史仁傑教授診治功能性肛門墜脹症的經驗

Professor *SHI's* experience in the diagnosis and treatment of functional anal dilatation

陳曉鵬　史仁傑　*CHEN Xiaopeng, SHI Renjie*

（南京中醫藥大學附屬醫院）

（Affiliated hospital of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210001, China ）

[摘要]　功能性肛門墜脹症患者近年來逐漸增多，以中、老年患者為主，已經成為肛腸科常見病證。目前對於無明顯原因出現的肛門墜脹症，臨床仍缺乏有效統一的診療方法。史仁傑教授根據長期診治本病症的經驗總結，認為本病虛證為多，以氣血不足為主證，多虛中夾實，兼有脾虛、氣滯或濕蘊證，治療時以補氣益血為主，輔以升陽、化濕、導滯。

[關鍵詞]　肛門墜脹；史仁傑；益氣補血；名醫經驗

功能性肛門墜脹症(以下簡稱為肛門墜脹症)是指以肛門墜脹或有堵塞感為主要臨床表現，對肛管、直腸、骶尾骨、盆底等組織器官的檢查未發現相關實質性異常的一種病症。目前國內外對於肛門墜脹症的認識仍不足，缺乏統一有效的診治方案，在2016年中華人民共和國國家標準《疾病分類與代碼》[1]中也未出現「肛門墜脹症」這一病名。在臨床上該疾病常被診為肛竇炎、痔病、直腸炎、直腸前突、直腸粘膜脫垂等病予以治療[2]，但無明顯療效。

江蘇省名中醫史仁傑教授十多年來一直從事該病症的診治和研究，根據患者既往採用局部針對性治療效果不明顯的情況，認為本病的病因並不在肛門直腸或周圍組織器官，而是由肛管直腸部位的腸易激綜合征導致，所以局部治療是無效的，應遵循整體觀念，從整體的角度進行辨證施治。現將史教授對本病的認識和經驗介紹如下：

1　對肛門墜脹症的認識

1.1　肛門墜脹症是肛門直腸部位的腸易激綜合征

史教授認為肛門墜脹症具有以下特點：1.症狀時作時止，可因飲食、勞累、精神因素等原因誘發或加重[3]，部分患者休息後症狀可減輕或消失；2.肛門直腸的專科檢查、結腸鏡檢查、CT檢查、腰骶部MR檢查等，未見明顯器質性病變。這些症狀特點與腸易激綜合征相似，故史教授認為肛門墜脹症是一種特殊的腸易激綜合征。

1.2　肛門墜脹症與骶神經的壓迫、退化等病變有關

史教授發現，肛門墜脹症發病部位主要在S2～4[4]內臟神經的功能支配區，部分患者可在骨盆內臟神經的末梢部位（非肛竇部位）有酸脹感或疼痛。雖然目前的檢查找不到明顯的神經病變的依據，但採用針灸或針對骶神經刺激療法後，部分患者症狀有所改善[5]。再根據本病以40~60歲的中、老年患者居多，勞累後發作或加重，休息後減輕，上午輕、下午較重的症狀特點[6]，史教授認為本病與骶神經的壓迫、退化等病變有關。

香港註冊中醫學會版權所有 All Rights Reserved
Copyright HKPCM

1.3 功能性肛門墜脹症與神經官能症的區別

由於功能性肛門墜脹症頑固難治，常找不到確切的病因，臨床時有將功能性肛門墜脹症歸因於神經官能症的病例，史教授認為這是片面的。神經官能症固然可以出現肛門墜脹，但精神症狀更為顯著、且多發生在肛門直腸症狀之前，採用相應治療精神疾病的藥物後肛門不適症狀往往也隨之消失。而功能性肛門墜脹症則以肛門直腸症狀為主，因病久治不效後，患者隨後才出現煩躁、失眠等精神症狀，即使不用精神類藥物，在肛門墜脹症狀改善後其精神症狀多能隨之改善或消失。因此，不能將無明顯病因的肛門墜脹症都歸之於神經官能症而隨便用藥。

2 肛門墜脹症的病機

2.1 氣血不足、絡脈失養

史教授根據患者多為中、老年，其肛門墜脹的發作與手術、過度疲勞相關，臨診時見患者多有神疲、肢軟乏力、寐差、納少、便溏等症狀，舌色多淡，脈多細弱或細澀等表現，因而認為氣血不足、絡脈失養是本病的主要病機之一。

氣血不足形成的原因較多，如年老氣血衰弱、素體脾胃虛弱、久病體虛、節食減肥、過勞、手術耗損氣血等都會造成不同程度的氣血虧損。對辨證為氣血不足的患者予以益氣補血對症處理後，症狀多有明顯改善，反過來也證實了本病與氣血不足的密切關係。值得注意的是夜間劇烈運動、晚睡亦耗傷氣血，與本病的發生和發作有關，因此在臨床指導患者夜間少運動、不劇烈運動，早休息也很重要。

