

妇产科腹部切口脂肪液化采用胰岛素联合物理治疗的疗效研究

赵翠霞

定西市安定区凤翔镇卫生院妇产科 甘肃定西 743000

【摘要】目的 探讨妇产科腹部切口脂肪液化采用胰岛素联合物理治疗的疗效。**方法** 选取 2021 年 1 月-2023 年 3 月本卫生院院所收治的 40 例妇产科腹部切口脂肪液化患者为研究对象, 随机均分 2 组, 对照组采用常规治疗, 观察组采用胰岛素联合物理治疗, 对比两组患者治疗相关数据。**结果** 观察组患者再次缝合率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 伤口平均愈合时间以及平均住院时间均显著短于对照组 (P 均 < 0.05)。**结论** 妇产科腹部切口脂肪液化患者, 治疗中给予胰岛素联合物理治疗, 能够缩短伤口愈合时间和住院时间, 治疗效果显著, 值得临床推广应用。

【关键词】 胰岛素; 物理治疗; 腹部切口脂肪液化; 愈合

【中图分类号】 R656

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2023) 05-053-02

妇产科患者出现脂肪切口液化是临床常见病症, 主要是指脂肪细胞出现损伤、坏死与液化时, 脂肪崩解的产物脂肪酸刺激刺激到周围组织而产生的一种炎症反应, 该现象出现的原因和医生的治疗技术、手术操作和患者本人的身体素质联系紧密, 该症状会加大感染几率, 对于患者的身体健康造成了严重的威胁, 因此必须要尽早采取有效的治疗措施改善患者的临床症状^[1]。本次研究了 40 例妇产科腹部切口脂肪液化患者, 分析了胰岛素联合物理治疗在妇产科腹部切口脂肪液化治疗中的临床效果, 具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2023 年 3 月本卫生院院所收治的 40 例妇产科腹部切口脂肪液化患者为研究对象, 纳入标准: ①经诊断均为妇产科腹部切口脂肪液化患者; ②顺从性较高患者; ③临床资料完整患者; ④所有患者均采取自愿原则参与此次研究, 且签了知情同意书; 排除标准: ①心、肝肾等器官损伤严重患者; ②配合度较低患者; ③思维能力缺失; 语言表达能力欠缺者; ④精神病史患者。随机均分 2 组, 其中, 对照组患者的年龄在 23~35 岁; 平均年龄 (27.85±4.12) 岁; 观察组患者的年龄在 24~37 岁; 平均年龄 (28.28±5.73) 岁。两组患者在各项一般资料中均无差异, 可以进行对比 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

对照组采用常规治疗措施: 在术后严密观察患者的切口变化情况, 拆除患者的伤口的缝线, 先挤压患者切口, 并使用生理盐水冲洗伤口表明分泌物, 清洗结束后清理坏死组织, 之后将渗出物质清理干净。及时帮助患者更换敷料, 确保伤口的干净。坚持每天至少换三次药, 根据患者的康复情况确定是否拆线, 待患者肉芽组织长出之后, 给予患者再次缝合。

观察组在常规治疗的基础上采用胰岛素联合物理疗法: 物理疗法主要采用微波照射患者伤口部位, 2 次/d, 30min/次。之后放入引流管, 使用盐水纱布对其覆盖, 连续更换三天, 每日两次, 待切口长出肉芽, 在在患者拆线之后, 使用 3u 胰岛素后的 50% 葡萄糖液冲洗患者伤口, 之后用胶带固定, 两天后取出胶带, 观察伤口愈合情况, 若伤口没有恢复则吸出液体后换药, 待切口脂肪液化现象消失后, 停止治疗。

1.3 评定标准

对比两组患者伤口再次缝合率, 同时对比两组患者伤口平均愈合时间以及平均住院时间。

1.4 统计学方法

以 SPSS22.0 统计学软件进行数据的处理和分析, 应用 ($\bar{x} \pm s$) 和 (%) 进行观察指标的计量和计数, 通过 t 值和 χ^2 检验资料, 结果满足 $P < 0.05$, 两组对比具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者伤口再次缝合率

观察组患者再次缝合率 1 例 (5.00%) 显著低于对照组的 4 例 (20.00%) ($\chi^2=12.014$, $P=0.000 < 0.05$)。

