

引用:刘长鑫,王浩瞩,张子淑,吴泳蓉,周青,田雪飞.基于骨转移分析570例前列腺癌患者中医证素分布规律[J].中医药导报,2025,31(4):157-160,225.



基于骨转移分析570例前列腺癌患者中医证素分布规律^{*}

刘长鑫¹,王浩瞩¹,张子淑¹,吴泳蓉²,周青¹,田雪飞²

(1.湖南中医药大学第一中医临床学院,湖南长沙 410007;

2.湖南中医药大学中西医结合学院,湖南长沙 410208)

[摘要] 目的:探析基于骨转移的前列腺癌中医证素分布规律,为前列腺癌的证候研究及诊疗提供参考。方法:回顾性收集570例前列腺癌患者的临床资料,分为289例无骨转移组和281例骨转移组,对两组患者的病位证素、病性证素等进行研究。结果:570例前列腺癌患者中有429例的病位证素在肾,其中无骨转移组有207例,骨转移组有222例;189例病位在脾,其中无骨转移组有109例,骨转移组有80例;118例病位在肺。主要病性证素为气虚、血虚、阳虚、血瘀,无骨转移组病性证素阳虚的患者多于骨转移组,骨转移组病性证素气虚、血虚、血瘀、湿、阴虚、痰的患者多于无骨转移组。病性-病位二项关联分析结果显示,在支持度方面,无骨转移组与骨转移组气虚+肾支持度均最高;在置信度方面,无骨转移组阳虚+肾置信度最高,骨转移组血瘀+肾置信度最高。三项关联分析结果显示,在支持度方面,无骨转移组阳虚+气虚+肾支持度最高,骨转移组血瘀+气虚+肾支持度最高;在置信度方面,无骨转移组阳虚+气虚+肾置信度最高,骨转移组血瘀+阳虚+肾置信度最高。结论:前列腺癌的核心病位在肾,主要病位还包括脾、肺。无骨转移患者病位证素以肾、脾为主,骨转移患者病位证素以肾、脾、肺为主。阳虚、气虚、血虚、血瘀、湿、阴虚、痰是主要病性证素。无骨转移患者病性证素以阳虚为主,骨转移患者主要病性证素除血瘀外,还涉及气虚、阳虚、血虚、阴虚、湿、痰。肾虚血瘀是前列腺癌的核心病机。

[关键词] 前列腺癌;骨转移;证素;肾虚;血瘀;回顾性研究

[中图分类号] R273;R737.25 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)04-0157-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.04.027

Analysis of Traditional Chinese Medicine Syndrome Elements Distribution Pattern in 570 Prostate Cancer Patients Based on Bone Metastasis

LIU Changxin¹, WANG Haozhu¹, ZHANG Zishu¹, WU Yongrong², ZHOU Qing¹, TIAN Xuefei²

(1.The First Clinical College of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410007, China; 2.School of Integrated Chinese and Western Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China)

[Abstract] Objective: To explore the distribution pattern of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome elements in prostate cancer based on bone metastasis, and provide reference for the syndrome research, diagnosis and treatment of prostate cancer. Methods: The clinical data of 570 prostate cancer patients were retrospectively collected and divided into 289 cases without bone metastasis group and 281 cases with bone metastasis group. The syndrome elements of disease location and disease nature of the two groups of patients were studied. Results: Among the 570 prostate cancer patients, 429 cases had the syndrome element of disease location in the kidney, including 207 cases in the non-bone metastasis group and 222 cases in the bone metastasis group. 189 cases had the disease location in the spleen, including 109 cases in the non-bone metastasis group and 80 cases in the bone metastasis group. 118 cases had the disease location in the lung. The main pathognomonic elements were Qi deficiency, blood deficiency, Yang deficiency and blood stasis. There were more patients with yang deficiency in the group without bone metastasis than in the group with bone metastasis, and there were more patients with Qi deficiency, blood deficiency, blood stasis, dampness, Yin deficiency and phlegm in the group

*基金项目:国家自然科学基金区域联合创新项目(U20A20408);国家自然科学基金项目(82074450,82104861)

