

# 妇产科手术切口脂肪液化影响因素及预防对策

梁思青

广西国际壮医医院 广西壮族自治区南宁市 530200

**【摘要】**目的 深入妇产科展开调研,分析与总结手术切口脂肪液化影响因素并提出预防对策。方法 将2021年5月—2022年5月来我院妇产科接受治疗的患者中,挑选50例切口脂肪液化患者作为观察组,挑选50例无切口脂肪液化患者作为对照组,对切口脂肪液化影响因素进行统计与分析。结果 观察组患者平均年龄(51.12±6.43)岁,体质指数(24.77±0.52)kg/m<sup>2</sup>,合并全身性疾病32%,缝合技术欠佳24%,应用手术电刀62%,切口暴露时间(88.24±11.23)min;对照组患者的平均年龄为(42.25±5.41)岁,体质指数(23.11±0.46)kg/m<sup>2</sup>,合并全身性疾病10%,缝合技术欠佳6%,应用手术电刀38%,切口暴露时间(62.67±8.54)min。两组患者的切口长度、术中失血量比较无显著差异(P>0.05),其余指标视为妇产科手术切口脂肪液化的重要影响因素。结论 造成妇产科手术切口脂肪液化的影响因素众多,所以需要结合因素产生原因落实预防措施,可显著提升手术切口脂肪液化预防方面的有效性和针对性,即可减少这类问题出现。

**【关键词】**妇产科;手术切口;脂肪液化;影响因素;预防对策

妇产科中的腹部脂肪液化问题较为多见,多见于手术后的肥胖患者。虽说这并非细菌感染且不会给患者带去生命威胁,但是却容易提升患者感染概率,进而影响到康复效果和康复进程,加上这类现象在临床中屡见不鲜,所以更有必要探清手术切口脂肪液化的影响因素,因为这是开展科学预防工作的前提条件,有助于妇产科手术后的患者实现理想化康复,这具有重要现实意义,由此引申出本次研究,希望对妇产科手术质量提升、医患关系缓和起到积极作用和影响,具体报告如下。

## 1、资料与方法

### 1.1 一般资料

参与本次研究的妇产科患者共计100例,包括观察组的50例切口脂肪液化患者和对照组50例无切口脂肪液化患者,所有患者的病因包括卵巢癌、卵巢囊肿、子宫肌瘤等。其中,观察组患者的最大年龄为67岁,平均(51.12±6.43)岁。所有患者发生切口脂肪液化,临床表现为:切口处渗出较多黄色的油状物和血液,切口边缘无红肿、热、痛、脓性分泌等炎症表现,切口愈合不良,皮下脂肪游离,部分切口存在硬块,对渗出物细菌培养呈阴性;对照组的50例患者,最大年龄为62岁,最小年龄为25岁,平均(42.25±5.41)岁。以上两组患者的一般资料无统计学意义(P>0.05),可进行对比。

**纳入标准:**(1)所有患者都在2021年5月—2022年5月这段时间来我院妇产科接受手术治疗;(2)在我院留有完整档案信息,包括检查结果、基本资料、治疗情况等,便于之后对比分析;(3)患者年龄≥20岁且≤70岁。

**排除标准:**(1)年龄不符患者;(2)档案信息不全患者。

### 1.2 方法

调取所有患者手术前、中、后信息,提取关键数据做对比,包括年龄、体质指数、合并全身性疾病、缝合技术欠佳、切口长度、手术电

刀应用、术中失血量、切口暴露时间。其中的合并全身性疾病涉及糖尿病、低蛋白血症、贫血等等。

### 1.3 观察指标

对比两个小组患者的年龄、体质指数、合并全身性疾病、缝合技术欠佳、切口长度、手术电刀应用、术中失血量、切口暴露时间。

### 1.4 统计学方法

将采集的数据录入SPSS20.0软件中进行客观分析,计量资料用个体例数及率表示,采用X<sup>2</sup>检验,P<0.05视为差异有统计学意义。

## 2、结果

进行汇总与分析两组妇产科患者的手术情况,发现两组患者的年龄、体质指数、合并全身性疾病、缝合技术欠佳、手术电刀应用、切口暴露时间存在差异,有统计学意义(P<0.05);两组患者的切口长度、术中失血量无统计学意义(P>0.05),详见表1。

