

[2] 李凌,邵中夫,陈建思. 胃肠道间质瘤的临床特征及诊疗[J]. 广西医学,2019,41(6):706-709.

[3] 陈友惠,李俊. 内镜下胃肠道间质瘤的诊疗策略[J]. 现代医药卫生,2018,34(15):2326-2329.

[4] WANG Y,ZHANG P,HAN Y,et al. Adherence to adjuvant imatinib therapy in patients with gastrointestinal stromal tumor in clinical practice:a cross-sectional study[J]. Chemotherapy,2020,64(4):1-8.

[5] YOON H S,IN C C,JAЕ C H,et al. A ruptured jejunal gastrointestinal stromal tumor with hemoperitoneum mimicking ovarian carcinoma[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2020,13(1):49-53.

[6] 王振奋,姚宏亮,刘奎杰,等. 263 例胃肠间质瘤临床诊治及复发因素分析[J]. 西南国防医药,2019,29(2):176-178.

[7] 陈哲. 64 排多层螺旋 CT 对胃肠道间质瘤的诊断价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(10):110-112.

[8] 李玉舟,金红瑞,李春荣,等. 34 例胃肠间质瘤患者 128 层螺旋 CT 影像表现特点及诊断价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2017,15(11):102-105.

[9] 周刚,曹中,熊永发,等. 不同危险度胃底间质瘤的 CT 征象及 CT 定量分析的临床意义[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2017,15(7):101-103.

[10] FABBI M,CASTOLDI L,SALLUSTI M,et al. Duodenal

gastrointestinal stromal tumor;a rare disease in a young adult female patient presenting with life-threatening hemorrhage[J]. Case Rep Gastroenterol, 2021, 15(2): 519-524.

全莉,巢惠民,王劲武. 不同病理危险度分级的胃肠道间质瘤 CT 表现特点[J]. 安徽医学,2018,39(5):564-567.

史琳,陈静静,陈霞霞,等. 螺旋 CT 对胃间质瘤的诊断及危险度分级的评估价值[J]. 医学影像学杂志,2017,27(4):696-701.

李健,蒋华东,茅杰熙,等. 胃肠道间质瘤 MSCT 表现与危险度相关性研究[J]. 中国血液流变学杂志,2019,29(3):4.

顾佳毅,史豪庭,杨琳希,等. 基于增强 CT 的深度学习算法对直径≤5 cm 胃的胃肠间质瘤鉴别诊断临床意义[J]. 中华胃肠外科杂志,2021,24(9):796-803.

詹泽娟,李雪春,李传旺,等. 胃肠道间质瘤 CT 影像表现与病理危险度的相关性分析[J]. 现代医用影像学,2017,26(5):1259-1261.

潘霞,刘松,郑欢欢,等. 胃肠道间质瘤 CT 特征性表现与危险度相关性[J]. 医学影像学杂志,2018,28(5):800-804.

(收稿日期:2022-02-26 修回日期:2022-08-18)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 02. 029

中药封包外敷预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良的效果观察*

牟楠,徐清
云阳县中医院院感科,重庆 404500

摘要:**目的** 分析中药封包外敷预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良的疗效。**方法** 选取 2021 年 7 月至 2022 年 9 月该院收治的 188 例胫腓骨骨折术后患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 94 例。对照组采用常规骨科手术术后处理方式,观察组在对照组的基础上进行中药封包外敷手术切口。评估观察组和对照组患者术后切口感染率、切口脂肪液化发生率、术后白细胞计数及中性粒细胞百分比,以及术后疼痛评分与肿胀评分。**结果** 观察组患者切口感染率、切口脂肪液化发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天切口疼痛程度均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天肢体肿胀程度均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天白细胞计数和中性粒细胞百分比均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用传统中药封包外敷能有效预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良,从而促进患者康复。

关键词:胫腓骨骨折; 中药封包; 切口愈合不良

中图分类号:R285. 6;R687. 3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)02-0258-04

胫腓骨骨折是一种典型的外伤,手术治疗是处理胫腓骨骨折的主要方法,但由于患者患有高血压、糖尿病或肥胖,以及医务人员清洁消毒不到位、无菌操作不规范等各种因素的影响,术后切口愈合不良的风险明显增加。中药封包疗法是把加热好的中药袋放

在人体患病部位或身体某一特殊部位,利用中药袋的温热蒸气使身体局部毛细血管扩张,从而促进血液循环,进而起到舒筋活络、清热消肿的效果^[1]。本院自制的中药封包包括金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子 5 种药材,密封后在中药封包袋中使用,有

* 基金项目:重庆市云阳县经济和信息化委员会 2021 年度县级科技项目(云经信发[2021]66 号)。

软坚化瘀、收敛渗湿、清暑解表、消肿止痛之效,可明显减轻切口红肿和疼痛,被医院广泛应用,具有良好的治愈作用。因此,在胫腓骨骨折术后应用中药封包外敷,能够有效减少患者术后切口愈合不良,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 7 月至 2022 年 9 月本院收治的 188 例胫腓骨骨折术后患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组各 94 例。对照组年龄 19~65 岁,平均(47.85±12.43)岁;体质量 45~68 kg,平均(56.01±6.29)kg。观察组年龄 19~65 岁,平均(46.86±11.98)岁;体质量 45~66 kg,平均(54.97±5.56)kg。两组患者年龄、体质量等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:年龄 19~65 岁,除胫腓骨骨折外无其他基础疾病,所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。排除标准:精神异常或难以配合者,有相关药物禁忌证患者。

1.2 方法 对照组:术后采用五水头孢唑啉钠(2.0 g)溶于 100 mL 生理盐水中静脉滴注,2 次/天,连续输注 5 d,并且还要用红外线灯照射手术部位消肿,按照无菌技术操作原则每天进行换药处理,总疗程 7 d。观察组:抗菌药物、红外线灯、换药无菌技术操作的使用时间和方法与对照组一致,另外在对照组的基础上开展中药封包外敷手术切口,从术后第 1 天开始。中药封包内含金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子 5 种中药。5 种中药分别抓取 40 g,将它们稍微打碎,按照 1:1:1:1:1 的比例等分量进行充分混匀,然后将 200 g 中药封装于 25 cm×30 cm 的无纺布袋中,扎好袋口。具体方法如下:(1) 根据无菌技术操作原则每天对胫腓骨手术切口进行换药,并用纱布包扎切口。(2) 将中药封包放在微波炉加热 3~5 min,刚开始将加热的中药封包用毛巾覆盖后放在胫腓骨手术部位上,并使用绷带加以固定,等中药封包达到适宜温度,皮肤能够耐受时去除毛巾,将中药封包直接接触患者伤口,直至中药封包变冷。(3) 中药封包使用时间每次大约 30 min,每天 2 次。手术当天在急性期不要做治疗,疗程 7 d。使用中药封包治疗前,询问患者过敏史,使用过程中注意观察患者局部皮肤是否出现红疹、瘙痒等,如果出现上述症状,立即停止治疗,并立即用清水擦拭。在治疗过程中注意中药封包的温度,小心烫伤,如出现烫伤,立即进行处理。

1.3 评价指标 (1) 对照组和观察组患者治疗 7 d 后,分析两组患者术后切口感染率、切口脂肪液化发生率。切口感染评价指标:①切口局部出现红、肿、热、痛相关症状;②切口有脓性分泌物,分泌物培养出致病菌;③外科医生诊断为切口感染。切口脂肪液化评价指标:①切口有黄色渗液,按压切口皮下有较多

渗液,无其他自觉症状;②切口愈合不良,皮下组织游离,渗液中可见飘浮的脂肪滴,连续 3 次培养无细菌生长;③切口无红肿及压痛,切口边缘及皮下组织无坏死征象。(2) 对照组和观察组患者治疗 7 d 后,综合评价两组患者术后第 3 天和术后第 5 天切口疼痛的严重程度,以及肢体肿胀程度。疼痛评价使用数字评分法,痛的程度用数字 0~10 表示,0 分表示无痛,10 分表示剧痛,一是可以通过询问患者目前的疼痛程度得到结果;二是让患者在数字量表中自己选一个最能代表目前疼痛程度的数值。肢体肿胀情况:一般以观察患者身体的皮肤情况来确定,0 分表示肤色正常;1 分表示皮肤出现轻度肿胀,且有皮纹;2 分表示皮肤发生明显肿胀,且皮纹消失,没有水泡形成;3 分表示皮肤出现严重肿胀,表皮有光泽,且皮肤温度较高,有水泡形成。(3) 对照组和观察组患者治疗 7 d 后,分析两组患者术后第 3 天和术后第 5 天白细胞计数和中性粒细胞百分比。白细胞计数正常值为(4.0~10.0)×10⁹/L,中性粒细胞百分比正常值为 50%~70%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组患者切口愈合不良情况比较 观察组患者切口感染率、切口脂肪液化发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 观察组和对照组患者切口愈合不良情况比较[n(%)]			
组别	<i>n</i>	切口感染	切口脂肪液化
观察组	94	2(2.1)	1(1.1)
对照组	94	9(9.6)	8(8.5)
χ^2		4.731	4.201
<i>P</i>		0.030	0.040

2.2 观察组和对照组患者术后切口疼痛程度比较 观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天切口疼痛程度均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 观察组和对照组患者术后切口疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	术后第 3 天	术后第 5 天
观察组	94	3.97±1.06	2.08±0.90
对照组	94	5.02±1.17	3.02±1.17
<i>t</i>		7.245	6.940
<i>P</i>		<0.001	<0.001

2.3 观察组和对照组患者术后肢体肿胀程度比

较 观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天肢体肿胀程度均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 观察组和对照组患者肢体肿胀程度比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	术后第 3 天	术后第 5 天
观察组	94	1.30±0.50	0.95±0.68
对照组	94	1.53±0.50	1.27±0.78
<i>t</i>		3.424	6.038
<i>P</i>		0.001	<0.001

2.4 观察组和对照组患者术后白细胞计数和中性粒细胞百分比比较 观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天白细胞计数和中性粒细胞百分比均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 观察组和对照组患者术后白细胞计数和中性粒细胞百分比比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	<i>n</i>	白细胞计数($\times 10^9$ /L)		中性粒细胞百分比(%)	
		术后第 3 天	术后第 5 天	术后第 3 天	术后第 5 天
观察组	94	9.46±4.30	6.80±3.78	67.12±4.67	59.26±5.73
对照组	94	13.56±6.76	9.58±6.30	71.11±7.91	64.16±9.73
<i>t</i>		5.107	3.668	4.198	4.217
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨 论

胫腓骨骨折是目前临床上较为常见的骨折,术后易发生切口感染、肿胀等问题,造成切口愈合效果不好。临床有研究证明,切口感染是胫腓骨骨折术后常见的并发症,大部分由于细菌感染导致^[2]。白细胞计数是评价患者细菌感染的重要指标,白细胞计数越高,感染就越严重,而中性粒细胞是人体的免疫细胞,中性粒细胞百分比升高说明患者发生了感染^[3]。因此,评价切口感染不仅要观察骨折患者术后的临床症状,还要评估患者的实验室检查指标。相关研究显示,胫腓骨骨折术后切口愈合不良可能与血液供应障碍、肥胖、局部感染等有关^[4]。有研究应用三黄洗剂治疗、双灸法联合电磁波治疗、桃红四物汤合防己黄芪汤治疗、电针治疗等方法预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良^[5-8]。但是上述治疗方法操作过程烦琐、有创,患者体验感不好。中药封包采用中药制作,取材简单,操作方便,无创伤,对患者无不良影响。

中医研究证明,中药封包具有解痉止痛、活血消肿、促进切口愈合的作用^[9-10]。因此,研究用中药封包预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良的疗效有重要意义。本研究结果显示,观察组患者切口感染率、切口脂肪液化发生率均明显低于对照组,且术后第 3 天和术后第 5 天的疼痛程度和肿胀程度均低于对照组,说明中药封包可以有效预防胫腓骨骨折术后切口愈合不良。同时,观察组患者术后第 3 天和术后第 5 天白

