

丁泽民治疗肛门直肠痛临证经验探析

丁义江 丁曙晴 陆 铤

(南京中医药大学第三附属医院, 江苏南京 210001)

摘要 功能性肛门直肠痛是发生在肛门和/或直肠的非器质性的特发性疼痛, 是一种较常见且难治的肛门疾病, 目前并没有疗效确切的治疗方法。丁泽民教授认为, 辨治本病应以辨痛为先, 整体与局部兼顾, 首分虚实, 再辨寒热、气血; 湿热为本病主要病理因素, 临床应辨清湿热轻重; 情志因素为本病重要诱因。在治疗方面, 除辨证施治以外, 应注意心理疏导, 以调畅患者情志; 对于气滞血瘀致痛应以通为用, 气血兼顾; 对于缺血性疼痛属中医不荣则痛者, 应重用滋阴、补血、柔肝之品; 可结合针灸治疗, 根据病因病位选穴, 联合移神定痛和循经远取的原则。

关键词 肛门直肠痛 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R266 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)10-0001-03

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。

肛门直肠痛是发生在肛门和/或直肠的非器质性的特发性疼痛。较之器质性的疼痛, 这种非器质性的疼痛病因、病位不够明确, 但临床上颇为常见, 且治疗甚为困难。丁泽民教授根据多年治疗疼痛的经验认为, 西医镇痛与中医镇痛的机理不同, 临证时不能单一以西医思维模式来诊治痛症。吗啡类西药镇痛作用虽然随剂量加大而增强, 但其副作用也随之上升, 且由于成瘾性不宜长期应用, 而肛门直肠痛使用此种镇痛剂难以完全治愈。中医对疼痛的认识和治疗历史悠久, 独具特色优势。丁老认为, 中医治疗本病, 应首先辨清寒热虚实, 湿热轻重, 治疗时除辨证论治外兼顾患者情绪, 可配合针灸治疗。

1 病因病机

丁老指出, 尽管肛门直肠痛的病变部位在肛管直肠, 但与五脏六腑都有密切关系, 应在整体观指导下, 注重整体与局部辨证, 抓住引起疾病的主要矛盾。在临床治疗时, 应进行详细辨证, 首分虚实, 再辨寒热、气血。

1.1 寒热虚实 凡肛门疼痛由湿热或湿毒所致者,

病程短, 疼痛剧烈呈持续性, 属实证; 脾虚津枯或阴虚肠燥者, 病程较长, 其痛往往反复发作, 时轻时重, 以虚证为多; 而病程日久往往多虚实相杂或虚实转换。疼痛有灼热感而喜凉者, 多属热证; 疼痛有冷感而喜暖者, 多属寒证; 疼痛部位游走不定, 或走窜作痛者, 多属气滞; 痛如针刺, 痛处固定不移、拒按, 夜间痛甚者, 多属血瘀^[1]。

1.2 湿热轻重 中医认为肛门处于身体下部, 湿热下注会引起肛门坠痛。对于湿热的轻重关系, 丁老常说中医并非没有量化, 对于湿热的程度是可以区别的。例如: 患者的舌苔表现为白腻苔则热邪轻, 表现为黄腻苔则热邪重; 患者脉象为濡缓脉多为湿邪重, 数脉则多为热邪重。此外, 患者的自身感觉同样要予以重视, 如患者感觉口甜多为湿邪偏盛。

1.3 情志、痰湿诱发 中医认为, 郁怒、思虑、悲哀、忧愁等情志异常可导致肝失疏泄、脾失运化、心神失常、脏腑阴阳气血失调。《灵枢·口问》: “悲哀愁忧则心动, 心动则五脏六腑皆摇。”情志不舒, 气机郁滞, 则心神不定, 志意存变, 诸证狐疑, 发为郁症。丁

基金项目: 2010 年国家中医药管理局丁泽民全国名老中医传承工作室建设项目基金资助; 2012 年国家中医药管理局丁义江全国名老中医传承工作室建设项目基金资助

老认为,痛病发生常与风、寒、湿、燥、热、气、郁痰七种因素有关,而郁痰为痛病重要病机之一。患者病程长,常会发生心理障碍,情志不舒又会加重机体疾病,同时致肝失疏泄,肝气郁结,木不疏土,则脾失运化,水液泛滥,痰湿内生,出现诸如情志抑郁、悲伤欲哭、喉中梗阻、胸闷呕恶、腹胀纳差、神疲乏力等症。临床中多见本病患者自觉肛门坠胀,就诊频繁,多处求治,常言肛门部坠胀,或感麻木,或感灼热,或有异物感,或疼痛难忍,伴情绪不稳、精神萎靡、悲观、食欲减退、失眠、头晕、乏力等,称之为肛门直肠神经官能症,症状可随情绪波动而变化,意识转移或暗示治疗病情可减轻。

