

## 采用关联规则分析章浩军教授从“结”论治便秘经验

黄毅凌 指导:章浩军

(漳州市芗城区巷口街道社区卫生服务中心,福建 漳州 363000)

**摘要:** 目的 采用关联规则分析章浩军教授从“结”论治便秘用药经验,为临床治疗便秘提供不同的诊疗思路。方法 收集2017年9月—2018年9月就诊于福建省中医药大学附属龙岩中医院章浩军教授门诊的379例便秘患者就诊信息及病历记录,录入Excel 2007表格,建立患者临床资料数据库,采用统计软件SPSS 24.0进行频次、频率统计,关联规则分析采用Microsoft SQL server 2008 Apriori算法。结果 ① 379例便秘患者中医证型:阳明阳结脾约证1例(0.26%),阳明阳结腑实证51例(13.46%),少阳阳微结证192例(50.66%),太阴阴结证131例(34.56%),少阴阴结证4例(1.06%),以少阳阳微结证最为多见。② 379例便秘患者共使用药物131味,其中出现频率前6味药物依次为炒枳实、炙甘草、生白术、大枣、生姜、生白芍。③ 在满足置信度 $\geq 30\%$ ,支持度 $\geq 10\%$ ,重要性 $\geq 0.1$ 的参数设定下,379例便秘患者所用中药关联2项、3项药味时,规则“姜半夏,大枣 $\rightarrow$ 黄芩”置信度最高,规则“炙甘草 $\rightarrow$ 炒枳实”以及“炒枳实 $\rightarrow$ 炙甘草”支持度最高,规则“炒枳实 $\rightarrow$ 生白术”重要性最高。结论 章浩军教授治疗便秘用药重在顾胃气,通腑气,调和阴阳。治疗便秘少阳阳微结证重在畅达气机,和解少阳;治疗便秘太阴阴结证重在益气健脾。

关键词:章浩军;便秘;关联规则;少阳阳微结证;太阴阴结证

中图分类号:R256.35 文献标志码:B 文章编号:1000-338X(2020)06-0064-05

DOI:10.13260/j.cnki.jfjtc.012137

章浩军,现任福建中医药大学附属龙岩中医院副院长、主任医师、教授、硕士生导师,是第二批全国优秀中医临床人才、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、脾胃病专科学科带头人、福建省名中医、龙岩市名中医。笔者有幸师从章浩军教授,随诊学习,见章师从“结”入手,结合《伤寒论》六经辨证,将便秘分阳明阳结证(脾约证、腑实证)、少阳阳微结证、太阴阴结证、少阴纯阴结证四大证型进行论治,执简驭繁,屡获奇效<sup>[1]</sup>。兹采用关联规则分析章师从“结”论治便秘用药经验,为临床治疗便秘提供不同的诊疗思路。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 便秘诊断标准参照《中医内科常见病诊疗指南——中医病证部分》<sup>[2]</sup>。

**1.2 纳入标准** 收集患者就诊信息与记录完整病历,包括一般情况(性别、年龄、居住地、职业、联系电话)、就诊日期、中医诊断、中医证型、舌苔、脉象、中药处方及用药剂量。

**1.3 排除标准** 因其他脏器疾病、精神障碍、药物滥用等引起的便秘者;合并使用治疗便秘的其他药物者;合并有其他疾病的患者。

**1.4 辨证分型标准** 章浩军教授基于六经辨证制定了辨证分型标准<sup>[3]</sup>。① 阳明阳结脾约证:大便干结或便出不爽,数日一行,消谷善饥,食后腹胀或困倦,暖气频作,口干喜温饮,舌红苔黄腻,小便频数

或小便自利,脉细数或细。② 阳明阳结腑实证:大便秘结,数日不通,腹痛拒按,身热汗出,口干,口臭,时欲饮冷,小便短赤,舌红,苔黄燥,脉数。③ 少阳阳微结证:大便干结,胸胁苦满,但头汗出,喜善太息,暖气频作,口干,口苦,舌淡红苔薄黄,脉弦。④ 太阴阴结证:大便不干或黏腻,便出不爽,排出困难,纳呆腹胀,口淡喜温,头晕头重,神疲乏力,形寒肢冷,舌质淡,苔白腻,舌质胖大边有齿痕,脉缓。⑤ 少阴阴结证:大便干或不干,排出困难,面色苍白,四肢不温,喜热怕冷,小便清长,或腹中冷痛,拘急拒按,或腰膝酸冷,舌淡,苔白或薄腻,脉沉迟或沉弦。

