

风险评估测评护理干预对经腹全子宫切除术后感染预防效果的影响

丁丹丹，潘娇娇

启东市妇幼保健院 江苏南通

【摘要】目的 分析风险评估测评并落实综合性护理干预措施，对于降低经腹全子宫切除术（TAH）患者术后感染发生率的临床效果。**方法** 采用前瞻性队列研究方法，选取我院 2020 年 10 月至 2025 年 6 月期间收治的拟行 TAH 的患者分为观察组与对照组两组。**结果** 观察组患者术后感染总发生率显著低于对照组，且观察组患者在术后体温恢复正常时间、术后抗菌药物使用时间及术后住院日均短于对照组，差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 将系统化的风险评估测评融入 TAH 患者的护理流程，能够有效识别高危个体，并通过后续的靶向干预显著降低术后感染风险，优化术后康复指标。

【关键词】 经腹全子宫切除术；风险评估；护理干预；术后感染；预防

【收稿日期】 2025 年 11 月 22 日

【出刊日期】 2025 年 12 月 26 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20250672

Risk assessment, evaluation, nursing intervention, prevention of infection after abdominal hysterectomy

Dandan Ding, Jiaoqiao Pan

Maternal and Child Health Care Hospital of Qidong, Nantong, Jiangsu

【Abstract】Objective To analyze the clinical effect of risk assessment and implementation of comprehensive nursing intervention measures in reducing the incidence of postoperative infection in patients undergoing total abdominal hysterectomy (TAH). **Methods** Prospective cohort study was used to select patients who were admitted to our hospital from October 2020 to June 2025 and were divided into observation group and control group. **Results** The total incidence of postoperative infection in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the recovery time of postoperative body temperature, the use time of postoperative antibacterial drugs and the length of postoperative hospitalization in the observation group were shorter than those in the control group, with statistical significance ($P<0.05$). **Conclusion** Integrating systematic risk assessment into the nursing process of TAH patients can effectively identify high-risk individuals, significantly reduce the risk of postoperative infection and optimize postoperative rehabilitation indicators through follow-up targeted intervention.

【Keywords】 Abdominal total hysterectomy; Risk assessment; Nursing intervention; Postoperative infection; Prevent

风险评估（Risk Assessment）：是指在风险事件发生之前或之后（但还没有结束），该事件给人们的生活、生命、财产等各个方面造成的影响和损失的可能性进行量化评估的工作。

经腹全子宫切除术（TAH）是指切开腹腔，进入盆腔，将子宫全部切除的一种传统手术。此手术多用于切除子宫肌瘤以及某些子宫出血、附件病变等，是妇科疾病诊疗中常见手术。因其手术特点，术后感染作为这种手术的主要并发症，一直都是医院感染及护理关注的重点^[1]。常规围手术期护理虽涵盖基础感染预防措施，但其过于普适性的策略难以应对患者个体间很明显的感染风险差异^[2-3]。所以将风险评估融入 TAH 患者的护

理路径，是否能为术后感染预防开辟更有效的途径。本研究旨在探讨该策略的临床应用价值，以期为实现更具针对性的感染防控措施提供依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院在 2020 年 10 月至 2025 年 6 月期间收治的 240 例拟行择期 TAH 的患者作为研究对象，采用随机数字表法均分为观察组（n=120，年龄 52.34 ± 6.78 岁）与对照组（n=120，年龄 51.89 ± 7.15 岁），两组的基线资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

- (1) 年龄介于 35 至 75 岁之间;
- (2) 因子宫肌瘤、子宫腺肌症等良性疾病拟行首次 TAH;
- (3) 意识清晰,具备正常的沟通与理解能力;
- (4) 临床资料完整。

排除标准:

- (1) 术前已存在明确感染灶或处于感染状态;
- (2) 合并有严重的心、肺、肝、肾功能不全或免疫系统疾病;
- (3) 急诊手术患者;
- (4) 对研究所用抗菌药物存在过敏史。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组护理方法

