

• 中医护理 •

混合痔患者术后的中医综合护理

舒玉珍,张肖楠,张丽娟,赵菡洁,黄泉云,钱程,杨琳,谢文,陈婷

Post-operative TCM based rehabilitation nursing care for patients with mixed hemorrhoids Shu Yuzhen, Zhang Xiaonan, Zhang Lijuan, Zhao Hanjie, Huang Quanyun, Qian Cheng, Yang Lin, Xie Wen, Chen Ting

摘要:目的 探讨中医综合护理干预应用于混合痔术后患者的康复效果。**方法** 将 152 例混合痔患者随机分为两组各 76 例。对照组实施常规护理;观察组在此基础上实施辨证论治、疼痛管理、辨证施膳、情志调护等中医综合护理干预。**结果** 观察组术后 12 h、24 h、72 h 疼痛评分,术后首次排便时肛门疼痛评分及术后 5 d、14 d 创面水肿评分显著低于对照组,术后 1 d、3 d 焦虑评分显著低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 混合痔术后患者实施中医综合护理干预,有利于降低并发症,缓解焦虑情绪,促进患者术后康复。

关键词:混合痔; 中医护理; 快速康复; 辨证论治; 疼痛管理; 辨证施膳; 情志调护

中图分类号:R473.6;R248 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.16.044

我国成年人肛肠疾病发生率高达 51.14%,而痔发病率为 50.28%^[1]。中医认为痔多由脏腑虚弱、静脉壁薄、饮食不节、长期便秘、久坐久站、负重前行,脏腑机能失衡,湿热邪气阻于魄门,结而不散而生痔;若气血两亏,运行无力,气虚下陷,则痔核脱出^[2]。痔不仅影响患者正常工作和生活,严重者可继发贫血、痔核脱出嵌顿等情况,严重影响生活质量^[3]。手术是混合痔的主要治疗方式,但术后易出现创面疼痛、肛缘水肿、尿潴留等并发症,给患者带来新的创伤和痛苦^[4]。且多数患者对手术存在恐惧、焦虑等负面情绪,不利于术后康复。中医综合护理是将传统中医的情志、饮食和中医操作等与快速康复理念相结合,目前已在外科术后康复中应用并取得较好效果^[5-6]。我院对混合痔手术患者实施医护协作下的中医综合护理干预,取得较好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 12 月至 2021 年 12 月在我院治疗的混合痔患者 152 例为研究对象。纳入标准:①符合《中国痔病诊疗指南(2020)》混合痔的诊断标准^[7],且内痔为Ⅲ~Ⅳ度^[7],符合手术指征;②年龄 18~75 岁;③无凝血功能障碍,既往无肠道手术史;④患者及家属知情同意参与本研究。排除标准:①并存心、肝、肾、脑等重要脏器功能异常;②并存其他肛肠疾病或肿瘤等;③妊娠或哺乳期妇女。将患者按入院住院号随机分为观察组和对照组各 76 例,两组分别入住不同病区,两组一般资料比较,见表 1。本研究获得我院伦理委员会审核批准。

作者单位:武汉市第一医院胃肠外科(湖北 武汉,430022)

舒玉珍:女,本科,主管护师,护士长

通信作者:张肖楠,568236173@qq.com

收稿:2022-03-21;修回:2022-05-31

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (月, $\bar{x}\pm s$)	内痔程度(例)	
		男	女			Ⅲ度	Ⅳ度
对照组	76	42	34	42.09±8.23	11.70±6.17	34	42
观察组	76	45	31	41.27±8.19	12.10±5.82	26	50
χ^2/t		0.242		0.616	0.411	1.762	
P		0.623		0.539	0.682	0.184	

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组患者均采用经肛门直肠黏膜环切术+外痔切除术。对照组实施常规护理,住院期间由责任护士做好健康教育、饮食指导及心理护理。术后重点观察患者有无手术切口出血、肿胀、疼痛及二便情况。视觉模拟疼痛评分 ≥ 4 分给予镇痛处理。术后第 2 天开始应用我院自制的荆防散(荆芥 20 g、生大黄 9 g、苦参 20 g、地骨皮 20 g、苍术 20 g、蛇床子 30 g、马齿苋 30 g、艾叶 20 g、薄荷 12 g、防风 12 g 制作成新绿药包装)熏洗坐浴治疗。每次 1 包,加入热水至 2 000 mL,放入专用马桶坐浴盆,患者暴露臀部坐在专用马桶坐浴盆上进行熏蒸,待水温降至 40℃左右坐浴 15~20 min。出院时指导患者进食清淡、易消化且营养丰富饮食,忌粗糙、坚硬及辛辣刺激食物,多食蔬菜及水果。出院 2 周内对患者电话随访,了解饮食、伤口恢复、并发症情况,并进行健康指导。观察组在此基础上实施中医综合护理,具体如下。

