

◆ 护理研究 ◆

中西医结合治疗联合护理干预吻合器痔上黏膜环切钉合术后患者临床研究

沈爱芝, 邹德胜

绍兴市中心医院, 浙江 绍兴 312030

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗联合护理干预吻合器痔上黏膜环切钉合术 (PPH) 术后患者的疗效。方法: 选取 120 例内痔患者作为研究对象, 随机分为治疗组和对照组各 60 例。对照组术后接受常规对症处理和护理, 治疗组在对照组基础上接受中药坐浴和针对性护理。观察比较 2 组患者疼痛的改善情况、术后并发症发生情况和住院时间。结果: 2 组数字疼痛评分法 (NRS) 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 患者疼痛情况随时间而变化, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 时间与分组无交互作用 ($P > 0.05$)。结论: 应用中西医结合治疗联合护理干预可以显著减轻患者的术后疼痛, 降低术后并发症发生率, 缩短术后住院时间。

[关键词] 痔; 吻合器痔上黏膜环切钉合术 (PPH); 中西医结合疗法; 中药坐浴; 护理

[中图分类号] R657.1*8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0172-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.075

痔是最常见的肛肠疾病, 对于痔的治疗虽以非手术治疗和减轻症状为主, 但仍有部分患者难以治愈或频发复发, 因此不得不接受手术治疗。吻合器痔上黏膜环切钉合术 (PPH) 是一种手术时间短、创伤小、恢复时间短的手术方法, 因此已基本取代单纯切除术而成为临床最常用的治疗中重度患者的标准术式^[1]。为了进一步提高患者的治疗效果, 笔者采用中药坐浴联合针对性护理对 PPH 术后患者进行了干预, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 按照《临床诊疗指南: 外科学分册》^[2]所列诊断标准确诊为 I、II、III 度内痔、环状混合痔; 为首次接受痔疮手术治疗; 年龄 20~40 岁; 知情同意并签署知情同意书。

1.2 排除标准 合并糖尿病、脑血管疾病、呼吸系统疾病、肝肾功能不全、肿瘤等可能对治疗造成影响的疾病; 合并精神疾病; 妊娠、哺乳期及近期有妊娠意向的女性; 合并本研究所用药物应用禁忌症。

1.3 一般资料 按照上述标准选取 2013 年 1 月—2014 年 12 月在本院治疗的 120 例重度内痔患者作为研究对象, 采用随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组男 31 例, 女 29 例; 平均年龄 (32.70 ± 6.35) 岁; 平均病程 (3.87 ± 1.49) 年; 痔分度: I 度 10 例, II 度 19 例, III 度 22

例; 混合痔 9 例。对照组男 32 例, 女 28 例; 平均年龄 (31.84 ± 6.21) 岁; 平均病程 (4.35 ± 1.50) 年; 痔分度: I 度 10 例, II 度 19 例, III 度 24 例; 混合痔 7 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患者入院后均在完善术前检查和准备后接受 PPH。

2.1 对照组 术后接受常规对症处理, 如止血、止痛、抗感染等; 常规护理措施包括入院宣教、术后去枕平卧、观察患者胃肠功能恢复情况、饮食护理等。

2.2 治疗组 在对照组基础上术后加用中药坐浴。中药坐浴方: 黄柏、苦参、金莲花、生大黄、野菊花、川芎、玄明粉各 15 g, 每天 1 剂, 加水煎制成 250 mL, 加开水 2000 mL, 嘱患者首先坐于盆上进行熏蒸, 待水温降至 39℃ 后开始坐浴, 每次 20 min, 从术后 1 天开始至出院为止。并在住院过程中接受针对性护理: **心理护理:** 术前术后护士通过积极的心理干预缓解患者的不良情绪, 使患者能够以积极的心态面对病痛。 **中医护理:** 护士用手掌顺时针按摩患者腹部, 每次 5 min, 每天 2 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组患者疼痛的改善情况、术后并

[收稿日期] 2016-06-06

[作者简介] 沈爱芝 (1977-), 女, 主管护师, 主要从事普外科护理工作。

发症发生情况和住院时间。采用数字疼痛评分法(NRS)对疼痛程度进行评价,以0分为无痛,10分为最严重疼痛,分别于术后6h、中药坐浴2天后和出院时进行评价。术后并发症情况观察内容包括术后延迟出血、肛周水肿、肛周感染、创面延迟愈合、肛门失禁、肛门狭窄等PPH术后常见并发症。住院时间观察内容为患者术后至出院所经历的时间。

