

张小元基于“肠肛同调”思想运用“三期九法”治疗肛肠疾病经验

王海云^{1*}, 丁以山^{1#}, 张董平², 祁改龙¹, 王强国¹, 王者风¹, 叶飞², 杨玉峰²

¹新疆生产建设兵团奎屯中医院肛肠科, 新疆 奎屯

²胡杨河市中西医结合医院, 新疆 胡杨河

收稿日期: 2026年9月21日; 录用日期: 2026年10月16日; 发布日期: 2026年10月27日

摘要

张小元教授认为肛肠疾病的核心病机可概括为“肠失枢转, 肛络痹阻, 本虚标实”, 肠腑功能失调与肛周局部病变互为因果、交织为患, 并据此提出“肠肛同调”诊疗思想。在此基础上, 他将病程动态划分为急性期、迁延期、康复期三个阶段, 创立“三期九法”分层干预体系: 急性期标实突出, 治以清、消、通三法祛邪为主; 迁延期虚实夹杂, 治以和、调、化三法调理气血; 康复期本虚为主, 治以补、固、防三法培元防变。临证注重内外协同, 外以枯蛇花熏洗方直达病所, 内以乌梅四逆汤化裁调变枢机, 体现消补兼施、分期论治之特色。所附验案提示该体系对迁延期肛肠疾病具有较好的临床疗效, 可为中医肛肠病的临床辨治提供参考。本文并溯其经典渊源与学术定位, 比较当代诸家学术取向, 并坦诚分析本研究之局限。

关键词

张小元, 肛肠疾病, 肠肛同调, 三期九法, 名医经验

Zhang Xiaoyuan's Experience in Treating Anorectal Diseases with the “Three Stages and Nine Methods” Based on the Thought of “Intestinal-Anorectal Co-Regulation”

Haiyun Wang^{1*}, Yishan Ding^{1#}, Dongping Zhang², Gailong Qi¹, Qiangguo Wang¹, Zhefeng Wang¹, Fei Ye², Yufeng Yang²

¹Department of Anorectal Surgery, Kuitun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Production and Construction Corps, Kuitun Xinjiang

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 王海云, 丁以山, 张董平, 祁改龙, 王强国, 王者风, 叶飞, 杨玉峰. 张小元基于“肠肛同调”思想运用“三期九法”治疗肛肠疾病经验[J]. 中医学, 2026, 15(10): 698-708. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510607

²Huyanghe Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Huyanghe Xinjiang

Received: September 21, 2026; accepted: October 16, 2026; published: October 27, 2026

Abstract

Professor Zhang Xiaoyuan holds that the core pathogenesis of anorectal diseases can be summarized as “loss of pivot movement of the intestine, obstruction of the anorectal collaterals, and deficiency in the root with excess in the branch”, in which intestinal dysfunction and local perianal lesions act as both cause and effect and intertwine with each other. On this basis, he proposes the diagnostic and therapeutic thought of “intestinal-anorectal co-regulation” and divides the course of the disease dynamically into the acute, the protracted and the rehabilitation stage, thereby establishing a stratified intervention system known as the “Three Stages and Nine Methods”: in the acute stage, where branch excess predominates, the three methods of clearing, resolving and unblocking are used mainly to dispel pathogenic factors; in the protracted stage, where deficiency and excess are intermingled, the three methods of harmonizing, regulating and transforming are used to regulate qi and blood; and in the rehabilitation stage, where root deficiency predominates, the three methods of tonifying, securing and preventing are used to consolidate the primordial qi and prevent relapse. In clinical practice, emphasis is laid on the coordination of internal and external treatment: externally, Kushehua Fumigation-Washing Formula acts directly on the affected region, while internally, modified Wumei Sini Decoction regulates the pivot. This reflects the features of simultaneous dispersion and supplementation and of treatment according to the stage of disease. The case reported at the end suggests the favorable clinical efficacy of this system in protracted anorectal diseases, and may serve as a reference for the clinical differentiation and treatment of anorectal diseases in traditional Chinese medicine. The paper also traces its classical origins and academic position, compares the main contemporary academic approaches, and candidly discusses the limitations of the present study.

Keywords

Zhang Xiaoyuan, Anorectal Diseases, Intestinal-Anorectal Co-Regulation, Three Stages and Nine Methods, Experience of Renowned Physicians

Copyright © 2026 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

肛肠疾病是临床常见病与多发病，痔、肛瘘、肛裂、肛周脓肿及慢性肛窦炎等病种发病率居高不下，且多具反复发作、迁延难愈的特点。现代医学以手术切除、抗感染及局部对症处理为主要手段，虽能较快缓解急性期症状，但在促进创面修复、保护肛门功能、控制远期复发等方面仍有不足，部分患者长期受肛门坠胀、疼痛、潮湿瘙痒及排便异常的困扰，生活质量明显下降[1]。中医药治疗本病历史悠久，内服与外治并举，在控制局部炎症、促进创面愈合、恢复肛门功能以及减少复发方面具有独特优势。

