

基于“邪伏肠络”理论探讨结直肠癌转化的动态演变机制及治疗思路

夏雨桐^{1,2}, 王 敏^{2*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院普外科, 四川 成都

收稿日期: 2026年9月7日; 录用日期: 2026年10月2日; 发布日期: 2026年10月13日

摘 要

结直肠癌转化是炎症性肠病迁延不愈进展为结直肠癌的核心病理过程, 也是临床防治结直肠癌的关键窗口期, 现代医学对其干预仍存在靶点单一、不良反应多、远期防治效果有限等局限。“邪伏肠络”理论源于中医伏邪学说与络病理论的融合, 精准契合结直肠癌转化隐匿起病、缠绵难愈、渐进恶变的病理特点。本文系统梳理“邪伏肠络”的理论渊源与核心内涵, 将其与脾虚、湿热、血瘀等传统核心病机进行比较辨析, 阐释“邪伏肠络”理论的学术优势与不可替代性。基于该理论阐释结直肠三期动态演变机制, 对应提出分阶段治疗思路, 并结合炎癌转化不同阶段探讨中西医结合治疗的可行路径与中医治疗定位, 以期为中医药防治结直肠癌转化提供新的理论视角与临床实践指导。

关键词

邪伏肠络, 结直肠癌转化, 动态演变, 炎症性肠病, 络病理论, 中西医结合

Dynamic Evolution Mechanisms and Therapeutic Strategies of Colorectal Inflammation-Cancer Transformation Based on “Pathogen Latent in Intestinal Collaterals” Theory

Yutong Xia^{1,2}, Min Wang^{2*}

¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Department of General Surgery, Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

*通讯作者。

文章引用: 夏雨桐, 王敏. 基于“邪伏肠络”理论探讨结直肠癌转化的动态演变机制及治疗思路[J]. 中医学, 2026, 15(10): 213-220. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510546

Abstract

Colorectal inflammation-cancer transformation is the core pathological process through which inflammatory bowel disease (IBD) progresses into colorectal cancer due to persistent and intractable inflammation, and it also represents a critical window period for the clinical prevention and treatment of colorectal cancer. However, modern medical interventions for this process still face limitations such as single target selection, numerous adverse reactions, and limited long-term prevention and treatment efficacy. The theory of "Pathogen Latent in Intestinal Collaterals" originates from the integration of the TCM theory of latent pathogenic factors and collateral disease theory, and it accurately aligns with the pathological characteristics of colorectal inflammation-cancer transformation, including insidious onset, lingering and intractable course, and progressive malignant transformation. This paper systematically sorts out the theoretical origin and core connotation of "Pathogen Latent in Intestinal Collaterals", compares and analyzes it with traditional core pathogenesis such as spleen deficiency, dampness-heat and blood stasis, and expounds the academic advantages and irreplaceability of this theory. On this basis, the three-stage dynamic evolution mechanism of colorectal cancer is expounded, stage-specific therapeutic strategies are proposed, and the feasible paths of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment and the positioning of TCM therapy at different stages of inflammation-cancer transformation are discussed, aiming to provide new theoretical perspectives and clinical practice guidance for TCM prevention and treatment of colorectal inflammation-cancer transformation.

Keywords

Pathogen Latent in Intestinal Collaterals, Colorectal Inflammation-Cancer Transformation, Dynamic Evolution, Inflammatory Bowel Disease, Collateral Disease Theory, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

结直肠癌是全球范围内发病率与死亡率均位居前列的恶性肿瘤,我国结直肠癌发病率呈逐年上升且年轻化趋势[1]。现代医学针对结直肠癌转化的防治,主要以抗炎、免疫调节、内镜下切除癌前病变为主,虽能在一定程度上控制炎症,但难以阻断慢性炎症向癌变的渐进进展,且长期用药存在不良反应多、患者依从性差等问题[2]。中医药在防治慢性肠道疾病、阻断癌前病变方面具有悠久的临床实践积累与整体调治的独特优势[3]。“邪伏肠络”理论是中医伏邪学说与络病理论的结合与延伸,其核心在于阐释“邪毒潜伏于肠之络脉,隐匿发病、渐积成变、缠绵难愈”的病理规律,与结直肠癌转化从慢性炎症到癌前病变再到癌变的动态演变过程高度契合[4]。基于此,本文结合古今医家论述与现代研究进展,系统探讨“邪伏肠络”理论的核心内涵,解析其与传统核心病机的联系与区别,阐明结直肠癌转化的动态演变机制,提出分阶段治疗思路,并对中西医结合治疗前景进行展望。