1.2.1.1 建立综合性中医专科护理小组 由护士长、中医主治医师各 1 名,2 名主管护师、6 名责任护士共同成立综合性专科中医护理小组。护士长为组长,负责协调组员工作,督促中医护理方案的落实;中医主治医师和主管护师评估患者病情,依据辨证制订综合性中医护理方案;责任护士每日按照路径表落实各项中医护理措施,已完成的项目打“√”,因故未按时完成的项目打“×”,并备注具体原因与应对措施,交下一班次

的责任护士继续完成。责任组长定期检查,护士长不定时抽查路径表的实施情况;每周护士会议汇报完成情况,每月质量分析会分析出现的问题及原因,提出改进措施,确保中医护理措施规范有序地落实。

1.2.1.2 辨证论治 ①调理肠胃、通达二便。对湿热下注证、气滞血瘀证、风伤肠络证的患者,采用穴位贴敷法。用白芥子、玄胡、甘遂、细辛按照 1:1:1:1 的比例配好并制成药粉,药粉与蜂蜜按照 8:2 的比例调成膏状。协助患者取舒适卧位,暴露贴敷部位,保暖同时注意保护患者隐私。核对并确认穴位贴敷部位,取穴为双侧足三里穴、内关穴、上巨虚穴、三阴交穴,在敷贴中央均匀涂抹调制好的药物并贴在相应穴位上。贴敷 4 h 后取下,并用生理盐水棉签擦净皮肤,注意观察局部皮肤及全身情况。每日 1 次,持续 5 d。②疏通经络、缓解疼痛。对于湿热下注证、气滞血瘀证患者,采用王不留行籽贴敷于直肠、肛门等对应耳穴,每日用拇指与示指按揉 5~6 次,每次 3 min,力度由轻至重,以出现可耐受的酸、麻、胀、痛为宜,王不留行籽每天更换 1 次^[8]。③特殊节点疼痛管理。混合痔术后疼痛多集中在换药、排便时。换药前 1 h 进行中药熏洗治疗,疼痛特别敏感者于换药前 30 min 给予镇痛药;换药时嘱患者按揉耳穴压豆,采用黄连膏外敷,治以清热解毒、凉血止血、消肿镇痛;换药后加强对镇痛知识宣教,强化无痛管理。指导患者进食高纤维素食物,每日饮水量 2 000 mL 以上;每日 2 次(晨起、睡前)顺时针按摩天枢穴,每次 5 min;指导养成定时排便的习惯,不在排便时使用手机、看报纸等,以促进排便,减轻排便时疼痛感。

1.2.1.3 辨证施膳 ①湿热下注证患者,饮食以清热除湿为宜,适当进西瓜汁、绿豆汤等食物;同时用野菊花、蒲公英、金银花等煎水代茶饮,推荐薏米冬瓜汤、沙葛猪骨汤,以清热解暑、健脾益胃、利水除湿。②气滞血瘀证患者,适宜进食黑木耳、莲藕等食物。推荐糯米甜醋炖猪脚、鲜藕炒木耳,以散瘀镇痛、补脾开胃、益气补虚。③脾虚气陷证患者,适宜食用莲藕、绿豆、苦瓜等,推荐砂仁陈皮鲫鱼汤、薏米芡实炖鸡脚,以理气和中、健脾祛湿、强筋健步。④风伤肠络证患者,适宜进食莲藕、猴头菇、黑木耳等,推荐消暑五豆汤、玉竹百合瘦肉汤,以健脾益气、调和五脏、滋阴润燥。辨证施膳过程中不仅要考虑食物的四性五味,还要注意食物的营养成分,达到合理搭配、营养充分的目的。

1.2.1.4 个性化情志调护 入院后,责任护士与主治医师共同对患者进行心理评估,依据结果实施个性化的情志调护。①对焦虑患者采用移情易性法。在音乐方面,选择播放节奏适中、舒缓、轻柔的音乐,从患者手术 6 h 后,将门德尔松的第二交响曲《苏格兰小调》、民乐《姑苏行》《月儿高》等曲目存在 MP3 中,