通信作者:田雪飞,男,教授,研究方向为肿瘤的中西医结合防治

with bone metastasis than in the group without bone metastasis. The results of the two-item pathogenicity-pathogenicity association analysis showed that in terms of support degree, both the non-bone metastasis group and the bone metastasis group had the highest degree of support for Qi deficiency + kidney. In terms of confidence degree, the non-bone metastasis group had the highest degree of confidence for Yang deficiency + kidney, and the bone metastasis group had the highest degree of confidence for blood stasis + kidney. The results of the three-item association analysis showed that in terms of support degree, the support degree of Yang deficiency + Qi deficiency + kidney was the highest in the non-bone metastasis group, and the support degree of blood stasis + Qi deficiency + kidney was the highest in the bone metastasis group. In terms of confidence degree, the confidence degree of Yang deficiency + Qi deficiency + kidney was the highest in the non-bone metastasis group, and the confidence degree of blood stasis + Yang deficiency + kidney was the highest in the bone metastasis group. Conclusion: The core disease location of prostate cancer is in the kidney, and the main disease location also include the spleen and lung. The syndrome elements of disease location in patients without bone metastasis are mainly the kidney and the spleen, while those in patients with bone metastasis are mainly the kidney, the spleen, and the lung. Yang deficiency, Qi deficiency, blood deficiency, blood stasis, dampness, Yin deficiency, and phlegm were the main pathognomonic elements. The syndrome element of disease nature in patients without bone metastasis is mainly Yang deficiency, and the main syndrome elements of disease nature in patients with bone metastasis, in addition to blood stasis, also involve Qi deficiency, Yang deficiency, blood deficiency, Yin deficiency, dampness, and phlegm. Kidney deficiency and blood stasis are the core pathogenesis of prostate cancer.

[Keywords] prostate cancer; bone metastasis; syndrome elements; kidney deficiency; blood stasis; retrospective study

前列腺癌(prostatic cancer, PCa)是最常见的男性泌尿系统恶性肿瘤之一^[1-2]。PCa的主要问题是其骨转移倾向,中晚期PCa患者骨转移的发生率高达90%,骨转移严重影响PCa患者的预后^[3]。中医辨证论治对中晚期PCa尤其骨转移患者具有重要意义,能指导个体精准用药,已成为重要综合治疗手段。证素是中医辨证的基本要素与诊断要点^[4],对PCa形成并制定中医规范化的临证辨治体系具有重要价值。基于此,本研究采用回顾性研究方法,客观提取临床289例PCa无骨转移患者和281例PCa骨转移患者的证素,进一步分析总结PCa患者的证素分布特点与关联规则,为PCa的中医规范化诊疗体系或指南共识的制定提供参考。

1 临床资料

1.1 研究对象 研究对象为湖南中医药大学第一附属医院2012年1月至2024年5月已确诊为PCa的患者。根据影像学表现有无骨转移,将其分为无骨转移组(nbmPCa组, n=289)与骨转移组(bmPCa组, n=281)。本研究已通过湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会批准(伦理批准号:HN-LL-KY-2021-003-03)。

1.2 诊断标准 经影像学(核磁共振)或病理组织学诊断为PCa,参考《中国临床肿瘤学会(CSCO)前列腺癌诊疗指南:2021》与美国癌症联合会(American Joint Committee on Cancer, AJCC)发布的第八版前列腺癌分期标准^[5]进行肿瘤TNM分期,并统计肿瘤早期、中期、晚期的病例数量(早期:0-Ⅰ期,中期:Ⅱ-Ⅲ期,晚期:Ⅳ期)。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)患者具备完整的病历资料,包含一般资料、中医临床症状等。

1.4 排除标准 (1)非原发PCa患者;(2)合并其他严重疾病

者;(3)处方用药缺失者;(4)病历出入较大者;(5)同一患者多次住院病历仅纳入最近1次。

2 研究方法

2.1 资料收集 通过湖南中医药大学第一附属医院“嘉禾病历系统”,回顾性收集PCa患者首次入院的病历资料,整理各病例中患者的基本资料和诊疗信息,包括患者姓名、年龄、性别、症状、体征、舌象与脉象、实验室检查等。

