

- quality of life scores from the EORTC QLQ- C30 in lung cancer patients participating in randomized controlled trials[J]. Support Care Cancer, 2011, 19(11): 1753-1760.
- [4] 胡吉梦, 姜昊文. 免疫相关因素在膀胱癌发病机制与免疫治疗中的研究进展[J]. 现代泌尿外科杂志, 2015, 20(7): 520- 521.
- [5] 韩兴涛, 杨锦建, 霍庆祥, 等. 电切术联合吡柔比星膀胱灌注对浅表性膀胱癌疗效[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(5): 494- 496.
- [6] Bhattacharya A, Li Y, Shi Y, et al. Enhanced inhibition of urinary bladder cancer growth and muscle invasion by allylthiocyanate and celecoxib in combination[J]. Carcinogenesis, 2013, 34(11): 2593- 2599.
- [7] 赵文硕, 张青, 杨霖, 等. 八正散加味预防注射用盐酸吡柔比星膀胱灌注不良反应临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(10): 70.
- (责任编辑: 冯天保)

# 胃肠间质瘤的中医证型与免疫组化及生物学特性的研究

林益群, 罗明艳, 钟子劭

广东省中医院 (广州中医药大学第二附属医院), 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 探讨胃肠间质瘤患者中医证型与间质瘤免疫组化及生物学特性的关系。方法: 收集本院经手术后病理诊断证实的胃肠间质瘤患者的临床和病理资料, 共 66 例, 由高年资主治医师或副主任医师参照《中医常见证诊断标准(上)》对患者进行中医辨证分析, 统一其中医证型; 分析各中医证型在各组免疫表型、病理及在各年龄、性别、肿瘤部位等之间分布特点, 探讨胃肠间质瘤中医证型分布规律。结果: 胃肠间质瘤以脾虚湿瘀型证最多; 大于 60 岁者以脾胃气虚虚证为主, 小于 60 岁者以脾胃湿热实证为主, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 各中医证型与性别、肿瘤部位、出血坏死与否、核分裂数、肿瘤恶性程度等生物学特性及免疫组化无明显相关性 ( $P > 0.05$ )。结论: 胃肠间质瘤的中医证型分布与年龄有相关性, 其产生本质为脾虚, 其标有痰湿、热毒、瘀血等, 初期多以湿热瘀实证为主, 病久可导致正气亏虚, 形成虚实夹杂之证。

**[关键词]** 胃肠间质瘤; 复发; 证型分布; 相关性

**[中图分类号]** R735.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0199-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.088

胃肠间质瘤是一组起源于胃肠道间质干细胞的肿瘤, 由未分化或多能的梭形或上皮样细胞组成, 属于消化道间叶性肿瘤。发病率约为 1~2/10 万, 占胃肠道肿瘤的 1%~4%<sup>[1-2]</sup>。手术切除是目前治疗本病的主要方法, 但术后复发率以及腹腔内脏器转移发生率仍较高。研究报道, 胃肠间质瘤完全切除后 5 年生存率为 40%~65%, 但术后复发转移率为 40%~80%<sup>[3]</sup>。本研究对本院住院且经病理诊断为间质瘤的患者的中医证型分布做一初步探析, 拟在中医药防治胃肠间质瘤尤其是复发方面提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 收集本院 2007 年 3 月—2014 年 11 月经手术后病理诊断证实的胃肠道间质瘤的临床和病理资料进行分

析。本组共 66 例, 男 26 例, 女 40 例; 年龄 26~80 岁, 平均(58.3±18.3)岁。原发肿瘤部位包括胃(贲门)36 例(54.5%); 小肠 20 例(30.3%), 大肠 8 例(12.1%), 食管 1 例(1.5%), 腹膜后 1 例(1.5%)。有首发临床症状 58 例(87.9%), 无症状 8 例(12.1%); 首发临床表现为腹痛 23 例(34.8%), 其次为消化道出血 27 例(40.9%), 其他症状 8 例(12.1%)。

**1.2 方法** 由高年资主治医师或副主任医师参照《中医常见证诊断标准(上)》<sup>[4]</sup>术前对其进行中医辨证分析, 统一其中医证型; 收集患者肿瘤免疫组化酪氨酸激酶受体 CD117、骨髓干细胞抗原 CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、可溶性蛋白-100(S-100)及病理(包括肿瘤大小、核分裂数、是否出血坏死等), 并收集患者年龄、性别、肿瘤发生部位等资料, 分析各中医证

