

循证疼痛护理对混合痔术后患者的影响

王敏

(江苏省宿迁市中医院 宿迁 223800)

摘要:目的:探讨循证疼痛护理对混合痔术后患者疼痛及创面愈合情况的影响。方法:选取 2021 年 1~8 月收治的混合痔手术患者 62 例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 31 例。对照组术后采用常规疼痛护理,观察组术后采用循证疼痛护理联合常规疼痛护理。两组均护理至出院,并随访 4 周。比较两组术后疼痛情况、首次排便时间、创面愈合时间,术后 24 h、48 h 水肿情况,术后 1 d、出院时创面评分,护理前后纤维蛋白原(FIB)、D-二聚体(D-D)、血管性血友病因子(vWF)水平,出院时护理满意度。结果:观察组术后最高疼痛评分、首次换药疼痛评分均低于对照组,首次排便及创面愈合时间均短于对照组($P<0.05$)。两组术后 48 h 水肿评分较术后 24 h 降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。两组出院时创面评分较术后 1 d 降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。两组护理后血浆 FIB、D-D、vWF 水平均较护理前升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。出院时,观察组病房环境、操作水平、护患沟通、患者感受评分均高于对照组($P<0.05$)。结论:混合痔术后应用循证疼痛护理干预能够改善患者凝血障碍,缓解手术部位疼痛,减轻创面水肿,促进恢复,提高患者满意度。

关键词:混合痔术后;循证疼痛护理;创面愈合;凝血功能

中图分类号:R473.6 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.06.037

混合痔属于肛肠科疾病,在临床中较为常见,具有较高的发病率,以排便时出血、疼痛、痔赘脱垂为主要症状。目前,临床中多使用外科手术治疗该病,但由于混合痔的解剖位置特殊,术后易出现并发症,如肛门水肿、感染等,且患者多伴有长时间的剧烈疼痛,导致术后创面愈合速度慢,降低患者治疗满意度^[1]。术后疼痛作为强而持久的应激反应,不仅影响患者康复,还严重降低患者围术期生活质量,故有效的护理干预尤为重要。随着医疗理念的更新,术后疼痛管理已逐渐引起医护人员的重视。常规疼痛护理多对混合痔术后患者进行围术期基础护理,如指导患者采用温盐水坐浴等物理手段缓解机体疼痛,护理内容局限性大,且护理方案缺乏针对性,对于患者术后康复效果并无太大影响。循证疼痛护理源于循证医学理论,其通过整合循证医学症状、患者实际情况、护理人员专业技能与临床经验,以提高护理效果^[2]。本研究探讨循证疼痛护理对混合痔术后患者疼痛及创面愈合情况的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 1~8 月收治的混合痔手术患者 62 例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 31 例。对照组男 12 例,

女 19 例;年龄 28~65 岁,平均 (38.25 ± 7.31) 岁;病程 4 个月至 3 年,平均 (1.53 ± 0.62) 年;混合痔 26 例,环状混合痔 5 例。观察组男 11 例,女 20 例;年龄 27~66 岁,平均 (37.98 ± 7.45) 岁;病程 5 个月至 3 年,平均 (1.55 ± 0.59) 年;混合痔 27 例,环状混合痔 4 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。诊断标准:符合《肛肠脱出性疾病诊疗精要》^[3]中混合痔诊断标准。纳入标准:符合上述诊断标准,且经临床检查确诊者;经药物治疗未见好转,符合手术治疗指征者;意识清楚且愿意配合者;无其他肛门疾病者;术前 1 周末使用镇痛药物者;对本研究内容知情,自愿参与并签署知情同意书者。排除标准:合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全者;合并血液系统疾病者;长期服用抗血小板聚集药物者。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法

两组患者均由同一组医护人员实施手术,麻醉方案与术式均无显著差别。对照组术后采用常规疼痛护理,主要内容包括:在护理人员指导下采用温开水坐浴熏洗,温度以 40~45℃为宜,2 次/d;口服洛索洛芬钠分散片(国药准字 H20163219),120 mg/次,疼痛时顿服;充分了解患者疼痛感受,并据此决定止痛药的给药方式(口服、肌肉注射);术后

