

大肠癌中医证治临床研究进展

王晓锋, 李华山

■背景资料

外科手术是目前治疗大肠癌最为有效的方法,但其5年生存率仅有50%左右,一般认为大肠癌应进行以手术为主的综合治疗,中医药治疗是其重要组成部分,大肠癌的证候诊断是中医治疗的关键,中医证治临床研究是大肠癌研究的重要内容。

王晓锋, 李华山, 中国中医科学院广安门医院肛肠科 北京市 100053

李华山, 医学博士, 副主任医师, 主要从事中西医结合防治肛肠疾病的临床与研究工作。

通讯作者: 李华山, 100053, 北京市宣武区北线阁5号, 中国中医科学院广安门医院肛肠科. lihuashan@263.net

电话: 010-88001025 传真: 010-63014195

收稿日期: 2007-06-16 修回日期: 2007-09-07

Progress of clinical research into traditional Chinese medicine syndrome and treatment of large intestinal cancer

Xiao-Feng Wang, Hua-Shan Li

Xiao-Feng Wang, Hua-Shan Li, Department of Proctology, Guanganmen Hospital Affiliated to China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100053, China

Correspondence to: Hua-Shan Li, Department of Proctology, Guanganmen Hospital Affiliated to China Academy of Traditional Chinese Medicine, 5 Beixian'ge, Xuanwu District, Beijing 100053, China. lihuashan@263.net

Received: 2007-06-16 Revised: 2007-09-07

Abstract

At present, the preferred method of treatment of large intestinal cancer, a frequent type of malignant tumor, is general treatment, the main part of which is operation. Traditional Chinese medicine (TCM) treatment is also an important possible component. Research into TCM diagnosis and therapy for cancer of the large bowel, including reviews of TCM syndrome research and clinical therapy studies, has deepened in recent years. Although much has been achieved, many questions have yet to be solved. Based on a composition analysis of harvest, research on the distribution and rules of evolution for TCM syndrome and its relation to large intestinal cancer is still an important question for all researchers.

Key Words: Large intestinal cancer; Traditional Chinese medicine; Traditional Chinese medicine syndrome and treatment; Clinical research

Wang XF, Li HS. Progress of clinical research into

traditional Chinese medicine syndrome and treatment of large intestinal cancer. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007; 15(29): 3062-3066

摘要

大肠癌是常见的恶性肿瘤,目前公认的治疗方法是手术治疗为主的综合疗法,中医药治法是其重要的组成部分。近年来针对大肠癌中医诊疗方法的研究日益深入,总结目前大肠癌中医证治的研究,主要包括大肠癌证候研究、大肠癌中医治疗两个方面,并取得了一定的成绩。但也应该看到,目前的研究工作仍存在不少问题,如重复性的疗效观察较多,临床观察与机制探讨相结合的研究较少,且没有统一的证治规律等。综合分析当前研究成果和趋势,笔者认为大肠癌中医证候分布及动态变化规律的研究是目前大肠癌中医临床研究者必须首先解决的重要问题。

关键词: 大肠癌; 中医; 证治; 临床研究

王晓锋, 李华山. 大肠癌中医证治临床研究进展. 世界华人消化杂志 2007;15(29):3062-3066

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/3062.asp>

0 引言

大肠癌是常见的恶性肿瘤,发病率逐年上升^[1]。目前公认的治疗方法是手术治疗辅以放疗、化疗、基因、生物、免疫及中医药治疗等综合治疗。近年针对大肠癌中医证候与治疗的临床研究日益深入,取得了一定的成绩,现介绍如下。

1 大肠癌证候研究

1.1 证候分布规律研究 张新 *et al*^[2]总结孙桂芝经验,将大肠癌分为湿热蕴毒、脾虚湿热、脾肾双亏、肝肾阴虚、气血双亏5型。贾小强 *et al*^[3]运用因子分析方法得出8个大肠癌的中医证候分类:类湿热蕴阻证(包括热重于湿和湿重于热)、类大肠瘀滞证、类瘀毒内阻证、类脾胃虚弱证、类气血双亏证、类肝肾阴虚证、类气虚血瘀证、类脾肾阳虚证。通过观察发现大肠

