

微波治疗联合湿润烧伤膏换药在低位单纯性肛瘘术后的临床效果分析

方 芳

湘潭市中心医院中西医结合肛肠科 411000

【摘要】目的 研究红光治疗联合红油膏换药在低位单纯性肛瘘术后的临床效果分析。**方法** 随机选取2018年1月1日~2018年12月31日期间我院收治的微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者中随机抽取50例作为对象进行研究,将选取的50例用微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者随机分为两组:分为实验组和对照组,每组各25例,实验组应用微波治疗联合湿润烧伤膏换药,对照组只应用湿润烧伤膏换药,观察病患手术后的瘙痒度以及伤口疼痛、创面大小、分泌物多少、愈合时间以及并发症的状况。**结果** 实验组在手术后期,瘙痒度、伤口疼痛、创面大小显著弱于对照组($P<0.05$);实验组的分泌物少于对照组($P<0.05$),实验组病患的愈合时间明显短于对照组($P<0.05$);而两组的并发症情况无差异($P>0.05$)。**结论** 红光治疗联合红油膏换药在低位单纯性肛瘘术后的临床效果显著,术后的并发症不增加,值得临床推广。

【关键词】 微波治疗;湿润烧伤膏换药;低位单纯性肛瘘;并发症

【中图分类号】 R657.16

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 06-014-02

前言

肛瘘是一种常见的良性疾病,其是连接直肠粘膜与外部皮肤的管道,主要是由于急性肛门直肠脓肿导致的^[1]。目前,红光治疗是一种强功率的红光照射治疗,其可以增加细胞的代谢功能,进而改善创面以及伤口^[2]。在此次研究中,观察微波治疗联合湿润烧伤膏换药在低位单纯性肛瘘术后的临床效果分析,具体报告如下。

1 资料和方法

1.1 基线资料

随机选取2018年1月1日~2018年12月31日期间我院收治的微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者中随机抽取50例作为对象进行研究,将选取的50例低位单纯性肛瘘患者随机分为两组:分为实验组和对照组,每组各25例。

实验组:男性微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者16例,女性微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者9例,年龄范围21~66岁,平均年龄为 (48.94 ± 9.35) 岁,病程为1~6个月,平均病程为 2.54 ± 1.98 个月。

对照组:男性微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者13例,女性微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者12例,年龄范围22~67岁,平均年龄为 (47.92 ± 7.39) 岁,病程为2~6个月,平均病程为 2.31 ± 1.25 个月。

纳入标准:(1)确诊为微波和湿润烧伤膏肛瘘病患;(2)病患年龄为20~70岁;(3)病人以及病人家属签定了同意书。

排除标准:(1)有精神病史的病患;(2)心、肝、肾、肺等功能不全的病患;(3)有着严重的其他疾病的病患。

将两组的实验资料(年龄、性别、病程)进行相比,无差异,不具有数学统计学意义($P>0.05$),具有可比较性。

1.2 方法

两组病患手术后,给予复方黄柏液坐浴(连翘、黄柏、金银花等),温水1000ml,每次5~8min,每天2次,结合微波照射30min,治疗,病患采用侧卧位进行治疗,照射距离为15~25cm,每次照射大约20min。对照组进行湿润烧伤膏换药处理,实验组采用微波治疗联合湿润烧伤膏换药。

1.3 观察指标

观察瘙痒程度:无瘙痒:0~1分;轻度瘙痒2~4分;中度瘙痒:5~9分;重度瘙痒:9~10分,难以忍受^[3]。

疼痛评分:无疼痛:0~1分;轻度疼痛2~4分;中度疼痛:5~9分;重度疼痛:9~10分,难以忍受^[4]。

观察两组病患的并发症、愈合时间、创面大小以及分泌物的多少。

1.4 统计学处理

2组低位单纯性肛瘘患者的愈合时间使用“均数±标准差”的形式表达,同时将其运用t值检验,本文的核算软件为:SPSS 22.0版本,其中结果显示为 $P<0.05$ 时,说明2组低位单纯性肛瘘患者的上述指标的对比有统计学含义。

2 结果

2.1 两组病患手术后瘙痒程度与疼痛程度的对比

实验组病患的瘙痒度以及伤口疼痛显著弱于对照组($P<0.05$),见表1。

表1: 两组病患手术后瘙痒程度与疼痛程度的对比 (n)

项目	实验组	对照组
瘙痒程度		
无	8	4
轻度	13	12
中度	4	7
重度	0	2
疼痛程度		
无	10	6
轻度	9	5
中度	6	7
重度	0	7

