

中华中医药学会诊疗方案

早期结直肠癌中西医结合诊疗方案（指南）

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Prevention and
Treatment of Early Colorectal cancer

（文件类型：送审稿）

2022 - X - X 发布

2022 - X - X 实施

中华中医药学会

目 次

前 言..... 错误!未定义书签。

引 言..... II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断 1

 4.1 疾病诊断 1

 4.2 中医证候诊断 4

5 治疗 5

6 随访..... 错误!未定义书签。

附 录..... 15

 （资料性附录） 15

参考文献..... 错误!未定义书签。

前 言

本指南按照 GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》及《中华中医药学会中医临床指南报告规范》给出的规则起草。

本指南由中国中医科学院望京医院和上海市长海医院联合提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南主要起草人：魏玮、李兆申、刘建平、柏愚、陈薇、张北平

主要起草单位：中国中医科学院望京医院、上海长海医院、北京中医药大学、广东省中医院

本指南参与起草人：刘震、王化虹、杨倩、张晓岚、杜宏波、时昭红、丁士刚、王邦茂、王垂杰、刘玉兰、刘凤斌、邹多武、王邦茂、张发明、汪芳裕、盛剑秋、李景南、王林恒、杜时雨、张学智、沈洪、蓝宇、索标、张平、周炜洵、宋耿青、杨洋、王欣、张涛。

征求意见专家：舒劲、田旭东、刘力、李振华、安彦军、王晓素、鱼涛、刘华一、原丽莉、熊光苏、苏娟萍、刘启泉、杜正光、迟莉莉、郝微微、胡玲、汪红兵、徐宝宏、胡玲、刘涛、孙晓红、郑国银、何凌、巩阳。

主审人：唐艳萍、刘凤斌、王邦茂、吕文良、盛剑秋、刘震、时昭红。

引 言

1. 背景信息

随着人们生活水平不断提高及生活方式的改变，尤其是膳食结构的改变，我国结直肠癌（Colorectal cancer, CRC）的发病率和死亡率逐年升高，2020 年我国结直肠癌新发病例在所有癌症类型中排第 2^[1]。近年来，随着诊疗技术的提升，我国的结直肠癌总体 5 年生存率也有了很大的提高，但仍低于欧洲、美国及亚洲的日本和韩国^[2]。其中非常重要的原因是我国结直肠癌早期诊断率总体偏低，这在很大程度影响了我国结直肠癌患者的早期诊治和生存率。且早期结直肠癌病灶切除后存在复发率高的诊疗困境。因此，积极开展规范的早期结直肠癌诊疗对我国结直肠癌患者预后的改善至关重要，对结直肠癌治疗后的再预防有非常好的实际意义，尤其对治疗后复发的预防有很大实用意义。早期结直肠癌可归属于中医“肠覃”、“肠瘤”、“肠癖”、“癥瘕”、“积聚”、“息肉痔”等范畴，中医药治疗本病其优势在改善患者症状、缓解术后不适症状、减少并发症发生，但目前中医药治疗方案尚缺乏规范性。为规范早期结直肠癌的中西医结合临床实践，我们遵循《世界卫生组织指南制定手册》中的指南制定流程和步骤，参照中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，结合中西医临床特点，平衡干预措施的利弊后制定了《早期结直肠癌中西医结合诊疗方案（指南）》。

2. 构建临床问题

在本指南制定初期通过前期两轮问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题：

基础问题					
序号	问题				
1	早期结直肠癌的定义、诊断标准				
2	结直肠癌癌前疾病、癌前病变的定义				
3	早期结直肠癌的中医认知				
4	早期结直肠癌的中医病因病机				
5	早期结直肠癌人群证候特点及诊断标准				
临床问题					
序号	问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
1	早期结直肠癌治疗的方法有哪些？	结直肠癌/结直肠肿瘤	单纯西医治疗	无干预	治愈率
2	结直肠肿瘤中医如何分证论治？	结直肠癌/结直肠肿瘤	中医辨证/中医干预（药物或非药物）	单纯西医筛查措施	预防复发/促进胃肠功能恢复/缓解腹

					痛、腹胀等症状
3	中医药（药物、非药物疗法）是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？	结直肠癌术后/结直肠腺瘤术后	中医干预（药物或非药物）	常规治疗	促进胃肠功能恢复
4	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术中及术后出血？	结直肠癌术后/结直肠腺瘤术后	中医干预（药物或非药物）	常规治疗/无干预	减少出血发生
5	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后腹胀、便秘等不适症状？	结直肠癌术后/结直肠腺瘤术后	中医干预（药物或非药物）	常规治疗	缓解腹痛、腹胀、便秘等不适症状
6	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后肠梗阻？	结直肠癌术后/结直肠腺瘤术后	中医干预（药物或非药物）	常规治疗	减少肠梗阻的发生
7	结直肠肿瘤手术围手术期中医药干预的特点是什么？	结直肠腺瘤手术围手术期/结直肠癌手术围手术期	中医干预（药物或非药物）	无干预	减少术中、术后出血/缓解腹痛、腹胀等症
8	活血化瘀类中药是否增加结直肠肿瘤术出血风险？	结直肠腺瘤术中/结直肠腺瘤术后	使用活血化瘀类中药	未使用活血化瘀类中药	增加出血风险

3. 资金资助及利益冲突情况

本诊疗方案受国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目（编号：ZYYCXTD-C-202210）、中国中医科学院科技创新工程（编号：CI2021A01008）资助。

本诊疗方案项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本诊疗方案制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本诊疗方案制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本诊疗方案制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

中华医药学材料
团体标准

1. 范围

本标准推荐了早期结直肠癌的诊断标准、治疗的中西医结合方案。

本指南适用于各级中医院、综合医院、中西医结合医院、基层医院等医疗机构对结直肠癌的早诊、早治。适用人群为执业(助理)医师(包括经规范化中医药培训的临床类别医师)、医学院校从事中医药教育的教师和学生、中医药科研机构相关人员。

2. 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。本指南出版时,所示版本均为有效。

GB/T16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

国际疾病分类标准编码[ICD-10](1992年,世界卫生组织)

《中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)》(2020年,《中华外科杂志》)^[3]

《结直肠腺瘤及早期结直肠癌中西医结合诊治专家共识(2021)》(2022,《中医杂志》)

[4]

《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识(2022)》(2022年,《中华消化内镜杂志》)^[1]

3. 术语和定义

下列术语和定义仅适用于本指南。

早期(pT1)结直肠癌:癌细胞穿透结直肠黏膜肌层浸润至黏膜下层,但未累及固有肌层,称为早期结直肠癌(pT1)。有高级别异型增生特点的细胞侵犯黏膜固有层,但未穿透黏膜肌,称作黏膜内瘤变(黏膜内癌)。