对照组的护理遵循本院既定的妇科围手术期常规护理路径执行,其主要的措施包括了从术前宣教、备皮及肠道准备,再到术后生命体征监测、切口护理、遵照医嘱使用抗菌药物,鼓励患者早期下床活动。

1.3.2 观察组护理方法

观察组接受的是一套融合了风险评估策略的护理干预方案,我们会在常规护理路径的基础上进行的系统化的升级跟延伸。具体的实施操作如下:

在患者入院的 24 小时内,我们会由经过医院感染管理部门及妇科护理部门统一培训的责任护士,对入院的患者评估填写一份细致的《TAH 手术感染风险筛查表》的评估,这个筛查表的设计基于现有的循证医学证据的整合,评估的维度主要有八个目前被广泛认可的主要风险因素,也就是患者的年龄(≥ 60 岁计 1 分)、身体质量指数($BMI \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ 或 $BMI \leq 18.0\text{kg}/\text{m}^2$ 计 1 分、 $BMI 18.1\sim 29.9\text{kg}/\text{m}^2$ 计 0 分)、BI(自理能力评分 >60 分计 0 分、自理能力评分 ≤ 60 分计 1 分)、皮肤准备(沐浴擦拭 0 分/未处理计 1 分)、吸烟(无吸烟 0 分/吸烟 1 分)、有无糖尿病病史(有糖尿病史计 1 分)、术前血清白蛋白的水平($<35\text{g}/\text{L}$ 计 1 分)以及预估手术时长(≥ 3 小时计 1 分),评估这些因素统计总分,从而将患者划分为低危(0~1 分)、中危(2~3 分)与高危(≥ 4 分)三个等级。

对于低风险患者,我们护理的重心是要确保每一项常规的预防措施都能达到落实,以此筑牢手术安全的防线。而对于中风险患者,则在上述标准预防之外,去实施一些有高度针对性的干预措施,就比如说我们针对合并糖尿病的患者,根据“围术期血糖管理专家共识(2020 版)”提示,妇科 TAH 择期手术患者可采用一般控制目标:空腹 6.1 至 $7.8\text{mmol}/\text{L}$,随机血糖 7.8

至 $10.0\text{mmol}/\text{L}$ 。术中、术后禁食期间应采取胰岛素+葡萄糖静脉滴注控制血糖波动。护理团队会主动协同医疗团队、内分泌科及营养科,为患者共同制定个性化围手术期血糖管控方案,要力求把空腹血糖稳定在 $7.8\text{mmol}/\text{L}$ 、随机血糖低于 $10.0\text{mmol}/\text{L}$ 的理想范围内。而对于存在低蛋白血症倾向的患者,我们则会及早与膳食部门联系,启动为他们定制的营养支持计划,通过提供高蛋白、高维生素饮食、每日监测体重以改善其营养情况。假如有患者评估为高风险,我们的护理策略则会升级进一步升级,讲究多学科共同协作,其干预更为深入和全面。患者手术切口进行闭环管理,医护每班交接伤口渗血、引流液情况,及时更换伤口敷料、确保引流管通畅。每周科室感控小组成员对医护人员落实手卫生时机及无菌操作质控,将问题实时反馈至科室群,当班落实整改。对患者的泌尿系统会秉持“非必要不置管”的原则,置管期间及置管后严格落实无菌操作,并致力于在术后 48 小时内的关键窗口期安全拔除其导尿管,协助会阴部清洁及排尿,观察有无尿储留现象。术前严格落实阴道擦洗操作,术前至少每日一次阴道擦洗,减少阴道暂居菌。根据《“夯实围术期感染防控,保障手术质量安全”专项行动实施方案》要求,手术前一天由责任护士通知并协助患者使用肥皂进行沐浴/皮肤擦洗;不能淋浴的患者术前一晚使用的氯己定皮肤消毒。第一台手术备皮在手术当日早晨由夜班护士完成,接台手术备皮由当天责任护士完成。剃除范围包括:阴阜、外阴部和肛门周围所有阴毛,以不影响手术为准确保皮肤完整(注意脐孔清洁)。备皮工具一用一灭菌或一次性使用。备皮后责任护士/责任组长及夜班护士共同核查术前皮肤清洁情况并填写《手术备皮自查表》,手术室护士术前进行核查签字。对于肠道准备,责任护士指导患者术前一天口服泻剂,并记录大便次数及性状,评估肠道准备是否合格。为预防手术后肺炎,责任护士将患者的呼吸道管理时机前移到手术前,指导患者戒烟、进行有效咳嗽、深呼吸及翻身拍背训练,并在术后每日监督、使用拍背仪器协助其执行。根据“抗菌药物预防性应用原则(2015)”,术前使用一、二代头孢菌素进行抗菌药物预防。静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5~1 小时内或麻醉开始时给药,在输注完毕后开始手术。手术时间较短(<2 小时)的术前给药一次。如手术时间超过 3 小时或者超过所用药物半衰期的 2 倍以上,或者手术中出血量大,术中应追加一次。使用策略上,护士不能再被动执行医嘱,而要基于风险评估的结果,主动与主管医生进行沟通,从而实

现抗菌药物使用的优化。

1.4 观察指标

本研究需要在干预完成后观察两组患者的各项指标。具体如下：

术后感染发生率：参照中华人民共和国卫生部颁布的《医院感染诊断标准》^[4], 记录两组患者至出院后30天内手术切口感染、泌尿系统感染、呼吸系统感染及其他感染的发生情况。

术后相关临床指标：记录术后体温(腋温)首次恢复至37.5℃以下的时间(小时)、术后抗菌药物总使用时间(天)及术后住院日(天)。

1.5 统计学方法

使用SPSS22.0软件分析, 使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料, 使用卡方和%表示计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

表1 两组患者的术后感染发生情况与临床相关指标对比[n, (%)]

组别		观察组	对照组	t/χ ²	P
例数		120	120	-	-
感染情况发生情况	手术切口感染	2 (1.67)	7 (5.83)	2.89	0.09
	泌尿系统感染	3 (2.50)	9 (7.50)	3.16	0.08
	呼吸系统感染	1 (0.83)	3 (2.50)	1.09	0.30
	其他感染	0 (0.00)	0 (0.00)	0.01	1.00
	总感染	6 (5.00)	19 (15.83)	7.55	0.01
术后体温恢复正常时间(小时)	28.45±6.32	35.82±7.91	7.97	0.01	
术后抗菌药物使用时间(天)	3.12±0.85	4.35±1.10	9.69	0.01	
术后住院日(天)	6.58±1.24	7.96±1.65	7.32	0.01	

3 讨论

经腹全子宫切除术是妇科领域治疗子宫良恶性肿瘤、顽固性子宫出血及子宫脱垂这一类疾病的一种经典开放性手术, 本手术的特点就是手术视野暴露充分、适用范围广^[5], 但是也是因为腹部切口较大、腹腔暴露时间较长这个原因, 它的术后感染成为常见的并发症之一。

在一般的常规护理模式下, 感染预防主要还是靠围手术期抗生素的预防使用、术中的无菌操作跟术后生理性指标检测、切口护理和鼓励早期活动等等, 这些措施一直都是该手术感染防控的基础, 而且这些措施在一直以来的临床实践也取得了不少的效果^[6], 不过这种模式它的策略相对泛化, 缺乏对患者个体风险差异

