

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.21.016

从“缓魄门之急，调五脏之本”论治直肠癌术后低位前切除综合征

胡晨曦¹, 杨鸣¹, 张巧丽¹, 杨璐¹, 王梦琪², 黄金昶^{1✉}

1. 北京中医药大学第三附属医院, 北京市朝阳区安外小关街 51 号, 100029; 2. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所

[摘要] 认为直肠癌术后低位前切除综合征病位在魄门, 以肛周气血运行不畅、肠道传导糟粕失序之症状为急, 以五脏功能失调致魄门失司之病机为本, 并强调五脏之职各有轻重, 其中以脾肾为重, 以心肝肺为辅。诊疗思路强调“缓魄门之急, 调五脏之本”, 以疏调肛周局部气血、调节肠道传导功能为先, 斡旋脾胃升降之机、重振肾气司便之能为重, 疏理肝气郁滞不舒、畅调肺气壅塞不通、安定心神失养不宁为辅。局部治疗以求直达病灶, 整体治疗注重审证求因。

[关键词] 直肠癌; 低位前切除综合征; 肛门; 五脏

2022 年数据表明, 结直肠癌的全球发病率在恶性肿瘤中位居第三, 在中国位居第二^[1]。直肠癌尤其低位直肠癌手术后易出现低位前切除综合征(low anterior resection syndrome, LARS)。LARS 是指直肠癌患者行保留括约肌的保肛手术后所出现的肠道功能障碍, 主要表现为排便次数增加、排便急迫、排空障碍等八大排便异常症状, 并产生厕所依赖、过度关注肠道功能等心理情绪障碍, 可持续数年甚至伴随终身, 严重影响患者生活质量与社交活动^[2]。目前针对 LARS 主要有盆底康复治疗、肛门灌洗、骶神经刺激等治疗方式^[3], 但存在患者自主性差、灌洗液渗漏、成本高及侵入性大等弊端^[4-6]。中医药治疗可改善 LARS 患者症状及生活质量^[7], 但尚缺乏中医系统辨治诊疗思路。本团队以“缓魄门之急, 调五脏之本”为核心的系统辨治思路临床收效可观, 现将经验总结如下。

1 LARS 症状之急: 肛周气血运行不畅, 肠道传导糟粕失序

《难经·第四十四难》言:“下极为魄门。”魄门为消化道的最下端, 即肠道的末端及肛门。

LARS 为直肠癌手术后以肛肠症状为主要表现的综合征, 故 LARS 病位在魄门。LARS 患者经直肠癌根治术联合回肠造口术后, 金刃之伤损及局部肌肉、神经, 肛周局部经历创伤、恢复、痿废等阶段, 气血运行受阻, 肠道传导失司, 表现为肛门之下坠疼痛、憋胀红肿, 大便急迫失禁等肠道糟粕传导失序、储泄失调等急迫之症。

2 LARS 病机之本: 五脏功能失调以致魄门失司

《素问·五脏别论篇》言:“魄门亦为五脏使, 水谷不得久藏。”“为”即“被”;《说文解字》注“使、從也”, 有使唤、役使、支使之意。因此, 我们认为“魄门亦为五脏使”即魄门的功能要依赖于脾胃升清泌浊、肾阳温煦固摄、肝气疏泄调达、肺气宣发肃降、心神统领主宰。若五脏功能失调, 则魄门启闭失其常度。脾不升清, 水谷精微运化失司, 则排便次频、粪质稀薄; 肾阳不足, 魄门失于温煦, 则大便急迫、漏便; 肝气不舒, 糟粕传导紊乱, 则排便失其规律; 肺气壅塞, 糟粕排泄不畅, 则排便困难; 心神失养, 魄门失于君命, 则大便失禁。糟粕排泄至魄门的过程与胃、小肠关系密切, 胃失和降, 糟粕传导受阻, 则排空障碍, 小肠泌别清浊失常, 则泄泻、完谷不化, 而胃、小肠功能的发挥亦有赖于五脏的表里关系, 因此, LARS 病机

基金项目:首都卫生发展科研专项(首发 2022-4-7036)