**[收稿日期]** 2016-01-13

**[基金项目]** 广东省中医药局资助项目 (20132162)

**[作者简介]** 林益群 (1976-), 女, 主治医师, 主要从事中医治疗胃肠道疾病的研究。

型在各组免疫表型、病理及年龄、性别、肿瘤部位等之间分布特点,探讨胃肠间质瘤中医证型分布规律。

1.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量资料比较用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确概率法,等级资料用秩和检验。

2 结果

2.1 中医证型与年龄关系分析 见表 1。胃肠间质瘤中医证型以脾虚湿瘀为最多见(51.5%)。大于 60 岁者以脾胃气虚虚证为主,小于 60 岁者以脾胃湿热实证为主,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 中医证型与年龄关系分析 例(%)

中医证型	n	年龄(%)		$\chi^2$ 值	P 值
		<60 岁	≥ 60 岁		
湿热内阻	12	12(18.2)	0	32.347	0.000
脾虚湿瘀	34	19(28.8)	15(22.7)		
脾胃气虚	20	0	20(30.3)		

2.2 中医证型与性别关系分析 见表 2。胃肠间质瘤中医证型与性别无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 2 中医证型与性别关系分析 例

中医证型	n	性别		$\chi^2$ 值	P 值
		男	女		
湿热内阻	12	6	6	0.808	0.668
脾虚湿瘀	34	12	22		
脾胃气虚	20	8	12		

2.3 中医证型与肿瘤部位关系分析 见表 3。胃肠间质瘤中医证型与肿瘤部位无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 3 中医证型与肿瘤部位关系分析 例

中医证型	n	肿瘤部位				$\chi^2$ 值	P 值
		胃	小肠	直肠	其他		
湿热内阻	12	6	5	1	0	-	0.058 <sup>#</sup>
脾虚湿瘀	34	24	7	2	1		
脾胃气虚	20	6	8	5	1		

注: # 使用 Fisher 精确概率法

2.4 中医证型与肿瘤坏死与否关系分析 见表 4。胃肠间质瘤中医证型与肿瘤坏死与否无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 4 中医证型与肿瘤坏死与否关系分析 例

中医证型	n	是否坏死		$\chi^2$ 值	P 值
		是	否		
湿热内阻	12	8	4	3.583	0.167
脾虚湿瘀	34	13	21		
脾胃气虚	20	7	13		

2.5 中医证型与肿瘤出血与否关系分析 见表 5。胃肠间质瘤中医证型与肿瘤出血与否无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 5 中医证型与肿瘤出血与否关系分析 例

中医证型	n	是否出血		$\chi^2$ 值	P 值
		是	否		
湿热内阻	12	5	7	0.456	0.796
脾虚湿瘀	34	12	22		
脾胃气虚	20	6	14		

2.6 中医证型与核分裂数关系分析 见表 6。胃肠间质瘤中医证型与核分裂数无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 6 中医证型与核分裂数关系分析 例

中医证型	n	核分裂数(个/50 倍视野)		$\chi^2$ 值	P 值
		<10	≥ 10		
湿热内阻	12	8	4	-	0.505 <sup>#</sup>
脾虚湿瘀	34	25	9		
脾胃气虚	20	17	3		

注: # 使用 Fisher 精确概率法

2.7 中医证型与肿瘤恶性程度关系分析 见表 7。胃肠间质瘤中医证型与肿瘤恶性程度无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 7 中医证型与肿瘤恶性程度关系分析 例

中医证型	n	恶性程度				$\chi^2$ 值	P 值
		很轻	轻	中	重		
脾胃湿热	12	1	6	0	5	-	0.257 <sup>#</sup>
脾虚湿瘀	34	6	10	8	10		
脾胃气虚	20	7	5	3	5		

注: # 使用 Fisher 精确概率法

2.8 中医证型与 CD117 关系分析 见表 8。胃肠间质瘤中医证型与 CD117 无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表 8 中医证型与 CD117 关系分析 例

中医证型	n	CD117		$\chi^2$ 值	P 值
		+	-		
湿热内阻	12	12	0	-	0.683 <sup>#</sup>
脾虚湿瘀	34	32	2		
脾胃气虚	20	20	0		

