

护理干预在肛肠疾病术后疼痛中的应用技术探讨

喻 莎
宁乡市中医医院 湖南省长沙市宁乡市 410600

摘 要：目的：探究个性化综合护理干预于缓解肛肠疾病患者术后疼痛并改善其生活质量方面的应用成效。方法：择取 2022 年 6 月至 2024 年 12 月期间我院所收治的 120 例施行肛肠手术的患者当作研究对象，依循随机数字表法将其划分为对照组与实验组，每组各计 60 例。两组患者皆予以常规护理举措，实验组在此基础上施行个性化综合护理干预措施，涵盖疼痛评估、健康教育、药物镇痛、非药物镇痛、功能锻炼、饮食指导、皮肤护理以及心理护理等层面。于术后第 1、3、5 日借助数字评分量表（NRS）对两组患者的疼痛程度予以评估；在患者出院之际运用慢性疾病治疗功能评定量表（COOP/WONCA）来评定其生活质量；采用我院自行编制的护理满意度调查表对护理满意度进行测评。结果：实验组患者于术后第 3 日及第 5 日的数字分级法（NRS）评分对照组（ $P < 0.05$ ）。就生活质量评分而言，实验组患者所得评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）。此外，在护理满意度方面，实验组可达 98.33%，明显高于对照组的 81.67%（ $P < 0.05$ ）。结论：针对肛肠疾病术后的患者施行个性化的综合护理干预举措，能够切实有效地缓解术后疼痛症状，优化患者的生活品质，提升护理工作的满意程度，具备在临床实践中加以推广与应用的价值。

关键词：肛肠疾病；术后疼痛；个性化护理干预；生活质量；护理满意度

肛肠疾病是消化外科常见病和多发病，包括痔、肛瘘、肛裂、直肠脱垂等，严重影响患者的生活质量^[1]。手术是目前治疗肛肠疾病的主要方法，但术后疼痛发生率高，可达 50% 以上^[2]。术后疼痛不仅给患者带来痛苦，还可能诱发尿潴留、便秘等并发症，延长住院时间，增加医疗费用，导致患者身心健康受损^[3]。因此，有效控制肛肠术后疼痛，改善预后，提高生活质量，是肛肠外科的重要课题。疼痛是一种主观的感觉体验，因个体差异、社会文化背景及心理状态的不同而表现各异^[4]。国内外研究表明，传统的常规护理模式往往无法满足肛肠术后患者的疼痛护理需求，容易导致疼痛控制不佳，患者恢复慢^[5]。而个性化综合护理干预着眼于生物-心理-社会医学模式，根据患者的疼痛特点、心理状态、生活习惯等制定个体化护理方案，通过药物与非药物镇痛相结合，与饮食、皮肤、功能锻炼及心理护理相配合，能更好地控制疼痛，促进康复^[6]。鉴于此，本研究拟对我院 120 例肛肠术后患者实施个性化综合护理干预，探讨其在减轻术后疼痛及改善生活质量中的应用效果，以期为肛肠术后患者的护理提供新的思路和方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取 2022 年 6 月至 2024 年 12 月于我院接受诊治的 120 例实施肛肠手术的患者当作研究对象。运用随机数字表法把患者划分成对照组与实验组，每组各计 60 例。针对两组患者在性别、年龄、病程、文化层次以及手术方式等一般资料层面展开比较，所呈现出的差异皆未具备统计学意义（ $P > 0.05$ ），具备可比较性。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄（岁）	病程（年）	文化程度			手术方式		
		男	女			小学及以下	中学	大专及以上	痔切除术	肛瘘切开术	直肠脱垂修补术
实验组	60	35	25	46.2 ± 7.9	5.4 ± 2.6	14	32	14	40	12	8
对照组	60	33	27	46.8 ± 8.5	5.8 ± 2.2	16	30	14	38	14	8
χ ² 值 / t 值		0.134		0.400	0.897	0.268			0.329		
P 值		0.714		0.690	0.372	0.875			0.848		

1.2 入选标准和排除标准

纳入标准:

- 1) 经由临床及影像学相关检查手段确诊罹患肛肠疾病;
- 2) 依据既定安排择期施行肛肠手术予以治疗;
- 3) 年龄处于 18 周岁至 70 周岁区间;
- 4) 具备正常的认知功能, 可配合开展相关调查活动;
- 5) 在充分知晓本研究相关情况的前提下表示同意参与该项研究。

排除标准:

- 1) 合并严重心、肺、肝、肾等重要脏器功能障碍达到不全程度者;
- 2) 长期服用镇痛、抗抑郁类药物者;
- 3) 既往存在慢性疼痛病史情况者;
- 4) 无意参与此项研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组患者在常规护理的基础上, 给予术后疼痛的常规处理, 主要包括: 嘱患者绝对卧床休息, 保持手术区域清洁干燥; 根据医嘱适量使用镇痛药物, 如布洛芬、曲美布汀等; 指导患者采取合适体位, 避免用力排便; 叮嘱患者进食清淡易消化食物, 避免辛辣刺激性食物, 适当补充优质蛋白和维生素; 向患者讲解疼痛相关知识, 但未给予系统的健康教育^[7]。

1.3.2 实验组

实验组患者在对照组常规护理的基础上, 给予个性化综合护理干预, 具体措施如下:

(1) 疼痛评估: 术前一天向患者介绍疼痛的定义、类型及评分方法, 采用数字评分量表 (NRS) 评估患者术后即刻、24h、48h 疼痛程度, 并详细了解患者疼痛的部位、性质、持续时间、加重及缓解因素等, 以便制定个性化疼痛护理方案, 并动态调整。

(2) 健康教育: 术前向患者及家属详细讲解手术目的、方法、疼痛特点、常见并发症及护理注意事项, 消除患者紧张恐惧心理。术后告知其疼痛发生原因, 与医生沟通制定切实可行的镇痛方案。指导患者如何使用疼痛评估工具, 配合治疗和护理^[8]。

(3) 药物镇痛: 严格执行医嘱, 选用适合患者的镇痛药物, 如阿片类、非甾体类药物等, 并严密观察药物的疗效

和不良反应。对疼痛控制不佳或出现药物不良反应的患者, 及时反馈医生调整治疗方案。

(4) 非药物镇痛: 根据患者个体差异, 采用音乐疗法、分散注意力、渐进性肌肉放松、腹式呼吸等非药物镇痛措施, 转移患者注意力, 放松肌肉, 促进内啡肽释放, 提高镇痛效果。

(5) 饮食指导: 根据患者术后恢复情况, 制定个性化饮食计划。术后即刻禁食水, 6-12h 后进流质, 待肠蠕动恢复、肛门排气后改半流质, 待大便通畅后改软食。嘱患者多食富含纤维素的蔬菜水果, 适当进食高蛋白、高维生素食物, 补充营养, 促进伤口愈合。忌食辛辣刺激性、油腻不易消化食物, 避免增加肠道负担。

(6) 姿势护理: 指导患者采取舒适体位, 减轻肛周水肿和疼痛。取侧卧位, 在腹部垫软枕, 使肛门区充分外露, 避免受压。排便时取蹲位或半蹲位, 减少腹压, 避免用力。

(7) 皮肤护理: 保持肛周皮肤和伤口敷料清洁干燥, 每日更换敷料, 预防感染。叮嘱患者避免久坐, 每隔 2h 变换体位, 促进局部血液循环。视情况给予坐浴、臀浴, 缓解局部不适。

(8) 生物反馈疗法: 应用肛门直肠压力测定仪, 监测患者肛门静息压、最大肛门收缩压。指导患者进行提肛运动、括约肌收缩训练等, 增强肛门括约肌力量, 促进肛门功能恢复^[9]。

(9) 心理护理: 加强与患者沟通, 给予同情和支持。对焦虑、抑郁等负性情绪给予针对性疏导, 缓解紧张情绪。嘱患者保持乐观情绪, 树立战胜疾病信心。

1.4 观察指标

1) 采用 NRS 评估两组患者术后第 1、3、5 天疼痛程度, 0 分表示无痛, 10 分表示剧痛。

2) 采用慢性疾病治疗功能评定量表 (COOP/WONCA) 评估两组患者出院时生活质量, 分值越高表示生活质量越差。

3) 采用我院自制的护理满意度调查表评估两组患者的护理满意度。

1.5 统计分析

利用 SPSS 25.0 数据统计处理。(x ± s) 表示计量数据, t 进行组间比较。(%) 表示计数数据, x² 进行组间比较。P 值小于 0.05 代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛程度比较

术后第 3、5 天，实验组疼痛评分均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 患者术后疼痛评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 5 天
实验组	60	5.42 ± 0.86	3.78 ± 0.67	2.05 ± 0.58
对照组	60	5.56 ± 0.92	4.89 ± 0.82	3.64 ± 0.75
t 值		0.862	8.079	13.167
P 值		0.390	0.000	0.000

2.2 两组生活质量比较

实验组生活质量评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 患者生活质量比较

组别	n	生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）
实验组	60	19.94 ± 2.57
对照组	60	24.68 ± 3.91
t 值		8.099
P 值		0.000