从表中可发现,观察组50例患者的平均年龄为(51.12±6.43)岁,相比于对照组50例患者的平均年龄(42.25±5.41)岁略大;观察组患者的平均体质指数为(24.77±0.52)kg/m<sup>2</sup>,对照组患者的平均体质指数为(23.11±0.46)kg/m<sup>2</sup>,观察组数值偏高,表明观察组患者多数偏肥胖;观察组有16例患者患有合并全身性疾病,占比32%,远远高于对照组的5例患者及10%的占比数值;观察组有12例患者缝合质量不高,占比24%,而对照组则有3例患者缝合质量不高占比6%,差异十分显著;观察组患者平均切口长度为(14.28±2.89)cm,与对照组患者平均切口长度(14.22±2.68)cm差异不大;观察组有31例患者手术中使用到电刀,占比62%,而对照组则有19例手术中应用到电刀,占比38%;观察组患者术中失血量时(190.56±48.34)mL,对照组则是(189.95±50.12)mL,差异不大;观察组患者术中切口暴露时间为(88.24±11.23)/min,远远高于对照组的(62.67±8.54)/min,差异较大。

表1 两组患者切口脂肪液化因素比较[ $\bar{x} \pm s$ ]

因素	观察组 (n=50)	对照组 (n=50)	P
年龄/岁	51.12 ± 6.43	42.25 ± 5.41	
体质指数/(kg/m <sup>2</sup> )	24.77 ± 0.52	23.11 ± 0.46	P<0.05
合并全身性疾病/例(%)	16 (32%)	5 (10%)	
缝合技术欠佳/例(%)	12 (24%)	3 (6%)	
切口长度/cm	14.28 ± 2.89	14.22 ± 2.68	P>0.05
应用手术电刀/例(%)	31 (62%)	19 (38%)	P<0.05
术中失血量/mL	190.56 ± 48.34	189.95 ± 50.12	P>0.05
切口暴露时间/min	88.24 ± 11.23	62.67 ± 8.54	P<0.05

观察以上表格可以发现,观察组与对照组这两组患者的年龄、体质指数、合并全身性疾病、缝合技术欠佳、应用手术电刀、切口暴露时间方面数据存在较大差异,有统计学意义( $P<0.05$ ),可作为妇产科手术切口脂肪液化问题产生的重要因素,为日后切口脂肪液化问题的预防工作开展指明方向。而两组患者的切口长度、术中失血量无明显差异,所以不用成为术后患者是否会发生切口脂肪液化问题的评估和判断标准。充分表明,本次研究发现的妇产科手术切口脂肪液化影响因素共计6点,可以针对这6点提出预防策略,即可降低妇产科手术切口脂肪液化风险。

### 3、讨论

妇产科是医院中的一个重要科室,主要收治患有妇科疾病、有分娩需要的女性患者,是预防女性疾病发生和解决现有疾病的重要科室,对妇女身心健康进行保障。近些年,妇产科中患者众多,因为患有妇科疾病的患者越来越多,让妇产科受到广泛关注,迫切需要提升治疗质量,以迎合现代人治病要求。

就目前的状况来看,妇产科尚未找到理想化治疗患者的方式方法,轻症患者主要接受药物治疗,重症患者多接受手术治疗,而手术治疗虽说可以消除疾病方面的严峻威胁,但是却夹杂各种风险因素,如手术后患者易发生切口脂肪液化问题,会给患者康复带去阻力,需要进一步干预,达到预防和有效解决的目的。相比于脂肪液化发生后的解决,预防切口脂肪液化问题的发生更为迫切与必要,所以本文重点剖析和论述了妇产科手术切口脂肪液化影响因素。

出于严谨、认真的态度,本次研究共纳入100例妇产科患者,其中对照组是50例未发生切口脂肪液化的患者,观察组是50例发生切口脂肪液化的患者,两组患者的一般资料无统计学意义( $P<0.05$ ),确保研究公正、公平。与此同时,本次研究经医院伦理委员会同意。

研究最后发现,妇产科患者发生手术切口脂肪液化受6项因素影响,分别是年龄、体质指数、合并全身性疾病、缝合技术欠佳、应用手术电刀、切口暴露时间,反而脂肪液化问题的发生与切口长度、术中失血量无明显关系,所以本文将针对以上六项因素提出预防措施:

对于年龄偏大的妇产科手术患者,不管是手术医师还是护理人员,都要做到十分关注,更要针对于这部分患者提供更精细、更人性化、更特殊化的服务,做到密切观察、精心服务,做好感染等问题的药物预防工作。同时要尽可能减少手术时长,以上提及的除年龄之外的因素都要去针对性预防,降低患者术后切口脂肪液化问题的发生概率。与此同时,要对术前患者的身体状况做全方位检查、评估,按照身体素质去酌情安排手术和控制手术时长、选用手术方式等等,尽可能降低患者切口脂肪液化风险。