24~48 h 控制排便,排便后清理创口,保持其清洁干燥;卧床时注意调整体位,避免压迫肛门,导致血液循环不畅;换药时动作轻柔。观察组患者采用循证疼痛护理联合常规疼痛护理。(1)成立循证疼痛护理小组,由护士长担任组长。小组成立后开展系统的循证护理知识及操作技能培训,并通过考核评估小组成员的掌握程度。(2)循证问题。肛门处血管丛较为丰富,神经为较密集的体神经,因此对疼痛刺激十分敏感。患者在手术治疗后,往往在排便及换药时易出现难以忍受的疼痛,创面大小、机体对疼痛的敏感度以及患者心理状态均可影响患者对疼痛的感受。在知网、万方等数据库中检索近 5 年内的相关文献,以缓解混合痔术后患者疼痛为核心,充分探究相关护理措施,结合护理人员的临床实践,在专家指导下设置最佳的研究实证。(3)循证护理策略。采用程序化疼痛护理策略,术后 4 h 后给予患者耳穴贴压^[4],取穴肛门、臀、直肠、神门、神经系统皮质下,以缓解创口疼痛;术后第 1 天,采用中药湿渍^[5](药取黄柏、黄芩、枳壳、蒲公英、白及、地榆)、微波仪照射^[6]患者创面(距肛门手术切口创面 30 cm),以促进炎性物质吸收及血液循环,30 min/次,1 次/d,连续 7 d;术后第 1 天晚上,采用黄柏洗液熏洗^[7]创面,以清热解毒、消肿去腐;术后第 3 天,适量食用青菜、菠菜、白心火龙果、香蕉等,在患者有便意时,予以 20 ml 液体石蜡油口服,并指导患者进行提肛运动^[8],吸气的同时收缩肛门,维持 5 s,随后呼气放松肛门,一提一放为一次,每日做 50~100 次,以促进患者排便;加强排便护理,向患者进行健康宣教,为其讲解及时排便的重要性,避免患者在疼痛作用下控制便意;对患者进行排便训练,指导患者在腹部进行顺时针环形按摩及经络穴位拍打^[9],督促其养成良好的排便习惯;为患者提供心理护理,纠正患者对疼痛、镇痛的认知误区,缓解患者面对疼痛时的恐惧心理;告知患者术后疼痛是合理现象,以减少患者的心理负担;指导患者采用听轻音乐、按压耳穴等方式缓解疼痛,必要时可根据医嘱使用镇痛药物。两组均持续护理至出院,并进行 1 个月的随访。

1.3 观察指标 (1)比较两组术后疼痛情况、首次排便时间及创面愈合时间,其中疼痛情况包括术后最高疼痛评分、首次换药疼痛评分。采用视觉模拟评

分法(VAS)^[10]评估,总分 10 分,0 分为无痛;1~3 分为轻度疼痛;4~6 分为中度疼痛;7~10 分为重度疼痛。创面愈合标准为痔核消失或缩小,创面干结,未出现水肿,无组织渗出、无出血现象。(2)比较两组术后 24 h、48 h 水肿情况,及术后 1 d、出院时创面评分,其中水肿程度总分 3 分,无水肿(0 分);切口周围皮肤稍有突起,距手术切缘距离<0.5 cm 为轻度水肿(1 分);水肿程度距手术切缘距离 0.5~1.0 cm,局部红肿、变硬为中度水肿(2 分);肿块突出,距手术切缘距离>1.0 cm 为重度水肿(3 分)。创面评分总分 4 分,重度水肿,创面搏动有渗血,患者疼痛剧烈,需注射药物止痛为 4 分;中度水肿,创面搏动有渗血,患者疼痛较强烈,需注射药物镇痛为 3 分;轻度水肿,有血性分泌物渗出,患者有疼痛感,但口服药物即可缓解为 2 分;水肿较轻微或无水肿,未出现渗血,患者有疼痛但尚能忍受,无须药物镇痛为 1 分;无水肿现象,创面无组织液渗出,患者无疼痛感为 0 分。(3)比较两组护理前后凝血功能。分别采集两组患者 3 ml 空腹静脉血,离心机离心参数设置为 3 000 r/min,20 min,获取血浆之后,采用全自动凝血分析仪检测纤维蛋白原(FIB)、D-二聚体(D-D)、血管性血友病因子(vWF)水平。(4)比较两组出院时护理满意度,采用医院自拟评分表评估,包括病房环境、操作水平、护患沟通、患者感受 4 个方面,各项总分均为 25 分,分数越高提示患者满意度越高。

