

加速康复外科联合中药熏洗对复杂性肛瘘的疗效分析

吴卫

复杂性肛瘘指有两个及以上瘘管、外口的肛瘘,常出现瘘管位置高、管道长而弯曲的临床表现,治愈难度大,恢复时间长,属于肛肠科难治疾病。加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)最早由 Wilmore 等^[1]提出,是外科围手术期新理念和康复模式,旨在减轻患者围手术期心理和生理的应激损伤,从而加速康复速度,减少并发症发生率^[2],现已广泛用于结直肠手术。为提高复杂性肛瘘的治疗效果,缩短患者的恢复时间并减少术后并发症,本次研究采用加速康复外科联合中药熏洗护理复杂性肛瘘患者,探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取温岭市第一人民医院2016年1月至2017年1月收治的80例高位复杂性肛瘘患者,其中男性52例、女性28例;平均年龄(35.08±6.22)岁;平均病程(2.61±1.22)年。纳入标准:①确诊高位复杂性肛瘘;②年龄18~60岁;③病程3个月~5年;④主要脏器功能正常。排除标准:①合并其他肛肠疾病、结直肠肿瘤等;②既往有肛瘘、痔疮术后或其他肛肠科手术病史;③急诊手术;④一般状况差,严重营养不良;⑤合并心、肝、肾等重要器官严重疾病;⑥合并精神疾病;⑦合并内分泌及代谢疾病。所有患者及其家属均详细告知病情、诊治方案及注意事项,并签署知情同意书。所有患者随机分为对照组40例和实验组40例。实验组男性27例、女性13例;年龄19~47岁,平均年龄(35.63±7.21)岁;平均病程(2.70±1.61)年。对照组男性25例、女性15例;年龄22~45岁,平均年龄(34.53±5.18)岁;平均病程(2.53±1.11)年。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.010.027

作者单位:317500 浙江温岭,温岭市第一人民医院泌尿肛肠外科

1.2 方法 实验组采用加速康复外科围手术期护理模式,对照组采用传统围手术期护理,两组术后均给予中药熏洗治疗,具体如下:

1.2.1 术前准备 实验组:术前宣教(情志疗法):对患者及其家属、陪护人员充分告知手术、麻醉、术后康复等信息,耐心沟通,消除患者诊治过程中的负面情绪。术前饮食护理:术前正常饮食,当晚22:00后禁食水,术前2~3 h口服10%葡萄糖溶液200 ml。术前肠道准备:术前2 h甘油清洁灌肠。对照组:常规术前宣教,术前当晚22:00后禁食水,术前1 d下午口服20%甘露醇250 ml+糖盐水250~500 ml,其他准备措施同实验组。

1.2.2 术中准备 实验组:术中限制性补液,避免大量输液造成组织水肿、切口愈合延缓等。采用输液加温装置、保温垫、暖风机等,维持体温36℃左右。对照组:无特殊限制。

1.2.3 术后护理 实验组:①早期活动:平卧6 h后鼓励早期活动,术后第2天鼓励下床活动。②早期进食:术后2 h普食,宜果蔬、易消化或润肠食物,忌辛辣、生冷等刺激性食物,术后1~2 d鼓励排便,保持大便通畅。③疼痛护理:采用镇痛泵、肛周克泽普封闭、长效止痛药物等方式镇痛。④中药熏洗,组方:荆芥15 g、朴硝30 g、黄柏15 g、赤芍15 g、透骨草15 g、苦参15 g、薄荷15 g、苍术15 g、羌活15 g、川椒12 g。中火熬制30 min后冷却至50℃左右,温度以不烫伤皮肤为宜。患者排空大小便后,坐浴架上熏洗3~5 min后,臀部坐浴15~30 min,每日2次。⑤康复训练:术后第2天指导提肛训练,增强肛门括约肌收缩功能,并定期指诊复查,必要时予扩肛等治疗,预防肛门狭窄或失禁。对照组:自愿活动;术后禁食水8 h,术后1~2 d流食或半流食。疼痛较难耐受影响睡眠休息时口服止痛药或静脉滴注止痛药。中药熏洗方法同实验组。

1.3 观察指标 记录两组患者术后24 h、48 h、72 h、7 d、14 d、21 d疼痛评分(numeric ratings scale, NRS)、住院时间、创面愈合时间。门诊及电话随访患者6个月,记录术后短期并发症情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件。计量

资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后疼痛NRS评分比较见表1

表1 两组术后疼痛NRS评分比较/分

| 组别 | 术后24 h | 术后48 h | 术后72 h | 术后7 d | 术后14 d | 术后21 d |
|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 实验组 | 4.08 ± 0.53* | 3.55 ± 0.50* | 3.75 ± 0.44* | 2.93 ± 0.27* | 1.90 ± 0.30* | 0.78 ± 0.42 |
| 对照组 | 5.65 ± 0.62 | 4.83 ± 0.38 | 5.08 ± 0.73 | 4.48 ± 0.51 | 2.55 ± 0.50 | 0.63 ± 0.49 |

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,实验组患者术后24 h、48 h、72 h、7 d、14 d的NRS疼痛评分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=-12.23、-12.72、-9.84、-17.14、-6.99, P 均 <0.05);两组患者在术后21 d的NRS疼

痛评分方面比较,差异无统计学意义($t=1.46, P>0.05$)。

2.2 两组住院时间、创面愈合时间及术后短期并发症情况见表2

表2 两组住院时间、创面愈合时间及术后短期并发症情况比较

| 组别 | n | 住院时间/d | 创面愈合时间/d | 尿潴留/例(%) | 出血/例(%) | 脓肿/例(%) | 复发/例(%) |
|-----|-----|---------------|---------------|----------|---------|---------|----------|
| 实验组 | 40 | 14.73 ± 1.10* | 24.95 ± 2.45* | 2(5.00) | 0 | 1(2.50) | 5(12.50) |
| 对照组 | 40 | 18.20 ± 1.42 | 31.78 ± 3.71 | 5(12.50) | 2(5.00) | 2(5.00) | 8(20.00) |

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,实验组住院时间和创面愈合时间短于对照组,差异具有统计学意义(t 分别=-12.11、-9.76, P 均 <0.05)。两组术后尿潴留发生率、出血发生率、脓肿发生率、复发率比较,差异无统计学意义(χ^2 分别=1.39、2.03、0.34、0.83, P 均 >0.05)。

3 讨论

复杂性肛瘘多与肛腺化脓性感染相关,常由单纯性肛瘘治疗不及时或不彻底发展而来,反复发作致病灶逐渐增大^[3],其中高位复杂性肛瘘最为常见,术后复发率为20%~50%,再次手术复发率仍有10%^[4]。复杂性肛瘘的首选治疗方案为手术切除,微创和保护肛门功能是当今的发展方向。低位切开高位挂线法被证明是非常有效的治疗方法^[5],对肛门括约肌损伤较小,肛瘘复发率低^[6]。本次研究中,两组患者术后复发率无明显差异($P>0.05$)。复发患者经二次手术均治愈,随访期内无肛门狭窄、肛门失禁等症状出现,治疗效果较为满意。

加速康复外科联合多学科优势,全面减轻围手术期应激反应,降低并发症的发生率,加速患者术后康复,减少住院费用,是外科治疗的创新理念^[7-9],在肛肠外科具有较好的运用前景。加速康复外科对高位复杂性肛瘘具有较好的临床应用价值,能够

减轻患者术后不良反应,缩短住院时间,同时加快创面愈合,减少术后并发症^[10]。完善的疼痛管理和人性化护理模式能减轻高位复杂性肛瘘患者术后疼痛水平,大大改善患者诊治过程中的体验。此外,加速康复外科不建议常规术前肠道准备,而是准备简单术前清洁灌肠^[11],对患者刺激更小,而术后近期脓肿感染等风险无明显增加。本研究中,加速康复外科联合中药熏洗治疗的患者术后14 d疼痛评分明显降低($P<0.05$),住院时间和创面愈合时间也明显短于对照组($P<0.05$);尿潴留、出血、脓肿等并发症发生率无明显增加($P>0.05$)。说明加速康复外科理念能安全有效适用于高位复杂性肛瘘,减轻术后疼痛等不良反应,预后与常规围手术期护理无明显差异。

中药熏洗可以发挥消炎止痛、抑菌止痒、清热解毒、消肿散瘀等功效^[12],相比传统高锰酸钾溶液坐浴治疗更具优势。本研究中采用复方荆芥熏洗剂,起到祛风除湿、清热止痛、活血化瘀的治疗效果^[13],以煎剂熏洗的方式更加有效地清洁创面,缓解疼痛,加快创面的愈合,降低复发率^[14、15]。中药熏洗可以成为加速康复外科的重要一环,更好地减轻患者术后症状,加速恢复,同时根据患者病情需要调整

中药方剂和用量,辨证施治,实现个体化治疗,值得进一步研究。

综上所述,加速康复外科联合中药熏洗能够安全有效地减轻高位复杂性肛瘘患者术后疼痛,加速创面愈合,提高患者满意度。

参考文献

- 1 Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ (Clinical research ed), 2001, 322(7284):473-476.
- 2 Miralpeix E, Nick AM, Meyer LA, et al. A call for new standard of care in perioperative gynecologic oncology practice: Impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs[J]. Gynecologic Oncology, 2016, 141(2):371-378.
- 3 吴文江,罗湛滨,范小华. 高位复杂性肛瘘诊治难点及解剖特点分析[J]. 广东医学, 2013, 34(13):2048.
- 4 王葆华,邢海滨. 中医挂线法联合熏洗法治疗高位复杂性肛瘘的疗效研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(26):158-159.
- 5 刘艳华. 中药熏洗联合低位切开高位挂线法治疗高位复杂性肛瘘40例[J]. 河南中医, 2015, 35(12):3086-3088.
- 6 贾保亮,陈澍,贾政. 复杂性肛瘘治疗的回顾与新进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(89):188.
- 7 Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: A review[J]. JAMA Surgery, 2017, 152(3):292-298.
- 8 Greco M, Capretti G, Beretta L, et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. World J Surg, 2014, 38(6):1531-1541.
- 9 刘琳. 复杂肛瘘患者围手术期护理中加速康复外科理念的应用[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(10):1213-1215.
- 10 肖秋平,黄卫平,林金荣,等. 中西医结合加速康复外科在高位复杂性肛瘘患者围手术期的应用[J]. 结直肠肛门外科, 2014, 20(5):346-348.
- 11 Sliker J, Frauche P, Jurt J, et al. Enhanced recovery ERAS for elderly: a safe and beneficial pathway in colorectal surgery[J]. Int J Colorectal Dis, 2017, 32(2):215-221.
- 12 王毅. 中药熏洗方结合挂线手术治疗复杂性肛瘘40例[J]. 陕西中医, 2014, 35(5):541-543.
- 13 郑晓敏,郑桂珍. 挂线疗法联合中药熏洗治疗复杂性肛瘘疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(4):415-416.
- 14 岳朝驰,杨向东,陈小朝. 中药熏洗与中医挂线联合治疗复杂性肛瘘的临床疗效分析[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(10):2706-2708.
- 15 马燕玲,陆宏,韩晔. 中药熏洗治疗肛瘘围手术期并发症的疗效观察[J]. 现代医学, 2017, 45(12):1772-1775.

(收稿日期 2019-04-25)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第949页)

不完善的系统及流程失误,因此就需要更为科学的方法和程序对原有的护理安全管理体系、流程和环节进行分析,尽早地发现高风险环节,制定改进措施,消除护理安全隐患。三维评价模式指导下护理安全管理将护理质量改善作为重点,在护理质量评价的过程中,选择对结果质量影响较大的指标作为重点,如三基、优质护理和不良事件等,从影响护理安全管理结果质量的关键结构质量和过程质量因素入手,提出改善和控制护理质量的管理策略,并通过结果质量评价进行质量控制的反馈,避免了反应结构质量、过程质量的指标较多,导致管护理安全措施不精准的问题,实现以要素质量统筹全局的目的,最终有效实施各项护理措施,发挥护理安全管理的作用,持续提升护理服务和质量。

参考文献

- 1 朱红江,张燕,杨志勇,等. 血管外科患者下肢深静脉血栓形成危险因素分析及导管溶栓与系统溶栓疗效对比[J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(9):1158-1161.
- 2 马珂珂,丁四清,周建大,等. 知识转化理论及其在护理安全管理中的研究进展[J]. 护理学杂志, 2018, 33(22):98-102.
- 3 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?[J]. JAMA, 1988, 260(8):1151-1152.
- 4 张秀英,李秀华,蒋红,等. 国际联合委员会评审对护理实践的影响研究[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(3):342-345.
- 5 俞梦盈,裴彩利,张峻,等. 老年护理安全质量管理信息平台的构建与应用研究[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(2):175-181.
- 6 肖影,张洁,沈靖. 柔性管理在血管外科护理管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(6):123-125.

(收稿日期 2019-05-08)

(本文编辑 蔡华波)