

长强穴按摩联合手指扩肛预防外剥内扎术后肛门狭窄的临床观察

李迪霆, 彭作英*

黑龙江省中医药科学院, 肛肠科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年9月22日; 录用日期: 2024年10月28日; 发布日期: 2024年11月7日

摘要

目的: 观察采用长强穴按摩联合手指扩肛治疗40例混合痔外剥内扎术后患者的临床疗效, 以及其预防术后肛门狭窄的情况。方法: 选取2023年2月至2024年2月黑龙江省中医药科学院收治的80例混合痔患者为研究对象, 随机分为对照组及观察组, 各40例。对照组采用手指扩肛治疗, 观察组采用长强穴按摩联合手指扩肛治疗, 治疗时间在术后7天至术后21天。分别于术后6天(治疗前)、术后14天(治疗期间)、术后3个月(治疗后随访)记录并比较两组患者NRS 0-10版疼痛评分、Longo ODS评分和肛门指检情况。结果: 治疗前, 两组NRS 0-10版疼痛评分、Longo ODS评分和肛门指检情况比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。治疗期间及治疗后随访, 观察组NRS 0-10版疼痛评分、Longo ODS评分明显低于对照组, 肛门指检显示观察组肛门狭窄和指套染血发生率均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 长强穴按摩联合手指扩肛可有效预防外剥内扎术后肛门狭窄, 并减轻患者治疗过程中的疼痛, 进而提升患者生活质量, 值得临床推广。

关键词

长强穴, 外剥内扎术, 扩肛, 混合痔, 术后肛门狭窄

Clinical Observation of Changqiang Point Massage Combined with Finger Anal Dilation in Preventing Anal Stenosis after Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy

Diting Li, Zuoying Peng*

Anorectal Department, Heilongjiang Provincial Academy of Chinese Medical Sciences, Harbin Heilongjiang

Received: Sep. 22nd, 2024; accepted: Oct. 28th, 2024; published: Nov. 7th, 2024

*通讯作者。

文章引用: 李迪霆, 彭作英. 长强穴按摩联合手指扩肛预防外剥内扎术后肛门狭窄的临床观察[J]. 中医学, 2024, 13(11): 2860-2865. DOI: 10.12677/tcm.2024.1311421

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of Changqiang point massage combined with finger anal dilation in treating 40 patients after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy for mixed hemorrhoids, and its effect in preventing postoperative anal stenosis. **Methods:** A total of 80 patients with mixed hemorrhoids admitted to Heilongjiang Provincial Academy of Chinese Medical Sciences from February 2023 to February 2024 were selected as the study subjects and randomly divided into a control group and an observation group, with 40 cases in each group. The control group received finger anal dilation treatment, while the observation group received Changqiang point massage combined with finger anal dilation treatment, with the treatment period ranging from 7 days to 21 days after surgery. The NRS 0-10 pain score, Longo ODS score, and digital rectal examination results were recorded and compared between the two groups at 6 days after surgery (before treatment), 14 days after surgery (during treatment), and 3 months after surgery (follow-up after treatment). **Results:** Before treatment, there were no statistically significant differences in the NRS 0-10 pain score, Longo ODS score, and digital rectal examination results between the two groups ($P > 0.05$), indicating comparability. During treatment and at follow-up after treatment, the observation group showed significantly lower NRS 0-10 pain scores and Longo ODS scores compared to the control group. Digital rectal examination revealed that the incidence of anal stenosis and bloodstained finger cots was lower in the observation group than in the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). **Conclusion:** Changqiang point massage combined with finger anal dilation can effectively prevent anal stenosis after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy, alleviate pain during treatment, and thereby improve patients' quality of life. This treatment is worthy of clinical promotion.

Keywords

Changqiang Point, Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy, Anal Dilation, Mixed Hemorrhoids, Postoperative Anal Stenosis

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

混合痔是临床常见的肛肠科疾病之一, 主流观点认为其发病是痔内、外静脉丛曲张、扩大, 括约肌间沟消失, 使内痔部分和外痔部分相互沟通吻合形成整体的静脉团块[1]。尽管现在 PPH、RPH、硬化剂注射术和激光手术等新型术式层出不穷, 具有创面小, 出血少、操作简便等优点, 但在面对复杂的环状混合痔或痔核较大的情况下, 外剥内扎手术仍是根治的首选术式, 由于手术过程需要尽量清除痔核与保护切口间黏膜桥, 存在损伤肛管肌肉或形成大创面, 出现术后瘢痕形成和肛管皮肤紧缩变形, 导致肛门狭窄的情况[2]。为了减少术后出现肛门狭窄得情况, 临床常在术后换药期间予扩肛处理进行预防, 临床预防效果明确, 但常有患者扩肛期间出现疼痛渗血主诉[3]。基于此, 本研究应用长强穴按摩联合手指扩肛治疗混合痔外剥内扎术后患者, 观察其在预防肛门狭窄和术后疼痛的疗效, 现报道如下。

