

多层面应对性护理联合无痛化管理模式 在混合痔中的应用

林 敏*

夏邑县中医院外科(河南 夏邑 476400)



【摘要】目的 探讨多层面应对性护理联合无痛化管理模式在混合痔患者围手术期中的应用效果。**方法** 选取2024年1月至2025年12月于夏邑县中医院肛肠外科行手术治疗的混合痔患者128例,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各64例。对照组实施常规围手术期护理,观察组在此基础上实施多层面应对性护理联合无痛化管理模式。比较两组患者围手术期疼痛程度、术后并发症发生情况、恢复相关指标,以及护理前后疼痛灾难化水平和焦虑程度的变化。**结果** 观察组在术后12 h、24 h、48 h及72 h的视觉模拟评分法(VAS)评分均低于对照组($P<0.05$)。观察组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$),首次排便时间、下床活动时间及住院时间均短于对照组($P<0.05$)。护理后,观察组疼痛灾难化量表(PCS)评分及状态焦虑量表(S-AI)评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 多层面应对性护理联合无痛化管理模式可有效减轻混合痔患者围手术期疼痛程度,降低术后并发症发生率,改善患者疼痛相关认知及焦虑状态,促进术后康复,具有较好的临床应用价值。

【关键词】 混合痔;多层面应对性护理;无痛化管理;围手术期疼痛;并发症

【中图分类号】 R657.1+8

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2026.7.066

Multifaceted Responsive Care Combined with Painless Management Model in the Treatment of Mixed Hemorrhoids

LIN Min*

Department of Surgery, Xiayi County Traditional Chinese Medicine Hospital, Xiayi 476400, Henan Province, China

Abstract: Objective To investigate the application effect of multi-level responsive nursing combined with pain-free management model in the perioperative period of patients with mixed hemorrhoids. **Methods** A total of 128 patients with mixed hemorrhoids who underwent surgical treatment in the Department of Proctology of Xiayi County Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2024 to December 2025 were selected. They were randomly divided into a control group and an observation group using a random number table, with 64 cases in each group. The control group received conventional perioperative nursing, while the observation group received multi-level responsive nursing combined with a pain-free management model. The perioperative pain levels, postoperative complication rates, recovery-related indicators, as well as changes in pain catastrophization and anxiety levels before and after nursing were compared between the two groups. **Results** The visual analog scale (VAS) scores of the observation group at 12 h, 24 h, 48 h, and 72 h postoperatively were all lower than those of the control group ($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the observation group was lower than that of the control group ($P<0.05$), and the time to first defecation, time to ambulation, and length of hospital stay were all shorter than those of the control group ($P<0.05$). After nursing, the pain catastrophization scale (PCS) scores and state anxiety scale (S-AI) scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Multi-level responsive nursing combined with a pain-free management model can effectively reduce perioperative pain levels in patients with mixed hemorrhoids, lower the incidence of postoperative complications, improve patients' pain-related cognition and anxiety status, and promote postoperative recovery, demonstrating good clinical application value.

Keywords: Mixed Hemorrhoids; Multilayered Responsive Nursing; Painless Management; Perioperative Pain; Complications

混合痔是肛肠外科常见疾病之一,具有病程迁延、症状反复及对生活质量影响显著等特点。随着疾病进展,部分患者需通过手术治疗以缓解症状、改善预后^[1]。然而,混合痔手术创面位于肛周特殊解剖区域,术后疼痛明显,而疼痛控制不佳可诱发或加重患者的焦虑情绪,增加排便恐惧,进而影响术后活动、排便恢复及整体康复效果^[2]。传统围手术期护理多以常规宣教和被动镇痛为主,干预时点相对滞后,且对患者心理因素和疼痛认知关注不足,难以满足当前快速康复理念下对精细化护理的要求。无痛化管理模式强调以疼痛评估为核心,通过多模式镇痛和动态干预实现疼痛的规范化管理^[3]。多层面应对性护理以患者为中心,从生理、心理及行为等多个层面进行综合干预,强调术前评估、术中协同及术后连续管理,有助于改善

患者对疼痛的应对方式,减轻不良情绪反应,并促进术后功能恢复^[4]。将多层面应对性护理与无痛化管理模式相结合,可能在疼痛控制、并发症预防及心理状态改善等方面发挥协同作用,但目前针对混合痔患者围手术期的相关研究仍较为有限。基于此,本研究通过比较多层面应对性护理联合无痛化管理模式与常规围手术期护理在混合痔手术患者中的应用效果,重点分析其对围手术期疼痛程度、术后并发症发生情况、恢复进程以及疼痛灾难化水平和焦虑状态的影响,以期对混合痔患者围手术期护理策略的优化提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2024年1月至2025年12月于本院肛肠外

【第一作者】林 敏,女,副主任护师,主要研究方向:外科护理学。E-mail: 13849648890@163.com

【通讯作者】林 敏

科行手术治疗的混合痔患者128例作为研究对象。采用随机数字表法分为对照组与观察组,各64例。对照组中,男38例,女26例;年龄21~68岁,平均年龄(43.26±9.18)岁;病程0.5~12年,平均(4.21±2.36)年。观察组中,男36例,女28例;年龄22~70岁,平均年龄(42.87±9.02)岁;病程0.5~11年,平均(4.08±2.29)年。两组患者上述资料的差异呈 $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准。

纳入标准:符合《实用肛肠病临床手册》^[5]中混合痔的诊断标准;具备明确手术指征并行择期手术治疗;年龄≥18岁,意识清楚,可正常交流;围手术期资料完整,依从性良好;患者自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:合并肛痿、肛裂、肛周脓肿等其他肛肠疾病者;合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;存在精神障碍或认知功能障碍者;妊娠期或哺乳期女性;既往接受肛肠相关手术或长期镇痛药物治疗者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组实施常规围手术期护理,主要包括:(1)术前常规宣教,介绍疾病相关知识及手术注意事项;(2)术后密切观察生命体征及切口情况,遵医嘱给予镇痛、抗感染及基础护理;(3)指导患者合理饮食、保持大便通畅,并进行一般出院指导。

1.2.2 观察组 观察组在对照组基础上实施多层面应对性护理联合无痛化管理模式,具体内容如下:(1)多层面护理团队建立与规范化培训:成立多层面应对性护理小组,由护士长担任组长,责任护士及专科护士为成员。护理小组统一接受围手术期疼痛管理、无痛化护理流程及并发症风险评估相关培训,明确分工职责,规范疼痛评估、记录及干预流程,确保护理措施连续、规范实施。(2)术前多层面应对性护理:术前由责任护士对患者进行系统评估,涵盖疾病认知水平、疼痛敏感性、心理状态等内容,并采用通俗易懂的方式向患者及家属讲解手术流程、术后疼痛特点及镇痛措施,纠正患者对术后疼痛的错误认知,减轻焦虑与紧张情绪。同时指导患者掌握深呼吸、放松训练等非药物应对方式,为术后疼痛管理奠定基础。(3)围手术期无痛化管理:围手术期实施规范化无痛管理流程,采用视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛程度进行动态评估。术后根据疼痛评分分级管理,在医嘱基础上合理应用多模式镇痛方案,并结合局部护理、体位调整及心理干预等非药物镇痛措施,实现疼痛的持续监测与及时干预,避免疼痛加重或延迟处理。(4)术后急性期多层面护理干预:术后重点加强创面及排便管理。责任护士密切观察切口渗血、肿胀及分泌物情况,保持肛周清洁干燥,减少局部刺激。针对首次排便恐惧及疼痛加重风险,提前进行心理疏导,指导患者正确排便姿势及方法,必要时协助进行排便后护理,降低排便相关疼痛反应。(5)并发症预防与动态评估:结合多层面应对性护理理念,对尿潴留、肛门水肿、切口出血及感染等常见并发症进行风险评估与预警管理。护理人员根据患者恢复情况及时调整护理重点,对出现异常表现者第一时间报告医师并协助处理,从而降低并发症发生风险。(6)恢复期延续护理:在患者病情稳定后,加强功能恢复指导与健康教育,指导患者逐步下床活动,合理安排饮食结构,保持大便通畅,并进行个体化出院指导,提高患者自我管理能力,促进术后康复。

1.3 观察指标 (1)围手术期疼痛程度:采用VAS,分别于术后12h、24h、48h及72h进行评估,评分范围0~10分,分值越高表示疼痛越严重。(2)术后并发症发生情况:统计术后尿潴留、肛门水肿、切口出血、感染等并发症发生率。(3)恢复相关指标:包括首次排便时间、下床活动时间及住院时间。(4)疼痛灾难化水平:采用疼痛灾难化量表(PCS)进行评估,量表总分0~52分,分值越高表示疼痛灾难化水平越高。在护理前、护理后分别评估。(5)焦虑水平:采用状态焦虑量表(S-AI)于术后6h进行评估,量表总分20~80分,分值越高表示焦虑程度越重。在护理前、护理后分别评估。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以例数和百分比[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术期疼痛程度比较 术后12h、24h、48h及72h,观察组VAS评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 术后并发症发生情况比较 观察组术后并发症发生例数少于对照组($P<0.05$),见表2。

