

引用:郭天灏,朱文坚,李柳,吴晓宇,程海波.基于癌毒病机理论的胃肠恶性肿瘤中医证候调查研究[J].中医导报,2026,32(2):101-108.

基于癌毒病机理论的胃肠恶性肿瘤 中医证候调查研究*

郭天灏^{1,2,3},朱文坚²,李柳²,吴晓宇¹,程海波^{1,2}

[1.南京中医药大学附属医院(江苏省中医院),江苏 南京 210029;

2.南京中医药大学第一临床医学院,江苏省中医药防治肿瘤协同创新中心,江苏 南京 210023;

3.江苏开放大学健康养生研究所,江苏 南京 210036]

[摘要] 目的:探讨胃肠恶性肿瘤的中医证候分布特点及规律。方法:采用横断面调查方法,对186例胃癌患者及300例结直肠癌患者进行中医证候的信息采集和中医辨证分型研究。结果:胃癌患者中医证候以脾虚瘀毒证最为多见。胃癌患者脾虚瘀毒证候与性别、病理分期、血常规(红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板)、粪便常规、生化检验指标(天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮)、癌胚抗原(CEA)、糖类抗原19-9(CA19-9)、甲胎蛋白(AFP)、糖类抗原72-4(CA72-4)、糖类抗原125(CA125)、腹痛情况、腹胀情况、大便性质、暖气情况、泛酸情况、恶心呕吐情况尚不存在明显相关性。结直肠癌患者中医证候以脾虚瘀毒证最为多见。结直肠癌患者脾虚瘀毒证候与CEA、CA19-9、大便性质、腹部肿块、肠鸣情况存在一定相关性;与病理分期、血常规(红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板)、粪便常规、生化检验指标(天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮)、AFP、CA72-4、CA125、腹痛情况、腹胀情况、矢气情况尚不存在明显相关性。结论:脾虚瘀毒证是胃肠恶性肿瘤最主要的中医证候,与CEA、CA19-9、大便性质、腹部肿块、肠鸣情况存在一定相关性。

[关键词] 胃肠恶性肿瘤;胃癌;结直肠癌;中医证候;癌毒病机理论

[中图分类号] R273 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2026)02-0101-08

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2026.02.016

Investigation into Traditional Chinese Medicine Syndromes of Gastrointestinal Malignancies Based on the Pathogenesis Theory of Cancerous Toxin

GUO Tianhao^{1,2,3}, ZHU Wenjian², LI Liu², WU Xiaoyu¹, CHENG Haibo^{1,2}

(1.Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine/Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China; 2.The First Clinical Medical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Collaborative Innovation Center of Traditional Chinese Medicine in Prevention and Treatment of Tumor, Nanjing Jiangsu 210023, China; 3.Institute of Health and Regimen, Jiangsu Open University, Nanjing Jiangsu 210036, China)

[Abstract] Objective: To investigate the distribution characteristics and patterns of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes in gastrointestinal malignancies. Methods: A cross-sectional survey was conducted to collect information on TCM syndromes and perform syndrome differentiation for 186 gastric cancer patients and 300 colorectal cancer patients. Results: Among gastric cancer patients, the spleen deficiency with blood stasis

*基金项目:国家重点研发计划“中医药现代化”重点专项(2022YFC3500200,2022YFC3500202);国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202208);国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(国中医药人教函[2023]85号);江苏高校“青蓝工程”项目(苏教师函[2023]27号);江苏省中医药领军人才项目(SLJ0314);江苏省研究生实践创新计划重点项目(SJCX22_0706);江苏高校哲学社会科学研究一般项目(2024SJB0564)

通信作者:吴晓宇,男,教授,主任医师,研究方向为消化系统肿瘤的临床与基础研究

and toxin syndrome was the most prevalent. This syndrome in gastric cancer showed no significant correlation with gender, pathological stage, routine blood tests (RBC, Hb, WBC, absolute neutrophil count, PLT), routine stool examination, biochemical indicators (AST, ALT, Scr, BUN), tumor markers (CEA, CA19-9, AFP, CA72-4, CA125), abdominal pain, abdominal distension, stool characteristics, belching, acid regurgitation, or nausea and vomiting. Among colorectal cancer patients, the spleen deficiency with blood stasis and toxin syndrome was also the most prevalent. This syndrome in colorectal cancer showed certain correlations with CEA, CA19-9, stool characteristics, abdominal mass, and borborygmi. However, it showed no significant correlation with pathological stage, routine blood tests (RBC, Hb, WBC, absolute neutrophil count, PLT), routine stool examination, biochemical indicators (AST, ALT, Scr, BUN), AFP, CA72-4, CA125, abdominal pain, abdominal distension, or flatus. Conclusion: The spleen deficiency with blood stasis and toxin syndrome is the primary TCM syndrome in gastrointestinal malignancies and exhibits certain correlations with CEA, CA19-9, stool characteristics, abdominal mass, and borborygmi.