**1.5 病例来源** 源自2017年9月—2018年9月就诊于福建省中医药大学附属龙岩中医院章浩军教授门诊的便秘患者,共379例。

## 2 研究方法

**2.1 数据库建立与录入** 经筛选整理,将379例患者资料(一般情况、辨证分型、中药处方及用药剂量)录入Excel 2007表格,建立患者临床资料数据库。

**2.2 关联规则分析** 采用统计软件SPSS 24.0进行频次、频率统计,关联规则分析采用Microsoft SQL server 2008 Apriori算法。关联规则是形如A药物 $\rightarrow$ B药物的蕴涵表达式( $\rightarrow$ 表示关联),其强度可以用支持度(support)和置信度(confidence)度量。支持度表示X药物和Y药物在所有处方中同时出现的概率,置信度表示A药物在含有B药物的处方中出现的概率。重要性(importance)是用来判断A药物和B药物的相关性,重要性为0表示A药物和B药物之间没有任何关联,重要性 $> 0$ 表示A药物和B

收稿日期:2020-07-20

基金项目:福建省中医药科研项目(2017FJYL404);第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(2017-125)

作者简介:黄毅凌(1989—),女,医学硕士,主要从事温病病机理论与临床应用研究。

药物是正相关,重要性 $<0$ 表示A药物和B药物是负相关。

### 3 结果与分析

**3.1 一般情况** 379例患者中男176例,占46.4%,女20例,占53.6%,男女比例为0.87:1;年龄 $(46.94 \pm 22.48)$ 岁;中医证型:阳明阳结脾约证1例(占0.26%),阳明阳结腑实证51例(占13.46%),少阳阳微结证192例(占50.66%),太阴阴结证131例(占34.56%),少阴阴结证4例(占1.06%)。由此可见,中医证型以少阳阳微结证最为多见。

**3.2 用药情况** 见表1。379例便秘患者共使用中药131味,4457频次,每个处方平均11.76味中药。在处方中出现频率前30位的中药共计3912频次,占全部中药总频次的87.77%,其中炒枳实、炙甘草、生白术、大枣、生姜、生白芍6味药使用频率高于60.00%。根据《中药学》<sup>[4]</sup>分类标准将频率前30位的中药分类,显示章师治疗便秘最常使用理气药、补虚药、解表药、清热药、化痰止咳平喘药、温里药、利水渗湿药、泻下药、化湿药、活血化瘀药、平肝熄风药、收涩药等。

表1 379例便秘患者用药频次情况

序号	中药名称	频次	频率/%	序号	中药名称	频次	频率/%
1	炒枳实	339	89.45	16	生地黄	85	22.43
2	炙甘草	310	81.79	17	黄连	78	20.58
3	生白术	268	70.71	18	党参	75	19.79
4	大枣	262	69.13	19	百合	65	17.15
5	生姜	260	68.60	20	玄参	63	16.62
6	生白芍	246	64.91	21	麦冬	46	12.14
7	北柴胡	225	59.37	22	陈皮	46	12.14
8	黄芩	218	57.52	23	蝉蜕	41	10.81
9	姜半夏	209	55.15	24	姜黄	38	10.03
10	干姜	206	54.35	25	炒僵蚕	37	9.76
11	桂枝	167	44.06	26	淡豆豉	33	8.71
12	茯苓	152	40.11	27	当归	31	8.18
13	酒大黄	125	32.98	28	五味子	30	7.92
14	姜厚朴	112	29.55	29	生牡蛎	27	7.12
15	红参	91	24.01	30	川芎	27	7.12

**3.3 关联规则分析** 本研究在满足置信度 $\geq 30\%$ ,支持度 $\geq 10\%$ ,重要性 $\geq 0.1$ 的参数设定下,关联2项、3项、4项、5项药味进行运算。经筛选,选择具有较大临床指导意义的2项及3项药味关联规则结果分析。在满足给定的参数设定下,379例患者所用中药关联2项药味时共获得7525条药味关联规则,关联3项药味时共获得53427条药味关联规则;192例少阳阳微结证患者所用中药关联2项药味时共获得10040条药味关联规则,关联3项药味时共获得59097条药味关联规则;131例太阴阴结证患者所用中药关联2项药味时共获得12123条药味关联规则,关联3项药味时共获得62265条药味关联规则。篇幅所限,综合置信度、支持度、重要性进行筛选,置信度 $\geq 57\%$ ,支持度 $\geq 19\%$ ,重要性 $\geq 0.1$ 关联规则结果见表2~表4。

