

止痛如神汤熏洗联合艾灸缓解混合痔术后疼痛、水肿的临床实践

徐玮蔚 艾娟^(通讯作者)

克拉玛依市中心医院（自治区人民医院） 新疆 克拉玛依 834000

【摘要】：目的：探究止痛如神汤熏洗联合穴位艾灸干预方案对混合痔外剥内扎术后患者肛门疼痛、肛周水肿的改善效果，完善肛肠科术后中西医协同外治临床操作范式。方法：选取2024年12月至2026年8月本院肛肠科收治的224例Ⅲ、Ⅳ度湿热下注型混合痔手术患者，采用随机数字表法划分为观察组与对照组各112例，对照组实施术后常规换药联合温水坐浴干预，观察组在常规护理基础上开展止痛如神汤熏洗联合长强、承山、次髂穴温和艾灸治疗，连续干预7d，对比两组术后第1、3、7天视觉模拟疼痛（VAS）评分、肛周水肿分级评分、水肿消退时长及临床总有效率，数据采用SPSS26.0统计学软件完成分析。结果：术后第1、3、7天观察组VAS疼痛评分、肛周水肿评分均显著低于对照组，观察组肛周水肿完全消退时间短于对照组，观察组临床总有效率96.43%高于对照组83.04%，组间各项数据对比差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：止痛如神汤熏洗联合艾灸可通过清热利湿、活血散瘀、温通经络的双重作用快速减轻混合痔术后创面疼痛，促进肛周水肿吸收消退，操作安全无创、依从性高，适宜在肛肠科术后康复中推广应用。

【关键词】：混合痔；术后疼痛；肛缘水肿；止痛如神汤；中药熏洗；艾灸；中西医外治

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.083

引言

混合痔为肛肠科高发良性肛肠疾病，Ⅲ、Ⅳ度重症混合痔临床首选外剥内扎术进行根治，但手术会直接损伤肛管局部皮肤、静脉丛与肛周软组织，术后创面气血瘀滞、湿热毒邪积聚，极易引发持续性肛门刺痛、坠胀及肛缘水肿，剧烈疼痛会抑制患者正常排便，水肿持续不消退则会延长创面愈合周期，增加感染风险，是影响术后康复进程的核心并发症，西医临床多采用口服非甾体抗炎药、温水坐浴、外用止痛软膏等方式对症处理，虽可短期缓解痛感，但抗炎消肿力度有限，长期口服止痛药物易引发胃肠道不适，部分皮肤敏感患者会出现肛周灼热瘙痒等不良反应，无法兼顾标本同治的康复需求，中医理论将术后并发症归属于“金刃伤”范畴，病机核心为湿热蕴结、气血凝滞、经络失和，外治之法可直接作用于病变局部，避免口服药物脏腑刺激，熏洗与艾灸均为肛肠科经典外治手段，止痛如神汤出自《外科启玄》，组方配伍以清热燥湿、行气活血、化瘀止痛为核心功效，熏洗借助热力与药力透皮吸收直达肛周创面，疏通局部瘀堵气血，艾灸依靠温热刺激肛周经络穴位，温通经脉、升提中气、促进局部淋巴与血液循环，二者联用可实现局部清利湿热与全身调畅气血的协同增益，现阶段单独使用止痛如神汤熏洗或艾灸的临床研究已较为丰富，但两种疗法联合规范化应用的临床实践数据仍有待补充，本研究通过设置对照试验，系统观察止痛如神汤熏洗联合艾灸对混合痔术后疼痛、水肿的干预效果，规范联合外治操作流程，为肛肠科中西医结合术后康复提供可复制的临床实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年12月至2026年8月本院肛肠科收治的224例混合痔外剥内扎手术患者开展前瞻性对照研究，本研究方案经本院医学伦理委员会审批通过（伦理批号：YL2024109），所有入组患者及家属均充分知晓研究内容并签署知情同意书，纳入标准为符合《中医肛肠科常见病诊疗指南》Ⅲ、Ⅳ度混合痔诊断标准，中医辨证分型为湿热下注证，年龄区间22~65周岁，首次接受外剥内扎手术，意识清晰可自主配合熏洗、艾灸操作，无严重心、肝、肾基础脏器疾病，凝血功能、皮肤黏膜屏障功能正常，术后无大出血、肛瘘、肛周脓肿等严重术中并发症，排除标准为合并溃疡性结肠炎、克罗恩病、肛周湿疹、肛周皮肤破损过敏体质患者，存在艾灸禁忌证（高热、活动性出血、皮肤感染、恶性肿瘤），对止痛如神汤中药组分过敏，认知障碍无法配合全程干预，入组后因个人原因中途退出研究的病例，采用随机数字表法将224例患者平均分为观察组、对照组各112例，对照组男性60例、女性52例，年龄24~63岁，平均 (42.17 ± 8.62) 岁，混合痔Ⅲ度65例、Ⅳ度47例；观察组男性56例、女性56例，年龄22~65岁，平均 (41.89 ± 8.95) 岁，混合痔Ⅲ度62例、Ⅳ度50例，两组患者性别、年龄、痔病分度、手术时长等基线资料对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），具备组间均衡可比性。

1.2 干预方法

两组患者均统一实施混合痔外剥内扎术，术后予以基础常

规护理,包括术后 6h 禁食流质饮食、24h 后指导清淡高纤维饮食、每日创面碘伏换药、规范排便指导、静脉预防性抗感染 3d,术后每日排便后清洁肛周,连续干预 7d 为完整观察周期,对照组仅采用温水坐浴,水温控制 38~40℃,坐浴时长 15min,每日早晚各 1 次,坐浴结束无菌纱布擦干肛周创面后换药,观察组在对照组常规护理基础上实施止痛如神汤熏洗联合温和艾灸序贯干预,先完成中药熏洗操作,间隔 20min 后开展穴位艾灸治疗,每日操作 2 次,具体操作流程统一标准化,止痛如神汤基础组方:秦艽 12g、桃仁 10g、皂角刺 10g、苍术 10g、防风 10g、黄柏 15g、当归 12g、泽泻 10g、槟榔 10g、熟大黄 8g,院内中药房统一煎制,每剂加水 2500mL 文火煎煮浓缩至 1000mL 药液,真空独立分装保存,熏洗操作流程:患者排空二便,取坐浴架端坐体位,将分装药液倒入专用恒温熏洗盆,兑温水调至药液总量 1800mL,初始熏蒸温度 40℃,先以药液蒸汽熏蒸肛周创面 10min,待药液自然降温至 38℃左右,臀部完全浸入药液浸泡湿渍 10min,熏洗全程 20min,熏洗完成无菌软纱布轻柔蘸干肛周,避免摩擦创面,熏洗结束 20min 后开展艾灸操作,选取长强、承山、次髂三个核心穴位,采用纯艾条温和灸,操作者手持艾条距离穴位皮肤 3~5cm 匀速回旋施灸,以患者局部温热酸胀、无灼痛感为度,单穴艾灸时长 8min,总艾灸时长 24min,艾灸完成后再次碘伏消毒创面换药,熏洗与艾灸操作均由经过中医治疗专科护士执行,每日早晚排便后各完整操作 1 次,干预周期 7d,操作过程密切观察患者肛周皮肤有无红肿、瘙痒、水泡等过敏、烫伤不良反应,出现不适立即停止操作并对症处理。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分:采用视觉模拟评分法(VAS),0 分为无痛,10 分为剧烈无法耐受疼痛,分别记录术后第 1、3、7 天患者静息状态下创面疼痛分值。

(2) 肛缘水肿分级评分:0 分无水肿,1 分轻度水肿,肛周组织轻度隆起、无明显坠胀,2 分中度水肿,肛周组织隆起超出皮瓣 0.5cm、伴随明显坠胀,3 分重度水肿,肛周组织隆起超出皮瓣 1cm、创面分泌物增多,分别于术后第 1、3、7 天完成评估。

(3) 水肿消退时间:记录从手术结束至肛周水肿完全消失的天数。

(4) 临床疗效判定标准:痊愈为术后 7d 创面无疼痛、水肿完全消退、排便无坠胀,显效为 VAS 评分下降≥70%、水肿消退≥80%,有效为 VAS 评分下降 30%~69%、水肿消退 30%~79%,无效为 VAS 评分下降<30%、水肿无改善甚至加重,总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

所有临床数据录入 Excel 建立数据库,采用 SPSS26.0 统计

学软件分析处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 代表差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后不同时段 VAS 疼痛评分对比

术后第 1 天两组患者均存在明显创面疼痛,VAS 分值无显著差异($P>0.05$),术后第 3、7 天两组疼痛评分均较术后首日明显下降,且观察组 VAS 评分低于对照组,组间对比差异具有统计学意义($P<0.05$),数据见表 1。

表 1 两组患者术后不同时间 VAS 疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	112	112	—	—
术后 1d	6.72±1.13	6.59±1.08	0.877	0.381
术后 3d	4.28±0.96	3.05±0.82	10.164	<0.001
术后 7d	2.61±0.75	1.24±0.43	16.473	<0.001

2.2 两组术后不同时段肛周水肿评分对比

术后第 1 天两组肛缘水肿程度相近,水肿评分对比无统计学差异($P>0.05$),术后第 3、7 天两组水肿均逐步消退,观察组水肿评分显著低于对照组,差异具备统计学意义($P<0.05$),数据见表 2。表 2 两组患者术后不同时间肛周水肿评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	112	112	—	—
术后 1d	2.41±0.46	2.36±0.43	0.840	0.402
术后 3d	1.76±0.39	1.12±0.28	14.022	<0.001
术后 7d	1.03±0.31	0.42±0.16	18.774	<0.001

