

肝癌患者肝脏部分切除术后感染的影响因素分析

贾顺飞 胡佩瑜

66029 部队 92 分队

【摘要】目的 观察分析肝癌患者肝脏部分切除术后感染的影响因素。**方法** 我院 2018 年 1 月-2018 年 12 月收治的 65 例肝癌患者为本次研究对象,在征得患者、患者家属同意的情况下肝脏部分切除术,比较术后发生感染的 21 例患者(感染组)与术后未发生感染的 44 例患者(未感染组)相关影响因素。**结果** 感染组患者与未感染组相比普遍年龄超过 60 岁、合并糖尿病、白蛋白低于 35g/L、手术时间超过 300min、术中出血量超过 400mL、引流管放置时间超过 7 天,两组患者各项数据差异明显, $P < 0.05$ 。**结论** 肝癌患者肝脏部分切除术后感染的发生与个体年龄、是否合并糖尿病、白蛋白含量、手术时间、术中出血量以及引流管放置时间均有密切的联系。

【关键词】 肝癌; 肝脏部分切除术; 术后感染; 影响因素

【中图分类号】 R735.7

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 02-005-02

肝癌属于临床较为常见的恶性肿瘤且死亡率高,肝癌临床治疗主要方法为切除肝脏恶性肿瘤病灶,肝脏部分切除术在临床得到了一定的推广,近些年临床对肝脏免疫功能研究不断深入,调查发现肝癌患者行肝脏切除术后其感染率可高达 30%,因此探究影响肝癌患者肝脏部分切除术后感染因素对提升肝脏部分切除术安全性就显得十分重要^[1]。本次研究比较我院 2018 年 1 月-2018 年 12 月肝癌患者肝脏部分切除术后发生感染的患者与未发生感染患者相关资料,从而分析肝癌患者肝脏部分切除术后感染相关影响因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

感染组 21 例肝癌行肝部分切除术患者中男(13 例)女(8 例)比例为 13:8,手术类型:其中有 9 例患者行左半肝切除术,有 7 例患者行右半肝切除术,有 4 例患者为肝段叶切除术,有 1 例患者行肝左外叶切除术。未感染组 44 例肝癌行肝部分切除术患者中男(24 例)女(20 例)比例为 6:5,手术类型:其中有 20 例患者行左半肝切除术,有 11 例患者行右半肝切除术,有 8 例患者为肝段叶切除术,有 5 例患者行肝左外叶切除术。两组患者在性别、手术类型等方面不存在统计学差异, $P > 0.05$ 。

1.2 病例选择标准

我院 2018 年 1 月至 2018 年 12 月肝癌行肝脏部分切除术的患者在术前均经病理检查确诊,患者均符合肝癌临床诊断标准,患者均签署相关知情协议,行肝脏部分切除术,患者

术前 Child-Pugh 分级均属于 A 级或 B 级,均顺利完成手术,其中 21 例患者术后发生感染,有 12 例为肺部感染,有 5 例为手术切口感染,有 2 例为泌尿系感染,有 2 例为腹腔内感染。排除标准:(1)排除其他脏器癌症肿瘤转移至肝致继发性肝癌患者。(2)排除合并其他脏器肿瘤或原发性肝癌发生远端转移患者。(3)排除术前合并躯体感染患者。

1.3 方法

收集感染组与未感染组两组患者年龄超过 60 岁个体例数与年龄未超过 60 岁的个体例数、合并糖尿病与未合并糖尿病患者、白蛋白低于 35g/L 与白蛋白超过 35g/L 患者、手术时间超过 300min 与手术在 300min 以内患者、术中出血量超过 400mL 与术中出血量在 400mL 以内患者、引流管放置时间超过 7 天患者与引流管放置时间在 7 天以内的患者。

1.4 观察指标

比较感染组患者与未感染组患者相关基本资料差异。

1.5 统计学处理

选择 SPSS21.0 统计软件包,结果中以 (%) 表示的相关计量数据,两样本百分数用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

