

# 湿热熨法与常规熏洗坐浴缓解混合痔患者术后切口疼痛及创面愈合的影响对比

曹袁媛

(河南省开封市中医院 开封 475001)

**摘要:**目的:探讨湿热熨法与常规熏洗坐浴对混合痔患者术后切口疼痛及创面愈合的影响。方法:选取 2018 年 3 月至 2020 年 2 月收治的混合痔患者 103 例,根据随机数字表法分为 A 组 51 例和 B 组 52 例。A 组术后接受常规熏洗坐浴,B 组术后接受湿热熨法,比较两组疗效、术后切口疼痛情况、创面愈合时间及住院时间。结果:B 组治疗总有效率高于 A 组,创面愈合及住院时间均短于 A 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );术后 1 d、3 d、7 d,B 组疼痛评分低于 A 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:混合痔患者术后采取湿热熨法疗效更为确切,能够有效缓解切口疼痛,促进创面愈合。

**关键词:**混合痔;湿热熨;熏洗坐浴;切口疼痛;创面愈合

**中图分类号:**R657.18

**文献标识码:**B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.028

混合痔以发生于肛门同一方位齿线上下,静脉曲张形成团块,内外相连、无明显分界为主要表现的痔病类疾病<sup>[1]</sup>,临床主要表现为肛门肿物突起、便血,伴随肛门异物感、坠胀、疼痛等,对患者日常生活造成极大影响。手术为混合痔首选治疗方案,能够快速帮助患者消除不适症状,但临床发现术后患者常出现创面剧烈疼痛及出血情况,导致治疗时间延长,影响其恢复<sup>[2-3]</sup>。常规术后多采取熏洗坐浴的方式缓解患者术后切口疼痛,并取得一定疗效。湿热熨法是现阶段应用于混合痔术后的新型方式,能够促进伤口愈合,缓解患者疼痛症状。但目前针对两者具有镇痛及创面愈合效果尚无明确定论,基于此,本研究探讨湿热熨法与常规熏洗坐浴对混合痔患者术后切口疼痛及创面愈合的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 3 月至 2020 年 2 月我院收治的混合痔患者 103 例,根据随机数字表法分为 A 组 51 例和 B 组 52 例。A 组男 29 例,女 22 例;年龄 27~54 岁,平均 $(39.97\pm 8.24)$ 岁;病程 1~7 年,平均 $(4.03\pm 1.67)$ 年;术后切口 2~4 cm<sup>2</sup>,平均 $(3.01\pm 0.62)$  cm<sup>2</sup>。B 组男 31 例,女 21 例;年龄 28~53 岁,平均 $(40.03\pm 8.27)$ 岁;病程 1~8 年,平均

$(3.98\pm 1.71)$ 年;术后切口 2~4 cm<sup>2</sup>,平均 $(3.03\pm 0.59)$  cm<sup>2</sup>。两组一般资料比较无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究已通过医院医学伦理委员会审核批准。

**1.2 诊断标准** (1) 西医符合《痔临床诊治指南(2006 版)》<sup>[4]</sup>中混合痔相关诊断标准。(2) 中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>,气滞血瘀证:肛内嵌顿或肛缘有肿物突起,有异物感,肛管紧缩,有坠痛,局部可触及结节,舌质暗红,苔黄,脉弦涩;湿热下注证:肛缘肿物突起或肛内肿物脱出,灼热疼痛,便干或有大量便血,舌红,苔黄腻,脉滑数;脾虚气陷证:肛内肿物脱出或肛缘有肿物隆起,似有便意,便血色鲜,神疲乏力,面色少华,纳少便溏,舌淡胖,苔薄白,脉弱。

**1.3 入组标准** (1) 纳入标准:符合上述西医标准和中医任一证候类型;本人及家属知情本研究且签署知情同意书;无手术禁忌。(2) 排除标准:存在其他肛肠疾病者;存在凝血功能障碍者;伴随肝、肾等脏器功能异常者;存在表达障碍或精神疾病者。

**1.4 治疗方法** A 组接受常规熏洗坐浴治疗;B 组接受湿热熨法治疗。

**1.4.1 A 组** 接受常规熏洗坐浴:术后第 1 天,将高

锰酸钾外用片(国药准字 H37022233)配置 1:5 000 溶液,水温 35℃,将肛门泡于药液中坐浴,15 min/ 次,2 次/d。坐浴后常规换药,共治疗 14 d。

1.4.2 B 组 接受温热熨法:术后第 1 天,应用我院自制熏洗方(苦参、蒲公英、虎杖各 30 g,当归、五倍子各 15 g),用纱布将饮片包裹以 500 ml 水加工煎煮,浓煎成 2 包,125 ml/ 包,早晚各用 1 包。将饮片包烘干,待患者使用时取出,嘱患者侧卧位,加热浓煎后的熏洗药液,浸泡敷料,取出沥干至不滴水,敷于患者创面上(以患者能够承受的温度为标准),并将饮片包加热至约 70℃取出,放于敷料之上,同时应用按揉手法,15 min/ 次,2 次/d,共治疗 14 d。

