

外科病房感染控制的护理管理措施探讨

刘晓玲

湖北省随州市曾都区中医医院 湖北 随州 441300

摘要：外科病房感染受多重因素影响。患者自身方面，老年患者、有基础疾病者及术后身体虚弱者感染风险高；护理上，手卫生、无菌操作不规范及观察宣教不足等带来风险；环境物品中，空气、物体表面及医疗物品管理不善易滋生传播病原体；管理体系里，制度不健全、资源配置不足、监督考核失效及培训不完善制约防控效果。

关键词：外科病房；感染控制；护理管理

引言：外科病房感染防控至关重要，关乎患者健康与医疗质量。感染发生受多种因素影响，涉及患者自身、护理操作、环境物品以及管理体系等多个层面。深入了解这些因素，有助于采取针对性措施，有效降低感染风险，提升外科病房的感染防控水平，为患者创造更安全的就医环境。

1 外科病房感染核心风险因素识别

1.1 患者自身因素

患者自身因素是外科病房感染基础诱因，体现在生理机能、基础疾病和治疗耐受性等方面。老年患者免疫器官衰退、皮肤黏膜屏障弱，术后伤口愈合慢，易受病原体侵袭，是感染高发人群。有糖尿病等基础疾病者，长期免疫抑制，且糖尿病患者高糖环境利于细菌繁殖，感染风险大增。外科手术致机体创伤、应激反应增强，术后营养不良等削弱免疫功能^[1]。同时，术前住院时间长增加交叉感染概率，术后卧床制动引发肺部痰液淤积、尿液滞留，分别导致肺部和尿路感染，这些因素叠加提升了感染发生可能。

1.2 护理相关因素

护理相关因素在外科病房感染防控中很关键，风险贯穿护理操作全程。护理人员手卫生执行不到位是首要风险，接触患者前后等未严格清洁或消毒不彻底，会导致病原体交叉传播。无菌操作不规范也危险，如换药、侵入性操作时违反规定，会直接引发感染。护理操作频率与感染风险相关，频繁侵入性操作破坏皮肤黏膜屏障。此外，护理人员对感染高危患者观察监测不及时，延误干预时机；对患者及家属健康宣教不足，患者术后不遵医嘱，也会间接增加感染风险。

1.3 环境与物品因素

环境与物品是外科病房感染关键风险源，是病原体滋生传播载体。病房空气环境方面，通风换气不足使微生物浓度升高，多人病房飞沫扩散增加交叉感染风险；

空气消毒不规范，无法有效杀灭病原体。物体表面清洁消毒不到位问题突出，高频接触部位被污染后，若未彻底清洁消毒，会传播病原体。医疗物品管理有漏洞，无菌器械包储存不当、一次性用品受污染等会引发感染。另外，病房卫生清洁流程不科学，如清洁工具分区使用不严、顺序错误，会导致交叉污染，加剧感染风险。

1.4 管理体系因素

管理体系完善程度决定外科病房感染防控效果，风险体现在制度、资源保障及监督考核等方面。感染控制管理制度不健全，护理人员操作无明确规范，行为随意。资源配置不足是制约因素，护理人员编制短缺致工作负荷重，简化关键流程；感染监测设备不足，无法及时掌握数据。监督考核机制失效降低制度执行力，未建立常态化检查机制或处罚力度不足，会让护理人员放松重视。此外，培训教育体系不完善，未定期组织培训，尤其对新入职、实习人员培训不到位，致其感染防控认知和操作水平不足，成为薄弱环节。

2 外科病房感染控制护理管理现状调查

2.1 护理人员感染防控意识与技能水平

从调查结果来看，外科护理人员感染防控意识与技能水平呈现不均衡状态。多数资深护理人员因长期参与临床护理工作，经历过感染案例处置，对感染防控重要性认知较为深刻，在日常操作中能自觉遵守手卫生、无菌操作等基础规范。但部分年轻护理人员，尤其是入职3年以内的护理人员和实习人员，感染防控意识薄弱，存在侥幸心理，如认为短期未发生感染就放松操作要求，手卫生执行率仅为60%-70%，远低于标准要求^[2]。技能水平方面，整体存在“理论强、实践弱”的特点，多数护理人员能准确回答感染防控理论知识，但在实际操作中问题频发，如无菌操作时未严格划分无菌区域、伤口换药时消毒范围不足、侵入性操作流程不规范等。专项技能掌握不足更为突出，对多重耐药菌感染患者的隔离护

理、感染暴发应急处置等复杂场景的应对能力欠缺,仅40%-50%的护理人员能熟练掌握相关操作流程,这与缺乏系统性实践培训和考核密切相关。

2.2 现有护理管理流程与制度落实情况

目前多数医院已建立外科病房感染控制护理管理制度及流程,但制度落实效果不理想,存在“重制定、轻执行”的现象。制度建设层面,多数医院已制定手卫生管理、无菌操作规范、感染监测流程等基础制度,但部分制度缺乏外科专科针对性,如未结合不同手术类型(如普外科、骨科)制定差异化感染防控流程,对术后引流管护理、切口护理等关键环节的规范不够细化。流程执行方面,关键环节存在明显漏洞,手卫生、无菌操作等基础流程的执行率随护理工作量增加而显著下降,在患者集中入院、手术高峰期,执行率甚至不足50%。制度落实的监督机制不健全,多数医院仅依靠定期抽查方式进行监督,缺乏实时动态监督手段,且监督结果与护理人员绩效考评关联度低,对违规操作的处罚力度不足,导致“制度挂墙上、执行走形式”的问题普遍存在。另外,多部门协同机制不完善,护理部门与感染管理科、检验科等部门沟通协作不顺畅,出现感染案例后无法快速联动处置。

2.3 感染监测与数据应用现状

外科病房感染监测工作已初步开展,但监测深度、广度及数据应用能力仍有待提升。监测范围方面,多数医院仅开展术后切口感染、尿路感染等常见感染类型的监测,对呼吸道感染、血液感染等其他感染类型监测覆盖不全,且对环境微生物、医疗物品污染情况的监测频次不足,无法全面掌握感染风险分布。监测方法较为传统,以人工登记、回顾性调查为主,护理人员需在完成日常工作后手动统计感染病例信息,不仅效率低下,还易出现数据漏报、错报情况,导致监测数据准确性不足^[3]。数据应用环节存在明显短板,监测数据仅用于感染病例上报和简单统计汇总,未建立系统的数据分析体系,无法通过数据挖掘识别感染高发环节、高危人群及关键风险因素。数据反馈机制不及时,监测结果通常按月或按季度反馈给护理人员,无法为临床护理操作提供实时指导,导致监测工作与感染防控实践脱节,未能充分发挥监测数据的预警和改进作用。

3 外科病房感染控制的护理管理措施

3.1 环境管理

环境管理需构建“全方位、精细化”的清洁消毒体系,从空气、物体表面及区域划分等多维度切断传播途径。空气净化方面,严格执行通风换气制度,每日至少

开窗通风2-3次,每次通风30分钟以上;对重症监护病房、层流病房等特殊区域,采用空气净化器或紫外线消毒,每日消毒2次,每次60分钟,消毒后进行空气培养,确保细菌菌落数符合标准。物体表面清洁消毒实行“分区分类、高频多消”原则,对床栏、床头柜、门把手等高频接触部位,采用含氯消毒剂擦拭消毒,每日至少2次,遇污染时随时消毒;清洁工具严格分区使用,标记清晰,避免交叉污染,使用后及时清洗消毒并晾干存放。合理划分病房区域,明确清洁区、半污染区、污染区的界限,设置明显标识,规范人员和物品流动路线,禁止从污染区向清洁区携带物品。建立环境清洁消毒质量追溯体系,制定清洁消毒记录表,详细记录清洁时间、人员、范围及消毒效果,由专人每日核查,确保各项措施落实到位。

3.2 人员管理

人员管理需围绕“意识强化、技能提升、行为规范”构建全流程管理体系,覆盖护理人员、患者及家属等所有相关人员。针对护理人员,建立分层培训机制,定期开展感染防控知识技能培训,资深护理人员重点培训复杂感染处置、多重耐药菌隔离等进阶内容,新入职人员开展为期1周的专项培训,考核合格后方可上岗;将感染防控知识纳入年度考核,考核结果与绩效挂钩。强化护理人员行为管理,在病房设置手卫生提示标识,配备速干手消毒剂,推行“手卫生依从性实时监督”制度,由护士长随机抽查并记录^[4]。针对患者及家属,制定个性化健康宣教方案,术前通过口头讲解、图文手册等方式普及感染防控知识,术后指导患者正确进行咳嗽、翻身、伤口护理等操作;对家属探视进行规范管理,明确探视时间和人数,要求探视者佩戴口罩、洗手消毒,避免随意触摸医疗设备和患者伤口。同时,建立感染防控激励机制,对感染防控工作表现突出的护理人员给予表彰奖励,营造全员参与的防控氛围。

3.3 物品管理

物品管理需严格执行“全流程管控”原则,从采购、储存、使用到回收处理各环节消除感染风险。无菌物品管理方面,严格把控采购渠道,选择资质齐全的供应商,验收时核查灭菌合格证明;储存于专用无菌物品存放柜,按灭菌日期先后顺序摆放,距地面20-25cm、距墙壁5-10cm、距天花板50cm以上,每日检查并记录有效期,过期物品立即清理并标注原因。一次性医疗用品管理规范,拆封前检查包装完整性,拆封后4小时内使用完毕,未使用完毕的立即报废;使用后按医疗废物分类标准放入专用包装袋,密封后由专人转运处理。复用

医疗物品实行“清洗-消毒-灭菌-监测”全流程管理,由专人负责清洗消毒,采用全自动清洗消毒机进行标准化处理,灭菌后进行生物监测,合格后方可发放使用。此外,建立物品管理台账,详细记录物品采购、储存、使用、报废等信息,定期进行盘点核查,对破损、过期物品及时清理,确保所有物品符合感染防控要求。

3.4 操作管理

操作管理需以“标准化、规范化”为核心,针对外科护理关键操作制定专项流程并严格执行。无菌操作实行“全程管控”,操作前护理人员按要求着装(戴口罩、帽子、无菌手套,穿无菌手术衣),对操作区域进行消毒并铺设无菌巾;操作过程中严格遵守无菌技术原则,避免跨越无菌区域,器械传递规范,防止污染;操作后及时清理操作区域,妥善处理医疗废物。侵入性操作制定专项规范,如导尿操作前对患者会阴部进行彻底消毒,选择合适型号的导尿管,插入过程中动作轻柔,避免黏膜损伤;术后定期更换导尿袋,做好尿道口护理,鼓励患者多饮水,降低尿路感染风险。伤口护理实行“个体化管理”,根据伤口类型(清洁伤口、清洁-污染伤口、污染伤口)制定差异化护理方案,每日观察伤口红肿、渗液情况,换药时严格执行消毒流程,选择合适的敷料,促进伤口愈合。建立操作质量监督机制,护士长每日抽查关键操作执行情况,对不规范操作现场纠正并记录,定期组织操作技能考核,确保护理人员熟练掌握规范流程。

3.5 监测与反馈

监测与反馈需构建“实时监测、精准分析、快速改进”的闭环管理体系,为感染防控提供数据支撑。感染病例监测方面,建立“早发现、早报告”机制,护理人员每日观察患者体温、伤口情况及实验室检查结果,发现疑似感染病例立即上报科室护士长及感染管理科,感染管理科专人负责病例核实、调查分析,明确感染类型及危险因素。环境与物品监测常态化开展,每月对病房空气、物体表面、无菌物品进行微生物培养,每季度对

复用医疗物品进行生物监测,监测结果及时汇总分析,若发现超标情况立即查找原因并整改^[5]。建立感染防控数据管理平台,整合感染病例、环境监测、操作执行等数据,定期进行统计分析,识别感染高发环节(如术后3天切口感染率高)、高危人群(如老年糖尿病患者),形成季度感染防控分析报告。反馈机制高效畅通,监测结果每日反馈给科室护理人员,针对问题制定整改措施并明确整改时限;每月召开感染防控专题会议,通报监测数据、整改情况,交流感染防控经验,持续优化感染防控方案,实现感染防控的持续改进。

结束语

外科病房感染防控是一项系统工程,需从患者自身、护理、环境物品以及管理体系等多方面协同发力。只有不断完善各项防控措施,加强各环节管理,提高医护人员与患者的防控意识,才能有效降低感染发生率,保障患者的医疗安全,推动外科医疗事业朝着更安全、高效的方向发展。

参考文献

- [1]苏红,汪园园,陈飞,等.基于循证医学的PDCA模式在神经外科院内感染控制中的效果分析[J].中国消毒学杂志,2020,37(1):76-77.
- [2]阿孜姑丽·克尤穆,迪丽努尔·吐尔逊.护理干预对神经外科重症监护患者院内感染控制的影响[J].健康必读,2020(27):110-111.
- [3]颜小平.针对性护理干预对脑出血和脑外伤患者预防肺部感染的护理效果[J].实用医技杂志,2020,27(12):1707-1709.
- [4]胡慧敏,李洁莉,刘萍,等.神经外科普通病房患者术后肺部感染风险预测模型的构建[J].中国医药导报,2025,22(11):30-35.
- [5]颜小平.针对性护理干预对脑出血和脑外伤患者预防肺部感染的护理效果[J].实用医技杂志,2020,27(12):1707-1709.