

结直肠癌患者腹盆腔内活体征象与中医辨证分型的相关性

杨宗亮 何永恒

摘要 目的 探讨结直肠癌患者腹盆腔内活体征象与中医辨证分型的关系。**方法** 通过术前中医辨证,将 112 例行开腹或腹腔镜手术的结直肠癌患者分为 5 型:湿热内蕴、瘀毒结阻、脾肾阳虚、气血两虚、肝肾阴虚型,收集术中患者腹盆腔内活体征象,分析患者腹盆腔内活体征象与中医辨证分型的相关性。**结果** 结直肠癌湿热内蕴型患者肠管或肿块以红色为主;瘀毒结阻型患者以紫暗色泽为主;气血两虚型患者多以淡红为主;脾肾阳虚型患者表现以苍白为主;肝肾阴虚型患者以浅白或红白相间为主。肠管水肿,与脾肾阳虚型相关;腹盆腔积液以湿热内蕴患者多见,多为淡黄色,量少;腹盆腔内粘连以瘀毒结阻患者多见;肿块最大径与各证型无相关性。**结论** 结直肠癌腹盆腔内活体征象与中医证型分型存在相关性,可作为结直肠癌患者辨证分型的参考依据之一。

关键词 结直肠癌;活体征象;中医证型

Correlation between Signs of Living Body in Abdominal and Pelvic Cavities and Syndrome Typing of Chinese Medicine in Colorectal Cancer Patients YANG Zong-liang and HE Yong-heng First Department of Anorectal Disease, Second Affiliated Hospital, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha (410005)

ABSTRACT Objective To explore the correlation between signs of living body in abdominal and pelvic cavities and syndrome typing of Chinese medicine (CM) in colorectal cancer patients. **Methods** Totally 112 colorectal cancer patients undergoing open abdominal surgery or laparoscopic surgery were syndrome typed as five types, i.e., inner-accumulation of damp and heat, blockage of stasis and toxin, Pi-Shen yang deficiency, blood-qi deficiency, Gan-Shen yin deficiency. Signs of living body in abdominal and pelvic cavities were collected. The correlation between signs of living body in abdominal and pelvic cavities and syndrome typing of CM were analyzed. **Results** Red colorectal canals or mass were dominated in colorectal cancer patients with inner-accumulation of damp and heat syndrome. Dark purple colorectal canals or mass were dominated in colorectal cancer patients with blockage of stasis and toxin syndrome. Reddish colorectal canals or mass were dominated in colorectal cancer patients with blood-qi deficiency syndrome. Pale colorectal canals or mass were dominated in colorectal cancer patients with Pi-Shen yang deficiency syndrome. Whitish or red-white stripes were dominated in colorectal cancer patients with Gan-Shen yin deficiency syndrome. Dropsy colorectal canal was associated with Pi-Shen yang deficiency syndrome. Intracavitary effusion was often seen in colorectal cancer patients with inner-accumulation of damp and heat syndrome. The effusion was yellowish in less amount. Intracavitary adhesion was often seen in colorectal cancer patients with blockage of stasis and toxin syndrome. There was no correlation between the maximum diameter of mass or each syndrome type of CM. **Conclusion** There existed correlation between signs of living body in abdominal and pelvic cavities and syndrome typing of CM, which could be taken as one of references for syndrome typing of colorectal cancer patients.

KEYWORDS colorectal cancer; signs of living body; Chinese medical syndrome type

基金项目:国家自然科学基金面上项目(No. 81173263);湖南省重点学科中医外科学资助项目(湘教发[2011]76 号)

作者单位:湖南中医药大学第二附属医院肛肠科(长沙 410005)

通讯作者:何永恒, Tel:13517401858, E-mail:heyongheng1964@163.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2016. 05. 0570

