

复患者骨折畸形，达到解剖复位或接近解剖复位，然后采用小夹板或石膏外固定。对照组患者采用手术治疗，在臂丛神经麻醉下通过前外侧切口进行手术，术中游离桡神经保护，显露骨折进行解剖复位，然后钢板内固定治疗。两组患者术后均预防性应用抗生素及地塞米松和脱水剂治疗。14 d 时常规行 X 线检查了解患者骨折复位情况。

1.3 观察指标 比较两组患者术后发生骨不连、神经损伤情况及骨折愈合率、骨折愈合时间。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用  $\chi^2$  检验，计量资料以  $(\bar{X} \pm S)$  表示，采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

1.5 治疗结果 实验组患者骨折不连续发生率为 2.5%，骨折愈合率为 95.0%，桡神经损伤发生率为 2.5%，骨折愈合时间为  $(9.45 \pm 1.56)$  周；对照组患者骨折不连续发生率为 5.0%，骨折愈合率为 87.5%，桡神经损伤发生率为 12.5%，骨折愈合时间为  $(6.68 \pm 1.78)$  周；两组桡神经损伤、骨折愈合时间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

## 2 讨论

肱骨中下段骨折的临床治疗目的是达到理想复位，尽可能保证肱骨头的血液供应，固定骨折，尽早进行功能锻炼<sup>[2]</sup>。采用手术方法治疗肱骨中下段

骨折可达到解剖复位，且内固定可牢固稳定骨折，术后患者早期可进行肘关节功能锻炼<sup>[3]</sup>。但手术治疗过程中需要游离桡神经，对桡神经可造成器械性损伤，本研究中实验组患者桡神经损伤率显著低于对照组。且手术对患者肱骨干的血液供应损伤大，肱骨干只有 1 根主要的动脉供应，可导致患者术后因血供不足造成骨折不连，影响骨折愈合<sup>[4]</sup>。本研究结果显示，实验组患者骨折愈合率高于手术治疗患者，但术后骨不连发生率低于手术治疗患者。手术治疗对肱骨中下段骨折患者的创伤较大，增加患者术后愈合时间，延长患者住院时间，增加患者住院费用。

综上所述，手术治疗与非手术治疗对肱骨下段骨折的临床治疗效果相当，非手术治疗骨折愈合率稍高于手术治疗，但非手术治疗患者术后骨折愈合时间明显缩短，桡神经损伤等术后并发症少，值得临床进一步推广。

### 参考文献

[1] 蒋康射. 前外侧手术入路治疗肱骨中下段骨折合并桡神经 46 例体会[J]. 浙江创伤外科, 2012, 17(1): 62-63

[2] 高全胜. 肱骨中下段骨折患者手术治疗与非手术治疗的疗效对比[J]. 中国当代医药, 2012, 19(28): 25-26

[3] 谢宗乾, 张中州, 李彬. 80 例肱骨中下段骨折手术与非手术治疗的效果对比[J]. 中国实用医药, 2013, 8(3): 77

[4] 庄云强, 吴丹海. 不同手术入路治疗肱骨中下段骨折桡神经损伤发生率比较[J]. 浙江医学, 2010, 32(9): 1 388-1 389

(收稿日期: 2013-12-20)

# 参黄敷料促进切口甲级愈合的临床分析

韩溢洪 胡长和 张金虎

(江西省乐平市中医医院 乐平 333300)

**摘要:**目的: 研究参黄敷料对外科术后切口甲级愈合的影响。方法: 随机抽取 2012 年 4 月~2013 年 12 月间在本院接受 I、II 类手术患者 80 例, 分为研究组和对照组。研究组使用自制的参黄敷料护理手术切口, 对照组使用普通无菌敷料护理手术切口, 比较分析两组患者的切口愈合情况。结果: 研究组患者的甲级愈合率高于对照组, 经比较, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。结论: 参黄敷料可以杀灭手术切口及缝线中的病原菌, 有效促进手术切口的甲级愈合, 值得临床推广应用。