1.4 统计学方法 本研究数据采用 SPSS23.0 统计学软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验;计数资料以%表示,行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后 VAS 评分、首次排便时间及创伤愈合时间对比 观察组术后最高疼痛评分、首次换药疼痛评分均低于对照组,首次排便及创伤愈合时间均短于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组术后 VAS 评分、首次排便时间及创伤愈合时间对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	VAS 评分(分)		首次排便		创伤愈合	
		术后最高	首次换药	时间(h)		时间(d)	
对照组	31	6.55±1.36	5.68±1.63	55.53±5.45		13.57±3.31	
观察组	31	5.07±1.35	3.09±1.16	42.52±3.46		11.04±2.43	
<i>t</i>		4.300	7.208	11.135		3.431	
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000		0.001	

2.2 两组术后水肿情况及创面评分对比 两组术后 48 h 水肿评分较术后 24 h 降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。两组出院时创面评分较术后 1 d 降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后水肿情况及创面评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)						
组别	n	水肿情况		创面评分		
		术后 24 h	术后 48 h	术后 1 d	出院时	
对照组	31	2.32± 0.42	2.12± 0.49 [*]	3.24± 0.23	2.51± 0.26 [#]	
观察组	31	2.35± 0.39	1.59± 0.41 [*]	3.22± 0.25	1.84± 0.33 [#]	
t		0.291	4.619	0.328	8.879	
P		0.772	0.000	0.744	0.000	

注:与本组术后 24 h 对比,^{*} $P<0.05$;与本组术后 1 d 对比,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组出院时护理满意度对比 出院时,观察组病房环境、操作水平、护患沟通、患者感受评分均高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组出院时护理满意度对比(分, $\bar{x}\pm s$)						
组别	n	病房环境	操作水平	护患沟通	患者感受	
对照组	31	20.47± 2.51	18.81± 2.66	17.77± 2.19	19.68± 2.58	
观察组	31	22.49± 2.48	21.15± 2.21	20.75± 3.22	22.07± 2.34	
t		3.187	3.767	4.261	3.820	
P		0.002	0.000	0.000	0.000	

2.4 两组护理前后凝血功能对比 两组护理后血浆 FIB、D-D、vWF 水平均较护理前升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组护理前后凝血功能对比($\bar{x}\pm s$)							
组别	n	FIB(mg/L)		D-D(mg/L)		vWF(%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	31	2.63± 0.35	3.73± 0.26 [*]	0.51± 0.12	0.78± 0.21 [*]	90.57± 12.39	107.61± 15.53 [*]
观察组	31	2.65± 0.33	4.81± 0.48 [*]	0.49± 0.13	0.91± 0.25 [*]	91.55± 12.41	175.12± 18.16 [*]
t		0.231	11.015	0.629	2.217	0.311	15.731
P		0.818	0.000	0.531	0.030	0.757	0.000

注:与本组护理前比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

疼痛是人体的应激性反应,作为防御机制对机体有保护作用,但长期处于剧烈疼痛状态,可对患者心理、精神造成持续性的负性影响。在手术刺激、机体疼痛的双重作用下,机体细胞长期释放大量炎症介质,如白三烯、组胺等,导致病灶、手术切口缺血、缺氧,延长伤口愈合时间。混合痔手术属于污染手术,易出现感染、出血现象,机体疼痛在一定程度上会延长伤口愈合时间,诱发患者焦虑情绪,提高其交感神经系统兴奋性,增加其对疼痛的敏感度,形成恶性循环。因此,缓解混合痔术后患者疼痛是满足住院患者的基本需求^[1]。常规护理的侧重点在于基本护理,不具备针对性、精确性和高效性,且护理人员资质参差不齐,因此护理效果欠佳。

