

混合痔中医辨证分型与流行病学特点的相关性研究

谢珉宁 徐璇 张磊 陈兴华

(复旦大学附属金山医院中医肛肠科,上海 201508)

摘要 目的:了解上海石化地区居民混合痔的中医辨证分型及流行病学特点。方法:设计具有实用性的混合痔各证型中医辨证量表,对我院中医肛肠科门诊首诊的混合痔患者 469 例进行调查分析,统计各型混合痔的人数比例、性别、年龄、诱发因素、病程、临床症状、疼痛情况等,以确定其流行病学特点。结果:便秘、劳累、腹泻占据了混合痔发作诱因的前三位。4 型痔疮存在不同的流行病学特点。脾虚气陷证患者平均年龄明显高于其他 3 型($P<0.05$),平均病程明显长于其他 3 型($P<0.05$);气滞血瘀证男女比例与其他 3 型有明显差异($P<0.05$)。脱出为 4 型混合痔的最基本的症状,此外气滞血瘀证和湿热下注证还常见疼痛和出血,但是比例不同,脾虚下陷证还常见出血和坠胀,风伤肠络证常见出血和瘙痒。结论:运用混合痔分型量表可以有效地为各型混合痔进行辨证分型,各类不同证型的痔疮有其不同的临床流行病学特点。

关键词 痔疮 辨证分型 流行病学 证型评分量表

中图分类号 R269.571.8

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)11-0038-03

痔疮是临床常见病,其发生很可能与地理环境、工作性质、生活、饮食等多种因素有关^[1],临床可分为内痔、外痔和混合痔。混合痔临床症状复杂,患者常因各种症状就诊。为统一规范,2006 年《痔临床诊治指南》^[2]发布,将混合痔的中医分型定为气滞血瘀型、湿热下注型、脾虚气陷型和风伤肠络型。目前,临床混合痔各证型的分布规律、症状特点等未见报道。为进一步了解混合痔中医病证特点,我们采用病证结合的研究思路,通过设计统一的中医辨证量表对各型混合痔进行流行病学调查。通过对混合痔“虚、湿、瘀、风”等不同的中医病因病机进行要素分型辨证,来有效区分各证型,为临床中医辨证施治提供指导和依据,并依据研究结果,分析混合痔流行病学特点,为以后的临床提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2015 年 6 月至 2015 年 12 月于我院门诊就诊的混合痔患者,共 469 例。其中女性 255 例,男性 214 例;平均年龄 44 岁。

1.2 诊断标准 参照《上海市中医病证诊疗常规》^[3],混合痔诊断标准如下:便血及肛门部肿物,可有肛门坠胀、异物感和疼痛;可伴有局部分泌物或瘙痒;肛管齿线上下同一方位出现肿物(齿线下亦可有赘皮)。

1.3 纳入标准 符合上述临床诊断标准,年龄在 18 周岁以上者,性别不限。

1.4 排除标准 合并其他肛肠科疾病者;患有重大内科疾病者;近期服用各类药物,或长期卧床等严重影响临床观察的患者。

1.5 中医辨证分型 参照《痔临床诊治指南》^[2]及中医辨证理论将混合痔分为 4 型^[4-5]。

①气滞血瘀证:

主症:(1)肿物脱出肛外、水肿;(2)有血栓形成;(3)有嵌顿,表面紫暗、糜烂、渗液;(4)疼痛剧烈,触痛明显,肛管紧缩;(5)大便秘结。

次症:(1)小便不利;(2)舌质紫暗或有瘀斑,脉弦或涩。

②湿热下注证:

主症:(1)肛门肿物外脱、肿胀;(2)便血色鲜红,量较多;(3)灼热疼痛或有滋水;(4)便干或溏。

次症:(1)小便短赤;(2)舌质红、苔黄腻,脉浮数。

③脾虚气陷证:

主症:(1)肿物脱出肛外,不易复位;(2)便血色淡;(3)肛门坠胀;(4)排便乏力;(5)大便异常(溏、烂、先硬后溏、时溏时硬)。

次症:(1)面色少华,头晕神疲,食少乏力,少气懒言;(2)舌淡胖、苔薄白,脉细弱。

④风伤肠络证:

主症:(1)肿物脱出肛外、水肿;(2)大便滴血、射血或带血,血色鲜红;(3)大便干结;(4)肛门瘙痒。

次症:(1)口干咽燥;(2)舌红、苔黄,脉浮数。

1.6 中医证型评分量表 参照 2006 年《痔临床诊治指南》^[2]及 2010 年《痔诊断和治疗指南》^[6]以及其他专科文献,依据症状的严重程度将症状分为 0~3 分。

主症:

(1)脱出:0 分,无明显痔核脱出;1 分,局部轻度痔核脱出,脱出范围长径(Fd)≤0.5cm,皮纹明显,可回纳;2 分,局部有明显痔核脱出,0.5cm<Fd≤1cm,皮纹不明显,有时需人工复位,复位后可再次外露;3 分,局部痔核脱出严重,不能回纳,Fd>1cm,皮肤发亮。

