

DOI: 10.12209/CAIM202605150003

· 中西医结合临床案例 ·

叙事护理联合耳穴压丸在1例混合痔合并肛裂术后疼痛管理中的护理体会

刘玲芳, 马红蕊, 王 聪, 杨俊滨

(北京市肛肠医院 特需病区, 北京, 100120)

摘要: 总结1例混合痔合并肛裂术后患者应用叙事护理联合耳穴压丸缓解疼痛的护理经验。采用多模式镇痛分级管理,轻度疼痛时实施耳穴压丸联合主题访谈式叙事护理;中重度疼痛时配合药物镇痛;辅以中药热奄包联合温和灸预防尿潴留,中药熏洗缓解术后疼痛及肛缘水肿,实施规范化创面换药管理。经精心治疗与照护,患者术后72 h首次自主排便成功,出院前疼痛及焦虑症状缓解;术后2个月随访,伤口愈合良好,肛门无狭窄、无便血。叙事护理联合耳穴压丸可从心理与生理双重路径协同干预混合痔合并肛裂术后疼痛,有效打破“疼痛—恐惧—便秘”恶性循环,促进患者术后康复。

关键词: 叙事护理; 耳穴压丸; 混合痔; 肛裂; 术后疼痛; 个案护理

Nursing experience of narrative nursing combined with auricular point pressing pills in postoperative pain management of a patient with mixed hemorrhoids complicated with anal fissure

LIU Lingfang, MA Hongrui, WANG Cong, YANG Junbin

(Department of Special Needs Ward, Beijing Anorectal Hospital, Beijing, 100120)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of narrative nursing combined with auricular point pressing pills in alleviating pain of a patient with mixed hemorrhoids complicated with anal fissure after operation. Multimodal analgesia hierarchical management was adopted: auricular point pressing pills combined with thematic interview narrative nursing was performed for mild pain; drug analgesia was cooperated for moderate and severe pain; Chinese herbal hot compress combined with mild moxibustion was supplemented to prevent urinary retention, Chinese herbal fumigation was applied to relieve postoperative pain and anal margin edema, and standardized wound dressing change management was implemented. After careful treatment and care, the patient achieved the first spontaneous defecation successfully 72 hours after operation, and pain and anxiety symptoms were relieved before discharge; follow-up at 2 months after operation showed that the wound healed well without anal stenosis or hemaecia. Narrative nursing combined with auricular point pressing pills can synergistically intervene postoperative pain of mixed hemorrhoids complicated with anal fissure through dual pathways of psychology and physiology, effectively break the vicious circle of "pain-fear-constipation" and promote postoperative rehabilitation of patients.

KEY WORDS: narrative nursing; auricular point pressing pills; mixed hemorrhoids; anal fissure; postoperative pain; case nursing

混合痔合并肛裂是肛肠外科常见疾病,我国流行病学调查显示,痔的发病率占肛肠疾病的

87.25%^[1],肛裂约占1/5^[2]。手术是该病的主要治疗方式^[3-4],由于手术切口位于肛缘—齿状线附近

收稿日期: 2026-05-15

通信作者: 杨俊滨, E-mail: 824596420@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

的神经敏感区域,术后疼痛剧烈,患者常因畏惧排便产生紧张、焦虑等负性情绪,进而抑制便意、减少进食,导致粪便滞留、排出困难,形成“排便困难—肛门疼痛—畏惧排便”的恶性循环^[5],严重延缓术后康复^[6]。因此,如何有效打破这一循环,是术后护理的关键与难点。

叙事护理通过倾听、外化及重构等技术,帮助患者重构疾病体验,减轻对疼痛的负性聚焦^[7]。研究显示^[8],耳穴压丸对环状混合痔切除术后疼痛有明确缓解作用。二者联合可实现“心理—生理”双路径协同干预术后疼痛,符合生物—心理—社会医学模式。目前,关于叙事护理联合耳穴压丸应用于混合痔合并肛裂术后患者疼痛管理的个案报道较少。2026年03月,我科收治1例混合痔合并肛裂患者,术后在常规护理基础上实施叙事护理联合耳穴压丸干预,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,45岁,因“肛门疼痛反复发作10年”于2026年03月05日收治入院。患者精神可,体力正常,纳寐可,肛门疼痛,大便质软,1次/d,小便正常;体温(T)36.6℃,脉搏(P)80次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)121/90 mmHg。既往有高血压病史10年,口服贝那普利1片,1次/d,血压控制可。

1.2 专科检查

视诊:肛门外观正常,肛周可见环形软组织;肛管后位可见陈旧性溃疡,因疼痛无法完成进一步指诊。指诊:肛门括约肌张力正常,肛管无狭窄;齿线区截石位1、3、5、7、9、11点位可触及环状肥厚组织,无压痛,退指指套无明显血染。蹲位检查:肛缘截石位1、3、5、7、9、11点位可见肿物脱出,肿物呈团块状,颜色淡红,排便后可自行回纳。

1.3 诊断

中医四诊:患者神志得神,面色明润有神,形体中等,舌质红,苔黄腻,脉滑数。西医诊断:混合痔、肛裂;中医诊断:混合痔、肛裂,辨证:湿热下注证。

1.4 治疗

西医治疗:入院第2天在腰麻下行“混合痔外剥内扎术+肛裂切除术”,术后给予抗炎、止痛静脉输液治疗。中医治疗:联合运用中医特色护理技术,以达到疏通腠理、清热利湿、消肿止痛及去

腐生肌的功效。患者经治疗及护理后术后恢复良好,肛门无狭窄,无便血,于2026年03月12日痊愈出院,出院随访2个月,伤口完全愈合。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

采用NRS数字评分法(0~10分),0分为无痛、1~3分为轻度疼痛、4~6分为中度疼痛、7~10分为重度疼痛。该量表由Williamson等^[9]系统总结,具有良好的信度与效度,在临床疼痛评估中应用广泛。该患者术后12h疼痛评分高达7分、换药时评分达6分,疼痛性质为“持续性胀痛伴间断性刀割样痛”。

2.1.2 心理状况评估

采用广泛焦虑障碍量表-7(Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7)评估患者心理状态^[10],该量表Cronbach's α 系数为0.89,广泛用于焦虑筛查。GAD-7总分为0~21分,0~4分为无临床显著焦虑;5~9分为轻度焦虑;10~14分为中度焦虑;15~21分为重度焦虑。该患者术前GAD-7评分7分,术后第1天GAD-7评分最高达13分,术后第3天GAD-7评分8分,存在畏惧排便,自述“脑子里全是排便的画面”。

2.1.3 排便状况评估

患者术前2d排便1次,Bristol分型2型(干硬颗粒便),单次排便约20min,排便需用力,术后48h尚未排便。

2.1.4 伤口评估

采用伤口评估三角(伤口床、伤口边缘及周围皮肤)进行评估。术后第2天评估为混合伤口,红色组织占50%、黄色组织占25%、黑色组织占25%;创缘轻度水肿,局部有温热感,少量红色渗液(渗液浸透25%~50%敷料),轻度触痛,创缘表皮由周边向中心爬行覆盖,边缘对齐平整。

2.2 护理诊断

急性疼痛与手术创伤、肛门括约肌痉挛及术后换药刺激有关;便秘与术后切口疼痛导致畏惧排便、疼痛引起肛门括约肌反射性痉挛有关;焦虑与惧怕伤口疼痛、担心排便时出血有关;潜在并发症,尿潴留、术后出血、伤口感染、粪便嵌塞;知识缺乏:缺乏术后自我护理及预防复发的相关知识。

2.3 护理目标

护理人员根据护理诊断结果,拟定如下护理

目标:①疼痛评分(NRS)≤3分,患者能安静休息,无明显痛苦表情;②排便过程无明显剧痛,粪便质地软(Bristol分型3~4型),1次/d;③患者能主动表达紧张情绪,GAD-7评分<5分;④早期发现并处理并发症,无严重并发症发生;⑤出院前患者能复述至少3项预防复发的措施,能正确演示便后坐浴方法。

2.4 护理措施

2.4.1 多模式镇痛与分级管理

疼痛评估时机分别为手术结束回病房交接时,术后6 h、患者主诉疼痛时、换药前后及排便前后等,实施全程动态评估,根据疼痛等级制定分层干预方案^[11]。

2.4.1.1 耳穴压丸

轻度疼痛时采用耳穴压丸联合叙事护理干预等非药物措施缓解疼痛,治疗取神门(镇静止痛)、肛门(局部镇痛)、直肠下段(调节肠功能)、大肠/小肠(通腑排便)、皮质下(调节大脑皮层兴奋性)及交感(调节自主神经,缓解括约肌痉挛)等穴^[12]。操作前评估耳部皮肤完整性,避开炎症、破损处。

用镊子夹住带有磁珠的胶布贴敷于选好的耳穴部位,并给予适当揉按,使患者出现热、麻、胀、痛感觉,即“得气”。按压手法为对压法,即用食指和拇指的指腹置于患者耳廓的正面和背面,相对按压,至出现热、麻、胀、痛等感觉后,持续对压20~30 s。每次按压2~3 min,3~6次/d,每3 d更换1次,3 d为1个疗程,两耳交替进行,该患者共干预2个疗程。刺激上述穴位可起到行气活血、舒筋止痛的作用^[13]。

2.4.1.2 主题访谈叙事护理干预

由接受过叙事护理培训的专科护士实施,共进行3次主题访谈,时间分别为术前1次、术后第1天1次、术后第3天1次,20~30 min/次,采用Michael White的外化—解构—重写技术框架。

术前:建立合理疼痛预期,介绍成功案例,降低术前焦虑。

术后第1天:患者尚未排出首次大便前,运用外化技术:“如果把‘害怕排便’这个想法比作一个东西,它像什么?”患者描述为“像有个小人在脑子里喊不要去”。寻找例外事件:“您以前有没有哪次是‘明明很害怕但还是去做,最后发现没那么可怕’的经历?”患者回忆“第一次抽血很怕,咬牙看着护士扎下去,发现也就疼一下”。鼓励患者尝试用类似方式面对排便。重构意义:“第一次排便其

实是您术后康复的里程碑,排出来了就说明您已经闯过了最难的关。”心理预演:“去厕所前先做中药熏洗5 min放松肛门,坐到马桶上深呼吸3次,手放在肚子上轻轻往前推。如果疼了,停下来深呼吸,不要硬撑。排完马上用温水冲洗,我们就在外面等您。”通过预演降低不确定性带来的焦虑,从而降低疼痛感知。

术后第3天:正向反馈排便成功经验,强化自我效能,指导预防复发相关知识。

2.4.1.3 镇痛药物

术后遵循镇痛药物按时给药原则,遵医嘱预防性使用镇痛药物,患者使用PCA止痛泵,每班检查PCA泵,妥善固定管路,保证仪器正常运行,班班交接。每班评估镇痛效果,指导患者在疼痛时按压自控键。术后12 h患者NRS评分为7分,遵医嘱使用阿片类药物杜冷丁肌肉注射,询问患者药物依赖史,观察胃肠道反应、过度镇静或呼吸抑制等不良反应。首次换药时NRS评分6分,遵医嘱使用弱阿片类药物氨酚羟考酮口服,观察患者无恶心、呕吐或皮疹等不良反应。

2.4.2 排便管理

2.4.2.1 温和灸治疗联合中药热奄包预防术后尿潴留

患者术后麻醉清醒后,取仰卧位,予温和灸联合中药热奄包预防尿潴留。温和灸选取气海、关元及中极三穴,按气海→关元→中极的顺序自上而下施灸。此三穴同属任脉,均位于下腹部,即气海位于脐下1.5寸,有“元气之海”之称,能益气助阳、调理气机;关元位于脐下3寸,为“小肠募穴”,可培元固本、温肾助阳;中极位于脐下4寸,为“膀胱募穴”,能通调水道、利尿通淋。有研究显示^[14],关元—气海、关元—中极是临床常用的核心配伍穴组,符合癃闭“气虚、寒凝、气滞”的病因病机特点,体现了循经选穴与局部选穴相结合的原则。

采用温和灸法,取纯艾条,于施灸前将艾条一端点燃,吹灭明火,待艾条燃烧均匀。施灸时,手持艾条对准穴位,距离皮肤2~3 cm进行熏烤,使穴位局部有温热感但无灼痛。护士每5 min用弹灰法去除艾灰,确保火力均衡持续。施灸结束后,将剩余艾条置入专用灭火筒中完全熄灭,记录操作结束时间。1次/d,3 d为一疗程,该患者干预一疗程。

温和灸结束后,立即进行中药热奄包熨烫。热奄包由科内统一制备,内含制吴茱萸、大青盐、

艾叶及盐车前子等中药,具有温经通络、活血化瘀与散寒止痛的功效,药物封装于双层纯棉布袋中,经恒温箱加热,取出后轻摇使温度均匀,测温枪测量表面温度约为 50~60℃,以护士手腕内侧试温不烫手为宜。将热奄包置于关元至中极区域的膀胱体表投影区(耻骨联合上方至脐下 4 寸范围)进行熨烫,以患者感觉温热舒适为宜,持续熨烫 20 min。熨烫过程中,护士需每 5 min 询问患者感受,并用测温枪监测热奄包表面温度,必要时更换热奄包。持续热熨能够使局部毛细血管扩张、血液循环加快,通过温热之力将药性经皮肤腠理循经运行,内达脏腑,发挥温通经络、调和气血的功效。操作过程中密切观察局部皮肤颜色变化,若出现局部皮肤潮红、灼痛等不适,应立即停止操作。该患者于术后 12 h 内顺利自主排尿,尿流通畅,自觉排尿过程无明显困难。

2.4.2.2 饮食指导

术后第 1 天给予半流质饮食,如粥、烂面条,第 2 天起增加高纤维蔬菜和水果,如芹菜、西兰花、南瓜、火龙果或熟香蕉等。忌辛辣刺激肥甘厚味,鼓励每日饮水 1500~2000 mL。

2.4.2.3 改良灌肠法

术后第 1 天晚口服润肠通便方,方剂组成包括何首乌 6 g,酒苁蓉 10 g,甘草 5 g,火麻仁 10 g,柏子仁 10 g,厚朴 6 g,炒莱菔子 10 g,郁李仁 10 g 及瓜蒌子 10 g,煎成汤剂口服。患者术后 48 h 仍未排便,且伴腹胀、便意频繁却排不出,给予肥皂水灌肠 1 次,操作时采取膝胸卧位,插管时将肛管顶端从肛门朝肚脐方向插入肛内 3 cm 左右,感受到松落感(通过肛肠环)后停止推进,将肛管向前偏移,调整至与肛直肠偏角相同的角度即 68°后,再插入直肠,最终插管长度约 20 cm,使肛管顶端达到乙状结肠,减小对直肠的直接刺激而产生的便意,使排便时间延迟,共灌入液体 800 mL,改进灌肠效果。

2.4.2.4 中药熏洗

中药熏洗为常用的中医外治法,以中药汤剂熏洗治疗可使药物直达病灶,并通过热力作用促进血液循环,达到消肿止痛的目的^[15]。患者排便后给予中药熏洗,采用医院自制方剂(马齿苋 7.5 g、北败酱草 7.5 g、苦地丁 3.75 g、大黄 3.75 g、蝉蜕片 3.75 g 及白芷 3.75 g),将中草药用清水 2000 mL 浸泡 30 min,武火煎沸后,改文火煎至 500 mL,再兑入 2000 mL 热水,先熏蒸肛门

患处,待药液温度降至 45℃左右,协助患者坐浴,坐浴时指导患者尽量放松肛门括约肌,10 min/次,每日早晚各 1 次,熏洗时注意保护患者隐私,并做好保暖。

2.4.3 创面换药管理

术后第 2 天起每日换药 2 次,换药时采用“缓慢、平行、低张力”剥离手法,避免垂直撕拉^[16]。严格执行无菌操作,接触患者前后规范消毒双手。术后第 2 天评估为混合伤口(红色组织 50%、黄色组织 25%、黑色组织 25%),创缘轻度红肿,少量浆液性渗出,内层敷料微量浸渍但未发生外渗。根据渗液量及敷料浸渍情况及时更换敷料,保持引流通畅。清洁创面后予紫草药膏油纱换药,垫无菌棉垫后收紧止血腰带。同时观察创面周围皮肤颜色、温度、弹性、触痛及血运情况。

2.4.4 健康宣教

指导患者养成每日定时排便的习惯,缩短单次排便时间,控制在 3~5 min,排便时不玩手机、不看报纸。建议患者观看动画科普视频,学习掌握正确排便姿势。保证每日适量运动,可选择适当散步,增加腹肌活动量,指导患者术后 2 周开始进行提肛锻炼。

2.5 护理评价

患者术后 NRS 评分呈先升后降趋势(详见表 1):术后 2 h 评分为 3 分,术后 6 h 升至 4 分,术后 12 h 达峰值 7 分;术后 24 h 静息时降至 5 分,但术后 48 h 换药时评分达 6 分;术后 72 h 首次自主排便成功,排便后评分为 5 分;出院前静息评分稳定在 1~2 分。

患者 GAD-7 评分变化趋势如表 2 所示,提示焦虑程度在术后第 1 天显著升高,经干预后逐渐下降,患者不再反复询问“会不会一直疼”,能主动与护士沟通日常内容。出院前焦虑评分已恢复至正常水平。

术后 48 h 予肥皂水灌肠后排出稀水样便;术后 72 h 首次自主排便成功,粪便 Bristol 4 型;出院前排便顺畅,1 次/d,粪便 Bristol 4~5 型。患者首次排便时间为术后 72 h,出院前已成功建立规律排便习惯。术后 2 个月随访,患者肛门创面完全上皮化,愈合良好,肛门无狭窄、无便血、无肛裂复发,创面愈合时间约为 4 周。

3 讨论

本案例的特点在于混合痔合并肛裂,术后疼

表1 疼痛症状改善情况

评估时间	NRS	疼痛性质描述	排便情况	护理措施
手术结束回病房交接时	3分	轻微胀痛,可忍受	尚未排便	耳穴压丸贴压完毕
术后6 h	4分	肛门坠胀感明显,活动时加重	尚未排便	指导耳穴按压
术后12 h	7分	持续性胀痛伴刀割样剧痛	尚未排便	遵医嘱给予杜冷丁50 mg肌肉注射,观察无不良反应,30 min后复评NRS评分为4分
术后24 h	5分	持续性胀痛伴间断性刺痛	尚未排便	增加耳穴按压频次,1次/2 h,采用叙事护理外化排便恐惧
术后48 h	6分	换药时呈刀割样短暂剧痛	给予肥皂水灌肠一次,排出稀水样便	指导深呼吸放松,口服氨酚羟考酮1片,予奥布卡因凝胶涂抹创面
术后72 h	5分	肛门牵拉感明显	首次自主排便成功,粪便Bristol 4型	排便后中药局部熏洗坐浴10 min
术后96 h	4分	轻微肛门不适	自主排便成功,粪便Bristol 5型	维持耳穴压丸,指导提肛运动(术后2周开始),延续饮食指导
出院前	2分	偶有肛门坠胀感	排便顺畅,1次/d,粪便Bristol 4~5型	出院宣教预防复发相关知识

表2 焦虑情绪改善情况

评估时间	GAD-7	主要焦虑表现	护理干预要点
术前	7分	担心术后疼痛无法忍受	叙事护理建立疼痛预期,介绍成功案例
术后第1天	13分	畏惧首次排便,反复询问排便感受	外化排便恐惧,心理预演,耳穴压丸
术后第3天	8分	担心伤口愈合及复发	正向反馈排便成功经验,指导预防复发知识
出院前	4分	偶有轻微担忧,能自我调适	出院宣教

痛较单纯混合痔更为剧烈,且患者术前即存在轻度焦虑。因此临床需重视混合痔合并肛裂术后的护理干预。基于中医经络理论,耳穴压丸从生理层面通过刺激耳部穴位调节经络气血,发挥镇痛作用。其中选取的神门穴为中枢神经调节点,是镇静止痛之要穴,肛门穴、直肠穴均具有行气止痛、活血升阳与清热利湿之功效。

中医认为,焦虑属于“郁证”及“怔忡”等情志疾病范畴,叙事护理干预可有效缓解疼痛程度,降低焦虑、抑郁水平。叙事护理从心理层面降低患者对排便的灾难化预期,打破“预期焦虑→实际疼痛放大→回避行为→便秘→疼痛加剧”的不良心理路径^[17]。基于数据挖掘的选穴规律分析显示^[18],神门、肛门及直肠是术后疼痛耳穴贴压的核心穴位,本案例选穴与该规律高度吻合。耳穴压丸从生理层面提供持续、低强度的镇痛刺激,二者协同作用,帮助患者顺利度过术后疼痛不适阶段。

中医学认为,痔术后由于气血不畅、经脉瘀阻,使经脉不通,故临床可见大便时肛门出血,血色鲜红,肛门痒痛,大便不畅,舌红,脉弦,辨证为湿热下注证。治疗上以活血化瘀、清热利湿、消肿止痛为原则。本例患者采用中药熏洗方剂,方中

马齿苋具有清热解毒、消肿止痛之效;北败酱具有消痈排脓、祛瘀止痛之功;苦地丁可清热解毒、燥湿消肿;大黄具有泻下攻积、清热泻火、活血化瘀之力,能促进局部气血运行;蝉蜕片具有疏散风热、透疹止痒之效,可缓解肛周瘙痒不适;白芷具有祛风止痛、燥湿止痒之功,可减轻创面渗出与水肿;全方集清热解毒、消肿止痛、活血化瘀、燥湿敛疮于一体,可有效缓解术后疼痛、减轻肛缘水肿、促进创面愈合^[19]。药物与热力协同作用,直接作用于手术创面,可促使局部血管扩张、淋巴循环加速,进而降低炎性因子浓度与毛细血管通透性,从而有效缓解组织水肿,发挥抗炎止痛之功效^[15]。本例患者换药使用本院自制剂紫草油纱条,紫草油纱条可清热凉血、活血化瘀、去腐生肌,为创面愈合提供适宜湿性愈合环境。

综上所述,本例患者在常规护理的基础上,运用叙事护理联合耳穴压丸可从心理与生理双重路径协同干预混合痔合并肛裂术后疼痛,有效打破“疼痛—恐惧—便秘”恶性循环,促进术后康复。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] Zhou M E, Jin W Q, Li P, et al. Traditional Chinese Medicine in the treatment of hemorrhoids—a review of preparations used and their mechanism of action[J]. *Front Pharmacol*, 2023, 14: 1270339.
- [2] 甄彦龙. 改良后纵切横缝内括约肌切断术治疗肛裂的临床效果观察[J]. *结直肠肛门外科*, 2018, 24(5): 491–495.
Zhen Y L. Effect of modified longitudinal incision and transverse suture internal sphincterotomy in treating anal fissure[J]. *J Colorectal Anal Surg*, 2018, 24(5): 491–495. (in Chinese)
- [3] Casas-Puig V, Bretschneider C E, Ferrando C A. Perioperative adverse events in women undergoing concurrent hemorrhoidectomy at the time of urogynecologic surgery[J]. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2019, 25(2): 88–92.
- [4] 成振华, 柯善哲. 改良纵横缝内括约肌切断术对老年肛裂患者术后切口愈合时间及疼痛程度的影响[J]. *当代医药论丛*, 2025, 23(35): 45–47.
Cheng Z H, Ke S Z. Effect of modified internal sphincterotomy of longitudinal and transverse suture on postoperative wound healing time and pain degree of elderly patients with anal fissure[J]. *Contemp Med Symp*, 2025, 23(35): 45–47. (in Chinese)
- [5] 朱联军, 曾兴琳, 樊文彬, 等. 混合痔术后便秘和排粪失禁的常见原因分析及防治建议[J]. *结直肠肛门外科*, 2024, 30(5): 527–531.
Zhu L J, Zeng X L, Fan W B, et al. Analysis of common causes of constipation and fecal incontinence after mixed hemorrhoids surgery and suggestions for prevention and treatment[J]. *J Colorectal Anal Surg*, 2024, 30(5): 527–531. (in Chinese)
- [6] Xu S H, Qiu J W, Zhang H W, et al. Influences of Hiao's double-C nursing model combined with pain care on postoperative satisfaction with pain control and complications in patients with mixed hemorrhoids[J]. *Am J Transl Res*, 2021, 13(9): 10676–10684.
- [7] Yang Y, Xu J H, Hu Y H, et al. The experience of patients with cancer on narrative practice: a systematic review and meta-synthesis[J]. *Health Expect*, 2020, 23(2): 274–283.
- [8] 秦迪. 耳穴压丸治疗混合痔术后疼痛的临床观察及耳穴抗炎镇痛机制的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
- [9] Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales[J]. *J Clin Nurs*, 2005, 14(7): 798–804.
- [10] 张丹妮, 庄园, 胡根花, 等. 宫颈癌术后患者焦虑状态的影响因素分析及列线图模型构建[J]. *现代医学*, 2025, 53(11): 1777–1781.
Zhang D N, Zhuang Y, Hu G H, et al. Analysis of influencing factors of anxiety state of patients with cervical cancer after operation and construction of nomogram model[J]. *Mod Med J*, 2025, 53(11): 1777–1781. (in Chinese)
- [11] 北京人体损伤修复研究会创面规范化治疗专家共识组, 周业平, 张逸, 等. 创面换药疼痛控制专家共识[J/OL]. *中华损伤与修复杂志(电子版)*, 2025, 20(6): 467–475.
The Expert Consensus Group on Standardized Treatment of Wounds of the Beijing Society for Research on Human Injury Repair, Zhou Y P, Zhang Y, et al. Expert consensus on pain control during wound dressing change[J/OL]. *Chin J Inj Repair Wound Heal Electron Ed*, 2025, 20(6): 467–475. (in Chinese)
- [12] 王磊, 周立群, 赵百孝. 关于耳穴名称与定位国际标准研究的思考及对策[J]. *中国针灸*, 2011, 31(2): 165–168.
Wang L, Zhou L Q, Zhao B X. Thoughts and strategies of developing an international standard of nomenclature and location of auricular acupuncture points[J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2011, 31(2): 165–168. (in Chinese)
- [13] 王芳. 音乐疗法与耳穴贴压联合缓解肛周脓肿术后患者疼痛的效果研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2021.
- [14] 杨健健, 马小琴, 郭冉. 基于数据挖掘分析艾灸防护肛肠术后尿潴留的选穴规律[J]. *护理与康复*, 2021, 20(8): 80–83.
Yang J J, Ma X Q, Guo R. Analysis on acupoint selection rules of moxibustion in preventing urinary retention after anorectal surgery based on data mining[J]. *J Nurs Rehabil*, 2021, 20(8): 80–83. (in Chinese)
- [15] 廖秋萍, 陈玉叶, 余桂林. 中药熏洗对痔疮术后创面水肿、疼痛及炎症反应的影响[J]. *新中医*, 2023, 55(12): 177–180.
Liao Q P, Chen Y Y, Yu G L. Effects of Chinese herbal fumigation and washing on wound edema, pain, and inflammatory responses after surgery for hemorrhoids[J]. *New Chin Med*, 2023, 55(12): 177–180. (in Chinese)
- [16] 王玲, 胡爱玲. 伤口造口失禁专科护理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 126.

- [17] 徐华秀, 杨莹, 尹亭亭, 等. 叙事护理在慢性疼痛患者中的应用及研究进展[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(5): 408-411, 423.
Xu H X, Yang Y, Yin T T, et al. Research progress on narrative nursing for chronic pain patients[J]. J Nurses Train, 2022, 37(5): 408-411, 423. (in Chinese)
- [18] 彭胜, 王玉玲, 张斯清, 等. 基于数据挖掘的术后疼痛行耳穴贴压选穴规律分析[J]. 护理学报, 2021, 28(5): 21-25.
Peng S, Wang Y L, Zhang S Q, et al. Acupoint selection rules of auricular plaster therapy for postoperative pain based on data mining[J]. J Nurs China, 2021, 28(5): 21-25. (in Chinese)
- [19] 李振宇, 吴承东, 刘建乔, 等. 却毒汤熏洗对湿热下注证混合痔外剥内扎术后患者的影响[J]. 现代中医临床, 2020, 27(3): 13-16, 32.
Li Z Y, Wu C D, Liu J Q, et al. Effects of Quedu Decoction fumigation and washing on patients with mixed hemorrhoids of damp-heat pouring downward pattern after external stripping and internal ligation[J]. Mod Chin Clin Med, 2020, 27(3): 13-16, 32. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。