中医学无“结直肠癌”这一名称,从其发病及临床特征分析,应属中医学的“肠积”、“积聚”、“癥瘕”、“肠覃”、“肠风”、“脏毒”、“下痢”等病的范畴。其病机的关键在于“湿”、“瘀”、“虚”,而“正气不足”为致病根本。现代中医认为早期结直肠癌是因饮食不节、情志内伤、感受外邪,或因先天禀赋不足,脾胃虚弱等而致湿热、寒湿、湿浊内停肠腑,阻滞气机,日久致瘀,湿瘀互结,胶着在肠,发为腺瘤,日久成毒,则可变为癌。

4. 诊断

4.1 疾病诊断(参考中华人民共和国国家卫生健康委员会《中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)》^[3])

目前我国普遍将局限于结直肠黏膜层及黏膜下层的癌定义为早期结直肠癌,其中局限于黏膜层的为黏膜内癌,浸润至黏膜下层但未侵犯固有肌层者为黏膜下癌。早期结直肠癌患者临床上多无任何症状及体征,诊断上依赖有资质医师的规范化结肠镜检查,以活检组织病理学为诊断的依据。

4.1.1 临床表现

凡 30 岁以上的患者有下列症状时需高度重视,考虑进行结直肠癌筛查:①新发持续性腹部不适或腹痛,胀气,经一般治疗症状不缓解;②无明显诱因新发的大便习惯改变,如腹泻或便秘等;③新发粪便带脓血、粘液或血便,而无细菌性痢疾、阿米巴痢疾、肠伤寒、肠结核、炎症性肠病等病史;④结肠部位出现肿块;⑤原因不明的贫血或体重减轻。⑥新发排便不畅而无痔疮或不能用痔疮解释。

出现上述临床表现时,应详细询问病史,全面体检,并及时进行直肠指诊、全结肠镜检查、钡灌肠 X 线检查、血清癌胚抗原及肠癌相关抗原测定 CT 等检查以明确诊断,协助治疗。

4.1.2 内镜下表现

推荐采用巴黎分型描述早期结直肠癌及癌前病变的内镜下形态。组织病理学是诊断早期结直肠癌及癌前病变的金标准;与诊断其他消化道肿瘤一样,内镜下活检及组织病理学检查是诊断早期 CRC 及癌前病变的金标准。近年来染色内镜技术的迅速发展,为内镜下实时判断结肠病变的病理性质提供了重要参考。染色内镜包括化学染色内镜和电子染色内镜(NBI、FICE、I-SCAN、LCI 和 BLI 等图像增强技术)。应用图像增强技术可对黏膜表面的毛细血管及腺管开口等细微结构进行观察,对于判断病变的病理性质有重要价值。

以消化道浅表肿瘤的最新版巴黎分型为基础,可将结肠病变分为 0-I 型(隆起型)、0-II 型(平坦型)和 0-III 型(凹陷型)。0-I 型根据病变形态,在内镜下可分为 0-I_p 型(带蒂型)、0-I_{sp} 型(亚蒂型)和 0-I_s 型(无蒂型);0-II 型可进一步细分为 0-II_a(浅表隆起型)、0-II_b(完全平坦型)和 0-II_c(浅表凹陷型)3 个亚型。

内镜检查报告必须包括:进镜深度、肿物大小、距肛缘距离、形态、局部浸润的范围,对可疑病变必须行活检,必要时完善超声内镜检查。由于结肠肠管在检查时可能出现皱缩,因此内镜下所见肿物下缘距肛缘的距离可能存在误差,建议结合 CT、MRI 或钡剂灌肠明确病灶部位。

4.1.3 影像学检查

结肠癌患者推荐行全腹+盆腔 CT(平扫+增强)扫描,可以兼顾肿瘤本身及转移瘤好发部位肝脏。影像科医师需评价结肠癌 TNM 分期(见附录)及有无壁外血管侵犯。其他远处转移瘤如肺转移瘤的筛查,推荐行胸部 CT 检查;PET-CT 有助于筛查全身转移瘤。

推荐直肠癌患者行盆腔 MRI 检查。需明确肿瘤的位置、TNM 分期、直肠系膜筋膜状态、有无壁外血管侵犯。其他部位远处转移瘤的筛查，肺部推荐行胸部 CT 扫描；肝脏推荐行肝脏 MRI 增强成像、CT 增强扫描或超声造影检查，如条件允许建议首选肝脏 MRI 增强成像；全身筛查建议行 PET - CT 或 PET-MRI。

4.1.4 病理学类型

(1) 早期结直肠癌：癌细胞穿透结直肠黏膜肌层浸润至黏膜下层，但未累及固有肌层，为早期结直肠癌（pT1 期）。有高级别异型增生特点的细胞侵犯黏膜固有层，但未穿透黏膜肌，称作黏膜内瘤变（黏膜内癌）。如为内镜下或经肛的局部切除标本，建议对早期结直肠癌的黏膜下层浸润深度进行测量并分级。扁平病变当黏膜下层浸润深度 $\leq 1\ 000\ \mu\text{m}$ 时，为黏膜下层浅层浸润，是内镜治疗的适应证；当黏膜下层浸润深度 $>1\ 000\ \mu\text{m}$ 时，为黏膜下层深层浸润，需结合其他因素和临床情况考虑是否行外科手术扩大切除范围。黏膜肌层可以明确时，浸润深度为从黏膜肌层下缘至浸润最深处的距离，当黏膜肌层完全消失时，黏膜下层浸润深度从表面开始测量。有蒂病变分为两种情况，当黏膜肌层呈分支状生长时，以两侧肿瘤和非肿瘤交界点之间的连线为基线，基线以上的浸润视为头浸润，是内镜治疗的适应证；基线以下的浸润视为蒂浸润，相当于黏膜下层深层浸润，处理原则同上。当有蒂病变的黏膜肌层可以定位或不是呈分支状生长时，按扁平病变测量浸润深度。

(2) 组织学类型：结直肠癌组织学分类包括 1) 腺癌，非特殊型。2) 腺癌，特殊型，包括黏液腺癌、印戒细胞癌、锯齿状腺癌、微乳头状癌、髓样癌、筛状粉刺型腺癌。3) 腺鳞癌。4) 鳞状细胞癌。5) 梭形细胞癌或肉瘤样癌。6) 未分化癌。7) 其他特殊类型。8) 癌，不能确定类型。

(3) 组织学分级：结直肠腺癌（非特殊型）组织学分级标准见表 1。

表 1 结直肠腺癌(非特殊型)组织学分级标准

(依据 2010 版 WHO 标准)

标准	分化程度	数字化分级 ^a	描述性分级
>95%腺管形成	高分化	1	低级别
50%~95%腺管形成	中分化	2	低级别
0~<50%腺管形成	低分化	3	高级别
高水平微卫星不稳定性	不等	不等	低级别

注:a 示仍保留未分化癌(4 级),即无腺管形成、黏液产生、神经内分泌、鳞状或肉瘤样分化的一类

4.2 中医辨证

部分早期结直肠癌患者临床无明显不适症状,经结肠镜筛查发现并确诊。有症状的患者可行中医辨证治疗。

4.2.1 寒湿阻滞证

主症:1)腹部隐痛,遇寒痛甚,得温痛减;2)大便溏稀,甚则如水样或大便艰涩;

