

简易实用型痔疮熏蒸器的研制与应用

胡英娥 洪卫祥 邹卫华

(江西省人民医院 南昌 330046)

关键词: 痔疮熏蒸器; 痔疮术后; 临床应用

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.046

痔病患者术后多有排便疼痛、肛缘水肿等不适^[1], 中药熏洗对痔术后患者具有良好的消除肛缘水肿、加速创口愈合、缩短疗程的作用^[2]。临床上一般采用传统的 40~50 ℃ 温水或 1:5 000 PP 粉液坐浴熏洗, 条件好的医院亦有使用现代熏蒸仪熏蒸, 但均存在不足。为了缓解痔病患者术后排便疼痛、肛缘水肿等不适, 且避免上述方法的弊端, 我院于 2007 年 11~12 月设计图纸, 2008 年 4 月始用自行研制的简易实用型痔疮熏蒸器试用于临床痔病术后患者 136 例, 疗效满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 材料 本痔疮熏蒸器由四部分组成: 木制坐浴架、带电源熏蒸器、PVC 无毒材质波形管和扣环。

1.2 使用方法

1.2.1 坐式肛门熏蒸 护士以热情的态度、亲切的语言, 告诉患者术后疼痛、肛缘水肿产生的原因及治疗目的、治疗的注意事项等相关知识, 使患者有

2.3 并发症的原因及防范措施

2.3.1 局部渗血、血肿形成 多发生在凝血功能减退患者, 对这种情况应予注意, 穿刺时要动作轻柔、准确, 切忌反复穿刺, 术后应加强压迫止血, 并严密观察。本组有 2 例慢性肾功能衰竭患者、1 例肝硬化肝功能不全患者, 术后渗血明显, 均采用局部长时间压迫直至无出血征象为止; 1 例凝血功能正常的患者, 因穿刺次数多损伤出血, 术后未予充分压迫, 造成局部血肿形成。

2.3.2 误穿动脉 锁骨下动脉位于锁骨下静脉后上方伴行, 一般不易穿到, 但有时解剖变异, 则可误穿动脉, 此时应立即拔除穿刺针, 用手指压迫 3~5 min, 观察无渗血后, 再进行下次穿刺。本组发生 3 例, 均及时发现, 压迫止血。

2.3.3 血、气胸 是锁骨下静脉穿刺置管术中常见又极易导致严重后果的并发症, 原因主要是穿刺进针角度过大, 尤其在肥胖、肺气肿、桶状胸及呼吸机支持的病人易发生。本组气胸 1 例, 自行吸收; 2 例血气胸, 及时发现, 以气胸为主, 给予锁中线第二肋间胸腔闭式引流术后痊愈。

心理准备, 并知情同意接受治疗与护理。遵医嘱取中药(黄柏 20 g、野菊花 10 g、苦参 20 g、赤芍 20 g、明矾 20 g、槐角 20 g、苍术 20 g、大黄 10 g、地榆 20 g) 放入紫砂壶内水煎外用。先倒入一定量的自来水, 以浸过中药为宜, 接好温控开关, 插上电源, 将温控开关调至最大, 10 min 后中药水开, 再将温控开关调至 45 ℃, 此时, 将药罐放入坐浴架内, 坐浴架上铺上一次性特制洞巾。病人肛门对准坐浴架孔, 熏蒸 15~20 min/ 次, 如疼痛、水肿严重可适当延长至 30 min/ 次。熏蒸完毕, 关闭温控开关, 拔掉电源, 整理好电源线, 罐内药物留至下次以同样方法再用, 1 剂 /d, 2~3 次 /d。

1.2.2 卧式肛门熏蒸 前期步骤同坐式肛门熏蒸, 将药罐放入坐浴架内, 再将波形管套在壶口高 2 cm 的槽上, 扣紧活动扣环, 使之不至于脱落。同时, 协助病人采取屈膝侧卧位, 充分暴露肛门, 并于臀下放置一块一次性治疗巾, 以免蒸气弄湿床单。然后

2.3.4 局部感染 据报道中心静脉导管易造成医源性感染, 甚至导管性败血症等, 处理不当有 2%~3% 的死亡率^[4]。故穿刺时应严格执行无菌技术原则, 尽量提高一次穿刺成功率, 防止发生局部穿刺处感染; 置管期间穿刺伤口应定期消毒换药, 一旦发生局部感染, 及时拔管或换管, 并给予抗生素抗感染治疗。本组发生 2 例, 均予及时处理而感染控制。

2.3.5 心律失常 通常原因是导丝插入过深, 对心脏内壁刺激所致, 一般导丝置入总长度不超过 25 cm, 必要时给予心电监护。本组有 3 例穿刺时出现心悸不适, 及时退出导丝 5 cm, 症状消失。

参考文献

[1] 刘波, 李霞, 史忠, 等. 422 例锁骨下中心静脉穿刺置管术并发症临床分析[J]. 重庆医学, 2007, 36(18): 1 814

[2] 吴兴茂, 王海源, 陈卫民, 等. 半坐位锁骨下静脉穿刺 11 例体会[J]. 中国临床营养杂志, 2006, 14(5): 327

[3] 闵丽丽. 258 例中心静脉置管应用分析[J]. 浙江预防医学, 2005, 17(2): 74

[4] 赵锋, 汤照峰, 刘旭辉, 等. 580 例中心静脉穿刺置管术并发症分析[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2004, 25(S1): 260

