

# 胃癌中医证型动态演变的回顾性研究

江 澄 林胜友 赵晶磊

**摘要 目的** 观察手术及化疗对胃癌患者中医证型演变的影响,为胃癌中医的辨证论治及分阶段治疗提供依据。**方法** 对 500 例胃癌患者按手术前后、手术方式、化疗前后及化疗频次进行回顾性研究,分析中医证型的动态演变。**结果** 单证型及两证夹杂的胃癌患者手术前后,以脾虚证为主;手术后(根治术后和姑息术后)脾虚证、血虚证明显增加;化疗前后证型变化差异有统计学意义( $P < 0.05$ );中药对前 6 次化疗的证型频次变化,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 胃癌患者,以虚证为主,在中医药参与治疗胃癌的过程中,宜分期论治,但中医药对化疗后患者证型的出现频次是否存在远期作用,仍值得我们进一步探讨。

**关键词** 胃癌;中医证型;演变

Retrospective Study on the Dynamic Development of Chinese Medical Syndrome Types of Gastric Cancer JIANG Cheng, LIN Sheng-you, and ZHAO Jing-lei Department of Tumor, The First Affiliated Hospital, College of Medicine, Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou (310006), China

**ABSTRACT Objective** To observe the effects of surgery and chemotherapy on the development of Chinese medical syndrome types on patients with gastric cancer (GC), thus providing the evidence for treating GC by Chinese medical syndrome differentiation and treatment by stages. **Methods** A retrospective study was carried out in 500 GC patients according to before and after surgery, the surgical ways, before and after chemotherapy to observe the dynamic development of Chinese medical syndrome types of GC. **Results** Pi deficiency syndrome dominated in GC patients of single syndrome or two syndromes before and after surgery. After surgery (after radical resection or palliative resection) Pi deficiency syndrome and blood deficiency syndrome significantly increased. There was statistical difference in syndrome type changes before and after chemotherapy ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** Deficiency syndrome mainly dominated in GC patients. They should be treated by stages when Chinese medicine and pharmacy took part in its treatment.

**KEYWORDS** gastric cancer; Chinese medical syndrome type; development

胃癌是消化道恶性肿瘤之一,病死率居高不下。手术、放化疗仍是目前治疗胃癌的主要方式。中医药治疗胃癌可以改善临床症状,减轻放、化疗不良反应,增加化疗疗效,改善生活质量,延长生存时间等。笔者在临床实践工作发现,治疗过程中胃癌患者的中医证型存在动态变化,治疗干预可能会影响、改变证型;手术、放化疗等治疗措施会对机体产生影响,中医证型可能也会随之发生相应变化,故对胃癌的中医证型动态演变进行回顾性分析,以期更好地指导中医药的临床运用。现将结果报告如下。

## 资料与方法

### 1 诊断标准 胃癌诊断标准按照《新编常见恶

性肿瘤诊治规范(胃癌分册)》<sup>[1]</sup>;中医证候诊断标准参照《中医诊断学》<sup>[2]</sup>、《中医证候规范》<sup>[3]</sup>、《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分》<sup>[4]</sup>、《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>中的相关标准。

**2 纳入标准** (1)符合西医诊断标准及中医证候标准;(2)年龄 19~87 岁;(3)签署知情同意书。

**3 排除标准** 多原发性肿瘤患者。

**4 一般资料** 500 例均为 2001 年 1 月 1 日—2010 年 12 月 31 日本院收治患者。男 345 例,女 155 例;平均年龄(59.04 ± 13.14)岁。

### 5 方法

**5.1 调查表设计** 根据需要调查的内容,设计临床病例调查表,调查内容主要包括患者一般资料(性别、年龄)、临床诊断、手术治疗方式、病理诊断、既往史、生活状态评分(ECOG 评分系统)、症状、舌质、脉象、辨证分型等。

**5.2 观察方法** 采用回顾性调查方法,以出院

基金项目:浙江省中医药重点科技计划资助项目(No. 2008ZA006)

