

# 胃癌中医证型与客观化指标相关性研究进展

## A review on the correlation between TCM syndrome types and objective indicators of gastric cancer

王艳妮<sup>1</sup> 乔元勋<sup>2</sup> 宋萌萌<sup>2</sup> 刘世研<sup>2</sup>

(1. 山东中医药大学 2019 级硕士研究生, 山东 济南, 250355; 2. 泰安市中医医院, 山东 泰安, 271000)

中图分类号: R735.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2022) 34-0068-04

**【摘要】** 中医辨证论治是中医治病的基础及核心, 而中医证型的客观化是中医研究领域急需解决的难题。通过对胃癌相关文献的查阅, 发现胃癌中医证型与临床上各客观化指标存在一定的关联, 如癌前病变类型、病理类型、胃癌分期、化疗、胃癌相关的基因蛋白。今后应当制定规范、严谨、统一的中医证候标准, 规范研究设计, 选择有代表性的大样本进行严谨、规范的临床研究, 并加强动态观察, 延长观察时间, 致力于综合性研究, 使胃癌的中医分型更加客观性, 以期胃癌的中医治疗提供更有说服力的依据。

**【关键词】** 胃癌; 中医证型; 客观化指标; 综述

**【Abstract】** CM syndrome differentiation and treatment is the foundation and core of TCM treatment, and the objectification of TCM syndrome types is an urgent problem to be solved in the field of TCM research. By reviewing the literature related to gastric cancer, it was found that there was a certain correlation between TCM syndrome types of gastric cancer and various clinical objective indicators, such as precancerous lesions type, pathologic types, gastric cancer stage, chemotherapy, and gastric cancer related genes and proteins. In the future, the standardized, rigorous and unified TCM syndrome standards should be formulated, and the design of the research should be standardized. The representative large samples are more suitable for rigorous and standardized clinical research. The dynamic observation should be strengthened, and observation time should be prolonged. The comprehensive research should be concentrated to make the TCM syndrome classification of gastric cancer more objective, in order to provide more convincing basis for the TCM treatment of gastric cancer.

**【Keywords】** Gastric cancer; TCM syndrome type; Objective indicator; Review

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2022.34.017

胃癌是全球常见的恶性肿瘤之一, 关于 2015 年中国癌症统计结果 (由全国肿瘤登记中心发布)<sup>[1]</sup> 显示, 全国胃癌发病例数约为 67.9 万, 其发病例数仅次于肺癌, 位居第二位, 其中男性病例人数约占 70%。因胃癌病死的例数约为 49.8 万, 也位居肿瘤病死率排行榜第二位。因此胃癌具有高发病率、高病死率的特点。胃癌起病隐匿, 与其他肿瘤相比预后较差, 严重威胁着人类的健康。近年来, 有关胃癌的治疗措施日趋丰富和发展, 手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等综合治疗手段使患者生存期进一步延长。本病按其临床表现可归属于中医学“胃脘痛”“积聚”“噎膈”等范畴<sup>[2]</sup>。胃癌是多种因素所致, 如饮食不洁、情志不畅、外邪犯胃 (包括药物、Hp 感染), 损伤脾胃, 脾胃升降失常, 各种病理产物堵塞于胃, 进一步影响胃的功能, 气血生化乏源, 胃络失养日久而致胃癌的形成。近些年的研究表明, 中医在诊治胃癌方面具有良好的疗效, 研究中医证型与客观化指标的关联, 可以进一步确定中医证候的准确性, 现综述如下。

