

# 在便秘辨证与辨病中运用直肠指诊的经验与体会

史仁杰

肛管直肠指诊作为肛门直肠疾病重要的检查法,对痔、肛痿、肛周脓肿、肛门直肠肿瘤等疾病具有重要的诊断价值。笔者在临床运用直肠指诊过程中体会到,直肠指诊用得好的,也同样可掌握有关便秘的很多信息,有助于便秘的辨病与辨证。现就便秘的疾病诊断及辨证治疗中运用直肠指诊的经验与体会作一介绍。

1 便秘时直肠指诊检查的关键点 对便秘患者作直肠指诊检查时,要注意以下 8 个方面。

1.1 直肠黏膜及直肠壁 健康人的直肠黏膜在指诊时表现为光滑,适度湿润。直肠黏膜层粗糙或颗粒状增生多与慢性炎症或息肉样增生等有关。直肠黏膜表面的增生物多为息肉或肿瘤。直肠黏膜较均匀的肥厚多见于直肠克罗恩病,直肠指诊检查是初步诊断直肠克罗恩病最简捷的方法。检查直肠壁时,主要检查直肠壁内有无肿块,直肠壁是否增厚,直肠壁的紧张度,直肠前壁膨出及其程度。直肠壁增厚常见于炎症或肠壁内的包块,常见于内痔硬化注射治疗后、内痔炎症或血栓形成、内痔电钳钳夹治疗后、直肠黏膜下脓肿或高位肌间脓肿,偶见于直肠间质瘤、子宫内膜移位症等。直肠肿块的性质特点,如大小、质地、边缘、基底、活动度、触压痛等,是非常重要的疾病诊断依据。

健康人的直肠由于贮存粪便与排便的需要,本身就有一定的松弛度,有时在无排便障碍者也可扪及轻、中度的直肠壁松弛,特别是在生育过的中、老年妇女。直肠壁松弛严重者,在指诊时可发现黏膜移动度大,有折叠、堆积感。因此,笔者认为:(1)如无排便障碍症状,指诊时扪及的直肠壁松弛没有意义;即使排便障碍症状,也有直肠壁松弛,但这种直肠壁松弛也未必就是便秘的病因。便秘患者的直肠黏膜松弛大多数情况下都不是导致便秘的原因,更有可能是长期用力排便的结果。目前已经证实,大多数针对便秘患者的直肠壁松弛、黏膜内脱垂所进行的手术,其远期疗效并不理想,可能就是由于这种原因所致。(2)直肠前膨出大

多不是病理性改变。因为成年女性的直肠阴道膈都有一定的松弛度,在已生育妇女或老年妇女尤为显著,但不一定有排便困难症状。有报告指出,体检发现的直肠前突仅 23%~70% 有排便困难症状<sup>[1]</sup>。宫崎道彦等<sup>[2]</sup>的研究表明,便秘患者只有当直肠阴道膈前膨出 $\geq 1$  个半指节,且需要手指伸入阴道内帮助排便时,手术治疗方能取得较好的疗效。因此,直肠指诊时直肠阴道膈向前的凹陷超过 1 个半指节(约 3 cm),需要手法帮助排便时,这时的直肠阴道膈前膨出方有治疗意义。

1.2 直肠腔的宽窄与裹指感 指诊时发现,直肠腔空虚者,多无排便困难或残便感,手指周围没有压力。此类患者的便秘多因传输功能障碍所致,很少有残便感。直肠腔缩窄者,指诊时手指可以感觉到来自直肠周围的挤压力,笔者称之为“裹指感”。这类患者排便大多较为费力,易有排便不畅或排便不尽感。笔者通过询问患者体会到,患者排便困难的程度与“裹指感”的强度呈正比,裹指感越强,患者排便越困难。

1.3 直肠的干湿与滑涩度 直肠腔过于湿滑多与直肠腔内有较多粘液、脓液、渗出液等分泌物有关,使用了较多栓剂或油剂或灌肠剂后,直肠腔亦可表现为湿滑。直肠过于湿滑需要考虑结肠炎症、溃疡、脓肿等,这些原因容易引起便意频、排便不畅或有残便感。有的患者直肠腔内干涩,如不黏,多为单纯的大便干结、排便困难,但排便后多顿感舒适,并无残便感。如直肠腔内指诊时有黏滞的感觉时,退出手指时,有时可发现指套上有很黏的黏液附着,不易擦净。此时患者多有大量大便黏滞,有排便费力,排便很不畅的感觉,粪便黏着在洁具上不易冲洗干净。笔者发现粪质黏滞的情况多见于体虚患者或老年人。此类因粪便黏滞导致的排便困难,文献中几乎没有认识,值得今后进一步研究和讨论。

1.4 直肠腔内的残便 健康人有时在指诊时直肠腔内可有少量软便,患者也不会有明显的便意。据笔者统计,门诊患者直肠指诊发现有残便者约 31%,便秘患者约为 50%。诉大便呈颗粒状或先干后软者直肠腔内残便率较高;便意频者因便次较多,通常残便率略低。直肠腔内无残便多提示直肠感觉和排空良好,一般无出口梗阻因素存在,在便秘者应着重考虑结

