

食管贲门癌500例舌象观察

中医研究院广安门医院肿瘤科 李佩文
指导:余桂清 张代钊 段凤舞 王济民*

紫舌在食管贲门癌(以下简称食管癌)病人中比较多见,在该病高发地区已有人把它列为食管癌普查时的粗筛指标之一。目前有关食管癌舌象观察的报道尚不多。本文介绍500例食管癌患者在放疗、手术、化疗+中药治疗前后舌象观察结果,并以微循环及血液流变学部分指标,对其舌象改变机理进行初步探讨。

观察对象

观察对象为食管癌高发地区具有典型症状并经细胞学、病理学、X线一项或一项以上检查确诊为食管贲门癌患者,共500例。其中男358例,女142例;年龄25~80岁,平均56岁,以50~60岁者为最多,占45.8%。病程半个月至10年,平均5.7个月,发病在3个月以内者占36%。另在食管癌高发地区随机选择年龄、性别相近,经一般体检及食管拉网细胞学检查除外上皮细胞增生的健康者250例作为对照。

观察方法和结果

一、舌质和舌苔的观察

观察时间为饭后2小时左右,参照文献记载⁽¹⁾将舌质分为淡白、淡红、红、紫四类,将舌苔分为薄白、薄黄、白厚、黄厚及无苔五类。观察结果见表1。

食管癌组以紫舌、红舌为多,分别为178例(35.6%),150例(30%),紫、红舌占总例数的65.6%。对照组以淡红舌为多见,共181例(72.4%),红舌、紫舌分别为49例(19.6%)、15例(6%),紫、红舌占总例数的25.6%。两组均以淡白舌所占比例为最低。食

表1 两组的舌质和舌苔分布

组别	总例数	舌质				舌苔				
		淡红	红	紫	淡白	薄白	薄黄	白厚	黄厚	无苔
食管癌组	500	129	150	178	43	181	46	88	148	37
对照组	250	181	49	15	5	179	27	6	28	10

管癌组有黄厚苔及白厚苔者明显高于对照组,而薄白苔则明显低于对照组。

二、舌质与食管癌分期、部位及发病年龄的关系

本组500例中有癌肿分期、病变部位和发病年龄记录者分别为443例、421例和500例,其舌质的观察结果见表2。

表2 舌质与食管癌分期、部位及发病年龄(岁)的关系

舌质	分期(443例)			部位(421例)			年龄(500例)		
	早期	中期	晚期	上段	中段	下段	<50	50~60	>60
淡红舌	33	74	8	10	52	34	27	60	42
红舌	17	106	15	18	61	53	38	68	44
紫舌	21	111	25	16	88	49	43	80	55
淡白舌	3	23	7	5	16	19	7	21	15
合计	74	314	55	49	217	155	115	229	156

据对本组有肿瘤分期记载的443例的分析,不同病期患者,其舌质表现存有显著性差异($\chi^2=21.71$, $P<0.01$),早期癌以淡红舌为主,紫舌仅占28.4%(21/74例);病至中期和晚期,淡红舌比例递减,而紫舌比例递增,晚期癌肿紫舌占45.5%(25/55例)。与此同时淡白舌比例亦随着疾病发展而依次递增。本病

愈至晚期光剥舌出现愈多。不同的病变部位和发病年龄与舌质改变的关系,经统计学处理,均未见有显著性差异(P 值均 >0.05)。

三、治疗前后舌象的动态变化

共观察 100 例,其中放疗组 39 例,放疗量为 4000~7000 拉德,放疗疗程均在 1 个月以上;化疗+中药组 23 例,化疗 1 个疗程(约 35 天左右);手术组 38 例,分别在术前及术后 2~3 周观察并记录舌象,观察方法同上。另以年龄相近的 24 名健康人观察 1 个月前后的舌象作为对照。

放射治疗对舌质影响较大。放疗后舌红程度加深者放射反应(口苦、咽干、大便燥结等)一般较重,转为绛舌者反应更为明显;舌红程度无改变者反应一般较轻。舌紫程度加深示放疗无效;舌紫程度减轻示放疗有效。放疗后舌苔由厚变薄者临床症状均有改善。