**关键词:** 参黄敷料; 外科手术切口; 甲级愈合

中图分类号: R687.36

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.034

切口延迟愈合是外科术后常见并发症, 其中尤以切口脂肪液化及感染多见, 从而增加患者经济负担和痛苦。近年来由于感染病原学的变迁, 细菌耐药性的增加, 手术部位切口感染的控制又面临新的挑战。据统计外科手术切口感染在我国发病率可高达 13.0%~18.0%<sup>[1]</sup>, 在医院感染发病中居第三位<sup>[2]</sup>。因此, 预防外科手术切口并发症, 促进切口的甲级愈合是外科临床工作的重点, 术后换药成为外科临床工作者促进手术切口愈合的关键。本文选取 2012 年 4 月~2013 年 12 月接受 I、II 类手术的患者 80 例, 对部分患者给予参黄敷料护理手术切口, 效

果显著。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 选择 2012 年 4 月~2013 年 12 月本院接受 I、II 类手术患者 80 例, 均知情同意, 未接受化疗、放疗等影响正常切口愈合的特殊治疗, 无过敏体质病史。排除: 严重的心、脑、肺、肝、肾功能不全者; 严重的低蛋白血症; 使用糖皮质激素及血糖无法控制的糖尿病患者; 不能完成研究周期者。

1.2 一般资料 80 例患者, 男 45 例, 女 35 例, 年龄 20~65 岁, 平均  $(25.5 \pm 43.6)$  岁。I、II 类手术各

40 例, 外科 40 例, 骨科 40 例。手术部位: 阑尾切除术 (不包括阑尾穿孔) 18 例, 腹壁疝无张力修补术 12 例, 开腹胆囊切除术 10 例, 锁骨骨折切开复位内固定术及取出术各 10 例, 胫腓骨骨折切开复位内固定术及取出术各 10 例。所有患者随机分为研究组、对照组各 40 例, 两组年龄、手术情况等临床资料比较, 无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.3 治疗方法 两组患者术前、术后均预防性使用抗生素 48 h。对照组术后每天用常规敷料换药一次且观察切口变化, 研究组每天用自制的无菌参黄敷料换药一次且观察切口变化, 持续换药至伤口缝线拆线。第 3~7 天更换敷料时剪取内层与切口接触部分敷料 1 cm<sup>2</sup> 进行普通营养琼脂细菌培养, 培养 48 h 无菌生长者为阴性; 反之, 则阳性。观察两组切口愈合的时间。

#### 1.4 评定标准

1.4.1 切口愈合的标准 甲级愈合: 愈合良好, 无不良反应; 乙级愈合: 愈合处有炎症反应, 表现为红肿、硬结、血肿、积液等, 但未化脓; 丙级愈合: 切口化脓, 需要做切口引流处理。

1.4.2 疗效标准 治愈: 红肿、触痛消失, 硬结消退, 无渗液; 有效: 红肿、触痛缓解, 硬结缩小, 渗液减少; 无效: 红肿、触痛无减轻, 硬结未消退, 渗液无减少。

1.5 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行统计学分析, 分别采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 切口甲级愈合率 研究组甲级愈合率达 97.5%, 对照组为 70.0%, 研究组甲级愈合率明显高于对照组, 两组相比有统计学差异 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组切口愈合情况比较 例

组别	n	甲级愈合	乙级愈合	丙级愈合	甲级愈合率(%)
研究组	40	39	1	0	97.5
对照组	40	28	9	3	70.0

2.2 临床疗效 研究组细菌培养阳性率及平均愈合时间均明显低于对照组, 其中菌种为大肠埃希菌 10 株, 耐青霉素金黄色葡萄球菌 7 株, 溶血葡萄球菌 3 株。两组临床疗效相比有统计学差异 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例

组别	n	细菌培养阳性[例(%)]	切口潮红	渗液	平均愈合时间(d)
研究组	40	5(12.5)	5	0	7.3~9.2
对照组	40	12(30.0)	12	3	10.2~12.4

## 3 讨论

切口愈合是通过切口局部炎症反应发生, 基质胶原、毛细血管及成纤维细胞增生, 肉芽组织生长,

结缔组织修复及上皮细胞再生而达到愈合的。机体免疫力下降, 蛋白质或维生素缺乏, 切口局部血液循环障碍等均可影响切口愈合。尤其腹部切口, 脂肪堆积, 成纤维细胞、蛋白质及血管含量均较少, 易引起切口脂肪液化, 导致切口缓慢甚至难以愈合; 以及骨科手术部位皮下脂肪少, 皮瓣易缺血坏死, 加上异物植入更易延期切口愈合。