2.2 两组患者伤口愈合时间与住院时间对比

观察组患者伤口平均愈合时间以及平均住院时间均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。如表 1 所示:

表 1: 两组患者伤口愈合时间与住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	伤口平均愈合时间 (d)	平均住院时间 (d)
观察组 (n=20)	7.01±1.15	7.71±2.05
对照组 (n=20)	8.58±2.02	11.75±2.54
t	3.277	4.812
p	0.041	0.025

3 讨论

如果患者周边切口部位的脂肪出现液化、坏死、液化、损害等情况就会导致妇产科患者腹部脂肪液化, 若脂肪细胞遭到不同程度的损坏, 也会刺激脂肪酸, 发生炎症, 和感染类似, 但这种脂肪液化情况长期持续下去会加重患者病情, 增加感染概率, 增加住院时间, 给患者和家属增加经济负担和精神压力, 使患者病情恶化, 不利于患者康复^[2]。研究表明^[3], 若患者伤口长时间的暴露在外, 或是受到机械的反复刺激, 则很容易导致伤口出现氧化分解的情况, 进而使得患者出现炎症症状, 增加了切口液化的发生率。导致患者切口脂肪液化的原因包含了以下几项: ①在进行手术时对于患者的切口缝合不当, 在组织层上对合不佳, 缝合较松而导致死腔的情况发生; ②手术时间较长, 使得伤口长时间暴露在空气外, 且没有对伤口进行良好的保护, 手术过程中过渡的牵拉使得脂肪组织出现氧化分解反应; ③止血不够彻底, 导致了血肿与渗血的情况发生。因此, 在手术过程中, 需要注重上述几点, 通过采用电刀的方式对腹部切口脂肪液化情况进行预防; 对于活动性出血则需要采用钳压来进行止血。

在传统的腹部切口脂肪液化处理中, 当患者切口出现液体渗出之后, 首先需要确定液体渗出的范围与位置, 若范围不大渗液量较少, 则可以采用挤出渗液加以微波治疗的方式来改善患者的临床症状; 若患者的渗液量较大、范围较广, 则可以在微波治疗的基础上联合使用药物治疗, 进而达到治疗

(下转第 56 页)

重症肌无力属获得性神经肌肉传导疾病,由病理性自身抗体引起,如:AchR、MuSK 或 LRP4 等,以 AchR 较常见^[4,5]。研究发现,发病年龄晚、AchR 抗体高滴度、合并性腺等,均会提高 AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体继发性风险。早期给予免疫抑制药物,可降低继发性风险。因此,早发现、早诊断对患者预后改善有利^[5]。

当前,在重症肌无力临床诊断,已广泛使用与重症肌无力相关的血清抗体检测,以 ELISA 法应用较广泛,而 IIF 法应用较少。本文主要探究 ELISA 法和 IIF 法 AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体在重症肌无力的诊断价值,并比较两组检查方式对胸腺型、非胸腺型重症肌无力患者中的诊断价值。

本研究显示,IIF 法检测 AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体阳性检出率比 ELISA 法高,差异显著($P<0.05$)。说明使用 IIF 法各抗体阳性检出率高于 ELISA 法。同时,在胸腺型重症肌无力患者中,IIF 法检测与 ELISA 法相比,无显著差异($P>0.05$)。在非胸腺型重症肌无力患者中,IIF 法比 ELISA 法高,差异显著($P<0.05$)。AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体表达与重症肌无力患者年龄、性别无关,但与患者病理分型相关,且在胸腺型表达较高。因此,非胸腺型患者血清抗体检测诊断效能不高。本研究显示,在非胸腺型患者中,IIF 法阳性检出率比 ELISA 法高,说明:IIF 法能弥补 ELISA 法的不足。此外,用 ROC 曲线分析,显示,在重症肌无力诊断中,IIF 法优于 ELISA 法。进一步说明在重症肌无力诊断中,应用 IIF 法检测 AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体的诊断效能高于 ELISA 法。

综上所述,间接免疫荧光法检测 AchR 抗体、MuSK 抗体

和 LRP4 抗体对重症肌无力的诊断效能高,抗体阳性检出率比 ELISA 法高,尤其是非胸腺型重症肌无力患者。

参考文献

[1] 谭颖,杨雪倩,郑艺明,等.IRA 和 ELIA 检测血清乙酰胆碱受体抗体对重症肌无力诊断的准确性和一致性[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2023,30(02):79-83+95.