提供专用耳机给患者聆听,指导患者听音乐时进行深呼吸、肌肉放松等方法调节情绪;在运动方面,病区设置了病区健康步道,并运用术后健康打卡的方式督导患者更好地完成运动项目;同时病区设置了书香苑、活动角、图片墙、樱花阳台等,让患者有温馨的活动场所。②对抑郁患者采用以情胜情法。责任护士在与患者沟通的过程中,应换位思考,耐心倾听,在适宜之时给予调节情绪的建议、疾病治疗护理相关知识等,使其心情放松。同时让患者家属积极参与,提供支持,及时反馈患者情志变化,帮助患者积极配合治疗护理。对于忧虑、抑郁情绪的患者,引导患者观看娱乐节目、听笑话、看相声表演等,让患者家属选择轻松有趣的话题与其交流,使其放松,缓解忧虑、抑郁情绪。③对疾病恢复欠佳伴有恐惧的患者采用安神定志、说理开导法。在治疗和护理操作中,语气轻柔,主动安慰患者,增强护患之间的信任感。如尿潴留患者尽量满足其心理需求,使其精神放松,使用温毛巾热敷下腹部以缓解尿潴留;关注疼痛患者疼痛部位、性质和程度,耐心解释和分析,提高其对术后疼痛的理解,转变其对疼痛的观念,消除其对疼痛的恐惧;术后部分患者出现肛门坠胀、里急便频、排便不畅、排便不尽感等不适,适当给予患者心理疏导,嘱咐排便时避免久蹲或过于用力,以防止腹压增加而引起肛门水肿或伤口破裂出血,指导患者养成科学合理的排便习惯。

1.2.1.5 出院延续护理 在患者出院前责任护士建立延续护理档案,为患者制订详细出院随访计划。①电话及门诊随访:通过电话、门诊随访,重点了解患者的康复情况、服药情况、疼痛情况及心理状态,尤其注意对患者的负性情绪进行疏导。对患者及家属提出的疑问及时给予答复,同时在延续护理档案中做好记录。②建立微信公众号和微信群,通过公众号推送混合痔护理知识,鼓励患者在家属的帮助下每日在公众号中提交混合痔术后恢复日记,帮助患者提高疾病自我管理的意识和能力。

1.2.2 评价方法 ①疼痛评分:责任护士采用疼痛视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale,VAS),分别于术后 6 h、12 h、24 h、72 h 及首次排便进行评估,0~10 分,得分越高,疼痛感越强。②创缘水肿:以肛门一圈为评分参照,创面边缘皮肤水肿范围 $>1/2$ 肛门计为 3 分; $>1/4$,且 $\leq 1/2$ 为 2 分; $\leq 1/4$ 为 1 分;无水肿突起为 0 分。责任护士和管床医生共同于术后 1 d、3 d、5 d、14 d 评估记录。③心理状况:采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale,SAS)^[9] 进行测量,评分大于 50 分认定有焦虑情绪,分值越高焦虑情绪越严重。责任护士与心理咨询师共同于术前 1 d、术后 1 d、3 d 评估。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行 t 检

验、 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后不同时间疼痛评分比较 见表 2。

表 2 两组术后不同时间疼痛评分比较

		分, $\bar{x} \pm s$				
组别	例数	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 72 h	首次排便
对照组	76	4.21±1.14	6.55±1.07	3.31±1.05	3.04±0.63	5.87±1.06
观察组	76	3.90±1.12	5.81±0.91	2.87±1.16	2.72±0.84	5.21±0.73
<i>t</i>		1.691	4.593	2.452	2.657	4.470
<i>P</i>		0.093	<0.001	0.015	0.009	<0.001

2.2 两组术后不同时间创面水肿评分比较 见表 3。

表 3 两组术后不同时间创面水肿评分比较

		分, $\bar{x} \pm s$			
组别	例数	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d	术后 14 d
对照组	76	2.53±0.32	2.15±0.18	0.79±0.11	0.38±0.10
观察组	76	2.51±0.34	2.10±0.19	0.61±0.16	0.26±0.09
<i>t</i>		0.373	1.665	8.082	7.776
<i>P</i>		0.709	0.098	<0.001	<0.001

2.3 两组不同时间焦虑评分比较 见表 4。

表 4 两组不同时间焦虑评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	术前 1 d	术后 1 d	术后 3 d
对照组	76	57.35±9.18	53.69±9.16	48.38±6.10
观察组	76	55.60±7.49	45.61±10.16	40.26±5.09
<i>t</i>		1.288	5.149	8.910
<i>P</i>		0.200	<0.001	<0.001

