

指南, 2009, 7(8): 115-116.

(5) 刘洪勇. 腹腔镜胃穿孔修补术对急性胃穿孔患者术后胃肠功能恢复及不良反应观察 (J). 临床研究, 2020, 28(1):

113-115.

(6) 王斌. 腹腔镜下急性胃十二指肠穿孔修补术对胃肠道功能的影响 (J). 医学信息, 2019, 32(21): 113-114, 117.

[文章编号] 1007-0893(2021)08-0133-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.062

# 胸腔镜肺癌根治术切口感染的手术室影响因素分析

张元秋 曾 苹

(新乡医学院第一附属医院, 河南 新乡 453000)

**[摘要]** **目的:** 探讨胸腔镜肺癌根治术切口感染患者的手术室影响因素。**方法:** 回顾性选取新乡医学院第一附属医院 2017 年 6 月至 2020 年 5 月行胸腔镜肺癌根治术的患者 102 例, 根据病原学检测结果分为感染组 ( $n = 14$ )、未感染组 ( $n = 88$ )。比较两组患者的一般资料, 并采用 Logistic 回归分析切口感染的影响因素。**结果:** 102 例接受胸腔镜肺癌根治术患者中, 术后 14 例出现切口感染, 感染率为 13.73% (14/102); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间  $\geq 180$  min 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的独立危险因素, 使用抗菌药物、手术室温度的 (22~25℃) 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的保护因素。**结论:** 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间  $\geq 180$  min 是胸腔镜肺癌根治术切口感染的危险因素, 采取针对性措施, 有助于减少胸腔镜肺癌根治术切口感染的发生。

**[关键词]** 胸腔镜肺癌根治术; 切口感染; 影响因素

**[中图分类号]** R 734.2; R 730.56 **[文献标识码]** B

胸腔镜肺癌根治术是一种微创外科手术, 在肺癌治疗中有广泛应用, 但术后易出现切口感染、肺不张、肺部感染等并发症, 不利于预后改善。其中切口感染作为常见外科手术并发症, 发生率较高, 有关数据显示, 医院感染中切口感染占比约为 15%~20%, 可直接影响手术质量、预后效果<sup>[1]</sup>。切口感染危险因素众多, 如患者基础疾病、自身体质、住院时间、手术类型等, 其中与手术室有关因素为其关键而重要的一环, 据世界卫生组织 (world health organization, WHO) 数据显示, 手术室有关因素在切口感染影响因素中占比在 25% 左右<sup>[2]</sup>。因此做好手术室切口感染预防极为重要。本研究选择本院行胸腔镜肺癌根治术患者 102 例, 旨在探讨切口感染手术室相关影响因素, 为临床预防切口感染提供科学依据, 详情如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

回顾性选取 2017 年 6 月至 2020 年 5 月于本院行胸腔镜肺癌根治术患者 102 例, 其中女 34 例, 男 68 例, 年龄 42~67 岁, 平均 (54.38 ± 6.05) 岁。

### 1.2 选取标准

1.2.1 纳入标准 患者均符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2019 版)》中肺癌的诊断标准; TNM 分期 I~II 期, 均接受胸腔镜肺癌根治术治疗, 符合手术指征<sup>[3]</sup>。

1.2.2 排除标准 其他恶性肿瘤、有放疗化疗史、手术禁忌证; 术前伴有急慢性炎症、全身感染。

### 1.3 方法

1.3.1 目标监测 手术室护士、手术室院感医生各 1 名, 负责监测、跟踪手术切口愈合状况, 切口完全愈合后 3 d 停止切口监测, 根据医院感染评估规范对疑似切口感染者及时实施病原菌检测, 并依照病原菌检测结果将患者分为感染组、未感染组。

1.3.2 调查方法 收集、整理患者手术相关资料, 包括年龄、性别、手术室温度的、手术时间、手术室类型、接台手术、参观人员、抗菌药使用、病理类型、TNM 分期等。

### 1.4 观察指标

(1) 统计患者切口感染发生情况。(2) 对胸腔镜肺癌根治术切口感染的影响因素进行分析。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$

[收稿日期] 2021-02-23

[作者简介] 张元秋, 女, 主治医师, 主要从事临床外科工作。

表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验 Logistic 回归进行分析, 影响因素采用  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者的切口感染情况

102 例接受胸腔镜肺癌根治术患者中, 术后 14 例出现切口感染, 感染率为 13.73% (14/102), 因此, 感染组患者为 14 例, 未感染组患者为 88 例。

### 2.2 切口感染影响因素的单因素分析

感染组患者的手术时间、手术室类型、手术室温度、抗菌药物使用、参观人员及接台手术情况与未感染组比较, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者的年龄、性别、TNM 分期、病理分期比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 切口感染影响因素的单因素分析 (n(%))