(2)血栓:0 分,无血栓形成;1 分,黏膜下可见轻度青紫团块;2 分,局部有明显青紫团块;3 分,局部有大量青紫团块。

(3)疼痛:0 分,无疼痛;1 分,轻微疼痛或不适感,VAS 疼痛积分≤3;2 分,中度疼痛,4≤VAS≤7;3 分,疼痛剧烈,肛管紧缩,VAS>7。

(4)便血:0 分,无便血;1 分,少量便血,便纸染血为主,色红或淡;2 分,中量便血,出血点滴而下,色红或淡;3 分,便时大量出血,有喷射状,色红或淡。

(5)瘙痒:0 分,无肛门瘙痒;1 分,肛门偶有瘙痒,肛周皮肤正常;2 分,肛门瘙痒明显,局部皮肤增厚,夜寐可;3 分,肛门瘙痒明显,夜寐难安,肛周皮肤增厚皲裂,抓痕明显。

次症:

(1)有无小便不利;(2)有无大便性状改变如秘结或便溏;(3)肛门处潮湿感;(4)少气懒言,乏力;(5)面色改变;(6)舌质及舌苔改变;(7)可见病脉。有则为 1 分,无则为 0 分。

1.7 中医类证鉴别 证型:主症 3 项加次症 1 项,或主症 2 项加次症 2 项,可考虑诊断为该证型。若患者症状同时接近 2 种或 2 种以上证型,则依据症状评分,哪种证型的症状评分较高即可考虑诊断为该证型。

1.8 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计软件进行统计学分析,采用单因素及多因素 logistic 回归分析计数,率的比较采用 χ^2 检验,计数资料采用 t 检验。

2 研究结果

中医证型与性别比例、年龄、病程、诱发因素、临床症状、疼痛的关系见表 1—表 4。

表 1 混合痔各证型患者男女比例、年龄、病程比较

证型	例数	比例(女:男)	平均年龄(岁)	平均病程(d)
气滞血瘀证	170	63:107	42.46±13.92	34±281
湿热下注证	97	62:35	42.46±15.58	44±201
脾虚气陷证	79	52:27	50.08±15.05	403±840
风伤肠络证	123	78:45	44.42±14.81	70±292
合计	469	255:214	44.42±14.82	108±441

注:经单因素检验,脾虚气陷证患者年龄、平均病程与其他 3 证型患者比较有明显差异($P<0.05$),其他 3 证型间无明显差异($P>0.05$);气滞血瘀证患者性别与其他 3 证型比较有明显差异($P<0.05$),其他 3 证型间无明显差异($P>0.05$)。

表 2 混合痔各证型患者诱发因素比较

证型	例数	诱发因素(例)							
		饮酒	食用辛辣	劳累	便秘	便干*	腹泻	其他*	诱因比例
气滞血瘀证	170	14	18	33	22	8	19	14	75.3%
湿热下注证	97	6	9	13	19	6	9	2	65.9%
脾虚气陷证	79	2	1	8	10	4	4	1	38.0%
风伤肠络证	123	4	8	9	16	5	11	8	49.6%
合计	469	26	36	63	67	23	43	25	60.3%

注:* 其他原因包括食用热性食物、久蹲、失眠、外伤、怀孕等,因素繁多,难以归类统一;不能说明就诊疾病有明确诱发原因者按无诱发原因记录。※便干指患者平时大便正常,只是近 1~2 天内突发大便干硬难解。各证型患者诱因比例比较经 χ^2 检验, $P<0.05$ 。

表 3 混合痔各证型患者临床症状比较

证型	例数	主要症状						
		疼痛	出血	瘙痒	脱出	坠胀	潮湿	其他*
气滞血瘀证	170	144	19	4	106	5	1	4
湿热下注证	97	63	36	7	35	4	3	1
脾虚气陷证	79	2	26	1	40	25	1	15
风伤肠络证	123	12	79	31	63	6	4	7
合计	469	221	160	43	244	40	9	27

注:* 其他症状主要为:便秘、大便增多、大便变形、肛门不适感等。

表 4 混合痔各证型患者疼痛及疼痛积分比较

证型	例数	疼痛人次	疼痛比例	疼痛积分
气滞血瘀证	170	154	90.58%	4.10±2.31
湿热下注证	97	65	67.01%	2.66±2.47
脾虚气陷证	79	1	1.26%	0.06±0.56
风伤肠络证	123	8	6.50%	0.23±1.16