张小元教授为甘肃中医药大学附属医院主任医师、甘肃省名中医，早年师承陇上脾胃名家，四十余载专注于中医肛肠病的临床诊疗与教学科研，学验俱丰。其治学上溯《黄帝内经》“六经为川，肠胃为海”之论，下承叶天士“久病入络”之说，并由此形成一种判断：肛肠之疾虽显于局部，根柢却在脏腑气

化失常,若只盯住疮面,终难免“见肛治肛”之弊。有鉴于此,并参酌西北地区饮食偏于燥烈、人群体质多虚多瘀的地域特征^[1],张教授提出“肠肛同调”的诊疗主张,进而架构起“三期九法”分层干预体系,使病势演变与治法方药彼此对应,串成由急性期祛邪、迁延期变理至康复期培元的完整链条。笔者随诊学习期间,系统整理了张教授的临证验案与学术讲稿,现将其核心学术经验归纳于下,冀能为中医肛肠病的临床辨治提供参考。

2. “肠肛同调”理论的学术渊源、流派比较与学术定位

2.1. 对中医经典理论的继承与发展

“肠肛同调”并非凭空新创,其理论根基深植于中医经典,大体沿三条脉络承袭而来。第一条是“魄门亦为五脏使”。《素问·五脏别论》云:“魄门亦为五脏使,水谷不得久藏。”此语揭示了肛门启闭与五脏气化之间的从属关系——魄门虽居人身下极,其开合却由五脏共同支配。张教授对这一经典表述的推进之处在于:他并未停留在“五脏-魄门”的笼统关联上,而是进一步追问“孰为主使”,指出五脏之中与魄门关系最为直接者莫过于肠腑,肠腑传化之通滞直接决定肛门启闭与肛周气血之盛衰,从而把经典的宏观命题落实为一条可辨识、可切入的具体路径,此即“肠-肛”轴线之由来。

第二条是李东垣的脾胃升降学说。《脾胃论》有“脾胃虚则九窍不通”之论,又谓“清气在下,则生飧泄”,重心在于脾胃为气机升降之枢。张教授承其意而变其法:东垣立说多着眼中焦与上窍,偏重“升清”之一面;张教授则将这一枢机理论向下延伸至下窍,指出升降失司既可表现为清阳不升之坠胀、脱垂,亦可表现为浊阴不降之燥结、壅滞,而魄门恰是这一失衡最易显露的窗口。由此,“肠失枢转”遂成为肛肠疾病发病的起点性环节,脾胃学说在肛肠领域的适用范围亦随之拓展。

第三条是叶天士的络病学说。“初病在气,久则入血”“久病入络”之说,为张教授认识肛周慢性病损提供了直接的学理支撑。他据此提出,肛周络脉病变存在由气及血、由经入络的层次递进:病之初起多以气机壅滞为主,证见坠胀、走窜之痛;病久则血行涩滞、络脉痹阻,证见刺痛、定处、硬结。治法中之“通”与“化”,正对应这一递进关系。此外,本病辨治取法《伤寒论》者亦多,如寒热错杂之证从厥阴论治、以乌梅丸类方调变枢机,即本于此。上述三条脉络,加之历代外科专著内外并治的传统,共同构成了“肠肛同调”的经典底色。

需要指出的是,张教授的贡献不在于发现某条新的经典条文,而在于把分散于《内经》《伤寒论》及后世医著中的相关论述整合为一条具有内在逻辑的病理链条:魄门为五脏所使,五脏之中以肠腑为近邻;脾胃失于升降则肠失枢转;肠失枢转则湿浊热瘀下注,肛络由气滞而血瘀,终成本虚标实之局。经此整合,原本零散的经典认识遂具备了可推演、可操作的形态。

2.2. 与当代中医肛肠主要学术取向的比较

当代中医肛肠学界对本类疾病的辨治,大体可归纳为三种取向,各有短长。第一种以局部辨证与手术外治为核心,研究多着眼于痔核形态、瘻管走行与创面修复,其长处在于祛除病灶直接、控制急性症状迅速,其短则在于对术后肛门功能保护与远期复发的关注相对不足,亦易忽略全身状态对创面愈合的制约。

第二种以脏腑整体论治为核心,主张从脾、肺、肾、肝等脏腑虚损着眼,重用内服扶正之品。此一取向的长处在于能改善患者的整体状态、减少复发,其不足则是局部针对性较弱,对急性期红肿热痛的控制往往缓不济急。第三种以气血瘀滞立论,强调活血化瘀宜贯穿始终,于辨证属瘀血为患者确有良效,然若不分期地一味攻逐,则有耗气伤正、坠胀加重之虞。

张教授所倡“肠肛同调”与上述三者既有承接,亦有区别。承接之处在于,它采纳了整体论治重视脏腑虚损、化瘀论治重视络脉痹阻的长处,也保留了外治直捣病所的实用价值;区别之处则有二:其一,

通行的整体观多泛言“脏腑失调”，而“肠肛同调”将“肠”与“肛”确立为一对双向作用的特定病理单元，使整体观落到具体的着力点上，治法因之得以聚焦；其二，它不满足于确定某一治法，而是以“三期”框定祛邪与扶正的消长节奏，以“九法”对应各期证型，把“何时用何法”纳入可传授的框架，避免了“以法套病”或“一法到底”的偏颇。

