

微创痔疮手术结合优质护理在重症痔疮中的效果研究

高丽莎

永年区中医院 河北 邯郸 057150

摘要:目的:分析微创痔疮手术结合优质护理在重症痔疮中的应用效果。方法:选取2022年7月-2023年7月本院72例重症痔疮患者开展研究,均行微创痔疮手术治疗,用随机数字表法平均分为对照组36例,行常规护理,观察组36例,行优质护理,比较两组护理效果。结果:观察组MSP明显高于对照组,并发症发生率、创面愈合时间、首次排便时间、首次排尿时间、创面水肿消失时间、手术时间、SAS、SDS、VAS评分和RRP均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予重症痔疮患者微创痔疮手术治疗时,联合优质护理,能有效减轻疼痛程度,改善肛肠动力学指标和情绪,预后良好且安全,具有推广价值。

关键词:微创痔疮手术;优质护理;痔疮;肛肠动力学指标;疼痛

痔疮是临床多发肛肠科疾病之一,致病原因主要为直肠或肛肠下方含有静脉丛出现肿大、瘀血或充血等现象,多发群体有老年人、孕妇和久坐群体等^[1]。重度痔疮者,一般存在脱垂、便血和疼痛等表现,后续疾病加重,痔核经由肛门脱出,不能回缩,生活质量明显降低。当下,重度痔疮首选疗法为手术,传统手术应用广泛,能直接将病变部位切除,但该术式创伤大,术中出血量多,疼痛明显,会影响到后续恢复^[2]。近些年,微创手术逐渐成熟,借助环形切除法,可以切除直肠下段含有的粘膜组织及直肠黏膜,采取相应吻合器,对黏膜及相应组织进行吻合处理,能促进肛垫回到原位,疗效明确。实施微创治疗同时,联合高质量、精细化护理,是改善预后的关键。本次研究以重症痔疮患者为对象,分析优质护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年7月-2023年7月本院72例重症痔疮患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组36例,男18例,女18例,年龄为25-74岁,平均年龄(47.86±3.34)岁;观察组36例,男19例,女17例,年龄为26-75岁,平均年龄(47.79±3.46)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合痔疮诊断标准^[3];主要症状为痔疮嵌顿、肛门瘙痒和大量便血等;痔疮分级结果为Ⅲ-Ⅳ级;接受微创痔疮手术治疗;知情同意本次研究。

排除标准:伴有其他肛门疾病;具有痔疮手术史;重度器质性疾病;直肠恶性肿瘤;精神疾病。

1.2 方法

两组均行微创痔疮手术治疗:实施腰硬联合麻醉,

行截石位,将消毒巾铺好,选取痔脱垂较少且黏膜外翻较轻部位,应用组织钳进行扩张处理,选用肛镜扩张器,将其放入,将外罩固定好,在扩张器内放入肛门镜缝扎器。在和肛门齿状线相距约4cm部位,将缝扎器启动,缝合直肠黏膜下层,取出缝扎器,放进圆形痔吻合器,适当调整,达到最大位置,于缝合线上部置入头部,立即将其收紧,关注逆时针方向,旋转吻合器,将其取出。提取痔组织,监测吻合口部位,判断其有无渗血,一旦发现渗血,立马采取羊肠线(型号为3号),对后切口进行分割处理,采取凡士林纱布,将其放进出血处。手术完成后,在肛门部位将排气管安置好,等待2d,将其拔出,实施止痛、消炎等处理措施。

对照组行常规护理,按照医嘱提供药物,讲解疾病知识,提醒患者注意休息,监测切口变化。观察组以对照组为基础,行优质护理:

1.2.1 术前干预

①心理干预:痔疮会给患者带来明显痛苦和不适,患者不了解该病,常伴有焦虑、恐惧和紧张等情绪。患者就诊时,护理人员应积极、热情接待患者,保证态度诚恳、语言简明。进行护理时,体贴、关心患者,富有同情心,确保肢体、口头语言相符,关注自身语调、神态和仪表。了解患者一般资料,结合其心理特征、年龄、文化程度等,选取合适疏导方式。介绍痔疮机制、临床症状和预后,工作认真、负责,职业道德高尚,适时分散其注意力。②术前准备:饮食干预,提供饮食指导,介绍控制饮食重要性,进行肛管直肠手术治疗后,如过早排便,会导致疼痛增加,不利于愈合。术前3d,选取瑞素,令患者口服,每天1000ml,将其视为主食,辅食为清流质食物,例如果蔬汁等,若液体量缺乏,可

