

自制皮下引流管对妇科手术

——腹壁切口愈合的可行性分析

黄涛* 何昌晓 陆信求

北流市人民医院 广西北流 537400

摘要: 目的 研究妇科手术缝合过程中放置自制皮下引流管对患者腹壁切口愈合的临床效果,进而分析其可行性,为临床决策提供参考。方法 随机选取我院2021年1月-2022年12月期间进行妇科手术的患者80例,随机将其分为两组,对照组未放置皮下引流管,观察组放置自制皮下引流管,比较两组患者切口愈合情况。结果 两组患者切口愈合情况对比发现,观察组甲级愈合率高于对照组,切口感染率也明显低于对照组, ($P < 0.05$)。但是乙级愈合率和二次缝合率两组患者相差不大, ($P > 0.05$),观察组患者切口出现脂肪液化和切口硬结患者各1例,占比均为2.50%,出现术口红肿症状患者3例,占比7.50%。而对照组出现脂肪液化患者人数7例,占比17.50%,出现刀口红肿人数8例,占比20.00%,出现切口硬结患者3例,占比7.50%,两组对比, ($P < 0.05$)。结论 放置自制皮下引流管对妇科大手术腹壁切口愈合有积极作用,可行性高,值得推广。

关键词: 自制皮下引流管; 妇科手术; 腹壁切口

1. 引言

常见的妇科手术包括开腹手术、腹腔镜手术、经自然腔道手术、海扶刀等等。术前,医师结合病史、体格检查和辅助检查,根据个体化情况选择手术入路,术后严密观察及细致护理,避免切口出现脂肪液化、红肿硬结、感染等愈合不良的情况,因此,寻找有效的方法促进切口愈合是临床工作中的重要任务之一。皮下负压引流管是一种被广泛应用于促进伤口愈合的方法,然而,在妇科手术中,皮下引流管的应用尚未形成共识,本研究旨在探讨放置自制皮下引流管对妇科手术腹壁切口愈合的可行性。

2. 资料与方法

2.1 一般资料

随机选取我院2021年1月-2022年12月期间进行妇科手术的患者80例,年龄范围为25-50岁,手术类型包括各种开腹的妇科手术等。将患者随机分为观察组和对照组,每组40例。纳入标准:1) 年龄范围为25-50岁;2) 诊断为子宫肌瘤、盆腔包括、妇科恶性肿瘤等需要进行手术治疗的妇科疾病;3) 有完整的病史和检查资料;4) 无严重器质性疾病和手术禁忌证;5) 愿意参加本研究并签署知情同意书。排除标准:1) 孕妇;2) 术前血常规、肝肾功能异常的

患者;3) 有免疫系统疾病和血液系统疾病的患者;4) 有药物过敏史或药物不良反应史的患者;5) 有心血管疾病、神经系统疾病等严重基础疾病(高血压、糖尿病、肾病等等)的患者;6) 术前发热或感染的患者;7) 其他不符合纳入标准的患者。

2.2 方法

两组均采用开腹手术,切口位于腹中线,根据手术情况决定纵向切口的长度,手术过程中遵循无菌操作原则,尽可能减少切口对皮肤和组织的损伤,术后均采用相同的切口缝合方法和消毒护理措施,对照组单纯用传统的皮肤皮下脂肪分层缝合法或贯穿全层缝合法,皮下未放置引流管,观察组则在手术结束后放置自制皮下引流管,术中自制引流管,取输液管1根,按切口长度自一端始在输液管上剪7-8个小孔,每个孔长约2mm,宽约2mm,深约1mm,间隔1.5cm,腹部筋膜缝合完毕,在腹直肌前鞘与皮下脂肪间留置自制引流管,切口最低端牵出引流管无孔端,无孔端长度约5cm左右,脂肪2-0可吸收线缝合,皮肤4号丝线间断缝合的方法,引流管外接注射器1个(容积10ml),再用5ml注射器活塞置于外接注射器的活塞上,胶布固定,确保引流通畅,术后持续注射器负压吸引并每天记引流量,如图1所示,在引

流量达到小于 5ml/h 后, 将引流管拔除。术后两组患者均进行相同常规护理, 包括换药、镇痛、预防感染、监测生命体征等。



图 1 自制皮下引流管

2.3 观察指标

根据切口愈合的程度, 将切口分为甲级愈合、乙级愈合和切口裂开三种情况进行记录和分析。甲级愈合表示切口完全愈合, 没有出现任何不良反应, 如红肿、渗液、硬结等。乙级愈合表示口出现了红肿、渗液、硬结等愈合不良的反应, 但表皮仍然完好。切口裂开则表示切口不仅出现了红肿、渗液、疼痛等不良反应, 而且还明显裂开, 需要进行二次缝合。同时对两组患者切口情况比较, 相关指标为脂肪液化、红肿及硬结。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件对数据进行统计学分析。使用 t 检验比较两组患者切口愈合率和愈合时间的差异, 采用卡方检验比较两组患者切口愈合率和相关指标的差异, P 值 <0.05 为有统计学意义。

3. 结果

3.1 切口愈合率

两组患者切口愈合情况对比发现, 观察组甲级愈合率高于对照组, 切口感染率也明显低于对照组, (P<0.05)。但是乙级愈合率和二次缝合率两组患者相差不大, (P>0.05), 见表 1。

表 1 力量足患者切口愈合情况对比

组别	甲级愈合	乙级愈合	二次缝合	切口感染
观察组 (40 例)	37 (92.50)	3 (7.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组 (40 例)	30 (75.00)	8 (20.00)	2 (5.00)	8 (20.22)
X ²	5.781	2.891	1.473	6.404
P	< 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

3.2 两组切口情况比较

结果显示, 观察组患者切口出现脂肪液化和切口硬结患者各 1 例, 占比均为 2.50%, 出现刀口红肿症状患者 3 例, 占比 7.50%。而对照组出现脂肪液化患者人数 7 例, 占比 17.50%, 出现刀口红肿人数 8 例, 占比 20.00%, 出现切口硬结患者 3 例, 占比 7.50%, 两组对比, (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者切口情况分析

组别	脂肪液化	红肿	硬结
观察组 (40 例)	1 (2.50)	3 (7.50)	1 (2.50)
对照组 (40 例)	7 (17.50)	8 (20.00)	3 (7.50)
X ²	6.132	2.898	1.102
P	<0.05	<0.05	<0.05

4. 讨论

腹部切口愈合不良是腹部手术后常见的并发症, 其发生率高达 5% ~ 10%^[1]。腹部切口愈合不良最主要原因分为感染、非感染。妇科术后的切口感染可能与阴道中细菌、手术医生及护士手消毒、手术室空气消毒、手术器械消毒有关, 均可增加感染的几率^[2]。非感染因素: 年龄、性别、肥胖、营养不良、缝合不当等。肥胖患者腹部脂肪大于 3cm, 患者脂肪液化发生率明显提高, 感染性腹部切口红肿痛, 渗出增加, 可予大黄、芒硝外敷, 消肿散结, 或选择拆去一部分缝线, 于切口处放入引流条与纱布, 在进行换药, 如果出现切口仍然难以愈合的情况, 则需将切口彻底拆线, 进行完全引流, 将坏死组织彻底清除, 渗液减少及肉芽新鲜后再进行缝合。非感染性脂肪液化, 切口常渗液, 自切口针眼处挤出液体, 影响切口愈合, 增加感染机会。感染或非感染都导致切口内有渗出, 无法完全吸收或挤出, 放置引流管抽出渗液, 增加负压, 加快愈合, 拔除引流管后, 引流口可挤出残留液体, 切口愈合更有利。对于肥胖者的腹壁切口在腹直肌前鞘与皮下脂肪间留置负压引流管有利于及时引流渗液, 减轻切

口内组织压力,可有效预防脂肪液化的发生,从而减少因切口脂肪液化给患者带来的痛苦^[4]。

妇科手术腹壁切口愈合质量和时间直接关系到患者的康复和恢复,放置皮下引流管对其具有不可替代的意义^[5]。放置皮下引流管可以有效地排出术后伤口的血肿和积液,避免创面张力过大,有利于创面愈合。同时,它还可以减少感染的发生,保持创面干燥清洁,预防伤口感染的发生。其次,妇科手术创面较大,深度较深,术后易发生皮下积液和感染,放置皮下引流管可以有效地减少这些不良反应的发生,从而提高患者的康复率。最后,放置自制皮下引流管的应用简便易行,无明显并发症,适用于各种类型的妇科手术,尤其适合妇科癌症开腹手术等。因此,放置皮下引流管是一种有效且必要的促进妇科手术腹壁切口愈合的方法,但仍需要进一步探讨患者的年龄、性别、病情、营养、免疫等因素对切口愈合的影响。

5. 总结

本研究表明放置自制皮下引流管可以显著提高妇科手

术腹壁切口的愈合率,减少皮下积液和感染的发生,避免术后并发症,缩短住院时间,有助于患者康复,可行性高,且制作简单,值得进一步推广。

参考文献

- [1] 卫海燕. 皮下引流促进肥胖剖宫产产妇切口愈合的临床观察 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(23): 2850-2851.
- [2] 宋猛. 普外科腹部切口感染相关因素及预防对策 中华医院感染学杂志 [J]. 2013, 23(05): 1047-8.
- [3] 任柯, 刘清泉, 张东坡等. 自制皮下负压引流装置对腹腔术后控制感染的临床研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(09): 1394-1397.
- [4] 王继水, 安红敏, 朱永宁, 等. 皮下放置负压引流管促进绒毛膜羊膜炎患者腹壁切口愈合的效果 中国妇幼保健 [J]. 2021, 36(13): 2960-2.
- [5] 崔洁. 腹部手术后引流管致并发症的研究及并发症处理 中国医疗器械信息 [J]. 2019, 25(17): 133-4.