通过表2可以看出:置信度前三位的关联规则依次是:“姜半夏,大枣→黄芩”“生姜→大枣”“姜半夏,炙甘草→黄芩”;支持度前三位的关联规则依次是:“炒枳实→炙甘草”“炒枳实→生白术”“生姜→大枣”“大枣→生姜”(并列);重要性前三位的关联规则依次是:“炒枳实→生白术”“黄芩→姜半夏”“大

枣→生姜”。此外,观察关联规则结果可发现:相同药味在交换规则前、后件位置后得出的置信度并不相同,如:规则“生姜→大枣”的置信度为96.70%,而规则“大枣→生姜”的置信度仅为95.14%,说明使用生姜的处方中同时使用大枣的概率为96.70%,而使用大枣处方中同时使用生姜的概率仅为95.14%。

通过表3可以看出:置信度前三位的关联规则依次是:“桂枝,生姜→生白芍”“茯苓,生白芍→桂枝”“桂枝,姜半夏→干姜”;支持度前三位的关联规则依次是:“生白芍→桂枝”“生白芍,炙甘草→桂枝”“生白芍,大枣→桂枝”;重要性前三位的关联规则依次是:“生白芍→桂枝”“茯苓,生白芍→桂枝”“桂枝,炙甘草→茯苓”。

通过表4可以看出:关联规则“大枣,炙甘草→生姜”和“生白术→炒枳实”置信度达100.00%;支持度前三位的关联规则依次是:“炒枳实→生白术”“生白术→炒枳实”和“炒枳实→炙甘草”(并列);重要性前三位的关联规则依次是:“生姜,炒枳实→大枣”,“生姜→大枣”(并列),“生姜,生白术→大枣”。

表 2 379 例总样本关联规则结果

关联规则	置信度/%	支持度/%	重要性
姜半夏,大枣→黄芩	97.06	34.83	0.74
生姜→大枣	96.70	46.44	0.92
姜半夏,炙甘草→黄芩	96.30	34.30	0.71
姜半夏,生姜→黄芩	95.49	33.51	0.66
姜半夏→黄芩	95.30	37.40	0.94
大枣→生姜	95.14	46.44	1.05
姜半夏,炒枳实→黄芩	94.93	34.56	0.71
黄芩,生姜→姜半夏	93.38	33.51	0.73
黄芩,大枣→姜半夏	92.96	34.83	0.81
黄芩→姜半夏	92.21	37.40	1.12
黄芩,炒枳实→姜半夏	91.61	34.56	0.78
黄芩,炙甘草→姜半夏	91.55	34.30	0.76
炙甘草→炒枳实	90.95	53.03	0.11
炒枳实→炙甘草	86.27	53.03	0.16
炒枳实→生白术	77.68	47.76	1.13
大枣→黄芩	76.76	37.47	0.69
大枣→姜半夏	73.51	35.88	0.64
生白芍,生姜→桂枝	68.28	26.12	0.64
生白芍,大枣→桂枝	67.35	26.12	0.63
炒枳实→北柴胡	64.81	39.84	0.66
生白芍→桂枝	60.57	27.97	0.67

注:→表示关联。

表 3 192 例少阳阳微结证关联规则结果

关联规则	置信度/%	支持度/%	重要性
桂枝,生姜→生白芍	96.61	29.69	0.15
茯苓,生白芍→桂枝	86.36	19.79	0.42
桂枝,姜半夏→干姜	80.00	22.92	0.20
桂枝,黄芩→干姜	77.97	23.96	0.19
茯苓,炙甘草→桂枝	72.73	20.83	0.32
茯苓,黄芩→桂枝	71.70	19.79	0.30
茯苓,大枣→桂枝	71.15	19.27	0.29
茯苓→桂枝	70.69	21.35	0.31
干姜,生白芍→桂枝	68.75	22.92	0.32
桂枝,黄芩→茯苓	64.41	19.79	0.38
桂枝,炙甘草→茯苓	63.49	20.84	0.39
桂枝→茯苓	61.19	21.35	0.37
桂枝,大枣→茯苓	60.66	19.27	0.32
桂枝,生白芍→茯苓	60.32	19.79	0.33
生白芍,生姜→桂枝	58.16	29.69	0.31
生白芍,炙甘草→桂枝	57.84	30.73	0.35
生白芍→桂枝	57.80	32.81	0.51
生白芍,大枣→桂枝	57.43	30.21	0.31

