

针刺疗法联合热敏灸治疗肛瘘术后尿潴留的临床疗效观察

刘 源*, 哈力甫·阿布拉#

新疆维吾尔自治区人民医院, 中西医协同医学诊疗中心, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2024年11月20日; 录用日期: 2025年3月10日; 发布日期: 2025年3月26日

摘 要

目的: 本研究旨在探讨针刺疗法联合热敏灸治疗肛瘘术后尿潴留的临床疗效。方法: 选取2024年1月至2024年6月期间, 在乌鲁木齐市自治区人民医院收治的60例肛瘘术后尿潴留患者作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组和试验组, 每组30例。对照组接受常规治疗, 包括热敷小腹、听流水声以及心理疏导, 并辅以甲硫酸新斯的明肌肉注射。试验组则采用针刺疗法与热敏灸相结合的治疗方案。通过对比两组患者的首次排尿时间、2小时内排尿总量、主要症状评分以及尿路感染发生率, 评估两种治疗方案的临床疗效。结果: 显示试验组的治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$), 且试验组的首次排尿时间更短、2 h排尿量更多、残余尿量更少, 同时尿路感染发生率也低于对照组($P < 0.05$)。结论: 针刺疗法联合热敏灸治疗肛瘘术后尿潴留方面具有显著疗效, 能够缩短患者首次排尿时间, 2 h内排尿总量大于400 ml, 提高患者控尿能力, 预防泌尿系感染, 提高患者生活质量, 值得临床推广。

关键词

肛瘘术后尿潴留, 针刺疗法, 热敏灸

Clinical Observation on the Efficacy of Acupuncture Combined with Moxibustion in Treating Urinary Retention after Anal Fistula Surgery

Yuan Liu*, Halifu·Abla#

Collaborative Medical Diagnosis and Treatment Center of Traditional and Western Medicine, People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi Xinjiang

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 刘源, 哈力甫·阿布拉. 针刺疗法联合热敏灸治疗肛瘘术后尿潴留的临床疗效观察[J]. 中医学, 2025, 14(3): 1101-1106. DOI: 10.12677/tcm.2025.143166

Abstract

Objective: This study aims to explore the clinical efficacy of acupuncture combined with moxibustion in treating urinary retention after anal fistula surgery. **Methods:** Sixty patients with urinary retention after anal fistula surgery admitted to the People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region from January to June 2024 were selected as subjects and divided into a control group and an experimental group using a random number table method, with 30 cases in each group. The control group received treatment with hot towel application on the lower abdomen, listening to the sound of running water, and emotional counseling, along with intramuscular injection of neostigmine methyl sulfate, while the experimental group was treated with a combination of acupuncture therapy and heat-sensitive moxibustion. The clinical efficacy of the two groups was assessed by comparing the time of first urination, the total amount of urine within 2 hours, the main symptom scores, and the incidence of urinary tract infections. **Results:** The total effective rate of treatment in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$), and the experimental group had a shorter time to first urination, a greater amount of urine within 2 hours, less residual urine, and a lower incidence of urinary tract infections than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture therapy combined with heat-sensitive moxibustion has significant efficacy in treating urinary retention after anal fistula surgery, can shorten the time to first urination, ensure that the total amount of urine within 2 hours exceeds 400 ml, improve patients' urinary control ability, prevent urinary tract infections, and enhance patients' quality of life, making it worthy of clinical promotion.

Keywords

Urinary Retention after Anal Fistula Surgery, Acupuncture Therapy, Heat-Sensitive Moxibustion

Copyright © 2025 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

肛瘘, 即肛管直肠与肛门周围皮肤间因感染、损伤、异物等病理因素形成的异常通道, 常见于 20 至 40 岁的男性群体。在我国, 肛瘘的发病率约占肛管直肠疾病的 1.67%~3.60%, 而国际上该病的发病率则为 8%~25% [1], 肛瘘的治疗通常需要个体化的手术方案以实现根治; 由于其解剖位置的特殊性以及排便功能的影响, 肛瘘患者常伴有肛门疼痛、肛门瘙痒、尿潴留、创面愈合迟缓等并发症。尿潴留作为肛瘘术后最常见的并发症之一, 对患者造成了显著的困扰。术后尿潴留的临床诊断标准为术后 8 h 内未排小便, 膀胱内尿量 > 600 mL 或小便能排出但不能有效排空, 残余尿量 > 100 mL, 即为术后尿潴留 [2]。现代医学认为肛瘘术后尿潴留多是由手术刺激、麻醉及补液过多等原因导致膀胱平滑肌收缩无力, 或膀胱肌痉挛引发。中医学认为其发生为手术损伤致局部筋脉不畅, 气血不足, 精血不固, 肾和膀胱功能紊乱所致 [3]。现代医学通常采用导尿术, 但该方法易导致尿道损伤和泌尿系感染, 给患者带来身心及经济上的双重负担。中医药在治疗肛瘘术后尿潴留方面有其独特的疗效, 其中多手段多方法的联合治疗干预成为趋势。针刺疗法和灸法作为中医药外治疗法的重要组成部分, 在临床多种疾病的治疗实践中显示出显著的效果。本研究旨在探讨针刺疗法结合热敏灸在治疗肛瘘术后尿潴留方面的临床疗效。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2024 年 6 月期间, 新疆维吾尔自治区人民医院收治的肛瘘术后尿潴留患者作为研究对象, 依据临床前期考察, 通过样本量计算公式 $N = \sigma^2 \times z^2 / d^2$, 结合误差等因素, 共收集样本 60 例, 其中男性 35 例、女性 25 例, 年龄 20~60 岁, 平均 (36.5 ± 3.5) 岁, 采用随机数字表法将其分为对照组和试验组, 每组 30 例。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

