

揞针督脉穴位对混合痔术后创面疼痛及愈合的影响

祝丽丽, 罗 壮, 于修永, 郑 勇*
(淮安市中医院, 江苏 淮安 223001)

摘要 目的:观察揞针督脉穴位(腰俞、长强穴)对混合痔术后创面疼痛及愈合的影响。**方法:**选取符合纳入标准的行混合痔外剥内扎术治疗的患者 60 例, 根据随机数字表法分为对照组与治疗组各 30 例。对照组予口服双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上联合揞针腰俞穴及长强穴治疗, 两组均连续治疗 1 周。观察两组患者创面疼痛视觉模拟评分表(VAS)评分、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分、平均住院天数及创面平均愈合时间。**结果:**术后第 3 d、第 5 d、第 7 d, 治疗组创面疼痛 VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。术后 1 周及术后 1 个月, 治疗组患者 PSQI 评分低于对照组($P<0.05$)。治疗组患者平均住院天数及术后创面平均愈合时间均短于对照组($P<0.05$)。**结论:**揞针督脉穴位(腰俞、长强穴)可有效缓解混合痔术后患者创面的疼痛, 促进术后创面愈合, 值得临床推广应用。

关键词:混合痔; 揞针; 督脉穴; 术后疼痛; 创面愈合; 临床观察

中图分类号: R266

文献标识码: A

文章编号: 1003-0719(2024)02-0029-04

混合痔是肛肠科常见的一种疾病, 该病虽然不会直接威胁患者生命, 但常常给患者的工作和生活带来负面影响, 降低患者的生活质量。临床上, 早期混合痔患者常因羞于就诊而耽误治疗, 待病情进展至Ⅲ、Ⅳ期时, 手术治疗常不可避免, 而术后疼痛则是混合痔手术常见的并发症之一^[1]。《肛肠术后创面修复管理规范专家共识(2019 版)》^[2]指出, 由于手术部位具有特殊性、受脊神经支配的肛门感觉十分敏锐、开放污染的手术伤口及术后排便等因素的存在, 使得有效镇痛成为肛肠术后创面修复和加速康复的重要内容。现代医学治疗疼痛的方法主要以对症止痛为主, 其通过直接抑制神经中枢或阻断部分神经传导途径而实现镇痛作用, 主要使用阿片类药物、非甾体类抗炎药等。传统的镇痛方式虽然作用机制明确, 但存在一定的局限性, 例如镇痛起效不及时、镇痛效果不满意、不良反应发生率高^[3]。因此, 如何迅速安全有效地减轻混合痔术后的疼痛是肛肠科医师需解决的问题。

本文探讨揞针督脉穴位(腰俞、长强穴)联合传统镇痛方案对混合痔术后创面疼痛及愈合的影响, 并与单独使用传统镇痛治疗方案作对比, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月至 2022 年 10 月在淮安市中医院肛肠科行混合痔外剥内扎术治疗的患者 60 例, 根据随机数表法将其分为对照组和治疗组, 每组 30 例。对照组男 16 例, 女 14 例; 年龄 30~65(46.87±10.12) 岁; 病程 1~8(4.75±1.86) 年; 内痔分期: Ⅲ期 18 例, Ⅳ期 12 例。治疗组男 13 例, 女性 17 例; 年龄 28~64(41.73±11.30) 岁; 病程 2~9(4.83±1.65) 年; 内痔分期: Ⅲ期 19 例, Ⅳ期 11 例。两组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究经淮安市中医院伦理委员会审核通过(批号: K2021-17)。

1.2 诊断标准 参照中国中西医结合学会大肠肛门

基金项目: 淮安市卫生健康科研项目(编号: HAWJZ202102)

第一作者简介: 祝丽丽(1986—), 女, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗结直肠肛门疾病

*通信作者: 郑勇(1977—), 硕士, 主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗结直肠肛门疾病; E-mail: 408661857@qq.com

病专业委员会制定的《中国痔病诊疗指南(2020)》^[4]中混合痔的诊断标准。

1.3 纳入标准 ①符合混合痔诊断标准;②内痔分期为Ⅲ~Ⅳ期;③均行混合痔外剥内扎术;④术后创面疼痛视觉模拟评分量表(VAS)评分1~6分;⑤患者年龄为18~65岁;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①生命征不平稳或伴有危重的心脑血管疾病,无法对研究的有效性 & 安全性做出评价的患者;②伴有肛周感染性疾病(如肛周脓肿、肛瘘及肠道炎症性疾病等)或直肠肿瘤患者;③严重肝肾功能不全者;④患有焦虑抑郁等精神疾病者;⑤妊娠或哺乳期患者;⑥过敏体质者;⑦正在参加其他临床药物试验者。

1.5 治疗方法 所有患者均完善术前准备,在腰硬联合阻滞麻醉下行混合痔外剥内扎术,予相应术后常规治疗及护理,主要包括:手术当天卧床休息,流质饮食,控制排便;术后第1d起普通饮食,予肛门熏洗坐浴、穴位贴敷(双侧天枢)、中药塌渍(复方黄柏液涂剂)、高光功率光子治疗,创面常规换药;术后鼓励患者自行排尿,采用站立、下腹部热敷、拔去肛内纱布等方法辅助排尿,必要时留置尿管。

1.5.1 对照组 术后第1d开始早饭后口服双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊(厂家:Temmler Ireland Ltd;国药准字HJ20170098,规格:每粒75 mg),每次75 mg,每日1次。

1.5.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,联合揞针督脉穴位治疗。具体操作如下:嘱患者取侧卧位,常规消毒腰俞穴及长强穴,然后取两枚揞针[“清铃”牌揞针;厂家:日本清铃株式会社/四川唯高科技有限责任公司(代理);批号:国械注进20162271259;规格:

0.20 mm×1.5 mm],刺入以上两处穴位,并采用医用脱敏胶带固定,针体留置48 h后取出,并于相同位置重新刺入揞针并留针,操作方法同前,每日早、中、晚分别予中等力度按压针刺局部5 min,以局部出现酸麻胀感为宜。

两组患者均连续治疗1周。

1.6 观察指标 ①疼痛VAS评分。分别于术后第1d、第3d、第5d、第7d天早晨采用VAS评估两组患者的创面疼痛情况,VAS评分为0~10分,评分越高表示疼痛越剧烈。②睡眠质量评分。采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分^[5]对两组患者术前、术后1周及术后1个月的睡眠质量进行记录评价,该量表评分为0~21分,分值越高表示患者睡眠质量越差。③创面愈合时间。观察并记录两组患者创面愈合时间,创面愈合的评定标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]制定:创面基本无渗液,切口无明显水肿,肛门无疼痛或轻微疼痛。④平均住院天数。观察并记录两组患者平均住院天数。

1.7 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件对数据进行分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例或百分比表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛VAS评分比较 术后第1d,两组患者疼痛VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),术后第3d、第5d、第7d,两组患者疼痛VAS评分均较同组前一时间点降低,且治疗组患者低于同时间点对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结果见表1。

表1 两组患者疼痛VAS评分比较

(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	术后1d	术后3d	术后5d	术后7d
治疗组	30	5.57±0.50	4.03±0.56 ^{①②}	3.40±0.50 ^{①②}	1.80±0.55 ^{①②}
对照组	30	5.43±0.63	4.40±0.56 ^①	3.67±0.48 ^①	2.57±0.50 ^①

注:与同组前一时间点比较,① $P<0.05$;与对照组同时间点比较,② $P<0.05$

2.2 两组患者PSQI评分比较 术前,两组患者PSQI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后1周,两组患者PSQI评分均较术前升高($P<0.05$);术后1个月,两组患者PSQI评分均较同组前一时间点降低($P<0.05$);术后1周、术后1个月,治疗组患者PSQI评分低于同时间点对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结果见表2。

2.3 两组患者平均住院天数及创面愈合时间比较 治疗组患者平均住院天数及创面愈合时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结果见表3。

3 讨论

现代医学研究发现痔术后肛门的疼痛与诸多因素相关,例如解剖结构、手术切口情况(数量、大小、方

表 2 两组患者 PSQI 评分比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 1 周	术后 1 个月
治疗组	30	3.60±0.93	5.50±0.90 ^{①②}	4.27±0.79 ^{①②}
对照组	30	3.90±1.16	6.97±1.22 ^①	5.73±0.98 ^①

注:与同组前一时间点比较,① $P<0.05$;与对照组同时时间点比较,② $P<0.05$

表 3 两组患者平均住院天数及创面愈合时间比较

(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	平均住院天数	创面愈合时间
治疗组	30	8.37±1.07 ^①	29.50±1.46 ^①
对照组	30	9.57±1.52	32.30±2.38

注:与对照组比较,① $P<0.05$

向)、术后排便、换药等因素的刺激以及术后创缘皮瓣水肿等^[7]。《结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015版)》^[8]中指出,有效的术后镇痛是加速混合痔术后康复的重要环节,不仅可以减轻患者的痛苦,同时可以改善患者的睡眠及不良情绪,从而促进术后创面的恢复。

揞针疗法是中医外治法,属于针刺疗法中浮刺和浅刺的范畴,是将皮部理论和腧穴理论相结合的具体应用疗法^[9]。关于揞针疗法的记载,可见于《黄帝内经·素问》中的“静以久留”,该疗法将针体长时间停留于在人体穴位之中,从而产生持续温和的良性刺激,能够更大程度地激发人体正气,持续促进人体气血的运行,加速创面的愈合及减轻疼痛。多项研究表明,揞针用于缓解疼痛疗效确切,现已广泛应用于临床多科室中,例如肿瘤科、妇产科、骨科等^[10-12]。此外,亦有不少关于揞针疗法应用于肛肠术后的报道^[13-15],可减轻患者术后疼痛,促进创面愈合,提高临床疗效。但是,目前不少研究将揞针运用于痔术后的治疗时,多是选用耳穴或内关、合谷等部位,少见选取督脉穴位的报道。本研究选取的长强穴及腰俞穴均为督脉上的穴位。长强穴位于尾骨尖端与肛门连线的中点处,其分布有尾神经后支、肛门动静脉与肛门神经,且与四周邻近神经存在广泛的联系。《扁鹊神应针灸玉龙经》记载:“九般痔疾最伤人,穴在承山妙如神,纵饶大痛呻吟者,一刺长强绝病根。”长强穴是治疗肛肠疾病的要穴,具有通经络、调气血、镇痛的作用。腰俞穴位于人体腰部,当后正中线上,正对骶管裂孔,是肛肠科手术骶管麻醉常用的穿刺部位,骶管裂孔内有第5骶神经及尾神经通过,形成尾神经丛,后发出肛尾神

经,支配尾骨区及肛周皮肤感觉。腰俞穴具有清热止血、凉血止痛的作用,可用于治疗腰脊强痛、便秘、痔疮、便血等疾病。混合痔术后因手术损伤,阻碍了督脉之气的运行,阳气不布,气血运行不畅,不通则痛。督脉为“阳脉之海”,总督诸阳,本研究取穴之腰俞穴及长强穴均位于督脉,可协调阳气输布,通调气血,从而发挥止痛、生肌之效。因此,本研究选用腰俞穴及长强穴具有中医理论基础及西医解剖学基础。

本研究结果显示,治疗后,观察组患者疼痛 VAS 评分、PSQI 评分低于同时点对照组,平均住院时长及创面愈合时间短于对照组(均 $P<0.05$)。表明在口服双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊的基础上联合揞针腰俞、长强穴可有效缓解患者疼痛,改善睡眠质量,促进创面愈合,缩短住院时间。笔者推测其作用机制可能是揞针疗法可减轻创面疼痛,减少肛门括约肌痉挛,改善肛门局部血供而促进创面生长,从而加速创面的愈合。但本研究样本量有限,后期需要多中心、大样本量的随机对照研究证实该结论,并进一步深入研究其作用机制。

综上所述,揞针督脉穴可有效缓解混合痔术后创面疼痛并促进创面愈合,且操作简单,可以实现长期埋针,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 赵永娇,蔡德光,邓志灏,等.长强穴水针疗法配合埋线治疗肛门病术后疼痛的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2018,38(1):69-72.
- [2] 陈希琳,史大卓,段宏岩,等.肛肠术后创面修复管理规范专家共识(2019年版)[J].实用临床医药杂志,2020,24(4):1-4.

(下转第 38 页)

(总 111) · 31 ·

供更合理的指导。此外,还可将壮医药线点灸疗法与其他传统医学疗法、现代医学治疗手段等有机结合,形成综合性治疗方案,以达到更好的疗效。

参考文献

- [1] CRUCCU G, DI STEFANO G, TRUINI A. Trigeminal neuralgia [J]. *N Engl J Med*, 2020, 383(8):754-762.
- [2] YADAV Y R, NISHTHA Y, SONJJAY P, et al. Trigeminal Neuralgia [J]. *Asian Journal of Neurosurgery*, 2017, 12(4): 585-597.
- [3] 王佳林,葛忆秦.原发性三叉神经痛的治疗研究进展[J].*世界临床药物*, 2023, 44(6):542-546.
- [4] 施明华,黄浩,黄毅芳,等.壮医药线点灸治疗痛症研究概况[J].*广西中医药*, 2019, 42(5):75-77.
- [5] 庞声航,王柏灿,莫滚.中国壮医内科学[M].南宁:广西科学技术出版社,2018:180.
- [6] 王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010:381.
- [7] 汪向东.心理卫生评定量表手册[J].*中国心理卫生杂志*, 1993(增刊):202-209.
- [8] 黄瑾明,黄汉儒.壮医药线点灸疗法[J].*医学文选*, 1991

(4):80-81.

- [9] 林辰,陈攀,黎玉宣.壮医药线灸[M].南宁:广西科学技术出版社,2017:120-121.
- [10] 范小婷,沈小淞,施学丽,等.基于miR-34a-5p/SIRT1通路探讨壮医药线点灸治疗偏头痛模型大鼠的作用机制[J].*中国中医药信息杂志*, 2023, 30(2):93-99.
- [11] 蒋香玉,粟胜勇,母叶,等.调气法针刺结合壮医药线点灸治疗带状疱疹后遗神经痛47例[J].*中国针灸*, 2021, 41(1):65-66.
- [12] 黄浩,施明华,李陈玲,等.壮医药线点灸治疗痛经疗效的Meta分析[J].*广西中医药*, 2019, 42(3):69-71.
- [13] 陈攀.壮医药线点灸治疗偏头痛疗效观察[J].*中国针灸*, 2012, 32(3):224-226.
- [14] 李相援.壮医药线点灸治疗痛症临床举隅[J].*针灸临床杂志*, 2002, 18(4):51-52.
- [15] 魏玉婷.针刺合谷、太冲为主治疗三叉神经痛的临床观察[C]//甘肃省针灸学会.甘肃省针灸学会2016年度学术年会暨针灸推拿科研思路设计培训班郑氏针法的临床应用培训班论文集.甘肃中医药大学针灸推拿学院,2016:5.

(2023-12-01 收稿/编辑 熊瑜)

(上接第31页)

- [3] 张伟,张允亮,胡月娥,等.围术期多模式镇痛用于肛肠手术效果观察[J].*人民军医*, 2021, 64(5):442-445.
- [4] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会.中国痔病诊疗指南(2020)[J].*结直肠肛门外科*, 2020, 26(5):519-533.
- [5] 刘志喜,石倩萍,杨洪霞,等.匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人员中的信效度评价[J].*汕头大学医学院学报*, 2020, 33(3):173-176.
- [6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:286-289.
- [7] 朱仲军,李良,张云峰.痔切除术后疼痛原因及局部长效麻醉药物镇痛体会[J].*中国现代药物应用*, 2019, 13(5): 110-111.
- [8] 江志伟,李宁.结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015版)[J].*中华结直肠疾病电子杂志*, 2015, 4(5):2-5.
- [9] 王伟.揞针配合雷火灸对混合痔患者术后创面疼痛、水肿的影响[J].*内蒙古中医药*, 2018, 37(12):69-70.
- [10] 季进锋,葛晓霞,许春明,等.揞针联合热敏灸治疗中重度

癌性疼痛疗效观察[J].*中国针灸*, 2021, 41(7):725-729.

- [11] 康慧芬.揞针疗法用于缓解产后宫缩痛的临床效果分析[J].*医学理论与实践*, 2021, 34(8):1411-1412.
- [12] 周培红,毛丹旦,吴小燕,等.揞针联合四黄散外敷治疗闭合性肋骨骨折疼痛的疗效观察[J].*浙江中医杂志*, 2021, 56(7):520-521.
- [13] 何颖华,智建文,贾菲,等.揞针耳穴疗法治疗混合痔外剥内扎术后疼痛的临床效果[J].*中国中医基础医学杂志*, 2018, 24(9):1280-1282, 1308.
- [14] 杨勤,徐芳.揞针联合热敏灸在肛肠手术患者中的应用效果[J].*护理实践与研究*, 2021, 18(15):2348-2350.
- [15] 袁文贝,刘一灿,李忠卓,等.中药熏洗联合揞针八髎穴治疗混合痔术后疼痛临床观察[J].*中国民族民间医药*, 2021, 30(2):102-105.

(2023-07-04 收稿/编辑 李清清)