癌患者185例中以类湿热蕴阻(包括热重于湿和湿重于热)、类大肠瘀滞、类瘀毒内阻为主,共占69.19%。其次为类脾胃虚弱证、类气血双亏证、类肝肾阴虚证、类气虚血瘀证、类脾肾阳虚证。上述8个中医证候中,以血瘀证为主要表现的证型包括类大肠瘀滞证、类瘀毒内阻证、类气虚血瘀证3型,占本组病例数的45.95%。在其他证候中也多有兼夹血瘀表现者。同时,瘀血证是大肠癌转移的促进因素。

迄今为止尚未发现大肠癌证候演变规律流行病学研究报道。此类研究作为基础性研究工作目前并未引起足够重视,且受到疾病本身发病率、地域、科研条件等诸多因素限制,大规模的流行病学研究实施起来确有一定困难。但更应认识到,缺乏对证候规律的客观认识势必导致治疗思路上的偏倚,也给后续的研究带来障碍。

1.2 证候演变规律研究 张雅明^[4]总结柏连松治疗大肠癌的经验,柏氏认为大肠癌的证候演变规律为:早期属气滞血瘀、湿热毒蕴,中期属正虚邪实,晚期属正气衰败。曹洋 *et al*^[5]总结陈锐深经验,认为大肠癌最常见的证型可分3型:湿热蕴结型、瘀毒内阻型、脾肾亏虚型。并认为大肠癌发病较为复杂,总属本虚标实之证,病程中多见虚实夹杂,临床中难以单用某一型来概括整个病程,故治疗当中要谨守辨证论治的原则,不可拘于一隅。早期患者其证候特点以湿浊、热毒、瘀阻等表现为主,中晚期患者多以脾肾亏虚、气血不足为主要表现。发病的关键取决于人体内环境的失衡,脏腑、经络等的功能失调,即“内虚”,而在各种“内虚”中,脾胃虚弱又是最重要最关键的病理基础。

临床医家在诊治大肠癌的实践中不断总结,积累了一定的经验,相关文献报道不少^[6-11]。由于不同医家受疾病认识上的差异、知识结构的不同等诸多因素的影响,而且未能运用客观、系统的临床观察、评价手段,给进一步归纳总结不同医家的经验带来了不便。虽然单纯的经验总结为后续的临床研究提供了大肠癌证治规律的线索,但是无法在时间和空间上对其进行准确的概括和量化,使这些经验的可重复性和概括性受到了限制。可以这样认为,没有经验总结会使后续的研究丧失生长的土壤,但仅有经验总结则会使其失去发育的空间。

1.3 证候相关因素研究 贾小强 *et al*^[12]采用前瞻性研究方法,对大肠癌术前患者的辨证分型、病理

类型、肿瘤浸润深度、侵犯周径、病理分期、转移情况等资料进行统计分析。结果显示,本组病例实证明显多于虚证($P<0.05$);气血瘀滞型和肝肾阴虚型在分型中所占的比例较大,且较其他证型分化程度差,浸润程度深,转移率较高,分期较晚;虚证较实证肿瘤浸润程度深,临床分期偏晚,但在病理类型、淋巴结转移等方面两组并无显著差异;辨证分型与分期显著相关($P<0.05$)。说明大肠癌中医辨证分型与其肿瘤浸润转移之间有着显著相关性,辨证分型在判断大肠癌病理改变程度,分析预后以及指导临床治疗上具有重要意义。吴继萍 *et al*^[13]检测了结直肠癌患者90例治疗前后的恶性肿瘤特异性生长因子(tumor specific growth factor, TSGF)含量,评价TSGF作为结直肠癌血清学诊断指标的可行性,观察及评价结直肠癌中医辨证分型(脾虚湿阻、脾虚气滞、脾虚夹瘀、脾虚热盛)与TSGF的相关性及意义和价值。结果发现血清TSGF含量在结直肠癌患者中明显增高;TSGF在治疗前后与中医辨证分型症状的改善呈正相关,同时显示肿瘤标志物在脾虚湿阻型中呈较高表达。随着现代化的诊疗手段的不断进步及多学科研究的不断深入,目前证候相关因素研究日益增多并且不断深入。此类研究对于深入认识中医证候规律,指导临床治疗等方面有着一定的意义。

1.4 证候的文献研究 刘静 *et al*^[14]对1994-2004年间国内医学期刊公开发表的中医药或中西医结合治疗大肠癌的临床研究文献进行检索,纳入辨证分析的文献37篇,纳入用药分析的文献53篇。通过对近11年中医药治疗大肠癌的临床文献回顾分析发现,无论是从文献的数量还是从治疗的病例数上看,大多数大肠癌患者与脾虚密切相关,尤其是在有“虚证”表现的患者中明显;在临床用药方面,以健脾益气治本,兼及补肾,并配合解毒、化瘀、祛湿。使用频率高的药物中,健脾益气类的使用占据明显优势,远高于其他类别药物的应用,这也印证了脾虚为大肠癌之本,治疗大肠癌,尤其是对于具有虚证表现的患者,健脾已经成为首要任务。其文献质量回顾分析显示,共计有78篇(74.3%)文献未进行中医辨证分型。在27篇(25.7%)含有中医辨证分型的文献中,有5篇根据有关专著进行分型,4篇自定义分型标准,2篇采用《国家新药(中药)临床研究指导原则》进行分型,1篇采用《中医病证诊断疗效标准》,其余15篇未注明分型标准^[15]。这说明,目前国内较为系统的大肠癌中医

■相关报道

有报道,证是疾病发生发展过程中某一阶段的病理过程,由若干相关的主客观指标组成,这些指标应包括宏观与微观、整体与局部等多个方面的内容,有报道大肠癌中医辨证分型与其肿瘤浸润转移之间有显著相关性。

■创新盘点

本文所涉及文献报道基本涵盖了近5年内中医大肠癌证候及治疗方面研究进展,具有一定的代表性和先进性,同时指出目前研究中所存在的问题和未来的研究方向,对临床和科研工作有一定的借鉴意义。

■应用要点

中医证治的实质,即是证同治亦同,证异治亦异,大肠癌的临床证治需严格遵守循证医学的原则,进行辨证论治。

证候研究尚未引起足够的重视,其观点亦未得到统一。大肠癌证治的文献研究目前尚不多见,其对于总结中医大肠癌证治概括和总体规律有着积极的意义。但同时也应该看到,这些结论是对于文献的二次分析,不可避免地存在各种偏倚,因此也需要进一步进行大规模的流行病学研究加以分析印证。

2 大肠癌中医治疗现状

2.1 辨证论治 陈乃杰 *et al*^[16]将本病分为6型进行辨证论治: 湿热下注型, 治宜清热利湿, 方用白头翁汤加减; 瘀毒内结型, 治宜化瘀解毒, 方用膈下逐瘀汤加减; 肝胃阴虚型, 治宜养肝清肠, 方用芍药甘草汤合清肠饮加减; 气血亏虚型, 治宜益气养血, 方用八珍汤加减; 脾肾阳虚型, 治宜温补脾肾, 方用附子理中汤加减; 肝肾阴虚型, 治宜滋阴补肾, 方用知柏地黄汤加减。在辨证论治的基础上配合MLF(丝裂霉素、醛氢叶酸、氟尿嘧啶)方案化疗治疗晚期大肠癌患者26例, 结果有效率为38.4%, 略高于单纯化疗组, 而在改善症状、不良反应等方面明显优于单纯化疗组。朱旭东 *et al*^[17]将中晚期大肠癌辨证分为脾虚湿滞、气血两虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、湿热瘀毒等5种证型, 采用中药辨证论治结合化疗与免疫治疗, 临床观察76例, 近期总有效率为30.26%。能缓解主观症状, 改善一般症状, 减轻化疗、放疗的毒副作用, 中位生存时间较单纯化疗者有所延长。胡爱民 *et al*^[18]采用随机对照的方法, 观察中药联合化疗治疗晚期大肠癌的临床疗效, 治疗组与对照组有效率分别为39.3%(11/28)和36.4%(8/22)($P>0.05$), 无显著性差异; 两组患者生活质量总改善率分别为85.7%和50.0%($P\leq 0.05$), 有显著性差异; 治疗组的不良反应发生率低于对照组($P\leq 0.05$), 有显著性差异。

