

胃癌中医证型研究进展

★ 朱伟 罗金艳 (江西中医学院 2004 级硕士研究生 南昌 330006)

★ 指导:黎才海 (江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词:胃癌;中医证型;综述

中图分类号:R 735.2 文献标识码:A

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一,在我国其死亡率占有恶性肿瘤死亡的 23.02%,居恶性肿瘤死亡率之首位,严重威胁公众的生命健康。对本病,中医药在延长生存期、改善生活质量方面有很大的优势,在综合治疗中占有一定的地位。辨证论治是中医诊疗疾病的特色,是中医学的基本特点之一,在胃癌的中医治疗中起着十分重要的作用。

1 辨证分型

临床上胃癌表现形式多样,众医家学者的辨证分型各有不同,可谓百家争鸣,各抒己见。同叶,大多数医家亦有共识,认为胃癌乃本虚标实之证,气滞、血瘀、痰凝、邪热是标;脾胃肾虚是本,初期以标实为主,后期以本虚为主,出现气血两亏,脏气衰弱。杨金坤^[1]将胃癌分为肝胃不和、气滞血瘀、痰气交阻、脾胃气虚、胃阴不足、脾胃虚寒、气血双亏 7 型。罗云坚等^[2]将胃癌分为肝胃不和、脾胃虚寒、胃热伤阴、瘀血内阻、痰湿阻胃、气血两虚、脾肾阳虚七型。张洪基^[3]辨证分为肝胃不和、脾胃虚寒、瘀毒内阻、胃热伤阴、痰湿凝结、气血两亏 6 个证型。就虚实而言,肝胃不和、瘀毒内阻、痰湿凝结属于实证,脾胃虚寒、胃热伤阴、气血两亏为虚证。郁氏^[4]主张辨证与辨病相结合,并将胃癌分为 4 型:肝胃不和型、脾胃虚寒型、湿热瘀毒型、气血双亏型。许氏等^[5]从文献角度对胃癌证型进行总结分析、比较,得出临床胃癌常见中医证型依次是肝胃不和、瘀毒内阻、痰湿凝结、脾胃虚寒、胃热伤阴、气血双亏和痰气凝滞等 7 型。陶丽^[6]通过对 43 篇文献分析,从频次和例数方面总结出脾虚型、瘀毒内阻型、肝不和型、气血亏型、胃热伤阴型、痰湿凝滞型是胃癌的常见证型。

2 辨证论治

周岱翰等^[7]将胃癌辨证分为肝胃不和、痰湿结聚、气滞血瘀、脾肾两虚等四型,分别用柴胡疏肝散舒肝和胃、降逆止痛,用导痰汤理气化痰、软坚散结,用膈下逐瘀汤活血化瘀、理气止痛,用理中丸合六君子汤温中散寒、健脾暖胃。并强调在辨证治疗的同时,注意随证加减化裁。陶炼^[8]将 40 例晚期胃癌辨证分为热毒蕴结、肝胃不和、脾胃虚弱、气血亏虚等四型,并主张在辨证论治的基础上,以四君子汤为基本方,健脾护胃、益气固本,并随证分别合以解毒祛瘀、疏肝解郁、补血抗癌等法以治之。结果显示:中药组 40 例外周血象稳定,肝功能无损害,明显改善了患者细胞免疫功能及临床症状,提高了生存质量,生存期超过 1 年者 25 例。王晓^[9]将 40 例晚期胃癌辨证分为肝胃不和、脾胃虚寒、湿热瘀毒、气血双亏四型,分别予以疏肝和胃、温补脾胃、清热化湿、解毒祛瘀、气血双补等治疗。结果 40 例晚期胃癌患者 1 年内生存率为