参照中华中医药学会肛肠分会等制定的 2006 年版《肛瘘临床诊治指南》并结合临床拟定以下诊断标准[4]:

- (1) 临床表现: 肛周局部出现持久性或者间歇性流脓, 伴肛周疼痛、瘙痒等症状。
- (2) 专科检查: 肛周皮肤可见有单个外口, 甚至可看见脓血水自外口流出, 肛门指检可触及条索样管道, 内口多在齿状线附近, 可触及凹槽或硬结。
- (3) 辅助检查: 临床术前多采用肛周磁共振扫描, 可清晰地看见肛周组织及瘘管的走势, 术中多采用亚甲蓝等染色剂自外口注入, 在肛门镜下可见内口处有蓝色液体染色。

2.2.2. 中医诊断标准

参照 2006 年由中华中医药学会发布的《中医肛肠科常见病诊疗指南》[5]。低位单纯性肛瘘: 只有 1 条管道, 且位于肛管直肠环以下。符合“肛漏”诊断, 症见: 肛周皮肤破溃, 黄白色液体溢出, 局部疼痛, 按之有条索状物通向肛内, 可伴脘腹痞闷不适, 食少寐欠佳, 大便黏腻, 小便黄, 舌红, 苔黄腻, 脉弦数或滑数。

2.3. 纳入标准

- (1) 符合上述诊断标准者;
- (2) 年龄 18~60 岁;
- (3) 资料完整且签署知情同意。

2.4. 排除标准

- (1) 术前合并有前列腺增生或其他原因导致的排尿困难者;
- (2) 合并有其他类型肛门直肠疾病者;
- (3) 合并有心、肾、肝、脑等脏器严重疾病者;
- (4) 依从性不佳, 中断治疗者;
- (5) 精神异常者;
- (6) 针刺选穴部位皮肤有溃烂、破损者。

3. 方法

3.1. 常规治疗

手术当天流质饮食, 予抗生素静滴预防感染、止血针静滴预防出血, 嘱患者术后第一天正常饮食, 嘱患者多食高纤维食物及水果蔬菜、忌辛辣刺激以及发物, 禁烟酒。

3.2. 对照组

对照组采用热毛巾热敷于小腹, 听流水声, 并疏导其不良情绪, 甲硫酸新斯的明肌肉注射治疗。方案: 毛巾浸入 50° 温热水拧至不滴水热敷于膀胱区域, 播放流水声, 0.5 mg 甲硫酸新斯的明注射液(河南润弘制药股份有限公司, 国药准字: H41022268, 规格: 1 ml:0.5 mg)臀部肌肉注射, 术后 1 次。

3.3. 试验组

试验组采用针刺疗法联合热敏灸治疗。① 温针灸: 取穴承山穴、大肠俞穴、关元穴、气海穴、中极穴、双侧三阴交穴。患者取仰卧位, 针刺部位皮肤使用 75% 的乙醇消毒, 选取 30 号一次性无菌针灸针, 直刺 15~30 mm, 采用捻转平补平泻法使患者出现得气感, 留针 30 min。② 热敏灸: 燃艾条, 距离皮肤 2~3 cm 处, 将燃烧面垂直关元穴、气海穴、中极穴、双侧三阴交穴, 以穴位为中心来回循经悬灸, 当患者产生一种或几种特殊反应时(透热、传热、扩热、非热感觉、表面不热深部热、局部不热远端热), 即为热敏灸点, 此时采用温和灸法开始施灸, 以患者感局部热感且无烧灼感为宜, 以艾灸灸感消失为疗效最佳, 每次灸疗时长约 45 min [6], 治疗过程中需及时抖去灸灰, 避免烫伤。

3.4. 观察指标及评价标准

3.4.1. 观察指标

- (1) 首次排尿时间: 患者发生尿潴留治疗干预后至第 1 次排尿的时间。
- (2) 2 h 内排尿总量: 患者发生尿潴留治疗干预后 2 h 内的排尿总量。
- (3) 主要症状评分: 参照文献[7]相关症状评分标准, ① 腹部症状评分: 无症状为 0 分, 满闷感为 1 分, 胀满为 2 分, 胀、满、痛为 3 分; ② 首次排尿状况: 正常为 0 分, 尿细成线状为 1 分, 尿流断续, 尚可成线为 2 分, 尿流点滴而下, 未能成线为 3 分; ③ 首次排尿持续时间: 排尿时间 < 40 s 为 0 分, 排尿时间 40~50 s 为 1 分, 排尿时间 51~60 s 为 2 分, 排尿时间 > 60 s 为 3 分。
- (4) 尿路感染发生率: 观察两组患者治疗后尿路感染发生率。

3.4.2. 疗效标准

- (1) 显效: 干预后 2 h 内可自行排尿, 下腹部胀满等症状消失;
- (2) 有效: 干预后 2 h 内能少量排尿, 但仍排出不畅, 下腹部胀满等症状缓解, 未导尿;
- (3) 无效: 干预后 2 h 后仍不能排尿, 下腹部胀满等症状明显, 需留置导尿[8]。

3.5. 统计学处理

采用 SPSS 25.0 软件对数据进行统计分析。计量资料符合正态分布用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组内比较采用配对样本 t 检验。计数资料以频数或百分数表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4. 治疗结果

4.1. 试验组和对照组对比

Table 1. Comparison of the time of first urination and the total urine volume within 2 hours between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者首次排尿时间及 2 h 内排尿总量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排尿时间(min)	2 h 排尿总量(ml)
试验组	30	36 $\pm$ 14.35	445 $\pm$ 78.45
对照组	30	75 $\pm$ 10.12	195 $\pm$ 65.15

两组患者首次排尿时间及 2 h 内排尿总量比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)见表 1。

4.2. 试验组和对照组对比

两组患者主要症状评分比较, 两组患者治疗前后主要症状评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)见表 2。

Table 2. Comparison of the main symptom scores before and after treatment in the experimental group and the control group ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 试验组和对照组治疗前后主要症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	每日排尿次数(次)	首次排尿持续时间	腹部症状评分
试验组	治疗前	30	9.21 ± 2.88	3.54 ± 1.50	2.41 ± 1.21
	治疗后	30	4.32 ± 2.23 ①②	1.15 ± 0.45 ①②	0.32 ± 0.30 ①②
对照组	治疗前	30	8.43 ± 3.15	4.25 ± 22.34	2.12 ± 1.83
	治疗后	30	6.56 ± 3.14 ①	2.65 ± 18.17 ①	1.23 ± 00.34 ①

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.3. 两组患者临床疗效比较

对照组总有效率 73.32%, 实验组总有效率 90.00%。见表 3。

Table 3. Comparison of clinical therapeutic effects between the experimental group and the control group (Cases (%))

表 3. 试验组和对照组临床疗效比较例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
试验组	30	17 (56.67)	10 (33.33)	3 (10.00)	90.00
对照组	30	10 (33.33)	12 (40.00)	8 (26.67)	73.32

4.4. 治疗后两组尿路感染发生率的比较

对照组中出现 2 例尿路感染, 尿路感染发生率为 6.67%; 试验组中出现 0 例尿路感染, 尿路感染发生率为 0%; 试验组的尿路感染发生率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Incidence of urinary tract infection in the experimental group and the control group (Cases (%))

表 4. 试验组和对照组尿路感染发生率(例(%))

组别	例数	尿路感染发生率
试验组	30	0
对照组	30	2 (6.67)

5. 讨论

我国是最早提出“痿”这一疾病名称的国家, 早在先秦时期的《山海经》[9]中就有记载, “半石之山, 合水出于其阴, 多鼈鱼, 食者不痈, 可以已痿”, 并记载了疗法。宋代已逐步出现关于肛肠方面的专科, 其最具时期性的代表著作《太平圣惠方》首次将痔痿与痿进行了分别并分章讲述, “夫痔痿者, ……”, 穿穴之后, ……”, 经久不差, 故名痔痿者”, 文中所提痔痿即现代医学中的肛痿。现代医学认为, 肛痿和肛周脓肿属于同一病种, 肛痿是肛周感染的慢性期的病理阶段, 而肛周脓肿则属于急性期。由于肛痿发