[Keywords] gastrointestinal malignancies; gastric cancer; colorectal cancer; traditional Chinese medicine syndromes; pathogenesis theory of cancerous toxin

调查显示,胃肠恶性肿瘤占全球所有新发癌症的11.6%,是全球第二多见的癌症^[1-2]。全球胃癌病例每年新增超过100万例,估计死亡病例76.9万;结直肠癌每年新增病例190多万,死亡病例93.5万^[2]。中国胃肠恶性肿瘤新发病例和死亡病例均为全球第一^[3],其发病呈现持续上升趋势,约占新发癌症数的22.7%^[4]。胃肠恶性肿瘤面临着巨大的防治压力,严重威胁着患者的生命健康及生活质量,给社会造成极大经济压力^[5]。

中医药是中华文化的瑰宝,具有数千年的临床实践基础,体现了中华民族独有的原创性战略优势^[6]。中医药治疗重大疑难疾病有独特的疗效,为治疗肿瘤等重大疾病做出了积极贡献。中西医结合治疗在改善肿瘤患者近期临床疗效、提高患者生存质量、减少放化疗副作用方面发挥着积极作用^[7-9]。中医理论的核心之一是病机理论,直接指导临床治则立法、组方用药^[10]。“证候”的简称,是辨证的结果和论治的依据,使“论治”能够针对病机有的放矢,为临床立法、处方遣药提供可靠依据^[11]。目前中医对胃肠恶性肿瘤病机证候的认识尚未达成共识,缺少公认的辨证分型标准,制约了中医辨治胃肠恶性肿瘤的发展。因此,胃肠恶性肿瘤的中医证候研究正积极开展,包括证候分布特点、演变规律,及其与临床相关因素关系、分子生物学水平研究等。

本证候调查研究以前期研究为基础,以癌毒病机理论为指导思想^[12],以胃肠恶性肿瘤患者临床病历数据、临床样本为研究对象,通过问卷调查判断证型,探讨胃肠恶性肿瘤脾虚瘀毒证与临床相关因素之间的关系。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 符合《新编常见恶性肿瘤诊治规范》^[13]中胃癌/结直肠癌的诊断标准;胃癌/结直肠癌TNM分期依据美国癌症联合委员会(AJCC)/国际抗癌联盟(UICC)的胃癌/结直肠癌TNM分期^[14](2017,第八版)。

1.1.2 中医辨证标准 依据《癌毒病机理论辨治恶性肿瘤临床指南》^[15]和《中医消化病诊疗指南》^[16],参考《中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语:证候部分》^[17]和《中医诊断学》^[18],结合程海波临床诊疗经验^[19],对胃癌的中医证候类型制定如下。(1)气滞郁毒证。主症:脘腹胀满,痛无定处;次症:或见包块,烦躁易怒,口苦咽干,呃逆暖气,腹胀胁痛;舌脉:舌淡暗,苔薄黄或黄腻;脉弦。(2)瘀毒内阻证。主症:上腹部肿块,胃脘刺痛,痛处固定不移,呕血;次症:面色晦暗,口唇紫暗,肌肤甲错,黑便;舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔薄,脉弦或涩。(3)痰湿蕴毒证。主症:胸脘痞闷,恶心纳呆,胃脘疼痛;次症:体倦乏力,周身困重,腹满膨隆,噎腐吞酸,胸闷脘痞,排便不爽或难解;舌脉:舌胖,苔黄腻或黄厚腻;脉弦滑或濡。(4)热毒互结证。主症:泛酸嘈杂,口苦身热,尿赤便结;次症:烦躁谵妄,吐血、衄血,心烦汗出,或有腹痛灼热难忍,反酸噎腐;舌脉:舌红或绛,苔黄厚腻或黄燥,脉数。(5)脾虚瘀毒证。主症:上腹部肿块,腹痛绵绵或痞胀,呕吐宿谷不化或泛吐清水,大便稀溏;次症:神疲乏力、头晕,气短懒言,面色萎黄或晦暗,食欲不振,口唇紫暗,肌肤甲错,黑便,肢体浮肿;舌脉:舌质淡或紫暗或有瘀斑,有齿痕,苔薄,脉弦细或沉细。

依据《癌毒病机理论辨治恶性肿瘤临床指南》^[15]和《中医消化病诊疗指南》^[16],参考《中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语:证候部分》^[17]和《中医诊断学》^[18],结合程海波临床诊疗经验^[20],对结直肠癌的中医证候类型制定如下^[21]。(1)湿热毒蕴证。主症:腹部肿块,腹胀或腹痛,便血或有黏液脓血便,大便稀溏或大便干,便次增多,排便不爽或难解;次症:肛门灼热,口干口苦,口中黏腻,纳差,胸闷脘痞,小便短赤;舌脉:舌质红,苔黄腻或黄厚腻;脉滑数。(2)瘀毒内阻证。主症:腹部肿块,腹痛,痛处固定不移,便血,血色暗红或紫暗;次症:面色晦暗,口唇紫暗,肌肤甲错;舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔薄,脉弦或涩。(3)湿热瘀毒证。主症:腹部肿块,腹胀腹

痛,刺痛,痛处固定不移,便血,血色紫暗,或有黏液脓血便,大便稀溏或大便干,便次增多,排便不爽或难解;次症:体倦乏力,面色黯滞,肌肤甲错,口唇紫暗,口干口苦,纳差,胸闷脘痞,小便短赤,肛门灼热或坠胀;舌脉:舌质紫暗或有瘀斑,苔黄腻或黄厚腻;脉弦或弦滑。(4)脾气亏虚证。主症:腹胀,反复便血,大便稀溏,肛门坠胀或脱肛;次症:神疲乏力,气短懒言,面色萎黄,食欲不振,食少,肢体浮肿;舌脉:舌质淡或淡红,苔薄白,脉细弱或沉细。(5)脾虚瘀毒证。主症:腹胀,腹痛,痛处固定不移,大便稀溏,反复便血,血色暗红或紫暗,肛门坠胀或脱肛;次症:神疲乏力,气短懒言,面色萎黄或晦暗,口唇紫暗,肌肤甲错,食欲不振,食少,肢体浮肿;舌脉:舌质淡或紫暗或有瘀斑,苔薄,脉弦细或沉细。

证型确定:符合2项主症、1项舌脉;或1项主症、2项次症、1项舌脉即可判定。

1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准,经病理学或其他检查确诊为胃癌/结直肠癌;(2)拟行手术切除治疗,包括开腹切除、腹腔镜切除、机器人手术切除等根治性或姑息性切除术,术前未行化疗、靶向及免疫治疗;(3)自愿参加研究,并签署知情同意书;(4)调查资料完整。