注:→表示关联。

#### 4 讨论

治疗便秘方法有采用中西医结合<sup>[5]</sup>,亦有采用中医外治<sup>[6]</sup>。章师追本溯源,以传统中医药最常用的中药汤剂治愈了众多便秘病患者。章师临证用药虽寻常,却紧扣病因病机,并非见秘则泻,而是究其根本,从六经辨证施治,顾胃气,通腑气,调和阴阳。基

表 4 131 例太阴阴结证关联规则结果

关联规则	置信度/%	支持度/%	重要性
大枣,炙甘草→生姜	100.00	28.24	0.70
生白术→炒枳实	100.00	66.41	0.36
炒枳实→生白术	97.75	66.41	0.68
大枣,炒枳实→生姜	97.67	32.06	0.91
大枣→生姜	97.67	32.06	0.91
大枣,生白术→生姜	97.56	30.53	0.80
生姜,炒枳实→大枣	89.36	32.06	1.31
生姜→大枣	89.36	32.06	1.31
生姜,生白术→大枣	88.89	30.53	1.03
生白术→炙甘草	83.91	55.73	0.29
炒枳实→炙甘草	83.15	56.49	0.31
生姜→生白芍	74.47	26.72	0.46
炙甘草,炒枳实→生白芍	58.11	32.82	0.46
炙甘草,生白术→生白芍	57.53	32.06	0.38
炙甘草→生白芍	57.33	32.82	0.43

注:→表示关联。

于关联规则分析章师门诊便秘患者的用药情况,则更为客观化、科学化和规范化地总结了其用药经验。

**4.1 病因病机** 现代医家多从脏腑论治便秘<sup>[7]</sup>,亦有从“火证<sup>[8]</sup>”“湿<sup>[9]</sup>”“痰<sup>[10]</sup>”“气<sup>[11]</sup>”“三焦<sup>[12]</sup>”等角度论治便秘。章师对内伤杂病特别是脾胃诸病进行辨治与临证研究,至今已三十余载,通过不断的临床摸索和总结,创新性形成了“从六经辨治脾胃病”的临床辨证理论,其中尤以从“结”论治便秘最为独特。古代即有称便秘为“结”之说,从《黄帝内经》到《伤寒杂病论》及后世医家亦多有论述。“结”者,有“聚合、凝聚”之义,用以论述便秘之病因病机可谓贴切。章师在《六经辨治脾胃病》一书中云:“‘阳结’便秘,即阳明腑气结滞,阳气独盛,阴不足以济阳而出现大便不通;而‘阳微结’则是指阳气郁伏于少阳半表半里,热结尚浅……,‘阳微’并非是‘阳气微弱’,意在说明邪结程度尚轻……,便秘‘阴结’者系病在太阴,为寒证、虚证,即为太阴脏寒,阳气亏虚,阴寒凝结,阴气独盛,阳不足以化阴,传导失常而致大便反硬;而‘纯阴结’为病结少阴,属虚寒之证,系太阴病‘阴结’进一步发展至少阴病而成。”<sup>[3]</sup>一段话,寥寥百多字,道尽便秘从“结”论治内涵。

**4.2 发病证型** 在《六经辨治脾胃病》一书中,章师基于六经辨证,将便秘分为阳明阳结证、少阳阳微结证、太阴阴结证以及少阴纯阴结证四大证型进行了详述<sup>[3]</sup>。入组的 379 例便秘患者发病证型以少阳阳微结证最为多见,这与少阳阳微结证的病因病机及患者发病年龄相关。少阳“阳微结”所要表明的是邪气与阳气的轻度郁结,致使少阳枢机不利。本病患者多为青中年患者,其正处阳气由盛转亏的阶段,阳气亏虚不足,邪气则乘虚而入达少阳。而少阳之阳气虽不若阳明充盛,却未及太阴、少阴之虚衰,邪

