

临床报道

恶性肿瘤患者中医证型的研究

郁仁存* 胡玉芳* 关天瑜* 金静愉* 饶燮卿*
 杨治英* 金 铃* 田兆黎* 王禹堂* 高永福*
 王学楠* 迟会昌* 金敬善** 陶 毅[△] 王广才^{△△}

为了研究肿瘤患者不同中医证型的表现及其实质,我们自1981~1983年间,对住院的恶性肿瘤患者根据不同证型进行了消化道功能及其他一些方面的观察研究,看到了一些有意义的变化。现将这一研究初步结果报告如下。

对象与方法

一、观察对象

所有患者均为我科住院病人,均经手术及病理证实为恶性肿瘤者,瘤种包括胃癌、肠癌、乳腺癌、肺癌、淋巴肉瘤、睾丸胚胎癌、鼻咽癌等。本组消化道肿瘤及乳癌均经手术切除,其余为手术或放、化疗后患者。所有患者入院后均经肝、肾功能检查。年龄最小28岁,最大70岁。

二、辨证分型标准

本组病例的中医辨证均在入院后首次全科大查房时,由各级医师共同讨论决定。辨证分型按下列标准评定:

1. 气虚:全身乏力,四肢无力,自汗,面色晄白,舌体胖、质淡有齿痕、薄白苔,脉细。

2. 脾虚:食欲不振,腹泻便溏,全身疲乏,四肢无力,腹部虚胀,浮肿,先便后血或月经过多,舌质淡、舌体胖有齿痕,或中有裂纹,薄白苔,脉沉细或细弱。

3. 血虚:面色苍白或萎黄,头昏眼花,手足麻木,目眩,五心烦热,舌质淡、苔薄白,脉细弱。

4. 肝郁气滞:两胁胀痛,痛及肩背,烦

躁易怒,胸闷不舒,舌苔薄白,脉弦或细弦。

5. 血瘀:脘腹疼痛,全身疼痛,痛有定处,肌肤甲错,皮下有瘀斑、瘀点,黑便(远血),腹部肿块,舌质暗红,舌上有瘀斑、瘀点或舌下静脉粗张,脉沉涩或迟。

6. 痰湿型:咳吐粘沫痰涎,胸脘闷胀不舒,口粘不渴,痰声漉漉或咳吐不利,苔白滑或白腻,脉濡数或滑数。此型多属病情进展的晚期患者。

上述证型均以入院时辨证为准,各证型一般须两项以上主症及舌、脉相符者,辨证才能确立。有时症情复合出现气血双亏(气虚兼血虚),气虚血瘀(气虚兼血瘀),肝郁脾虚(肝郁气滞兼见脾虚),有时脾虚还包括心脾两虚、脾气虚、肝肾两虚等证型,有时病至晚期,无法以脏腑辨证,则统称之为正虚邪实。

三、观察方法

本研究分下列三部分进行观察:

其一,不同中医证型肿瘤患者小肠吸收功能的研究,部分病例测定D-木糖吸收功能⁽¹⁾,并在健脾补气治疗前后进行对比分析。

其二,不同中医证型肿瘤患者血清胃泌素含量测定,采用金氏报告的放射免疫测定法测定⁽²⁾,用DCC分离技术进行检测。

其三,我们对常见脾虚证型进行了综合观察,并作了健脾补气药治疗前后各项指标的对比观察,如体重、症状、胰功能测定、胃肠排空运动试验、免疫功能测定、血浆皮质醇含量

* 北京中医医院肿瘤科; **北京中医研究所生化研究室;

[△]北京中医研究所免疫研究室; ^{△△}北京中医医院同位素室

及血浆环核苷酸的测定等。

观察结果

一、D-木糖吸收试验

表1示,凡有气虚见证者小肠吸收功能均下降,其中以气血双亏型最为明显。统计结果表明,三种气虚证组与其他证型及正常人组相比较均有显著性差异($P<0.01$)。

表1 各证型组治疗前后D-木糖吸收率(%)

组别	治疗前 均值±标准差(例)	治疗后 均值±标准差(例)
脾虚证组	18.61±2.87*(60)	21.92±4.56 ^{△△} (46)
气虚血瘀组	18.24±2.72*(10)	20.60±2.81(8)
气血双亏组	14.22±3.17*(17)	17.42±3.24 [△] (10)
其他证型组	26.70±4.55(20)	25.38±5.77(16)
正常人组	26.37±3.96(32)	

*与正常人和其他证型组比较 $P<0.01$; [△]与治疗前比较 $P<0.05$; ^{△△}与治疗前比较 $P<0.001$

各证型组有部分患者进行了中药治疗前后的观察。治疗药物以健脾补肾的升血汤为主,药用生黄芪、太子参、沙参、白术、茯苓、鸡血藤、枸杞子、菟丝子、女贞子、陈皮等。治疗后三虚证组的木糖吸收功能均有所改善,经统计学处理,脾虚证组和气血双亏组治疗前后有显著性差异($P<0.01$ 和 $P<0.05$),表明健脾补气药物具有纠正脾虚患者小肠吸收功能低下的作用。

二、血清胃泌素测定

进行这项测定者共134例,其中胃癌27例,肠癌41例,乳腺癌24例,肺癌24例,其他癌18例,共作了以下三项研究。

1. 虚、实、虚实夹杂三大类证的比较:血清胃泌素(微微克/毫升)正常人32例为 130.0 ± 44.0 (均值±标准差,下同),虚证(气虚、脾虚、血虚)32例为 87.85 ± 42.82 ,实证(肝郁气滞、血瘀、痰湿)28例为 306.37 ± 28.77 ,虚实夹杂(气虚血瘀、肝郁脾虚)55例为 111.0 ± 68.0 。经方差分析处理,虚证患者血清胃泌素明显低于正常人($P<0.01$),实证患者明显高于正常人($P<0.01$),虚实夹杂患者

与正常人无显著差异($P>0.05$)。

2. 不同证型的比较:血清胃泌素正常人32例为 130.0 ± 44.0 ,脾虚证37例为 81.86 ± 30.60 ,肝郁气滞14例为 139.35 ± 40.07 ,痰湿证11例为 450.27 ± 301.88 ,正虚邪实证13例为 69.76 ± 24.25 ,其他证型40例为 119.0 ± 68.98 。经t检验处理,脾虚证血清胃泌素值比正常人有显著性降低($P<0.001$),正虚邪实证降低更为明显($P<0.001$),估计与此类患者病入晚期,胃气将绝有关。痰湿证患者比正常人有非常显著性升高($P<0.001$),但机理不明。

3. 不同肿瘤病种与胃泌素水平的关系:按不同肿瘤病种血清胃泌素水平分析,含量波动于110~148微微克/毫升之间,与正常人 130 ± 44 比较均无显著性差异。表明血清胃泌素水平与肿瘤病种无关。

三、肿瘤患者脾虚证的研究

在上述患者中选择辨证属于单纯脾气虚,治疗前后各项检查资料比较完整者共16例,其中胃癌7例,肠癌5例,乳癌3例,食管癌1例。每例治疗前后测体重,作D-木糖吸收试验和同位素胃肠运动排空试验,以及胰功肽巨噬细胞吞噬活性、免疫球蛋白、血浆皮质醇及血环核苷酸的测定等。治疗药物为健脾方,由黄芪、党参、白术、云苓、山药、陈皮等组成,疗程为一个月。

1. 治疗后症状、体征的变化情况:治疗前16例患者有乏力、纳少、腹胀、便溏、气短、浮肿、头晕等症状,治疗后除1例仍有腹胀外,其他症状均消失。15例患者治疗前平均体重为 55.2 ± 2.85 公斤,服健脾方后体重升至 61.53 ± 2.40 公斤($P<0.001$)。

2. 治疗后胰功肽变化情况:对16例脾虚肿瘤患者作了胰功肽测定。治疗前为 $52.54\pm3.68\%$,明显低于正常人($74.54\pm8.84\%$),经用健脾方治疗后上升至 $60.75\pm2.34\%$,较治疗前有显著性上升($P<0.01$),但与正常人仍有较大差距。

3. 治疗后D-木糖吸收功能变化情况:16

例患者治疗前小肠吸收功能低下, D-木糖吸收率为 $19.19 \pm 2.40\%$, 明显低于正常人 ($26.37 \pm 3.96\%$), 经健脾方治疗后 D-木糖吸收率上升至 $25.06 \pm 3.43\%$, 与正常人无显著性差异。

4. 胃肠排空运动试验: 采用同位素¹³¹I胶囊示踪法^[3], 观察消化道排空运动机转。表2示, 正常人服胶囊后10小时胶囊通过迴盲部者仅占35.6%, 肿瘤非脾虚者消化道排空速度加快, 绝大多数患者于服后10小时胶囊通过迴盲部, 并有3例于服后24小时胶囊被排出体外。肿瘤脾虚者消化道排空速度更快, 全部病例的胶囊于服后10小时通过横结肠中点, 9例服后24小时被排出体外, 其中5例于服后10小时胶囊即被排出体外。肿瘤脾虚者9例于服健脾方治疗后, 消化道排空速度有所减慢, 服胶囊后10小时, 胶囊通过横结肠中者只5例(55.5%), 服后24小时胶囊被排出体外者3例(33.3%)。

表2 服胶囊后10小时消化道排空情况的观察

分组	例数	通过迴盲部 例数(%)	通过横结肠中 点例数(%)	排出体外 例数(%)
正常人	45	16(35.6)	2(4.4)	0
肿瘤非脾虚证	16	13(81.3)	3(18.7)	0
肿瘤脾虚证	10	10(100)	10(100)	5(50)

5. 免疫功能测定: 肿瘤脾虚患者7例, 治疗前E-玫瑰花结形成率为 $52.29 \pm 2.64\%$, 经健脾方治疗后上升至 $62.00 \pm 1.24\%$ ($P < 0.001$)。14例肿瘤脾虚患者治疗前巨噬细胞吞噬率为 $34.65 \pm 1.27\%$, 治疗后上升至 $40.36 \pm 1.23\%$ ($P < 0.001$)。

6. 血浆皮质醇及环核苷酸测定: 11例肿瘤脾虚患者治疗前血浆皮质醇含量偏低, 为 10.23 ± 1.44 微克%, 经治疗后升至 24.04 ± 1.30 微克%, 治疗前后比较有明显差异 ($P < 0.001$)。

另外, 对部分脾虚患者作了环核苷酸测定, cAMP 偏低, cGMP 偏高, 因例数较少, 数据未作统计学处理。

小 结

本研究首次根据中医辨证施治原则, 观察研究肿瘤患者的不同证型的表现, 并用客观指标来反映证型的病理生理实质。初步看到以气虚为主的证型, 由于运化失职而小肠吸收功能低下; 而病情较重, 由气及血者其小肠吸收功能更低。

从血清胃泌素测定来分析, 肿瘤脾虚或气虚的患者血清胃泌素均下降, 而实证患者却不降低甚至增高, 例如痰湿型患者血清胃泌素明显升高, 其机理不清。有意义的是, 血清胃泌素的升高或降低与肿瘤患者的中医证型有关, 而与肿瘤病种无关。同样, 如果肿瘤患者病情进一步加重, 出现气血双亏、瘀毒内阻, 或气虚血瘀等正虚邪实情况时, 胃泌素水平更低。因此, 胃泌素及木糖吸收试验测定, 是否可做为不同中医证型的肿瘤患者判定预后时的参考, 还有待深入研究。

祖国医学认为脾为“后天之本”, “脾主运化”。通过临床研究, 肿瘤脾虚证患者有消化功能减退, 如胃泌素减少、胰腺外分泌降低、小肠吸收功能下降、胃肠排空速度加快等一系列消化功能改变, 经服用健脾补气方药之后, 消化道功能有提高和改善, 证明中医理论“脾主运化”的正确性, 也部分地说明了脾虚证的实质和其病理生理基础。

通过研究还看到, 肿瘤脾虚证患者的机体免疫功能降低, 经健脾补气方药治疗后, 细胞免疫功能有所增强和调整。同时看到脾虚患者血浆皮质醇含量低, 经健脾益气方药治疗后升高, 说明健脾补气法能提高细胞免疫功能及增强肾上腺皮质功能, 这对患者增强抵抗力, 改善机体状况是有益的。

肿瘤领域的证型及其实质的研究是一个新的课题, 国内尚未见报道。我们除研究不同证型的客观变化外, 着重研究了脾虚证的实质, 特别是健脾补气法对它的治疗和调整作用。目前健脾补气法已成为肿瘤扶正培本治疗的主要法则之一, 这一治法对肿瘤患者脾虚证

和气虚证有积极的调治作用,这些作用是现代医学治疗中所缺少的,也正是肿瘤患者所需要的。所以研究肿瘤患者中医证型的实质及其病理生理变化,进一步阐明健脾补气方药在治疗肿瘤中的作用,是一项很有意义的工作。

参 考 文 献

- (1) 金敬善, 中华医学检验杂志 2(2):91, 1979。
- (2) 金敬善等, 中华内科杂志 19(3):164, 1980。
- (3) 郁仁存等, 中西医结合杂志 4(1):13, 1982。

外 伤 3 例 治 验

广东省廉江县中医院 刘运扶

例一: 李××,男,20岁。1985年6月8日初诊。

右口角肿痛5天,某医投清热解毒药未效。就诊时面红息粗,体温39.8℃,烦躁渴饮,大便二天未行,小便短黄,右口角有一花生粒大黯红色脓点,漫肿连颜面,按之灼热,痛连巅顶,张口困难,舌质红,苔黄,脉数。血检:白细胞21000/立方毫米,中性87%。此乃热毒内炽,腑气不通。急于通里泄热以折其毒。处方:生大黄15克,金银花20克,蒲公英20克,紫花地丁15克,川黄连6克,生地15克,淡竹叶6克,甘草5克,防风6克。2剂,分2次服。

翌日就诊时,诉服上药后泻下黄臭稀便数次,体温降至38℃,肿痛减,舌红,苔黄,脉数。腑气已通,邪有出路,守上方去大黄,加连翘12克,白芷8克,两剂后诸症悉平。

按:本例热毒炽盛,胃腑不通,有走黄之势。故初以蒲公英、地丁、金银花、川黄连清热解毒,生大黄泻下泄热,生地、淡竹叶清心除烦,防风戢药上行而祛风降火。本方量大猛,日服两剂,则取实邪之伤,攻不可缓之法。

例二: 张××,女,26岁。1985年8月16日初诊。

产后50天,突然右乳房乳汁不畅,继而红肿胀痛,憎寒壮热。经抗感染治疗七天后,切开排脓约300毫升,放置引流。刻下患者觉痛增,烦躁,喜饮,体温波动在38~39℃之间,脓稠量少,舌红,苔少而干,脉细数。证属胃津大亏,邪毒未清。治宜清胃益阴托毒。处方:太子参15克,生石膏30克,知母10克,甘草6克,金银花12克,全瓜蒌10克,竹茹6克,青蒿3克。两剂,日一剂。创口引流。

药后热退至37.6℃,痛减,脓稀量增。纳差,少气多汗,舌红苔润,脉细数无力。胃津渐复,脾气亏虚,改益气健脾托毒。处方:吉林参10克(另炖),北黄芪15克,银花10克,全瓜蒌10克,花粉10克,

连翘10克,浙贝母10克,甘草5克,日一剂。守方出入,调理半月而愈。

按:本例切开排脓后脓少不畅,痛不减,热不退,乃胃津受损,气阴两伤,无以化毒为脓,邪毒留而不去之故。初投白虎人参汤加竹茹养阴益胃清热,银花、瓜蒌解毒,少佐青蒿宣少阳之气。津复脓畅后气虚明显,乃投益气健脾,托里排脓之剂而收功。

例三: 何××,男,58岁。1985年8月20日初诊。

患背疽月余,肿痛日甚,神疲纳呆。查右肩胛冈下有一2×3厘米溃腐面,上盖少量脓性分泌物,肉芽淡白,周围漫肿而呈黯红色。舌淡苔白,脉虚数。此乃气血两亏,正不胜邪之候,拟益气健脾托毒。处方:吉林参10克(另炖),黄芪20克,白术12克,茯苓10克,炙甘草5克,上肉桂3克(另焗),连翘10克,银花12克,浙贝母10克。4剂,日服一剂。疮缘艾灸3壮。

二诊:疮缘转红,肿退,疮面有淡黄色分泌物,肉芽红活,舌质淡红,苔薄白,脉细弱。正气渐复,宜气血双补以托毒。处方:党参15克,白术10克,茯苓10克,炙甘草5克,归身10克,川芎8克,白芍10克,熟地10克,黄芪20克,上肉桂3克,连翘10克,银花10克。守方随证加减,服药月余,体重增加3公斤,诸证消失而愈。

按:本例患者年高体弱,营气不从,逆而为痈。早期失于透托,致邪毒内侵,脾虚日甚而见恶候。初诊时按“虚则补之”,“损者益之”之意,用四君子汤合黄芪益气健脾,银花、连翘、贝母托毒排脓,肉桂温经通阳,并灸疮缘温复阳气。二诊时邪少虚多,用十全大补汤气血两补,银花、连翘清其余毒,痈疽悉候,调治月余而愈。诚如陈实功《外科正宗》云:“盖托里则气血壮而脾胃盛,使脓秽自排,毒气自解,死肉自溃,新肉自生,饮食自进,疮口自敛”。