

妇产科手术腹部切口感染原因临床分析及应对

王冬丽

贵州省盘州市中医院 贵州盘州 553536

〔摘要〕目的 探讨妇产科手术腹部切口感染发生原因, 临床治疗与预防措施。方法 选取近三年我院妇产科的 46 例妇科手术后腹部手术切口感染的患者, 回顾性分析总结感染发生的原因, 并根据患者的具体情况, 给与患者具有针对性的临床治疗后的恢复情况。结果 上述患者经过临床对症治疗处理, 腹部手术切口均痊愈, 没有患者发生再次感染。合并肥胖的患者的切口愈合时间为 (14.5±1.6) 天, 非肥胖患者的切口愈合时间为 (9.5±1.6) 天, 比较差异具有统计学意义。结论 术后切口感染临床发生率不高, 在围手术期加强护理及注意术中操作, 可以极大程度上避免。

〔中图分类号〕R713 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 01-049-02

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取近三年我院妇产科的 46 例腹部手术切口感染患者, 患者年龄 22-53 岁, 患者平均年龄为 32.2 岁。所有患者均无自觉症状, 患者都是在妇产科手术后第 3-9 天换药时出现切口愈合不良, 且切口有淡黄色液体渗出, 患者切口两端的皮下组织连接不紧密。伤口渗液, 涂片检查可见脂滴, 细菌培养呈阴性, 患者的白细胞水平没有出现明显的增高, 中性分类正常。

2 感染发生的原因分析

2.1 患者年龄及体质

发生感染与患者的年龄成正比, 年龄越大发生感染的几率就越大, 老年患者机体及免疫能力降低, 发生切口感染的几率要高于年轻人群。同时, 过于肥胖的患者由于脂肪层较厚, 影响术野的有效暴露, 因此易发生切口感染。缝合伤口时也会因脂肪层过厚容易留死腔。肥胖者的血容量相对低于瘦者, 血供应少的组织抵抗力差, 更容易导致感染的发生。

2.2 妊娠期贫血

营养不良或已存在的基础疾病和感染灶: 如肺炎、泌尿道感染、子宫腔内感染等, 都会导致使机体免疫、防御机能相对低下, 对细菌的易感性增加, 切口感染率就会增加。

2.3 手术环境及时间

手术时间较长, 出血量较多, 在一定程度上增加了感染的几率, 并且由于手术中的牵拉、触摸, 加重了切口组织的损伤, 致使局部抵抗力下降, 从而增加切口感染的机会。

2.4 难产因素

当产妇发生难产时, 增加了其体能消耗, 导致抵抗能力降低, 下生殖道细菌在胎膜早破时可进入宫腔、羊膜腔内, 在剖宫产娩出胎儿时带入腹部切口, 从而成为条件致病菌导致切口感染。

2.5 未及时更换药物

术后切口应及时换药, 通过换药观察切口的恢复情况, 在换药的同时能够将坏死组织进行清除, 抑制细菌繁殖, 同时促进了新鲜肉芽组织的生长, 如术后换药不及时, 潮湿污染的敷料给细菌提供滋生环境, 会导致大量细菌繁殖增生, 使伤口化脓感染。

3 临床处理方法

患者在确诊的发生了腹部手术切口液化之后, 首先要每日对患者的切口进行 2 次挤压, 尽量将液化的脂肪挤出。在患者的切口上覆盖碘伏纱布, 在可视条件下, 每日对患者进行 2 次红外线理疗治疗。如果患者的手术切口渗液在采取以上措施仍然迁延不愈, 就要及时的拆除患者的手术切口缝合线, 使用生理盐水对患者的切口进行冲洗, 并且采取加压包扎的方式进行包扎, 同时给与抗生素进行预防感染。如果患者的切口渗液量较大, 要及时的对患者的切口部位进行消毒处理, 将液化的组织清除, 每隔 1 天为患者换药 1 次, 换药后使用无菌胶布进行固定, 及时的清除患者的死腔。针对经过以上处理还不能很好愈合的患者, 必要时给与拆除缝合线进行切口引流治疗, 等到患者的切口重新生长出新鲜的肉芽组织之后, 对患者的手术切口进行 II 期缝合。