气不能直接入里,而停在半表半里,发病少阳,程度尚浅,是以青中年发病多以少阳证多见。

**4.3 治法与方药** 章师常说:“既已识得病因病机,则治法可得。”其从“结”论治便秘:阳明“阳结”治以通腑攻下(腑实证)与润肠攻下(脾约证),少阳“阳微结”治以畅达枢机,太阴“阴结”治以温补脏寒,少阴“纯阴结”治以温阳通便<sup>[3]</sup>。阳明“阳结”便秘,辨其“大便难”之轻重,可分为阳明脾约证及阳结腑实证。阳明脾约属胃热肠燥津亏所致,故麻子仁丸治之;阳结腑实证者,热实较轻当以小承气汤轻下实热,实热甚者则当以大承气汤峻下实热。少阳“阳微结”为少阳枢机不利,当畅达气机,和解少阳,故章师常予小柴胡汤加减,此方乃少阳万病之宗。太阴“阴结”为太阴脾阳亏虚,寒凝内结,阻滞肠腑气机,当选中汤合枳术丸。少阴“纯阴结”为阴寒内盛,非四逆汤不可解。

便秘主要是由大肠传导失司所致,同时与脾胃功能失调息息相关,故章师用药尤以炒枳实、炙甘草、生白术、大枣等理气补虚药为主,意在顾护脾胃,通理腑气,通散郁滞在肠道之“结”。而解表药、清热药、化痰止咳平喘药、温里药、利水渗湿药、泻下药、化湿药、活血化瘀药、平肝熄风药、收涩药的运用,说明章师处方用药灵活多变,因症施药;亦说明便秘一病看似简单,实则复杂多变,需在诊疗中细细察辨,不拘泥,不妄用,运用整体观念辨证论治,因人施治。

**4.4 关联规则分析** 在总样本 379 例便秘患者用药中,关联规则“炒枳实→生白术”的重要性(1.13)最高,且其置信度(77.68%)和支持度(47.76%)亦不低。虽然出现频次最高的药对为“炙甘草-炒枳实”,其相应的关联规则“炙甘草→炒枳实”和“炒枳实→炙甘草”的支持度也最高,置信度亦高于 90%,但二者的重要性均小于 0.2。故综合来看,“炒枳实-生白术”这一药对仍是章师用药时最喜欢使用的。炒枳实和生白术合用,即为枳术丸。枳术丸源于《金匱要略》中的枳术汤,原文曰:“心下坚,大如盘,边如旋盘,水饮所作,枳术汤主之。”炒枳实与生白术用量比例为 2:1,后张完素将其用量比例变化为 1:2,并改汤剂为丸剂,用于饮食所伤而致的痞证,称为枳术丸。李东垣将此方收于《脾胃论》,注明该方可“治痞,消食,强胃”。章师以此为据,重用生白术至 60 g,以达运脾气、恢复脾胃升降之效,益气通便而不伤正,并将炒枳实与生白术用量比例改为 1:3,意在补中有消,而无留滞之虞。经章师化裁后的枳术丸,消补兼施,亦体现其在论治便秘过程中顾胃气、通腑气的思想。胃气存则气血得以化生,而无留滞之虞;腑气通则“结”可散,便秘自愈。阴阳乃自然界的根本规律,阴阳调和,自然百病不生。

通过少阳阳微结证的关联规则分析同样可以发现,出现频次较高的药对,虽然支持度相应的会较高,但其重要性均较低。这表明置信度、支持度以及重要性,三者各有含义,应综合性来分析,这对于临床更具实用意义。此外,少阳阳微结证用药中,关联规则“生白芍→桂枝”的置信度为 57.80%,支持度为 32.81%,重要性为 0.51。其中桂枝辛温,生白芍酸寒,一治卫强,一治营弱,二者相合则可调和营卫,斡理阴阳。少阳证之阳微结,乃枢机不利,气机抑郁不伸,邪在半表半里,以“生白芍-桂枝”调和阴阳,阴阳合则枢机利,亦可达到和解少阳、疏理气机之效。太阴证之阴结,乃太阴脏寒,阳气亏虚,阴寒凝结所致,病位在脾,太阴阴结证用药情况的关联规则结果显示:章师用药以“枳术丸”居多(关联规则“生白术→炒枳实”的置信度为 100.00%,支持度为 66.41%,重要性为 0.36;关联规则“炒枳实→生白术”的置信度为 97.75%,支持度为 66.41%,重要性为 0.68),且多配以生姜、大枣、炙甘草。