2.3. 本研究的学术定位

循此而言，本研究的学术定位可概括为：在“魄门亦为五脏使”的整体观、“脾胃为升降之枢”的气机学说与“久病入络”的络病理论三条脉络的交汇处，把经典中有关肛门与肠腑关系的零散表述整合为一条可辨识的“肠-肛”病理轴，并以“三期九法”为这一病理轴配置相应的治法序列。其价值主要不在于提出全新的病因，而在于使既有的经典认识获得结构化的表达与可传授的形式，从而为临证提供一条较为清晰的推理路径。

3. 病因病机

肛肠疾病虽病位在肛门局部，其根本却在于肠腑，这是张教授认识本类疾病的出发点。从生理而言，大肠为“传导之官，变化出焉”，其传化糟粕、排泄大便之职，有赖脾之升清、胃之降浊、肝之疏泄、肾之固摄与肺之宣肃共同维系；肛门古称“魄门”，《素问·五脏别论》谓“魄门亦为五脏使”，明确指出肛门虽居下极，实为五脏功能的外在窗口。经络方面，手足阳明经、足太阳经别及任督二脉皆与肛肠区域相通，其中足太阳经别“下尻五寸，别入于肛”，为肠腑与肛门之间的气血联系提供了经络依据。故张教授认为，肛肠之疾看似局部疮疡，实为全身气化失司在肠道与肛门的双重投射。

基于上述认识，张教授将肛肠疾病的核心病机概括为“肠失枢转，肛络痹阻，本虚标实”。“肠失枢转”为发病之始。枢转者，升降出入之机也；中焦脾胃为气机升降之枢，若饮食失节、情志失调或久病体虚，致中焦运化无力，则清阳不升、浊阴不降，肠腑传导失其常度，或燥结不行，或滑脱不禁。“肛络痹阻”为病变之标。湿浊、热毒、瘀血诸邪随下注之势汇聚魄门，久则肛周络脉壅滞不通，气血不能濡养，故见坠胀、疼痛、痔核脱出或创面久不敛合。“本虚标实”则是对病机属性的总体判断——正虚为病之本，邪实为病之标，二者在病程中此消彼长，决定了不同阶段的治疗重心。

在病邪传变方面，张教授提出“肠病及肛”与“肛病殃肠”双向传导的见解。前者指肠腑功能失调在先，湿浊、热毒、瘀血内生，循经下注魄门，形成“肠病为先、肛病为后”的病理传导链；后者指肛门久病不愈，局部疼痛、坠胀、渗液、失禁等症持续存在，既可通过经络逆传扰乱肠腑气机，又可因患者情志焦虑、饮食节减、排便习惯改变而进一步影响肠道功能。二者互为因果、交织为患，正是本病迁延难愈、反复发作的关键所在。故临证不可只顾一端，当以整体气机为着力点，肠肛并调方能切断病势之循环。

就病性而言，本虚的根基在于脾气不足与肾阳亏虚。脾主升清、主统摄，中气一虚则固摄无权，肛门坠胀、脱肛、失禁随之而作；肾司二阴、主封藏，命火不足则温煦失职、寒凝血脉，肛周每见慢性痿道，或溃疡色淡、久不收口。标实则不离湿、热、瘀三端，且三者往往相兼而至。西北居民嗜食肥甘厚味与辛辣炙搏，最易酿生湿热，下注大肠肛门、灼伤血络，痔、痿、裂诸疾由此而生；病久不愈，湿阻气机，热灼津血，血涩成瘀，湿聚为痰，终致痰瘀互结。叶天士所谓“初为气结在经，久则血伤入络”，正合此意。张教授又补充，西北气候干燥多风、昼夜温差悬殊，人体腠理致密而津液易伤，故其病多兼燥、瘀之象；久坐劳作之人盆底气血运行滞涩，亦是本病不可忽视的诱因。

上述病机在具体病种中各有侧重：痔病多因湿热下注、血热妄行，兼气虚下陷，故便血与脱出并见；肛痈、肛痿多由热毒壅盛、气血壅滞，久则成脓穿溃、余毒留连，故病程缠绵；肛裂多因血热肠燥、排便努挣，致肛管皮肤破损，疼痛、便血、便秘三者互为因果；直肠黏膜脱垂与肛门失禁则以中气下陷、肾气

不固为主，属本虚之候；慢性肛窦炎多虚实夹杂，湿热未清而脾气已伤，故反复不愈。辨病与辨证相参，方能准确把握病机重心，确定治法的主次。

此外，张教授尤为重视情志与饮食在本病中的致病作用。忧思恼怒则肝失疏泄，气机郁滞，木不疏土而脾运受困，久则气滞血瘀、肛络壅塞；饮食不节、嗜食肥甘辛辣，则湿热内生，下注大肠。二者常相因为病，故临证每见患者于情绪波动或饮食失宜后症状加重。张教授常言，肛肠之病“三分在治、七分在养”，亦正基于此。

综上，张教授对肛肠疾病病机的认识突破了“重局部、轻全局”的传统局限，既重视局部络脉的壅滞与损伤，更强调肠腑枢机与脏腑气化在发病中的决定作用，从而为“肠肛同调”治则的确立奠定了理论基础。