2.2 证素的提取 参考《证素辨证学》^[7],使用“WF文锋-Ⅲ中医(辅助)诊疗系统”提取PCa患者的证素。在应用该系统时,输入患者的基本信息、症状、舌脉情况及相关辅助检查结果,系统通过加权求和和浮动阈值算法进行计算,自动生成权值大于70的证素结果。若权值低于70,系统则判定该证素无效,因而不会生成对应结果^[8]。

2.3 统计学方法 采用Excel 2021录入数据,计数资料用例数、例次、构成比表示,中医症状、体征、证素等数据采用二分类量化方法处理。使用SPSS Modeler 18.0软件中Apriori算法进行PCa患者高频证素之间的关联规则分析^[9]。

3 结 果

3.1 基线资料 共纳入PCa患者570例,其中年龄分布在32~97岁,平均年龄73.56岁,30~39、40~49、50~59、60~69、70~79、80~89、90~99岁各年龄段分别有2例(0.35%)、7例(1.23%)、37例(6.49%)、130例(22.81%)、230例(40.35%)、150例(26.31%)、14例(2.46%),以60~89岁多见(89.47%)。

肿瘤分期方面,本研究入组患者均为中晚期PCa,其中,Ⅲ期患者98例(17.19%),Ⅳ期患者472例(82.81%)。

3.2 PCa患者的病位证素分布 表1示,所有纳入患者前3位常见病位证素为肾(429例次,75.26%)、脾(189例次,33.16%)、

肺(118例次,20.70%)。nbmPCA组与bmPCA组之间比较,除病位在心、肝外,其它病位证素差异均有统计学意义($P<0.05$)。提示PCA的核心病位在肾,主要病位还包括脾、肺。无骨转移患者病位证素以肾、脾为主,骨转移患者病位证素以肾、脾、肺为主。

表1 基于骨转移的570例PCA患者病位证素分布 [例(%)]

病位证素	总计(570例次)	无骨转移组(289例次)	骨转移组(281例次)	χ^2	P
肾 有	429(75.26)	207(71.63)	222(79.00)	4.165	0.041
无	141(24.74)	82(28.37)	59(21.00)		
脾 有	189(33.16)	109(37.72)	80(28.47)	5.496	0.019
无	381(66.84)	180(62.28)	201(71.53)		
肺 有	118(20.70)	49(16.96)	69(24.56)	5.013	0.025
无	452(79.30)	240(83.04)	212(75.44)		
心 有	34(5.96)	21(7.27)	13(4.63)	1.770	0.183
无	536(94.04)	268(92.73)	268(95.37)		
肝 有	26(4.56)	16(5.54)	10(3.56)	1.280	0.258
无	544(95.44)	273(94.46)	271(96.44)		

3.3 PCA患者的病性证素分布 表2示,所有纳入患者常见病性证素为气虚(476例次,83.51%)、血虚(335例次,58.77%)、阳虚(319例次,55.96%)、血瘀(318例次,55.79%)。nbmPCA组与bmPCA组之间比较,在阳虚方面,nbmPCA组构成比高于bmPCA组($P<0.05$);在气虚、血虚、血瘀、湿、阴虚、痰方面,bmPCA组构成比均高于nbmPCA组($P<0.05$)。热、气滞、不固方面,两组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表2 基于骨转移的570例PCA患者病性证素分布 [例(%)]

病性证素	总计(570例次)	无骨转移组(289例次)	骨转移组(281例次)	χ^2	P
气虚 有	476(83.51)	231(79.93)	245(87.19)	5.449	0.020
无	94(16.49)	58(20.07)	36(12.81)		
血虚 有	335(58.77)	158(54.67)	177(62.99)	4.068	0.044
无	235(41.23)	131(45.33)	104(37.01)		
阳虚 有	319(55.96)	174(60.21)	145(51.60)	4.282	0.039
无	251(44.04)	115(39.79)	136(48.40)		
血瘀 有	318(55.79)	148(51.21)	170(60.50)	4.982	0.026
无	252(44.21)	141(48.79)	111(39.50)		
湿 有	235(41.23)	107(37.02)	128(45.55)	4.276	0.039
无	335(58.77)	182(62.98)	153(54.45)		
阴虚 有	120(21.05)	49(16.96)	71(25.27)	5.922	0.015
无	450(78.95)	240(83.04)	210(74.73)		
痰 有	239(41.93)	107(37.02)	132(46.98)	5.794	0.016
无	331(58.07)	182(62.98)	149(53.02)		
热 有	101(17.72)	57(19.72)	44(15.66)	1.615	0.204
无	469(82.28)	232(80.28)	237(84.34)		
气滞 有	75(13.16)	42(14.53)	33(11.74)	0.970	0.325
无	495(86.84)	247(85.47)	248(88.26)		
不固 有	118(20.70)	62(21.45)	56(19.93)	0.202	0.653
无	452(79.30)	227(78.55)	225(80.07)		