结直肠癌属于中医学“锁肛痔”“肠癌”等范畴,与瘀、毒、湿、热等致病因素及正气亏虚密切相关,术后致病因素并不随病灶切除而消除^[1],多个致病因素仍夹杂为病,影响患者的生存质量。中医药通过祛邪扶正,可有效改善术后患者的生活质量,延长生存期,在结直肠肿瘤综合治疗中发挥重要的作用。结直肠癌手术的大量开展特别是腹腔镜技术的应用,延伸了中医望诊的范畴,术者能够清晰地观察腹腔盆腔内活体征象,使探究活体征象与中医证型的关系,服务临床成为可能。

资料与方法

1 诊断标准 西医诊断标准参照结直肠癌诊疗规范(2010 年版)^[2],并最终由病理诊断确认。中医诊断标准参照何永恒主编《中医肛肠科学》^[3],中医辨证分型标准参照大肠癌科研协作会议(杭州·1992)^[4]制定的大肠癌辨证分型方案,将结直肠癌中医证型分为湿热内蕴、瘀毒结阻、脾肾阳虚、气血两虚、肝肾阴虚 5 型。

2 纳入、排除与剔除标准 纳入标准:(1)诊断明确,有病理诊断确诊;(2)患者年龄不限,能耐受手术;(3)自愿配合参加,并签署知情同意书。排除标准:(1)心、脑、肾等重要脏器及血液系统有手术禁忌症者;(2)患者不接受术中观察;(3)术前已行放化疗者。剔除标准:术中观察结果不理想。

3 一般资料 112 例均为 2013 年 3 月—2014 年 1 月湖南中医药大学第二附属医院(6 例)、湖南省肿瘤医院(74 例)、中南大学湘雅二医院(10 例)、湖南省人民医院(22 例)住院并行手术的结直肠癌患者。其中男性 68 例,女性 44 例,年龄 41~83 岁,平均(56.3±7.9)岁;病理类型均为腺癌;TNM 分期 T₁₋₂N₀M₀ 51 例, T₁₋₂N₁M₀ 16 例, T₁₋₂N₂M₀ 1 例, T₃N₀M₀ 24 例, T₃N₁M₀ 14 例, T₃N₁M₁ 1 例, T₃N₂M₀ 4 例, T₄N₀M₀ 1 例。入院后均行开腹手术或腹腔镜手术。

4 研究方法

4.1 观察设备 结直肠癌开腹手术器械及奥林巴斯(HD EndoEYE 10 mm)高清电子腹腔镜全套设备,数码相机,20 cm 钢尺。

4.2 观察方法 术前传统中医辨证分型确定患者证型,证型由 2 名中医临床研究生初步诊断,再由一名高职称中医师最终确定。术中直视下观察腹腔盆腔内活体征象:制定标准统一的临床观察表,术者及第一助手观察活体征象,最后结果共同确定,并通过腹腔镜设

备及数码相机保存数据资料。

5 观察指标 对开腹术患者,采取肉眼观察肠管配合数码相机图像资料;对腹腔镜手术患者,采取肉眼观察及腹腔镜录像资料。观察肿块表面色泽及剖开色泽;理顺肠管,观察有无粘连;通过肉眼观察色泽,并用钢尺测量双层肠壁的厚度;积液色泽采用肉眼观察及图像资料,积液数量采取吸管抽吸,观察集液瓶中液体量。各指标具体判断标准如下:(1)肿块和(或)肠管色泽:分为紫暗、红色、淡红色、浅白或红白相间、苍白;(2)肠管水肿程度:肠壁厚度<5 mm,无水肿;肠壁厚度 5~8 mm,属轻度水肿^[5,6];肠壁厚度>8 mm,属重度水肿^[7];(3)腹腔盆腔积液量^[8,9]:<200 mL 为无积液;200~500 mL 为少量积液;500~1 500 mL 属中等积液;>1 500 mL 属大量积液。(4)腹腔盆腔内粘连情况;(5)术后标本肿块最大径:采用钢尺度量。

6 统计学方法 采用 Excel 进行数据录入,应用 SPSS 17.0 软件包进行分析。中医证型与各观察指标为 R×C 表双向无序构成比资料或四格表资料,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 结直肠癌患者中医证型分布 根据术前临床表现、体征及舌脉象将收集的 112 例结直肠癌患者通过中医辨证分为 5 种证型。其中湿热内蕴型 38 例(33.9%),瘀毒结阻型 27 例(24.1%),脾肾阳虚型 13 例(11.6%),气血两虚型 19 例(17.0%),肝肾阴虚型 15 例(13.4%),证型分布以湿热内蕴型及瘀毒结阻型为主。

2 结直肠癌患者腹腔盆腔内肠管或肿块色泽与中医证型的关系(表 1) 腹腔盆腔内肠管或肿块 5 种色泽表现在各证型中并未全部出现,红色主要出现在湿热内蕴证患者中,紫暗色主要出现在瘀毒结阻证患者中,苍白色主要出现在脾肾阳虚证患者中,淡红色主要出现在气血两虚证患者中,浅白或红白相间主要出现在肝肾阴虚证患者中,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

3 结直肠癌患者腹腔盆腔内肠管水肿情况与中医证型的关系(表 2) 各证型中脾肾阳虚型出现肠管水肿较其他证型多见($P<0.05$),且出现水肿的肠管以轻度水肿多见,重度水肿罕见。

4 结直肠癌患者腹腔盆腔内粘连情况与中医证型的关系(表 3) 瘀毒结阻型较湿热内蕴证、气血两虚型、肝肾阴虚型及脾肾阳虚型出现粘连的情况多见,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 结直肠癌患者中医证型与腹盆腔肠管或肿块色泽的关系 [例(%)]

中医证型	例数	腹盆腔肠管或肿块色泽				
		紫暗色	红色	淡红色	浅白或红白相间	苍白
湿热内蕴型	38	1(2.6)	33(86.9)	0(0)	4(10.5) [▲]	0(0)
瘀毒结阻型	27	26(96.3) [*]	1(3.7) [*]	0(0)	0(0)	0(0)
脾肾阳虚型	13	0(0)	0(0)	2(15.4) [△]	0(0)	11(84.6)
气血两虚型	19	0(0)	0(0)	15(79.0)	2(10.5) [▲]	2(10.5) [○]
肝肾阴虚型	15	0(0)	0(0)	2(13.3) [△]	12(80.0)	1(26.7) [○]

注:与湿热内蕴型比较,^{*}*P*<0.05;与气血两虚组比较,[△]*P*<0.05;与肝肾阴虚组比较,[▲]*P*<0.05;与脾肾阳虚型比较,[○]*P*<0.05

表 2 结直肠癌患者中医证型与肠管水肿情况的关系

中医证型	例数	无水肿 [例(%)]	有水肿 [例(%)]	肠管水肿程度(例)	
				轻度	重度
湿热内蕴型	38	33(86.8)	5(13.2) [*]	5	—
瘀毒结阻型	27	22(81.5)	5(18.5) [*]	5	—
脾肾阳虚型	13	3(23.1)	10(76.9)	10	—
气血两虚型	19	16(84.2)	3(15.8) [*]	3	—
肝肾阴虚型	15	13(86.7)	2(13.3) [*]	2	—

注:与脾肾阳虚型比较,^{*}*P*<0.05

表 3 结直肠癌患者中医证型与腹盆腔粘连情况的关系 [例(%)]

中医证型	例数	无粘连	有粘连
湿热内蕴型	38	32(84.2)	6(15.8) [*]
瘀毒结阻型	27	5(18.5)	22(81.5)
脾肾阳虚型	13	11(84.6)	2(15.4) [*]
气血两虚型	19	15(78.9)	4(21.1) [*]
肝肾阴虚型	15	13(86.7)	2(13.3) [*]

注:与瘀毒结阻型比较,^{*}*P*<0.05

5 结直肠癌患者腹盆腔内积液与中医证型的关系(表 4) 腹盆腔积液多出现于湿热内蕴证患者中(*P*<0.05)。在出现的腹盆腔积液中,颜色以淡黄为主,清亮罕见,积液量以轻度为主。

6 结直肠癌术后标本肿块最大径与中医辨证分型的关系 结直肠癌术后标本肿块最大径为 4~6 cm,<4 cm 及 >6 cm 均较少见。其中湿热内蕴型患者肿块最大径为(4.96±0.44)cm,瘀毒结阻型患者肿块最大径为(4.72±0.60)cm,脾肾阳虚型患者

肿块为(4.91±0.53)cm,气血两虚型患者肿块最大径为(4.77±0.59)cm,肝肾阴虚型患者肿块最大径为(4.67±0.73)cm。经方差分析,各证型间肿块最大径比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。

讨 论

《灵枢·论疾诊尺》曰“从外知内”;《灵枢·本脏》亦有“视其外应,以知其内脏,则知所病矣”的论述;《丹溪心法·能合色脉可以万全》总结:“欲知其内者,当以观乎外,诊于外者,斯以知其内。盖有诸内者形诸外。”人体作为一个有机的整体,通过诊察反映于外部的证候,可以推断机体内在的变化;认识内在的疾病本质,亦可解释外在的证候表现。故本研究选取观察结直肠癌患者腹盆腔内的活体征象,包括肠管及肿块的色泽、积液、粘连状况、肿块大小、水肿状况等,直观地认识疾病内在本质,在一定程度上可解释错综复杂的外在临床表现,同时基于人体疾病的内外统一性,本研究亦可在一定程度上佐证“司外揣内”的科学性。

《灵枢·邪气脏腑病形》篇记载“见其色,知其病”,《素问·举痛论》曰:“黄赤为热,白为寒,青黑为痛”,列举了五色所主病。《中医诊断学》中系统总结了青、赤、黄、白、黑五色主病^[10]。这些中医诊断理论为观察腹盆腔内活体征象提供了中医学的思维和依据。脾肾阳气亏虚,虚寒内生,肠失温煦,气血不荣,则肠管颜色苍白;温化无权,水湿不化,水液潴留肠管,肠管呈不同程度的水肿。气滞或气虚等可导致血液瘀积不散而凝结成块,或血溢脉外凝结成瘀斑,则肿块可紫

表 4 结直肠癌中医证型与腹盆腔积液的关系

中医证型	例数	无积液 [例(%)]	有积液 [例(%)]	积液颜色(例)		积液量(例)		
				淡黄	清亮	少量	中等	大量
湿热内蕴型	38	10(26.3)	28(73.7)	28	0	28	0	0
瘀毒结阻型	27	25(92.6)	2(7.4) [*]	2	0	2	0	0
脾肾阳虚型	13	12(92.3)	1(7.7) [*]	1	0	1	0	0
气血两虚型	19	16(84.2)	3(15.8) [*]	3	0	3	0	0
肝肾阴虚型	15	13(86.7)	2(13.3) [*]	2	0	2	0	0

注:与湿热内蕴组型比较,^{*}*P*<0.05

暗或见肠管斑点,血瘀与气滞互为因果,气滞则经络受阻,腹腔内可见肠管粘连。湿热之邪内蕴肠道,阻滞气机,湿邪运化失司,湿热互结,煎熬而蕴结成块,且湿性重浊趋下,积于腹腔,形成腹水,腹水为湿热合而为邪的病理产物,故表现为色黄黏滞;气血两虚因血虚不能濡养肠道,故肠管纤细,肠脂垂瘦小,肿块及肠管色泽苍白,气虚则大肠传导糟粕乏力,肠管可少见蠕动。肝肾阴虚则因阴虚失润,故腹盆腔活体征象可表现为粗糙,纹理欠清晰,肿块表面血管不甚丰富,则呈红白相间。