✉ 通讯作者: zryhhuang@163.com

之本为五脏功能失调。

五脏在 LARS 发病中所承担的角色各异,厘清其主次对临床辨治十分重要。直肠癌患者多有饮食不节的生活习惯,高脂、高糖等不良饮食习惯与结直肠癌发生有关^[8]。我们在临床中观察到 LARS 患者术后为补充营养,常多食高蛋白高热量之品,使脾失健运,湿浊困阻,保护性造口以致局部肠道数月痿废不用,亦使肠道失于濡养;后天生化乏源,久则伤及先天阳气,加之肿瘤消耗日久,以致脾肾阳虚。因此,脾肾阳虚为 LARS 五脏失调病机之重。LARS 患者经历辅助治疗、手术等抗肿瘤治疗后,体弱表虚,易于外感,继而出现排便异常,给患者带来心理负担,可兼见肺气壅塞、肝气郁滞或心神失养。因此,肝肺气滞、心神失养为 LARS 五脏失调病机之辅。

3 LARS 的治则治法:缓魄门之急,调五脏之本

《素问·标本病传论篇》言:“小大不利治其标,小大利治其本。”LARS 诸症严重影响患者生存质量,缓解魄门急迫之症当为治则之首,待局部气血运行如常,谨守五脏失调病机,明辨主次,以安魄门。

3.1 缓魄门之急

3.1.1 疏调肛周局部气血 LARS 主要发病机制为肛门内外括约肌受损、骶神经损伤^[9]。LARS 局部治疗以电针八髎穴为核心,可调控盆底肌再支配,刺激骶神经^[10]。八髎穴属膀胱经,可濡养局部气血,通过背俞穴与五脏六腑建立联系,《针灸大成》言其“主大小便不利”。我们在临床中发现,八髎穴以 75 mm 针灸针深刺疗效为佳,针感表现为肛门局部走窜、酸胀感为宜,每周 2 或 3 次。八髎穴位于腰骶部,归下焦,属肾之府所在,可温肾助阳。《素问·骨空论篇》曰:“腰痛不可转摇,急引阴卵,刺八髎与痛上。”LARS 患者若以肾阳虚为重,当重视艾灸八髎穴,每日艾灸 1 h 为宜。若患者以排便急迫甚至大便失禁为主要表现,可以火针针刺八髎穴激发局部气血,缓急止泻,每周 1 或 2 次。若患者时有肛门坠胀不适、肛门直肠痛,可针刺长强穴,激发督脉阳气,通利壅塞之瘀血,除胀止痛,且可刺激其深部的阴部神经、肛门括约肌^[11]。若 LARS 患者继发肛周失禁性皮炎,肛周局部红斑,肛周瘙痒、水肿,可选用苦参 10 g、蛇床子 15 g、桃仁 10 g、红花 10 g、车前草 30 g、泽泻 6 g、

丹参 10 g、土茯苓 20 g 水煎局部外洗,每日 1 次,清热活血止痒。临床可见部分 LARS 患者漏便与体位变换有关,坐时如常,躺则漏便,考虑为手术瘢痕导致局部筋脉挛急,形成“结”“聚”,可用刃针行肛周结节松解,以疼痛、皮肤拘急为触诊要点,针刃自肛周皱褶垂直皮肤进入皮下,沿肛周皱褶放射状走形横向剥离。LARS 患者若行肠镜检查发现吻合口狭窄或吻合口瘘,则当以外科手术治疗吻合口狭窄及吻合口瘘为急。

同时还需重视盆底肌功能训练。中医学中提到“翕州”及“撮谷道”,其意为“提肛门”,即传统盆底训练,其与凯格尔运动相类似,但更强调与脏腑气机之配合^[12]。嘱患者训练时腹式呼吸,吸气时收缩肛门及盆底肌肉群,意念将其提升至百会穴以上,呼气时放松,意念归于关元穴。肛门处于督脉之处,提肛门亦可升阳理气。

3.1.2 调节肠道传导功能 《灵枢·本输》言“大肠、小肠皆属于胃”“大肠者,传道之腑”,可见肠道是胃气和降功能的延续,是传导糟粕的重要部位。肠腑之寒热虚实可致魄门失常,如《医学指归》中所载:“大肠主出糟粕,邪气有余,壅滞不通,则为实”。LARS 患者常由于饮食不慎以致肠道传导失司引起 LARS 症状加重,如过食高脂食物引起排便增多,多见脉左关后滑,证属湿热壅滞,可选用蒿芩清胆汤清热利湿、和胃化痰。食用高蛋白之品(如蛋白粉、肠内营养粉、坚果等)加重肠道负担,多现肠鸣之症,脉象常见右尺弦滑,提示水热互结于肠道,可选用己椒藜黄丸泻热逐水。

