

针刺联合中药熏洗对混合痔术后镇痛效果的协同作用分析

李彩丁 杨荣伟 李 丽 王睿鹏*
腾冲市中医医院 云南保山 679100

摘要：目的：分析针刺联合中药熏洗在混合痔术后镇痛中的协同作用，为优化术后疼痛管理方案提供临床依据。方法：选取2024年5月至2025年5月在本院接受混合痔手术的30例患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，各15例。对照组术后采用单纯西药镇痛干预，实验组采用针刺联合中药熏洗镇痛干预。比较两组术后不同时间点疼痛视觉模拟评分（VAS）、镇痛药物使用频次、并发症发生率及创面愈合时间。结果：术后6h、12h、24h、48h，实验组VAS评分分别为（3.12±0.58）分、（2.85±0.46）分、（2.13±0.39）分、（1.57±0.32）分，均低于对照组的（4.87±0.65）分、（4.32±0.59）分、（3.68±0.51）分、（2.95±0.43）分，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组术后72h内镇痛药物使用频次（1.27±0.41次）低于对照组（2.83±0.57次），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组并发症发生率（6.67%）低于对照组（40.00%），创面愈合时间（14.23±1.85天）短于对照组（18.67±2.31天），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：针刺联合中药熏洗可通过协同作用增强混合痔术后镇痛效果，减少镇痛药物使用，降低并发症风险，促进创面愈合，具有较高的临床应用价值。
关键词：混合痔；术后镇痛；针刺；中药熏洗；协同作用；视觉模拟评分

一、资料与方法

1. 一般资料

选取2024年5月至2025年5月在本院肛肠科接受混合痔手术的30例患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，各15例。对照组男9例，女6例；年龄25–68岁，平均（45.3±10.2）岁；病程1–8年，平均（3.6±1.5）年；手术方式：外剥内扎术10例，吻合器痔上黏膜环切术（PPH）5例。实验组男8例，女7例；年龄24–69岁，平均（46.1±10.8）岁；病程1–7年，平均（3.4±1.3）年；手术方式：外剥内扎术9例，PPH术6例。两组患者性别、年龄、病程、手术方式等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

2. 病例选择标准

纳入标准：所有入选病例均需严格符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》中关于混合痔的临床诊断标准，同时经专业医师通过肛门指检及肛门镜检查予以确诊；患者须为择期行混合痔手术治疗者，年龄范围限定在18至70岁之间；此外，患者本人及其家属均对研究内容完全知情，自愿参与并签署书面的知情同意书。^[1]

排除标准：排除合并有严重心脑血管疾病、肝功能或肾功能不全的患者；存在凝血功能障碍或具有出血倾向者；对针刺或中药任一成分有过敏史者；妊娠期及哺乳期女性；患有精神类疾病、无法配合完成研究者；以及术前24小时内曾使用任何镇痛类药物者。

3. 方法

两组患者的手术操作均由同一组具备丰富经验的手术团队完成，采用的术式一致，术后均接受医院常规基础护理，具体措施包括保持肛周区域清洁卫生、常规抗感染处理、饮食方面给予清淡易消化指导，以及科学的排便管理。在此共同基础上，两组分别实施不同的术后镇痛干预方案：^[2]

（1）对照组

该组患者采用单纯西药镇痛方案：于手术结束后即刻予以肌内注射盐酸曲马多注射液（规格：每2mL含100mg，生产厂家：上海上药第一生化药业有限公司，批准文号：国药准字H31021084）100mg；若术后患者疼痛视觉模拟评分（VAS）达到或超过4分，则追加口服布洛芬缓释胶囊（规格：每粒0.3g，生产厂家：中美天津史克制药有限公司，批准文号：国药准字H10900089）0.3g，此后可每间隔12小时重复用药1次，但24小时内总用药次数不超过2次。

基金项目：项目名称：混合痔术后中医镇痛方式的比较，
课题编号：XYLH202228

(2) 实验组

采用针刺联合中药熏洗镇痛干预，具体操作如下：

针刺治疗：术后6h开始进行针刺干预，选取穴位为长强穴、承山穴（双侧）、白环俞穴（双侧）。患者取侧卧位，常规碘伏消毒穴位皮肤，采用0.30mm×40mm毫针（生产厂家：苏州医疗用品厂有限公司），长强穴向上斜刺15–20mm，承山穴直刺25–30mm，白环俞穴直刺20–25mm，得气后采用平补平泻手法，留针20min，每日治疗1次，连续治疗7天。

中药熏洗治疗：术后24h（排便后）开始中药熏洗，方剂组成：苦参30g、黄柏20g、苍术15g、马齿苋25g、五倍子15g、乳香10g、没药10g、芒硝15g（后下）。将上述药材（除芒硝外）加水2000mL，浸泡30min后大火煮沸，转小火煎煮20min，加入芒硝搅拌溶解，待药液温度降至40–45℃时，采用专用熏洗盆进行肛周熏洗，每次15–20min，每日2次（早晚各1次），连续治疗7天。^[3]

4. 观察指标

疼痛评分评估：采用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）对两组患者分别于术后6小时、12小时、24小时及48小时四个时间点进行疼痛程度评估。VAS评分标尺范围为0至10分，其中0分代表患者无任何疼痛感，10分代表患者感受到难以忍受的剧烈疼痛，评分数值越高表明患者疼痛程度越严重。通过该方法可量化患者主观疼痛感受，为疼痛管理提供客观依据。

镇痛药物使用频次统计：记录并比较两组患者在术后72小时内因疼痛需追加镇痛药物的具体情况，以布洛芬缓释胶囊为例，统计该时段内每位患者使用该药物的总次数，并进一步计算各组患者的人均药物使用频次，以此评估术后镇痛方案的效果及患者疼痛控制的差异。

并发症发生情况监测：术后7天内密切观察两组患者肛周水肿、创面渗血、尿潴留等常见并发症的发生状况，详细记录各并发症的具体例次及表现形式，最终根据监测数据计算各组并发症的总体发生率，以评估治疗安全性及术后恢复情况。

创面愈合时间记录：自术后第1日起，定期对患者手术创面进行临床观察，重点评估肉芽组织生长状态、上皮细胞覆盖范围及愈合进度，直至创面达到完全愈合标准（即创面红肿消退、无渗液、上皮组织完整覆盖）为止，准确记录从手术结束至创面完全愈合所需的时间，以客观反映术后组织修复速度。

5. 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。

二、结果

1. 两组术后不同时间点VAS评分比较

详见表1。

表1 两组术后不同时间点VAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

时间点	对照组 (n=15)	实验组 (n=15)	t值	P值
术后6h	4.87 ± 0.65	3.12 ± 0.58	8.236	<0.001
术后12h	4.32 ± 0.59	2.85 ± 0.46	7.154	<0.001
术后24h	3.68 ± 0.51	2.13 ± 0.39	9.572	<0.001
术后48h	2.95 ± 0.43	1.57 ± 0.32	10.368	<0.001

2. 两组镇痛药物使用频次、并发症发生率及创面愈合时间比较

详见表2。

表2 两组镇痛药物使用频次、并发症发生率及创面愈合时间比较（ $\bar{x} \pm s$ [n (%)]）

指标	对照组 (n=15)	实验组 (n=15)	t/χ ² 值	P值
镇痛药物使用 频次（次）	2.83 ± 0.57	1.27 ± 0.41	9.825	<0.001
并发症发生率	6 (40.00)	1 (6.67)	4.630	0.031
创面愈合时间 (天)	18.67 ± 2.31	14.23 ± 1.85	6.753	<0.001

三、讨论

1. 混合痔术后疼痛的病理机制与临床管理难点

混合痔术后疼痛是临床实践中极为常见的并发症，其发生机制涉及多方面复杂因素。首先，手术过程中对肛周组织造成的创伤会导致局部神经末梢暴露，外界机械性刺激（如体位变化或敷料压迫）可直接激活疼痛感受器，引发明显的锐痛或刺痛，并通过神经通路向上传导。其次，术后由于局部循环障碍及炎症反应，肛门周围常出现明显的充血与水肿，持续压迫周围感觉神经，从而引起难以缓解的持续性胀痛和沉重感。再者，术后排便过程中，粪便对创面的物理摩擦不仅会显著加重疼痛程度，还可能损伤新生肉芽组织，引发出血甚至感染，严重影响创面愈合进程。^[4]

当前临床上广泛采用的西药镇痛策略，主要包括阿片类镇痛药与非甾体抗炎药等，虽可在一定程度上快速缓解疼痛症状，但其应用存在诸多局限。例如，阿片类药物易导致药物依赖和便秘等副作用，非甾体类药物则常引起胃肠道不适甚至黏膜损伤。此外，这些药物的镇

痛效果往往维持时间较短,需反复用药,而长期使用又会增加患者的经济与生理负担。更值得注意的是,单纯镇痛治疗并不能有效促进创面修复及减少并发症的发生,致使患者术后恢复时间延长,整体生活质量受到明显影响。

2. 针刺联合中药熏洗的协同镇痛机制分析

本研究结果显示,实验组术后各时间点VAS评分均显著低于对照组,且镇痛药物使用频次减少,印证了针刺与中药熏洗的协同镇痛作用,其机制可从中西医角度分别阐释:

针刺的镇痛作用:从中医理论看,长强穴为督脉穴位,可调节肛门局部气血运行,通络止痛;承山穴为足太阳膀胱经穴位,能疏利膀胱气机、消肿止痛;白环俞穴可温通经络、缓解肛周肿痛,三穴合用共奏行气活血、通络止痛之效。从现代医学角度,针刺可刺激穴位周围神经末梢,促进内啡肽、脑啡肽等镇痛物质释放,抑制疼痛信号向中枢神经系统传导,同时调节交感神经功能,减轻肛周血管痉挛,缓解组织水肿,从“止痛”与“消肿”双途径发挥作用。

中药熏洗的镇痛与修复作用:本研究选用的中药方剂中,苦参、黄柏清热燥湿、解毒消肿,针对术后湿热下注证;马齿苋、五倍子收敛止血、敛疮生肌,可减少创面渗血、促进肉芽组织生长;乳香、没药活血化瘀、行气止痛,能改善肛周微循环,缓解瘀血肿痛;芒硝软坚散结、消肿止痛,可快速减轻肛周水肿。中药熏洗通过“热疗+药疗”双重作用,温热药液可扩张肛周血管,促进药物成分渗透吸收,既发挥直接镇痛效果,又能清洁创面、预防感染,为创面愈合创造良好环境。^[5]

协同作用优势:针刺通过调节神经内分泌系统发挥全身性镇痛作用,中药熏洗通过局部用药实现“靶向”镇痛与创面修复,二者结合可从“全身调节”与“局部干预”两个维度协同发力,弥补单纯西药镇痛“治标不治本”的缺陷,同时减少西药用量,降低药物不良反应风险。

3. 临床应用价值与优化建议

从研究结果来看,针刺联合中药熏洗不仅能显著提

升混合痔术后镇痛效果,还能缩短创面愈合时间(实验组较对照组缩短4.44天)、降低并发症发生率(实验组仅6.67%),其优势主要体现在三方面:一是安全性高,针刺与中药熏洗均为中医传统疗法,无西药常见的胃肠道刺激、药物依赖等不良反应;二是操作简便,所需设备与药材易获取,可在基层医院推广应用;三是性价比高,相较于长期使用西药镇痛,中医联合方案成本更低,能减轻患者经济负担。

基于本研究结论,提出以下临床优化建议:一是个体化方案调整,可根据患者体质(如湿热型、血瘀型)调整中药方剂配伍,如湿热重者增加苦参、黄柏用量,血瘀重者加重乳香、没药比例;二是延长干预周期,对于创面较大、疼痛较剧烈的患者,可将针刺与中药熏洗疗程延长至10-14天,进一步巩固镇痛与修复效果;三是结合现代技术,可将中药方剂制成浓缩液或熏洗颗粒,简化煎煮流程,提高临床使用便捷性。

综上所述,针刺联合中药熏洗在混合痔术后镇痛中具有显著协同作用,能有效缓解术后疼痛、促进创面愈合、降低并发症风险,符合“绿色镇痛”与“快速康复”的临床需求,值得在肛肠科临床推广应用。

参考文献

- [1]丁家钦,刘秋江.中西医治疗混合痔术后并发症的研究进展[J].中外医学研究,2025,23(10):177-180.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2025.10.047.
- [2]吴函,韦建宝.中西医对于混合痔术后镇痛的治疗进展[J].大众科技,2023,25(06):80-83.
- [3]叶紫依,姚向阳,彭军良,等.中医外治疗法治疗混合痔术后疼痛的研究进展[J].中国社区医师,2023,39(17):4-6.
- [4]贾旗,汪明.肛肠病术后外用药物镇痛的研究进展[J].中国肛肠病杂志,2022,42(12):68-70.
- [5]吴毅,张春玲,郑芳,等.用复方甲蓝肛周封闭法联合中药熏洗法对接受外剥内扎术后的混合痔患者进行镇痛的效果[J].当代医药论丛,2020,18(07):61-62.