2.3 两组肛周水肿消退时间与临床总有效率对比

观察组肛周水肿完全消退平均时间(4.36±0.72)d,对照组水肿消退平均时间(6.15±0.94)d,组间 $t=11.428$, $P<0.001$,观察组水肿消退时长明显缩短,临床疗效统计显示对照组痊愈 39 例、显效 30 例、有效 24 例、无效 19 例,总有效率 83.04%,观察组痊愈 71 例、显效 28 例、有效 9 例、无效 4 例,总有效率 96.43%, $\chi^2=10.902$, $P<0.001$,观察组临床总有效率优于对照组,两组干预全程均未出现皮肤烫伤、药物过敏、创面感染等不良安全事件,干预方案安全性良好。

3 讨论

混合痔外剥内扎术后疼痛与肛缘水肿的核心病机为手术金刃损伤肛周脉络,局部气血运行阻滞不通,湿热浊毒蓄积皮

下,不通则痛、湿瘀互结则肿胀难消,中医外治无需经脾胃代谢,药力直接作用于病灶区域,熏洗与艾灸联合使用可实现局部祛邪、整体调气的双重干预效果,止痛如神汤作为痔术后经典外用方剂,方中黄柏、苍术清热燥湿、清解肛周创面湿热毒邪,熟地黄、桃仁、皂角刺破血逐瘀、消散皮下瘀肿,秦艽、防风祛风止痛、舒缓肛周筋脉痉挛,当归养血活血、修复受损脉络,槟榔、泽泻行气利水、疏导肛周壅滞水湿,全方配伍兼顾清热、活血、行气、利水四大功效,熏洗依靠温热蒸腾打开肛周皮肤腠理,中药活性成分快速渗透皮下组织,缓解创面炎性刺激、减轻神经末梢痛感,同时促进淤积静脉血液回流,减少组织液渗出以消除水肿,单纯中药熏洗仅能改善局部病灶气血状态,无法调节全身经络气机,艾灸疗法可弥补单一熏洗的局限,选取长强、承山、次髂穴均为肛肠疾病特效经络穴位,长强穴位于督脉末端,直达肛周损伤区域,艾灸可疏通局部瘀滞经络,承山穴疏导足太阳膀胱经气血,缓解肛周放射状坠胀疼痛,次髂穴调节下焦水湿代谢,三穴配伍温和艾灸依靠温热效应扩张肛周微血管、加速淋巴循环,提升局部组织代谢能力,促进渗出液吸收,同时艾灸温通阳气、升提下陷中气,改善患者术后气虚无力推动气血运行的状态,从根源减少水肿反复发生,两种疗法序贯开展,先以熏洗清利局部湿热瘀毒,再以艾灸温通经络、调和气血,一凉一温相互制衡,避免单纯寒凉熏

洗导致肛周气血凝滞加重,也可减少单一艾灸温热助长湿热的弊端,形成互补增效的外治体系,本研究数据显示术后第3、7天观察组疼痛、水肿评分均显著低于对照组,水肿消退时间明显缩短,总有效率大幅提升,充分证实联合干预方案的临床优势,西医机制层面分析,止痛如神汤中黄柏、大黄所含生物碱可抑制创面 $\text{TNF-}\alpha$ 、 IL-6 等促炎因子释放,降低局部炎症反应程度,艾灸温热刺激可提升机体 β -内啡肽分泌水平,阻断疼痛信号向中枢传导,双重途径实现镇痛消肿作用,对比单纯温水坐浴,无法起到杀菌效果和调节炎症介质的药理作用,而止痛如神汤熏洗联合艾灸纯物理、中药外治方案温和无刺激,老年、皮肤敏感患者均可耐受,临床操作流程标准化、耗材成本低廉,专科护士经短期培训即可独立完成操作,患者居家康复阶段也可简化操作持续干预,具备极高临床推广价值,本研究仍存在一定局限性,仅纳入湿热下注单一证型混合痔患者,未针对气滞血瘀、脾虚气陷等其他证型开展分层观察,样本仅来源于单中心医疗机构,后续可开展多中心、多中医证型大样本对照试验,进一步完善联合外治方案辨证加减用药、个体化艾灸时长的操作标准,同时开展血清炎症因子、疼痛介质实验室指标检测,从分子层面阐释该联合方案作用机制,为中西医结合肛肠科术后康复提供更为充分的循证医学依据。

参考文献:

- [1] 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,2022,41(06):644-647+672.
- [2] 何之光,赵斌,王小林,等.止痛如神汤对混合痔术后疼痛患者血清 β -内啡肽、白细胞介素2水平和生活质量的影响[J].河北中医,2022,44(09):1345-1348.
- [3] 李丹垚.混合痔患者术后采用中药熏洗联合艾灸干预的效果[J].国际医药卫生导报,2024,30(12):112-115.
- [4] 张彦全,李雪花,陈玉宝.止痛如神汤加减疗法对痔疮术后患者肛缘水肿的影响观察[J].智慧健康,2024,10(18):66-68.
- [5] 刘可欣,唐智军.止痛如神汤口服联合苦参汤熏洗对中青年痔疮患者术后炎症指标疼痛程度的影响[J].中国药物与临床,2025,25(08):489-493.