2 治疗

2.1 辨证施治 丁老治疗由热毒引起的肛门直肠痛,善于因势利导,利用中医外科消、托、补的治疗大法。如突然肿痛,持续加剧,肛周红肿触痛,表面灼热,舌红、苔薄,脉数者,多为火毒蕴结,治疗以清热解毒、活血消肿为主,应用仙方活命饮加减;肛门肿痛数日,痛如鸡啄,夜卧不安,伴有发热恶寒、口干、大便秘结、小溲困难、肛周红肿、舌苔黄腻、脉弦紧者,系热毒炽盛证,治以透脓托毒,给予托里透脓散加减。同时辅以外治法,如予丁老研发的消肿止痛洗剂(药物组成:苍术、黄柏、赤芍、大黄、野菊花、川草乌)煎液熏洗^[2],予乌莓莓软膏外敷,内外同治,疗效可靠。

对于由湿热引起的肛门直肠坠胀,根据湿和热的不同程度,丁老在方剂中经常灵活加用杏仁、薏仁健脾化湿、降肺气,藿香、半夏、厚朴燥湿,车前子、泽泻、滑石通利小便,黄芩、栀子清热燥湿、泻火解毒。

2.2 祛郁化痰 由于本病常与情志因素有关,往往需要精神心理医生的参与,给予心理疏导或短期抗抑郁焦虑药物干预。丁老常耐心做好病人的心理疏导,以解除患者的心病,往往郁证一除,痛证即愈。丁老认为本病多为“痰”作祟,治疗上当采取疏肝解郁、健脾化痰,急去其“郁”、“痰”之标,待标实证缓解后,再增治本之品,即可取得满意疗效。故丁老临证遣方用药,每多投之以郁金、玫瑰花疏肝解郁,菖蒲、半夏、佩兰、茯苓豁痰化湿。《内经》曾云:“四肢禀气于胃”,“脾主四肢”。脾胃困损,生化乏源,运化功能低下,津液、精血输布运化障碍,水液不化则蕴湿生痰,因此在治疗时,要注意健脾,以滋生化之源,预防痰湿内生。

2.3 以通为用 《素问·至真要大论》云:“结者散之,留者攻之……逸者行之。”不通则痛,有形、无形都可以造成不通,气滞血瘀亦可产生痛症。中医对疼痛主要治疗大法为“通则不痛”,然而“通”法寓意广泛,凡能祛除病邪、消除气血津液运行阻滞、协调脏腑功能的方法都属此范畴,即包括实者泻而通之,虚者补而通之。气滞血瘀所致的疼痛,不仅要注重调气,一般都是升降出入并用,方能正常运转。但需注

意气血关系,气为血之帅,血为气之母,气行则血行。对此丁老认为可理解为功能与物质之间关系。功能是主要的,功能推动血的产生运行,血为功能提供主要的物质基础。有瘀血会产生疼痛,因此,活血化瘀能止痛。但活血化瘀方药应用的同时应注意与其他药物的配伍。血瘀证也分新病、久病、寒热虚实,其形成有很多原因,在血瘀证辨证诊断的同时,应注意同时合并的其他兼证,如气滞、寒凝、痰浊、气虚、阴虚、阳虚等等,临床运用活血化瘀方药治疗本病的同时,应相应合理地配伍其他治法,如补气、行气等。