细胞计数和中性粒细胞百分比均明显低于对照组,说明使用中药封包加快了患者恢复,对降低医院感染率具有积极作用。由于观察组和对照组患者均采用了骨折术后的常规治疗,包括短期静脉滴注同种抗菌药物、红外线灯照射、无菌换药等,故观察组和对照组各项指标的差异主要是因为使用了中药封包外敷。本院的传统中药封包有金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子 5 种中药。现代医学研究证明,金银花性味甘寒,可抑制炎症介质生成,具有宣风散热、清热解毒的功能^[11];野菊花性凉味苦,兼具疏导风热、消肿解毒的作用^[12];蒲公英味甘苦寒,具有清热毒、消痈散结的作用^[13];天葵子性寒味苦,有化热毒、除恶肿的功用^[14];紫花地丁味苦性辛,有抗菌消炎、清热解肿的功用^[15]。5 种中药合用,有抗炎消肿、镇静止痛的功效。

综上所述,对胫腓骨骨折术后患者使用中药封包外敷,能有效减少术后切口愈合不良的发生,降低术后切口感染率及脂肪液化发生率,减少术后并发症发生,有效缓解患者疼痛。

参考文献

[1] 曾燕玲,余兰芳,崔惠兰,等.中药封包改善髋部骨折病人疼痛和肿胀的疗效观察[J].全科护理,2020,18(24):3205-3208.

[2] 陈彦,林琳,严小林,等.四肢骨折术后切口感染病原菌及危险因素[J].中华医院感染学杂志,2021,31(2):259-263.

[3] 张宇晴,徐优慧,邹学森,等.7 项感染指标在肿瘤患者并发细菌感染中的诊断价值分析[J].检验医学与临床,2019,16(4):444-447.

[4] 张权,黄煌渊,夏军,等.腓骨远段骨折钢板固定术后伤口愈合不良原因与对策[J].临床骨科杂志,2004,7(4):411-412.

[5] 武旭刚,周宗波,朱华亮.三黄洗剂对胫腓骨骨折术后伤口感染的疗效分析[J].河北医学,2019,25(10):1700-1703.

[6] 庄晓珊,吴旦,王翠娟,等.双灸法联合电磁波治疗对胫腓骨骨折术后切口愈合的影响[J].浙江中医杂志,2022,57(5):364.

[7] 黄晓林,唐熙,袁国华.桃红四物汤合防己黄芪汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀临床观察[J].光明中医,2022,37(4):640-642.

[8] 方淳源.电针治疗胫腓骨骨折术后肢体肿胀的临床研究[D].杭州:浙江中医药大学,2018.

[9] 钟炜.中药封包治疗膝关节骨性关节炎的疗效分析[J].中国校医,2017,31(2):131-132.

[10] 杨雅红.中药封包促进术后切口愈合的临床应用[J].解放军护理杂志,2012,29(1):12-13.

[11] 祝家玺,高维浩,范红艳.金银花提取物药理作用的研究进展[J].吉林医药学院学报,2022,43(2):130-132.

[12] 袁慧杰,赖志辉,管艳艳,等.野菊花主要活性成分的药理作用研究进展[J].中华中医药学刊,2018,36(3):651-653.

- [13] 聂文佳,徐帅师,张咏梅.蒲公英有效成分及其药理作用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(7):140-145.
- [14] 武飞,梁冰.中药天葵药理作用研究进展[J].贵阳医学院学报,2015,40(7):665-668.

- [15] 宋妍.紫花地丁药理作用的研究现状[J].中医临床研究,2017,9(12):136-137.