3 讨论

3.1 中医综合护理有助于减轻并发症, 促进患者术后康复 本研究结果显示, 观察组术后 12 h、24 h、72 h、首次排便疼痛评分显著低于对照组, 术后 5 d、14 d 创面水肿显著轻于对照组(均 $P<0.05$), 说明中医综合护理有助于减轻并发症, 促进混合痔患者术后康复。混合痔术后患者肛周水肿、疼痛、尿潴留是较为常见的并发症^[10]。中医综合护理从快速康复观念出发, 针对混合痔术后患者依证施策。对于术后疼痛, 观察组采用多模式、特殊节点镇痛方式, 如耳穴压豆法可刺激肠管蠕动, 散结通络镇痛。耳穴压豆是通过刺激耳穴上特定部位达到治疗的效果, 运用王不留行籽耳穴贴, 刺激直肠穴、肛门穴具有减轻疼痛的作用^[11]。为促进排气排便和减轻局部水肿, 观察组采用穴位贴敷治疗, 药物以白芥子、玄胡、甘遂、细辛为主, 作用于足三里穴、内关穴、上巨虚穴、三阴交穴, 发挥消肿散结、理气通便之效。中医理论认为, 食物的属性分为寒性、热性、温性、凉性^[6], 观察组根据不同混合痔分型指导患者进食适宜的食物及药膳, 体现中医学认为的药食同源、辨证施膳, 促进了患者术后康复。

3.2 中医综合护理有助于缓解患者焦虑情绪 混合

痔术后康复时间较长, 疼痛及排便困难导致患者正常的生活节奏紊乱及睡眠障碍, 容易产生焦虑情绪。中医综合护理强调整体观, 对于促进术后情志调养具有独特优势^[12]。本研究运用移情易性法、以情胜情法和安神定志、说理开导法等多种情志调护方法, 让患者以更好的心理状态积极配合治疗及护理。表 4 结果显示, 术后 1 d、3 d 观察组焦虑评分显著低于对照组(均 $P<0.05$)。可能因为移情易性法选择琴棋书画、运动、养花、看电视剧等心理疏导方法, 结合播放节奏适中、舒缓、轻柔的音乐, 有效缓解患者的焦虑情绪, 增加有效睡眠。对于患者存在忧虑、抑郁情绪, 以“喜胜忧”为原则, 引导患者观看娱乐节目、听笑话、看相声表演等。通过中医综合护理管理措施的落实, 增加了责任护士与患者接触的时间, 营造了和谐氛围, 也进一步舒缓了患者的焦虑情绪。

综上所述, 中医综合护理的实施有利于降低并发症, 缓解焦虑, 促进患者术后康复。本研究数据仅来源于一所医院, 今后将更多应用循证证据、进一步完善干预方案, 使中医综合护理更具实证效果。

参考文献:

[1] 江维, 张虹玺, 隋楠, 等. 中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(10): 1293-1296.

[2] 舒玉珍, 孟庆彬, 卢昕, 等. 艾灸关元穴缓解直肠下端黏膜环切术后患者排尿障碍[J]. 护理学杂志, 2018, 33(8): 42-43.

[3] 韩宜霖, 严佳雯, 韩昌鹏. 混合痔外剥内扎术后运用蒸发靶包疗法治疗混合痔的效果[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(2): 231-235.

[4] 周军惠, 乔敬华, 王兆平, 等. 硝黄煎剂熏洗对混合痔术后并发症的干预作用[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(1): 58-64.

[5] 徐丽娜, 林旭榕, 李雪, 等. 综合性中医护理干预对肝郁脾虚型溃疡性结肠炎患者感知病耻感、生活质量及免疫功能的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(1): 186-188.

[6] 单晶, 沈姣姣, 李甫, 等. 急性胰腺炎患者的综合性中医护理管理[J]. 护理学杂志, 2020, 35(19): 14-17.

[7] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 中国痔病诊疗指南(2020)[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26(5): 519-533.

[8] 彭美霞, 赵春梅, 姚小燕, 等. 中医护理在急性胰腺炎患者胃肠动力障碍中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(19): 79-80.

[9] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 235-237.

[10] 林晓松, 魏文波, 江树嵩, 等. PPH 治疗重度痔并发症分析及处理[J]. 结直肠肛门外科, 2019, 25(6): 723-726.

[11] 蓝阳, 胡晓阳, 张磊昌, 等. 耳穴压豆联合元胡止痛滴丸治疗混合痔术后疼痛的临床疗效[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(2): 129-130.

[12] 沈荷娟, 叶淑芳, 陈乐微. 中医护理优势及其专科化发展方向思考[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(3): 100-102.

(本文编辑 丁迎春)