

6970 例胃癌辨证分型临床报道的统计分析*

王程燕¹, 谢长生^{1,2△}

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省中医院肿瘤科, 浙江 杭州 310006)

摘要: **目的** 探讨胃癌的中医辨证分型的客观规律。**方法** 统计分析近 10 年来的在国内公开发表的有关胃癌中医辨证分型的文献, 进行多组间两两比较的卡方检验, 同时对其中明确术前术后的病例进行统计分析。**结果** 6970 例胃癌最常见的证型分别为脾胃虚弱型、肝胃不和型、气血双亏型、痰湿凝结型、瘀毒内结(湿热)型。肝胃不和型为胃癌术前最常见的证型, 脾胃虚弱型为胃癌手术后最常见的证型。**结论** 胃癌证候的分布具有一定特点, 且手术前后证型分布有一定差异。

关键词: 胃癌; 统计分析; 手术前; 手术后; 常见证型

中图分类号: R256.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2015)03-0058-04

我国是胃癌的高发国家, 新发病例及死亡人数均居世界首位。早期胃癌治疗后的 5 年的生存率为 84%~99%。而我国胃癌的发病率高, 早期检出率低^[1]。中医药在胃癌治疗中的有十分重要的作用, 刘昕^[2]通过临床观察, 说明中医药治疗能提高患者生活质量, 延长患者生存期。目前, 临床上对于胃癌的中医辨证十分混乱, 为明确中医分型及进一步探讨胃癌中医辨证分型的客观规律, 笔者对近 10 年来国内公开发表的有关胃癌中医辨证分型的文献进行了整理和统计分析。

1 资料

1.1 研究对象

通过文献检索中国知网, 查阅其中 2005 年 1 月 31 日—2015 年 1 月 31 日国内公开发表的, 关键词为“胃癌, 证、证型、辨证”, 学科分类“中医”、“中西医结合”、“中药”, 检索出文献共 776 条结果。按纳入标准, 明确有胃癌中医辨证分型的有 44 篇。在这 44 篇文献中, 关于胃癌的中医证型分型数量不一致, 最少分 3 型, 最多分 10 型。笔者将其辨证分型经过适当合并其中实质相或相似的证型, 总结出常见的 9 种证型和其他证型, 分为 10 组, 分析各证型之间的构成比, 进行统计分析。

1.2 纳入标准

①病理诊断为胃癌; ②文献中有明确胃癌的中医辨证分型; ③临床研究而不是动物实验; ④所有胃癌的中医证型, 不是其中的 1 个或几个; ⑤各辨证分型中有确切数据; ⑥剔除有关胃癌癌前病变、病例资料来源不清、经验总结、个案报道、单药单方治疗多种癌症、各辨证分型数据不确切者。

1.3 排除标准

①不符合纳入标准的文献; ②综述及文献质量评价的文献。

2 方法

2.1 归纳方法

①笼统的证型提法如实证、虚证、虚实夹杂证删除。②不同名称, 但实质相同或相似归为同一种证型: 比如, 肝胃不和、肝气犯胃、肝脾不和归为肝胃不和; 痰湿凝结、脾虚痰湿、痰浊凝滞、痰湿交阻归为痰湿凝结; 胃热阴伤、胃热伤阴、胃阴亏虚、胃热阴虚归为胃热阴伤; 脾胃虚弱、脾胃气虚、脾胃虚寒、脾虚证归为脾胃虚弱; 气血两亏、气血两虚、气血双亏、气血虚弱统一归为气血两亏; 瘀毒内阻、瘀阻胃络归为瘀毒内结。③不同证型按其所述的主症及病因病机, 实质相同或相似, 归为一型: 如湿热瘀

* 基金项目: 浙江省自然科学基金(LY13H290013); 浙江省重中之重学科“中西医结合”资助

收稿日期: 2015-03-04

作者简介: 王程燕(1990-), 女, 浙江金华人, 在读硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治肿瘤学的研究。

△通信作者: 谢长生, E-mail: xiecsq@126.com

毒、脾虚湿热、瘀毒内阻、瘀阻胃络,都是由于痰湿热交阻于胃,久则蕴毒,因此可以归为瘀毒内结。④其他:如肝肾阴亏、脾肾亏虚等,因出现的频次及病例数甚少,故将其一并归为其他。

2.2 统计方法

运用 SPSS17.0 统计软件对证型分布进行统计分析,采用卡方检验对各证型进行多组间两两比较的统计分析。

3 结果

3.1 6970例胃癌临床证型统计结果^[3-4]

6970例胃癌病例中,脾胃虚弱型所占比例最大,占总病例数的22.84%;其次是肝胃不和型,占17.85%。排前5位的分别是脾胃虚弱型、肝胃不和型、气血双亏型、痰湿凝结型、瘀毒内结(湿热)型。见表1。

