

中医望诊法在消化道癌临床诊断应用初探

江西省上饶地区人民医院肿瘤科 潘德年 林腮菊 黎昌琦 刘叶华 何兆鸿

指导: 黄孝宝

从1979年开始, 我们根据祖国医学“有诸内必形诸外”及脏象、经络学说等理论, 学习国内有关耳穴诊断原发性肝癌、舌诊初筛普查食管癌等经验, 探索并形成了消化道癌的“六诊(九项)综合判断法”, 我们定名为中医望诊法。我们用此法作为消化道癌的辅助诊断方法, 在临床上进行了验证和考核, 还试用于消化道癌普查初筛工作。现将研究结果报告如下:

一、摸索、验证中医望诊法的阳性指标

从1979~1982年, 经过四年的工作, 我们采集了800例资料, 包括食管癌、胃癌、胃病、肝癌、肝病、肠癌、肠病(七种疾病均经临床确诊)及健康人各100例。在自然光线下, 用肉眼或借助放大镜进行观察。经反复筛选后, 发现有六诊(九项)指标是消化道癌的相对特有表现。现将此六诊(九项)的检查方法、阳性表现、阳性率和记分分述如下:

1. 眼诊:

(1) 眼球上半部结膜表层血管的异常走向。健康人呈人字形走向, 如出现横行血管, 使血管走向呈U形属阳性, 记0.5分。检查结果, 肠癌阳性率69%(肠病30%), 胃癌阳性率58%(胃病33%), 食管癌阳性率57%, 肝癌阳性率45%(肝病31%); 健康人组阳性率为16%。

(2) 眼球上半部球结膜下层呈“一”字形的静脉显露为阳性, 记1分。检查结果, 肝癌阳性率47%(肝病7%), 食管癌阳性率35%, 肠癌阳性率30%(肠病4%), 胃癌阳性率28%(胃病5%); 健康人组阳性率为5%。

2. 耳诊:

(1) 单侧相应耳穴区局部隆起(含结节隆

起、块状隆起、粟粒状隆起)为阳性, 记0.5分; 伴色素加深记1分。若双耳同一耳穴区隆起则为阴性。检查结果, 胃癌阳性率59%(胃病36%), 肝癌阳性率52%(肝病16%), 食管癌阳性率33%, 肠癌阳性率39%(肠病17%); 健康人组阳性率: 食管区0, 胃区4%, 肠区0, 肝区8%。

(2) 单侧相应耳穴区的局部凹陷为阳性, 单纯凹陷记0.5分, 梅花状凹陷及单纯凹陷伴色素加深记1分。若双侧同一耳穴凹陷则为阴性。检查结果, 胃癌阳性率42%(胃病15%), 肝癌阳性率39%(肝病5%), 肠癌阳性率22%(肠病3%), 食管癌阳性率21%; 健康人组阳性率: 食管区1%, 胃区3%, 肠区、肝区0。

3. 唇诊:

下唇粘膜上的紫色斑块, 呈圆形或椭圆形或融合成不规则形, 色紫黑, 不高出皮肤, 压之不褪色, 要注意与下唇雀斑相区别。一般直径在0.2~0.6厘米之间, 可单个或多个同时出现。只要紫斑出现, 不论大小、多少均为阳性, 凡出现3个以上大紫斑(直径大于0.3厘米), 记1分, 其他情况记0.5分。检查结果, 胃癌阳性率50%(胃病17%), 食管癌阳性率48%, 肝癌阳性率39%(肝病13%), 肠癌阳性率38%(肠病12%); 健康人组阳性率为11%。

4. 舌诊:

检查时, 先请受检者张口不伸舌, 在口内观察舌质, 再伸出口外进行观察, 如舌质在口内、外均呈青紫色(包括淡青紫、青紫、暗青紫), 判为阳性。每次伸舌时间不能超过3秒钟, 否则易出现假阳性。淡青紫舌记0.5分, 青紫舌、暗青紫舌及任何舌质伴舌面或舌边瘀

斑、瘀点均记1分。检查结果,食管癌阳性率70%,胃癌阳性率64%(胃病24%),肠癌阳性率64%(肠病12%),肝癌阳性率63%(肝病31%);健康人组阳性率为5%。

5. 体诊:

(1) 躯干白斑:指胸、剑突周围、腹、背、腰五个部位出现圆形或椭圆形白斑,境界清楚,散在或密集分布,直径在0.2~1厘米之间,不高出皮肤,表面光滑,无症状。小白斑(直径0.2~0.4厘米)3个以上为阳性。凡中等以上(直径大于0.4厘米)白斑密集在剑突周围或女性患者出现较多的白斑均记1分,其他情况记0.5分。检查结果,胃癌阳性率71%(胃病37%),食管癌阳性率62%,肝癌阳性率44%(肝病18%),肠癌阳性率38%(肠病24%);健康人组阳性率为19%。

(2) 肩背部长毛发:常见于背部大椎穴周围和肩胛骨上,形似头发,不与发际相连,散在或密集分布,而不伴有前胸等其他部位长毛者属阳性,记1分。检查结果,食管癌阳性率10%,胃癌阳性率7%(胃病1%),肠癌阳性率7%(肠病1%),肝癌阳性率6%(肝病1%);健康人组阳性率为0。

6. 甲诊:

手指甲床的纵指纹,颜色深浅不一,粗细不等,深者呈黑色,浅者呈褐色,宽度0.1~0.4厘米之间,一指或多指同时出现一条或几条,即为阳性。凡出现三条以上深而宽的纵紫纹记1分,其他情况记0.5分。检查结果,胃癌阳性率53%(胃病30%),肝癌阳性率49%(肝病36%),肠癌阳性率46%(肠病10%),食管癌阳性率39%;健康人组阳性率为11%。

以上检查项目中数据都分别经 $2 \times k\chi^2$ 检验,癌组与非癌组比较差异非常显著($P < 0.01$),癌组与健康人组比较差异亦非常显著($P < 0.001$),非癌组与健康组比较差异不显著($P > 0.05$)。说明这些阳性指标都是消化道癌病人相对特有的表现,对辅助诊断消化道癌均有一定的参考价值。

二、对“六诊”(九项)综合判断方法的探讨

我们的目的不仅仅是寻找这些癌症病人的体表特异表现,更重要的是如何将这些特异表现用于临床诊断和防癌普查。由于我们通过单项研究发现:同一种癌可在体表出现几个不同的阳性指标,而同一个阳性指标又可在几种不同的癌症中出现;再说在临床实践中我们用一诊或一项指标去推断有无某种消化道癌存在的把握性太小,因而提出了对“六诊”(九项)综合判断方法的研究。

1. 阳性诊数与癌的关系:眼诊、耳诊、体诊各有二项指标,下面我们以某一诊阳性为单位参加综合判断,把某一诊出现二项中的一项或二项同时出现均定为该诊阳性。根据六诊的阳性情况进行综合分析和判断。

我们统计了癌症病人在各个阳性诊数中所占的百分比,再以阳性诊数为自变量,癌症病人所占的百分比为因变量,作相关分析,计算出相关系数为 $r=0.966$,呈正相关,经相关系数显著性测验, $P < 0.001$ 。这就提示了用阳性诊数的多少作为诊断标准是可行的。

为了证实这个想法是否合理,我们又作了定性诊断的判别分析。根据计算,定性诊断的判别函数式为: $z = 3.11x_1 + 2.98x_2 + 2.05x_3 + 2.70x_4 + 0.99x_5 + 2.65x_6$,判别值 $z_0 = 6.80$ 。

式中 x_1 代表眼诊, x_2 代表耳诊, x_3 代表唇诊, x_4 代表舌诊, x_5 代表体诊, x_6 代表甲诊。阳性时 $x_i = 1$,阴性时 $x_i = 0$ 。得出 z 值与 z_0 比较:若 $z \geq z_0$ 则判为癌, $z < z_0$ 则判为非癌。

此式的判别能力的显著性检验, $F = 89.26$, $P < 0.01$,判别能力有极显著的意义。

经用回代法检验,此式的准确率为84.1%,癌判为非癌的假阴性率为11%,非癌判为癌的假阳性率20.75%。说明用六诊综合判断具有一定的临床价值。

2. 关于指标的记分:在临床实践中,我们发现三种情况:一是绝大多数阳性指标会随病情的恶化而加深、增多,甚至原来阴性的指标会逐步转为阳性;而在多年治愈的癌症病人身上阳性指标出现较少。二是不同项目的阳性指标,其诊断价值又各有不同,如眼诊上静脉

显露比横行血管更有诊断参考价值。三是同一项指标出现的程度不同,其诊断参考价值也不一样,如青紫舌较淡青紫舌、下唇的大紫斑较小紫斑、粗而色深的纵紫纹较细而色浅的纵紫纹更有诊断参考价值。故将各诊中指标给予不同的记分,在临床诊断应用时可区别对待,从而提高了诊断的准确率,同时在大面积消化道癌普查时使用更为简便。