在影响切口愈合的其他因素相同的情况下, 切口敷料的临床选择及运用成为国内外医院临床研究的焦点, 据统计, 目前市面上有超过 2 400 种医用敷料, 如何选择合适的敷料是医护人员常常遇到的问题。关于敷料国内外有大量研究, 为便于分类, 2005 年英国皇家护理学院压疮指南将敷料分为五大类: 即接触性敷料、主动性敷料、被动性敷料、互动性敷料和抗菌性敷料, 目前的敷料普遍具有吸湿透气、促止血和伤口愈合作用, 但其功能尚无法尽善尽美, 如在灾害环境下或者卫生条件简陋的条件下, 以上各类功能敷料的使用受到不同程度地限制。新型敷料可促进伤口愈合, 提高患者的舒适度, 更可以降低更换频率, 节省了人力, 在当前医护人员缺乏的大环境下, 有极大的意义, 但是新型敷料一般较传统敷料昂贵, 限制了其应用。因此, 敷料开发应继续朝着性能更优异, 同时性价比更高的方向发展。理想敷料应具备以下特点: 使伤口保持稳定的温度和一定的湿度; 能吸收多余渗出物; 具备良好的通透性; 防止微生物、有害微粒及其他有害物质污染伤口; 去除敷料时不会损伤伤口。

本文自制的参黄敷料具备理性敷料的特点, 与传统敷料相比有明显促进切口甲级愈合的优势。自制参黄敷料中, 苦参味苦, 性寒, 功效清热燥湿, 常外用治疗湿毒疮疡; 大黄苦, 寒, 《本草新编》: “大黄导瘀血, 破症结, 散坚聚, 止疼痛, 败痈疽热毒, 消肿胀。” 大黄合苦参自制的敷料具有疗毒敛疮、清热燥湿功效。且现代药理研究二者均有抗菌的作用: 苦参醚提取物及醇提取物对金黄色葡萄球菌有较强的抑菌作用<sup>[3]</sup>; 苦参水浸剂对堇色毛癣菌、同心性毛癣菌、许兰毛癣菌、奥杜盎小芽孢癣菌等有抑制作用; 苦参总碱及氧化苦参碱有明显的升白作用, 对环磷酰胺、X 射线与钴射线照射引起的白细胞减少有明显的治疗作用; 苦参碱对小鼠巴豆油引起的耳廓肿胀、醋酸引起的小鼠腹腔渗出增加、大鼠角叉菜胶性足垫肿胀, 均有抑制作用。大黄有止血作用<sup>[4]</sup>, 机理为促进血小板的粘附和聚集功能; 增加血小板数和纤维蛋白原含量; 降低抗凝血酶 III 活性; 使受伤局部的血管收缩。大黄中抗菌有效成分(大黄酸、大

黄素、芦荟大黄素)抗菌谱广,对葡萄球菌、溶血性链球菌等敏感,作用机理:影响叶酸的酶系统,抑制细菌核酸和蛋白质合成,抑制细菌生物氧化酶系统,诱发干扰素<sup>[5]</sup>。

总之,本研究结果显示,参黄敷料充分利用了大黄及苦参的广谱抗菌特性,在减少 I、II 类手术切口的感染率、促进切口愈合及降低医疗风险方面比普通无菌敷料具有明显的优势,且本方法使用方便,无痛苦,经济实惠,患者易于接受,能避免长期应用抗生素引起菌群失调及耐药菌出现,临床上应

给予广泛应用。

参考文献

[1]高筠,曹秀堂,索继江,等.111 例外科手术切口感染调查及防范措施[J].中华医院感染学杂志,2007,17(4):397-398

[2]郭春兰,王萍.爱可欣敷料在预防外科手术部位切口感染的研究[J].中华医院感染学杂志,2008,18(4):511-512

[3]郭晓蕾,朱思潮,张晨,等.苦参碱、氧化苦参碱与蛇床子提取物联合抗菌作用研究[J].中华中医药学刊,2011,29(6):1 398-1 400

[4]陈永利,张毅,李静,等.大黄芒硝散对腹部手术切口愈合作用的临床观察[J].西部中医药,2012,25(4):76-77

[5]周银屏.大黄芒硝敷脐对腹部术后胃肠道功能早期恢复的影响[J].现代中西医结合杂志,2011,20(6):716-717

(收稿日期:2013-11-12)