1.3 排除标准 (1)既往有其他恶性肿瘤病史;(2)伴发其他部位原发性肿瘤;(3)严重心、肺、脑血管疾病,生命体征不稳定;(4)有出血倾向,正在服用抗凝药;(5)交流障碍,无法完成临床调查。

1.4 研究对象 收集2023年1—12月于南京中医药大学附属医院(江苏省中医院)肛肠科、肿瘤外科、普外科住院且筛选符合条件的胃肠恶性肿瘤患者。该研究方案已由南京中医药大学附属医院伦理委员会审查并批准(编号:2023NL-003-02)。

1.5 证候调查

1.5.1 证候调查表的制定 制定胃癌/结直肠癌证候流行病学调查表,内容主要包括:(1)患者一般资料,如姓名、性别、年龄、住院号、职业等;(2)既往史、个人史、辅助检查、组织病理等;(3)中医四诊信息,如主症、次症、舌苔及脉象。

1.5.2 调查方法 本研究采用横断面调查方法,在患者未行手术治疗前由调查人员进行床边信息采集,填写调查表,其中手术及肿瘤情况待术后进行补充。中医证候部分由两名中医主治医师职称以上人员进行辅助辨证;对于调查表中未列出的症状和体征,为尽可能不遗漏辨证相关信息,研究中予以保留。

1.5.3 质量控制 (1)调查人员为肿瘤专业研究生,熟悉调查表要求,充分收集病例信息;(2)所有入选的被调查者均按同一调查表填写;(3)调查过程严格按照标准执行,减少调查人员偏倚,确保所获得的调查资料的准确性与真实性。

1.6 统计学方法 将调查表汇总后建立数据库,运用SPSS 26.0统计软件进行调查数据统计分析,计量资料用“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,符合正态分布者,组间比较采用独立样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析;不符合正态分布者用非参数检验。分类资料采用频数分析,计数资料用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher确切概率法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查表回收情况 共收集190份胃癌患者临床信息,有4份因缺少重要信息或无法进行中医证候分型予以剔除,最终纳入186例胃癌患者作为研究对象,有效回收率达到97.89%(186/190)。共收集303份结直肠癌患者临床信息,有3份因缺少重要信息或无法进行中医证候分型予以剔除,最终纳入300例结直肠癌患者作为研究对象,有效回收率达到99.01%(300/303)。

2.2 一般资料情况

2.2.1 年龄与性别情况 (1)胃肠恶性肿瘤患者性别与年龄分布情况见表1。

表1 胃肠恶性肿瘤患者性别与年龄分布情况

组别	n	性别[例(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)
		男	女	
胃癌组	186	137(73.66)	49(26.34)	65.32±10.26
结直肠癌组	300	199(66.33)	101(33.67)	64.68±11.19

(2)按照2015年联合国世界卫生组织提出的年龄分段方法,分别对纳入的胃肠恶性肿瘤患者分组,如表2~3所示。本次研究胃癌患者年龄呈正态分布,不同性别胃癌患者的发病年龄差异无统计学意义($P=0.353$),尚不能认为不同性别胃癌患者的发病年龄有差异。本次研究结直肠癌患者年龄呈正态分布,不同性别结直肠癌患者的发病年龄差异无统计学意义($P=0.099$),尚不能认为不同性别结直肠癌患者的发病年龄有差异。

表2 胃癌患者年龄分段与性别比例情况

组别	性别[例(%)]		合计
	男	女	
青年组(≤ 44 岁)	1(0.54)	5(2.69)	6(3.23)
中年组(45~59岁)	33(17.74)	12(6.45)	45(24.19)
年轻老年组(60~74岁)	83(44.62)	24(12.90)	107(57.53)
老年组(75~89岁)	20(10.75)	8(4.30)	28(15.05)
长寿老年组(≥ 90 岁)	0(00.00)	0(00.00)	0(00.00)
合计	137(73.66)	49(26.34)	186(100.00)

表3 结直肠癌患者年龄分段与性别比例情况

组别	性别[例(%)]		合计
	男	女	
青年组(≤ 44 岁)	8(2.67)	5(1.67)	13(4.33)
中年组(45~59岁)	57(19.00)	35(11.67)	92(30.67)
年轻老年组(60~74岁)	93(31.00)	48(16.00)	141(47.00)
老年组(75~89岁)	41(13.67)	13(4.33)	54(18.00)
长寿老年组(≥ 90 岁)	0(00.00)	0(0.00)	0(0.00)
合计	199(66.67)	101(33.33)	300(100)

2.2.2 既往史与个人史情况 (1)纳入研究的胃癌患者既往史的性别差异见表4。不同性别胃癌患者合并高血压的差异有统计学意义($P=0.012$),可以认为不同性别胃癌患者合并高血压有明显差异,以男性胃癌患者合并高血压较多。纳入研究的结直肠癌患者既往史的性别差异见表5。不同性别结直肠癌患者合并高血压、糖尿病的差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为不同性别结直肠癌患者合并高血压、糖尿病均有差异,以男性结直肠癌患者合并高血压、糖尿病较多。

表4 胃癌患者既往史与性别比例情况

既往史	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
高血压	27	20(10.75)	7(3.76)	6.259	0.012
糖尿病	12	7(3.76)	5(2.69)	0.333	0.564
冠心病	3	2(1.08)	1(0.54)	0.333	1.000

表5 结直肠癌患者既往史与性别比例情况

既往史	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
高血压	110	80(26.67)	30(10.00)	22.727	0.000
糖尿病	48	38(12.67)	10(3.33)	16.333	0.000
冠心病	8	6(2.00)	2(0.67)	2.000	0.157

