

丁泽民治疗痔病临证经验探析

王业皇¹ 吴燕兰²

(1.南京市中医院,江苏南京 210001; 2.南京中医药大学,江苏南京 210029)

摘要 痔病是临床上最常见、最多发的肛肠疾病,运用中医特色疗法对其进行内服、外治、手术等治疗是中医肛肠科的一大优势。丁泽民教授根据整体观念,归纳了痔病的4种病机:风伤肠络、湿热下注、气滞血瘀、脾虚气陷,重视问诊、指诊,通过脱出物的颜色、血色与疼痛程度辨别虚实寒热。对痔病的治疗,丁老认为无症状的痔不需要治疗,只有合并脱垂、出血、嵌顿和血栓等症状或体征时才需要治疗,只有在保守治疗无效后才考虑手术治疗。内治以清热燥湿、调理气血为主,外用中药熏洗、敷药,创制分段齿形结扎疗法治疗晚期内痔及环状混合痔。同时对祖传药方不断筛选,研发了多种治疗痔病的外用及内服成药,均有很好的临床疗效。

关键词 痔 中医病机 中医诊断 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R266

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)04-0001-04

丁泽民(1919-2014),江苏江都人,丁氏痔科第八代传人,从事中医临床、科研、教学70余载,为全国第一批老中医药专家学术经验继承工作指导老师、江苏省名中医,被中华中医药学会授予“国医楷模”称号。他创建了我国第一个中医肛肠学会并任首任会长18年,创建了我国第一个全国中医肛肠医疗中心——南京市中医院肛肠科。他提出“功能为先”的现代中医肛肠疾病重要诊疗理论,创立了分段齿形结扎疗法、定向分段挂线法、切开挂线缝合旷置术等术式,研制了30多种专科制剂,临床疗效显著。主持或参编多本肛肠病学、中医外科学著作,主持开展了卫生部及省市级课题数十项,其中13项成果获奖。

痔病是肛管直肠末端的肛垫组织发生的病理改变和(或)异常移位,是临床上最常见、最多发的肛肠疾病。临床上根据发病部位不同主要分为内痔、外痔以及混合痔。中医对痔病的治疗分内治、外治和手术三种。内治法以口服药物为主,主要以清热解毒、凉血祛风、除湿活血、消肿止痛为原则;外治法主要有熏洗法、外敷法、枯痔钉法;手术法则包括注射法、结扎法、切除法。丁泽民教授认为,肛肠疾病虽小,但病情复杂多变,患者的症状、体征也是多样性的,不可能用一种固定的术式、方药来解决所有的痔病问题。1979年痔专题研讨会结束时,大会主席 Marino 总结指出:不要治疗没有肛门症状的体征,也不要治疗没有肛门体征的症状^[1]。丁老亦认为,无症状的痔不需要治疗。临床实践中,丁老强调症状与体征并重、局部与整体相结合的辨证方法,内治与外治结合的治疗手段,短程速效与目标治疗相结合的创新思维,因人而异的个体化治疗方案,强调祛除病灶,力求根治的同时要注意保护肛门功能。

1 病机探讨

痔的病变虽在肛门,但丁老认为痔的发病应从整体考虑,多因阴阳失调、脏腑气血虚损,再加湿热风燥等邪之作用和情志内伤、饮食起居等影响所致,其病机大致可归纳为以下4种:

1.1 风伤肠络 《东医宝鉴》言:“风邪乘虚下注,轻则肠风下血,重则发为痔瘻。”风邪内客肠道,入里化热,内迫大肠,损伤血络,则可致肠风下血。其特点为血色鲜红,点滴而下或呈喷射状,且时发时止。

1.2 湿热下注 《疮疡经验全书》指出:“饮食不节,醉饱无时,恣食肥腻,胡椒辛辣……乃生五痔。”饮食过饱,食用肥腻炙薄之味,易生湿积热。湿邪有趋下、重浊黏腻的特点,湿与热结,下迫肛门,可刺激肛门直肠黏膜,使之充血灼痛,甚至出血。其特点为血色鲜红,质稠量较多,或伴大便黏滞不爽,肛门灼热。

1.3 气滞血瘀 《外科启玄》中记载:“夫痔者滞也,盖男女皆有之。”认为痔的主要病机是气滞血瘀,湿、热、风、燥是导致瘀血浊气积于大肠的根源。对包括炎性外痔、嵌顿内痔的急性肛门肿痛,气滞血

瘀、经络不通是主因。其特点为肛门疼痛,痛如针刺。

1.4 脾虚气陷 饮食过量,超过机体的消化能力,导致脾胃失常、中气不足或脾失统血而生痔疾。其特点为便血反复发作,血色鲜红,质稀薄,或肛内肿物经常脱出,不能自行回纳。