### 1 胃癌中医证型与癌前病变病理分型

有关胃癌发病机制尚不明确, 目前广泛承认的胃癌癌前病变模式为正常胃黏膜 → 慢性胃炎 → 萎缩性胃炎 → 肠上皮化

生 → 异型增生 → 胃癌 (肠型)<sup>[3]</sup>。胃癌癌前病的组织病理改变主要为肠上皮化生及异型增生。李映珊等<sup>[4]</sup>对 380 例符合癌前病变的患者病理类型进行分析后发现, 中度异型增生、不完全性结肠型肠化生患者多为脾胃虚寒证, 重度异型增生则是以瘀阻胃络证为主。王相东等<sup>[5]</sup>分析了 100 例伴有肠化生或不典型增生的慢性萎缩性胃炎患者病历后, 发现伴有肠上皮化生者多为胃阴不足证, 中度异型增生者多为脾胃虚弱证、胃络瘀血证, 重度异型增生者以肝胃不和证、脾胃湿热证为主。郝仙<sup>[6]</sup>分析了 118 例胃癌癌前病变病理类型后发现, 轻度肠化生、轻度异型增生的病性主要为气滞; 中度肠化生、中度异型增生的病性主要为热; 重度肠化生、重度异型增生的病性主要为血瘀、气虚和阳虚。有临床学者发现, 个体中医证型由气滞型向血瘀型转变的同时, 胃黏膜亦由轻度异型增生到重度异型增生的改变,<sup>[7]</sup>说明中医证型的演变与胃黏膜病理类型的改变之间可能有一定的关系。中医证型与癌前病变相关性的研究对于胃癌的早期发现和辨证论治有着重要意义。

### 2 胃癌中医证型与病理分型

有关胃癌的病理分型参照的是世界卫生组织以组织来源及其异型性为基础的分型。郑文文<sup>[8]</sup>一项回顾性研究表明胃

癌的主要病理类型为腺癌, 在 40 岁及以下胃癌患者中以低分化腺癌为主, 女性胃癌患者低分化腺癌、印戒细胞癌占比均高于男性患者。严惠芳等<sup>[9]</sup>统计分析了 105 例胃癌术前患者病理、中医证型资料, 发现胃癌中大多数为腺癌, 而腺癌的中医证型的顺序为: 肝胃不和 (26.7%) > 气滞血瘀 (23.8%) > 脾胃气虚 (18.1%) > 气血两虚 (11.4%)。曾丽金<sup>[10]</sup>分析了 472 例原发性胃癌的中医证型与其病理类型的关系, 结果表明: 病理类型为腺癌的例数较多 (72.7%), 其中低分化腺癌占 61.2%。胃癌中医证型分布情况与病理分型不存在相关关系, 即差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 但是否与分化程度有关还需大量样本进行研究。查阅近 5 年文献, 有关胃癌的中医证型与病理分型研究较少, 加之胃癌病理分型体系较多, 其相关性的明确化和具体化还有待更加深入的研究。

### 3 胃癌中医证型与胃癌分期

滕绘敏<sup>[11]</sup>对 366 例胃癌患者临床资料进行分析, 结果发现女性患者肝胃不和证较多, 且多为 I 期患者, II、III 期患者以脾胃气虚证为主, IV 期患者多为气血亏虚证、瘀阻胃络证。且不同证型间胃癌分期存在相关性。王雨村等<sup>[12]</sup>观察 162 例胃癌患者肿瘤 TNM 分期与肿瘤异型性分级后发现, I ~ IV 期患者占比最多的依次是胃热伤阴证、肝气犯胃证、脾胃虚寒证、气滞血瘀证, I、IV 期患者占比最少的是痰湿凝结证, II、III 期患者占比最少的分别是气滞血瘀证、气血亏虚证; I ~ III 级患者分别以脾胃虚寒证、肝气犯胃证、胃热伤阴证多见, 气滞血瘀证、胃热伤阴证、痰湿凝结证最少。江洁敏<sup>[13]</sup>对 153 例胃癌 TNM 分期与中医体质、证型相关性研究中发现, 中医证型分布在不同病理 TNM 分期上存在差异 ( $P < 0.01$ )。I 期以肝气犯胃证为主, II 期以气滞血瘀证为主, III 期以气血两虚证为主, IV 期以气血两虚证和脾胃虚寒证为主。在 I 期、II 期中患者以实证多见; 在 III 期、IV 期中患者以虚证多见。笔者认为, 处于胃癌早期的 I 期、II 期患者, 侵犯程度尚浅, 病情较轻, 发展较为缓慢, 邪正相交, 以邪实为主, 随着疾病进展, 机体正气亏耗, 脾胃虚弱, 有形实邪内留, 表现为虚实夹杂, 以虚证为主。因此临床工作者密切关注胃癌患者中医证型的动态改变, 以便掌握疾病的发展变化。