75%(30/40),2 年生存率为 22.5%(9/40),3 年以上生存率为 2.5%(1/40)。陈郭君^[10]将本病分为:气阴两虚、痰郁气滞、瘀毒内阻、脾肾阳虚四型,分别治以益气养胃、理气化痰、软坚散结、清热解毒、凉血祛瘀、健脾益气、温中散寒。结果 91 例患者平均生存期 2.66 年,其中 1、3、5 年生存率分别为 36.3%、14.3% 和 7.7%,6 年以上生存期 9 例,占 9.8%。张军等^[11]治疗 70 例胃癌,脾胃虚寒型治以温中健脾,药用黄芪建中汤、香砂二陈汤加减;瘀血停滞型治以活血化瘀,药用失笑散、丹参饮加减;阴虚胃脘痛治以养表益胃,药用养胃汤、芍药甘草汤加减;肝气犯胃型治以疏肝理气止痛,药用柴胡疏肝散加减。另服六神丸 20 粒,3 次/天。3 个月为 1 个疗程。结果:生存期 3 年以上者 12 例,2 年以上者 22 例,1 年以上者 30 例。症状均有改善,无明显不适。李康^[12]将 68 个胃癌病例进行辨证治疗,可辨为肝胃不和、脾胃虚寒、气滞血瘀、气血双亏 4 型。结果生存 1 年半 18 例,2 年 19 例,2 年半 15 例,4 年 16 例,患者生活质量均有不同程度的提高。李满星^[13]将 34 个胃癌术后的病例进行辨证分型治疗,具体辨为脾虚气滞、脾肾两虚、胃阴亏虚、气阴两虚、胃络瘀血 5 型。按照主要症状消失、次症消失或基本消失为治愈,症状明显减轻为显效,症状自觉减轻为有效症状同治疗前或加重为无效的标准。近期临床治愈率 2.9%,显效 41.8%,有效 35.3%,无效 17.6%,总有效率 82.4%。杨钧等^[14]对 64 例中晚期胃癌进行中医药加化疗治疗,并与 48 例单纯化疗的胃癌病例进行对照。64 个病例分为瘀毒内阻型、痰湿凝滞型、脾胃虚寒型、胃热伤阴型四型。化疗方案根据一般情况的好坏,常规选择 ELF 方案、小剂量 FP 方案。结果表明 2 组在以缩瘤率为主要指标的有效率方面无显著差异,但在改善临床症状、提高生存质量等方面,治疗组均高于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。王纪东等^[15]将 180 例Ⅲ期或Ⅳ期的胃癌患者分为治疗组(92 例)与对照组(88 例),治疗组采用化疗间歇期中医辨证施治,分型为肝胃不和、痰食交阻、气滞血瘀、脾胃虚寒、气血双亏 5 型;对照组单纯用西药。结果 2 组在 1、3、5 年生存率,化疗不良反应的发生,生存质量,癌痛缓解方面均有显著性差异。可见中西医结合治疗中晚期胃癌较单纯化疗效果更佳。

3 中医辨证与西医相结合

崔同健等^[16]对 312 例胃癌中医证型与病理学关系研究后,提出本虚标实辨证分型,认为胃癌中医证型与临床病理分期的不同分布具有显著性差异,病期从早期发展到晚期的过程基本呈现以下顺序:即本虚辨证从脾胃虚弱型发展为气

