

基于循证的围术期中医护理管理模式在混合痔患者中的应用

黄丽晖¹, 张咏欣¹, 谭惠婵¹, 黄怡婷² (1. 广东省东莞市中医院, 广东东莞 523000; 2. 广东医科大学, 广东东莞 523808)

摘要: **目的** 探讨基于循证的围术期中医护理管理模式在混合痔患者中的应用。**方法** 84例混合痔患者随机分为对照组和观察组, 分别实施围术期常规护理或基于循证的围术期中医护理管理模式, 比较两组术后排尿、肛门疼痛及肛缘水肿评分。**结果** 观察组术后6 h内首次排尿时间早于对照组, 排尿量多于对照组($P<0.01$), 尿潴留少于对照组($P<0.05$), 术后6、12、24 h及首次排便时疼痛评分低于对照组($P<0.01$), 术后1~4天肛缘水肿评分低于对照组($P<0.01$)。**结论** 基于循证的围术期中医护理管理模式可促进混合痔患者术后排尿功能恢复, 缓解术后疼痛, 减轻肛缘水肿。

关键词: 循证护理; 混合痔; 围术期

中图分类号: R 473.6

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2021)05-0661-03

Application of evidence-based perioperative TCM nursing management model in mixed hemorrhoids

HUANG Li-hui¹, ZHANG Yong-xin¹, TAN Hui-chan¹, HUANG Yi-ting² (1. Dongguan Traditional Chinese Medicine Hospital, Dongguan 523000, China; 2. Guangdong Medical University, Dongguan 523808, China)

Abstract: **Objective** To explore the application of evidence-based perioperative TCM nursing management (EBPTCMNM) in mixed hemorrhoids. **Methods** Eighty-four patients with mixed hemorrhoids were randomly treated with routine perioperative nursing (control group) or EBPTCMNM (observation group). Postoperative urination, anal pain and anal edge edema were compared between two groups. **Results** Compared with control group, first urination time was earlier during 6 h, urine output was more ($P<0.01$), and urinary retention, pain scores during 6-24 h and at first defecation, and anal edge edema during 1-4 days were lower ($P<0.01$ or 0.05) in observation group. **Conclusion** EBPTCMNM can improve postoperative urination, pain, and anal edge edema in patients with mixed hemorrhoids.

Key words: evidence-based nursing; mixed hemorrhoids; perioperative period

混合痔是指内痔、外痔静脉丛曲张及吻合, 具有内痔和外痔的双重症状^[1]。受环境、生活习惯及饮食等多种因素的影响, 近年来我国混合痔的发病率也呈逐年上升趋势^[2]。混合痔常见的治疗方法是手术, 手术优势在于时间短、效果好且恢复快, 但术后尿潴留、疼痛及创缘水肿等并发症, 也给患者带来一定的痛苦及恐惧。随着混合痔中医护理方案的实施, 中医的辨证论证及中医护理技术开展, 对解决术后并发症的管理也越来越广泛使用^[3]。循证护理是指护理工作者以科学的研究结果为依据, 结合自己的工作经历及他人的经验积累, 提出护理问题, 寻找实证, 为患者实施合理的、最佳的、科学的护理干预方案^[4]。本研究将基于循证的围术期中医护理管理模式运用于混合痔患者, 探讨对患者进行循证联合中医护理技术进行干预的

应用效果。

1 资料和方法

1.1 病例与分组

选取2020年1-12月收治的84例混合痔患者作为研究对象, 纳入标准: (1) 所有患者有手术指征, 在局麻下行混合痔外剥内扎术; (2) 有正常的认知与沟通交流能力; (3) 术前均签署知情同意书。排除严重肝肾功能不全、恶性肿瘤疾病、妊娠期、血液病、前列腺增生、尿路感染及精神疾病者。随机将其分为观察组与对照组, 每组42例。观察组男23例, 女19例; 年龄32~75岁, 平均52.14岁。对照组男22例, 女20例; 年龄30~76岁, 平均51.96岁。两组患者性别、年龄等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施围术期常规护理, 即(1)根据患