4. 辨证论治

基于“肠肛同调”的核心思想，张教授将肛肠疾病的病程演变动态划分为急性期、迁延期、康复期三个阶段，并针对各期病机特点确立九种治法：急性期以清、消、通祛邪为主，迁延期以和、调、化燮理为要，康复期以补、固、防培元防变为务，由此形成“三期九法”分层诊疗体系。三期的划分并非机械的病程切割，而是依据邪正盛衰之势动态判断：邪盛为主者为急性期，邪正胶着者为迁延期，正虚显露者为康复期。临证须“以证定法、以法统方”，若急性期患者标实已减而正虚已现，亦应及时转入和调之法，不可拘泥于病期之名而贻误病情。

需要说明的是，三期的划分着眼于病势而非单纯病程长短。同一患者可在数周之内由急性期转入迁延期，亦有急性期标实未清而虚象已露者，此时当祛邪与扶正并行，或以清消为主、佐以和调，或以和调为主、佐以清消，总以切合当下病机为要。此外，各期证型之间每多兼夹，如湿热蕴结而兼气滞血瘀、脾肾两虚而兼湿浊留恋等，临证须分清主次、数法并用，不可削足适履。

4.1. 急性期(标实突出)——清、消、通三法

此期以湿热、热毒、瘀血等标实之象为矛盾的主要方面，病势急迫，局部红肿热痛显著，甚则化脓，治法自当以祛邪为先，邪去则正自安。张教授于此强调两个字：一“快”，一“准”——认证明确即果断施治，务使邪有出路；但“快”绝非峻猛攻伐，仍须以祛邪而不伤正为度。

4.1.1. 湿热蕴结证

其主症为肛门灼痛下坠，便血鲜红，常伴黏液便或里急后重，兼见口干口苦、小便黄赤；舌红、苔黄腻，脉滑数。肛周脓肿急性发作期、炎性外痔、混合痔嵌顿，以及溃疡性结肠炎活动期累及肛周者多见之。究其病机，乃湿热毒邪下注魄门，壅滞气血、灼伤脉络。辨证时可抓住“灼、坠、黄、腻”四字，即肛门灼痛、下坠不适、小便黄赤、苔黄厚腻。

治以清、消二法，即清热燥湿、凉血消肿。内服取乙字汤合白头翁汤化裁：白头翁、黄连、黄柏、秦皮清解下焦湿热、凉血止痢；升麻、柴胡升阳举陷、引邪外达；当归活血养血、祛瘀生新。诸药相合，湿热得清而气血得行。红肿热痛较甚者，加紫花地丁、蒲公英、连翘以解毒散结；便血量多者，入地榆炭、侧柏叶凉血止血；脓毒壅盛而尚未成溃者，以皂角刺、白芷托毒透脓。

外治则以枯蛇花熏洗方坐浴。方中枯矾燥湿收敛、杀虫止痒，蛇床子燥湿祛风，金银花、黄柏、苦参清热解毒、除湿疗疮，合而用之，清热除湿、解毒敛疮、消肿止痛之功备焉。坐浴之法使药液直接接触病灶，借温热之力宣通腠理、畅行气血，故对局部水肿与疼痛的缓解尤为迅捷。张教授指出，急性期外治与内服各有其位：外治直捣病所，内服调理气机，二者不可偏废；惟坐浴水温不宜过高，每次约15分钟，以免烫伤皮肤或加重局部充血。

4.1.2. 气滞血瘀证

肛周刺痛而部位固定，是其主症；触诊可扪及硬结或条索状物，大便排出不畅，面色晦暗，舌质紫黯或见瘀斑，脉弦涩。复杂性肛痿、血栓性外痔，以及痔术后创面僵硬肿痛者多见此证。病机为瘀血凝滞肛络、气血不得宣通，所谓“不通则痛”；其痛以刺痛、定处、拒按为特征，与湿热证的灼痛坠痛判然有别。

治以通、消二法，即行气活血、化瘀通络，方用复元活血汤合失笑散加减，取桃仁、红花、赤芍、川芎、当归、延胡索、五灵脂、蒲黄之属。痛如针刺、瘀象深重者，增乳香、没药、三棱、莪术以破血逐瘀；胀痛走窜、兼有气滞者，入川楝子、青皮、香附以理气止痛；大便干结者，佐火麻仁、郁李仁润肠通下。张教授于此特别申明：此处所谓“通”，乃通调气机、通利络脉，并非峻下攻逐；若径投大黄、芒硝之辈，中气反受其伤，坠胀之势更甚。

4.2. 迁延期(虚实夹杂)——和、调、化三法

此期邪势已衰而正气未复，寒热互结、虚实夹杂，症状缠绵反复，治当燮理阴阳、调和气血。张教授认为，迁延期是肛肠疾病病程中历时最长、最易被忽略，却最能体现辨证水平的阶段：此时若继续一味祛邪，则恐伤其正；若径用峻补，又易恋其邪。唯有“和”“调”二字，方能拨动枢机、恢复升降。

