

气虚证与食管癌临床和病理特征的关系

申维玺¹ 许轶曼² 孙 燕³ 刘玉梅¹

(1. 深圳市人民医院肿瘤科, 广东省深圳市东门北路1017号, 518020;

2. 郑州大学第一附属医院; 3. 中国医学科学院肿瘤医院)

[摘要] **目的** 研究中医气虚证与食管癌的病理学类型、分化程度、TNM 分期等的关系及在食管癌预后评价中的意义。**方法** 230例食管癌患者在手术前进行中医辨证分型, 将患者分为有气虚证组与无气虚证组, 评价两组食管癌患者的临床表现、辅助检查结果、手术情况、术后病理检查和随访结果等。**结果** 230例食管癌患者中有70例伴有不同程度的气虚证表现, 气虚证的发生率为30.4%。气虚证与食管癌的组织学分化程度、淋巴结转移及浸润深度、TNM 分期和预后等有关, 有气虚证组的患者比无气虚证组患者的分化程度低、淋巴结转移重、浸润深度深、TNM 分期晚、预后差($P < 0.05$)。两组食管癌患者的大体病理类型、组织学类型的差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 气虚证与食管癌的临床症状和病理特征有密切关系, 食管癌有气虚证的患者预后较差。**[关键词]** 食管癌; 气虚证; 预后

Study on the Relationship between Qi-deficiency Syndrome and Pathological Features of Esophageal Cancer

SHEN Wei-xi¹, XU Yi-man², Sun Yan³, et al.

(1. Shenzhen People's Hospital, Shenzhen 518020; 2. The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University; 3. Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences)

ABSTRACT **Objective** To investigate the relationship between Qi-deficiency syndrome of traditional Chinese medicine and pathological type, differentiation grade, TNM stage and their significance in prognosis of esophageal cancer. **Methods** The 230 patients with esophageal cancer were observed based on syndrome differentiation of TCM and divided into two groups: Qi-deficiency syndrome group and non-Qi-deficiency syndrome group. The symptoms, workup, operational information, pathological data and follow-up results of the two groups were evaluated. **Results** Of the 230 patients, 70 patients had the symptom of Qi-deficiency syndrome, the occurring rate was 30.4%. There was a significant difference between Qi-deficiency syndrome group and non-Qi-deficiency syndrome group in the differentiation grade, infiltrating depth, lymph node metastasis, TNM stage and prognosis of esophageal cancer ($P < 0.05$). Those with Qi-deficiency syndrome had low differentiation grade, deeper infiltration, serious lymph node metastasis, late in TNM stage and poor prognosis of esophageal cancer than those without Qi-deficiency syndrome ($P < 0.05$). There was no significant difference between the two groups in the pathological and histological type ($P > 0.05$). **Conclusion** There is close relation between Qi-deficiency syndrome and the clinical and pathological features of esophageal cancer. The prognosis of esophageal cancer patients with Qi-deficiency syndrome is worse.

Key Words Esophageal cancer; Qi-deficiency syndrome; Prognosis

气虚证是中医临床重要证候之一, 为研究气虚证在食管癌发生发展过程中的变化规律, 评价气虚证在食管癌预后中的临床意义, 我们调查了230例食管癌患者并进行了随访, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择1997年8月~1998年12月间在中国医学科学院肿瘤医院胸外科住院拟手术治疗的初治食管癌患者。病例选择条件为: (1) 年龄30~75岁; (2) 有明确的临床诊断和病理学诊断, 临床资料完整, 并有随访结

果; (3) 不伴有其他明显的活动性疾病过程(如冠心病、高血压病、糖尿病、近期有感染性疾病等)。

1.2 诊断标准和中医辨证标准

食管癌TNM分期标准按国际抗癌联盟(UICC)1997年公布的食管癌TNM分期标准^[1]。食管癌的组织学类型分为鳞状细胞癌、腺癌、小细胞未分化癌等, 大体病理类型分为蕈伞型、髓质型、溃疡型及其他类型; 组织学分化程度分为高、中、低分化3个级别, 肿瘤组织表现为混合分化时以分化程度低的成分为准进行统计分析。气虚证的辨证标准^[2]: 具有神疲乏力、少气懒言、自汗、舌体胖有齿痕、脉虚无力等症状。

1.3 临床资料

共选择230例患者, 男169例, 女61例, 年龄35~75岁, 平均59岁。根据是否伴有气虚证将患者分为有

气虚证组和无气虚证组。有气虚证组70例,男43例,女27例,年龄38~75岁,平均55.3岁;无气虚证组160例,男126例,女34例,年龄35~72岁,平均57.1岁。

1.4 观察方法

在患者住院后和手术前进行中医辨证评价,观察其是否有气虚证候。详细收集并记录230例患者的临床资料、术中所见、术后病理报告等资料,术后进行随访,记录其生存期。

1.5 统计学方法

采用SPSS13.0进行统计分析,数据采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 气虚证的发生率

