

## ※外科护理

# 红外线照射配合复方炉甘石外用散在肛周脓肿术后的应用

蒋 红

**摘要** 目的 探讨红外线照射配合复方炉甘石外用散在肛周脓肿术后创面换药的临床疗效。**方法** 将76例肛周脓肿术后患者随机分成2组,对照组和实验组,各38例。对照组采用凡士林纱条换药治疗,实验组采用红外线照射30min,创面喷散复方炉甘石外用散后予凡士林纱条换药治疗。比较2组疗效。**结果** 实验组较对照组疗效好,差异有统计学意义, $p < 0.05$ 。**结论** 红外线照射配合复方炉甘石外用散用于肛周脓肿术后创面换药,疗效明显,无毒副作用,值得临床推广。

**关键词:** 肛周脓肿;根治术;红外线照射;复方炉甘石外用散;护理

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-6411(2011)04-0024-03

肛周脓肿是肛腺感染炎症蔓延到肛管直肠周围间隙形成的脓肿。脓肿一旦形成,需尽量进行一次性根治术。本科对肛周脓肿根治术后患者伤口采用红外线照射加复方炉甘石外用散创面换药治疗,疗效满意,现报道如下。

### 1 临床资料

工作单位:423000 郴州市 湖南省郴州市第四人民医院

蒋红:女,大专,主管护师

收稿日期:2010-12-09

**1.1 一般资料** 本科2010年2月~2010年10月将肛周脓肿术后患者76例,男49例,女27例,年龄26~45岁,平均年龄(36.5±0.3)岁,随机分成2组。对照组38例,男26例,女12例;肛周皮下脓肿26例,高位肌间脓肿4例,坐骨直肠窝脓肿6例;实验组38例,男23例,女15例;肛周皮下脓肿28例,高位肌间脓肿3例,坐骨直肠窝脓肿5例。2组患者在性别、年龄、病程、伤口大小方面比较,差异无统计学意义( $p > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

**1.2.1** 2组患者术后统一予联合抗生素常规治疗,手术次日开始

**2.5.2 休息** 由于患者气急、疼痛和焦虑、害怕,无法获得足够的休息和睡眠,应创造安静、舒适、清洁的休息环境;采取合适的体位,减轻患者不适。

**2.5.3 饮食护理** 该疾病本身就是一种消耗性疾病,因此,应提供营养丰富、易消化的食物,鼓励进食。注意调整食物的色、香、味,配制患者喜欢的食物,以适口、清淡为原则,少量多餐。有恶心、呕吐者,进食前予口腔护理,无法进食时,给予肠道外营养,补充足够所需的热量和营养。

### 2.6 健康教育

向患者及家属介绍病情、治疗方法、药物剂量、用法和副作用,合理安排休息,大力宣传吸烟对人体健康的危害,提倡戒烟。力争改善劳动和生活条件,对高危人群做到早发现,早治疗。对肿瘤缓解期者,帮助患者切实安排好每天的生活、休息、饮食和活动。指导患者加强营养,进高能量、高蛋白及富含维生素的食物,合理调配饮食,增强机体抵抗力。保持良好的精神状况,指导患者门诊随访,及时就诊。

### 3 讨论

**3.1** 胸腔内注入沙培林治疗恶性胸腔积液成功的关键是在于注入药物后,定时转动体位使药物均匀分布胸腔内,达到增加胸膜粘连的成功率。俯卧位由于压迫胸部影响呼吸,加上药物刺激胸膜引起疼痛,令高龄患者不能耐受长时间的俯卧。因此,护士应加强巡视,交待家属守候在患者身边,鼓励和支持患者,必要时让患者多次、短时间的俯卧位,以保证药物充分与胸膜接触。

**3.2** 恶性胸腔积液是晚期癌症的严重并发症之一。早期对生活质

量影响不大,但继续进展,因积液生长迅速,大量胸腔积液可产生压迫症状致呼吸困难、纳差,继而导致恶液质、心肺功能障碍,影响患者的生活质量,因此,有效控制恶性胸腔积液,彻底排净恶性胸腔积液是治疗的关键<sup>[7]</sup>。为提高治疗效果,术前、术中应做好患者的宣教指导,加强心理护理;术后做好管道护理和病情的观察,及时给予对症护理,对患者顺利完成治疗可起到关键的作用。

### 参 考 文 献

- 1 张长路,张万亨,庄建生,等.细导管胸腔闭式引流治疗恶性胸水临床观察[J].临床肿瘤杂志,2001,6(2):131-132.
- 2 刘玉泉,涂明利,刘先军.顺铂联合重组该改构人肿瘤坏死因子治疗肺癌恶性胸腔积液的临床价值[J].临床内科杂志,2005,22(10):714.
- 3 张敦华.实用胸膜疾病学[M].上海:上海医科大学出版社,1997:100-102.
- 4 韩希花,何伏玲.使用中心静脉导管引流恶性胸腔积液的观察及护理[J].临床医药,2006,10:79.
- 5 陈艳,谭思源,徐志敏.PICC导管在卵巢癌腹腔热灌注化疗中的应用与护理[J].中国实用护理杂志,2004,20(12):29-30.
- 6 魏长春,刘彦秀,董秋兰,等.大量胸水不同排液方法的临床分析[J].中国防痨杂志,2002,24(2):B261.
- 7 徐永前,艾麦.恶性积液诊断与治疗[M].北京:中国科学技术出版社,2000:64-81.