病的特殊性,目前手术是治疗肛痿的最佳手段[10],而尿潴留是临床肛痿术后常见并发症之一,现代医学对术后尿潴留的治疗方法较多,如口服胆碱能药物、横纹肌松弛剂等,或采用心理疏导,或热敷、留置导尿等,但各种方法均有利弊:口服药物有肝肾负担及不良反应的风险[11];心理疏导及热敷法存在个体差异,疗效一般[12];留置导尿虽能解决患者不适,但存在泌尿系统的损伤及引发感染等弊端[13]。因此,使用一种疗效好、副作用少、易被患者接受的治疗方法,对肛痿术后尿潴留具有重要意义。针刺治疗二便障碍自古有之[14],针灸不仅可以缓解肛门不适,改善膀胱功能,使患者的紧张情绪放松,对患者的盆腔神经功能产生刺激作用,而且还可以使膀胱逼尿肌收缩能力增强,尿道括约肌松弛,促进尿液的顺利排出,从而使尿潴留症状得以解除[15]。华小兰等[2]通过研究发现,对于肛肠病术后尿潴留患者,患者在接受针刺治疗后,其排尿量显著增多,膀胱得到了有效的放松,下腹胀痛的不适感明显减轻,同时也明显降低了导尿率。热敏灸疗法是利用艾条燃烧时的热量来刺激特殊的体表部位,激发经气传导,温通经脉,促使气血运行,根据杨勤[6]的研究结果,热敏灸治疗在缩短首次排尿时间以及改善首次排尿量方面表现更优。

本研究中,针刺疗法联合热敏灸治疗肛痿术后尿潴留方面具有显著疗效,试验组首次排尿时间为 36 ± 14.35 min,对照组首次排尿时间为 75 ± 10.12 min;试验组 2 h 排尿总量为 445 ± 78.45 ml,对照组 2 h 排尿总量为 195 ± 65.15 ml ($P < 0.05$);试验组与对照组两组患者临床疗效的比较,试验组患者临床疗效总有效率为 90.00%,对照组患者临床疗效总有效率为 73.32%, ($P < 0.05$);试验组和对照组治疗前后主要症状评分比较,试验组每日排尿次数、首次排尿持续时间、腹部症状评分均优于对照组;治疗后两组尿路感染发生率的比较,对照组中出现 2 例尿路感染,尿路感染发生率为 6.67%;试验组中出现 0 例尿路感染,尿路感染发生率为 0%;试验组的尿路感染发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,采用针刺疗法联合热敏灸治疗肛痿术后尿潴留患者,疗效明确,且安全、无副反应、易被患者所接受,未来可进一步深入研究其作用机制及长期疗效,以推动其在临床中的广泛应用。

参考文献

- [1] 安阿明. 肛肠病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 32-38.
- [2] 华小兰, 赵雨, 左怀润, 等. 针刺五经腧穴治疗肛肠病术后尿潴留临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(9): 61-63.
- [3] 李建莉, 刘世茹, 李红燕. 中医药治疗痔术后尿潴留的概况[J]. 中国肛肠病杂志. 2024, 44(9): 78-80.
- [4] 匡小双. 艾灸联合白竭散促进肛痿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, 2022.
- [5] 赵学尧, 刘孟宇, 韩学杰, 等. 《中医肛肠科常见病诊疗指南》临床应用评价研究[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(17): 3252-3256.
- [6] 杨勤. 热敏灸对肛肠术后尿潴留的干预作用及选穴规律研究[J]. 江西中医药大学学报 2021, 33(5): 57-61.
- [7] 郑筱萸. 中药新药治疗癃闭的临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 285-290.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.
- [9] 魏振琼, 何景福, 彭军良. 中医药治疗肛痿术后研究进展[J]. 光明中医, 2024, 39(8): 1657-1661.
- [10] 韦平, 谷云飞, 张正荣. 中医对肛痿认识及治疗溯源[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(11): 147-148.
- [11] 代立霞, 王芳, 赵志强, 等. 针刺联合吴茱萸热奄包对痔病患者术后免疫相关因子及尿潴留相关指标的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(10): 685-689.
- [12] 赵丽华. 耳穴埋豆联合艾灸护理预防痔瘡术后尿潴留临床研究[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(13): 2412-2413.
- [13] 黄斌, 张玉茹, 刘连成, 等. 针刺治疗混合痔术后尿潴留的临床研究[J]. 北京中医药, 2021, 40(3): 288-290.
- [14] 龙学正. 中药复方热奄包联合穴位注射治疗肛肠病术后尿潴留临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(2): 271-273.
- [15] 金华, 陈辉. 针灸治疗肛肠术后尿潴留疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(3): 303-307.