3. 定位诊断的探讨:

(1) 耳穴定位: 根据中医理论, 食管、胃、肝、肠在耳穴上均有定位, 如在某一耳穴区出现了阳性指标, 则考虑相应脏器的病变。

(2) 舌诊定位: 舌边出现瘀斑、瘀点或肝癭线时, 病变定位在肝、胆; 舌中出现瘀斑瘀点时, 病变定位在胃或肠; 青紫舌合并舌根部的舌乳头增大, 明显高于舌面者, 则考虑食管病变。

(3) 联合定位: 根据各诊阳性时对不同脏器的诊断贡献率, 作为定位诊断参考。诊断贡献率是根据判别分析计算的。计算结果表明:

六诊中耳诊对肝癌的诊断贡献率最高, 达 52.1%, 这与上海研究耳穴诊断原发性肝癌是一致的。对食管癌的诊断以舌诊贡献率最高达 33.7%, 与河北、河南用舌诊初筛普查食管癌的资料相吻合。体诊对四种癌的诊断贡献率普遍偏低, 但相比之下, 对胃癌的贡献率略高于其他三种癌, 而与福州第一医院报道的“躯干白斑与内脏癌的关系”有相似之处。眼诊、甲诊对肠癌, 唇诊对胃癌都有较高的诊断贡献率。

通过上述分析并在临床实践中不断总结, 我们得出如下联合定位方法: 舌诊+体诊+耳诊, 三诊阳性时病变定位在食管; 体诊+唇诊+耳诊, 三诊阳性时病变定位在胃; 眼诊+甲诊+舌诊, 三诊阳性时病变定位在肠; 耳诊+舌诊+眼诊, 三诊阳性时病变定位在肝。

4. 关于其他参考指标的使用: 在临床上运用此法作为辅助诊断方法时, 有时要结合一些其他情况和参考指标, 对定性和定位都有一定帮助。如: (1) 十指甲床潮红对肝癌、肠癌有参考价值; (2) 舌底网状毛细血管显露肝癌多见, 舌底出血点多见于胃肠癌; (3) 下唇密

集的毛细血管显露使下唇呈紫红色时, 对肝癌、肠癌有一定的诊断参考价值; (4) 有时还需要参考年龄和性别等条件。

5. 诊断方法: 在临床诊断中采用的诊断方法: (1) 六诊中有五诊以上出现阳性时, 不论记分情况如何均初步拟诊消化道癌; (2) 若出现四诊阳性, 其中有一诊以上记分为 1 分, 应高度疑诊消化道癌; (3) 若出现三诊阳性, 其中有两诊以上记分为 1 分, 又有其他参考指标支持, 也应疑诊消化道癌。

在肿瘤普查初筛中采用的诊断方法: 将受检者各诊所得记分相加, 如积分达 2 分时则属复查对象; 如积分达 2.5 分以上时, 则属重点复查对象。如一诊中同时出现二项阳性指标, 应选择记分高的一项代表该诊的记分; 若二项阳性指标均为 1 分, 也只能选一项代表该诊的记分参加综合判断。

三、临床验证

从 1982 年起我们将“中医望诊法”逐步在肿瘤临床上验证。首先我们用 800 例资料进行检验, 本法的准确率为 82%。以后在临床上试用, 通过双盲法对照观察、术前诊断与术后病理的吻合对照、院内外疑难病例会诊中的应用、实地考察等多种方法共验证 304 例, 本法的准确率为 75%。

1984 年冬季我们采用中医望诊法作初筛, 进行了 8432 例的消化道癌试点普查。其初步的结果是: 用本法初筛出积分 2 分以上的复查对象 1161 例, 再结合病史、体检筛出重点复查对象 382 例(占普查人数的 4.5%)再作有关特殊检查。经特殊检查发现: 消化道早期癌 3 例(一例经拉网检查找到癌细胞, 而 X 线食道吞钡征象不典型; 一例无任何主诉, 超声检查见肝癌波型, 而两次甲胎球蛋白火箭电泳法测定均大于 1000 毫微克/毫升以上; 另一例胃镜和 X 线钡餐同时报告胃窦癌, 原发肿瘤 2×1.5 厘米大小); 癌前病变 23 例(均有病理证实); 尚待病理证实的疑诊患者 20 例和性质待定者 9 例。至 1985 年 2 月仍在作进一步检查以便确诊。