因素	感染组 (n = 14)	未感染组 (n = 88)	$\chi^2$	P
性别				
男	9(64.29)	59(67.05)	0.010	0.919
女	5(35.71)	29(32.95)		
年龄				
$\geq 50$ 岁	11(78.57)	58(65.91)	0.401	0.527
$\leq 50$ 岁	3(21.43)	30(34.09)		
参观人员				
有	4(28.57)	6( 6.82)	4.238	0.040
无	10(71.43)	82(93.18)		
接台手术				
是	3(21.43)	2( 2.27)	5.842	0.016
否	11(78.57)	86(97.72)		
手术室类型				
层流室	10(71.43)	82(93.18)	4.238	0.040
非层流室	4(28.57)	6( 6.82)		
手术时间				
$\geq 180$ min	9(64.29)	80(90.91)	5.491	0.019
$< 180$ min	5(35.71)	8( 9.09)		
抗菌药使用				
有	4(28.57)	5( 5.68)	5.278	0.022
无	10(71.43)	83(94.32)		
TNM 分期				
I 期	5(35.71)	34(38.64)	0.044	0.835
II 期	9(64.29)	54(61.36)		
病理类型				
腺癌	8(57.14)	46(52.27)	1.221	0.875
鳞癌	5(35.71)	30(34.09)		
大细胞癌	0( 0.00)	2( 2.27)		
小细胞癌	1( 7.14)	5( 5.68)		
其他	0( 0.00)	5( 5.68)		
手术室温度				
22 ~ 25 °C	3(21.43)	1( 1.14)	8.364	0.004
非 22 ~ 25 °C	11(78.57)	87(98.86)		

### 2.3 切口感染影响因素的多因素分析

多因素 Logistic 回归分析结果显示, 非层流手术室、接

台手术、有参观人员、手术时间  $\geq 180$  min 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的独立危险因素, 使用抗菌药物、手术室温度 (22 ~ 25 °C) 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的保护因素, 见表 2。

表 2 切口感染影响因素的多因素分析

因素	$\beta$	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
非层流手术室	0.638	0.227	7.894	$< 0.001$	1.892	(1.067, 3.356)
接台手术	0.382	0.152	6.302	$< 0.001$	1.465	(1.216, 1.764)
有参观人员	0.552	0.214	6.661	$< 0.001$	1.737	(1.407, 2.145)
手术时间 $\geq 180$ min	1.916	0.569	11.337	$< 0.001$	6.793	(3.128, 14.752)
手术室温度 (22 ~ 25 °C)	-0.834	0.350	7.476	$< 0.001$	0.434	(0.237, 0.796)
使用抗菌药物	-1.043	0.364	8.205	$< 0.001$	0.353	(0.145, 0.857)

## 3 讨论

切口感染指围手术期切口受细菌侵袭而出现的感染, 可显著增加脓毒血症、切口疝等并发症风险, 且可延长住院时间, 增加住院费用, 可给患者身心、经济等方面带来严重负担。因此临床需尽早明确手术室相关危险因素, 以减少切口感染发生, 改善预后。

手术室作为实施手术的场所, 患者虽然停留时间较短, 但却是最关键治疗环节, 此时患者身心更加脆弱, 为感染易发时间<sup>[4]</sup>。因此分析切口感染危险因素时需重点考虑手术室相关因素。本研究显示, 102 例接受胸腔镜肺癌根治术患者, 术后切口感染率为 13.73%, 可见接受胸腔镜肺癌根治术治疗患者切口感染风险较高。另外, 本研究多因素 Logistic 回归分析显示, 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间  $\geq 180$  min 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的独立危险因素, 使用抗菌药物、手术室温度 (22 ~ 25 °C) 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的保护因素。分析原因在于手术室有参观人员、手术时间较长, 可增加手术室内流动细菌数量, 且长时间暴露术野会持续压迫血管, 影响局部循环, 造成组织细胞缺氧, 从而会降低切口部位抵抗力, 增加细菌感染风险<sup>[5]</sup>。故手术时间长、有参观人员可一定程度提高切口感染风险性。有研究指出, 层流手术室可向手术室持续输入洁净空气, 并置换出污染空气, 且臭氧消毒机对多种霉菌、病菌、真菌等均有杀灭效果, 继而可减少空气中病原菌数量, 降低切口感染风险<sup>[6]</sup>。因此非层流手术室、接台手术会增加切口感染风险。同时手术室温度可直接影响切口损伤, 温度较高, 切口皮肤易出汗, 从而可使皮肤细菌进入切口, 而温度较低会造成血管收缩, 冷刺激下易加重损伤, 因此维持手术室温度 22 ~ 25 °C 可显著降低切口感染风险<sup>[7]</sup>。另外围手术期预防性应用抗生素, 能预防细菌感染, 减少切口感染发生, 但需合理、科学使用, 避免滥用, 以防细菌耐药性增加。

综上, 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间  $\geq 180$  min 是胸腔镜肺癌根治术切口感染的重要危险因素,

而使用抗菌药物、手术室温度(22~25℃)为其保护因素,尽早明确以上因素,进行针对性预防,减少切口感染发生。

[参考文献]

(1) 蒙光义,彭评志,庞二友. 外科手术切口感染危险因素的研究进展(J). 河北医药, 2018, 40(3): 443-447.

