

妇科门诊小手术（放取环、人流、宫颈息肉摘除）感染防控措施应用效果探讨

吴 华

景宁畲族自治县妇幼保健计划生育服务中心 浙江 丽水 323500

摘 要：妇科门诊小手术作为临床常见操作，在保障女性生殖健康方面发挥着重要作用。然而，其操作虽小，却直接涉及女性生殖道这一与外界相通的特殊腔道，存在固有的感染风险。宫内节育器放置与取出术、人工流产术及宫颈息肉摘除术是其中最具代表性的三类操作，若感染防控措施不到位，可能引发盆腔炎、子宫内膜炎等上行感染，甚至导致不孕、异位妊娠等严重后果。本文旨在系统梳理这三类手术各自独特的感染风险点，并结合国家最新发布的《手术部位感染预防与控制标准》（WS/T 861-2025）等规范性文件，深入探讨涵盖术前、术中、术后全流程的综合性感染防控策略。通过分析标准化操作规程、环境管理、人员培训及抗菌药物合理使用等核心措施的应用效果，论证构建一个以循证为基础、以流程为核心、全员参与的感染防控体系，对于显著降低妇科门诊小手术相关感染率、保障患者安全及提升医疗服务质量具有决定性意义。

关键词：妇科门诊小手术；感染防控；宫内节育器；人工流产；宫颈息肉

引言

随着日间手术模式推广，宫内节育器（IUD）放置与取出、早期人工流产及宫颈息肉摘除等操作已成为妇科门诊常见项目。这些手术虽创伤小、恢复快，但因直接侵入生殖道，存在感染风险。女性生殖道与外界相通，病原体可上行引发盆腔炎等疾病。数据显示，我国妇科节育术后总体感染率约6.6/10万，但不同术式风险特征各异：IUD术后盆腔炎风险约1%-2%，患者尤为关注；人流术后感染与术前炎症、操作规范及护理相关；宫颈息肉摘除虽创面小，若合并高危HPV或操作不当，亦可致感染。因此，需针对各类手术特点实施精准、差异化防控，而非“一刀切”。2025年7月30日，国家卫健委发布《手术部位感染预防与控制标准》（WS/T 861-2025），将于2026年2月1日实施，标志我国感染防控迈向标准化、全流程管理新阶段。本文将探讨该标准在三类门诊手术中的具体应用及潜在效果。

1 妇科门诊小手术的感染风险特征分析

尽管同属门诊小手术，但放取环、人流及宫颈息肉摘除术在解剖操作层面、侵入深度及对生理屏障的破坏程度上存在显著差异，从而形成了各自独特的感染风险谱。

1.1 宫内节育器放置与取出术的感染风险

宫内节育器的放置过程需要扩张宫颈管，并将异物置入宫腔，这一操作本身即是对宫颈粘液栓这一天然物理屏障的暂时性破坏。在操作过程中，若器械消毒不彻底、术者手卫生执行不严或患者本身存在未被发现的

下生殖道感染（如细菌性阴道病、沙眼衣原体感染），病原体便可能被带入宫腔。放置后的最初20天内，由于子宫内膜存在微小创面且宫颈管处于开放状态，是感染发生的高风险窗口期。此时，机体局部免疫防御能力下降，为细菌上行感染创造了条件。取出术的风险相对较低，主要源于操作过程中对宫颈和宫腔的机械刺激，若患者宫腔内已有感染灶，操作可能诱发或加重感染。此外，IUD作为一种宫腔内的异物，理论上存在形成生物膜的可能，长期留置也可能成为慢性感染的潜在因素。

1.2 人工流产术的感染风险

人工流产术，特别是负压吸引术，其感染风险更为突出。手术不仅需要扩张宫颈，还需通过负压吸引或刮匙清除宫腔内容物，对子宫内膜造成较大面积的创伤。这种创伤为病原体的定植和繁殖提供了理想的温床。术前存在的阴道炎、宫颈炎等下生殖道感染是术后上行感染最重要的危险因素^[1]。手术操作的规范性至关重要，反复、粗暴的宫腔操作会加剧组织损伤，延长创面愈合时间，增加感染几率。此外，流产不全导致的残留组织坏死，也是继发感染的重要原因。人流术后的感染往往起病急骤，表现为发热、腹痛、异常阴道流血或分泌物，若处理不及时，极易发展为严重的盆腔腹膜炎甚至败血症。