肠慢传输方面的原因。如直肠腔内有大量粪便残留,而患者并无便意,表明患者的感觉功能较差,见于常忍大便(如睡懒觉、不愿在家以外的地方排便、工作紧张)者;如大量粪便残留,患者便意急迫而排不出便,可能与粪块干硬的嵌塞有关。

**1.5 周围器官与肿块** 在男性便秘患者,指诊时扪及的前列腺肥大或肿块,通常与便秘关系不大,有时也有一定的关系。如巨大的前列腺肿块向后压向肠腔时会导致肛门坠胀、排便不畅,便意不尽感。在女性便秘患者,指诊时扪及的后倾子宫或肥大的子宫、附件肿瘤,常会压迫直肠,导致排便不畅或残便感。有的患者的肛门坠胀和排便不畅是因尾骨骨折或畸形所致。指诊时可扪及尾骨尖向前弯曲呈直角或锐角,抵压前方肠壁,尾骨尖或骶尾关节处常有触压痛。

**1.6 肛管、直肠及盆底的肌肉** 肛管紧缩,肛管直肠肌肉肥厚,有勒指感,以及肛管深长者多有一定的排便困难。如指诊时如患者耻骨直肠肌肥厚、不易放松,则会影响排便,导致排便困难。若肛管较短,肛管肌肉薄弱、松弛,或肛门与两坐骨结节连线间距小、甚至平齐者,提示存在盆底肌肉松弛或与排便有关肌肉收缩乏力的因素。这种情况在老年患者或体质极度虚弱患者较多见。

**1.7 直肠腔内的温度** 直肠腔内的温度高低常不被重视,文献也未见有报告。指诊时可感觉到直肠腔内的温度可有高低的不同。发热、肛周脓肿、直肠急性炎症患者通常直肠腔内温度,往往是由于体温升高所致,而便秘患者的直肠腔内温度高可以仅为检查者的主观感觉,用肛表测得的肛温未必一定就高,最多表现为轻度的上升或降低。笔者认为,此时的温度高可能是因为直肠充血所致,要考虑直肠炎症或腹盆腔脏器的充血性改变等病变。

患者的直肠腔内温度低常见于便秘、慢性结肠炎、体质虚弱者(如肾阳不足或脾肾阳虚者居多)。个别患者的确有直肠腔内温度降低的情况,甚至塞入直肠腔内的直肠栓剂不能溶化,在下次排便时被完整排出。此类情况可能与肛门直肠部位或其周围脏器血循环障碍或血流灌注不足等有关。

**1.8 患者的反应** 患者的反应易被检查者忽视。直肠指诊时,患者如对指诊触摸很敏感,表现为不自主地扭曲身体或紧缩臀部,则一般直肠排空多较好,很少有残便,但可能有较强便意感或残便感,常见原因为炎症、溃疡或直肠黏膜松弛等。相反,如患者对直肠指诊触摸反应迟钝,甚至可扪及直肠腔内有大量粪便,患者并无便意,此时,应着重考虑患者直肠感觉

功能差或神经反馈调节功能存在问题。此多见于年高体虚,经常忍便患者。

肛管直肠指检时,患者如有肛管疼痛首先要排除肛窦炎和肛裂。痔上黏膜环切钉合术术后患者有时在吻合口有明显的触压痛,有时在子宫底处有触压痛。这些都可以作为相应疾病的重要的诊断依据。有的便秘患者有肛管直肠的触压痛,但不能发现肛裂、血栓、炎症等明显的病变存在。如神经源性骨盆脏患者综合征患者可在齿线稍上方的地方扪及疼痛点(高野正博称之为扳指点)<sup>[3]</sup>,有时有隐约的索条感。此类患者除了排便障碍外,还可以有肛门潮湿、腹痛、里急后重、腰痛等症状。

## 2 常见的几种便秘证型的直肠指诊表现

笔者认识到与脉诊可以指导中医辨证施治一样,直肠指诊也可以作为“切诊”的一种(笔者姑妄称之为“直肠切诊”)用于指诊便秘等疾病的辨证施治<sup>[4]</sup>。现将临床常见的几种便秘证型的直肠切诊特点作一介绍。

**2.1 脾虚湿热型** 直肠腔较窄小,手指受到来自周围的挤压力较大即“裹指感”明显,直肠腔内黏涩,手指转动不畅,指套常沾有很黏稠的胶状物,或粪便与黏液的混合物,粪便较臭。肠腔壁有明显灼热感。多见于结、直肠有慢性炎症者,大便或软或溏,排出费力,有直肠坠胀,残便感。或有腹胀,口臭,口腔溃疡频发,矢气臭而排出不爽。舌质暗红或暗淡,舌苔正常或微腻或舌根黄腻,脉细滑或细濡微数。

**2.2 阴虚燥热型** 多表现为肠腔空虚宽大,肠壁较干,肠壁光滑,少有残便,或有少许小块干硬粪块,有的患者直肠腔内温度偏高。多见于年老体弱者或久服通便药的青壮年患者。大便干结难解,数日一行,口干饮水不多,或有盗汗、心烦、失眠,舌质干红少津或有裂纹,苔薄,脉细或细数。