2.2 脾虛濕滯，氣機不暢

有時肛門墜脹的患者臨床表現為神疲肢軟，大便稀溏、排出不暢，或有殘便感。或有納呆食少、腹脹或腹部隱痛等症，舌淡，舌邊齒痕，苔膩，脈細濡或細弱。這類患者的病機與脾虛失運，濕濁不化，濕阻氣滯有關。

2.3 大腸濕熱，阻滯氣機

部分患者表現為肛門墜脹、裏急後重，大便粘膩或夾有粘液，多伴有腹脹、口氣重、小便黃，舌偏紅，苔黃膩，脈細或細滑等。史教授認為這類患者的病機與大腸濕熱，阻滯氣機運行有關。

2.4 陰液虧虛，筋脈失養

少數患者表現為大便乾結難解，伴有口乾、盜汗，腰膝酸軟、頭暈、耳鳴等症，舌乾紅少津，脈細或細弦。這類患者的發病則與陰血不足，筋脈失養有關。

3 輔助檢查很重要，指診更是必須

診治肛門墜脹時，有必要給患者作血常規、血生化、風濕、結腸鏡、盆腔MRI、腔內B超等檢查，這對於進一步瞭解和研究本病，避免誤診、誤治，確保醫療安全非常重要。

直腸指診作為肛腸科的專科檢查，對於肛門墜脹症的診斷、辨證和治療，亦具有非常重要的意義。史教授把肛門指檢稱之為「肛門切診」[7]，認為指診除了瞭解肛管直腸有無病變外，還可瞭解肛管的壓力及鬆緊度，檢查到患者腸腔溫度的高與低、滑潤和乾澀、空虛和裹指等信息，

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

對於辨證有很大的意義。肛門指診時肛門墜脹的患者敏感性多較強，而敏感性強多與肛門潮濕刺激等有關，肛門潮濕則與脾虛濕盛相關；指診時手指裹指感明顯則與脾虛氣滯，中氣下陷、氣血不足有關；直腸腔內灼熱者，多與濕熱相關；殘便多，質軟、溏多與脾虛失運或濕盛有關；乾硬便較多則與陰虛津虧或血虛有關。

4 治療經驗

史教授認為調治氣血是治病之本。氣血是人體生命活動的物質基礎，也是臟腑活動的產物，臟腑發生病變首先影響氣血的變化，氣血發生變化亦會導致臟腑功能的紊亂[8]。《黃帝內經》「疏其氣血，令其條達，而致和平」，故史教授常以八珍湯為基礎方治療肛門墜脹症，根據患者兼證和症狀，隨機變化和加減用藥。

經驗方：黃芪30-50g、黨參20g、炒白朮10g、茯苓10g、當歸6g、白芍15g、熟地黃15-20g、枳殼10g、陳皮6g、焦山楂10g、川芎6g、木香2g、雞內金10g。

方中重用黃芪補氣，輔以黨參、炒白朮、茯苓益氣健脾化濕；熟地黃、當歸、白芍養血；佐以枳殼、陳皮、木香、川芎行氣活血導滯，雞內金、焦山楂消食導滯。達到補益氣血，健脾化濕、行氣導滯的作用。

需要注意的是方中用的理氣藥和活血藥均是治標藥，不應急於求成而用大量，用量過大易耗傷氣血，減弱對氣血虧虛的治療效果。因氣血不足者，脾胃功能普遍較弱，所以要適當加用消導藥，以助藥物轉運。

史教授認為，該疾病的本質是氣血虧虛，兼見其他證型，故在臨床用藥時主要以八珍湯為基礎方，再隨症加減用藥。脾虛濕滯的患者，在補益氣血的基礎上，加以健脾燥濕之品，加用可選二陳平胃散加減，主要藥物為：半夏、蒼朮、厚朴、炙甘草等。濕熱阻滯的患者，治療時應加用清熱燥濕之品，可選用四妙丸加減，主要藥物為：蒼朮、黃柏、木瓜、藿香、連翹、牛膝等，方中蒼朮、黃柏、連翹燥濕清熱，木瓜、藿香健脾化濕，牛膝通利腸絡，引藥下行。陰液虧虛的患者，可加用滋陰補腎之品，如六味地黃丸加減，主要藥物為：牡丹皮、澤瀉、山藥等，全方以滋補為主，兼有清瀉之效，謂之「補中有瀉」。

還可根據患者的臨床不適症狀加減用藥，便溏、肛門潮濕時可選加生薏苡仁15g、炒山藥10g、炒蒼朮10g；腰腿痛者加寄生10g；肛門下墜明顯者選用柴胡5g、升麻6g、桔梗6g等；肛門疼痛時可選加皂角刺15g、薑黃10g、桃仁10g等。

5 臨證舉隅

楊某，女，49歲，安徽人，2018年10月15日初診。

主訴：肛門墜脹3年余，加重伴肛門痛9月。

病史：2015年6月於當地醫院行「痔切除術」，術後肛門墜脹一直未改善。2018年1月為緩解肛門不適，於當地醫院再次行手術治療，術後肛門墜脹未改善。現患者肛門墜脹較前明顯，伴肛門直腸痛，便意頻頻，解出量少，日行5-6次，易疲乏，懶言懶動，面色萎黃，納不香，寐欠安，易醒，舌淡，苔薄白，脈細澀略弦。外院查：電子腸鏡檢查：慢性結腸炎；血常規及自身免