4.2.1. 寒热错杂证

肛门坠胀不适，便溏与便秘交替出现，畏寒肢冷之外又见口苦咽干、心烦失眠；舌淡红、苔白腻，脉弦细。肠易激综合征合并肛门直肠功能障碍者多见，慢性肛窦炎迁延不愈者亦常遇之。此证归属厥阴病范畴，辨证的关键落在“上热下寒”四字上：上有口苦咽干、心烦失眠，下有畏寒肢冷、便溏不止，寒热之象同时并见，正是厥阴枢机不利、阴阳之气不相顺接的外在反映。

治以和、调二法，即调和寒热、调理肝脾，主方取乌梅四逆汤化裁，药如乌梅、制附子、干姜、黄连、黄柏、党参、当归等。乌梅酸收敛肝、生津安蛔，为厥阴病之要药；附子、干姜温通厥阴、振奋阳气；黄连、黄柏清解上热、坚阴止利；党参、当归益气养血以扶正。众药相协，寒热并调、攻补兼施，枢机一转则升降自复。若下利清谷、腹中冷痛，加吴茱萸、肉桂温中散寒；心烦不寐者，入酸枣仁、合欢皮养心安神；坠胀较甚者，以升麻、枳壳升降相因，调畅气机。

4.2.2. 湿浊下注证

肛周潮湿瘙痒，分泌物或清稀或黄浊，并见体倦乏力、纳呆腹胀，大便黏滞不爽；舌淡胖、苔白腻，脉濡。此为脾虚失运、湿浊下趋，浸淫肛周肌肤所致。与急性期湿热蕴结证相较，本证热象不著而以湿为重，且兼见脾虚之候，故须从“脾虚生湿”立论，不可纯用苦寒清利。

治以化、调二法，即化湿祛浊、调理中焦，方选参苓白术散合草薢渗湿汤加减，取党参、白术、茯苓、薏苡仁、草薢、车前子、泽泻、苍术等，一面健脾以绝生湿之源，一面渗利已成之浊。瘙痒较著者，加白鲜皮、地肤子、苦参祛风止痒；分泌物黄浊者，入黄柏、黄芩清化湿热；纳呆腹胀者，以砂仁、木香醒脾行气。外治可用苦参、蛇床子、明矾煎汤外洗，取其燥湿止痒之效。

4.3. 康复期(本虚为主)——补、固、防三法

此期邪气已去大半，而正气亏虚之象显露，常见肛门坠胀、疲乏无力、创面愈合迟缓等症，治当培元固本、敛疮防复。

4.3.1. 脾肾两虚证

此证以肛门下坠为突出表现，重者直肠脱出、需手托方能复位，并见久泻或失禁；全身则腰膝酸冷、夜尿频多，舌淡胖而有齿痕，脉象沉细。究其缘由，乃久病耗伤、中气下陷、肾失封藏，重度内痔、直肠

黏膜脱垂、肛门括约肌松弛及肛肠病术后恢复欠佳者多属此类。

治以补、固二法，即补益脾肾、固肠敛肛，方选补中益气汤合缩泉丸加减。重用黄芪益气升提，佐党参、白术、升麻、柴胡补中举陷，当归养血和营，陈皮理气以防补而壅滞；再加益智仁、乌药、山药固摄下元、温肾缩尿。气虚及阳、手足不温者，酌加制附子、肉桂温振阳气；脱出较重者，重用枳壳并配五倍子升提收敛；创面久不敛合者，添白及、煅龙骨、煅牡蛎生肌敛疮。张教授于此强调，康复期用药贵在“缓以图功”，汤剂可隔日一剂，另配合艾灸关元、气海、长强、百会诸穴，以温阳益气、升提固脱。

4.3.2. 防复调摄

康复期之“防”法，是张教授“既病防变”思想的重要体现。其一，于补益方中酌加白花蛇舌草、半枝莲、薏苡仁等解毒散结、化湿消肿之品，以清除余邪、预防炎性病变向癌变方向发展，尤适用于病程绵长、反复发作或伴腺瘤性息肉者。其二，重视生活调摄：嘱患者调畅情志，避免忧思恼怒致肝郁气滞；节制饮食，忌辛辣炙煨、醇酒厚味，多食富含膳食纤维之品以保持大便通畅；养成定时排便习惯，避免久蹲久坐，每次排便时间控制在5分钟以内；并指导其进行提肛运动，每日早晚各1次、每次收缩30下，以增强盆底肌力。如此形成“药治-食养-行调”三位一体的防复体系，使疗效得以巩固，复发明显减少。

在外治方面，张教授主张“内外并重、分期选法”：急性期以熏洗坐浴为主，取其清热解毒、消肿止痛，使药液直达病所；迁延期可配合中药保留灌肠，令药力作用于直肠黏膜与肛窦，改善局部气血运行；康复期则以艾灸与提肛运动为主，温阳益气、升提固脱。外治诸法虽作用于局部，却可借经络与气血的调节影响肠腑功能，与“肠肛同调”之旨一脉相承。

5. 验案举隅

王某，女，48岁，2025年3月10日初诊。

患者反复肛门坠胀、疼痛伴便溏5年，加重2月。5年前无明显诱因出现肛门坠胀感、排便不尽，每日大便3~4次、质溏。外院诊断为“慢性肛窦炎”“肠易激综合征”，曾予抗生素、益生菌及痔疮栓等治疗，效果不显。2月前因饮食辛辣刺激后症状加重，肛门灼痛，黏液便，畏寒肢冷但口苦心烦。刻诊：面色萎黄，神疲乏力；肛门局部无红肿，指检肛窦处压痛明显；舌质淡黯、苔白腻，脉弦细。肠镜检查提示直乙结肠黏膜充血水肿，未见溃疡及新生物。西医诊断：慢性肛窦炎、肠易激综合征(混合型)。中医诊断：肛痛(迁延期)，证属寒热错杂、湿浊下注。治法：调和寒热，化湿通络。方选乌梅四逆汤加减：乌梅15g，制附子(先煎)、干姜、黄连、黄柏、党参、当归、炒白术、苍术、木香各10g，细辛3g。7剂，每日1剂，水煎分早晚温服；并配合枯蛇花熏洗方坐浴，每次15分钟，每日1次。

治疗前检查(2025年3月8日至10日)：血常规示血红蛋白108g/L，白细胞计数 $6.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比62.3%，血小板 $226 \times 10^9/L$ ；超敏C反应蛋白6.4mg/L(参考值 $<3\text{ mg/L}$)，红细胞沉降率18mm/h；粪便常规见白细胞3~5/HP，隐血阳性，粪便钙卫蛋白186 $\mu\text{g/g}$ (参考值 $<50\text{ }\mu\text{g/g}$)。结肠镜(2025年3月8日，外院)示直乙结肠黏膜充血水肿、血管纹理模糊，未见溃疡、息肉及新生物，肛窦区充血水肿。经直肠腔内超声示肛窦区组织增厚、回声减低，肛管括约肌环完整连续，未见脓肿及瘘管形成。肛门直肠测压示肛管静息压42mmHg(参考值50~70mmHg)、最大自主收缩压108mmHg(参考值 $>130\text{ mmHg}$)，直肠初始感觉阈值60mL(参考值90~120mL)。汉密尔顿焦虑量表(HAMA)14分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)12分，提示轻度焦虑抑郁状态。治疗前肛门坠胀疼痛视觉模拟评分(VAS)为6分。

3月17日二诊：肛门灼痛、坠胀明显减轻，大便日1~2次、质软，畏寒、口苦均减。舌淡红、苔薄白腻，脉弦细。予初诊方去苍术，加山药15g、芡实10g，继服14剂，停用熏洗方。

3月31日三诊：诸症基本消失，偶于劳累后觉肛门下坠。舌淡红、苔薄白，脉细。证属脾肾两虚、

余邪已清，治以补、固二法，方用补中益气汤合缩泉丸加减：生黄芪 30 g，党参、白术、升麻、柴胡、当归、益智仁、乌药、山药各 10 g，炙甘草 6 g。14 剂，隔日 1 剂。

疗程结束复查(2025 年 4 月 14 日)：血红蛋白 121 g/L，超敏 C 反应蛋白 2.1 mg/L，红细胞沉降率 9 mm/h，粪便隐血转阴，粪便钙卫蛋白降至 42 μg/g；肛门直肠测压示肛管静息压 58 mmHg、最大自主收缩压 132 mmHg、直肠初始感觉阈值 95 mL；汉密尔顿焦虑量表降至 7 分、抑郁量表降至 6 分；肛门坠胀疼痛 VAS 为 0 分。结肠镜复查(2025 年 4 月 10 日)示直乙结肠黏膜充血水肿明显减轻、血管纹理清晰，肛窦区充血消退。

随访观察：治疗结束后对患者进行了为期 12 个月的随访。第 3 个月末(2025 年 6 月 10 日)复查，肛门坠胀疼痛 VAS 为 0 分，大便每日 1 至 2 次、质软成形，肛管静息压 60 mmHg、最大自主收缩压 135 mmHg，超敏 C 反应蛋白 1.9 mg/L，未见复发。第 6 个月末(2025 年 9 月 10 日)复查，症状与体征平稳，粪便钙卫蛋白 38 μg/g，未使用其他针对本病的药物，未见复发。第 12 个月末(2026 年 3 月 10 日)末次随访，肛门坠胀疼痛 VAS 为 0 分，大便每日 1 次，肛管静息压 59 mmHg、最大自主收缩压 130 mmHg，粪便钙卫蛋白 45 μg/g，汉密尔顿焦虑量表 5 分，结肠镜复查未见明显异常；随访期内未见症状反复，无肛门功能受损，亦未出现肛痿、肛周脓肿等并发症。各项检查指标的变化情况见表 1。

Table 1. Comparison of the main examination indicators before and after treatment and during follow-up
表 1. 治疗前后及随访期主要检查指标比较

检查项目	治疗前	疗程结束	末次随访(12 个月)
血红蛋白(g/L)	108	121	125
超敏 C 反应蛋白(mg/L)	6.4	2.1	2.3
红细胞沉降率(mm/h)	18	9	10
粪便隐血	阳性	阴性	阴性
粪便钙卫蛋白(μg/g)	186	42	45
肛管静息压(mmHg)	42	58	59
肛管最大自主收缩压(mmHg)	108	132	130
直肠初始感觉阈值(mL)	60	95	92
结肠镜(直乙结肠黏膜)	充血水肿	明显减轻	未见明显异常
HAMA 评分(分)	14	7	5

