

健脾祛湿化瘀食疗方干预脾虚湿瘀型结直肠癌化疗相关性腹泻临床研究

肖舒静, 蔡姣芝, 杨敏菲, 成燕云

广州中医药大学第二附属医院/广东省中医院肿瘤科, 广东 广州 510120

〔摘要〕目的: 观察健脾祛湿化瘀食疗方干预脾虚湿瘀型结直肠癌化疗相关性腹泻(CID)的临床疗效及对患者功能状态的改善作用。方法: 选取2023年3—12月在广东省中医院肿瘤科住院部接受术后化疗的脾虚湿瘀型结直肠癌患者共66例。采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组33例。对照组采用对症护理联合安慰剂干预, 观察组采用对症护理联合健脾祛湿化瘀食疗方干预。2组疗程均为10天。比较2组干预前后腹泻、腹痛、粪便性状分级, Karnofsky评分(KPS评分), 以及干预后腹泻、腹痛发生率。结果: 干预后, 观察组腹泻、腹痛、粪便性状分级均较干预前改善, 且均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 对照组腹泻、腹痛、粪便性状分级与干预前比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后, 观察组KPS评分较干预前升高, 且高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 观察组腹泻发生率46.88% (15/32), 低于对照组75.00% (24/32), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组腹痛发生率34.38% (11/32), 低于对照组65.63% (21/32), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 健脾祛湿化瘀食疗方可有效缓解脾虚湿瘀型结直肠癌化疗患者的腹泻、腹痛症状, 提高其功能状态。

〔关键词〕 化疗相关性腹泻; 结直肠癌; 脾虚湿瘀型; 健脾祛湿化瘀食疗方; 功能状态

〔中图分类号〕 R247.1; R273

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 0256-7415 (2026) 08-0141-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.023

Clinical Study on Spleen-Fortifying, Dampness-Resolving and Stasis Dissolving Dietary Prescription for Intervention in Chemotherapy-Induced Diarrhea in Colorectal Cancer of Spleen Deficiency and Phlegm Blended with Blood Stasis Type

XIAO Shujing, CAI Jiaozhi, YANG Minfei, CHENG Yanyun

Department of Oncology, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine/Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of spleen-fortifying, dampness-resolving and stasis dissolving dietary prescription in intervening chemotherapy-induced diarrhea (CID) in colorectal cancer of spleen deficiency and phlegm blended with blood stasis type, and to explore its effect on improving patients' functional status. **Methods:** A total of 66 colorectal cancer patients of spleen deficiency and phlegm blended with blood stasis type who received postoperative chemotherapy in the Oncology Department of Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine between March and December 2023 were selected. They were randomly divided into a control group and an observation group using a random number table method, with 33 cases in each group. The control group received symptomatic care combined with a placebo intervention, while the observation group received symptomatic care combined with the spleen-fortifying, dampness-resolving and stasis dissolving dietary prescription intervention. Both groups were treated for 10 days. Diarrhea, abdominal pain, stool consistency grading, Karnofsky Performance

〔收稿日期〕 2025-09-16

〔修回日期〕 2026-03-08

〔基金项目〕 2022年广东省中医院中医药科学技术研究专项基金项目(YN2022HL03)

〔作者简介〕 肖舒静(1983-), 女, 主管护师。

〔通信作者〕 蔡姣芝(1971-), 女, 副主任护师。

Status (KPS) score before and after the intervention, as well as the incidence of diarrhea and abdominal pain after the intervention were compared between the two groups. **Results:** After the intervention, the grading of diarrhea, abdominal pain, and stool consistency improved in the observation group compared to before the intervention and was superior to that in the control group, with differences being significant ($P < 0.05$). In the control group, there were no significant differences in the grading of diarrhea, abdominal pain, and stool consistency compared to before the intervention ($P > 0.05$). After the intervention, the KPS score in the observation group increased compared to before the intervention and was higher than that in the control group, with differences being significant ($P < 0.05$). After the intervention, the incidence of diarrhea was 46.88% (15/32) in the observation group, which was lower than 75.00% (24/32) in the control group, with the difference being significant ($P < 0.05$). The incidence of abdominal pain was 34.38% (11/32) in the observation group, lower than that of 65.63% (21/32) in the control group, with the difference being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The spleen-fortifying, dampness-resolving and stasis dissolving dietary prescription can effectively alleviate diarrhea and abdominal pain, and improve the functional status of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy of spleen deficiency and phlegm blended with blood stasis type.

