

## · 临床研究 ·

## 抗生素对妇产科Ⅱ类切口手术病人术后感染的临床影响

赵俊

(磐石市医院, 吉林 磐石 132300)

**摘要:**目的 分析抗生素对妇产科Ⅱ类切口手术病人术后感染的临床影响。方法 选取我院妇产科2015年9月至2017年9月收治的126例行Ⅱ类手术治疗患者,采用抽签法将其随机分成两组各63例,A组给予患者注射用哌拉西林钠(4 g/d)抗感染预防性治疗,B组给予甲硝唑(200 mL/d)+青霉素(640万U/d)抗感染预防性治疗,术前30 min给药,术后持续用药2 d,比较两组患者术后恢复情况、感染情况和不良反应发生情况。结果 B组患者术后体温恢复时间( $37.86 \pm 3.54$ ) h、最高体温( $38.04 \pm 0.33$ ) °C和住院时间( $7.12 \pm 1.54$ ) d均明显小于A组的( $25.93 \pm 2.16$ ) h、( $37.19 \pm 0.27$ ) °C和( $5.04 \pm 1.25$ ) d ( $P < 0.05$ );B组术后感染发生率3.17% (2/63)明显小于A组17.46% (11/63) ( $P < 0.05$ );A组不良反应发生率4.76%,B组不良反应发生率1.59%,组间数据对比差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 采用甲硝唑联合青霉素用药方案可有效预防妇产科Ⅱ类切口手术病人术后发生感染情况,效果显著,值得推广。

**关键词:** 抗生素; 预防; 术后感染; 妇产科; Ⅱ类手术

中图分类号: R978.1

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.74.069

本文引用格式: 赵俊. 抗生素对妇产科Ⅱ类切口手术病人术后感染的临床影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74): 92-93.

## 0 引言

临床中妇产科手术多属于Ⅱ类手术,对机体屏障机制破坏性较大,为了避免患者术后发生感染,影响预后效果,给予患者预防性抗生素用药就成为了降低术后感染事件发生率的有效措施<sup>[1]</sup>。根据《(抗菌药临床应用指导原则(2015版))》<sup>[2]</sup>中的相关规定,提高抗生素用药安全性和科学性对围手术期内抗感染效果至关重要。为了提高术后抗感染预防效果,探讨更加合理的用药方案,本文就抗生素对妇产科Ⅱ类切口手术病人术后感染的临床影响展开了研究,现汇报如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料。**选取我院妇产科2015年9月至2017年9月收治的行Ⅱ类手术治疗患者126例作为本次研究对象,采用抽签法将其随机分成A组( $n=63$ )和B组( $n=63$ )。A组患者年龄20-61岁,平均( $41.62 \pm 4.83$ )岁;包括剖宫产术37例,子宫切除术18例,宫外孕输卵管切除术8例。B组患者年龄22-59岁,平均( $41.58 \pm 4.67$ )岁;包括剖宫产术34例,子宫切除术19例,宫外孕输卵管切除术10例。本次实验项目经我院伦理委员会批准,所有参与此次研究的患者或其家属均获知情权,排除手术不耐受、合并其他内科疾病、合并感染病、药物过敏、恶性肿瘤、精神病、心肺和肾脏严重功能障碍病例。两组患者在性别、年龄、手术类型等一般资料方面无显著差异 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法。**术前30 min,全部患者均给予抗生素预防性感染用药,A组给予患者注射用哌拉西林钠(江苏海宏制药有限公司,国药准字H10983008)4 g,静脉输注,1次/d。B组给予患者甲硝唑注射液(甲硝唑注射液,国药准字H32023535)100 mL;青霉素(石药集团中诺药业(石家庄)有限公司,国药准字H13021279)320万U,静脉滴注,2次/d。两组患者术后均持续用药2 d。

**1.3 观察指标。**①统计两组患者术后体温恢复时间、最高体温和住院时间,其中体温恢复时间标准<sup>[3]</sup>为 $\leq 37.2$  °C。②统计术后感染发生情况,包括呼吸道感染、切口感染、泌尿系统感染。③记录两组患者不良反应发生情况,包括头晕嗜睡、恶心、皮肤出疹。

**1.4 统计学分析。**本次研究中,将我院妇产科收治的126例

行Ⅱ类手术治疗患者I患者的研究数据均输入至SPSS 20.0软件中,进行统计学有效处理,术后感染发生率和不良反应发生率采用%的形式表示,处理方式为 $\chi^2$ 检验;术后体温恢复时间、最高体温、住院时间采用( $\bar{x} \pm s$ )的形式表示,处理方式为 $t$ 检验,结果显示, $P < 0.05$ ,便形成统计学意义。

## 2 结果

**2.1 术后恢复情况对比。**A组患者术后体温恢复时间、最高体温和住院时间分别为( $37.86 \pm 3.54$ ) h、( $38.04 \pm 0.33$ ) °C和( $7.12 \pm 1.54$ ) d;B组患者术后体温恢复时间、最高体温和住院时间分别为( $25.93 \pm 2.16$ ) h、( $37.19 \pm 0.27$ ) °C和( $5.04 \pm 1.25$ ) d。两组患者术后体温恢复时间对比, $t=22.834$ , $P=0.000$ ;两组患者最高体温对比, $t=15.823$ , $P=0.000$ ;两组患者住院时间对比, $t=8.324$ , $P=0.000$ 。组间数据比较具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**2.2 术后感染情况对比。**A组呼吸道感染5例,切口感染4例,泌尿系统感染2例,术后感染发生率17.46% (11/63);B组呼吸道感染1例,切口感染1例,术后感染发生率3.17% (2/63)。组间术后感染发生率数据对比, $\chi^2=6.948$ , $P=0.008$ 。

**2.3 不良反应发生情况对比。**A组头晕嗜睡1例,不良反应发生率1.59% (1/63);B组头晕嗜睡1例,恶心1例,皮肤出疹1例,不良反应发生率4.76% (3/63)。组间不良反应发生率数据对比, $\chi^2=0.258$ , $P=0.611$ 。

## 3 讨论

实验室检验结果证明,妇产科患者宫颈内和阴道中均存在大量细菌,其中需氧菌占比约为58.13%,厌氧菌数量约为42.57%,其余包括病毒、原虫、真菌等生物,形成动态平衡微生物环境。受妇产科Ⅱ类手术侵入性操作因素影响,患者术后常会出现感染情况,影响康复效果<sup>[4]</sup>。实践证明,是否应用预防性抗生素预防术后感染,与患者创口污染程度管理密切。据相关报道显示,妇产科手术感染由多种因素引发所致,包括:①术中操作不当损伤膀胱、肠道、宫颈等,增加术中感染风险;②医师未严格执行无菌操作程序;③患者自身抗生素耐药性较高、低龄或高龄、营养不良等个体差异性因素影响<sup>[5]</sup>。由于妇产科Ⅱ类手术存在较高细菌感染风险,为了

提高手术治疗的安全性,在围手术期内采用合理的抗生素预防用药方案实行术后感染防治十分必要。

目前临床抗感染治疗主要采用抗生素药物方案,针对患者不病原菌感染情况合理选择相适应的抗生素,给予足够疗程的用药治疗。然而在围手术内应用抗生素展开预防性治疗时,患者处于感染征象不明确阶段,用药原则较为模糊,医师针对此类现象需要结合过往用药经验,给予患者抗生素预防治疗,但存在较高的抗生素滥用风险,或是导致用药时间延长,增强机体耐药性,增加患者治疗费用<sup>[6]</sup>。近年来相关研究显示,术后 2 d 内无感染现象发生者,术后感染发生率较低,因此延长抗生素使用时间对术后感染发生率无显著影响<sup>[7]</sup>。本文主要于术前 30 min 和术后 2 d 内应用抗生素进行抗感染预防治疗,用药时间相对合理。另外,近年来抗生素药物适用范围不断扩大、药物类型不断增长,但医学领域普遍认为采用经济性良好、抗菌效用强、治疗安全性高的抗生物药物进行术后感染预防性治疗为最佳方案<sup>[8]</sup>。笔者在对比哌拉西林钠、甲硝唑联合青霉素在临床应用中的使用情况后发现,后者抗感染预防效果更加显著。与上述分析一致,本文研究发现,B 组患者术后体温恢复时间、最高体温和住院时间均明显小于 A 组( $P < 0.05$ ),充分说明 B 组患者术后恢复时间更短,预后效果更加显著。B 组术后感染发生率 3.17% 明显小于 A 组的 17.46% ( $P < 0.05$ ),显示 B 组术后抗感染效果更加理想。A、B 两组患者不良反应发生率分别为 4.76%

和 1.59%,组间数据对比无明显差异,说明两种用药方案不良反应发生情况相当,治疗安全性良好。

综上所述,给予妇产科 II 类切口手术病人甲硝唑联合青霉素预防性用药可有效降低患者术后最高体温水平和感染发生率,缩短患者体温恢复时间和住院时间,治疗安全性良好,因此具有值得借鉴和应用的积极意义。

