

• 经验交流 •

剖宫产术后盆腔感染 56 例临床分析

蔡卫芳

(浙江省德清县人民医院妇产科, 浙江 德清 313216)

【关键词】 剖宫产; 盆腔感染; 高危因素; 防治措施

中图分类号: R719.8 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.024

妊娠晚期, 孕妇体内多器官功能极为敏感和脆弱, 任何超负荷损害都会给产妇带来伤害^[1]。对本院 56 例行剖宫产术后盆腔感染患者的临床资料进行总结, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2005 年 10 月—2008 年 9 月共行剖宫产术患者 2 751 例, 其中 56 例临床诊断为术后盆腔感染者为观察组; 以同期剖宫产术后未合并感染的 60 例患者为对照组。两组孕妇年龄、孕周、孕产次、麻醉方式、手术方式等差异无统计学意义, 有可比性。

1.2 治疗方法: 两组均于术前 0.5 h 至术后 24 h 使用氨苄青霉素或头孢菌素常规剂量围手术期用药预防感染。观察组术后继续应用广谱抗生素或联合应用抗生素; 中西医结合加强宫缩及支持治疗; 病原体阳性者根据药敏试验选用抗生素, 对子宫切口感染并出血者予开腹清创处理。

1.3 观察指标: 观察两组患者手术时机是否第二产程、胎膜是否早破、产前有无阴道感染性疾病、血清总蛋白; 术中羊水污染情况、手术时间; 术后观察发热时间、腹痛、恶露情况, 血常规、C-反应蛋白(CRP), 超声检查子宫切口愈合情况。

1.4 统计学处理: 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者剖宫产术后盆腔感染高危因素比较(表 1): 与对照组比较, 观察组第二产程、胎膜早破、羊水污染及产前阴道炎发生率均明显增加, 血清总蛋白明显降低, 手术时间明显延长, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

作者简介: 蔡卫芳(1969-), 女(汉族), 浙江省人, 主治医师。

表 1 两组患者剖宫产术后盆腔感染高危因素比较

组别	例数	第二产程 〔%(例)〕	胎膜早破 〔%(例)〕	羊水污染 〔%(例)〕	产前阴道炎 〔%(例)〕	血清总蛋白 ($\bar{x} \pm s$, g/L)	手术时间 ($\bar{x} \pm s$, min)
观察组	56	41.07(23) ^b	17.86(10) ^a	60.71(34) ^b	55.36(31) ^b	55.2±3.9 ^b	46±18 ^b
对照组	60	6.67(4)	5.00(3)	16.67(10)	16.67(10)	64.5±4.2	34±9

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$

表 2 两组患者剖宫产术后盆腔感染征象比较

组别	例数	发热时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	血白细胞计数 ($\bar{x} \pm s$, $\times 10^9/L$)	CRP ($\bar{x} \pm s$, mg/L)	腹痛 〔%(例)〕	超声检查阳性 〔%(例)〕
观察组	56	5.6±2.3 ^b	13.6±3.5 ^b	123.6±26.2 ^b	85.71(48) ^b	14.28(8) ^a
对照组	60	2.5±1.2	7.8±2.3	21.7±7.5	11.67(7)	3.33(2)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$

2.2 两组患者剖宫产术后盆腔感染征象比较(表 2): 与对照组比较, 观察组发热时间明显延长, 血白细胞计数、CRP 浓度、腹痛发生率及超声检查阳性率均明显升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

2.3 治疗结果: 观察组所有病例术后继续足量应用广谱抗生素或联用抗生素, 病原体阳性者根据药敏试验选用抗生素, 中西医结合加强宫缩治疗以保证良好的子宫复旧以及输血等术后强有力的支持治疗。仅 1 例子宫切口感染后发生产褥期大出血, 经开腹清创后再次缝合, 中西医结合加强宫缩综合保守治疗成功。56 例全部治愈, 无一例子宫切除。