Keywords: Chemotherapy-induced diarrhea; Colorectal cancer; Spleen deficiency and phlegm blended with blood stasis type; Spleen-fortifying, dampness-resolving and stasis dissolving dietary prescription; Functional status

结直肠癌是一种常见的消化道恶性肿瘤,近年来该病的发病率不断上升,并出现年轻化趋势^[1],且病死率在所有肿瘤中排名第二^[2],对生命健康构成严重威胁。结直肠癌术后化疗能提高结直肠癌的根治率,延长晚期患者的生存期。腹泻是结直肠癌患者化疗后常见的不良反应,5-氟尿嘧啶、伊立替康、卡培他滨等常用化疗药物导致的化疗相关性腹泻(CID)发生率达50%~80%^[3],若治疗不当,严重者可导致脱水、电解质紊乱、肾功能和循环衰竭,降低患者的生活质量,甚至危及生命^[4]。中医学认为,结直肠癌术后化疗患者因脾胃受损,运化失司,易致脾虚湿困^[5],而湿邪黏滞,易阻气机,又可影响血行,与瘀血互为因果(湿邪久蕴可致瘀,瘀血内阻又碍湿邪宣化),形成脾虚→湿瘀互结→肠道功能紊乱的病理闭环。化疗药物属中医学药毒范畴,进一步伐伤脾胃,加重脾虚湿瘀,使肠道分清泌浊失常,此为结直肠癌术后CID发生的核心病机。

从现代病理机制看,脾虚湿瘀状态下,肠道黏膜屏障易受损(脾虚致肠黏膜修复能力下降,湿瘀致局部微循环障碍、炎症因子堆积)^[6],同时肠道菌群失衡(有益菌减少、致病菌增殖),双重作用下加剧腹泻发生^[7]。本研究立足“未病先防,食养扶正”理念,筛选薏苡仁、白扁豆、山药、茯苓、三七等组

成健脾祛湿化瘀食疗方,方中薏苡仁健脾渗湿,其含有的多糖成分可调节肠道菌群、抑制促炎因子^[8];白扁豆化湿和中,其含有的皂苷成分能保护肠黏膜^[9];山药补脾益胃,其含有的黏液蛋白可修复肠道黏膜机械屏障^[10];茯苓利水渗湿,其含有的多糖成分可增强免疫^[11];三七可降低肠道微环境通透性^[12]。通过构建健脾祛湿化瘀→纠正脾虚湿瘀→改善肠道微环境与屏障功能的干预路径,将健脾祛湿化瘀食疗方用于脾虚湿瘀型结直肠癌术后化疗患者,观察此方对结直肠癌术后CID的防治作用,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①参考《中国结直肠癌诊疗规范2020版》^[13],经病理学或细胞学检查确诊为结直肠癌,经手术治疗后进行辅助化疗。②参考文献[14-15]制定脾虚湿瘀证候量化评分标准:主症(大便溏、腹痛、腹胀)按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分;次症(体倦乏力、食少纳呆、里急后重)按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分;舌脉象(舌质淡胖而暗,有瘀点、瘀斑,脉弦滑或涩),符合者计3分,不符合者计0分。总分≥8分可辨为脾虚湿瘀证。③年龄18~75周岁。④Karnofsky评分(KPS评分)≥60分(此类患者生活基本可自理,具备接受化疗和研究干预的身体基础,能保证研究顺利开展),预计生存期>