2 诊断特色

2.1 问诊 丁老诊病时,以问诊为第一应诊方式,围绕主诉,搞清本次就诊的目的。如问便血应询问便血量、出血方式、颜色、质地及持续时间;若问脱出,必须询问脱出肿物的大小、病程长短、诱发因素、与排便的关系和伴随症状。通过对这些证候信息的采集,从整体了解与主证相关的生活质量,有助于痔病的辨证施治。

2.2 指诊 丁老非常注重肛门指诊,检查时应将食指涂以石蜡油,尽可能深地插入肛内,依一定顺序反复上下触诊,并注意观察手套有无血染。肛内指检对判断肛门括约功能及有无直肠中下段肿瘤十分重要,也可识别器质性疾病与功能性疾病,判断症状与体征是否相符,观察肛门松紧程度与脱出是否能回纳等。

2.3 断病 辨证方法主要采用虚实辨证。若先血后便颜色鲜红,为“近血”,常见于肛门直肠疾病的出血,实证多见;若先便后血,颜色黯紫,为“远血”,多为肛管直肠以上部位出血,虚证多见。若便血色鲜红,质地稠厚,常为实热证;血色淡红,质稀薄,常为虚寒证。便血暗红不伴黏液多为虚证;血色暗红伴有黏液,多为湿热证。若脱出物色红或紫,嵌顿肛缘,系实证,多由湿热下注、气血不畅所致;脱出物色淡红,或表面肥厚增生,经常脱出,脱出后不能自行回纳,多为虚证,常由脾虚,中气不足,承托无力所致;脱出物色紫暗,嵌顿于肛缘,不能自行纳入,疼痛较甚,多为气血受阻之瘀血证。

3 治疗经验

丁老认为无症状的痔不需要治疗,只有合并脱垂、出血、嵌顿和血栓等症状或体征时才需要治疗,只有在保守治疗无效后才考虑手术治疗,解除痔的症状较改变痔的大小更有意义,认为痔病虽然是局部病变,但除用手术局部治疗外,还应从中医整体观念出发,内治与外治相结合、辨病和辨证相结合^[2]。医生应根据经验和设备条件采用对患者最为有利的治疗方法,治疗时必须遵循“先保守,后手术”,简单、安全、有效、经济的原则选择适当的方法,针对痔的症状进行治疗。

3.1 内治法

3.1.1 清热燥湿、调理气血为主法 正如《医宗金鉴》对痔疾发生原因的概括:“痔疮形名亦多般,不

外风湿燥热源。”一般来说,痔病发生的主要原因为风、湿、燥、热所致的气血不调,故其治疗主法不外清热燥湿、调理气血。对于血栓性外痔、炎性外痔、嵌顿内痔等表现为肛门疼痛,证属气滞血瘀者,丁老喜用止痛如神汤,治疗以活血化瘀、行气止痛,常用药有:桃仁、皂刺、防风、秦艽、当归、陈皮、赤芍、大黄等。对于因痔所致的大便带血,证属风伤肠络者,丁老擅用凉血清肠法,常用方为痔血合剂,常用药有:当归炭、细生地、地榆炭、槐花炭等。对证属湿热下注所致的便血、脏毒下血,伴有肛门水肿、灼热坠痛者,丁老喜用榆槐脏连丸加减,清化湿热、凉血止血,常用药有:黄连、黄芩、槐角、炒槐米、地榆炭、生地、当归、赤芍、荆芥等。对便血日久,伴有脾虚症状者,则用补气摄血汤益气养血止血,常用药有:党参、黄芪、白术、茯苓、阿胶、当归等。^[3]

3.1.2 下病取上治痔病 肛肠病变部位虽在局部,但丁老在临证时更强调整体辨证,不能见痔就治,而要从整体观来认识痔病的发生、演变过程。对肺热下迫之痔核脱出、嵌顿,舌苔黄腻者,丁老认为肺与大肠相表里,肺系疾病常可通过经络的传导导致肛肠疾病,治疗时可采取下病取上、肠病治肺的方法。丁老喜用杏仁、桔梗、升麻以辛凉泻肺,辅以黄芪、升麻益气升提,佐以芍药、甘草缓急止痛,柴胡既能发散风热,又能开举阳气,诸药合用能使肺之气道通畅,肠之经脉调和,热清气畅则肿消痛减。