4 预防措施

4.1 对于较胖的患者

应指导其合理安排饮食, 注意营养的均衡摄入, 合理控制体重的增加; 指导患者术前多吃水果蔬菜, 少吃脂肪过多的食物, 达到控制体重的目的, 对术后伤口的恢复起到一定的作用。

4.2 术前营养及支持治疗

手术前应根据患者的情况加强营养及支持治疗, 对于营养状况不良且消瘦的患者应加强营养支持, 指导患者进食低能量、低脂肪、低膳食纤维的食物, 遵循少量多餐的原则, 合理安排饮食, 增加蛋白质、维生素的摄入, 保证机体有充足的营养, 纠正各种原因的贫血以及提高血浆蛋白水平, 有效提高机体抵抗力。

4.3 术前基础疾病的治疗

积极治疗原发病, 以减少术后切口感染的发生, 对糖尿病患者应指导其积极控制血糖, 另一方面, 基础疾病经过治疗后, 患者机体免疫力也会提高, 进一步减少术后切口感染机会。

4.4 保持手术环境清洁, 缩短手术时间

缩短手术时间, 在手术前因制定好操作方案, 术中注意保护组织, 止血彻底, 尽量减轻手术创伤十分必要。另一方面在手术中要慎用高频电刀, 防止脂肪液化, 对切口严格进行冲洗和消毒, 在对脂肪层缝合时不留死腔, 切口缝合的时候应拉紧适度, 保证缝合面整齐、平整, 这对预防切口感染

(下转第 52 页)

在妊娠早期，母体能够正常分泌甲状腺激素并通过胎盘将其传递给胎儿，有助于新生儿的正常生长发育。如果在妊娠早期母体甲状腺功能发生障碍，供给胎儿的甲状腺激素剂量过少，则极易对新生儿脑部的发育产生严重影响，导致易出现流产、剖宫产、早产、死胎、新生儿窒息等不良妊娠结局，新生儿在生长发育过程中表现出神经组织发育不良、精神障碍、智力低下或者身材矮小等畸形状况^[4]。因此，对妊娠合并 SCH 患者应当尽早采取有针对性的干预措施进行治疗，能够有效防止自然流产、早产、胎盘早剥、妊娠高血压、妊娠期糖尿病、低出生体质量儿、新生儿呼吸窘迫综合征、胎死宫内、胎盘早剥等多种并发症及不良妊娠结局的发生，对于确保获得满意的妊娠结局具有重要意义^[5]。本次研究结果显示，通过采取积极有效的治疗干预措施，治疗组的不良妊娠结局总发生率和各种并发症的总发生率明显低于未治疗组 ($P < 0.05$)；而治疗组与正常健康孕妇的参照组比较无明显差异 ($P > 0.05$)。

综上所述，针对对妊娠合并 SCH 患者采取积极有效的治

疗干预措施，能够有效控制妊娠结局的风险，降低并发症的发生率，改善妊娠结局。

[参考文献]

[1] 李夏芳, 张春年. 早期治疗妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症对妊娠结局的影响[J]. 中国医学创新, 2018, 15(34):13-16.
 [2] 赵艳. 妊娠合并亚临床甲状腺功能减退症的早期治疗对妊娠结局的影响分析[J]. 中外医疗, 2018, 37(29):22-24.
 [3] 陈志清, 陈洁波, 黄丽玉. 妊娠早期发现的亚临床甲状腺功能减退对妊娠结局的影响分析[J]. 中国处方药, 2018, 16(06):147-148.
 [4] 李恩芳. 妊娠早期亚临床型甲状腺功能减退症对妊娠结局的影响及药物治疗效果[J]. 新乡医学院学报, 2018, 35(05):404-406.
 [5] 甄妙平. 妊娠早期甲状腺功能减退症与妊娠结局及新生儿并发症的相关性[J]. 数理医药学杂志, 2018, 31(04):477-479.