6个月。⑤对本研究内容知情,并签署知情同意书。

1.2 排除标准 对健脾祛湿化瘀食疗方中药物过敏者;合并功能性肠病、肠道感染性疾病等影响肠道功能的疾病者;其他原因引起的慢性腹泻疾病或每天大便次数>3次者;严重精神障碍,无法交流者。

1.3 脱落标准 研究期间发生其他疾病需紧急治疗导致无法继续执行本方案者;病例报告表记录不完整、不规范,无法进行疗效评价;非因严重不良反应或医学必要原因自行退出试验;依从性差(出院后未按要求打卡记录或失联)。

1.4 剔除标准 入组后核查发现不符合纳入标准(如中医证候评分误判、合并禁忌证等);研究过程中接受其他止泻药物治疗(如蒙脱石散、生长抑素类药物等);出现严重肝肾功能损害[丙氨酸氨基转移酶(ALT)/天门冬氨酸氨基转移酶(AST)>3倍正常值上限,血肌酐(SCr)>1.5倍正常值上限];因个人原因要求停止试验,且经研究者评估同意终止。

1.5 一般资料 采用单中心、前瞻性随机对照试验研究方法。根据两独立样本均数比较的计算公式^[16],应用样本量估算软件PASS11.0,在1-β为0.8,α为0.05时,计算出每组样本含量为30例,按10%的脱落率增加样本量,本研究的样本量取66例。选取2023年3—12月在广东省中医院肿瘤科住院部接受术后化疗的脾虚湿瘀型结直肠癌患者共66例。因健脾祛湿化瘀食疗方与安慰剂的食材组成存在本质差异,故无法对患者和随访人员完全隐瞒分组信息(即无法实施完全盲法),但疗效评价由第三方执行盲法。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组33例。试验过程中,2组各有1例患者因不按计划执行天数>2天而脱落。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经过广东省中医院医学伦理委员会批准(伦理批件号:BF2023-072)。

2 干预方法

2.1 对照组 采用对症护理联合安慰剂干预。①对症护理。营养专科护士计算每天能量(25~30 kcal/kg)、蛋白质(1.2~1.5 g/kg)需求,制定个性化膳食方案:餐次分配为每天5~6餐(少食多餐),膳食结构以优质蛋白(占50%以上,如鱼肉、蛋、乳清蛋白)、易消化碳水、适量膳食纤维(蔬菜泥、水果泥)为主,忌油腻、辛辣刺激食物。腹泻管理:口服盐酸洛哌

表1 2组一般资料比较[$(\bar{x}\pm s)$ 或例(%)]

一般资料	分类	观察组 (例数=32)	对照组 (例数=32)	$t/\chi^2/Z$ 值	P 值
年龄(岁)	-	59.00±8.86	59.97±11.36	-0.780	0.436
性别	男	13(40.60)	18(56.30)	1.501	0.210
	女	19(59.40)	14(43.80)		
确诊时间 (年)	<1	16(50.00)	11(34.38)	3.264	0.708
	1~2	5(15.63)	12(37.50)		
	2~5	9(28.13)	8(25.00)		
	>5	2(6.25)	1(3.13)		
TNM分期	Ⅲ期	5(15.63)	3(9.38)	3.053	0.223
	Ⅳ期	27(84.38)	29(90.63)		
疗程(个)	-	3.44±1.60	3.47±1.69	0.082	0.944
化疗方案	FOLFIRI	3(9.40)	1(3.10)	4.210	0.702
	FOLFOXIRI	2(6.30)	0		
	FOLFOX	12(37.50)	15(46.88)		
	XELIRI	3(9.40)	3(9.40)		
	XELOX	5(15.60)	7(21.90)		
	单药伊立替康	3(9.40)	4(12.50)		
	其他	4(12.50)	2(6.30)		

注:TNM分期参考文献[17]划分。FOLFIRI方案为伊立替康、5-氟尿嘧啶、亚叶酸钙;FOLFOXIRI方案为5-氟尿嘧啶、亚叶酸钙、伊立替康、奥沙利铂;FOLFOX方案为奥沙利铂、5-氟尿嘧啶、亚叶酸钙;XELOX方案为奥沙利铂、卡培他滨、亚叶酸钙;XELIRI方案为卡培他滨、伊立替康。

丁胺胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字H10910085,规格:2 mg/粒),初始治疗每次1粒,腹泻缓解后递减;轻中度脱水者予口服补液盐(ORS)少量频服(每次50~100 mL,间隔15~30 min),严重脱水或电解质紊乱(血钠<130 mmol/L、血钾<3.5 mmol/L)时给予静脉补液。综合护理:给予心理疏导(缓解化疗焦虑)、专科护理(造瘘/导管维护等),出院后每周1次电话随访。②安慰剂治疗。制作与健脾祛湿化瘀食疗方外观、口感相似的安慰剂(粳米5 g,小米5 g,南瓜15 g,瘦肉50 g。加水350 mL炖煮2 h),化疗当天开始于每天午餐后0.5 h食用1次,持续10天。

2.2 观察组 采用对症护理联合健脾祛湿化瘀食疗方干预。对症护理方案与对照组完全一致。健脾祛湿化瘀食疗方制作与质控:取炒薏苡仁10 g,白扁豆10 g,山药10 g,茯苓10 g,生姜10 g,瘦肉50 g。洗净后入炖盅,加水350 mL,炖煮2 h。中药材均由广东省中医院药房提供。化疗当天开始于每天午餐

后0.5 h食用,食用前加三七粉3 g冲服,持续10天。

2.3 实施步骤 ①食疗方制作指导与盲法强化。研究者将健脾祛湿化瘀食疗方和安慰剂的制作步骤分别制成加密图片和视频(标注化疗营养干预方案,隐去组间差异信息),于患者化疗前1天通过研究专用APP发放。对患者开展中医食疗宣教时,仅说明是针对化疗患者的营养支持方案,避免患者察觉不同组别干预的特殊性。同时,详细讲解材料用量、制作方法、食用方法,确保患者出院后居家制作的准确性与一致性。②健康教育与知情同意优化。采用双盲知情模式,向患者说明参与结直肠癌化疗支持治疗研究,讲解化疗相关腹泻知识、营养干预的通用价值,隐去新疗法/标准疗法等易引发心理暗示的表述。强调研究旨在探索安全有效的营养方案,通过标准化问答手册达成干预目标与流程共识,避免患者因知情分组产生不公平感。③质量保证与监督盲法。出院后患者通过研究专用小程序打卡(上传食材准备、烹煮过程、餐后餐盒照片,系统自动脱敏分组信息),或由盲态随访员(不参与疗效评估、不知晓分组情况)进行电话随访。剔除标准同步告知患者,避免因剔除规则差异引发知情猜疑。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①腹泻发生率及腹泻分级。参考美国国立卫生研究院2017年发布的常见不良事件评价标准(CTCAE)5.0版本,并结合临床实际情况判断腹泻分级。②腹痛发生率及腹痛分级。参考美国国立卫生研究院2017年发布的常见不良事件评价标准(CTCAE)5.0版本,并结合临床实际情况判断腹痛分级。③粪便分级。应用Bristol分级^[18]评估患者每天的排便状况,共分为1~7级,分别计1~7分,其中3、4级为正常粪便性状,2、5级为粪便性状轻度异常,1、6、7级为粪便性状重度异常。④KPS评分^[19]。应用KPS评分对患者的功能状态进行评估,评分范围为0~100分,分数越高提示健康状态越好。以上指标均于化疗当天(干预前)及健脾祛湿化瘀食疗方或安慰剂干预10天后(干预后)分别进行采集。所有评价工作由双盲第三方执行,第三方为非研究团队成员、不知晓分组情况的中医医师与护师。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内干预前后比较采用配对样本 t 检验,组间