2. “邪伏肠络”理论探讨

“邪伏肠络”理论的根基源于中医伏邪学说与络病理论两大体系,二者的融合发展为其奠定了坚实

的理论基础, 指在正气亏虚的基础上, 外感邪毒、饮食不节、情志失调、劳逸失度等多种致病因素导致邪气入侵, 潜伏于肠道络脉之中, 感而不即发, 伺机而作, 进而导致肠络损伤、气血运行失常、痰瘀毒互结的一系列病理状态[5]。

其机理包括四大点: (1) 伏邪隐匿, 病势缠绵: 伏邪潜伏于肠络深处, 病初无明显临床症状, 或仅见轻微腹痛、腹泻, 易被忽视; 一旦遇饮食、情志、外感等诱因, 伏邪即发, 导致病情反复发作, 迁延难愈, 与慢性肠道炎症缓解期与发作期交替的临床特点高度契合。(2) 正虚邪恋, 虚实夹杂: “邪之所凑, 其气必虚”, 正气亏虚是邪伏肠络的前提, 而伏邪久羁, 又会进一步耗伤肠道及脾肾正气。病理上以正气亏虚为本, 湿热、痰浊、瘀血、癌毒为标, 呈现本虚标实、虚实夹杂的核心病机特点。(3) 久病入络, 络脉瘀阻: 叶天士言“初病在经, 久病入络”, 伏邪长期潜伏于肠络, 必然阻滞络脉气血运行, 导致血行不畅而成瘀, 津液输布失常而生痰, 痰瘀互结于肠络, 进一步加重络脉痹阻, 对应肠黏膜反复损伤、息肉形成、异型增生的病理改变[6]。(4) 伏邪化毒, 渐进恶变: 伏邪久伏于肠络, 郁而不解, 可逐步化热化毒, 湿热癌毒相互搏结, 最终化生癌毒, 导致肠络败坏、脏腑受损, 完成从慢性炎症到癌前病变再到癌变的渐进性转变, 精准契合结直肠癌转化的病理进程。

3. “邪伏肠络”理论与传统核心病机的联系与区别

结直肠“炎癌转化”的中医病机认识历来多元, 脾虚、湿热、血瘀等均为学界公认的核心病机, 相关论述较为充分。“邪伏肠络”理论并非对这些认识的否定, 而是在其基础上的整合与深化。厘清该理论与传统核心病机的联系与区别, 有助于明确其学术定位与临床价值。

3.1. 与脾虚病机的联系与区别

脾虚是结直肠癌前病变的根本病机, 脾失健运则水湿内停、气血乏源、肠络失养, 为湿热蕴结、癌毒内生提供了内在条件[7]。这与“邪伏肠络”理论中“正气亏虚是伏邪前提”的认识高度一致, 二者均承认正虚为本。其区别在于: 脾虚病机侧重于阐释发病之“本”, 即机体防御与修复能力的不足, 但对“邪”的性质、藏伏部位与传变途径缺乏具体刻画; “邪伏肠络”理论则在正虚的基础上, 进一步明确了“邪伏于肠络”这一特定病位与“感而不即发、伺机而作”的发病方式, 将脾虚所致的功能性不足落实为肠络局部的器质性改变, 能够解释为何同为脾虚体质, 部分患者迁延成癌而部分患者自愈或稳定。就病机层次而言, 脾虚是“邪伏肠络”的发病基础与前提条件, 后者是对前者的延伸与具体化。

3.2. 与湿热病机的联系与区别

湿热是结直肠癌转化过程中最常见、最突出的标实因素, 湿热羁留肠道、缠绵难解, 化生邪毒、虚实转换, 被认为是推动炎癌转化的关键环节[8]。湿热病机对炎癌转化“标实”状态的描述十分精当, 尤其契合炎症发作期肠黏膜充血水肿、糜烂溃疡及黏液脓血便等表现。“邪伏肠络”理论与之的联系在于: 湿热是伏邪最常见的载体与表现形式, 伏邪以湿热之态潜伏于肠络, 故临床多以湿热证候为主要表现。其区别在于: 湿热病机多着眼于当前的“标实”状态, 是一种相对静态的横断面描述, 难以解释湿热何以长期潜伏、反复发作、渐次化毒; “邪伏肠络”理论则将湿热置于“伏邪-阻络-化毒”的动态链条中, 阐明湿热之邪可因正虚而伏藏于肠络, 遇诱因反复发作, 久郁化热生痰成瘀, 终致痰瘀毒互结而癌变, 从而把湿热从“当下之证”提升为“传变之因”, 动态解释力更强。