2.4 擅用补法 中医认为不荣则痛,对于因痉挛缺血或术后血虚的痛证,应重用滋阴、补血、柔肝之品。如脾弱津枯型,临床表现为肛门隐痛,经常发作,大便干燥难解,伴纳谷不佳,神疲乏力,舌淡、脉濡;治则:健脾生津、润肠止痛;例方:丁老研发之润肠合剂^[2],药物组成:桃仁 4.5g,麻仁 12g,生大黄 6g,羌活 3g,归尾 4.5g,熟地 9g,杭白芍 6g。阴虚肠燥型,临床表现为肛门疼痛,痛如针刺,大便干燥如栗,欲解难下,口干心烦,舌红少苔,脉细数;治则:滋阴润肠;例方:知柏地黄丸合增液汤,或清燥合剂^[3],药物组成:银花藤 9g,连翘 12g,天麦冬(各) 60g,大生地 9g,黄连 1.5g,灯草 3g,莲芯 1.5g,绿豆 30g,玄参 9g,生山栀 9g,生甘草 1.5g。

2.5 针灸疗法 中医善用针灸治疗慢性躯体性疼痛,实证治法应祛邪通络、行气活血,虚证治法应温养脏腑、濡养经脉。选穴应遵循循经远道选穴、局部选穴、对症选穴的原则。对于急性肛门痛,针对病因病机以祛邪为主,循经远取与局部选穴相结合。对于慢性肛门痛也需针对病因病位选穴,联合移神定痛和循经远取,视局部是否有病理变化,适当结合局部选穴。通督调神以解郁,宁心移神以止痛。丁老常选用穴位有:肝俞、肾俞、大肠俞、百会、中髎、下髎。

3 病案举隅

3.1 清化活血治疗肛门直肠痛

戴某,女,26岁。2005年7月21日初诊。

肛门疼痛半年。患者半年前始出现肛门疼痛不适,以便时为甚,无便血及肛门肿物脱出,大便正常,日行1次,时有轻度肛门坠胀,时有两侧下腹隐痛不适。肛门局部望诊无异常。指诊肛门左右两侧肛窦处触痛明显。舌淡红、苔黄腻,脉弦滑。诊断为肛门疼痛(肛窦炎)。治拟清热燥湿,活血止痛。处方:

黄柏 10g,赤芍 12g,防风 10g,皂刺 10g,桃仁 10g,当归 10g,延胡索 10g,牛膝 10g,徐长卿 10g,制乳没(各)5g,炙甘草 5g。7剂。水煎服,日1剂。

中药保留灌肠,处方:连翘 12g,赤芍 12g,防风 10g,细辛 3g,制乳没(各)6g,黄柏 10g。每晚1剂。

复诊(2005年7月28日):用药7剂后,肛门疼痛明显缓解,无肛门坠胀等,舌淡红、苔薄黄腻,脉

弦。药证相符,治守原法。原方再进7剂,并同时保留灌肠。后症状消失。

按:丁老认为湿热为本病主要病理因素,临床应辨清湿热轻重。本案患者青年女性,正气充足,平素喜食辛辣之品,“肥甘过剩,乃生痰液”,湿热内蕴脾胃,下注魄门,阻碍气机,气机运行不畅而致血脉瘀阻,是为“不通则痛”,故见肛门疼痛不适,以便时为甚;湿性黏滞,易阻气机,下焦气机运行失调,故见时有轻度肛门坠胀,时有两侧下腹隐痛不适。结合舌苔、脉象,舌淡红、苔黄腻、脉弦滑为湿热实证,且以热为主。治疗当以清热化湿为主,辅以活血止痛,当宗仙方活命饮方意,酌加少量活血定痛之品。本方以“治疮痛不可忍者”(《用药心法》)之黄柏为君药,大苦大寒,专清下焦湿热。然单用清热解毒,则气滞血瘀难消,疼痛难解,非通络走窜之品不可为也。配伍赤芍作用有二,一者清血分热,二者活血止痛;桃仁、当归活血养血兼有润肠之效;乳香、没药行气活血通络,消肿止痛;徐长卿利水消肿,活血解毒;延胡索活血行气止痛,兼能安神。上述诸药共为臣药。肿痛初起,其邪多羁留于肌肤腠理之间,更用辛散的防风相配,通滞而散其结,使热毒从外透解;皂刺通行经络,透脓溃坚,可使脓成即溃,与防风共为佐药。甘草清热解毒,并调和诸药。诸药合用,共奏清热解毒、活血止痛之功。用药7剂,配合中药灌肠加强清热活血止痛之功,患者肛门疼痛明显缓解,结合舌脉,仍有余邪未尽,原方再进7剂,以善其后。

