

● 医学护理 ●

痔疮止痛浸膏熏洗坐浴 对肛肠疾病术后疼痛水肿的影响

张晓敏, 张雪艳

(南京中医药大学附属徐州中医院, 江苏 徐州, 221003)

[摘要] 目的:探讨痔疮止痛浸膏熏洗坐浴对肛肠疾病术后疼痛水肿的效果。方法:将72例肛肠疾病手术治疗后的患者随机分为观察组和对照组,每组各36例。观察组采用痔疮止痛浸膏熏洗坐浴干预,对照组采用温水熏洗坐浴干预。2组均配合抗生素治疗。观察对比2组患者的综合疗效及干预前后的疼痛与水肿程度。结果:总有效率观察组为94.44%,高于对照组的72.22%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组干预前与干预3d后、6d后的疼痛及水肿程度评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组干预6d后的疼痛及水肿程度评分低于对照组($P < 0.01$)。结论:痔疮止痛浸膏熏洗坐浴可有效缓解肛肠疾病患者术后的疼痛水肿,值得推广应用。

[关键词] 肛肠疾病;熏洗坐浴;疼痛;水肿;痔疮止痛浸膏

[中图分类号] R269.199 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.048

肛肠疾病的术后疼痛治疗一直是近年来肛肠学科及疼痛学科的热门研究课题。肛门部手术后括约肌、皱皮肌易活动或痉挛及术后排便等原因导致疼痛甚至剧烈疼痛,给患者带来极大痛苦。熏洗疗法是中医外治法的重要组成部分,是先以热蒸气熏疗,待降温后再以药液进行全身或局部治疗的方法。目前在肛肠术后坐浴中应用广泛,具有一定的疗效。笔者采用痔疮止痛浸膏熏洗坐浴干预36例肛肠疾病术后疼痛水肿患者,效果显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2016年3月至2017年11月我院肛肠疾病术后患者72例,随机分为观察组和对照组,每组各36例。观察组中,男14例,女22例;年龄23~62岁,平均 (35.6 ± 2.5) 岁;病程9~26个月,平均 (15.6 ± 2.8) 个月;内痔9例,外痔8例,肛周脓肿9例,肛瘘10例。对照组中,男16例,女20例;年龄26~58岁,平均 (36.7 ± 3.1) 岁;病程10~24个月,平均 (17.5 ± 3.6) 个月;内痔8例,外痔9例,肛周脓肿10例,肛瘘9例。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者均同意本次研究治疗方案,签订手术操作知情同意书,所有治疗均符合医疗护理操作规定。

1.2 诊断标准 根据《肛肠疾病肛周手术切口感

染诊断标准的建立与评估》^[1]制定肛肠术后诊断标准。

1.3 排除标准 1)对痔疮止痛浸膏过敏或使用后出现较严重的不良反应;2)结直肠肿瘤;3)不能配合本研究治疗;4)伴有严重心脑血管疾病,不能行熏洗治疗;5)酗酒或滥用镇痛药物;6)妊娠期及哺乳期女性。

2 干预方法

2.1 观察组 予抗生素治疗与痔疮止痛浸膏熏洗坐浴干预。痔疮止痛浸膏主要成分为透骨草、艾叶、荆芥、防风、花椒等,院内自制。每次1袋以500ml开水冲开,对患处先熏后洗10min,每天早晚各1次。护理方法:1)治疗前应向首次治疗的患者及家属说明痔疮止痛浸膏的作用、疗效、可能出现的反应,消除其思想上的顾虑以取得配合。2)熏洗过程中注意勿烫伤,室内要注意保温,同时要保持一定的空气流通。3)患者冬季要注意保暖,夏季要避免风吹,穿好衣服稍加休息后再外出,以避免感受风寒。4)熏时患处与液面距离要适当,可根据感觉调整,以能耐受为度;洗时药液以 $35^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 为佳,防止药液过热烫伤皮肤,药液过凉影响疗效。如果感觉药液稍凉,可加热。5)坐浴时间不宜过长,避免大量出汗导致循环血量减少而发生晕厥。6)如患者在熏洗过程中感到头晕等不适时应立即

