NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220512004

基于医护患一体化模式护理盆底失弛缓综合征1例

汪佳婧[1]，鄂海燕[2]，魏永春[1]，董玉霞[1]，秦沙沙[1]
（1. 北京中医药大学东方医院 肛肠科，北京，100078；2. 北京中医药大学东方医院 护理部，北京，100078）

摘要：本文回顾1例盆底失弛缓综合征患者的临床资料，总结医护患一体化模式下的治疗和护理经验。基于医护患一体化模式，医生开展对症诊疗，采用生物反馈疗法联合中药方剂治疗；护士实施辨证施护，给予便秘推拿八髎穴联合中药热奄包干预，并完善心理评估和健康教育；此外，患者积极配合治疗和护理。实施基于医护患一体化模式的护理干预，能有效改善盆底失弛缓综合征患者便秘症状，提高治疗依从性，促进康复，提升护理服务质量。

关键词：盆底失弛缓综合征；医护患一体化；生物反馈疗法；中医护理

Application of doctor-nurse-patient integration mode in nursing of a patient with anismus

WANG Jiajing[1]，E Haiyan[2]，WEI Yongchun[1]，DONG Yuxia[1]，QIN Shasha[1]
（1. *Department of Anorectal Disease*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078；2. *Department of Nursing*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078）

ABSTRACT：This paper reviewed the clinical data of a patient with anismus，and summarized the treatment and nursing experience based on the doctor-nurse-patient integration mode. Under the doctor-nurse-patient integration mode，the targeted treatment including biofeedback therapy and Traditional Chinese Medicine prescription were provided by the doctor. Based on the syndrome differentiation，massage at Baliao acupoint combined and Chinese herbal medicine hot compress were carried out by the nurse. The patient was activity engaged in treatment and nursing program. Treatment and nursing based on doctor-nurse-patient integration mode is effective in relieving symptom of constipation and improve the treatment compliance and rehabilitation of the patient with anismus.

KEY WORDS：anismus；doctor-nurse-patient integration mode；biofeedback therapy；Traditional Chinese Medicine nursing

出口梗阻型便秘又称直肠型便秘或盆底肌功能不良，是指排便出口附近组织、器官的改变，导致排便困难或羁留性便秘的一种综合征。出口梗阻型便秘约占慢性便秘的60%[1]。从临床治疗的角度考虑，将出口梗阻型便秘分为直肠前突、直肠黏膜内脱垂、盆底失弛缓综合征3个类型，其中盆底肌失弛缓是导致出口梗阻型便秘的主要原因，在排便时耻骨直肠肌及肛门括约肌因矛盾收缩而无法放松，肛管无法打开，表现为排便不尽感、肛门堵塞、手助抠便、排便费力，蹲便时间长等[2]。

中医认为便秘的关键病机是大肠传导失常，肠道气机郁滞；涉及的脏腑以大肠为主，与肺、脾、胃、肝、肾等脏腑的关系密切，《圣济总录·卷第九十五·大小便门·大小便统论》中记载："是以小肠为受盛之官，水谷初未分也，及其化物，归于膀胱而为溺，传于大肠而为糟粕，必曰气化则能出矣，或阴阳之气不平，寒热相胜，或气实塞而不通，或气虚损而遗泄，或燥而结，或热而秘，皆阴阳不和之病也。"中医治疗便秘

历史已久,其注重从便秘疾病的病因病机入手,用损益实虚平衡阴阳的方法纠正人体阴阳虚实的失衡,恢复人体正常排便功能。

通过中西医结合的方法,采用医护患一体化模式,以患者的需求为起点,以患者的满意为结果,医护团结合作,调动患者积极性,共同战胜疾病,完成医疗服务[3]。医护患一体化模式下,治疗、护理、康复呈现一体化,医生、护士、患者之间互相沟通,能够为患者提供人性化的、连续性的治疗和护理服务,满足患者生理、心理、社会和精神的需求。本文总结医护患一体化模式下1例盆底失弛缓综合征患者的治疗和护理体会,现报告如下。

1　临床资料

患者男性,85岁,主因大便排出困难3年,加重2个月,于2021年7月8日收入北京中医药大学东方医院肛肠科。患者3年来无诱因出现大便排出困难,2次/周,便质略稀,排便费力。应用麻仁润肠丸、牛黄清心丸及开塞露等药物协助排便,曾给予中药口服治疗,疗效欠佳。刻下症:2个月来患者排便费力情况加重,3次/d,便质干硬呈球形,排便费力,依靠开塞露纳肛排便,伴排便不尽感及肛门部下坠感,小便排出不畅,纳可,眠差。中医诊断:便秘;辨证分型:湿热壅滞。西医诊断:出口梗阻型便秘。舌红,苔白厚腻中央有裂痕,脉浮细滑。既往体健,否认食物及药物过敏史。

2　治疗和护理

2.1　诊断评估

诊断评估包括以下几个方面:①中医诊断:患者为老年男性,中医考虑脾胃虚弱,运化失常,水谷不化,蕴湿生热,致使肠道气机不利,发为本病。舌红,苔白厚腻中央有裂痕,脉浮细滑。均为湿热壅滞之象。故本病病位在大肠,病性属虚实夹杂,证属湿热壅滞。②西医诊断:因工作性质等原因,患者有长期忍便的习惯,发病机制可能和长期忍便导致肛提肌过度收缩,使肌肉劳损,排便动作时横纹肌不能协调松弛,反而反常收缩,从而形成盆底(耻骨直肠肌群)失弛缓综合征。③排便评估:根据布里斯托大便分类法[4]评估,患者大便成硬球形,考虑为便秘。④ 心理状态评估:盆底正常肌肉群生理功能产生变化,而长期便秘得不到改善会降低生活质量,会进一步加重心理负担,因此采用焦虑自评量表(SAS)[5]对患者进行评估,评分70分,属于重度焦虑。

2.2　基于医护患一体化模式的治疗和护理

2.2.1　医生对症诊疗　2.2.1.1 生物反馈疗法:生物反馈疗法具有临床操作安全、可重复治疗的优点,主要包含肌电生物反馈、压力探针生物反馈、腔内球囊反馈、超声生物反馈等方式,目的在于训练患者盆底肌的稳定性、协调性、肌力力量及直肠敏感性,重建神经-肌肉排便反射[6-7]。该疗法是盆底失弛缓综合征的首选治疗方法,其通过对耻骨 直肠肌和肛门外括约肌进行再训练,重建和改善患者盆底肌肉的力量和协调性,对功能性便秘有较好的疗效。

2.2.1.2 中药方剂治疗:医生按时查房,观察患者动态病情变化,给予对症的中药方剂治疗,根据患者情况随时调整方剂,做到辨证施药,因病施治。本病证属湿热壅滞,治疗宜健脾化湿,给予参苓白术散合五苓散加减,方剂组成:党参10 g、山药10 g(健脾益气)、苍术10 g(健脾燥湿)、黄连3 g(清热燥湿)、茯苓12 g、泽泻15g、薏仁30 g、党参10 g(利湿)、桂枝6 g(温通经脉)、扁豆10 g、砂仁6 g(醒脾化湿)、熟地10 g(补精益血)。中药制成配方颗粒,口服,2次/d。①患者诉夜间口干明显,伴盗汗。天花粉10 g清热生津止渴,丹皮10 g凉血清瘀热,桔梗10 g清热利咽。②患者诉小便排出不畅,加滑石10 g利湿通淋。经过3周的健脾化湿治疗,湿热明显减轻,舌质淡红,苔黄中有裂纹,脉滑。③患者年老体虚,气血不足,诉纳差,乏力,宜培补气血,给予八珍汤加生薏苡仁30 g健脾利水渗湿,山药健脾生津。出院前患者舌苔明显较前变薄,口干症状明显改善,排便较前顺畅。

2.2.2　护士辨证施护　2.2.2.1 中医特色护理:护理人员对患者进行辨证施护,通过“望、闻、问、切”四诊结果分析患者的临床证候,辨明其病变的本质,针对不同病因采取措施,给予推拿八髎穴联合中药热奄包治疗。①操作前准备:患者取平卧位,暴露腹部,注意保暖和保护个人隐私。②便秘推拿:操作者双手涂抹适量凡士林,采用润摩法、按法、推法。润摩法:环形有节律的左往右顺时针摩腹,以患者产生透热感为宜;按法:手指着力于相应穴位中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴,逐渐用力下压“按而留之”;推法:手掌着力于腹部从左向右单方向直线移。③中药热奄包治疗:吴茱萸200 g、粗粒盐200 g加热后外敷,温度以患者耐受为宜(温度不超过50 ℃),待10 min后即可取下中

药热奄包。④穴位按摩：手法采取点按法和掌摩法。穴位选取肾俞穴、八髎穴，每个穴位点按30 s，再用掌摩法按压每个穴位30 s，力度以患者耐受为宜。操作后协助患者整理衣物，注意保暖。⑤治疗疗程：2次/d，7 d为1个疗程，共做4疗程。⑥注意事项：实施时力量要适中，操作过程控制约15 min，过久易使患者疲倦，过短则达不到治疗作用。操作过程中应询问患者温度是否适宜，以免烫伤皮肤。应随时询问患者的感受，若出现烧灼、热烫等不适应立即停止治疗。操作后若有局部发红属正常反应，嘱患者不必担心，不久即可自行消退。运用补泻结合的推拿手法，可以改善胃肠道蠕动功能，提高排便效率，再通过按摩肾俞、八髎穴位起到补益肾气、促进气血运化的特定功效，调节大肠传导功能[8]。经过几个疗程的干预，患者排便明显较前顺畅。

2.2.2.2 心理护理：出口梗阻型便秘是现代生物-心理-社会医学模式下的一种典型的心身疾病，精神心理因素与多种因素相互作用，形成了复杂的发病机制[9]。抑郁和焦虑是慢性便秘发病的两大精神心理因素[10-11]，护理人员与患者之间加强沟通，通过交流与倾听、教育与指导、激励与保证等方法[12]，对患者进行心理干预，缓解患者的焦虑、抑郁情绪等，对便秘的防治有重要意义。同时，护理人员的耐心疏导及贴心关注能够帮助患者树立战胜疾病的信心，保证患者能够积极配合治疗和护理。

2.2.2.3 健康宣教：增加纤维素和水分的摄入，指导患者每天摄入膳食纤维25～35 g，饮水1.5～2.0 L，适量补充蜂蜜水。避免食用油腻食物，多食用新鲜蔬菜、水果，清淡饮食，忌食产气食品如豆类、牛奶，忌食生冷、辛辣、刺激性食物。鼓励患者适当运动，可以慢走、练习八段锦。指导患者行功能锻炼提肛功，晨起拍打大肠经促进排气排便。告知患者应建立良好的排便习惯，晨起或餐后2 h内尝试排便，排便时集中注意力。

2.2.3　患者自身配合　通过医护团结合作，调动患者积极性，患者起初的消极态度明显好转，积极配合治疗和护理。患者愿意主动和医护人员交流治疗的心得体会，及时反馈治疗效果，和医护人员达成默契，治疗依从性高。

2.2.4　效果评估　经过40 d的治疗，患者于2021年8月17日出院，出院前布里斯托大便分类法评估为香蕉形软便，为正常大便，SAS焦虑评分也降至15分。出院1个月后回访，得知患者排便正常，偶尔借助开塞露排便，心理状况良好，治疗后满意度高。

3　讨论

医护患一体化模式下，医生护士共同查房并讨论患者的治疗及护理方案，协同合作解决患者问题；共同对患者进行健康教育，有利于提高患者疾病认知程度。同时，医护患一体化模式加强了医生、护士与患者之间的沟通，有利于提高患者满意度及医护配合程度。对于护理人员来说，通过查房，对患者的治疗、检查、康复护理等知识有了系统、全面的认识，进一步学习了中西医结合的诊疗思路，促进了中医特色护理能力的提升，提升了优质护理服务水平，也体现了护士的价值和提升了职业认同感[13]。

医护患一体化模式在实践的过程中仍存在一些问题，如部分护理人员中医基础薄弱、护理工作量增加等。在今后的实施中，科室将努力解决现存的问题，并进一步完善医护患一体化模式，医护协同合作，共同创造有利于实施医护患共同决策医疗模式的健康环境。增强患者的信任感和能动性，多方共同努力营造医护患共同决策的实践氛围及实施基础，使其真正成为一种常规、有效的医疗模式。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1]　尹淑慧，赵克．出口梗阻型便秘的诊治现状[J]．临床外科杂志，2018，26(4)：262-264.

[2]　唐伟峰，唐晓军，杨巍．功能性便秘的中西医研究进展[J]．世界中西医结合杂志，2015，10(6)：880-884.

[3]　刘迎．我院实施医护患一体化改革的做法与体会[J]．中华医院管理杂志，2002(1)：47-48.

[4]　严子兴，林建华，林晓英，等．探讨中医内外治疗慢性功能性便秘的研究进展[J]．海峡药学，2020，32(2)：102-105.

[5]　程继伟，王洪伟，郑文杰，等．慢性下腰痛疗效评价方法的应用现状[J]．中国修复重建外科杂志，2014，28(1)：119-122.

[6]　JUNG K W，MYUNG S J，BYEON J S，et al. S1834 electrical stimulation therapy in chronic functional constipation：5 years experience in patients refractory to biofeedback therapy and with rectal hypo-

sensitivity[J]. Gastroenterology, 2008, 134(4): A-280.

[7] TERRA M P, DOBBEN A C, BERGHMANS B, et al. Electrical stimulation and pelvic floor muscle training with biofeedback in patients with fecal incontinence: a cohort study of 281 patients[J]. Dis Colon Rectum, 2006, 49(8): 1149-1159.

[8] 董玉霞, 鄂海燕, 王亚丽, 等. 经穴推拿联合中药热熨敷治疗1例混合痔术后疼痛患者的护理体会[J]. 中西医结合护理, 2021, 6(7): 2-3.

[9] CHAN A O, CHENG C, HUI W M, et al. Differing coping mechanisms, stress level and anorectal physiology in patients with functional constipation[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(34): 5362-5366.

[10] OUDENHOVE LVAN, DENBERGHE JVAN, YTTENAERE KDEM, et al. Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective[J]. Digestion, 2010, 82(4): 201-210.

[11] FUKUDO S, KUWANO H, MIWA H. Management and pathophysiology of functional gastrointestinal disorders[J]. Digestion, 2012, 85(2): 85-89.

[12] 王传海, 惠伟, 王彩蕾. 黄芪汤治疗气虚血瘀型慢性功能便秘随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(10): 32-33, 64.

[13] 郭彩云, 林健. 全院性护理查房环节控制与效果[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21(11): 67-68.