3 讨论

3.1 术后盆腔感染的诊断: 根据美国疾病与预防控制中心(CDC)的诊断标准, 手术部位器官、腔隙感染指发生在手术后 30 d 内, 除切口外, 手术中操作过的任何组织(例如器官或腔隙)的感染, 并有下列各项中的至少 1 项: ①器官或腔隙穿刺引流液为脓性; ②器官或腔隙由无菌操作获得的液体或组织培养分离出微生物; ③直接检查、再次手术探查、或组织病理学、或放射学检查发现涉及切口脓肿或其他感染证据。由于盆腔炎性

疾病具有多种临床表现, 其症状和体征并非其所特有, 诊断较困难。腹腔镜等有创检查为诊断盆腔炎症疾病的金标准, 但有很大局限性。本研究显示, 患者剖宫产术后有明显的发热、腹痛及血中 CRP 明显升高等非特异性临床感染征象, 或不伴有超声检查炎症改变, 临床诊断盆腔感染治疗效果满意。因此, 要提高诊断准确性, 应尽早行病原体培养。周白等^[2]研究发现急性盆腔炎解脲支原体检出率 37.7%, 1/3 的患者存在混合感染。

3.2 剖宫产术后盆腔感染的治疗: 对已发生剖宫产术后盆腔感染的患者, 抗生素的合理应用是治疗的关键之一, 预防性抗生素并不意味着愈高级、愈广谱就越具有显著的临床效果^[3]。淋病奈瑟菌、沙眼衣原体、解脲支原体感染必须要选用针对性的抗生素治疗; 抗生素应根据病灶处细菌培养及药敏试验进行个体化的合理选择。在能够得到细菌培养结果之前, 应联合使用对需氧菌和厌氧菌有效、兼顾革兰阳性球菌及革兰阴性杆菌的抗生素, 同时根据临床症状及临床经验来选择。在足量有效抗生素治疗基础上, 加强宫缩以尽量清除感染物, 减少感染创面及感染灶, 是治疗关键中的关键;

如子宫不能有良好的收缩,宫腔血窦长期开放、宫腔积血及宫内感染组织不能有效排出而积存于宫腔,势必造成感染灶无法控制和不断扩散,导致脓毒症、感染中毒性休克,甚至危及产妇生命安全而被迫切除子宫等。在我们成功保留子宫的感染案例中,有效应用抗生素、中西医结合促进宫缩和开腹手术清除病灶的综合治疗均取得良好结局。

3.3 剖宫产术后盆腔感染防治措施:本研究显示,剖宫产术后盆腔感染的高危因素有第二产程剖宫产、胎膜早破、生殖

道炎症性疾病、低蛋白血症和手术时间长等。剖宫产术后盆腔感染多为上行性感染,积极治疗妊娠期生殖道感染,重视胎膜早破,纠正低蛋白血症,正确掌握剖宫产时机,尽量避免第二产程剖宫产。围手术期预防性抗生素的合理应用十分重要,经过多年的大量临床验证,目前一致认为无论择期剖宫产或临产后急诊剖宫产均应预防性应用抗生素^[3],剖宫产术后子宫和盆腔的感染重在预防,作为一名产科医师尤其要提高防范意识和手术技巧,避免出现临床不良局面。

参考文献

- [1] 薛春,华绍芳,郭尚宏.产科危重症多器官功能障碍综合征的急救与围产结局分析[J].中国危重病急救医学,2007,19(10):629.
- [2] 周白,丛林,沙玉成.性传播疾病病原体在急性盆腔炎发病中的作用[J].中华妇产科杂志,2001,36(9):539-541.
- [3] 杨慧霞,任苗.剖宫产围手术期预防性抗生素的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(10):732-734.