2.2 两组病患愈合时间的对比

手术后,实验组的愈合时间明显短于对照组($P<0.05$),见表2。

表2: 两组病患愈合时间的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	愈合时间
实验组	(n=25)	22.26 ± 2.36
对照组	(n=25)	28.32 ± 4.30
t 值	-	6.18
p 值	-	<0.05

2.3 两组病患并发症、创面大小以及分泌物多少的对比

实验组需要干预的并发症如:伤口出血1例,对照组伤口出血1例,两组的并发症情况无差异($P>0.05$);实验组的创面以及分泌物显著大于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

光子治疗的机制是高能窄谱红光光子将能量进入到人体皮肤内,从而产生了光的电磁效应、化学效应等一系列综合效应,从而促进酶促反应并很大程度上升高了细胞有氧呼吸,有着重要的治疗作用并且能够显著提升受创组织的创面愈合能力^[5]。肛门部的手术(尤其是肛瘘手术后切口),经常会出现了感染、裂开或是红肿,而手术的创面大多是范围大、愈合时间长、开放性、手术后疼痛或者是神经末梢多,其不但给病患带来了生理压力,还

(下转第16页)

标准化比率(international normalized ratio, INR)调整用量,当 INR 连续 2 天达到 2.0~3.0 时,停用低分子肝素,继续口服华法林,疗程 3~6 个月^[6]。溶栓期间要备各种抢救药品及抢救仪器,如除颤仪、利多卡因等,防止发生不良事件。用药时一定要加强巡视,注意溶栓副作用的观察^[7],密切观察患者的神志、生命体征、血压、血氧及有无颅内压增高的症状和体征,有无血压降低、发热、寒战、恶心、呕吐等,如有异常要马上报告医生。

4.3 溶栓后护理

严格按医嘱采血化验如 D-二聚体、凝血酶原时间、出凝血时间、血小板等,隔日检查,持续 1 周,使活化部分凝血酶时间延长至正常值的(1.5~2.5)倍。由于尿激酶对循环系统有全面的激活作用,可致全身高纤溶血症,引起不同程度出血,因此要求护士在 APE 患者溶栓后一定要密切观察患者症状体征、心肺功能及凝血功能,根据实验室监测来配合临床用药。患者绝对卧床休息,从溶栓开始应绝对卧床休息,观察患者的生命体征、血氧、脉搏变化,检查全身有无出血,如皮下、牙龈、鼻腔、消化道等,尤其注意大小便颜色、深部血管穿刺部位是否有血肿形成。同时叮嘱患者避免挖鼻、使用牙签、锋利的剃须刀等。

4.4 出院指导

PE 患者出院时,告知 6 个月~1 年内应注意休息适当活动,并嘱咐患者定期复查的时间,尽可能避免并积极预防再栓塞发生。告知 PE 患者及其家属出院后按医嘱口服华法林抗凝治疗,维持用药不可随意增减,并定期抽血化验的重要性,保证患者持续合理用药、定期复查,根据检查结果调整用药。同时向患者说明出院后可能出现出血或再栓塞的情况,教会患者及家属观察皮肤黏膜有无出血点、淤点等表现的方法,告诉患者如出现劳力性或突然加重的呼吸困难、胸痛、胸闷、发作性晕厥、低血压、咯血、下肢疼痛无力或不对称性水肿等,应立即就医。注意饮食,避免吃影响华法林药效的食物如:卷心菜、萝卜、菠菜、咖啡等,鼓励患者多饮水,降低血液粘稠度,保证蛋白质、维生素及粗纤维食物的摄取,保持大便通畅^[8]。指导患者出院后适当肢体锻炼,避免长时间坐卧,至少每 4h 活动肢体 1 次。每月按时复查(1~2)次,动态观察病情变化,出现问题早发现、早治疗。

5 讨论

溶栓和抗凝是治疗 APE 最有效的方法,临床上溶栓药物主要有链激酶、尿激酶、重组组织型纤溶酶原激活物等^[9]。溶栓治疗副作用是出血和再栓塞,所以在护理方面需从以下入手:溶栓治疗前测凝血酶原时间、血小板等。治疗中配合医师根据病情调整药物剂量和滴速。在各项护理操作中要注意动作轻柔,防止损伤发生,患者需绝对卧床休息专人守护。溶栓治疗后动态观察凝血

