

手术前后大肠癌中医证型变化规律研究

胡慧菁¹, 罗家祺², 杜丽华¹, 陈伯平^{1△}, 王 群¹, 尹逊丽¹

(1. 上海市杨浦区市东医院, 上海 200438; 2. 上海中医药大学附属普陀医院, 上海 200061)

摘要: **目的** 观察并探讨手术前后大肠癌中医证型变化规律。**方法** 进行前瞻性临床研究设计。观察经病理检查确诊、拟行手术治疗的大肠癌病例 146 例, 分别于术前、术后一周进行中医辨证分型, 未进行中医药干预治疗。采集患者一般资料、四诊资料、术后病理检查结果及病理分期等作为观察指标。**结果** 术后辨证大肠癌均以脾虚气滞为最多, 随着病情发展, 正气耗损, 渐渐由实证转为虚证为主虚实夹杂的病症, 中晚期大肠癌患者的主要表现为虚证, 病期越早虚证越少见。**结论** 大肠癌的手术治疗, 在去除部分病邪的同时, 可能损伤患者脾胃后天之本, 导致疾病进一步的演变。所以笔者认为大肠癌在术前、术后均应于重视健运脾胃、扶助正气, 发挥多学科诊治作用。

关键词: 大肠癌; 手术前后; 中医证型

中图分类号: R268

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2014)01-0053-03

大肠癌是指原发于结肠、直肠的恶性肿瘤, 近年来我国大肠癌的发生率、死亡率均呈逐步上升趋势^[1]。在全球最常见的肿瘤中, 结直肠癌排在第三位^[2]。近年来, 我们对大肠癌病例手术前后的中医证候、演变情况及其与临床病理分期的相关性进行了前瞻性研究, 以观察大肠癌在发展以及常规治疗中的中医证型转归规律。以期指导大肠癌中医临床辨证论治并为进一步开展大肠癌多学科诊治打下基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自 2010 年 1 月-2012 年 12 月, 收集并纳入观察大肠癌病例 146 例, 其中结肠癌 77 例, 直肠癌 69 例。全部病例均为经病理检查确诊、拟行手术治疗的住院患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 病理分期

参照卫生部颁发的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[3] 大肠癌的病理分期标准。本次观察病例中 Dukes A 期 19 例, Dukes B 期 59 例, Dukes C 期 56 例, Dukes D 期 12 例。

1.2.2 中医辨证分型

参照《中医病证诊疗常规》^[4] 进行大肠癌中医辨

证分型。分为湿热蕴结、瘀毒内阻、脾虚气滞、气血两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚 6 种证型。腹痛阵作, 里急后重, 大便粘液脓血, 肛门灼热, 或发热, 胸闷不舒, 口苦, 小便黄, 舌质红, 舌苔黄腻, 脉滑数, 为湿热蕴结型; 腹胀腹痛, 痛有定处, 腹块拒按, 泻下脓血紫暗, 里急后重, 舌紫暗, 有瘀斑, 舌苔薄黄, 脉弦数或细涩为瘀毒内阻型; 腹胀纳呆, 肠鸣胀痛, 大便溏薄或便血, 倦怠乏力, 面色萎黄。舌淡, 舌苔薄白或腻, 脉濡滑为脾虚气滞型; 腹痛隐隐, 便溏, 气短乏力, 面色苍白, 或脱肛下坠, 舌淡, 舌苔白, 脉沉细无力为气血两虚型; 头晕目眩, 腰酸耳鸣, 低热盗汗, 五心烦热, 口苦咽干, 大便燥结, 舌质红少苔或无苔, 脉弦细或细数为肝肾阴虚型; 畏寒肢冷, 大便溏泄, 次数频多或五更泻, 腹痛绵绵, 腰酸膝软, 面色苍白, 少气乏力, 舌淡胖, 舌苔薄白或腻, 脉沉细或濡细、尺弱为脾肾阳虚型。

1.3 纳入标准与排除标准

病例纳入标准: 经病理检查确诊为大肠癌, 拟行根治性手术患者; 年龄在 25~95 岁; 无心、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; 患者卡氏评分(KPS)≥60 分。