手术后舌紫或红加深者术后恢复均不顺利,包括出现高烧、血胸、瘻管形成等;反之舌色变浅者均手术顺利,恢复良好。根治性切除常可使紫舌患者舌紫变浅,而开腹探查或姑息切除者则可使舌紫变深。手术后舌苔由薄转厚者手术多不顺利;舌苔由厚转薄或由无苔转为薄苔者术后情况良好。

化疗+中药组的舌象改变不如以上两组明显。据观察淡白舌患者化疗较难奏效,且易恶化。给予扶正培本中药可使自觉症状获得改善。

四、舌尖微循环观察

观察对象为食管癌组 39 例(紫舌 19 例,红舌 20 例)和健康人淡红舌对照组 24 例。各组年龄、性别相近。检查在安静环境下进行,排除进食、饮水、活动及室温变化等因素的影响。观察方法及判定标准根据文献报道略有改动^(2,3)。观察结果见表 3。

舌菌状乳头内微血管丛形态反映了微血管床的构形。各组每人各观察 10 个菌状乳头,其微血管丛形态异常(主要是发团形)者以红舌组为最多,占 73.5%(147/200 个菌状乳头),紫舌组次之,占 66.8%(127/190 个菌状乳头),与对照组比较均有显著性差异(P 值均 $<$

表 3 各组舌尖微循环观察结果比较

组别	例数	微血管丛形态异常	微血流血色暗红	微血流流态异常	微血流停滞或缓慢	襻顶淤血扩张 $>30\%$
紫舌组	19	127*** (66.8)	18*** (94.7)	14*** (73.7)	19*** (100)	11*** (57.9)
红舌组	20	147*** (73.5)	17** (85.0)	11* (55.0)	15* (75.0)	12*** (60.0)
对照组	24	70 (29.2)	9 (37.5)	4 (16.7)	8 (33.3)	1 (4.2)

注:微血管丛形态异常项内数字为具有异常微血管丛的菌状乳头数(%),其余各项内数字为例数(%). * 与对照组比较 $P<0.05$; ** 与对照组比较 $P<0.01$; *** 与对照组比较 $P<0.001$ 。

0.001)。紫舌组和红舌组微血流血色暗红、血流缓慢、流态异常(主要是虚线状或粒状流)者占大多数,其中以紫舌组更为明显,分别占 94.7%(18/19 例)、100%(19/19 例)、73.7%(14/19 例)。襻顶淤血扩张 $>30\%$ 者,紫舌组和红舌组也均在半数以上。

五、甲皱微循环观察

在观察舌尖微循环改变后,部分病例继续进行了甲皱微循环观察。红舌组和紫舌组的甲皱微循环表现与舌尖微循环的观察结果相一致,表现为管襻形态异常(以迂曲形为主)、粗细不均、排列不规则以及微血流血色暗红、流态异常(以虚线状为主)者占多数,其中也以紫舌组的改变较为明显。详见表 4。

表 4 各组甲皱微循环观察结果比较

组别	例数	管襻形态异常	微血流形态异常	微血流血色暗红	管襻排列不规则	管襻粗细不均
紫舌组	11	68** (61.8)	9** (81.8)	11 (100)	8** (72.7)	7** (63.0)
红舌组	15	80 (53.3)	11** (73.3)	14* (93.3)	10** (66.7)	9** (60.0)
对照组	10	40 (40.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	1 (10.0)	0

注:管襻形态异常项内数字为每例各观察 10 条管襻后的异常管襻数总和(%),其余各项内数字为例数(%). * 与对照组比较 $P<0.05$; ** 与对照组比较 $P<0.01$ 。

六、红细胞压积、红细胞体积、血红蛋白含量及浓度的测定

结果见表 5。其中以紫舌组的红细胞压积

表5 各组血红细胞压积(%)、红细胞体积(立方微米)、血红蛋白含量(微微克)和血红蛋白浓度(克%)的检查结果比较

检查项目	紫舌组 (35例)	红舌组 (25例)	对照组 (18例)
血红细胞压积	40.80±3.74	41.58±3.33	42.69±2.62
血红细胞体积	107.79±15.3*	100.32±14.6	95.89±10.4
血红蛋白含量	30.85±4.04*	27.04±4.15	27.58±2.96
血红蛋白浓度	28.92±4.82	26.97±3.57	29.14±3.03