收稿日期: 2021-02-25; 修订日期: 2021-06-15

作者简介: 黄丽晖(1970-), 女, 本科, 副主任护师

者的症型做好饮食指导。术前备皮、灌肠或结肠水疗等做好肠道准备,术前宣教及情志调护,使患者了解手术实施的麻醉、术中的体位及配合医护工作。(2)术中严密观察患者的血压、心率、呼吸及血氧的变化,引导配合。(3)术后当日全天进食粥、麦片等少渣半流质食物并卧床休息,注意伤口出血情况,告知术后排便的相关注意事项,患者伤口疼痛时给予止痛剂治疗,出现排尿不畅,予诱导疗法如听流水声、冲洗会阴及热敷下腹部等,伤口每天换药处理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施循证中医护理管理,参照2014年3月国家中医药管理局制定并发布《2014年全国20个病种中医护理方案(试行)》^[5],采用混合痔的中医护理方案,通过循证护理,根据患者的证候要点,结合患者护理问题,落实护理措施。(1)循证问题支持。设立肛肠科循证护理小组(组长为护士长,组员为护理组长、责任护士),查找出混合痔围术期管理存在的问题进行分析讨论:①术后排尿不畅或尿潴留。因手术牵拉、术后疼痛引起膀胱逼尿肌及尿道括约肌痉挛而产生排尿困难;肛门内填塞敷料过多、过紧亦可引起反射性尿道括约肌痉挛而产生排尿困难^[6]。②肛门疼痛。由于肛门区域分布神经多,对疼痛敏锐;肛门局部受到切割、电凝、结扎的刺激和损伤;术后创面敞开及神经暴露,易受到外界刺激,术后肛管内填充物过多过紧;术后组织感染、水肿等,上述种种原因均可引起疼痛^[6]。③肛缘水肿。手术创伤致肛门局部的淋巴及静脉回流不畅,组织间隙滞留而致水肿;术后排便、感染等因素导致局部血循环不畅引起水肿^[7];中医学理论认为肛缘水肿是由于湿热热毒下注,经络堵塞,气滞血瘀于魄门而致^[8]。(2)循证依据。对以上问题通过维普、知网进行检索,查找5年来的文献资料及结合临床经验,再根据患者的证候要点,对护理措施及中医护理技术进行分析,最终形成最佳的研究实证。(3)循证对策。①排尿管理。责任护士定时评估患者,观察膀胱充盈情况,在膀胱区轻度充盈时,实施艾灸法(取中极、关元、气海)穴位,2次/d,每次10 min;使膀胱区周围皮肤有微红温热,再行子午流注低频治疗仪治疗(取关元、气海、中极、足三里)20 min,2次/d。治疗后及时督促患者排尿。②疼痛护理。优化中医护理方案,使用腕踝针。术后予腕踝针治疗,取患者下5区定位(靠腓骨后缘之浅沟处,在踝的外侧面中央,相当外踝尖),以及下6区定位(在拇指端触及跟腱外缘处),选用0.30 mm×25 mm针进行浅皮下针刺,进针角度30°,一般留针40 min,1次/d。予耳穴贴压(取穴肛门、神门、直肠、交感等),

常规消毒后,持探针找穴,将王不留行籽对准敏感穴位压贴,按压2 min至酸、麻、热、胀,每天按压3次。③肛门创面管理。术后24 h后,将本院药房煎制好的中药熏洗方(金银花、地肤子、野菊花、芒硝、冰片、明矾等)400 mL加用沸水至1 500 mL,配好温度70℃,进行肛门熏蒸10 min,水温下降至40~45℃时再坐浴20 min,2次/d。坐浴后配合光子治疗仪及红外线灯照射伤口各30 min。

