

手术隔离技术在卵巢巧克力囊肿手术中的应用及分析

刘小慧

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430030

摘要: 目的: 分析在卵巢巧克力囊肿手术中实施手术隔离技术的应用效果。方法: 选取笔者所在的医院 2022 年 1 月 ~ 12 月期间, 收治的接受卵巢巧克力囊肿手术治疗的患者共计 120 例作为研究对象, 随机分成两组, 对照组 60 例, 给予常规手术室护理; 观察组 60 例, 在常规护理的基础上给予手术隔离技术护理。对比两组护理质量、并发症情况。结果: 在护理质量方面, 观察组在各个维度的评分均比对照组高, 其差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 在术后并发症方面, 观察组并发症发生率为 3.33%, 与对照组 (18.33%) 比显著降低 ($P < 0.05$)。结论: 在卵巢巧克力囊肿手术中实施手术隔离技术, 可以有效降低并发症发生率, 显著提升整体护理水平, 对患者疾病及远期的康复具有重要意义。

关键词: 手术隔离技术; 卵巢巧克力囊肿手术; 应用; 效果

手术隔离技术是基于无菌操作原则, 通过系统性隔离措施, 将污染源、病灶组织与正常组织分隔开来, 预防污染源、病灶细胞脱落、种植和播散的技术^[1]。该技术由中华护理学会手术室专业委员会在 2016 年《手术室护理实践指南》中首次明确定义, 将肿瘤手术中的“无瘤技术”理念拓展至各类手术操作。卵巢巧克力囊肿 (又称卵巢子宫内膜异位囊肿) 是子宫内膜异位位于卵巢组织形成的病理性囊肿, 是子宫内膜异位症的一种。异位的子宫内膜会随着月经周期激素水平的变化而生长脱落并引起周期性出血形成囊肿。卵巢巧克力囊肿虽然为良性病变, 但却有侵袭、播散、远处转移等类似恶性肿瘤的特点, 且单纯药物治疗效果不佳, 必须手术治疗, 严重影响患者的健康状况和生活质量^[2]。在手术过程中, 容易造成感染源、污染源、囊肿组织和囊液接触污染手术切口、盆腹腔及脏器, 引起术后腹腔感染、切口感染、子宫内膜异位症^[3]等并发症。基于“防优于治”的理念, 在预防手术并发症方面, 手术隔离技术的实施至关重要。通过此技术的实施, 可以有效隔离病灶组织及污染源, 有效降低手术并发症的发生率^[4]。本研究选取卵巢巧克力囊肿手术患者 120 例, 探讨手术隔离技术的应用效果, 报告如下。

1 一般资料与研究方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月 ~ 12 月期间, 本院收治的卵巢巧克力囊肿手术患者 120 例, 按照随机数字表法, 分为对照组 60 例, 观察组 60 例。观察组年龄 20 ~ 45 岁, 平均 (35.52 ± 4.13)

岁; 囊肿直径 2.3 ~ 8.6cm, 平均 (5.17 ± 0.22) cm; 病程 3 ~ 36 个月, 平均 (16.52 ± 7.25) 个月; 孕次 0 ~ 5 次, 平均 (1.78 ± 0.26) 次; 产次 0 ~ 4 次, 平均 (1.72 ± 0.34) 次; 卵巢囊肿为右侧者 21 例, 左侧者 19 例, 双侧者 20 例; 初中及以下学历者 11 例, 高中学历者 22 例, 大专及以上学历者 27 例。对照组患者年龄 20 ~ 47 岁, 平均 (34.53 ± 4.25) 岁; 囊肿直径 2.1 ~ 8.3 cm, 平均 (5.64 ± 0.35) cm; 病程 3 ~ 32 个月, 平均 (16.42 ± 8.26) 个月; 孕次 0 ~ 4 次, 平均 (2.43 ± 0.16) 次; 产次 0 ~ 4 次, 平均 (1.69 ± 0.38) 次; 卵巢囊肿为右侧者 20 例, 左侧者 21 例, 双侧者 19 例, 初中及以下学历者 13 例, 高中学历者 19 例, 大专及以上学历者 28 例。观察组和对照组在年龄、病程、孕产次、文化程度等方面进行比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。