2.2 基础方加减 此类报道较多^[19-22], 如徐小平 *et al*^[23]对大肠癌术后患者92例采用基础方加奥沙利铂+亚叶酸钙+氟尿嘧啶(FOLFOX4方案)化疗, 就基础方对化疗所致毒副作用的疗效进行了随机对照研究, 其中治疗组48例在化疗前后加服中药。中药基本方: 黄芪20 g, 党参15 g, 白术15 g, 茯苓10 g, 当归10 g, 半夏10 g, 砂仁(后下)5 g, 山药10 g, 薏苡仁10 g, 木香(后下)5 g, 陈皮5 g, 炙甘草5 g, 并随证加减。结果显示, 治疗组对于减少消化道毒副作用、减少肝功能受损等方面的疗效好于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$), 但对于急性神经毒性反应的疗效欠佳($P>0.05$)。张元朝

et al^[24]以介入化疗结合中药治疗结肠癌肝转移74例, 采用Seldinger技术经皮股动脉穿刺插管介入化疗, 中药以益气健脾、理气疏肝、活血软坚为治疗原则, 四君子汤合四逆散为主方, 根据病情变化随症加减。处方: 党参10 g, 白术15 g, 茯苓10 g, 柴胡12 g, 陈皮10 g, 白芍10 g, 鸡血藤15 g, 莪术10 g, 枳壳10 g, 赤芍15 g, 甘草6 g。结果显示, 其近期有效率(完全缓解+部分缓解)为62%。随访观察生存期最短3 mo, 最长98 mo, 平均26 mo。观察1, 2, 3年生存率分别为64.3%, 35.4%, 19.2%。

2.3 经验方及中成药 刘静安 *et al*^[25]将大肠癌术后的患者154例分为两组, 治疗组96例, 采用脾肾方与化疗, 对照组58例单纯化疗。治疗组在化疗后全身及消化道反应、外周血象等方面明显优于对照组。同时对两组病例进行了连续5年以上的追踪随访, 治疗1年以上者90例, 1年生存率为93.7%; 治疗3年以上者64例, 3年生存率为67%; 治疗5年以上者58例, 5年生存率为60.4%。对照组治疗1年以上者49例, 1年生存率为84%; 治疗3年以上者30例, 3年生存率为51%; 治疗5年以上者28例, 5年生存率为48.3%。李华山 *et al*^[26]将48例Dukes' B、C期的大肠癌手术后患者随机分为中药组16例, 化疗组17例, 中药加化疗组15例, 分别予肠癌康复汤与5-氟尿嘧啶(5-FU)、丝裂霉素(MMC)化疗, 观察T淋巴细胞亚群、NK细胞及免疫球蛋白的动态变化并与健康人组作对比研究。结果显示, 肠癌康复汤可显著提高大肠癌手术后患者的免疫功能。王怀璋 *et al*^[27]采用随机对照的方法观察墓头回总甙片治疗大肠癌的临床效果及配合化疗的增效减毒作用。将大肠癌患者132例随机分为化疗组、中药组、化疗加中药组, 化疗方案为5-氟尿嘧啶(5-FU)+亚叶酸钙(CF)方案。结果显示, 中药组及化疗加中药组患者生活质量较治疗前明显提高, 近期有效率、生存期以化疗加中药组疗效最好, 并能显著增强患者的免疫功能, 减轻化疗对机体的损伤。肖振球 *et al*^[28]将大肠癌术后的患者75例分为两组, 治疗组50例, 采用复元口服液与化疗结合, 对照组25例, 单纯化疗。治疗组化疗后全身及消化道反应明显低于对照组, 经统计学处理, 有显著性差异($P<0.05$); 对照组外周血白细胞减少程度较治疗组减少严重; 两组患者5年生存期比较, 治疗组高于对照组($P<0.05$)。此类研究是目前研究的热点, 相关报道不少^[29-35]。

大量的临床观察表明, 中医药疗法在大肠癌术后综合治疗及中晚期直肠癌治疗中取得了一定的成绩, 在改善患者生存质量、提高生存率、放化疗的增敏减毒、预防肿瘤复发和转移等方面均显示出了极大的潜力。由于采用了随机对照的研究方法和现代医学更为精确的观察指标如外周血象、T淋巴细胞亚群、NK细胞及免疫球蛋白、癌胚抗原(CEA)等, 使中医诊疗效果有了较为客观的评价依据。这相对于单纯的临床经验总结有了一定的进步。

3 结论

如前所述, 有关大肠癌的中医证治研究, 虽然取得了不少成绩, 但是也应客观地认识到, 目前的研究工作仍存在着不少问题。首先, 在大肠癌证候研究方面, 缺乏严格遵守循证医学原则, 对大肠癌常见证候及其分布、演变规律, 进行系统的流行病学研究, 导致证候研究的客观性不足, 难以形成统一认识; 其次, 在大肠癌的治疗方面, 大多数研究还局限于单方临床疗效观察层面, 尚没有统一的治疗标准, 更缺少大样本、多中心、随机对照的临床研究, 削弱了其结果的普遍适用性; 第三, 对大肠癌中医证治的相关性研究重视不够, 尤其缺少大肠癌证治的基础研究, 对大肠癌常见证候分布演变规律认识不清, 从而影响了大肠癌的治疗效果。

近年来, 许多专家、学者已充分认识到中医证治规律研究的重要性, 深入开展了证候的概念与分布规律研究、中医证候的特征及标准化方法研究, 还有人提出了证素与证候要素的概念, 提出创立以证素为核心的辨证新体系等^[36-46]。但是, 有关大肠癌中医证治规律方面的研究则相对滞后。因此, 加快大肠癌中医证候分布演变规律研究的步伐, 强化大肠癌中医辨证的客观化、标准化, 对提高中医药治疗大肠癌的效果有着极其重要的意义。

4 参考文献

- 1 万德森, 陈功. 结直肠癌的流行病学及其危险因素研究近况. 实用癌症杂志 2000; 15: 220-222
- 2 张新, 孙华, 李亚东. 孙桂芝治疗大肠癌经验. 山东中医杂志 1998; 17: 173-175
- 3 贾小强, 黄乃健. 大肠癌血瘀证与肿瘤转移相关性及化瘀截毒方抗转移机制的研究. 北京: 北京中医药大学中医系 2006: 55-56
- 4 张雅明. 柏连松运用扶正祛邪法治疗大肠癌的经验. 上海中医药杂志 2005; 39: 28
- 5 曹洋, 刘展华, 陈志坚. 陈锐深教授治疗大肠癌的经验. 中医药学刊 2005; 23: 1750-1751
- 6 丁金芳, 黄云胜, 李明花. 施志明治疗大肠癌经验举要.