注: # 使用 Fisher 精确概率法

2.9 中医证型与 CD34 关系分析 见表 9。胃肠间质瘤中医证型与 CD34 无明显相关性( $P > 0.05$ )。

2.10 中医证型与 SMA 关系分析 见表 10。胃肠间质瘤中医证型与 SMA 无明显相关性( $P > 0.05$ )。

2.11 中医证型与 S-100 关系分析 见表 11。胃肠间质瘤中医证型与 S-100 无明显相关性( $P > 0.05$ )。

表9 中医证型与 CD34 关系分析 例

中医证型	n	CD34		$\chi^2$ 值	P 值
		+	-		
湿热内阻	12	12	0		
脾虚湿瘀	34	31	3	-	0.813 <sup>#</sup>
脾胃气虚	20	19	1		

表10 中医证型与 SMA 关系分析 例

中医证型	n	SMA		$\chi^2$ 值	P 值
		+	-		
湿热内阻	12	4	8		
脾虚湿瘀	34	14	20	0.333	0.847
脾胃气虚	20	7	13		

表11 中医证型与 S-100 关系分析 例

中医证型	n	S-100		$\chi^2$ 值	P 值
		+	-		
湿热内阻	12	6	6		
脾虚湿瘀	34	9	25	2.246	0.325
脾胃气虚	20	7	13		

### 3 讨论

对于胃肠间质瘤，中医学并无直接的病名记载，本组患者临床以血便、腹部隐痛等为主要表现，因此本病可归于中医学便血、腹痛等范畴。结合现代医学，因本病表现为胃肠内的结块，固定不移，病属有形，故又归属于肠瘤、积证、癥瘕等范畴更为妥当。根据脉症分析，本组患者可分为湿热内阻、脾虚湿瘀、脾气虚弱 3 个证型，各中医证型分布与性别、肿瘤部位、出血坏死与否、核分裂数、肿瘤恶性程度等生物学特性及 CD117、CD34 等免疫组化无明显相关性。而脾胃气虚与湿热内阻 2 个证型分布与年龄有相关性，在小于 60 岁患者中，以湿热内阻实证分布为主，而大于 60 岁患者以脾胃气虚虚证分布为主，且三个证型中以脾虚湿瘀虚实夹杂最多见。以上表明，不论何种部位间质瘤，其产生多与中医的脾虚、痰湿、瘀血、热毒等有关。

《诸病源候论》卷十九曰：“积聚者，由阴阳不和，脏腑

虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也。”卷二十曰：“夫八痞者，荣卫不和，阴阳隔绝，而风邪外入与卫气相搏，血气壅塞不通而成痞也。”正气不足，营卫不固，气血津液运行无力，气血阻滞，津枯痰凝，易成疾病之基础。或六淫之邪入侵，使机体气血运行不畅，致使邪气停留于内，久之，形成疾病。由于先天不足，脾胃虚弱，湿浊内生，湿郁化热，热蕴成毒，湿热毒邪交互而生肠瘤；病久热耗气伤津，而致气虚甚至阴虚。或由于后天饮食不节，偏食膏粱厚味，或嗜酒无度，进食生冷之品，导致痰湿之邪壅滞肠道，与肠中垢滓，凝聚日久，乃生肠瘤。脾失健运，经脉阻滞以致气机不利、瘀血浊气互作亦可生肠瘤。因此，胃肠间质瘤，其产生本质为脾虚，其标有痰湿、热毒、瘀血等，初期多以湿热瘀实证为主，病久可导致正气亏虚，形成虚实夹杂之证。

对于胃肠间质瘤的治疗，现代医学主要方法是手术切除，但术后复发率以及腹腔内脏器转移发生率仍较高。药物治疗方面，主要是甲磺酸伊马替尼(imatinib, 格列卫)，但随着治疗时间的延长，耐药比例也不断提高，成为临床治疗胃肠间质瘤一个棘手的问题。笔者认为，对于胃肠间质瘤患者，可辨证给予长期内服健脾益气、化湿、清热解毒、活血化瘀方药以改善术前体质、术后生活质量，减少其复发机会。

### [参考文献]

- [1] 魏志刚, 韩超, 李健丁. 胃肠道间质瘤的诊断治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(1): 65- 69.
- [2] 范嵘, 钟捷, 王正廷, 等. 原发局限性小肠间质瘤患者的临床特征及预后分析[J]. 中华消化杂志, 2010, 30(5): 289- 292.
- [3] Plaat BE, Hollena H, Molenaar WM, et al. Soft tissue leiomyosarcomas and malignant gastrointestinal stromal tumors: differences in clinical outcome and expression of multidrug resistance proteins[J]. J Clin Oncol, 2000, 18(6): 3211- 3220.
- [4] 中华中医药学会中医诊断学分会. 中医常见证诊断标准(上)[J]. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(5): 3- 20.

(责任编辑:冯天保)