若患者有放疗史,多表现为里急后重,便后稍舒,旋即如前之里急欲便,放疗属火毒侵袭肠道^[13],可用印会河教授清理肠道方^[14]。该方由葛根芩连汤、大黄牡丹汤及薏苡附子败酱散化裁而来,功效祛湿泻热,组成:葛根 10 g,黄芩 10 g,黄连 3 g,牡丹皮 10 g,桃仁 10 g,赤芍 10 g,马齿苋 30 g,党参 15 g,小茴香 10 g,陈皮 6 g,薏苡仁 30 g,败酱草 30 g。外治法可选用骶尾部阿是穴刺络拔罐,每次留罐 15 min,可清热祛湿、活血祛瘀,给火毒之邪以出路。

3.2 调五脏之本

3.2.1 斡旋脾胃升降之机 脾胃为中焦斡旋之枢机。《临证指南医案·脾胃》华岫云按:“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃宜降则和。”脾主升清,使气血生化有源、气机升降斡旋,则肠道运

转如常、魄门开阖正常。若清气下陷则生飧泄，可见便质稀溏、矢气清而频发，甚至不能控制排气，可选用参苓白术散合补中益气汤健脾升清止泻，组成：黄芪 30 g，党参 20 g，茯苓 20 g，麸炒白术 15 g，麸炒山药 15 g，砂仁 6 g，炒薏苡仁 30 g，升麻 6 g，北柴胡 6 g，葛根 30 g。针刺三阴交、水分，其中水分穴重在分清泌浊，如《针灸聚英》言：“水分……水谷至次泌别清浊，水液入膀胱，渣滓入大肠，故曰水分”。若脾气虚弱，久则水饮停驻，水湿困脾，水湿夹杂而泻于后阴，湿胜则濡泄，故可见腹满、腹胀、腹中肠鸣、便质稀薄，甚至水样便，可用本团队自拟肠癌腹泻方健脾燥湿止泻，该方由补中益气汤合二陈汤化裁而来，组成：黄芪 30 g，麸炒白术 15 g，陈皮 10 g，党参 15 g，甘草 10 g，当归 20 g，清半夏 10 g，茯苓 20 g，干姜 10 g，乌梅 30 g，石榴皮 15 g，山楂 30 g。针刺结合艾灸中脘、关元，中脘为胃之募穴，亦为腑会，是脾气散精之枢纽，关元则可实先天肾气，以助后天脾胃之功。针刺选择 0.25 mm×75 mm 细针慢捻行补法以助补益之功，进针深度以患者自觉中脘酸胀走窜之感传至关元，关元得气之感上达中脘为佳，取先后天之气相资相助之意。艾灸每穴每日 30 min 至 60 min，充先天、实后天，临床收效甚佳。

《医学入门·脏腑条分》云：“凡胃中腐熟水谷，其滓秽自胃下口传入小肠上口。自小肠泌别清浊……滓秽入于大肠上口。”由此可见，若胃气通降则肠道传导顺畅，魄门排泄如常。若胃失和降，则糟粕不能经魄门顺利排出，患者时有便意，但排之不出；或者表现为排空障碍，见排便次数多，但每次排便颗粒而出，排便几分钟后即需再次排便；常伴有胃脘胀满不舒、呃逆。可用半夏泻心汤为基本方以和胃消痞降逆，组成：清半夏 10 g，酒黄芩 10 g，黄连 3 g，干姜 10 g，党参 15 g；临证常加白术 10 g、黄芪 30 g 补脾益气，桂枝 10 g、茯苓 30 g 升阳降浊利水以斡旋中焦气机，佐以鸡内金 30 g 和胃消食，当归 20 g、白芍 20 g 养阴柔肝，以借肝气疏泄之职。若患者排便量少导致燥屎蕴热，以致阳明燥结，可选用《伤寒论》中蜜煎导方因势利导。针刺则选用大肠之下合穴上巨虚及募穴天枢以调和胃肠、疏通腑气，配列缺以借肺气肃降之功。