次症:1)形寒肢冷;2)口淡不渴;3)小便清长;4)舌质淡,苔白腻或白厚腻;5)脉沉紧。

4.2.2 湿热蕴结证

主症:1)腹胀或腹痛;2)泻下不爽,粪色黄褐臭秽,,或脓血黏液便。

次症:1)肛门灼热;2)便次频3)里急后重;4)口渴;5)舌质红,苔黄腻;6)脉滑数。

4.2.3 瘀血内阻证

主症:1)腹痛胀闷,或刺痛,时作时止;2)大便干结,或大便溏稀,或紫黑脓血便;3)肠鸣矢气,情绪不佳时加重。

次症:1)胃纳减少;2)暖气频作;3)面色晦暗;4)舌质暗,或有瘀斑,苔薄白,5)脉弦或涩。

4.2.4 脾虚气滞证

主症:1)腹痛或胀闷;2)窜痛肠鸣,时作时止;3)大便无力,或大便溏滞,或黏液血便。

次症:1)胃纳减少;2)暖气频作;3)乏力;4)面色苍白;5)舌质淡苔薄白;6)脉细或濡。

4.2.5 脾肾阳虚证

主症:1)腹痛绵绵,喜温喜按;2)下利清谷或五更泄泻或泻下黏液。

次症:1)消瘦乏力;2)精神萎靡;3)胃纳减少;4)畏寒肢冷;5)舌淡偏暗质胖,苔白滑;6)脉沉弱。

4.2.6 肝肾阴虚证

主症:1)腹痛隐隐;2)五心烦热;3)大便偏干带血,或夹黏液。

次症:1)形体消瘦;2)头晕目眩;3)口燥咽干;4)低热盗汗;5)腰膝酸软;6)舌质

红，苔少或苔光剥；7）脉细或细数。

4.2.7 气血两虚证

主症：1）腹部隐痛；2）大便溏薄或秘结或大便带血；3）肛门重坠。

次症：1）心悸气短；2）少气乏力；3）面色㿠白；4）形体消瘦；5）脱肛；6）舌质淡或光嫩，苔白；7）脉沉细。

凡具备主症 1 项和次症 3 项，参考舌脉即可诊断。

5. 治疗

5.1 临床问题：早期结直肠癌西医治疗的方法有哪些？

推荐意见 1：内镜下切除早期 CRC 和（或）高级别上皮内瘤变，内镜黏膜下剥离术的治疗效果总体上优于内镜黏膜切除术。对于术后标本切缘阳性的病例，应在评估确认残留后追加治疗。

（证据级别 I 级 推荐强度 强）

推荐意见 2：因无法获得术后标本、增加复发风险、引起迟发性穿孔等原因，应谨慎单独使用内镜下非切除技术（如氩离子凝固术、圈套器头端电凝术）治疗早期 CRC。（证据级别 I 级）

证据描述：参考《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识（2022）》^[1]。

5.2 临床问题：中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？

推荐意见 3：针刺可加速结直肠癌术后患者胃肠功能恢复，缩短术后肠鸣恢复时间、首次排气、排便时间。（证据级别 II 级 推荐强度 强）

证据描述：共检索到 1 篇 meta 分析^[5]及 9 篇 RCT 研究。一项评估针灸治疗结直肠癌切除术后恢复期患者的疗效和安全性 meta 分析^[5]，纳入 7 项随机试验，观察针刺与假针刺的比较，在首次排气时间（n=207，3 项研究；平均差异 -7.48 h，95% CI -14.58 to -0.39 h， $I_2=0\%$ ）和首次排便时间（n=149，2 项研究；平均差异 -18.04 h，95% CI -31.90 to -4.19 h， $I_2=0\%$ ）有明显优势。两项研究报告没有与针灸相关的不良事件，而其余研究没有考虑不良事件。

参考《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》，8 项 RCT 研究做降级处理，其中 7 项研究^[6-12]干预方式为针刺治疗，常用穴位为足三里、内关、上巨虚等，结局指标均包含肠鸣恢复时间，首次排便、排气时间。

1 项 RCT^[6]纳入 64 例腹腔镜结直肠切除术患者随机分为两组，治疗组患者在麻醉前 30 分钟接受双侧足三里电针刺激，直至手术结束。对照组的患者未给予刺激。两组术后采用患者自控静脉镇痛。电针组与对照组相比，术后 48h 疼痛（VAS）评分明显下降（ $P<0.05$ ）。治疗组术后肛门排气时间明显短于对照组（ $P<0.05$ ）。

1 项 RCT^[7]纳入 165 名选择腹腔镜结肠手术的结直肠癌患者。患者随机接受电治疗、假针刺、

无针刺组，电针穴位为足三里、三阴交、合谷和支沟穴。结果接受电针治疗的患者排便时间短于未接受针刺治疗的患者（ $85.9 \pm 36.1\text{h}$ vs $122.1 \pm 53.5\text{h}$ ； $P < 0.001$ ）。接受电针的患者与假针刺的患者相比，排便时间也更短（ $85.9 \pm 36.1\text{h}$ vs $107.5 \pm 46.2\text{h}$ ； $P = 0.007$ ）。

1 项多中心 RCT^[13] 纳入 248 例腹腔镜结直肠癌切除术后患者，1:1 随机分为电针组和假电针组（选穴中脘、天枢、足三里、上巨虚，术后连续治疗 4 天，留针 30min/次），术后均在加速康复外科（ERAS）路径下接受护理。研究结果显示，与假电针组比较，电针组患者在首次排气时间（平均时间 44.3 [37.0–58.2] 小时 vs 58.9 [48.2–67.4] 小时； $P < 0.001$ ）、排便时间（平均差异， -8.76 ；95% CI， -15.80 to -1.73 ； $P = 0.003$ ）均明显缩短。

推荐意见 4：在西医常规治疗基础上行耳穴治疗、穴位埋线、穴位按摩可缩短术后肠鸣恢复时间、首次排气、排便时间。（证据级别 III 级 推荐强度 强）

证据描述：3 项 RCT 研究^[14, 15] 报告了耳穴治疗对结直肠癌术后胃肠功能的影响。治疗组均为对照组护理方案基础上加用耳穴治疗，常用选穴为大肠、小肠、胃、肺、神门等，对照组为外科加速康复护理或常规护理，研究显示，耳穴治疗可缩短术后肠鸣恢复时间、首次排气、排便时间。

2 项 RCT^[16, 17] 报告了足三里穴位埋线对结直肠癌术后胃肠功能的影响。对照组为加常规护理或常规治疗，治疗组均为对照组方案基础上结合足三里穴位埋线。经荟萃分析，穴位埋线能显著缩短术后肠鸣时间（MD -6.86 [95%CI: -8.09 , -5.63]）、首次排气时间（MD -8.80 [95%CI: -10.70 , -6.90]) 及首次排便时间（MD -13.15 [95%CI: -17.13 , -9.17])。

