

3 讨 论

3.1 腹腔镜下子宫次全切除术的主要适应证 腹腔镜下子宫次全切除术是治疗子宫良性疾病的一种理想术式^[5]。与开腹手术相比,具有恢复快、创伤小以及术后病死率低等优点^[6]。主要适应证:子宫肌瘤或子宫腺肌症(瘤)需行子宫切除而保留宫颈者。

3.2 子宫动脉阻断的意义 在处理子宫血管时,如凝固不彻底而剪断时,常导致明显出血而影响手术,一旦发生出血,腹腔镜下止血将困难而烦琐,以致中转开腹或并发症的发生^[7]。子宫动脉阻断术在子宫动脉上生物夹,可以阻断子宫血供,减少了术中出血量。本研究组术中平均出血量(77.4±16.3)mL,对照组术中平均出血量(86.5±11.8)mL,子宫动脉阻断术中出血量明显少于单纯子宫动脉套扎,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组行子宫次全切除术中有1例在旋切子宫体时宫颈套扎线圈被切断,2例宫颈套扎圈滑脱,而致术中出血达460mL;研究组术中1例宫颈套扎圈滑脱,致术中出血增多至220mL,为防止在旋切子宫体时宫颈套扎圈滑脱或被切断,子宫动脉单纯套扎术往往残留宫颈过长,残留组织可能发生疾病。而子宫动脉阻断术减少了残留宫颈的长度,从而避免或减少了残留组织病变。对于操作熟练、解剖层次清楚的术者,分离子宫动脉并不会增加手术时间,因为子宫动脉上生物夹,能有效阻断子宫血供,在套扎线圈被切断或滑脱时,不会因残留宫颈大量出血而增加手术难度,延长手术时间。本组中研究组平均手术时间(95.4±14.4)min,对照组平均手术时间(94.7±16.1)min,两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.3 并发症 冷金花等^[8-9]报道腹腔镜下子宫切除术并发症发生率最高达4.81%。本研究常规腹腔镜下子宫次全切除术组出现膀胱损伤1例。该患者2年前有经腹子宫下段剖宫产史,术中探查见膀胱子宫下段广泛致密粘连,在分离粘连时发生膀胱损伤,经泌尿科台上会诊,修补膀胱,痊愈出院,出院后无不良反应。盆腔手术史可使膀胱损伤的危险性增加^[10],须严格掌握腹腔镜手术的适应证及禁忌证,如遇盆腔粘连较重,应尤其小心分离粘连,避免损

伤,必要时中转开腹手术。

综上所述,子宫动脉阻断的腹腔镜子宫次全切除术具有创伤小、恢复快、并发症少等优点,宫颈残留组织少,减少了残留组织病变的远期并发症发生,值得临床普遍推广。

参考文献

- [1] 罗剑儒,陈颖,杨延林,等. 1860例妇科腹腔镜手术并发症分析[J]. 四川大学学报:医学版,2007,38(2):364.
- [2] 巩鹏,王忠裕,李克军. 腹腔镜胆囊切除术后恶心呕吐研究进展[J]. 中国微创外科杂志,2004,4(6):481-482.
- [3] 夏恩兰. 子宫切除术的术式选择[J]. 国外医学:妇产科学分册,2005,32(5):269-270.
- [4] 苏园园,韩燕华,张樱樱,等. Liga Sure与超声刀在全腹腔镜子宫切除术中的应用[J]. 中国微创外科杂志,2009,9(7):613-617.
- [5] 李光仪. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:89-301.
- [6] Boehler M, Mitterschiffthaler G, Schlager A. Korean hand acupuncture reduces postoperative nausea and vomiting after gynecological laparoscopic surgery[J]. Anesth Analg, 2002, 94(4): 872-875.
- [7] 姚书忠. 腹腔镜子宫切除术[J]. 实用妇产科杂志,2002,18(2):72-74.
- [8] 冷金花,郎景和,黄荣丽,等. 腹腔镜手术并发症34例分析[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(3):146-149.
- [9] 冷金花,郎景和,李志刚,等. 腹腔镜手术并发症及其相关因素分析[J]. 现代妇产科进展,2002,11(6):430-433.
- [10] 刘建忠,朱晓红. 腹腔镜筋膜内子宫切除术28例临床分析[J]. 交通医学,2007,21(5):585-586.

