

# 电针与穴位埋线联合在控制混合痔术后疼痛的效果分析

焦薛辰 潘芳杰\*通讯作者

新疆医科大学第四临床医学院，新疆 乌鲁木齐，830000；

**摘要：**目的：研究电针联合穴位埋线应用于混合痔术后疼痛的影响效果。方法：选择2023年12月至2024年12月期间收治的混合痔90例，随机分为三组，对比三组疗效。结果：治疗前，三组患者疼痛评分对比（ $P>0.05$ ），治疗后，三组患者疼痛评分降低，联合组低于电针组和穴位埋线组（ $P<0.05$ ）；联合组的镇痛起效时间、维持时间短于电针组和穴位埋线组（ $P<0.05$ ）；治疗前，三组患者生活质量评分对比（ $P>0.05$ ），治疗后，联合组患者的生活质量高于电针组和穴位埋线组（ $P<0.05$ ）。结论：混合痔患者术后通过电针联合穴位埋线治疗，可降低患者疼痛，减少镇痛起效时间及维持时间，提升患者生活质量，效果良好。

**关键词：**电针；穴位埋线；混合痔；疼痛评分；生活质量

**DOI：**10.69979/3029-2808.25.07.016

混合痔是指患者静脉曲张反应后，在齿状线上形成与肛门方向相同的肿块，该肿块内外相连，没有明确的边界。导致患者混合痔的原因有很多，包括肛垫向下移动、静脉曲张、肛门狭窄等因素。当患者发展为混合痔而不及及时治疗时，可能会导致痔疮坏死，导致贫血、感染、嵌塞和疼痛反应。对于混合痔患者，通常会进行手术治疗。当患者发展为混合痔并接受手术治疗时，他们会经历强烈的疼痛反应，这会大大增加他们的疼痛，并对他们的日常生活质量产生重大影响<sup>[1]</sup>。随着现代临床实践中疼痛知识的不断深化，预防和治疗术后疼痛的新理论和新药物逐渐出现，主要包括超前镇痛、平衡镇痛和长效镇痛。上述镇痛概念在实践中得到了验证，但随着临床实践的逐步深入，发现上述镇痛技术的镇痛效果不符合预期，不良反应严重，易成瘾，镇痛成本高<sup>[2]</sup>。针灸、穴位埋线在术后镇痛中独特，但该技术应用于混合痔术后疼痛的控制研究相对较少。本文选择2023年12月至2024年12月期间收治的混合痔90例，旨在分析电针联合穴位埋线的应用效果，现做出如下阐述。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2023年12月至2024年12月期间收治的混合痔90例，按照随机数字表法分组，三组患者术后实施基础治疗，电针组（ $n=30$ ）通过电针治疗，男性12例，女性18例，年龄32-54岁，平均年龄（ $42.35\pm 4.16$ ）岁，病情分期：II期2例、III期27例，IV期1例，痔核数量（ $2.89\pm 0.43$ ）个，穴位埋线组（ $n=30$ ）通过穴

位埋线治疗，男性10例，女性20例，年龄30-55岁，平均年龄（ $42.10\pm 4.29$ ）岁，病情分期：II期3例、III期26例，IV期1例，痔核数量（ $2.80\pm 0.41$ ）个，联合组（ $n=30$ ）通过电针联合穴位埋线治疗，男性14例，女性16例，年龄31-58岁，平均年龄（ $42.78\pm 4.39$ ）岁，病情分期：II期2例、III期26例，IV期2例，痔核数量（ $2.95\pm 0.47$ ）个，一般资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合混合痔诊断标准；②无手术禁忌症；③可耐受电针/穴位埋线治疗；④临床资料完整。

排除标准：①伴肛门直肠其他类型疾病；②骶尾处存在炎症反应。

### 1.2 方法

三组患者术后实施基础治疗：手术前6小时需要使用肥皂水做清洁灌肠处理，需禁食、禁水，通过腰麻，应用10ml浓度为2%利多卡因、5ml浓度为0.5%罗哌卡因和5ml浓度为0.9%氯化钠注射液进行麻醉，手术中如果产生麻醉效果不良问题，则需要通过浓度为1%的利多卡因做肛周局部浸润麻醉，但用药量需要

表1 治疗前后疼痛评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）（分）

组别	例数	治疗前	治疗后12h	治疗后24h	治疗后96h
联合组	30	6.35±1.42	3.05±0.98	2.23±0.76	1.03±0.26
穴位埋线组	30	6.41±1.45	4.35±1.13	3.89±0.89	2.65±0.57

电针组	30	6.81±1.67	4.67±1.20	3.95±0.96	2.91±0.63
F	-	0.815	18.016	37.430	118.313
P	-	0.446	0.000	0.000	0.000

表2 镇痛起效时间、维持时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	镇痛起效时间 (min)	维持时间 (d)
联合组	30	9.21±1.75	10.65±3.19
穴位埋线组	30	23.35±3.87	7.58±1.65
电针组	30	20.78±2.65	6.95±1.34
F	-	203.741	24.001
P	-	0.000	0.000

表3 治疗前后生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ) (分)

组别	例数	精神健康		社会功能		一般健康		生理职能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	67.53±3.84	86.32±4.79	73.56±4.25	87.68±6.89	69.82±4.53	89.82±5.03	71.56±3.98	92.65±4.18
穴位埋线组	30	67.94±3.96	71.52±4.36	72.98±4.16	80.13±6.23	69.13±4.58	79.68±4.98	71.03±4.16	83.35±4.12
电针组	30	68.35±3.64	70.13±3.52	71.68±4.68	78.65±5.08	68.65±4.13	78.13±3.60	69.85±4.57	80.31±3.37
F	-	0.346	133.341	1.456	18.833	0.532	57.534	1.276	81.219
P	-	0.708	0.000	0.239	0.000	0.589	0.000	0.284	0.000

表3 (续)

组别	例数	精力		躯体功能		情感功能		生理功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	64.35±6.46	88.56±7.85	61.32±5.49	88.34±6.56	69.82±4.53	89.82±5.03	71.56±3.98	92.65±4.18

穴位埋线组	30	64.71±6.52	78.92±9.33	61.79±5.52	76.46±6.15	69.13±4.58	79.68±4.98	71.03±4.16	83.35±4.12	
	电针组	30	63.03±6.09	77.16±7.19	62.65±5.98	74.03±5.09	67.58±4.06	77.13±3.05	69.65±3.57	80.19±3.76
	F	-	0.580	16.918	0.425	49.429	2.043	68.268	1.907	77.719
P	-	0.562	0.000	0.655	0.000	0.136	0.000	0.155	0.000	

控制在 20ml 以下，手术后需要应用抗生素做预防感染治疗，持续 48 小时，并持续应用止血药 3d，保持两天流质类饮食，手术后第二天进行排便，并且联合应用中药，保证排便规律，便后需要使用温盐水坐浴，每次持续 5-10min，同时，做好及时局部换药。

联合组：应用穴位埋线和电针治疗：在正式开展手术前半小时，使用电针对患者实施治疗以后，再开展穴位埋线治疗：穴位选择包括：承山、长强。患者电针治疗期间，需要保持俯卧，对对位穴位区域进行常规消毒，并应用直径为 0.3mm，长度为 50mm 的一次性无菌毫针进行针刺，在对对应穴位进行成功定位后进针，针刺手法为提插捻转法，刺入得气后需要和电子针治疗仪相连，选择疏密波，并调整电流输出强度，当患者的肌肉出现轻微的颤动反应且颤动反应在患者的可耐受范围内即可，保持该状态二十分钟，起针。再次消毒承山、长强，使用腰椎穿刺针套管 26 号毫针，前端需要在 1cm 的羊肠线中放置，针芯向尾端插入，得气后，缓缓推入针芯，并退出针管，羊肠线则无需退出穴位，成功埋线以后实施手术治疗。

电针组：实施单纯电针治疗。穴位埋线组：实施穴位埋线治疗。

### 1.3 观察指标

- ①治疗前后疼痛评分。
- ②镇痛起效时间、维持时间。
- ③治疗前后生活质量评分。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析，均数+标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计量资料，t 值验算，率 (%) 表示计数资料，X<sup>2</sup> 验算，当 P<0.05 时，两组数据的差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗前后疼痛评分对比

见表1。

## 2.2 镇痛起效时间、维持时间对比

见表2。

## 2.3 治疗前后生活质量评分对比

见表3。

## 3 讨论

目前,临床上对混合痔患者疼痛控制的研究很多。因此,医生和患者也可以采取各种止痛措施,如使用止痛药、使用亚甲蓝进行术后闭合治疗、静脉镇痛、超前镇痛等。然而,无论采用何种止痛方法,都会导致患者产生一定程度的不良反应。一些研究发现,针灸应用于临床镇痛时可以获得良好的镇痛效果。电针和穴位埋线广泛用于术后镇痛,通过以往研究可发现<sup>[3]</sup>:电针和穴位埋线都有一定的止痛效果,其止痛效果明显优于药物镇痛。因此,为了最大限度地提高患者的利益,确保他们获得良好的镇痛效果,本研究比较了单独电针、单独穴位埋线和电针结合穴位埋线的镇痛效果。

本次研究发现:联合组疼痛评分、镇痛持续时间和镇痛起效时间、生活质量评分优于其他两组,其原因在于:手术前,采用电针刺刺激患者,结合相应穴位埋线,可以刺激长强和成山的经络,保持相对稳定的手术状态,进一步增强局部组织应激反应,缓解术后疼痛。同时,该方法的联合应用可以避免疼痛引起的中枢神经系统致敏的发生;电针刺刺激强度高,止痛速度快,但持续时间长,而穴位埋线不仅能提供良好的止痛效果,还能延长止痛时间;此外,术前电针和术后埋线主要用于早期镇痛。当电针的镇痛作用逐渐消失时,穴位埋线的镇痛作用将开始发挥作用,实现无缝镇痛,延长镇痛时间,减轻疼痛,提高患者的生活质量<sup>[5]</sup>。长强穴在调节气血、疏通经络方面功效显著。针刺长强穴或者在该穴位下方实施埋线疗法,能够促进局部血液循环,使气血通畅,缓解疼痛,是治疗肛门局部疾病的关键穴位。承山穴常用于各类痔疮疾病的治疗,对承山穴加以刺激,可发挥抗炎与镇痛的作用。将长强穴与承山穴的刺激相结合,属于远近穴位配合的典型应用,有助于达成良好的镇痛效果,混合痔患者在术后之所以会出现疼痛症状,往往是因为手术操作对局部组织造成了损伤。这种损伤可能

引发局部组织的充血反应,致使气血无法正常运行,最终出现气滞血瘀等状况。一旦气血运行受阻,患者便会产生疼痛感,且疼痛反应可能较为强烈。而借助电针刺刺激相应穴位,在经络传导的作用下,可以调节气血,疏通经络,改善气血循环的顺畅,缓解疼痛。在穴位埋线治疗过程中,可吸收肠线可以埋在相应的穴位下,刺激相应的穴位。此外,肠线的软化、分解和吸收速度需要很长时间,这延长了镇痛时间。两种方法的联合镇痛可以充分利用其优点,提高镇痛效果<sup>[6]</sup>。

综上所述,混合痔患者通过电针联合穴位埋线镇痛,可提升其术后镇痛效果以及生活质量,延长镇痛时间,效果良好。

## 参考文献

- [1]葛昊,王瑜,周燕飞.中医药干预肛门疾病术后疼痛的研究进展[J].中国民间疗法,2020,28(24):110-112.
- [2]Pei X,Song S,Li H.Efficacy and safety of acupoint catgut embedding in treating postoperative pain of mixed hemorrhoids:A randomized controlled trial protocol[J].Medicine,2021,100(19):e25948.
- [3]曹阳,王超一,吕震.电针结合肌筋膜触发点穴位埋线治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].中医临床研究,2022(13):58-62.
- [4]刘建龙,吕爱华.穴位埋线联合电针治疗慢性腰痛的临床效果观察[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2022(3):58-60.
- [5]张昇,陈宇航,邓贝.穴位埋线治疗腰痛病的临床研究进展[J].中医学,2024,13(5):900-906.
- [6]黄橙紫,李亚玲,蓝小林.电针联合穴位埋线对肛瘘切开术后患者疼痛程度的影响[J].针刺研究,2021,46(5):421-425.

作者简介:焦薛辰(2000-),男,汉族,河北邯郸人,硕士研究生在读,研究方向:中医全科肛肠。

\*通讯作者:潘芳杰(1973-),男,汉族,甘肃天水人,教授,主任医师,硕士研究生,研究方向为:中医外科肛肠。