3.4 PCA患者骨转移的病性-病位关联规则分析

3.4.1 570例PCA患者总体病性-病位关联规则分析 对570例PCA患者病性与病位的关联规则进行研究,深入挖掘了二者

之间的潜在关系,最终总结出常见的证型和主要的病机。

根据表3,将病性作为前项、病位作为后项,对570例PCA患者进行了病性-病位的二项关联分析,得到了4种结果。其中,气虚+肾的组合支持度最高,而血瘀+肾的组合置信度最高。表4则对这些患者进行的病性-病位三项关联分析,得出了15种组合。其中,阳虚+气虚+肾的组合支持度最高,而血瘀+气虚+肾的组合置信度最高。证明以肾气虚、肾阳虚为主的肾虚血瘀是PCA的核心病机。

表3 基于骨转移的570例PCA患者病性-病位二项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
不固	肾	20.70	82.20
血瘀	肾	55.79	94.97
阳虚	肾	55.96	92.16
气虚	肾	83.51	81.72

表4 570例PCA患者病性-病位三项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
气滞+气虚	肾	10.70	80.33
不固+阳虚	肾	13.51	96.10
不固+血虚	肾	11.93	80.88
不固+气虚	肾	18.07	88.35
脾+血瘀	肾	16.32	94.62
脾+阳虚	肾	17.02	87.63
痰+血瘀	肾	20.88	90.76
痰+阳虚	肾	22.46	88.28
湿+血瘀	肾	20.00	93.86
湿+阳虚	肾	20.88	89.08
血瘀+阳虚	肾	47.37	96.30
血瘀+血虚	肾	31.75	95.58
血瘀+气虚	肾	49.82	96.48
阳虚+血虚	肾	30.18	93.02
阳虚+气虚	肾	50.53	93.75

3.4.2 nbmPCA组与bmPCA组患者病性-病位关联规则结果 表5~6分别对nbmPCA组和bmPCA组证素进行病性-病位二项关联分析,其中nbmPCA组共得到病性-病位关联3个,bmPCA组共得到病性-病位关联5个。其中,nbmPCA组与bmPCA组均为气虚+肾组合支持度最高;在置信度方面,nbmPCA组阳虚+肾置信度最高,bmPCA组血瘀+肾置信度最高。

表7~8分别对nbmPCA组和bmPCA组证素病性-病位三项关联分析,其中nbmPCA组共得到病性-病位关联8个,bmPCA组共得到病性-病位关联11个。在支持度方面,nbmPCA组阳虚+气虚+肾支持度最高,bmPCA组血瘀+气虚+肾支持度最高;在置信度方面,nbmPCA组阳虚+气虚+肾置信度最高,bmPCA组血瘀+阳虚+肾置信度最高。

表5 nbmPCA组患者病性-病位二项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
阳虚	肾	25.96	96.62
血瘀	肾	30.53	90.23
气虚	肾	40.53	80.52

表 6 bmPCa 组患者病性-病位二项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
脾	肾	14.04	81.25
湿	肾	22.46	80.47
血瘀	肾	25.44	94.48
阳虚	肾	29.82	93.53
气虚	肾	42.98	82.86

表 7 nbmPCa 组患者病性-病位三项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
湿+阳虚	肾	10.70	83.61
痰+阳虚	肾	10.53	86.67
脾+阳虚	肾	10.18	87.93
血瘀+血虚	肾	14.91	97.65
血瘀+阳虚	肾	23.51	96.27
阳虚+气虚	肾	22.63	98.45
血虚+阳虚	肾	16.32	92.47
血瘀+气虚	肾	26.49	92.72