1.2 方法

对照组采用标准手术室护理方案, 严格按照常规手术流程执行术前准备及术中配合。观察组在执行标准手术室护理方案的同时, 增加手术隔离技术, 具体实施方案包括: (1) 术前专项培训: 开展卵巢巧克力囊肿专题学习, 系统培训手术隔离技术理论知识与操作规范, 重点讲解疾病并发症风险及防控要点, 明确无菌操作与隔离技术标准流程, 强化护理人员感染防控意识, 制定规范化术中配合方案术前培训。(2) 术前准备: 手术室护理人员术前需备好手术所需的器械、用物等, 在常规手术器械包的条件下适当增加缝线针、器械、治疗碗、敷料等。(3) 手术操作注意事项: 手术操作应动

作轻柔，尽量保持囊肿的完整性。当囊肿过大破裂风险较高时，为预防囊肿破裂瞬间囊液喷涌四溅而引发种植，可先行穿刺吸尽囊液后再进行分离切除。若囊肿破裂，囊内液体流出，应及时吸出囊液，局部用生理盐水冲洗，必要时用蒸馏水冲洗，防止病灶播散。（4）切口保护：剥离的囊肿及时装入取物袋，避免病灶直接接触盆腹腔及脏器。关闭取物袋开口方能从手术切口处取出，避免直接接触切口。若囊肿过大，取出困难时，需特别注意切口保护，使用切口膜保护好切口，再将取物袋袋口翻转，用吸引头吸尽囊液，待囊肿缩小后，再将取物袋从切口处拉出，并立即用生理盐水冲洗切口 1 ~ 3 次^[5]，医护人员需要及时更换外科手套，再进行下一步手术操作^[6]。（5）污染器械管理规范：在无菌区域建立明确的隔离区域，所有接触病灶的器械（包括持针器、剪刀、血管钳、组织钳、缝针、纱布等）均需严格放置在指定隔离区，与清洁器械分区管理，杜绝交叉使用^[7]。（6）术中物品管理要求：器械护士禁止直接接触标本及污染物品，取放标本需使用专用容器；接触囊肿的器械和敷料使用后立即置于隔离区，严禁再次用于正常组织；吸引过囊液的吸引

头必须更换，腹腔冲洗需使用新吸引头；卵巢缝合针线专用，禁止用于其他部位缝合。（7）术后处理流程：术后所有器械均需按照消毒供应中心规范进行标准化终末处理。

1.3 观察指标

（1）比较两组护理质量，共包括隔离区建立及使用、标本管理、器械管理、切口管理 4 个维度，每个维度满分为 10 分，评分越高说明护理质量越好。（2）统计两组并发症发生率，包括腹腔感染、切口感染、子宫内膜异位症。

1.4 统计学处理

此研究的数据采用 SPSS 24.0 统计软件进行处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数（百分比）表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理质量

观察组在隔离区建立与使用、标本管理、器械管理、切口管理评四个维度的得分均高于对照组, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组护理质量评分对比

组别	隔离区建立与使用	标本管理	器械管理	切口管理
对照组 (n=60)	5.33 ± 1.386	5.48 ± 1.081	5.4 ± 0.947	5.15 ± 1.233
观察组 (n=60)	8.98 ± 0.833	8.67 ± 0.655	8.48 ± 0.676	8.95 ± 0.675
t	17.482	19.502	20.078	20.947
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 并发症

对照组的并发症发生率为 18.33%，显著高于观察组的 3.33%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组并发症发生率对比

组别	腹腔感染	切口感染	子宫内膜异位症	并发症
对照组 (n=60)	3 (5.00)	5 (8.33)	2 (3.33)	11 (18.33)
观察组 (n=60)	0 (0.00)	1 (1.67)	0 (0.00)	2 (3.33)
X ²				5.566
P				0.018

3 讨论

手术隔离技术在各个学科手术中发挥着重要的作用。子宫内膜异位症是子宫内膜组织（腺体和间质）出现在子宫体以外的部位，卵巢巧克力囊肿是其中的一种类型^[8]。卵巢巧克力囊肿虽然为良性病变，但却有侵袭、播散、远处转移等类似恶性肿瘤的特点。在手术中可通过无菌手套、器械、敷料等介质将污染源、感染源、游离的子宫内膜碎片携带至其它部位，造成医源性传播，引起多种并发症^[9]，故术中预

防很重要。在常规手术室护理工作中，也包括各项隔离措施，但在规范性和执行可靠性方面存在不足，易因隔离操作不当引发并发症^[10]。相比之下，手术隔离技术的实施强调：1）开展规范化培训：术前需对医护人员进行系统的理论授课、技能实训及考核评估，确保掌握标准化操作流程，这对于提高卵巢囊肿手术过程中隔离的有效性有着重要的作用^[11]；2）强化过程监管：术中通过医护协同监督，重点把控关键隔离环节，切实提升技术执行的规范性和有效性^[12]。

本次研究结果显示,在护理质量方面,观察组在隔离区建立和使用、标本管理、器械管理、切口管理的评分均高于对照组, $P<0.05$;在术后并发症方面,观察组并发症发生率为3.33%,明显低于对照组的18.33%, $P<0.05$,差异均具有统计学意义。由此说明规范的手术隔离技术,可以提高护理质量,降低并发症。

综上所述,规范的手术隔离技术可以使种植细胞、污染源、感染源与正常组织隔离,避免造成医源性疾病播散而产生的并发症。在卵巢巧克力囊肿手术中实施规范有效的手术隔离技术,可以有效降低并发症发生率,显著提升整体护理水平,对促进患者的健康具有重要的意义。因此手术隔离技术值得在卵巢巧克力囊肿手术乃至其它的妇科手术中积极推广应用。

参考文献:

[1] 中华护理学会手术室专业委员会手术室护理实践指南(2016年版)[M].北京:人民卫生出版社,2016:70-72.

[2] 韩肖彤,郭红燕,孔东丽,等.子宫内膜异位症诊断延迟的原因及影响因素探讨[J].中华妇产科杂志,2018,53(2):92-98.

[3] 赵璐,乔文娟,王毅琦.基于需要层次理论的术后康复干预模式在卵巢囊肿患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28(9):1220-1225.DOI:10.3760/cma.j.cn115682-20210823-03774.

[4] 许俊晖,李永红.经脐单孔腹腔镜与传统腹腔镜手术治疗卵巢囊肿的疗效对比分析[J].实用妇产科杂

志,2021,37(11):854-857.

[5] 李灵香.子宫内膜异位症的发生原因及临床症状分析[J].中国妇幼保健,2017,32(14):3177-3179.

[6] 肖天涯,朱娟.探讨恶性肿瘤外科手术操作不接触隔离技术的护理配合要点[J].中国医药指南,2019,17(25):219-220.

[7] 谢幸,孔兆华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:261-262.

[8] 朱琳,卢秀英,陈涛,等.三级甲等医院手术室护士肿瘤手术隔离技术执行情况及其影响因素[J].护理研究,2019,33(14):2500-2502.

[9] 魏永婷,吴秀红.30个省份恶性肿瘤手术隔离技术执行情况的现状调查[J].中华护理杂志,2018,53(9):1060-1066.

[10] 蔡琳.优质护理配合在腹腔镜结直肠癌根治术患者的应用效果[J].福建医药杂志,2022,44(06):134-136.

[11] Yun BH, Jeon YE, Chon SJ, et al. The prognostic value of individual adhesion scores from the revised american fertility society classification system for recurrent endometriosis[J]. Yonsei Med J, 2015, 56(4): 1079-1086.

[12] 张玉华,戴凌青,徐玉琴,等.手术隔离技术在预防剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症中的作用[J].循证护理,2022,8(04):559-562.

作者简介:刘小慧(1985—),女,汉族,本科,手术隔离技术、手术室“三体”管理。