注:表内数字为均值±标准差。*与对照组比较 $P<0.01$

积的增大和血红蛋白含量的增高最为明显,与正常人淡红舌对照组比较均有显著性差异(经方差分析 P 值均 <0.01)。

讨 论

一、对食管癌患者紫舌形成的原理探讨

紫舌是中医诊断血瘀症的重要指标之一,在食管癌病人中紫舌比较多见。徐灵胎指出:噎膈(食管癌亦属中医噎膈范畴)一症“必有瘀血,顽痰逆气,阻隔胃气。”我们的观察结果亦证明,食管癌组舌质紫者所占比例最大,而且愈至晚期,紫舌出现率也愈高。据临床观察紫舌明显者多伴有较严重的下咽疼痛、梗噎、胸闷等症状,仔细检查时,常可发现肿瘤已经转移。

在血红细胞的特点方面,本文紫舌患者血红细胞平均体积及其血红蛋白平均含量均明显高于正常人对照组(P 值均 <0.01)。血红细胞大小形态可影响血液粘度,血红细胞体积增大可使微血流流速减慢,引起瘀血,造成组织缺氧,由此又可代偿性地促使红细胞内血红蛋白含量增加、血红细胞体积增大、血液粘度增加、微血流流速变慢,从而使血瘀加重。这一恶性循环,可能是临床产生瘀血症和形成紫舌的主要原理之一。

据临床观察,在食管癌患者中红舌所占比例也很大,仅次于紫舌,占第二位。约有20%左右病人在患病早期即出现红舌,晚期病人红绛舌出现较多。特别是经过放疗后的患者常伴

有热毒伤阴、津液受损等表现,呈红舌者明显增多。我们曾统计153例放疗量在4000拉德以上的食管癌患者,红舌占45%,明显高于其他各舌色组。本文资料表明,红舌患者血红细胞体积不大,血红蛋白含量不高,因此不会引起血液粘度增加和流速减慢,这可与瘀血症的紫舌相区别。

二、对食管癌患者舌象观察的临床意义

据临床观察,早期癌患者以淡红舌比例最高,晚期癌患者则以紫舌比例为最高。中医舌诊的这一特征,对西医分期困难的肿瘤病例具有一定的参考价值。

在放射治疗中,还可利用舌诊预测患者对放疗的耐受性,可供确定放疗剂量时的参考。我们经验,呈淡白舌和淡红舌患者,特别是淡白舌患者,对射线剂量有较大的耐受性,常能顺利接受7000拉德左右的根治量;红舌或绛舌患者则相反,放疗过程中常易出现副作用,放射剂量宜从小量开始,必要时宜配合应用清热养阴药以减少反应。

祖国医学应用舌诊观察疾病疗效和转归已由来已久。我们在对食管癌患者治疗前后的舌象动态变化中看到,舌紫的加深多少常可反映肿瘤的恶化程度;而红舌的加深则常示有放疗副作用出现或示有手术合并症存在。治疗过程中,如舌质由紫转淡红或由晦暗转明润,舌苔由厚转薄或由无苔转薄白苔,均示病有转机,正在向好的方面转化;反之为逆,示病向坏的方面发展,应警惕肿瘤有无转移、扩散、穿孔或出血等情况发生。治疗过程中如始终保持淡红舌不变者,疗效多较显著,据临床观察预后亦多良好。

参 考 文 献

- (1) 北京中医学院中医系: 中医舌诊。人民卫生出版社, 1960。
- (2) 金惠铭等: 舌尖微循环观察方法的探讨和100例健康人的初步观察。中华医学杂志(3): 149, 1979。
- (3) 上海第一医学院生理教研组活血化瘀研究组: 106例青紫舌患者的临床分析及手指甲微循环的观察。中华内科杂志(6): 429, 1978。