

子宫肌瘤患者全子宫切除术后发热高危因素分析

郑海娜

(呼和浩特市妇幼保健院 内蒙古呼和浩特 010041)

摘要:目的: 探究子宫肌瘤患者行全子宫切除术后发热的发生情况及其发生的高危因素。方法: 选取我院 2022 年 5 月-2023 年 9 月期间收治的 50 例子宫肌瘤患者作为研究对象, 所有患者均行全子宫切除术。术采用院内自制量表, 对患者的基本资料进行调查, 依据调查结果对影响发热的高危因素进行分析。结果: 50 例患者之中共 12 例患者发生发热情况, 发热率为 24.00%。对该结果产生情况进行单因素分析, 年龄、BMI、手术方式、手术时间、糖尿病、医护人员手卫生、患者术后血红蛋白及血小板计数等与患者术后发热具有相关性 ($P < 0.05$)。对上述指标进行多因素 Logistic 回归分析, 结果发现开腹手术、手术时间 $> 3h$ 、 $BMI \geq 28kg/m^2$ 最为显著 ($P < 0.001$)。结论: 子宫肌瘤患者行全子宫切除术后, 出现发热的概率较高, 手术方式、手术时间以及患者自身 BMI 指数为患者出现发热的高危因素。因而在后续临床治疗过程中, 应对患者开展更具针对性的检查, 避免发热高危因素的发生, 保障患者机体健康及恢复效果。

关键词: 子宫肌瘤; 全子宫切除术; 发热; 高危因素; 分析

子宫肌瘤是临床之中多发生于育龄女性的盆腔肿瘤, 部分患者病情发展后会出现子宫异常出血、盆腔疼痛等症状, 严重时会导致不孕症、反复流产或早产等情况发生^[1]。针对子宫肌瘤行子宫切除术的患者而言, 发热是术后最为多见的并发症^[2]。本次研究主要对行全子宫切除术的子宫肌瘤患者术后发热情况进行总结, 分析影响发热的高危因素, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本次研究对象纳入 2022 年 5 月-2023 年 9 月期间我院收治的子宫肌瘤患者, 共 50 例, 所有患者均行全子宫切除术。患者年龄 32-70 岁, 平均年龄 (45.66 ± 4.58) 岁。本次研究及所纳入患者均经伦理委员会审批同意。

纳入标准: (1) 所有患者经临床评估, 具有子宫切除指征; (2) 经液基薄层细胞检测 (TCT) 及人乳头瘤病毒 (HPV) 检查后, 排除宫颈癌; (3) 临床资料完整; (4) 自愿参加研究且依从性良好; (5) 入组前无急慢性感染疾病及感染迹象; (6) 无自身免疫功能疾病。

排除标准: (1) 合并心、肺等重大脏器疾病; (2) 手术不耐受; (3) 合并其他妇科疾病; (4) 合并急性炎症; (5) 合并精神疾病或认知功能障碍; (6) 术前 7d 内服用过抗生素药物。

1.2 方法

入组患者均接受全子宫切除术治疗, 于术后对患者发热情况进行统计。发热判定标准: 患者体温超过 $38.5^{\circ}C$, 且持续时间 $\geq 3d$, 则判定为发热。

术后采用院内自制量表收集患者基本资料, 主要包括患者年龄、

BMI、产次、手术方式、手术时间、糖尿病等, 同时对医护人员手卫生以及患者术后血红蛋白、血小板计数等数据进行整理。

1.3 统计学方法

本研究以 SPSS22.0 软件进行数据分析。涉及计量、计数数据分别以 ($\bar{x} \pm s$)、% 表示, 并各行 t 、 χ^2 检验; 采用多元线性回归分析全子宫切除术后发热的影响因素, 采用 Logistic 软件进行回归分析, 均以 $P=0.05$ 为介值, $P < 0.05$ 为统计学差异存在。

2 结果

2.1 术后发热情况

50 例患者之中共 12 例患者发生发热情况, 其余 38 例患者未出现发热情况, 发热率为 24.00%。

2.2 全子宫切除术后发热单因素分析

对全子宫切除术后发热因素进行分析, 年龄、BMI、手术方式、手术时间、糖尿病、医护人员手卫生、患者术后血红蛋白及血小板计数等与患者术后发热具有相关性 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 全子宫切除术后发热单因素分析

因素	发热 (n=12)	未发热 (n=38)	χ^2	P	
年龄	< 60 岁	3(25.00)	25(65.79)	6.158	0.01
	≥ 60 岁	9(75.00)	13(34.21)		
	≤ 23.9	2(16.67)	10(26.32)		
BMI (kg/m^2)	24-27.			10.98	0.00
	9	1(8.33)	19(50.00)	3	4
	≥ 28	9(75.00)	9(23.68)		
产次	初产妇	5(41.67)	23(60.53)	1.317	0.25