停止坐浴,卧床休息,并补充白糖水。7)饭前、饭后 30min 内不宜坐浴。

2.2 对照组 予抗生素治疗与温水熏洗坐浴干预。45℃的温水 1500ml 熏洗坐浴 20min,每天早晚各 1 次,坐浴护理后由医师行术区换药。

2 组均以 3d 为 1 个疗程,共干预护理 2 个疗程。

3 效果观察

3.1 观察指标 观察记录 2 组患者干预前、干预 3d 后、干预 6d 后疼痛及水肿程度评分。疼痛评分采取视觉模拟评分法(VAS)^[2]。0 分代表无疼痛感;1~3 分表示轻度疼痛,不影响睡眠;4~6 分表示中度疼痛,影响睡眠;7~10 分表示重度疼痛,严重影响睡眠。由患者自行感受疼痛程度并由医师进行记录评分。水肿程度评分:术后创面轻度水肿,不影响活动者计为 2 分;术后创面水肿较明显,未明显影响活动,无明显情绪变化者计为 4 分;术后创面严重水肿,活动受到限制,影响情绪者计为 6 分。由医师评估积分。

3.2 疗效标准 根据 VAS 评分与水肿程度评分及创面愈合情况拟定。痊愈:VAS 评分 0 分,水肿程度评分 2 分以下,创面洁净无渗出,愈合良好;显效:VAS 评分 1~3 分,水肿程度评分 2~3 分,创面无明显感染,肛缘轻度水肿,渗出少;有效:VAS 评分 4~6 分,水肿程度评分 4~5 分,肛缘中度水肿,渗出中等,搔痒感;无效:VAS 评分 7 分以上,水肿程度评分 6 分及以上,创面愈合未达到上述标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 观察组总有效率为 94.44%,高于对照组的 72.22%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	36	20(55.56)	9(25.00)	5(13.89)	2(5.56)	34(94.44) ^a
对照组	36	5(13.89)	7(19.44)	14(38.89)	10(27.78)	26(72.22)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组干预前后疼痛及水肿程度评分比较 2 组干预前及干预 3d 后、6d 后的疼痛及水肿程度评分比较,差异均有统计学意义;干预 6d 后疼痛及水肿程度评分组间比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组干预前后疼痛及水肿程度评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS 评分	水肿程度评分
观察组	36	干预前	6.69 $\pm$ 2.48	5.38 $\pm$ 0.65
		干预 3d 后	4.35 $\pm$ 0.89 ^a	3.56 $\pm$ 0.57 ^a
		干预 6d 后	1.05 $\pm$ 0.27 ^{ab}	1.28 $\pm$ 0.67 ^{ab}
对照组	36	干预前	6.76 $\pm$ 2.35	5.41 $\pm$ 0.79
		干预 3d 后	5.29 $\pm$ 1.16 ^a	4.22 $\pm$ 0.64 ^a
		干预 6d 后	2.11 $\pm$ 0.33 ^a	3.09 $\pm$ 0.47 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组同一时间节点比较,^b $P<0.01$ 。

4 讨论

肛门部局部神经末梢极为丰富,齿状线以下受体神经支配,感觉较为敏感,尤其是痛觉的敏感性高。当肛肠疾病开放性术后或在诊疗过程中受到刺激,会引起前列腺素、组胺、5-羟色胺、缓激肽等物质的释放,刺激肛门括约肌,使其不断收缩痉挛,产生剧痛。肛门部术后通常不缝合切口,开放切口在括约肌痉挛的影响下,加之患者紧张、对疼痛恐惧敏感,常轻度触碰即可引起难忍的剧痛,影响创面愈合与术后换药。术后坐浴可缓解括约肌痉挛,减轻局部水肿及疼痛,目前可作为肛肠疾病术后的常规诊治环节^[3]。

熏洗疗法在消除疼痛、消肿化瘀方面具有独特优势。中医学对于熏洗疗法局部作用的认识,可以概括为以下几个方面:1)疏通腠理、清热解毒。针对局部感染性疾病初期阶段如肛周脓肿引起的红肿热痛,表现为热毒壅盛,气血瘀滞,脓肿未破溃者,通过清热解毒药物的熏蒸治疗,可以透邪外出,消肿解毒,促进局部水肿消散。2)舒经活络,行气止痛。肛肠疾病术后通常具有一定的软组织损伤,造成局部水肿引起疼痛,采取舒经活络、行气止痛的方药可通过局部给药有效改善局部的血液循环,疏通经络,消肿化瘀,促进括约肌功能的康复及疼痛的消除。3)祛风燥湿,杀虫止痒。局部熏洗用药,不仅可以有效缓解肛管疾病的水肿疼痛,针对肛周皮肤疾病,如湿疹、瘙痒等症状,可以有效缓解症状,具有较好的治疗效果^[4-5]。现代医学对熏洗疗法的作用机制的研究结果主要包括对皮肤的穿透吸收作用、局部清洁及冷热刺激作用、术后熏洗的热刺激、局部药物作用、机体的非特异性免疫功能等。痔疮止痛浸膏活血化瘀,可改善微循环、调节局部皮肤的新陈代谢,促进局部水肿的吸收及肉芽组织的生长,加快术后切口及创面的愈合^[6-7]。

