



• 论 著 •

普外科伤口感染原因分析及临床治疗研究

马良明

(湖南省怀化市靖州苗族自治县人民医院 湖南怀化 418400)

摘要:目的:探讨普外科伤口感染原因分析及临床治疗研究。方法:选取我院 2016-7 至 2017-7 共 290 例普外科患者,对患者的基本资料和治疗措施进行掌握,记录患者术后具体情况,当患者出现感染后,对感染处进行取样,并实施相对应治疗,对样本进行培养和进一步研究。结果:290 例普外科患者为此次研究对象,术后出现伤口感染的有 25 例,发生率为 8.62%。诱发切口感染的主要因素为性别、住院时间长短、手术时间长短以及切口类型有所关联。结论:普外科患者出现伤口感染的情况多与手术类型、医疗器械未消毒、患者存在基础病以及免疫能力低下等因素有所关联,因此,手术过程中,一定要注意无菌操作,认真对切口进行清洗,对手术室和患者病房实施消毒,提高患者自我卫生洁净,从而可有效降低伤口感染,提高患者康复速度。

关键词:伤口感染;普外科;原因分析及临床治疗

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-130-02

普外科患者在治疗过程中,会应用抗生素进行辅助治疗,但是没有采用合理的抗生素或者应用剂量过多会导致术后伤口出现感染等不良情况,当切口出现感染,细菌会随着血液流通到机体中,从而诱发一系列并发症,不仅增加治疗困难,还会影响患者的心理情绪[1]。根据相关文献报道:普外科患者出现切口感染问题不单纯是手术切口还有其他影响,这一直是医学研究者值得探讨的问题。所以,对普外科患者术后感染情况进行分析有着重要意义。因此,本文针对普外科切口感染的原因进行分析,并针对可能诱发的因素进行防控,尽可能的降低感染率,提高患者康复,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016-7 至 2017-7 共 290 例普外科患者,男性患者 142 例,女 148 例。年龄 23 至 73 岁,平均年龄 (47.46 ± 1.52) 岁;

1.2 纳入标准

①均为普外科患者;②对药物不过敏者;③无凝血障碍;④非精神系统疾病、认知障碍或者语言障碍;⑤非妊娠、哺乳期;⑥患者自愿签订同意书。

1.3 方法

为确保研究结果具有科学性、权威性,将有职业资格证书的专职人员派放到相关科室中,对此次研究进行监督和指导,专业人员跟随医师对患者进行查房、换药等一系列工作流程。同时对患者的基本资料和治疗措施进行掌握,记录患者术后具体情况,当患者出现感染后,对感染处进行取样,并实施相对应治疗,对样本进行培养和进一步研究。

1.4 伤口感染标准

①表层手术切口感染,就是患者切口涉及到皮下组织、皮肤,而且是在术后 30 天内发生;表层切口出现不同程度红热、肿痛、脓性分泌物等特点或者医师确诊为表层手术切口感染;

②深部切口感染:实施植入手术后 12 个月内或者无植入手术后 30 天内,手术切口深部软组织相关部位发生感染,通过穿刺抽取到脓液,或者自然裂开、医师确诊。临床症状为脓性分泌物温度较高,存在压痛或者疼痛的情况;

③腔隙感染:患者实施植入手术后 12 个月内或者没有进行植入手术 30 天内,出现与手术有关的腔隙感染。临床诊断为通过穿刺或者引流有脓性液体,也可通过手术探查、病理组织检查、影像学检查,和器官、腔隙所涉及的感染。

2 结果

2.1 切口感染发生率

290 例普外科患者为此次研究对象,术后出现伤口感染的有 25

例,发生率为 8.62%。

2.2 导致切口感染的相关性因素

诱发切口感染的主要因素为性别、住院时间长短、手术时间长短以及切口类型有所关联。具体见表 1

表 1 导致切口感染的相关性因素 (n, %)