观察组患者的平均年龄52.34±6.78岁, BMI为24.15±3.22 kg/m², 疾病构成: 子宫肌瘤85 (70.83%)例、子宫腺肌症28 (23.33%)例及其他疾病7 (5.83%)例, 合并糖尿病者18 (15.00%)例、高血压者25 (20.83%)例。对照组患者的平均年龄为51.89±7.15岁, BMI为24.40±3.56 kg/m², 疾病构成: 子宫肌瘤82 (68.33%)例、子宫腺肌症31 (25.83%)例及其他疾病7 (5.83%)例, 合并糖尿病者15 (12.50%)例、高血压者29 (24.17%)例。经统计学检验, 两组的基线资料差异均无统计学意义($P > 0.05$), 表明两组具有可比性。

2.2 患者的术后感染发生情况与临床相关指标比较

观察组术后的总术后感染发生率均要显著低于对照组患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且观察组患者在术后体温恢复正常时间、术后抗生素使用时间及术后住院日三项指标上, 均显著短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 具体数据见表1。

的精准识别与应对, 所以说在面对存在高龄、肥胖、糖尿病或营养不良等高危因素的患者时, 其预防效果可能受到限制, 导致部分患者仍面临较高的感染风险。

而本研究结果显示, 实施以风险评估为导向的护理干预, 观察组TAH患者的术后感染总发生率相较于对照组从15.83%显著降低至5.00%, 这一数据有力地支持了该策略的有效性。从具体的措施上来看, 传统的感染防控多依赖于普适的规则跟个人经验, 而风险评估的引入, 着构建了一整套系统的流程。术前通过风险评估筛查, 可以使护理干预的焦点前移, 对于识别出的中、高风险患者, 我们的护理措施转为主动的预见性处理^[7], 就譬如说对高风险患者采取的手术部位皮肤准备管理、肠道准备、阴道擦洗、严格控糖与精准营养支持、

预防性抗菌药物使用等,均是针对其薄弱环节进行的靶向加固。这也可以解释为什么观察组在手术切口和泌尿系统这两类与手术创伤及侵入性操作密切相关的感染控制上,有很显著的成效^[8]。术后相关临床指标的改善,也从另一个维度印证了这个策略的效果,更短的体温恢复时间,可能反映了机体对手术应激和潜在炎症反应的更好控制,抗菌药物使用时间的缩短,不仅直接降低了药物相关副作用与经济负担,更深层的意义在于其对遏制细菌耐药性产生的积极贡献,术后住院日的缩短则是上述所有积极效应的最终体现,意味着患者康复质量的优化。

综上所述,风险评估通过量化测评方法并提前落实护理干预措施,在预防 TAH 术后感染方面展现出较明显的优越性,具有较高的临床实用价值。

参考文献

- [1] 邬薇薇,程高,陈琛,等.静脉全麻复合腹横肌平面阻滞对中年经腹全子宫切除术病人围术期注意网络的影响[J].安徽医药,2020,24(08):1521-1524.
- [2] 王瑾瑜.基于思维导图的预防护理在经腹全子宫切除术患者术后康复中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2022,29(09):39-42.
- [3] 李莹.风险评估策略下护理干预对经腹全子宫切除术后感染的预防价值[J].生物医学工程学进展,2025, 46(04): 549-556.
- [4] 张誉铮,董宏亮,陈文森,等.我国与 WHO 医院感染监测标准比较及借鉴启示[J].中华医院感染学杂志,2025, 35(12):1877-1881.
- [5] 王小芹.腹腔镜全子宫切除术与经腹全子宫切除术临床对比研究[J].系统医学,2022,7(11):12-16.
- [6] 占晓芳,盛丽琴.知信行护理模式对子宫肌瘤行经腹全子宫切除术患者心理状态及术后康复的影响[J].中国当代医药,2021,28(08):224-227.
- [7] 兰青.基于风险评估策略下的分层护理在老年髋关节置换术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(18): 186-189.
- [8] 梁洋洋,刘苏玉.基于风险评估理念的保温措施在腹腔镜下全子宫切除术中的临床效果[J].河北医药,2024,46(06): 953-956.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS