论 著

中西医结合快速康复外科在老年混合痔患者围手术期的应用

龙　庆[1]，李　艳[2]，闻　永[1]，何　彬[1]，黄橙紫[1]，李　俊[1]
1.西南医科大学附属医院 中医科（泸州 646000）；2.西南医科大学附属中医医院 皮肤科（泸州 646000）

【摘　要】目的 探讨中西医结合快速康复外科在老年混合痔患者围手术期中的应用价值。**方法** 将80例老年混合痔患者随机分为观察组和对照组，每组各40例。观察组予中西医结合快速康复外科处理方案，对照组予常规处理方案。比较两组入院时及术前焦虑自评量表（SAS）评分及抑郁自评量表（SDS）评分；术后并发症（术后当日尿潴留评分及术后第1、3、7 d切口疼痛、水肿、出血评分）；住院时间及切口愈合时间。**结　果** 观察组术前焦虑自评量表（SAS）评分及抑郁自评量表（SDS）评分低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；观察组术后当日尿潴留评分低于对照组，观察组术后第1、3、7 d切口疼痛、水肿及出血评分均低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）；观察组住院时间及切口愈合时间短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结　论** 在老年混合痔患者围手术期应用中西医结合快速康复外科理念可有效改善患者围手术期焦虑、抑郁状态，加速术后恢复，减少并发症的发生，可在临床推广应用。

【关键词】混合痔；老年患者；中西医；快速康复外科；围手术期
【中图分类号】 R657　**文献标志码** A　**DOI**：10.3969/j.issn.2096-3351.2022.02.010

Application of integrated traditional Chinese and Western medicine fast-track surgery in elderly patients with mixed hemorrhoids during the perioperative period

LONG Qing[1], LI Yan[2], WEN Yong[1], HE Bin[1], HUANG Chengzi[1], LI Jun[1]
1.*Department of Traditional Chinese Medicine, the Affiliated Hospital of Southwest Medical University, Luzhou 646000, China*; 2.*Department of Dermatological, the Affiliaated T.C.M. Hospital of Southwest Medical University, Luzhou 646000, China*

【Abstract】Objective To evaluate the application value of integrated traditional Chinese and Western medicine fast-track surgery in elderly patients with mixed hemorrhoids during the perioperative period. **Methods** A total of 80 elderly patients with mixed hemorrhoids were randomly divided into observation group and control group ($n=40$). The observation group was treated with integrated traditional Chinese and Western medicine fast-track surgery, while the control group was given conventional treatment. The two groups were compared in terms of Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Self-Rating Depression Scale (SDS) scores on admission and before operation, and postoperative complications (the urinary retention score on the 1st day after operation, and the scores of incision pain, edema, and bleeding on the 1st, 3rd, and 7th days after operation), length of hospital stay, and incision healing time. **Results** Compared with the control group, the observation group had significantly lower preoperative SAS score and SDS score, urinary retention score on the 1st day after operation, and scores of incision pain, edema, and bleeding on the 1st, 3rd, and 7th days after operation, as well as significantly shorter length of hospital stay and incision healing time (all $P<0.05$). **Conclusion** The application of integrated traditional Chinese and Western medicine fast-track surgery in elderly patients with mixed hemorrhoids during the perioperative period can effectively relieve anxiety and depression, accelerate postoperative recovery, and reduce the incidence of complications, which holds promise for clinical application.

【Key words】 Mixed hemorrhoids; Elderly patients; Traditional Chinese and Western medicine; Fast-track surgery; Perioperative period

基金项目：四川省干部保健科研课题（2020-1505）
第一作者简介：龙　庆，硕士。
通信作者：李　俊，教授，硕导。E-mail:ljadoctor@163.com
引用本文：龙庆，李艳，闻永，等.中西医结合快速康复外科在老年混合痔患者围手术期的应用[J].西南医科大学学报，2022，45（2）：135-138.DOI：10.3969/j.issn.2096-3351.2022.02.010.

痔是肛肠科临床上最常见的疾病，任何年龄都可发病，但随着年龄的增长其发病率呈上升的趋势，老年人是混合痔的高发人群。手术是混合痔的重要治疗方法。老年混合痔患者因全身机能下降，基础疾病较多，较年轻患者更易出现术后并发症且症状也较重，影响术后切口恢复。因此在老年混合痔患者围手术期采取安全有效的干预方法，以降低老年混合痔患者的生理及心理创伤应激，减少术后并发症，缩短住院时间，达到病人快速康复显得尤为重要。快速康复外科（fast-track surgery，FTS）作为一种新的医学理念，是在循证医学证据的基础上，在围手术期采用一系列多模式优化措施协同作用，从而加速患者术后康复。快速康复外科自提出后越来越受到国内外学者的重视，在胃肠外科、泌尿外科、骨科及肝胆外科等科室中已广泛开展[1-4]。中医药在促进术后康复方面独具特色，但将中西医结合快速康复外科理念运用于老年混合痔患者围手术期的研究较少，所以我们在前期研究的基础上[5-6]，结合肛肠外科研究现状及中医药优势，将中西医结合快速康复外科理念应用于老年混合痔患者围手术期，加快患者术后康复，取得了满意效果，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择2019年8月至2020年8月在西南医科大学附属医院行手术治疗的80例老年混合痔患者。纳入标准：①符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》[7]中混合痔的诊断标准，具有手术适应证，在腰俞穴麻醉下行外剥内扎术者；②年龄在60～80岁之间者；③自愿参加本研究且签署知情同意书者。排除标准：①合并严重心脑血管疾病、肝、肾、肺、造血系统、糖尿病、精神病及恶性肿瘤等不能耐受手术的患者；②伴有肛门狭窄、肛门失禁、肛瘘、肛周脓肿、直肠炎或炎性肠病等疾病；③耳部及针刺部位皮肤有破溃、感染或晕针者。按照处理方式分为观察组和对照组，每组各40例。观察组男27例，女13例，年龄61～78岁，平均（66.58 ± 4.31）岁，病程1～35年，平均（15.85 ± 8.04）年；对照组男29例，女11例，年龄60～79岁，平均（67.73 ± 5.38）岁，病程1～40年，平均（19.10 ± 8.21）年。本研究通过了西南医科大学附属医院临床试验伦理委员会审批。

1.2 方法

观察组：予中西医结合快速康复外科处理方案，包括术前、术中、术后各个阶段。具体如下：

术前措施：①术前详细宣教，开展中医情志护理；②术前不禁食禁饮；③中医干预措施：耳穴贴压（术前30 min取双耳肾、膀胱、神门、皮质下、交感及肛门穴，嘱患者每日自行按压3～6次，每次3～5 min，共治疗3 d）；电针干预（术前30 min电针中极、关元、三阴交、下髎穴，采用2 Hz/100 Hz疏密波，留针30 min，刺激强度以患者可耐受为度）。

术中措施：①采用中医干预措施：手术过程中嘱患者按压耳穴（操作同前）达到镇痛、镇静等目的；②不常规导尿。

术后措施：①术后限制输液量，常规静脉镇痛；②中医镇痛措施：耳穴贴压（操作同前）等；③术后早期进食，早期活动，控制大便1 d；④采用热敷膀胱区诱导排尿；若有导尿者，无前列腺增生等尿路梗阻者术后第1 d液体输入完毕后拔除导尿管；⑤中药汤剂口服及中药坐浴（口服中药为麻仁丸合增液汤加减：具体方药如下：火麻仁15 g、郁李仁15 g、枳实15 g、厚朴15 g、木香15 g、槟榔15 g、白芍15 g、白术15 g、生地黄15 g、玄参15 g、麦冬15 g、甘草6 g。水煎服，每次100 mL，每日三次。坐浴中药为消肿止痛液加减。具体方药如下：苦参15 g、野菊花15 g、黄柏15 g、芒硝10 g、明矾10 g、蒲公英15 g、紫花地丁15 g、花椒3 g、薄荷5 g、赤芍10 g。将上述药物加水2 000 mL，煎取药液1 500 mL左右，先熏蒸肛门后再坐浴，坐浴水温保持在38 ℃～40 ℃，每次10～15 min，每日2次，共治疗7 d）；⑥红外线照射肛缘切口（采用红外线理疗灯照射肛门，以病人有舒适的温热感为宜，每次30 min，每日2次，共治疗7 d）。

对照组，予常规处理方案。术前措施：①术前常规宣教；②术前8 h禁食，6 h禁饮；③不予中医干预措施。术中措施：①常规导尿；②不予中医干预措施。术后措施：①术后常规补液，不限制输液量；②口服或静脉镇痛，不予中医干预镇痛；③术后当天流质饮食，术后2 d后恢复普食，控制大便2 d；根据自身意愿和恢复情况逐步活动；④不采用诱导排尿；无前列腺增生等尿路梗阻者术后3～5 d拔除导尿管；⑤不予中药汤剂口服、坐浴、红外线照射肛缘切口等干预措施。

1.3 观察指标

观察患者入院时及术前焦虑自评量表（SAS）评分及抑郁自评量表（SDS）评分；术后并发症（切口疼痛、水肿、出血、尿潴留）评分；住院时间及切口愈合时间。入院时及术前焦虑自评量表（SAS）评分及抑郁自评量表（SDS）评分：记录两组患者入院时及术前SAS评分和SDS评分，以分计算。术后并发症评分（尿潴留、切口疼痛、水肿、出血评分）：记录术后当日尿潴留评分及术后第1、3、7 d切口疼痛、水肿、出血评分。术后尿潴留、切口疼痛、水肿、出血等并发症参照《中药新药临床研究指导原则》[8]，结合临床拟定以下术后并发症评分标准。尿潴留评分：0分，无尿潴留，排尿通畅；2分，排尿不畅，但在热敷后能自行解出；4分，排尿不畅，使用药物后可解出；6分，排尿不畅，需留置导尿。疼痛评分：0

分，无疼痛；2分，轻度疼痛可忍受，能正常生活，睡眠不受干扰；4分，疼痛明显，需要口服镇痛药，睡眠受干扰；6分，疼痛剧烈，睡眠严重受干扰，可伴植物神经紊乱表现或强迫体位。水肿评分：0分，无水肿；2分，水肿范围占肛缘1/4以下；4分，水肿范围占肛缘1/4～1/2；6分，水肿范围占肛缘1/2以上。出血评分：0分，无出血；2分，少量渗血，便时纸上带血；4分，中等量渗血，便时滴血；6分，有活动性出血，需进行止血处理。住院时间：记录两组患者住院时间，以天数计算。切口愈合时间：记录两组患者住院时间，以天数计算。

1.4 统计学分析

选用SPSS 17.0统计学软件进行资料统计学处理，计量资料采用均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，两个样本均数比较采用t检验，入院时和手术前数据比较采用配对t检验，计数资料采用χ^2检验，等级资料比较采用秩和检验。以$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异无统计学意义（$P > 0.05$），见表1。

表1 两组患者一般资料比较（$\bar{x} \pm s$）

Table 1 Comparison of general conditions between the two groups（$\bar{x} \pm s$）

组别	性别（男/女）	年龄（岁）	病程（年）
对照组	29/11	67.13 ± 3.77	20.25 ± 9.23
观察组	27/13	67.32 ± 4.59	19.13 ± 10.96
t/χ^2	0.238	−1.463	1.847
P	0.626	1.000	0.65

2.2 两组患者入院时及术前焦虑自评量表（SAS）及抑郁自评量表（SDS）评分比较

两组患者入院时焦虑自评量表（SAS）评分及抑郁自评量表（SDS）评分比较差异无统计学意义（$P > 0.05$）；两组患者术前SAS评分及SDS评分均高于入院时，差异有统计学意义（$P < 0.05$），但观察组术前SAS评分及SDS评分均低于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表2。

表2 两组患者入院时及术前焦虑自评量表评分及抑郁自评量表评分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

Table 2 Comparison of scores of Self-rating Anxiety Scale and Self-rating Depression Scale at admission and before operation between the two groups（points，$\bar{x} \pm s$）

组别	焦虑自评量表评分			抑郁自评量表评分		
	入院时	术前	差值	入院时	术前	差值
对照组	33.95 ± 3.68	37.87 ± 4.07	3.88 ± 2.92	42.01 ± 4.55	45.98 ± 4.34	4.08 ± 3.79
观察组	34.19 ± 3.64	40.73 ± 4.36	6.75 ± 4.94	41.98 ± 4.82	48.67 ± 3.60	7.00 ± 4.56
t	− 1.722	43.800	8.257	0.193	− 20.729	9.714
P	0.085	< 0.001	< 0.001	0.847	< 0.001	< 0.001

2.3 两组患者术后并发症（尿潴留、切口疼痛、水肿、出血）比较

观察组术后当日尿潴留评分（3.54 ± 1.61）分低于对照组（4.05 ± 1.30）分，差异有统计学意义（$t = -2.018$，$P < 0.05$）。观察组术后第1、3、7 d切口疼痛、水肿及出血评分均低于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表3。

表3 两组患者术后切口疼痛、水肿、出血比较（分，$\bar{x} \pm s$）

Table 3 Comparison of postoperative incision pain，edema and bleeding between the two groups（points，$\bar{x} \pm s$）

指标	组别	术后第1 d	术后第3 d	术后第7 d
疼痛	对照组	3.91 ± 1.41	3.08 ± 1.21	2.60 ± 0.92
	观察组	3.21 ± 1.37	2.67 ± 1.26	2.22 ± 0.64
	t	−3.888	−2.175	−2.227
	P	< 0.001	0.031	0.028
水肿	对照组	2.38 ± 0.79	2.69 ± 0.96	2.31 ± 0.74
	观察组	2.00 ± 0.00	2.29 ± 0.71	2.82 ± 0.99
	t	−2.239	−2.000	−2.408
	P	0.029	0.04	0.018
出血	对照组	3.29 ± 0.96	3.07 ± 1.00	2.80 ± 0.99
	观察组	2.91 ± 1.00	2.70 ± 0.96	2.33 ± 0.76
	t	−2.535	−2.072	−2.077
	P	0.012	0.040	0.041

2.4 两组住院时间及切口愈合时间比较

观察组住院时间及切口愈合时间（6.84 ± 0.97）d、（27.86 ± 2.88）d短于对照组（7.12 ± 0.97）d、（29.25 ± 3.27）d，差异均具有统计学意义（$t_{\text{住院时间}} = -3.350$，$P < 0.05$；$t_{\text{切口愈合时间}} = -10.717$，$P < 0.05$）。

2.5 不良反应观察

两组患者均未发生皮肤过敏、灼伤、水泡、晕针等不良反应。

3 讨论

老年混合痔患者年老体弱，手术后基础病和并发症常相互交错，给患者造成不同程度的痛苦，延迟创面的正常愈合，严重影响老年患者的生活质量。快速康复外科（fast-track surgery，FTS）由丹麦外科医生Kehlet于2001年率先提出[9-10]，是在术前、术中及术后采用一系列经循证医学证实的有效的方法，对传统的围术期处理方法、麻醉技术、疼痛控制技术等进行改良、优化及组合而产生的的协同结果，以减少手术应激及并发症，从而加速患者术后康复的外科新理念。近年来，FTS理念在外科手术中进行了积极探索[11]，并联合中医药方法取得了满意效果[12-13]，但在肛肠外科的运用研究相对较少。

我们将中西医结合快速康复外科理念运用到老年混合痔患者围手术期，观察组给予中医情志护理及加强术前宣教，通过护理人员自身言语、行为、态度等方面来改善患者心理状态，尽可能消除患者焦虑、抑郁等负性情绪，调整为最佳心理状态接受治疗，提高其配合度[14-15]。《灵枢.口问》云："耳者，宗脉之所聚也"，耳与经

络、脏腑关系甚为密切。在围手术期耳穴贴压可缓解患者术前焦虑情绪，缓解术后麻醉所致的恶心呕吐以及促进胃肠功能恢复，起到改善患者术后睡眠及早期恢复术后自主排尿等作用[16]。观察组术前耳穴贴压肾穴、膀胱穴，可助膀胱气化，通利水道；肛门穴可止血止痛；神门、交感穴可养血安神，活血行气，镇静止痛；皮质下穴能调节大脑皮质的兴奋和抑制，各穴配伍可疏肝解郁、宁心安神、活血通络、消肿止痛。电针已广泛用于外科围手术期并发症的防治。电针中极、关元、三阴交、下髎穴可调畅气血，疏经通络，通利三焦，提高患者依从性，纠正植物神经功能紊乱，改善患者焦虑抑郁状态，起到超前镇痛的作用，并防治混合痔术后各种并发症的发生。

两组患者麻醉方式均为腰俞穴麻醉，属于中医穴位麻醉之一，观察组术前不禁饮禁食，不影响麻醉安全性，也可缓解术前口渴、饥饿和烦躁，增加对手术的耐受力，减少术后应激反应。术后正常饮食，早期下床活动，减少控制大便时间，可以刺激肠道反应，尽早恢复排便规律，防止便秘的发生。若有导尿者，无前列腺增生等尿路梗阻者早期拔除尿管可减少尿管对尿道黏膜的刺激、损伤，减少术后不适的感觉，加速患者快速康复。

观察组术后口服中药麻仁丸合增液汤加减，润肠、通便、缓下，具有下不伤正、攻润相兼的特点，有效缓解术后便秘、疼痛、出血等。混合痔术后肛周切口暴露污染的环境中，长时间局部粪便刺激，且术后因肛门疼痛致肛门括约肌痉挛收缩，使局部切口引流不畅，创面愈合缓慢。中药熏洗坐浴是中医外治的重要方法，通过术后熏洗坐浴可清洁肛周切口创面，减少局部分泌物，湿润温热的蒸汽可松弛肛门括约肌，使肛周皮肤温度升高，开放毛孔，扩张微小血管，促进血液和淋巴循环，提高创面对药物的吸收，具有抗感染、加快细胞有丝分裂及肉芽组织新生[17-18]。外用中药消肿止痛液，有清热解毒、除湿止痒、活血化瘀、通络止痛之功。红外线照射肛缘切口可增强机体免疫力，改善血液循环功能，增强组织代谢，减轻局部组织的疼痛及水肿，发挥镇痛消炎作用，从而减缓混合痔术后并发症，促进创面愈合[19-20]。

本研究结果显示，观察组术前SAS、SDS评分低于对照组，观察组术后当日尿潴留评分，术后第1、3、7 d切口疼痛、水肿及出血评分低于对照组，且观察组住院时间及切口愈合时间也短于对照组，说明将中西医结合快速康复外科理念应用于老年混合痔患者围术期，在术前、术中、术后各个阶段进行系统的快速康复外科干预疗效确切，可明显改善患者术前焦虑抑郁状态，减少术后应激及术后并发症的发生，缩短住院时间及切口愈合时间，促进术后创面愈合，加速术后康复。

4 结论

在老年混合痔患者围手术期应用中西医结合快速康复外科理念可有效改善患者围手术期焦虑、抑郁状态，加速术后恢复，减少并发症发生，提高临床疗效，可在临床推广应用。

（利益冲突：无）

参 考 文 献

[1] 郑艳文. 快速康复外科理念应用于胃癌患者围手术期护理中的临床价值分析[J]. 中国医药指南，2019，17(17)：230-231.
[2] 盘绍琼. 快速康复外科理念在复杂性肾结石护理中的应用效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志，2017，4(18)：3388-3389.
[3] 刘涛，邱水强，徐志刚，等. 基于快速康复外科理念系统治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的临床疗效评估[J]. 中国骨质疏松杂志，2019，25(9)：1303-1306.
[4] KAPRITSOU M，KORKOLIS DP，GIANNAKOPOULOU M，*et al*. Factors affecting stress levels in hospitalized patients after implementation of fast-track protocol in hepatopancreatobiliary surgery[J]. Asia Pac J Oncol Nurs，2020，7(1)：44-48.
[5] 龙庆，李艳，李俊，等. 不同频率电针预处理对混合痔外剥内扎术后肛门疼痛的影响[J]. 中国针灸，2019，39(5)：477-481.
[6] 龙庆，李俊，闻永，等. 电针预处理联合诱导排尿对混合痔外剥内扎术后尿潴留的影响[J]. 中国针灸，2019，39(8)：821-824.
[7] 中华中医药学会. 中医肛肠科常见病诊疗指南[M]. 北京：中国中医药出版社，2012：1-4.
[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：349-353.
[9] WILMORE DW，KEHLET H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ，2001，322(7284)：473-476.
[10] KEHLET H，WILMORE DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery[J]. Ann Surg，2008，248(2)：189-198.
[11] 石代红，宋琴，陈代鸿. 基于加速康复外科理念的医护患一体化模式在整合式大隐静脉曲张日间手术患者中的应用[J]. 西南医科大学学报，2020，43(2)：192-195.
[12] AHMED EA，MONTALTI R，NICOLINI D，*et al*. Fast track program in liver resection：a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore)，2016，95(28)：e4154.
[13] 凌泽权，何勇，李佳伟，等. 中西医结合快速康复对全膝关节置换围术期的研究[J]. 中国医药科学，2021，11(14)：67-70.
[14] 王建慧. 中医情志护理对手术室局麻下手术患者负性情绪、配合度的影响[J]. 光明中医，2020，35(7)：1070-1072.
[15] 李艳玲，庄競，冯伟宇. 中医情志护理缓解直肠癌手术患者负性情绪疗效观察[J]. 新中医，2019，51(5)：293-295.
[16] 马孟婕，张留巧，王晴，等. 耳穴贴压在围手术期护理中的应用现状研究[J]. 中国中医药现代远程教育，2020，18(13)：162-164.
[17] 汪国平. 消肿止痛汤熏洗坐浴治疗混合痔术后水肿临床研究[J]. 亚太传统医药，2015，11(1)：120-121.
[18] 王小彦. 消肿汤熏洗治疗混合痔术后肛缘水肿临床观察[J]. 实用中医药杂志，2019，35(10)：1266-1268.
[19] 赵宏涛. T DP 治疗仪的故障分析与维护[J]. 医疗装备，2015，28(7)：125.
[20] 金宗英，王益平，李五生，等. 中药熏洗对直肠癌术后肛门坠胀的影响研究[J]. 泸州医学院学报，2013，36(5)：516-519.

（2020-12-19收稿；2021-11-25修回）