1 项 RCT^[18] 观察了足三里穴位按摩对结直肠癌胃肠功能恢复影响，研究纳入 60 例接受腹部手术的结直肠癌患者，随机分为足三里穴位按压组（ $n=30$ ）和假穴位按压组（ $n=30$ ），穴位按压组的患者在术后五天内每天接受三次三分钟周期的穴位按压术，对照组患者接受常规术后护理和假穴位按压，与对照组患者相比，接受穴位按压患者的排气时间和液体摄入时间明显提前。其他主要变量，包括首次固体摄入和排便时间，在两组之间没有显示出显著差异。

5.3 临床问题：中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后腹胀、便秘等不适症状？

推荐意见 5：结直肠癌术后，可通过辨证使用中药汤剂，改善症状。（证据级别 IV 级 推荐强度 强）

中医认为早期结直肠癌病因病机为先天禀赋不足，脾胃虚弱，或因饮食不节、情志内伤、感受外邪等而致湿热、寒湿、湿浊内停肠腑，阻滞气机，日久致瘀，湿瘀互结，胶着在里，日久成毒，则可变为癌。若仅切除有形之瘤，患者体内湿、瘀等病理因素仍胶着沉滞，宿根未祛，故易反复发作。中医通过辨证论治，制定个性化的中医药处方，祛除患者体内湿、瘀等宿根，能改善患者腹胀、腹痛等术后不适症状。具体辨证分型见诊断部分，治疗建议如下：

(1) 寒湿阻滞证

治法：温化寒湿；推荐方剂：理中汤加减（《伤寒论》）。常用药：人参、干姜、白术、炙甘草等。

(2) 湿热蕴结证

治法：清热化湿；推荐方剂：香连丸（《太平惠民和剂局方》）合四妙丸（《成方便读》）加减。常用药：黄连、木香、黄柏、苍术、薏苡仁、白花蛇舌草等。

(3) 瘀血内阻证

治法：活血化瘀；推荐方剂：少腹逐瘀汤（《医林改错》）。常用药：小茴香、干姜、延胡索、官桂、没药、川芎、炒赤芍、五灵脂、蒲黄等。

(4) 脾虚气滞证

治法：健脾行气；推荐方剂：香砂六君子汤（《古今名医方论》）加减。常用药：人参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、砂仁、木香等。

(5) 脾肾阳虚证

治法：温肾健脾；推荐方剂：四神丸（《证治准绳》）加减。常用药：肉豆蔻、补骨脂、五味子、吴茱萸、大枣等。

(6) 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾；推荐方剂：左归丸（《景岳全书》）加减。常用药：怀熟地、山药、枸杞、山茱萸肉、川牛膝、菟丝子、鹿胶、龟胶等。

(7) 气血两虚证

治法：益气活血；推荐方剂：当归补血汤（《内外伤辨惑论》）合归脾汤（《严氏济生方》）加减。常用药：炒黄芪、当归、茯苓、白术、木香、生地黄等。

证据描述：参考《结直肠癌及早期结直肠癌中西医结合防治诊疗共识（2021）》，检索到3篇^[19-21]关于中药经典方剂缓解结直肠癌术后症状的文献。1项RCT^[19]报告了四神丸加味对结直肠癌围手术期胃肠功能的影响，对照组予西医常规治疗，治疗组在对照组的基础上加用四神丸治疗，结果表明四神丸可缩短术后排气时间（MD, -19.23, -27.22 to -11.24; $P < 0.00001$ ）。1项RCT^[20]研究观察了参苓白术散加减治疗结直肠癌术后泄泻的患者，结果表明，与蒙脱石散联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊相比，参苓白术散可缩短腹痛缓解时间（MD, -1.20, 95%CI -1.35 to -1.05; $P < 0.00001$ ）。1项RCT^[21]研究报告了香砂六君子汤干预腹腔镜结肠癌根治术患者，对照复方氟尿嘧啶口服溶液，结果表明香砂六君子汤可降低腹痛评分（MD, 0.30, 95%CI 0.26 to 0.34; $P < 0.00001$ ），降低腹胀评分（MD, 1.75, 95%CI 1.74 to 1.76; $P < 0.00001$ ）。

推荐意见 6：针刺可缓解结直肠癌术后患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐症状。（证据级别 III 级 推荐强度 强）

证据描述：4项RCT^[22, 23]研究报告了针刺如足三里、三阴交、太冲、内关、合谷、支沟、曲池、公孙、上巨虚等穴对结直肠癌术后患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状的治疗作用，其中1

项 RCT^[22]以腹痛评分为疗效指标，2 项 RCT^[22]以腹胀评分为疗效指标，1 项 RCT^[11]以腹痛、腹胀缓解时间为疗效指标，1 项 RCT^[23]报告了术后恶心、呕吐发生率，经 meta 分析显示针刺治疗改善上述症状疗效均优于对照组。

1 项 RCT^[14]报告了耳穴治疗结直肠癌术后患者，观察了恶心、呕吐、腹胀发生率。1 项 RCT^[16]报告了穴位埋线治疗结直肠癌术后患者，疗效指标包含腹痛评分。上述研究均为小样本、单中心观察，证据级别较低，还需高质量的研究进一步证实。

5.4 临床问题：中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后肠梗阻？

推荐意见 7：下肢经皮穴位电刺激、电针可降低结直肠肿瘤术后麻痹性肠梗阻的发生风险，促进胃肠功能恢复。（证据级别 II 级 推荐强度 弱）

证据描述：1 项 RCT^[24]评估了下肢经皮穴位电刺激对术后麻痹性肠梗阻的预防效果，纳入结直肠肿瘤患者 610 名，随机分为经皮穴位电刺激组（在双侧下肢足三里、上巨虚和三阴交穴位刺激，每次 30 分钟，共 4 次）或假治疗组（无电流输送），比例为 1:1，与假治疗相比，经皮穴位电刺激降低术后麻痹性肠梗阻（术后 72 小时内无排气）发生率 8.7%（32.3% vs 41.0%， $P=0.026$ ），并降低术后麻痹性肠梗阻风险 32%（OR, 0.68, 95% CI 0.48-0.96; $P=0.029$ ）。

1 项多中心 RCT^[13]评估了电针治疗结直肠癌腹腔镜手术后肠梗阻的疗效，共纳入 248 例腹腔镜结直肠癌切除术后患者，1:1 随机分为电针组和假电针组（选穴中脘、天枢、足三里、上巨虚，术后连续治疗 4 天，留针 30min/次），术后均在加速康复外科（ERAS）路径下接受护理。研究结果显示，与假电针组比较，电针组患者在首次排气时间（平均时间 44.3 [37.0-58.2] 小时 vs 58.9 [48.2-67.4] 小时； $P < 0.001$ ）、排便时间（平均差异，-8.76；95% CI，-15.80 to -1.73； $P=0.003$ ）、耐受半流质饮食（平均时间 105.8 [87.0-120.3] 小时 vs 116.5 [92.0-137.0] 小时； $P=0.01$ ）和固体饮食时间（平均时间，181.8 [149.5-211.4] 小时 vs 190.3 [165.0-228.5] 小时； $P=0.01$ ）均明显缩短，电针组 10% 患者出现术后麻痹性肠梗阻，而假电针组为 20%（RR, 0.51; 95%CI, 0.27-0.95; $P=0.03$ ）。