3.2.2 重振肾气司便之能 肾主二便，司开阖，如《类经·二十一卷》言：“肾主下焦，开窍于二阴，水谷入胃，清者由前阴而出，浊者由后阴而

出”。若肾阳不足，则封藏失司，魄门开阖无力，可见夜间大便次数多、漏便，五更泻，如《景岳全书·卷之二十四》言：“今肾中阳气不足……故于子丑五更之后，当阳气未复，阴气盛极之时，即令洞泄不止也”。可选自拟温肾助阳方以温肾涩肠，组成：蜜麻黄 3 g，熟地黄 30 g，茯苓 30 g，麸炒山药 20 g，泽泻 15 g，牡丹皮 15 g，黄芪 30 g，党参 15 g，焦山楂 30 g，花椒 6 g，野菊花 15 g，桂枝 10 g，酒萸肉 30 g，炒芥子 10 g，肉桂 10 g（后下），当归 15 g。艾灸神阙、百会、肾俞、命门，神阙可使艾灸温热之力直达胃肠病所，百会为诸阳之会，灸之升阳益气，肾俞与命门温肾助阳、强健腰膝，共奏温阳止泻之功。脾胃中焦失于肾阳蒸腾，亦见粪质改变，完谷不化乃至水泄样便，可选用附子理中丸温肾暖脾。肾阳不足，膀胱气化不利，津液输布异常，可伴尿失禁或尿潴留，可加五苓散利水渗湿，若伴尿路感染，可在自拟温肾助阳方基础上加猪苓汤清热利水。若肾阴不足，魄门失于濡养，粪质干燥，则选用增液汤加减，组成：玄参 20 g，生地黄 30 g，当归 30 g，白术 60 g，肉苁蓉 30 g，枳实 10 g，火麻仁 20 g。针刺肾经之原穴太溪、肾经之复溜以滋阴补肾。

3.2.3 疏理肝气郁滞不舒 《医学入门》言：“肝与大肠相通。”《素灵微蕴·噎膈解》曰：“粪溺疏泄，其职在肝……行其疏泄，催以风力，故传送无阻。”若肝失疏泄，气机失调，则传送失职，可见大便无规律、或干或稀，可选用柴胡桂枝汤。《血证论》中描述其症状为“肝气郁而不疏，故肛门闭塞，欲便不便，而为逼胀”，类似厥阴风木“风”的特点。若兼见腹胀不舒，粪质溏薄可用柴胡桂枝干姜汤，若见患者因排便异常产生如厕依赖，焦躁不安可用逍遥散，并针刺期门以疏肝理气。部分患者选择经腹直肠癌切除术造成腹部平滑肌受损、气血虚滞，常伴腹胀，平滑肌是肝主疏泄的效应器^[15]，可选用抖腹疗法。具体操作：双手垂直于腹直肌方向将其抓起小幅度抖动，自耻骨联合至剑突下，3~5 min/次，频率约 60~100 次/min，可使肝气疏泄有度，腹部肌肉收缩舒张效应如常。部分 LARS 患者以肛门直肠痛为主要表现，不通则痛，责之于肝气不舒，及金刃之伤造成局部瘀血，可在逍遥散等基础上予复元活血汤加减，天花粉 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g 破血养血，当归 10 g 活血柔肝，甘草 10 g、没药 10 g、蒲黄炭 10 g 活血化瘀、

缓急止痛,牛膝 30 g 引血下行。

肝体阴用阳,应春气,主升发之气,常为有余之象,但亦可见寒邪直中厥阴肝经以致寒滞肝脉,或阳虚肝寒内生证。患者表现为便溏伴小腹疼痛、大腿内侧肝经循行部位不适,可用乌梅丸温肠清热、寒温并重,艾灸肾俞、命门,取乙癸同源之意。

3.2.4 畅调肺气壅塞不通 《类经·四卷》曰:“大肠与肺为表里,肺藏魄而主气,肛门失守则气陷而神去,故曰魄门。”肺主肃降,若肺气壅滞,大肠不得肺气之肃降,则见排便难、频数而量少难出,如《丹溪心法》云:“肺气不降,则大便难传”。列缺通于手阳明,而为手太阴之络,针刺列缺可开启肺宣发肃降之功,使糟粕得出,蕴提壶揭盖之意。肺主通调水道,为水之上源,如《素灵微蕴·卷四》曰:“肺与大肠表里同气,肺气化津,滋灌大肠,则肠滑而便易”。若津液亏损,肺实热引起的 LARS 患者便秘、排空障碍,腹胀满甚至腹痛,可用己椒藜黄丸加全瓜蒌清热化痰利水。若由感受风寒引起表闭,引起肺肃降功能一时不调,出现排便一时异常或较前突然加重,可选用小续命汤解表宣畅气机,或可在背部夹脊穴火针点刺解表散寒,以浅刺为宜,表邪得解后则升降之机如常。