2. 临床资料

2.1. 一般资料

选取 2023 年 2 月~2024 年 2 月黑龙江省中医药科学院收治的 80 例混合痔患者为研究对象, 采用随

机数字表, 将患者分为观察组和对照组。观察组男 17 例, 女 13 例; 年龄 18~63 岁, 平均年龄(33.95 ± 7.63)岁, 病程 1~24 年, 平均病程(5.52 ± 2.11); 对照组男 16 例, 女 14 例; 年龄 21~60 岁, 平均年龄(34.03 ± 7.32)岁, 病程 1~26 年, 平均病程(5.33 ± 2.63); 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2. 纳入与排除标准

诊断标准: 符合 2006 年 7 月中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠病专业委员会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会, 痔临床诊治指南。

纳入标准: 符合上述环状混合痔诊断, 内痔 III~IV 度; 年龄在 18~75 岁, 性别、民族不限; 知情同意, 自愿参加本研究。

排除标准: 术前检查存在明显手术禁忌证者; 术后创面累及长强穴; 原有肛门部手术或外伤史; 有便秘、腹泻症状者; 患有肛周脓肿、肛窦炎、肛瘘、肛裂等肛管直肠疾病者; 患有克罗恩病、结核病、心脑血管疾病、血液病、糖尿病、恶性肿瘤、炎症肠病等疾病者; 精神疾病者; 妊娠或哺乳期妇女。

3. 方法

3.1. 治疗方法

两组患者术前均实施常规检查, 包括血常规、肝肾功能、凝血功能以及心电图检查等明确身体状况可开展手术, 给予全身麻醉后行混合痔外剥内扎术; 手术由同一团队完成。

两组患者术后常规性禁食水 24 h, 予止血、抗感染、换药及健康教育等治疗。

对照组: 一周后换药前进行手指扩肛: 患者取膝胸位, 暴露术后创面, 医者佩戴上手套用碘伏常规消毒肛周、肛管直肠, 后右手食指涂抹润滑剂, 指腹缓慢轻柔贴紧肛门, 向肚脐方向伸入肛内, 待指腹越过肛管直肠环后, 向骶尾方向继续伸入, 直至伸入食指末节, 轻轻转向四周按压肛内, 并向骶尾部扩张肛管至指下无紧缩感, 持续扩张肛管 5 min, 每日一次。持续换药至术后 21 天。

观察组: 一周后换药前长强穴按摩后进行手指扩肛: 患者取膝胸位, 暴露术后创面, 医者佩戴上手套用碘伏常规消毒肛周、肛管直肠, 右手拇指指腹吸附于长强穴行按一揉三复合手法, 持续约 3 min, 以局部酸胀为度, 后右手食指涂抹润滑剂, 指腹缓慢轻柔贴紧肛门, 向肚脐方向伸入肛内, 待指腹越过肛管直肠环后, 向骶尾方向继续伸入, 直至伸入食指末节, 轻轻转向四周按压肛内, 并向骶尾部扩张肛管至指下无紧缩感, 持续扩张肛管 5 min, 每日一次。持续换药至术后 21 天。

3.2. 观察指标

1) 疼痛: 于术后 6 天、14 天采用数字评定量表 NRS 0-10 版对两组患者换药疼痛和排便疼痛进行评分, 无疼痛记为 0 分, 轻度疼痛记为 1~3 分, 中度疼痛记为 4~6 分, 重度疼痛记为 7~10 分, 得分越高, 患者疼痛症状越重。2) 排便: 于术后 6 天、14 天、3 个月采用出口梗阻综合征评分 Longo ODS 评分对患者排便时间、每天有便意的次数、是否需要用手帮助排便、使用泻剂的次数、灌肠的次数、排便不尽感、排便费力程度和大便性状进行综合评估, 总分为 0~31 分, 分值越高, 说明肛门狭窄对排便的影响越严重, 正常人常在 2 分以下。3) 于术后 6 天、14 天、3 个月对患者进行肛门指检, 记录出现肛门狭窄(指检食指不能顺利通过)、指套染血的患者数量。

3.3. 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件进行数据处理; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

4. 结果

4.1. 两组患者术后 6 天、14 天 NRS 0-10 版疼痛评分比较

见表 1。

Table 1. Comparison of NRS 0-10 version pain scores at 6 days and 14 days after surgery between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 1. 两组患者术后 6 天、14 天 NRS 0-10 版疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	换药疼痛		排便疼痛	
		术后 6 天	术后 14 天	术后 6 天	术后 14 天
对照组	40	4.63 $\pm$ 1.61	5.75 $\pm$ 1.45*	4.45 $\pm$ 1.18	3.75 $\pm$ 1.33*
观察组	40	5.10 $\pm$ 1.35	3.98 $\pm$ 1.31*#	4.35 $\pm$ 1.08	3.07 $\pm$ 1.27*#