5.5 临床问题：结直肠肿瘤手术围手术期中医药干预的特点是什么？

综合以上证据，中医药干预结直肠肿瘤手术围手术期的特点主要在于促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复，缓解术后腹痛、腹胀、恶心、呕吐症状，降低术后肠梗阻的发生。

5.6 临床问题：活血化瘀类中药是否增加结直肠肿瘤内镜治疗出血风险？

无明确证据证实，活血化瘀类中药可增加结直肠肿瘤内镜治疗出血风险。《结直肠腺瘤及早期结直肠癌中西医结合防治诊疗共识（2021）》建议结直肠腺瘤及早期结直肠癌病灶切除术后 1 周内活血化瘀药应适当减量。

附录 A

(资料性)

编制方法

1 主要技术内容

1.1 编制依据和原则

(1) 本指南依据中华中医药学会关于中西医结合诊疗方案的制定程序进行编制。

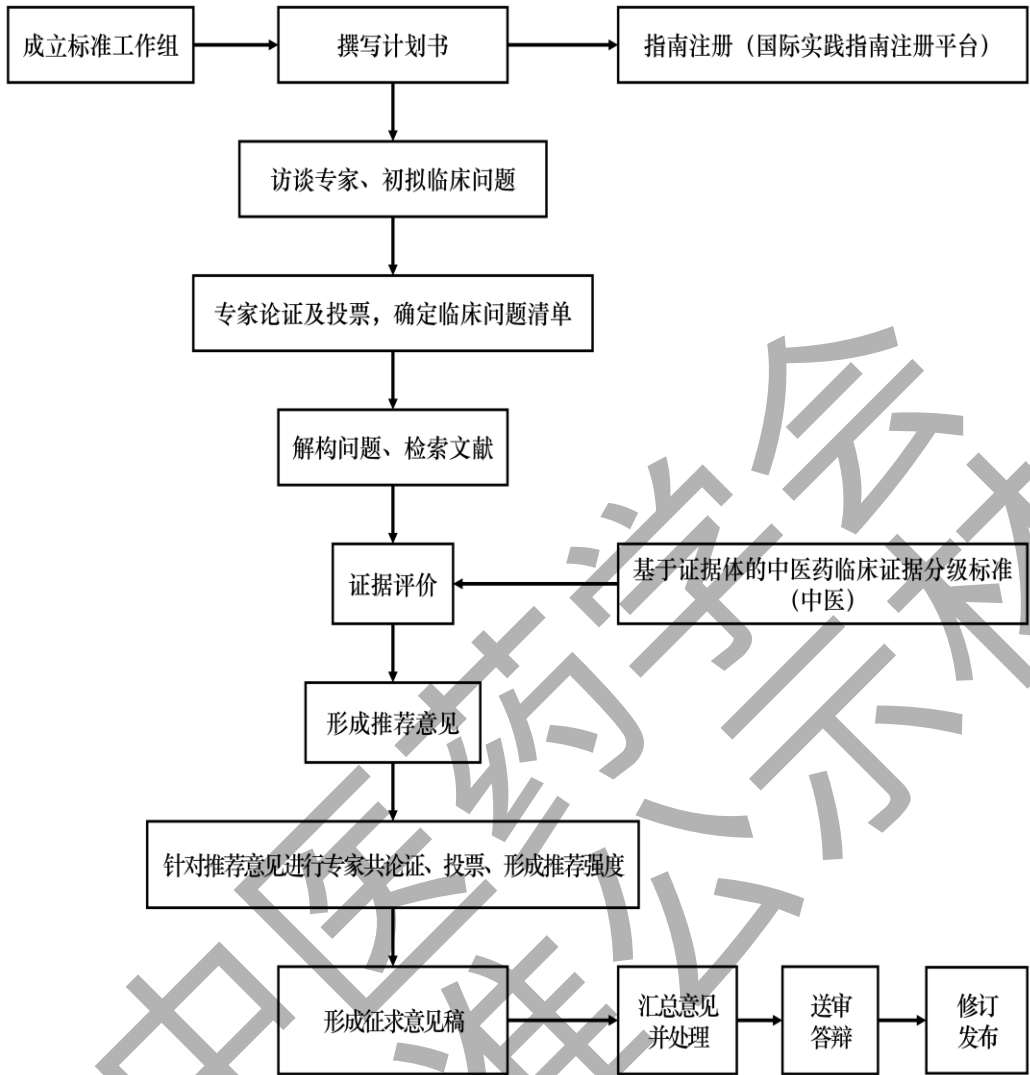
(2) 本指南编制遵循的原则：遵循“循证为主、共识为辅”的原则，主要参考《GB/T 1.1-2020》标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则的要求撰写。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成方法、共识初稿的自我评价等遵循相应的原则或标准。系统评价、随机对照试验的方法学质量评价及证据分级均统一参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准（中医）”。详见编制说明。

1.2 技术内容

本文件的编制严格按照规范步骤进行，首先成立标准编制工作组，通过专家访谈收集重要的临床问题，召集多学科专家进行论证，基于专家投票结果遴选出关键的临床问题，然后根据 PICO 原则对临床问题进行解构；解构后对临床问题开展证据检索、评价和综合，基于所形成的证据体，开展证据质量评价和分级；基于证据分级结果，形成推荐意见，组织专家对推荐意见进行论证，通过 GRADE 网络计票法确定推荐强度。

2 编制过程

2.1 工作流程图



2.2 临床问题确定

2.2.1 专家访谈

(1) 受访专家名单，见表3。

表 3 专家访谈受访专家名单

姓名	单位	职务/职称	专业
丛斌	河北医科大学	院士/教授	病理
吕文良	中国中医科学院广安门医院	副院长/主任医师	中医脾胃病

(2) 访谈提纲：

方向问题

1. 您认为制定重大疾病中西医结合诊疗方案的最重要的意义是什么？
2. 您认为制定重大疾病中西医结合诊疗方案的受众应该包括哪些人群？主要应针对的哪些人群？
3. 您认为应如何平衡中医、西医不同专业对中西医结合诊疗方案的需求？

专业问题

4. 您如何看待中医推荐意见形成过程中临床证据与专家共识的权重？
5. 您认为早期结直肠癌中西医结合的优势环节及中医药干预的特点是什么？

(3) 访谈结论

中西医结合发展的目的是提升重大疾病中西医结合诊疗水平，而重大疾病中西医结合诊疗方案的推出是中西医结合诊疗水平的体现，也是促进中西医诊疗规范的重要措施。应充分调研中医、西医临床工作者需求、不足，要求中西医工作者掌握中西医的诊疗技术。中国的医生应掌握好西医及中医的技能，中西医结合事业是中国医疗事业的发展重点。

