

关注肛周良性疾病伴有的躯体症状障碍

赵治锋 赵青川

第四军医大学西京消化病医院消化外科, 西安 710032

通信作者: 赵青川, Email: zhaoqc@fmmu.edu.cn

【摘要】 肛周良性疾病是一类既常见又复杂的消化系统疾病, 涵盖了肛裂、肛瘘、痔疮、失禁、疼痛以及排便障碍等多种症状, 这些疾病既可能源于解剖异常, 也可能属于功能性疾病范畴。值得注意的是, 部分患者即便在解剖异常得到纠正后, 仍可能持续遭受肛周不适、会阴坠胀、排便障碍及腹胀等困扰, 这些症状严重时甚至会影响患者的社会功能。以往, 结直肠外科医生对躯体症状障碍(SSD)这类疾病关注较少。本文旨在从心身医学的角度, 阐述SSD在肛周良性疾病中的具体表现, 并呼吁建立生物-社会-心理的医学模式, 来提升此类患者的整体康复效果。建议当肛周良性疾病与心理障碍共病时, 应先以SSD治疗做铺垫, 在心理障碍和SSD得到改善后, 再考虑行手术治疗。

【关键词】 肛周良性疾病; 躯体症状障碍; 精神症状; 脑肠轴; 心理干预

基金项目: 国家消化系统疾病临床医学研究中心临床应用研究课题(NCRCDD2020-05)

Somatic symptoms often comorbid with benign anorectal disorders: a study of their significance

Zhao Zhifeng, Zhao Qingchuan

Department of Gastrointestinal Surgery, Xijing Hospital of Digestive Diseases, Air Force Medical University, Xi'an 710032, China

Corresponding author: Zhao Qingchuan, Email: zhaoqc@fmmu.edu.cn

【Abstract】 Benign anorectal diseases represent a prevalent and intricate category of gastrointestinal disorders, encompassing conditions such as anal fissures, fistulas, hemorrhoids, incontinence, pain, and defecation disorders. These conditions include both anatomical abnormalities and functional disorders. Some patients continue to experience discomfort such as perianal discomfort, perineal heaviness, defecation difficulties, and abdominal bloating even after anatomical issues have been addressed, severely impairing social functioning. Generally, colorectal surgeons have paid little attention to somatic symptom disorder (SSD). This article introduced the manifestation of SSD in benign anorectal diseases from a psychosomatic perspective, advocating for the establishment of a biopsychosocial medical model in the diagnosis and treatment of these conditions to enhance patient rehabilitation outcomes. It is recommended that when benign anal diseases coexist with psychological disorders, SSD treatment should be used as a prerequisite. Surgical treatment should be considered only after the improvement of psychological disorders and SSD.

【Key words】 Benign anorectal disorder; Somatic symptoms disorder; Psychological symptoms; Gut-brain axis; Psychotherapeutic intervention

Fund program: Clinical Application Research Project of National Clinical Research Center for Digestive Diseases (NCRCDD2020-05)

肛周良性疾病包括痔、排便障碍或失禁、肛周直肠疼痛、肛瘘等, 并伴随有疼痛、瘙痒、感染、出

血、脏污和气体控制不良等症状。然而在目前临床治疗中, 大量患者纠正解剖异常后, 症状并无缓解

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20240918-00322

收稿日期 2024-09-18 本文编辑 王静

引用本文: 赵治锋, 赵青川. 关注肛周良性疾病伴有的躯体症状障碍[J]. 中华胃肠外科杂志, 2024, 27(12): 1238-1242. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20240918-00322.



甚至反而会感到加重。手术医生可能会告知患者会阴神经敏感,但往往无从下手,给患者带来极大痛苦。躯体化症状是个体在心理压力或情绪困扰下表现出的躯体症状,在各专科发病率极高。肛周良性疾病常与躯体化症状共病,心理与躯体症状相互作用加重病情,但难以为专科医生所识别,致使传统治疗效果不佳。

躯体症状障碍(somatic symptom disorder, SSD)指存在躯体症状的前提下,对这些症状有过度的思想、感受或行为反应,并持续6个月以上。患者多数倍感痛苦,严重影响生活和工作,同时伴有与症状相关的过度焦虑或抑郁。SSD可表现在各个系统,如呼吸系统表现为胸闷、气短,心血管系统表现为心慌、气短、心率加快以及血压增高,五官表现为咽部异物征以及异球征,消化系统多为腹胀、嗝气、消化不良、便秘、腹泻、会阴坠胀以及排便不尽等^[1]。SSD患者常因多种非特异性症状首诊于临床各科,被诊断为各类功能性躯体综合征,检出率高达33.8%^[2]。SSD患者过度关注自身躯体状况,而难以接受自己可能存在心理问题,反复求医、过度检查,却无法得到满意疗效,不仅影响个人及家庭的日常生活,也容易引发医师的负面体验,从而加剧医患矛盾,导致医疗资源浪费^[3]。因此,通过单纯手术方法解决肛周盆底病理异常可能效果不佳,甚至引发医患纠纷。

一、肛周良性疾病与SSD

1. 肛周良性疾病与SSD共病:两者的共病率极高。肛周良性疾病不仅会引发局部症状,还常伴随显著心理症状,如抑郁、焦虑、压力、情绪不稳定、过度关注、强迫和怀疑等。有学者报道,92.7%的肛周直肠疼痛合并心理症状,其中30%有抑郁症^[4-5]。本团队的队列研究显示,顽固性便秘患者中焦虑发生率为80.20%,抑郁72.77%,而SSD则高达86.32%。SSD便秘患者也伴有更严重的焦虑、抑郁、便秘症状及更差的治疗效果^[6]。肛提肌综合征在没有便秘症状情况下,约85%表现出排便协同失调的生理特征,而两者均与焦虑、抑郁及性虐待史相关。精神障碍患者的肛周疾病发生率也显著升高,如便秘发生率可达20%~37%^[7]。

2. 盆底肛周病理改变并非肛周症状的病因:排便障碍常见症状有排便困难、排便不尽、下腹胀坠等,影像学检查常发现直肠黏膜套叠或乙状结肠冗长等解剖改变。但是近半数健康人群都有直肠内套叠^[8]。又如直肠推力不足、盆底肌协同失调是排

便障碍的典型病理改变,但这些改变在正常人群中普遍出现^[9]。甚至近90%的健康人群肛门直肠测压存在异常^[10]。

3. 肛周良性疾病与SSD可互为因果:在询问病史过程中,有些患者的躯体化症状与心理障碍有明确的先后顺序,更多患者则没有明确的先后顺序,而表现为互为加重,形成恶性循环。肛周神经感受器分布丰富,对疼痛、瘙痒等更为敏感,长期不适刺激可能影响心理状态,造成严重的焦虑^[11-12]。有些患者既往就有严重的社会-心理应激事件,其心理压力需要通过躯体某些症状来表达、宣泄出来。83%肛痿诊断前有应激,明显高于痔(22%)^[13]。肛痿伴随的炎症也与攻击行为风险增加有关^[14]。

4. 肛周SSD漏诊率高:SSD患者症状复杂、多样且不具特异性,严重程度可从轻微功能损害到严重致残状态。医生通常在查出器质性病变后,仅仅停留在处理病理性改变层面上,没有进一步探索心理障碍。医生习惯于从病理解剖异常寻找病因,以手术纠正病理解剖“异常”,如盆底疝行直肠悬吊术、直肠黏膜脱垂行黏膜环切术以及耻骨直肠肌痉挛行松解术等,而忽视了心理障碍与这些解剖“异常”共存,影响治疗效果。笔者亲历一例便秘患者,19岁时诊断为肛周括约肌失弛缓行全结肠切除术。其后腹胀仍不缓解加之术后并发症,在11年内经历11次手术,终无缓解。本中心按SSD给予心理治疗和抗焦虑治疗,在32岁时治愈并重返工作。但因全结肠切除术后高草酸血症,双侧尿路频繁结石,造成终生影响。有些医院行便秘手术治疗时,在知情同意书上明确告知患者“便秘是一种复杂综合征,属于世界尚未解决的难题”。可见盆底肛周疾病诊治的复杂性。

二、肛周良性疾病发生SSD的原因

目前研究显示,SSD发病受生物、心理和社会多因素影响;生物因素中,大脑结构和功能变化如额叶皮质-纹状体环路功能失调与灾难观念、情绪调节、自我感觉和知觉功能异常相关,并导致SSD易感性增加^[15-20]。心理因素主要包括童年负性经历及个性特征(不良的人格基础、回避型或焦虑型依恋模式等),躯体症状可能被用作心理防御或潜意识获益的手段^[21-22]。此外受传统文化影响,患者很难直面情绪问题,也可能加重SSD。社会因素中的疾病、压力和负面生活事件则是诱发躯体不适的重要因素^[21]。临床医生对检查结果“过度强调病理

解剖异常”(如乙状结肠冗长、盆底疝、小肠坠入盆腔道格拉斯窝压迫直肠造成排便障碍),或对生物学因素的坚持,会诱发或加重患者对其症状的痛苦体验和担心^[23]。在各种因素影响下,患者的感知倾向于“不够精确的感官输入”和“过于精确的预期”这一模式,诱发对身体的痛苦感知,并进一步导致躯体症状的出现和慢性化,严重影响心身健康,见图 1^[24]。

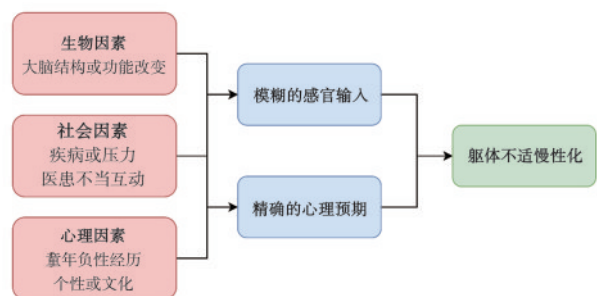


图1 躯体症状障碍(SSD)多因素疾病模型^[24]

三、SSD 的筛查评估

在门诊接诊过程中,我们常会遇到“四多一少”的现象,即病历多、症状描述多、检查单据多、用药种类多,但各项检查的异常发现却相对较少。面对这种情况,除了考虑是否存在器质性疾病外,我们还应警惕患者是否有躯体化症状的存在。为了快速评估这些症状是否与过度的思想、感觉和行为相关,我们可以询问患者:“你每天需要花费多少时间来担心和处理自己的身体症状?”如患者每天花 3~4 h 担心自己的身体不适,应进行更全面的 SSD 筛查^[25]。目前已有多个标准化和经过验证的自评量表可协助评估和筛查 SSD。患者健康问卷(patient health questionnaire-15, PHQ-15)和躯体症状量表(somatic symptom scale-8, SSS-8)常用于评估躯体症状负荷。我们还可以使用指南推荐的“90 s”问题法,快速将有心理障碍的患者筛查出来^[26]。具体问题包括:你容易焦虑或紧张吗?最近你是否更焦虑或忐忑不安?是否有一些特殊场合或情景更让你紧张?你是否有过突然发生的强烈不适感、心慌、眩晕、憋气或呼吸困难等症状?最近几周是否觉得无精打采、伤感,对生活的乐趣减少了?

四、治疗方式的探索

肛肠科医生要树立生物-心理-社会医学模式的理念。将心身整合的医疗理念,心身同治的接诊

技术贯穿诊疗全过程。既避免用单一的生物医学思维模式治疗肛周疾病,也避免过早否认躯体疾病。针对患者的躯体主诉,根据病史和体格检查明确肛周疾病诊断,同时探索相关的社会心理压力源,识别导致症状发生、维持或恶化的因素,帮助患者理解生理和心理症状之间的联系。

建立共情互信的医患关系,是肛周疾病治疗及管理的核心。医患同盟从尊重患者症状开始,承认症状真实性,共情患者对症状的感受,理解患者的疾病观念,使患者感到医生确实认真对待其躯体主诉。评估患者心理状态,通过健康宣教,解除病耻感并鼓励患者正确认识疾病。对于以失禁为代表的肛周疾病,经过医疗保健人员适当的教学和随访,多达 20% 的患者不需要进一步治疗^[27]。安慰与解释也是痉挛性肛周直肠疼痛的一线治疗^[28]。必要时与心理科多学科讨论,制定更好的治疗方案。

除心理治疗外,很多精神类药物同样对于 SSD 有明显的效果。常用于肛周良性疾病的精神类药物有三大类:(1)选择性血清素再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI):代表药物为氟西汀、帕罗西汀、西酞普兰、舍曲林。(2)血清素-去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI)^[29]:如度洛西汀和文拉法辛。SNRI 通常耐受良好,副作用少。度洛西汀已被美国食品药品监督管理局批准治疗慢性疼痛、抑郁症、焦虑症,但在肛周疾病中仍缺乏高质量临床研究。(3)血清素-去甲肾上腺素-氟哌噻吨再摄取抑制剂:如黛力新等。

本中心针对顽固性排便障碍且伴有焦虑抑郁症状的患者,采用氟西汀进行治疗。该药物不仅显著改善了患者的精神障碍,而且有效缓解了便秘症状。在为期 6 个月的治疗周期内,氟西汀的综合有效率高达 67.8%。除了氟西汀,还包括氟伏沙明、艾司西酞普兰、帕罗西汀、舍曲林和文拉法辛等药物可供选择。而对于功能性疼痛患者,我们首选的治疗药物则是曲美布汀和度洛西汀。

骶神经刺激(sacral nerve stimulation, SNS)在保守治疗无效的顽固性失禁和便秘患者中显示出广泛的应用潜力,本中心先后完成了 43 例 SNS 治疗功能性排便障碍和盆底疼痛,短期效果尚满意,参数调整是至关重要的因素,否则 3~6 个月后会失效。

其他治疗还包括菌群移植、生物反馈等神经调控方法、中医药(如针灸)等特色疗法以及手术等方式。肠道微生物群可以通过影响神经系统来缓解便秘为主的肛周症状,包括使用益生菌、合生元、后生元以及粪便微生物移植等方法也取得了一定的效果。生物反馈被认为是治疗排便障碍、失禁及肛提肌综合征的首选方法。通过直肠测压、肛周肌电图、直肠感觉评估和球囊排出等技术,患者可以获得关于肛周直肠功能紊乱的视觉和语言反馈,学习矫正措施,并通过长期练习改善盆底肌肉的协调性,从而改善相关症状^[30]。

综上,当肛周良性疾病与心理障碍共病时,即使要做手术,建议能够先以 SSD 治疗做铺垫,在心理障碍和 SSD 得到改善后再行手术治疗,效果可能更好、更安全。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-functional gi disorders: disorders of gut-brain interaction[J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1257-1261. DOI: 10.1053/j. gastro. 2016. 03.035.
- [2] Cao J, Wei J, Fritzsche K, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2020, 62: 63-71. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2019.11.010.
- [3] 吴珩, 沈楠, 黄东雅, 等. 无法解释的躯体症状患者的医患关系研究[J]. *医学与哲学*, 2014, 35(3): 82-85.
- [4] Mao W, Liao X, Wu W, et al. The clinical characteristics of patients with chronic idiopathic anal pain[J]. *Open Med (Wars)*, 2017, 12:92-98. DOI: 10.1515/med-2017-0015.
- [5] Bouchoucha M, Hejnar M, Devroede G, et al. Patients with irritable bowel syndrome and constipation are more depressed than patients with functional constipation[J]. *Dig Liver Dis*, 2014, 46(3): 213-218. DOI: 10.1016/j. dld. 2013.10.009.
- [6] Zhao Z, Bai B, Wang S, et al. Physical and psychological correlates of somatic symptom in patients with functional constipation: a cross-sectional study[J]. *BMC Psychiatry*, 2024, 24(1):134. DOI: 10.1186/s12888-024-05559-9.
- [7] Hendrix J, Ranganani D, Montero AM, et al. Early adverse life events and post-traumatic stress disorder in patients with constipation and suspected disordered defecation [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2022, 34(3): e14195. DOI: 10.1111/nmo.14195.
- [8] Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, et al. Defecography in normal volunteers: results and implications[J]. *Gut*, 1989, 30(12):1737-1749. DOI: 10.1136/gut.30.12.1737.
- [9] Noelting J, Ratuapli SK, Bharucha AE, et al. Normal values for high-resolution anorectal manometry in healthy women: effects of age and significance of rectoanal gradient[J]. *Am J Gastroenterol*, 2012, 107(10):1530-1536. DOI: 10.1038/ajg.2012.221.
- [10] Grossi U, Carrington EV, Bharucha AE, et al. Diagnostic accuracy study of anorectal manometry for diagnosis of dyssynergic defecation[J]. *Gut*, 2016, 65(3):447-455. DOI: 10.1136/gutjnl-2014-308835.
- [11] Jain M, Bajjal R, Srinivas M, et al. Fecal evacuation disorders in anal fissure, hemorrhoids, and solitary rectal ulcer syndrome[J]. *Indian J Gastroenterol*, 2019, 38(2): 173-177. DOI: 10.1007/s12664-018-0927-9.
- [12] Akkoca M, Kocaay AF, Tokgoz S, et al. Psychiatric symptoms, aggression, and sexual dysfunction among patients with benign anal conditions[J]. *Am Surg*, 2023, 89(11):4297-4304. DOI: 10.1177/00031348221074225.
- [13] Cioli VM, Gagliardi G, Pescatori M. Psychological stress in patients with anal fistula[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2015, 30(8):1123-1129. DOI: 10.1007/s00384-015-2245-3.
- [14] Barzilay R, Lobel T, Krivoy A, et al. Elevated C-reactive protein levels in schizophrenia inpatients is associated with aggressive behavior[J]. *Eur Psychiatry*, 2016, 31:8-12. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.461.
- [15] Pan X, Ding W, Sun X, et al. Gray matter density of the dorsomedial prefrontal cortex mediates the relationship between catastrophizing and anxiety in somatic symptom disorder[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2021, 17: 757-764. DOI: 10.2147/NDT.S296462.
- [16] Liang HB, Dong L, Cui Y, et al. Significant Structural alterations and functional connectivity alterations of cerebellar gray matter in patients with somatic symptom disorder[J]. *Front Neurosci*, 2022, 16: 816435. DOI: 10.3389/fnins.2022.816435.
- [17] Delli Pizzi S, Franciotti R, Ferretti A, et al. High γ -aminobutyric acid content within the medial prefrontal cortex is a functional signature of somatic symptoms disorder in patients with parkinson's disease[J]. *Mov Disord*, 2020, 35(12): 2184-2192. DOI: 10.1002/mds.28221.
- [18] Li Q, Xiao Y, Li Y, et al. Altered regional brain function in the treatment-naive patients with somatic symptom disorder: a resting-state fMRI study[J]. *Brain Behav*, 2016, 6(10):e00521. DOI: 10.1002/brb3.521.
- [19] Ahn J, Han DH, Hong JS, et al. Features of resting-state electroencephalogram theta coherence in somatic symptom disorder compared with major depressive disorder: a pilot study[J]. *Psychosom Med*, 2017, 79(9): 982-987. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000490.
- [20] 崔阳阳, 梁怀彬, 朱千, 等. 基于低频振幅分数和度中心性的躯体症状障碍静息态回行功能成像研究[J]. *磁共振成像*, 2021, 12(7): 51-54. DOI: 10.12015/issn.1674-8034.2021.07.010.
- [21] Seitz KI, Ehler N, Schmitz M, et al. Affective and cognitive theory of mind in posttraumatic stress, major depressive, and somatic symptom disorders: association with childhood trauma[J]. *Br J Clin Psychol*, 2022, 61(3): 680-700. DOI:10.1111/bjc.12357.
- [22] Maunder RG, Hunter JJ, Atkinson L, et al. An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults[J]. *Psychosom Med*, 2017, 79(5):506-513. DOI:10.1097/PSY.0000000000000437.

- [23] 孙夏媛,魏镜. 医患对“医学难以解释的躯体症状”的观念和互动差异及影响因素[J]. 中华医学杂志, 2013, 93(23): 1850-1852. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2013. 23.022.
- [24] Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, et al. Management of functional somatic syndromes and bodily distress[J]. Psychother Psychosom, 2018, 87(1): 12-31. DOI: 10.1159/000484413.
- [25] Toussaint A, Hüsing P, Kohlmann S, et al. Excessiveness in symptom-related thoughts, feelings, and behaviors: an investigation of somatic symptom disorders in the general population[J]. Psychosom Med, 2021, 83(2): 164-170. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000903.
- [26] 吴文源,魏镜,陶明. 综合医院焦虑抑郁诊断和治疗的专家共识[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(31): 2174-2181. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2012.31.008.
- [27] Heymen S, Scarlett Y, Jones K, et al. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence[J]. Dis Colon Rectum, 2009, 52(10): 1730-1737. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181b55455.
- [28] Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, et al. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders [J]. Am J Gastroenterol, 2021, 116(10): 1987-2008. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001507.
- [29] Till SR, As-Sanie S, Schrepf A. Psychology of chronic pelvic pain: prevalence, neurobiological vulnerabilities, and treatment[J]. Clin Obstet Gynecol, 2019, 62(1): 22-36. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000412.
- [30] Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, et al. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders[J]. Neurogastroenterol Motil, 2015, 27(5): 594-609. DOI: 10.1111/nmo.12520.

·读者·作者·编者·

关于中华医学会系列杂志论文二次发表的推荐规范

为了让更多的读者有效获得某些由政府机构和专业组织制定的指南和共识,或其他对临床实践有指导意义的学术论文,根据国际惯例和我国的实际情况,凡符合下列条件并提供相应材料,中华医学会系列杂志允许或接受论文用同一种语言或另一种语言的二次发表。

1. 责任机构或作者须征得相关期刊的同意,首次发表论文的期刊和准备二次发表的期刊均无异议。二次发表的期刊需取得首次发表该论文期刊的同意书,首次发表的期刊向二次发表期刊提供论文首次发表的版本。
2. 尊重首次发表期刊的权益,二次发表至少在首次发表的8周之后,或相关期刊协商决定发表间隔。
3. 二次发表的论文宜面向不同的读者,建议节选或摘要刊登。
4. 二次发表的论文必须忠实于原文,忠实地反映首次发表的版本中的数据 and 解释,作者数量不能增减,顺序也不能改动。
5. 在二次发表的文题页脚注中,要让读者、同行和文献检索机构知道该论文已全文或部分发表过,并标引首次发表的文献。如:“本文首次发表在《中华内科杂志》,2015, 54(1): 18-21”,英文为“This article is based on a study first reported in the Chin J Intern Med, 2015, 54(1): 18-21”。
6. 必要时,不同期刊的编辑可共同决定同时或联合发表某篇论文(含指南共识类文章),编辑应在文中告知读者该论文是同时发表。
7. 不同期刊的编辑可共同决定同时发表某个学术会议的新闻报道等消息,但如果附加图表等较多专业内容,宜在一种期刊首先发表,再次发表需遵循二次发表的相关规定。
8. 中华医学会系列杂志发表的文章授权其他杂志二次发表后,可用于学术交流目的,不得用于商业用途。
9. 图书拟收录中华医学会系列杂志发表的指南共识等学术论文,除征得中华医学会杂志社的同意外,需在首次发表的6个月之后收录。
10. 美国国立医学图书馆不提倡对翻译文章二次发表,如果文章首次发表在被 Medline 收录的杂志中,将不再标引翻译文章。如果同一期刊以多种语言同时发表某篇论文,Medline 在收录时标注该论文多种语言发表。