注：与术后 6 天比较，* $P < 0.05$ ；与对照组比较，# $P < 0.05$ 。

4.2. 两组患者术后 6 天、14 天、3 个月 Longo ODS 评分比较

见表 2。

Table 2. Comparison of Longo ODS scores at 6 days, 14 days, and 3 months after surgery between the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 2. 两组患者术后 6 天、14 天、3 个月 Longo ODS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 6 天	术后 14 天	术后 3 个月
对照组	40	5.58 $\pm$ 2.42	4.08 $\pm$ 2.22*	2.35 $\pm$ 1.68*
观察组	40	5.40 $\pm$ 2.34	3.15 $\pm$ 1.35*#	1.58 $\pm$ 1.23*#

注：与术后 6 天比较，* $P < 0.05$ ；与对照组比较，# $P < 0.05$ 。

4.3. 两组患者术后 6 天、14 天、3 个月肛门指检比较

见表 3。

Table 3. Comparison of anal digital examination at 6 days, 14 days, and 3 months after surgery between the two groups (cases, %)

表 3. 两组患者术后 6 天、14 天、3 个月肛门指检比较(例, %)

组别	例数	肛门狭窄			指套染血		
		术后 6 天	术后 14 天	术后 3 个月	术后 6 天	术后 14 天	术后 3 个月
对照组	40	2 (5.0%)	3 (7.5%)	0 (0.0%)	17 (42.5%)	11 (27.5%)	0 (0.0%)
观察组	40	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (27.5%)#	3 (7.5%)#	0 (0.0%)

注：与对照组比较，# $P < 0.05$ 。

5. 讨论

肛门狭窄是混合痔术后出现的常见临床并发症之一，其发病概率约为 3%，由于肛门手术创面位置的特殊性，术后创面的愈合常经历炎症水肿期、肉芽增生期、上皮覆盖期和组织苏醒期。其中肉芽增生期常处于术后 6 天至 21 天，这期间创面肉芽组织增生，坏死组织及创面异物脱落，创面边缘表皮细胞开始

增生并向伤口内迁移,是肛门术后瘢痕形成的关键阶段。这个阶段进行扩肛操作可有效预防术后肛门狭窄并改善排便,促进创面恢复。但由于扩肛按摩操作对肛门的刺激引起强烈的疼痛,导致机体保护性地出现内括约肌痉挛性收缩和创面渗血,很多患者易出现抵抗恐惧换药等情绪,影响扩肛效果,不利于创面恢复。因此在扩肛过程中如何减轻疼痛和减少对黏膜的损伤是重中之重。

肖昌海等人通过扩肛过程中联合局部注射激素等药物,缓解患者术后肛门疼痛和排便困难等症状,有效预防术后肛门狭窄的问题[4]。激素类药物可以抑制成纤维细胞分裂增殖,促进胶原降解,减少胶原合成使新生的创面组织更接近于正常皮肤组织的弹性和结构,另一方面激素类药物还可以抑制创面周围组织炎症,缓解疼痛不适症状,减少内括约肌保护性痉挛。此外也有研究者联合局麻药物进行扩肛[5]。局麻药物可阻断创面周围神经传导的疼痛和不适信号,可以减少患者扩肛过程中出现的疼痛,有助于患者配合治疗,提升扩肛效果。部分局麻药物注射后,可通过G蛋白偶联受体信号通路发挥有一定的抗炎作用,减轻炎症对创面的干扰,有助于创面恢复[6]。也有研究者采用扩肛法配合外用药物抑制炎症,促进创面恢复,缓解疼痛,预防术后并发症[7]。也有研究者在扩肛手法上进行改进,高有峰等通过间断插入手指降低扩张时刺激,使患者适应疼痛,降低内括约肌痉挛性收缩出现的概率[8]。文小军通过改进进入方式,使用棉棒顺应肛直角角度进入,降低患者进入时的不适感,同时不断增加棉棒直径从而起到扩肛效果[9]。