结直肠癌腹盆腔内活体征象即患者腹盆腔内的局部特征,在中医学理论的指导下可为结直肠癌的诊治提供资料。腹盆腔内色泽表现差异性较大,其中湿热内蕴型因湿热胶结,表现出热的色泽,肠管及肿块以红色为主;瘀毒结阻型则因瘀邪而以紫暗色泽为主;气血两虚因不能荣养多以淡红为主;脾肾阳虚型因不能温煦表现以苍白为多见;肝肾阴虚型因不能滋养以浅白或红白相间多见;肠管水肿,多因温化失司,湿浊不化与脾肾阳虚型密切相关;水肿程度多为轻度水肿,罕见重度水肿,水肿程度常与患者营养状况、肠道有无梗阻有关,在术前患者经积极营养支持治疗,营养状况一般良好,消化道梗阻状况多见于急诊手术,故重度水肿少见;腹盆腔积液多因湿热下注腹盆腔,故以湿热内蕴多见,多为淡黄色,清亮罕见,表现为少量,罕见大量;腹盆腔内粘连因气滞与瘀相互影响,经络受阻,故以瘀毒结阻多见;肿块最大径与各证型无明显相关性,可能与我国结直肠癌患者早期发现率低,手术时已处于晚期有关。储檀等^[11]通过文献研究,发现大肠癌晚期的临床症状,往往不是基于其病理的本质反映,而是并发症或兼症所为,故此时的传统辨证论治可能偏离其主要矛盾。本研究结果基于术中活体观辨证,在启动包括中医在内的综合治疗前,于错综复杂的临床表现中,寻找结直肠癌个体的本质病因病机,可为其后续的综合治疗提供方向,以提供针对性治疗而不被晚期病情所迷惑。

活体征象是医疗技术发展下中医视诊的延伸,探究中医证型与腹盆腔内活体征象的关系,为结直肠癌的中医辨证及临床治疗提供了一条崭新的思路。但本研究时间短,样本量少,各种不确定因素会使结果产生一定的误差,今后应在此基础上加大样本量,总结经验,以期获得更加可靠的结果。

(致谢:本研究在病例收集及临床资料整理过程中,得到湖南省肿瘤医院康安定主任医师、蒋嘉睿副主任医师,中南大学湘雅二医院谢勇主治医师,湖南省人民医院刘琪副主任医师,湖南中医药大学第二附属医院肛肠一科医师的大力协助,特表感谢!)

参 考 文 献

- [1] 钱垠, 黄欣, 朱翔. 转移性结直肠癌的中医用药思路探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(7): 825-826.
- [2] 卫生部医政司. 结直肠癌诊疗规范(2010年版)[J]. 中华外科杂志, 2011, 49(2): 97-104.
- [3] 何永恒主编. 中医肛肠科学[M]. 北京: 清华大学出版社, 2012: 239.
- [4] 赵明芳, 赵彦芳. 大肠癌中医诊断、治疗与护理之我见[J]. 甘肃中医, 1999, 12(4): 56-58.
- [5] 钱农, 潘昌杰, 项艰波, 等. 正常人群结肠 MRI 影像表现研究[J]. 苏州大学学报(医学版), 2003, 23(2): 240-241.
- [6] 刘连详. 肠壁的超声检查[J]. 国外医学临床放射学分册, 1982, 19(2): 105.
- [7] 曾亚菲, 梁钧. 肠壁密度及厚度异常 CT 表现在肠道疾病中的诊断价值[J]. 中国医学工程, 2013, 21(4): 82.
- [8] 罗和生, 陈明锴. 腹腔积液诊治的临床思维[J]. 中国实用内科杂志, 2009, 29(12): 1082-1084.
- [9] 施丁一, 刘华. 腹腔积液声像 769 例特征分析[J]. 武警医学, 1998, 9(4): 196-198.
- [10] 朱文峰主编. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 41-42.
- [11] 储檀, 李益生. 大肠癌中医研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(2): 202-204.

(收稿: 2014-10-19 修回: 2015-08-12)