

97 例结肠炎性息肉患者的中医证型分析

脱璐尧 杜文章 吕 琨 徐 巍

(哈尔滨医科大学附属第一医院, 哈尔滨, 150001)

摘要 目的: 针对高发病率结肠息肉在病理类型明确的情况下进行中医辨证分型分布规律调查, 以期在辨证分型基础上指导其治疗和预防复发。方法: 选取 2016 年 6 月至 2017 年 12 月在哈尔滨医科大学附属第一医院经电子肠镜检查和有明确病理活检结果的患者 606 例进行发病率统计, 选择其中 97 例炎性息肉患者作为研究对象, 对患者的一般资料、临床表现及中医四诊资料进行辨证分析, 总结中医证型分布规律。结果: 结肠息肉患者的病理类型分布依次为管状腺瘤 (62.38%) > 炎性息肉 (16%) > 绒毛状腺瘤 (13.87%) > 增生性息肉 (4.95%) > 锯齿状腺瘤 (2.81%)。炎性息肉发病率男性 (61.86%) > 女性 (38.14%); 其中男性青年、中年、老年的发病率依次为 20%、33.33%、46.67%; 女性青年、中年、老年的发病率依次为 13.51%、27.03%、59.46%。炎性息肉患者的中医证型分布依次为湿热瘀阻证 (38.96%) > 脾肾阳虚证 (31.17%) > 脾虚夹瘀证 (19.48%) > 肝郁气滞证 (10.39%)。湿热瘀阻证结肠炎性息肉患者的发病率男性 (54.77%) > 女性 (45.23%), 其中男性青年、中年、老年的发病率依次为 39.13%、43.48%、17.39%, 女性青年、中年、老年的发病率依次为 36.84%、34.78%、21.05%。脾肾阳虚证结肠炎性息肉患者的发病率男性 (61.11%) > 女性 (38.89%), 其中男性青年、中年、老年的发病率依次为 13.67%、30.43%、56.52%, 女性青年、中年、老年的发病率依次为 14.29%、35.71%、50%。结论: 结肠炎性息肉的发病以老年人为主, 男性高于女性, 同一年龄段发病率男性大于女性, 中医证型以湿热瘀阻证和脾肾阳虚证为主。湿热瘀阻型结肠炎性息肉的发病率呈现出男性大于女性, 中青年大于老年的趋势。脾肾阳虚型炎性息肉的发病率呈现出男性大于女性, 老年大于中青年的趋势。

关键词 炎性息肉; 中医证型; 湿热瘀阻; 脾肾阳虚; 发病率; 分布规律

Analysis of Traditional Chinese Medicine Syndrome Types in 97 Cases of Inflammatory Polyps

Tuo Luyao, Du Wenzhang, Lyu Kun, Xu Wei

(First Affiliated Hospital, Harbin Medical University, Harbin 150001, China)

Abstract **Objective:** To investigate the distribution law of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome differentiation in the case of clear pathological type of colon polyps with high incidence for the guidance further treatment and prevention of recurrence on the basis of syndrome differentiation. **Methods:** A total of 606 patients with electronic colonoscopy and clear pathological biopsy treated in the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University from June 2016 to December 2017 were selected for morbidity statistics, and a total of 97 cases of inflammatory polyps were selected as the research objects. The general data, clinical manifestations and TCM four diagnosis data were analyzed, and the pattern of TCM syndrome distribution was summarized. **Results:** The pathological types of patients with colonic polyps were tubular adenoma (62.38%) > inflammatory polyps (16%) > villous adenoma (13.87%) > proliferative polyp (4.95%) > serrated adenoma (2.81%). The rate of inflammatory polyps in male (61.86%) > in female (38.14%), and the rate of young, middle-aged and elderly men was 20%, 33.33% and 46.67%, and the rate of young, middle-aged and elderly women was 13.51%, 27.03% and 59.46%. The distribution of TCM syndromes in patients with inflammatory polyps was damp and heat stasis syndrome (38.96%) > spleen and kidney yang deficiency syndrome (31.17%) > spleen qi stagnation syndrome (19.48%) > stagnation of liver qi stagnation (10.39%). The rate of inflammatory polyps in the patients with damp and heat stasis syndrome in male (54.77%) was larger than in female (45.23%). The incidence rate of young, middle-aged and old men was 39.13%, 43.48% and 17.39%. The incidence rate of young, middle-aged and elderly women was 36.84%, 34.78% and 21.05%. The incidence rate of inflammatory polyps in spleen and kidney yang deficiency syndrome in male (61.11%) was larger than in female (38.89%). The incidence rate of young, middle-aged and old men was 13.67%, 30.43% and 56.52%. The rate of young, middle-aged and elderly women was 14.29%, 35.71% and 50% in turn. **Conclusion:** The incidence of inflammatory polyps of the colon is mainly in the elderly, males are higher than females, and the incidence of males in the same age group is greater than that of females. The syndromes of TCM are mainly caused by dampness and