**2.3 燥热内结型** 直肠指诊时,感觉肠壁黏膜干涩,腔内常有较大块的干硬粪块存留,或直肠腔内温度偏高。多见于青壮年患者。症见大便数日不行,腹胀或痞满,口干渴,面红溲赤,舌红起刺,苔黄燥,脉数或滑实。

**2.4 阳虚便秘型** 直肠指诊时,肠腔内可扪及较多残便,多为软便,肠壁光滑或略干,直肠腔内温度偏低。男性患者常有前列腺肥大。多见于老年体弱者、多次流产或滑胎的妇女、青壮年素体禀赋不足或常忍排便者。患者无明显便意,大便数日一行,先干后软,或有畏寒怕冷,腰膝酸软,腹冷痛,夜尿较多,面色㿔白等症。舌质淡苔薄,脉沉细尺弱无力。

**2.5 气虚气滞型** 直肠指诊时,可扪及松弛或折叠、堆积的直肠黏膜,肠腔内常有少量软便或溏便,或有明显的“裹指感”,肠腔滑润或湿滑。女性患者的直肠阴道隔往往较松弛,或者子宫后倾后屈。多见于身体瘦弱的女性患者或老年患者。症见排便困难,排便不畅,肛门下坠或有便意感,大便或软或溏,排出不畅或便意不尽。患者时有黏液便,肌肉瘦削,面色萎黄,声低气怯,常伴神疲乏力,纳呆食少,动则汗出等症。舌淡苔薄或舌边有齿痕,脉细弱或细濡。

总之,笔者认为,现代的排粪造影、结肠运输功能检查等虽然较形象、客观,但受设备及专业人员等条件所限,检查费用也较高,且每一检查只能反映某一方面的情况。而直肠指检作为简便易行的体检方法,在便秘患者可以全方位检查了解相关的信息,甚至发现目前设备无法检测的信息如干滑、黏滞、疼痛、温度等,不

能完全被运用现代检查设备的检查所替代,应当受到重视与灵活运用。在熟练掌握直肠指诊技术的基础上,如能积累一定的经验,就可以在便秘的辨病和辨证中发挥极大的作用。

### 参 考 文 献

- [1] 邓建中. 直肠前突的诊断和治疗概况[J]. 右江医学, 2000, 28(5): 374-375.
- [2] 宫崎道彦, 黑水丈次, 豊原敏光, 等. ectocele の大きさと手術適応[J]. 日本大腸肛門会誌, 2002, 55(1): 47-51.
- [3] 高野正博, 绪方俊二, 野崎良一, 等. 神经源性骨盆脏器综合征 537 例分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(12): 921-923.
- [4] 史仁杰. “直肠切诊”初探[J]. 江西中医学院学报, 2010, 22(5): 42-44.

(收稿:2014-09-17 修回:2015-02-04)

## 循证中医临床实践指南和临床路径研讨会暨培训班第一轮通知

由广东省中医药学会、广东省中医院主办,中国中西医结合学会循证医学专业委员会、广东省中医药学会、广东省医学会循证医学专业委员会、广东省中医院、广州中医药大学第二附属医院、广东省中医药科学院及广东省中医药学会/中西医结合学会标准化专业委员会承办的循证中医临床实践指南和临床路径研讨会暨国家级继续教育培训班拟于2015年5月24—30日在广州召开。届时将邀请国内外相关领域知名专家进行专题报告,并进行学术交流。本次会议已列入2015年国家级中医药继续教育项目。现将征文要求通知如下。

**征文内容** (1)中医临床实践指南研制及评价;(2)中医及中西医结合临床路径相关内容;(3)中医药临床研究设计与方法学探讨;(4)中医及中西医结合循证医学评价研究;(5)中医药真实世界临床科研方法学研究;(6)中医药系统综述与 Meta 分析;(7)GRADE 证据质量分级系统。

**征文要求** (1)论文内容真实、可靠,具备科学性、先进性、实用性,未在国内公开发表的文章优先;(2)全文3 000字左右,文稿附中英文摘要、关键词;会议同时接受摘要投稿500字左右(采用结构式摘要,包括目的、方法、结果、结论及关键词;附相应英文翻译,英文字数不计入);体例:文章标题4号字黑体,正文采用小4号字宋体、1.5倍行距 word 文档、A4版面;(3)来稿须注明作者姓名、工作单位、邮编、联系电话、手机及 E-mail,会议学术组将从中遴选优秀者作为会议口头发言;(4)征文以电子版方式发至:cpsgdpcm@126.com,邮件标题请注明“循证中医临床实践指南和临床路径研讨会投稿”字样;(5)征文截稿日期:2015年4月30日。录用的论文或摘要将收入本次研讨会的“学术会议论文汇编”。会议报到的具体时间和地点将在第二轮通知中发布。

**联系方式** 联系地址:广东省广州市越秀区大德路111号广东省中医院研修楼1812房 传真:020-81887233 转 35842, 邮编:510120;联系人:路桃影 联系电话:020-81887233 转 35842, 电子邮箱:cpsgdpcm@126.com