

临床护理路径在肛瘻患者中应用的效果分析

蔡燕丽 杜培欣

上海中医药大学附属曙光医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18774

[摘要] 目的: 探讨临床护理路径在肛瘻围术期的应用效果。方法: 选取2024.8-2025.8, 60例肛瘻患者分两组各30例。对照组行肛瘻常规护理, 观察组用围术期+出院指导路径, 对比满意度、并发症率及疼痛评分。结果: 观察组各时点VAS评分低, 并发症少且满意度高($P<0.05$)。结论: 肛瘻围术期临床护理路径减痛提质, 值得推广。

[关键词] 肛瘻; 康复效果; 并发症

中图分类号: R473.6 文献标识码: A

Analysis of the Effectiveness of Clinical Nursing Pathway in Patients with Anal Fistula

Yanli Cai, Peixin Du

Shanghai University of Traditional Chinese Medicine Affiliated Shuguang Hospital

Abstract: Objective: To explore the application effect of clinical nursing pathway in the perioperative period of anal fistula. Method: Select 60 patients with anal fistula from August 2024 to August 2025, and divide them into two groups of 30 patients each. The control group received routine care for anal fistula, while the observation group received perioperative and discharge guidance pathways. Satisfaction, complication rates, and pain scores were compared. Result: The VAS scores of the observation group were low at each time point, with few complications and high satisfaction ($P<0.05$). Conclusion: The clinical nursing pathway for reducing pain and improving quality during the perioperative period of anal fistula is worth promoting.

Keywords: Anal fistula; Rehabilitation effect; complication

引言

肛瘻是肛肠科常见的良性疾病, 多由肛周脓肿破溃或切开引流后迁延不愈形成, 以肛门周围反复流脓、肿痛、瘙痒为主要临床表现, 严重影响患者的生活质量^[1]。手术是治疗肛瘻的主要方式, 包括肛瘻切开术、肛瘻切除术、挂线疗法等, 但由于肛门部位特殊的解剖结构与生理功能, 术后创面易受粪便污染, 且患者常存在排便疼痛、伤口愈合缓慢等问题, 加之部分患者对疾病认知不足、术后自我护理能力欠缺, 极易引发伤口感染、出血、尿潴留等并发症, 延长住院时间, 增加医疗负担^[2]。临床护理路径是一种以患者为中心, 基于循证医学证据, 结合临床诊疗规范制定的标准化、程序化护理模式, 其核心在于通过明确护理时间节点与内容, 使护理工作更具计划性、针对性与系统性, 从而提升护理质量与效率^[3]。近年来, 临床护理路径在骨科、普外科、妇产科等多个学科领域得到广泛应用, 并取得了良好效果, 但关于其在肛瘻患者护理中的应用研究仍需进一步充实^[4]。本研究选取60例肛瘻手术患者作为研究对象, 对比分析临床护理路径与常规护理的应用效果, 为优化肛瘻患者围手术期护理方案提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年8月—2025年8月我院肛肠科收治的60例肛瘻手术患者作为研究对象。采用随机数字表法分为观察组与对照组, 每组30例。观察组男17例, 女13例; 年龄22~65岁, 平均(41.25±8.36)岁; 肛瘻类型: 低位单纯性肛瘻15例, 低位复杂性肛瘻11例, 高位单纯性肛瘻4例; 手术方式: 肛瘻切开术14例, 肛瘻切除术9例, 挂线疗法7例。对照组男16例, 女14例; 年龄20~67岁, 平均(40.89±8.52)岁; 肛瘻类型: 低位单纯性肛瘻14例, 低位复杂性肛瘻12例, 高位单纯性肛瘻4例; 手术方式: 肛瘻切开术14例, 肛瘻切除术11例, 挂线疗法5例。纳入标准: ①符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》中肛瘻的诊断标准, 经肛门指诊、肛门镜检查确诊; ②首次接受肛瘻手术治疗; ③意识清晰, 具备良好的沟通与理解能力; ④自愿参与本研究, 并签署知情同意书。排除标准: ①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者; ②合并糖尿病、凝血功能障碍等影响伤口愈合的疾病者; ③存在肛周皮肤病、直肠肿瘤等其他肛肠疾病者; ④妊娠期或哺乳期女性; ⑤依从性差, 无法配合完成研究全程者。两组患者在性别、年龄、肛瘻类型、手术方式

Clinical Application Research of Nursing Care

等一般资料方面比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规围手术期护理模式。术前: 协助患者完成血常规、凝血功能、肝肾功能、心电图、肛门镜等检查, 告知患者手术目的、流程、注意事项及术后可能出现的不适; 术前1d指导患者进食流质饮食, 术前一晚及术晨行清洁灌肠, 做好肛周皮肤清洁准备。术中: 协助患者摆放合适体位, 密切监测生命体征, 配合医生完成手术操作。术后: 返回病房后取平卧位, 6h后改为半卧位; 监测生命体征及伤口渗血情况; 遵医嘱给予抗感染、止痛药物; 指导患者术后24h内禁食, 之后逐步过渡至流质、半流质饮食, 避免辛辣刺激食物; 指导患者保持肛门清洁, 便后用温水坐浴; 观察患者排便情况, 预防便秘与腹泻; 出院时告知患者出院后注意事项, 嘱其定期复诊。

观察组在对照组基础上实施临床护理路径干预, 具体措施如下:

组建临床护理路径小组: 由肛肠科护士长担任组长, 选取5名具有5年以上肛肠护理经验的护士为组员, 小组通过查阅国内外相关文献、结合临床实践经验, 制定《肛瘘患者围手术期临床护理路径表》, 并邀请肛肠科主治医师对路径表进行审核与修订, 确保路径内容的科学性与可行性。

临床护理路径实施内容: ①术前1d: 责任护士对患者进行全面评估, 包括身体状况、心理状态、疾病认知程度等; 采用一对一沟通的方式进行健康宣教, 内容包括肛瘘疾病知识、手术流程、术前准备要点、术后疼痛管理方法及自我护理技巧; 针对患者存在的焦虑、恐惧情绪进行心理疏导, 缓解其心理压力; 指导患者进行术前肠道准备及肛周皮肤清洁, 确保手术顺利进行。②手术当天: 术前30min护送患者至手术室, 再次核对患者信息, 协助患者摆放体位; 术中密切配合医生操作, 监测生命体征变化; 术后护送患者返回病房, 与病房护士做好交接; 指导患者取舒适体位, 告知患者术后注意事项, 观察伤口渗血、渗液情况, 发现异常及时报告医生处理。③术后1~3d: 重点关注患者疼痛情况, 采用VAS评分法评估疼痛程度, 根据评分结果采取针对性止痛措施, 如遵医嘱给予口服止痛药物、中药熏洗坐浴、穴位按摩等; 指导患者进行饮食调理, 术后24h内禁食, 24h后给予米汤、菜汤等流质饮食, 避免产气食物; 指导患者进行肛门收缩训练, 促进肛周血液循环; 保持伤口敷料清洁干燥, 及时更换污染敷料, 预防伤口感染。④术后4~7d: 指导患者逐步过渡至半流质饮食, 如粥、烂面条等, 增加膳食纤维摄入, 预防便秘; 指导患者便后采用1:5000高锰酸钾溶液温水坐浴, 每次15~20min, 每天2次, 促进伤口愈合; 观察患者排便

情况, 若出现便秘, 遵医嘱给予缓泻剂; 评估患者自我护理能力, 强化出院前自我护理知识培训。⑤出院当天及随访: 为患者提供出院指导, 包括饮食禁忌、肛周清洁方法、伤口护理要点、复诊时间等; 为患者发放出院指导手册, 方便患者随时查阅; 建立患者随访档案, 术后1周、2周、1个月进行电话随访, 了解患者伤口愈合情况、排便情况及并发症发生情况, 及时解答患者疑问, 给予针对性指导。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分: 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者术后1d、3d、7d的疼痛程度, 满分10分, 得分越高表示疼痛越剧烈。

(2) 并发症发生率: 统计两组患者术后出血、感染、尿潴留等并发症发生情况。

(3) 护理满意度: 采用我院自制的护理满意度调查问卷, 于患者出院前进行调查, 问卷包括护理态度、护理操作、健康宣教、并发症预防等方面, 总分100分, ≥ 90 分为非常满意, 80~89分为满意, < 80 分为不满意, 护理满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用t检验, 计数资料以 [n (%)] 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者术后不同时间点 VAS 评分

观察组术后1d、3d、7d VAS评分低于对照组同期评分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组肛瘘患者术后不同时间点 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	术后1d	术后3d	术后7d
观察组	30	6.35 ± 0.67	4.38 ± 0.88	2.53 ± 0.45
对照组	30	7.45 ± 1.32	5.34 ± 0.96	3.45 ± 0.62
t	--	6.543	7.943	9.356
P	--	0.001	0.001	0.001

2.2 比较两组患者术后并发症发生率

观察组并发症发生率显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 见表2。

表2 两组患者术后并发症发生率比较 [n (%)]

分组	例数	出血	感染	尿潴留	总发生率
观察组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)
对照组	30	3 (10.00)	1 (3.33)	1 (3.33)	5 (16.67)
χ^2	--	--	--	--	8.864
P	--	--	--	--	0.001

2.3 比较两组患者护理满意度

观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 (P

Clinical Application Research of Nursing Care

<0.05), 见表3。

表3 两组肛瘘患者护理满意度比较[n (%)]

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	30	22(73.33)	8(26.67)	0(0.00)	30(100.00)
对照组	30	14(46.67)	12(40.00)	4(13.33)	26(86.67)
χ^2	--	--	--	--	8.306
P	--	--	--	--	0.001

3 讨论

肛瘘作为肛肠科多发病, 手术是根治的有效手段, 但肛门口位的特殊性导致术后护理难度较大。常规围手术期护理缺乏标准化流程, 护理措施多依赖护士经验, 存在护理内容不全面、健康宣教不系统等问题, 无法为患者提供全程、精细化的护理服务, 进而影响患者康复效果^[5]。临床护理路径是一种新型护理模式, 其核心在于以患者为中心, 结合疾病治疗流程制定标准化护理方案, 明确各阶段护理目标与内容, 使护理工作更具针对性与计划性^[6]。本研究结果显示, 观察组患者创面愈合时间、住院时间均显著短于对照组, 术后不同时间点 VAS 评分显著低于对照组, 提示临床护理路径的应用可有效加速患者康复进程, 减轻术后疼痛。分析其原因, 临床护理路径通过术前全面评估与健康宣教, 提升了患者对疾病及手术的认知度, 使其能够更好地配合治疗; 术中密切监测生命体征, 保障了手术安全; 术后分阶段实施康复护理, 包括体位指导、疼痛管理、坐浴及肛门功能训练等措施, 有效促进了局部血液循环, 加速了创面肉芽组织生长, 同时缓解了患者疼痛症状^[7]。并发症的预防是肛瘘术后护理的重点, 本研究中观察组并发症发生率显著低于对照组, 这与临床护理路径中针对性的并发症预防措施密切相关^[8]。术前肠道准备、术后饮食指导及排便管理, 有效预防了便秘与腹泻的发生, 减少了粪便对创面的刺激; 术后密切监测创面渗血情况, 及时采取止血措施, 降低了出血风险; 温水坐浴与创面清洁护理, 有效预防了感染的发生; 同时, 术后早期肛门功能训练, 促进了括约肌功能恢复, 降低了尿潴留发生率^[9]。此外, 观察组护理满意度显著高于对照组, 表明临床护理路径的应用提升了患者对护理服务的认可度。临床护理路径通过全程、规范化的护理服务, 满足了患者在治疗各阶段的护理需求,

同时出院后的随访指导, 及时解决了患者居家康复过程中的问题, 增强了患者的就医体验^[10]。

综上所述, 临床护理路径应用于肛瘘患者围手术期护理, 可显著缩短患者康复时间, 减轻术后疼痛, 降低并发症发生率, 提升护理满意度, 具有重要的临床推广价值。但本研究样本量较小, 且为单中心研究, 研究结果存在一定局限性, 未来需扩大样本量, 开展多中心研究, 进一步验证临床护理路径的应用效果。

[参考文献]

- [1]郭峰,李怡璇,高记华,等.成人肛瘘患者术后创面管理的最佳证据总结[J].数理医药学杂志,2025,38(12):949-957.
- [2]王然,李惠,闫成秋,等.中医药治疗肛瘘术后疼痛的研究进展[J].吉林医学,2025,46(11):2816-2819.
- [3]黄启宣,文鸾凤,马亚波,等.肛瘘及肛周脓肿术后非计划再次入院危险因素分析[J].中国肛肠病杂志,2025,45(11):20-23.
- [4]刘建乔,李宇栋,王亮,等.肛肠坐浴方对高位复杂肛瘘术后早期创面愈合影响的临床研究[J].现代中医临床,2025,32(6):39-44.
- [5]欧洲.草薢渗湿汤口服联合五味消毒饮熏洗促进湿热下注型高位肛瘘术后康复的效果[J].临床合理用药,2025,18(24):84-87.
- [6]王亦丹,王勇.解剖性瘘管切除内口封闭治疗在降低复杂性肛瘘复发率中的研究[J].北方药学,2025,22(8):15-17.
- [7]黄飞燕,柳晶晶,陈佳洁,等.基于时机理论日间高位复杂性肛瘘切除术患者疾病体验的质性研究[J].护士进修杂志,2025,40(18):1949-1953.
- [8]黄飞燕,柳晶晶,陈佳洁,等.基于时机理论日间高位复杂性肛瘘切除术患者疾病体验的质性研究[J].护士进修杂志,2025,40(18):1949-1953.
- [9]成思宇,李克亚,宋艳.湖南省2039例肛瘘患者结肠镜检查检查结果分析[J].湖南中医杂志,2025,41(6):101-105.
- [10]刘杰.高分辨率MRI T2WI 抑脂序列联合DWI对肛瘘的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2025,9(11):114-116.

作者简介:

蔡燕丽(1987.03-),女,汉族,上海浦东人,本科,主管护师,研究方向为肛肠科。