(2)纳入研究的胃癌患者个人史的性别差异见表6。不同性别胃癌患者在吸烟、饮酒、非健康饮食上的差异有统计学意义($P<0.01$),可以认为不同性别胃癌患者在吸烟、饮酒、非健康饮食上有差异,以男性胃癌患者吸烟、饮酒、非健康饮食较多。纳入研究的结直肠癌患者个人史的性别差异见表7。不同性别结直肠癌患者在吸烟、饮酒、非健康饮食上的差异有统计学意义($P<0.01$),可以认为不同性别结直肠癌患者在吸烟、饮酒、非健康饮食上有显著差异,以男性结直肠癌患者吸烟、饮酒、非健康饮食较多。

表6 胃癌患者个人史与性别比例情况

个人史	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
吸烟	52	50(26.88)	2(1.08)	44.308	0.000
饮酒	27	26(13.98)	1(0.54)	23.148	0.000
非健康饮食	90	64(34.41)	26(13.98)	16.044	0.000

表7 结直肠癌患者个人史与性别比例情况

个人史	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
吸烟	66	64(21.33)	2(0.67)	58.242	0.000
饮酒	63	61(20.33)	2(0.67)	55.254	0.000
非健康饮食	166	123(41.00)	43(14.33)	38.554	0.000

2.2.3 病理资料情况 纳入研究的胃癌患者病理分期情况见表8,以ⅢA期最为多见,47例(25.27%);其次为ⅡA期,33例(17.74%)。纳入研究的结直肠癌患者病理分期情况见表9,以ⅡA期最为多见123例(41.00%);其次为ⅢB期93例(31.00%)。

表8 胃癌患者病理分期情况

肿瘤分期	频数	构成比/%
0期	6	3.23
I A期	25	13.44
I B期	6	3.23
II A期	33	17.74
II B期	23	12.37
III A期	47	25.27
III B期	27	14.52
III C期	10	5.38
IV期	9	4.84
合计	186	100.00

表9 结直肠癌患者病理分期情况

肿瘤分期	频数	构成比/%
0期	2	0.67
I 期	29	9.67
II A期	123	41.00
II B期	6	2.00
II C期	1	0.33
III A期	10	3.33
III B期	93	31.00
III C期	25	8.33
IV A期	8	2.67
IV B期	2	0.67
IV C期	1	0.33
合计	300	100.00

2.3 中医证候情况 纳入研究的胃癌患者中医证候分型情况见表10。本次研究胃癌患者中医证候分型按频数由高到低依次为:脾虚瘀毒证>气滞郁毒证>痰湿蕴毒证=热毒互结证>瘀毒内阻证。胃癌患者中医证候分型差异有统计学意义($P=0.000$)。本次研究结直肠癌患者中医证候分型情况见表11。本次研究结直肠癌患者中医证候分型按频数由高到低依次为:脾虚瘀毒证>湿热瘀毒证>湿热毒蕴证>脾气亏虚证=瘀毒内阻证。结直肠癌患者中医证候分型差异有统计学意义($P=0.000$)。

表10 胃癌患者中医证候分型情况

中医证候分型	频数	构成比/%
气滞郁毒证	27	14.52
瘀毒内阻证	13	6.99
痰湿蕴毒证	24	12.90
热毒互结证	24	12.90
脾虚瘀毒证	98	52.69
合计	186	100.00

表11 结直肠癌患者中医证候分型情况

中医证候分型	频数	构成比/%
湿热毒蕴证	32	10.67
瘀毒内阻证	28	9.33
湿热瘀毒证	80	26.67
脾气亏虚证	28	9.33
脾虚瘀毒证	132	44.00
合计	300	100.00

2.4 脾虚瘀毒证与相关因素情况 为进一步研究胃肠恶性肿瘤脾虚瘀毒共性病机证候,将中医证候分型重新分组为脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组。

2.4.1 脾虚瘀毒证与性别的关系 胃癌患者脾虚瘀毒证与性别比例情况见表12。分析性别与中医证候的关系,胃癌脾虚瘀毒证组性别之间差异有统计学意义($P=0.000$),胃癌非脾虚瘀毒证组性别之间差异有统计学意义($P=0.000$)。结果说明男性患者较女性患者而言,脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证均较为多见。结直肠癌患者脾虚瘀毒证与性别比例情况见表13。分析性别与中医证候的关系,结直肠癌脾虚瘀毒证组性别之间差异有统计学意义($P=0.000$),结直肠癌非脾虚瘀毒证组性

别之间差异有统计学意义($P=0.000$),说明男性患者较女性患者而言,脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证均较为多见。

表 12 胃癌患者脾虚瘀毒证与性别比例情况

中医证候分型	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
脾虚瘀毒证	98	71(38.17)	27(14.52)	42.172	0.000
非脾虚瘀毒证	88	66(35.48)	22(11.83)	22.000	0.000

表 13 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与性别比例情况

中医证候分型	n	性别[例(%)]		χ^2	P
		男	女		
脾虚瘀毒证	132	90(30.00)	42(14.00)	17.455	0.000
非脾虚瘀毒证	168	109(36.33)	59(19.67)	14.881	0.000

2.4.2 脾虚瘀毒证与病理的关系 胃癌患者脾虚瘀毒证与病理分期情况见表14。不同病理分期胃癌患者是否脾虚瘀毒证的差异无统计学意义($P=0.377$),尚不能认为不同病理分期的胃癌患者在中医证候是否脾虚瘀毒证上有明显差异。胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证均以Ⅲ期最为多见。结直肠癌患者脾虚瘀毒证与病理分期情况见表15。不同病理分期结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证的差异无统计学意义($P=0.305$),尚不能认为不同病理分期的结直肠癌患者在中医证候是否脾虚瘀毒证上有明显差异。

表 14 胃癌患者脾虚瘀毒证与病理分期情况 [例(%)]

中医证候分型	0期	I期	II期	III期	IV期	合计
脾虚瘀毒证	2(1.08)	12(6.45)	31(16.67)	48(25.81)	5(2.69)	98(52.69)
非脾虚瘀毒证	4(2.15)	19(10.22)	25(13.44)	36(19.35)	4(2.15)	88(47.31)
合计	6(3.23)	31(16.67)	56(30.11)	84(45.16)	9(4.84)	186(100.00)

表 15 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与病理分期情况 [例(%)]

中医证候分型	0期	I期	II期	III期	IV期	合计
脾虚瘀毒证	1(0.33)	10(3.33)	54(18.00)	64(21.33)	3(1.00)	132(44.00)
非脾虚瘀毒证	1(0.33)	19(6.33)	76(25.33)	64(21.33)	8(2.67)	168(56.00)
合计	2(0.67)	29(9.67)	130(44.33)	128(42.67)	11(3.67)	300(100.00)

2.4.3 脾虚瘀毒证与检验指标的关系 (1)胃癌患者脾虚瘀毒证与血常规情况见表16。胃癌患者是否脾虚瘀毒证和红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为胃癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板上有明显差异。结直肠癌患者脾虚瘀毒证与血常规情况见表17。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证和红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为结直肠癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板上有明显差异。

表 16 胃癌患者脾虚瘀毒证与血常规情况

中医证候分型	红细胞计数/ ($10^{12}/L$)	血红蛋白/ (g/L)	白细胞计数/ ($10^9/L$)	中性粒细胞 绝对值($10^9/L$)	血小板/ ($10^9/L$)
脾虚瘀毒证	3.95 ± 0.74	114.09 ± 25.22	5.78 ± 2.01	9.36 ± 18.27	216.66 ± 88.87
非脾虚瘀毒证	4.09 ± 0.71	119.00 ± 22.92	5.86 ± 2.24	11.82 ± 21.07	208.12 ± 79.80
t/Z	-1.338	-1.198	-0.045	-0.581	-0.038 5
P	0.183	0.231	0.964	0.561	0.701

表 17 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与血常规情况

中医证候分型	红细胞计数/ ($10^{12}/L$)	血红蛋白/ (g/L)	白细胞计数/ ($10^9/L$)	中性粒细胞 绝对值($10^9/L$)	血小板/ ($10^9/L$)
脾虚瘀毒证	4.11 ± 0.59	118.98 ± 22.59	6.48 ± 2.88	4.65 ± 4.77	223.87 ± 79.54
非脾虚瘀毒证	4.18 ± 0.54	118.08 ± 24.18	6.38 ± 2.60	5.72 ± 9.50	227.89 ± 86.02
t/Z	-1.465	-0.168	-0.062	-0.621	-0.315
P	0.143	0.866	0.967	0.535	0.753

(2)胃癌患者脾虚瘀毒证与粪便常规情况见表18。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与粪便常规的差异无统计学意义($P=0.105$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与粪便常规有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证组粪便常规之间差异有统计学意义($P=0.000$),胃癌非脾虚瘀毒证组粪便常规之间差异有统计学意义($P=0.000$),可以认为胃癌脾虚瘀毒证组及非脾虚瘀毒证组,粪便常规阴性患者较阳性多见。胃癌粪便常规阳性患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异无统计学意义($P=0.286$),不能认为胃癌粪便常规阳性患者中,是否脾虚瘀毒证之间有差异。胃癌粪便常规阴性患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异无统计学意义($P=0.155$),尚不能认为胃癌粪便常规阴性患者中,是否脾虚瘀毒证之间有差异。

结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与粪便常规情况见表19。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与粪便常规的差异无统计学意义($P=0.081$),尚不能认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与粪便常规有明显差异。经逐一分析,结直肠癌脾虚瘀毒证组粪便常规之间差异有统计学意义($P=0.000$),结直肠癌非脾虚瘀毒证组粪便常规之间差异具有统计学意义($P=0.000$)。可以认为结直肠癌脾虚瘀毒证组及非脾虚瘀毒证组,粪便常规阳性患者较阴性多见。结直肠癌粪便常规阳性患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异无统计学意义($P=0.273$),尚不能认为结直肠癌粪便常规阳性患者中,是否脾虚瘀毒证之间有差异。结直肠癌粪便常规阴性患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.013$),可以认为结直肠癌粪便常规阴性患者中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。

表 18 胃癌患者脾虚瘀毒证与粪便常规情况

中医证候分型	阳性[例(%)]	阴性[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	18(9.68)	80(43.01)	98
非脾虚瘀毒证	25(13.44)	63(33.87)	88

表 19 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与粪便常规情况

中医证候分型	阳性[例(%)]	阴性[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	112(37.33)	20(6.67)	132
非脾虚瘀毒证	129(43.00)	39(13.00)	168

(3)胃癌患者脾虚瘀毒证与生化检验指标情况见表20。胃癌患者是否脾虚瘀毒证和天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮间的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为胃癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮上有明显差异。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与生化检验指标情况见表21。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证和天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮间的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为结直肠癌患者脾虚瘀

毒证组与非脾虚瘀毒证组在天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮上有明显差异。

表 20 胃癌患者脾虚瘀毒证与生化检验指标情况

中医证候分型	天冬氨酸氨基 转移酶/(U/L)	丙氨酸氨基 转移酶/(U/L)	血肌酐 (μ .mol/L)	血尿素氮 (mmol/L)
脾虚瘀毒证	24.12 ± 50.62	21.35 ± 19.25	76.47 ± 30.44	6.24 ± 4.53
非脾虚瘀毒证	20.66 ± 18.78	18.81 ± 21.20	77.57 ± 15.49	6.24 ± 1.98
Z	-1.759	-1.935	-1.297	-1.581
P	0.079	0.053	0.195	0.114

表 21 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与生化检验指标情况

中医证候分型	天冬氨酸氨基 转移酶/(U/L)	丙氨酸氨基 转移酶/(U/L)	血肌酐 (μ .mol/L)	血尿素氮 (mmol/L)
脾虚瘀毒证	18.17 ± 8.92	16.61 ± 10.66	80.95 ± 82.01	5.51 ± 1.81
非脾虚瘀毒证	18.75 ± 12.84	17.73 ± 18.38	74.15 ± 20.70	5.89 ± 5.66
Z	-0.517	-0.080	-0.291	-0.225
P	0.605	0.936	0.771	0.822

(4)胃癌患者脾虚瘀毒证与肿瘤标志物情况见表22。胃癌患者脾虚瘀毒证和CEA、CA19-9、AFP、CA72-4、CA125间的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为胃癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在CEA、CA19-9、AFP、CA72-4、CA125上有明显差异。

结直肠癌患者脾虚瘀毒证与肿瘤标志物情况见表23。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证和CEA、CA19-9间的差异有统计学意义($P<0.05$),可以认为结直肠癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在CEA、CA19-9上有明显差异。结直肠癌患者脾虚瘀毒证组CEA、CA19-9数值高于非脾虚瘀毒证组。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证和AFP、CA72-4、CA125间的差异均无统计学意义($P>0.05$),尚不能认为结直肠癌患者脾虚瘀毒证组与非脾虚瘀毒证组在AFP、CA72-4、CA125上有明显差异。

表 22 胃癌患者脾虚瘀毒证与肿瘤标志物情况

中医证候分型	CEA(ng/ml)	CA19-9(U/ml)	AFP(ng/ml)	CA72-4(U/ml)	CA125(U/ml)
脾虚瘀毒证	15.55 ± 77.05	93.68 ± 308.69	21.16 ± 110.24	3.87 ± 5.75	24.66 ± 45.27
非脾虚瘀毒证	13.38 ± 43.43	45.12 ± 171.96	50.46 ± 343.38	8.02 ± 27.78	12.51 ± 10.69
Z	-1.319	-1.183	-0.356	-0.317	-1.739
P	0.187	0.237	0.722	0.751	0.082

表 23 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与肿瘤标志物情况

中医证候分型	CEA(ng/mL)	CA19-9(U/mL)	AFP(ng/mL)	CA72-4(U/mL)	CA125(U/mL)
脾虚瘀毒证	26.56 ± 65.30	89.92 ± 239.18	2.71 ± 0.97	5.74 ± 10.31	16.26 ± 15.92
非脾虚瘀毒证	20.80 ± 86.95	33.58 ± 100.05	3.40 ± 3.07	7.45 ± 26.56	13.79 ± 11.36
Z	-2.136	-2.320	-1.745	-0.092	-0.716
P	0.033	0.020	0.081	0.927	0.474

2.4.4 脾虚瘀毒证与局部证候表现的关系 (1)胃癌患者脾虚瘀毒证与腹痛表现情况见表24。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与腹痛表现的差异无统计学意义($P=0.167$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与腹痛表现有明显差异。结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹痛表现情况见表25。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹痛表现的差异无统计学意义($P=0.978$),尚不能认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹痛表现有明显差异。

表 24 胃癌患者脾虚瘀毒证与腹痛情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	48(25.81)	50(26.88)	98
非脾虚瘀毒证	52(27.96)	36(19.35)	88

表 25 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹痛情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	67(22.33)	65(28.33)	132
非脾虚瘀毒证	85(21.67)	83(27.67)	168

(2)胃癌患者脾虚瘀毒证与腹胀情况见表26。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与腹胀表现的差异无统计学意义($P=0.338$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与腹胀表现有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,是否腹胀之间差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,无腹胀患者较于腹胀患者多见。结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹胀情况见表27。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹胀表现的差异无统计学意义($P=0.052$),尚不能认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹胀表现有明显差异。经逐一分析,结直肠癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,是否腹胀之间差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为,结肠癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,无腹胀患者较于腹胀患者多见。结直肠癌无腹胀患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.005$),可以认为,结直肠癌无腹胀患者中非脾虚瘀毒证多于脾虚瘀毒证。

表 26 胃癌患者脾虚瘀毒证与腹胀情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	26(13.98)	72(38.71)	98
非脾虚瘀毒证	29(15.59)	59(31.72)	88

表 27 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹胀情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	44(14.67)	88(29.33)	132
非脾虚瘀毒证	39(13.00)	129(43.00)	168

(3)胃癌患者脾虚瘀毒证与大便性质表现情况见表28。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与大便性质表现的差异无统计学意义($P=0.824$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与大便性质表现有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,大便性质情况之间差异均有统计学意义($P<0.01$),胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,均以大便正常多见。

结直肠癌患者脾虚瘀毒证与大便性质表现情况见表29。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与大便性质表现的差异有统计学意义($P=0.000$),可以认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与大便性质表现有明显差异,脾虚瘀毒证以大便性质偏稀多见,非脾虚瘀毒证以大便性质正常多见。经逐一分析,结直肠癌大便性质正常患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.002$),可以认为结直肠癌大便性质正常中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。结直肠癌大便性质偏稀患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.046$),可以认为结直肠癌大便性质偏稀患者中,脾虚瘀毒证相较于非脾虚瘀毒证多见。结直肠癌大便性质偏干患者中,是否脾虚瘀

毒证之间差异有统计学意义($P=0.003$),可以认为结直肠癌大便性质偏干患者中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。

表 28 胃癌患者脾虚瘀毒证与大便性质情况

中医证候分型	正常[例(%)]	偏稀[例(%)]	偏干[例(%)]	溏结不调[例(%)]	不详[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	87(46.77)	5(2.69)	4(2.15)	1(0.54)	1(0.54)	98
非脾虚瘀毒证	78(41.94)	4(2.15)	2(1.08)	1(0.54)	3(1.61)	88

