

痔疮术后 1:2:3 溶液治疗疗效观察

后燕华¹ 胡英娥²

(1 江西护理职业技术学院 南昌 330029; 2 江西省人民医院南门诊部 南昌 330046)

摘要:目的:观察 1:2:3 溶液小量不保留灌肠预防痔疮患者术后便秘、挣便、水肿、疼痛的疗效,提高患者生活质量。方法:确诊并进行痔疮手术患者 100 例,随机分成观察组与对照组各 50 例。观察组排便前遵医嘱嘱取无菌瓶装配好的 1:2:3 溶液 200mL,按基础护理不保留灌肠操作方法灌肠。对照组排便前用开塞露 2 支一次性挤压肛门给药。结果:观察组排便通畅率 84%,水肿疼痛率 20%;对照组排便通畅率 50%,水肿疼痛率 50%。结论:痔疮患者术后早期采用 1:2:3 溶液不保留灌肠能使排便通畅、水肿减少、疼痛明显减轻,排便时间短,排便彻底。

关键词:痔疮术后;1:2:3 溶液;灌肠疗法

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.061

痔疮术后便秘是肛肠科常见的并发症之一,由于手术的创伤引起结肠功能迟缓,传输粪便功能下降而导致。临床患者均有不同程度的排便困难、肛周水肿、排便不尽感,影响伤口愈合。传统治疗大多数采用开塞露肛门给药,但效果不佳。本院结合患者的情况,采用术后第 1 天排便前用 1:2:3 溶液 200mL 不保留灌肠减轻痔疮患者术后排便困难、疼痛、水肿、排便恐惧等症状,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 研究对象 本院确诊为重度环状混合痔并行手术的患者 100 例,术式均为外剥内扎,其中男性 60 例,女性 40 例。随机分成观察组和对照组各 50 例。两组患者在年龄、术式、文化程度等方面差异均无统计学意义。

1.2 术后治疗方法

1.2.1 观察组 操作前对病人进行健康指导:告诉患者术后排便困难、疼痛水肿产生的原因及治疗目的、治疗注意事项等相关知识,使其有心理准备,并

知情同意接受治疗与护理。患者均取左侧卧位,遵医嘱取无菌瓶装配制好的 1:2:3 溶液^[1]200mL,按输液法连接输液器,将输液器下段的过滤器及针头部分去掉,接 16 号一次性无球囊导尿管,排尽管内空气后关闭调速器,润滑导尿管前端 25~35cm,插管达乙状结肠,灌肠压力以输液瓶最低面距肛门 40~60cm 为宜^[2],调节滴速为 80~100 滴/min。有便意感时嘱患者作深呼吸,相对减慢流速,灌入总量 200mL 以内。灌肠液滴完休息 2min 后改为平卧位,协助病人轻压下腹,逆时按摩 10 次,嘱病人尽量静卧,5~10min 后方可离床活动。

1.2.2 对照组 患者取左侧卧位,润滑剂涂于开塞露管前端,操作护士左手持无菌纱布,以充分暴露肛门,右手将开塞露前端塞入肛门,一次性挤压给药,每次用 2 支开塞露。给药后同样嘱患者尽量延长药物在肠腔内的保留时间,一般为 5~10min。

1.3 观察指标 排便时有无肛门水肿,病人住院时间。护士每天换药时观察肛周伤口是否平整,有无

状无变化或加重,证候有效率 <30%。

2.2 结果 本组 86 例痊愈 64 例,有效 8 例,无效 14 例,总有效率 83.7%。

3 典型病例

3.1 病例 1 李某,女,48 岁。月经周期紊乱 2 年余,经色鲜红,量少,阴道干涩,头晕,心烦易怒,烘热汗出,腰膝酸软,口干,皮肤干燥,舌质红,苔薄,脉细数。妇科检查:阴道黏膜色浅、弹性较差,子宫体积偏小。辅助检查:血中激素 E₂ 下降,LH、FSH 明显增高。诊断为更年期综合征,中医辨证为肾阴虚,治宜滋养肾阴,佐以潜阳。药用:熟地、山药、枸杞、山茱萸、制首乌、龟板、地骨皮、甘草、知母,10 剂为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程,症状痊愈。

3.2 病例 2 蔡某,女,50 岁。经断 3 年,腰膝酸软,头晕耳鸣,失眠多梦,烘热汗出,心悸怔忡,心烦易

怒,舌质红,少苔,脉细数。妇科检查:外阴萎缩,阴道黏膜皱襞消失、弹性差,子宫体萎缩。激素测定:E₂ 明显下降,LH、FSH 明显增高。诊断为更年期综合征,中医辨证为心肾不交,治宜滋肾宁心安神。药用:当归、熟地、生地、山茱萸、麦冬、女贞子、旱莲草、龟板、知母,10 剂为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程,症状痊愈。

更年期综合征以肾虚为本,多由妇女绝经前后肾气虚衰,冲任二脉虚损,天癸渐竭,肾阴肾阳易于失和,因而出现一系列脏腑功能紊乱证候,治疗上应注重平调肾中阴阳,清热不宜过于苦寒,祛寒不宜过于辛热,更不可妄用克伐,以免犯虚虚之戒。同时,应加强情志调护,与患者进行沟通,并让患者尽情宣泄情绪,针对更年期女性易悲忧,宜向其家人宣讲有关知识,使患者有一个良好的家庭环境。