1.3 观察指标

记录两组患者术后6 h内首次排尿时间、首次排尿量、尿潴留例数;术后6、12、24 h及首次排便肛门疼痛VAS评分,采用视觉模拟评分法(VAS)评估,分值为0~10分,得分越高表明疼痛越严重;术后第1、2、3、4天肛缘水肿评分,根据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[9]评定肛缘水肿:0分为肛缘无水肿;1分为肛缘轻度水肿(水肿面积<1/4肛周面积);2分为肛缘中度水肿(水肿面积=1/4~1/2肛周面积);3分为肛缘重度水肿(水肿面积>1/2肛周面积)。

1.4 统计学处理

数据运用SPSS 24.0软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后6 h内首次排尿时间、排尿量

观察组患者术后6 h内首次排尿时间早于对照组,排尿量多于对照组($P < 0.01$),见表1。

表1 两组患者术后6h内首次排尿时间、排尿量的比较
($\bar{x} \pm s$, $n=42$)

组别	首排尿时间/d	首次排尿量/mL
观察组	2.67±0.47	158.67±28.57
对照组	3.47±0.33	120.67±21.57

两组比较均 $P < 0.01$

2.2 术后不同时段排便时肛门疼痛VAS评分

观察组患者术后首次排便及术后6、12、24 h排便时肛门疼痛VAS评分均低于对照组($P < 0.01$),见表2。

表2 两组患者术后不同时段排便时肛门疼痛VAS评分比较
($\bar{x} \pm s$, $n=42$)

组别	首次排便	术后第6 h	术后第12 h	术后第24 h
观察组	5.13±0.97	4.17±0.41	3.67±0.57	2.89±1.01
对照组	6.78±1.03	5.67±0.58	5.35±1.21	4.40±1.11

两组比较均 $P < 0.01$

2.3 术后尿潴留与不同时段肛缘水肿评分

术后,观察组尿潴留发生率少于对照组(4.8% vs 23.8%, $P<0.05$)。不同时间段的肛缘水肿评分均低于对照组($P<0.01$),见表3。

表3 两组患者术后肛缘水肿评分比较

($\bar{x}\pm s$, $n=42$)

组别	术后第1天	术后第2天	术后第3天	术后第4天
观察组	2.03±0.44	1.81±0.57	0.82±0.64	0.24±0.42
对照组	2.48±0.48	2.20±0.49	1.64±0.57	1.02±0.49

两组比较均 $P<0.01$

3 讨论

对混合痔手术的患者,常规的围术期管理缺乏系统性与有效性,在并发症的干预上,通常采取传统单一的护理干预,而每个患者有个体存在的差异性及特异性,传统单一的干预方式较难取得好效果^[9]。循证护理是一种有效的护理模式,针对混合痔的患者,我们通过循证,找出三大并发症的主要原因,结合专科业务能力及实践,从患者实际情况,制定出完整护理方案。近年来随着国家对中医药管理的重视,中医护理方案在临床中广泛应用,对患者进行辨证施护,根据患者证候要点采用适宜中医护理技术,解决患者许多护理问题。中医研究认为,排尿不畅或尿潴留是因元气受损,精血虚亏,使膀胱与肾气化失常,尿闭于内不能排出^[10]。中极是膀胱之募穴,关元能调三焦,气海助于行气补气,艾灸通过温热刺激经络,而子午流注低频治疗仪治疗是按时开穴,脉冲刺激代替毫针,模拟多种针灸^[11],艾灸结合子午流注低频治疗仪治疗,刺激中极、关元、气海这三个穴位,具有温通经络,调畅气机,鼓舞膀胱气化,使膀胱逼尿肌痉挛松弛,发挥利尿通淋作用^[12],观察组42例患者通过这种治疗后与对照组相比较,术后6 h内的首次排尿时间短、尿量多,尿潴留发生率明显少。混合痔手术损伤血脉经络,瘀血气滞,使气机运行不畅,不通则痛^[13]。腕踝针镇痛原理是根据中医三阴三阳理论,与经络、皮部关系密切,皮下浅刺腕踝部,通过神经反射调节来治疗疼痛^[14],耳穴埋豆是用王不留行籽贴压神门、肛门、直肠等穴位,通过对穴位刺激,能调理脏腑,疏通经络,松弛肛门括约肌痉挛,从而起到止痛功效^[15],观察组予患者实施腕踝针联合耳穴贴压,各时间段及首次排便时的疼痛评分比对照组低。由于肛门解剖特点及术中组织的损伤,术后容易出现水肿。中药熏洗是将药物通过药力及热力作用于肛门伤口,透过肛门皮肤或组织而吸收,从而达到消肿之功效,我院自制的坐浴方(金银花、地肤子、野菊花、芒硝、冰片、明矾)等药