### 4 胃癌中医证型转变与化疗

骆嘉俊等<sup>[14]</sup>分析了 68 例 III、IV 期患者化疗前后的中医证型后发现, 化疗前患者的中医证型多为肝胃不和证、痰湿阻滞证, 行 2 周期化疗后则转变为脾胃阳虚证、胃阴亏虚证、气血不足证为主。刘振东等<sup>[15]</sup>通过对 50 例晚期胃癌患者病例分析发现, 患者化疗前气血亏虚证占 24%, 痰湿凝结证占 20%, 气滞血瘀证占 22%; 行 2 周期化疗后患者气血两虚证增加至 34%, 脾胃虚寒证升高至 24%, 实证中痰湿凝结证最多, 占 16%, 化疗后虚证患者比例明显增加。陈晓帆等<sup>[16]</sup>对 150 例手术后采用 FOLFOX 方案 (奥沙利铂、亚叶酸钙、5-氟尿嘧啶) 化疗的胃癌患者分析后发现, 术前多为瘀阻胃络、脾胃虚寒证, 术后转变为胃热阴虚、气血两虚证为主, 行 FOLFOX 方案化疗后, 发现以胃热阴虚、气血两虚证患者明

显增加。以上研究表明, 虚证患者在治疗后明显增加, 这与治疗过程中的化疗药物有着密切关系, 化疗药物在抗肿瘤的同时, 也对正常组织细胞造成损害, 脏腑功能失调。因此化疗后应对患者重新辨证, 切勿出现用药组方的错误。针对胃癌化疗后的用药原则, 中医提出应以养胃阴为主, 以补益气血、化痰散结为辅<sup>[17]</sup>。

### 5 胃癌中医证型与胃癌相关基因、蛋白

相关的研究大多集中在血管内皮生长因子、人表皮生长因子受体 -2、抑癌基因 p53、基质金属蛋白酶 9、组织基质金属蛋白抑制剂 2、Rb 蛋白、糖体蛋白 L23、鼠双微体 2 及其他基因。

#### 5.1 血管内皮生长因子

肿瘤的发生、发展与血管生成密切相关<sup>[18]</sup>。有研究表明大多数恶性肿瘤的血管生成迅速且密集, 因此抑制此过程能预防肿瘤细胞的生长与扩散。血管内皮生长因子是目前与肿瘤血管形成最重要的血管生长因子<sup>[19]</sup>。焦军全<sup>[20]</sup>通过检测 120 例胃癌术前患者血管内皮生长因子基因表达水平, 并对不同证型与血管内皮生长因子变化关系进行研究, 血管内皮生长因子表达水平最高的患者多为瘀毒内阻证, 其次是胃热伤阴证, 表达水平最低的是肝胃不和证。钱建华等<sup>[21]</sup>分析测定了 120 例胃癌患者病灶组织血管内皮生长因子阳性表达率, 结果发现, 血管内皮生长因子表达水平较高的有瘀毒内阻证、痰湿凝结证, 表达较低的是脾胃虚寒证、胃热伤阴证。以上结论虽有所不同, 但均表明血管内皮生长因子在实证患者表达率高于虚证患者, 可用于辅助诊断患者症状的虚实。

#### 5.2 人表皮生长因子受体 -2

人表皮生长因子受体 -2 通过调节血管内皮生长因子和血管通透性因子, 促进肿瘤新生血管生成, 促进肿瘤细胞生长与转移, 损害机体正常组织<sup>[22]</sup>。王雨村等<sup>[23]</sup>通过对 162 例胃癌人表皮生长因子受体 -2 基因在不同中医证型的分布情况研究, 发现人表皮生长因子受体 -2 表达水平最高为痰湿凝结型, 最低为脾胃虚寒型, 且差异有统计学意义。岳亚丽等<sup>[24]</sup>通过免疫检测法检测 142 例胃癌患者的人表皮生长因子受体 -2 表达水平与中医证型的关系, 结果表明不同中医证型在人表皮生长因子受体 -2 表达水平不同, 人表皮生长因子受体 -2 表达由高到低分别为气滞血瘀型 (95.24%)、痰湿凝结型 (89.47%)、气血亏虚型 (75%)、胃热阴伤型 (48%)、脾胃虚寒型 (44.12%)、肝气犯胃型 (37.04%)。人表皮生长因子受体 -2 的表达水平与中医证型有一定的关系, 痰湿凝结型的胃癌患者人表皮生长因子受体 -2 表达增强。

#### 5.3 抑癌基因 p53

肿瘤抑制基因失活的主要机制是突变。有研究表明胃癌患者中 p53 的突变率高达 52.21%。<sup>[25]</sup>李国威<sup>[26]</sup>选取 120 例胃癌患者、30 例正常的胃黏膜患者及 10 例慢性胃炎患者, 观察组织中的 p53 蛋白表达情况, 其结果可知, p53 表达水平在胃癌患者阳性率为 68.3%, 且在不同中医证型分布中差异有统计学意义, 由高到低的中医证型依次为: 痰湿凝结型 (93.75%) > 气滞血瘀型 (72.22%) > 肝气犯胃型 (65.22%) > 胃热伤阴型 (52.38%) > 脾胃虚寒型 (48.25%) > 气血亏虚型 (46.15%)。

钱建华等<sup>[21]</sup>有关胃癌中医证型与 p53 的研究也得出基本一致的结论, 中医证型为实证的阳性率高于虚证。因胃癌临床症状普遍性, 鲜有人在意, 或口服抑酸护胃药能缓减, 延误病情, 确诊时多属晚期。检测基因 p53 可辅助早期胃癌的诊断及病情的虚实。

#### 5.4 基质金属蛋白酶 9 与组织基质金属蛋白抑制剂 2

基质金属蛋白酶 9 和组织基质金属蛋白抑制剂 2 在肿瘤细胞中高表达与肿瘤细胞的转移与浸润有关<sup>[27-28]</sup>。刘河等<sup>[29]</sup>通过测定分析 124 例胃癌患者病灶组织中基质金属蛋白酶 9 和组织基质金属蛋白抑制剂 2 的阳性表达率发现, 基质金属蛋白酶 9 与组织基质金属蛋白抑制剂 2 表达率较高的有瘀毒内阻证、痰湿凝结证, 表达率较低的是胃热伤阴证、脾胃虚寒证, 说明基质金属蛋白酶 9、组织基质金属蛋白抑制剂 2 表达率与胃癌的不同证型之间关系密切, 在一定程度上可以反映患者机体状况和预后。刘龙等<sup>[30]</sup>对胃癌中医证型与组织基质金属蛋白抑制剂 2 相关性分析, 表明肝胃不和型表达最高, 脾胃虚寒型最低。肝胃不和型多具有肝功能异常表现, 认为胃癌影响肝功能时, 可能组织基质金属蛋白抑制剂 2 的表达会增强。

#### 5.5 Rb 基因

作为最早发现的抑癌基因, 其高表达及表达程度与胃癌肿瘤细胞的增殖程度有显著的相关性<sup>[31]</sup>。王雨村等<sup>[32]</sup>通过测定分析 162 例胃癌患者肿瘤组织中 Rb 表达情况发现, Rb 蛋白表达较强的证型是胃热伤阴证、脾胃虚寒证, 表达最弱的是气血亏虚证, 表明 Rb 蛋白的表达情况在不同证型中存在显著差异。

#### 5.6 糖体蛋白 L23 与鼠双微体 2

糖体蛋白 L23 和鼠双微体 2 的表达与胃癌发生、转移有关, 是评价胃癌预后的指标之一<sup>[33]</sup>。也可通过调节多种耐药蛋白分子影响胃癌的增长、扩散, 是影响胃癌化疗药物耐药的重要指标<sup>[34]</sup>。蒋雨薇<sup>[35]</sup>通过测定分析 100 例患者核的糖体蛋白 L23、鼠双微体 2 表达后发现, 糖体蛋白 L23 阳性表达率最高的是肝胃不和证, 最低的是脾肾两虚证, 鼠双微体 2 阳性表达率最高的是肝脾两虚证, 最低的是肝胃不和证, 结果表明糖体蛋白 L23 的表达升高可提示胃癌处于早期阶段, 鼠双微体 2 表达升高则提示患者为虚证, 病情可能更加严重。

#### 5.7 其他基因

查阅文献, 不少研究者对其他基因也进行了观察探究。陈斌等<sup>[36]</sup>通过对 648 例胃癌患者及 781 例健康志愿者转化生长因子  $\beta$ 1-509 基因的测定分析后发现, 其与血瘀、湿热、肝肾亏虚及寒湿证等的形成有着密切关系, 其多态性与中国南方人群胃癌的发病风险降低有关。施俊等<sup>[37]</sup>通过检测 60 例胃癌患者雌激素受体  $\alpha$ 、雌激素受体  $\beta$ 、雌激素蛋白激酶 mRNA 的表达发现, 不同的证型之间雌激素受体  $\alpha$ 、雌激素受体  $\beta$  与孕激素受体在蛋白与基因上存在部分表达差异, 可能是胃癌证型差异的物质基础之一。李立平等<sup>[38]</sup>研究 91 例胃癌患者的人类白细胞分化抗原 151 表达水平, 在实证患者白细胞分化抗原 151 蛋白表达水平较高, 以痰瘀互结为主。有研究表明白细胞分化抗原 151 与胃癌预后密切相关<sup>[39]</sup>, 提示痰瘀互结型胃癌患者的预后可能较差。

综上, 随着分子生物学的发展, 现阶段对胃癌中医证型

与基因、蛋白的研究在逐渐增多, 通过中医证型与其相关性的研究, 分析胃癌中“证”的实质, 为促进中医药治疗胃癌的发展提供新的思路, 与西医相关治疗方式相结合, 达到中西医结合治疗胃癌以延缓肿瘤的发生、发展, 提高肿瘤缓解率, 延长患者生存期的目的。

## 6 结 语

随着科技的不断发展, 医疗水平正逐渐提高, 胃癌的诊疗手段也逐渐丰富起来, 但胃癌的发病率与病死率仍居高不下, 并呈逐年上升趋势, 中晚期胃癌的治疗效果仍不能让人满意。有研究显示, 中医药的抗肿瘤作用可以诱导胃癌细胞的凋亡、降低胃癌细胞侵袭迁移能力、抑制胃癌细胞的增殖等<sup>[40]</sup>, 中药提取物具有调节肿瘤相关基因的作用, 为中医药治疗肿瘤提供了靶向依据, 是抗胃癌中药研究的基础。中医药在胃癌治疗中的研究前景广阔, 探讨胃癌中医证型和临床客观指标的相关性及其规律, 对指导胃癌的中医药研究和诊治具有重要意义。但目前相关研究仍有很多不足之处, 涉及指标不够广泛、临床研究样本较少、相关性研究过少、证型评定标准不统一等。因此笔者建议在今后的研究中, 制定规范统一的中医辨证标准, 开展多中心、大样本大型的临床试验, 搭建胃癌中医证型交流平台, 建立一种较完善的中医辨证体系, 为中西医治疗胃癌奠定基础。

## 参 考 文 献:

- [1]CHEN W, ZHENG R, BAADDE PD, *et al.* Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 6(2): 115-132.
- [2]吕英, 陆焯, 叶敏, 等. 胃癌从痰论治学术思想溯源[J]. 中国医药导报, 2017, 14(13): 81-83.
- [3]CORREA P, HAENSZEL W, CUELLO C, *et al.* A model for gastric cancer epidemiology[J]. The Lancet, 1975, 2(7924): 58-60.
- [4]李映珊, 杨晓军, 张理选. 胃癌前病变的病理类型与中医证型的相关性初探[J]. 新中医, 2015, 47(6): 231-233.
- [5]王相东, 乔喜婷, 樊西玲, 等. 胃癌前病变病理分型与中医证型、舌象相关性的临床研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(9): 24-25.
- [6]郝仙. 胃癌前病变中医证素分布规律临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2019.
- [7]刘庆生, 桑怡, 王小奇, 等. 胃癌前病变不同中医证型与胃黏膜 DNA 甲基化水平差异研究[Z]. 杭州市中医院, 2015-12-23.
- [8]郑文文. 山东省多地区胃癌临床病理特征分析[D]. 济南: 山东大学, 2018.
- [9]严惠芳, 占永久, 马居里, 等. 胃癌中医证候特点及其与病理类型的关系[J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(5): 10-11, 19.
- [10]曾丽金. 472 例原发性胃癌中医证型及其相关因素的研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2017.
- [11]滕绘敏. 胃癌中医证型与临床相关因素的单因素分析[J]. 光明中医, 2016, 31(8): 1117-1119.
- [12]王雨村, 刘宏斌, 何欣, 等. Rb 表达水平与胃癌中医证型的相关性研究[J]. 甘肃医药, 2016, 35(8): 580-583.
- [13]江洁敏. 胃癌 TNM 分期与中医体质、证型的相关性研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2019.

