

论 坛

中医对早期肿瘤诊断的探讨

刘韵源 周家丽(中国医学科学院肿瘤研究所);

耳穴电探测用于肿瘤普查初筛。众所周知, 当人患病时, 相应穴位会出现痛敏、热敏、局部皮温升高、电特性发生变异等现象, 可依据这些现象探诊疾病, 也能由此找到敏感反应点进行治疗, 往往会收到良好效果。耳穴的电特性探测, 具有简便、快速、无创、经济等突出优点, 因此对大人群的定期健康检查和肿瘤普查初筛, 十分引人注目。问题是要通过严格的试验设计, 深入现场, 系统考察其有效性、可行性、局限性和发展前景。以下介绍我们的一些初步体会。

(一) 有效性: 经过二年多现场试验研究, 可以肯定地说, 耳穴电探测用于癌症高发区人群防癌普查初筛, 是相当有效的。我们在苏北防癌现场已普查五十万余人, 筛出的阳性对象中, 有一千余人经腔镜复查及病理学确诊, 上消化道癌症的发现率达到10%, 高于目前国内外2~4%的水平, 其中早期癌占三分之一以上; 其余90%都属于有较严重疾病或癌前期病变患者。初筛为阴性对象中的一万余人经两年随访, 尚未发现一例癌症; 数十例阴性对象经腔镜复查及病理学确诊, 也未发现一例癌症。表明此方法灵敏度较高。需指出的是, 耳穴电探测不限于上消化道癌症的普查初筛, 它普遍适用于各类肿瘤的普查初筛, 对肺癌的早期发现很有苗头。

(二) 可行性: 耳穴电探测无任何痛苦, 快速、经济, 还能同时探测出各类常见和多发性疾病, 一般都能接受普查, 并可接受相应的耳针或其他治疗。

由于耳穴电探测技术易于学习, 掌握, 可充分调动广大基层医务人员的积极性, 有助于实现群防群治的防癌新战略。

(三) 局限性: 耳穴电探测通常是检测穴位的阻抗变化, 包括等效电阻和电容(相移角)的变化, 探测有病和无病, 病轻和病重, 是相当灵敏的, 但特异性却较差, 即无法区分同一脏器的具体病变细节, 例如, 对重度胃病与胃癌就难以鉴别。一些单位报导, 此类方法对肿瘤的诊断准确率高达90%以上, 这是不确切的。因为他们是用医院确诊病人与正常人比较, 其中并不包括需要作鉴别诊断的同一器官的非癌症疾

病患者。一旦进入现场普查, 实际情况要复杂得多, 无法借助耳穴探测仪作出鉴别诊断。认识此点十分重要, 否则乱下诊断, 极易造成不良后果。

此外, 人体并非系真实导体, 仅近似等效线路, 信号幅度与频率都有限制, 否则会严重失真。人体本身又是天线, 必须排除共模信号的干扰。另外, 探测电极与皮肤的接触阻抗十分可观, 皮肤干湿时阻抗不一样, 探头压得重和压得轻探测结果也各异, 易导致假阳性和假阴性。贫血、体虚、耳聋者, 以及化疗和放疗后血细胞下降者, 耳穴电探测反应都很微弱, 也是需要注意的。

耳穴电探测前, 需要通过询问病史和作一些简单的体检来补充探诊信息, 防止和减少假阴性的发生。

(四) 发展前景: 耳穴电探测技术还可以进一步改进和完善, 例如, 我们采用测穴位平均功耗的指标, 较之测量阻抗变化, 灵敏度提高数十倍。我们又进一步实现了穴位波形显示, 可以在示波器上清晰看到穴位的功耗环, 可同时指示等效电阻和电容的变化, 为辅助鉴别提供了非常重要的附加信息。

更为重要的是, 我们发现了人体穴位存在特征频率, 得病后此特征频率发生具有一定特异性的飘移, 可用来辅助诊断疾病, 也可在此特征频率下进行电针治疗, 疗效明显改进, 用于针麻也能提高效率。