1.3 宫颈息肉摘除术的感染风险

相较于前两者，宫颈息肉摘除术的侵入性最小，通常仅在宫颈表面进行操作。其感染风险主要来源于两个方面：一是息肉蒂部的血管丰富，摘除后若止血不彻

底，形成的血凝块可成为细菌滋生的培养基；二是部分宫颈息肉的发生与高危型人乳头瘤病毒（HPV）持续感染相关，这类患者的局部免疫微环境可能存在异常，对手术创伤的修复能力下降，增加了继发感染的可能性。虽然单纯因息肉摘除导致严重上行感染的情况较为罕见，但局部创面的感染、延迟愈合或出血，同样会给患者带来困扰，并影响对原发病的判断。

2 基于标准化路径的感染防控核心措施

面对上述差异化风险，构建一套覆盖手术全周期的标准化感染防控路径是降低感染发生率的根本保障。这套路径应严格遵循《手术部位感染预防与控制标准》（WS/T 861-2025）的要求，并紧密结合妇科门诊小手术的具体特点。

2.1 术前精准评估与充分准备

术前阶段是构筑感染防控第一道坚固防线的关键时期。其核心在于“识别风险、消除隐患”。首先，必须进行详尽的病史采集和全面的妇科检查，重点询问和排查患者是否存在阴道分泌物异常、外阴瘙痒、性交痛、下腹不适等生殖道感染的症状。对于有感染迹象的患者，应坚决推迟手术，并先行给予针对性的治疗，待感染完全控制后再行安排。其次，规范化的术前实验室筛查是发现隐匿性感染的“火眼金睛”。除了常规的白带清洁度检查外，应根据当地流行病学情况和患者风险因素，有选择性地开展淋球菌和沙眼衣原体的核酸检测（NAATs），因为这两种病原体常常无症状，却是导致术后盆腔炎的主要元凶^[2]。再者，对患者的健康宣教是提升防控效果不可或缺的一环。医护人员应耐心向患者解释手术过程、潜在风险及术后注意事项，指导其术前做好个人清洁（但避免阴道冲洗，以免破坏正常菌群），并在术后严格遵守禁止性生活、盆浴的规定，直至创面完全愈合。最后，手术室环境的准备必须一丝不苟，严格执行终末清洁消毒制度，确保空气、物体表面、手术台及所有设备达到规定的卫生学标准，为手术创造一个洁净、安全的物理空间。

2.2 术中严格无菌操作与精细技术

术中环节是感染防控措施能否真正落地生根的核心战场。所有参与手术的医护人员必须将无菌观念内化于心、外化于行。从进入手术区域开始，就必须严格执行外科手消毒程序，并规范穿戴无菌手术衣、口罩、帽子及双层无菌手套。手术所用的所有器械、敷料、棉球、纱布等耗材，必须经过合格的压力蒸汽灭菌或其他验证有效的灭菌方式处理，并在有效期内使用，严禁使用化学消毒剂浸泡替代灭菌。在操作过程中，应时刻遵

循“由洁到污”的基本原则，动作务必轻柔、精准、高效，尽量减少对宫颈和宫腔组织不必要的牵拉、钳夹和反复探查，以最大限度地降低医源性创伤。对于人工流产术，应特别注意控制负压的大小，避免在同一部位长时间吸引，并严格限制吸管进出宫腔的次数。对于IUD放置术，则需确保IUD包装完好、在有效期内，并严格按照产品说明书进行装载和释放，避免徒手接触IUD本体。整个手术过程应在专用的、符合院感分区要求的独立诊室内完成，严格控制无关人员进出，最大限度地减少空气流动和交叉污染的机会。

2.3 术后科学管理与随访追踪

术后管理是感染防控链条上至关重要、却常被忽视的最后一环。其目标是“巩固战果、防患未然”。首先，关于预防性抗菌药物的使用，必须建立在严格的循证基础上。根据现有证据，对于无任何感染高危因素（如术前筛查阴性、无盆腔炎病史、手术顺利）的单纯IUD放置或宫颈息肉摘除术，常规预防性使用抗生素并无益处，反而可能增加耐药风险。然而，对于人工流产术，尤其是存在高危因素（如术前有感染迹象、手术操作困难、时间长、有流产不全风险）的患者，则强烈推荐在术前或术中单次给予广谱、高效的抗菌药物（如多西环素联合甲硝唑），以覆盖常见的需氧菌和厌氧菌^[3]。术后，医护人员需密切观察患者的生命体征、腹部体征及阴道流血/分泌物情况，并给予清晰的书面出院指导。更重要的是，必须建立主动、有效的随访机制。可以通过电话、短信或医院官方APP，在术后3-7天内主动联系患者，了解其恢复状况。一旦患者出现发热、腹痛加剧、分泌物恶臭等警示症状，应立即召回进行评估和处理，真正做到感染的早发现、早诊断、早治疗，将危害降至最低。

