PPH 术治疗痔疮的护理进展

Nursing progress of procedure for prolapse and hemorrhoids on hemorrhoids patients

彭 婷 （第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所创伤外科，重庆 400042）

［关键词］PPH 术；痔疮；护理
［中图分类号］R657.18；R472 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2009)05-0345-02

痔疮是肛肠疾患中的常见病，任何年龄，男女都能得病。随着医学科学的进步，痔疮手术治疗领域有重要的进展，从传统的痔手术发展到吻合器痔上粘膜环切术（procedure for prolapse and hemorrhoids，PPH），PPH 术具有创伤小、手术时间短、术后恢复快、住院时间短、术后并发症少等优点[1]，是目前治疗以环状脱垂的Ⅲ、Ⅳ度内痔、反复出血的Ⅱ度内痔以及导致功能性出口处梗阻型便秘的直肠前膨出、直肠内脱垂的主要术式[2]。经过多年的临床应用 PPH 术已成为临床治疗痔疮的常规手术，因此对临床护理也提出了更高的要求，护理人员不断的进行知识更新，才能适应医疗技术发展的需要。现就近几年 PPH 治疗痔疮的护理进展报告如下。

1 手术方式及原理

麻醉成功后，充分暴露肛门部，常规消毒铺巾后，找准齿状线，使用特制的手术器械和吻合器在距齿状线上 4～5 cm 感觉神经稀少的直肠粘膜上，行环形切除宽约 2 cm 直肠粘膜及粘膜下层的组织后，再将直肠粘膜吻合，使脱垂的肛垫向上悬吊，回缩恢复肛管粘膜与肛门括约肌的正常的生理解剖结构，消除痔核脱出的症状起到“悬吊”作用。同时切断直肠上终末支的血管，减少痔核的供血，使痔核逐渐萎缩起到“断流”作用[3]。

2 术前护理

2.1 心理护理

痔疮被患者视为隐私病，往往在反复便血、疼痛难忍、病情较重时才就医，对患者的生活和工作造成许多不良的影响。在入院时大多数患者对住院环境陌生，对手术治疗产生的恐惧、焦虑心理，对手术疗效、预后以及费用等担忧。吕烟韶等[4]提出医护人员可采用以人为本的人文关怀理念护理患者，亲切接待患者，热情问候，自我介绍，建立良好的护患沟通，以取得患者的信任。评估患者的心理状况、心理需要、承受能力、家庭情况及经济情况等，针对需要进行沟通。并讲解手术的必要性，PPH 的优点及手术成功病例。

2.2 术前检查及准备

术前完成血常规、尿常规和大便常规，肝肾功能，凝血五项，心电图，胸片等检查项目，以评估患者对手术和麻醉的耐受能力。剃除会阴部的阴毛，避免划伤皮肤并保持肛周皮肤干净。痔疮脱垂、肛周疼痛严重者，为减轻局部水肿和疼痛，术前 3 d，每日早晚各用 43～46 ℃的 1∶5 000 PP 液坐浴，20～30 分钟/次[5]。坐浴盆要大而深，能容下患者的整个臀部，若女性患者月经期则禁止坐浴，以免引起感染。术前 1 d 进食少渣半流质或流质饮食，禁食粗纤维难消化的食物。术前 12 h 禁食，4～6 h 禁水；术前 1 d 口服缓泻剂如蓖麻油 30 mL 导泻，手术前晚及手术日晨清洁灌肠，灌肠时注意操作轻柔，避免损伤直肠粘膜。

3 术后护理

3.1 一般护理

术后患者可采取侧卧位卧床休息，遵医嘱应用抗生素。并告知患者手术成功，消除心理负担，积极调动患者的主观能动性，争取患者最大程度的配合术后治疗。

3.2 便血的观察及护理

严密观察血压、脉搏、呼吸的变化。张丽华等[6]认为术后 3 d 后，患者生命体征恢复正常后，在无其他明显原因的前提下出现脉搏加快，加快幅度大于 20 次/分或脉率大于 100 次/分，即使当时尚未大量便血，血压等其他生命体征无明显改变，也应考虑有术后迟发性大出血的可能。术后第 1 天患者肛门可有少量暗红色液体流出，外观敷料渗出不多，非持续渗液不需特殊处理，安慰患者不必对伤口出血感到慌张。如渗血过多或突然排出大量鲜血和血块，应立即通知医生采取止血等对症处理措施。继发性出血多在术后 7～10 d 发生，伤口疼痛加剧、肛门坠涨有便意、头晕、面色苍白、出冷汗及心悸等症状均为出血征兆。

3.3 疼痛护理

受生理、心理、社会和文化素质等多种因素的影响，患者对疼痛的感觉会有所差异。因此，护士应及时地与患者进行交流、沟通，以了解其对手术后疼痛的感受。PPH 手术创面是在齿状线上感觉神经比较少的直肠粘膜上。PPH 术后疼痛较轻，术后 1～3 d 可缓解，3 d 内避免剧烈咳嗽、翻身引起的牵拉疼痛，护士应采用关心患者，多与患者交谈，转移注意力等方法来减轻疼痛，一般无需药物处理。何建平[7]提出可在术前予以止痛药物，超前镇痛能使术后疼痛减轻，镇痛时间延长及减少镇痛药物的需求量。

3.4 尿潴留护理

尿潴留为 PPH 术后最常见的并发症，术后 24 h 应注意观

［收稿日期］2009-05-23 ［修回日期］2009-06-22

察患者有无出现尿潴留。术后尿潴留的发生与麻醉药作用、精神因素、术后卧床、肛门部位疼痛刺激反射性引起膀胱括约肌痉挛、输入液量过多、输液速度过快导致膀胱过度充盈以及前列腺肥大等因素有关，也有部分患者是由于肛内填塞纱布或纱条导致小便不易排出。对出现尿潴留的患者，要及时查明原因，有针对性地采取不同的护理措施：精神紧张者，要做好心理护理，消除患者的恐惧、紧张情绪；卧床病人应鼓励其在病情允许的情况下早期下床活动；对肛门疼痛引起的尿潴留，要通知医生及时给予镇痛剂；控制液体输入量和输液速度。对不能自行排尿者，可采取水袋热敷或按摩下腹部、鼓励患者下床，取舒适的体位，可用屏风、床帘等制造一个隐蔽的环境，缓解患者紧张情绪，予以热敷下腹部、听流水声等方法诱导排尿，拔除肛内填塞过紧的纱布或纱条以辅助排尿。经上述处理无效者，可在无菌操作下行导尿术。郑雪峰等[8]提出予取中极、膀胱俞、关元等穴位进行按摩促进排尿。熊国华等[9]提出可使用速尿肌肉注射，使患者尿量增加使膀胱进一步充盈，内压增高，反射性引起尿道括约肌松弛，产生排尿，禁用于前列腺肥大者。黄明等[10]提出可在首次排尿前控制进液量以减少急性尿潴留的发生。如经上述处理无效时采取导尿法。注意女性病人排尿时应将臀部抬高避免污染伤口。

3.5 排便护理

3.5.1 便秘的预防和处理　术后第3天可口服石蜡油软化大便，促进排便。指导患者不应用力解便或因害怕伤口疼痛不解便。指导病人吃香蕉、麻仁胶囊等帮助排便。如大便干燥难以解出发生便秘可以用开塞露纳肛，切不可予以清洁灌肠，清洁灌肠有可能使吻合口扩张增加出血的机会。尽量一次排便，控制排便时间不超过5 min，可使用座便器。便后及时清洗肛周，用温水或1:5 000 PP液坐浴，以减轻便后疼痛。

3.5.2 大便失禁的处理　由于PPH术有扩肛，术后有患者可出现轻度大便失禁，嘱咐患者不要久蹲久坐，尽量避免重体力劳动，并进行缩肛训练，即肛门行收缩、舒张运动，每次10下，每天4次。

3.6 饮食护理

术后第1～2天可进食营养丰富易消化半流或流质饮食，忌食粗纤维食物，少量多餐，不排便。术后第3 d可进软食，以后可恢复正常饮食，多食高蛋白、粗纤维食物及新鲜果蔬，多饮水可促进肠蠕动，忌辛辣、油炸食物，不酗酒。

3.7 其他不适的处理

由于PPH术后肛门填塞较多纱布以压迫止血，肠道内积气过多可引起腹胀，随着手术后应激反应的逐渐消退，下床活动后胃肠蠕动增加，肛门排气后，腹胀可自行缓解，无需特殊处理；术后每日早、晚用温水或1:5 000 PP液坐浴可减轻肛缘性水肿。

4 出院宣教

指导患者适当进行体育锻炼，养成良好的生活习惯，改变用力屏气排便的习惯，定时排便；进食粗纤维食物，如韭菜、芹菜、笋类、银耳等，多饮水，忌食辛辣刺激性食物及烟酒，睡前可喝蜂蜜水保持大便通畅，每日排便1～2次，可起到扩肛作用防止吻合口狭窄，便后及时清洗肛周；多做缩肛训练，防止大便失禁，早日恢复正常工作及生活；术后1个月复查，3个月禁止重体力劳动，避免剧烈运动。若出现排便不畅、出血等不适及时就诊[11-15]。

综上所述，PPH作为一种治疗痔疮的手术方法，随着社会的进步，医学的发展其应用领域将越来越广。因其具有创伤小、住院时间短、恢复快、并发症少等优点，是目前肛肠科的技术热点[16]。但术后仍可能出现诸多并发症，因此，加强术前术后的护理工作，对病人做出正确的护理干预，能减少术后并发症发生，把患者的痛苦减至最小，不仅是PPH术成功的一个重要因素，也是我们临床护理工作者需要进一步探讨和完善的护理问题。

[参考文献]

[1] 王红美，钟芸诗，姚礼庆. 吻合器痔上粘膜钉合术与传统痔手术的护理对照研究[J]. 护士进修杂志，2005，20(12)：1069－1070.

[2] 侯会池，陈金辉，赵增顺，等. PPH及传统手术治疗严重内痔73例临床疗效评价[J]. 局解手术学杂志，2006，15(6)：396.

[3] 李淑君. 98例痔上粘膜环切钉合术的护理[J]. 现代护理杂志，2006，12(23)：2195.

[4] 吕烟韶，张加英. 以人为本的人文关怀理念在肛门疾病护理中的应用[J]. 中国肛肠病杂志，2008，28(8)：45－47.

[5] 李荣先，尚秀娟，吕保洲. PPH治疗脱垂内痔的术后处理[J]. 中国肛肠病杂志，2008，28(10)：24－25.

[6] 张丽华，叶平江，张　琼，等. 观察脉搏对早期发现肛门病术后大出血的临床意义[J]. 中国肛肠病杂志，2007，27(9)：52－53.

[7] 何剑平. 肛门部手术后疼痛的预防和治疗[J]. 中国肛肠病杂志，2006，26(10)：54－55.

[8] 郑雪峰，王秀娟，邵淑萍. 穴位按摩治疗肛病术后尿潴留的护理[J]. 中国肛肠病杂志，2008，28(9)：59.

[9] 熊国华，刘晓燕. 速尿治疗肛肠病术后排尿障碍20例[J]. 中国肛肠病杂志，2007，27(11)：57.

[10] 黄　明，张卫萍. 肛肠病术后控制进液量减少尿潴留发生的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志，2006，26(10)：48－49.

[11] 罗湛滨，张思奋，任东林，等. PPH治疗痔病的临床价值[J]. 大肠肛门病外科杂志，2003，9(1)：4.

[12] 姚礼庆，唐　竞，戈少云，等. 吻合器治疗重度痔(60例报道)[J]. 中国微创外科杂志，2001，1(5)：269

[13] 杨新庆. 吻合口痔上黏膜钉合术学术研讨会纪要[J]. 中华外科杂志，2002，40(10)：795

[14] 张虹玺，李春雨，蒋松涛，等. 痔吻合器(PPH)术后继发性出血2例报告[J]. 大肠肛门病外科杂志，2003，9(3)：201

[15] 刘仕勇，周嘉蓉. 混合痔术后肛门水肿的防治体会[J]. 局解手术学杂志，2003，12(5)：336.

[16] 王良琼，杨凤娥. PPH治疗环状内痔56例护理[J]. 长江大学学报(自科版)，2006，3(4)：314－315.

(编辑：左艳芳)