表 8 bmPCa 组患者病性-病位三项关联规则分析

前项	后项	支持度/%	置信度/%
脾+气虚	肾	13.51	80.52
痰+阳虚	肾	11.93	89.71
痰+血瘀	肾	12.98	86.49
湿+阳虚	肾	10.18	94.83
湿+血瘀	肾	12.11	91.30
湿+气虚	肾	19.65	82.14
阳虚+血瘀	肾	23.86	96.32
阳虚+血虚	肾	13.86	93.67
阳虚+气虚	肾	24.04	94.89
血瘀+血虚	肾	16.84	93.75
血瘀+气虚	肾	27.19	94.84

4 讨 论

证素辨证研究是中医证候研究的重要方法之一,包括病性、病位两大证素^[10]。临幊上通过证候-证素-证的思维过程,能更好把握疾病的本质,使得中医辨证更加科学化及全面化。本研究通过回顾性分析,从病位、病性、关联方面,深入探讨PCa患者的中医证素分布规律及差异。结果显示,570例PCa的有429例的病位证素在肾,189例病位在脾,118例病位在肺,其中肾的构成比最高,且与其他证素的关联性最强。这可能是因为前列腺位于下焦,与膀胱相近,是水液外出之道路,与肾之气化功能密不可分^[11]。

75.26%的患者病位证素在肾,提示肾是PCa的核心病位,《素问·上古天真论篇》中提到,男性以肾为先天之本,随着年龄的增长,肾气逐渐不足,无法继续滋養五脏六腑,导致脏腑的虛弱衰退,前列腺也因此受到影响。因此,肾虚是前PCa发病之根。晚期PCa患者多出现骨转移,《素问·六节藏象论篇》指出“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也;其华在发,其充在骨”。同时,《外科枢要·论瘤赘》^[12]也提到“若劳伤肾水,不能荣骨而为肿者,其自骨肿起”。这不仅解释了肾主骨的理论,还进一步论证了肾虚是PCa骨转移形成的重要因素^[13-14]。同时

PCa主要病位还包括脾、肺。PCa的证候表现与脾、肺有明显关系^[15-16]。若传舍于脾,脾肾共同参与水液代谢,癌毒可循经流窜于脾虚之地,肾水病变可反侮脾土,出现腹胀、腹水、浮肿、食欲不振等症状^[17];若传舍于肺,肺气与肾气互资,肾气不足,则导致肺气不振,津液不得输布而生痰饮,出现咳嗽、喘促、咳痰等症状。故PCa由于可转移至其它脏腑,临幊上可见一系列的复杂症状,脾、肺亦是PCa的主要病位。

有无骨转移的患者在病位证素分布上存在差异,其中bmPCa组的肾、肺构成比高于nbmPCa组,nbmPCa组的脾构成比高于bmPCa组。这可能与PCa的疾病进程相关。在PCa早期,“脾虚”是PCa发生的启动因子^[18],如《医法圆通》^[19]所言:“今病人小便不利,明是二土失职,中宫少运……如此溯本穷源,阳虚阴虚,一切移热、蓄热、蓄尿、蓄血、癃闭诸证,有由来矣。”早期患者脾胃生理功能失常,不能运化水谷精微至脏腑,则前列腺不能得以濡养,受内生邪气或外感六淫困厄,日久化瘀;在骨转移期,患者肾虚日久,致水行不畅,水液代谢失衡,甚至子病及母,影响肺之生理功能,癌毒循经流窜于肺虚之地,与瘀血相结,形成癌瘤,临幊上可表现为PCa并肺转移^[20]。

病性证素分析显示,PCa的病性虚实夹杂,有气虚、血虚、阳虚、血瘀、阴虚等,其中气虚、阳虚、血虚、血瘀为PCa的主要病性因素。研究结果发现,PCa的虚性证素多为气虚、阳虚、血虚,结合病性-病位二项、三项关联分析结果,肾与气虚、阳虚常同时出现,形成肾气虚、肾阳虚的组合证候。另外,PCa的实性证素主要是血瘀、痰、湿。情志不畅、饮食失节、外邪侵袭等均可耗伤人体正气,使得脏腑功能失常,水液代谢、血液运行不畅,从而生痰、生瘀^[21]。故痰瘀是PCa的病理产物。

总体病性-病位二项关联规则提示,气虚+肾组合支持度最高,血瘀+肾组合置信度最高,提示肾虚血瘀是PCa形成的核心病机。PCa多发于中老年男性,始于肾之元气虚衰,肾气虚日久不能鼓动血的正常运行,从而血液瘀阻脉络;同时肾阴亏虚可内生虚火邪热,使血受热灼而成瘀;肾阳亏虚不能温养血脉,常致血寒而凝,故生血瘀,血瘀互结阴部发为癌肿。三项关联分析结果显示,阳虚构成比nbmPCa组高于bmPCa组,气虚、血虚、血瘀、湿、阴虚、痰构成比bmPCa组高于nbmPCa组。疾病的不同进程是产生病证特异性的关键因素。肾阳虚是贯穿PCa病程始终,故无骨转移期患者早期即可见阳虚证素;骨转移期时患者肾虚日久,因阴阳互根,日久发展成阴阳俱虚,导致脏腑功能紊乱,病邪有机可乘,瘀、湿、痰内生,附着于骨发为骨转移。故bmPCa组除阳虚外,还涉及阴虚、气虚、血虚、湿、瘀血、痰饮等。PCa的中医证素分布广,涉及到脏腑、阴阳、气血等方面,临幊上需仔细辨别PCa每个过程的证素特点,做出正确判断,从而更好地选择用药。

本研究运用了数据挖掘技术,对PCa中医证素的分布特点进行了初步探讨,所得结果具有一定的客观性,能够为PCa是否发生骨转移提供中医证素方面的指导,也为PCa中医证候的规范化研究提供了参考^[22]。然而,本研究为回顾性分析,加之疾病可能存在年龄、病程、分期等差异,尚不能完全揭示PCa全病程的证素演变规律。因此,后续开展多中心的大样本证素研究,并完善规范化中医PCa治疗将是今后努力的方向。

(下转第225页)

825-829.

- [18] 项丽玲,苗明三.中药散剂的现代研究及思考[J].时珍国医国药,2019,30(11):2720-2723.
- [19] 张萌,李瑞星,苏贺醒,等.从《小儿药证直诀》探析钱乙应用虫类药物经验[J].中医药导报,2024,30(10):195-199.
- [20] 汪昂.本草备要[M].余力,陈赞育,校注.北京:中国中医药出版社,1998.
- [21] 杨曙光.中药升降浮沉药性的理论源流及辨识规律研究[D].合肥:安徽中医药大学,2021.
- [22] 国家药典委员会.中华人民共和国药典:一部[M].北京:中国医药科技出版社,2020:289.
- [23] 吴露婷,刘圣金,吴德康,等.矿物类中药重镇安神药理作用及临床应用研究进展[J].中国现代中药,2015,17(9):892-898.
- [24] 袁鹏,马瑜璐,刘圣金,等.矿物药青礞石对戊四氮点燃癫痫大鼠血清中IL-1 β 和IL-2等细胞因子水平的影响[J].中国现代中药,2022,24(7):1285-1291.
- [25] 李伟.含钙中药药性规律及在白虎汤中抗高热惊厥药效的作用研究[D].合肥:安徽中医药大学,2020.
- [26] 张思,范菲,韩斐.韩斐五脏辨治儿童抽动障碍共患多动

症经验[J].中医药导报,2023,29(7):213-216.

- [27] 程春华,邹华,王丛礼.镇惊散脐疗联合三字经派推拿治疗小儿夜啼临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(24):106-107.
- [28] 张益赫,赵琰,屈会化.中药归经理论演变脉络及发展梳理[J].环球中医药,2019,12(12):1915-1918.
- [29] 李相珍,黄岩杰,彭超群,等.儿科五脏辨证学说源流和特点[J].中医杂志,2020,61(20):1771-1774.
- [30] 黄帝内经·素问[M].王冰,编.戴铭,张淑贤,戴宇充,点校.南宁:广西科学技术出版社,2016.
- [31] 黄帝内经[M].北京:中医古籍出版社,2003.
- [32] 刘好,骆骄阳,单利楠,等.含朱砂和雄黄小儿类中成药的药效与安全性研究进展[J].中成药,2018,40(10):2261-2266.
- [33] 王珪.泰定养生主论[M].褚玄仁,校注.北京:学苑出版社,2003.
- [34] 马艳芳,郭亚雄,罗世杰,等.罗世杰教授巧用青礞石治疗痰湿蕴肺型小儿肺炎经验[J].陕西中医药大学学报,2022,45(1):34-37.