3.2 益气升提治疗肛门坠胀

王某,女,55岁。2006年2月9日初诊。

肛门坠胀疼痛半年加重2个月。患者半年前开始出现肛门坠胀疼痛,大便不能1次排空,伴有腹痛。曾自行服用各种保健品,无明显效果。2个月前开始症状加重。纳可,舌淡红、苔薄白微腻,脉细弦。排粪造影示:直肠前突Ⅰ。诊断为肛门坠胀(盆底功能障碍)。治拟益气升提,佐以养阴补肾。处方:

炙黄芪25g,太子参10g,炒白术10g,枳实12g,白芍12g,柴胡5g,苡仁12g,陈皮5g,佛手片10g,女贞子10g,锁阳10g,生地12g,炙升麻10g,炙甘草5g。7剂。水煎服,日1剂。

复诊(2006年2月16日):服药7剂后肛门坠胀症状减轻,但大便仍不能1次排空。舌淡红、苔薄白,脉细弦。药证相合,治守原法。原方原量加首乌10g,水煎服,日1剂,再进7剂后复诊,症状消失。

按:丁老指出,尽管肛门直肠痛的病变部位在肛管直肠,但与五脏六腑都有密切关系,应在整体观指导下,注重整体与局部辨证,抓住引起疾病的主要矛盾。在临床治疗时,应进行详细辨证,首分虚实,再辨寒热、气血。本例结合患者病史、辅检结果,

肛门坠胀诊断明确。坠胀之为病,多责之湿热下注或中气下陷。本案患者年过五旬,正气渐弱,虚多实少,中气不足,升提乏力,固摄无权,故见肛门坠胀疼痛。大便的通畅,有赖于肾阴的滋润与肾阳的温煦。《素问·阴阳应象大论》曰:“年四十而阴气自半也,起居衰矣”,况患者年过五旬,坎水渐亏,不能濡养大肠,故见大便不能一次排空、脉细弦等。结合舌淡红、苔薄白微腻、脉细弦,证属中气下陷,辅以肾阴不足。考虑患者年至更年期,肾阴多不足,故佐以养阴补肾。初诊全方以补中益气汤加减。以补气升阳,功补三焦之黄芪为君药;益气养阴、补益脾肺之太子参,健脾燥湿、益卫固表之白术为臣药,与君药合用,健脾益气之力大增。柴胡、升麻功专升阳举陷,使沉陷之中气有升举之机,阳升则万物生,清升则阴浊降;全方补益升提之品甚多,加陈皮、枳实行中焦气机,补而不滞;白芍柔肝养血,敛阴止痛;生地、女贞子滋阴补肾,滋水涵木;锁阳温龙火,“阴得阳生而泉源不竭”,兼以润肠;患者阴精素虚,肝阳偏亢,故见脉象细弦,配以佛手疏肝行气;患者苔微腻,加之投以滋腻之生地,恐生内湿,故以甘淡渗利之薏仁作为佐制。上述诸药共为佐药。甘草益气和,调和诸药,是为使药。诸药相合,共奏补气升阳、滋阴补肾之功。7剂药后,肛门坠胀减轻,唯排便难以一次排空,说明药已对症,遂取原方加“主治五痔……益精髓”之首乌10g,滋阴养血,兼以润肠,终获全功。临床上治疗该类疾病时,实证多从湿热论治,虚证多从脾论治,同时应结合患者自身所处阶段及体质予以加减,从根本解决问题是为妥善之法。

4 结语

《临证指南医案》云:“立法之所在,即理之所在,不遵其法,则治不循理矣。”丁老临证立法拟方严谨,善用古方,知常达变,不拘一格,疗效显著。丁老治疗肛门直肠痛非常重视疾病病机,既重中医理论,又重患者的实际病症,善于抓住主要矛盾,又顾兼症,整体与局部结合,审证求因,从清利湿热、活血化痰、从痰论治、针药结合方面为我们治疗肛门直肠痛症提供了一些临床诊疗思路与方法。

参考文献

- [1] 王业皇.丁泽民学术思想与临证经验研究.南京:东南大学出版社,2007:34
 - [2] 丁义江.丁氏肛肠病学.北京:人民卫生出版社,2006:198
- 第一作者:丁义江(1946—),男,博士,主任医师,教授,博士生导师,丁泽民全国名老中医传承工作室继承人,“丁氏痔科”第九代传人,研究方向为中医肛肠外科。njgczx@gmail.com

收稿日期:2015-01-20

编辑:吴宁