比较采用独立样本 t 检验。计量资料不符合正态分布以中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示,非正态分布的计量资料或等级资料组间比较均采用秩和检验。计数资料使用百分比(%)描述,组间比较使用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 干预结果

4.1 2组干预前后腹泻分级及干预后腹泻发生率比较 见表2。干预前,2组腹泻分级比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组腹泻分级较干预前改善,且优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);对照组腹泻分级与干预前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组腹泻发生率46.88%(15/32),低于对照组75.00%(24/32),差异有统计学意义($\chi^2=6.567, P=0.010$)。

表2 2组干预前后腹泻分级比较										例
组别	例数	干预前			干预后			Z值	P值	
		0级	1级	2级	0级	1级	2级			
观察组	32	19	8	5	17	14	1	-3.208	0.001	
对照组	32	18	9	5	8	18	6	-1.046	0.292	
Z值		-0.612			-2.692					
P值		0.545			0.007					

4.2 2组干预前后腹痛分级及干预后腹痛发生率比较 见表3。干预前,2组腹痛分级比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组腹痛分级较干预前改善,且优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);对照组腹痛分级与干预前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组腹痛发生率34.38%(11/32),低于对照组65.63%(21/32),差异有统计学意义($\chi^2=8.543, P=0.003$)。

表3 2组干预前后腹痛分级比较										例
组别	例数	干预前			干预后			Z值	P值	
		0级	1级	2级	0级	1级	2级			
观察组	32	15	16	1	21	10	1	-2.873	0.004	
对照组	32	18	13	1	11	18	3	-1.318	0.193	
Z值		-0.753			-2.534					
P值		0.456			0.011					

4.3 2组干预前后粪便性状分级比较 见表4。干预前,2组粪便性状分级比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组粪便性状分级较干预前改善,且优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);对

照组粪便性状分级与干预前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组干预前后粪便性状分级比较

组别	例数	干预前						干预后						Z值	P值
		1级	2级	3级	4级	5级	6~7级	1级	2级	3级	4级	5级	6~7级		
观察组	32	2	1	1	9	8	11	0	1	8	16	5	2	-4.887	0.001
对照组	32	1	0	0	10	14	7	0	0	2	3	16	11	-1.521	0.128
Z值						-0.916							-6.122		
P值						0.363							<0.001		

注:3、4级为正常粪便性状,2、5级为粪便性状轻度异常,1、6、7级为粪便性状重度异常。

4.4 2组干预前后KPS评分比较 见表5。干预前,2组KPS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组KPS评分较干预前升高,且高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组干预前后KPS评分比较[[$M(P_{25},P_{75})$]]分

组别	例数	干预前	干预后	Z值	P值
观察组	32	90.0(80.0,90.0)	90.0(90.0,90.0)	-3.610	<0.001
对照组	32	80.0(80.0,87.5)	80.0(70.0,80.0)	-2.564	0.010
Z值		-2.168	-5.735		
P值		0.072	<0.001		

5 讨论

CID是结直肠癌术后辅助化疗中发生率最高的不良反应之一,5-氟尿嘧啶、伊立替康等化疗药物可直接破坏肠道黏膜上皮细胞完整性,诱发肠道炎症反应与菌群失衡,导致腹泻发生率高达50%~80%^[3]。目前临床常用的盐酸洛哌丁胺等止泻药物虽能快速抑制肠道蠕动,但难以修复肠道黏膜损伤,长期使用还可能增加肠道梗阻风险^[20],因此亟需从病因层面干预的安全有效方案。本研究基于CID脾虚湿瘀核心病机,构建健脾祛湿化瘀食疗方案,取得了显著疗效。

