

护理干预精心换药联合中西医治疗肛周坏死性筋膜炎的临床

效果观察

白丽 成都肛肠专科医院 610015

摘要：肛周坏死性筋膜炎临床较少见，中医学上称之为肛周烂疔，绝大多数发生在机体免疫功能低下的情况下，机体感染相应病原菌而致病。该病发病急、进展快、病死率高，治疗关键是早期明确诊断，早期切开引流。治疗坏死性筋膜炎采用中西医结合的方法，包括合理选择手术方法（彻底清创多切口引流）和应用抗生素（血培养结果未明确前给予广谱抗生素治疗）。但是，术后给予中医中药熏蒸坐浴，不仅有利于切口脱腐，也可促使创面肉芽生长、愈合。针对此类患者，笔者采用护理干预精心换药，并配合医师对患者全身抗感染、支持治疗，在为患者换药时可及时发现病情变化，并及时对医师的综合治疗进行反馈和配合，根据患者在不同的阶段、不同的病情，制定不同的护理方案。同时，也可让护理团队增强对患者的耐心、细致。

关键词：肛周；坏死性筋膜炎；中西医治疗

引言：

肛周坏死性筋膜炎表现为病变区域的皮肤、皮下及筋膜组织坏死，是一种少见的以广泛而迅速的皮下组织和筋膜坏死为特征的软组织感染，常伴有全身中毒性休克。本病是多种细菌的混合感染，其重要特征是感染只损害皮下组织和筋膜，不累及感染部位的肌肉组织^[1]。它是由多种细菌感染引起的肛门周围软组织、会阴部、阴囊快速大范围坏死的重症，临床少见，病死率高。为了缩短肛周坏死性筋膜炎患者的治疗疗程，促进创口早日愈合，我院将这些患者全部实施多切口切开引流排脓、彻底清创治疗，术后配合护理干预精心换药、积极抗感染等治疗，根据患者体质采用中医辨证与辨病相结合的方式进行治疗，取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院2016年10月至2017年10月收治的35例肛周坏死性筋膜炎患者为研究对象，将其随机分为试验组（18例）和对照组（17例）。试验组男15例，女3例；年龄48~71岁，平均62.0岁。对照组男16例，女1例；年龄51~70岁，平均61.0岁^[2]。患者均已被详细告知试验内容，自愿参与本试验，并签署知情同意书。2组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

2组治疗方法相同，均最大范围行多切口引流、彻底清创处理。尽快、彻底清创是治疗肛周坏死性筋膜炎的关键，其清创的目的是切除全部无活力的组织，充分敞开创面并暴露，建立通畅引流的渠道。需注意，要保留必要的皮桥，创口处直接引流或放置引流管，并用过氧化氢溶液和生理盐水交替冲洗。在未得到细菌培养和药敏试验结果前，早期应用广谱抗生素进行抗感染治疗，以后根据细菌培养和药敏试验结果再行调整。术后多观察，勤换药，而且要彻底，坚决不留死腔，发现有坏死组织需再次扩创，联合应用足量有效抗生素。术后应用杨向东教授的经验方消肿止痛汤熏蒸坐浴^[3]。消肿止痛汤组方为芒硝、明矾、苦参、滑石、冰片、当归、龙胆草、蒲公英、连翘、地龙，紫花地丁，随证加减。方药小火煎

20min。熏蒸 10min，坐浴 15min，每日早晚各 1 次。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组

接受肛肠科一般换药。根据创面的情况合理换药：换药前做好解释工作，取得患者配合；室温控制在 24℃左右，避免暴露患者隐私；因创面大，每次换药都应用生理盐水冲洗创口，然后填塞盐水纱条。接触患者前后均应消毒双手，防止继发感染。