病例排除标准: 不符合纳入病例标准者; 随访不配合, 依从性差者; 因其他原因在进入研究 3 个

收稿日期: 2013-11-22

作者简介: 胡慧菁(1979-), 浙江绍兴人, 主治医师, 研究方向: 中医肿瘤临床及科研。

△通信作者: 陈伯平, E-mail: cbpsdy@126.com

月内死亡者。

1.4 研究方法

采取前瞻性临床研究设计。以既往文献研究及专家咨询为基础,建立病例调查表。采集患者一般资料、四诊资料、术后病理检查结果及病理分期等作为观察指标。全部病例均由具备临床经验的高年资主治医师以上职称的医师参照分型标准于术前、术后 1 周进行中医辨证分型。

1.5 统计学方法

用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验或 fisher 确切概率法。对不同病理组织学与中医证型之间的相关性进行比较分析。

2 结果

表 1 大肠癌手术病例基本情况

病种	n	性别		平均年龄 /岁	Dukes 分期			
		男	女		A 期	B 期	C 期	D 期
结肠癌	77	38	39	68.39±11.65	9	31	29	8
直肠癌	69	39	30	72.80±12.23	10	28	27	4

表 2 大肠癌手术前后辨证分型分布情况

手术期	湿热蕴结	瘀毒内阻	脾虚气滞	气血两虚	肝肾阴虚	脾肾阳虚
结肠癌术前	19	30	15	13	0	0
结肠癌术后	0	0	36	14	18	9
直肠癌术前	37	13	17	2	0	0
直肠癌术后	0	0	25	18	15	11

表 3 大肠癌手术前辨证分型与病理分期相关性[n(%)]

Dukes 分期	湿热蕴结	瘀毒内阻	脾虚气滞	气血两虚
A 期	7(12.5)	9(20.9)	3(9.4)	0(0)
B 期	28(50.0)	16(37.2)	8(25.0)	7(46.7)
C 期	21(37.5)	16(37.2)	15(50.0)	4(20.0)
D 期	0(0)	2(4.7)	5(15.6)	5(33.3)

注: $\chi^2=29.158, P=0.001$, 大肠癌手术前辨证分型与病理分期有显著相关性。

表 4 大肠癌手术后辨证分型与病理分期相关性[n(%)]

Dukes 分期	脾虚气滞	气血两虚	肝肾阴虚	脾肾阳虚
A 期	15(24.6)	2(6.2)	1(3.0)	1(5.0)
B 期	29(47.5)	17(53.1)	6(18.2)	7(35.0)
C 期	17(27.9)	12(37.5)	18(54.5)	9(45.0)
D 期	0(0)	1(3.1)	8(24.2)	3(15.0)

注: $\chi^2=38.840, P\leq 0.0001$, 大肠癌手术后辨证分型与病理分期有显著相关性。

表 5 大肠癌手术前后辨证分型的相关性分析[n(%)]

	脾虚气滞	气血两虚	肝肾阴虚	脾肾阳虚
湿热蕴结	30(49.2)	13(40.6)	10(30.3)	3(15.0)
瘀毒内阻	22(36.1)	3(9.4)	8(24.2)	10(50.0)
脾虚气滞	6(9.8)	13(40.6)	9(27.3)	4(20.0)
气血两虚	3(4.9)	3(9.4)	6(18.2)	3(15.0)

注: $\chi^2=8.654, P=0.001$, 大肠癌手术前与手术后辨证分型有显著相关性。

3 讨论

3.1 大肠癌手术前后证型分布

大肠癌术前证候在不同性别、年龄的分布均无显著性差异($P>0.05$)。大肠癌术前证候中以湿热内蕴证最多见 56 例(38.4%),其次为瘀毒内阻证 43 例(29.5%)、脾虚气滞 32 例(21.9%)及气血两虚证 15 例(10.3%)。术前辨证中结肠癌以瘀毒内阻最多见,而直肠癌以湿热蕴结为最多,可能与发现疾病的早晚或病灶在体内的位置有关。大肠癌术后证候中以脾虚气滞证最多见,有 61 例(38.4%),其次为肝肾阴虚证 33 例(29.5%)、气血两虚 32 例(21.9%)及脾肾阳虚证 20 例(10.3%)。术后辨证结、直肠癌均以脾虚气滞为最多,可见手术对脾胃功能及体内正气有一定影响。