应在充分检索临床证据的基础上制定临床指南，对于临床证据不足的意见，需要经过专家充分讨论。

早期结直肠癌中西医结合的优势环节是加速康复、缓解症状、预防并发症发生。

2.2.2 临床调研

(1) 调研方案确定的过程及方法

参照《中华中医药学会中医指南制定方案》：（a）所在医院为全国范围内的中医院、西医院及综合医院；（b）目标医院的肿瘤方向的中医医师、中西医结合医师（不少于临床医师总数的四分之一）、西医医师、护师、在读研究生及早中期结直肠癌患者。调查对象总数不少于100人。采用问卷星平台创建问卷，由研究者通过微信向调查对象发送问卷链接。调查对象均在知情情况下自愿填写问卷。共调查52人，收集52份问卷。

(2) 确定临床问题

表4 临床问题清单

基础问题	
序号	问题
1	早期结直肠癌的定义、诊断标准
2	结直肠癌癌前疾病、癌前病变的定义
3	早期结直肠癌的中医认知
4	早期结直肠癌的中医病因病机
5	早期结直肠癌人群证候特点及诊断标准
临床问题	
序号	问题
1	早期结直肠癌治疗的方法有哪些？
2	结直肠肿瘤中医如何分证论治？
3	中医药（药物、非药物疗法）是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？
4	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术中及术后出血？

5	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠癌术后腹胀、便秘等不适症状？
6	中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠癌术后肠梗阻？
7	结直肠癌手术围手术期中医药干预的特点是什么？
8	活血化瘀类中药是否增加结直肠癌术出血风险？

2.3 证据检索与综合

2.3.2 证据检索

（1）检索的数据库：CNKI期刊全文数据库、万方数据知识服务平台、维普数据库、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane library、Embase。

（2）选择检索词：中文检索词：疾病名称：结直肠癌、结直肠肿瘤、肠覃、肠覃、大肠癌、直肠癌、结肠癌、结肠肿瘤、直肠肿瘤、大肠肿瘤、结直肠腺瘤、直肠癌、结肠腺瘤、大肠腺瘤、直肠腺瘤、肠息肉、大肠息肉、结肠息肉、直肠息肉、腺瘤性肠息肉、腺瘤性息肉；干预措施：附子理中汤、理中丸、理中汤、四神丸、四神汤、复方黄连素片、参苓白术散、香连丸、四妙丸、香砂六君子汤、血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、针刺、艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆、穴位埋线、太极拳、八段锦、五禽戏、中医护理、活血化瘀。

（3）拟定检索式：#1主题=(附子理中汤 + 理中丸 + 理中汤 + 四神丸 + 四神汤 + 复方黄连素片 + 参苓白术散 + 香连丸 + 四妙丸 + 香砂六君子汤 + 血府逐瘀汤 + 少腹逐瘀汤 + 针刺 + 艾灸 + 穴位贴敷 + 耳穴压豆 + 穴位埋线 + 太极拳 + 八段锦 + 五禽戏 + 中医护理 + 活血化瘀)；#2主题=(结直肠癌 + 结直肠肿瘤 + 肠覃 + 肠覃 + 大肠癌 + 直肠癌 + 结肠癌 + 结肠肿瘤 + 直肠肿瘤 + 大肠肿瘤 + 结直肠腺瘤 + 直肠癌 + 结肠腺瘤 + 大肠腺瘤 + 直肠腺瘤 + 肠息肉 + 大肠息肉 + 结肠息肉 + 直肠息肉 + 腺瘤性肠息肉 + 腺瘤性息肉)；#3全文=(随机)；#4 #1 AND #2 AND #3。

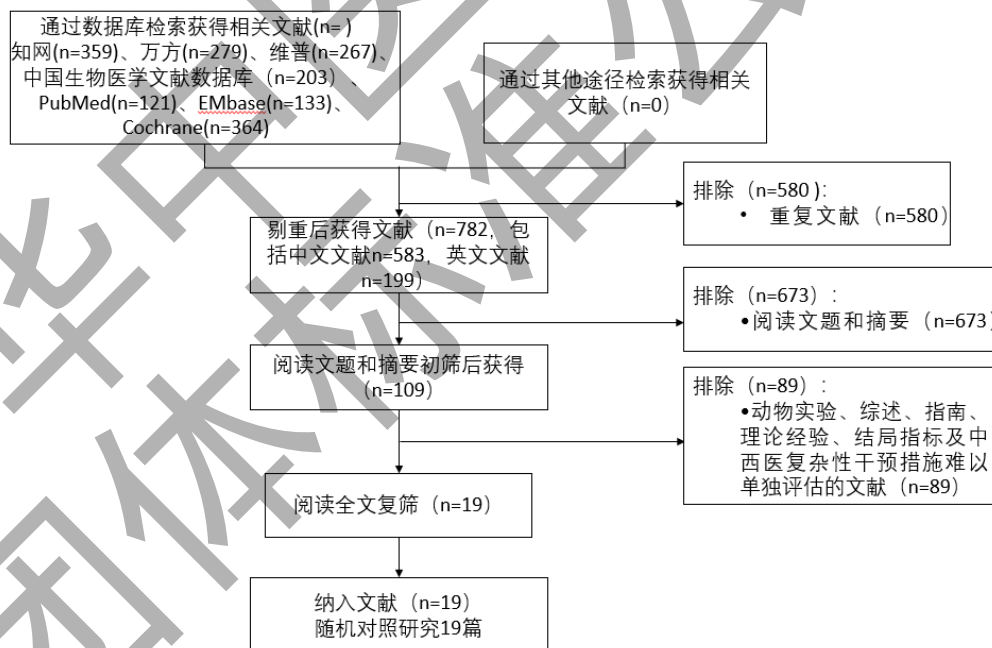


图2 文献筛选流程图

2.3.3 证据的综合：两位项目组成员对立对纳入的 RCT 参照《基于证据体的中医药临床证据分级

标准建议》中 RCT 方法学质量评价标准进行风险偏倚评估（随机序列的产生、随机化隐藏、盲法、不完整结局报告、选择性报告结局、样本量计算），如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。纳入的数据导入 Review Manager 5.3 软件计算效应值及可信区间。二分类变量用风险比（Risk ratio, RR）的 95% 置信区间（Confidence intervals, CI）表示，连续变量则用均值差（mean difference, MD）的 95% CI 表示。

2.4 证据等级和推荐强度

本指南证据质量评价和证据分级参考“基于证据体的中医药临床证据分级标准（中医）”。根据不同结局按照升降级因素对证据总体进行评级。形成包括“临床问题名称、研究类型及数量、效应值及可信区间、证据等级、是否升级或降级、升级或降级因素、结论”等条目的证据概要表，基于证据结果形成初步推荐意见。然后组织相关领域专家针对推荐意见进行论证、投票，通过 GRADE 网格计票法^[36]确定推荐强度。“推荐意见”除了“C”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度，A 格为强推荐，B 格为弱推荐，C 格为不确定，D 格为弱不推荐，E 格为强不推荐；若“C”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”。推荐意见汇总见表 5。

