

· 证的研究 ·

鼻咽癌放疗后患者中医证型研究

梁 艳¹ 陈文勇¹ 刘文婷² 李云英¹

(1. 广东省中医院耳鼻喉科, 广东省广州市大德路 111 号, 510120; 2. 广州中医药大学)

[摘 要] **目的** 探讨鼻咽癌放疗后患者的中医证候学规律和特点。**方法** 采用临床流行病学原则和方法, 纳入鼻咽癌放疗后患者 94 例, 收集临床中医证候信息, 构建证候信息数据库, 对四诊指标进行聚类分析, 再进行鼻咽癌放疗后中医证型相关因素分析。**结果** 通过聚类分析, 得出 6 种鼻咽癌放疗后中医证型。不同年龄阶段患者各证型所占比例比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 不同放疗后时间段在肺胃阴虚证、肾阴亏虚证、脾胃虚弱证分布有统计学意义 ($P < 0.05$); 不同放疗方式在肺胃阴虚证、脾胃虚弱证分布有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 鼻咽癌放疗后中医证型为热毒伤阴、脾胃虚弱、痰热困结、肺胃阴虚、肾阴亏虚、痰瘀互结 6 种, 中医证型分布与不同放疗后时间、不同放疗方式有关。

[关键词] 鼻咽癌; 放疗; 中医证型; 流行病学

Study on the TCM Syndrome Types of Nasopharyngeal Carcinoma after Radiotherapy

LIANG Yan¹, CHEN Wenyong¹, LIU Wenting², LI Yunying¹

(1. Guangdong Provincial TCM Hospital, Guangzhou 510120; 2. Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To explore the law and characteristic of TCM syndrome type of nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy. **Methods** The methods of clinical epidemiology were used in the enrollment of 94 cases. Their information of clinical TCM syndromes was collected. The syndrome information database was established for the cluster analysis on the diagnostic indices and the correlated factor analysis on the TCM syndrome types of nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy. **Results** With the cluster analysis, there were 6 TCM syndrome types of nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy achieved. There was not significant difference in the occupying percentage of TCM syndromes in different age stages ($P > 0.05$). In the different time periods after radiotherapy, there was significant difference in the distribution of syndromes of yin-deficiency of the lung and stomach, yin-deficiency of the kidney, and weakness of the spleen and stomach ($P < 0.05$). With the different radiotherapy methods adopted, there was significant difference in the distribution of syndromes of yin-deficiency of the lung and stomach and weakness of the spleen and stomach ($P < 0.05$). **Conclusion** After radiotherapy, there exist 6 TCM syndrome types of nasopharyngeal carcinoma, including the injury of yin by evil heat toxins, weakness of the spleen and stomach, phlegm and heat in combination, yin-deficiency of the lung and stomach, yin-deficiency of the kidney, and phlegm and blood stasis in combination, the distribution of which is related with the different time periods after radiotherapy and the different radiotherapy methods.

Key Words Nasopharyngeal carcinoma; Radiotherapy; TCM syndrome types; Epidemiology

鼻咽癌是头颈部恶性程度较高的肿瘤, 目前公认的鼻咽癌的治疗方法为放射治疗, 提高鼻咽癌放疗敏感性、防止复发和转移及提高患者生存质量等方面, 中医药有其独特的优势^[1]。目前中医对鼻咽癌放疗后的证候规律认识多源于对个体资料的个人经验判断、简单的病例总结, 缺少大样本的群体研究资料, 对鼻咽癌放疗后的整体状况尚缺乏全面的认识。因此, 我们以中医理论为指导, 采用临床流行病学原则和方法, 进行临床病例的观察, 收集鼻咽癌患者放疗后临床中医证候信息, 探讨鼻咽癌放疗后的中医证候学规律和特点。

1 资料与方法

1.1 纳入标准

①经病理确诊, 并行根治性放射治疗者。②放疗后能定期随访者。③治疗后无瘤生存, 无瘤状态由临床体检或影像学检查证实。④能自行或在他人帮助下完成研究者。⑤年龄为 18~70 岁。

1.2 排除标准

①曾行鼻咽原发灶切除术或颈淋巴结清扫术。②局部区域复发, 或远处转移者。③合并其他重要脏器严重疾病, 或有精神异常状态等原因不配合研究者。④身体其他部位出现原发肿瘤者。