1.5 观察指标 比较两组疗效、术后切口疼痛情况、创面愈合时间及住院时间。(1)疗效评价标准:参考《中医病证诊断疗效标准》对疗效进行判定,治愈为症状消失,痔消失;显效为创面消失>75%,痔缩小;好转为创面消失 25%~75%;无效为未达到以上标准。总有效率=(治愈例数+显效例数+好转例数)/总例数×100%。(2)术后切口疼痛评估:应用视觉模拟评分法(VAS)<sup>[6]</sup>对患者术前及术后 1 d、3 d、7 d 疼痛程度进行评估,0 分为无疼痛,10 分为剧烈疼痛,分值越高疼痛越重。(3)创面治愈标准:创面未见糜烂,症状消失,且痔消失。

1.6 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间用独立样本 *t* 检验,组内用配对样本 *t* 检验,计数资料用%表示,采用  $\chi^2$  检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 B 组治疗总有效率高于 A 组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

| 表 1 两组疗效比较[例(%)] |          |           |           |           |           |           |
|------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 组别               | <i>n</i> | 治愈        | 显效        | 好转        | 无效        | 总有效       |
| A 组              | 51       | 11(21.57) | 17(33.33) | 13(25.49) | 10(19.61) | 41(80.39) |
| B 组              | 52       | 19(36.54) | 20(38.46) | 11(21.15) | 2(3.85)   | 50(96.15) |
| $\chi^2$         |          |           |           |           |           | 62.14     |
| <i>P</i>         |          |           |           |           |           | 0.013     |

2.2 两组术后切口疼痛评分比较 B 组术后 1 d、3 d、7 d 疼痛评分均低于 A 组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

| 表 2 两组术后切口疼痛评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ ) |          |            |            |            |
|---------------------------------------|----------|------------|------------|------------|
| 组别                                    | <i>n</i> | 术后 1 d     | 术后 3 d     | 术后 7 d     |
| A 组                                   | 51       | 5.72± 1.51 | 4.52± 1.21 | 2.54± 0.84 |
| B 组                                   | 52       | 5.13± 1.14 | 3.97± 1.03 | 2.03± 0.73 |
| <i>t</i>                              |          | 2.240      | 2.486      | 3.291      |
| <i>P</i>                              |          | 0.027      | 0.015      | 0.000      |

2.3 两组创面愈合时间及住院时间比较 B 组创面愈合时间及住院时间均短于 A 组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

| 表 3 两组创面愈合时间及住院时间比较(d, $\bar{x} \pm s$ ) |          |             |             |
|------------------------------------------|----------|-------------|-------------|
| 组别                                       | <i>n</i> | 创面愈合时间      | 住院时间        |
| A 组                                      | 51       | 11.37± 3.53 | 16.02± 3.35 |
| B 组                                      | 52       | 8.41± 2.62  | 11.43± 2.40 |
| <i>t</i>                                 |          | 4.839       | 8.006       |
| <i>P</i>                                 |          | 0.000       | 0.000       |

3 讨论

混合痔为发生率极高的一种肛肠科疾病,手术为有效治疗手段之一,但术后切口深度、疼痛、感染等因素均会影响创面愈合,更甚者引发肛门脓肿、脓血症等并发症,影响预后。因此找寻一种能够缓解患者术后疼痛、促进创面愈合的治疗方案尤为重要<sup>[7]</sup>。

中医学认为,混合痔是由禀赋不足、外感风湿燥热之邪使瘀血、湿热阻滞肛门,气血运行不畅,凝结肛门内外所致<sup>[8]</sup>,病机为本虚标实,以湿、瘀、热为标,脏腑亏虚为本,治疗应以活血解毒、消肿止痛为主<sup>[9]</sup>。在本研究中,B 组治疗总有效率较 A 组高,术后 1 d、3 d、7 d 疼痛评分均较 A 组低,且创面愈合及住院时间均短于 A 组,表明温热熨法较常规熏洗坐浴疗效更为确切,能够有效缓解混合痔术后患者切口疼痛,促进创面愈合。常规熏洗坐浴采取蹲坐位,会因重力因素引起肛周血液充盈,加之血液回流受阻,对创面肉芽生长带来一定影响。而湿热熨法属中医外治法,湿敷遵循散结消肿、清热解毒的原则,同时热熨法能够活血散瘀、祛邪扶正、祛风胜湿。且温热熨法中所用药剂中的苦参具有清热燥湿的作用;蒲公英具有消肿散结、清热解毒的作用;虎杖具有清热解毒、散瘀止痛的作用;当归具有补血调经、活血止痛的作用;五倍子具有敛汗止血、收湿敛疮的作用。现代药理学证实,虎杖、蒲公英、(下转第 120 页)

