

Traditional Chinese Medicine Syndrome Type Analysis of Esophageal Cancer

Kun Zhang¹, Weizhen Shou²

¹Shanghai University of Chinese Medicine, Shanghai

²Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Chinese Medicine, Shanghai

Email: zhangkuns1991@126.com, shouweizhen@sina.com

Received: Jan. 26th, 2016; accepted: Feb. 16th, 2016; published: Feb. 19th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

This paper discusses the inherent law of TCM syndrome of esophageal cancer, deepens the understanding of different syndrome types of traditional Chinese medicine, and finds its regularity. In this paper, the literature of esophageal TCM syndrome classification of the domestic public reports since 1970 is analyzed statistically. Statistically using Frequency method and the chi-square test, the literature and case materials collected are discussed.

Keywords

Esophageal Cancer, The Doctor of Traditional Chinese Medicine, Type Analysis

食管癌中医证型分析

张 琨¹, 寿伟臻²

¹上海中医药大学, 上海

²上海中医药大学附属龙华医院, 上海

Email: zhangkuns1991@126.com, shouweizhen@sina.com

收稿日期: 2016年1月26日; 录用日期: 2016年2月16日; 发布日期: 2016年2月19日

摘要

本文探讨了食管癌中医证型出现状况的内在规律,加深目前中医对食管癌不同证型的认识,寻找其规律。本文统计分析了中国公开报道的自1970年以来有关食管癌中医证型分型的文献,数据应用Frequency法和卡方检验对收集到的文献和病例资料进行讨论。

关键词

食管癌, 中医, 证型分析

1. 引言

食管癌是常见的消化道恶性肿瘤之一,发病率及死亡率一直处于高居不下的状态,严重威胁着人类的生活及心理健康[1]。食管癌具有显著的地区性分布特点,在发展中国家和经济状况较差的人群中高发。全球每一年约有40万人因食管癌而去世[2]。我国食管癌的发病率为16.7/10万,死亡率为13.4/10万,也显著高于世界平均水平(7.0/10万和5.8/10万)[3]。近些年食管癌有低龄化趋势,发病年龄较以往平均提前5岁。因此,找到行之有效的治疗手段刻不容缓[4]。目前放射、化学治疗引起的不良反应及化疗药物敏感性、耐药性也成为食管癌患者在治疗上的障碍。虽然分子靶向治疗因其针对性强、不良反应小、与放化疗协同及不易耐药等特点,在食管癌治疗中初见成效,但也并不是所有患者都适用于靶向治疗,且缺乏大样本量的临床研究及实验支持[5]。所以,祖国医学在治疗食管癌过程中的作用逐渐受到重视。

对于不可切除的食管癌患者,中医药治疗取得确切疗效,为了探讨食管癌中医证型出现状况的内在规律,明确主要的中医证型,使中医药治疗更有针对性,本文就相关文献进行了筛选、整理、比较和统计分析。

2. 资料收集

1) 资料来源:采用计算机检索与人工检索相结合的方法,检索1970-2015年间公开发表在国内各种医学期刊上的中医药及中西医结合治疗食管癌的全文文献,通过检索词“食管癌”或“食道癌”或“食管恶性肿瘤”或“食道恶性肿瘤”或“噎膈”及二次检索词“证型”或“分型”或“辨证”或“中医”或“中西医”的检索方法。

2) 文献选择及排除标准:选择标准:a)符合食管癌的诊断标准。B)有明确的中医辨证分型。c)文献属于临床研究,排除动物实验。排除标准:a)重复发表的文献;同一研究单位资料来源相同,经分析后进行整合,删除重复内容。b)资料来源不明,与临床实际情况明显不符的。c)只记录自拟方名,无具体辨证和治则的。

3) 中医证名规范描述参考标准《中医诊断学》[6]第五版教材的中医基本证候描述。

4) 文献资料整理:通过检索,查阅了1970年以来国内公开发表的食管癌的中医文献共186篇,按文献入选标准以及排除标准进行筛选,共筛选出符合要求的文献45篇。在这45篇文献中,收集有确切食管癌各证型病例数的文献,共收集到病例2079例。

5) 证型归纳方法:45篇文献中食管癌证型分类数不一,最少的分1型,最多的可达12型,涉及不同名称的中医证型多达30余种,将这30余种证型按异名同类及主证、次证、苔、脉的描述进行归纳。具体实施如下:a)笼统的证型提法如实证、虚证、虚实夹杂证删除。b)不同提法但实质相同或相似的归