人体共模干扰信号的排除, 探测电极与皮肤接触阻抗的消除, 亦能明显提高探测准确率, 我们业已解决, 目前正在研制系列仪器。

耳穴电探测用于肿瘤的早期诊断, 是很有前途的, 也是我国的优势, 希望中医学界的人士, 团结工程技术人员, 共同努力, 深入实践, 使之早日成为更为完善的科学设备, 为人类作出贡献。

李佩文(中日友好医院中医肿瘤科);

舌诊诊断早期癌的临床估价。临床上所称的恶性肿瘤的早期诊断, 是指在癌或肉瘤的发生、发展过程中, 其病变尚局限于器官组织的一小部分, 并未侵犯周围器官组织, 也未发生局部淋巴结或远处转移, 病人尚无明显症状时, 而能尽早地应用各种检查方法作出正确诊断。近年来我国在宫颈癌、乳腺癌、鼻咽癌、

肝癌、食管癌等肿瘤早期诊断中取得了许多进展,从而提高了治疗效果。中医舌诊对肿瘤的早诊工作报导不多,仍在摸索阶段,下面就自己的工作体会作一简述。

一、早期癌症以淡红舌为多。淡红舌是多数健康人的常见舌色。早期癌症患者已不属于健康人,但毕竟是病患初起,“正”“邪”相争,“正气”受损不大,临床症状尚不十分严重,有些尚处于“无证可辨”的阶段,故舌象未受到较大影响,仍然以淡红舌为主。

笔者曾统计早期肺癌患者的舌象,淡红舌占71.43%,随病情发展淡红舌所占比例下降,而相同条件的健康对照组淡红舌占73.0%,二者非常相近。笔者也曾统计过500例食管贲门癌患者的舌象,早期癌组淡红舌占44.59%,比其他各期淡红舌所占比例均高。近年来笔者统计食管癌的癌前病变即食管上皮重度增生患者367例的舌象,淡红舌占40.8%,此与舌诊协作组对5578例健康人的舌象统计中淡红舌占55.77%相比,淡红舌比例仍与健康人最接近。早期癌症症状轻微或缺如,也与健康人相似,这就给区别是健康人还是早期癌的诊断工作带来一定难度,从而提示我们,不能仅靠淡红舌来肯定或否定早期癌,而应在淡红舌的范围内去寻找病理性舌象的指征。舌诊的内容是丰富的,健康人的淡红舌应是不深不浅、红活润泽、不腻不燥。早期癌的淡红舌虽然也属于淡红舌范畴,但是却常见有舌色舌质晦暗、瘀斑、裂纹、齿痕,及舌苔或腻或燥等病态表现,同时也常见舌体淡红而舌尖鲜红者,这多是肿瘤初起,精神抑郁,心火内炽的结果。因此,深入探讨分析病理性淡红舌,对癌症的早诊可能有一定帮助。

二、早期肝癌有时会出现光剥无苔的红舌。早期原发性肝癌患者有时会出现光剥无苔的红舌,即所谓“阴虚舌”,这对肝内小肿物良恶性的鉴别,特别是肝癌的早期诊断具有一定临床意义。例如在体检中偶然发现或因肝区不适而应诊发现的肝内小肿物,决定其性质有时较难,B型超声、同位素扫描、血管造影、CT等有时难以除外恶性肿瘤,加之肝内本来良性肿物就较多,如血管瘤、肝囊肿、肝包虫等,单靠影像诊断有时较难鉴别性质,肝癌中相当一部分患者的甲胎蛋白阴性,致使有些早期肝癌确诊延迟,最后只好动员病人穿刺,但又并非所有患者皆能接受。笔者以中医舌诊观察肝内小肿物患者,光剥无苔的红舌组中属肝癌占绝大多数,而淡红舌组中绝大多数是血管瘤等良性肿物,仅有少数是肝癌。其机理尚不十分清楚。

总之,舌诊对早期癌诊断的临床意义仍处在探讨

阶段,古人有“是以望舌,而可测其脏腑经络寒热虚实”之说。它是中医辨证的重要依据,但它对于辨病来说又是一项非特异性指标,所以单靠舌诊诊断某种疾病特别是西医疾病是不现实的,更何况象癌症这种本来早期就难以发现的疾患,靠舌诊来诊断就更加困难了。癌症的早期诊断多要靠综合手段,现代医疗仪器的发展尚无一种十分完美的设备解决癌症早期诊断问题,这就需多学科相互渗透及多种诊断手段的综合分析。从目前来看,建立在临床医生经验及大量统计数字的基础上,祖国医学的舌诊对此确是有所裨益的。