注:气滞血瘀证和湿热下注证患者疼痛积分比较,经秩和检验, $P<0.05$ 。其他两证型患者疼痛症状不常见,无法比较。

3 讨论

既往的研究表明,痔疮患者男女比例存在一定的差异^[7-9]。本次流行病学调查结果从表1可见,女性患者就诊的比例要高于男性患者,可能与生理因素和重视程度有关。但是气滞血瘀型患者中,男性比例反而高于女性,再看表4,可见该型混合痔患者具有更高的疼痛评分,造成该情况的原因,我们分析认为可能是男性对疼痛的耐受程度低于女性,疼痛这个症状更容易促使其就诊。

从就诊患者年龄上看,混合痔的发病年龄涵盖各年龄段,平均年龄在(44.42±14.82)岁左右,说明30~50岁是痔病发病的一个高峰期。脾虚气陷证痔疮患者年龄普遍比其他3型更高,为(50.08±15.05)岁。病程方面,脾虚气陷证患者长于其他3型,而其他3型之间无明显差异。结合脾虚气陷证主要临床症状(脱出、出血、坠胀等),患者症状的非迫切性应该是导致其延缓就诊的主要原因。

从表2可以看出,4型混合痔患者60%以上存在一定的诱发因素,按某一诱因在全部诱发因素的出现频率来统计,便秘(23.67%)、劳累(22.26%)、腹泻(15.19%)占据了混合痔发作诱因的前三位。既往常见的饮酒和食用辛辣食物等诱因^[10],仅在气滞血瘀证和湿热下注证中有相对较高的比率。同时,偶尔发生的突发性大便干结(4.90%)也是不容忽视的诱发因素。气滞血瘀证和湿热下注证混合痔存在着较高比例的诱发因素(>50%)。

从表3可以看出,虽然痔核脱出是混合痔体检的主症之一,但是临床不是每位患者都因脱出症状就诊,反而便血和疼痛是促使患者就诊的主要原因,很多患者外痔长期脱出也不就诊。按某一特定的症状在患者所有症状出现的频率统计分析,气滞血瘀证出现频率排名前三的主症是疼痛(50.88%)、脱出(37.45%),和出血(6.71%),湿热下注证出现频率排名前三的主症是疼痛(42.28%)、出血(24.16%)和脱出(23.48%),脾虚气陷证出现频率排名前三的主症是脱出(36.36%)、出血(23.63%)和坠胀(22.72%),风伤肠络证出现频率排名前三的主症是出血(39.11%)、脱出(31.18%)和瘙痒(15.34%)。其他主症方面,也有不少患者单纯因便秘、大便增多、大便变形、局部不适感等各种非典型痔疮症状就诊(5.76%),此类患者在脾虚气陷证中更为常见。

从表4可以看出,疼痛常见于气滞血瘀证和湿热下注证患者,其中气滞血瘀证患者为自己的疼痛

打分更高,可能与血栓形成后痛感较明显有关,或者与该型痔疮男性患者多于女性有关。

通过本次调查,我们发现各类不同证型的混合痔患者有不同的临床流行病学特点,大致可以看出气滞血瘀证和湿热下注证患者多属于急性期,风伤肠络证在急慢性期都可见,而脾虚下陷证患者多属于慢性期。下一步我们将依据该调查结果,完善辨证分析量表,联合其他医疗机构,进行更大样本的临床观察,选择特定的社会人群(比如住院患者或特殊职业患者)调查其流行病学特点。同时制定相应的痔病预防计划,宣传正确的个人卫生和生活饮食习惯,提高患者对该疾病的认识。我们还将依据患者辨证分型的结果,对痔组织内生化的特点进行进一步的研究,探讨不同证型的痔疮在免疫组化、病理结构等方面的区别,为中医的辨证论治提供新的依据。

参考文献

- [1] 陈平,田振国,周璐,等.湖北省城区居民肛肠疾病流行病学调查[J].中国医药科学,2015,5(5):188.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006版)[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(5):461.
- [3] 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,2003:325.
- [4] 李德新,程慧琴.中医辨证学选载(三)[J].辽宁中医杂志,1988(8):41.
- [5] 李德新,程慧琴.中医辨证学选载(七)[J].辽宁中医杂志,1988(12):34.
- [6] 美国结直肠外科医师协会标准化工作委员会,丁义江,皇甫少华,等.痔诊断和治疗指南(2010修订版)[J].中华消化外科杂志,2012,11(3):243.
- [7] 何洪芹,李梅岭,刘明发,等.沧州城乡居民痔疮的流行病学调查[J].实用预防医学,2012,19(6):841.
- [8] 于海泉,康合堂,康彦旭.肛肠疾病流行病学研究报道[J].中国现代医生,2009,47(2):116.
- [9] 马晓东,杨财,马晓婷,等.宁夏农村回族聚集区肛肠疾病流行病学抽样调查[J].医学信息,2015(21):382.
- [10] 张鼎,王剑.赣南地区痔病的危险因素[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6554.

第一作者:谢珉宁(1979—),男,医学硕士,主治医师,中医肛肠专业。

通讯作者:陈兴华,本科学历,副主任医师。
1260800053@qq.com

收稿日期:2016-07-04

编辑:吴宁