令患者饮用适量水。肠道准备, 选取抗菌药, 于术前3d使用, 常见的有庆大霉素、甲硝唑等。选取9g番泻, 加入适量开水, 于夜间冲泡, 令患者饮用, 直到出现清水样便, 无粪渣。进行肛门坐浴, 选用高锰酸钾溶液。

1.2.2 术中干预

先对手术室展开全面消毒, 保证室内温湿度适宜, 创建出舒适、整洁的手术环境。术中, 密切配合医生, 监测生命体征, 一旦出现异常指征, 马上报告, 立即处理。保护患者隐私, 采取无菌毛巾, 将患者隐私部位遮挡住, 术后帮助患者将衣服穿好, 送到病房内。

1.2.3 术后干预

①饮食干预: 待患者恢复肛门排气、肠蠕动后, 可提供白开水少量, 若未出现不适, 可提供主食、辅食, 同术前。观察5d, 提供半流食, 选取30ml液状石蜡, 令患者口服, 每晚1次, 如患者无法接受, 可更换为香油, 促进大便软化, 起到通肠便作用。约7d, 提供软食, 以高蛋白、高热量为主, 加强抵抗力。②肛门坐浴: 坐浴时间为便后、每晚, 选取0.02%高锰酸钾, 保证会阴、肛门全部处于热水内, 时间为15-20min, 其间可加入适量热水。③疼痛干预: 护理人员应详细讲解疼痛发生机制, 如疼痛较轻, 可转移其注意力, 若疼痛严重, 可提供药物镇痛, 选取曲马多、去痛片等令患者口服, 或采取强通定进行肌注, 控制不当或疼痛剧烈者, 可采取50ml杜冷丁, 进行肌注。④并发症干预: 针对尿潴留, 为患者提供鼓励, 令其自主排尿, 按摩腹部, 通过反射诱导、聆听流水声等, 促进其排尿。合理应用止

痛剂, 患者未出血时, 借助热水袋, 对其小腹部进行热敷。如过了24h, 患者依然未排尿, 或者出现尿潴留, 应采取无菌导尿, 将1次放尿时间控制在1000ml及以下。出现出血时, 应尽量少活动, 或采取凡士林纱条进行压迫填塞。

1.2.4 出院指导

告知患者每天定时排便, 出现便意后不能久忍, 多食用新鲜蔬果, 预防便秘, 禁烟禁酒, 不可食用刺激性、辛辣食物。患者出院时, 观察手术创面, 若未愈合完全, 可继续实施温水坐浴。日常生活中如出现排便困难, 应立即回院就诊。不能久站久坐, 适当活动、运动, 刺激肠道蠕动。

1.3 观察项目和指标

评价疼痛/心理状态: 经由VAS、SAS、SDS量表^[4], 评估疼痛、焦虑和抑郁。评价肛肠动力学指标: 借助消化道动力检测仪, 于干预前后检验MSP和RRP^[5]。评价手术相关指标^[6]: 观察两组创面愈合时间、首次排便时间、首次排尿时间、创面水肿消失时间和手术时间。评价并发症^[7]: 包括尿潴留、出血和感染。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料, 分别行t与检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛/心理状态比较

干预后两组SAS、SDS和VAS评分均明显低于干预前, 观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组疼痛/心理状态比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)		VAS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	58.38±3.32	32.86±3.35a	56.86±2.66	30.56±3.14a	5.28±0.29	2.00±0.15a
对照组	36	58.28±3.41	42.01±3.46a	56.94±2.47	40.16±3.53a	5.27±0.30	3.97±0.34a
t	/	0.126	11.399	0.132	12.192	0.144	31.807
P	/	0.900	0.000	0.895	0.000	0.886	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组肛肠动力学指标比较

干预后两组MSP均明显降低, 但观察组高于对照组; RRP均呈增加趋势, 但观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表2。

2.3 两组手术相关指标比较

观察组的创面愈合时间、首次排便时间、首次排尿时间、创面水肿消失时间和手术时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

2.4 两组并发症比较

对比并发症发生率, 观察组更低 ($P < 0.05$)。详见表4。

表2 两组肛肠动力学指标比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	MSP (mmHg)		RRP (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	129.29±7.71	114.27±6.34a	6.89±0.21	6.95±0.34a
对照组	36	129.36±7.28	105.77±6.62a	6.88±0.24	10.00±0.51a
t	/	0.040	5.564	0.188	29.856
P	/	0.969	0.000	0.851	0.000