1.3.2 试验组

接受护理干预精心换药。采用专人专管专治的方式，根据患者创面情况进行精心换药，并及时调节换药时的用药及换药方式。换药前，先根据患者生命体征做好评估工作，再对患者及家属做好解释工作，得到他们的绝对配合。室温控制在 23~26℃，采用屏风或床帘遮挡。因创面大，在清创过程中，坏死组织的远端一定要清创至见到正常组织为止。第 1 阶段（初期每天使用过氧化氢溶液及我院院内制剂连翘矾溶液认真冲洗每一个切口，并注意清理切口分泌物，然后在切口处以黄连纱条填塞引流。第 2 阶段（中期）：用康复新液冲洗切口，注意患者切口肉芽生长情况，观察肉芽的颜色，可适当使用美洲大蠊粉以助肉芽生长。第 3 阶段（后期）：使用紫草油纱条填塞创口，观察创口生长情况，并注意创口愈合情况，避免桥型愈合。每次换药对患者来说都是一次长时间的疼痛刺激过程，所以要求专人专管专治，针对患者生理及心理情况进行评估与疏导，操作时要轻柔迅速，做到“快、准、短”，尽量缩短换药时间，并在换药过程中密切观察患者心率和疼痛情况，以免出现疼痛性休克。坏死性筋膜炎的致病菌可通过医护人员被污染的手传播，所以在整个治疗过程中应该严格按照院感要求对病室进行管理，必要时请医院感染科人员给出建设性意见，防止病菌扩散，如用空气消毒机或紫外线定期对病房进行消毒，房间内物品采用含氯试剂擦拭，限制进出病房的人数等；医务人员必须严格无菌操作，凡接触患者前后均应按照院感要求进行“七步洗手法”消毒双手，防止继发感染，加重患者病情。

1.4 疗效判定标准

术后 2 个月评价总体疗效。痊愈：创面愈合率 100%，创面上皮完全覆盖，病情恢复至正常；显效：100% > 创面愈合率 > 75%，创面肉芽组织新鲜，颜色鲜红；有效：75% > 创面愈合率 > 25%，创面肉芽组织较新鲜，色红，无或有很少的脓性分泌物，渗液量明显减少；无效：创面愈合率 < 25%，创面肉芽组织色暗，生长很少，或脓性分泌物较多，渗液量大，创面大小、深度无明显缩小趋势。

1.5 统计学方法

数据采用统计学软件 SPSS17.0 进行处理。计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，比较采用 t 检验；计数资料采用率 (%) 表示，比较采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

试验组痊愈 15 例，显效 2 例，有效 1 例，总有效率为 100% (18/18)；对照组痊愈 6 例，显效 5 例，有效 4 例，无效 2 例，总有效率为 88.23% (15/17)。试验组总有效率明显高于对照组，P < 0.05。

2.2 创口愈合时间

试验组创口愈合时间为 (34.14 ± 10.52) d，对照组为 (69.22 ± 9.54) d。

试验组创面愈合时间明显短于对照组, $P < 0.05$ 。

2.3 患者对护理工作的满意度

试验组患者对护理工作满意 17 例 (94.4%), 对照组 11 例 (64.7%)。试验组患者对护理工作的满意度明显高于对照组, $P < 0.05$ 。

3 讨论

综上所述, 护理干预精心换药联合中西医治疗肛周坏死性筋膜炎可提高治愈率, 缩短住院时间, 提高护理满意度, 值得临床推广应用。患者痊愈后, 仍需要注意饮食起居, 不过度饮酒和过食辛辣刺激性食物, 以免灼津耗液, 导致燥热内生, 或损伤脾胃, 滋生湿热, 导致湿热下注。长期使用皮质类固醇和免疫抑制剂者应注意加强全身营养, 饮食合理, 荤素搭配, 定时排便, 防止便秘, 避免干结; 提高机体的免疫力, 积极治疗原发的全身性疾病和局部皮肤损伤及预防外伤的发生。皮肤创伤时, 应及时清除污染物, 消毒创口; 并发全身不适时, 要遵医嘱给予正确的处理。

参考文献:

- [1] 唐莉, 李振. 肛周坏死性筋膜炎的综合治疗 [J]. 现代仪器与医疗, 2017, 23(02):111-112+115.
- [2] 罗超兰, 胡正昌, 杨向东. 中西医结合治疗肛周坏死性筋膜炎 26 例 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(04):390.
- [3] 谷丰. 透脓托毒饮联合手术治疗肛周坏死性筋膜炎的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(04):668-670.