表 5 推荐意见汇总表

推荐编号	内容	是否达成共识	推荐强度
1	内镜下切除早期 CRC 和（或）高级别上皮内瘤变，内镜黏膜下剥离术的治疗效果总体上优于内镜黏膜切除术。对于术后标本切缘阳性的病例，应在评估确认残留后追加治疗。	是	强
2	因无法获得术后标本、增加复发风险、引起迟发性穿孔等原因，应谨慎单独使用内镜下非切除技术（如氩离子凝固术、圈套器头端电凝术）治疗早期 CRC	是	强
3	针刺可加速结直肠癌术后患者胃肠功能恢复，缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间	是	强
4	在西医常规治疗基础上行耳穴治疗、穴位埋线、穴位按摩、经皮穴位电刺激可缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间	是	强
5	结直肠癌术后，可通过辨证使用中药汤剂，改善症状	是	强
6	针刺可缓解结直肠癌术后患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状	是	强

7	下肢经皮穴位电刺激、电针可降低结直肠肿瘤术后患者肠梗阻发生率	是	弱
---	--------------------------------	---	---

中华中医药学会
团体标准

附录 B

(资料性)

结直肠癌 TNM 分期

美国肿瘤联合会(AJCC)第8版肿瘤TNM分期(结直肠癌)

T主要是指原发肿瘤的情况,有些肿瘤的T分期是依据肿块大小以及与周围组织的关系来定的,如乳腺癌、肺癌、肾癌等。有些肿瘤是根据肿瘤的浸润深度来定的,比如胃癌、肠癌、恶性黑色素瘤等。N是指区域淋巴结的转移情况,有些肿瘤N是根据淋巴结的转移部位来定的,如肺癌;有些肿瘤是根据淋巴结的转移数目来定的,如胃癌或者肠癌。M是指有没有远处转移,M0是指没有远处转移;M1是指有远处转移。

原发肿瘤(T)

Tx: 原发肿瘤无法评价

T0: 无原发肿瘤证据

Tis: 原位癌: 黏膜内癌(侵犯固有层,未侵透黏膜肌层)

T1: 肿瘤侵犯黏膜下层

T2: 肿瘤侵犯固有肌层

T3: 肿瘤侵透固有肌层达结直肠周组织

T4: 肿瘤侵犯脏层腹膜,或者侵犯或粘连邻近器官或结构

T4a: 肿瘤侵透脏层腹膜(包括大体肠管通过肿瘤穿孔和肿瘤通过炎性区域连续浸润脏层腹膜表面)

T4b: 肿瘤直接侵犯或粘连邻近器官或结构

区域淋巴结(N)

Nx: 区域淋巴结无法评价

N0: 无区域淋巴结转移

N1: 1~3枚区域淋巴结转移(淋巴结内肿瘤最大径 ≥ 0.2 mm),或存在任何数量的肿瘤结节并且所有可辨识的淋巴结无转移

N1a: 1枚区域淋巴结转移

N1b: 2~3枚区域淋巴结转移

N1c: 无区域淋巴结转移,但有肿瘤结节存在于浆膜下、肠系膜或无腹膜覆盖的结肠周或

直肠周及直肠系膜组织

N2：4枚以上区域淋巴结转移

N2a：4~6枚区域淋巴结转移

N2b：7枚及以上区域淋巴结转移

远处转移（M）

M0：无远处转移

M1：转移至一个或更多远处部位或器官，或腹膜转移被证实

M1a：转移至一个部位或器官，无腹膜转移

M1b：转移至两个或更多部位或器官，无腹膜转移

M1c：仅转移至腹膜表面或伴其他部位或器官的转移

附 录 C

(资料性)

缩略词表

英文缩写	英文全称	中文
CRC	Colorectal cancer	结直肠癌
CI	Confidence intervals	置信区间
MD	mean difference	均值差
RCT	randomized controlled trial	随机对照试验
RR	Risk ratio	风险比

附录 D

(资料性)

证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复?	结直肠肿瘤术后	针刺联合西医常规治疗	西医常规治疗	术后肠鸣时间、首次排气、排便时间
研究类型及数量	9个RCT			
效应值及可信区间	8个RCT: 术后肠鸣时间 (MD -10.67 [95% CI: -18.53, -2.82]); 减少首次肛门排气时间 (MD -24.48 [95% CI: -39.56, -9.40]); 首次排便时间 (MD -22.86 [95% CI: -32.83, -12.88])。1个RCT: 首次肛门排气时间(中位数, 44.3[37.0-5.82]小时vs 58.9[48.2-67.4]小时; P<0.001); 首次排便时间 (MD -8.76 [95% CI, -15.80 to -1.73; P =0.003])。			
证据等级	II级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏, 未采用盲法, 不完整结局报告, 有选择性偏倚, 未提供样本含量。			
结论	针刺可加速结直肠癌术后患者胃肠功能恢复, 缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复?	结直肠癌术后	耳穴治疗联合西医常规治疗	西医常规治疗	术后肠鸣时间、首次排气、排便时间
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	术后肠鸣时间 (MD -9.01 [95% CI: -12.11, -5.90]); 首次排气时间 (MD -15.49 [95% CI: -24.20, -6.78]); 首次排便时间 (MD -14.21 [95% CI: -17.55, -10.87])			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏, 未采用盲法, 不完整结局报告, 有选择性偏倚, 未提供样本含量。			
结论	在西医常规治疗基础上行耳穴治疗可缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？	结直肠癌术后	足三里穴位埋线治疗联合西医常规治疗	西医常规治疗	术后肠鸣时间、首次排气、排便时间
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	术后肠鸣时间 (MD -6.86 [95%CI: -8.09, -5.63])；首次排气时间 (MD -8.80 [95%CI: -10.70, -6.90])；首次排便时间 (MD -13.15 [95%CI: -17.13, -9.17])			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏，未采用盲法，不完整结局报告，有选择性偏倚，未提供样本含量。			
结论	在西医常规治疗基础上行穴位埋线治疗可缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？	结直肠癌术后	足三里穴位按摩治疗联合西医常规治疗	西医常规治疗联合安慰剂	术后肠鸣时间、首次排气、排便时间
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	术后首次排气时间明显提前 (MD -19.12 [95%CI: -32.57, -7.27])			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏，未采用盲法，不完整结局报告，有选择性偏倚，未提供样本含量。			
结论	在西医常规治疗基础上行穴位按摩治疗可缩短术后首次排气时间。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
中医药是否可促进结直肠肿瘤术后患者胃肠功能的恢复？	结直肠癌术后	经皮穴位电刺激	安慰剂	术后肠鸣时间、首次肛门排气、排便时间
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	缩短肠鸣音恢复时间 (MD -4.6 [95%CI: -8.31, -0.89])；首次肛门排气时间 (MD -12.90 [95%CI: -18.25, -7.55])；首次排便时间 (MD -14.80 [95%CI: -25.21, -4.39])			
证据等级	II级证据			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	未采用双盲法。
结论	经皮穴位电刺激治疗可缩短术后肠鸣时间、首次排气、排便时间。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后腹胀、便秘等不适症状？	结直肠癌术后	中药联合西医常规治疗	西医常规治疗	腹痛评分、腹痛缓解时间、腹胀评分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	1项香砂六君子汤：腹痛评分（MD 0.30 [95%CI: 0.26, 0.34]）；腹胀评分（MD 1.75 [95%CI: 1.74, 1.76]）。 1项参苓白术散：腹痛缓解时间（MD -1.20 [95%CI: -1.35, -1.05]） 1项四神丸：术后排气时间（MD -19.23 [95%CI: -27.22, -11.24]）			
证据等级	IV级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏，未采用盲法，不完整结局报告，有选择性偏倚，未提供样本含量。			
结论	结直肠癌术后，可通过辨证使用中药汤剂，改善症状。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后腹胀、便秘等不适症状？	结直肠癌术后	针刺联合西医常规治疗	西医常规治疗	腹痛缓解时间、腹痛评分、腹胀评分、恶心呕吐发生率
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	腹痛缓解时间（MD, -0.89, [95%CI -1.11 to -0.67]）；腹痛评分（MD 0.75 [95%CI: 0.38, 1.12]）；腹胀评分（MD 0.13 [95%CI: 0.12, 0.14]）；恶心呕吐发生率（OR 0.24 [95%CI: 0.07, 0.85]）			
证据等级	III级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	未详细阐述随机序列的产生、随机化隐藏，未采用盲法，不完整结局报告，有选择性偏倚，未提供样本含量。			
结论	针刺可缓解结直肠癌术后患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
临床问题：中医药（药物、非药物疗法）是否可减少结直肠肿瘤术后肠梗阻？	结直肠肿瘤术后	下肢经皮穴位电刺激、电针	假刺激	麻痹行肠梗阻发生率
研究类型及数量	2个RCT			

