

综合护理在肛瘻患者术后护理中的应用

余英梅 叶家成 蔡保华 莫雅婷 余凤娴

广东省阳江市人民医院 529500

【摘要】目的 探讨综合护理在肛瘻患者术后护理中的应用效果。**方法** 选取我科收治的肛瘻患者 60 例作为研究对象, 对照组和观察组各 30 例, 对照组采用常规护理, 观察组采用综合护理。**结果** 观察组患者术后 24h、术后 48h、术后 72h 的疼痛评分、排尿时间、住院时间、并发症总发生率均于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。**结论** 综合护理对肛瘻患者术后疼痛及恢复具有积极影响, 因此综合护理更具推广价值。

【关键词】 综合护理; 肛瘻; 术后护理; 应用

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2024) 01-140-02

肛门直肠瘻(肛瘻)是肛门直肠周围的脓肿溃破或切口引流的后遗症变^[1]。国内肛瘻在肛肠疾病中的发病率为 1.67%~2.6%, 明显低于国外的 8%~20%, 但是国内外肛瘻患者发病年龄均以青壮年男性为主。肛瘻病因相对复杂, 肛周脓肿、直肠肛门损伤、肛裂感染、手术、直肠肛管癌、溃疡性大肠炎等因素均可诱发该病, 确诊后可以采用药物治疗或手术治疗^[2]。由于肛瘻患者症状以流脓、肿痛、瘙痒等情况为主, 需临床上给予相关护理措施, 改善患者护理效果。因此本次研究主要探讨在肛瘻患者中采用综合护理应用效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取于 2023 年 5 月-2023 年 12 月我科收治的肛瘻患者 60 例作为研究对象, 对照组和观察组各 30 例, 肛瘻患者一般资料情况如表 1-1 所示。

表 1-1 肛瘻患者一般资料情况

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁)	平均年龄(岁)
观察组	30	18/12	30-45	35.42±1.85
对照组	30	18/12	31-45	35.70±1.96
P		>0.05	>0.05	>0.05

纳入标准: 经诊断为肛瘻的患者; 符合肛瘻手术指征者; 自愿参与本实验。

排除标准: 手术禁忌症者; 合并恶性肿瘤者; 合并心脑血管疾病者; 依从性差者。

1.2 方法

对照组采用常规理, 观察组采用综合护理。

(1) 常规护理。对患者进行伤口护理、饮食干预、健康宣教、心理疏导。

(2) 综合护理。①术前对患者开展心理疏导和健康教育: 通过一对一宣教、沟通交流方法让患者了解手术后可能出现的情况, 让患者提前做好肛门疼痛的准备, 提高患者伤口敷料更换的依从性, 减少患者应激反应。②术中对患者进行体温护理和手术配合, 监测患者生命体征变化。③术后对患者进行疼痛护理、饮食干预、并发症预防: 采用转移注意力方法缓解患者疼痛, 若疼痛严重则联用药物镇痛; 保持清淡饮食原则, 禁止食用生冷辛辣食物, 禁止抽烟喝酒; 排便后冲洗肛门保持清洁, 每日进行中药坐浴、定期开展提肛运动、采用局部热敷, 改善患者膀胱和肛门功能, 加快患者术后恢复, 预防并发症。

1.3 观察指标

(1) 术后疼痛情况采用视觉模拟(VAS)方法评价, 满分 0~10 分, 分别统计术后 24h、术后 48h、术后 72h 的疼痛情况。

(2) 临床恢复指标包括排尿时间、住院时间、并发症情况, 并发症包括导尿、尿潴留、尿路刺激征。

1.4 统计学方法

对本文计数、计量资料均采用 SPSS23.0 软件处理数据, 并且用 $P < 0.05$ 表示差异显著。资料分别采用 t 检验, 并且用 (%) 和 ($\bar{x} \pm s$) 表示。

2 结果

2.1 两组肛瘻患者术后疼痛情况对比

观察组肛瘻患者术后 24h、术后 48h、术后 72h 的疼痛评分均低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2-1。

表 2-1 两组肛瘻患者术后疼痛情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 24h	术后 48h	术后 72h
观察组	30	3.10±0.65	2.55±0.57	1.80±0.51
对照组	30	4.52±0.91	3.47±0.73	2.63±0.68
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组肛瘻患者临床恢复指标对比

观察组肛瘻患者排尿时间、住院时间、并发症总发生率均低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2-2。

表 2-2 两组肛瘻患者临床恢复指标对比

组别	例数	排尿时间 ($\bar{x} \pm s$, h)	住院时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	并发症总发生率 [n(%)]
观察组	30	2.15±1.07	11.40±1.85	2(6.67)
对照组	30	3.72±1.26	15.29±2.74	7(23.33)
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

本次研究结果表明: 观察组肛瘻患者术后 24h、术后 48h、术后 72h 的疼痛评分分别为 3.10±0.65 (分)、2.55±0.57 (分)、1.80±0.51 (分), 与对照组比较分别下降 1.4 分、1.1 分、0.8 分左右, 可见综合护理对肛瘻患者术后疼痛的缓解具有积极意义, 但是随着患者住院时间的增加两组患者术后疼痛差异也越来越小。观察组肛瘻患者排尿时间、住院时间、并发症总发生率分别为 2.15±1.07 (h)、11.40±1.85 (d)、6.67%, 对照组比较分别下降 1.6h、3.8d、16~17% 左右, 可见综合护理对肛瘻患者临床恢复的好转具有积极意义。但是, 本文未探究患者肛瘻类型以及病

(下转第 142 页)

发病率并不低,且随着人们生活压力的加大,患病人数还在不断增多,与个体心理易感素质和外部社会环境的不良因素有关,具有较大危害性,也会增加家庭经济负担。尽管处于康复期的精神分裂症患者相关症状有所改善,但仍需要积极配合相应的治疗、护理干预,以降低复发风险^[2]。药物治疗对疾病控制具有关键作用,但不可仅仅只重视疾病本身的治疗,还应关注患者回归社会后的适应能力。因此,有必要予以其相应的护理干预。人性化护理是一种应用较为广泛的护理模式,坚持以患者为中心,在干预过程中充分考虑患者实际需求,并通过实施相应的人性化措施以帮助患者尽快康复。如进行环境干预,能够为其提供良好的疗养条件,消除危险因素;重视对患者的心理护理能够及时帮助其疏导不良心理,调整心态,提高依从性;而生活行为方面的干预则有助于帮助患者养成健康的生活习惯,提高生活技能,从而为其回归社会做好铺垫。此外,护理时始终时刻践行人文关怀理念,

使患者能够感受到被关心、尊重,利于消除各种阻碍疾病恢复的不良因素,增强患者信心。文中结果显示:观察组的用药总依从性高于对照组。两组护理后的BPRS评分均有降低,且观察组的情绪障碍、活动障碍、思维障碍、激惹性和敌对性评分低于对照组($P < 0.05$)。

综上所述,予以康复期精神分裂症患者人性化关怀护理有助于提高其用药依从性,改善症状,加速康复。

参考文献:

[1] 曾文娟,严菊俏,张瑞平.人性化关怀护理干预对康复期精神分裂症患者认知功能及用药依从性的影响[J].中国当代医药,2021,28(11):224-227.

[2] 黄婉仪.康复护理路径对精神分裂症患者服药依从性及健康教育效果的影响[J].反射疗法与康复医学,2020,12(22):86-89.

表2: BPRS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	情绪障碍		活动障碍		思维障碍	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=31)	18.32±1.08	5.65±0.37	18.11±0.89	5.32±0.12	18.62±0.21	5.90±0.41
对照组 (n=31)	18.64±1.09	10.43±1.24	18.39±0.67	10.23±0.86	18.47±0.32	9.28±0.75
t 值	1.161	20.567	1.399	31.483	2.182	22.017
P 值	0.250	0.000	0.167	0.000	0.033	0.000

表3续:

组别	激惹性		敌对性	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=31)	17.23±1.20	4.36±1.33	18.50±0.36	6.55±1.01
对照组 (n=31)	17.11±1.29	8.27±1.20	18.62±0.37	11.25±1.37
t 值	0.379	12.153	1.294	15.375
P 值	0.706	0.000	0.201	0.000

(上接第139页)

躯体化障碍是一种临床发生率较高的慢性精神障碍性疾病^[4],在发病后会出现麻木、疼痛、呕吐、恶心等表现,还会发生抑郁、焦虑等负面情绪。躯体化障碍疾病的发病原因较多,有神经生理,个体特征,心理社会因素以及遗传等^[5]。以慢性疼痛为主的躯体化障碍患者会出现长时间的疼痛,进而降低患者的生活质量。使用多模式护理,可改善患者的疼痛感,降低患者的心理压力。本文中选取以慢性疼痛为主的躯体化障碍患者60例,应用多模式护理患者的PPI评分较低($2.12 \pm 0.69 < 3.52 \pm 0.07$),PRI评分较低($11.59 \pm 1.35 < 13.25 \pm 1.07$)以及ADL评分较高($97.31 \pm 1.06 > 93.88 \pm 1.32$),疼痛评分较低($2.19 \pm 0.21 < 5.03 \pm 1.22$),躯体障碍评分较低($28.13 \pm 1.62 < 36.51 \pm 1.77$)。

综上,在慢性疼痛为主的躯体化障碍患者中应用多模式护理,可缓解疼痛,提高患者自理能力。

(上接第140页)

程时间,存在局限性。

综上所述,综合护理对肛瘘患者术后疼痛及恢复具有积极影响,因此综合护理更具推广价值。

参考文献:

参考文献:

[1] 王仡天,庞璇,王怡,等.多模式护理干预在慢性疼痛为主的躯体化障碍中效果观察[J].心理月刊,2020,15(5):21-22.

[2] 宋静超,周俊辉,钟巍,等.认知行为疗法对胸腔镜下肺癌根治术老年患者焦虑及慢性疼痛的影响[J].临床心身疾病杂志,2023,29(6):85-90.

[3] 李文雪,包园,陈翠,等.成人ICU转出患者慢性疼痛发展轨迹的潜在类别及影响因素分析[J].护理学报,2023,30(21):65-70.

[4] 张艳,史若楠,皮寒寒.多学科合作模式护理联合情绪释放疗法在老年慢性疼痛患者护理中的应用[J].临床医学工程,2022,29(9):1279-1280.

[5] 乔治·塞拉尼莫斯塔萨尔.用于通过多感觉和多模式刺激引起审美颤抖或寒颤以缓解慢性疼痛的设备及其使用方法:CN201980095629.X[P].2021-12-17.

[1] 王凤栖.开展综合护理干预对肛瘘患者术后肛门疼痛及尿潴留的影响研究[J].黑龙江医学,2023,47(07):860-862.

[2] 何迎春,麦家慧,方端端,等.综合护理模式对肛瘘术后患者自我护理能力、术后疼痛评分及术后恢复情况的影响分析[J].智慧健康,2021,7(36):193-195.