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKSCM All Rights Reserved

疫功能未見明顯異常。肛門直腸查體：右側臥位，肛門周圍未見異常，肛內指診未及新生物及壓痛點，肛管偏緊，有裹指感。

診斷：西醫：肛門墜脹症；中醫：肛門墜脹症（氣血兩虛證）。

治則：益氣補血，健脾化濕。

處方：黃芪50g、黨參15g、炒白朮15g、茯苓10g、熟地黃20g、炒雞內金10g、炒白芍15g、炒枳殼6g、菟絲子20g、陳皮8g、醋青皮3g、槲寄生15g、山萸肉10g、木香4g、焦山楂10g、炒海螵蛸20g、丹參15g、白芷10g（14劑）。每日1劑，水煎兩次分200ml，早晚飯後半小時服用。

二診：服藥後肛門墜脹明顯改善，肛門痛好轉但仍有墜脹感覺，勞累後感覺加重，大便日行2-3次，質軟，精神尚可，納食較前好轉，夜寐改善。原方加生麥芽20g、雞血藤10g、桃仁8g、當歸10g。繼服14劑。

三診：諸症明顯改善，肛門墜脹、疼痛不明顯。繼服1月鞏固治療，終獲全功。

按：患者術後出現肛門疼痛及墜脹感覺，查無器質性病變，考慮手術後導致臟腑氣血受損，脾氣虧虛致氣陷，氣血不榮、不暢，發為肛門墜脹。故治療以益氣補血為主，輔以健脾燥濕、行氣導滯。方中重用黃芪補氣，黨參、炒白朮、茯苓益氣健脾，配伍熟地黃、當歸、炒白芍、雞血藤等養血補血，輔以木香、陳皮、青皮、枳殼、丹參等行氣活血，焦山楂、生麥芽、雞內金等健脾和胃，消食導滯，槲寄生、山萸肉、菟絲子補肝腎兼去風濕，桃仁活血通絡，白芷燥濕祛風，海螵蛸引藥入血。全方以補益氣血為主，輔以健脾燥濕、補腎祛風濕、行氣導滯、活血通絡等藥，起到了標本同治的較好療效。

6 結語

功能性肛門墜脹症為慢性疾病，病因不明，病機複雜，多為本虛標實，很難在短期內治癒，不得急於求成。治療應從整體出發，遵循標本兼治的原則，以平為期，使患者的氣血得複，運行得暢，絡脈得養後本病方能獲愈。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All rights reserved

參考文獻：

[1] 世界衛生組織國際分類家族合作中心, 國家衛生計生委統計信息中心, 中國醫院協會, et al. 疾病分類與代碼. 中華人民共和國國家衛生和計劃生育委員會;中國國家標準化管理委員會, 2016: 928.

[2] 史仁傑. 肛門墜脹久治不愈，新思考[J]. 江蘇衛生保健, 2020, (04): 13.

[3] 張曉燕, 徐朋朋, 路通. 肛門墜脹病因病機中醫古籍文獻整理研究[J]. 中國肛腸病雜誌, 2020, 40(04): 78-79.

[4] 王雲, 魏志軍, 吳喜華, et al. 升督平木湯治療腰骶神經源性肛門墜脹133例[J]. 臨床合理用藥雜誌, 2019, 12(20): 170-171.

[5] 陶美, 蔡增進. 中醫治療肛門墜脹研究進展[J]. 實用中醫藥雜誌, 2020, 36(09): 1239-1241.

[6] 郭海, 高尚明, 龔婕寧, et al. 補益中氣法治療肛門墜脹的經驗[J]. 吉林中醫藥, 2011, 31(10): 954-955.

[7] 史仁傑. 「直腸切診」初探[J]. 江西中醫學院學報, 2010, 22(05): 42-44.

[8] 張洪德. 倪宣化調治氣血學術思想舉要[J]. 四川中醫, 1994, (11): 1-2.

Abstract: In recent years, the number of patients with functional anal dilatation has been increasing gradually, mainly in middle and elderly patients, which has become a

common disease syndrome in anorectal department. At present, there is still a lack of effective and unified clinical diagnosis and treatment for anal dilatation without obvious causes. According to the experience of long-term diagnosis and treatment of this disease, Professor Shi Renjie believes that the deficiency syndrome is mostly characterized by deficiency of qi and blood, with deficiency of qi and blood as the main syndrome, with deficiency of spleen, stagnation of qi or dampness accumulation as the main syndromes, and the treatment is mainly to replenish qi and benefit blood, supplemented by Yang raising, humidification and stagnation.

Key words: Anal dilatation · SHI Renjie, invigorating qi and blood · clinical experience

（編委：黃賢樟審校2024.04.16）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved