

234例胰腺癌患者中医证候分布规律及特点研究[※]

李凤杰 黄蓉 张培彤[▲]

摘要 目的:分析胰腺癌中医证候分布规律及特点,为中医药辨治该病提供思路及数据支持。**方法:**采用回顾性研究方法,纳入胰腺癌患者234例,采集患者的年龄、性别、病程、病位、临床分期、远处转移、刻下症等信息,运用EXCEL及SPSS软件统计分析各证候频率及有无肝转移、病位、临床分期对证候的影响,探讨胰腺癌患者证候分布规律及特点。**结果:**①234例胰腺癌患者基本证候占比依次为气滞证(70.94%)、气虚证(60.26%)、血瘀证(59.83%)、血虚证(30.34%)、阴虚证(25.21%)、热毒证(16.24%)、阳虚证(15.38%)、痰湿证(13.25%);②基本证候常组合出现,其中3种证候组合(38.46%)、2种证候组合(26.07%)最为多见,多虚实夹杂;③胰腺癌常见症状(>10%)依次为腹痛、腹胀、乏力、纳差、眠差、体重下降、后背疼痛、大便干、便溏、口干、口苦、恶心;④胰腺癌肝转移较之无肝转移患者气虚证、血虚证的分布较多见($P<0.05$);胰头癌患者出现热毒证的频率较胰体尾癌患者低($P<0.05$),余证候分布差异无统计学意义($P>0.05$);不同临床分期的证候分布显示气虚证、血虚证在IV期患者中多见($P<0.05$)。**结论:**胰腺癌患者以气滞证、气虚证、血瘀证、血虚证为主,多虚实夹杂,病位在胰腺,但与脾胃、肝关系密切,其辨治应重视扶正与调气,应以调理中焦气机、疏泄肝气与补益脾胃法为主。

关键词 胰腺癌;证候分布;肝转移;症状;证候

胰腺癌是一类恶性程度高、病情进展迅速、治疗预后较差的消化道恶性肿瘤,极易复发和转移,发病率及死亡率呈逐年上升趋势,5年生存率仅7.2%^[1-2]。该病早期发现率极低,绝大多数患者确诊时往往失去了手术机会,同时该病对化疗、放疗等治疗方式敏感性较低,临床疗效不如预期^[3]。近年来中医药在恶性肿瘤诊疗中发挥着重要的作用,多项研究^[4-6]表明中医药治疗胰腺癌在抑制肿瘤复发转移、提高患者生活质量、延长生存期等方面具有一定优势。笔者通过查阅相关资料发现关于恶性肿瘤的中医证候研究存在辨证类型繁杂、多项研究数据无法对比等弊端,因此本研究采用单证候分型标准,统计分析234例胰腺癌患者、常见症状及肝转移、病位、分期与证候的相关性,初步探索胰腺癌患者证候分布规律及特点,以期为指导临床应用中医药治疗该病提供依据。

1 资料与方法

1.1 病例来源

回顾性收集2018年1月—2022年7

月广安门医院肿瘤科门诊及住院的胰腺癌患者234例,其中男性126例,女性108例;年龄30~88岁,平均年龄(61.06±9.94)岁。肿瘤原发部位:胰头癌116例;胰体尾癌115例;全胰腺癌3例。临床分期:I期37例;II期34例;III期44例;IV期119例。远处转移患者:肝转移98例;骨转移6例;脾转移5例;腹膜转移4例;肺转移2例;胃转移1例;肾上腺转移3例。

1.2 西医诊断标准 影像学检查(腹部CTA、MRI、PET-CT)或病理确诊为胰腺癌^[7]。

1.3 中医证候标准 采用《恶性肿瘤中医诊疗指南》中胰腺癌诊断标准^[8],结合《中医诊断学》《中医内科学》等,最终确定基本证候类型为气虚证、血虚证、阴虚证、阳虚证、热毒证、气滞证、血瘀证、痰湿证。由经过培训的2位医师单独进行辨证,若辨证结果不一致,则由主任医师讨论后确定。

1.4 纳入标准 ①经过影像学或细胞病理学明确诊断为胰腺癌患者;②有完整影像学及病历资料者。

1.5 排除标准 ①合并其他原发性恶性肿瘤者;②合并有严重心、脑血管疾病及其他严重疾病患者。

1.6 统计学方法 使用EXCEL软件对纳入患者病历资料进行整理统计,SPSS 26.0软件对数据进行分析,计数资料采用频数、百分比表示,无序分类变量选

[※]基金项目 国家自然科学基金项目(No.81673797)

[▲]通信作者 张培彤,男,主任医师,博士研究生导师。研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤。E-mail:drzhangpeitong@hotmail.com

·作者单位 中国中医科学院广安门医院(北京 100053)

用卡方检验,有序分类变量选用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 234例胰腺癌患者证候分布情况 234例胰腺癌患者基本证候以气滞证(166例,70.94%)最多见,其次为气虚证141例(60.26%)、血瘀证140例(59.83%)、血虚证71例(30.34%)。基本证候常相兼出现,形成复合证候。具有2种及2种以上证候的患者共217例(92.74%),仅具有1种证候的患者共17例(7.26%)。复合证候以3种证候组合(38.46%)、2种证候组合(26.07%)最多见,以气滞证、气虚证、血瘀证、血虚证形成组合居多,虚实夹杂为主。见表1。

表1 234例胰腺癌患者证候分布情况

证候分型	频数	频率(%)	证候组合	频数	频率(%)
气滞证	166	70.94	1种证候	17	7.26
气虚证	141	60.26	2种证候	61	26.07
血瘀证	140	59.83	3种证候	90	38.46
血虚证	71	30.34	4种证候	57	24.36
阴虚证	59	25.21	5种证候	9	3.85
热毒证	38	16.24			
阳虚证	36	15.38			
痰湿证	31	13.25			

2.2 胰腺癌患者常见症状分布情况 234例胰腺癌患者常见症状(>10%)由高到低依次为腹痛116例(49.57%),腹胀100例(42.74%),乏力98例(41.88%),纳差92例(39.32%),眠差88例(37.61%),体重下降71例(30.34%),后背疼痛53例(22.65%),大便干53例(22.65%),便溏44例(18.80%),口干38例(16.24%),口苦35例(14.96%),恶心32例(13.68%)。见表2。

表2 234例胰腺癌患者常见症状分布情况

症状	频数	频率(%)	症状	频数	频率(%)
腹痛	116	49.57	后背疼痛	53	22.65
腹胀	100	42.74	大便干	53	22.65
乏力	98	41.88	便溏	44	18.80
纳差	92	39.32	口干	38	16.24
眠差	88	37.61	口苦	35	14.96
体重下降	71	30.34	恶心	32	13.68

2.3 肝转移与非肝转移患者证候分布比较 234例胰腺癌患者中无肝转移患者136例(58.12%),肝转移患者98例(41.88%)。胰腺癌患者肝转移较之无肝转

移患者气虚证、血虚证的分布差异具有统计学意义,其气虚证、血虚证较无肝转移患者多见($P<0.05$)。见表3。

表3 胰腺癌肝转移与无肝转移患者证候分布比较[例(%)]

证候分型	非肝转移(n=136)	肝转移(n=98)
气滞证	94(69.12)	72(73.47)
气虚证	68(50.00)	73(74.49)*
血瘀证	81(59.56)	59(60.20)
血虚证	28(20.59)	43(43.88)*
阴虚证	38(27.94)	21(21.43)
热毒证	19(13.97)	19(19.39)
阳虚证	19(13.97)	17(17.35)
痰湿证	17(12.50)	14(14.29)

注:与非肝转移组相比,* $P<0.05$

2.4 不同病位患者证候分布比较 234例胰腺癌患者按不同病位分为胰头癌116例(49.57%),胰体尾癌115例(49.15%),全胰腺3例(1.28%)。胰头癌患者出现热毒证的频率较胰体尾癌患者低($P<0.05$),余证候分布差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

表4 不同病位患者证候分布比较[例(%)]

证候分型	胰头(n=116)	胰体尾(n=115)
气滞证	83(71.55)	83(72.17)
气虚证	74(63.79)	65(56.52)
血瘀证	64(55.17)	73(63.48)
血虚证	37(31.90)	34(29.57)
阴虚证	28(24.14)	29(25.22)
热毒证	13(11.21)	25(21.74)*
阳虚证	21(18.10)	14(12.17)
痰湿证	14(12.07)	16(13.91)

注:与胰头癌组相比,* $P<0.05$

2.5 不同分期患者证候分布比较 本研究将I A、I B期统归为I期,II A、II B期统归为II期。234例胰腺癌患者不同临床分期的证候分布比较显示,气虚证、血虚证的分布差异具有统计学意义($P<0.05$),其中气虚证、血虚证均在IV期患者中分布较多。见表5。

3 讨论

目前中医古籍中尚未发现关于胰腺的直接描述,有学者认为“散膏”“脾中珑管”“肾脂”等描述与胰腺的解剖学和生理学角度颇为吻合^[9]。也有学者结合古籍描述提出胰腺应归属于脾脏^[10],如李东垣《脾胃论》云:“其脾长一尺,掩太仓。太仓者,胃之上口也。脾

表5 不同分期患者证候分布比较[例(%)]

证候分型	I期(n=37)	II期(n=34)	III期(n=44)	IV期(n=119)
气滞证	26(70.27)	19(55.88)	32(72.73)	89(74.79)
气虚证	16(43.24)	21(61.76)	18(40.91)	86(72.27) [#]
血瘀证	24(64.86)	21(61.76)	25(56.82)	70(58.82)
血虚证	7(18.92)	10(29.41)	6(13.64)	48(40.34) [#]
阴虚证	7(18.92)	14(41.18)	13(29.55)	25(21.01)
热毒证	3(8.11)	2(5.88)	8(18.18)	25(21.01)
阳虚证	7(18.92)	3(8.82)	6(13.64)	20(16.81)
痰湿证	6(16.22)	2(5.88)	3(6.82)	20(16.81)