3.2 外治法 内服药可通过整体的调节,达到治疗的目的,但丁老特别强调内外并治的重要性,认为局部用药可使药物直达病所,不但可以配合内治法以提高疗效,而且某些痔病可直接通过外治法而治愈。常用外治法有熏洗、敷药等。

3.2.1 熏洗法 又称坐浴法,是指将药物加水煎煮或用开水浸泡后,趁热熏蒸,熏后用药液洗涤患处的治疗方法,适用于痔急性发作、局部肿痛、痔病术后等。对于血栓外痔、炎性外痔,丁老喜用清热燥湿消肿的消肿洗剂坐浴,辅以清凉膏、消炎膏外敷活血散瘀,清热消肿止痛,在坐浴后,还可配合微波、神灯照射收涩消肿。对于痔病术后患者,丁老擅于辨证选用以清热利湿、消肿止痛为主的中药坐浴熏洗,预防术后创面出血水肿、疼痛,常用药有:蒲公英、生侧柏叶、花椒、苍术、苦参、黄柏、赤芍、玄明粉等。

3.2.2 敷药法 是指将药物配制成的膏药、散剂、栓剂等直接涂敷于患处,该法主要用于肛门肿痛等病证,以及术后常规换药和术后并发症的治疗。对于炎性外痔肿痛者,丁老喜用清凉膏清热解毒、凉血消肿。对于脾虚气陷型肛内肿物脱出,丁老擅用收敛固涩类药物研成细末外敷,徐徐送入肛内,常

用外用有药:诃子、赤石脂、龙骨等。另外,丁老还强调敷药的技巧:(1)区别皮肤与黏膜用药,由于清凉膏中“没药”对局部有较强的刺激作用,故一般只用于皮肤;而消炎膏对局部刺激较小,故既可用于皮肤又可用于黏膜;(2)根据局部病变情况,采取不同固定方法,对于脱垂性痔病或术后创缘水肿,可采用加压包扎来缓解脱出和水肿的症状。

3.3 分段齿形结扎疗法 祖国医学关于痔的结扎疗法的论述异常丰富,早在长沙马王堆汉墓出土的帛书中即有论述:“牡痔居窍旁……以小绳,剖以刀”,这也是人类最早的关于痔结扎疗法的记载。宋代《太平圣惠方》:“用蜘蛛丝,缠系痔鼠乳头,不觉自落。”在继承传统结扎疗法,吸收开放性痔核切除术的基础上,1982年丁老提出了分段齿形结扎治疗环状混合痔和晚期内痔(四个痔核以上)的手术方法,将分次手术改为一次手术,较好地解决了术后并发症与后遗症问题,大大减轻了患者的痛苦。

3.3.1 手术方法 患者取侧卧位,麻醉成功后扩肛至四指,充分暴露后查明内痔部位、数量、形态及肛管内外的病变,根据痔核的形态,设计好痔核分段以及保留肛管皮肤桥、黏膜桥的部位和数量。手术时,先将设计中的一个痔核,在内痔基底部的痔动脉区,用圆针丝线贯穿结扎内痔顶端的直肠上动脉,再在相应的外痔部分做放射状梭形切口,如外痔部分为静脉曲张,可作潜行剥离,尽量减少对正常肛管皮肤的损伤,分离至齿线上0.5cm,用弯血管钳将内痔基底钳夹,丝线钳下结扎,剪去结扎后的大部分痔组织。同法处理其他痔核,然后修整创缘,并将创面适当向外延长,以利引流。

3.3.2 注意事项 (1)注意保留皮肤黏膜及皮桥,保留齿线感受器:根据痔核的自然情况,设计好痔核分段以及保留肛管皮桥、黏膜桥的部位与数量,一般保留3~4条肛管皮桥、黏膜桥,每条肛管皮桥的宽度不小于0.5cm,黏膜桥的宽度在0.2cm以上。肛管皮桥与黏膜桥应尽可能保留在痔核自然凹陷处,并呈较均匀的分布。(2)错位结扎,维持一定的肛管口径:痔核下端分离及结扎顶点的连线均呈曲线(不在一个水平面上),以保证内痔脱落后的创面呈齿形;在内痔根部的痔动脉区,贯穿结扎内痔顶端的直肠上血管,既可阻滞痔区的血液供应,又起到悬吊作用,可延缓痔的复发。(3)放射状切开,必要时作后正中切开减压:外痔部分做放射状的梭形切口(肛管内切口应平行于肛管),对于肛管较紧缩的病例,可在后正中切开内括约肌下缘。此法由于保留了肛管皮桥、黏膜桥,进行了齿形分离结扎,避免了环状瘢痕狭窄,减轻了术后疼痛与水肿。

