

艾灸联合耳穴埋豆防治混合痔 PPH 术后临床护理疗效观察

潘丽洲, 焦丽丹

瑞安市中医院, 浙江 瑞安 325200

[摘要] 目的: 观察艾灸联合耳穴埋豆防治混合痔行吻合器痔上黏膜环切术 (PPH) 后的临床护理效果。方法: 选取 80 例行 PPH 治疗的混合痔患者作为研究对象, 随机分为对照组和观察组各 40 例, 对照组给予常规护理干预, 观察组在对照组基础上给予艾灸联合耳穴埋豆治疗, 比较 2 组患者临床护理满意度、腹胀发生率、术后相关指标等内容。结果: 干预 2 个疗程后, 观察组护理满意度为 92.5%, 明显高于对照组 80%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组的腹胀发生率为 7.5%, 明显低于对照组的 20%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组的肛门排气时间、腹胀持续时间、下床活动时间、胀痛评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 艾灸联合耳穴埋豆防治混合痔 PPH 术后腹胀效果确切, 可显著降低腹胀发生率, 值得在今后临床护理工作中推广使用。

[关键词] 艾灸; 耳穴埋豆; 混合痔; 吻合器痔上黏膜环切术 (PPH); 腹胀

[中图分类号] R657.1+8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0186-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.081

混合痔是由于静脉曲张所致发生于同一方位齿线上下且内外相互联通, 没有明显分界的痔疮类型。受不良生活习惯、饮食结构等因素的影响, 混合痔发生率呈现出显著上升态势, 如何治疗已经成为当前热点议题之一^[1]。吻合器痔上黏膜环切术 (PPH) 是目前国内外医学界公认的治疗混合痔最有效的手段, 具有创伤小、康复效果好等特点而被混合痔患者所广为青睐^[2]。然而, 随着应用频率的提高, 混合痔患者术后腹胀的发生率随之提高, 在延长患者术后康复速度的同时, 也在一定程度上降低了手术治疗效果。如何防治 PPH 术后腹胀的发生成为当务之急。鉴于此, 本次研究对艾灸联合耳穴埋豆防治混合痔 PPH 术后腹胀的临床护理效果予以观察, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2014 年 7 月—2015 年 8 月在本院肛肠科行 PPH 术治疗的 80 例混合痔患者随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组男 31 例, 女 9 例; 年龄 38~60 岁, 平均 (51.25 ± 0.50) 岁; 病程 0.5~2.5 年, 平均 (1.50 ± 0.24) 年; 病症分型: 结缔组织性混合痔 22 例, 静脉曲张性混合痔 18 例; 临床表现: 便血 14 例, 坠胀感 13 例, 肿胀/疼痛 13 例。观察组男 32 例, 女 8 例; 年龄 37~59 岁, 平均 (51.33 ± 0.47) 岁; 病程 0.5~3 年, 平均 (1.75 ± 0.35) 年; 病症分型: 结缔组织性混合痔 24 例, 静脉曲张性混合痔 16 例; 临床表现: 便血 15 例, 坠胀感 14 例, 肿胀/疼痛 11 例。2 组性别、年龄、

病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 混合痔诊断符合美国结直肠外科医师学会 (The American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS) 制定的《痔疮诊疗指南 (2010 年修订版)》标准: 肛门视诊可明显见到出血、痔核脱垂、嵌顿、绞窄等情形者; 内窥镜检查可明显观察到直肠黏膜存在充血、水肿、溃疡等情形^[3]。

1.3 纳入标准 年龄 ≥ 20 岁且 ≤ 60 岁者; 经临床综合诊断确诊为混合痔者; 无吻合器痔上黏膜环切术禁忌者; 无凝血功能障碍者。

1.4 排除标准 临床依从性差者; 妊娠期、哺乳期患者; 合并严重心肺肝肾功能损伤者; 艾灸、耳穴埋豆禁忌者; 不同意此次研究方案或未签署知情同意书者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取常规护理干预。内容包括术后给予头孢唑啉 0.25 g + 1 mL 灭菌注射用水均匀摇晃成混悬液, 肌肉注射以预防感染; 中药熏洗、腹部按摩、热敷及指导床上活动等对症治疗和护理干预措施^[4]。

2.2 观察组 采取常规护理干预 + 艾灸联合耳穴埋豆防治, 常规护理干预内容同对照组。于手术前 1 天耳穴埋豆, 患者取坐位或者是侧卧位, 耳部常规消毒后选取大肠、小肠、胃、

[收稿日期] 2016-06-11

[基金项目] 瑞安市科技计划项目 (MS2015027)

[作者简介] 潘丽洲 (1972-), 女, 主管护师, 研究方向: 中医药特色疗法研究。

交感、神门、肾、膀胱等穴位，王不留行籽于上述穴位埋豆，按压3~4次，每次约1~2min(约100次)，以患者穴位稍稍感受到酸麻感为宜。术后1h叮嘱患者取平卧位，选取神阙、关元、气海、足三里(双侧)，点燃艾条后持续针灸30min，针灸方法为温和灸法^[5]。

14天为1个疗程，持续治疗2个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 护理满意度，采用本院自制患者护理满意度调查问卷表进行测定，满分共100分，得分>85分为非常满意、70~84分为满意、60~69分为一般、<60分为不满意，满意度(%)=非常满意率+满意率；腹胀发生率，参照《中医病症诊断疗效标准》，腹胀严重程度如下：0分为无腹胀：术后在肛门排气前病人无腹胀感；1分为轻度腹胀：术后在肛门排气前病人主诉有轻微腹胀感，可感到有气体在腹内转动，但无切口胀痛感；2分为中度腹胀：病人腹部膨隆，主诉切口胀痛但能忍受；3分为重度腹胀：病人腹部膨隆、切口胀痛、烦躁不安、呻吟甚至出现呼吸困难；腹胀发生率为轻度、中度、重度之和与总例数之比；术后相关指标包括肛门排气时间、腹胀持续时间、下床活动时间、胀痛评分^[6]。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS 17.0统计软件进行分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用t检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 2组护理满意度比较 见表1。干预2个疗程后，观察组护理满意度为92.5%，明显高于对照组80%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组护理满意度比较 例(%)

组别	n	非常满意	满意	一般	不满意	满意度(%)
对照组	40	10(25.0)	22(55.0)	5(12.5)	3(7.5)	32(80.0)
观察组	40	20(50.0)	17(42.5)	3(7.5)	0	37(92.5)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.2 2组腹胀发生率比较 见表2。干预2个疗程后，观察组的腹胀发生率为7.5%，明显低于对照组的20%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组腹胀发生率比较 例(%)

组别	n	0级	1级	2级	3级	腹胀发生率(%)
对照组	40	32(80.0)	3(7.5)	3(7.5)	2(5.0)	8(20.0)
观察组	40	37(92.5)	2(5.0)	1(2.5)	0	3(7.5)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组术后相关指标比较 见表3。干预2个疗程后，观察组的肛门排气时间、腹胀持续时间、下床活动时间、胀痛评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组术后相关指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	肛门排气时间(h)	腹胀持续时间(h)	下床活动时间(d)	胀痛评分(分)
对照组	40	20.44±1.56	56.88±1.35	3.77±0.32	3.23±1.42
观察组	40	14.38±2.42	35.33±1.40	2.10±0.25	1.17±0.55

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

PPH术是基于肛垫学说与吻合器治疗新技术相结合所衍生出来的一种全新治疗手段，通过对直肠黏膜及下层组织实施环形切除，最大限度的保留了肛门正常生理功能，从而实现治愈痔疮的目的^[7-8]。该手术自诞生以来，已经获得了医学界的一致认可并被公认为现有技术条件下治疗混合痔最有效的手段之一。然而，术后腹胀问题一直是PPH术不可回避的问题，尤其是随着应用频率的增加，由此所致的不良影响随之提高。艾灸是中医学中最古老的治疗手段之一，最早可见于春秋时期的《左传》，基于经络传导来将燃烧之后的艾条直接作用于人体穴位，借助于温热刺激以及艾草的药理作用实现温通经络、运行气血、扶正祛邪、预防与治疗疾病的目的^[9]。耳穴埋豆法历史悠久，距今已经有两千多年历史，《千金方》：“心气通于舌，非窍也，其通于窍者，寄见于耳，荣华于耳。”耳穴埋豆法可以刺激耳廓上相应的穴位，从而改善气血运行障碍的状态，达到治疗疾病的目的^[10]。

本次研究中，观察组经常规护理干预+艾灸联合耳穴埋豆防治，护理满意度92.5%、腹胀发生率7.5%，而采用常规护理干预下的对照组护理满意度80%、腹胀发生率20%，2组比较，观察组优势更加明显。而在术后相关指标的比较上，观察组肛门排气时间、腹胀持续时间、下床活动时间、胀痛评分同样优于对照组。由此可见，在采取了艾灸联合耳穴埋豆方案后，观察组患者取得的临床护理效果更佳，显著降低腹胀发生率，值得在今后临床护理工作中推广使用。

同时本次研究也对艾灸联合耳穴埋豆的优势进行了总结。首先，该方案具有无创、无毒副作用、简便易行的特征，患者依从性更佳；其次，整个护理干预过程中充分凸显出了“中医治未病”原则，既能够起到良好的预防效果，又能够针对已经发生的腹胀发挥有效的治疗作用，可以被混合痔患者普遍接受及认可。然而，由于目前涉及到此方面的研究成果相对较少，本次研究所得论断尚需大样本数据支持，所以关于该方案具体的应用价值仍然需要加以考证。

[参考文献]

- [1] 尹丽霞. 艾灸应用于混合痔术后肠胀气的护理疗效观察[J]. 中国卫生产业, 2013, 10(31): 174-175.
- [2] 汪志帼. 穴位贴敷结合艾灸促进腹部术后胃肠功能恢复的护理研究[J]. 全科护理, 2012, 10(29): 2694-2695.
- [3] Robleda G, Roche-Campo F, Sánchez V, et al. Postoperative Discomfort After Abdominal Surgery: An

- Observational Study [J]. J Perianesth Nurs, 2015, 30(4): 272-279.
- [4] 唐海燕, 林梅燕, 曾莉莉. 腹部按摩联合艾灸缓解患者腹胀便秘的效果观察[J]. 当代护士: 学术版, 2013, 15(3): 131-132.
- [5] 陈静云. 艾灸盒温灸联合耳穴埋豆法治疗术后排尿困难的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(9): 54.
- [6] 移鹤林. 足三里穴位注射胃复安治疗腹部手术后肠管运动功能紊乱的分析[J]. 中外医学研究, 2014, 12(8): 39-40.
- [7] 裴丽洁, 杨文超, 商建婷. 艾灸联合行气散足底热疗对腹部手术后胃肠功能恢复影响的观察研究[J]. 河北中医, 2014, 36(3): 403-405.
- [8] 梅麟凤, 姜慧娜, 潘丽萍, 等. 电针结合头针、耳穴贴压治疗术后腹胀的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(7): 43-45.
- [9] 马天姝, 王富春. 基于现代文献对针灸治疗术后腹胀的同功穴规律分析[J]. 世界中医药, 2016, 11(2): 194-197.
- [10] 王峰, 郑柳榕. 穴位注射联合耳穴埋豆对减轻腹腔镜手术后腹胀的护理研究[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(3): 129-130.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

◆继柏医话◆

中医如何诊治疑难病症

熊继柏

湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

[关键词] 疑难病症; 因证选方; 选方用药

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2016) 11-0188-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.082

(续上期)

2 诊治疑难病症要把握四条原则

第四点是要因证选方而用药。这个因字不是因为的意思, 而是凭借的意思, 凭借这个证也就是依据这个证来选方, 即因证选方。依据这个证来选定主方, 而后才能用药。中医开处方, 叫开方, 不叫开药; 西医开药叫开药, 不叫开方。我们古人讲方子, 《论衡》云: “方施而药行……药行而病愈”。首先是用方, 而后才能用药。“不以规矩不能成方圆”, 如果开处方没有组方, 那是杂乱无章堆砌药物, 是治不好病的。而且, 方和证是一定要相对应的。

如何正确选方? 有三道基本功是必不可少的。第一道基本功: 对方剂要熟练。要知道方剂的组成, 功效, 主治。不能开

个桑菊饮, 桑叶菊花开完了, 其他的药就不记得了。不记得怎么办? 党参黄芪当归就胡乱加上去了。古人编撰的大量汤头歌诀是需要我们去背诵记忆的。我从小就背诵了大量的汤头歌诀, 甚至有些方背诵了好几种方歌: 比如藿香正气散方歌: “和解藿香正气汤, 苏叶白芷共藿香, 陈半茯苓大腹草, 厚朴桔梗引枣姜”。这是第一种方歌。“藿香正气白芷苏, 甘桔陈苓术朴俱, 夏曲腹皮加姜枣, 感伤岚瘴俱能驱。”这是第二种方歌。再比如四君子汤方歌: “四君子汤中和义, 参术茯苓甘草比。”“苓术参甘四味同, 方名君子取谦冲。”中医方剂要熟, 这是第一道基本功。

第二道基本功, 要掌握每一个方剂的主治功能。这个非常重要, 你没有掌握一个方剂的主治功能, 就不能正确使用。清

[收稿日期] 2016-04-06

[作者简介] 熊继柏 (1942-), 男, 教授, 研究方向: 内经理论。