

文章编号: 1005-0957 (2024) 12-1374-07

· 临床研究 ·

火针联合中药治疗混合痔术后肛门坠胀的疗效观察及对应激水平和肛肠动力学的影响

俞叶, 林奇, 王赛赛

(浙江省舟山市中医院, 舟山 316099)

【摘要】 目的 观察火针联合脏连丸加减治疗混合痔术后肛门坠胀的临床疗效及对疼痛应激、新生血管及肛肠动力学的影响。**方法** 选取 80 例将行外剥内扎术治疗的混合痔患者, 按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组 40 例。对照组术后采用氨基己酸和头孢西丁钠静脉滴注治疗, 治疗组术后在对照组基础上采用火针联合脏连丸加减治疗。比较两组临床疗效, 观察两组术后第 1 天、第 3 天和第 7 天疼痛视觉模拟量表(visual analog scale, VAS)评分、肛门坠胀程度和肛门坠胀持续时间的评分, 观察两组术后第 1 天和第 7 天的应激水平[血清皮质醇(cortisol, COR)和促肾上腺皮质激素(adrenocorticotrophic hormone, ACTH)]、新生血管水平[碱性成纤维生长因子(basic fibroblast growth factor, bFGF)、血小板源性生长因子(platelet-derived growth factor, PDGF)和血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)]以及肛肠动力学情况[直肠静息压(rectal resting pressure, RRP)、肛管静息压(anal resting pressure, ARP)和肛管最大收缩压(anal canal maximum contraction pressure, AMCP)]的变化。**结果** 治疗组总有效率 97.5%, 高于对照组的 85.0% ($P < 0.05$)。两组术后第 3 天 VAS 评分低于术后第 1 天 ($P < 0.05$), 两组术后第 7 天 VAS 评分低于术后第 3 天 ($P < 0.05$), 治疗组术后第 3 天和第 7 天 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。两组术后第 3 天肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于术后第 1 天 ($P < 0.05$), 两组术后第 7 天肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于术后第 3 天 ($P < 0.05$), 治疗组术后第 3 天和第 7 天肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分低于对照组 ($P < 0.05$)。两组术后第 7 天血清 COR 和 ACTH 含量低于术后第 1 天 ($P < 0.05$), 治疗组术后第 7 天血清 COR 和 ACTH 含量低于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组术后第 7 天血清 bFGF、PDGF 和 VEGF 含量高于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组术后第 7 天 RRP、ARP 和 AMCP 高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 术后在常规西药治疗基础上, 采用火针联合脏连丸加减可进一步缩短混合痔术后肛门坠胀持续时间, 缓解疼痛, 降低应激水平, 促进新生血管形成, 改善肛肠动力学, 疗效优于单纯常规西药治疗。

【关键词】 针刺疗法; 火针疗法; 痔疮; 疼痛, 术后; 新生血管; 肛肠动力**【中图分类号】** R246.2 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.12.1374

Observation on the efficacy of fire needling combined with Chinese medicine in treating anal swelling after surgery of mixed hemorrhoids and its effect on stress level and anorectal dynamics YU Ye, LIN Qi, WANG Saisai.
Zhoushan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhoushan 316099, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of combining fire needling with modified Zang Lian Wan in treating anal swelling after surgery of mixed hemorrhoids, and the effects on pain stress, neovascularization and anorectal dynamics of the patients. **Method** A total of 80 patients with mixed hemorrhoids who were treated with external peeling and internal ligation were selected and divided into a control group and a treatment group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The control group was treated with intravenous infusion

作者简介: 俞叶 (1991—), 女, 住院医师, Email: ronjilveron2020@126.com

of aminocaproic acid and Cefoxitin sodium, while the treatment group was treated with fire needling combined with Zang Lian Wan on the basis of the control group. The clinical efficacy of the two groups was compared, and the scores of pain, anal distension and duration of anal distension on the 1st, 3rd and 7th postoperative days were observed, and the stress levels [serum cortisol (COR) and adrenocorticotrophic hormone (ACTH)] neovascularization levels [basic fibroblast growth factor (bFGF), platelet-derived growth factor (PDGF) and vascular endothelial growth factor (VEGF)], and anorectal dynamics [rectal resting pressure (RRP), anal resting pressure (ARP) and anal canal maximum contraction pressure (AMCP)] on the 1st and 7th postoperative days were observed in the two groups. **Result** The total effective rate of the treatment group was 97.5%, which was higher than that of the control group, which was 85.0% ($P<0.05$). The visual analog scale (VAS) score of pain on postoperative day 3 was lower than that on postoperative day 1 in both groups ($P<0.05$), and the VAS score on postoperative day 7 was lower than that on postoperative day 3 in both groups ($P<0.05$), and the VAS scores on postoperative days 3 and 7 in the treatment group were lower than that in the control group ($P<0.05$). The scores of the degree of anal distension and the duration of anal distension on postoperative day 3 were lower than those on the first postoperative day in both groups ($P<0.05$), and the scores of the degree of anal distension and the duration of anal distension on postoperative day 7 were lower than those on postoperative day 3 in both groups ($P<0.05$), and the scores of the degree of anal distension and the duration of anal distension in the treatment group were lower than those of the control group on the postoperative day 3 and day 7 ($P<0.05$). The levels of serum COR and ACTH on postoperative day 7 were lower than those on postoperative day 1 in both groups ($P<0.05$), the levels of serum COR and ACTH on postoperative day 7 were lower in the treatment group than those in the control group ($P<0.05$), the levels of serum bFGF, PDGF, and VEGF on postoperative day 7 were higher in the treatment group than those in the control group ($P<0.05$), the levels of RRP, ARP, and AMCP on postoperative day 7 were higher in the treatment group than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** On the basis of conventional Western medicine treatment, the use of fire needling combined with Zang Lian Wan can further shorten the duration of anal swelling after mixed hemorrhoid surgery, relieve pain, reduce the level of stress, promote neovascularization, improve the anorectal dynamics, and the therapeutic effect is better than that of the conventional Western medicine treatment alone.

[Key words] Acupuncture therapy; Fire needling; Hemorrhoids; Pain, Postoperative; Neovascularization; Anorectal dynamics

随着现代社会发展和环境的变化,人们生活节奏、饮食习惯等的改变也影响了痔病的发生和发展。混合痔是最常见的肛肠科疾病之一,且女性发病率高于男性,多见于 20 岁以上的成年人。混合痔患者通常表现为肿物脱出、异物感、肛门潮湿、肛门坠胀不适、排便出血等,严重者有混合痔嵌顿、血栓等,导致疼痛难忍,严重影响学习、工作等日常生活^[1-3]。混合痔的治疗引起了人们的重视。目前混合痔的首选治疗方案是手术治疗,但手术操作必然导致肛门正常结构破坏以及肛门部位皮肤创伤,局部血管、淋巴管受损后导致血液循环及淋巴回流障碍,故出现术后肛门水肿、疼痛、坠胀感等,影响患者康复^[4]。中医学对混合痔术后有诸多治疗方案,包含内外治疗法等。脏连丸源自古方猪脏

丸和连壳丸,具有健脾化湿、清肠解毒、生肌止血之效,针对混合痔患者术后常见的湿热下注证有较好的疗效。火针是将体针烧红,刺入人体的部位或穴位,去除疾病的一种针刺方法,具有疏通经络、活血化瘀之功。两者联合使用,能起到内外兼治的作用。故本研究观察火针联合脏连丸加减治疗混合痔术后的临床疗效及对患者肛门坠胀、疼痛应激、新生血管及肛肠动力学的影响。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究受试对象为 80 例混合痔患者,均于舟山市中医院行外剥内扎术,研究时间为 2022 年 1 月至 2023 年

6月。将80例患者按就诊顺序选取含有随机数字的密闭信封,根据随机数字分为治疗组和对照组,每组40例。对照组男21例,女19例;年龄26~43岁,平均(35±8)岁;病程10~16周,平均(13.46±3.15)周;混合痔分级Ⅲ级29例,Ⅳ级11例。治疗组男23例,女17例;年龄25~44岁,平均(35±8)岁;病程10~16周,平均(13.60±3.21)周;混合痔分级Ⅲ级31例,Ⅳ级9例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经舟山市中医院医学伦理委员会审查通过(审核批准号021SY006)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国痔病诊疗指南(2020)》^[5]中相关标准。内痔Ⅰ级为便时出血,便后出血停止,无内痔外脱;Ⅱ级为常有便血,内痔外脱但能自行回纳;Ⅲ级为有便时出血,内痔外脱,或久立、劳累、负重、咳嗽后脱出,无法自行回纳需用手帮助;Ⅳ级为有便时出血,痔核持续脱出,回纳后仍容易脱出,偶伴有水肿、感染、糜烂、疼痛等。外痔炎性型为肛缘皮肤受损或局部感染,有充血、疼痛、水肿症状;血栓型为肛缘皮下组织突发圆形、椭圆形团块隆起,疼痛感较重且活动后加剧;静脉曲张型为解便或久站、久坐后有肛缘青紫色团块隆起,按压后可消失,严重时有异物或肛门坠胀感;结缔组织型一般无出血、疼痛症状,表现为肛缘处皮肤皱襞增生,有赘生物皮瓣,偶有肛门不适和异物感。混合痔为同一部位内痔和对应处外痔贯通吻合,可为单个也可为环状。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]中痔病湿热下注证的诊断标准。便时出血,为滴血或喷血,量较多,色鲜红,肛门部灼热、坠胀和疼痛,坐卧不安,内痔外脱或有分泌物,大便干燥,小便黄;舌红,苔黄或黄腻,脉滑数或弦数。

1.3 纳入标准

年龄18周岁及以上;符合混合痔的西医诊断标准及中医学湿热下注证痔病的诊断标准;于舟山市中医院行混合痔外剥内扎术治疗;既往无肛门手术史或先天肛门形态异常、功能异常;术前常规检查(血常规、尿常规、肝肾功能、心电图等)无明显异常,符合手术指征;签署知情同意书,自愿参与研究。

1.4 排除标准

施针部位有感染、溃疡、瘢痕、烧伤等针刺禁忌

者;合并有心血管疾病、脑血管疾病、自身免疫性疾病、肝肾功能障碍等不适宜参与本研究观察者;妊娠期或哺乳期者;存在精神障碍者;合并肛瘘、肛周脓肿、陈旧性肛裂等疾病可能影响本研究疗效判定者。

2 治疗方法

所有患者术前行血常规、尿常规、肝肾功能指标、凝血指标、输血9项、胸部CT及心电图检查,排除手术禁忌。术区备皮,术前禁饮禁食,均采用硬腰联合阻滞下进行混合痔外剥内扎术治疗。

2.1 对照组

术后采用氨基己酸和头孢西丁钠静脉滴注治疗。术后第1天予氨基己酸4g加入0.9%氯化钠注射液100mL静脉滴注以预防术后出血,予头孢西丁钠1g加入0.9%氯化钠注射液250mL静脉滴注以预防感染。连续治疗3d。将聚维酮碘用温水稀释定期对创面进行清洗并每日更换敷料,连续换药7d。

2.2 治疗组

在对照组治疗基础上行火针联合脏连丸加减治疗。术后第1天开始口服脏连丸,组方为黄连25g,黄芩150g,地黄75g,赤芍50g,当归50g,槐角100g,槐花75g,荆芥穗50g,地榆炭75g,阿胶50g。随症加减,伴腹泻者加泽泻10g,伴便秘者加熟大黄5g,伴血栓者加秦艽15g和桃仁10g。由舟山市中医院中药房统一配药并制成9g的丸剂。每日口服2次,每次1丸,饭后温水送服,连续服药7d。于术后4~6h疼痛出现时予火针治疗。患者选择舒适体位,取二白、承山、大肠俞、足三里和腰俞穴,暴露穴位处并进行常规消毒。施术者左手持乙醇灯,右手持0.4mm×40mm火针,将火针前1/3部分用乙醇灯烧白,分别直刺二白、承山、大肠俞和足三里穴1~1.5寸,腰俞穴向上斜刺0.5~1寸,得气后,均匀捻转提插后,即可出针,并用消毒干棉球轻按针孔。连续治疗7d。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛视觉模拟量表(visual analog scale, VAS)评分

术后第1天、第3天和第7天评估两组VAS评分。将一条10cm长的尺子划分均匀的10个刻度,最左端“0”处代表无任何疼痛感,最右端“10”处代表难以

忍受的剧烈疼痛。患者将自觉痛感标注在尺子最能表示自己当前疼痛程度的刻度处,即为患者的疼痛评分。VAS 评分越高则患者痛感越重。

3.1.2 肛门坠胀情况

术后第 1 天、第 3 天和第 7 天评估两组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分。肛门坠胀程度评分如下。无坠胀感为 0 分,轻微坠胀感为 1 分,明显坠胀感但休息后缓解记为 2 分,强烈坠胀感且持续发作影响坐卧休息记为 3 分。肛门坠胀持续时间评分如下。无坠胀为 0 分,坠胀时间总和 ≤ 1 h 为 1 分,坠胀时间 >1 h 且 ≤ 3 h 为 2 分,坠胀时间 >3 h 为 3 分。

3.1.3 应激指标水平

术后第 1 天和第 7 天检测两组血清应激指标的水平。采集两组患者静脉血 5 mL,用酶联免疫吸附法检测血清皮质醇(cortisol, COR)和促肾上腺皮质激素(adrenocorticotrophic hormone, ACTH)。

3.1.4 新生血管形成指标水平

术后第 1 天和第 7 天检测两组血清新生血管形成指标的水平。采集两组患者静脉血 5 mL,用酶联免疫吸附法检测碱性成纤维生长因子(basic fibroblast growth factor, bFGF)、血小板源性生长因子(platelet-derived growth factor, PDGF)和血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)。

3.1.5 肛肠动力学情况

术后第 1 天和第 7 天评估两组肛肠动力学情况。采用直肠肛管测压检查,评估直肠静息压(rectal resting pressure, RRP)、肛管静息压(anal resting pressure, ARP)和肛管最大收缩压(anal canal maximum contraction pressure, AMCP)。

3.2 疗效标准

参照《中医肛肠科病证诊断疗效标准》^[7]评估两组临床疗效。

痊愈:肛缘水肿消失,无疼痛感,排便顺畅。

显效:肛缘水肿体积缩小 $\geq 2/3$,创面偶有疼痛,排便和换药时疼痛不明显。

有效:肛缘水肿体积缩小 $\geq 1/3$ 且 $<2/3$,创面疼痛减轻,排便和换药时稍有疼痛。

无效:肛缘水肿体积缩小 $<1/3$,创面仍有疼痛,排便和换药时疼痛明显。

总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例

数] $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法

本研究所有统计数据采用 SPSS22.0 统计软件进行分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,两两比较采用 t 检验,多点测量结果比较采用重复测量方差分析。计数资料比较采用卡方检验,等级资料比较采用非参数检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

治疗组总有效率 97.5%,高于对照组的 85.0%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						单位:例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	5	16	13	6	85.0
治疗组	40	13	19	7	1	97.5 ¹⁾

注:与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

3.4.2 两组术后 VAS 评分比较

术后第 1 天,两组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组不同时间点 VAS 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后第 3 天,两组 VAS 评分均低于术后第 1 天($P<0.05$);术后第 7 天,两组 VAS 评分均低于术后第 3 天($P<0.05$)。术后第 3 天和第 7 天,治疗组 VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)					单位:分
组别	例数	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天	
对照组	40	5.63 $\pm$ 1.14	4.82 $\pm$ 1.03 ¹⁾	2.49 $\pm$ 0.56 ²⁾	
治疗组	40	5.86 $\pm$ 1.28	3.61 $\pm$ 0.84 ¹⁾³⁾	1.62 $\pm$ 0.42 ²⁾³⁾	

注:与术后第 1 天比较 ¹⁾ $P<0.05$;与术后第 3 天比较 ²⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

3.4.3 两组术后肛门坠胀情况比较

术后第 1 天,两组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组不同时间点肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分组内比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后第 3 天,两组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于术后第 1 天($P<0.05$);术后第 7 天,两组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于术后第 3 天($P<0.05$)。术后第 3 天和第 7 天,治疗组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于对照组($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 两组术后肛门坠胀情况比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位:分

项目	组别	例数	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天
肛门坠胀程度	对照组	40	2.21±0.32	1.76±0.30 ¹⁾	0.51±0.13 ²⁾
	治疗组	40	2.28±0.35	1.51±0.28 ¹⁾³⁾	0.17±0.05 ²⁾³⁾
肛门坠胀持续时间	对照组	40	2.08±0.36	1.54±0.41 ¹⁾	0.35±0.10 ²⁾
	治疗组	40	2.03±0.33	1.26±0.35 ¹⁾³⁾	0.12±0.02 ²⁾³⁾

注:与术后第 1 天比较 ¹⁾ $P<0.05$;与术后第 3 天比较 ²⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

3.4.4 两组术后应激指标水平比较

两组术后第 1 天和第 7 天血清 COR 和 ACTH 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第 7 天,两组血清 COR 和 ACTH 水平均低于术后第 1 天($P<0.05$),且治疗组血清 COR 和 ACTH 水平低于对照组($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 两组术后应激指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	组别	例数	术后第 1 天	术后第 7 天
COR/ (ng·mL ⁻¹)	对照组	40	21.37±3.78	9.52±2.17 ¹⁾
	治疗组	40	21.56±3.64	6.30±2.04 ¹⁾²⁾
ACTH/ (pg·mL ⁻¹)	对照组	40	64.32±10.05	53.46±12.17 ¹⁾
	治疗组	40	64.88±10.24	42.53±10.94 ¹⁾²⁾

注:与术后第 1 天比较 ¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

3.4.5 两组术后新生血管形成指标水平比较

术后第 1 天,两组血清 bFGF、PDGF 和 VEGF 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后第 7 天,两组血清 bFGF、PDGF 和 VEGF 水平均高于术后第 1 天($P<0.05$),且治疗组血清 bFGF、PDGF 和 VEGF 水平高于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

表 5 两组术后新生血管形成指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:ng·L ⁻¹				
项目	组别	例数	术后第 1 天	术后第 7 天
bFGF	对照组	40	55.31±8.58	75.33±16.43 ¹⁾
	治疗组	40	55.48±8.29	90.74±17.13 ¹⁾²⁾
PDGF	对照组	40	41.21±5.56	47.60±6.85 ¹⁾
	治疗组	40	41.02±5.83	57.69±7.23 ¹⁾²⁾
VEGF	对照组	40	102.17±15.88	120.52±23.90 ¹⁾
	治疗组	40	101.85±14.45	142.01±25.31 ¹⁾²⁾

注:与术后第 1 天比较 ¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

3.4.6 两组术后肛肠动力学指标比较

术后第 1 天,两组 RRP、ARP 和 AMCP 比较,差异无

统计学意义($P>0.05$)。术后第 7 天,两组 RRP、ARP 和 AMCP 均高于术后第 1 天($P<0.05$),且治疗组 RRP、ARP 和 AMCP 均高于对照组($P<0.05$)。详见表 6。

表 6 两组术后肛肠动力学指标比较

单位:kPa				
项目	组别	例数	术后第 1 天	术后第 7 天
RRP	对照组	40	2.64±0.49	2.93±0.56 ¹⁾
	治疗组	40	2.70±0.52	3.37±0.54 ¹⁾²⁾
ARP	对照组	40	13.35±1.18	14.69±1.37 ¹⁾
	治疗组	40	13.20±1.24	16.27±1.50 ¹⁾²⁾
AMCP	对照组	40	12.06±0.65	12.64±0.45 ¹⁾
	治疗组	40	12.13±0.69	13.38±0.61 ¹⁾²⁾

注:与术后第 1 天比较 ¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

4 讨论

混合痔是一类常见的肛肠科疾病,目前临床上认为其发病病因可能为肛门平滑肌随着年龄增长而退化,随着支持组织松弛,肛垫有下移和膨出的趋势,可出现充血、肿大从而导致痔的发生。临床上主要采用外剥内扎术进行治疗,但由于肛门特殊的解剖位置,手术会损伤局部组织及神经,导致开放性伤口,从而术后常常出现出血、水肿、疼痛等并发症,排便习惯不佳及护理不当等因素会加重其症状,因此在不断地精细完善手术方式的同时,如何预防及治疗术后并发症也是治疗环状混合痔的关键因素。中医对混合痔术后水肿、疼痛的认知在于湿邪相关,湿热之邪形成之初,下注于魄门,其性趋下,缓滞黏腻,肛周气血受其影响,运行缓慢,阻滞气机。湿热之邪缓慢蒸腾,日久灼伤气血、筋脉,横解为痔。手术治疗本病,医疗器械操作带来的损伤不仅导致肛门局部气血、经脉损伤,可进一步加重气血运行不畅,以及术后元气损伤,推动津液运行能力下降,局部血行不通,不通则痛,加之水湿积聚,故见水肿、疼痛之症^[8-10]。

脏连丸源于古方猪脏丸和连壳丸,方中黄连苦寒,《本草正义》中有“黄连大苦大寒,苦燥湿”的记载,黄连苦以燥肠胃之湿,寒以清肠胃之热,针对混合痔湿热下注之症有对症之功。槐角、地榆、黄芩清热厚肠凉血止血,当归养血和血,地黄、赤芍、荆芥穗、阿胶等入血分之品凉血、和血,全方具有养阴清热、润肠止血、活血通经之效^[11-12]。

火针疗法是在传统针刺疗法上发展而来的针刺疗法之一,最早在《备急千金要方》中即有记载,“火针亦用锋针,以油火烧之,务在猛热,不热则即于人有损也”,操作时将针尖烧至百色并迅速刺入皮肤或特定穴位并迅速出针是火针治疗的要点,属于针法和火灸的有效结合。借助火热之力并通过针刺导入于体内,激发经络之气以畅通气血,温阳通络,既治疗了本虚之本,又治疗了经络不畅之标^[13-14]。此外,火针疗法借火热之力由经络传导,使凝滞于络脉之中的湿热、燥邪等得以外泄,发挥清热、解毒、通络之功。同时,火针温热,可助血行,局部瘀滞的瘀血得以散化,气机得以宣通,瘀去新来,改善了局部血行状态。本次研究选择二白、承山、腰俞、大肠俞和足三里穴位进行火针针刺,其中二白穴为经外奇穴。《医学纲目》中记载其主痔漏下血,里急后重,或痒或疼,通过针刺以达到镇痛止痛、消炎活血之功;承山穴为足太阳膀胱经腧穴,而膀胱主人体之阳气。《玉龙歌》载“九般痔漏最伤人,必刺承山效如神”,针刺承山穴可振奋人体阳气,疏导膀胱经气,使通络散瘀,消热止血;腰俞穴属督脉经穴,督脉为阳脉之海,督上下之血气,而混合痔术后督脉血气受阻,以火针针刺腰俞可激发督脉血气,达到理气活血止痛之效,加之腰俞穴定位接近肛门术区,体现了针刺治疗近部取穴原则,发挥了温热刺激直达治疗部位的功效;大肠俞穴属足太阳膀胱经穴,是大肠背俞穴,为大肠转输之处,大肠中的水湿之气由此向外运输,故针刺大肠俞可调理肠胃,清热通里;足三里穴属足阳明胃经,有补中益气、通腑导滞、扶正培元之功,为全身强壮保健之要穴,以火针针刺足三里,可行气导滞、温通经脉,促使脏腑气机运行通畅,消除“不通则痛”的术后疼痛病因^[15]。

本研究结果表明,治疗组总有效率更高,说明火针联合脏连丸加减有助于混合痔患者术后康复。术后第 7 天,治疗组 VAS 评分低于对照组,说明火针针刺联合脏连丸加减有助于缓解术后疼痛,其机制可能与火针

针刺联合脏连丸的活血通经止痛作用有关。混合痔患者术后通常伴随着一定程度的疼痛应激反应,尤其表现为 COR 和 ACTH 血清表达的增加^[16-17]。术后第 7 天,治疗组血清 COR 和 ACTH 含量低于对照组,说明火针联合脏连丸加减有助于减轻术后应激反应。术后第 7 天,治疗组肛门坠胀程度评分和肛门坠胀持续时间评分均低于对照组,说明火针联合脏连丸加减可缓解术后肛门坠胀程度。bFGF、PDGF 和 VEGF 在新生血管的形成中具有调控作用,可刺激成纤维细胞增殖,参与术后创面愈合过程^[18-20]。术后第 7 天,治疗组血清 bFGF、PDGF 和 VEGF 水平高于对照组,说明火针针刺联合脏连丸加减有助于新生血管形成,受损组织修复。术后第 7 天,治疗组 RRP、ARP 和 AMCP 均高于对照组,提示火针联合脏连丸加减有助于改善肛肠动力学。

综上所述,术后在常规西药治疗基础上,采用火针联合脏连丸加减可进一步缩短混合痔术后肛门坠胀持续时间,缓解疼痛,降低应激水平,促进新生血管形成,改善肛肠动力学,疗效优于单纯常规西药治疗。

参考文献

- [1] 杜培欣,李悦,梅祖兵.混合痔外剥内扎术后采用局部红光照射治疗的临床疗效分析[J].结直肠肛门外科,2021(3):249-253.
- [2] 蒋维连,龚璇,吴可,等.混合痔患者术后疼痛灾难化管理策略的制订及应用[J].解放军护理杂志,2022(3):95-98.
- [3] 刘娟,汪明,彭洪,等.混合痔术后应用中药苦槐熏洗剂与聚维酮碘肛门熏洗的疗效对比观察[J].四川中医,2022(6):88-91.
- [4] 叶玮,李霞.混合痔患者外剥内扎术后肛缘水肿发生情况及危险因素分析[J].中国基层医药,2022(10):1540-1543.
- [5] 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(5):519-533.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2012:52-53.
- [7] 国家中医药管理局医政司.中医肛肠科病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,1994:9.
- [8] 彭军良,沈雪峰,李利雄,等.清热利湿止血方对湿热下注型环状混合痔术后疗效影响研究[J].现代中西医结合

- 合杂志, 2021 (25):2741-2745, 2799.
- [9] 张明敏, 葛飞, 吉哲, 等. 止痛如神汤外洗对湿热下注型混合痔外剥内扎术后患者的影响[J]. 山东中医杂志, 2022 (6):644-647, 672.
- [10] 崔娟娟, 李小海, 葛小栋, 等. 清热凉血化瘀汤内服对湿热下注型混合痔术后患者出血、创面愈合及血管新生的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2023 (9):1127-1129.
- [11] 陈锐. 脏连丸临床应用解析[J]. 中国社区医师, 2012 (11):14.
- [12] 薛冬, 蒋永海, 汤加兵, 等. UPLC 法测定脏连丸中 6 个生物碱和 4 个黄酮成分的含量[J]. 中国药师, 2020 (8):1651-1655.
- [13] 王昆, 黄翠华. 火针针刺龈交穴联合耳穴贴压治疗气滞血瘀型痔疮临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2020 (9):48-51.
- [14] 邢宝忠. 火针治疗单纯内痔、混合痔[J]. 北京中医, 2005 (5):299-300.
- [15] 李强. 火针在混合痔外剥内扎术后疼痛的临床应用研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2011.
- [16] 朱良红, 张新路, 程光华. 手术创伤应激患者血清 Cor 与 ACTH 含量的变化[J]. 放射免疫学杂志, 2007 (3):210-212.
- [17] 刘敏, 袁红, 陈金宏, 等. 不同药物对创伤后应激障碍大鼠血浆促肾上腺皮质激素和皮质醇的影响[J]. 武警医学, 2013 (5):422-424.
- [18] 王洵, 唐罗生, 许迅, 等. 内皮抑素抑制脉络膜新生血管及 VEGF 和 bFGF 表达的研究[J]. 中国现代医学杂志, 2006 (14):2121-2125.
- [19] 崔娟娟, 李小海, 葛小栋, 等. 清热凉血化瘀汤内服对湿热下注型混合痔术后患者出血、创面愈合及血管新生的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2023 (9):1127-1129.
- [20] 焦浩, 袁春静, 王海红. 冰硝散外敷联合针刺八髎穴对混合痔术后水肿的改善作用和抗炎因子、疼痛应激及新生血管形成的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023 (4):293-298.

收稿日期 2024-02-21