因素		感染人数	比例
性别	女	9	36
	男	16	45.71
住院时间	超过 5 天	7	28
	5-10 天	18	28
	超过 10 天	9	36
手术时间	低于 110min	13	52
	超过 110 min	3	12
切口类型	I	5	20
	II	15	60
	III	5	20

3 讨论

在临床中,对患者进行诊断和治疗过程中应用大量抗生素或者侵入性医疗操作,导致耐药细菌提升,降低机体的免疫能力,从而导致患者极易受到感染。当患者出现外伤感染后不仅增加治疗难度,还会延长住院时间,提升医疗费用,这对患者的心理和生理均有所影响[2]。

外科手术中,由于手术方法不同,伤口感染部位也有所不同。一般手术伤口 II 型和 III 型感染程度比较严重,所以,医务人员要做好宣传教育工作,让患者保持伤口的洁净度和干燥,从而降低伤口感染的情况。

有相关研究报道称:在手术前,对手术病房相关医疗切除消毒不彻底,医务人员没有做好消毒措施,均会诱发伤口感染。所以,在实际工作中,一定要提高对手术室和器材的消毒工作,医务人员穿戴无菌服和手套,认真洗手,提升器材的卫生程度,从而可有效降低患者切口感染的情况,为患者减轻痛苦。

本次研究中得出:诱发切口感染的主要因素为性别、住院时间长短、手术时间长短以及切口类型有所关联。男性发生感染的情况高于,这可能与男性劳动强度有所关联,而且术后患者的免疫能力比较低,出现感染的率较高。手术时间越长诱发感染的机率越高,因为长时间伤口暴露,会增加创面细菌数量,而且手术时间延长后,会增加麻醉剂量和出血量,这对机体的免疫能力均有所影响,从而增加感染机率,医务人员长时间的手术操作会处于疲劳状态,对无菌操作会有



所影响[3]。切口的大小和深度也会影响伤口感染情况,伤口越大越深,暴露的组织也就越明显,实施清创相对较难,极易引发出血的情况,还会遗留异物或者死腔的情况,继而诱发感染[4]。普外科部分患者会存在一些基础病,例如糖尿病、白血病、再生性障碍贫血以及免疫力疾病,均会导致机体免疫能力下降,此类患者发生感染的机率高于其他人。

针对可能诱发伤口感染的因素进行总结后实施相对应解决措施,具体为:医护人员要确保手术室处于干净、无菌的状态,从而降低手术出现伤口感染的情况,可购买净化设备,对手术室进行空气净化。手术结束后,医护人员应用消毒液对地面、墙面各个角落进行擦拭,将手术室细菌杀死。此外,医院应高度重视消毒培训工作,并对换药车配置快速的消毒剂,要求医护人员在术前、术后认真洗手,根据相关要求对手术室进行消毒。在手术过程中,一定按照无菌流程操作,在更换药物时,一定要多加注意,穿戴无菌手套,更换药物后将感染物立刻放置到指定地点进行处理,以免伤口出现感染。本次研究中,290例普外科患者为此次研究对象,术后出现伤口感染的有25例,发生率为8.62%,这与其他研究者所得相关相似[5]。

综上所述:普外科患者出现伤口感染的情况多与手术类型、医疗器械未消毒、患者存在基础病以及免疫能力低下等因素有所关联,因此,手术过程中,一定要注意无菌操作,认真对切口进行清洗,对手术室和患者病房实施消毒,提高患者自我保洁意识,从而可有效降低伤口感染,提高患者康复速度。

参考文献

- [1] 胡孔足,卜海富.闭合复位经电螺钉内固定治疗跟骨移位的关节内骨折[J].临床骨科杂志,2014,5(03):89.
- [2] 王全贵,钱君红,伍罕,等.骨科无菌切口感染的预防与实验研究[J].中华医院感染学杂志,2014,19(6):54-56.
- [3] 郑元,刘延锦,毕慧萍,陶晓坤.充气加温法对颅脑肿瘤开颅手术患者低体温及手术部位感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2015,2(24):98.
- [4] 夏祥碧,刘为克,张倩,刘亮,汪勇.恶性肿瘤医院感染影响因素的病例对照分析[J].中华医院感染学杂志,2015,3(04):152.
- [5] 张卫东,袁媛,范秋萍,胡东生.手术切口医院感染危险因素暴露率长期趋势分析[J].中华医院感染学杂志,2014,5(10):89.