3.2.5 安定心神失养不宁 心者,君主之官,主明则下安,魄门按时启闭,糟粕随时以下。若心神失养,则魄门不得按时开阖,可见排便急迫、漏便,甚至失禁,并见心绪不安、夜寐欠佳,可用归脾汤加煅龙骨、煅牡蛎、甘草以养心安神。《素问·脉要精微论篇》言“心为牡脏,小肠为之使”,小肠泌别清浊的动力有赖于心火温煦,小肠主泌别清浊。《杂病源流犀烛》云:“下焦之胃下口,下输水谷于小肠,而小肠之水液,渗入膀胱以注前阴;小肠之滓秽,转输大肠以注后阴。”若心阳不足,则小肠失于泌别清浊,则水液、糟粕不得分别,混杂而出于后阴,可表现为完谷不化、水泄样便,可用桂枝甘草汤温心阳,加五苓散、胃苓汤以利小便实大便。

4 验案举隅

患者,男,54 岁,2024 年 9 月 25 日初诊。主诉:确诊直肠癌 9 个月,回纳术后排便异常 3 个月。现病史:患者 2023 年 12 月 5 日确诊下段直肠癌,行新辅助放化疗及靶向治疗后于 2024 年 3 月 23 日行“直肠癌根治术+回肠造口术”。术后病理:未

见癌残留(放疗后改变),分期:T3N0M0。2024 年 6 月 25 日复查肠镜示废用性肠炎,并行造口回纳手术,回纳手术后 3 天患者出现排便异常,LARS 评分^[16] 41 分,确诊为 LARS,未经系统诊治。刻下症见:排便次数增多,每日约 20 次,粪质时干时稀,排便急迫,偶有失禁,白天及夜间均有漏便,大便排空困难,时有肛门疼痛及坠胀感,矢气频作、气味清,排气时难自控,腹胀,纳欠佳,手足不温,眠浅易醒,小便可,性情郁郁不舒,面色偏暗,形体瘦,近 3 个月体重下降约 3 kg,舌暗红、苔薄黄,脉滑。患者既往无其他慢性疾病。西医诊断:重度低位前切除综合征(LARS 评分:41 分)。中医诊断:泄泻(肛周瘀滞、肠腑壅塞证)。治法:疏调肛周局部气血,调节肠道传导功能。治疗方案:电针八髎穴,选用 0.30 mm×75 mm 针灸针深刺,连续波,频率 50 Hz,电流强度为 3 mA;普通针刺长强穴,选用 0.30 mm×50 mm 针灸针直刺,均每次 30 min、隔日 1 次。骶尾部阿是穴刺络拔罐,每次 15 min,每周 1 次。嘱患者居家进行盆底肌训练,忌食辛辣刺激、生冷油腻。

2024 年 10 月 17 日二诊:排便次数减少,每日 6 或 7 次,肛门疼痛及坠感明显改善,粪质仍时干时稀,矢气频作,排便急迫稍有改善,余症同前,舌暗红、苔薄白,脉弦滑。LARS 评分:29 分。辨为脾肾阳虚、肝气不舒证,治以补脾益肾温阳,疏肝解郁理气。方予自拟肠癌腹泻方加减,处方:清半夏 10 g,干姜 10 g,焦山楂 30 g,陈皮 10 g,甘草 10 g,黄芪 30 g,茯苓 20 g,麸炒白术 15 g,党参 15 g,葛根 30 g,当归 20 g,炒白芍 10 g,黄连 5 g,白茅根 30 g,滑石 20 g(先煎),每日 1 剂,水煎分早晚两次温服,共 28 剂。嘱患者居家艾灸中脘、关元,每次每穴 30 min,艾灸八髎,每次每穴 10 min。选用直径 3.0 cm 艾条,艾条距穴位以 2~3 cm 为宜,以患者耐受为度,每日 1 次。继续盆底肌训练。

2024 年 12 月 17 日三诊:二诊方服完之后,患者自行抄方续服一个月,目前排便次数减少,每日 5 或 6 次,粪质时干时稀,排便急迫明显改善,偶有漏便,手足温,腹胀稍减,纳可,寐安,舌暗红、苔薄白,脉弦。二诊方基础上加北柴胡 10 g、荆芥 10 g、牛膝 30 g、没药 10 g、蒲黄炭 10 g(包煎),每日 1 剂,水煎分早晚两次温服,共 28 剂。