对于肥胖患者,则要认知这类患者皮下脂肪层较厚、本身血运能力较差、切口愈合能力差等问题,然后提高对妇产科手术的重视,可为此专门开会讨论并制定更稳妥的手术治疗方案,切实将患者术后发生脂肪液化的风险降到最低。与此同时,要鉴于肥胖患者脂肪组织血运差、手术切断与切口交叉的血管并导致血运减少的问题,后续可能会导致血液得不到充足养料补给而使得脂肪细胞因营养坏死液化,然后手术切开皮下时要避免在一处多开刀,也要避免用力直接揉压脂肪层。与此同时,可分层缝合脂肪层,必要时可考虑减张缝合,在皮下放置橡皮引流条,24-48h拔除。对于这类患者,同样要在术后密切观察,发现异常情况及时汇报并做科学干预。

对于合并全身性疾病患者,要率先了解患者身体的真实状况,摸清合并全身性疾病类型和评估可能对手术、术后康复造成的影响,做到具

体问题具体分析。如糖尿病患者接受妇产科手术治疗时,要将患者的血糖控制在手术安全范围内,而对于低蛋白血症患者,则要在术前纠正患者的血红蛋白,改善全身状态后再开始手术,会降低手术风险、术后康复风险。术后的护理要从妇科疾病、合并全身性疾病两个方面入手,避免合并全身性疾病增加患者切口脂肪液化风险。

不管是哪一类妇产科手术,都要谨慎使用电刀,尤其是肥胖者的手术中,更要慎之又慎。若有必要对手术中的肥胖患者使用电刀,则要将电刀强度调整到适合切开组织为佳,要尽可能缩短电刀和脂肪组织接触的时间,也避免做到反复切割,从而防止大量脂肪组织坏死问题出现。关于电刀的使用,建议制定与出台相应的规章制度,严格规范手术操作行为,确保电刀的使用增加患者手术风险、患者术后风险,也要对使用者的素质进行严格规定,避免电刀在妇产科手术中滥用、盲目使用。

对于缝合技术欠佳导致的妇产科患者发生切口脂肪液化问题,要从根源上去干预、去预防和解决。究其原因,是因为手术医师或参与手术的其他协助人员不具备高超缝合技术,就会给妇产科患者日后康复埋下重大隐患。为避免妇产科患者术后受到切口脂肪液化的负面影响,则要在手术中提高操作水平。对腹腔切口手术而言,缝合腹膜后用大量生理盐水冲洗切口,将坏死脂肪组织清洗掉,减少术后坏死组织残留量。与此同时,皮下组织实行全层缝合,不要留在死腔。而打结时要动作轻柔,避免切割脂肪组织造成死腔形成。与此同时,也需要在其余时间为缝合技术不佳的护士、医生安排相应培训,更要进行严格考核,让缝合技术高超工作人员负责妇产科手术切口缝合工作,避免缝合技术不达标工作人员负责此事,并对每一次妇产科手术缝合质量做评估,避免因缝合技术不佳导致患者出现切口脂肪液化问题。

妇产科手术中,要尽可能减少患者的切口暴露时间,做好手术创面保护工作,采用切口保护膜或纱布保护切口,防止细菌或病毒侵入切口。同时,手术钩拉动作要轻柔,避免粗暴和反复移动钩拉,减少对组织的挤压伤。建议事先结合患者疾病和身体状况预估手术时间,做好手术准备工作,尽可能减少手术时长,为患者术后降低切口脂肪液化风险提供保障。

不管是哪个环节出现问题、哪个细节出现问题导致妇产科患者术后出现切口脂肪液化问题,都表明管理和治疗工作存在漏洞和瑕疵,需要找到问题根源去解决并由此做好预防工作,鉴于妇产科手术中的管理、治疗都由医疗机构工作人员来完成这一特性,建议和提倡各个医疗机构重视人的发展、重视人的管理,要为医疗行业人员学习、进步、成长提供广阔空间和诸多机会,更要深入管理工作中展开调研工作,结合管理现状给出建议、意见并监督管理水平、治疗水平提升成效,要善于应用健全的奖惩制度,调动医疗行业人员工作积极性、主动性,即可为医疗行业健康、长远发展保驾护航。

总之,新时期的妇产科手术质量要进一步提升,术后针对于患者的护理工作质量也要大幅度提升,从而加速妇产科患者康复进度,这具有重要现实意义。

#### 参考文献:

- [1]周海霞.妇产科腹部手术切口脂肪液化的因素[J].中国社区医师, 2014, 30(10): 58.
- [2]徐志群.浅析妇产科手术切口脂肪液化的影响因素及预防对策[J].求医问药(下半月), 2013, 11(11): 25.
- [3]季海娜,尹钰荣.妇产科手术切口脂肪液化影响因素及预防对策[J].现代中西医结合杂志, 2013, 22(02): 152-153.