3.2 6970例胃癌的10组证型构成比

为了明确各个证型的构成比是否具有统计学意义,笔者对10组证型的构成比进行两两比较。第1组(肝胃不和型)、第3组(胃热阴伤型)、第4组

(脾胃虚弱型)、第5组(气血双亏型)、第8组(痰瘀互结型)、第9组(气阴两虚型)与其他各组比较均有显著性的差异($P<0.001$),第2组(痰湿凝结型)和第6组(瘀毒内结(湿热)型)之间无显著性差异,第7组(气滞血瘀型)和第10组(其他型)之间也无显著性差异。见表2。

表1 6970例胃癌的证型及其构成

组别	证型	例数	占总病例的百分比/%
1	肝胃不和	1244	17.85
2	痰湿凝结	863	12.38
3	胃热阴伤	576	8.26
4	脾胃虚弱	1592	22.84
5	气血双亏	1071	15.37
6	瘀毒内结(湿热)	854	12.25
7	气滞血瘀	244	3.50
8	痰瘀互结	171	2.45
9	气阴两虚	41	0.59
10	其他	314	4.51

表2 6970例胃癌的10组证型构成比的两两比较

比较组	卡方值	P	比较组	卡方值	P	比较组	卡方值	P
1和2	68.90	<0.001	2和9	747.44	<0.001	5和6	24.46	<0.001
1和3	245.18	<0.001	2和10	256.076	<0.001	5和7	520.10	<0.001
1和4	42.70	<0.001	3和4	476.13	<0.001	5和8	652.17	<0.001
1和5	12.93	<0.001	3和5	148.77	<0.001	5和9	954.05	<0.001
1和6	72.50	<0.001	3和6	54.05	<0.001	5和10	413.75	<0.001
1和7	672.04	<0.001	3和7	134.42	<0.001	6和7	338.89	<0.001
1和8	813.66	<0.001	3和8	219.58	<0.001	6和8	455.11	<0.001
1和9	1126.23	<0.001	3和9	463.9	<0.001	6和9	738.51	<0.001
1和10	555.14	<0.001	3和10	77.13	<0.001	6和10	249.66	<0.001
2和3	57.24	<0.001	4和5	101.93	<0.001	7和8	12.84	<0.001
2和4	216.47	<0.001	4和6	222.67	<0.001	7和9	144.59	<0.001
2和5	22.37	<0.001	4和7	989.71	<0.001	7和10	8.78	0.003
2和6	0.05	0.828	4和8	1145.34	<0.001	8和9	79.72	<0.001
2和7	346.13	<0.001	4和9	1473.12	<0.001	8和10	42.16	<0.001
2和8	463.12	<0.001	4和10	856.92	<0.001	9和10	209.94	<0.001

3.3 手术前后中医证型比较

在44篇文献中,其中有14篇明确指出了中医证型的分型时间,笔者对出现的各个证型病例进行了术前术后的统计。手术前,胃癌的中医证型所占比例最高的为肝胃不和型,占21.09%;其次是脾胃虚弱型,占

19.27%。排前3的依次是肝胃不和型、脾胃虚弱型、瘀毒内结(湿热)型。手术后,脾胃虚弱型所占比例最高,为17.76%,其次是痰湿凝结型,占17.21%。手术后,胃癌的中医证型排前3位的依次是脾胃虚弱型、痰湿凝结型、瘀毒内结(湿热)型。具体见表3。

表 3 手术前后中医证型比较

组别	证型	手术前	所占比例/%	手术后	所占比例/%
1	肝胃不和	162	21.09	35	9.56
2	痰湿凝结	120	15.63	63	17.21
3	胃热阴伤	61	7.94	38	10.38
4	脾胃虚弱	148	19.27	65	17.76
5	气血双亏	94	12.24	45	12.30
6	瘀毒内结(湿热)	147	19.14	49	13.39
7	气滞血瘀	25	3.26	41	11.20
8	痰瘀互结	9	1.17	14	3.83
9	气阴两虚	0	0.00	0	0.00
10	其他	2	0.26	16	4.37

4 讨论

通过对 44 篇文献的分析,不难看出,在公开发表的文献的证型中都认为肝胃不和、脾胃虚弱、气血双亏、痰湿凝结、湿热蕴毒为胃癌的常见中医证型。2008 年 11 月 30 日,由中华中医药学会发布的《肿瘤中医诊疗指南》中,将胃癌分为肝气犯胃型、胃热伤阴型、气滞血瘀型、痰湿凝结型、脾胃虚寒型、气血亏虚型 6 型,其分型也与本次统计结果相近。李东垣在《脾胃论》中有云:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后……而诸病之所由生也。”《金匱要略》曰:“朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰反胃。”胃癌的病因病机多从脾胃失调而论^[47]。而陶丽^[48]认为,不应仅以脾虚来概括胃癌整个发生发展的始终。因情致、饮食等等影响,导致气滞痰凝瘀毒内结,又因胃属阳土,久则伤阴,脾胃为后天之本,脾虚导致气血生化无源,则导致气血亏虚。辨证论治是中医的基本特点之一,辨证的准确与否直接关系到治疗的结果。王非^[46]等通过临床观察,提出辨证是一个动态的观念,对整个胃癌的整体把握的同时,对胃癌治疗的每个阶段都需要辨证论治,并指出胃癌术后早期以气虚气滞常见,术后 1 年以气滞最常见,化疗期间以气虚最常见。江澄等^[49]回顾了手术前后胃癌中医证型,提出了胃癌术前术后的分型有明显差异,术后,脾虚血虚明显增加,而气滞血瘀痰湿减少。

由于在统计时可能存在文献搜索不全、文献可能报道存在重复等,因此仍需要进行进一步的研究。重视开展严格的大样本多中心的临床流行病学调查,以进一步阐明胃癌中医证型的分布规律以及

胃癌发生发展的每个阶段的转化演变规律。

参考文献:

- [1] 何波,张立玮. 早期胃食管癌内镜诊治现状与进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2015,9(2):286-290.
- [2] 刘昕,花宝金. 中医药治疗对进展期胃癌患者生活质量和生存期的影响 [J]. 中国中西医结合杂志,2008,28(2):105-107.
- [3] 施俊,秦志丰,李勇进,等. 胃癌证型与预后相关因素分析[J]. 中医药导报,2010,16(12):1-4.
- [4] 施俊,陆烨,张璇,等. 胃癌证型与雌激素和孕激素受体蛋白表达的关系[J]. 中西医结合学报,2010,8(7):629-635.
- [5] 丁花. 胃癌肿瘤标志物与中医辨证分型的相关性研究[D]. 济南:山东中医药大学,2008.
- [6] 龙华. 中晚期胃癌中医证候学特征的研究[D]. 北京:北京中医药大学,2010.
- [7] 陶丽,杨金坤. 胃癌中医证型与临床相关因素的单因素分析[J]. 中西医结合学报,2007,5(4):398-402.
- [8] 陈文,欧阳学农,林求诚. 胃癌不同中医证型的细胞粘附分子表达 [J]. 中国中西医结合外科杂志,2007,13(3):207-210.
- [9] 陶丽,杨金坤. 胃癌中医证型与临床相关因素的多因素分析[J]. 中西医结合学报,2007,5(5):510-513.
- [10] 许利明. 胃癌术后中医证型与术中相关因素的相关性分析[D]. 杭州:浙江中医药大学,2012.
- [11] 焦军全. 胃癌中医证型与外周血 VEGF 及 HER2 基因表达水平的相关性研究[D]. 福州:福建中医药大学,2012.
- [12] 张淑贞. 胃癌患者 CYP3A4 基因多态性与紫杉醇敏感性和中医证型的关联性研究[D]. 福州:福建中医药大学,2013.
- [13] 刘龙. 胃癌证型与肿瘤侵袭、转移关系的研究[D]. 上海:第二军医大学,2007.
- [14] 占永久. 胃癌手术前后中医证型分布及演变规律的历史性队列研究[D]. 咸阳:陕西中医学院,2010.
- [15] 丁园园. 胃癌中医证型、证候及相关性研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2010.
- [16] 王旭旭. 胃癌中医证型分布及演变规律研究 [D]. 北京:北京中医药大学,2011.
- [17] 马学元,曹昌霞,张红武,等. 青海不同海拔地区胃癌中医证型与抗 Hp 抗体、VEGF、mtP53 的相关性[J]. 青海医学院学报,2012,13(1):1-6.
- [18] 刘瑞,黎磊,李杰. 单纯中医治疗中晚期老年胃癌 15 例临床分析[J]. 北京中医药,2012,31(5):366-369.
- [19] 吴桦宗,李灿东. 胃癌的中医证型研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10(6):9-10.
- [20] 于慧,殷东风. 256 例原发性胃癌中医证候特点及演变规律[J]. 中华中医药学刊,2012,30(7):1654-1656.
- [21] 严惠芳,占永久,马居里,等. 胃癌中医证候特点及其与病理类型的关系 [J]. 陕西中医学院学报,2012,35(5):

- 10-11, 19.
- [22] 杨亚平, 吴娟, 佟书娟, 等. 胃癌的中医证型分布规律多因素研究[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2565-2567.
- [23] 杨士英. Gs1- π -Runx3 蛋白在胃癌中的表达及与中医辨证分型的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [24] 张峰. 化疗对晚期胃癌证型的影响及旋覆代赭汤干预作用的临床研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2014.
- [25] 钱香. 胃癌术后生存 5 年患者中医证型及临床相关因素的研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2013.
- [26] 麦桥勋. CD151 与胃癌及中医证型的关系研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [27] 李立平. MiR-124-3p 靶向调控 CD151 蛋白参与胃癌发生及 CD151 蛋白与中医证型相关性探讨[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [28] 施俊. 胃癌证型与肿瘤增殖关系及性别差异分析研究 [D]. 上海: 第二军医大学, 2005.
- [29] 王一. 基于量表的胃癌证候构成规律研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [30] 张永强. 老年人胃癌中医证型的探讨[D]. 成都: 成都中医药大学, 2007.
- [31] 谢翠英. 胃癌患者生存质量及中医证候的观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2008.
- [32] 魏辉, 黎治平, 黎才海. 不同中医证型胃癌患者细胞免疫功能差异性比较[J]. 中医药临床杂志, 2006, 18(2): 129-131.
- [33] 黎才海, 魏辉. 胃癌中医证型与细胞免疫功能关系初探 [J]. 江苏中医药, 2006, 27(7): 21-23.
- [34] 刘龙, 许玲, 孙大志, 等. E-钙黏素、MMP2 和 ICAM-1 的表达与胃癌中医证型的关系 [J]. 世界华人消化杂志, 2006, 14(36): 3461-3465.
- [35] 李群星, 方海洋. 真核细胞起始因子 4E 与胃癌中医证型关系的研究[J]. 甘肃中医学院学报, 2009, 26(6): 20-24.
- [36] 李立平, 吴炜景, 邱娟, 等. 广东地区胃癌患者中医临床证候分型与 miR-449 表达相关性研究 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(12): 2695-2698, 2872.
- [37] 马娟, 王礼凤. 心理因素对胃癌中医证型的影响研究[J]. 新疆医科大学学报, 2014, 37(1): 64-66.
- [38] 刘庆, 李忠, 田劭丹, 等. 167 例进展期胃癌中医证型研究分析[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(4): 273-276.
- [39] 李立平, 吴炜景, 李晓, 等. CD151 蛋白胃癌组织中表达情况与中医证型及胃癌转移相关性初探[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(10): 3193-3197.
- [40] 孙大志, 许玲, 何金, 等. 胃癌中医证型与胃癌转移相关基因 E-cadherin 的关系研究 [J]. 中医杂志, 2005, 16(8): 614-616.
- [41] 许海霞, 杨亚平. 71 例胃癌患者证型与 EGF 的相关性研究[J]. 内蒙古中医药, 2011, 27(10): 2-3.
- [42] 田永立, 夏宁俊, 刘沈林. 328 例胃癌患者临床特征分析 [J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(3): 264-268, 286.
- [43] 王晓妍, 曹志群, 相宏杰, 等. 基于因子分析的进展期胃癌证型分布及辨证规律研究[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(3): 757-759.
- [44] 卢岳华. 中医辨证结合化疗治疗中晚期胃癌 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(22): 56-57.
- [45] 孙大志, 刘龙, 矫健鹏, 等. 767 例胃癌中医证候特点及不同证候构成 (英文)[J]. 中西医结合学报, 2010, 8(4): 332-340.
- [46] 王非, 夏永良, 李大伟, 等. 胃癌术后中医证型演变的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(9): 2007-2008.
- [47] 崔永玲. 李建生治疗胃癌的经验 [J]. 北京中医, 2005, 24(6): 339-340.
- [48] 陶丽, 杨金坤. 胃癌中医辨证分型的文献分析[J]. 中医药学刊, 2006, 24(4): 684-686.
- [49] 江澄, 林胜友, 赵磊磊. 胃癌中医证型动态演变的回顾性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1): 44-46.

(编辑:徐建平)

Statistical Analysis of Clinically Reported Syndromes Differentiation of 6970 Gastric Cancer Cases

WANG Chengyan¹, XIE Changsheng^{1,2Δ}

(1. The First Clinical Medical College, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China;

2. Department of Oncology, Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Hangzhou 310006, China)

ABSTRACT: **Objective** To explore the objective rule of TCM syndrome of Gastric Cancer. **Methods** A number of literatures which were reported at home from 2005.1.31-2015.1.31 had been analyzed. The classified 10 groups of syndrome patterns is analyzed with multiple-group chi square test. Also one part of the dates were compared between before and after operation. **Results** The mostly reported patterns are showed by frequency as following: spleen and stomach weakness, disharmony between liver and stomach, qi and blood deficiency, phlegm and dampness stagnation, stagnation of damp-heat. Before operation, Disharmony between liver and stomach is reported to be seen comparatively often in cases, and spleen and stomach weakness is reported to be seen comparatively often after surgery. **Conclusion** Distribution of type has certain characteristics. Also there was obvious difference in TCM syndromes before and after operation.

KEY WORDS: Gastric Cancer; common syndrome; statistical analysis; before operation; after operation