

中医虚证与食管癌生物学行为关系的研究

申维玺 孙 燕

内容提要 目的:研究中医虚证与食管癌淋巴结转移、浸润深度和 TNM 分期等生物学行为的关系及在食管癌诊断和预后评价中的意义。方法:根据中医辨证标准,在手术前将 101 例患者分为食管癌伴有虚证和不伴有虚证两组。收集记录患者的辅助检查、术中所见、术后病理检查结果等。结果:101 例患者中有 38 例(37.6%)患者有不同程度的中医虚证表现,其中气虚 14 例,阴虚 10 例,气阴两虚 10 例,气血两虚 2 例,阳虚 1 例,阴阳两虚 1 例。两组食管癌患者的浸润深度、淋巴结转移和 TNM 分期等的构成比不同:食管癌伴有虚证组患者比不伴有虚证组患者的癌细胞浸润深度深,淋巴结转移重,TNM 分期晚,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医虚证与食管癌的生物学行为有较密切的关系,食管癌确诊后伴有虚证患者的预后比不伴有虚证患者差。

关键词 食管癌 虚证 生物学行为

Study on Relationship between Deficiency Syndrome of TCM and the Biological Behavior in Patients of Esophageal Carcinoma Shen Weixi, Sun Yan Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing (100021)

Objective: To investigate the relation between Deficiency Syndrome (DS) of TCM and the invading depth, lymphnode metastasis, TNM stage and prognosis prediction of esophageal carcinoma. **Methods:** According to Syndrome Differentiation of TCM, 101 patients of esophageal carcinoma were evaluated before operation and divided into two groups, the DS group and the non-DS group. **Results:** Thirty-eight cases in the 101 patients were DS, among them, 14 were Qi-Deficiency, 10 Yin-Deficiency, 10 Qi-Yin Deficiency, 2 Qi-and blood Deficiency, 1 Yang-Deficiency and 1 Yin-Yang Deficiency. There were significant differences between the DS group and non-DS group in the invading depth (deeper in DS), metastasis of lymphnode (severer in DS) and TNM stage (later in DS) of esophageal carcinoma, ($P < 0.05$). **Conclusion:** There is a significant relation between DS and the biological behavior of esophageal carcinoma. The prognosis of DS patients is poorer than that of the non-DS patients.

Key words esophageal carcinoma, Deficiency Syndrome, biological behavior

中医学理论认为虚证是肿瘤发生和发展的重要原因之一,许多现代医学实验和临床研究也表明中医虚证与食管癌的发生有着密切的关系^(1,2)。为进一步探讨中医虚证与食管癌生物学行为的关系及在食管癌诊断和预后评价中的作用和意义,本研究以在我院住院手术治疗的患者为观察对象,观察了食管癌中医虚证与食管癌生物学行为的关系,现总结报告如下。

资料和方法

1 病例选择 (1) 年龄 20 ~ 75 岁。(2) 初治患者。(3) 有明确的临床诊断和术后病理组织学诊断,病

历记录完整。(4) 近期不伴有其他明显的活动性疾病(如心脏病、高血压、慢性支气管炎、感染等)。

2 诊断和分类标准 中医虚证的辨证标准参考文献⁽³⁾,食管癌病变分段及分期标准采用 UICC 于 1987 年公布的食管癌病变部位分段标准⁽⁴⁾:分为颈段、胸上段、胸中段和胸下段;病变跨段分布以病变中点归段,如上下长度均等,则归为上一段。食管癌临床病理分期根据转移程度分为无淋巴结转移、轻度淋巴结转移、重度淋巴结转移和远处转移 4 类;轻度淋巴结转移和重度淋巴结转移的判断标准为:术后病理检查发现淋巴结转移绝对数目大于 10 个或在受检淋巴结中转移淋巴结数目超过一半以上判定为重度转移,达不到此标准者为轻度。组织学分化程度分为高、中和

中国医学科学院肿瘤医院内科(北京 100021)

低分化 3 个级别,当肿瘤组织表现为相等比例的混合性分化成分时,以分化程度低的成分为准进行统计分析。

3 中医辨证时机和记录 收集的病例均是在我院外科住院进行手术治疗的患者,在患者手术前进行中医辨证,评价患者是否伴有虚证。详细收集、记录患者的临床资料、辅助检查、手术中所见、术后病理报告等资料。