循证疼痛护理是以循证医学为基础的新型护理模式,是针对常规护理缺陷原因而提出的循证护理对策,其通过对各类影响因素进行分析,提出结构化、特定化循证问题,采用审慎评估的方法获得循证支持,结合护理人员专业技术能力与既往临床经验,制定循证护理干预方案,以提高护理干预的针对性,

具有科学化、规范化的特点^[2]。循证疼痛护理以耳穴贴压、微波理疗、中药熏洗、提肛运动、经络穴位拍打及心理护理为关键点,促进肛门功能恢复,缓解疼痛。手术创伤、心理作用是导致患者产生疼痛的主要原因,且排便、换药时,患者的疼痛感觉最为强烈。针对以上因素,循证疼痛护理采用促排便护理、排便指导以及心理护理等手段多管齐下,帮助患者建立正确的排便意识,减少患者面对疼痛时的恐惧心理,再联合药物减轻患者疼痛感。本研究结果显示,观察组术后最高疼痛评分、首次换药疼痛评分均低于对照组,首次排便及创面愈合时间均短于对照组,术后 48 h 水肿评分低于对照组,出院时创面评分于对照组;出院时观察组病房环境、操作水平、护患沟通、患者感受评分均高于对照组,提示循证疼痛护理可有效减轻混合痔术后患者疼痛,改善水肿程度,缩短恢复时间,促进创面愈合,提高患者满意度。混合痔患者多存在止血、凝血功能异常的情况,在手术期间,出血量较多,导致凝血因子大量被消耗,加剧凝血障碍,以致伤口难于愈合^[3]。循证疼痛护理通过中药塌渍、微波理疗、中药熏洗的热效应与生物效应,抑制

致炎因子表达,缓解局部炎症症状,促进血液循环,缓解患者疼痛症状^[14]。此外,相较于传统热敷,微波理疗、中药熏洗避免直接接触,升温快,且温度分布均匀,能够增强被照射、熏洗部位的新陈代谢,病变组织通过吸收中药、微波能量产生热量,增强组织修复与再生能力,同时还具有杀灭病原菌的作用,能够降低创口污染风险,预防感染效果较好,进而加速伤口愈合^[15]。本研究结果显示,护理后观察组血浆 FIB、D-D、vWF 水平均高于对照组,提示循证疼痛护理可有效改善混合痔手术患者凝血功能,促进组织修复。综上所述,混合痔术后应用循证疼痛护理干预能够改善患者凝血障碍,缓解手术部位疼痛,减轻创面水肿,促进恢复,提高患者满意度。

参考文献

[1]石玉迎,郑丽华,智从从,等.复方亚甲蓝肛周皮下点状注射对混合痔术后镇痛的临床观察[J].中国临床医生杂志,2019,47(2):203-206.
[2]王春梅,曹芳敏,徐敏,等.循证疼痛护理对痔疮手术患者术后疼痛及创面愈合的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(8):104-107.
[3]芮洪顺,勾振堂,芮冬.肛肠脱出性疾病诊疗精要[M].北京:中国医药科技出版社,2011.10-11.

(上接第 105 页)俞、肝俞”;《针灸大成·卷八·杂病》指出出血可灸肾俞、昆仑。

4 小结

《针灸大成》中对肾俞穴的记载使我们对肾俞穴有了更深入的了解。首先关于定位,《针灸大成》中对肾俞穴的描述是第 2 腰椎棘突下,后正中线旁开 1.5 寸,与现今膈穴定位一致;关于针刺深度,《针灸大成》记载肾俞穴针刺深度仅为 3 分,随着现代医学解剖研究的不断发展,现代中医认为肾俞穴可直刺 1.0~1.5 寸;关于主治病症,肾俞穴在临床上应用广,不仅可以治疗一切肾相关疾病,还能用于治疗内、外、妇、儿及五官科病症,因此熟练掌握肾俞穴的特性,对针灸临床治疗有很大的帮助。同时中医诊病历来也究四诊合参、辨证论治,针灸也是如此,针对不同疾病或者相同疾病的不同证型,选取的处方也有差异,因此在运用肾俞穴治疗疾病时一定要牢记辨证取穴,以获得更好的临床疗效。