基金项目: 黑龙江省中医药科研项目 (ZHY10-Z70)——结肠息肉病理分型、中医证型、中医体质分型与代谢组学相关性研究

作者简介: 脱璐尧 (1990.10—), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合肿瘤, E-mail: 351908880@qq.com

通信作者: 徐巍 (1966.01—), 女, 医学博士, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合肿瘤, Tel: (0451) 85555815, E-mail: 13796059990@163.com

heat stasis syndrome and spleen and kidney yang deficiency syndrome. The incidence of colitis polyps with damp and heat stasis syndrome appears higher in men than in women, and higher in the elder than in the young. The incidence of inflammatory polyps of spleen and kidney yang deficiency syndrome is higher in men than that in women, and higher in the elder than in the young. The incidence of inflammatory polyps is mainly in the elderly, the male is higher than the female and the male rate of the same age group is greater than that of the female. The TCM syndrome type is mainly with damp heat stasis syndrome and spleen kidney yang deficiency syndrome. The incidence of inflammatory polyps in damp heat stasis type shows a trend that male is greater than female and youth were higher than those of old age. The incidence of inflammatory polyp in spleen and kidney yang deficiency shows a trend that male is greater than female and older is higher than youth.

Key Words Inflammatory polyp; Traditional Chinese medicine syndrome type; Damp and heat stasis; Spleen and kidney yang deficiency

中图分类号: R256.3 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.047

炎性息肉是指由于肠黏膜上皮及腺体在慢性炎症反应因子长期刺激下,如炎症反应性肠病、慢性菌痢、阿米巴肠炎^[1]等,黏膜上皮细胞和腺体过度增生而形成的局部黏膜隆起性病变。早期多无明显临床症状,随着病情的不断进展,患者会出现腹泻、便秘、便血及腹部疼痛等症状。目前临床上常用的治疗手段包括内镜下电凝电切、微波及胶圈套扎等,其中高频电凝电切^[2]是最普遍的治疗手段,但也存在患者依从性差、肠道功能不良、严重术后并发症(出血和穿孔)等缺点。中医并无肠息肉病名,根据患者的临床表现,大致可将其归于中医学“肠覃”“泄泻”“便血”“便秘”“肠癖”等病证的范畴。“息肉”一词最早见于中医学的经典著作《黄帝内经》,其《灵枢·水胀》篇曰:“肠覃如何?歧伯曰:寒气客于肠外,与卫气相搏,气不得荣,因有所系,癖而内着,恶气乃起,息肉乃生”。中医学理论认为结肠息肉的发生与饮食不节、劳倦内伤、情志不遂、禀赋不足等因素有关。本文将采用统计学方法研究结肠炎性息肉患者中医证型分布规律,期望对早期诊断治疗、预防及术后预防复发有一定的指导意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年6月至2017年12月在哈尔滨医科大学附属第一医院消化内镜中心经电子肠镜明确诊断为结肠息肉并行病理活检的患者606例。

