

不明原因慢性肛门痛患者的临床特征分析及诊疗思路探讨

童辉

红河哈尼族彝族自治州中医医院 肛肠科 云南红河哈尼族彝族自治州 654399

摘要：目的：分析不明原因慢性肛门痛患者的临床特征并总结诊疗思路。方法：回顾性分析 2023 年 1 月至 2025 年 12 月收治的 50 例慢性肛门痛患者，疼痛持续或反复发作 ≥ 3 个月，经肛门指诊、肛门镜、必要时结肠镜及影像学检查后未发现明确器质性病变。统计一般资料、疼痛特征、伴随症状、盆底功能异常及治疗结局。结果：50 例中男 18 例、女 32 例；年龄 29~72 岁，平均 (48.6 ± 10.7) 岁。疼痛以坠胀痛、钝痛、灼痛为主，久坐、排便后及精神紧张后加重较常见。34 例（68.0%）存在肛提肌压痛或盆底肌紧张，29 例（58.0%）伴睡眠障碍，21 例（42.0%）有焦虑抑郁倾向。给予宣教、排便管理、药物、温水坐浴、盆底生物反馈及心理干预等综合治疗后，39 例（78.0%）症状改善。结论：不明原因慢性肛门痛多见于中年女性，常与盆底功能紊乱及心理因素共存。临床应遵循“先排器质性病变、再辨功能异常、重视心理评估、实施联合治疗”的路径。

关键词：慢性肛门痛；临床特征；盆底功能障碍；诊疗思路

慢性肛门痛是肛肠科常见疑难症状之一，部分患者常规检查阴性、病程迁延，易出现反复就诊和过度治疗。研究认为，功能性肛门直肠痛多与盆底肌痉挛、感觉异常及焦虑抑郁等因素有关^[1-2]，其治疗强调系统评估与综合干预^[1,3]。本文回顾性分析 50 例不明原因慢性肛门痛患者的临床资料，以期规范诊治提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2025 年 12 月本院收治的不明原因慢性肛门痛患者 50 例作为研究对象。所有患者均以肛门部、肛管直肠部或会阴深部反复疼痛、不适为主要表现。50 例中，男 18 例，女 32 例；年龄 29~72 岁，平均年龄 (48.6 ± 10.7) 岁；病程 3~36 个月，平均病程 (13.8 ± 6.4) 个月。全部病例临床资料完整。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①年龄 ≥ 18 岁；②肛门部或肛管直肠部疼痛持续或反复发作 3 个月以上；③经肛门指诊、肛门镜及相关检查未发现明确器质性病变；④能够配合完成检查及疗效评估。排除标准：①合并肛裂、肛周脓肿、肛瘘、重度痔急性发作等明确肛周疾病者；②合并炎症性肠病、直肠肿瘤、盆腔占位及骶尾部骨关节病变等器质性疾病者；③近 3 个月内有肛周手术或有创操作史者；④不能准确表述病情或资料不完整者。

1.3 检查方法

全部患者均详细询问病史，包括疼痛部位、性质、持续时间、诱因及排便情况等，并行专科查体，重点评估肛门括约肌张力、肛提肌压痛及盆底肌紧张情况。辅助检查包括肛门镜、必要时电子结肠镜、盆腔彩超或盆腔 MRI，以及血常规等基础检查，以排除肛周及盆腔器质性病变。

1.4 观察指标及治疗方法

观察指标包括性别、年龄、病程、疼痛性质、诱发因素、伴随症状、专科体征及治疗后症状改善情况。疼痛程度采用数字疼痛评分法（NRS）评估。全部患者均给予综合治疗，包括健康宣教、饮食及排便指导、温水坐浴、止痛及营养神经药

物治疗；对存在盆底肌紧张者加用盆底功能训练或生物反馈治疗；对伴明显焦虑、失眠者给予心理疏导及对症处理。

1.5 疗效判定标准

治疗结束后根据临床症状改善情况判定疗效。显效：肛门痛基本消失，NRS 评分下降 $\geq 70\%$ ，日常生活及睡眠基本恢复正常；有效：疼痛较治疗前明显减轻，NRS 评分下降 $30\% \sim 69\%$ ，生活质量较前改善；无效：疼痛无明显缓解或仍反复发作，NRS 评分下降 $< 30\%$ 。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料以例数和百分率表示。本文以描述性统计分析为主。