3.3. 与血瘀病机的联系与区别

瘀毒互结是结直肠癌的重要病机, 久病必瘀、因瘀致毒、瘀毒互结, 瘀血既是病理产物又是致病因素, 与癌毒胶结难解[9]。血瘀病机准确揭示了炎癌转化中晚期“络脉瘀阻、积聚成形”的病理实质, 与

肠黏膜异型增生、息肉腺瘤形成乃至肿瘤新生血管生成等改变相对应。“邪伏肠络”理论与之的联系在于：络脉瘀阻本就是“邪伏肠络”机理的重要组成部分，伏邪久羁阻滞肠络气血，血行不畅而成瘀，瘀瘀互结于肠络，血瘀被纳入“久病入络”的动态过程之中。其区别在于：血瘀病机多作为独立证素被讨论，对其来源(因虚致瘀、因邪致瘀)与去向(瘀久化毒、瘀毒互结)的阐释相对分散；“邪伏肠络”理论将血瘀定位为伏邪久羁、络脉受损后的必然产物与中间环节，强调瘀由邪生、瘀可酿毒，从而把血瘀与伏邪、癌毒贯通为因果递进的整体，较孤立地论瘀更具系统性与前瞻性。

3.4. “邪伏肠络”理论的学术优势与不可替代性

综合上述比较，“邪伏肠络”理论的学术价值主要体现在四个方面。其一，病位明确，填补了病机认识的“落点”空白。脾虚、湿热、血瘀等病机多停留在脏腑、气血层面，而“肠络”概念的引入将病位落实于肠腑之络脉，与现代解剖学中肠黏膜屏障、黏膜下微循环及神经-免疫网络具有良好的对应关系，为病机阐释提供了可操作的形态学依托。其二，动态全程，契合炎症转化的时序特征。炎症转化是以年为单位的渐进过程，脾虚、湿热、血瘀诸说多长于解释某一阶段的病机，而“邪伏肠络”以“始伏-渐盛-化癌”的动态框架统摄全程，与现代研究中结肠炎相关结直肠癌小鼠模型所呈现的脾虚痰湿、脾经湿热、湿热瘀毒逐级演变的证候动态规律相吻合[10]。其三，病机统摄，兼容而不肢解。该理论以“正虚为本、邪伏为枢、络损为变”为纲，将脾虚(本)、湿热(标)、血瘀(变)诸要素纳入同一因果链条，既吸收了传统病机认识的合理内核，又克服了单一病机解释力不足、多病机并列时缺乏主次与因果关系的局限。其四，治法可及，具有明确的临床指向。基于“邪伏肠络”提出的透邪通络治法，使“截断伏邪、逆转病变、标本兼顾”的分期治疗成为可能，较之单纯健脾、清热或化瘀具有更强的全程干预与防变能力。因此，“邪伏肠络”理论不是对脾虚、湿热、血瘀诸说的简单替代，而是在更高层次上的整合与创新，具有不可替代的理论与临床价值。

4. 基于“邪伏肠络”理论探讨结直肠“炎症转化”的动态演变机制

4.1. 伏邪始伏期

本期是结直肠癌转化的起始阶段，也是中医药截断病程的关键窗口期，核心病机为正气亏虚，邪毒入侵，伏于肠络，湿热蕴结，肠络受损[11]。此阶段患者多存在饮食不节、情志失调、外感邪毒等诱因，导致脾胃亏虚，正气不足，肠道防御功能减弱，湿热邪毒趁机入侵，潜伏于肠络之中。此时伏邪始伏，病位较浅，正气尚能与邪气相搏，临床多表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重等炎症发作期症状，或缓解期无明显症状，仅肠镜下见肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡等慢性炎症改变。