(责任编辑:郭 佳)

换药,每日1次,另外,视排便情况换药。2组患者排便均后用1:5000高锰酸钾溶液坐浴。实验组采用红外线灯(重庆生产的TDP特定电磁波治疗器)频率(50±1)Hz,输入功率250VA,照射前先预热5min,患者取侧卧位照射创面,照射距离以患部能承受治疗头的温度为宜,每次30min,每天2次(第2次照射无需取下敷料)。照射毕伤口用络合碘消毒,清除创面分泌物,伤口表面均匀喷散复方炉甘石外用散一层,填入凡士林纱条,紧贴创面,松紧适宜,用无菌敷料覆盖伤口。对照组伤口用络合碘消毒,清除创面分泌物,填入凡士林纱条,紧贴创面,松紧适宜,用无菌敷料覆盖伤口。14d评估创面愈合情况。

## 1.2.2 护理方法

1.2.2.1 心理护理 由于脊神经的阴部神经支配的肛门肛管周围神经丰富,痛觉敏感,患者术后会感到疼痛,换药时刺激伤口使疼痛加剧,产生紧张、焦虑、恐惧的心理,护理人员应同情患者,尊重并接受患者对疼痛的反应,告知疼痛特点,使用转移注意力、交谈、听音乐、慢节律地呼吸等减轻疼痛的方法和技巧,引导其增强自我控制的能力。消除患者恐惧心理,给予关心鼓励,使其以良好的心态配合换药治疗。

1.2.2.2 照射护理 保持病房空气新鲜,注意室内温度及湿度,用屏风遮挡并随手关门。患者取侧卧位,下腿伸直,上腿弯曲呈90°,以充分暴露肛门伤口,红外线灯照射时治疗头对准患处,治疗头与皮肤之间不能有遮隔物,距离以患部能承受治疗头的温度为宜,每次使用30min。尽量避免不必要的暴露,以防患者受凉感冒。观察患者反应,嘱其不要随意移动体位,以免影响伤口照射及触碰灯具而烫伤正常皮肤,随时询问患者主观感受,照射过程中如有感觉过热、心慌、头晕等反应时,需立即停止使用。

1.2.2.3 换药护理 协助患者取侧卧位,尽量暴露伤口,换药时动作要轻,尽量减轻其痛苦,彻底清洗伤口,检查创面生长情况,使肉芽组织从基底由深至浅,从里至外生长,避免假愈合或死腔。换药后协助患者整理好衣物,嘱休息几分钟,如无不适方可下床活动。

1.2.2.4 饮食护理 术后当日禁食,第2天流质饮食,第3天半流质,以后可恢复正常饮食,饮食宜清淡,多食新鲜蔬菜水果,多食高蛋白、粗纤维食物,多饮水可促进肠蠕动,忌辛辣、油炸等刺激性食物,不酗酒。保持大便通畅,指导患者不应用力解便或因害怕伤口疼痛不解便,每次大便后用43℃左右1:5000PP溶液3000ml坐浴后换药。大便干燥者指导吃香蕉、麻仁胶囊等帮助排便。

1.2.3 疗效判断<sup>[4]</sup> 痊愈:症状体征消失,伤口完全愈合;显效:症状体征消失,伤口基本愈合;有效:症状体征改善,伤口愈合欠佳;无效:症状体征无改善,伤口不愈合。

1.2.4 统计学方法 采用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

2组患者疗效比较(见表1)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	38	10(26.3)	23(60.5)	5(13.2)	0(0)	100.0
对照组	38	3(7.9)	21(55.3)	10(26.3)	4(10.5)	89.5

注: $\chi^2=9.53, p<0.05$

## 3 讨论

3.1 肛周直肠脓肿根治术可有效降低其复发率和肛瘘发生率<sup>[2]</sup>,但手术创口较大,且为开放性伤口,极易受细菌感染,细菌感染产生毒素与酶,溶解蛋白质及胶原蛋白而妨碍再生,影响创面愈合。中医学认为肛周直肠脓肿术后经络损伤,气血运行不畅,气滞血瘀,则气血不能传输于肌肤,腠理,创面失于营养,则愈合延长。外用中药有多功能的特点,既能消炎解毒,又能去腐生肌,有利于创面愈合。