(收稿日期:2013-06-18)

壳聚糖长效抗菌材料在气管切开换药中的应用

董建芬(重庆医科大学附属第二医院神经外科,重庆400011)

【摘要】 目的 探讨壳聚糖长效抗菌材料在气管切开换药中的应用效果。方法 选取2012年1月至2013年1月神经外科54例脑出血气管切开患者,分为对照组(20例,换药中未给予壳聚糖长效抗菌材料)和观察组(34例,换药中给予壳聚糖长效抗菌材料)进行1年的对比观察及效果分析(每例患者住院在3个月以上且无气管切开并发症发生)。结果 观察组皮肤受伤程度、发生的时间和术后切口处换药次数明显优于对照组,差异均有统计学意义($\chi^2=9.7, P<0.01$; $t=7.03, P=0.02$; $t=10.12, P=0.01$)。观察组34例患者中气管切开局部无感染发生,对照组20例患者中18例切口部发生感染。结论 壳聚糖长效抗菌材料在气管切开换药中能预防切口组织感染的发生,减少痰液及金属片对皮肤的刺激,对长期保留气管切开的患者减少了并发症的发生。

【关键词】 气管切开术/副作用; 外科伤口感染; 壳聚糖; 长效抗菌材料; 换药

doi: 10.3969/j.issn.1009-5519.2013.22.034

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2013)22-3429-02

气管切开术是救治急危重症患者、维持其生命的重要措施。急危重症患者及早行气管切开术有利于气管深部痰液排出,便于气道管理,防止肺部感染,促使患者早日康复,但是气管切开损伤了机体正常皮肤的屏障作用,而术后切口感染又是临床常见的并发症,气管切开后的伤口换药将直接关系到拔管后伤口愈合的质量。切口周围皮肤和呼吸道分泌物常成为气管切口的感染源^[1],气管切开处伤口护理不规范、消毒不严是造成切口感染的主要原

因^[2],有效的皮肤消毒可降低感染率^[3]。又因气管切开患者因侵入性操作而容易引起医院获得性感染^[4],且常在气管切开后4d左右发生^[5],其气道痰液常常会污染气管切口,成为切口感染的重要感染源。因此,加强气管切开后伤口换药的护理非常重要。

壳聚糖长效抗菌材料的主要成分是有有机硅季铵盐、壳聚糖季铵盐,其抗菌作用属物理抗菌,不改变皮肤、黏膜环境的固有属性,对皮肤和黏膜无刺激性,对人体正常细胞无损伤。将其喷于皮

肤或黏膜表面后形成离子膜,可隔离患面,抗菌消毒,防止微生物再感染,促进患面组织愈合。壳聚糖长效抗菌材料的特点是喷洒覆盖伤口,对人体无刺激,使用方便,而且能够促进伤口愈合,防止伤口粘连,对新生皮肤及伤口无二次损伤,能够阻止细菌进入伤口以防止二次感染。近年来,本科应用壳聚糖长效抗菌材料对气管切开术后患者的伤口进行换药,取得了良好的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科自2012年1月至2013年1月神经外科共收治脑出血气管切开患者54例,格拉斯哥昏迷评分均为9分以下,72h行气管切开术,住院时间均在3个月以上。将患者分为观察组和对照组。观察组34例,置管时间为(37.13±9.72)d,对照组20例,置管时间为(40.11±7.36)d。两组患者的性别、年龄比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 消毒方法 观察组每天进行气管切口换药1次,消毒前彻底吸净口腔、鼻腔及气管套管内痰液,取下并固定好系带,松紧度以一手指为宜,取下垫于气管套管下的污染敷料,充分暴露操作部位。按照以下顺序消毒:下窦道口、下窦道口周围皮肤、气管套管固定板下面及下边缘、上窦道口、上窦道口周围皮肤、气管套管固定板下面及板上边缘、气管套管固定板以上皮肤、气管套管固定板以下皮肤,将壳聚糖长效抗菌材料喷于气管套管下的切口处皮肤,喷时距离切口约10~15cm处均匀喷雾,每喷1次剂量为0.10~0.15mL,每次2~3喷,待干后将2张无菌纱布分别垫于两侧的气管套管下,外层用无菌纱布覆盖,每个部位至少消毒2遍,以造口为中心,消毒范围直径在10cm以上,气管切口有渗血时随时更换敷料。对照组按常规消毒,纱布覆盖切口。

1.3 观察指标和评价标准 每天上、下午各观察1次,并记录患者气管切口处皮肤炎症发生的程度,切口敷料除每天常规换药1次外,还应记录术后切口处换药次数。气管切开皮肤炎症分3度:0度,气管切开处皮肤无变化; I度,气管切开处皮肤红肿直径小于或等于0.5cm; II度,气管切开处皮肤红肿直径大于0.5cm; III度,气管切开处皮肤红肿且有脓性分泌物^[6]。