4 方药研发

丁老精研中医理论,对祖传药方不断筛选,研发了数种痔病外用及内服成药。

4.1 痔血合剂 药物组成:当归炭、细生地、地榆炭、槐花炭、炒枳壳、黄芩炭、侧柏炭、鸡冠花、仙鹤草、生甘草、荷叶炭。方中槐花、侧柏、黄芩、枳壳乃取槐花散之意,具有清肠止血之效;鸡冠花、仙鹤草、荷叶凉血止血;生地、当归和血调营;生甘草调和诸药。诸药合用具有凉血清肠之效,且本方炭剂较多,故止血效果显著。现代药理研究证明炭剂较原生药更能缩短出血时间。临床主要用于各期痔疮、肛裂、直肠息肉出血,辨证属实证之风热燥邪伤络者,每次30mL口服,1日2次。脏毒下血,血色污浊者,禁用。

4.2 消肿洗剂 药物组成:苍术、黄柏、赤芍、大黄、野菊花、五倍子、川乌、草乌。方中大黄、赤芍、黄柏、野菊花活血、清热利湿,苍术、五倍子燥湿收敛,川乌、草乌消肿止痛,全方共奏活血、消肿、止痛之功。适用于肛门水肿、血栓外痔疼痛、肿胀者^[4]。每次取50~80mL加温水熏洗、坐浴,每日1次。

4.3 消炎油膏 药物组成:飞甘石、滑石、血竭、朱砂、乳香、铅丹、梅片。上述中药共研细末,用凡士林调成20%~30%的油膏。方中飞甘石收湿生肌,滑石清热收敛,血竭生肌敛疮、散瘀止痛,朱砂清热解毒,乳香消肿生肌、活血止痛,梅片通窍散郁火,诸药共奏清热解毒、消肿生肌、活血止痛功效。适用于内痔插钉或注射术后肛门坠胀者,使用时用棉条蘸药膏,塞入肛内。^[5]

4.4 清凉膏 药物组成:青黛、血竭、乳香、没药、冰片等。上述中药共研细末,用麻油或凡士林调成膏剂。方中青黛清热凉血散肿,血竭、乳香、没药消肿破血定痛,冰片清凉散湿止痛,全方共奏清湿热、消瘀血、止肿痛之功。适用于炎性外痔,术后肛缘水肿者,每日外敷。开放伤口忌用。^[6]

5 验案举隅

5.1 内外并调治疗嵌顿痔

于某,男,44岁。2006年1月17日初诊。

肛门胀痛3天。3天前始出现肛门胀痛不适,便后有肿物脱出肛外,不能回纳,便血偶见,量少,色鲜红。大便每日1次,质偏干。肛周均见跨齿线肿物脱出,黏膜皮肤均见水肿。肛门指检括约肌痉挛,肛门收缩紧,食指难以插进。舌嫩、苔薄白,脉弦。诊为:环状混合痔伴嵌顿,证属气滞血瘀。治拟活血化瘀、行气止痛,兼以清热燥湿。方拟止痛如神汤加减,处方:

秦艽 5g,熟军 10g,泽兰泻(各)10g,防风 10g,苍术 10g,当归 10g,皂刺 6g,槟榔 12g,黄柏 10g,陈

皮 5g,槐米 10g,甘草 3g。水煎服,每日 1 剂。

另:消肿洗剂 50~80mL 中加入适量温开水坐浴,并用清凉膏适量外敷,辅以微波治疗,均每日 1 次。

复诊:用药 7 剂后,肛门肿物脱出肿胀症状明显减轻,水肿渐退,大便正常。舌淡红、苔薄黄微腻。药证相合,原法守治,停内服药,坐浴、外用药物及物理治疗继续。

三诊:肿痛症状基本消失,大便正常,仍有肛门肿物脱出,但无水肿。舌淡、苔薄白。药后症状消失,可择期行手术治疗环状混合痔。

按:本案系嵌顿痔案例。患者饮食不节,脾胃为之所伤,湿热内蕴脾胃,下注魄门,筋脉横解,冲发为痔,脱出肛外,久而不能回纳,故而嵌顿,经络不通,不通则痛。环状混合痔伴嵌顿,痔疮脱出,不能回纳,故而嵌顿,往往肛门一周均有水肿疼痛,此时若手术治疗,范围极大,对肛周皮肤损伤过大,不能很好地保留皮桥,极易造成肛门狭窄,故治疗宜先行保守治疗。单纯内治极难奏效,需内外并治,内以清热燥湿活血止痛剂内服,外以清热燥湿消肿方剂坐浴,辅以清凉膏外敷,加上微波治疗收涩消肿,疗效肯定,往往可以使得嵌顿水肿减轻,肿痛缓解。该患者舌嫩、苔不黄腻,初诊未见明显湿热之象,但局部水肿明显,乃湿热下注之象,故丁老舍脉从证,内外并治。

