

# 不同冷敷方法对扁桃体摘除术患者 术后疼痛及创面愈合的影响

曹芳敏, 王春梅, 李 珊

(四川省宜宾市第二人民医院 耳鼻咽喉头颈外科, 四川 宜宾, 644000)

**摘 要:** **目的** 探讨不同冷敷方法对扁桃体摘除术患者术后疼痛及创面愈合的影响。**方法** 将本科室收治的 120 例符合病例入选标准的行扁桃体摘除术的患者随机分为观察组和对照组, 每组 60 例。对照组术后给予常规冷敷处理, 观察组采用冰沙混合液冷敷。比较 2 组患者术后出血率、疼痛情况及创面愈合情况。**结果** 观察组术后原发性出血率低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 且术后 1、6、12、24 h 的疼痛评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组白膜出现时间、创面愈合时间短于对照组, 疼痛护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 冰沙混合冷敷能够显著减轻扁桃体摘除术患者的术后疼痛, 减少出血, 促进创面愈合。

**关键词:** 冷敷; 扁桃体摘除术; 术后疼痛; 创面愈合; 护理

中图分类号: R 766.18 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2019)09-081-04 DOI: 10.7619/jcmp.201909023

## Effect of different cold compress methods on postoperative pain and wound healing after tonsillectomy

CAO Fangmin, WANG Chunmei, LI Shan

(Department of ENT, Head and Neck Surgery, Second People's Hospital of Yibin City, Yibin, Sichuan, 644000)

**ABSTRACT:** **Objective** To investigate the effect of different cold compress methods on pain and wound healing after tonsillectomy. **Methods** A total of 120 patients who met the inclusion criteria for tonsillectomy were randomly divided into observation group and control group, with 60 cases in each group. The control group was treated with routine cold compress after operation, while the observation group was treated with mixture of sand-like ice for cold compress. The postoperative bleeding rate, pain and wound healing were compared between the two groups. **Results** The rate of primary bleeding in the observation group was lower ( $P < 0.05$ ), and the pain scores at 1, 6, 12 and 24 hours after operation were lower than those of the control group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The time of albuginea appearance and wound healing in the observation group was shorter, and the satisfaction of pain nursing was higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Sand-like ice mixture cold compress can significantly relieve postoperative pain, reduce bleeding and promote wound healing in patients undergoing tonsillectomy.

**KEY WORDS:** cold compress; tonsillectomy; postoperative pain; wound healing; nursing

扁桃体摘除术属于耳鼻喉科常见手术,但由于受到手术部位创面大、组织血流丰富、止血不便等因素,患者术后易发生伤口出血,且疼痛较为明显。疼痛作为一种强而持久的应激源还可影响患者的睡眠和切口愈合,引起吞咽障碍<sup>[1]</sup>,甚至诱发焦虑。随着现代护理模式的转变,术后疼痛管理已经越来越引起重视。冷敷是术后常见的一种

物理镇痛方式,主要是通过促进毛细血管收缩,减弱或抑制神经纤维的活动来发挥效果<sup>[2]</sup>。但常规冷敷方法采用毛巾包裹冰块或者冰袋,不仅难以贴合颈部及下颚部,而且固定困难,效果并不理想。现选取本科室 2018 年 8—12 月收治的 120 例行扁桃体摘除术的患者为研究对象,探讨不同冷敷方法的实施效果,以期为临床镇痛提供

参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

120 例行扁桃体摘除术的患者纳入标准：①均为慢性扁桃体炎反复发作者，且单纯切除双侧扁桃体者；②年龄 $\geq 18$ 岁；③签署知情同意书；④术前 1 周末应用任何镇痛药物；⑤手术时间 $< 1$  h，术中出血量 $< 150$  mL；⑥术前无咽部及身体其他部位疼痛；⑦无循环障碍、无抗凝药物使用史；⑧近期无上呼吸道感染史；⑨小学以上文化程度，意识清晰、无神经或精神疾病；⑩配合性良好。排除标准：①低温过敏或患有血管功能障碍性疾病；②有严重的器质性疾病；③有酒精或药物依赖者；④长期服用镇痛药物者；⑤慢性疼痛史；⑥血液系统疾病及凝血功能障碍；⑦痛觉失常；⑧既往相关部位手术史。采用区组随机化方法产生随机编码，将该组患者分为观察组和对照组，每组 60 例。对照组中男 32 例，女 28 例；年龄 18 ~ 65 岁，平均 $(30.38 \pm 12.25)$ 岁；病程 4 个月 ~ 4 年，平均 $(2.58 \pm 1.24)$ 年；扁桃体剥离术 21 例，扁桃体挤切术者 39 例；受教育程度：初中 12 例，高中 15 例，大专及以上 33 例。观察组男 29 例，女 31 例；年龄 18 ~ 62 岁，平均 $(31.02 \pm 12.82)$ 岁；病程 3 个月 ~ 4 年，平均 $(2.65 \pm 1.31)$ 年；扁桃体剥离术 19 例，扁桃体挤切术者 41 例；受教育程度：初中 13 例，高中 12 例，大专及以上 35 例。2 组一般资料比较无显著差异( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