观察比较两组患者相关基本资料差异,具体情况(见表 1),感染组患者年龄超过 60 岁的个体、合并糖尿病的个体、白蛋白低于 35g/L 个体、手术时间超过 300min 个体、术中出血量超过 400mL 个体与引流管放置时间超过 7 天的个体所占比例均明显高于未感染组。

表 1: 两组患者相关资料差异 [n/%]

例别	例数	年龄		是否合并糖尿病		白蛋白水平	
		<60 岁	≥ 60 岁	是	否	<35g/L	≥ 35g/L
感染组	21	5 (23.81%)	16 (76.19%)	17 (80.95%)	4 (19.05%)	15 (71.43%)	6 (28.57%)
未感染组	44	38 (86.36%)	6 (13.64%)	5 (11.36%)	39 (88.64%)	7 (15.91%)	37 (84.09%)
T 值		5.871	5.781	5.861	5.874	5.781	5.326
P 值		>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05

例别	例数	手术时间		术中出血量		引流管放置时间	
		<300min	≥ 300min	<400mL	≥ 400mL	<7 天	≥ 7 天
感染组	21	4 (19.05%)	17 (80.95%)	6 (28.57%)	15 (71.43%)	4 (19.05%)	17 (80.95%)
未感染组	44	35 (79.55%)	9 (20.45%)	34 (77.27%)	10 (22.73%)	33 (75.00%)	11 (25.00%)
T 值		4.779	4.281	5.762	5.274	5.774	5.256
P 值		>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05	>0.05	< 0.05

3 讨论

原发性肝癌患者手术后机体各项机能可出现不同程度的减退,患者免疫能力降低,年龄超过 60 岁的老年肝癌患者,肝

脏部分切除术对机体影响较大,患者术后机体恢复比成年人要长^[2]。近些年相关调查研究显示老年患者术后卧床时间长,

(下转第 8 页)

入发达地区。少数儿童家长受生活条件和文化水平的影响,对儿童疾病预防认识不足,导致预防观念淡薄,在一定程度上降低儿童疫苗接种的主动性和积极性,同时也会对流动儿童计划免疫接种率带来一定影响。

儿童家长作为流动儿童的主要监护人,其对计划免疫知识的知晓程度可直接影响流动儿童计划免疫接种率。据相关资料表明^[3]:做好流动儿童计划免疫工作应以健康教育为基础,以此获得保障,达到提高接种覆盖率的目。在本次实验中,随机选择一个流动人口密集的小区开展4个月的社区健康教育,干预后儿童家长对计划免疫知识知晓率高于干预前,且干预后儿童疫苗接种的疫苗覆盖率也高于干预前,足以说明将社区健康教育应用于流动人口儿童计划免疫工作中,有助于提高家长对相关知识的认知程度,充分了解计划内免疫和计划外免疫之间的关系,提高疾病预防意识。与此同时,控制严重传染病的关键点就在于对易感人群——儿童进行科学、有效的疫苗接种。因此,对于流动人口较为密集的地区,进行社区健康教育宣传,能够帮助流动儿童享有接种权,提高计划免疫疫苗接种率。另外,由于流动人口的复杂性和流动性,

单独卫生部门尚不能及时完成计划免疫工作,需与其他部门合作,如居委会、幼儿园、街道办事处等,使该项工作得以有效、系统性的落实^[4]。

综上所述,社区健康教育对流动人口儿童计划免疫的干预效果极佳,有助于提高儿童接种率,增加儿童家长对该项工作的认识,值得推广。

参考文献

- [1] 元国志, 陈明清. 社区健康教育对流动人口儿童计划免疫的干预效果[J]. 宁波医科大学学报, 2014, 36(8): 931-933.
- [2] 魏士和. 社区健康教育在改善流动人口儿童计划免疫中的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(10): 1389-1390.
- [3] 王庆冬. 社区健康教育对流动人口儿童计划免疫的干预效果评价[J]. 中国卫生产业, 2015, 12(31): 171-174.
- [4] 吴亚琴, 薛丽萍, 翁昊艺, 等. 2013年流动儿童计划免疫现状及影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2016, 32(12): 1066-1070.