3.2 统计学方法 所有数据采用SPSS 19.0软件进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 U 检验或配对 U 检验,重复测量的计量资料采用重复测量资料的方差分析进行处理;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。

4 结果

4.1 2组术后疼痛情况比较 见表1。重复测量资料的方差分

析结果显示,2组NRS评分组间比较,差异有统计学意义($F=34.21, P<0.01$),患者疼痛情况随时间而变化,差异有统计学意义($F=14.60, P<0.01$),时间与分组无交互作用($F=1.33, P=0.34$)。

组别	n	术后6h	治疗2天后	出院前
治疗组	60	6.81±1.23	2.41±1.78	1.13±0.45
对照组	60	6.75±1.44	5.22±1.56	3.81±1.10

4.2 2组术后并发症发生情况比较 见表2。治疗组总体并发症发生率为6.67%,明显低于对照组的31.67%,差异有统计学意义($\chi^2=12.10, P<0.01$)。

组别	n	术后延迟出血	肛周水肿	肛周感染	创面延迟愈合	肛门失禁	肛门狭窄	合计
治疗组	60	1(1.67)	2(3.33)	0	1(1.67)	0	0	4(6.67)
对照组	60	3(5.00)	7(11.67)	5(8.33)	4(6.67)	0	0	19(31.67)
χ^2 值		1.92	3.34	0.07	0.00			12.10
P值		0.17	0.17	0.07	0.36	1.00	1.00	0.00

4.3 2组住院时间比较 见表3。治疗组住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

组别	n	≤4d	≤6d	≤8d	≤10d	>10d	均值(d)
治疗组	60	8(13.33)	37(61.67)	14(23.33)	0	1(1.67)	5.92±1.04
对照组	60	1(1.67)	23(38.33)	25(41.67)	8(13.33)	3(5.00)	7.59±1.43
Z/U值				4.02			7.32
P				<0.01			<0.01

5 讨论

痔的病因目前尚未完全明确,主流观点有肛垫下移学说和静脉曲张学说。肛垫下移学说认为在肛管黏膜下端有一层由弹性组织、结缔组织、静脉和平滑肌组成的环状肛管血管垫,简称肛垫,具有闭合肛管、节制排便的作用^[1]。当各种因素导致肛垫弹性回缩功能减弱后则会形成痔。与传统手术方式相比,PPH在临床得到了越来越广泛的应用,但PPH术后仍不可避免地存在一定的并发症,因此,对患者进行积极的治疗与护理十分重要。

中药坐浴是一种治疗痔疮、痔疮脱垂及各种肛肠手术术后的有效方法^[2]。本研究采用的坐浴方由黄柏、苦参、金莲花、生大黄、野菊花、川芎、玄明粉7味中药组成,黄柏、苦参、大黄、金莲花、野菊花均有清热解毒的功效,川芎活血行气止痛,玄明粉清热解毒、泻热通便,全方有清热解毒、泻热通便的作用。中药熏蒸、坐浴既可以通过药液的热力作用促进肛周组织的血液循环,又可起到软化粪便的作用,防止因便秘导致

切口愈合不良,还具有广谱抗菌、抗病毒作用,从而可防治切口感染。按摩是用手掌面贴于腹部进行有规律的环形运动的一种治疗手法,对腹部进行按摩可以促进胃肠运动,避免便秘发生。

高水平的护理干预对于促进PPH术后患者康复同样具有十分重要的作用。如魏健等^[3]研究表明,采用新型疼痛管理模式可以显著改善PPH术后患者的疼痛状况。李玲等^[4]的研究则表明,护理干预可以减少PPH术后尿潴留等常见并发症的发生。而心理护理可以缓解患者的紧张、焦虑情绪,有助于配合治疗,提高依从性,利于术后康复。可见,提供高水平的护理干预有利于改善患者预后。

综上所述,应用中西医结合治疗联合护理干预可以显著减轻患者的术后疼痛,降低术后并发症发生率,缩短术后住院时间。

[参考文献]

- [1] 吴鹏凌,卢通.吻合器痔上黏膜环切术联合中西医治疗重度内痔临床研究[J].新中医,2015,47(1):107-109.
- [2] 中华医学会.临床诊疗指南:外科学分册[M].北京:人民卫生出版社,2006:238-239.
- [3] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:419-422.
- [4] 李扬轶,彭达悦,周祥春,等.中药坐浴对治疗肛肠病术后创面愈合的影响分析[J].四川中医,2015,33(2):138-140.