童国琛(福建省立医院肿瘤科) 陈利铭(福州市医学科学研究所):

肝瘰线和肝癌的诊断。肝瘰线常出现在舌左侧或右侧或双侧,为紫或青紫色、成条纹状或不规则斑块或瘀点,偶见舌尖。在本组经病理证实的原发性肝癌48例中,有肝瘰线22例,其中舌边双侧占59.09%,右侧占22.73%,左侧占13.63%,舌尖占4.55%。

28年的临床观察表明,肝瘰线可作为中晚期原发性肝癌患者诊断、鉴别诊断的辅助体征之一。我们的统计结果中晚期原发性肝癌患者、其他癌症患者、其他疾病患者及正常人的肝瘰线阳性率,分别为62.04%(85/137例)、7.42%(47/633例)、3.77%(2/53例)和6.24%(278/4457例)。经统计学处理,原发性肝癌患者显著高于其他三组($P < 0.01$)。其他四个单位的调查结果显示,原发性肝癌患者、其他癌症患者、其他疾病患者的肝瘰线阳性率分别为77.85%(116/149例)、0(0/189例)和3.50%(15/428例)。

我们观察到,原发性肝细胞癌患者的肝瘰线阳性率,甲胎蛋白(AFP)阳性者为47.37%(18/38例),AFP阴性者为40%(4/10例)。因此,肝瘰线亦可作为AFP阴性的原发性肝癌的辅助诊断体征。

肝瘰线是否可作为诊断早期原发性肝癌患者的体征,仍有待深入研究。有人报道3例原发性肝癌患者在初诊时出现肝瘰线,但其中2例AFP为阴性,1例定量测定为 $< 25 \text{ ng/ml}$,3例病人于半月~1月后进行复查,结果2例AFP转为阳性,另1例AFP $> 450 \text{ ng/ml}$ 。提示早期肝癌病人AFP阴性时,而肝瘰线可出现阳性。亦有人报道I期原发性肝癌患者中舌有瘀点瘀斑占16.7%。我们曾普查福建南平大洲贮木场的2,944名职工的舌象,肝瘰线阳性率为4.22%,其中肝大占51.31%,血清r-谷氨酰基转氨酶(r-GT)异常率为11.98%,无症状HBsAg携带者占17.05%。因此,肝瘰线似可作为初筛“肝病”的体征之一。能否早

期发现肝癌有待研究。

癌症患者出现肝瘵线应怀疑有肝转移。我们与其他单位曾报道继发性肝癌 13 例, 其中 6 例有肝瘵线, 占 46.15%, 而其他癌症则为 5.72% (47/822 例)。由于继发性肝癌病例数较少, 有待今后研究。我们观察表明, 中、晚期有肝瘵线的原发性肝癌患者, 全血粘度、血浆粘度、血球压积、血沉、血沉方程 K 值、红细胞电泳、纤维蛋白原值比正常人组有显著上升 ($P < 0.01$), 提示原发性肝癌肝瘵线的出现与血液的浓、粘、聚、凝化有一定关系。但肝瘵线出现的机理有待进一步探索。

王济民(河北省医学科学院):

舌诊诊断早期消化系统肿瘤。近年来, 对消化系统肿瘤患者的舌象研究不断发展, 不仅以舌象改变辅助早期发现和诊断, 而且帮助早期发现手术或放疗后的复发及转移。我们的临床和现场研究证明, 食管、贲门癌患者的舌质颜色以淡青紫、青紫和红紫为多, 不少呈现晦暗, 部分兼有青紫斑点或条带, 有些出现舌苔厚腻。出现舌质紫色的患者多有舌尖微循环障碍。临床上部分早期可疑癌患者, 经用食管拉网细胞学或/和 X 线造影拍片未能确诊, 但由于舌象改变明显, 继续追踪检查, 结果确诊为食管癌或贲门癌。