为同一证型：比如，瘀血阻络、瘀血内结、瘀血内阻统一归为瘀血内结；痰气凝滞、气痰互阻、痰气互阻、痰气阻隔统一归为痰气交阻；脾气不足、脾气虚弱、脾胃气虚统一归为脾气亏虚。c) 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：痰瘀互结、血瘀痰滞、痰凝血瘀、血瘀痰凝归为痰瘀互结。d) 将专方治疗文献中的治法转换成与其相应的证型，如活血化痰法转换成气滞血瘀证，补气运脾法转换成脾气亏虚证。最终总结出 13 个证型，其中各个证型及其在 45 篇文献中提到的频次如下表 1 所示。

3. 统计学方法

采用 SPSS 17.0 软件，数据应用 Frequencie 法和 χ^2 检验进行处理，明确其统计学意义。

4. 统计结果

4.1. 证型频次分布情况

见表 1。

根据频次多少将其划为常见证型与少见证型两大类，可认为常见证型有 7 种，分别为痰气交阻、痰瘀互结、气虚阳微、津亏热结、瘀血内结、气阴两虚、气滞血瘀；少见证型有 6 种，分别为阴虚热毒、脾气亏虚、痰湿内阻、肝郁气滞、阴津亏耗、脾虚气滞。其中痰气交阻所占比例最高，共计 28 篇文献，占 62.22%；其次是痰瘀互结，共 26 篇文献，占 57.78%；排在第三位的是气虚阳微，共计 25 篇文献，占 55.56%。

4.2. 2079 例病例中的中医证型分布情况

见表 2。

在有明确中医证型病例的文献中，共计 2079 例病例中这 8 种常见证型的病例所占比例由高到低依次为：1) 痰气交阻 2) 痰瘀互结 3) 气虚阳微 4) 津亏热结 5) 气滞血瘀 6) 阴虚毒热 7) 肝郁气滞 8) 气阴两虚。其中痰气交阻最多，共 572 例，占 27.51%；其次是痰瘀互结，共 356 例，占 17.12%；排在第三位的是气虚阳微，共 286 例，占 13.76%。

为了明确食管癌中医证型构成分布是否具有差异性，笔者对 2079 例病人中各证型病例数进行了 χ^2 检验。具体见表 3。

Table 1. The literature of TCM syndrome type of frequency distribution table of 45 articles
表 1. 45 篇文献中中医证型频次分布表

	实证		虚实夹杂		虚证			
	频次	总体比例 (%)	频次	总体比例 (%)	频次	总体比例 (%)		
痰气交阻	28	16.87	津亏热结	22	13.25	气虚阳微	25	15.06
痰瘀互结	26	15.66	阴虚热毒	7	4.22	气阴两虚	12	7.23
瘀血内结	18	10.84	脾虚气滞	2	1.20	脾气亏虚	5	3.01
气滞血瘀	10	6.02				阴津亏耗	3	1.81
痰湿内阻	4	2.41						
肝郁气滞	4	2.41						

Table 2. 2079 cases of TCM syndrome type distribution table
表 2. 2079 例病例中的中医证型分布表

证型	例数	构成比(%)
痰气交阻	572	27.51
痰瘀互结	356	17.12
气虚阳微	286	13.76
津亏热结	216	10.39
气滞血瘀	162	7.79
阴虚毒热	150	7.22
肝郁气滞	138	6.64
气阴两虚	112	5.39
其他证型	87	4.18

Table 3. 2079 cases of TCM syndrome type distribution
表 3. 2079 例病例中中医证型分布比较

比较组	χ^2	P 值
1 和 2	64.72	<0.001
1 和 3	120.12	<0.001
1 和 4	198.44	<0.001
1 和 5	278.11	<0.001
1 和 6	298.48	<0.001
1 和 7	319.92	<0.001
1 和 8	370.27	<0.001
2 和 3	9.03	0.0027
2 和 4	39.73	<0.001
2 和 5	82.99	<0.001
2 和 6	95.49	<0.001
2 和 7	109.17	<0.001
2 和 8	143.35	<0.001
3 和 4	11.10	<0.001
3 和 5	38.47	<0.001
3 和 6	47.39	<0.001
3 和 7	57.53	<0.001
3 和 8	84.12	<0.001
4 和 5	8.47	0.0036
4 和 6	13.05	<0.001
4 和 7	18.79	<0.001
4 和 8	35.80	<0.001
5 和 6	0.50	0.4799
5 和 7	2.07	0.1503
5 和 8	9.77	0.0017
6 和 7	0.54	0.4636
6 和 8	5.88	0.0153
7 和 8	2.88	0.0899

P 参考值 $\alpha = 0.05 / (8(8 - 1) / 2 + 1) = 0.001724$.

