J].中国卫生产业,2017,14(23):143-144.

[3] 杨慧,朱峰,钱双双.护理风险管理在老年患者增强CT检查中的应用效果[J].中国乡村医药,2017,24(14):82-83.

[4] 李红英,郭杰.CT增强扫描检查的护理风险控制[J].当代护士(下旬刊),2018(1):161-162.

[5] 农茂莹,韦红星.危急重症患者CT增强扫描的安全护理[J].实用临床护理学电子杂志,2017(31).

[6] 练雄珍,曾勇,梁淦桐.前列腺素E1水化治疗在降低CT增强扫描老年患者造影剂肾病发病风险中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(7):40-41.