#### 病例介绍

张某,女,46岁,已婚,龙岩市新罗区人,初诊时间:2018年9月4日。患者诉反复大便干结3年余,排便艰难,便如羊粪样,2~3日一行,小便尚调,口干口苦,偶胃脘胀闷不适,平素汗出多,纳寐尚可。舌淡红,苔白稍厚,脉弦。四诊合参,诊断为:少阳“阳微结”之便秘,为少阳枢机不利所致,治以和解少阳,方选小柴胡汤加减,处方:大枣 10 g,生姜 10 g,生白术 60 g,炙甘草 10 g,炒枳实 20 g,桂枝 10 g,白芍 10 g,姜半夏 10 g,黄芩 10 g,柴胡 10 g。7剂,水煎服,日1剂,分早晚饭后温服。

2018年9月11日二诊。患者服药后大便一二日一行,仍干结,余症同前,舌淡红,苔白稍厚,脉弦。守前方加酒大黄 6 g,继服 7 剂。

2018年09月18日三诊。患者大便得通,日行一次,但初头较硬后软,汗出多较前明显好转,舌淡红,苔白稍厚,脉弦。守前方加茯苓 30 g,继服 7 剂后,患者大便质软成形,日行一次。

按:本案便秘为少阳枢机不利之“阳微结”。少阳主三焦气机,上焦不通,津液不下,进而影响肠道蠕动功能,食物糟粕停留大肠时间延长,水分吸收过多,则大便干结、排便难,治之当以和解少阳之小柴胡汤为主方加减。另患者平素汗出多,偶有胃脘胀闷不适,考虑为营卫不和,脾胃气滞,故在方中加用调和营卫之桂枝汤、理气健脾之枳术汤。患者舌淡红,苔白稍厚,故去小柴胡汤中之参,免去滋腻之忧。二诊患者排便时间由二三日一行变为一二日一行,但仍大便干结,偶胃脘胀闷不适,故而守前方加导滞通便之酒大黄。三诊患者大便得通,但初头较

硬后软,且苔白稍厚,故守前方加用健脾渗湿之茯苓,继服 7 剂后终得痊愈。

#### 参考文献

- [1] 章浩军,范文东,李丽.便秘从“结”论治临床研究与应用[J].中医药通报,2015,14(3):20-23.
- [2] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:86-88.
- [3] 章浩军.六经辨治脾胃病[M].北京:中国中医药出版社,2018:154-169.
- [4] 高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007:53-487.
- [5] 林智颖,林侃,郑关毅.中西医结合治疗帕金森病便秘 32 例[J].福建中医药,2017,48(1):5-6.

- [6] 张秀端,吴曦.中药择时灌肠治疗化疗患者便秘 38 例[J].福建中医药,2017,48(2):67-68.
- [7] 刘绍能.便秘的脏腑论治探析[J].北京中医药,2011,30(8):598-599.
- [8] 周湘云,邝宇香,黄穗平.余绍源从火证论治便秘经验[J].广州中医药大学学报,2018,35(3):529-531.
- [9] 胡昕.王文友从湿论治“便秘”经验浅析[J].中国实用医药,2018,13(34):191-193.
- [10] 张小军.便秘从痰论治体会[J].西部中医药,2002,15(6):49.
- [11] 庞雪,白克运.从气论治便秘的进展[J].陕西中医药大学学报,2012,35(5):104-105.
- [12] 刘薇,刘仍海.从三焦论治便秘[J].中国临床医生杂志,2015,43(12):88-89.

(上接第 58 页)