4.3. 2079 例病例中中医证型分布比较

见表 3。

由表 3 可以看出：第 1 组与第 2、3、4、5、6、7、8 组均有显著性差异($P < 0.001$)；第 2、3 组的病例数相近，彼此之间比较无显著性差异($P = 0.0027 > 0.0017$)；第 4、5 组病例数相近，彼此之间比较无显著性差异($P = 0.0036 > 0.0017$)。因此，可以认为 2079 例食管癌最常见的证型为：痰气交阻，其次是痰瘀互结和气虚阳微，再次是津亏热结和气滞血瘀。

同时为了分析食管癌证型的虚实情况是否具有差异性，笔者把实证、虚证和虚实夹杂分别统计其频次，并进行两两比较。具体见表 4、表 5。

4.4. 证型虚实分布表

见表 4。

4.5. 证型虚实两两比较

见表 5。

结果显示，实证与虚证或虚实夹杂之间均具有显著性差异($P < 0.0125$)，虚证与虚实夹杂间差异不显著($P = 0.0619 > 0.0125$)。从中可以看出，食管癌证型中以实证多见，其次是虚实夹杂与虚证。

5. 讨论

中医虽无食管癌记载，但根据其临床表现，本病当属于祖国医学“癥瘕”、“积聚”、“噎膈”等范畴。古人对其病因病机亦有不少论述。如《内经》认为本病证与津液及情志有关，如《素问·阴阳别论》曰：“三阳结谓之隔。”《素问·通评虚实论》曰：“隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。”并指出本病病位在胃，如《灵枢·四时气》曰：“食饮不下，膈塞不通，邪在胃脘。”《太平圣惠方·第五十卷》认为：“寒温失宜，食饮乖度，或恚怒气逆，思虑伤心，致使阴阳不和，胸膈否塞，故名膈气也。”对其病因进行了确切的描述。关于其病机历代医家有不同认识，如《医学心悟·噎膈》指出：“凡噎膈症，不出胃脘干槁四字。”《临证指南医案·噎膈反胃》提出：“脘管窄隘。”《景岳全书·噎膈》曰：“噎膈一证，必以忧愁思虑，积劳积郁，或酒色过度，损伤而成。”并指出：“少年少见此证，而惟中衰耗伤者多有之。” [7]。

Table 4. Card type distribution table
表 4. 证型虚实分布表

比较组	频次	构成比(%)
实证	70	47.9
虚实夹杂	31	21.2
虚证	45	30.8

Table 5. The comparison of false or true type of syndrome
表 5. 证型虚实两两比较

比较组	χ^2	P 值
实证与虚实夹杂	23.02	<0.001
实证与虚证	8.97	0.0028
虚实夹杂与虚证	3.49	0.0619

P 参考值 $\alpha = 0.05 / (3(3 - 1) / 2 + 1) = 0.0125$.

通过本次回顾性分析, 笔者发现, 食管癌常见证型有 6 种, 分别为痰气交阻、痰瘀互结、气虚阳微、津亏热结、瘀血内结、气阴两虚、气滞血瘀。其中实证多见, 痰气交阻与痰瘀互结是食管癌最常见的证型。其次是虚实夹杂与虚证。这对以后的临床辨证论治将有一定的指导意义。

在本次文献分析中, 笔者发现食管癌的辨证分型存在多种问题, 如: 辨证依据种类繁多, 缺乏统一的标准; 临床入组病例数较少, 纳入、剔除标准不详, 缺乏说服力; 中医证候判定仍存在主观性, 缺乏客观的评定标准等。

肿瘤的形成过程复杂多变, 对其辨证治疗也必当辨阴阳气血之盛衰及各脏腑经络之虚实, 在食管癌的治疗中传统医学的疗效有待明确并且进行深入地发掘与研究。

参考文献 (References)

- [1] Shibata, A., Matsuda, T., Ajiki, W., et al. (2008) Trend in Incidence of Adenocarcinoma of the Esophagus in Japan, 1993-2001. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **38**, 464-468. <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyn064>
- [2] 姜欣. 黄金昶教授中医治疗食管癌经验总结[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [3] Parkin, D.M., Bray, F., Ferlay, J. and Pisani, P. (2002) Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, **55**, 74-108.
- [4] 于振涛. 三大信号预警食管癌[J]. 中华养生保健, 2013(2): 42-43.
- [5] 赖霄晶, 郑晓, 毛伟敏. 食管癌靶向治疗的研究进展[J]. 肿瘤学杂志, 2015(2): 142-150.
- [6] 王天芳. 中医诊断学[M]. 北京: 中国医药科技, 2012: 193.
- [7] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 192.