1.3 一般资料

病例来源于广东省中医院鼻咽癌专科 2008 年 3 月

~2009 年 3 月的门诊、住院患者。按纳入及排除标准筛选合格的病例 94 例。其中广东省 92 例、湖南省 1 例、江西省 1 例;男 58 例,女 36 例,年龄 24~70 岁;家族有鼻咽癌病史 7 例,有其他肿瘤病史 4 例;初诊鼻咽癌时临床分期^[2]情况为Ⅰ期 4 例,Ⅱ期 12 例,Ⅲ期 20 例,Ⅳ期 8 例,缺省 50 例。放疗前病理类型情况为角化性鳞状细胞癌 6 例,分化性非角化性癌 2 例,未分化型非角化性癌 44 例,其他类型 1 例,缺省 41 例;收集病例中放疗后时间跨度为 1~369 个月;放疗方式包括单纯放疗 8 例,同期放化疗 14 例,诱导化疗+放疗 67 例,缺省 5 例。

1.4 制定临床观察表

根据文献资料^[3]及《中医量化诊断》^[4]、《中医诊断实验方法学》^[5]的中医四诊标准,制定临床观察表。其中包括了鼻咽癌放疗后主症方面出现的全部症状;还有鼻咽癌放疗后伴随症状,包括其他脏器出现的症状,多数与鼻咽癌放疗后相关和辨证要素;舌脉象,包括了中医诊断学涉及的全部常见舌脉象。再通过文献资料、临床经验进行筛选、删减,最后确定了 102 种症状、19 种舌象及 13 种脉象。由主治以上医生填写临床观察表。

1.5 数据录入

采用 EpiData 3.1 软件包建立数据库,根据临床证候信息采集表内容,编写证候信息采集表数据库字段名,建立数据库框架,进行预录入及调试,当数据库建立后,采用双人双输的办法进行数据录入,然后按字段检查两个数据文件差别,如发现不一致,要求查回原始记录表,进行核对及修改,无误后将数据库转化生成 SPSS 11.5 数据库文件。

1.6 统计学方法

按照中医证候的流行病学思路^[6],对病例收集证候信息数据库,运用描述性分析,计算鼻咽癌放疗后的中医症状频数。考虑变量较多,选择出现频数大于 10 例的变量,筛选出四诊变量 37 种,对四诊指标进行逐

层聚类分析,选择删除不同类的变量,得出相似度高的变量。最终得出 94 例患者的中医证型,对年龄、放疗后时间段及放疗方式进行频数分析、 χ^2 检验。按照聚类分析结果进行辨证,凡是具有其中两种症状表现者便可辨证为该证型,每位患者可具有一种或两种及两种以上证型。

2 结果

2.1 聚类分析结果

通过 5 次聚类分析,得出 6 种证候四诊症状(主症、相关伴随症状、舌象、脉象):①热毒伤阴证:口干严重、多饮、鼻塞、咽喉疼痛、大便干结、舌红、苔黄。局部检查:鼻腔、鼻咽、口咽、会厌黏膜充血明显。②痰热困结证:鼻涕多、涕黏稠、痰多、痰黏稠、舌黄腻、脉滑。局部检查:鼻腔、鼻咽脓涕附着。③脾胃虚弱证:纳差、疲倦、口淡、舌淡、苔白、舌有齿痕。④肾阴亏虚证:耳鸣、听力下降、舌淡红、舌苔少、脉细。查体:鼻腔、鼻咽、口咽黏膜干燥一般。⑤肺胃阴虚证:口干一般、鼻干、干咳。局部检查:鼻腔、鼻咽黏膜干燥明显、充血一般。⑥痰瘀互结证:耳胀闷、头痛有定处、颈部感觉异常、舌暗、苔腻、脉弦。

2.2 鼻咽癌放疗后中医证型相关因素分析

2.2.1 年龄 将患者根据年龄分为 3 组:青年组:20~40 岁;中年组:41~65 岁;老年组:66~70 岁。考虑老年组仅 1 例,样本量少,予以排除,不作分析。表 1 示,两组患者各证型的分布比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明不同年龄对于其放疗后中医证型分布情况影响不明显。