按语：本案以肛门坠胀、疼痛伴便溏为主症，病程五载，反复加重，属肛肠疾病迁延期。其辨证难点在于寒热之象并见——畏寒肢冷、便溏不止为下有寒，口苦心烦、肛门灼痛为上有郁热，加之苔白腻、脉弦细，故断为厥阴枢机不利、寒热错杂，兼湿浊下注。张教授紧扣“肠肛同调”之旨，未专事局部，而是从调理厥阴枢机入手，以乌梅四逆汤化裁，寒热并调、攻补兼施，使升降复常；同时以枯蛇花熏洗方外治，直达病所、清化局部湿热，内外协同而取效。

二诊灼痛、坠胀大减，寒热之象渐平，故去辛温燥烈之苍术，加山药、芡实健脾固涩，意在扶正以巩固疗效，并停用外洗方，以免过用渗利耗气。三诊余邪已清，唯劳累后肛门下坠，显系中气不足、肾失封藏，遂转以补中益气汤合缩泉丸，用补、固二法收功，重用黄芪升提中气，伍益智仁、乌药、山药固摄下元。纵观全程，治法随病势由急性期之清、消、通，转为迁延期之和、调、化，再转为康复期之补、固、防，三期九法层层递进，体现了“急则治其标、缓则治其本”与“消补兼施”的治则。随访 12 个月未见

复发,且超敏C反应蛋白、粪便钙卫蛋白与肛门直肠测压参数均持续维持在治疗后的改善水平,提示该辨治思路对迁延期肛肠疾病具有较好的临床价值,其疗效既体现于症状缓解,亦体现于客观指标的改善。

6. 体会

张教授所创“肠肛同调、三期九法”诊疗体系,深化了对肛肠疾病病机的认识,也使治疗策略趋于系统化,其学术价值大体可从以下五个层面加以审视。

第一,构建了“肠-肛”双向病理关联模型。长期以来,中医外科对肛肠疾病的认识多聚焦于局部湿热下注与气血壅滞,“重局部、轻全局”的倾向较为明显。张教授突破这一局限,明确提出肠腑失司是肛肠病发生的根本,而肛周久病又可反向影响肠腑功能,二者构成互为因果的循环病理链。这一认识不仅解释了临床上“痔病反复发作”“术后症状残留”等难题的深层原因,也为“由肛窥肠、溯本求源”的诊疗思路提供了理论依据,使诊疗视野由局部病灶拓展至全身功能状态。在具体操作上,张教授主张凡遇肛肠疾病,必问饮食、二便、情志、睡眠,必查舌脉,以判断肠腑枢机之通滞与脏腑气化之盛衰,从而确定治疗的着力点。

第二,形成了动态、分层的精准干预策略。以“三期”统御病势演变,以“九法”对应具体证型,治疗方案的调整因之有章可循,避免了“一方到底”或“见症加药”的随意性。急性期祛邪不疑,借清、消、通迅速控制局部炎症,为后续治疗赢得时机;迁延期燮理兼施,以和、调、化拨动枢机,化解寒热错杂、虚实并见之局;康复期培元固本,凭补、固、防巩固疗效、预防复发。三个阶段并非彼此隔绝,而是“邪退一分,则补进一分”的动态过渡,正与“急则治其标、缓则治其本”及“消补兼施”之旨相合。此外,张教授主张外治与内服并用、汤药与艾灸相配、药物与调摄相协,治疗手段因而更加丰富,临床疗效亦随之提高。

第三,实现了名医经验与循证证据的融合。名医经验多出于个体化的临证感悟,若长期停留在“点状知识”层面,便难以推广、无从验证。张教授因而重视以临床研究检验自身心得:混合痔术后应用枯蛇花熏洗方,其止痛、止血、消肿之效已获初步证实[2][3];寒热错杂型肠易激综合征以乌梅四逆汤联合温和灸干预,症状亦见改善[4]。此类治法经临床检验后被纳入“三期九法”体系,零散心得遂升华为可供复制的“体系化方案”,为中医肛肠学科的规范化建设提供了有益探索。

第四,凸显了中医“治未病”思想在肛肠领域的实践价值。张教授将“防”列为九法之一,既指康复期预防疾病复发,也包含“既病防变”的深层含义:一是防止良性病变向恶性转化,故对病程绵长、反复发作、伴腺瘤性息肉者,在补益方中佐以解毒散结之品;二是防止局部病变向全身传变,通过调理肠腑枢机、改善排便状态,避免肛周症状长期存在而耗伤正气;三是防止术后并发症与功能损伤,强调术前后均应顾护中气、避免过用寒凉攻伐。这一思想与现代医学“全程管理”的理念相契合,具有明确的临床指导意义。

