

外科手术切口不愈合的治疗与护理

聂 远, 庞国福

(南华大学附属第一医院泌尿外科, 湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 观察采用新的治疗方法处理手术切口不愈合患者的疗效, 寻找处理手术切口不愈合患者有效的方法。 **方法** 回顾性分析本院收治的手术切口不愈合患者 88 例, 其中采用常规治疗方法 28 例设为对照组, 采用新的治疗方法的 60 例设为观察组。 **结果** 所有患者治疗 5 周后观察疗效, 观察组治愈 54 例, 无效 6 例; 对照组治愈 21 例, 无效 7 例, 两组比较, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。 **结论** 手术切口不愈合患者采用新的治疗护理方法疗效显著优于常规处理方法, 且避免了二期扩创缝合。

关键词: 切口不愈合; 新治疗方法; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B

手术切口不愈合系术后并发症, 是外科临床经常遇到的问题。其影响因素很多, 主要包括全身性因素(营养不良、放射治疗、长期使用类固醇药物、糖尿病、细胞毒性药物等)和局部因素(组织坏死液化、出血和血肿形成、电刀灼伤、切口感染等^[1])。切口不愈合主要临床表现为: 切口痛、切口渗出, 少数患者伴随发热等^[2]。目前常规的治疗方法为拆线换药, 二期缝合, 但是这种方法治疗时间长, 患者痛苦加大。本 60 例手术切口不愈合患者采用新的处理方法治疗, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2011 年 3 月~2013 年 5 月手术切口不愈合患者 88 例临床资料, 年龄 13~65 岁。其中采用常规治疗的 28 例设为对照组。采用新治疗方法的 60 例设为观察组。

1.2 治疗方法

对照组 28 例采用常规治疗, 即拆线换药, 隔日 1 次, 清理切口后, 用无菌纱布条覆盖切口表面。观察组采取新的治疗方法: ①加强对症支持治疗: 对全身状况差及并发症的患者应进行积极的支持及对症治疗, 加强围手术期支持治疗, 包括糖尿病治疗, 纠

正贫血、低蛋白血症等; ②应用抗菌药物。采集切口分泌物进行细菌培养及药敏试验, 然后根据药敏试验结果选用敏感抗生素合理用药。一般用阿米卡星、先锋霉素、氧氟沙星、替硝唑等静滴。③切口局部封闭。根据药敏试验结果, 合理选用抗生素加入 0.9% 氯化钠 20 mL, 封闭切口周围组织。④对合挤压法挤出切口内分泌物。

1.3 护理方法

1.3.1 心理护理 ①体贴、关心并安慰患者, 向患者解释说明并发症已经出现, 鼓励其积极配合治疗, 争取早日康复; ②向患者介绍围手术期知识, 让其了解到切口不愈合是众多术后并发症的一种, 不必过度紧张; ③悲观心理, 主要进行心理疏导, 通过对患者进行心理护理, 稳定患者情绪, 使其以良好的心态接受治疗和护理。并创造良好愉快的内病室环境, 转移其注意力。同时给予饮食指导并治疗原发病, 指导患者进行功能锻炼, 使患者在创口治愈的同时可自由行走。

1.3.2 消毒隔离 对切口不愈合患者需作消毒隔离处理, 具体措施如下: ①焚烧伤口污染的敷料, 高压灭菌换药用物。②治疗操作前后用“84”消毒液浸泡手。③紫外线照射病房, 2 次/天。④更换患者床单, 2 次/周, 用湿式扫床法整理病床单元, 地面用“84”消毒液液喷洒, 1 次/天, 以降低医院感染率。

1.3.3 用药的护理 阿米卡星可引起肾脏损害, 注意查肾功能, 1 次/周, 替硝唑、氧氟沙星可引起消化道反应, 如食欲不振、恶心、呕吐等, 所以静脉滴注时速度要慢, 并注意观察消化道反应情况。

1.4 疗效判定

所有患者治疗 5 周后观察疗效,治愈:通过新的治疗及护理方法,避免了二期缝合,缩短了住院天数;无效:切口长期不愈合,需要二期缝合处理。

1.5 统计学方法

采用 SPSS13.0 统计软件包对数据进行统计分析。计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

所有患者治疗 5 周后观察疗效,观察组 60 例治愈 54 例,无效 6 例;对照组治愈 21 例,无效 7 例,两组比较, $P < 0.05$,差异有显著性,见表 1。

表 1 两组患者伤口愈合效果比较(例)

组别	治愈	无效	合计
观察组	54 ^a	6 ^a	60
对照组	21	7	28
合计	75	13	88

与对照组相比,a: $P < 0.05$

3 讨 论

以往切口不愈合在临床上不太受到临床工作者的重视,常规的处理措施是伤口清洗换药,采用这种方法即使愈合后也会遗留较大的疤痕^[3]。但随着人们生活质量的不但提高,切口不愈合或愈合遗留的较大的疤痕都会给患者造成严重的恐惧心理和巨大的精神压力,从而影响到原发疾病的治疗。因此,在最短的时间内愈合创面显得越来越重要。

需外科手术治疗且合并有糖尿病、贫血、营养不良的患者,术后出现切口裂开及愈合不良的发生率远高于无伴随疾病者^[4]。故对全身状况差且出现并发症的病人应进行积极的支持及对症治疗,并加强围手术期支持治疗,包括糖尿病治疗,纠正贫血、低蛋白血症等。

感染是影响切口愈合的主要原因,因此需取切

口分泌物进行细菌培养,然后根据药敏试验合理用药,此外,术前严格的肠道准备不仅是防止切口感染的关键,也是防止腹部切口感染及手术成功的关键^[5]。而术中彻底冲洗手术区域,保持引流通畅,也可降低感染率。

为了消除患者机体和外围的不利因素对切口愈合的影响,从而尽量排除治疗疾病的干扰,调动患者的主观能动性,主动配合治疗护理,促进疾病快速康复,就必须使护患双方均处在良好的心理状态下^[6]。本文术后切口不愈合患者主要出现以下几种心理状况:①患者焦虑、恐惧的心理的出现,担心切口会长期不愈合,长期治疗会增加经济负担,更害怕原发疾病会加重,耽误其它治疗;②忧患心理,担心切口能否愈合。③悲观心理,局部封闭、对合挤压和拆线换药都会导致伤口疼痛,从而影响患者情绪,导致其悲观失望。通过详细的观察及护理,避免了二期缝合,成功率 90% 以上,及时发现及时处理,解除了患者的痛苦,缩短了疗程,减轻了患者的经济负担。

对切口不愈合患者采用新的处理方法后,其疗效明显优于传统治疗方案,且能明显缓解患者压力和节约医疗资源,值得临床推广。

参考文献:

[1] 潘刚. 四肢管状骨骨折延迟愈合及不愈合相关因素分析[J]. 检验医学与临床,2013,16(10):2154-2155.
[2] 宋桂秋. 剖宫产患者腹部手术切口的护理[J]. 中国医药指南,2013,18(11):695-696.
[3] 王辉,杨凌辉,杨凤玲. 普外科及眼科 I 类手术切口感染目标性监测[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(21):4753-4755.
[4] 高嵩,田书建,罗建平,等. 跟骨骨折术后切口不愈合的原因与预防[J]. 医药论坛杂志,2008,29(12):99-100.
[5] 冯伯利. 早期二次缝合治疗切口不愈合 26 例体会[J]. 河南外科学杂志,2004,6(10):33-31.
[6] 何大勇. 急性阑尾炎术后切口长期不愈临床分析[J]. 中国现代药物应用,2010,2(4):55-56.

(此文编辑:秦旭平)