(收稿日期:2022-04-06 修回日期:2022-09-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.02.030

个性化中医营养护理干预对乙型肝炎肝硬化腹水患者腹水消退情况和营养状况的影响

王菁华,黄怡寒,金丹英,张嘉玲

上海中医药大学附属曙光医院肝病科,上海 200021

摘要:目的 探讨个性化中医营养护理干预方案对乙型肝炎(简称乙肝)肝硬化腹水患者腹水消退情况和营养状况的影响。方法 选取 2018 年 5 月至 2019 年 4 月该院肝病科收治的 150 例乙肝肝硬化腹水患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组各 75 例。对照组采取常规营养护理干预,观察组在对照组的基础上实施个性化中医营养护理干预,比较观察组和对照组患者干预前后临床症状变化、腹水消退情况和营养状况。结果 观察组患者干预后恶心呕吐、食欲不振、腹胀、乏力改善情况均明显优于对照组干预后,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后腹围及腹水深度均明显低于对照组干预后,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者腹水消退总有效率为 96.00%,明显高于对照组的 85.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后外周血血红蛋白、血浆清蛋白、前清蛋白、视黄醇结合蛋白水平均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后营养风险评分为 (0.89 ± 0.21) 分,明显低于对照组的 (1.23 ± 0.35) 分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 个性化中医营养护理干预方案能促进乙肝肝硬化腹水患者腹水消退,改善其营养不良情况。

关键词:个性化; 中医营养护理干预; 乙型肝炎肝硬化; 腹水; 营养状况

中图法分类号:R512.62;R575.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)02-0261-04

乙型肝炎(简称乙肝)肝硬化是由于乙肝病毒长期慢性毒害肝细胞而引起肝脏弥漫性纤维化、假小叶及再生结节形成的特征性慢性肝病。腹水是肝硬化最突出的临床表现之一,若腹水过多,会加重患者腹胀,甚至导致呼吸困难,还会引发肝性脑病、感染、肝肾综合征等严重并发症,危及患者生命^[1]。肝硬化腹水患者常伴有食欲不振、恶心呕吐、上腹饱胀、腹泻便秘、黄疸、厌食等营养不良症状。有研究指出,采取有效措施改善患者营养状况对于延缓病情发展及改善患者生活质量均有积极作用^[2]。目前,营养干预及饮食干预是肝硬化腹水治疗和护理的重要组成部分。近年来,随着中医理论在临床上的应用和发展,其在肝硬化等营养失调性疾病方面取得了较好的效果,但其方案比较笼统、单一,没有针对性。个性化中医营养护理干预是在中医辨证施护的基础上采取的个性化饮食营养干预方案,能为患者提供个性化、精确性、全方位的营养支持,可加快患者康复或延缓疾病发展^[3]。本研究将个性化中医营养护理干预应用到乙肝肝硬化腹水患者中,能促进患者腹水消退及改善其营养状况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 5 月至 2019 年 4 月本院肝病科收治的 150 例乙肝肝硬化腹水患者作为研

究对象,随机分为对照组和观察组,每组各 75 例。观察组男 46 例,女 29 例;年龄 34 ~ 75 岁,平均 (51.36 ± 10.01) 岁;病程 3 个月至 7 年,平均 (3.56 ± 0.67) 年;腹水 1 级 11 例,2 级 32 例,3 级 32 例。对照组男 42 例,女 33 例;年龄 35 ~ 72 岁,平均 (50.11 ± 9.45) 岁;病程 2 个月至 6 年,平均 (3.45 ± 0.52) 年;腹水 1 级 10 例,2 级 35 例,3 级 30 例。观察组和对照组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会审核批准,所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。纳入标准:(1)符合乙肝肝硬化腹水的诊断;(2)患者均住院治疗,且在医院过夜;(3)住院时间大于或等于 2 周;(4)患者无意识障碍;(5)参照参考文献[4]对所有患者进行营养风险评分,总分 ≥ 3 分。排除标准:(1)其他类型的腹水患者;(2)合并肝脏其他疾病的患者;(3)合并恶性肿瘤或代谢性疾病的患者;(4)合并严重并发症,如上消化道出血、肝性脑病及肝肾综合征的患者;(5)神志不清的患者。

1.2 护理方法 对照组采取常规营养护理干预:(1)给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化、无刺激性及少纤维素的食物,禁烟酒、油腻、辛辣及坚硬食物;(2)限制膳食中钠的摄入量,低钠饮食每日不超过 2 g,无钠饮食每日不超过 500 mg,严格控制每日饮水量在