- [14] 骆嘉俊, 黄学武. 化疗对 III~IV 期胃癌患者中医证型影响的研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(18): 53-55.
- [15] 刘振东, 周维顺, 林胜友, 等. 化疗对晚期胃癌证型影响的研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2015, 39(6): 454-456.
- [16] 陈晓帆, 谢晓平, 陈云龙. 胃癌术后 FOLFOX 方案化疗不同阶段中医证候演变规律的研究[J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(1): 70-72.
- [17] 张莉萍, 王松浩, 朱洁. 胃癌 III~IV 期患者化疗前后中医证型变化临床观察[J]. 山西中医, 2021, 37(1): 47-50.
- [18] FOLKMAN J. What is the evidence that tumors are angiogenesis dependent[J]. J Natl Cancer Inst, 1990, 82(1): 4-6.
- [19] 张陆梅, 陈泽涛. 血管内皮生长因子与肿瘤[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(6): 844-846.
- [20] 焦军全. 胃癌中医证型与外周血 VEGF 及 HER2 基因表达水平的相关性研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2012.
- [21] 钱建华, 林海燕. 胃癌中医证型与病灶组织中 P53、VEGF 及 HER-2 蛋白表达的相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(4): 1005-1008.
- [22] YUAN C L, LI L, ZHOU X, *et al.* Expression of SATB1 and HER2 in gastric cancer and its clinical significance[J]. European Review for Medical & Pharmacological Sciences, 2016, 20(11): 2256.
- [23] 王雨村, 刘宏斌. 胃癌中医证型与 C-erbB-2 表达水平的相关性研究[J]. 医学研究杂志, 2016, 45(8): 109-113.
- [24] 岳亚丽, 徐梦姝, 朱其聪, 等. 胃癌中医证型与 P53、PCNA、Cerb-2 表达的关系分析[J]. 四川中医, 2021, 39(7): 58-61.
- [25] 朱玉侠, 赵明星, 姜登鹤, 等. 抑癌基因 p53、凋亡抑制基因 Bcl-2、促凋亡基因 Bax 在胃癌及癌前病变中的表达[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2016, 25(9): 1040-1043.
- [26] 李国威. 胃癌中医证型与 P53、VEGF 表达水平相关性研究[D]. 咸阳: 陕西中医学院, 2013.
- [27] BARBARO M P, SPANEVELLO A, PALLADINO G P, *et al.* Exhaled matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) in different biological phenotypes of asthma[J]. Eur J Intern Med, 2014, 25(1): 92-96.
- [28] KOLUDE B, ADISA A O, LAWAL A O, *et al.* Stoichiometric expression of MMP-2/TIMP-2 in benign and malignant tumours of the salivary gland[J]. Tumour Biol, 2015, 36(4): 2351-2357.
- [29] 刘河, 刘超, 杨世勇. 胃癌中医证型与病灶组织中 MMP-9、TIMP-2 和 HER-2 表达的相关性分析[J]. 西部中医药, 2017, 30(2): 134-136.
- [30] 刘龙, 许玲, 孙大志. TIMP2 与胃癌中医证型关系的研究[J]. 山东中医药大学学报, 2004, 28(6): 424-426.
- [31] 张宇龙, 张国栓, 崔专义, 等. NF- $\kappa$ B 及 Rb 蛋白在进展期胃癌中的表达及 E-cadherin/catenin 复合物在转移淋巴结中再表达的临床意义[J]. 实用癌症杂志, 2014, 29(11): 1381-1385.
- [32] 王雨村, 刘宏斌, 何欣, 等. Rb 表达水平与胃癌中医证型的相关性研究[J]. 甘肃医药, 2016, 35(8): 580-583.
- [33] 蒋雨薇, 张志敏, 冯俊明, 等. 鼠双微体 2 与核糖体蛋白 L23 在胃癌组织中的表达及临床意义[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(4): 513-520.
- [34] 于海燕, 张志勇, 王凯, 等. 下调 RPL23 对胃癌耐药细胞 SGC7901/ADR 药物敏感性的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(10): 1340-1343.
- [35] 蒋雨薇. RPL23、MDM2 的表达与胃癌中医证型的相关性研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2016.
- [36] 陈斌, 曾志荣, 柯斌, 等. TGF $\beta$ 1-509C/T 基因多态性与不同中医证型胃癌关系的研究[J]. 广州中医药大学学报, 2011, 28(4): 339-343, 348.
- [37] 施俊, 赵世远, 陆焯, 等. 胃癌不同中医证型雌激素与孕激素受体表达差异[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(2): 13-16, 21.
- [38] 李立平, 吴炜景, 李晓, 等. CD151 蛋白胃癌组织中表达情况与中医证型及胃癌转移相关性初探[J]. 中华中医药杂志, 2014, 19(10): 3193-3197.
- [39] HAEUW J F, GOETSCH L, BAILLY C, *et al.* Tetraspanin CD151 as a target for antibody-based cancer immunotherapy[J]. Biochemical Society Transactions, 2011, 39(2): 553.
- [40] 王猛, 田昭春, 吕玲玲, 等. 中医药治疗胃癌研究近况[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2018, 24(6): 793-796.

#### 基金项目:

国家重点发展“中医药现代化研究”重点专项技术(2018YFC1707406); 山东省医药卫生科技发展计划项目(2015WS0517)。

编辑: 张志菊 编号: EA-4211222224 (修回: 2022-12-03)

## 承淡安针灸治疗带下病的经验与实践

### CHENG Dan'an's clinical experience and practice in treating leukorrhea by acupuncture

王冰清<sup>1</sup> 周惠芳<sup>2\*</sup>

(1. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京, 210023; 2. 江苏省中医院, 江苏 南京, 210001)

中图分类号: R271.13 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2022) 34-0071-04 证型: IDBG

**【摘要】** 带下病是妇科疾病的重要部分。在承淡安针灸临床学术探索中, 其对妇科带下病的探索尤为独特, 形成了独特的灸法与取穴规律。承淡安先生针灸治疗带下病的经验, 首先是基于其对带下病的独特认识和分析, 在此基础上形成了对应的治疗方法, 并在临床实践中获得了切实的体会。其中, 承淡安先生对于带下病的认识也是随着时间进展而有阶段性差异, 其针灸治疗带下病的实践经验与取穴规律至今对临床仍有启发, 值得借鉴。承淡安先生针灸临床诊治带下病, 创制“三角灸”。他在学术探