230例食管癌患者中有70例伴有不同程度的气虚证表现,气虚证的发生率为30.4%,男女比例为1.6:1。

2.2 气虚证与食管癌组织学分化程度的关系

表1示,气虚证与食管癌的组织学分化程度有关,有气虚证组患者的组织学分化程度低于无气虚证组($P<0.05$)。

表1 两组患者组织学分化程度比较(例)

组别	例数	高分化	中分化	低分化
有气虚证组	70	12	32	26
无气虚证组	160	53	67	40

2.3 气虚证与食管癌浸润深度的关系

表2示,气虚证与食管癌的浸润深度有关,有气虚证组患者的肿瘤细胞浸润深度比无气虚证组更深($P<0.05$)。

表2 气虚证与食管癌浸润深度的关系(例)

组别	例数	黏膜及黏膜下	肌层	浆膜层	浆膜外
有气虚证组	70	2	7	21	40
无气虚证组	160	8	18	65	59

2.4 气虚证与食管癌淋巴结转移的关系

表3示,气虚证与食管癌的淋巴结转移有关,有气虚证组患者的淋巴结转移率高于无气虚证组($P<0.05$)。

表3 两组患者淋巴结转移比较(例)

组别	例数	无转移	有转移
有气虚证组	70	20	50
无气虚证组	160	73	87

2.5 气虚证与食管癌TNM分期的关系

表4示,气虚证与食管癌的TNM分期有关,有气

虚证组患者的TNM分期高于无气虚证组的TNM分期($P<0.05$)。

表4 两组患者TNM分期比较(例)

组别	例数	I期	II期	III期	IV期
有气虚证组	70	6	17	36	11
无气虚证组	160	13	62	80	5

2.6 气虚证与食管癌病理学类型的关系

有气虚证组70例患者中有鳞癌50例,腺癌16例,其他类型4例,无气虚证组160例中有鳞癌128例,腺癌27例,其他类型5例,统计学处理结果表明,气虚证与食管癌的组织学类型无明显关系($P>0.05$)。有气虚证组70例中有蕈伞型17例,髓质型27例,溃疡型12例,其他型14例,无气虚证组160例患者中有蕈伞型45例,髓质型66例,溃疡型26例,其他型23例,统计学处理结果表明气虚证与食管癌的大体类型无明显关系($P>0.05$)。

2.7 气虚证与食管癌预后的关系

230例患者术后随访中失访25例,其中有气虚证组失访10例,无气虚证组失访15例。表5示,两组病例的1年生存率大致相近,但有气虚证组的2年、3年、5年的生存率均明显低于无气虚证组。

表5 两组患者1~5年生存情况比较[例(%)]

组别	例数	1年	2年	3年	5年
有气虚证组	60	47(78.3)	35(58.3)	22(36.7)	9(15.0)
无气虚证组	145	117(80.6)	102(70.3)	81(55.9)	34(23.4)

3 讨论

食管癌是我国最常见的恶性肿瘤之一。临床实践表明食管癌患者常伴有气虚证的表现,气虚证不仅是引起食管癌发生发展的原因之一,食管癌发生后又常因进食不畅、营养不良等原因引起或加重气虚证的表现,从而造成恶性循环。

本研究结果表明,气虚证与食管癌的生物行为有较密切的关系,食管癌有气虚证组和无气虚证组患者在肿瘤分化程度、浸润深度、淋巴结转移、TNM分期等方面具有显著差异,TNM分期晚及分化低的患者气虚证的发生率高,这说明气虚证与食管癌的病情发生发展有明显的关系。

本研究结果表明,气虚证与食管癌的预后有关,食管癌伴气虚证者预后差,说明气虚证在食管癌的预后评价中具有实际应用价值,因此,在食管癌的临床诊断和治疗过程中,对其进行中医辨证,针对食管癌患者出现的气虚症状进行干预和治疗,对于提高食管癌的治

疗效果和延长生存期具有实际意义。

气虚证的主要症状为神疲乏力、少气懒言、自汗、舌体胖大、脉搏无力等,已有较多研究发现^[3~6],气虚证的发生与体内细胞因子网络的平衡态异常变化有关,转化生长因子 β 等细胞因子的基因表达水平增强、生物学活性升高可能是引起气虚证发生发展的物质基础。转化生长因子 β 等细胞因子的生物学活性升高引起细胞因子网络的紊乱可以引起机体出现神疲乏力、少气懒言、自汗等异常表现,还可使机体的免疫功能下降,特别是细胞免疫功能下降,这可能是气虚证患者易患肿瘤的原因,也可能与伴有气虚证的癌症患者病情发展及预后不良有关。因此,进一步深入研究气虚证发生发展的物质基础具有重要的理论和实际意义。

参考文献

- [1]孙燕,周际昌.临床肿瘤内科手册.4版.北京:人民卫生出版社,2003:318~328.
- [2]沈自尹,王文健.中医虚证辨证参考标准.中国中西医结合杂志,1986,6(10):598.
- [3]申维玺.论中医证本质的科学内涵.中国中医基础医学杂志,2001,7(6):10~14.
- [4]申维玺.中医证本质研究的反思及相关问题的探讨.中国中医药信息杂志,2004,11(1):11~13.
- [5]申维玺,孙燕.用现代医学理论阐明气虚证的本质和发病学机理.医学研究通讯,2005,34(10):6~8.
- [6]申维玺.再论中医证的本质是细胞因子.中医杂志,2002,43(12):888~891.

(收稿日期:2007-03-05;修回日期:2007-06-15)

[编辑:李春梅]

中药灌胃合纳洛酮治疗急性重度酒精中毒26例

陈永斌¹ 贺杰²

(1.南宁市第七人民医院,广西壮族自治区南宁市共和路209号,530012; 2.广西中医学院附属瑞康医院)

急性酒精中毒是内科常见急症,重度酒精中毒患者神经系统受抑制,出现昏迷、呼吸抑制及休克,甚至可因呼吸中枢麻痹或心脏骤停而导致死亡。我们自2005年10月~2007年6月采用胃管注入自拟醒酒汤联合静脉注射纳洛酮,治疗急性重度酒精中毒,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

全部51例为医院急诊内科收治急性重度酒精中毒患者,诊断参照《内科学》“急性酒精中毒昏迷期临床分期标准”。昏迷期(重度中毒):表现为昏睡或昏迷,瞳孔散大,体温降低,甚至出现深昏迷,心率快,血压下降,呼吸慢而有鼾音;排除其他药物、糖尿病等原因引起的昏睡或昏迷,并排除急性酒精中毒合并急性心脑血管疾病、严重肝肾损害及外伤患者。随机分为治疗组和对照组。治疗组26例,男18例,女8例,年龄17~48岁,平均(30.5±6.3)岁。对照组25例,男17例,女9例,年龄18~45岁,平均(29.8±7.1)岁。两组患者在年龄、性别、昏迷程度等方面无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组患者均给予吸氧、补液、利尿、保肝护胃、清水洗胃等基础治疗。对照组静脉注射纳洛酮(重庆药友制药有限责任公司)0.8mg,然后以每小时0.4mg速度静脉滴注直至患者清醒。治疗组在对照组治疗基础上,洗胃后胃管注入备好的醒酒汤煎剂,组成:葛花15g,葛根15g,枳椇子10g,泽泻10g,茯苓10g,红参8g,麦冬10g,干地黄8g,党参12g,神曲15g,陈皮8g,竹茹10g,生姜8g,郁金10g。浓煎成100ml,密封冰箱保存(3日内使用),用时需加温,每日1剂。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准(自拟)

显效:就诊4小时内意识完全恢复,症状完全消失;有效:就诊4~12小时内意识完全恢复,症状完全消失;无效:就诊12小时后意识未完全恢复,或有明显症状(头痛、头晕、恶心、呕吐或呕血等);治疗过程中病情恶化或死亡者为无效。

3.2 两组患者意识清醒时间和临床症状改善情况比较

治疗组清醒时间(3.38±1.92)小时,对照组(5.21±2.38)小时;治疗组症状消失时间(1.12±0.67)小时,对照组(2.36±1.63)小时。治疗组以上两项指标均优于对照组($P<0.05$)。治疗组26例,显效18例,有效7例,无效1例,总有效率为96.2%;对照组25例,分别为7例、9例、8例、64.0%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

急性重度酒精中毒属中医“酒厥”范畴。中医学认为,酒为湿热之品,饮酒太过,酒毒损及脾胃,上扰心神,下渗肾络,甚则酒毒蕴极化火,火热灼阴,阴损及阳,气阴两伤,而现酒厥。其病理特点是病势急重,虚实夹杂。故治疗当标本兼治,以清醒酒毒、益气护阴为主。方中葛花、枳椇子、葛根为君药;茯苓、泽泻、人参、麦冬、干地黄、党参为臣药,佐药为神曲、陈皮、生姜、竹茹、郁金。其中葛花独入阳明,令湿热从肌肉而解,葛根发表解肌、生津止渴,枳椇子清热利小便,三者合为君药共解酒毒;臣药中泽泻、茯苓健脾利水,使湿热从小便而出,君臣共行上下分消湿毒之功;人参、麦冬、干地黄、党参均为益气健脾、养阴护阴之功。君臣合用,可达标本同治的目的。佐使神曲、陈皮消食醒酒,竹茹、生姜降逆止呕,郁金清热开窍,可清除酒毒所致病证。

(收稿日期:2007-12-27)

[编辑:黄健]