干预后,观察组腹泻分级优于对照组,且腹泻发生率低于对照组。这一结果体现了本团队对CID脾虚湿瘀病机的精准把控。结直肠癌术后化疗患者,手术创伤耗伤气血,化疗药物伐伤脾胃,致脾失运化、湿浊内生,湿邪久蕴阻滞脉络成瘀,湿瘀互结扰动肠道,使水湿下注、传导失常而发腹泻。健脾祛湿化瘀食疗方以健脾为主、祛湿化瘀为辅,方中薏苡仁甘淡微寒,归脾、胃、肺经,既能健脾渗湿,又能清热排脓,针对湿瘀化热之象;白扁豆甘温,归脾、胃经,化湿和中、健脾止泻,兼顾脾阳不足之证;山药甘平,归脾、肺、肾经,补脾养胃、生

津益肺,增强健脾之力;茯苓甘淡平,归心、肺、脾、肾经,利水渗湿、健脾宁心,助湿邪从小便而去;三七甘温、微苦,归肝、胃经,具化瘀止血、消肿定痛之功效;生姜辛温,温中散寒、温中止呕,制约薏苡仁寒凉之性;瘦肉甘平,补精益血,使食疗方补而不滞。诸药配伍,紧扣脾主运化功能,共奏健脾益气、祛湿化瘀之功,从根源上纠正脾虚湿瘀的病理状态。现代医学视角下,该方可通过多靶点干预肠道病理过程:薏苡仁多糖调节肠道菌群平衡,增加有益菌丰度,抑制白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等促炎因子释放^[8];白扁豆皂苷可稳定肠黏膜上皮细胞紧密连接,降低肠道通透性^[9];山药黏液蛋白可以修复受损肠黏膜屏障^[10];三七能减少内毒素渗漏,有效抑制肠道致病菌群移位,协同维护肠黏膜屏障功能^[12]。

干预后,观察组患者腹痛及粪便性状的改善进一步印证了健脾祛湿化瘀食疗方对肠道功能的全面调节作用。中医学认为,湿邪黏滞易阻滞气机,瘀血内阻则脉络不通,气机不畅、不通则痛,故化疗后腹痛多与湿瘀阻滞肠道气机相关;而脾虚失运、水湿下注,则致粪便溏薄、性状异常。健脾祛湿化瘀食疗方通过健脾益气以助运化,祛湿化瘀以通气机,使肠道气机升降有序,湿邪得化、瘀血得散,腹痛自止、粪便成形。从现代医学来看,肠道动力紊乱与内脏高敏感性是化疗后腹痛的关键诱因^[7],白扁豆、山药中的活性成分可调节胃肠平滑肌收缩节律,改善肠道动力紊乱,减少肠道痉挛^[9];薏苡仁、茯苓通过调节肠道菌群代谢,减少致病菌代谢产物对肠道黏膜的刺激,降低内脏敏感性^[8]。同时,肠道黏膜屏障功能的修复与菌群平衡的恢复,促进营养物质吸收与水分代谢,使粪便性状从稀溏恢复至正常,这一过程既体现了中医“脾主升清、胃主降浊”

的生理功能,也与肠道微生态相关研究结论一致^[7]。

KPS评分凸显了健脾祛湿化瘀食疗方对患者全身功能状态的提升,其核心机制在于中医“脾为后天之本,气血生化之源”的理论实践。结直肠癌术后化疗患者脾胃受损,气血生化不足,表现为体倦乏力、食少纳呆、舌淡胖、脉弦滑等脾虚湿瘀证候,进而导致功能状态下降^[5]。健脾祛湿化瘀食疗方通过健脾益气、祛湿化瘀,恢复脾胃运化功能,促进水谷精微转化为气血,从根本上改善乏力、纳差等症状;同时,腹泻、腹痛等局部症状的缓解,减少了化疗对患者日常活动的限制,进一步提升生活自理能力与功能状态。已有研究证实,中医食疗通过调理脾胃功能可改善肿瘤患者化疗后的全身状态,提高化疗耐受性^[5]。与本研究结果相似,体现了“治病求本、标本兼顾”的中医治疗优势。