从病理机制来看，潜伏于肠络的湿热邪毒持续刺激肠黏膜，导致肠络损伤，气血运行失常，津液输布障碍，对应现代医学中肠道黏膜屏障受损、炎症细胞浸润、促炎因子大量释放，形成慢性炎症微环境[12]。此时肠道黏膜处于反复损伤-修复的循环中，若能及时祛邪扶正，截断伏邪传变，即可阻断炎症持续进展，从源头防止炎症转化的发生；若伏邪未除，持续潜伏于肠络，病情反复发作，则会进入邪伏渐盛期。

4.2. 邪伏渐盛期

本期是结直肠癌转化的中间转折阶段，也是逆转病变的核心时期，核心病机为伏邪久羁，耗伤正气，瘀瘀互结，络脉瘀阻，虚实夹杂[13]。伏邪长期潜伏于肠络，反复发作，一方面持续耗伤脾胃正气，久病及肾，导致脾肾两虚，正气无力祛邪外出，使伏邪日益亢盛；另一方面，邪伏肠络，阻滞络脉气血运行，血行不畅而成瘀血，津液凝聚而生痰浊，痰浊与瘀血相互搏结，附着于肠络，形成息肉、腺瘤等病理

产物, 对应现代医学中的肠道腺瘤性息肉、上皮内瘤变等癌前病变。

此阶段患者临床症状多不典型, 或仅见腹痛、腹胀、腹泻、便秘交替等非特异性症状, 肠镜下可见肠道息肉、腺瘤形成, 病理提示上皮异型增生。从病理机制来看, 长期慢性炎症微环境导致肠道菌群失调、氧化应激持续激活、细胞增殖与凋亡失衡, 上皮细胞出现异型增生; 而痰瘀互结的病理状态, 对应现代医学中细胞外基质重塑、上皮间质转化启动、新生血管形成等癌前病变的核心病理改变[14]。此时伏邪已深, 正气已虚, 若能及时扶正祛邪、化痰散结、活血通络, 可有效逆转癌前病变, 阻断癌变进程; 若失治误治, 伏邪进一步郁而化毒, 则会进入邪毒化癌期。

4.3. 邪毒化癌期

本期是结直肠癌转化的终末阶段, 核心病机为伏邪郁久化毒, 癌毒内生, 痰瘀毒互结, 络脉败坏, 脾肾衰败, 正气耗竭。伏邪久伏于肠络, 湿热、痰浊、瘀血三者相互搏结, 郁而化热化毒, 最终化生癌毒。癌毒具有峻烈、侵袭、传变的特点, 一旦成形, 会进一步耗伤人体正气, 阻滞络脉气血运行, 败坏肠络脏腑, 导致肠道局部肿块形成, 出现便血、腹痛、腹部肿块、消瘦、乏力等典型临床症状; 癌毒还可随络脉气血循行, 流注于肝、肺、骨骼等脏腑, 形成远处转移, 对应现代医学中结直肠癌的浸润、侵袭与远处转移过程[15]。从病理机制来看, 癌毒内生对应现代医学中细胞基因发生突变, 抑癌基因失活、原癌基因激活, 细胞发生恶性转化, 形成癌细胞; 而慢性炎症微环境持续存在, 进一步促进癌细胞的增殖、侵袭与转移, 络脉败坏则对应肠道正常组织结构被破坏, 肿瘤新生血管形成, 为癌细胞转移提供了通道。此阶段患者正气已极度亏虚, 癌毒亢盛, 呈现本虚标实、虚实夹杂的危重状态, 治疗当以扶正祛邪、标本兼顾为核心, 改善患者症状, 提高生存质量, 延长生存期[16]。

5. 基于“邪伏肠络”理论探讨结直肠“炎癌转化”的治疗思路

5.1. 伏邪始伏期, 清热祛湿, 扶正通络, 截断伏邪

本期治疗核心为祛除伏邪, 修复肠络, 截断炎癌转化的源头, 对应慢性肠道炎症期, 重点在于控制肠道慢性炎症, 防止病情反复发作, 避免伏邪进一步深入。

清热祛湿以祛除潜伏于肠络的湿热邪毒, 常用药物有黄连、黄芩、黄柏、白头翁、马齿苋、败酱草、秦皮等, 此类药物多具有抗炎、调节肠道菌群、修复肠黏膜屏障的现代药理作用[17]; 健脾益气以顾护正气, 增强机体祛邪能力, 防止邪气再次入侵, 常用方剂有参苓白术散、四君子汤、补中益气汤等, 常用药物有党参、黄芪、白术、茯苓、山药、薏苡仁等[18]; 辅以活血通络之品, 疏通肠络气血, 修复受损肠络, 常用药物有当归、赤芍、丹皮、红藤、木香等, 改善肠道局部血液循环, 促进黏膜修复[19]。

本期需注重急则治其标, 缓则治其本, 炎症发作期以清热祛湿为主, 缓解期以健脾扶正为主, 兼顾祛邪通络, 减少病情复发, 从源头截断伏邪传变, 防止慢性炎症向癌前病变进展。

5.2. 邪伏渐盛期, 化痰散结, 活血通络, 逆转病变

本期治疗核心为化解伏邪, 疏通肠络, 逆转癌前病变, 对应上皮内瘤变、腺瘤性息肉等癌前病变期, 重点在于消散痰瘀互结的病产物, 改善络脉瘀阻, 防止伏邪化毒癌变。

化痰散结以消除痰浊凝聚而成的息肉、腺瘤, 常用药物有半夏、南星、浙贝母、海藻、昆布、夏枯草、生牡蛎等, 此类药物多具有抑制细胞异型增生、诱导异常细胞凋亡的药理作用[20]; 活血通络以疏通瘀阻的肠络, 改善局部气血运行, 化解瘀血, 常用方剂有桃红四物汤、少腹逐瘀汤等, 常用药物有桃仁、红花、丹参、川芎、三棱、莪术、地龙等, 抑制上皮间质转化与新生血管形成; 辅以健脾补肾之品, 顾护正气, 增强机体化痰散结能力, 常用药物有党参、黄芪、白术、杜仲、补骨脂、菟丝子等, 扶正而不助

邪,祛邪而不伤正[21]。对于肠道腺瘤性息肉患者,在内镜下切除术后,仍需以此治法为主进行巩固治疗,改善肠道内环境,防止息肉复发,从根本上逆转癌前病变,阻断伏邪化毒的进程。此阶段需兼顾祛邪与扶正,不可一味攻伐,以免耗伤正气,导致伏邪更甚。

5.3. 邪毒化癌期,解毒抗癌,扶正通络,标本兼顾

本期治疗核心为祛邪抗癌,扶正固本,改善生存质量,对应结直肠癌变期,重点在于抑制癌毒进展,顾护正气,缓解临床症状,延长患者生存期。

清热解毒、抗癌散结以祛除癌毒,抑制肿瘤进展,常用药物有白花蛇舌草、半枝莲、藤梨根、山慈菇、苦参、龙葵等,此类药物多具有抑制肿瘤细胞增殖、诱导肿瘤细胞凋亡、调节机体免疫的药理作用[22];辅以活血通络、化痰散结之品,化解痰瘀毒互结的病理状态,缓解肿块、疼痛等症状,常用药物有莪术、三棱、丹参、半夏、浙贝母等。

本期需重点顾护正气,健脾益肾、补气养血,改善患者消瘦、乏力、纳差等症状,提高机体免疫力,常用方剂有八珍汤、归脾汤、六味地黄丸、金匮肾气丸等,常用药物有黄芪、党参、当归、熟地、枸杞、女贞子、冬虫夏草等。对于接受手术、放化疗的患者,可以此治法进行辅助治疗,减轻放化疗不良反应,改善患者生活质量,降低术后复发转移风险。

6. 中西医结合治疗展望

中医药与西医在结直肠癌转化防治中各有优势,前者长于整体调治、多靶点干预与长期维持,后者长于病因清除、局部切除与危急重症处置。以“邪伏肠络”理论为指导的分期治法,与现代医学在炎症转化不同阶段的干预手段存在清晰的协同空间。明确中医药在不同阶段的治疗定位,是制定可落地、可推广的中西医结合方案的前提。

6.1. 伏邪始伏期:中医药与抗炎、免疫调节治疗的协同

本期对应慢性肠道炎症期,现代医学以氨基水杨酸类制剂、免疫调节剂及生物制剂控制炎症、促进黏膜愈合为主要手段[23]。上述治疗对活动期炎症的控制确切有效,但存在长期用药不良反应、停药后复发率高、部分患者应答不佳等问题,且对炎症向癌变的远期阻断作用有限。中医清热祛湿、扶正通络治法在此阶段的定位是辅助与协同:炎症发作期,中药与抗炎、免疫调节药物联用,可增强抗炎效应、减轻药物不良反应,促进肠黏膜修复;缓解期,以健脾扶正、透邪通络为主的中药治疗可作为维持缓解的重要补充,通过调节肠道菌群、修复肠黏膜屏障、改善免疫微环境,减少复发频次,延缓炎症累积损伤。该阶段中医药与西药并非替代关系,而是在控制急性炎症的基础上,各自发挥“攻邪”与“扶正”的互补作用。

6.2. 邪伏渐盛期:中医药与内镜治疗的衔接

本期对应腺瘤性息肉、上皮内瘤变等癌前病变期。内镜下切除是目前公认的癌前病变主要治疗手段,早期结直肠癌及癌前病变经内镜切除后可获得根治性效果[24],内镜监测亦是溃疡性结肠炎患者预防癌变的核心策略[25]。但内镜治疗存在病灶切除后复发率较高、多发性病变难以完全清除、切除后肠黏膜修复需要时间等局限。中医药在此阶段的定位是内镜治疗的补充与巩固:内镜切除前,针对多发性或较大病灶,可通过化痰散结、活血通络中药改善肠道内环境,抑制病变进展,为内镜治疗创造条件;内镜切除后,以健脾扶正、化痰散结、活血通络为法进行巩固治疗,可改善肠道微生态与局部免疫环境,降低腺瘤复发风险,已有随机对照研究显示中药干预可使结直肠腺瘤复发率显著下降[26]。对于因体质或经济原因不宜行内镜治疗者,中医药亦可作为替代性保守治疗手段,但需以内镜随访监测为前提。

6.3. 邪毒化癌期：中医药对手术、放化疗及靶向免疫治疗的辅助

本期对应结直肠癌变期，手术根治、化疗、放疗、靶向治疗与免疫治疗是现代医学的主导手段。中医药在此阶段的定位是明确的辅助治疗：围手术期，健脾益气、扶正通络中药可改善患者营养状况与免疫功能，促进术后恢复；化疗与放疗期间，解毒抗癌、扶正通络中药可减轻骨髓抑制、消化道反应及周围神经毒性等不良反应，提高治疗完成率与患者生活质量，多项系统评价支持中医药作为结直肠癌术后化疗辅助治疗能够改善生存质量并降低复发转移风险[27]；维持治疗与姑息治疗阶段，中医药在控制症状、延长生存期方面可发挥补充作用。需强调的是，在该阶段中医药不应替代具有明确循证依据的手术、放化疗等根治性手段，其价值在于增效减毒、改善预后。

6.4. 中医治疗的定位：因期制宜的辅助与协同

综合上述分期讨论，中医治疗在结直肠癌转化中的定位可以概括为“全程参与、因期制宜、以辅助与协同为主”。在伏邪始伏期，中医药与抗炎、免疫调节治疗协同，并在缓解期承担维持作用；在邪伏渐盛期，内镜治疗为主、中医药为巩固与补充，特定情形下可作替代性保守治疗；在邪毒化癌期，中医药明确为辅助治疗，服务于增效减毒与生活质量改善。这一“以现代医学为主导、中医药全程协同”的定位，既尊重了现代医学在癌前病变切除与肿瘤根治中的不可替代作用，又充分发挥了中医药在截断病势、逆转病变、防复发防转移中的独特价值，符合中西医结合防治恶性肿瘤的总体方向，也应是“邪伏肠络”理论指导临床实践的基本立场。

7. 小结

综上所述，基于“邪伏肠络”理论，可将结直肠癌转化的动态演变过程划分为伏邪始伏、邪伏渐盛、邪毒化癌三个阶段，其核心病机始终围绕“正虚邪伏”展开，呈现出从湿热蕴结到痰瘀互结再到癌毒内生的渐进性演变规律。该理论与脾虚、湿热、血瘀等传统核心病机在“正虚为本”等层面相互贯通，又以病位明确、动态全程、病机统摄、治法可及的学术优势确立了其不可替代的理论地位。

针对这一动态演变过程，临床需遵循分阶段论治的核心思路，以扶正祛邪、通络防变为总原则，在炎症期以截断伏邪为核心，癌前病变期以逆转病变为重点，癌变期以标本兼顾为目标，充分发挥中医药整体调治、多靶点干预的独特优势。同时，应立足炎症转化不同阶段，与抗炎、免疫调节、内镜治疗及手术放化疗等现代医学手段合理衔接，明确中医药以辅助与协同为主的治疗定位，推动中西医结合全程管理模式的建立，为降低结直肠癌发病率与死亡率提供切实可行的临床路径。