(上接第129页)

3 讨论

胆囊疾病应用超声检查,可有效诊断出睾丸肿瘤的临床特征性,了解病史以及实验室检查排除其他睾丸炎症以及外伤水肿,通过声像特征表现为睾丸白膜内实质性占位性病变,从而可对睾丸肿瘤进行诊断[2]。睾丸肿瘤临床表现初期为炎性肿痛,声像特征为睾丸增大,回声混杂,通过实施一系列的抗炎治疗后,睾丸会有缩小情况,但是回声仍比较混杂,可能为睾丸肿瘤。再检测患者的AFP以及 β -hGG指标,如果指标升高,在通过病理证实,观察是否为胚胎癌。所以,针对睾丸炎性病变过程中,复诊是非常重要的,利于诊断睾丸恶性与良性病变。

回声均匀情况、是否浸润型生长,腹股沟以及腹膜后是否存在肿大淋巴结情况,可根据患者的临床表现以及超声结合评估肿瘤为良恶性。针对无法确诊良、恶性,可实施冰冻切片检查[3]。

一般情况下,睾丸肿瘤为恶性,相关报道称:高频超声可提升诊断睾丸肿瘤的敏感性,从而降低假阳性情况。对睾丸肿瘤的敏感性为100%,特异性为22.9%[4],阴囊高频超声分辨率为1mm,所以,超声对睾丸内部组织细微变化均非常敏感。睾丸肿瘤的病理组织学变化对超声图像进行分析,利于提高诊断准确率。精原细胞瘤是睾丸肿瘤常见类型,可分为典型精原细胞瘤、精母细胞性精原细胞瘤以及间变型精原细胞瘤。而典型精原细胞瘤发生率最高,癌细胞属于分散排列或者巢状。肿瘤有淋巴细胞浸润以及肉芽肿性反应,边界比较清晰、外周有声晕,内部回声为不均匀,治疗后效果比较理想。

睾丸肿瘤发生率发病率最高的为青壮年,本次研究中得知:20-45岁是发病率最高的人群,表明睾丸肿瘤的病理类型分布和年龄段有着密切的关联,所以,在日后超声诊断中,可以把年龄参数作为一项诊断标准,从而提高准确性。超声诊断过程中,还可检查患者腹股沟以及腹膜后的淋巴结是否存在肿大的情况,对肿瘤分期有着重要作用。生殖系统对放射性比较敏感,不建议应用CT诊断,而且核磁共振价格贵,无法普及[5]。

综上所述:睾丸肿瘤应用超声诊断,可将临床症状、患者年龄以及超声声像特征相结合,从而提高超声诊断以及鉴别准确率,超声诊断可成为临床中睾丸肿瘤诊断的主要方法。

参考文献

- [1] 黄维清,纪萍,魏红军.20例睾丸和附睾腺瘤样瘤的临床病理、特染及免疫组化观察[J].河北医药,2001,7(5):388-390.
- [2] Wakhlu A, Chaudhary A, 阿明.婴幼儿巨大睾丸平滑肌肉瘤1例[J].世界核心医学期刊文摘儿科学分册,2005,(2):42.
- [3] 叶烈夫,何延瑜,张元芳.超声检查对睾丸肿瘤的诊断价值(附61例分析)[J].福建医药杂志,2002,24(5):8-10.
- [4] Strauss S, Belenky A, Cohen M, et al. Focal testicular lesion after sperm extraction or aspiration:sonographic appearance simulating testicular tumor[J]. AJR, 2001, 176(9):113-115.
- [5] 郑连文,李付彪,刘睿智,等.睾丸肿瘤87例临床分析[J].中华男科学杂志,2005,11(6):445-447.