血亏虚型、从阴虚内热型发展为脾肾阳虚型;标实辨证从肝胃不和型发展为气滞血瘀型,再发展为痰湿瘀毒型。表明肝胃不和型是胃癌较早期的证型,还提出即使在胃癌较早期也可有脾胃虚弱的表现。病期由早到晚则胃癌浸润程度逐渐加深,瘤体渐增大,周围淋巴结转移加重。临床出现脾肾阳虚、痰湿瘀毒时,多预示胃癌已发展到晚期。王安峰^[17]等对 50 例中晚期胃癌进行术前辨证分型,术后化疗合并中药治疗,随访观察。50 例被分为肝胃不和、脾胃虚寒、气滞血瘀、气血双亏、脾肾阳虚 5 型。结果脾胃虚寒型、肝胃不和型中腺癌占绝大多数,且生存率高,3 年和 5 年生存率分别为 81.3% (13/16)、68.8% (11/16),81.8% (9/11)、72.7% (8/11),经统计学处理有显著差异, $P<0.05$ 。气血双亏、气滞血瘀两型,低分化腺癌较多。脾肾阳虚型 3 年、5 年生存率均为 0。说明中医证型确有其病理学基础,它反应了胃癌的不同时期及不同程度,同时也给判断病情、推测预后、指导治疗(包括外科手术治疗)提供了必要的理论依据。文明等^[18]对 61 例进行了中医辨证与病理组织学关系分析。结果显示肝气犯胃型癌组织细胞分化较好,无明显转移,病变范围 <4 cm;脾肾阳虚、气血双亏型 80%,患者癌肿 >4 cm;而瘀血停滞、阴虚内热型中 47% >4 cm($P<0.05$)。魏开建^[19]将 68 个均为原发性胃癌且经病理证实的病例,根据张洪基主编的《中西医结合常见肿瘤临床手册》辨证分为肝胃不和、脾胃虚寒、瘀毒内阻、胃热伤阴、痰湿凝结、气血两亏 6 个证型,及按 1988 年国际抗癌联盟的 TNM 分期标准进行 TNM 分期。将分期和分型相互对照。发现 TNM I 期、TNM II 期患者中,大都辨证属实证,如肝胃不和、瘀毒内阻等;TNM III 期、TNM IV 期的患者,大多辨证属虚证,如脾胃虚寒、胃热伤阴、气血两亏等。体现出随着病情的不断发展,实证向虚证转化,患者体内邪正的消长——正气由强转弱,邪气由弱到强的规律。张万岱等^[20]将胃癌分为 4 型,应用 ABC 免疫组化法检测胃癌组织 cmyc、P21、P53 阳性表达,结果提示阳性表达与 HP 值、感染、胃粘膜病变程度呈平行关系,各证型依次为脾胃虚寒 $>$ 胃阴不足 $>$ 肝胃不和 $>$ 寒热夹杂,提示癌基因及抑癌基因表达与胃癌及癌前病变中医分型有一定关系。周东枝等^[21]用免疫组化 S-P 法检测胃癌组织 p53、bel-2、bax 蛋白的表达,发现脾虚组患者 p53、bel-2 蛋白的阳性表达率及表达水平显著高于非脾虚组,bax 蛋白阳性表达脾虚组低于非脾虚组,但组间比较差异无显著性,另外脾虚患者症状积分与 p53、bel-2 蛋白表达水平呈正相关。研究提示丙 p53、bel-2 蛋白差异表达与胃癌脾虚证的发病学机理有关,p53、bel-2 基因是脾虚证的物质基础之一。章悦^[22]研究胃癌证型与细胞增殖活性及癌基因的关系,发现胃癌虚、实证病人其胃癌组织中 PCNA、p53 基因、C-erbB-2 基因表达显著升高,虚实证比较,虚证更为显著。不同阶段 YCNA、癌基因、抑癌基因表达不同,晚期即中医虚证阶段表现更为显著。吴水生等^[23]研究结果显示胃癌患者无论虚证、实证、虚实夹杂证皆存在血液流变学的异常,呈高凝状态,实证组与虚证组比较,在全血比粘度、血浆比粘度等多项结果上有差异,虚实夹杂证组高切全血比粘度、血浆纤维蛋白原与虚证组、实证组比较皆有显著性差异。杨金坤等^[34]通过对 153 例进展期胃癌脾虚证患者的相关实验室指标检测结果的观察,探讨不同程度的

