

基于前馈控制的护理干预对内镜下痔疮手术后创面愈合时间及疼痛的影响

杨善雲

山西省长治市长子县中医院 山西省 046600

【摘要】目的：探讨基于前馈控制理论的护理干预对内镜下痔疮手术患者术后创面愈合时间及疼痛程度的影响。**方法：**选取我院肛肠外科收治的 150 例内镜下痔疮切除术患者，对照组采用常规护理模式，观察组实施基于前馈控制的护理干预，对比两组干预效果。**结果：**观察组创面愈合时间短于对照组，术后 7d VAS 评分低于对照组，并发症总发生率（5.33%）低于对照组（17.33%），差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**基于前馈控制的护理干预可有效缩短内镜下痔疮手术患者创面愈合时间，减轻术后疼痛，降低并发症发生率，促进患者康复，值得临床应用。

【关键词】前馈控制；内镜下痔疮手术；创面愈合；疼痛管理；护理干预

痔疮是一种常见的肛肠疾病，分为内痔、外痔、混合痔，一些情况十分严重的患者，例如造成脱肛、肛门疼痛、排便困难、排便出血的患者则非常需要到医院接受手术干预，进而减少其造成的负面影响^[1]。内镜下痔疮手术（套扎术、硬化剂注射术）因创伤小、恢复快广泛应用，但术后疼痛、创面水肿及排便困难仍影响康复^[2]，传统护理模式多以“反应式”为主，即在患者出现症状或并发症后进行对症处理，缺乏系统性与前瞻性。前馈控制理念是一种前瞻性的管理方法，通过对可能影响系统运行的各种因素进行预测和提前干预，以减少或避免问题的发生^[3]，弥补传统护理的局限性。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 10 月于我院肛肠外科住院并行内镜下痔疮切除术的患者 150 例为研究对象。随机分为对照组和观察组，均符合西医《痔中西医结合诊疗指南（2025 版）》^[4]内痔诊断标准，经临床及肛门镜检查确诊，具备内镜下手术治疗指征，且顺利完成手术。排除合并肛周脓肿、肛瘘、肛裂等其他

肛周疾病，有认知、语言沟通障碍、精神疾病史者，妊娠期或哺乳期女性，以上基础资料均衡可比， $P>0.05$ 。

表 1 两组患者一般资料($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	男女比例	平均年龄（岁）	内痔分期
对照组	75	41:34	45.72±10.38	Ⅱ期 32 例/Ⅲ期 43 例
观察组	75	38:37	45.63±10.52	Ⅱ期 30 例/Ⅲ期 45 例

1.2 方法

1.2.1 对照组：术前行入院宣教，完成肠道、皮肤准备及手术相关告知；术中配合医生操作，全程监测生命体征；术后指导卧床 12 小时，监测血压、心率，观察切口渗血。术后 6 小时予无渣流质饮食，逐步过渡，忌辛辣；遵医嘱用药、换药，观察排便并指导肛周清洁，出院时行健康指导及复查叮嘱。

1.2.2 观察组：

（1）术前前馈风险评估与分层干预：①术前 24 小时内，结合标准化工具与专用评估量表，从 5 个维度量化评分（0-20 分），结合多维度评估，将患者分为低（0-5 分）、中（6-10 分）、高（11-20 分）风险等级。②按分层制定个体化护理，高风险患者提前强化心理疏导与镇痛。③术前 1 天一对一沟通，讲解手术知识、指导放松技巧，建立积极预期，同时，指导练习床上排尿及提肛运动，降低术后相关风险。

（2）术中前馈风险防控：①调节手术室温湿度（24-26℃、50%-60%），加温术中液体至 37℃，协助患者取舒适体位并保护隐私。②护士密切配合缩短手术时间，全程监测并安抚患者。③术前备好敷料及冰袋，术后即刻冷敷减轻水肿疼痛。

（3）术后前馈预见性管理与康复促进：①采用超前+多模式镇痛，返回病房后评估基线疼痛，术后 24 小时内每 2-4 小时行 VAS 评分；高危或 VAS≥4 分者预防性用药，结合辅助疗法缓解不适。②术后 6 小时少量饮水，过渡至高纤维饮食（每日饮水 2000-2500ml），指导规律排便，必要时用缓泻剂；术后 24 小时行局部温水坐浴护理，水肿者用硫酸镁湿敷，观察创面。③加强并发症预防，术后 2 小时指导尝试排尿，必要时诱导；术后 24 小时内避免剧烈活动，密切监测渗

血，严格无菌操作。④术后 6 小时可翻身，24 小时后下床活动，同步开展提肛训练，促进局部循环及括约肌功能恢复。

1.3 观察指标

对比两组患者创面愈合时间、疼痛程度以及并发症发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS26.0 软件进行数据处理，用 t 检验($\bar{x} \pm s$)，用 χ^2 检验[n(%)]，若 $P < 0.05$ 说明存在对比意义。

2. 结果

表 2 两组患者创面愈合时间、疼痛程度以及并发症发生率对比($\bar{x} \pm s$) [n(%)]

组别	例数	创面愈合时间(d)	术后 7d VAS 评分	尿潴留	肛门水肿	出血	总发生
对照组	75	12.87±1.68	1.39±0.57	4 (5.33%)	6 (8.00%)	3 (4.00%)	13 (17.33%)
观察组	75	10.24±1.35	0.64±0.39	1 (1.33%)	2 (2.67%)	1 (1.33%)	4 (5.33%)
P 值	—	<0.05	<0.05	—	—	—	<0.05

3. 讨论

此次研究结果显示，观察组创面愈合时间、术后 7d VAS 评分及并发症总发生率均优于对照组 ($P < 0.05$)，这主要得益于前馈控制护理通过术前多维度风险评估与分层干预，可精准识别高风险患者，提前实施心理疏导、镇痛准备及技能训练，有效缓解患者焦虑情绪，降低术后排便困难、尿潴留等风险；术中优化环境管理、精准配合操作及即时冷敷干预，可减少冷刺激与手术创伤，减轻术后水肿疼痛；术后采用超前镇痛、科学饮食指导、并发症预见性护理及早期康复训练，可全方位保障创面愈合，进一步减轻疼痛、降低并发症发生。

综上，基于前馈控制的护理干预可有效缩短内镜下痔疮手术患者创面愈合时间，减轻术后疼痛，降低并发症发生率。

参考文献

[1]赵雅楠. 循证疼痛护理与心理干预对痔疮手术患者的影响分析[J]. 中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生, 2023 (2) :0112-0115.

[2]梁凤, 乔晓, 韩成艳, 等. 内镜下橡皮圈套扎术与经典外科手术吻合器痔上黏膜环切钉合术治疗痔疮的临床疗效[J]. 中国内镜杂志, 2023, 29 (2) :13-19.

[3]王小娟. 前馈控制理念指导下的整体手术室护理应用于腹腔镜结直肠癌根治术的效果[J]. 河南外科学杂志, 2023, 29(4):191-192.

[4]智从从, 李雪, 程一乘, 等. 痔中西医结合诊疗指南(2025 版)[J]. 中国全科医学, 2025, 28(26):3217-3228. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2025.0125.