作者单位:浙江中医药大学附属第一医院肿瘤科(杭州 310006)

通讯作者:林胜友, Tel: 13505715111, E-mail: linsy0628@ya-

患者的病历及随访结果等资料为依据,填写调查表,最后由 2~3 名高级职称医师对调查表集中评定,确立证型。由于个体的复杂性,对于手术前后证型分布采用例数统计,若同一证型前后例数均 < 5 例,不纳入统计范围内。而后续的研究,将夹杂证分析为单一证型,根据累积出现的频率变化评估影响。

**5.3 统计学方法** 采用 SPSS 16.0 软件对已建立的胃癌患者病例数据库数据进行统计分析,采用  $\chi^2$  检验,以  $\alpha = 0.05$  为检验标准,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 结 果

**1 手术前后单一中医证型分布情况(表 1)** 单一证型胃癌术后脾虚证、阴虚证及血虚证增多,气滞证及血瘀证明显减少 ( $P < 0.05$ )。

**表 1 手术前后单一中医证型分布情况比较 [例(%)]**

时间	例数	脾虚证	血虚证	气滞证	血瘀证	阴虚证
手术前	81	31(38.3)	3(3.7)	18(22.2)	21(25.9)	8(9.9)
手术后	138	123(89.1)	5(3.7)	1(0.7)*	0(0.0)*	9(6.5)

注:与同证型手术前比较,\* $P < 0.05$ ;表 2,3 同

**2 手术前后两证夹杂证型分布情况(表 2)** 两证夹杂者,术后脾虚血虚明显增加 ( $P < 0.05$ ),脾虚气滞、脾虚血瘀、脾虚痰湿三者减少。

**3 手术前后三证夹杂证分布情况(表 3)** 术后三证夹杂者例数明显减少 ( $P < 0.05$ ),脾虚气滞血瘀证及脾虚血虚血瘀证两者在术后未出现。

**4 手术方式对证型的影响(表 4)** 根治术后脾虚证、血虚证明明显增加,气滞证、血瘀证、痰湿证明明显减少 ( $P < 0.05$ ),阴虚证、热毒证有所增加;姑息手术的结果提示:术后脾虚证、血虚证增加,气滞证、血瘀证明明显减少 ( $P < 0.05$ ),阴虚证有所增加。

**表 4 不同手术方式前后中医证型分布情况比较 [例(%)]**

时间	方式	脾虚证	血虚证	气滞证	肾虚证	痰湿证	血瘀证	热毒证	阴虚证
手术前	根治	147(36.6)	48(11.9)	87(21.6)	4(1.0)	24(6.0)	73(18.2)	6(1.5)	13(3.2)
	姑息	42(33.3)	17(13.5)	26(20.6)	1(0.8)	11(8.7)	25(19.9)	1(0.8)	3(2.4)
手术后	根治	194(61.2)*	71(22.4)*	14(4.4)*	3(0.9)	12(3.8)*	0(0.0)*	6(1.9)	17(5.4)
	姑息	58(50.9)	26(22.8)	9(7.9) <sup>△</sup>	1(0.9)	10(8.8)	3(2.6) <sup>△</sup>	2(1.7)	5(4.4)

注:与同证型根治术前比较,\* $P < 0.05$ ;与同证型姑息术前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

**表 5 化疗前后证型分布情况比较 [例(%)]**

时间	脾虚证	血虚证	气滞证	肾虚证	痰湿证	血瘀证	热毒证	阴虚证
化疗前	259(83.5)	80(25.8)	59(19.0)	5(1.6)	31(10.0)	29(9.4)	15(4.8)	34(10.9)
化疗后	270(87.1)	115(37.0)	49(15.8)*	8(2.5)	38(12.2)	23(7.4)*	22(7.0)	40(12.9)

注:与同证型化疗前比较,\* $P < 0.05$

**表 2 手术前后两证夹杂证分布情况 [例(%)]**

时间	脾虚气滞证	脾虚血虚证	脾虚血瘀证	脾虚痰湿证	脾虚阴虚证	血虚气滞证	合计
手术前	41(39.0)	23(21.9)	23(21.9)	12(11.4)	3(2.9)	3(2.9)	105
手术后	9(8.1)	74(66.7)*	1(0.9)	12(10.8)	8(7.2)	7(6.3)	111

**表 3 手术前后三证夹杂证分布情况 [例(%)]**

例数	脾虚气滞血瘀证	脾虚血虚血瘀证	脾虚血虚气滞证	脾虚气滞痰湿证	合计
手术前	20(44.4)	10(22.2)	6(13.4)	9(20.0)	45
手术后	0(0.0)	0(0.0)	3(42.9)*	4(57.1)*	7

**5 310 例化疗患者化疗前后中医证型分布情况(表 5)** 接受化疗后血虚证、脾虚证、阴虚证、痰湿证有所增加;气滞证、血瘀证病例明显减少 ( $P < 0.05$ )。就化疗与证型变化而言,500 例患者中 310 例接受化疗,其中有 223 例患者证型发生改变,仅有 87 例维持了首次化疗前的证型;97 例单纯对症支持治疗患者中,35 例证型发生了改变,62 例证型维持入院时基础证型,化疗前后证型变化有统计学意义 ( $\chi^2 = 40.92, P < 0.05$ )。

**6 证型分布情况(表 6)** 以 233 例证型发生改变的患者为研究对象,(于化疗前及第 1、2、3、4、5、6 次化疗)是否服用中药与中医证型演变规律的研究发现,中药对于中医证型出现的频率分布比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 讨 论

李东垣谓:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气。若胃气之本弱,饮食自倍,则脾胃元气既伤,而元气亦不能充。而诸病之所由生也。”<sup>[6]</sup> 胃癌是一个正虚邪实的疾病,正虚是本,邪实是标。患者

表 6 化疗次数与服用中药证型分布情况比较 [例(%)]

时间	脾虚证	血虚证	气滞证	肾虚证	痰湿证	血瘀证	热毒证	阴虚证
化疗前	128(53.6)	39(16.3)	24(10.0)	1(0.4)	19(8.0)	4(1.7)	8(3.3)	16(6.7)
第 1 次	132(53.9)	40(16.3)	24(9.8)	2(0.8)	19(7.8)	5(2.0)	9(3.7)	14(5.7)
第 2 次	102(52.2)	32(16.6)	12(6.2)	3(1.6)	11(5.7)	8(4.2)	7(3.6)	18(9.3)
服中药 第 3 次	74(47.7)	35(22.6)	9(5.8)	1(0.7)	13(8.4)	9(5.8)	7(4.5)	7(4.5)
第 4 次	56(64.4)	16(18.4)	2(2.3)	0(0.0)	2(2.3)	0(0.0)	4(4.6)	7(8.0)
第 5 次	45(54.9)	18(22.0)	1(1.2)	1(1.2)	6(7.3)	1(1.2)	3(3.7)	7(8.5)
第 6 次	32(58.2)	13(23.7)	2(3.6)	0(0.0)	4(7.3)	1(1.8)	1(1.8)	2(3.6)
化疗前	64(62.8)	24(23.5)	4(3.9)	0(0.0)	5(4.9)	0(0.0)	2(2.0)	3(2.9)
第 1 次	63(65.6)	20(20.8)	3(3.1)	0(0.0)	3(3.1)	1(1.0)	4(4.2)	2(2.2)
第 2 次	42(51.2)	12(14.6)	11(13.4)	1(1.2)	2(2.5)	4(4.9)	5(6.1)	5(6.1)
第 3 次	24(55.8)	10(23.2)	2(4.7)	0(0.0)	3(6.9)	0(0.0)	2(4.7)	2(4.7)
未服中药 第 4 次	24(58.5)	7(17.0)	2(4.9)	1(2.4)	3(7.3)	2(4.9)	0(0.0)	2(4.9)
第 5 次	15(55.6)	7(25.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(7.4)	1(3.7)	2(7.4)
第 6 次	15(68.2)	6(27.3)	0(0.0)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