3.2 术前辨证分型与病理分期的关系

大肠癌患者在不同的病理分期阶段正邪盛衰不同,故其与中医证型应有一定的对应关系。本研究结果表明,术前大肠癌辨证中湿热蕴结证以 Dukes B 期最多占 50.0%,无 Dukes D 期患者。瘀毒内阻证在 Dukes B 期和 Dukes C 期均可见,都占 37.2%。脾虚气滞证在 Dukes C 期最多占 50.0%。气血两虚证在 Dukes B 期最多占 46.7%,无 Dukes A 期患者。从这一分布特点来看,大肠癌随着病情发展,正气耗损,渐渐由实证转为虚证为主虚实夹杂的病症,中晚期大肠癌患者的主要表现为虚证,病期越早虚证越少见,体现了中医理论“有瘤必体虚”。研究说明,大肠癌的病情发展与中医证型转变中存在一定的关系,说明在肿瘤治疗中健脾扶正是一项贯穿始终的中医治疗策略,有助于改善患者病情,延长生命。

3.3 术后辨证分型与病理分期的关系

手术后脾虚气滞、气血两虚型均在 Dukes B 期分布最多,而肝肾阴虚、脾肾阳虚型在 Dukes C 期

较多见。术后 Dukes A 期主要为脾虚气滞型, Dukes B 期以脾虚气滞、气血两虚型为主, Dukes C 期脾虚气滞和肝肾阴虚型较多, Dukes D 期未见脾虚气滞型, 以肝肾阴虚和脾肾阳虚型为主。由此可见, 手术后切除了原发病灶, 体内的湿热和瘀毒暂时被去除, 同时手术的损伤也使术后以虚证和虚实夹杂证为主。大肠癌随着病期的进展, 实证向虚证转化, 正虚逐渐加重, 病邪由浅入深, 虚证由气血两虚向阴虚、阳虚发展。

3.4 大肠癌手术前后辨证分型的相关性

从表 5 可见, 手术前后大肠癌的证型演变。术后脾虚气滞型多由湿热蕴结和瘀毒内阻证转化而来。术后气血两虚型在术前多为湿热蕴结和脾虚气滞证。术前四种证型在术后均可变为肝肾阴虚型。术后脾肾阳虚型在术前以瘀毒内阻证为最多。本研究结果可见, 大肠癌辨证呈现由湿热和瘀毒结于体内逐渐影响脾胃功能, 导致气血两虚再进一步向肝肾阴虚、脾肾阳虚演变的规律, 病情由轻到重, 体现

了患者体内邪正的消长规律, 正气由强转弱, 邪气由弱转强。

本研究关注了手术前后大肠癌中医证型的分布和变化情况, 表明大肠癌虽然病位在肠, 但内因外因首先影响的是脾胃脏腑的运化功能, 进而导致气血亏虚, 肝肾不足, 并且湿浊内生、瘀毒停滞, 反过来又加重脾胃功能的障碍。所以, 结合临床, 在手术后应重视健运脾胃、扶助正气, 适当调护有利于恢复正常的运化功能和进一步的后续治疗。

参考文献:

- [1] 周际昌. 实用肿瘤内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 601-610.
- [2] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007[J]. CA Cancer J Clin, 2007, 57(1): 43-66.
- [3] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1999: 12-15.
- [4] 上海市卫生局. 上海市中医病证诊疗常规[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2003: 134-135.

(编辑: 徐建平)

The Research on TCM Syndrome Types Change Rule of Preoperative and Postoperative Colorectal Cancer

HU Hui-jing¹, LUO Jia-qi², DU Li-hua¹, CHEN Bo-ping¹, WANG Qun¹, YIN Xun-li¹

(1. Shanghai Shidong Hospital, Shanghai 200438, China; 2. Putuo District Central Hospital, Shanghai 200062, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe TCM syndrome types change rule of preoperative and postoperative Colorectal cancer. **Methods** Prospective clinical study design. We observed 146 cases of colorectal cancer confirmed by pathological examination, which would be on operation. Each one would be recognised on TCM syndrome types during the preoperative and postoperative week of Colorectal cancer, without TCM intervention therapy. Collect patients' general information, four diagnostic data and postoperative pathologic examination results and pathological staging as observation index. **Results** The most TCM syndrome type of the postoperative colorectal cancer is pixu. As development of the illness, loss of healthy atmosphere, TCM syndrome type gradually turn to intermingled deficiency and excess. Middle-late colorectal cancer patients mainly have deficiency syndrome, the earlier disease the fewer deficiency syndrome is. **Conclusion** The colorectal cancer surgery, while removing part of pathogenic, may damage the healthy atmosphere of patients, lead to the further evolution of the disease. So the author thinks that in preoperative and postoperative colorectal cancer should be took great importance to the health of vital qi of spleen and stomach, assistance, give support to the role of the multidisciplinary treatment.

KEY WORDS: colorectal cancer; preoperative and postoperative; TCM syndrome types