1.2 纳入标准 1)年龄在20~80岁之间;2)经电子肠镜检查且有明确病理活检结果;3)具有完整的中医四诊资料。

1.3 排除标准 1)电子肠镜检查结果为结肠息肉但未行病理检查者;2)孕妇或哺乳期妇女;3)精神病患者;4)既往有恶性肿瘤病史者。

1.4 研究方法 对97例炎性息肉患者的临床症状和中医四诊资料进行辨证分析根据《中医病症诊断

疗效标准》(2009年国家中医药管理局)将结肠息肉分为以下4种证型:1)湿热瘀阻证(主症:腹胀痛,大便泄泻,或黏液状大便,泻下不爽,大便秘臭,或大便带血,或大便干结;次症:咽干、口苦,里急后重,小便短少或小便色黄,肛门坠胀;舌质偏红,舌苔黄腻,脉滑数);2)脾虚夹瘀证(主症:腹胀痛,大便溏烂,大便带血;次症:神倦无力,口淡不喜,面色萎黄或萎黄,纳呆,或四肢欠温;舌质淡嫩有瘀点,苔白,脉弦或细弱);3)肝郁气滞证(主症:腹胀闷疼痛,或有刺痛,大便干结、大便带血或大便稀烂;次症:面色晦暗,或有痞块,可移动,偶可触及,偶有肠鸣,情绪善变,喜太息,情绪不佳时腹胀痛加重;舌质瘀斑,颜色偏暗,脉弦或涩);4)脾肾阳虚证(主症:五更泄泻或便秘,次症:畏寒肢冷,腰膝以下尤甚,面色晄白或黧黑,小便清长,夜尿多;舌淡胖,苔白,脉沉细弱)。凡具备主症及两项次症参照典型舌脉即可诊断。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计数资料用例(%)表示,进行直观数据比较。

2 结果

2.1 不同病理类型结肠息肉的发病率 606例结肠息肉患者的病理类型分布依次为管状腺瘤(62.38%)>炎性息肉(16%)>绒毛状腺瘤(13.87%)>增生性息肉(4.95%)>锯齿状腺瘤(2.81%)。见表1。

表1 不同病理类型结肠息肉的发病率分布

病理类型	例数	百分比(%)
管状腺瘤	378	62.38
绒毛状腺瘤	84	13.87
炎性息肉	97	16
增生性息肉	30	4.95
锯齿状腺瘤	17	2.81

2.2 97例结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布规

律发病率男性(61.86%)>女性(38.14%);男性青年、中年、老年的发病率依次为20%、33.33%、46.67%;女性青年、中年、老年的发病率依次为13.51%、27.03%、59.46%。见表2。

表2 97例结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布[例(%)]

性别	例数	青年 (<45岁)	中年 (45~64岁)	老年 (65~80岁)
男	60(61.86)	12(20)	20(33.33)	28(46.67)
女	37(38.14)	5(13.51)	10(27.03)	22(59.46)

2.3 97例结肠炎性息肉患者的中医证型分布规律

结肠炎性息肉患者的中医证型分布依次为湿热瘀阻证(38.96%)>脾肾阳虚证(31.17%)>脾虚夹瘀证(19.48%)>肝郁气滞证(10.39%)。见表3。

表3 97例结肠炎性息肉患者的中医证型分布

证型	例数	百分比(%)
脾虚夹瘀证	9	9.28
湿热瘀阻证	42	43.3
脾肾阳虚证	36	37.11
肝郁气滞证	10	10.31

2.4 42例湿热瘀阻证结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布规律

湿热瘀阻证结肠炎性息肉患者的发病率男性(54.77%)>女性(45.23%),其中男性青年、中年、老年的发病率依次为39.13%、43.48%、17.39%,女性青年、中年、老年的发病率依次为36.84%、34.78%、21.05%。见表4。

表4 42例湿热瘀阻证结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布[例(%)]

性别	例数	青年 (<45岁)	中年 (45~64岁)	老年 (65~80岁)
男	23(54.77)	9(39.13)	10(43.48)	4(17.39)
女	19(45.23)	7(36.84)	8(34.78)	4(21.05)

2.5 36例脾肾阳虚证结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布规律

脾肾阳虚证结肠炎性息肉患者的发病率男性(61.11%)>女性(38.89%),其中男性青年、中年、老年的发病率依次为13.67%、30.43%、56.52%,女性青年、中年、老年的发病率依次为14.29%、35.71%、50%。见表5。

表5 36例脾肾阳虚证结肠炎性息肉患者的年龄及性别分布[例(%)]