3.2 复方炉甘石外用散含炉甘石、血竭、紫草、朱砂、磺胺嘧啶银、冰片、氧化锌、儿茶、麝香等,具有广谱抗菌作用,方中炉甘石具有收敛、消肿、止痛、防腐、收湿、生肌之功;它的药理研究表明,对金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌及溶血性链球菌均有较好的抑菌作用,同时能明显提高疼痛阈值,增强对疼痛刺激的耐受性,有较好的镇痛作用<sup>[3]</sup>。现代药理学研究表明血竭具有抗炎,抑菌作用,能增加cAMP的含量,降低cGMP的水平,散瘀,止痛,止血疗伤,生肌敛疮<sup>[4]</sup>。乳香、自然铜可活血止痛。紫草可清热解毒、凉血活血、去腐生肌,具有促进外周血液循环,抗感染,镇痛,促进创面愈合作用<sup>[5]</sup>;朱砂清热解毒,磺胺嘧啶银抗感染,促使创面干燥,促进愈合,冰片有清热止痛的作用;氧化锌对皮肤有弱收敛、滋润和保护作用,能被吸收到细胞内,促进核酸核蛋白的合成,参与细胞的能量代谢,促进组织修复,加速肉芽组织及上皮生长,促进愈合<sup>[6]</sup>;儿茶抑菌,生肌敛疮。麝香性味辛温,芳香走窜,内彻脏腑,渗透力强,外达皮肤,能使肌肤毛孔开扩,并通行十二经脉,行血分之瘀滞,开经络之壅塞,引诸药达病所,能除一切恶疮痔瘕肿痛及脓肉腐肉,有去腐消生新之功,药理研究证实,其有抗菌、抗感染作用。

3.3 红外线照射时热能穿透皮肤直接使肌肉、皮下组织产生热效应,可改善皮下脂肪层的血液循环,增强组织的再生与抗痉挛作用,消除水肿,有一定的止痛作用<sup>[7]</sup>,同时红外线热能促进复方炉甘石外用散中药成分的吸收,达到疏通筋络,流畅气血,筋脉舒缓,祛湿散瘀,消肿止痛,二者具有互相加强的作用,从而促进肉芽组织生长,其效果优于单纯的凡士林纱条换药。红外线的温热效应可加速血流,促进组织间液的回吸收,且不利于微生物生存,减少了创面感染的发生率<sup>[7]</sup>,复方炉甘石外用散换药,使药物有效成分直接作用于创面,便于药物吸收,控制感染,促进创面的愈合。本研究实验组使用红外线照射配合复方炉甘石外用散创面换药总有效率100%,符合中医疮疡理论“祛腐生肌、煨脓长肉”。

## 4 小结

红外线照射配合复方炉甘石外用散创面换药用于肛周脓肿根治术后,可促进创面快速愈合,改善症状,未发现不良反应,且具有经济实惠、操作方便等优点,可缩短术后恢复期,减轻患者痛苦。

## 参 考 文 献

- 何永恒.现代中西医结合.实用肛肠外科手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2004:326~332.
- 杜卫东,郑卫平,陆琪,等.肛门直肠周围脓肿一期根治术的临床疗效观察[J].大肠肛门病杂志,2002,3(2):145.
- 张平,钟瑜,李咏.龙珠软膏促进肛肠疾病术后创面愈合的疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2009,29(6):50~52.
- 侯连兵,杨西晓.现代个体化药物新剂型[M].第2版.北京:人民

# 胃转流术治疗2型糖尿病的围手术期护理

刘光艳 付再碧

摘要 总结胃转流术治疗14例2型糖尿病的围手术期护理,包括做好充分术前准备,术后加强病情观察及护理,饮食护理等。认为做好胃转流术的围手术期护理是确保手术顺利进行,并且减少术后并发症的重要保证。

关键词:2型糖尿病;胃转流术;围手术期;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2011)04-0026-02

糖尿病是由于遗传和环境因素相互作用导致胰岛素绝对或相对不足以及靶组织细胞对胰岛素敏感性降低,引起蛋白质、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱综合征<sup>[1]</sup>。主要表现为高血糖、多尿、多饮、多食、体重减轻等。糖尿病的发生原因:在胃肠内分布的K细胞受食物刺激,分泌胰岛素抵抗因子,使人体产生胰岛素抵抗;或胰岛细胞在胰岛素抵抗因子作用下受损凋亡。现阶段针对2型糖尿病的主要治疗方法有控制饮食、运动、口服降糖药及注射胰岛素,但效果都不是十分理想。近年来,国内各大医院陆续开展了胃转流术治疗糖尿病,治愈率83%~86%。本科自2009年7月~2010年7月顺利完成了14例2型糖尿病胃转流术,效果良好,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组14例,全为男性,年龄26~63岁,体重指数≤24kg/m<sup>2</sup> 8例,体重指数>24kg/m<sup>2</sup> 6例,围手术期间所有患者停止使用降糖药,只常规用胰岛素控制血糖。