(收稿日期:2024-10-08 编辑:时格格)

(上接第160页)参考文献

- [1] SIEGEL R L, MILLER K D, FUCHS H E, et al. Cancer statistics, 2022[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2022,72(1):33-37.
- [2] 鲁欣,蒋栋铭,胡明,等.2004—2018年全国前列腺癌死亡率的流行特征及时间趋势[J].上海预防医学,2021,33(10):899-904,912.
- [3] 田志崇,衡立,董婧婷,等.前列腺癌骨转移关键基因的生物信息学分析[J].中国免疫学杂志,2023,39(9):1885-1892.
- [4] 朱文锋,张华敏.“证素”的基本特征[J].中国中医基础医学杂志,2005(1):17-18.
- [5] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会.中国临床肿瘤学会(CSCO)前列腺癌诊疗指南:2021[M].北京:人民卫生出版社,2021.
- [6] 王睿,任静,杨如武,等.IVIM在前列腺癌诊断中的价值及其与第八版AJCC临床病理分级的相关性研究[J].临床放射学杂志,2020,39(1):86-90.
- [7] 朱文锋.证素辨证学[M].北京:人民卫生出版社,2008.06.
- [8] 廖林丽,李翔,邓颖,等.慢性肾脏病中医证素与黄斑中心凹下脉络膜厚度的相关性研究[J].湖南中医药大学学报,2022,42(6):981-985.
- [9] 姜菊玲,刘瑞,程孟祺,等.256例晚期胰腺癌患者中医证素特征及南北差异分析[J].中医杂志,2023,64(6):593-599.
- [10] 李建超,彭俊,彭清华,等.证素及证素辨证研究的思考[J].湖南中医药大学学报,2016,36(2):3-8.
- [11] 符方智,王彪,王钦正,等.基于温肾活血解毒法探讨肾气丸联合西黄丸治疗去势抵抗性前列腺癌[J].湖南中医药

大学学报,2022,42(4):609-613.

- [12] 薛己.外科枢要[M]//薛己.薛立斋医学全书.太原:山西科学技术出版社,2020.
- [13] 张耀圣,李彩芬.论男子胞[J].中医杂志,2016,57(24):2155-2158.
- [14] 游爽,陈学彰,方子豪,等.从肝脾肾探讨前列腺癌的分期辨证论治[J].中医肿瘤学杂志,2023,5(4):18-22.
- [15] 牟睿宇,李小江,贾英杰.贾英杰治疗晚期前列腺癌经验[J].中医杂志,2020,61(15):1314-1317.
- [16] 刘嘉豪,应志康,崔云,等.崔云教授从肺论治前列腺疾病验案探析[J].浙江中医药大学学报,2021,45(10):1067-1071.
- [17] 童克家,汪志成,唐珂.进展期胃癌的证素、证型分布情况及与免疫标志物的相关性分析[J].中医药导报,2021,27(3):116-118.
- [18] 苏剑飞,牟睿宇,刘筱迪,等.贾英杰教授从“脾”论治前列腺癌[J].陕西中医,2023,44(5):636-639.
- [19] 郑钦安.医法圆通[M].成都:巴蜀书社,1991.
- [20] 韦煜,张挺维,朱耀等.不同内脏转移性前列腺癌的临床基因组学研究[J].临床泌尿外科杂志,2022,37(12):911-914.
- [21] 孙睿博,韩钦芮,徐萌,等.肿瘤转移前龛环境的正虚瘀瘀病机探讨[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3529-3532.
- [22] 夏淑洁,杨朝阳,蔡晶,等.数据挖掘方法在代谢综合征中医诊断中的应用[J].中医药导报,2020,26(16):145-148,154.

(收稿日期:2025-01-15 编辑:李海洋)