[2] 韩波,朱思绮,朱敬轩,等.联合检测 AchR-Ab 和抗横纹肌抗体对重症肌无力的诊断价值[J].国际检验医学杂志,2021,42(14):1687-1690.

[3] 邹玲莉,蔡定军,陈学波.间接免疫荧光法检测 AchR 抗体、MuSK 抗体和 LRP4 抗体在重症肌无力诊断中的价值[J].中国实验诊断学,2021,25(05):654-657.

[4] 袁慧姣,韩波.重症肌无力患者外周血 PD-1 和 IL-23 水平及其与 AChR-Ab、病情严重程度相关性[J].临床误诊误治,2021,34(03):63-68.

[5] 韦梦露,安梅.神经电生理学检查在 MGFA 分型重症肌无力患者诊断中的应用[J].现代诊断与治疗,2021,32(03):451-453.

[6] 王立利,张淑敏,王红芳,等.血清 AchRAb 及补体在儿童重症肌无力中的水平及诊断价值[J].中国临床研究,2020,33(10):1383-1386.

表 4: 两种检测方式对重症肌无力的诊断效能分析

检查方式	曲线下面积	95% 可信区间	
		下限	上限
ELISA 法	0.855	0.801	0.911
IIF 法	0.938	0.899	0.975

(上接第 53 页)

的效果^[4]。相比与常规治疗措施,胰岛素联合物理治疗的优势主要体现在以下几点:(1)采用胰岛素治疗能够有效促进患者的伤口愈合,降低患者的二次损伤率,并且使用胰岛素对伤口进行冲洗,能够有效清除周围的坏死的组织,降低脂肪液化的发生率,避免患者出现血肿症状,进而达到止血的效果;(2)采用物理微波进行照射治疗,能够通过高温达到消炎与灭菌的效果,进而有效提高患者的血液循环,提高伤口的愈合速度;当患者肉芽长出之后,加入胰岛素葡萄糖液进行冲洗,还能够促使伤口处于高渗状态,具有一定的粘合作用,对于患者的伤口愈合有着显著的效果^[5]。在本次研究中,观察组患者再次缝合率显著低于对照组($P<0.05$),伤口平均愈合时间以及平均住院时间均显著短于对照组($P<0.05$)。数据说明,实施药物和物理疗法进行治疗取得的效果更好。

综上所述,相比于常规治疗措施,胰岛素联合物理治疗能

够有效降低患者再次缝合率,提高患者的治疗效果,在妇产科腹部切口脂肪液化中具有较高的应用价值。

参考文献

[1] 茹敏晖,覃亦伟,黄美珍,朱小红,汤志萍,汤嘉敏.康复新液联合湿性敷料治疗腹部切口脂肪液化的应用[J].中国医药科学,2021(15):208-211.

[2] 孟长荣.妇产手术患者腹部切口脂肪液化的临床治疗体会[J].医药卫生,2023(4):115-118.

[3] 彭润松,张国华.高压氧联合中药加压外敷对肥胖孕妇剖宫产切口脂肪液化的影响[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2018,25(6):382.

[4] 胡鹏飞.治疗妇产科腹部切口脂肪液化患者的临床分析[J].医药卫生,2022(8):34-36.

[5] 刘秀梅.妇产科腹部手术切口脂肪液化的原因及预防措施分析[J].中国实用医药,2021(32):73-76.

(上接第 54 页)

术与开腹阑尾切除术的对比研究[J].中国普外基础与临床杂志,2021,18(12):1327-1329.

[2] 张伟耀,周霞.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的并发症大样本对比分析[J].中国全科医学,2021,17(03):322-324.

[3] 王英俊,黄磊.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾手术的对比分析[J].大家健康(学术版),2021,9(22):104-105.

[4] 庞永奎.腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗急性穿孔性阑

尾炎的疗效对照分析[J].中华普通外科学文献(电子版),2022,9(06):491-493.

[5] 牟剑虹.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究[J].工企医刊,2022,1(06):486-487.

[6] 李清,张忠民.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究[J].大家健康(学术版),2021,9(06):107-108.

[7] 陈海英,陈克绒,黎枝红.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的对比观察与护理[J].当代护士(下旬刊),2021,1(07):62-64.