综合护理对股骨头坏死患者的影响

赵俊燕

(河南省中医院,河南 郑州,450002)

[摘要] 目的:观察综合护理对早中期股骨头坏死(ONFH)的影响。方法:将140例ONFH患者随机分为观察组和对照组,每组各70例。对照组在仙灵骨葆胶囊+双氯芬酸钠治疗的基础上给予常规护理,观察组在对照组基础上给予综合护理。观察比较2组综合疗效、髋关节功能(Harris)评分、面部表情疼痛量表(FPS-R)评分、血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)的含量、患者依从性及护理满意度,随访第3、6、12个月复发率。结果:观察组总有效率为97.1%,明显高于对照组的72.9%($P < 0.05$);干预后2组Harris和FPS-R评分较治疗前均明显改善($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$);干预后2组TNF- α 和IL-1 β 水平均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组优于对照组($P < 0.05$);观察组总依从率为97.1%,高于对照组的72.9%($P < 0.05$);观察组患者护理满意率为98.6%,高于对照组的72.9%($P < 0.05$);随访第12个月,观察组复发率为12.9%,明显低于对照组的21.4%($P < 0.05$)。结论:综合护理干预可有效改善ONFH患者的临床症状,降低复发率,患者依从性好。

[关键词] 股骨头坏死;综合护理;心理护理;体位护理

[中图分类号] R274.912 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.049

股骨头坏死(osteonecrosis of the femoral head, ONFH)是多种病因导致的股骨头血液供应破坏,引起骨细胞活力成分的代谢紊乱甚至死亡的一种病变^[1]。在我国30岁以上人群中发病率为1.3%~4.2%,且以每年15~20万的速度增加,发病率远远高于发达国家^[2]。其导致股骨头结构改变、疼痛、变形,关节炎症,关节活动和负重行走功能障碍,多数患者在发病2~5年发生股骨头塌陷。本研究观察综合护理干预对ONFH的影响,取得满意疗效,且复发率低,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1~9月于我院就诊的140例ONFH患者,按随机数字表法随机分为观

察组和对照组,每组各70例。观察组中,男49例,女21例;年龄31~57岁,平均 (42.7 ± 5.1) 岁;病程1.6~18.6年,平均 (7.5 ± 2.3) 年。对照组中,男51例,女19例;年龄32~58岁,平均 (41.3 ± 5.2) 岁;病程1.7~19.2年,平均 (7.3 ± 2.1) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合Mont MA等^[3]制定的标准:患者早期出现跛行,髋和膝关节僵硬疼痛,活动痛加,休息痛减;髋关节活动受限;X线片显示骨坏死改变。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄30~60岁;3)近2周末使用抗组织代谢类和非甾体类抗炎药;4)患者知情并签署书面知情同意书。

基金项目:河南省科技厅科技攻关项目(编号:162102310447)

作者简介:赵俊燕,女,主管护师,研究方向:骨伤病护理研究

本观察结果显示,观察组的总有效率明显高于对照组,干预后的疼痛及水肿程度评分明显低于对照组,表明在肛肠疾病术后疼痛水肿的治疗中,痔疮止痛浸膏熏洗坐浴可有效缓解疼痛,减轻水肿,提高综合疗效,利于患者术后的恢复,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 梁建生,罗俊,徐桂兰,等. 肛肠疾病肛周手术切口感染诊断标准的建立与评估[J]. 中国肛肠病杂志,2009,29(6):21-24.
- [2] 张端香. 改良视觉模拟评分法在中医护理方案临床效果评价

中的应用[J]. 全科护理,2017,10(27):3377-3378.

- [3] 王英娟. 中药熏洗坐浴减轻肛肠疾病术后疼痛促进术后创面愈合的护理体会[J]. 内蒙古中医药,2014,33(29):180.
- [4] 李卓远. 中药熏洗坐浴改善肛肠科常规术后疼痛水肿的观察[J]. 沈阳医学院学报,2016,23(5):353-355.
- [5] 卢兴华,过石胜. 中药熏洗坐浴改善肛肠科术后疼痛水肿的疗效观察[J]. 实用药物与临床,2013,16(11):1103-1105.
- [6] 边界. 痔疮止痛浸膏熏洗坐浴护理肛肠疾病术后疼痛水肿[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(3):541-543.
- [7] 范宇锋,朱炜. 自拟肛门洗剂熏洗坐浴治疗肛肠科术后创口疼痛46例[J]. 浙江中医杂志,2015,60(9):682.

(收稿日期:2018-10-20)