4 临床资料 选择在 1997 年 10 月~1998 年 2 月期间在我院外科住院拟进行手术治疗并符合选择条件的全部食管癌患者 101 例。根据中医辨证标准将食管癌患者分为伴有虚证(简称虚证)组和不伴有虚证(简称无虚证)组。虚证组 38 例,男 34 例,女 4 例;年龄 38~72 岁,平均 60 岁;临床症状:38 例患者均有不同程度的进行性吞咽困难,伴有胸背部疼痛不适者 13 例。无虚证组 63 例,男 54 例,女 9 例;年龄为 38~72 岁,平均 59 岁;临床症状:有不同程度的进行性吞咽困难 60 例,伴有胸背部疼痛不适者 26 例。

5 统计分析 采用计数资料的行×列表检验进行统计分析,分析比较两组病例的差异,最后得出结论。

结 果

1 中医虚证在食管癌患者中的发生率 101 例食管癌患者在术前辨证评价时有 38 例患者伴有不同程度的中医虚证表现,虚证的发生率为 37.6%,其中气虚 14 例,阴虚 10 例,气阴两虚 10 例,气血两虚 2 例,阳虚 1 例,阴阳两虚 1 例。

2 虚证与食管癌的部位、组织学类型、分化程度、组织学类型、脉管瘤栓等特征的关系 见表 1。结果表明中医虚证的有无与食管癌的病变部位、组织学类型、大体类型等无明显的相关关系,而与癌细胞分化程度有较密切关系;癌细胞分化程度越低,越容易出现虚证($P < 0.05$)。两组患者的脉管瘤栓发生率也有显著差异,食管癌虚证组的脉管瘤栓出现率明显高于无虚证组($P < 0.05$)。

3 虚证与浸润深度的关系 食管癌的浸润深度是判断临床病理分期和预后的主要指标之一。本结果表明两组食管癌患者的浸润深度构成比不同:食管癌虚证组患者 38 例中浸润肌层 3 例,浸润纤维膜 19 例(其中纤维膜层 8 例,纤维膜外 11 例),侵及邻近器官 16 例(其中纤维膜外脂肪组织 10 例,胸主动脉 4 例,胸膜 2 例)。无虚证组 63 例中浸润肌层 11 例(其中粘膜层 1 例,粘膜下层 2 例,肌层 8 例),浸润纤维膜 44 例(其中纤维膜层 34 例,纤维膜外 10 例),侵及邻近器官 8 例(均为纤维膜外脂肪组织)。提示食管癌伴有虚

证者的肿瘤细胞浸润深度比无虚证者深($P < 0.05$)。

4 有无虚证与淋巴结和远处转移的关系 淋巴结和远处转移是临床评价食管癌侵袭性和判断预后的

表 1 有无虚证与组织学类型的关系 (例)

特征	例数	虚证	无虚证
部位			
胸上段	16	9	7
胸中段	54	15	39 *
胸下段 +	31 +	14	17
类型			
蕈伞型	27	10	17
髓质型	54	18	36 *
溃疡型	15	8	7
其它型	5	2	3
组织学类型			
鳞癌	86	29	57 *
腺癌	15	9	6
分化程度			
高分化	27	3	24
中分化	60	28	32 **
低分化	14	7	7
脉管瘤栓			
有	14	11	3
无	87	27	60 **

注:与虚证组比较, * $P > 0.05$, ** $P < 0.05$; + :合同时累及食管下段和贲门的腺癌 15 例

重要因素之一。本研究结果表明两组食管癌患者的淋巴结和远处转移的构成比不同,伴有虚证患者较无虚证患者更易出现淋巴结和远处转移(见表 2),转移程度也常更为严重,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 有无虚证与转移关系的比较 (例)