表 29 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与大便性质情况

中医证候分型	正常[例(%)]	偏稀[例(%)]	偏干[例(%)]	溏结不调[例(%)]	不详[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	40(13.33)	66(22.00)	13(4.33)	12(4.00)	1(0.33)	132
非脾虚瘀毒证	75(25.00)	45(15.00)	33(11.00)	8(2.67)	7(2.33)	168

(4)胃癌患者脾虚瘀毒证与暖气表现情况见表30。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与暖气的差异无统计学意义($P=0.486$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与暖气有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,是否暖气之间差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,均以无暖气多见。

表 30 胃癌患者脾虚瘀毒证与暖气情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	17(9.14)	81(43.55)	98
非脾虚瘀毒证	12(6.45)	76(40.86)	88

(5)胃癌患者脾虚瘀毒证与泛酸表现情况见表31。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与泛酸的差异无统计学意义($P=0.583$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与泛酸有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,是否泛酸之间差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,均以无泛酸多见。

表 31 胃癌患者脾虚瘀毒证与泛酸情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	12(6.45)	86(46.24)	98
非脾虚瘀毒证	10(5.38)	78(41.94)	88

(6)胃癌患者脾虚瘀毒证与恶心呕吐表现情况见表32。胃癌患者是否脾虚瘀毒证与恶心呕吐的差异无统计学意义($P=0.203$),尚不能认为胃癌患者是否脾虚瘀毒证与恶心呕吐有明显差异。经逐一分析,胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,是否恶心呕吐之间差异均有统计学意义($P<0.01$),可以认为胃癌脾虚瘀毒证及非脾虚瘀毒证患者中,均以无恶心呕吐多见。

表 32 胃癌患者脾虚瘀毒证与恶心呕吐情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	21(11.29)	77(41.40)	98
非脾虚瘀毒证	26(13.98)	62(33.33)	88

(7)结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹部肿块表现情况见表33。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹部肿块的差异有统计学意义($P=0.012$),可以认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与腹部肿块有明显差异。经逐一分析,结直肠癌无腹部肿块患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.002$),可以认为结直肠癌无腹部肿块患者中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。

表 33 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与腹部肿块情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	49(16.33)	83(27.67)	132
非脾虚瘀毒证	40(13.33)	128(42.67)	168

(8)结直肠癌患者脾虚瘀毒证与肠鸣表现情况见表34。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与肠鸣表现的差异有统计学意义($P=0.000$),可以认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与肠鸣表现有明显差异。经逐一分析,结直肠癌无肠鸣患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.000$),可以认为,结直肠癌无肠鸣患者中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。

表 34 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与肠鸣情况

中医证候分型	有[例(%)]	无[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	51(16.33)	81(27.67)	132
非脾虚瘀毒证	32(10.67)	136(45.33)	168

(9)结直肠癌患者脾虚瘀毒证与矢气表现情况见表35。结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与矢气表现的差异无统计学意义($P=0.631$),尚不能认为结直肠癌患者是否脾虚瘀毒证与矢气表现有明显差异。经逐一分析,结直肠癌矢气正常患者中,是否脾虚瘀毒证之间差异有统计学意义($P=0.049$),可以认为结直肠癌矢气正常患者中,非脾虚瘀毒证相较于脾虚瘀毒证多见。

表 35 结直肠癌患者脾虚瘀毒证与矢气情况

中医证候分型	正常[例(%)]	增多[例(%)]	减少[例(%)]	合计
脾虚瘀毒证	62(20.67)	69(23.00)	1(0.33)	132
非脾虚瘀毒证	86(28.67)	82(27.33)	0(0.00)	168

3 讨 论

目前胃肠恶性肿瘤发病率及死亡率均较高,严重威胁着患者的生命健康及生活质量。中西医结合治疗在改善近期临床疗效、提高患者生存质量、减少化疗副作用方面发挥着积极作用。既往研究初步表明胃癌中医证候与谷丙转氨酶^[21]、黄体酮^[22]等血清学指标的变化有关。胃癌脾虚毒蕴证患者的肿瘤组织中P2RX7显著高表达,胃癌患者肿瘤组织中P2RX7表达状态与脾虚毒蕴证相关,且P2RX7高表达是胃癌患者脾虚毒蕴证的独立危险因素^[24]。结直肠癌中医证候与CEA、CA19-9、胆红素、血红蛋白、尿酸、红细胞压积、总蛋白、红细胞计数^[24]、血小板计数、纤维蛋白原等血清学指标的变化有关^[25-26]。

胃肠恶性肿瘤发病与既往史、个人史有一定相关性。不同性别胃癌患者合并高血压存在明显差异,以男性胃癌患者合并高血压较多。说明高血压为胃癌患者最常见的既往史,且男性多于女性。不同性别结直肠癌患者合并高血压、糖尿病分别均存在差异,以男性结直肠癌患者合并高血压、糖尿病较多。与相关研究结果一致^[27],高血压、糖尿病会使男性患者的胃肠恶性肿瘤患病风险增加。本研究发现,不同性别胃肠恶性肿瘤患者吸烟、饮酒、非健康饮食均存在差异,以男性患者吸烟、饮酒、非健康饮食较多。饮酒、吸烟、高红肉和加工肉类的摄入、低水果蔬菜的摄入能导致胃肠恶性肿瘤的患病率增加。改善不良生活方式(包括戒烟、戒酒等)、健康饮食,可有效降低胃肠恶性肿瘤的发病率^[28]。胃肠恶性肿瘤发病