(收稿日期: 2011-06-30)

HCPT 外钳内注术同外剥内扎术治疗混合痔疗效的对比分析

谢永俊 彭兵

(中国人民解放军第 105 医院 安徽合肥 230031)

关键词:混合痔;外钳内注术;外剥内扎术;疗效对比

中图分类号:R 657.18

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.047

笔者将 2009 年 9 月~2010 年 11 月收治的混合痔患者 172 例,随机分成两组,治疗组采用肛肠综合治疗仪(HCPT)外痔钳夹结合硬化剂内痔注射术,对照组采用传统的外剥内扎术,对照研究两组的治疗效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组:患者 86 例,其中男性 42 例,女性 44 例;年龄 21~76 岁,平均年龄 47.25 岁;病程 2~41.5 年。对照组:患者 86 例,其中男性 38 例,女性 48 例;年龄 18~71 岁,平均年龄 43.30 岁;病程 2.5~40 年。

1.2 诊断标准 参照 2006 年中华中医药学会肛肠病专业委员会制定的《痔临床诊治指南(2006 版)》^[1]的诊断标准。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 术前备皮:清洗肛门,必要时行清洁灌肠。术中患者首先采取侧卧位,肛周菱形麻醉,碘伏消毒肛周和直肠术野,铺洞巾,行肛门镜检查确认痔核所在位置和数目。用组织钳提起拟切除混合痔的外痔部分,用一次性电钳自外痔基部夹紧,钳夹至齿线下 0.5 cm 处,电钳周围用纱布覆盖,防止损伤周围组织,脚踩治疗仪踏板通电,持续 5 s

护士轻拉波形管,调节波形管的角度,喇叭口对准肛门约 10 cm,距离以病人感觉舒适为宜,进行肛门熏蒸 15~20 min/次,如疼痛、水肿严重可适当延长至 30 min/次。熏蒸完毕,关闭温控开关,拔掉电源,整理好电源线,松开波形管扣环,从坐浴架孔取下波形管,清洗晾干备用。罐内药物留至下次以同样方法再用,1 剂/d,2~3 次/d。

1.3 结果 用于临床痔术后患者 136 例,均获得满意疗效,且未见明显不良反应。

2 讨论

传统的温水或 1:5 000 PP 粉液坐浴熏洗肛缘水肿常消除较慢,有时残留皮赘需做修剪,又一次增加病人痛苦。且需配备专门的坐浴架及符合规格的坐浴盆,水位不好控制,放置过多容易外溢,过少达不到效果,且水温随时间推移而下降,特别是冬天

左右至外痔基部干结,松开电钳,组织剪剪去干结组织。同法处理其他部位外痔部分,并保留好皮桥。对于外痔部分较大者应先切开皮肤再进行钳夹。然后患者体位改换成胸膝位,将涂有石蜡油的斜口肛门镜插入肛内,充分暴露内痔,在内痔痔核最突点进针,针尖斜行刺入黏膜下层 0.3~0.5 cm,抽吸无回血即可缓慢注入枯痔油注射液^[2](我院院内制剂),直至黏膜表面出现“条纹征”现象,同法逐个注射内痔部分。注射完毕后,患者取侧卧位,创面常规消毒,用复方亚甲蓝注射液在创面周围皮下注射。肛内塞入肛泰栓 1 枚,凡士林纱条填塞创面,塔型垫覆盖,丁字带加压包扎。

1.3.2 对照组 术前备皮和准备同治疗组。肛门镜检查确认痔核所在位置和数目后,用组织钳提起痔组织做“V”字形切口,组织剪将其曲线血管团剥离(切除)至齿线上 0.1~0.5 cm,然后用止血钳夹住内痔部分的基底部,在止血钳下内痔部分的正中,用丝线圆针作贯穿结扎,然后剪去外痔和被结扎的内痔部分。同法切除其余混合痔,但各痔体之间应按常法保留皮桥。创面常规消毒,用复方亚甲蓝注射液在创面周围点状注射。肛内塞入肛泰栓 1 枚,凡士林纱条填塞创面,塔型垫覆盖,丁字带加压包扎。

病人坐浴熏洗时间和温度难以保证。部分患者会引起肛周瘙痒症,妇女月经期使用易造成逆行感染。现代熏蒸仪造价昂贵,科室一般配备不多,位置放置相对固定,连续使用时院感要求难以达标,无法及时满足病人所需,收费也贵,给病人带来一定的经济负担和不便。本简易实用型痔疮熏蒸器使用方便,清洗简单,造价低廉,能保证相对衡定的蒸气温度,且能根据病情遵医嘱辨证用中药熏蒸,妇女月经期、坐卧体位均能使用,治疗效果好,能按需配备,避免了传统温水熏洗及现代熏蒸仪的弊端。同时,病人出院后亦可带回家,在家便后肛门熏蒸,利于伤口尽快恢复,病人感觉舒适,乐于接受。

参考文献

- [1]杨雪枝.中药熏洗在痔疮术后的应用[J].护理研究,2003,17(9):790
- [2]邱燕飞.中药熏洗在痔术后的应用[J].内蒙古中医药,2003,22(1):26-27

(收稿日期:2011-06-27)