第五,为基层中医人才的培养提供了可循范式。该体系层次清晰、理法完备、方证对应,便于学习者理解掌握,目前已在张教授所在医院及基层名老中医药专家传承工作室推广应用,取得较好反响。当然,该体系目前仍以临床经验与病机推演为主要依据,尚需通过更大样本、多中心的前瞻性研究进一步验证其疗效与安全性,并借助现代技术手段探索其作用机制,从而推动经验医学向证据医学转化,使这一学术经验更好地服务于临床。

综上所述,张教授以“肠肛同调”为纲,以“三期九法”为目,构建了理法方药较为完备的肛肠疾病辨治体系。该体系立足整体、着眼动态、注重实效,既承袭了《黄帝内经》《伤寒论》等经典的理论精髓,又融入了西北地域特点与个人临证心得,对提高肛肠疾病的临床疗效、减少复发、改善患者生活质量具有积极意义。笔者所录仅为张教授学术经验之管窥,其更深层的理论内涵与用药技巧,尚需在今后

的跟师学习中不断体会与总结。

7. 局限性与展望

本研究系名医经验的整理与单个验案的总结，在方法学上存在若干难以回避的局限，兹坦陈于下。其一，证据等级较低。经验总结与个案报告在循证医学的证据分级中处于最低层级，既未设立平行对照，亦未实施随机化与盲法，因而无法排除疾病的自然缓解趋势、回归均值效应、安慰剂效应以及患者与医者期望所带来的偏倚，本文所观察到的疗效尚不能等同于干预措施的确切效应。

其二，选择偏倚与回忆偏倚难以避免。名医经验的整理多取材于跟师门诊中印象较深、疗效较好的病例，缺乏连续入组的系统设计，存在选择性报告的可能；病史资料部分依赖患者回忆追溯，早期症状的发生时点与程度亦可能存在误差。其三，样本的规模与代表性有限。本文仅报告个案一例，且局限于西北地区的单一人群，其病机特点与用药偏好均带有地域及个体印迹，结论外推至其他地域、其他病种或其他证型时须持审慎态度。

其四，干预措施复合，效应难以归因。本案同时施行中药内服、熏洗坐浴与调护指导等多项措施，各环节的独立贡献无从厘清；中药复方成分繁多，其效应物质基础与作用靶点尚不明确，缺少客观的机制层面证据。其五，评价方法偏于主观。症状改善主要依据患者的自我报告与量表评分，未采用盲法评价；随访虽已延长至12个月，但对2年以上的远期复发、迟发性肛门功能损害等仍缺乏足够观察。其六，“九法”之间的转换指征尚未量化。三期的界定与治法的转换目前仍依赖医者的经验判断，缺乏可测量、可复核的客观阈值，这在一定程度上制约了该体系的可重复性。

基于上述局限，后续研究可从以下方向推进：一是开展前瞻性、多中心、随机对照试验，以肛门直肠测压参数、炎症指标及复发率等客观指标为主要结局，对本体系的疗效与安全性作出严格评价；二是建立“肠肛同调”证候诊断标准与疗效评价量表，并对其信度与效度进行检验，为规范化推广奠定基础；三是借助网络药理学、代谢组学与肠道菌群测序等技术，从“肠-肛轴”的角度探索枯蛇花熏洗方与乌梅四逆汤的作用机制，为经验用药提供生物学解释；四是开展基于真实世界数据的名医经验挖掘，通过关联规则、聚类分析等方法从大样本医案中提炼用药规律，检验“三期九法”的可重复性；五是建立肛肠病术后患者的长期队列，重点观察肛门功能保护与远期复发情况。唯有将经验层面的认识置于严格的临床检验之下，这一学术经验方能由“可传承”逐步走向“可验证”。

伦理声明

本研究为回顾性经验总结与个案报告，所涉临床资料均取自患者既往的诊疗记录。研究实施前，已向患者充分说明资料的使用目的、范围及可能产生的影响，并取得患者的书面知情同意，患者同意其病历资料(包括实验室检查、影像学检查及随访数据)用于学术发表。研究过程严格遵守《赫尔辛基宣言》及世界卫生组织有关医学研究伦理的各项准则，遵守我国涉及人的生命科学和医学研究伦理审查的相关规定；未对患者施加任何额外干预，未增加其诊疗负担，亦未泄露患者的个人信息。

基金项目

1. 2026年度兵团第七师胡杨英才医药卫生拔尖人才项目(编号: 2026-3-0511); 2. 新疆生产建设兵团兵团基层名老中医药专家传承工作室项目(编号: 2025-42); 3. “十四五”第二批新疆生产建设兵团临床重点专科项目(编号 20251121-41)。

参考文献

- [1] 金定国, 金纯. 肛肠病中西医治疗学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2015: 185-190.

- [2] 王海云, 丁以山, 汤立新, 等. 枯蛇花熏洗汤对混合痔术后止血效果的影响[J]. 山西中医, 2020, 36(12): 43-44.
- [3] 王海云, 丁以山, 汤立新, 等. 枯蛇花熏洗汤坐浴治疗混合痔术后 60 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(21): 102-104.
- [4] 王海云, 陈朝蔚, 丁以山, 等. 乌梅四逆汤联合温和灸治疗寒热错杂型肠易激综合征前瞻性队列研究[J]. 山西中医, 2026, 42(5): 15-17.