舌诊还用于癌症普查, 例如我们在食管、贲门癌高发区对 30 岁(或 40 岁)以上人群普查时使用的初筛法, 即以舌质淡青紫、青紫、青紫斑点条带、红紫、晦暗、或舌苔厚(腻)为舌诊阳性, 结合问诊有无可疑症状及家族史, 三项指征中有一项阳性者再进行食管拉网细胞学和/或 X 线检查对比, 并以舌诊初筛阴性者作对照, 不断提高了望舌水平。用这种初筛方法查出了不少的食管、贲门癌和癌前病变。

此外, 我们观察了手术或放疗后患者, 凡有舌色青紫晦暗及瘀斑点出现或加重, 并有血沉加快者, 多数发生复发转移。有的在用现代医学检查方法未能发现的情况下, 由于出现上述舌色异常等, 促使进一步检查, 结果证明为复发转移。

必须指出, 这里所说的早期发现和诊断, 是在某种意义上相对地、较早地辅助诊断癌症, 而不是说单靠舌象诊断早期癌。事实上, 现代科学仪器诊断早期癌也有一定的限度, 有时需要几种检查方法互相补充, 才能确定诊断。

但是, 舌诊早诊消化系统癌症还存在一定的困难, 主要是特异性不够强, 符合率也不够高, 例如舌质青紫、淡青紫及瘀斑点可见于其他疾病, 少数见于长期吸烟者, 尤其是红紫舌可以在不少老年人中出现。因

此必须注意四诊合参, 结合癌症的早期症状、结合现代科学检查手段等, 以辅助舌诊的不足。

其次是望舌时必须细致观察, 舌色晦暗是消化系统恶性肿瘤较为普遍而重要的改变, 即使晦暗程度较轻, 也不应掉以轻心。过去由于望舌的时间短暂(时久会出现颜色改变), 加以普查初筛时任务较紧和经验不足, 有些淡青紫舌被误认为淡白舌。因为有些淡青紫舌乍看很象淡白舌, 仔细观察才发现稍带青紫, 这种舌色不少出现在食管、贲门癌及其癌前病变的患者。总之, 晦暗与紫舌(尤其是青紫、淡青紫)是值得重视的问题。不过青紫的程度和兼色有所不同。而晦暗与青紫两者既有联系, 又有侧重, 因为紫色之中仍有晦暗与光亮的不同, 湿润与干燥的各异; 腻苔中又有滑腻与粘腻的区别。就舌诊本身而论, 也应当结合舌质、舌苔、舌体、舌脉等全面分析综合, 才能不断提高舌诊水平及其临床应用价值。

其三是目前舌诊标准不够客观化, 不够统一, 这些都影响舌诊的准确性。我们试用改制的舌诊比色板与患者舌象对比, 记录分组分级的相应号码, 力求提高舌色的准确性。另外, 因舌体胖大与瘦小缺乏测量标准, 我们又研制了舌体测量器, 建立了测算方法。对于观察齿痕也用符号或分数记录其数量, 初步解决了一些问题。但是仍不够客观化, 迫切需要加速舌诊的客观化、规范化、定量化的进程, 以期提高对消化系统恶性肿瘤的早诊水平。

痔瘕病治疗技术短训班招生

河北省巨鹿县个体痔瘕医院已举办痔瘕病治疗技术短训班 34 期, 现继续招生。主要学习注射“消痔灵”治疗各期内痔和学习治疗外痔、混合痔、肛瘘、肛裂、直肠息肉和脱肛的治疗技术。方法简便安全, 痛苦小; 无并发症和后遗症。95% 以上的病人可不作手术。学期不限, 学费 900 元。保证学习期满时能够掌握以上 7 种病的治疗技术, 并与学员签订教学合同, 两年内负责继续给学员技术指导。住宿免费, 生活费自理。开学日期每月 1 日, 凡工作五年以上的医生均可报名。具有初中以上文化程度的无职业残疾人(上肢无严重残疾, 生活可自理者)免费学习, 并酌情每月给予 20 元的生活补助并赠送医疗器械和路费。已从事医务工作的残疾人可酌情免费学习。请与我院联系经批准后方可报到参加学习。

地址: 河北省巨鹿县城贸易街

联系人: 刘恒均