

两种坐浴法对 PPH 术后切口愈合影响的临床研究[▲]

杨萌¹ 廖金芳²

(1 右江民族医学院附属医院肛肠科,百色市 533000, E-mail: yangmeng8212@126.com;

2 南方医科大学附属何贤纪念医院暨广州市番禺区妇幼保健院,广州市 511400)

【摘要】 目的 观察多功能肛肠熏蒸治疗机联合康复新液熏蒸坐浴对重度混合痔行吻合器痔上黏膜环形切除术(PPH)后切口愈合的影响。方法 将100例重度混合痔行 PPH + 外痔剥扎术后患者按入院先后随机分为两组,每组50例。A组使用 LC-C 多功能肛肠熏蒸治疗机联合康复新液熏蒸坐浴, B组仅采用康复新液熏蒸坐浴,对比两组患者术后5d切口出血、疼痛、水肿、切口愈合率。结果 治疗5d后 A组切口出血程度、肛缘水肿程度均显著轻于 B组($P < 0.05$),疼痛评分低于 B组($P < 0.01$),切口愈合率显著高于 B组($P < 0.01$)。结论 多功能肛肠熏蒸治疗机联合康复新液熏蒸坐浴能明显减轻混合痔 PPH 术后切口出血、疼痛、水肿,加速切口愈合。

【关键词】 混合痔;吻合器痔上黏膜环形切除术;肛肠熏蒸疗法;坐浴疗法;康复新液

【中图分类号】 R 657.18 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2014)04-0543-03

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2014.04.47

吻合器痔上黏膜环形切除术(PPH)是用痔吻合器将痔上方的直肠黏膜脱垂带做环形切除,从而达到治疗重度痔的目的。重度混合痔行 PPH + 外痔剥扎术,术后创面多采用开放处理,但因手术创伤刺激、排便污染及肠内细菌等原因,影响术后切口愈合,增加患者疼痛^[1]。熏蒸坐浴是目前术后常规治疗方法之一,而康复新液局部直接用药能改进术口微循环,促进肉芽组织生长,使创面修复加速^[2-3]。传统坐浴方法不能保持恒温,切口长时间浸泡不利于切口愈合。为寻找更好的坐浴方法,本研究对重度混合痔行 PPH + 外痔剥扎术后使用 LC-C 多功能肛肠熏蒸治疗机联合康复新液坐浴,取得良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011年12月至2012年11月右江民族医学院附属医院对100例重度混合痔患者行 PPH + 外痔剥扎术,病例符合2006版《痔临床诊治指南》^[4]诊断标准的Ⅲ、Ⅳ期环状混合痔。排除标准:合并有糖尿病、心脏病、高血压等慢性病;伴有肛周脓肿、肛瘘及其他肛周疾病。100例患者按照入组先后顺序随机分为 A、B 两组,每组50例。A组男28例,女22例;年龄(32.17 ± 10.56)岁;Ⅲ期34例,Ⅳ期16例;病程(10.19 ± 2.87)年。B组男26例,女24例;年龄

(31.05 ± 11.34)岁;Ⅲ期33例,Ⅳ期17例;病程(11.91 ± 3.97)年,两组患者性别、年龄、痔严重程度分期、病程等资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 手术方法:两组患者均常规行 PPH 术,在 PPH 术吻合成功后,检查肛门外残存的赘物,在明显隆起增生处作一梭形切口,切除皮下变性增生结缔组织、松弛皮肤,剥离清除变性肌纤维、皮下曲张静脉丛、淤滞血栓并止血处理。

1.2.2 坐浴方法:术后两组患者均常规护理,术后6h给予润肠通便药物口服。A组坐浴方法:采用 LC-C 多功能肛肠熏蒸治疗机(山东中杰医疗器械有限公司生产)联合康复新液(四川好医生攀西有限公司)熏蒸坐浴:在 LC-C 多功能肛肠熏蒸治疗机储液杯加入100ml 康复新液及700ml 水,待以上药液完全滴入储药槽后,开启电源、臭氧及水开关,约5min 水温达47℃左右后放置一次性坐浴垫,让患者充分暴露肛门并取舒适坐位;开启功能开关进入机器预设程序臭氧水消毒肛门局部15s,使用恒温药液熏蒸15min,然后用温水再清洗3min,最后暖风烘干肛门。全程开启治疗机的 MP3 音乐,根据患者喜好选择音乐曲目;20min/次,于每次排便后坐浴。B组按常规方法,用康复新液100ml 加温水1000ml 熏蒸

[▲]基金项目:广西百色市科学研究与技术开发计划项目(20120110)

作者简介:杨萌(1972~),女,硕士,主管护师,研究方向:肛肠疾病、护患沟通。

坐浴,20 min/次,1次/d,便后坐浴。两组疗程均5 d。

1.3 观察指标 (1)观察两组术后5 d切口出血情况。无出血:切口敷料干燥,排便无出血。轻度出血:便后手纸带血或大便上带少量血。中度出血:大便时排出较多的血块或血量。重度出血:除上述症状外,有出血性休克的症状,需治疗。(2)观察两组疼痛情况:使用数字疼痛评分法(NRS)^[6]评估疼痛:0为无痛,1~3为轻度疼痛,4~6为中度疼痛,7~10为重度疼痛。(3)肛缘水肿:评定标准按文献^[7]:轻度水肿:肛缘水肿<1/4肛周面积;中度水肿:1/4~1/2肛周面积;重度水肿:>1/2肛周面积。(4)计算切口愈合率,即切口缩小率,切口愈合率=(手术切口面积-本次测得切口面积)/手术切口面积×100%。

1.4 统计学分析 应用SPSS 13.0统计软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料的比较采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者切口出血量、肛缘水肿情况比较 坐浴5 d后A组患者的切口出血量、肛缘水肿程度均显著轻于B组($u = 3.671, P < 0.001; u = 3.266, P = 0.001$)。见表1。

表1 两组患者切口出血量、肛缘水肿程度比较(n)

组别	n	切口出血量				肛缘水肿		
		无	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
A组	50	43	7	0	0	37	13	0
B组	50	27	15	7	1	21	28	1

2.2 两组患者疼痛程度及切口愈合率比较 术后5 d,A组患者疼痛评分为(2.25 ± 1.25)分,显著低于B组的(4.33 ± 1.46)分,差异有统计学意义($t = 7.652, P < 0.001$)。A组患者的切口愈合率为(0.91 ± 0.12)%,显著高于B组的(0.67 ± 0.38)% ($t = 4.259, P < 0.001$)。

3 讨论

3.1 影响PPH术后切口愈合的主要因素 重度混合痔术后为开放性切口,因肛管自身的特殊生理环境,加上每日排便、排气刺激,使肛门括约肌痉挛,切口张力增大,导致局部切口疼痛、出血、水肿等,严重影响切口愈合,甚至引起严重出血、感染等。中药坐浴可以消肿、止血、止痛,促进切口愈合,但因传统中药坐浴方法不能保持恒温不利于药物较好吸收,且切口长时间浸泡不利于切口愈合^[8]。

3.2 多功能肛肠熏蒸治疗机坐浴的优势 (1)臭氧水消毒:采用多功能肛肠熏蒸治疗机联合中药坐浴,首先是用臭氧水消毒肛门局部,臭氧水具有极强的氧化性,是广谱消毒杀菌剂,能杀灭物体表面的细菌、病毒,臭氧水流动冲洗对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌的杀灭率分别为99.22%和99.55%,故能将患者排便后污染切口的细菌、病毒迅速杀灭,促进切口愈合^[9]。(2)坐浴药液温度恒定:多功能肛肠熏蒸治疗机能使坐浴药液温度维持在47℃^[5],且熏洗的温度、雾量的可根据患者的局部感受随时调节达到最佳效果,从而使中药成分持续有效地弥散并渗透进入组织间隙、毛细淋巴管及毛细血管,利于药物的吸收,从而促进切口愈合。而传统坐浴的药液温度不能保持恒温,温度下降后药效随之降低,影响药物吸收发挥药效。A组50例患者术后轻度切口出血7例,无中度、重度出血患者,B组有15例轻度出血15例,中度出血7例,甚至有1例老年患者因坐浴时压迫局部过久,坐浴结束后站立不稳摔倒引起重度出血。(3)药物吸收更充分:中药熏蒸时中药雾化分解为负离子蒸汽,更利于皮肤黏膜充分吸收。并且温水浸浴切口时间短(3 min),药液直接喷洗肛门及肛周,使残存粪便、分泌物及术后淤积物充分清除。(4)促进局部血液循环:LC-C多功能肛肠熏蒸治疗机治疗最后暖风烘干肛门局部,热风烘干可减少传统坐浴后因潮湿而可能导致的切口污染,并且热效应与药效应同时改善切口周围的血液循环、减轻水肿、缓解排便疼痛、增强局部新陈代谢,促进切口愈合。本研究A组术后出血量少,疼痛评分、肛缘水肿程度显著低于B组($P < 0.01$),切口愈合率却显著高于B组($P < 0.01$)。(5)音乐疗法作用:LC-C多功能肛肠熏蒸治疗机治疗全程开启MP3音乐,可以减轻疼痛,促进切口愈合。坐浴全程均开启患者喜欢的舒缓音乐,可降低患者对外界环境刺激的敏感性及术后应激反应,并可降低致痛物质儿茶酚胺、皮质醇、促肾上腺皮质激素(ACTH)水平,促进机体内啡肽分泌,达到缓解疼痛、焦虑,促进切口愈合的作用^[10]。A组患者术后疼痛评分低于B组($P < 0.05$)。传统坐浴长时间浸泡切口可加重局部疼痛、水肿,不利于切口愈合。宁余音等^[8]发现传统坐浴使切口长时间浸泡在液体中,创面凝块及痂皮软化脱落,不利于创面肉芽生长,且增加切口疼痛、加重水肿,使切口愈合时间延长。

本研究结果提示,多功能肛肠熏蒸治疗机联合中药康复新液熏蒸坐浴能减轻患者PPH术后疼痛、减少出血、促进水肿吸收,增加患者舒适度,加速切口愈合,提高坐浴疗效,利于患者康复。

(下转第547页)

心理反应。因此,提高医院医护人员关注针刺伤及其防护意识,尤其要提高医护人员对针刺伤害危害的认识和自我防护意识。加强对新参加工作的医务人员、进修人员、实习人员进行岗前培训,在岗医务人员定期培训。

3.2.2 建立健全职业暴露管理制度:建立针刺伤管理制度、处理流程及防护措施并定期培训考核,监督和检查护理人员日常对用后锐器物的规范处理。对发生针刺伤的医护人员要进行心理咨询及指导预防性用药、治疗和监测。

3.2.3 严格执行锐器安全操作规范:规范操作行为是降低锐器伤的重要环节^[8]。尽可能减少锐器使用后处理环节,减少直接与锐器接触,创造一个安全健康的工作环境^[9]。使用后锐器物应立即放入锐器盒,禁止双手回套针帽;禁止徒手处理污染的针头;禁止手持锐器物随意走动等。与患者血液、体液接触时应戴手套;手部皮肤发生破损时,在进行有可能接触患者血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层乳胶手套。同时应改善防护设备,推广无针密闭式输液接头和安全注射器的临床使用。

3.2.4 加强医疗废物的管理:医疗废物应严格按照医疗废物分类管理,用过的针头不要折断或折弯应立即放入防水耐刺的专用锐器盒内,锐器盒装满2/3时应停止使用。禁止远距离投放锐器物,避免针头穿破锐器盒而伤人。

3.2.5 合理配备护理人员及安排护理工作:护理管

理者应合理科学、人性化排班,避免护士超负荷工作,减轻护理人员的紧张情绪,从而减少针刺伤的发生。

参 考 文 献

- [1] Scaggiante R, Chemello L, Rinaldi R, et al. Acute hepatitis C virus infection in a nurse trainee following a needlestick injury [J]. World J Gastroenterol, 2013, 19 (4): 581 - 585.
- [2] Gańczak M, Szych Z, Karakiewicz B. Assessment of occupational exposure to HBV, HCV and HIV in gynecologic and obstetric staff [J]. Med Pr, 2012, 63 (1): 11 - 17.
- [3] 袁春, 朱长才. 武汉某医院护理人员针刺伤害调查分析 [J]. 职业与健康, 2008, 24(22): 2386 - 2388.
- [4] 蒋立虹, 马志强, 段章群, 等. 先天性心脏病病因及危险因素 [J]. 云南医药, 2004, 25(5): 414 - 418.
- [5] Atulomah NO, Oladepo O. Knowledge, perception and practice with regards to occupational risks of HIV/AIDS among nursing and midwifery students in Ibadan, Nigeria [J]. Afr J Med Sci, 2002, 31(3): 223 - 227.
- [6] CDC. Workbook for designing implementing and evaluating a sharp injury prevention program [S]. America, 2008.
- [7] 陈小玲, 胡鹰鹰. 2004 ~ 2008 年医院护士职业暴露分析与对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(5): 683 - 684.
- [8] 龚光明. 临床护士锐器伤调查分析与预防对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(5): 680 - 682.
- [9] 王美容, 朱秀兰, 方东萍, 等. 医疗机构护士锐器损伤现状调查与防护对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2007, 17(9): 1124 - 1125.

(收稿日期: 2014-01-14 修回日期: 2014-02-17)

(上接第 544 页)

参 考 文 献

- [1] 刘旭. 肛周脓肿术后中药熏洗方辅助治疗疗效观察 [J]. 光明中医, 2006, 23(6): 776 - 777.
- [2] 张旦红, 周云, 严向明. 康复新液在尿道下裂术后伤口护理的效果分析 [J]. 护士进修杂志, 2010, 25(17): 1565 - 1566.
- [3] 李黎. 康复新液治疗手足口病口腔溃疡给药途径的对比性研究 [J]. 护士进修杂志, 2011, 26(9): 835 - 836.
- [4] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461 - 463.
- [5] 于媛媛, 邵泽花. 痔疮术后坐浴水温对创面愈合的影响 [J]. 中国临床研究, 2011, 24(4): 342.
- [6] 李作菊, 贾真, 王晓霞, 等. 不同人群使用 NRS 评分评估患儿术后疼痛的相关性分析 [J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(4): 53 - 55.
- [7] 李进安, 王永多, 王奎. 地奥司明片联合金玄痔科熏洗散治疗炎性外痔的临床观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2009, 29(10): 23 - 25.
- [8] 宁余音, 姜红, 范威燕, 等. 不同坐浴时间对痔术后伤口影响的临床研究 [J]. 中华护理杂志, 2006, 41(6): 494 - 497.
- [9] 邱静, 方艳梅. 两种方法评价臭氧水杀菌效果 [J]. 中国消毒学杂志, 2007, 24(6): 515 - 517.
- [10] 杨小敬, 王素丽, 葛建强. 联合性音乐疗法对减轻硬膜外麻醉术后患者疼痛的应用研究 [J]. 西部医学, 2011, 23(6): 1100 - 1101.

(收稿日期: 2013-08-22 修回日期: 2013-12-03)