参考文献

[1](明)杨继洲.针灸大成[M].太原:山西科学技术出版社,2017.128.
[2]高珊,李瑞,田环环.肾俞穴的研究进展[J].中国针灸,2017,37(8):

[4]徐云.耳穴埋籽配合中药熏洗在肛肠疾病术后疼痛的应用观察[J].黑龙江中医药,2017,46(4):60-61.
[5]雷倩.中药塌渍对肛周脓肿患者术后血清炎症因子影响[D].陕西:陕西中医药大学,2020.1-28.
[6]苏桂萍.微波治疗联合中药熏洗治疗对肛肠科混合痔术后患者的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(2):102.
[7]陈群萍.中药熏洗配合耳穴压豆治疗肛周疾病术后疼痛临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(12):76-78.
[8]刘坤.中药熏洗结合提肛运动对混合痔患者术后疼痛指数及肛缘水肿情况的影响[J].中华养生保健,2020,38(7):12-14.
[9]查勤芳,位娟,梁燕,等.穴位按摩联合经络拍打用于混合痔术后便秘病人的护理效果观察[J].护理研究(中旬版),2014,28(17):2100-2101.
[10]严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):34.
[11]张艳红.痔疮病人围手术期护理需求现状及其影响因素分析[J].蚌埠医学院学报,2020,45(9):1295-1298.
[12]张科平,马婧,王玲琴.多学科协作模式延续护理在痔疮患者术后疼痛管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(35):4984-4987.
[13]贺静如,白晶莹.精细化护理干预对痔疮手术患者术后伤口愈合及凝血功能的影响[J].血栓与止血学,2020,26(3):539-540.
[14]解慧,张斌涛.循证护理干预对混合痔手术患者创面出血、伤口愈合及凝血功能的影响[J].血栓与止血学,2021,27(6):1057-1058.
[15]刘静,陈静,阎桂芸.疼痛管理小组在混合痔术后疼痛管理中的作用[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(12):958-960.

(收稿日期: 2021-11-17)

845-850.
[3]刘清国,胡玲.经络腧穴学[M].第 9 版.北京:中国中医药出版社,2018.113-114.
[4]高宇,王伟明.肾俞穴的针刺安全性研究现状刍议[J].针灸临床杂志,2019,35(12):76-79.
[5]张聪.肾俞穴古代临床应用研究[D].济南:山东中医药大学,2017.
[6]王晓娜,王正田,王宏君,等.电针肾俞、会阳结合头针治疗小儿遗尿临床研究[J].天津中医药大学学报,2020,39(6):669-672.
[7]张亚倩,王熙岚,陈佳琪,等.针灸治疗小儿遗尿临床选穴规律分析[J].中国民间疗法,2021,29(10):69-71.
[8]刘大钊,羊璞,刘智斌.针灸及其相关疗法治疗慢性下腰痛的研究进展[J].中华中医药杂志,2021,36(4):2216-2218.
[9]罗容,章薇,石文英,等.古代文献中针灸治疗腰痛的选穴规律分析[J].中医药导报,2021,27(4):126-130.
[10]周鑫,杨婧瑜,史锐,等.基于数据挖掘技术探讨针灸治疗阳痿的选穴规律[J].中国针灸,2022,42(2):215-220.
[11]赵映,王亚楠,申治富,等.胡幼平针灸并用治疗男性不育症临床经验[J].四川中医,2017,35(3):16-17.
[12]于冬冬,马田田,王永欣,等.杨兆勤教授针灸治疗妇科病经验浅析[J].上海针灸杂志,2021,40(11):1387-1389.
[13]于冰,王聪,张永臣.《针灸大成》妇科病治疗规律浅析[J].成都中医药大学学报,2016,39(1):101-103.
[14]沈洁,沈梅红,李忠仁,等.艾灸肾俞穴对绝经前后亚健康状态女性性激素及 AMH 水平的影响[J].中国针灸,2017,37(4):381-385.
[15]米健国,王钰婷.针灸治疗神经性耳鸣的取穴规律分析[J].中医药导报,2021,27(1):167-170.

(收稿日期: 2021-11-15)