1.4 统计学处理 应用SPSS16.0统计学软件进行分析,计数资料采用χ²检验,计量资料采用t检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者皮肤受损程度比较 观察组皮肤受损程度明显优于对照组,差异有统计学意义(χ²=9.7, P<0.01),见表1。

表1 两组患者皮肤受损程度比较(n)

组别	n	0度	I度	II度	皮肤受损率(%)
观察组	34	2	0	0	5.9 ^a
对照组	20	2	3	3	40.0

注:与对照组比较,χ²=9.7, *P<0.01。

2.2 两组患者皮肤受损发生时间和术后切口处换药次数比较 观察组发生的时间和切口处换药次数明显优于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05),见表2。

表2 两组患者皮肤受损发生时间和术后切口处换药次数比较(x̄±s)

组别	n	皮肤受损发生时间(d)	切口处换药次数(次)
观察组	34	2.11±0.35	2.01±0.28
对照组	20	3.71±1.55	3.98±1.24
t	-	7.03	10.12
P	-	0.02	0.01

注:-表示无此项。

2.3 两组切口感染情况 观察组气管切开局部无感染发生,对照组18例切口部发生感染。

3 讨论

气管切开术是治疗呼吸道梗阻患者的重要措施之一,被广泛应用于神经外科的急救中^[7]。气管切开套管护理和气道管理固然重要,但其切口皮肤的护理也不容忽视。气管切口处的纱布易被汗液、喷溅出的痰液污染,如未及时更换,对切口处的皮肤长时间刺激和摩擦,易导致湿疹甚至破溃感染。表2显示,未使用壳聚糖长效抗菌材料,切口处皮肤受损发生的时间为术后3d内,而使用壳聚糖长效抗菌材料组皮肤受损发生的时间明显长于对照组,而受损皮肤修复时间观察组明显优于对照组。从表1中可见,对照组皮肤受损发生率为40.0%,而观察组仅为5.9%,两组比较,差异有统计学意义(P<0.01)。

气管切开是开放性伤口,属三类切口(污染伤口)^[8],由于呼吸道通路改变,无菌状态被破坏,并有下呼吸道分泌物溢出污染伤口,术后切口易感染^[9],同时,气管切开患者在不需要机械通气时,套管口用无菌湿纱布覆盖保持气管湿化,而套管口覆盖的湿纱布易渗透换药纱布,咳嗽反射好的患者也易喷溅痰液污染切口纱布。潮湿、污染的纱布可能就是细菌良好的培养基^[10],不仅增加了切口感染的机会,也增加了切口换药次数,给患者带来不适与痛苦。因此,在切口处喷壳聚糖长效抗菌材料待干后再用纱布覆盖,既可以保持创面的清洁干燥还可以增加患者切口的舒适度。置管时间较长的患者,皮肤受汗液、痰液的刺激将会发红、溃烂导致细菌繁殖,从而出现切口感染和下呼吸道感染。因此,壳聚糖长效抗菌材料在气管切开换药中的应用可有效预防切口感染,减少切口感染率,减少切口换药次数,减轻患者痛苦,增加患者舒适度,改善患者预后,提高拔管率。

参考文献

[1] 甘柳萍. 气管切开护理技术进展[J]. 中华现代护理杂志, 2007, 13(7):685-686.

[2] 杨西宁, 韦柳青. 两种不同的护理方法对气管切开处伤口感染的影响[J]. 现代临床护理, 2008, 7(8):27-28.

[3] 潘美飞. 气管切口外周皮肤消毒剂的效果观察[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(1):94.

[4] 伍民生, 赵晓琴, 陈强. ICU有创机械通气患者下呼吸道感染的病原菌及耐药性分析[J]. 广西医科大学学报, 2007, 24(6):877-879.

[5] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 现代实用医学, 2002, 14(3):160-161.

[6] 王小武, 张卫国, 杨华清, 等. 关节镜清理联合关节腔冲洗治疗化脓性膝关节炎[J]. 邵阳医学院学报, 2007, 26(5):286-287.

[7] 施雅兰, 吴娟, 崔秋霞, 等. 自制气管切开后套管固定带在颅脑损伤气管切开后患者中的应用及效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(9C):82-83.

[8] 徐秀华, 易霞云, 吴安华, 等. 临床医院感染学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:114-117.

[9] 唐良春, 朱艳芬, 陈建明. 碘伏湿纱布在气管切开伤口换药中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(20A):42-43.

[10] 董振华, 骆敏霞. 止血带在气管切开后套管固定中的巧用[J]. 当代护士:学术版, 2008(8):9.

(收稿日期:2013-06-30)