(上接第4页)

比有统计学意义($p < 0.05$);

表2: 患者术后恢复速度情况($\bar{x} \pm s, d$)

分组	肛门通气时间	下床活动时间	住院时间
观察组	3.75±0.62	4.21±0.78	11.49±1.08
对照组	5.79±0.94	6.84±1.12	15.64±2.37

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

胰腺肿瘤围术期运用快速康复护理在一定程度上可以帮助患者加快治疗恢复速度,减少恢复延误带来的经济成本提升,降低患者治疗负担,提升患者治疗体验,有助于人们对医疗工作形象的提升。具体处理上,要考虑实际患者个体情况差异,保持灵活针对性应对。护理方案要因人制宜与因地

制宜的展开,避免笼统单一呆板的处理办法。要培养护理人员细致观察、判断的能力,有效的收集患者综合情况,保证护理方案设计的合理性。

综上所述,胰腺肿瘤围术期运用快速康复护理后患者恢复速度更快,并发症更少,整体体验更好。

参考文献

- [1] 陈玲. 快速康复护理用于胰腺癌围手术期患者中的临床效果观察[J]. 糖尿病天地, 2018, 15(9):253-254.
- [2] 汪靓, 王丽萍. 快速康复护理在胰腺癌围手术期患者中的应用效果[J]. 健康周刊, 2018, (9):155.
- [3] 马琪, 杨艳英. 快速康复护理模式对胰腺癌患者腹腔镜手术治疗的临床作用[J]. 母婴世界, 2018, (22):3-4.

(上接第5页)

由于个体心肺功能生理性减退,患者术后易发生肺部感染、坠积性肺炎等并发症,除此之外,手术时间过长,可增加患者术腔暴露在空气中的时间,增加腹腔与空气中粉尘、细菌接触机率。术中出血量多大、引流管放置时间过长以及白蛋白含量低,均可降低机体免疫力,从而提升患者术后感染发生率。糖尿病属于临床常见免疫系统疾病,糖尿病患者由于机体胰岛素异常,血糖超过正常水平,患者体内微小血管结构和功能发生改变,炎性因子增多,为机体细菌增殖提供良好的有利条件^[3]。

综上所述,对于肝癌患者肝脏部分切除术患者医师应根据

个体一般资料给予抗生素术后抗感染治疗,以降低术后感染发生率。

参考文献

- [1] 李辉, 于森, 刘成科等. 肝癌患者肝脏部分切除术后感感染的影响因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(24):5611-5614.
- [2] 于桂青, 于朝霞, 王佳等. 肝癌患者术后颈内静脉导管感染因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 14(19):4836-4837, 4878.
- [3] 曾峰, 谢小培, 孙晓霞等. 肝癌患者术后颈内静脉导管相关感染因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 1(3):638-640.

(上接第6页)

综上所述,在髋髌部骨折合并内科患者的手术治疗期间,采用综合治疗策略,有效控制内科疾病,为手术治疗安全、顺利的进行创造良好的条件。

参考文献

- [1] 张子安, 王英振. 老年髌部骨折的围手术期处理及康

复治疗现状[J]. 中国矫形外科杂志, 2016, 24(20):1876-1880.

[2] 顾宏菲, 王金鸿. 老年髌部骨折合并内科疾病时的围手术期处理[J]. 健康研究, 2015, 35(06):705-706.

[3] 周鑫, 陈付艳, 刘世琬, 等. 影响老年髌部骨折患者围术期及术后生存期的高危因素分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(27):3854-3856.