(上接第 49 页)

极为重要。

4.5 防止医院感染的发生

在治疗的过程中要提高技术，缩短患者的住院时间，选好时机尽早实施手术，及早手术可明显减少医院内耐药菌株在患者皮肤黏膜部位的定植。指导患者术后住院期间不要随意串病房，医务人员在接触患者手术切口前应洗手戴手套，同时要加强对病房环境卫生的管理，开窗通风，保持空气清新。

4.6 术后切口护理

手术完毕后应坚持定期更换药物，及时更换敷料，防止潮湿的敷料给细菌提供滋生环境导致细菌大量繁殖，为患者伤口换药前，医务人员应做好手的清洁工作，戴上无菌手套严格无菌操作，每日观察患者的腹部切口情况，如发现伤口红肿、渗液要积极处理，根据药敏试验，选择敏感抗菌药物，防止感染加重。对于肥胖患者或是术后伤口不易愈合的患者，可给予红外线照射切口，促使伤口干燥和组织生长。

总之，妇产科术后切口感染是最常见的院内感染。降低术后切口感染是一项长期而艰巨的工作，精湛的手术技巧、严格的无菌操作、黏膜屏障功能的保护，手术室的质量管理等方面的工作都在防治切口感染中起着重要作用。只有感染管理科专职人员与手术医生、手术室人员等共同寻找原因，制定相应预防措施，做好各个环节的工作，才能减少切口感染的发生，降低医院感染发生率，确保医疗质量。

[参考文献]

[1] 徐秀华. 临床医院感染学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998:163.
 [2] 丁国英, 王婕玲. 非生物性因素引发切口感染及对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(7):775.
 [3] 朱示俊. 现代医院感染学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1998:168-171.
 [4] 邓传英. 加强手术室质量管理减少切口感染的发生[J]. 护理研究: 中旬版, 2003(2):213-215.

(上接第 50 页)

出血患者诊断中的应用需要重点注意一点，即检查的最佳时间为出血后 24-48 小时，该时间段内检查能够明确出血部位情况，还能够避免浅表出现修复情况，增加检查难度^[3]。随着急诊内镜的不断发展和普及，上消化道出血检查的准确性也在不断提升，且能够更加精准的明确出血部位、出血速度以及出血量，为临床诊断提供准确的诊断结果。内镜治疗在上消化道出血患者治疗中的应用能够通过药物喷洒、药物注射以及电凝等止血方式对出血位置进行止血处理。

本次研究中，20 例患者经内镜诊断包含消化性溃疡患者 9 例，占比为 45%；恶性肿瘤患者 5 例，占比为 25%；急性胃黏膜病变患者 5 例，占比为 25%；另有 1 例患者出血原因不明，占比为 5%，经内镜止血治疗后 19 例患者止血成功，止血有效

率为 95%。可见，急诊内镜在上消化道感染患者诊断及治疗中的应用能够有效提升诊断准确率，缩短诊断时间，为临床止血治疗争取时间，提升止血效果。

综上所述，上消化道出血患者临床诊治中急诊内镜的应用效果显著，值得进行广泛的推广和应用。

[参考文献]

[1] 急性非静脉曲张性上消化道出血的消化内镜诊治及再出血危险因素研究[J]. 临床急诊杂志, 2016(7):524-528.
 [2] 急诊非静脉曲张性上消化道出血内镜诊治时间延长的相关因素分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(3):460-462.
 [3] 吴奎. 急诊内镜治疗非静脉曲张性上消化道出血的临床观察[J]. 中国医药指南, 2018, v.16(11):211-212.