(收稿日期:2009-12-19)

包皮环切术后并发症的预防和处理

张平华 余美琴 乐华文
(江西省东乡县王桥中心卫生院 东乡 341800)

关键词:包皮环切术;术后并发症;预防;治疗

中图分类号:R 697.12

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.062

包皮过长是男性常见病,发病率较高,随着人们对包皮过长认识的提高,要求行手术治疗的病人越来越多。包皮环切术是常见门诊小手术,传统的手术方法有剪刀法、血管钳法和袖状法三种^[1]。现根据我院临床经验,对术后并发症的防治予以总结。

1 临床资料

我院自 2001 年 2 月~2009 年 4 月行包皮环切术共 385 例,其中 333 例行剪刀法包皮环切术,34 例行袖状法包皮环切术,18 例行血管钳法包皮环切术。结果术后出血 10 例,感染 3 例,皮肤坏死 1 例,包皮切口瘢痕狭窄 2 例,包皮及包皮系带过短 4 例,包皮嵌顿 2 例,系带水肿 6 例。

2 并发症的预防和处理

2.1 术后出血 术后出血是比较常见的并发症,常见的出血部位有:(1)包皮系带处出血,一般为术中止血不彻底或夜间阴茎勃起后结扎线脱落所致,因系带处供血丰富,不易彻底止血。本组共有 8 例为系带处出血,常表现为血液自创口流出,有 2 例形

水泡。

1.4 统计学方法 计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,使用 SPSS10.0 统计软件处理。

2 结果

见表 1~表 3。

表 1 两组排便通畅及疼痛发生率比较 例			
组别	排便通畅	排便通畅率(%)	疼痛水肿 疼痛水肿率(%)
观察组	42	84	10 20
对照组	25	50*	25 50*

注:两组比较 **P*<0.01。

表 2 两组病人满意度和护士接受程度比较 例(%)		
组别	病人满意度	护士接受程度
观察组	49(98)	47(94)
对照组	34(68)*	31(62)*

注:两组比较,**P*<0.05。

表 3 两组病人住院时间比较 ($\bar{X} \pm S$) d		
组别	<i>n</i>	住院时间
观察组	50	14.67± 6.70
对照组	50	18.62± 11.80

注:两组住院时间比较,*P*<0.05。

3 讨论

痔疮术后便秘的原因有:(1) 由于手术创伤引起结肠功能迟缓,传输粪便功能下降而导致。(2) 术后病人精神紧张,恐惧进食、排便。(3) 心理因素:怕排便挣裂伤口。痔疮术后疼痛产生的原因主要有以

成较大的皮下血肿。血液自创口流出者行再次手术时在切口处做 8 字缝合止血,大的血肿立即拆开缝线清除血凝块,仔细止血后缝合伤口,经以上处理后,出血均得到良好的控制。(2) 阴茎背浅静脉出血,系结扎线脱落,均形成血肿。本组 2 例,经再次手术仔细结扎血管后止血。预防:(1) 术中应将近侧包皮退缩后暴露创面仔细止血,特别是阴茎背浅静脉及系带处,系带处可作“U”字缝合在结扎皮肤的同时止血^[2]。(2) 对成年病人术后应用雌激素 1mg,3 次/d,防止阴茎勃起而引起出血。

2.2 感染 多系包皮囊内清洗不彻底及术后尿液浸泡伤口处纱布引起,本组 3 例经抗感染及局部换药处理后均痊愈。预防:本手术为“Ⅱ”级切口,故应严格消毒及无菌操作,充分显露阴茎头和冠状沟;术后向患者说明排尿时勿弄湿纱布,最好排尿时弯腰,防止尿液浸渍纱布;同时适当应用抗生素。

2.3 皮肤坏死 本组 1 例,由于不正确应用电刀引起。预防:应尽量避免应用电刀,或(下转第 88 页)

下几点:(1) 神经性:齿状线以下的肛管组织由躯体神经支配,痛觉敏锐,手术创伤可产生剧痛。(2) 炎症性:肛门术后,炎症细胞(如肥大细胞、巨噬细胞、淋巴细胞)释放的炎症介质作用于致敏的肛周神经末梢而发生敏感化反应^[3],使正常时不至于引起疼痛的低强度刺激也可致痛。(3) 肌肉性:肛门括约肌长时间处于收缩状态,引起局部血液循环障碍,进一步加重疼痛、水肿。(4) 个体因素:疼痛加重病人恐惧心理。

由于开塞露管径短,质地较硬,容积小,达不到乙状结肠,不能有效促进肠蠕动,达不到治疗效果。而患者术后第 1 天排便前采用 1:2:3 溶液不保留灌肠,既体现科学性,又体现人文性,也充分考虑到患者的感受,减轻了患者排便困难、疼痛、水肿及排便恐惧,利于伤口的修复。

参考文献

[1]余爱珍.基础护理学[M].南京:江苏科学技术出版社,1988.139-142
[2]徐火枝,吴杰.一种新的清洁灌肠卧位及其应用研究[J].实用护理杂志,2000,16(10):36
[3]胡捷.肛门术后镇痛新概念[J].中国肛肠病杂志,2004,2(9):32

(收稿日期:2010-01-24)