于基础研究,最终实现肠癌患者的动态化诊疗,体现中医药治疗肠癌的独特优势,对于肠癌中医药分期规范诊疗具有重要的指导意义。

#### 参考文献

- [1] 邹菁,张丽英.肠安方联合化疗治疗大肠癌术后临床观察[J].上海中医药杂志,2009,43(2):33-35.
- [2] 林洪生,张英.从“扶正培本”到“固本清源”:中医药治疗肿瘤理论的传承与创新[J].中医杂志,2016,57(4):295-298.
- [3] 许博文,曹璐畅,李杰.基于固本清源理论探讨肿瘤病的临证辨治[J].环球中医药,2019,12(11):1662-1666.
- [4] 屈帅勇,马纯政.浅谈恶性肿瘤因病机之正虚毒毒[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(15):79-81.
- [5] 蔡玉荣,王雄文.从扶正祛邪探讨肿瘤的临床诊治[J].新中医,2017,49(8):181-184.
- [6] 余桂清,梁富义,张代钊.21 世纪恶性肿瘤中西医结合防治研究[J].中国中西医结合杂志,1999,19(7):3-5.
- [7] 王俊壹,程海波.癌毒病机理论与“固本清源”理论辨析[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4687-4690.
- [8] 叶吉晃,周仲瑛.周仲瑛教授的“伏毒”学说[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(12):36.
- [9] 钦敬茹,王中奇.“正虚伏毒”与肿瘤发生和转移[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(4):131-134.
- [10] 刘瑞,郑红刚,何姝霖,等.中西医治疗肿瘤的优势结合与实践思路[J].中华中医药杂志,2015,30(4):1156-1159.
- [11] 林洪生,许炜茹,张英.肿瘤干细胞对传统肿瘤治疗理念提出新的挑战[J].中国肿瘤,2011,20(8):593-596.
- [12] 李嘉俊,赵杰,赫兰晔,等.大肠癌的中医药治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2018,27(21):2391-2394.
- [13] 郑浩,陆为民.国医大师徐景藩治疗大肠癌经验[J].湖南中医杂志,2015,31(2):20-21.
- [14] 邬晓东,管艳.周岱翰治疗大肠癌的中医临证思路[J].广州中医药大学学报,2015,32(2):366-368.
- [15] 何煜舟,宋欣伟,阮善明,等.周仲瑛教授治疗大肠癌的治法治则探讨[J].中华中医药学刊,2010,28(4):696-697.
- [16] 吕丽媛,刘杰,侯炜,等.基于无尺度网络分析方法对肠癌中医治疗特点的初步研究[J].世界科学技术-中医药现代化,

- 2014,16(6):1252-1255.
- [17] 郑佳彬,王应天,关颀,等.复方斑蝥胶囊预防 期结肠癌患者术后复发转移的多中心临床研究[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(1):37-41.
- [18] 张玉人,林洪生,张英.基于“伏毒”学说的扶正祛毒法防治恶性肿瘤转移的理论探讨[J].北京中医药大学学报,2014,37(9):586-588,597.
- [19] 贾英丽,徐悦泽,王晶超,等.中医健脾祛瘀法治疗大肠癌疗效分析[J].黑龙江中医药,2019,48(2):312-313.
- [20] 黄兆明,熊墨年.健脾化痰解毒法加化疗治疗晚期大肠癌疗效分析[J].浙江中西医结合杂志,2000,10(6):18-19.
- [21] 吕鹏,马军宏,周振理.四君子汤对结肠癌术后患者早期免疫功能的影响[J].中国卫生产业,2012,9(5):153-154.
- [22] 崔钰珠,邢晓静,于慧会,等.四君子汤加减方联合化疗改善大肠癌患者生存质量的 meta 分析[J].中国当代医药,2017,24(22):7-10.
- [23] 王桦影.二至丸对结肠癌细胞侵袭转移的作用机理研究[D].南昌:江西中医药大学,2019:34-45.
- [24] 戴幸平,李家邦,陈松,等.四君子汤对脾虚证大鼠淋巴细胞功能的影响(英文)[J].中国现代医学杂志,2006,16(9):1288-1289,1297.
- [25] 阮善明,沈敏鹤,李梦婷,等.清热解毒法基于 Bel-2/Bax 等凋亡信号通路调控结肠癌的研究[J].中华中医药学刊,2013,31(7):1531-1534.
- [26] 周昱岐,张映城,魏品康,等.消痰散结方对结肠癌干细胞样细胞凋亡的影响及相关机制研究[J].中国医药导报,2017,14(24):17-20.
- [27] 李妍,钱丽燕,唐朋林,等.热毒血症证结肠癌荷瘤小鼠模型的建立及清热解毒活血化痰法对其的影响[J].中华中医药杂志,2017,32(3):1336-1339.
- [28] 李妍.中药干预对热毒血症证荷瘤小鼠肺组织中基质金属蛋白酶及 ERK 影响的研究[D].杭州:浙江中医药大学,2013:32-41.
- [29] 华杭菊.膈下逐瘀汤逆转裸鼠移植瘤 MDR-1 的实验研究及逆转复发转移大肠癌 MDR-1 的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2013:24-29.