2.2.2 放疗后时间 根据放疗后时间段将患者分为:1 组=放疗后 1~6 个月;2 组=放疗后 7~12 个月;3 组=放疗后 1~2 年;4 组=放疗后 2 年 1 个月~5 年;5 组=放疗后 5 年 1 个月~10 年;6 组=放疗后 10 年以上。表 2 示,6 组患者性别、年龄、放疗方式比较差异

表 1 不同年龄段患者的各证型的分布情况比较[例(%)]

组别	例数	肺胃阴虚证	肾阴亏虚证	脾胃虚弱证	热毒伤阴证	痰热困结证	痰瘀互结证
青年组	17	5(29.4)	4(23.5)	7(41.2)	1(5.9)	1(5.9)	7(41.2)
中年组	76	40(52.6)	26(34.2)	30(39.4)	2(2.6)	6(7.9)	22(28.9)

表 2 放疗后不同时间段患者一般情况比较

组别	例数	男(例)	女(例)	平均年龄(岁)	单纯放疗(例)	诱导化疗+放疗(例)	同期放化疗(例)
1 组	18	12	6	48.06±12.38	1	15	2
2 组	11	7	4	46.81±11.92	2	6	3
3 组	14	9	5	51.21±14.19	1	10	3
4 组	28	19	9	47.75±12.76	1	20	3
5 组	10	5	5	47.50±12.22	2	6	2
6 组	13	6	7	49.07±11.86	1	10	1

表3 放疗后不同时间段患者各证型分布情况比较[例(%)]

组别	例数	肺胃阴虚证	肾阴亏虚证	脾胃虚弱证	热毒伤阴证	痰热困结证	痰瘀互结证
1 组	18	10(55.6)	2(11.1)	2(11.1)	2(11.1)	4(22.2)	6(33.3)
2 组	11	10(90.9)	1(9.0)	4(36.4)	0	1(9.0)	0
3 组	14	4(28.5)	6(42.9)	7(50.0)	0	1(7.1)	5(35.7)
4 组	28	13(46.4)	7(25.0)	12(42.9)	0	0	11(39.3)
5 组	10	3(30.0)	3(30.0)	7(70.0)	0	1(1.0)	2(20.0)
6 组	13	6(46.1)	9(69.2)	8(62.0)	0	7(53.8)	5(38.5)

表4 不同放疗方式患者一般情况比较

组别	例数	男(例)	女(例)	平均年龄(岁)	病程(月)	平均病程(月)
单纯放疗组	8	4	4	43.75±14.50	2~360	165.25±112.75
诱导化疗+放疗组	67	40	27	49.38±12.33	1~369	131.26±98.43
同期放化疗组	14	9	5	48.35±13.08	4~312	138.28±99.48

表5 脾胃虚弱证 3 种放疗方式病例数分布情况比较[例(%)]

化疗方式	例数	肺胃阴虚证	肾阴亏虚证	脾胃虚弱证	热毒伤阴证	痰热困结证	痰瘀互结证
诱导化疗+放疗	67	38(56.7)	21(31.3)	23(34.3)	0	6(9.0)	23(34.3)
同期放、化疗	14	1(7.1)	4(28.6)	11(78.6)	1(7.1)	0	2(14.2)
单纯放疗	8	4(50.0)	4(50.0)	2(25.0)	1(12.5)	0	3(37.5)

无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。表3 示,各组患者在肺胃阴虚、肾阴亏虚、脾胃虚弱证分布有统计学差异($P<0.05$),肺胃阴虚证型主要集中在放疗后 6~个 12 月,肾阴虚证型主要集中在放疗后 10 年以上,脾胃虚弱证主要集中在放疗后 5 年以上。痰热困结证、痰瘀互结证在各组分布无统计学意义($P>0.05$)。热毒伤阴证共 2 例全部集中在 1 组,不作分析。