### 参考文献

- [1] 江燕,陈军华,徐敏.限制抗生素使用患者预防手术感染的护理干预[J].护理学杂志,2015,30(24):80-81.
- [2] 张扬,季楠,高之宪,等.围手术期预防使用抗生素对神经外科手术部位感染的影响[J].中华神经外科杂志,2015,31(10):984-987.
- [3] 韩樱松,朱立东,任丽.乳腺外科手术患者抗生素药物使用情况调查及切口感染的影响因素[J].热带医学杂志,2017,17(5):650-653.
- [4] 徐光琴,潘春玲,杨怀.黔南州地区预防妇科手术后尿路感染的临床分析[J].中国妇幼保健,2015,30(1):52-53.
- [5] 梅迪,刘洋,胡枋,等.探讨术前不同剂量抗生素对结肠癌根治术患者术后恢复的影响[J].中国微生态学杂志,2016,28(2):195-197.
- [6] 乔磊,李鹏,田艳明,等.眼科 I II 类切口手术抗生素应用与否临床观察[J].中国实用眼科杂志,2016,34(3):273-275.
- [7] 毛海燕,田媛媛.手术患者发生切口感染的相关因素及护理干预分析[J].贵州医药,2016,40(12):1339-1341.
- [8] 唐丽.抗生素应用时机选择对剖宫产术后感染发生的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(19):141-142.

(上接第 90 页)

钢板法对患者术后进行了固定处理,取得不同疗效。

实验结果显示,AO 锁骨钩钢板固定法效果更好。这是因为 AO 锁骨钩钢板在设计之初,就完全按照人体的肩部锁骨解剖结构进行设计和规划,因此这种钢板结构与患者的锁骨形状也较匹配。此外,根据患者损伤程度的不同,还能够对所需结构进行现场制作,因此也就能极大的提高固定结构与患者锁骨关节结构的契合程度,故其达到的固定效果也较好。另外,患者采用 AO 锁骨钩钢板进行固定,不会对患者肩部的正常活动产生限制,患者术后可以自由活动肩部,也就加速了患者肩部关节功能的恢复效率<sup>[5]</sup>。

综上所述,AO 锁骨钩钢板固定在骨科创伤急诊中的应用效果佳,患者肩部关节功能恢复快,治疗时间短,因此有

临床推广使用价值。

### 参考文献

- [1] 杨从振,陈旭.AO 锁骨钩钢板固定在骨科创伤急诊中应用临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(21):35.
- [2] 梁衍武,向伟,彭义德.AO 锁骨钩钢板固定在骨科创伤急诊中应用临床研究[J].保健文汇,2016,2(11):69.
- [3] 熊亮宇,邓亮.AO 锁骨钩钢板固定在骨科创伤急诊中的应用效果分析[J].当代医学,2016,4(9):88-89.
- [4] 程保旗.AO 锁骨钩钢板在急诊骨科创伤中应用效果观察[J].中国实用医药,2011,6(36):122-123.
- [5] 吴义华.AO 锁骨钩钢板固定在骨科创伤急诊中的应用效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(41):8107+8110.

(上接第 91 页)

对钢板有限固定力量进行过度依赖,在螺头凹槽被损坏的情况下,不能够将旋凿效果充分发挥出来,需对其进行高度重视。观察组患者的术后并发症发生率为 4%,显著低于对照组的 26%。这充分说明钢板螺钉内固定技术能够促使患者骨折更好更快愈合,将术后并发症发生率降低。

综上所述,钢板螺钉内固定技术治疗四肢长管骨创伤骨折患者的治疗价值显著,能够有效促进骨折愈合。

### 参考文献

- [1] 陈路.钢板螺钉内固定技术应用于四肢长管骨创伤骨折的效果及生物力学分析[J].中国组织工程研究,2014,16(30):5639-5643.
- [2] 余俊江.钢板螺钉内固定技术对四肢长管骨创伤骨折的治疗价值

研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(3):21-22.

- [3] 李振立.分析钢板螺钉内固定技术应用于四肢长管骨创伤骨折的效果及生物力学[J].中国伤残医学,2015,23(16):2-3.
- [4] 罗保星,周强.钢板螺钉内固定技术在四肢长管骨创伤骨折治疗中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(23):32+34.
- [5] 赵亮.钢板螺钉内固定技术在四肢长管骨创伤骨折治疗中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(03):33.
- [6] 何勇强,周铨昆,董章庆,等.钢板螺钉内固定技术在四肢长管骨创伤骨折治疗中的应用[J].中国当代医药,2017,24(31):95-97.
- [7] 易东升,鞠鉴洁,林琳.钢板螺钉内固定技术在四肢长管骨创伤骨折治疗中的应用[J].中国医疗器械信息,2017,23(04):32-33.
- [8] 张颖峰,何翔,谭俊铭.钢板螺钉内固定治疗四肢长管骨创伤骨折的临床有效性[J].浙江创伤外科,2016,21(06):1173-1174.