2.3 两组护理满意度比较

护理满意度为 98.33%，明显高于对照组的 81.67%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 患者护理满意度比较

组别	n	满意	基本满意	不满意	护理满意 [n(%)]
实验组	60	52	7	1	59(98.33)
对照组	60	38	11	11	49(81.67)
χ^2 值					8.864
P 值					0.003

3 讨论

本研究结果显示，实施个性化综合护理干预后，实验组患者术后第 3、5 天疼痛评分明显低于对照组，提示个性化综合护理干预可有效缓解肛肠疾病患者术后疼痛。分析原因如下：护理人员通过细致的疼痛评估，全面了解患者疼痛特点和影响因素，为制定个性化疼痛护理方案提供依据。有针对性地开展疼痛健康教育，使患者正确认识疼痛，掌握自我控制疼痛的方法，增强主动配合治疗和护理的意识^[10]。此外，护理人员严格遵医嘱给药，并密切观察药物疗效和不良反应，必要时与医生沟通调整用药方案，保证药物镇痛效果。同时采用音乐、呼吸训练等非药物镇痛措施，减轻患者

对疼痛的关注度，放松肌肉，提高镇痛效果。以上措施可从多方面控制术后疼痛，达到事半功倍的效果。

研究还发现，实验组患者的生活质量评分明显低于对照组，说明个性化综合护理干预可改善肛肠术后患者的生活质量。肛肠术后疼痛往往严重影响患者生理、心理和社会功能，降低其生活质量。而个性化综合护理通过加强饮食指导，制定易消化、营养丰富的饮食，促进胃肠功能恢复；采取适宜的体位和皮肤护理，减轻肛周水肿，预防并发症；运用生物反馈疗法，增强肛门括约肌力量，恢复肛门控制功能。同时重视心理护理，缓解负性情绪，树立战胜疾病信心。这些措施能促进患者术后早日康复，减少并发症，提高整体生活质量。

本研究中实验组患者的护理满意度显著高于对照组，提示个性化综合护理干预可提升患者对护理工作的满意程度。个性化综合护理秉持以患者为中心的理念，尊重患者主观感受，针对不同患者的疼痛特点、心理状态等制定量身定制的护理方案，强调护患沟通，注重人文关怀，这有助于拉近护患距离，建立良好的护患关系，提高患者对护理服务的满意度。

4 结语

个性化综合护理干预是一种围绕患者个体需求制定的全面、系统的护理模式。本研究结果显示，将个性化综合护理应用于肛肠疾病术后患者，可显著减轻患者术后疼痛，提高生活质量，改善护理满意度。个性化综合护理干预的成功实施有赖于全面细致的疼痛评估、有针对性的健康教育、规范的药物护理、多元化的非药物镇痛、个性化的饮食和体位指导、严谨的皮肤护理、先进的生物反馈技术以及人性化的心理护理。这些措施从生理、心理和社会多个维度满足了患者的护理需求，体现了“以患者为中心”的现代护理理念。

参考文献：

[1] 尤春雨,陈春燕. 肛肠疾病患者术后排便困难的循证护理干预效果 [J]. 中国医药指南, 2022, 20 (20): 152-154.

[2] 李会利,任小妮. 综合护理干预对肛肠疾病患者术后疼痛及睡眠质量的改善效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (24): 184-186.

[3] 李克芳. 护理干预对预防和护理肛肠疾病术后尿潴留的分析 [J]. 系统医学, 2020, 5 (14): 190-192.

[4] 陈艳华. 中医护理干预对肛肠疾病术后便秘的疗效

分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (A1): 326.

[5] 侯建花. 综合护理干预对老年肛肠疾病术后便秘的防治作用 [J]. 河北北方学院学报 (自然科学版), 2018, 34 (08): 32-33.

[6] 林晶, 陈宇秀, 许璐. 中医护理干预对肛肠疾病患者术后便秘的影响 [J]. 福建医药杂志, 2017, 39 (03): 169-170.

[7] 胡芬, 李光曙, 刘丹. 心理护理干预对肛肠疾病患者术后便秘的影响 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4 (37): 7139+7142.

[8] 黄文秋. 舒适护理干预对肛肠疾病术后恢复自主排

尿的影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (01): 74+76.

[9] 李林林. 综合护理干预在肛肠疾病术后尿潴留中的应用及效果分析 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 7 (25): 231-232.

[10] 张丽娟. 护理干预对肛肠疾病术后疼痛的应用效果 [J]. 中国乡村医药, 2014, 21 (24): 69-70+78.

作者简介:

喻莎 (1988—), 汉, 湘, 本科, 主管, 研究方向: 肛肠疾病护理。