# 止痛如神汤内服加湿敷治疗产后炎性外痔的疗效观察

廖莉萍

(井冈山大学附属医院肛肠科 江西吉安 343000)

关键词:产后炎性外痔;止痛如神汤;内服;湿敷

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.035

产后炎性外痔常因平素有混合痔,产妇生产时屏气用力,使腹压急剧上升,导致痔疮水肿、外翻、脱出或嵌顿难以还纳,脱出的痔核刺激肛门周围的末梢神经,使之肿胀疼痛<sup>[1]</sup>。我院肛肠科 2010 年 9 月~2012 年 9 月对产后炎性外痔患者采用止痛如神汤内服、湿敷治疗,取得满意疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2010 年 9 月~2012 年 9 月就诊我科的产后炎性外痔患者 60 例,随机分为治疗组和对照组,治疗组 30 例,年龄 22~41 岁,对照组 30 例,年龄 20~40 岁,两组年龄无统计学差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组给予中药止痛如神汤,药物组成:秦艽、防风、槟榔、桃仁、黄柏、苍术、泽泻、当归尾、熟大黄、槐花各 10 g,皂角刺 5 g。用煎药机煎煮后密封胶袋包装,每剂煎成 450 mL,分 3 袋装,2 袋口服,第 3 袋用于肛门湿敷,湿敷方法:用毛巾浸湿在已加热的药液中,湿敷于患者肛门患处 15 min,患者采用侧卧位。对照组给予 50%硫酸镁溶液浸湿纱布覆盖患处 15 min。

1.3 疗效判定标准 根据《中华人民共和国中医药行业标准》制定。治愈:症状消失,痔消失,肛缘突起肿物消失,胀痛或坠痛及肛门坠胀不适感消失;好转:症状改善,痔缩小,肛缘突起肿物缩小,胀痛或坠痛及肛门坠胀不适感减轻;无效:症状及体征均无变化,肛缘突起肿物无缩小,胀痛或坠痛及肛门坠胀不适感未消失。

1.4 统计学方法 采用 SPSS15.0 统计软件进行分

析,计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

1.5 观察结果 两组均治疗 7 d 为 1 个疗程,两组疗效结果见表 1。治疗组临床总有效率为 96.67%,明显优于对照组 73.33%,两组总有效率比较差别有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 治疗组与对照组疗效比较 例

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	30	21	8	1	96.67
对照组	30	7	15	8	73.33

## 2 讨论

妊娠期妇女,特别是妊娠晚期,由于增大子宫对直肠的压迫以及性激素对血管平滑肌的扩张作用,常引起痔疮或是原有痔疮的症状加重<sup>[2]</sup>,分娩时,腹压急剧加大,更加重痔疮症状。此时病理机制的关键是局部微循环障碍<sup>[3]</sup>。产后炎性外痔产妇常疼痛难忍,又需喂哺婴儿,且产后患者大多不愿接受手术治疗。中医学认为肛门口部疾病常因风、湿、燥、热诸邪侵入,导致湿热内生,邪毒下注,积聚肛门而发病;局部经络受阻,经络阻滞,导致“不通则痛”。止痛如神汤出自《医宗金鉴》,方中秦艽、防风祛风除湿,和血舒筋止痛;桃仁、当归活血行滞而止痛,滑肠润燥而通便;苍术、黄柏清热燥湿;泽泻甘寒,泻热利湿而利小便;大黄、槟榔下气利水,泻热通便;皂角刺润燥通便,消肿止痛。全方共奏清热利湿、祛风润燥、行气活血、泻火通便、消肿止痛之功。

参考文献

[1]刘春风,蒋晓琦.中药熏洗治疗产后痔疮 20 例[J].光明中医,2010,25(3):449

[2]王淑贞.实用妇科学[M].北京:人民卫生出版社,1987:38

[3]冯新为.病理生理学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1993:223-225

(收稿日期:2013-09-06)