手术方式	经产妇	7(58.33)	15(39.47)	1	8.860
	开腹	10(83.33)	13(34.21)	0.00	
	腹腔镜	2(16.67)	25(65.79)	3	
手术时间 (h)	≤3	4(33.33)	33(86.84)	13.57	0.00
	>3	8(66.67)	5(13.16)	2	0
糖尿病等	是	9(75.00)	12(31.58)	0.00	7.059
	否	3(25.00)	26(68.42)	8	
医护人员手卫生	优良	4(33.33)	29(76.32)	0.00	7.509
	一般	8(66.67)	9(23.68)	6	
术后血红蛋白 (g/L)	≥120	5(41.67)	30(78.95)	0.01	6.036
	<120	7(58.33)	8(21.05)	4	
术后血小板 (10 ⁹ /L)	≥300	9(75.00)	14(36.84)	0.02	5.346
	<300	3(25.00)	24(63.16)	1	

2.2 全子宫切除术后发热多因素 Logistic 回归分析

以是否发生发热作为因变量,将单因素分析结果作为自变量,进行多因素 Logistic 回归分析,结果发现:年龄≥60岁、BMI≥28kg/m²、开腹手术、手术时间>3h、糖尿病、医护人员手卫生一般、术后血红蛋白<120g/L、住术后血小板≥30010⁹/L均为影响全子宫切除术后发热的独立危险因素(P<0.05),开腹手术、手术时间>3h、BMI≥28kg/m²对患者发热的影响最为明显(P<0.001),见表2。

表2 全子宫切除术后发热多元 Logistic 回归分析

影响因素	β	SE	Wald	OR (95%CI)	P
开腹手术	1.5830	0.3482	20.6921	6.663 (1.436-1.812)	0.000
手术时间>3h	2.2240	0.5651	15.4941	4.888 (0.694-3.386)	0.000
年龄≥60岁	1.2010	0.4866	6.1071	6.693 (1.025-3.265)	0.004
糖尿病	1.3220	0.4511	8.5923	3.267 (1.336-7.564)	0.005
BMI≥28 (kg/m ²)	2.4180	0.6691	13.0653	5.350 (2.368-8.249)	0.000
医护人员手卫生一般	1.3020	0.8222	2.5091	1.525 (1.026-2.196)	0.006
术后血红蛋白<120 (g/L)	0.5350	0.2464	4.7301	1.785 (1.339-2.159)	0.002
住术后血小板≥300 (10 ⁹ /L)	0.8470	0.4283	3.9161	1.757 (1.127-2.160)	0.003

3 讨论

子宫肌瘤是女性子宫平滑肌组织增生所形成的良性肿瘤,其病因尚未得到统一的解释,分析与遗传、激素、干细胞功能失调等因素相关。大部分患者无自觉症状,需要通过体检才能够发现^[9]。该疾病患者是子宫切除术的主要人员,该术式的优势在于切除位置较为精确,对疾病的

转归具有明显效果。但该术式也存在较为明显的并发症,如膀胱损伤、输尿管损伤、术中出血、术后感染、术后发热等^[4]。

接受全子宫切除术的患者出现发热的可能性较高,而发热会对患者的机体状态及心理状态造成不良影响^[5]。因而及时发现术后发热情况,并判断患者发热原因则成为临床的重要研究之一^[6]。本次研究纳入子宫肌瘤行全子宫切除术患者作为研究对象,分析其术后发热的发生率及其影响因素,结果显示:50例患者之中共12例患者出现发热情况,发热率为24.00%。该结果说明,全子宫切除术患者术后发生发热的可能性较高,容易对患者恢复效果及恢复速度造成影响。对发热产生原因进行分析,年龄、BMI、手术方式、手术时间、糖尿病、医护人员手卫生、患者术后血红蛋白及血小板计数等为发热发生的单因素(P<0.05)。对上述指标进行多因素 Logistic 回归分析,开腹手术、手术时间>3h、BMI≥28kg/m²最为显著(P<0.001)。主要是由于开腹手术会导致切口较大,机体损伤较为严重,手术时间较长会导致切口长时间暴露在空气中,患者BMI指标较高,会导致皮下脂肪重,杀菌能力及愈合能力均较差^[7]。

综上,接受全子宫切除术的患者,受到上述因素影响,发热情况较为明显。因而在临床治疗过程中,应采用适当的措施预防发热产生,保障术后感染率下降,缩短患者康复时间。

参考文献:

[1]张艳珂,赵志斌,张小宝等.右美托咪定对行腹腔镜全子宫切除术患者肺功能的影响[J].新乡医学院学报,2022,39(08):721-725.

[2]周静,李韵霞,姚华等.经阴道单孔腹腔镜与传统腹腔镜在全子宫切除术中的对比分析[J].新疆医学,2022,52(07):765-769.

[3]钱蝶.子宫动脉阻断术在腹腔镜下全子宫切除术中的临床研究[D].苏州大学,2022.

[4]顾晓枫.腹腔镜辅助阴式全子宫切除术在巨大子宫肌瘤治疗中的应用[J].实用妇科内分泌电子杂志,2021,8(33):35-38.

[5]郑敏旋.腹腔镜全子宫切除术联合预防性双侧输卵管切除术对疗效和卵巢功能的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(22):5126-5129.

[6]武子先,王海波,胡晓丽等.经脐单切口腹腔镜手术在肥胖患者全子宫切除术中的临床疗效及机制研究[J].解放军医药杂志,2021,33(07):82-86.

[7]周明辉,纪燕琴,邱华娟.经脐单孔腹腔镜全子宫切除术不同途径缝合阴道残端的研究[J].新医学,2021,52(07):504-507.