性别	例数	青年 (<45岁)	中年 (45~64岁)	老年 (65~80岁)
男	22(61.11)	3(13.67)	7(30.43)	13(56.52)
女	14(38.89)	2(14.29)	5(35.71)	7(50.00)

3 讨论

3.1 结肠炎性息肉流行病学 本研究所有入组患者的年龄段划分参照WHO最新标准^[3],即<45岁为青年人,45~65岁为中年人,>65岁为老年人。由表1得知我国东北地区结肠息肉的病理类型主要为管状腺瘤、炎性息肉及绒毛状腺瘤。有研究表明炎性息肉的发生与炎症反应过程中各种炎症反应因子及其相关途径有关^[4],其本质是各种病理因素刺激下的慢性炎症反应改变,但无致病因素刺激下息肉仍然存在,可能是因息肉本身已有血管,炎细胞、纤维母细胞不会自动消失,这与炎性息肉肠镜下触之易出血的特征相符。牛朝荣^[5]等研究表明结肠炎性息肉是伴有PDGFRA基因突变的良性间叶源性肿瘤,向腔内突出炎性生长,由小的薄壁血管周围环绕具有长的胞质突起的梭形细胞构成,这些细胞在较大的血管周围呈洋葱皮排列,常以嗜酸性粒细胞浸润为主,病变组织为纤维及肌纤维母细胞标记,CD34阳性可协助诊断。流行病学研究显示炎性息肉的发生大多伴有炎症反应性肠病、慢性菌痢、阿米巴肠炎等肠道炎性反应疾病^[6]。朱小波^[7]等研究发现炎性息肉的癌变率为1.1%。本病理类型的患者临床常见症状有腹泻、便秘、腹胀痛、或伴有便血,对患者的生命质量有重要影响。针对本病理类型的患者进行中医辨证分析,能为临床筛查、治疗及预防提供依据。本研究表明结肠炎性息肉的发病以老年人为主,男性高于女性且同一年龄段发病率男性大于女性,这与闫彩文等人的报道一致^[8]。但其发病也呈现出年轻化趋势,这可能与年轻人的不良生活习惯(吸烟、饮酒、缺乏锻炼)、饮食结构不合理(高脂肪摄入、高红肉比例、低纤维饮食)、肥胖及精神压力过大有关。

3.2 结肠炎性息肉中医证型分析

由表3可得知结肠炎性息肉患者证属湿热瘀阻证和脾肾阳虚证的概率分别为43.3%和37.11%,推测湿、热为东北地区结肠炎性息肉产生的主要病理因素。该地区人群的饮食特点以高脂、高盐及高动物蛋白摄入居多,Hu^[9]等研究发现动物蛋白摄入量>100g/d者容易引发结肠息肉。湿邪郁滞日久,或湿邪化热,或湿积成痰;湿为阴邪,湿性重浊黏滞,易伤脾阳,阳虚又生内湿,相互滋生影响,湿困脾土,脾失健运,气血功能运行不畅可致气滞血瘀,久病及肾,又致肾阳虚。虽然本研究结果与以往文献研究各中医证型分布比例不尽相同,但总体来说,每个研究中所涉及到的中医证型都涵盖了湿、虚、瘀等基本

病理因素,从中医病机分析,本虚标实、虚实夹杂是炎性息肉的病机特点。正如《素问·生气通天论》所讲:“湿盛则濡”。《素问·金匱真言论》说:“清气在下,则生飧泄”。

3.2.1 湿热瘀阻型 表 4 的结果表明湿热瘀阻型结肠炎性息肉的发病率呈现出男性大于女性,中青年大于老年的趋势,因此中青年炎性息肉的发生是以湿热为起始因素,病性属实,正气不虚,病势尚在初期阶段,多因外感湿热之邪或饮食不节所致,过食肥甘厚味、辛辣醇酒,易致湿热内生,湿邪郁久化热,湿热蕴结,下注大肠,导致肠道气机不利,经络阻滞,瘀血浊气凝聚,壅结不散;饮食不节,劳倦过度,导致脾胃运化功能不足,湿邪内生,下注大肠。湿、热、痰、瘀等病理因素使男性中青年群体罹患炎性息肉的易感性增加。因此在临床治疗中湿热瘀阻型炎性息肉的治则应以清利湿热为主,这对于湿热体质的易感人群的筛查、预防有指导意义。