功能、全身有无自发性出血倾向。另外需注意观察咳嗽、咯血、胸痛、气促症状是否改善,观察双下肢是否对称,肿胀、疼痛是否减轻,如果上述症状加重可能有新的血栓发生。

及时采取积极有效的护理对策,对于 APE 患者溶栓整个治疗过程而言非常重要,它降低 APE 患者病死率,可改善 APE 患者预后^[10]。通过 APE58 例的溶栓护理有所体会:首先护士必须熟练掌握护理基础理论,急救护理措施,熟练使用抢救仪器,掌握各种操作技能,配合医师提高对肺栓塞抢救的成功率;其次还需要掌握 APE 发病特点、主要临床症状与体征,具备准确判断和评估该疾病的能力;同时还应掌握 APE 治疗方法尤其是溶栓治疗的适应证,禁忌证,溶栓药物的药理特性、使用方法及注意事项,并注意预防和发现溶栓可能产生的并发症。这样在针对患者心理护理、观察患者时能够抓住重点有的放矢。总之,合理诊治及及时有效护理,可减少 APE 患者并发症,降低 APE 患者病死率,改善 APE 患者预后。

参考文献

- [1] Rizkallah J, Man SF, Sin D. Prevalence of pulmonary embolism in acute exacerbations of COPD [J]. Chest, 2009, 135(3):786-93.
- [2] Estrada-Y-Martin RM, Oldham SA. CTPA as the gold standard for the diagnosis of pulmonary embolism [J]. Int J Comput Assist Radiol Surg, 2011, 6(4):557-63.
- [3] Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. N Engl J Med, 2003, 349(13):1227-35.
- [4] 田丽. 急性肺栓塞的护理进展 [J]. 护士进修杂志, 2008, 23(14):1299-301.
- [5] 内科住院病人静脉血栓栓塞症预防的中国专家建议写作组. 内科住院病人静脉血栓栓塞症预防的中国专家建议 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(1):3-6.
- [6] 陆再英, 钟南山. 内科学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:81.
- [7] 李宗友, 陆景红, 周颖. 低分子肝素治疗急性脑梗死的临床研究 [J]. 安徽医学, 2007, 28(5):432-3.
- [8] 刘敏, 毛春节, 张巧琴, 等. 急性肺栓塞患者的护理 [J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(7B):42-43.
- [9] Torbicki A, Perrier A, Stavros K, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism [J]. G Ital Cardiol(Rome), 2009, 10(5):303-47.
- [10] Gunen H, Gulbas G. Venous thromboemboli and exacerbations of COPD [J]. Eur Respir J, 2010, 35(6):1243-8.

(上接第 14 页)

带来了心理压力,从而降低了病患的生活质量且延长了病患手术后的愈合时间^[6]。微波治疗方法在一定程度上不但治疗操作便捷,而且疗程短,容易接受以及依从性高等优点。

根据相关报道,微波治疗联合湿润烧伤膏换药在低位单纯性肛瘘的治疗效果显著,所以,为研究低位单纯性肛瘘的治疗效果,在此次研究中,我院选取了 50 例微波和湿润烧伤膏肛瘘术后的患者作为研究对象进行治疗,分别比较微波治疗结合湿润烧伤膏换药和湿润烧伤膏换药治疗效果以及并发症的发生概率,结果显示,在手术后期,实验组病患的瘙痒度以及伤口疼痛显著低于对照组($P<0.05$);实验组的创面以及分泌物显著小于对照组($P<0.05$);实验组的愈合时间明显短于对照组($P<0.05$);而两组的并发症情况无差异($P>0.05$)。此次研究与相关报道相类似,值得推广。

综合上述所之,应用微波治疗联合湿润烧伤膏换药显著降低了病患手术后的皮肤瘙痒以及疼痛,而且还显著缩短愈合时间,有利于病患的术后恢复,提升生活质量,安全系数高,值得临床推广。

参考文献

- [1] 杜培欣, 梅祖兵, 杨巍. 红光治疗联合红油膏换药在低位单纯性肛瘘术后的疗效评价 [J]. 东南国防医药, 2019, 21(1):26-29.
- [2] Beirne, Kathy, Rozanowska, Malgorzata, Votruba, Marcela. Red Light Treatment in an Axotomy Model of Neurodegeneration [J]. Photochemistry and Photobiology: An International Journal, 2016, 92(4):624-631.
- [3] 王梦莲. 红光治疗对蝮蛇咬伤伤口愈合的效果观察 [J]. 养生保健指南, 2019, 4(34):265.
- [4] 胡杨, 王海艳, 蒲兆霖, 等. 蓝红光照射治疗痤疮的皮肤护理效果分析 [J]. 饮食保健, 2019, 6(29):200.
- [5] 孙广龙. 红光理疗配合槐苓软膏治疗肛管炎的临床观察 [J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(5):80-95.
- [6] Ana.Rodrigues-Barata, Oscar.Moreno-Arrones, David.Co.The "Starry night sky sign" Using ultraviolet-light-enhanced trichoscopy: A new sign that may predict efficacy of treatment in frontal fibrosing alopecia [J]. International Journal of Trichology, 2018, 10(5):241-243.