注:同一证候不同分期之间相比,[#]P<0.05

受胃禀,乃能熏蒸腐熟五谷者也。”临床大多根据胰腺癌腹痛、腹部包块、消瘦、黄疸等症状及病变部位将其归属于“腹痛”“积聚”“伏梁”“黄疸”等疾病范畴,不同医家对其病机及治法论述不一。程海波团队^[11]基于癌毒理论提出“痰湿瘀毒,脾气亏虚”为胰腺癌的核心病机,以“抗癌解毒,扶正祛邪”为根本治法,同时予以化痰软坚、化湿泄浊、化瘀散结等治法。花宝金教授认为,胰腺癌以本虚标实为主,总以正气亏虚为本,气滞、血瘀、痰结为标,应将扶正培本贯穿始终,善重用黄芪益气扶正^[12]。范忠泽教授认为“肝郁气滞,脾肾亏虚,痰、瘀、毒互结”为胰腺癌的基本病机,提出“全身扶正,局部治癌”治则下以健脾补肾、疏肝解郁、化痰散结等法辨治该病^[13]。总之,大多数医家认为胰腺癌属虚实夹杂的疾病,“虚、瘀、痰、毒”为主要的病理因素。因此,临床辨治该病应扶正与攻邪相结合,标本同治,顾护正气贯彻始终,整体辨治不忘局部病灶,祛邪不伤正气,扶正不忘祛邪,才能有效遏制癌瘤生长、侵袭与转移。

本研究结果显示气滞证、气虚证、血瘀证、血虚证为胰腺癌患者的主要证候,复合证候以虚实夹杂者居多,与多数医家辨治思想相一致。《素问·举痛论》言“百病生于气也”;《重订灵兰要览·积聚》云“治积之法,理气为先,气既升降,津液流畅,积聚何由而生”。气运行不息,人体各个脏腑、经络的生理功能、精血津液的输布及生长发育等均需气的推动来维系^[14]。其中肝主疏泄,调畅气机的特性在人体气机调达中尤为重要,若肝失疏泄,气的运行受阻,进而影响血的流通^[15]。《血证论》曰“运血者即是气”,气机壅塞,血行不畅留滞为瘀^[16]。《活法机要》记载:“壮人无积,虚人则有之,脾胃虚弱,气血两衰,四时有感,皆能成积。”本研究统计得出,胰腺癌常见的症状多为消化道症状,由此可见胰腺与脾胃关系密切,临床论治胰腺癌也常

从脾胃出发。正气亏损主要指脾胃运化之力不及,气血生化乏源,无力抵御日渐增盛的邪气,进一步阻滞局部气机、血液的运行,形成恶性循环,导致胰腺癌的迅速发展及远处转移。气滞证、气虚证为胰腺癌患者的主要证候,进一步进展导致血瘀证、血虚证的形成,夹杂痰湿、热毒、阴虚、阳虚等病理变化,从而促进胰腺恶性肿瘤的发生、发展。因此,胰腺癌辨治应重视扶正与调气,从脾胃、肝脏入手,调理中焦气机、疏泄肝气与补益脾胃相辅相成,再根据具体症状兼以应用化痰祛瘀、解毒散结等药物,标本同治。

本研究还进一步探索胰腺癌肝转移与无肝转移、不同分期及病位患者证候分布差异,结果显示肝转移患者气虚证、血虚证较非肝转移患者多见($P<0.05$);胰头癌患者出现热毒证的频率较胰体尾癌患者低($P<0.05$),余证候分布差异无统计学意义($P>0.05$);不同临床分期的证候分布比较显示,气虚证、血虚证在IV期患者中多见($P<0.05$)。《积聚临证必读》言:“初者,病邪初起,正气尚强,邪气尚浅,则任受攻;中者,受病渐久,邪气较深,正气较弱,任受且攻且补;末者,病魔经久,邪气侵袭,正气消残,则任受补。”中晚期患者经受手术或化疗或放疗等多种治疗,疾病发展迅速,现有的治疗手段无法遏制肿瘤的迅速生长及转移,此时患者身体处于虚损状态,加之肝主藏血,因此肝转移患者气虚证、血虚证较之无肝转移患者多见。胰头癌患者出现热毒证的频率较胰体尾癌患者低,可能与不同解剖部位及生理功能相关,由于热毒证占比较小,需进一步扩大样本量探索其分布差异的原因。此外,IV期患者气虚证、血虚证分布较多,与肝转移患者证候分布差异相一致,体现了晚期胰腺癌患者虚实夹杂、以虚为主的病理状态,临床辨治困难,预后不佳。

本研究对234例胰腺癌患者的证候分布进行了初步探索,虽取得一定的成果,但仍存在诸多不足。首先,本研究所采用的辨证标准虽经过中医专家层层审核,但证候纳入尚不全面,结果可能有一定的偏差。其次,本研究未考虑患者既往治疗对证型的影响,缺乏深层次探索证型形成原因以及未动态监测证型全过程发展与变化。最后,本研究所纳入的病例均为中国中医科学院广安门医院的胰腺癌患者,样本数较少,未来还需设计多中心、大样本试验以提高研究结果的可靠性。

参考文献

[1]SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R, et al. Global cancer statistics 2020:

(下转第66页)