(2) 秦晴,邵兵. 术后切口感染手术室相关危险因素分析(J). 吉林医学, 2019, 40(2): 405-406.

(3) 中华医学会,中华医学会儿科学分会,中华医学杂志社. 中华医学会儿科学临床诊疗指南(2019版)(J). 中华肿瘤杂志, 2020, 42(4): 257-287.

(4) 许建建,计幼苗,毛美容,等. 切口感染的手术室影响因素与病原菌分布特点(J). 中华医院感染学杂志, 2018, 28(2): 305-308.

(5) 毛晓红,李华,彭敏,等. 手术患者发生切口感染手术室影响因素与感染病原菌分布及药敏性分析(J). 山西医药杂志, 2019, 48(13): 1545-1548.

(6) 谢楚霞,周美英,余细凤. 手术切口感染与手术室相关危险因素分析及护理对策(J). 中国医药科学, 2018, 8(2): 135-137.

(7) 黎丽. 术后切口感染手术室相关危险因素的多元 Logistic 回归分析及干预(J). 吉林医学, 2020, 41(9): 2288-2290.

(文章编号) 1007-0893(2021)08-0135-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.063

# 复方丙酸氯倍他索软膏联合甲氨蝶呤片 治疗寻常型银屑病的疗效

梁丹宇 周自广

(郑州市第一人民医院, 河南 郑州 450004)

[摘要] **目的:** 探讨甲氨蝶呤片辅助治疗寻常型银屑病的效果。**方法:** 选取 2019 年 11 月至 2020 年 6 月郑州市第一人民医院收治的 82 例寻常型银屑病患者, 根据简单随机化法分为单一组( $n=41$ )、二联组( $n=41$ )。单一组以复方丙酸氯倍他索软膏治疗, 二联组以复方丙酸氯倍他索软膏联合甲氨蝶呤片治疗。比较两组疗效及治疗前后银屑病面积与严重性指数(PASI)评分、血清白细胞介素(IL)-17、IL-23、IL-16 水平。**结果:** 二联组治疗总有效率(97.56%)较单一组(80.49%)高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。与单一组比较, 治疗后二联组 PASI 评分及血清 IL-16、IL-17、IL-23 水平均较低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 甲氨蝶呤片联合复方丙酸氯倍他索软膏治疗寻常型银屑病可有效抑制血清 IL-16、IL-17、IL-23 表达。

[关键词] 银屑病; 甲氨蝶呤片; 复方丙酸氯倍他索软膏

[中图分类号] R 758.63 [文献标识码] B

银屑病是一种炎症性慢性皮肤病, 发生率约为 0.47%, 其中以寻常型银屑病最为常见, 占比在 90% 以上, 其发生机制复杂, 易反复发作, 治愈难度高, 严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。现阶段临床尚无特效治疗药物, 常采用对症处理, 有效、快速控制皮损, 缓解瘙痒症状, 预防复发。复方丙酸氯倍他索软膏为常用治疗药物, 可快速缓解临床症状, 但难以根治, 停药后易复发。有研究表明, 甲氨蝶呤作为系统抗银屑病药, 在重度斑块型银屑病患者治疗中有较高安全性及疗效<sup>[2]</sup>。但目前关于二者联合治疗的研究较少。基于此, 本研究选择寻常型银屑病患者 82 例, 旨在探讨甲氨蝶呤片联合复方丙酸氯倍他索软膏的应用价值, 报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 11 月至 2020 年 6 月本院收治的 82 例寻常型银屑病患者, 根据简单随机化法分为单一组( $n=41$ )、二联组( $n=41$ )。单一组女 18 例, 男 23 例, 年龄 21~56 岁, 平均( $38.23 \pm 8.45$ )岁; 二联组女 20 例, 男 21 例, 年龄 22~54 岁, 平均( $37.74 \pm 7.62$ )岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

(1) 纳入标准: 符合《中国银屑病诊疗指南》<sup>[3]</sup>标准;

[收稿日期] 2021-02-22

[作者简介] 梁丹宇, 女, 主治医师, 主要从事免疫性皮肤病工作。