2.3 恢复相关指标比较 观察组首次排便时间、首次下床活动时间及住院时间均短于对照组($P<0.05$),见表3。

2.4 疼痛灾难化水平比较 护理后,观察组PCS评分低于对照组($P<0.05$),见表4。

2.5 护理前后焦虑水平比较 护理后,观察组S-AI评分低于对照组($P<0.05$),见表5。

表1 不同时间点VAS评分比较(分)

组别	例数	术后12h	术后24h	术后48h	术后72h
对照组	64	6.42±1.03	5.48±0.94	4.36±0.81	3.21±0.68
观察组	64	5.31±0.96	4.32±0.88	3.29±0.74	2.38±0.61
t	—	6.307	7.207	7.802	7.269
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	例数	尿潴留	肛门水肿	切口出血	感染	发生率
对照组	64	3(4.69)	2(3.13)	2(3.13)	1(1.56)	8(12.50)
观察组	64	1(1.56)	1(1.56)	0(0.00)	0(0.00)	2(3.13)
χ^2	—	—	—	—	—	3.905
P	—	—	—	—	—	0.048

表3 恢复相关指标比较(d)

组别	例数	首次排便时间	下床活动时间	住院时间
对照组	64	2.74±0.63	2.31±0.54	8.46±1.52
观察组	64	2.08±0.52	1.69±0.47	6.92±1.31
t	—	6.464	6.928	6.140
P	—	0.000	0.000	0.000

表4 两组患者护理前后PCS评分比较(分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	64	30.84±5.12	27.96±4.83
观察组	64	31.42±5.37	22.18±4.46
t	-	0.606	7.034
P	-	0.546	0.000

表5 S-AI评分比较(分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	64	49.12±6.91	46.38±6.57
观察组	64	48.76±6.68	40.92±6.14
t	-	0.300	4.857
P	-	0.765	0.000

3 讨 论

混合痔的发生主要与肛垫支持结构退变、静脉回流障碍及局部微循环异常有关,病变位于肛管—肛缘区域,神经末梢分布密集、括约肌活动频繁。手术虽可解除病灶,但术后疼痛较为常见,其产生不仅源于创面损伤,还与炎症反应、肛周水肿及括约肌痉挛等多因素共同作用有关^[6]。排便及体位改变等刺激可进一步加重疼痛,使其呈现持续或波动特点。此外,疼痛体验受心理因素影响显著,焦虑和消极预期可放大痛感,形成恶性循环,延缓排便与活动恢复,并增加并发症发生风险。因此,混合痔围手术期疼痛管理需在控制局部刺激的同时,重视患者心理和行为层面的干预。多层面应对性护理联合无痛化管理模式在机制上具有互补性与协同性。一方面,无痛化管理以规范化评估为基础,通过分级处理与多模式镇痛策略实现疼痛的早识别、早干预与动态调整,避免疼痛过度累积^[7]。另一方面,多层面应对性护理强调从认知、情绪及行为反应入手,通过术前系统评估与宣教纠偏、放松训练与情绪支持、排便行为指导及局部护理优化等措施,改善患者对疼痛的注意偏向与灾难化认知,降低应激水平,提高疼痛应对能力^[8]。在此基础上,护理团队的标准化培训与流程化执行,又进一步提升了疼痛管理的连续性与一致性,从而在疼痛控制、并发症预防及康复促进等方面形成技术干预结合认知行为干预的综合效应。

本研究显示,观察组术后12h、24h、48h及72h的VAS评分均低于对照组。其原因可能与以下因素有关:首先,无痛化管理强调规律评估与及时干预,可在疼痛早期阶段进行处理,减少疼痛峰值出现与持续时间延长,避免疼痛由轻度向中重度发展^[9]。其次,多层面应对性护理在术前即对患者进行疼痛知识宣教与应对训练,帮助患者建立可控、可解释的疼痛预期,降低对疼痛的过度关注与紧张反应,减少由焦虑诱发的括约肌紧张,从而减轻疼痛体验。再次,术后对创面护理、体位指导与排便管理的强化,可降低局部刺激与牵拉因素,减少疼痛诱发事件。本研究中,观察组并发症发生率低于对照组。混合痔术后并发症与局部水肿、创面渗血、疼痛应激及护理延迟处理密切相关。无痛化管理通过降低疼痛应激反应,可间接减少交感兴奋及括约肌紧张,降低排尿困难与尿潴留发生风险;同时,疼痛减轻后患者更愿意活动与配合排便管理,有利于局部循环改善,减少肛门水肿与坠胀不适^[10]。多层面护理中对肛周清洁、创面观察、排便指导和风险预警的强化,使早期异常更易被发现并及时处理,从而降低出血、感染等并发症的发生概率。