2 结果

2.1 一般临床特征

女性占 64.0%，40~59 岁患者最多；病程以 6~24 个月居多，中度疼痛最常见。见表 1。

表 1 50 例患者一般资料		
项目	例数	构成比（%）
男	18	36.0
女	32	64.0
18~39 岁	9	18.0
40~59 岁	28	56.0
≥ 60 岁	13	26.0
3~6 个月	6	12.0
6~12 个月	17	34.0
13~24 个月	19	38.0
> 24 个月	8	16.0
$> \text{NRS } 1 \sim 3$ 分	8	16.0
$> \text{NRS } 4 \sim 6$ 分	28	56.0
$> \text{NRS } 7 \sim 10$ 分	14	28.0

2.2 疼痛与伴随表现

疼痛以坠胀痛、钝痛和灼痛为主，久坐后加重最常见；伴排便不尽感、睡眠障碍和会阴牵扯感较多。34 例存在肛提肌压痛或盆底肌紧张。见表 2。

表 2 疼痛特征及相关表现		
项目	例数	比例（%）
坠胀痛	24	48.0
钝痛	11	22.0
灼痛	9	18.0
刺痛/电击样痛	6	12.0
久坐后加重	31	62.0
排便后加重	22	44.0
精神紧张后加重	19	38.0

排便不尽感	20	40.0
会阴或骶尾部牵扯不适	18	36.0
睡眠障碍	29	58.0
焦虑抑郁倾向	21	42.0
肛提肌压痛/盆底肌紧张	34	68.0

2.3 疗效

经 4~12 周综合治疗后, 显效 15 例, 有效 24 例, 无效 11 例, 总有效率 78.0%。

3 讨论

不明原因慢性肛门痛临床上多与功能性肛门直肠痛相重叠^[1]。本研究显示, 患者以中年女性居多, 疼痛多为深部坠胀或钝痛, 病程长、复发多, 提示其并非单纯局部炎症所致, 而更可能与盆底肌持续紧张、神经感觉异常及心理应激共同相关^[1-3]。本组 68.0% 患者存在肛提肌压痛或盆底肌紧张, 说明盆底功能紊乱是重要基础。对此类患者, 仅凭肛门镜或常规影像阴性而简单归为“无明显异常”并不足够, 仍应重视肛门指诊、盆底评估及病史细问, 尤其关注久坐痛、排便后痛、牵扯感和长期症状迁延等特点。心理因素是另一关键环节。本组 42.0% 有焦虑抑郁倾向, 58.0% 伴睡眠障碍。已有研究指出, 焦虑、抑郁和睡眠障碍可通过脑肠互动增强疼痛敏感性, 诱发盆底肌持续收缩, 从而形成“疼痛—紧张—失眠—更痛”的恶性循环^[1-2]。因此, 对反复求治、主诉与检查不完全一致的患者, 医师应主动进行心理筛查, 避免单纯反复换药或过度手术。在诊疗上, 笔者认为应把握三点。其一, 先排除器质性病变。对伴便血、消瘦、夜间痛明显、肿块触及或年龄较大的患者, 应完善结肠镜及影像学检查。其二, 重视功能性识别。肛提肌压痛、盆底肌紧张、排便协同障碍提示功能性机制占主导, 应尽早纳入盆底康复路径。其三, 实施分层联合治疗。文献表明, 生物反馈、药物、针灸、中药、坐浴及心理干预均有一定价值^[3-6]。本组综合治疗总有效率为 78.0%, 说明联合治疗优于单一经验处理。临床还应加强宣教, 使患者认识到本病虽迁延, 但多数并非恶性疾病, 规范管理后可获得较好缓解。

综上所述, 不明原因慢性肛门痛的核心不在单一止痛, 而在系统排查、准确识别盆底功能异常和心理共病, 并采取多维干预措施。

参考文献

- [1] 韦元成, 金黑鹰, 张春霞, 等. 功能性肛门直肠痛的临床诊疗进展[J]. 世界华人消化杂志, 2021, 29(1): 1-6. DOI: 10.11569/wcjd.v29.i1.1.
- [2] 丁旭枫, 李鹏, 李小嘉, 等. 功能性肛门直肠痛临床治疗进展[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(08): 891-895. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2020.08.024.
- [3] 王超, 康亚军, 赵婉琳, 等. 温阳通络法对功能性肛门直肠痛抗炎作用及肌肉痉挛痛影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(12): 858-862.
- [4] 刘艳妮, 江滨, 章阳, 等. 益气养血汤治疗功能性肛门直肠痛临床疗效观察[J]. 天津中医药大学学报, 2020, 39(04): 429-432.
- [5] 解雯, 郑雪平. 郑雪平教授治疗功能性肛门直肠痛的经验浅析[J]. 天津中医药, 2021, 38(10): 1321-1323.
- [6] 廉文隆, 卢春芳, 王娟. 中药保留灌肠联合熏洗坐浴治疗功能性肛门直肠痛的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(02): 43-45.