2.2.3 放疗方式 根据放疗方式分为单纯放疗组、诱导化疗+放疗组、同期放化疗组。表 4 示,3 组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。表 5 示,3 组患者在肺胃阴虚、脾胃虚弱证分布有统计学差异($P<0.05$),同期放化疗中脾胃虚弱证多见,诱导化疗+放疗与单纯放疗中肺胃阴虚证型证多见。湿热困结证、肾阴亏虚、痰瘀互结证在各组分布无统计学意义($P>0.05$)。热毒伤阴证病例数较少,不作分析。

3 讨论

目前对于确定中医证候标准的方法很多,但尚未达成共识。本研究采用聚类分析的方法得出鼻咽癌放疗后 6 种基本中医证型。发现其中包括了单纯的证型,如热毒伤阴、肾阴亏虚、脾胃虚弱,也包括了两两相兼的证型,如痰瘀互结、肺胃阴虚、痰热困结。说明了痰、瘀、热结合紧密,肺阴虚多伴胃阴虚,所以在辨证中我们遇到辨证痰湿时,需要考虑到是否有湿邪久而化热,或者湿邪长久困结成痰,而肺胃阴虚常常出现在鼻咽癌放疗的整个过程。对这 6 种证型通过频数分析,可以

进一步了解鼻咽癌放疗后中医证型的初步分布情况。可以看出,总体的分布趋势主要以肺胃阴虚为主,且该型又可与多种中医证型同时出现。

通过对流行病学因素分析得出年龄因素对鼻咽癌放疗后中医证型的分布影响小,所以在临床辨证中,我们经常会把年龄和鼻咽癌放疗后证型联系在一起,其实这就是一个误区。对不同的放疗方案,包括了单纯放疗、诱导化疗+放疗及同期放化疗,与中医证型的关系进行了研究。得出同期放化疗后,与脾气虚弱证型分布关系密切,这不仅对辨证诊断提供了依据,还对治疗有一定的指导意义,对于同期放化疗的患者,我们根据患者情况,酌加健脾益气之品。在临床中,我们发现鼻咽癌放疗后中医证型与放疗后时间有联系。而这些仅仅是临床经验,没有客观的理论和实验支持。本课题也对此进行了系统的研究,通过本研究发现,放疗后时间对于各个中医证型的分布是有影响的,伴随放疗后时间延长,肺胃阴虚、肾阴亏虚、脾胃虚弱呈现明显的组间差异。其分布情况主要表现为早期为肺胃阴虚分布明显,后期为肾阴亏虚、脾胃虚弱分布较多,这促使我们在临床辨证中,对于放疗早期以滋养肺胃之阴,后期的患者多注意补益肾阴和顾护胃气。我们也发现,在放疗后 10 年以上的患者,多两者兼有,可辨证为气阴两虚。这也符合中医认为放射线为热毒之邪,容易伤阴耗气的认识。

对 94 例患者进行辨证,只是初步研究,尚需通过

(下转第 1023 页)

非常重要。正如《养老奉亲书》所说：“有胃气则生，无胃气则死”，中医向来重视调理脾胃，在改善消化道症状方面，有其独到之处。中医诊疗以证候为基础，因此本研究以腹膜透析合并消化道症状的患者为研究人群，进行证候分析，以期为临床辨证论治改善腹透并发症提供参考。

从研究的结果可以看出，本虚证候中，脾肾气虚证占了极大的比例，而标实证候中，以血瘀、湿热、湿浊证为主。中医认为，腹膜透析患者脾胃长期浸渍于水湿之中，湿浊之邪伤脾碍胃耗气，加之久病损伤肾络，所以脾肾正气最容易受损；而水湿痰浊因气虚运化无力，潴留于体内，日久化热，加之“久病化瘀”，所以出现了血气瘀滞、湿热交结、湿浊内阻等病理改变。

本研究还比较了各个证型间反映消化道症状轻重的临床评分、反映营养摄入的 DEI、DPI，及反映营养状况的 ALB 等指标。结果本虚证方面，阳虚证及阴阳俱虚证营养摄入及营养状况最差 ($P < 0.05$)，而临床评分最高，可能因为样本量较少临床评分差异无统计学意义，但还是显示出一定的趋势，表明这两证型的临床症状较严重。阳虚是气虚进展的结果，阳虚进展则导致阴阳俱虚，由此可见，阳气确为机体内运化水谷的动力，阳气不足者消化道蠕动乏力，临床症状突出，营养摄入减少，且水谷无法化生为精微物质，营养状况偏差。而标实证方面，湿热证及湿浊证的临床评分最高 ($P < 0.05$)，可见水湿痰浊既是病理产物，又是病因，潴留于体内弥漫三焦，困阻脾胃，导致气机失畅，胃失受纳，脾失健运，传导失司，出现了各种消化道合并症。