组别	例数	淋巴结转移			远处转移
		无	轻度	重度	
虚证	38	6	15	10	7
无虚证	63	31 *	32 *	0 *	0 *

注:与虚证组比较, * $P < 0.05$

5 有无虚证与临床病理分期的关系 本结果表明两组患者的 TNM 分期构成比不同,食管癌伴有虚证组患者的 TNM 分期比无虚证组患者的 TNM 分期晚,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 有无虚证与 TNM 分期关系的比较 (例)

组别	例数	期	期	期	期
虚证	38	1	7	23	7
无虚证	63	5 *	26 **	32 *	0 *

注:与虚证组比较, * $P < 0.05$; : a 5 例, b 2 例; + : a 22 例, b 4 例

6 有无虚证与其他的 研究中还发现食管癌伴有虚证组患者的手术难度常较大,不容易手术切除干净,姑息性手术切除的机会较无虚证组患者多。其原因与虚证组患者的肿瘤细胞浸润深度较深、淋巴

结转移严重、病理分期较晚等因素有关。

讨 论

食管癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,目前的主要临床治疗方法是手术、放疗和化疗,但中医辨证施治作为辅助治疗手段在食管癌的综合治疗中也具有重要的实际意义。

食管癌患者的中医临床辨证分型,总的来说可以分为实证和虚证两大类⁽⁵⁾,常见的实证类型有气滞、血瘀、痰湿证等;常见的虚证类型有气虚、血虚、阴虚、气阴两虚等。而且临床上许多病例往往表现为虚实夹杂证,如阴虚和气虚患者常伴有血瘀等。本研究是在具有初步临床预实验研究的基础上进行的,以研究虚证与食管癌生物学行为的关系为主要目的,因此将食管癌患者的中医辨证分型总体分为两大组:虚证和无虚证组。本研究结果表明食管癌临床上常伴有的中医虚证分型是气虚、阴虚和气阴两虚证。由于本研究所选病例都是在外科进行手术的病例,晚期病例较少,多数是能手术的中期病例,因此本组食管癌患者伴有虚证表现时大多是轻度虚证。

临床和实验研究表明中医虚证与食管癌的发生有着密切的关系,虚证可以促使食管癌的发生。如姜廷良报道阴虚证与食管癌的发生有较密切关系:患食管癌的癌前病变——不典型增生的患者伴有阴虚证时更易转变为食管癌⁽¹⁾。本研究结果表明中医虚证与食管癌的生物学行为有较密切关系:两组患者的淋巴结转移、浸润深度、临床病理分期等的构成比明显不同,食管癌伴有虚证组患者的各项指标较不伴有虚证组明显加重,这说明中医虚证与食管癌的病情发展也有明显

关系。

许多实验研究表明中医虚证时常有机体免疫功能下降,特别是细胞免疫功能下降⁽⁶⁾,这不仅可能是虚证患者易患肿瘤的重要原因,同时也可能是肿瘤患者病情发展的重要原因之一。许多研究证明扶正中药具有提高肿瘤患者免疫功能的作用^(7,8),因此在食管癌的发生、发展和综合治疗过程中,根据中医辨证发现的虚证及时进行中西医结合综合治疗对于延缓和(或)阻断食管癌的发生和发展、提高食管癌的治疗效果等都具有实际意义。

参 考 文 献

1. 周金黄,刘干中主编. 中药药理与临床研究进展. 北京:中国科学技术出版社, 1992 212—228.
2. Jiang T, Yan SC, Zhao LF, et al. Preventing effect of "Liuwei Dihuang decoction" on Carcinoma. 癌 与 化学治疗 1989; 16 (4) 1511—1518.
3. 沈自尹,王文健整理. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志 1986; 6(10) 598.
4. 全国肿瘤防治协会中国抗癌协会合编. 中国常见恶性肿瘤诊治规范. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1990 1—6.
5. 杜百廉主编. 食管癌. 北京:中国科学技术出版社, 1994 485—488.
6. 施杞总,王文健主编. 现代中医药应用与研究大系——实验研究. 上海:上海中医药大学出版社, 1995 66—68.
7. 孙 燕. 扶正中药免疫调节作用. 中西医结合杂志 1984; 4 (6) 368.
8. 孙 燕,余桂清主编. 中西医结合防治肿瘤. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995 76—82.

(收稿:1998-03-30 修回:1998-09-10)