综上,健脾祛湿化瘀食疗方紧扣CID脾虚湿瘀核心病机,通过科学药物配伍,既遵循中医理论调节机体整体平衡,又通过现代药理机制改善肠道局部病理状态,实现了对CID、腹痛及粪便性状的全面改善,提升了患者的全身功能状态,为脾虚湿瘀型结直肠癌术后CID的防治提供了新的方案。本研究重点通过单中心、前瞻性随机对照设计,探讨了健脾祛湿化瘀食疗方对脾虚湿瘀型结直肠癌术后CID的干预效果,其优点在于干预方案科学,研究设计规范,但也存在样本量小、单中心研究可能有偏倚,研究周期短无法评估长期效果,以及机制研究缺乏客观生物学指标验证等缺点。未来可开展多中心、大样本研究,延长随访周期,纳入肠道菌群、炎症因子等指标深化机制研究,以进一步验证其效果和价值。

[参考文献]

- [1] BENSON A B, VENOOK A P, AL-HAWARY M M, et al. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2021, 19(3): 329-359.
- [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] TANG L, LI X L, WAN L P, et al. Herbal Medicines for Irinotecan-Induced Diarrhea[J]. Front Pharmacol, 2019, 10: 182.
- [4] MCQUADE R M, STOJANOVSKA V, BORNSTEIN J C, et al. Colorectal Cancer Chemotherapy: The Evolution of Treatment and New Approaches[J]. Curr Med Chem, 2017, 24(15): 1537-1557.
- [5] 马灏川, 刘译鸿, 朱燕娟, 等. 从湿邪探讨肠癌术后化疗相关消化道不良反应的发病机制[J]. 中医肿瘤学杂志, 2021, 3(3): 6-10.
- [6] 雷泓, 宋云林. 肠屏障功能障碍发病机制的研究进展[J]. 医学综述, 2021, 27(14): 2715-2720.
- [7] 徐超, 徐露, 张闰哲, 等. 结直肠癌患者肠道菌群结构变化与中医证候相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 2056-2059.
- [8] 王素娥, 田慧. 薏苡仁化学成分、药理作用及其应用概况[J]. 壮瑶药研究, 2023(2): 361-364.
- [9] 戚鹏飞, 王月玲, 李运, 等. 中药白扁豆基原考证及研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2024, 33(9): 67-72.
- [10] 杨雁, 孙羽灵, 孙建梅, 等. 山药活性成分药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2022, 41(12): 55-60.
- [11] 吕黎明, 张来宾, 吕洁丽. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用[J]. 滨州医学院学报, 2024, 47(1): 61-67.
- [12] 黄志敏, 黄仁发, 唐宇, 等. 基于肠肾轴理论探讨三七注射液对慢性肾脏病大鼠肠黏膜功能和肠道菌群的影响[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(9): 156-159.
- [13] 国家卫生健康委员会医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范 2020 版[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2021: 28-35.
- [14] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [15] 龚立尧. 健脾祛湿汤联合CapeOx化疗方案治疗结肠癌术后脾虚湿瘀型患者的临床观察[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2022.
- [16] 胡雁, 王志稳. 护理研究[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 102.
- [17] SOBIN L H, GOSPODAROWICZ M K, WITTEKIND C. 恶性肿瘤TNM分期[M]. 周清华, 孙燕, 译. 7版. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2012: 182-193.
- [18] DROSSMAN D A. 罗马Ⅲ-功能性胃肠病[M]. 柯美云, 方秀才, 译. 北京: 科学出版社, 2008.
- [19] MCNAIR K M, ZEITLIN D, SLIVKA A M, et al. Translation of Karnofsky Performance Status (KPS) for Use in Inpatient Cancer Rehabilitation[J]. PM & R, 2023, 15(1): 65-68.
- [20] CAO Z J, WANG W X, YANG Z C, et al. Discovery of the FXR/CES2 dual modulator LE-77 for the treatment of irinotecan-induced delayed diarrhea[J]. Bioorg Chem, 2024, 153: 107852.

[责任编辑: 刘迪成, 刘淑婷, 蒋维超(英文)]