长强穴出自《灵枢·经脉》,在脊柱骨的尾端与肛门连线中点处,也是督脉阳气初始之处,其气健运不息,循环无端,加之督脉阳气盛而强,又故名长强。《针灸大成》云:“主肠风下血,久痔瘕,腰脊痛。”临床中常用于治疗痔疮、便秘、脱肛、疼痛和外阴疾病[10]。赵永娇等常用针灸长强穴缓解肛门术后疼痛,促进创面恢复[11][12]。长强穴居肛门局部,可治疗痔疮、脱肛等肛门疾病,同时督脉为“阳脉之海”,督脉阳气由长强穴外输体表,所谓阳化气,阴成形,因此长强穴具有通调诸阳经、升阳举陷、化瘀利湿、通络止痛、安神镇惊等作用,既可以治疗痔疮,亦可缓解痔疮手术后出现的疼痛不适[10]。有研究表明刺激长强穴可降低大鼠脊髓磷酸化p38丝裂原活化蛋白激酶水平,显著提高肛门术后大鼠的机械痛阈[13]。同时长强穴临近大肠,善调理大肠气机,可以通过刺激长强穴起到改善痔疮术后排便困难[14][15],此外长强穴对盆底肌肉的调节作用,可有效解除盆底肌痉挛,降低机械刺激对盆底肌肉的损伤,减少扩肛过程中出现渗血裂口等情况,亦可改善术后肛门坠胀等不适[16][17]。

《素问·举痛论》云:“按之则热气至,热气至则痛止矣。”按揉手法可以起到温经散寒,解痉通络止痛的效果。借助现代技术我们发现随着按压力度和按压时间的增加,按摩手法可使机体局部产生热效应,进而改善血液循环,有助于改善代谢,减轻炎症刺激,减少疼痛感[18]。同时长强穴其下有尾神经后支、肛尾韧带和肛提肌,按摩长强穴可以降低肛提肌对刺激的敏感性,解除肛提肌痉挛。正如《医宗金鉴》云:“按其经络,摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈。”

本研究显示按摩长强穴后再进行扩肛操作后患者换药疼痛和日常排便症状均有明显改善,与单纯手指扩肛相比疼痛亦有改善,而且渗血的情况大大减少,使患者治疗期间生活质量大大提高,增加患者对后续治疗的依从性,有利于创面恢复。同时3月后随访复查均未出现肛门狭窄及出口梗阻性便秘症状,肛门松紧度可。表明长强穴按摩联合手指扩肛预防外剥内扎术后肛门狭窄的效果令人满意,治疗过程中操作简单,疼痛轻微,可降低使用止痛药物的风险,是术后预防肛门狭窄的理想治疗操作之一,值得临床应用。

参考文献

- [1] 李胜. 痔疮的发病与治疗综述[J]. 中国医药指南, 2014, 12(1): 43-44.
- [2] 肖立新, 陆金根. 外剥内扎悬吊术治疗环状混合痔的临床观察[J]. 中西医结合学报, 2007, 5(4): 460-462.

- [3] 郑少康. 早期应用单指扩肛法预防环状混合痔术后肛门狭窄 103 例报告[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2005, 11(4): 293-294.
- [4] 肖昌海, 王天生, 周仲垣, 等. 得宝松局部注射加中医扩肛法治疗痔术后瘢痕性肛管狭窄 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(9): 67-68.
- [5] 王清桃. 亚甲兰联合扩肛术治疗慢性肛裂 80 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(5): 47-49.
- [6] 李艾伦, 仓静. 局麻药在术后慢性疼痛预防及治疗中的作用[J]. 中华全科医学, 2020, 18(5): 830-834.
- [7] 韩丽. 白濁散促进肛裂术后创面愈合的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2017.
- [8] 高有峰, 汤小秋. 间歇手指扩肛术治疗早期医源性肛门狭窄[J]. 中国肛肠病杂志, 2015, 35(9): 76.
- [9] 文小军. 持续渐进式扩肛法联合地奥司明片对环状混合痔术后肛门狭窄的预防效果[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2018, 27(5): 433-436.
- [10] 周波兰, 李应昆. 浅论长强穴临床妙用[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(5): 53-54.
- [11] 赵永娇, 蔡德光, 邓志灏, 等. 长强穴水针疗法配合埋线治疗肛门病术后疼痛的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(1): 69-72.
- [12] 刘锡铨, 安辰歧, 赵越. 长强穴埋线治疗混合痔术后创口疼痛的效果分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(10): 82-84.
- [13] 舒涛, 张诗缙, 阎峰, 等. “长强”穴药线植入对肛门切口痛大鼠机械痛阈及脊髓磷酸化 p 38 丝裂原活化蛋白激酶的影响[J]. 针刺研究, 2017, 42(5): 418-422.
- [14] 唐彪, 韩珊珊, 霍黎生. 术前长强穴埋线在混合痔手术患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(13): 90-93.
- [15] 张学君. 独取长强穴的临床研究概况[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(6): 1447-1448.
- [16] 彭茹凤, 龙秀红, 谢蓉, 等. 长强穴按摩对初产妇第二产程和分娩结局的影响[J]. 护理学杂志, 2011, 26(2): 28-29.
- [17] 龙庆, 李艳, 李俊, 等. 针刺下髂、长强穴治疗混合痔 PPH 术后肛门坠胀临床观察[J]. 中国针灸, 2016, 36(6): 603-606.
- [18] 李武. “按之则热气至”理论内涵及效应机制探讨[D]: [博士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.