3 综合性防控体系的构建与应用效果展望

单一的防控措施难以形成合力，唯有构建一个集制度、人员、技术、监督于一体的综合性防控体系，方能取得持久、稳定的效果。

3.1 制度建设与流程再造

医疗机构管理层应依据国家《手术部位感染预防与控制标准》（WS/T 861-2025）的强制性条款，结合本机构的实际情况，制定详尽、具体、可操作的《妇科门诊小手术感染防控实施细则》。这份细则不应是束之高阁的文件，而应是一份融入日常工作的行动指南。它需要将抽象的标准转化为每个岗位、每个环节的明确职责和操作清单。例如，可以设计一份“术前核查表”，强制要求医生在手术前必须确认已完成所有必要的筛查项

目；可以制定一份“术中无菌操作观察表”，由护士长或感控专员定期进行督查；还可以明确界定术后抗菌药物使用的具体指征和处方权限。通过这种精细化的流程再造，将感染防控的关键控制点（CCP）像齿轮一样嵌入到医疗服务的每一个环节，从而实现从被动应对到主动预防的根本性转变。

3.2 强化人员培训与能力建设

再完美的制度，最终都需要由人来执行。因此，对妇科门诊医护人员进行持续、系统的专项培训是防控体系成功运行的人力保障。培训内容应超越简单的知识灌输，而应聚焦于核心技能的掌握和安全文化的培育。这包括但不限于：最新版国家感染防控标准的深度解读、标准操作规程（SOP）的模拟演练、外科手卫生依从性的提升技巧、职业暴露后的应急处置流程、以及沟通技巧（如何向患者有效传达术后注意事项）^[4]。培训形式应多样化，可采用案例分析、情景模拟、技能竞赛等方式，以提高参与度和实效性。关键是要建立考核与反馈机制，确保每一位医护人员都能将防控知识内化为肌肉记忆般的操作习惯，真正让“无菌”成为一种本能。

3.3 建立监测、反馈与持续改进机制

没有测量，就没有管理。一个有效的感染防控体系，必须建立在坚实的数据基础之上。医疗机构应利用信息化手段，建立妇科门诊小手术部位感染的主动监测系统。该系统应能自动或半自动地收集每例手术的基本信息、术前筛查结果、术中操作细节、术后抗菌药物使用情况以及随访期内的感染发生情况。院感管理部门需定期（如每月、每季度）对这些数据进行深度挖掘和分析，计算各类手术的感染率、病原学分布特征、抗菌药物使用强度等关键指标。这些分析结果不应被束之高阁，而应及时、透明地反馈给相关科室和每一位操作者，用于质量改进会议的讨论。通过PDCA（计划-实施-

检查-行动）这一经典的管理循环，不断识别体系中的薄弱环节，调整和优化防控策略，从而形成一个自我驱动、持续精进的良性机制。

4 结语

妇科门诊小手术虽“小”，但其感染防控责任重大。面对放取环、人流、宫颈息肉摘除等操作各自独特的风险特征，我们必须摒弃经验主义，转而拥抱以《手术部位感染预防与控制标准》（WS/T 861-2025）为代表的标准化、规范化管理模式。通过构建一个贯穿术前、术中、术后全流程，融合精准评估、严格无菌、精细操作、科学管理和持续改进等要素的综合性防控体系，我们完全有能力将感染风险降至最低。这不仅是对患者生命安全的高度负责，更是现代医疗质量管理的内在要求。未来，随着更多循证证据的积累和防控技术的创新，妇科门诊小手术的感染防控工作必将迈上新的台阶，为守护广大女性的生殖健康作出更大贡献。

参考文献

- [1]李晓彤.可重复使用与一次性妇科手术器械在感染控制中的效果比较与护理管理研究[C]//中国生命关怀协会.关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集（上）—高血压与动脉疾病专题.曲周县医院, 2025:388-390.
- [2]刘明慧,阴瑞,卫枝.防控干预措施对减少妇科病人手术部位感染的影响[J].护理研究,2023,37(22):4156-4158.
- [3]吴泉,程锦,许家宣.妇科手术院内感染病原菌分布及危险因素分析[J].中国病原生物学杂志,2023,18(09):1092-1095+1100.
- [4]张余兵,黎春盛,刘儒岳,等.妇科手术后切口感染的病原学特征及影响因素分析[J].中国医学创新,2022,19(06):131-135.