起因进行精细地护理,进而改善患者的心理认知状况。本研究结果显示,干预后观察组的治疗总依从率较对照组比更高,提示认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者可提高患者的治疗依从性,这与徐丽红等<sup>[9]</sup>的研究结果一致。SAS 与 SDS 评分是用于测量焦虑、抑郁状态轻重的心理量表,能够评价患者的主观感受。认知行为团体心理护理干预通过为患者制定个性化的护理方案,在分析个性化自我认知教育工作方面的内容时,可以将护理效果做出更为准确的评估,制定效果显著的护理方案,改善患者的焦虑、抑郁等负面情绪。认知行为团体心理护理干预基于科学的护理理念,在与患者进行交流沟通中对患者的心理进行分析,对其性格、情绪等进行了解,以引导患者主动参与到自我认知的行为中。通过护患之间的合作,可更好地帮助患者进行治疗,同时增强患者的自信心及自主训练程度<sup>[9]</sup>。本研究结果显示,干预后,观察组 SDS 与 SAS 评分均低于对照组,生活质量评分、自我效能评分、SF-36 评分则均高于对照组,提示认知行为团体心理护理应用于辅助生殖技术治疗不孕患者可减少不良情绪的发生,同时还可提升患者的自我效能感,这与董玮等<sup>[10]</sup>的研究结果一致。

综上所述,认知行为团体心理护理应用于辅助

(上接第 83 页)五倍子、苦参均具有不同程度的抗病毒活性、抗菌功效,虎杖能够扩张血管,改善创面血供;苦参生物碱能够加快白细胞分解  $\alpha$ -干扰素,起到抗病毒的作用;当归主要成分为阿魏酸,不仅具有镇痛效果,还能够清除氧自由基,减轻术后患者创面炎症<sup>[10]</sup>。诸药共同作用下,可发挥消肿止痛、活血祛瘀、祛风除湿的作用,进而加快创面愈合,且治疗时患者侧卧位体位对肛周压力影响较小,患者舒适度更高,进而有利于缓解疼痛症状。综上所述,针对混合痔术后患者采取温热熨法疗效更为确切,能够有效缓解切口疼痛,促进创面愈合。

参考文献

[1]许华娇,黄建芬.混合痔术后中药坐浴最佳温度和时间研究[J].护理研究,2017,31(25):3152-3155.  
[2]何健忠,王爱亮,刘春辉.桃红四物汤加熏洗治疗混合痔术后肛周疼痛水肿临床观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(19):2111-2113.

生殖技术治疗不孕患者,可减少患者不良情绪,提升患者自我效能及治疗依从性,值得临床应用。

参考文献

[1]李丽丽,李慧.心理护理在不孕不育临床治疗中的效果分析[J].中外女性健康研究,2019(15):68-69.  
[2]张静梅.心理护理干预对输卵管阻塞性不孕症患者心理状态及社会支持的影响[J].中国现代药物应用,2017,11(18):177-178.  
[3]陈颢璇.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2018.1863-1866.  
[4]李姿慧,吴梦蝶,李琪,等.汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表在功能性消化不良伴焦虑状态中的应用[J].长春中医药大学学报,2018,34(4):787-790.  
[5]李艳敏,郑晓龙,江东彬,等.应用 SF-36 量表评估中轴型 SpA 患者非甾体抗炎药治疗后生活质量变化[J].中国免疫学杂志,2017,33(7):1062-1067,1071.  
[6]丁孝芹.综合心理护理干预对不孕症患者心理状况的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(22):3751-3752.  
[7]孟丽萍.社会支持护理对不孕症患者社会功能、心理状态及远期预后的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(11):1984-1986.  
[8]徐丽红,戴涛.认知行为团体心理治疗对抑郁症患者抑郁症状以及应对方式社会支持影响的干预研究[J].中国药物与临床,2016,16(9):1347-1349.  
[9]王荣,李艳敏,周永红.团体认知行为疗法对经前期紧张综合征患者的护理效果[J].检验医学与临床,2018,15(17):2657-2659.  
[10]董玮,李艳宏,路晓冰,等.认知行为团体心理护理干预在高龄妇女实施辅助生殖技术中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2020,20(19):3304-3305.

(收稿日期: 2021-08-24)

[3]谭建勤,刘兴高,王伟,等.止痛如神汤对痔疮手术后伤口愈合及疼痛的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):775-777.  
[4]中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461-463.  
[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.112-113.  
[6]曹卉娟,邢建民,刘建平.视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J].中医杂志,2009,50(7):600-602.  
[7]卢勇,翁霞惠,俞凡,等.坐浴 1 号对痔疮术后疼痛和水肿及创面菌落的影响研究[J].临床外科杂志,2018,26(1):43-45.  
[8]张志刚,邹勇,王雨来,等.中药熏洗坐浴治疗混合痔术后并发症的临床观察[J].中国中医急症,2018,27(2):315-317.  
[9]李积良,王继宁.中医药内外结合法治治疗混合痔术后并发症的临床观察[J].陕西中医,2016,37(12):1636-1637.  
[10]宋成昆,杨巍,陆宏,等.湿热熨法用于混合痔术后的临床疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2019,43(1):71-75.

(收稿日期: 2021-07-20)