

# 胃癌中医证型分类的文献研究

许玲, 孙大志, 施俊, 陈亚琳, 魏品康

许玲, 孙大志, 施俊, 陈亚琳, 魏品康, 中国人民解放军第二军医大学附属长征医院中医科 上海市 200003  
国家自然科学基金资助项目, No. 30271626  
项目负责人: 许玲, 200003, 上海市凤阳路 415 号, 中国人民解放军第二军医大学长征医院中医科. czzyk@smmu.edu.cn  
电话: 021-63610109-73406  
收稿日期: 2004-02-06 接受日期: 2004-04-13

## 摘要

目的: 探讨胃癌中医证型分布的主次, 为制定胃癌辨证分型标准化提供框架结构和依据, 为进一步用循证医学的方法规范胃癌中医证型做基础。

方法: 检索近 15 a 的医学期刊, 收集含辨证分型具体病例资料的论文 49 篇, 总结、比较分析胃癌中医证型的构成比。

结果: 临床胃癌常见中医证型依次是肝胃不和型、瘀毒内阻型、痰湿凝结型、脾胃虚寒型、胃热伤阴型、气血双亏型和痰气凝滞型等 7 种。

结论: 运用循证医学的方法探讨和制定临床实用的胃癌辨证分型应标准化。

许玲, 孙大志, 施俊, 陈亚琳, 魏品康. 胃癌中医证型分类的文献研究. 世界华人消化杂志 2004;12(6):1457-1459

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1457.asp>

## 0 引言

我国胃癌死亡率在县城居恶性肿瘤之首, 在城市居第二位, 因此对进展期胃癌患者行规范、合理、积极治疗, 对提高胃癌患者 5 a 生存率有重要意义。大量研究发现, 胃癌术后辅助化疗疗效尚不确定<sup>[1]</sup>, 西方国家则不将术后化疗列为常规<sup>[2]</sup>, 而中医药在提高患者生存率、提高生存质量方面显示出很大优势。但中医药学临床研究尚欠规范性, 结论的真实性难以得到公认, 难以推广和重复性差。中医辨证治疗是中医学诊疗的特色, 但目前对胃癌中医证型的论述、分型方法、分型依据等不统一, 这为中医规范化诊疗胃癌带来不便, 为此我们对胃癌中医药治疗涉及到证型的文献进行调查和分析, 旨在为规范胃癌的中医药治疗研究提供依据, 为胃癌的中医药规范化治疗作基础。

## 1 材料和方法

1.1 材料 检索 1994-05/2002-12 公开发表在国内各种医学期刊上的中医药及中西医结合疗法治疗胃癌全文文献, 1983-01/1994-04 网络检索文摘后, 手检全文。选择国内外医药界较为权威的中国生物医学文献光盘

数据库(中国医学科学院情报研究所 CBMDisk), 检索词为“胃癌”及二次检索词“辨证论治”、及以“中医药疗法”为检索词检索出的文献中提及辨证治疗者, 剔除有关胃癌癌前病变、一种药物治疗多种癌症(包括胃癌)、个案报道, 剩余明确提出胃癌辨证分型的 49 篇<sup>[3-50]</sup>(包括研究单一证型者)被纳入最终分析。其中包括文献种类 30 种, 刊物出版地覆盖 23 个省、市、自治区。文献作者所在地覆盖 29 个省、市、县、自治区。涉及研究单位属于省市级研究单位者为 42 篇, 县区级单位者 7 篇。

## 1.2 证型归纳

1.2.1 方法 篇文献共载录提到胃癌证型分类数的提法不统一, 最少的分 3 型, 最多的提到分 7 型; 不同的证型名称多达 87 种, 其中独立证型 77 种、兼夹证型 10 种, 10 种兼夹证型为: 气阴两虚挟湿型, 肝脾不和气虚血瘀型, 脾胃虚寒痰瘀交阻型, 脾胃阴虚痰热瘀毒型, 气虚挟湿(瘀)型, 气阴两虚挟湿(瘀)型, 气滞血瘀腑气不通型, 肝胃不和、气血双亏型, 脾胃虚寒、气血双亏型, 瘀毒内阻、气血双亏型; 将 77 种独立证型按异名同类及主症、次症、苔、脉的描述进行归纳。具体实施如下: (1)不同提法, 但实质是同一证型的如: 脾胃气虚型、脾胃虚寒型、脾胃虚弱型、胃寒型统一归为脾胃虚寒型; 又如: 气血亏虚型、气血两亏型、气血两虚型、气血双亏型等统一归为气血双亏型。(2)不同证型提法按其所述辨证要点的实质内容, 相同者合并。如热毒蕴结型与瘀毒内阻型合并, 热毒蕴结型<sup>[3]</sup>“症见胃脘不适, 疼痛拒按, 心下痞块, 按之坚硬不移, 或呕血、便血, 舌质紫暗或见瘀斑, 苔薄白或薄黄, 脉沉细或涩”, “气滞血瘀型<sup>[30]</sup>: 脘痛如刺, 痛处固定, 坚硬拒按, 食后加重, 呕吐赤豆汁液或紫暗血块, 尿黄, 便黑, 舌质有瘀点或瘀斑, 苔薄黄, 脉细涩或弦。”与 1978 年全国第一届胃癌学术会议北京市胃癌协作组制定的六型分法辨证中提到的瘀毒内阻型“主症为胃脘刺痛, 心下痞硬, 吐血便黑, 皮肤甲错, 舌质暗紫, 脉沉细涩”内容基本一致, 因此将其合并并统称为瘀毒内阻型。(3)将笼统的证型提法如: 实证型、虚证型、虚实夹杂型删除, 以执简驭繁, 最后总结出 14 个证型, 其中各个证型及其在 49 篇文章中提到的频次如下表 1-1 所示, 根据频次多少将其划为常见证型与偶见证型两大类。并且可以认为常见证型有 7 种, 分别为肝胃不和、痰湿凝结、瘀毒内阻、胃热伤阴、脾胃虚寒、气血双亏、痰气凝滞; 少见及偶见证型有 7 个, 分别为肝肾阴虚、寒凝血瘀、寒热错杂、脾胃湿热、心脾两虚、脾虚肝瘀、肾阳虚衰。进一步观察每一种证型中的病例数, 选出文章中明

确提到的每种证型具体例数, 其中一般证型共 1527 例, 将少见证型及偶见证型共 173 例连同复合证型 105 例共同并为其他证型(表1, 2). 数据用Access数据库管理.

## 2 结果

文章中提到的前 4 位依次为脾胃虚寒型, 共提到 48 次, 占 23.4%; 瘀毒内阻型, 共提到 39 次, 占 19.0%; 胃热伤阴型, 共提到 33 次, 占 16.1%; 肝胃不和型, 共提到 31 次, 占 15.1%(表 1).

表 1 证型频次

组	证型名称	文章提到频次		组	证型名称	文章提到频次	
		频次	构成比			频次	构成比
1	肝胃不和	31	15.1%	8	脾胃湿热	4	2.0%
2	痰湿凝结	12	5.9%	9	寒热错杂	3	1.5%
3	瘀毒内阻	39	19.0%	10	肝肾阴虚	2	1.0%
4	胃热伤阴	33	16.1%	11	寒凝血瘀	1	0.5%
5	脾胃虚寒	48	23.4%	12	心脾两虚	1	0.5%
6	气血双亏	22	10.7%	13	脾虚肝瘀	1	0.5%
7	痰气凝滞	7	4.9%	14	肾阳虚衰	1	0.5%

在 1 805 例胃癌中, 构成比居于前 4 位、超过 10% 的依次是脾胃虚寒型、瘀毒内阻型、胃热伤阴型、肝胃不和型; 低于前四型构成比的依次为气血双亏型、痰气凝滞型、痰湿凝结型; 其他由 7 种少见、偶见和兼杂证型组合的 278 例, 故不能作为一般证型进行比较(表 2).

表 2 证型构成比

组号	证型	例数	构成比(%)
1	肝胃不和	191	10.58
2	痰湿凝结	47	2.60
3	瘀毒内阻	319	17.67
4	胃热伤阴	277	15.35
5	脾胃虚寒	493	27.31
6	气血双亏	138	7.65
7	痰气凝滞	62	3.43
8	其他证型	173±105	15.40

## 3 讨论

从本结果 6 种常见证型的构成比的角度来看, 脾胃虚寒型居首, 占 23.4%, 瘀毒内阻型居于第 2, 占 19.0%, 第 3 位的是胃热伤阴, 占 16.1%, 肝胃不和的占 15.1%, 居第 4 位. 但不能据此认为胃癌中脾胃虚寒的多, 而肝胃不和的较少, 因为从临床实际情况看, 以噎气、泛酸、呃逆及胃脘胀痛为主诉者并不少见. 肝胃不和的比率为 10.58%, 占第 3 位. 因原文章中只提到共有病例数, 而无法获悉每一证型具体例数的很多, 因此不能完全依据以上表中构成比的大小而认为胃癌中某一证型患者多少. 上述常见七种证型, 相对反映出正气虚损为胃癌

发生的病理变化过程及其机制的基础, 从构成比看两表中脾胃虚寒例数均居于首位, 文章提到频次 23.4%; 例数为 493 例, 占 27.31%, 在脾胃虚弱的基础上, 由于饮食、情志、痰湿等致病因素的影响, 导致了肝气横逆犯胃, 肝胃不和、痰湿凝结、痰气凝滞、气机不畅, 瘀毒内阻, 久而生热, 复又伤阴耗气的病理改变, 这一本虚标实而复又伤正的恶性循环, 形成了病情的反复迁延, 病势缠绵, 脾胃愈虚, 气血化生不足终致气血双亏. 因此本结果提示, 临证治疗胃癌, 在祛邪辨证治疗的基础上须注重顾护正气, 必要时标本兼顾、虚实同治. 此外, 此 7 种证型的框架结构为制定新的辨证方案提供了理论基础和依据. 通过以上总结来看, 临床常见证型为肝胃不和型、痰湿凝结型、瘀毒内阻型、胃热伤阴型、脾胃虚寒型、气血双亏型、痰气凝滞型等. 本结果与 1978 年全国第一届胃癌学术会议北京市胃癌协作组制定的六型分法方案大致相近, 仅无痰气凝滞型, 从痰气凝滞的辩证要点看最主要的症状是进食梗阻感, 而临床上贲门癌患者多数皆有此症状, 而 1978 年全国第一届胃癌学术会议北京市胃癌协作组制定的六型分法中皆未提及此症状, 表明此分型方法尚有不完善之处, 有待于进一步修订. 我们认为, 本研究结果可作为运用循证医学的方法探讨和制定临床实用的胃癌辨证分型的标准化提供了新的框架结构和理论依据.

## 4 参考文献

- 1 孙大志, 许玲, 姜林娣, 魏品康. 中医药治疗胃癌临床研究文献质量的调查评价. 中国临床医学 2003;10:833-835
- 2 Yao JC, Shimada K, Ajani JA. Adjuvant therapy for gastric carcinoma: closing out the century. *Oncology (Huntingt)* 1999; 13:1485-1494
- 3 陶炼. 辨证治疗晚期胃癌 40 例临床观察. 湖南中医杂志 2002; 18:5-6
- 4 林一帆, 周学文, 王长洪, 胡家露, 刘杰, 马福茂. 胃黏膜异型增生的中医微观辨证分型与 MG7 抗原表达的关系及临床随访研究. 中国中西医结合消化杂志 1999;9:325-327
- 5 章锐. 胃癌中医证型与细胞增生活性及癌基因关系的研究. 临床中老年保健 2001;4:159-161
- 6 吴水生, 郑东海, 林求诚. 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. 中国中西医结合杂志 2000;20:583-585
- 7 王安峰, 刘斌, 赵玉华, 孙桂芝. 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. 中国中西医结合外科杂志 2000; 6:165-166
- 8 陈郭君. 中医辨证分型治疗胃癌. 湖北中医杂志 2000;15:19
- 9 郭勇. 190 例癌症患者临床辨证分析的思考. 中国中医基础医学杂志 2000;6:44-46
- 10 李训照. 辨证治疗晚期胃癌体会. 浙江中医杂志 2000;35:221
- 11 文明, 张永国. 胃癌的中医证型与病理诊断关系探讨. 现代中西医结合杂志 2000;9:719
- 12 杨晓慧, 陈焕朝. 中西医结合治疗晚期胃癌临床观察. 肿瘤防治研究 1999;26:426-427
- 13 王晓. 辨证治疗晚期胃癌 40 例. 江西中医药 1999;30:28-29
- 14 叶丽君. 胃癌术后综合征的辨治体会. 江苏中医 1998;19:42
- 15 黄志新, 周福生, 劳绍贤, 黄烈平, 吴惠英. 经纤维胃镜诊断为胃癌的 179 例临床资料分析. 广州中医药大学学报 1998;15:47-49
- 16 黄兆明, 程剑华, 张所乐. II、III 期胃癌手术后辨证论治加化疗远期疗效分析. 江西中医药 1998;29:25-26
- 17 张万岱, 谢国建, 杨海涛, 周殿元. 胃癌及胃癌前病变患者中医证型与病理及 Hp 感染的关系. 新消化病学杂志 1997;5:564-566
- 18 吴曙光, 吴晓丽. 辨治胃癌化疗后血细胞减少 116 例. 安徽中医学院学报 1996;15:14-15
- 19 夏跃胜, 王建华, 高超光. 圣和散联合化疗对胃癌术后复发、转

- 移率的影响. 中国中西医结合外科杂志 1996;2:402-404
- 20 李康. 辨证治疗胃癌 68 例临床探析. 中医函授通讯 1995;14:48
- 21 郭森仁, 黄皓春, 陈峻伟. 胃镜象与常见上消化道疾病辨证关系初探: 附 1000 例病例分析. 北京中医 1994;15:22-23
- 22 郭松云. 健脾理气养阴法对 24 例胃癌术后免疫功能影响的观察. 上海中医药杂志 1994;10:40
- 23 李长生, 周祝谦, 于红. 胃脘痛中医辨证分型的 X 线征象. 山东中医学院学报 1994;18:30-32
- 24 杨健武. 胃癌的中医病机证治. 云南中医学院学报 1993;3:34-38
- 25 周家明, 韩志文. 中西医结合治疗胃癌 81 例小结. 实用中医药杂志 1993;1:17-18
- 26 周维顺, 吴良村, 何任. 略论胃癌的诊治原则. 浙江中医学院学报 1993;17:9-10
- 27 张军, 周宝芹, 王挺, 李戈. 中医辨证施治配合六神丸治疗 70 例胃癌临床观察. 实用肿瘤学杂志 1993;2:73-74
- 28 崔同建, 林求诚, 庄子长, 林欣, 方公贤, 周美秀, 陈禹略. 胃癌本虚标实证型病理学基础探讨. 中国中西医结合杂志 1992;12:151-153
- 29 朱方石. 胃癌的中医药治疗进展. 河南中医 1992;12:197-198
- 30 翟漱芬, 伍海南. 102 例胃癌中医辨证分型与临床病理分型的关系探讨. 中西医结合杂志 1989;9:14-15
- 31 胡安黎. 辨证结合辨病治疗 39 例晚期胃癌疗效分析. 北京中医杂志 1988;5:21-22
- 32 朱云华, 何原思, 王雅和, 王黎, 姚莉, 戴华康, 夏友祥. 中虚气滞证胃癌的病理形态研究. 南京中医学院学报 1986;3:43-44
- 33 郭勇. 中医治疗胃癌的近况. 浙江中医学院学报 1986;4:54-56
- 34 全本娥, 李淑贞. 73 例胃癌根治术后胃肠功能紊乱患者的饮食调护. 黑龙江中医药 2000;3:45-45
- 35 戴继红, 王庭明, 陈继斌. 中西医结合治疗胃癌 30 例. 四川中医 1998;16:22-23
- 36 周爱国, 姚九香, 王明义. 蜈蚣丸加味治疗胃癌 13 例临床观察. 四川中医 1997;15:18
- 37 施俊, 许玲, 秦志丰, 魏品康. 仙人菇口服液治疗中晚期胃癌临床疗效观察. 成都中医药大学学报 2002;25:15-16
- 38 陈乃杰, 金源, 刘燕珠, 陈公莒. 羟基喜树碱配合中药治疗 41 例晚期胃癌的疗效观察. 福建医药杂志 1997;19:82
- 39 周荣耀, 吴丽英, 倪爱娣, 徐中伟. 抗炎 1 号静脉注射液治疗 24 例中晚期胃癌的临床观察. 上海中医药杂志 2000;34:15-16
- 40 徐晓燕, 石怀芝, 孙桂芝. 金龙胶囊合并中药治疗胃癌 33 例疗效观察. 北京中医 2001;20:61-62
- 41 钱心兰, 钱伯文, 钱力兰. 攻补兼施治疗胃癌 113 例. 上海中医药杂志 1996;2:7-9
- 42 齐元富, 钱伯文, 陈伟, 张永祥. 41 例胃癌兼挟血瘀证的临床研究. 辽宁中医杂志 1995;22:70-71
- 43 朱昌国. 中西医结合治疗晚期胃癌 27 例小结. 湖南中医杂志 1995;11:6-8
- 44 袁秀英, 范忠泽, 黄秀英. 消癌平注射液治疗 14 例晚期胃癌的临床观察. 上海医药 1996;6:12-13
- 45 代国平, 杨艳霞. 晚期胃癌的中西医姑息疗法. 黑龙江中医药 2000;5:59
- 46 陈伟, 钱力兰. 钱氏验方加减结合化疗治疗 152 例胃癌的临床观察. 上海中医药杂志 1995;8:10-12
- 47 黎治平, 罗凇. 中药治疗晚期胃癌 20 例临床观察. 江西中医药 1996;27:27
- 48 吴燕波, 蔡明明, 朱旭东. 中西医结合治疗晚期胃癌 5 a 随访观察. 南京中医药大学学报 1999;15:124
- 49 刘毅, 周洁. 中西医结合治疗晚期胃癌 30 例. 山东中医杂志 2002;21:164-165
- 50 周维顺, 谢长生, 吴良村, 刘鲁明, 陈培丰, 陈良良, 钱明山, 王小明. 中医中药结合动脉插管化疗治疗晚期胃癌 180 例临床观察. 中国实验方剂学杂志 1999;5:51-53

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 研究快报 •

## 肝硬化大鼠肠壁肌间氮能、胆碱能神经的变化

张忠平, 张志坚, 张捷, 王雯, 林克荣, 朱金照

张忠平, 张志坚, 张捷, 王雯, 林克荣, 朱金照, 中国人民解放军第一军医大学福州临床医院, 福州总医院消化科, 福建省福州市 350025  
项目负责人: 张志坚, 350025, 福建省福州市西二环北路 156 号, 中国人民解放军第一军医大学福州临床医院, 福州总医院消化科. zzp180@163.com  
电话: 0591-2859371  
收稿日期: 2004-02-03 接受日期: 2004-02-24

### 摘要

目的: 探讨肝硬化大鼠肠壁肌间神经丛氮能、胆碱能神经元及神经纤维的变化。

方法: 30 只 SD 大鼠随机分为肝硬化组和正常组, 采用一氧化氮合酶(NOS)及乙酰胆碱酯酶(AchE)组织化学染色技术, 在铺片上观察肝硬化大鼠肠壁肌间氮能、胆碱能神经形态特征并对其分布进行定量研究。

结果: 肝硬化大鼠肠壁肌间NOS阳性神经丛排列杂乱, 染色模糊, 神经元数量减少; Ach阳性神经纤维明显变细。模型组大鼠肠壁肌间氮能、胆碱能神经分布的密度均显著低于对照组( $P < 0.05$ )。

结论: 肝硬化大鼠肠壁肌间氮能、胆碱能阳性神经受到损伤。

张忠平, 张志坚, 张捷, 王雯, 林克荣, 朱金照. 肝硬化大鼠肠壁肌间氮能、胆碱能神经的变化. 世界华人消化杂志 2004;12(6):1459-1461

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1459.asp>

### 0 引言

肝硬化患者常有不同程度的食欲不振、腹胀、恶心、便秘等胃肠道症状。国内外学者通过一系列实验证实肝硬化患者存在胃肠道动力学障碍。本文作者通过检测肝硬化大鼠肠壁肌间神经丛神经元及神经纤维分布和变化, 初步探讨肝硬化患者胃肠动力障碍发生与胃肠神经的关系。

### 1 材料和方法

1.1 材料 选用 SD ♂ 大鼠, 体质量 230-250 g/只。将 30 只 SD 大鼠随机分为正常组 10 只和肝硬化模型组 20 只。

1.2 方法