的危险因素目前尚未明确,结直肠癌的发生主要与行为及环境因素、遗传因素、慢性炎症、代谢相关疾病等密切相关^[9]。

胃癌患者中医证候以脾虚瘀毒证最为多见。胃癌中医脾虚瘀毒证候与性别、病理分期、血常规(红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板)、粪便常规、生化检验指标(天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮)、CEA、CA19-9、AFP、CA72-4、CA125、腹痛情况、腹胀情况、大便性质、暖气情况、泛酸情况、恶心呕吐情况不存在明显相关性。结直肠癌患者中医证候以脾虚瘀毒证最为多见。结直肠癌中医脾虚瘀毒证候与CEA、CA19-9、大便性质、腹部肿块、肠鸣情况存在一定相关性;与性别、病理分期、血常规(红细胞计数、血红蛋白、白细胞计数、中性粒细胞绝对值、血小板)、粪便常规、生化检验指标(天冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、血肌酐、血尿素氮)、AFP、CA72-4、CA125、腹痛情况、腹胀情况、矢气情况不存在明显相关性。

本次研究病例均来自单一医院,属于单中心、小样本的横断面研究,具有一定地域性及局限性,缺乏高质量循证证据,后期希望进行多中心、大样本研究,以提高研究质量。

参考文献

[1] SIEGEL R L, MILLER K D, FUCHS H E, et al. Cancer statistics, 2022[J]. CA A Cancer J Clinicians,2022,72(1): 7-33.

[2] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3):209-249.

[3] XIA C F, DONG X S, LI H, et al. Cancer statistics in China and United States, 2022: Profiles, trends, and determinants[J]. Chin Med J,2022,135(5):584-590.

[4] HAN B F, ZHENG R S, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022 [J]. J Natl Cancer Cent,2024,4(1):47-53.

[5] MILLER K D, NOGUEIRA L, DEVASIA T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022[J]. CA Cancer J Clin,2022,72(5):409-436.

[6] 李今庸.中医学是中华民族瑰宝[J].中医学刊,2002, 20(5):553-579.

[7] 段春燕,王巧琳,付艳丽,等.益气复生方对晚期胃癌化疗患者临床疗效及血清血管内皮生长因子水平的影响[J].肿瘤药学,2017,7(1):64-68.

[8] 杨格娟,庞瑞,孙永强,等.香砂六君子汤联合针灸治疗胃癌术后胃动力不足的临床疗效[J].肿瘤药学,2018,8(4): 639-643.

[9] 王若进,李绍旦,王朴,等.加减圣愈汤改善晚期结肠癌患者肿瘤化疗相关性中度贫血的临床研究[J].中医药导报, 2021,27(2):49-52,59.

[10] 周学平,叶放,郭立中,等.以病机为核心构建中医辨证论治新体系:国医大师周仲瑛教授学术思想探讨[J].中医杂志,2011,52(18):1531-1534.

[11] 曹洪欣.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社, 2004:195.

[12] 程海波.癌毒病机理论探讨[J].中医杂志,2014,55(20):

1711-1715.

[13] 中国抗癌协会.新编常见恶性肿瘤诊治规范[M].北京:中国协和医科大学出版社,1999.

[14] AMIN M B, GREENEF L, EDGE S B, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging[J]. CA Cancer J Clin, 2017,67(2):93-99.

[15] 程海波,吴勉华,周仲瑛,等.癌毒病机理论辨治恶性肿瘤临床指南[C]/中国科学技术协会,吉林省人民政府.第十九届中国科协年会——分12标准引领中医药学术创新发展高峰论坛论文集.南京中医药大学第一临床医学院江苏高校中医药防治肿瘤协同创新中心,2017:48.

[16] 中华中医药学会脾胃病分会.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006.

[17] 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语:证候部分[M].北京:中国标准出版社,1997.

[18] 李灿东,吴承玉.中医诊断学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012.

[19] 卢伟,沈政洁,程海波,等.运用癌毒病机理论辨治胃癌的探析[J].南京中医药大学学报,2016,32(2):101-103.

[20] 程海波,李柳,吴勉华,等.癌毒病机理论辨治肠癌探讨[J].时珍国医国药,2017,28(10):2487-2488.

[21] 闻晓琳.大肠癌中医证候分布及其差异表达piRNA研究[D].南京:南京中医药大学,2022.

[22] ZHANG J F, ZHAN Z, WU J, et al. Association among lifestyle, clinical examination, polymorphisms in CDH1 gene and Traditional Chinese Medicine syndrome differentiation of gastric cancer[J]. J Tradit Chin Med, 2013,33(5):572-579.

[23] 施俊,陆焯,张璇,等.胃癌证型与雌激素和孕激素受体蛋白表达的关系[J].中西医结合学报,2010,8(7):629-635.

[24] 王小娟,邹晨,戴小军,等.胃癌P2RX7表达状态与中医脾虚毒蕴证的相关性研究[J].中医药导报,2023,29(8):76-79,88.

[25] TAO F F, LV P, XU C B, et al. Metabolomics analysis for defining serum biochemical markers in colorectal cancer patients with qi deficiency syndrome or Yin deficiency syndrome[J]. Evid Based Complement Alternat Med,2017,2017:7382752.

[26] WANG Y N, ZOU M, WANG D, et al. An exploratory study on TCM syndrome differentiation in preoperative patients with colorectal cancer assisted by laboratory indicators[J]. Heliyon,2022,8(8):e10207.

[27] XUAN K, ZHAO T M, SUN C Y, et al. The association between hypertension and colorectal cancer: A meta-analysis of observational studies[J]. Eur J Cancer Prev, 2021,30(1):84-96.

[28] KEUM N, GIOVANNUCCI E. Global burden of colorectal cancer: Emerging trends, risk factors and prevention strategies[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2019,16(12):713-732.

(收稿日期:2025-05-05 编辑:罗英姣)