物,有清热、消炎、消肿,活血利水,促进炎症渗出物的吸收,配合光子治疗仪对皮肤及组织产生光的化学效应及TDP温热效应,大大改善组织血循环,减轻肛缘水肿,促进创面的再生及修复^[16]。观察组采用自制中药坐浴方进行熏洗坐浴及联合光子治疗仪及TDP灯照射肛门伤口,术后不同时间段的肛缘水肿评分明显低于对照组。

将循证护理与中医护理方案联合运用于混合痔围术期管理中,对患者进行中西医护理的干预,改进传统的护理方法,具有科学性及有效性。本研究通过比较常规围术期护理与基于循证的围术期中医护理管理对混合痔外剥内扎术患者实施效果,结果显示基于循证的围术期中医护理管理能够促进患者术后排尿功能的恢复,有效缓解术后疼痛,降低肛缘水肿的发生,利于伤口愈合,提高患者的满意度。

参考文献:

- [1] 李日庆,何清湖. 中医外科学 [M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:246-247.
- [2] 亓永玲,朱怡芳,张丽红,等. 循证疼痛护理联合提肛功能操在混合痔患者围术期护理中的应用效果[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(8):125-126.
- [3] 牛巍巍,潘琼. 混合痔围术期患者中医护理方案的实施[J]. 护理学杂志, 2016, 31(24):49-50.
- [4] 吕玺. 循证护理在预防肛肠手术后排尿障碍中应用的意义研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(12):1857-1858.
- [5] 国家中医药管理局. 20个病种中医护理方案(试行)[S]. 2014.
- [6] 金定国. 肛肠病中西医结合治疗学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2014:66-67.
- [7] 黄乃健. 中国肛肠病学 [M]. 济南:山东科学技术出版社, 1996:430-431.
- [8] 陈伟伟,欧强,伍跃麒,等. 中药熏洗为主治疗痔术后水肿研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(2):152-154.
- [9] 马传玉,罗明雷,胡邦. 中西医结合加速康复外科策略在PPH手术治疗混合痔患者围手术期的应用研究[J]. 结直肠肛门外科, 2019, 25(5):88-91.
- [10] 卓悦,郑海霞. 耳穴埋豆联合艾灸护理预防痔术后尿潴留临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(17):127-129.
- [11] 陈静. 子午流注治疗仪在临床中的应用[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 40(5):113-114.
- [12] 方芳. 坦索罗辛联合中医疗法防治女性混合痔术后尿潴留疗效观察[J]. 深圳市中西医结合杂志, 2016, 26(13):36-38.
- [13] 龙丹青. 耳穴埋豆在缓解观察疾病术后疼痛中的应用[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(6):71-73.
- [14] 孙阁,周智梁,赵磊. 腕踝针治疗疼痛类疾病临床疗效的系统评价[J]. 河北中医, 2011, 33(11):1715-1719.
- [15] 刘新红,肖观军,叶茂. 耳穴埋豆法减轻混合痔患者术后疼痛中的效果观察[J]. 中国民康医学, 2020, 32(12):82-86.
- [16] 吴佳佳. 中医护理方案对混合痔术后疼痛及伤口愈合的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(12):83-85.