效应值及可信区间	OR 0.46 [95% CI: 0.22, 0.94]
证据等级	II级证据
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	未采用双盲法
结论	下肢经皮穴位电刺激、电针可降低结直肠癌术后患者肠梗阻发生率。

参考文献

- [1] 上海国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会, 等. 中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识[J]. 中华消化内镜杂志, 2022,39(1):1-18.
- [2] Rex D K, Johnson D A, Anderson J C, et al. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected][J]. Am J Gastroenterol, 2009,104(3):739-750.
- [3] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)[J]. 中华外科杂志, 2020,58(8):561-585.
- [4] 张北平, 魏玮, 李爱民, 等. 结直肠腺瘤及早期结直肠癌中西医结合诊治专家共识(2021)[J]. 中医杂志, 2022,63(10):989-997.
- [5] Kim K H, Kim D H, Kim H Y, et al. Acupuncture for recovery after surgery in patients undergoing colorectal cancer resection: a systematic review and meta-analysis[J]. Acupunct Med, 2016,34(4):248-256.
- [6] Huang W, Long W, Xiao J, et al. Effect of electrically stimulating acupoint, Zusanli (ST 36), on patient's recovery after laparoscopic colorectal cancer resection: a randomized controlled trial[J]. J Tradit Chin Med, 2019,39(3):433-439.
- [7] Ng S S M, Leung W W, Mak T W C, et al. Electroacupuncture reduces duration of postoperative ileus after laparoscopic surgery for colorectal cancer[J]. Gastroenterology, 2013,144(2):307-313.
- [8] 佟宛云, 阿依古丽, 徐乐. 穴位针刺对直肠癌术后胃肠蠕动功能的影响[J]. 中医药导报, 2014,20(12):39-41.
- [9] 韩旭, 胡丹. 特定穴在肠癌术后胃肠运动功能恢复中的作用[J]. 针灸临床杂志, 2014(1):10-12.
- [10] 张科, 张拥军, 冯艳虹, 等. 针刺疗法对肠癌术后胃肠功能恢复的临床研究[J]. 健康必读, 2022(1):276-278.
- [11] 王慧敏. 针刺对结直肠癌快速康复术后胃肠功能恢复的影响[D]. 南京中医药大学, 2011.
- [12] 刘雪妍, 黄剑, 姚昊, 等. 针刺疗法促进结直肠癌患者术后肠道功能恢复的疗效研究[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2021,10(6):605-612.
- [13] Wang Y, Yang J W, Yan S Y, et al. Electroacupuncture vs Sham Electroacupuncture in the Treatment of Postoperative Ileus After Laparoscopic Surgery for Colorectal Cancer: A Multicenter, Randomized Clinical Trial[J]. JAMA Surg, 2022.
- [14] 陈京. 耳穴压豆对结直肠癌术后病人胃肠功能恢复的影响研究[D]. 海南医学院, 2021.
- [15] 陈掌珠, 陈宝川, 卢米英, 等. 耳穴压豆法在腹腔镜结直肠癌术后加速康复的应用研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021,31(10):53-55.
- [16] 钟声, 王广军, 孙向东, 等. 足三里穴位埋线对直肠癌术后加速康复影响的临床研究[J]. 齐

齐哈尔医学院学报, 2016,37(05):689-690.

- [17] 钱光泽. 足三里穴位埋线对促进结直肠癌术后胃肠功能恢复的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2011.
- [18] Chao H L, Miao S J, Liu P F, et al. The beneficial effect of ST-36 (Zusanli) acupressure on postoperative gastrointestinal function in patients with colorectal cancer[J]. Oncology Nursing Forum, 2013,40(2):E61-E68.
- [19] 刘宝通. 四神丸加味用于大肠癌围手术期治疗的临床研究[D]. 辽宁中医药大学, 2016.
- [20] 冯斌. 参苓白术散加减治疗结直肠癌术后泄泻临床效果观察[J]. 中外医学研究, 2018,16(20):26-28.
- [21] 周创业, 王培霞, 彭金军. 香砂六君子汤对腹腔镜结肠癌根治术患者免疫功能及营养状况的影响[J]. 药品评价, 2020,17(10):46-48.
- [22] 肖聪. 足三针促进结直肠癌术后胃肠功能恢复与血清miR-19a相关研究[D]. 广州中医药大学, 2016.
- [23] 姚新宇, 杨华, 田小林, 等. 不同时机针刺经穴对直肠癌根治术患者术后恶心呕吐发生的影响:血浆胃泌素浓度的测定[J]. 中华麻醉学杂志, 2012(07):820-823.
- [24] Gao W, Li W, Yan Y, et al. Transcutaneous electrical acupoint stimulation applied in lower limbs decreases the incidence of paralytic ileus after colorectal surgery: A multicenter randomized controlled trial[J]. Surgery, 2021,170(6):1618-1626.