- [5] 魏健,张娇花,周玉娇.新型疼痛管理模式对PPH术后疼痛的护理效果分析[J].实用医学杂志,2013,29(16):2744-2745.
- [6] 李玲,王艳波,孙鞞.护理干预对PPH术后尿潴留的影响[J].中国医药导刊,2012,14(5):881,883.

(责任编辑:吴凌)

中医特色治疗与护理对腰椎间盘突出症患者症状和体征的改善作用

周园丹,周悟节

温州市中西医结合医院骨科,浙江 温州 325000

[摘要] 目的:观察中医特色治疗与护理对腰椎间盘突出症患者症状和体征的改善作用。方法:选取100例腰椎间盘突出症患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与试验组各50例。对照组采用常规治疗与护理方法,观察组在对照组干预的基础上配合中医特色治疗与护理。比较2组干预前后长期反复腰腿痛、下肢麻木发凉的改善情况,以及观察2组干预前后直腿抬高试验阳性率和日本骨科协会(JOA)下腰痛评分的变化。结果:干预后,试验组长期反复腰腿痛、下肢麻木发凉的改善情况均优于对照组($P < 0.01$);直腿抬高试验阳性率低于对照组($P < 0.01$)。干预前,2组JOA评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,2组JOA评分均较干预前降低($P < 0.05$);试验组的JOA评分低于对照组($P < 0.05$)。结论:采用中医特色治疗与护理干预,能有效改善腰椎间盘突出症患者长期反复腰腿痛、下肢麻木发凉的症状。

[关键词] 腰椎间盘突出症;中医;治疗;护理

[中图分类号] R681.5+7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)11-0174-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.076

近几年来,随着工作压力的逐渐加大,腰椎间盘突出症的发病人数不断增加。该病主要表现为腰部阵发性疼痛,疼痛多呈放射性,夜间疼痛更为明显,严重威胁着广大患者的身心健康。因此,如何有效地治疗腰椎间盘突出症,已成为临床研究的重点之一。为探究中医特色治疗与护理对腰椎间盘突出症患者症状和体征的改善作用,笔者选取100例腰椎间盘突出症患者为研究对象,进行随机对照研究,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2013年7月—2015年7月在本院接受治疗的100例腰椎间盘突出症患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与试验组各50例。对照组男24例,女26例;年龄41~86岁,平均(66±13.6)岁;病程1.5~3.6年,平均(2.5±0.7)年。试验组男22例,女28例;年龄40~87岁,平均(67±12.8)岁;病程1.4~3.5年,平均(2.6±0.6)年。2组性别、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。

1.2 纳入标准 符合腰椎间盘突出症的诊断标准,经影像学检查确诊;符合气血瘀滞、风寒阻络及肝肾亏虚证的辨证标准。气血瘀滞证症见:腰腿痛如刺,痛有定处,日轻夜重,腰部板硬,俯仰旋转受限,痛处拒按。舌质暗紫、或有瘀斑,脉弦紧或涩。风寒阻络证症见:腰腿疼痛重着,转侧不利,静卧痛不减,受寒及阴雨加重,肢体发凉。舌质淡、苔白或腻,脉沉紧。肝肾亏虚证症见:腰酸痛,腿膝乏力,劳累更甚,卧则减轻,或有阳痿、早泄,妇女带下清稀等。舌质淡,脉沉细;年龄40~90岁;患者精神状态正常,可配合完成研究;经本院医学伦理委员会批准,患者及家属均自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准 年龄40岁以下或90岁以上;未经明确诊断腰椎间盘突出症,或临床症状不明显者;患者精神状态异常,甚至存在精神方面的疾病,无法自行配合完成研究。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规治疗;进行饮食、心理以及健康

[收稿日期] 2016-06-15

[作者简介] 周园丹(1982-),女,护师,主要从事骨科护理工作。