脾虚与实验室检查指标的相关性,结果发现中重度脾虚组和轻度脾虚组相比较,红细胞、血红蛋白、总蛋白、白蛋白均下降,白细胞、血小板、血沉则上升;补体 C3、C4、免疫球蛋白 IgA 上升;T 细胞亚群 CD3、CD8 下降;均有统计学意义,提示通过这些项目测定可作为消化道恶性肿瘤脾虚程度的参考指标。

总之,目前对胃癌的病证认识主要有:一为本虚,脾胃虚弱、脾肾阳虚、气血亏虚、气阴两虚;二为标实,痰浊、瘀血、热毒。但是,目前对胃癌中医证型的论述、分型方法、分型依据等尚不统一。胃癌的中医证型与西医之间的联系愈来愈广泛,将为胃癌中医辨证的本质研究以及中西医结合治疗提供线索和指导。

参考文献

- [1]杨金坤.现代中医肿瘤学[M].上海:上海中医药大学出版社,2004.293
- [2]罗云坚,刘茂才.肿瘤科专病中医临床诊治[M].北京:北京人民卫生出版社,2000.234
- [3]张洪基.中西医结合常见肿瘤临床手册[M].郑州:河南科学技术出版社,1986.136139
- [4]郁仁存.中医肿瘤学[M].北京:科学出版社,1997.247
- [5]许玲,孙大志,施俊.胃癌中医证型分类的文献研究[J].世界华人消化杂志,2004,12(6):1 457
- [6]陶丽.胃癌中医辨证分型的文献分析[J],中医药学刊,2006,24(4):684
- [7]周岱翰.临床中医肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2003.162
- [8]陶炼.辨证治疗晚期胃癌 40 例临床观察[J].湖南中医杂志,2002,(2):5
- [9]王锐.辨证治晚期胃癌 40 例[J].江西中医药,1999,30(4):28
- [10]陈郭君.中医辨证分型治疗胃癌[J].湖北中医杂志,2000,22(3):19
- [11]张军,周玉芹,王挺,等.中医辨证施治配合六神丸治疗 70 例胃癌临床观察[J].实用肿瘤学杂志,1993(2):73
- [12]李康.辨证治疗胃癌 68 例临床探析[J].中医函授通讯 1995,3:48
- [13]李满星.辨证治疗胃癌术后 34 例临床观察[J].湖南中医杂志,1997,13(2):102
- [14]杨灼,赵明宏.中西医结合治疗中晚期胃癌 64 例[J].南京中医药大学学报,2003,19(5):313
- [15]王纪东,王丽亚,李夏昀.中西医结合治疗中晚期胃癌 92 例临床分析[J].中国中西医结合杂志,2004,13(17):2 281
- [16]崔同健,林求诚,庄子长,等.胃癌本虚标实证型病理学基础探讨[J].中国中西医结合杂志,1992,12(3):151153
- [17]王安峰,刘斌,赵玉华.中晚期胃癌中医辨证分型与组织病理学分型的关系及疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(3):165
- [18]文明,张永国.胃癌的中医证型与病理诊断关系探讨[J].现代中西医结合杂志,2000,9(8):719
- [19]魏开建.68 例原发性胃癌中医证型与 TNM 分期的相关分析[J].福建中医药,2004,35(1):5
- [20]张万岱,王小虎,曾锦章.胃癌及癌前病变的中医分型与幽门螺杆菌感染、癌基因表达的关系[J].中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(1):5
- [21]周东枝.胃癌中医证型与 p53、bel-2、bax 基因蛋白表达关系的研究[J].中国中西医结合杂志,2003,26(2):56
- [22]章悦.胃癌中医证型与细胞增殖活性及癌基因关系的研究[J].临床中老年保健,2001,4(3):159
- [23]吴水生.胃癌转移状态血液流变学变化与中医证型关系的临床研究[J].北京中医药大学学报,2000,20(8):583
- [24]杨金坤,沈克平,郑坚.进展期胃癌脾虚证与实验室检测指标相关性研究[J].上海中医药杂志,2000,8:12

(收稿日期:2006-12-26)