(收稿日期:2009-08-13)

(本文编辑:李银平)

• 基层园地 •

基层医院急诊医疗安全风险防范探讨

朱传明¹,王芳²

(1.浙江省长兴县人民医院,浙江长兴 313100; 2.浙江省长兴县中医院,浙江长兴 313300)

【关键词】 急诊科管理; 急诊科工作; 安全风险

中图分类号: R197.32 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.025

急诊科是医院抢救生命的第一线,面对的是病情复杂多变、各种危急重病以及意外灾害事故所致突发伤患者的救治,也是医疗纠纷的多发地。本院是二级甲等综合性基层医院,能代表基层医院的特点。现结合本人多年的急诊工作经验,现针对急诊科管理和工作特点,以及对易发生医疗安全风险的各个环节和诸多因素进行分析探讨,报告如下。

1 急诊工作中存在的医院安全问题

1.1 急诊管理困难,人员急救技能需要提高:基层医院几乎没有抢救创伤患者的固定急诊医师,而采取相关专科医师会诊,严重影响多发伤员的救治。医务人员流动性太大,临时观念导致急诊意识不强,综合协调处理能力差,急救技术水平参差不齐,同时给患者的系统救治留下隐患,致使纠纷、差错、事故增多。

1.2 常规制度落实不严,操作流程不规范:急诊科医疗差错事故主要是不落实常规诊疗操作流程和规章制度,以及医疗核心制度如首诊负责制、会诊制度、交接班制度、抢救制度等落实到位。个别医师责任心不强,检查不到位。

1.3 法律意识淡薄,缺乏自我保护和

作者简介:朱传明(1970-),男(汉族),浙江省人,主治医师。

医疗事件的预见能力:随着人们的法制观念不断增强,患者用法律法规衡量医疗行为和后果的意识也不断加强;而急诊医务人员更多是考虑如何尽快解除患者的病痛和抢救患者的生命,往往重抢救轻记录,缺乏具有法律效果的佐证材料,为日后的纠纷埋下隐患,如记录时间与实际时间不符,医疗文书书写不规范,对病情变化及采取的医疗措施记录不及时等。即使在医疗过程中没有失误,但由于医疗记录缺陷,致使在医疗纠纷中可能会承担本不应该承担的责任。

1.4 忽视患者及家属的心理需求,沟通告知不到位:患者对医院的医疗质量和服务态度持有一个基本的期望值,当达不到时,有些患者或家属就不理解、不能接受,要追究医务人员的责任。急诊科大部分纠纷是由于医务人员只注意抢救治疗未重视沟通告知,或未与患者或家属达成共识所致。

2 急诊医院安全风险防范措施探讨

2.1 建立健全基层医院急诊科:领导要重视,政策要倾斜,要加强急诊学科复合型人才建设并完善人员编制。有固定急诊医护人员的支援型急诊科模式较符合基层二级医院的急诊科建设要求;同时应与原有的抢救组织网络,如院前急救、

重症监护室相结合,可形成全程一体化的现代化急诊医学服务模式。

2.2 建立健全急诊各项规章制度和操作流程:急诊科内应悬挂各项规章制度和操作流程,以保证抢救工作有序、高效进行,对提高急诊工作质量和抢救成功率具有重要作用,同时也是提高急诊医师技术水平和熟练技术操作能力的有效方法。为体现急救特点按病情危重程度将患者分诊进入不同区域急救,按轻重缓急组织救治。

2.3 加强与患者或家属的沟通,力求达成共识:在工作中应充分体现和保障患者的知情同意权及医疗权,在诊疗过程中,应与患者或家属就病情进行及时有效的沟通,用通俗易懂的语言交谈,增强患者或家属的认同感和信任感,并在病情变化预见性方面,力求达成共识。

2.4 增强法律意识,维护自己的合法权益:应加强法律法规培训,提高对差错事故的防范意识和能力。培养急诊医务人员严谨的工作作风态度,高度的责任心,严格遵守各项规章制度和诊疗常规。加强急诊业务知识学习,多科交流、总结经验。严格遵守急诊病历书写规范。

(收稿日期:2009-07-05)

(本文编辑:李银平)