饮食不节、胃失和降、脾胃功能失常、运化失司、痰凝气滞、热毒血瘀交阻于胃、积聚成块,是胃癌的主要病机。正气亏虚、脏腑功能失调是发病的内在因素。本研究结果发现,患者虽可以有多种夹杂证候,但不论手术与否,是否接受化疗,脾虚始终是主要的证型,脾虚可能是胃癌患者的主要矛盾,贯穿于胃癌的始终。提示胃癌的预防及治疗重点在健脾。

手术在祛除病邪的同时,也易耗伤人体气血,损伤正气,尤其是胃癌手术,术后脾胃之气大伤,器官功能受损,受纳和运化功能减退,水谷精微不能循正常的道路运化。胃为“水谷之海”、“气血生化之源”,古人有云“得谷则昌,失谷者亡”。反映在中医证候上,手术后患者证型有所改变。根据对手术前后以及手术方式对患者中医证型影响分析,在治疗上,术前应以理气、祛瘀、化湿健脾等治法为主;术后应以健脾补脾,益气生血为主。赵爱光等<sup>[7]</sup>研究发现:对于老年胃癌患者,以健脾为基础的中药复方辨证治疗可以改善其总体预后,是其预后的保护性因子。

化疗药物作为细胞毒药物治疗恶性肿瘤,毒副反应大,对机体正常细胞损害较严重。从中医学角度看,主要是损伤心、肝、肾及脾胃,脾胃纳运失健,气血化生乏源,升降失常,故出现一系列毒副反应。目前研究发现化疗后不少患者出现中医证候改变,提示化疗会改变患者中医证候。但在化疗时使用中医药对患者中医证候影响结果如何尚未明确。本研究分析发现:中医药对前 6 次的化疗患者的证型出现的频率与化疗前比较,无影响。此次回顾性研究结果势必带来两大疑点:(1)在化疗期间服用中药,是否有效。(2)中医药对化疗后患者证型的出现频率是否存在远期的作用。对于前者,首先中医药可改善化疗期间及化疗后的毒副反应,周阿高等<sup>[8]</sup>对中医药联合化疗治疗胃癌疗效进行了 Meta 分

析,肯定了中医药联合化疗的疗效。而对于第(2)点,由于化疗期间有迟发性副反应的存在,在一定程度上影响中医辨证,且本文样本量小及相关治疗的不确定性,中医药对此次期间或远期化疗后证型的出现频率的改变是否存在影响作用,有待于进一步的研究。

就证而言,中医通过四诊合参,在中医学理论指导下加以综合而得出的诊断结论,是疾病某一阶段本质的反映,证是一个动态的概观念。而整体把握胃癌患者中医证型的演变规律,可为中医药对胃癌的早期干预提供依据。

### 参 考 文 献

- [1] 中国抗癌协会.新编常见恶性肿瘤诊治规范(胃癌分册)[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1999:2-23.
- [2] 朱文峰.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2002:163-202.
- [3] 邓铁涛.中医证候规范[M].广州:广东科技出版社,1996:120-200.
- [4] 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分(GB/T16751.2-1997)[M].北京:中国标准出版社,1997:1-57.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:62-64.
- [6] 李东垣.脾胃论[M].北京:人民卫生出版社,2005:3-4.
- [7] 赵爱光,曹雯,徐燕,等.以健脾为基础的复方辨证治疗对老年胃癌患者生存期的影响[J].中西医结合学报,2010,8(3):224-230.
- [8] 周阿高,李琰,洪声,等.中医药联合化疗治疗胃癌疗效的 Meta 分析[J].世界中西医结合杂志,2010,5(5):376-381.

(收稿:2012-07-09 修回:2012-09-29)