5.2 分段齿形结扎治疗环状混合痔

罗某,女,48 岁。2006 年 3 月 15 日初诊。

便后肛门肿物脱出 18 年。患者 18 年前开始出现便后肛门肿物外脱,不能回纳,伴便血,色鲜红,点滴而出,时有肛门疼痛坠胀。大便困难,1~2 日 1 次,便质干。平素语音低弱。肛门局部望诊:肛缘不平,一圈均见跨齿线肿物脱出,以截石位 1、3、5、7、9、11 点为甚,大小约 4cm×3cm,黏膜外翻。舌淡、苔薄白,脉濡。诊为:环状混合痔。治拟益气升提,内外并治。予环状混合痔分段齿型结扎术。手术方法:(1)于截石位 6 点切断内括约肌;(2)将截石位 7 点痔核横行切开,向下潜行剥离外痔,向上剥离内痔至齿线上 0.5cm,7 号线结扎,剪除内痔核,修剪外痔皮肤,用丝线将其与黏膜缝合;(3)同法处理其他痔核,注意结扎点保持不在同一水平面。

复诊:术后 7 天复诊,肛门无疼痛坠胀感,亦无肿物外脱,伤口尚未愈合。舌淡红、苔薄白,脉弦。继续换药、坐浴、引流。换药时以消炎膏、油纱条纳肛。便后用坐浴洗剂兑水 800mL 坐浴。

三诊:7 天后再次复诊,结扎线已脱落,伤口愈合。舌淡红,苔薄白。继续坐浴治疗。

按:本案系虚证环状混合痔患者。患者饮食所

伤,脾胃受损,中气不足,脾虚固摄乏力,所以肛门肿物脱出;中气虚弱,不能统血,血溢脉外,故而便血;语音低弱,脉濡,亦为中气虚弱的表现。患者病久气血不足,升提乏力,故而发病,治疗应以外治为主,单纯内治,恐难收效。手术时应当注意各切口间保留足够皮肤桥、黏膜桥;痔核下端分离及结扎顶点的连线注意不在同一水平面上,使痔核脱落后创面呈齿形状,避免环状瘢痕狭窄,减轻术后疼痛与水肿。此外,丁老认为根据肛管组织特点,创面可部分缝合,部分开放,原则上应尽可能多的保留皮肤,保护肛门功能。

6 结语

丁老认为,痔病虽在局部,局部的检查固然十分重要,但诊疗时更应注意整体辨证,从整体观来认识疾病的发生、演变过程,根据痔病的不同阶段所表现的症候进行辨证论治。而具体方法的选择应注意内治法与外治法相互配合,既要注意整体的调理,又要注意局部的治疗,做到内外并治,药术并施。医学不断发展,创面小、痛苦小、后遗症少、治愈率高越来越成为人们关注的目标。丁老一直没有停止探索的脚步,强调外科手术的境界是用最小的创伤解决最大的问题,为此他始终坚持肛门手术的微创化。从环切术治疗痔病到外切内扎术,再到超声多普勒引导下痔动脉结扎术,都是丁老关注科学技术的飞跃,并迅速将之应用于临床的结果。

参考文献

- [1] Marino WM. Anorectal surgery hemorrhoids. Dis Colon Rectum, 1980, 23(4): 211
- [2] 王业皇. 丁泽民老中医临证经验及学术思想研究. 首届国际中西医结合大肠肛门病学术论坛暨第十二届全国中西医结合大肠肛门病学术会议论文集. 北京: 中国中西医结合学会, 2007: 5
- [3] 王业皇. 丁泽民肛肠病治法特点初探. 南京中医学院学报, 1993, 9(4): 23
- [4] 吴震, 张金浩. 消肿洗剂的制备及临床观察. 时珍国医国药, 2001, 12(9): 799
- [5] 吴金萍. 消炎膏用于痔裂术后 110 例. 中医外治杂志, 2001, 10(2): 18
- [6] 郑雪平, 王业皇, 丁义江, 等. 清凉膏治疗肿痛型外痔的临床观察. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(8): 719

第一作者: 王业皇(1956-), 男, 教授, 主任医师, 硕士研究生导师, 丁泽民名老中医药专家传承工作室传承人, 从事结直肠外科疾病中医诊疗研究。

通讯作者: 吴燕兰, 硕士研究生. 542421670@qq.com

收稿日期: 2014-12-22

编辑: 吴 宁