

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.04.018

• 护理园地 •

中医护理联合心理干预对痔疮术后排尿功能障碍患者的影响

徐 晴

湖北省中医院肛肠科, 武汉 430061

痔疮是最常见的肛肠疾病之一, 为肛门直肠下端及肛门黏膜的静脉丛发生明显扩张而形成的一个或多个曲张静脉团, 分为内痔、外痔、混合痔, 临床上主要表现为大便带血、肛内肿物脱出、肛门疼痛及异物感等^[1]。对于反复发作、保守治疗无效的痔疮患者, 常需进行手术治疗。因为麻醉、卧床以及尿道括约肌痉挛、周围神经受损等原因, 部分痔疮手术患者术后出现排尿习惯改变, 甚至排尿功能障碍。排尿功能障碍常表现为腹胀不适、排尿费力甚至点滴而出, 影响患者日常生活, 造成患者心理压力。术后尽早恢复排尿功能, 对痔疮术后全面康复以及相关并发症的预防具有重要意义。本研究采用中医护理联合心理干预治疗痔疮术后排尿功能障碍患者, 取得了不错疗效。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月—2019 年 1 月湖北省中医院肛肠科收治行痔疮手术的患者 70 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 35 例。观察组, 其中男 16 例, 女 19 例; 年龄(45.71±9.90)岁, 年龄范围为 31~70 岁。对照组, 其中男 17 例, 女 18 例; 年龄(46.31±9.60)岁, 年龄范围为 30~68 岁。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①痔疮术后出现小腹膨满、胀痛, 尿意频急, 反复用力排尿, 但小便点滴难出或闭塞不通; ②查体可见耻骨上区半球形膨隆, 按压时有明显尿意, 叩诊为实音; ③经尿流动力学检查证实排尿功能障碍; ④患者及家属均自愿签署相关知情同意书, 并经过本院伦理委员会批准。

排除标准: ①前列腺增生、前列腺肿瘤、尿道肿瘤、膀胱肿瘤等其他疾病引起的排尿功能障碍; ②严重心、肝、肾功能不全或血液系统、免疫系统严重疾病; ③精神异常不能配合完成治疗者。

1.3 治疗方法

对照组患者术后立即采取常规护理, 鼓励患者少量多次饮用温开水, 热敷及按摩下腹部。治疗组患者在对照组基础上予以中医护理联合心理干预治疗, 具体操作为: ①中药热敷包热敷 热敷包药物组成为莱菔子 20 g, 吴茱萸 20 g, 干姜 20 g, 厚朴 20 g, 枳实 20 g; 上述药物装入布袋, 淋水湿透后置于微波炉, 中高挡火加热 2 min, 待其温度冷却至 50℃ 时用单层毛巾包好, 患者术后 30 min 置于其下腹部, 热敷 30 min; ②中药汤剂口服 中药汤剂药物组成为生白术 15 g, 茯苓 15 g, 猪苓 10 g, 泽泻 10 g, 黄芪 30 g, 车前子 30 g; 上述药物水煎取汁, 从术前第 1 天开始, 每日 1 剂, 分早晚 2 次温服; ③心理干预 术前与患者进行沟通和交流, 了解患者心理特点, 采用患者能够理解的方式进行宣教, 讲解手术方式、术后常见并发症及其处理, 消除患者术前的紧张和恐惧; 术后指导患者, 排尿时要进行平稳且规律的呼吸, 借助转移注意力的方法减轻心理负担。2 组患者均予以密切观察, 术后 8 h 仍未顺利排尿者, 予以导尿术处理。

1.4 观察指标及疗效判定标准

观察并记录 2 组患者术后首次排尿时间。根据患者排尿情况, 制定临床疗效判定标准: 显效 排尿功能正常, 小便排出顺畅, 可自行控制; 有效 轻度排尿功能障碍, 小便排出稍有不畅; 无效 中至重度排尿功能障碍, 无法顺利排尿, 需行导尿术处理。临床治疗总有效率 = [(显效 + 有效) 例数 / 总例数] × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验; 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后首次排尿时间比较。

治疗后, 治疗组患者术后首次排尿时间, 显著短

于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 临床疗效比较

观察组患者临床治疗总有效率为 77.14%，显著高于对照组的 54.29%($P<0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者术后首次排尿时间比较($n=35, \bar{x} \pm s$)

组别	首次排尿时间
对照组	5.86±1.35
治疗组	4.07±1.29 [△]

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$

表 2 2 组患者临床疗效比较($n=35$, 例, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	9	10	16	19(54.29)
治疗组	16	11	8	27(77.14) [△]

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$

3 讨论

痔疮术后排尿功能障碍发病率高,本病是多种因素相互作用的结果,心理压力、疼痛刺激、麻醉作用、肛门敷料填塞过多等均可影响排尿功能,造成下腹胀痛、排尿费力甚至点滴而出,严重影响患者生活质量及身心健康。西医可采取导尿术等方式处理,容易产生尿路感染、局部皮肤损伤或感染等不良并发症,增加护理难度及医疗费用。研究^[2-3]表明,中药对于改善患者排尿功能具有显著疗效。

痔疮手术虽是临床中较为常见、风险较小的一种手术,但多数患者仍有较重的心理压力,包括对手术过程的不熟悉、对伤口愈合的担忧、对疼痛的恐惧、对医师技术的怀疑等等,患者普遍伴有紧张、焦虑的情绪,不利于手术开展及术后康复。研究^[4-5]表明,心理干预对于提升患者治疗效果及依从性,具有重要意义。

本病可归属于祖国医学“癃闭”范畴,《素问·灵兰秘典论》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”病位在膀胱,为手术创伤引起脉络挛急,气滞血瘀,膀胱气化不利,故小便不畅形成癃闭。治疗应以行气活血、利水通下为原则。本研究遵循“治未病”的中医思想,从术前第 1 天开始予以中药汤剂口服,方中白术益气健脾、燥湿利水,茯苓、猪苓、泽泻利水胜湿,黄芪健脾补中、利水消肿,车前子利尿通淋;诸药合用,共奏利水渗湿之效。术后 30 min 予以中药热敷包热敷,作用于局部可促进毛细血管扩张、血液循环加快,利于药效的吸收。方中莱菔子除胀、降气,吴茱萸散寒止痛,干姜温中散寒、回阳通脉,厚朴下气除满,枳实破气化痰、消积除痞;方中药物以行气药为主,意在通过行气促进膀胱气化,气行则水行通畅。本研究结果显示,治疗后,治疗组患者术后首次排尿时间,显著短于对照组;治疗组患者临床治疗总有效率为 77.14%,显著高于对照组的 54.29%。结果表明,对于痔疮术后排尿功能障碍患者进行中医护理联合心理干预疗效显著。

综上所述,中医护理联合心理干预治疗痔疮术后排尿功能障碍患者,可显著缩短术后首次排尿时间,改善排尿功能,提高临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [2] 黄爱军,赵艳霞,李文利. 利尿通淋方防治肛瘘切扩挂线术后排尿障碍的效果观察[J]. 中国当代医药,2015,22(4):111-113.
- [3] 沈冬晓,姚向阳,张丹凤. 四苓散加味预防混合痔外剥内套术后排尿障碍的临床研究[J]. 内蒙古中医药,2018,37(3):9-10.
- [4] 衣文英,包益平. 心理护理干预对痔疮术后排尿障碍的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(2):114.
- [5] 孙莉. 心理护理干预对痔疮术后排尿障碍的影响[J]. 中国继续医学教育,2018,10(21):185-187.

(收稿日期:2019-04-02)