所有患者在局麻下行双侧扁桃体切除术，由同一组医护人员实施手术治疗。对照组围术期采用常规护理，术后给予传统冰块或冰袋冷敷。观察组在对照组基础上采用冰沙混合液冷敷。具体内容如下。

1.2.1 常规护理：术前做好健康教育，告知患者扁桃体切除术的基本流程，常规禁食、禁饮。术后指导患者摄入温凉流质饮食<sup>[3]</sup>，做好口腔护理，2 次/d。告知疼痛是正常现象，讲解术后疼痛的原因、镇痛方法，提高患者对疼痛的心理耐受力，有客观的预期。同时可指导患者通过转移注意力的方式缓解疼痛。术后 24 h 内常规观察患者的伤口出血、愈合情况，询问咽痛的情况，无异常者嘱患者做吞咽动作、适量说话。术后 48 ~ 72 h 观

察患者白膜生长情况，生长良好的患者，指导其进食半流质，鼓励其做吞咽动作，勿用力咳嗽。

1.2.2 冷敷方法：对照组患者会病房后采用冰袋冷敷，具体方法如下。将冰块敲碎后放入冰袋，做好密封，冰袋外包裹干燥的毛巾，嘱患者将冰块于正颈部托敷。术后为防止口咽分泌物呛入气道，指导患者取侧卧位。视冰袋的使用情况及时更换（如患者衣物浸湿），冷敷期间加强巡视，严密观察患者有无不适出现，防止冻伤<sup>[4]</sup>。并观察口腔分泌物情况，若出血较多及时通知医师。观察组患者回病房后进行冷敷，采用 250 mL 的 PVC 输液用软袋作为冰袋，清洗、消毒后，冰袋内放入 4:10 的 75% 乙醇和谁的混合液，放入冰箱的冷冻层，冷冻 4 h 时备用。将冷冻后的乙醇冰沙袋放入特制的绒布套袋内，密封好后给患者冷敷，嘱患者将冰袋于正颈部托敷，一条带子系于颈喉部，一条带子系于两耳之上。由于冰沙相对于冰袋的质地柔软，可以随体位改变形状，不仅与颈部的贴合度较好，而且不易滑落，减少了患者因托举冰袋造成的上臂酸痛。对于有需要的患者指导其采用口含氯化钠冰块的方式镇痛，2 组冷敷时间均为每次 20 min。术后当天 24 h 内，每次冷敷间隔 1 h。术后第 2 天，2 次/h，随后视患者情况调整冷敷频率。对于术后疼痛较为剧烈者遵医嘱给予药物镇痛。

### 1.3 观察指标

1.3.1 疼痛：于术后 1、6、12、24 h 静息状态采用数字评分法测定(NRS, 评分 0 ~ 10 分)由患者根据自身的情况进行疼痛评价，0 分、1 ~ 3 分、4 ~ 6 分、7 ~ 10 分分别代表无痛、轻度疼痛、中度疼痛和重度疼痛，评分越高疼痛越剧烈。并询问患者术后 72 h 内的最高疼痛评分。

1.3.2 术后创面愈合情况：统计 2 组患者术后出现白膜及创面完全愈合情况。创面完全愈合标准<sup>[5]</sup>：局部无水肿、充血，白膜完全脱落，且患者的饮食、生活、工作等不受影响。

1.3.3 疼痛护理满意度：采用本科室自制的《疼痛护理满意度量表》调查问卷进行调查，该量表包括患者一般资料和疼痛控制的看法两个部分，第 2 个部分中有 21 个条目，每个条目按照满意程度不同分为非常不同意(1 分)、不同意(2 分)、一般(3 分)、同意(4 分)、非常同意(5 分)5 个等级，总分 21 ~ 105 分，得分越高，满意程度越高。该量表的内容效度指数为 0.814，Cronbach'  $\alpha$  为

0.872, 具有较好的信度和效度。同时观察术后原发性出血的发生率。

1.4 统计学处理

将所收集的数据输入 SPSS 20.0, 由未参与本课题的 2 名专业人员负责数据录入, 计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较行  $t$  检验,  $P < 0.05$  为

差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者术后疼痛情况比较

观察组术后 1、6、12、24 h 的疼痛评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者术后疼痛情况比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | <i>n</i> | 术后 1 h        | 术后 6 h        | 术后 12 h       | 术后 24 h       |
|-----|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 观察组 | 60       | 4.23 ± 1.04 * | 3.47 ± 1.05 * | 2.48 ± 0.92 * | 1.78 ± 0.86 * |
| 对照组 | 60       | 4.78 ± 1.21   | 4.05 ± 1.13   | 3.19 ± 1.04   | 2.52 ± 0.95   |

与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者术后出血、创面愈合情况、护理满意度比较

出现时间、创面愈合时间短于对照组, 疼痛护理满意度评分高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

观察组术后原发性出血率低于对照组, 白膜

表 2 2 组患者术后出血、创面愈合情况、疼痛护理满意度比较( $\bar{x} \pm s$ ) [ $n(\%)$ ]

| 组别  | <i>n</i> | 术后原发性出血  | 创面愈合情况        |               | 疼痛护理满意度/分      |
|-----|----------|----------|---------------|---------------|----------------|
|     |          |          | 薄膜出现/h        | 创面愈合/d        |                |
| 观察组 | 60       | 0 *      | 6.25 ± 1.32 * | 6.52 ± 1.21 * | 99.75 ± 5.42 * |
| 对照组 | 60       | 6(10.00) | 7.48 ± 1.76   | 7.83 ± 1.44   | 94.21 ± 7.83   |

与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

3 讨 论

扁桃体炎是一种常见病、多发病, 易反复发作, 导致临床组织器官炎症, 诱发打鼾、反复感染、呼吸困难等, 严重者还可引起心、肾等器官和关节受损。为了防止扁桃体炎的反复发作时常需要采用手术治疗, 目前最佳的手术方法是切术双侧病灶扁桃体。但由于颈部神经和血管聚集且敏感, 扁桃体切除术后常伴有疼痛、出血, 不利于术后进食, 甚至影响患者面容。据相关报道<sup>[6]</sup>, 扁桃体切除术后并发症发生率为 2.0% ~ 4.5%。本研究中常规护理组的出血率为 10.0%, 稍高于以上文献报道水平, 可能与研究对象部分年龄较大有关。疼痛是炎症反应物刺激神经末梢或水肿压迫所致, 一般认为扁桃体摘除术后疼痛主要源于手术创面, 后期还有(咽壁)肌肉痉挛等因素的影响<sup>[7]</sup>。

既往临床上常于术后 24 h 给予下颌部及颈部冷敷处理, 以减轻炎性水肿、镇痛和止血。研究<sup>[8]</sup>认为, 冰敷的效果与冰敷部位、方法、时间以及患者的依从性有关。常用的冷敷方法有冰袋和冰囊, 但前者体积宽大, 坚硬没有弯曲度, 接触面积小, 调节不变、无法固定, 与颈部的贴合度不好。

后者形状狭长圆滚, 重量较大, 对患者颈部压迫感较重, 依从性不高。为了提高扁桃体摘除术后冰敷的效果, 本科室采用了冰沙混合液冷敷, 其中乙醇的冰点低于水, 将其与水混合冷冻后, 可处于冰沙状态, 柔软易于塑形, 方便贴服于体表, 不影响患者活动。本研究结果显示, 与常规冷敷相比, 冰沙混合冷敷组的患者术后 1、6、12、24 h 的疼痛评分显著降低( $P < 0.05$ )。这提示冰沙混合冷敷的效果优于传统冷敷冰袋, 其降低疼痛的机制与促进毛细血管收缩, 降低血管通透性, 减慢神经传导速度以及降低末梢神经敏感性有关<sup>[9]</sup>。而且冰沙混合取材方便、成本低廉, 易操作。皮肤表面温度在 15℃ 时细胞代谢减弱, 13.6℃ 时局部痛觉缺失, 12.5℃ 时神经传导速度下降 10%, 10 ~ 11℃ 时细胞新陈代谢下降 50%<sup>[10]</sup>。冰沙混合冰敷经实践发现 15% 乙醇冰袋的温度可到 -15℃, 使用后能够使皮肤表明温度降至 (13.30 ± 0.31)℃<sup>[11]</sup>, 而碎冰块、冰水混合物在冰敷 20 min 后并不能使皮肤表面温度降至 14℃ 以下。同时碎冰块的制作耗时费力, 容易发生渗漏。本研究结果还显示, 冰沙混合冷敷组的术后原发性出血率低于对照组, 白膜出现时间、创面愈合时间短, 疼痛护理满意度高( $P < 0.05$ )。冰沙混合冷

敷与颈部的贴合度较好,接触面积大,能够充分促进血管收缩,减轻局部充血,进而降低了术后出血的发生。扁桃体切除术后 24 h 扁桃体窝即有伪膜生成,能够保护切口。有效的冷敷促进毛细血管的收缩的同时会减慢血液流速,引起组织温度降低,减慢细胞代谢,抑制局部炎症,更有利于术后伤口的愈合。李颖等<sup>[12]</sup>研究也证实,15% 的乙醇冰袋冰敷能够缩短扁桃体摘除术后创面修复的时间,促进白膜生长。同时口含氯化钠冰块的也有利于减缓血液流速,促进伪膜正常生长脱落和组织修复。

综上所述,冰沙混合冷敷能够显著减轻扁桃体摘除术患者的术后疼痛,减少出血,促进创面愈合。

参考文献

[1] 张基梅,吕巧英,王娜娜.快速康复理念在小儿扁桃体、腺样体切除术围手术期护理的应用[J].中国实用护理杂志,2018,34(5):359-363.

[2] 马桂香,马桂莲,姚辉,等.生物储能冰袋加凝胶退热贴在扁桃体切除术后应用观察[J].宁夏医学杂志,2016,38(4):369-370.

[3] 秦桦.优质护理服务在耳鼻喉科病房中的实施与体会

[J].鄂州大学学报,2016,24(2):110-112.

[4] 张标新,李伦兰,朱子秀.儿童扁桃体切除术后疼痛的非药物性护理干预[J].护理学杂志,2016,31(14):21-23.

[5] 单玉珍,黄晨燕,张静,等.小包装冰沙混合冰袋在扁桃体切除术后冷敷护理中的应用效果观察[J].中外女性健康研究,2016,5(24):3-4.

[6] 张标新,李伦兰,朱子秀,等.儿童扁桃体切除术后疼痛的非药物性护理干预[J].护理学杂志,2016,31(14):21-23.

[7] 王秀珍,徐梅,王令焕.自制垫肩式冷敷袋在扁桃体摘除术后患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2015,21(14):1729-1730.

[8] 商春梅.降温贴用于儿童扁桃体切除术后冷敷的效果[J].当代护士,2017(1):117-117.

[9] 孙慧明.改良型颈部冷敷袋对预防咽喉部术后并发症的效果[J].安徽医药,2016,20(5):1019-1020.

[10] 杨晨,叶莺.改良冰敷法在上颌窦开窗植骨种植修复术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(20):8-10.

[11] 郑学芹.自制10%盐水海绵冰敷袋在扁桃体切除术后患者中的应用[J].当代护士,2015(2):42-43.

[12] 李颖,李海湛,林琳,等.15%醇冰袋用于扁桃体摘除术后颈部冷敷的效果观察[J].广东医学院学报,2014,32(6):835-837.

(上接第 80 面)

[4] 刘琪,罗香雅,陈瑞林,等.霉酚酸酯联合环磷酰胺与环磷酰胺单药诱导治疗狼疮性肾炎的效果对比[J].广东医学,2017,38(14):2212-2216.

[5] 刘美兰,马福哲,吴昊,等.狼疮性肾炎患者血清 IL-18、IL-34 水平及其意义[J].中国现代医学杂志,2018,28(2):53-56.

[6] 蒋琦,王芳,周婷婷,等.狼疮性肾炎患者生活质量及其影响因素分析[J].中西医结合护理:中英文,2017,3(4):32-35.

[7] 宗亚雯,杨柳,陈樱花,等.吗替麦考酚酯治疗增殖性狼疮性肾炎的疗效和远期预后[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2017,26(3):206-211.

[8] 刘学政.免疫学检验联合检测在系统性红斑狼疮中的诊断价值[J].医疗装备,2018,31(10):59-60.

[9] 黄少鹏,吴丽华,郑昊,等.鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术疗效分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(7):421-423.

[10] 叶京英,李彦如.睡眠呼吸障碍诊疗标准[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(7):457-460.

[11] 张彬.甲状腺结节诊治的规范化[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(6):317-318.

[12] 徐先发,邵珊.分化型甲状腺癌的治疗策略[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(6):331-334.

[13] 李同美,高下,丁小琼.鼻内镜下微创手术治疗筛前神经综合征[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2007,14(9):542-542.

[14] 殷潇,孙常领.掺钕晶体激光治疗鼻出血[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(7):422-422.

[15] 李彦如,韩德民,叶京英.上气道阻塞定位诊断的价值[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,30(5):289-293.

[16] 曹永茂,华清泉,吴展元,等.人工耳蜗植入绩效评估[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,32(4):229-231.

[17] 刘德宝,彭华,付守臣.1991—2000 年空军基础飞行学员观察矫治疾病对飞行合格率的影响[J].中华航空航天医学杂志,2002,13(3):190-191.

[18] 汤婷,倪光夏.自拟清热祛瘀益肾汤联合环磷酰胺治疗早期狼疮性肾炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(31):3432-3434.