

· 文献综述 ·

针灸治疗肛肠病术后疼痛的研究进展

梁靖华 苏红波[△] 孙兴伟 审校 刘明学[▲] 西安市中医医院(西安 710001)

摘要 目的:探讨针灸在治疗肛肠疾病术后疼痛中的研究进展。方法:检索近 5 年国内各期刊发表的相关文献,简述近年来针灸治疗肛肠病术后疼痛的研究概况,以期指导临床应用及为深入研究提供借鉴。结论:针灸是治疗肛肠病术后疼痛的重要方法之一。

主题词 肛肠疾病/针灸疗法 疼痛,手术后

【中图分类号】 R266 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2015.11.054

疼痛是肛肠病术后最常见的并发症之一,术后疼痛是很多因素在患者身上的集合表现。最大限度的减轻患者术后疼痛,是广大肛肠科医师追求的目标。针灸在治疗疼痛性疾病方面具有悠久的历史,并且其疗效快、疗程短、安全性高、费用低廉、无毒副作用、患者易于接受的优点,现将近年来文献检索整理如下。

1 针灸治疗疼痛的机理 针灸是以中医经络理论为指导,辨证后选取相应的穴位,通过经络、腧穴的传导作用,以及应用一定的操作手法,来治疗全身疾病的方法。针灸具有调和阴阳、扶正祛邪、疏通经络的作用。

针灸疗法最早见于战国时代的《黄帝内经》一书,如“藏寒生满病,其病宜灸”,便是指灸术。该书详细描述了九针的形制,针对不同的痛症,如常见的头痛、胃痛、腰痛等提出了以针灸为主的治疗方法。以后的《难经》、《针灸甲乙经》、《针灸大成》等对针灸治疗疼痛的原则、取穴、手法等做了补充和发展,为后世针灸学的发展奠定了基础。

国内外的研究普遍认为针灸对多种痛证的疗效确切,包括术后疼痛。2009 年我国出版的《现代针灸病谱》表明,疼痛为针灸治疗的优势病种之一,主要包括手术后疼痛、分娩痛、三叉神经痛等。

2 针灸治法的分类 2.1 体针疗法 杨发勇^[1]对临床 32 例肛肠病术后肛门坠胀疼痛患者行针刺联合艾灸治疗,患者取俯卧位,针刺取长强、秩边穴,留针期间将温灸盒置于骶尾部,每天 1 次,5d 为 1 个疗程,间隔 3 日进行第 2 疗程。32 例全部有效,其中治愈 27 例,占 84.4%;显效 5 例,占 15.6%。封东等^[2]将 80 例混合痔术后患者随机分为针刺治疗组和西药对照组,针刺治疗组在常规换药的基础上采用 2 寸毫针直刺长强及双侧白环俞、二白、承山、大肠俞、足三里,西药对照组在常规换药的基础上采用肌注强痛定,结果显示治疗组对减少术后疼痛明显优于对照组($P<0.05$)。李克书等^[3]将符合纳入标准的 93 例痔瘁术后中度疼痛患者,随机分为治疗组 49 例与对照组 44 例,治疗组在术后出现中度疼痛时立即予以针刺二白、承山、长强等穴,针刺方向、深度、施术手法及其量学要求按提插捻转补泻手法操作。对照组采用口服莫比可治疗术后疼痛,观察两组患者疼痛的消除程度。结果消除疼痛有效率治疗组为 91.83%,对照组为 68.18%,治疗组镇痛效果与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),表明痔瘁术后应用针刺法止痛效果

好,有良好的临床应用前景。

2.2 腹针疗法 潘凌云^[4]观察腹针治疗痔术后疼痛的临床研究,将 72 例痔术后患者随机分为研究组(36 例)和对照组(36 例),对照组予口服去痛片。研究组痔术后疼痛患者经腹针治疗后临床总有效率高达 94.44%,显著高于对照组 77.78%,两组患者对比结果具有统计学意义($P<0.05$)。彭天书等^[5]将 200 例混合痔术后疼痛患者随机分为 2 组,腹针组 108 例,取中脘、关元、气海等穴进行腹针治疗,对照组 92 例,采用口服去痛片治疗。观察治疗后 1 时、3h 止痛效果。结果腹针组各级别在 1h、3h 的疼痛程度与对照组比较,差异均有显著性意义($P<0.05$)。治疗后 3h 止痛效果,总有效率腹针组为 93.5%,对照组为 78.3%,2 组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。结果表明腹针能较好地缓解混合痔术后患者的疼痛。

2.3 穴位电刺激 于晓华等^[6]将 160 例痔瘁术后中重度疼痛患者随机分为治疗组和对照组,每组 80 例。治疗组取双侧次髂、承山、束骨穴采用电针治疗,对照组采用曲马多 50 mg 口服治疗,比较两组治疗前后疼痛分级评分。结果两组患者治疗后 VAS 评分均下降,治疗组治疗后 30 min、1 h、2 h、4 h、6 h VAS 评分与对照组比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。结果表明电针能够有效减轻痔瘁术后中重度疼痛。孙平良等^[7]将 120 例混合痔术后疼痛的患者随机分为电针组与药物组,每组 60 例。电针组穴取承山,用频率为 2 Hz/100 Hz 疏密波治疗,术后 30 min 治疗第 1 次,次日起每日上午坐浴后治疗 1 次;药物组术后 30 min 口服萘普生缓释胶囊 2 片,以后每日换药前口服 2 片。两组各治疗 4 次,评价术后 5h、24h、48h、72 h 疼痛视觉模拟评分(VAS)变化情况。结果术后 5h、24h、48h、72 h 测得的疼痛积分,两组差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。结果表明电针刺激承山穴能改善混合痔术后疼痛。

2.4 耳穴敷贴 夏忆澄^[8]使用王不留行药籽敷贴耳穴治疗混合痔术后疼痛患者 190 例,消毒皮肤后,用探棒寻找穴位阳性反应点,准确取用耳穴直肠、肛门、神门、交感、皮质下,将王不留行药籽放于 0.5cm×0.5cm 的医用胶布的中央并贴于耳穴处,按压片刻,嘱患者疼痛时自行按压 3~5 次,每次每穴 30s~1min,可双耳交替或同时进行。结果有效 58 例,显效 108 例,总有效率 87.4%,($P<0.01$,达到了统计学标准)。其认为耳穴贴籽治疗肛肠病术后疼痛,具有简便、无痛、无创、并且无药物不良反应等各种镇痛优势,值得临床推广。严丽等^[9]将 80 例混合痔手术治疗患者按手术日单双号分为对照组和观察组各 40 例。两组均采用常规护理方法,观察组在此基础上术前、术后给予耳穴贴压治疗。观察两组患

[△] 陕西中医学院 2013 级中医外科在读硕士研究生(西安 712046)

[▲] 陕西省中医医院(西安 710003)

者术后疼痛程度。结果术后 12 h、3 d、5 d 的疼痛程度观察组轻于对照组,差异有统计学意义。

2.5 穴位注射 胡丰良^[10]等将 60 例痔直肠黏膜环切术(PPH)患者随机分为 3 组各 20 例,基础治疗组(空白组)、术后 6h 穴位注射组(对照组)和术前(24h)术后(6h)穴位注射组(治疗组),注射药物为复方当归注射液 2mL,穴位为双侧承山穴。用简化的 McGill 疼痛问卷表对 3 组患者术后自觉疼痛最明显时进行疼痛指数评估,并记录止痛药的应用情况、疼痛时间及不良反应。结果治疗组的疼痛指数低于空白组及对照组,差异均有显著性意义($P<0.05$)。复方当归注射液具有活血祛瘀,通经止痛的作用,注射于承山穴后,注射器在得气时给予必要的强刺激,使穴位达到兴奋状态,药物在穴位中起慢效应,发挥行气活血止痛的作用。

2.6 穴位埋线 王巨良^[11]等观察长强穴埋线法治疗痔病术后疼痛的临床疗效,将 180 例肛肠病术后疼痛患者分为治疗组和对照组,各 90 例。治疗组采用长强穴埋线法治疗,对照组采用双氯芬酸钠栓每天 1 粒纳肛,连用 7d。结果在不同时间点,穴位埋线法对肛肠病术后疼痛评分及疗效均优于对照组($P<0.05$)。说明穴位埋线法治疗肛肠科术后疼痛疗效确切,能减轻术后患者的痛苦。农村广^[12]比较长强、承山穴位埋线与静脉镇痛的疗效差异。将混合痔术后疼痛患者 160 例,随机分为 2 组各 80 例,实验组进行穴位埋线干预,对照组进行静脉麻醉镇痛。观察两组患者疼痛情况及不良反应,记录疼痛的始发时间,疼痛采用视觉模拟评分(VAS)评估术后 8 h、24 h、48 h、首次排便时、术后 3 d 及术后 7 d 时的疼痛程度。结果:实验组患者术后疼痛始发时间明显晚于对照组($P<0.05$);对照组在术后 8 h、24 h 的镇痛效果好,但是在术后 48 h、首次排便、3 d 及 7 d,治疗组有明显优势($P<0.05$);实验组术后不良反应出现的例数明显比对照组少($P<0.05$)。说明了穴位埋线镇痛时间长,不良反应少,比静脉镇痛更安全。

2.7 穴位按压 向翠兰^[13]将 85 例肛肠病术后疼痛患者随机分为观察组 42 例,对照组 43 例。观察组采用大拇指对内关、合谷、足三里、三阴交等穴位进行按压,同时配合中医辨证施护;对照组术后服用盐酸曲马多片进行镇痛治疗。结果,观察组患者 VAS 评分、疼痛缓解时间及不良反应率明显低于对照组($P<0.05$),说明穴位按压可有效减轻患者术后疼痛。蔡雪英^[14]观察穴位按压改善混合痔术后疼痛的效果。将混合痔手术的患者 100 例,随机分为实验组和对照组各 50 例,对照组给予术后常规护理和口服复方乙酰氨基酚片,实验组给予术后常规护理和疼痛时在合谷、足三里、三阴交等穴穴位按压。结果实验组缓解疼痛程度明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结果表明穴位按压可有效缓解患者术后疼痛,减轻痛苦,有利于伤口愈合。

2.8 艾灸疗法 王亚玲^[15]将 150 例肛肠术后患者随机平均分为两组,实验组用艾灸加耳穴贴压的方法治疗,对照组按照服用止痛药的方法治疗。结果实验组的患者在止痛方面明显好于对照组,说明艾灸联合耳穴贴压的方法在减缓肛肠术后疼痛方面效果显著。方亚红^[16]等将 60 例混合痔术后患者按手术顺序分为观察组和对照组各 30 例。对照组采用口服双氯芬

酸钠胶囊镇痛,观察组采用艾灸次髂穴镇痛,比较两组患者术后 2 h、5 h 的数字疼痛评分。两组术后 2 h 疼痛评分比较, ($P>0.05$),术后 5 h 疼痛评分比较, ($P<0.05$)。结果表明艾灸治疗用于混合痔患者术后镇痛,效果好且持续时间长。

3 问题与展望 笔者发现,针灸不仅可以治疗肛肠病术后疼痛,而且还可以治疗术后便秘、尿潴留、腹泻等。术后并发症之间可以相互影响,如术后疼痛与便秘,疼痛可导致患者畏惧排便,肠道内粪便积聚过多,引起便秘;患者便秘时,排便比较费力,导致已经愈合的伤口撕裂,加重疼痛。综观目前的文献报道,针灸用于治疗肛肠疾病术后疼痛的方法多种多样,多数为临床研究,缺乏客观参数,具有一定的主观性,重复性差。针刺取穴多种多样,很难形成统一的标准,应加强研究力度,结合肛肠病术后的特点,可开展多途径的针灸或穴位镇痛方法,争取早日制定出一种便于临床推广实施、安全有效的操作规范。

参考文献

- [1] 杨发勇,谢晓娟. 针刺联合艾灸治疗肛肠病术后肛门坠胀疼痛 32 例[J]. 中国针灸,2014, 34(6):589.
- [2] 封东,罗进宝. 针刺治疗混合痔术后疼痛的临床疗效观察[J]. 甘肃科技,2010, 26(20):164-166.
- [3] 李克书,李卡,蒋理立. 中医针刺治疗痔瘁术后疼痛的临床疗效观察[J]. 华西医学,2011, 26(2):263-265.
- [4] 潘凌云. 留针治疗痔术后疼痛的临床研究[J]. 心血管防病知识:学术版,2014,(07):150-152.
- [5] 彭天书,熊之焰,尹志辉,等. 腹针治疗混合痔术后疼痛 108 例疗效观察[J]. 新中医,2008, 40(9):263.
- [6] 于晓华,马祖彬. 电针治疗痔疮术后疼痛疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2011, 30(5):304-306.
- [7] 孙平良,杨伟,张磊昌. 电针承山穴治疗混合痔术后疼痛疗效对比观察[J]. 中国针灸,2011, 31(5):413-415.
- [8] 夏忆澄,李洪兰. 耳穴敷贴治疗肛肠病术后疼痛 190 例疗效观察[J]. 药物与人,2014, 27(4):217-218.
- [9] 严丽,赵军超,周金凤. 耳穴贴压缓解混合痔术后疼痛的效果观察[J]. 护理与康复,2012, 11(2):185.
- [10] 胡丰良,李智,陈丹,等. 复方当归注射液穴位注射承山防治痔 PPH 术后疼痛临床研究[J]. 新中医,2014, 44(8):133-135.
- [11] 王巨良,赵景文,邓建勇. 长强穴埋线法治疗痔病术后疼痛 180 例[J]. 现代中医药,2014, 34(2):29-30.
- [12] 农村广. 长强、承山穴位埋线治疗混合痔术后疼痛临床效果分析[J]. 亚太传统医药,2014, 10(12):78-79.
- [13] 向翠兰. 穴位按摩配合中医辨证施护治疗肛肠病术后疼痛 85 例体会[J]. 中国医药指南,2013, 11(12):285-286.
- [14] 蔡雪英. 穴位按压改善混合痔患者术后疼痛的效果[J]. 中国医药指南,2013, 11(8):607-608.
- [15] 王亚玲. 150 例艾灸穴位联合耳穴贴压减轻肛肠术后疼痛的临床观察[J]. 环球中医药,2013, 6(S1):54-55.
- [16] 方亚红,黄丽英. 艾灸用于混合痔术后镇痛的效果观察[J]. 护理与康复,2013, 12(11):1085-1086.

(收稿 2015-05-13;修回 2015-07-02)