1.2 治疗结果 13例术后1周血糖在未使用降糖药及胰岛素情况下下降,1例63岁男性术后1周血糖无明显变化,使用胰岛素控制血糖,3周后血糖下降,14例均未出现并发症。

## 2 护理措施

2.1 心理护理 糖尿病患者的抑郁心理比一般人高13%~20%,加上患者对胃转流术缺乏认知,对手术期望值高,害怕发生术后并发症等,这些因素都使患者普遍存在紧张、焦虑等不良情绪,而紧张情绪本身可产生应激反应,如血糖升高、失眠、抵抗力下降等,直接影响术后的恢复。针对这些情况,应积极做好心理护理,向患者介绍该手术的方法、特点、可能发生的并发症,并与患者很好地沟通,减轻其忧虑。

2.2 口服葡萄糖耐量试验 禁食12~14h,测量清晨空腹血糖后口服75g葡萄糖(溶于200ml水中),5min内喝完,然后计时,分别监测0.5、1、2、3h后血糖。

2.3 术前准备 术前常规测量身高、体重并测算体重指数,评估

身体状况,有无糖尿病并发症,完善实验室检查和B超、心电图、胸部正位片等检查。每天q4h测血糖,q8h测血压,在医生指导下使用胰岛素,把血糖控制在7~10mmol/L,有高血压者,血压控制在120~140/65~85mmHg。指导患者训练床上排便,术前3天进食高蛋白、低热量流质饮食,禁食产气食物,如牛奶、甜食、大豆等。术前常规备皮,禁食8h,禁饮6h,术前一晚及术晨清洁灌肠,留置胃管、尿管。

## 3 术后护理

3.1 一般护理 术后患者全麻未清醒时,予以去枕平卧,头偏向一侧卧位,以防发生呕吐引起窒息。待麻醉清醒6h,生命体征稳定后改半卧位,持续低流量吸氧和心电监护,1~2h翻身拍背部,减少呼吸道分泌物的滞留,并遵医嘱雾化稀释痰液,防止发生肺炎和肺不张,准确记录24h液体出入量,根据患者年龄、病情、药物性质调节输液速度,以防发生心功能不全,加强腹部体征的观察,注意有无腹痛、腹胀和排气、排便情况。

3.2 监测血糖 患者进食后第1~7天,q4h用快速血糖仪监测6个时间点血糖情况并记录,控制血糖在6~10mmol/L,防止发生低血糖、高血糖或酮症酸中毒,注意观察患者有无面色苍白、大汗淋漓、烦躁、呼吸深大、呼气有烂苹果味、口唇樱红等症状。如出现应提高警惕,及时报告医生,做出相应处理。

3.3 引流管护理 术后胃管、腹腔引流管及尿管等护理非常重要。胃管应妥善固定,防止扭曲、受压、脱落,保持有效负压,通过有效的胃肠减压可抽取胃内的积气、积液,预防术后吻合口瘘,并严密观察引流量、颜色、性质。腹腔引流管和尿管也要保持通畅,防止受压、扭曲,并准确记录量、颜色、性质,每天更换引流袋,每天2次行会阴部护理。

3.4 营养支持 2型糖尿病患者蛋白合成能力低,多伴有负氮平衡,术后需要增加热量,遵医嘱行静脉高营养补充,鼓励早期活动,促进胃肠功能恢复,术后3d肛门排气后,进流质饮食,少量多餐,每次50ml,5~7次/d,术后6d进半流质饮食,亦少量多餐,术后9d进普通饮食,以易消化、软烂不产气食物为主,术后1月后可恢复正常饮食。

3.5 防止切口感染 糖尿病患者长期血糖增高,皮肤抵抗力低下,循环差,易发生切口感染、脂肪液化等,因此遵医嘱应用有效

工作单位:617000 攀枝花 四川省攀枝花市中心医院普外科  
收稿日期:2010-11-05

军医出版社,2010:89-90.

5 罗超兰,杨向东,张琦.复方鱼肝油氧化锌在肛门术后换药的疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2008,28(11):37.

6 路志红,金惠明,杨秀芹,等.中药熏洗配合红外线照射对痔术

后患者创面影响的研究[J].护理与康复,2008,7(8):569-571.

7 成景曜,郭志英.临床理学[M].第2版.西安:陕西科学技术出版社,2002:92.

(责任编辑:郭佳)