- 上海中医药杂志 2007; 41: 43-44
- 7 武迎梅. 李建生治疗大肠癌的经验. 北京中医 2004; 23: 212-213
- 8 张恩欣. 周岱翰论治大肠癌经验. 实用中医药杂志 2006; 22: 562
- 9 张宇翔. 张东岳教授治疗肛管直肠癌的学术经验. 中医药管理杂志 2006; 14: 56-58
- 10 冯晓飞. 胡志敏教授中药治疗晚期大肠癌24例经验. 实用中医内科杂志 2007; 21: 19-20
- 11 高虹, 朱晏伟. 刘嘉湘教授治大肠癌. 实用中西医结合杂志 1996; 9: 630-631
- 12 贾小强, 邱辉忠, 黄乃健, 林国乐. 大肠癌辨证分型与肿瘤浸润转移相关性的前瞻性研究. 中华中医药杂志 2005; 20: 344-346
- 13 吴继萍, 李斯文. 结直肠癌中医辨证分型与肿瘤标志物(TSGF)相关性的研究. 光明中医 2006; 21: 32-35
- 14 刘静, 张军, 朱琦. 中医药治疗大肠癌辨证用药分析. 辽宁中医杂志 2006; 33: 1166-1167
- 15 刘静, 朱琦, 张军. 中医药治疗大肠癌临床研究文献的质量分析. 中国中医基础医学杂志 2006; 12: 387-388
- 16 陈乃杰, 金源, 赖义勤. 中医辨证配合MLF方案治疗晚期大肠癌26例临床观察. 福建医药杂志 1998; 20: 66, 65
- 17 朱旭东, 蔡明明, 吴燕波, 王林. 辨证分型治疗中晚期大肠癌76例. 江苏中医 1998; 19: 28-29
- 18 胡爱民, 解传勇, 黎治平. 中药联合化疗治疗晚期大肠癌的疗效观察. 实用癌症杂志 2006; 21: 74-76
- 19 白晓娟, 罗凯. 中西医结合治疗中晚期大肠癌34例. 山西中医 2007; 23: 28
- 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. 浙江中西医结合杂志 2000; 10: 332-333
- 21 郭志雄. 扶正抑癌汤伍用化疗治疗大肠癌术后38例疗效观察. 中国中西医结合杂志 1999; 19: 20-22
- 22 牛春风, 王徐来, 王保华. 扶正祛邪汤配合化疗治疗大肠癌术后34例疗效观察. 中国老年学杂志 2003; 23: 865-866
- 23 徐小平, 谢云民, 王爱华. 中医辨证治疗结直肠癌术后化疗后致毒副反应48例临床观察. 中医药导报 2007; 13: 31-33
- 24 张元朝, 施红, 刘文贵, 胡雪珍, 梁定. 介入化疗结合中药治疗结肠癌肝脏转移74例. 南京中医药大学学报(自然科学版) 2001; 17: 387
- 25 刘静安, 张悦红. 脾肾方治疗大肠癌术后化疗副反应96例总结. 湖南中医杂志 2000; 16: 9-10
- 26 李华山, 李华宏, 唐宗江, 张森, 高枫, 李国栋, 王彩秀. 肠癌康复汤对大肠癌患者术后免疫功能的影响. 中国中西医结合杂志 2000; 20: 580-582
- 27 王怀璋, 王守章, 王迎红, 陈金秀. 墓头回总貳片治疗大肠癌的临床观察. 上海中医药杂志 2000; 34: 16-18
- 28 肖振球, 罗昌达. 复元口服液对大肠癌术后化疗50例疗效观察-附单纯化疗组25例. 辽宁中医杂志 1998; 25: 516-517
- 29 周留勇, 尤建良, 单珍珠, 赵景芳. 中药微调三号治疗大肠癌的临床研究. 辽宁中医杂志 2005; 32: 546-547
- 30 王志军. 中药辅助大肠癌化疗的临床观察. 甘肃科技 2003; 19: 125, 21
- 31 刘静, 王维平, 周奕阳, 方震宇, 侯凤刚. 健脾活血中药联合化疗治疗大肠癌术后患者的疗效观察. 中国中西医结合杂志 2005; 25: 207-209
- 32 张雨, 杨勇, 耿昌海, 孙尚洪. 化疗联合中药灌肠治疗晚期结直肠癌. 湖北中医杂志 2003; 25: 34
- 33 尤建良, 周留勇. 扶正和胃合剂治疗大肠癌48例. 药学与临床研究 2007; 15: 60-62
- 34 邹海萍, 朱玉芬, 王德兴, 杨晓燕, 朱菁. 肠宁方治疗脾虚湿热型晚期大肠癌38例观察. 辽宁中医杂志 2006; 33: 1116-1117
- 35 杨彦, 刘碧清, 杜秋霞. 肠复康胶囊治疗中晚期大肠癌