由以上分析可以看出，腹膜透析合并消化道症状的患者，其中医证候的分布情况，在本虚证方面主要以脾肾气虚为主，而脾肾阳虚及阴阳俱虚患者的临床表现最突出，在标实证方面则以血瘀、湿热、湿浊为主，其

(上接第 1020 页)

更多的大样本临床研究、科学统计方法及有经验的医师共同来制定更加合理、完善的规范标准。本研究均选择主治医师以上临床医师填写临床观察表，增加了对中医症状判断的可信性。鼻咽癌放疗后并发症的中医证型研究有重要意义。我们还发现患者四诊表现和证型还与放射治疗的时间、剂量、照射部位有关，由于病例信息收集的局限，暂未予分析。考虑到放疗后中药的干预及个人体质的情况对中医证型的影响，鼻咽癌放疗后中医证型规律尚需进一步研究。

参考文献

[1]陈彩凤,李云英.中医药防治鼻咽癌放疗毒副反应的研究进

中湿热及湿浊证患者临床表现最突出。因此防治上可以从脾胃入手,以补气健脾益肾为大法,补充机体正气,增强运化水谷的动力,同时针对标实证佐以祛湿泄浊、清热化瘀,祛除体内湿浊瘀热,防止病邪潴留阻碍脾胃运化,减轻消化道症状。这个结果与国内众多医家的临床思路是一致的^[6-8]。而且除了汤剂治疗外,还可以运用食疗等方法进行干预^[9],这也许能为中医药有效防治腹膜透析并发症,提高腹透质量提供更开阔的思路。

参考文献

[1]中华中医药学会肾病分会.慢性肾脏病的诊断、辨证分型及疗效评定[J].上海中医药杂志,2006,40(8):8-9.
[2]汤维新.枸橼酸莫沙必利联合羟苯磺酸钙治疗糖尿病胃轻瘫 38 例[J].实用医学杂志,2009,25(22):3861-3862.
[3]严琴霞,冀黎明,谢一平.红霉素联合诺为治疗糖尿病性胃轻瘫的疗效观察[J].实用医学杂志,2009,25(22):3877-3878.
[4]中国疾病预防控制中心营养与食品安全所.中国食物成分表[M].北京:北京大学医学出版社,2002:21-220.
[5]秦永芳,袁海,徐倩,等.持续不卧床腹膜透析营养状况的评价与分析[J].内蒙古中医药,2009,28(9):3-5.
[6]张嘉毅.腹膜透析患者胃肠功能障碍的中医辨治体会[J].上海中医药杂志,2006,40(5):25-26.
[7]傅玉素.持续腹膜透析并发缺失综合征的辨证论治体会[J].实用医药杂志,2007,24(1):62.
[8]黄雪霞,吴金玉,伍朝春.腹透消食汤治疗腹膜透析患者胃肠道功能紊乱的临床观察[J].四川中医,2005,23(6):37-39.
[9]沈麒云,吴冬春,李黎梅,等.食疗方在改善腹膜透析病人营养状况中的应用研究[J].护理研究,2008,22(12):3231-3233.

(收稿日期:2009-12-28;修回日期:2010-05-04)

[编辑:邓媛]

展[J].2005,18(6):881-883.

[2]黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008:346.
[3]朱咏华,朱文锋.中医症状的规范化研究[J].湖南中医学院学报,2002,22(3):35-37.
[4]徐迪华,徐剑球.中医量化诊断[M].南京:江苏科学技术出版社,1996:34-93.
[5]袁肇凯.中医诊断实验方法学[M].2版.北京:科学出版社,2007:288-309.
[6]朱克俭,黄一九.常见病中医证候临床流行病学调研思路[J].中国医药学报,1999,14(1):62-64.

(收稿日期:2010-01-26;修回日期:2010-05-12)

[编辑:邓媛]