本研究中,观察组首次排便时间、下床活动时间及住院时间均短于对照组,提示该模式有助于促进术后恢复。混合痔术后恢复受疼痛、排便恐惧与活动受限等因素制约。疼痛控制较好时,患者更易恢复正常体位转换与下床活动,减少长期卧床导致的肠蠕动减弱与排便延迟;同时,通过术前宣教纠偏与术后排便策略指导,可降低首次排便的焦虑与回避行为,促进排便启动^[11]。住院时间缩短可能与疼痛控制更稳定、并发症减少及恢复指标改善共同相关。本研究中,护理后观察组PCS评分低于对照组,说明综合护理干预对疼痛相关消极认知具有改善作用。疼痛灾难化是影响疼痛体验的重要认知因素,表现为对疼痛的反刍、夸大与无助感增强,容易放大疼痛强度并降低镇痛依从性。观察组在术前即进行系统评估与个体化宣教,帮助患者将“不可控的疼痛威胁”转化为“可被管理的治疗过程”,并通过放松训练、情绪支持与行为指导降低反刍与无助感。术后疼痛得到较好控制后,患者对疼痛的负性强化减少,进一步促进灾难化认知的下降^[12]。另外,本研究显示护理后观察组S-AI评分低于对照组,提示该模式能够缓解围手术期焦虑。混合痔患者的焦虑常来源于对手术、术后疼痛及排便困难的担忧。多层面应对性护理通过术前信息支持与沟通解释降低不确定性,术后通过持续评估与及时镇痛增强患者安全感和可控感,从而减少焦虑水平^[13]。

综上所述,多层面应对性护理联合无痛化管理模式可有效减轻混合痔患者围手术期疼痛程度,降低术后并发症发生率,改善患者疼痛相关认知及焦虑状态,促进术后康复,具有较好的临床应用价值。

参考文献

- [1] 管诗强,李萍,叶桂花.弹力线内痔套扎术联合中药熏洗对混合痔术后患者肛门疼痛出血患者的治疗效果分析[J].基层医学论坛,2024,28(35):139-142.
- [2] 胡霞,顾敏敏,李玲,等.强化疼痛护理在混合痔围术期中的应用效果及对睡眠质量的影响[J].中国肛肠病杂志,2024,44(12):59-61.
- [3] 臧莉,陈辉容,刘佳佳.无痛病房管理模式对肝癌患者术后肠鸣音恢复时间、睡眠质量及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(13):146-149.
- [4] 时亚楠.多层面应对性护理对肛瘻术后患者疼痛及泌尿系统并发症的影响研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(10):127-129.
- [5] 柳越冬,靳胜利,李又耕,等.实用肛肠病临床手册[M].中国中医药出版社,2017.
- [6] 邹晓霞,刘青.腕踝针联合个性化疼痛护理对混合痔术后疼痛的干预效果[J].临床医学研究与实践,2024,9(30):126-129.
- [7] 吴娟,奚庆红.无痛管理模式对泌尿系结石围手术期患者疼痛程度及睡眠质量的影响[C]//上海市护理学会.第六届上海国际护理大会论文汇编(上).上海交通大学医学院附属第九人民医院,2024:102-103.
- [8] 冯燕敏,王亚军,马邑芳.多层次指导疼痛干预护理模式对混合痔患者的影响[J].河南医学高等专科学校学报,2024,36(6):786-789.
- [9] 李辉.围手术期多模式疼痛管理对常见肛肠疾病术后并发症的影响[D].昆明理工大学,2024.
- [10] 王静,王兰,张丽秋.围手术期针对性护理配合对混合痔手术患者疼痛症状和心理状态的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(2):76-78.
- [11] 赵春晓.疼痛健康教育对混合痔患者术后疼痛控制、心理状态及满意度的影响[J].黑龙江医药科学,2024,47(6):182-184.
- [12] 牛浩宇,夏鸿,王小明,等.术前疼痛灾难化认知状态对混合痔术后疼痛的影响[J].荆楚理工学院学报,2023,38(6):6-11.
- [13] 赵莉,王绪文,温付东,等.肛肠科应用无痛病房管理模式的效果观察[J].中国肛肠病杂志,2022,42(6):57-58.

(收稿日期:2026-01-13)
(校对编辑:翁佳鸿)
(排版编辑:刘维嘉)