■名词解释

- 1 证候: 目前较常用定义为, 机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括。但是这一概念的详尽定义在学术界尚有争议。一般认为, 证是指对疾病所处的一定阶段的病机概括, 或非疾病机体的一定阶段的机体状态概括; 候是指这种病机或状态的可被观察的外在表现。
- 2 辨证论治: 是中医理论体系的基本特点之一, 即运用中医理论, 通过对患者表现的症状、体征等进行综合分析, 辨别为何种证候, 称辨证; 在辨证的基础上定出治疗措施, 称论治。

■同行评价

本文内容较新,有一定的代表性,较好的反映了大肠癌中医证治的现状,有一定的可读性和参考价值。

- 55例临床研究. 江苏中医药 2005; 26: 18-20
- 36 李梢. 从维度与阶度探讨中医证候的特征及标准化方法. 北京中医药大学学报 2003; 26: 1-4
- 37 范小华, 吴文江, 罗湛滨, 梁学敏. 大肠癌围手术期中中医证候规律研究的临床价值. 辽宁中医杂志 2005; 32: 857-858
- 38 郭蕾, 王永炎, 张志斌. 关于证候概念的诠释. 北京中医药大学学报 2003; 26: 5-8
- 39 郭蕾, 王永炎, 张志斌, 张俊龙. 关于证候概念研究的思考. 山西中医学院学报 2006; 7: 54-55
- 40 王庆国, 贾春华. 证候概念的形成与证候概念的定义方法. 北京中医药大学学报 2005; 28: 7-9, 23
- 41 朱文锋, 张华敏. “证素”的基本特征. 中国中医基础医学杂志 2005; 11: 17-18
- 42 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系. 湖南中医学院学报 2004; 24: 38-39
- 43 虞坚尔, 张新光, 王雪峰, 李利清, 董丹. 从小儿复感看中医证候分布规律. 山东中医杂志 2006; 25: 369-372
- 44 余学庆, 李建生. 2型糖尿病患者中医证候分布规律研究. 上海中医药大学学报 2004; 18: 9-13
- 45 李永健, 方肇勤, 唐辰龙, 马骏, 管冬元, 陈德溯. 2060例原发性肝癌中医证候分布规律的临床流行病学调查研究. 中国医药学报 2003; 18: 144-146, 192
- 46 李冬华, 何裕民. 子宫肌瘤患者的证候分布规律研究. 上海中医药大学学报 2003; 17: 30-33

编辑 何燕 电编 郭海丽

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2007年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

2007 年国际会议

Meeting Falk Workshop: Mechanisms of Intestinal Inflammation
10 October 2007
Dresden
symposia@falkfoundation.de

Meeting APDW 2007 - Asian Pacific Digestive Disease Week 2007
15-18 October 2007
Kobe
apdw@convention.co.jp

Meeting Falk Symposium 161: Future Perspectives in Gastroenterology
11-12 October 2007
Dresden
symposia@falkfoundation.de

15th United European Gastroenterology Week, UEGW
27-31 October 2007
Le Palais des Congrès de Paris, Paris, France

American College of Gastroenterology Annual Scientific Meeting
12-17 October 2007
Pennsylvania Convention Center
Philadelphia, PA

Meeting The Liver Meeting® 2007 - 57th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases
2-6 November 2007
Boston - MA
www.aasld.org