2025 年 3 月 28 日电话随访:患者服上方 28 剂

后停药,现排便次数降至每日4或5次,粪质成形,无排便紧迫感,每周2或3次大便排空感,偶有漏便,无腹胀,纳眠可,情绪平和,余无特殊不适。LARS评分:14分。嘱患者继续忌食辛辣刺激、生冷油腻,不适随诊。

按语:患者经直肠癌根治术+回肠造口术,金刃之伤损及局部神经、肌肉,使肛周气血运行不畅;患者经新辅助放疗,肠道火毒内蕴,湿热蕴结,使肠道传导受阻;且患者受病情影响纳少,脾收纳不足,肠道痿废不用数月,后天之本生化乏源、水谷精微运化不足,后天累及先天,加之肿瘤消耗日久,以致脾肾阳虚;患者性情郁郁不舒,肝气郁结,发为LARS。初诊时患者LARS症状严重,排便次数多,肛门开阖不可自控、失于约束,伴肛门疼痛、坠胀,当缓魄门之急,因而选用电针八髎穴为主,联合盆底训练专注局部治疗,苔黄、脉滑提示新辅助放疗以致肠道积热,予骶尾部阿是穴刺络拔罐清热祛瘀。二诊时患者排便次数明显下降,肛周症状减轻,但排便急迫、矢气频作等脾虚不升、肾虚不摄之症仍在,予自拟肠癌腹泻方加减健脾益气、升阳止泻,因患者虽便频,但粪质尚可成型,故去乌梅、石榴皮以避涩肠之过,加葛根益升阳之功,白茅根、滑石、黄连清利肠道余之湿热,炒白芍佐以柔肝缓急,联合艾灸中脘、关元、八髎充后天、实先天。三诊时患者排便急迫、手足不温等症状好转,但仍兼夹粪质时干时稀、腹胀、脉弦等肝气不舒之象,在二诊方基础上加柴胡疏肝解郁理气,荆芥入肝经,添行气之功,牛膝、没药、蒲黄炭活血祛瘀、调血以行气。治疗全程以缓魄门之急为先,补脾肾为重,调肝气为辅,疏调局部气血、调节肠道传导功能,补脾益肾温阳、畅达肝气郁结以达调便之功。

参考文献

- [1]BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3): 229-263.
- [2]KEANE C, FEARNHEAD NS, BORDEIANOU LG, et al. International consensus definition of low anterior resection syndrome[J]. Dis Colon Rectum, 2020, 63(3): 274-284.
- [3]ROSEN H, SEBESTA CG, SEBESTA C. Management of low anterior resection syndrome (lars) following resection for rectal cancer[J]. Cancers (Basel), 2023, 15(3): 778.
- [4]PALES CGC, AN S, CRUZ JP, et al. Postoperative bowel function after anal sphincter-preserving rectal cancer surgery: risk factors diagnostic modalities, and management [J]. Ann Coloproctol, 2019, 35(4): 160-166.
- [5]李可欣. 中医治疗直肠癌低位前切除综合征的系统评价及临床观察[D]. 北京:北京中医药大学, 2021.
- [6]CROESE AD, WHITING S, VANGAVETI VN, et al. Using sacral nerve modulation to improve continence and quality of life in patients suffering from low anterior resection syndrome[J]. ANZ J Surg, 2018, 88(11): 787-791.
- [7]中国医师协会肛肠医师分会. 低位前切除综合征诊治中国专家共识(2025版)[J/OL]. 中国普通外科杂志. (2025-07-22) [2025-08-08]. <https://link.cnki.net/urlid/43.1213.r.20250722.0956.002>.
- [8]卫佳慧,赵优冬,张桓伟,等. 结直肠癌非遗传危险因素研究进展[J]. 海军军医大学学报, 2025, 46(1): 32-39.
- [9]黄显壮,黄海舸,吴妮娜. 低位直肠前切除综合征的临床研究进展[J]. 右江医学, 2024, 52(2): 178-182.
- [10]LIU Z, LIU Y, XU H, et al. Effect of electroacupuncture on urinary leakage among women with stress urinary incontinence: a randomized clinical trial [J]. JAMA, 2017, 317(24): 2493-2501.
- [11]蔡丽群,黄河,池伟,等. 电针治疗功能性肛门直肠痛35例[J]. 中国针灸, 2016, 36(1): 41-42.
- [12]徐慧岩,曹科,丁亚鹏,等. 培土扶木法中药联合撮谷道治疗功能性肛门直肠痛的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(11): 6263-6266.
- [13]江虹霖,姜欣,杨鸣,等. 从火毒论治放射性肠炎[J]. 中医杂志, 2021, 62(19): 1732-1735.
- [14]陈瑞鸥. 针药联合治疗慢性放射性直肠损伤引发的肛门直肠痛的定量与定性研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2023.
- [15]岳广欣,陈家旭,王竹风. 肝主疏泄的生理学基础探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(2): 1-4.
- [16]EMMERTSEN KJ, LAURBERG S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer [J]. Ann Surg, 2012, 255(5): 922-928.

Treatment of Low Anterior Resection Syndrome after Rectal Cancer Surgery Based on "Alleviating Acute Disorder at the *Po* (魄) Gate and Regulating the Root of the Five *Zang* Organs"

HU Chenxi¹, YANG Ming¹, ZHANG Qiaoli¹, YANG Lu¹, WANG Mengqi², HUANG Jinchang¹

1. Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing, 100029; 2. Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT The paper holds that low anterior resection syndrome (LARS) after rectal cancer surgery is primarily associated with dysfunction at the *po* (魄) gate, characterized by impaired *qi* and blood circulation around the anus and disordered intestinal transport of waste. The fundamental pathogenesis involves dysregulation of the five *zang* organs, leading to loss of control at the *po* gate. Among the five *zang* organs, the spleen and kidney are considered primary contributors, while the heart, liver, and lung play secondary roles. The therapeutic strategy emphasizes on "alleviating the acute disorder at the *po* gate and regulating the root of the five *zang* organs". Local interventions aim to restore *qi* and blood flow around the anus and normalize intestinal transport function. The main focus is on harmonizing the ascending and descending functions of the spleen and stomach and enhancing the kidney's role in defecation control. Supportive interventions target stagnant liver *qi*, obstructed lung *qi*, and unsettled heart-mind to achieve holistic balance. Local treatment directly address the lesion, whereas systemic treatment prioritizes pattern differentiation and root-cause regulation.

Keywords rectal cancer; low anterior resection syndrome; *po* (魄) gate; five *zang* organs

(收稿日期: 2025-07-04; 修回日期: 2025-08-11)

[编辑: 贾维娜]

读者·作者·编者

《中医杂志》论文中关于伦理审查与利益冲突的规定

1 伦理审查

依据中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 2023 年公布的《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》，报告涉及人的生物医学研究时，需说明所采用的试验程序是否经过国家的或所在机构设立的伦理审查委员会的评估与批准，并注明批准文号。涉及人的生物医学研究包括以下活动：1) 采用现代物理学、化学、生物学、中医药学和心理学等方法对人的生理、心理行为、病理现象、疾病病因和发病机制，以及疾病的预防、诊断、治疗和康复进行研究的活动；2) 医学新技术或者医疗新产品在人体上进行试验研究的活动；3) 采用流行病学、社会学、心理学等方法收集、记录、使用、报告或者储存有关人的样本、医疗记录、行为等科学研究资料的活动。

如果所在机构没有正式的伦理委员会，作者需说明研究是否符合世界卫生组织《涉及人的生物医学研究国际伦理准则》和世界医学协会最新修订的《赫尔辛基宣言》的相关规定。临床研究报告应说明受试者保护情况。在没有获得知情同意的情况下，可辨认身份的信息，包括患者姓名和其首字母缩写，或住院号，都不应在书面描述、照片或遗传谱系中公开，以保护患者的隐私权。研究对象为实验动物时，应说明是否经过相关伦理委员会审查，并注明批准文号，或说明是否遵循了国家或机构的有关实验动物管理和使用的规定。

2 利益冲突

作者投稿时需告知与该研究有关的潜在利益冲突，说明可能导致其研究结果和论文撰写产生偏倚的经济关系和私人关系，并对所提供的利益冲突公开声明的真实性负责。同行审稿专家应向编辑部公开任何可能使其对稿件评价产生偏倚的利益冲突，必要时应主动回避对稿件的审阅。

(本刊编辑部)