注: 与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

表3 两组手术相关指标比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	创面愈合时间(d)	首次排便时间(h)	首次排尿时间(h)	创面水肿消失时间(d)	手术时间(min)
观察组	36	6.57±0.52	45.76±4.34	5.00±1.00	3.43±0.36	20.14±3.67
对照组	36	15.68±0.71	55.67±4.16	6.71±1.12	5.23±0.27	38.87±3.26
<i>t</i>	/	62.110	9.891	6.833	24.000	22.893
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表4 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	尿潴留	出血	感染	发生率
观察组	36	0	1	1	5.56
对照组	36	2	4	4	27.78
	/	/	/	/	6.400
<i>P</i>	/	/	/	/	0.011

3 讨论

痔疮发生率高,当下该病病因不明,主要包含两种学说,分别为静脉曲张学说及肛垫下移学说。疾病初期,症状以疼痛为主,后续受大量饮酒、食用刺激性食物、长时间便秘等因素影响,疾病进展,引发肛门瘙痒、剧烈疼痛和痔核嵌顿等表现^[8]。既往临床治疗重度痔疮时,多采取手术治疗,借助外剥内扎法,全部去除痔核,创伤较大,疼痛明显,不利于预后恢复^[9]。

微创技术不断成熟,根据肛垫下移理论,开展微创痔疮手术,能有效解除痔疮脱垂^[10]。联合优质护理,术前关注患者心理,疏导负面情绪,做好准备工作,术中给予患者尊重,将隐私部位保护起来,配合医生工作,术后定期换药,减轻疼痛,防范出血等并发症。鼓励患者定时排便,控制排便时间,提供饮食指导,缩短恢复时间^[11]。本次研究结果显示和对照组比,观察组的SAS、SDS和VAS评分均更低($P < 0.05$),表示微创治疗联合优质护理,能有效改善情绪,减轻疼痛。观察组的MSP更高,RRP更低($P < 0.05$),代表该模式可调节肛肠动力学指标,促使其顺利排便。观察组的手术相关指标均更低($P < 0.05$),表明该模式能提升手术效率,加快后续修复进程。观察组的并发症发生率更低,提示该模式可预防并发症,更安全、有效^[12]。说明针对重症痔疮患者,开展微创痔疮手术,提供优质护理,能减轻机体受损程度,缓解疼痛,有效改善病情,防范尿潴留等并发症,预后明确。

综上所述,给予重症痔疮患者微创痔疮手术治疗

时,联合优质护理,能有效减轻疼痛程度,改善肛肠动力学指标和情绪,预后良好且安全,具有推广价值。

参考文献

- [1]林晓玲,纪惠荣,方奕端.医院-社区-家庭过渡期护理干预在痔疮手术患者中的应用方法及效果探讨[J].中国医药科学,2023,13(13):129-131+144.
- [2]黄璐璐.中药熏洗治疗痔疮术后患者护理中精细化护理的应用效果[J].吉林医学,2023,44(6):1714-1717.
- [3]涂淘金,钟枚,林浓浓.基于“阳光服务”的临床护理路径对痔疮患者术后康复及心理状况的影响[J].医疗装备,2023,36(11):149-151.
- [4]黄啊珍.亲情护理模式对痔疮患者术后康复效果的影响[J].中国医药指南,2023,21(15):153-155.
- [5]田英.优质护理干预在痔疮手术后患者护理中的临床应用[J].甘肃科技,2021,37(17):132-134.
- [6]林清华,王正婷,林慧聪.分步健康教育结合中医护理在痔疮术后的康复应用效果研究[J].中国医药指南,2023,21(13):164-167.
- [7]赵小敏,李军霞.多学科协作护理模式对痔疮术后患者疼痛及伤口愈合影响[J].临床研究,2023,31(4):129-131.
- [8]黄慧君,朱美婷,黄惠娟.优质护理对高血压合并痔疮患者生活质量的影响评价[J].心血管病防治知识,2021,11(14):74-76.
- [9]薛红英.痔疮手术治疗后应用优质护理干预的临床效果[J].医学食疗与健康,2022,20(9):127-129.
- [10]熊小英.优质护理在痔疮围手术期中的护理效果分析[J].中国社区医师,2021,37(16):146-147.
- [11]林永梅.糖尿病合并痔疮患者接受手术治疗期间辅以优质护理干预的应用价值[J].糖尿病新世界,2022,25(1):151-155.
- [12]洪晓征.优质护理对减轻痔疮患者术后疼痛及提高护理满意的效果[J].中国医药指南,2021,19(32):141-142.