3.2.2 脾肾阳虚型 表 5 的研究结果表明脾肾阳虚型炎性息肉的发病率呈现出男性大于女性,老年大于中青年的趋势,因此老年炎性息肉产生之根本为脾阳虚,而其标则有湿浊、热毒、血瘀或者气滞等,病程日久,迁延不愈,也可能因为老年人阳气衰微,身体功能下降,多种病理因素相互影响,虚实夹杂。也有研究表明食物组成、年龄增长、抗生素的使用以及某些疾病状态均会影响肠道菌群构成,进而引发菌群失调,进一步导致肠道局部黏膜出现免疫功能失调,诱导炎症反应^[10]。阳虚导致机体的防御和自我代偿调节功能降低,使肠道菌群紊乱进一步加重。同时肠道菌群失调时,通过食物代谢使具有高生物学活性和抗肠上皮细胞氧化损伤的代谢产物如短链脂肪酸、丁酸盐等的含量明显减少^[11-12],导致肠黏膜和腺体过度增生,从而形成息肉。因此在临床治疗中针对脾肾阳虚型炎性息肉,应以温补脾肾为主。

综上所述,在临床筛查及预防中对于不同性别及年龄的易感人群应辨证施治,针对中青年群体以

清热祛湿为治则,同时调整生活作息规律和饮食习惯如多摄入高纤维蔬菜、低脂、低红肉摄入,戒烟戒酒,加强运动锻炼及心理疏导。而对于老年人则以温补脾肾为主,对肠道疾病积极干预治疗,同时恢复正常肠道菌群微环境。

参考文献

- [1] 陈慕维,植中敬. 内镜下黏膜切除术治疗老年胃肠道息肉的临床疗效观察[J]. 海南医学院学报,2016,22(14):1538-1540,1543.
- [2] 邓治平,谢丽华,丁亚琼. 不同年龄阶段结直肠息肉的临床表现探讨[J]. 检验医学与临床,2015,12(6):797-798.
- [3] 陈道纯. 人类年龄期划分的指数公式[J]. 中国老年学杂志,2004,24(8):771-772.
- [4] Bassaganya-Riera J, Viladomiu M, Pedragosa M, et al. Immunoregulatory mechanisms underlying prevention of colitis-associated colorectal cancer by probiotic bacteria[J]. PLoS One,2012,7(4):e34676.
- [5] 牛朝荣,李道明. 胃肠道炎性纤维性息肉 28 例临床病理学分析[J]. 实用医学杂志,2018,34(2):289-292.
- [6] Kim SC, Tonkonogy SL, Karrasch T, et al. Dual-association of gnotobiotic IL-10-/-mice with 2 nonpathogenic commensal bacteria induces aggressive pancolitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2007, 13(12):1457-1466.
- [7] 朱小波. 大肠癌的临床特征变化及大肠息肉癌变的内镜、病理特征分析和随访[D]. 广州:南方医科大学,2014.
- [8] 闫彩文,郭霞,李飞,等. 不同年龄组大肠息肉的内镜及病理分析[J]. 基层医学论坛,2008,12(34):1087-1089.
- [9] Hu NC, Chen JD, Lin YM, et al. Stepwise relationship between components of metabolic syndrome and risk of colorectal adenoma in a Taiwanese population receiving screening colonoscopy[J]. J Formos Med Assoc,2011,110(2):100-108.
- [10] Roncucci L, Mora E, Mariani F, et al. Myeloperoxidase-positive cell infiltration in colorectal carcinogenesis as indicator of colorectal cancer risk[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2008,17(9):2291-2297.
- [11] Feuerstein JD, Flier SN, Yee EU, et al. A rare case series of concomitant inflammatory bowel disease, sporadic adenomas, and serrated polyposis syndrome[J]. J Crohns Colitis,2014,8(12):1735-1739.
- [12] Mai, Volker. Dietary Modification of the Intestinal Microbiota[J]. Nutrition reviews,2004,62(6 Pt 1):235-242.

(2018-11-30 收稿 责任编辑:王明)