参考文献

- [1] 金天, 朱应双, 刘成成, 等. 早发性结直肠癌的流行病学特征分析: 基于单中心前瞻性队列研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2024, 27(5): 457-463.
- [2] 田田, 高雪琴, 王榕榕. 1992-2021 年中美两国结直肠癌死亡趋势的年龄-时期-队列模型及分解分析[J]. 护理研究, 2026, 40(1): 21-26.
- [3] 王倩, 袁江, 刘倩希, 等. 中医药干预结直肠癌免疫逃逸的机制及临床应用的研究进展[J]. 天津中医药, 2025, 42(8): 1079-1088.
- [4] 刘运泽, 郑浩呈, 李园, 等. 基于“邪伏肠络”理论探讨结直肠“炎癌转化”的动态演变机制及治疗思路[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(10): 1343-1348.
- [5] 李钟琳, 李玉, 贾晓薇, 等. 从伏毒理论探析应用风药治疗结直肠癌[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(11): 2116-2120.
- [6] 谭愉琴, 汪紫琪, 杨家翔, 等. 基于伏邪理论探讨结直肠“炎癌转化”的机制及治疗思路[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(8): 129-132.

- [7] 魏小曼, 李柳, 程海波. 结直肠癌前病变中医病机探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2021, 37(3): 348-351.
- [8] 沈洪, 邢敬, 胡静怡, 等. 溃疡性结肠炎“炎-癌”转化的中医药防治策略[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(5): 379-384.
- [9] 赵正奇, 梁玮钰, 杨楚琪, 等. 从“瘀毒互结”探讨结直肠癌的病机特点和治疗[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(6): 869-873.
- [10] 王若冲, 王斌诗, 刘昱慧, 等. 结肠炎相关结直肠癌小鼠模型的中医证候动态探究[J]. 北京中医药大学学报, 2026, 49(2): 231-244.
- [11] 吴佳禾, 崔慕瑶, 陈雪, 等. 基于寒气生积探讨炎症性肠病炎-癌转化辨治思路[J]. 中医杂志, 2025, 66(14): 1489-1494.
- [12] 崔正易, 闫珺, 刘松江. 基于伏邪理论探讨溃疡性结肠炎相关结肠癌的发病机制[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(11): 1715-1716, 1773.
- [13] 谷珍珍, 周芮, 吴娇, 等. 基于“癌毒伏邪”理论探讨结直肠癌复发转移[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(11): 20-24.
- [14] 吴娇, 李中玉, 吴煜. 基于“伏邪”探讨结直肠癌的复发转移[J]. 吉林中医药, 2023, 43(6): 636-639.
- [15] 李玉, 李城, 时浩洋, 等. 基于“伏毒”学说审因论治结直肠癌[J]. 天津中医药, 2024, 41(6): 714-718.
- [16] 祖玥, 肖颖媚, 戴玲玲. 侯爱画从虚、浊、瘀、毒论治结直肠癌经验[J]. 长春中医药大学学报, 2024, 40(12): 1325-1329.
- [17] 王铁颖, 孙青, 石劲敏, 等. 陈熠运用调神解郁法治疗结直肠癌经验探析[J]. 中医肿瘤学杂志, 2025, 7(6): 114-119.
- [18] 王静, 唐泊文, 宋囡, 等. 健脾益气法治疗结直肠癌研究进展[J]. 陕西中医, 2025, 46(3): 420-423.
- [19] 潘瑜凡, 王微, 王荣桂. 温阳补肾、活血通络外治法治疗大肠癌术后经奥沙利铂化疗致神经毒性的疗效观察[J]. 江西中医药大学学报, 2022, 34(4): 53-55.
- [20] 但春粮, 何金秀, 张旭丽, 等. 吴文尧用清肝健脾化痰散结法治疗胆囊息肉经验[J]. 实用中医药杂志, 2025, 41(1): 193-194.
- [21] 尹思源, 叶丽红. 叶丽红教授治疗结直肠癌的临床经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(9): 993-996.
- [22] 祝利民, 史海霞, 徐振晔. 徐振晔教授中医药辨证论治大肠癌的临床数据挖掘[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(6): 1773-1783.
- [23] Ungaro, R., Mehandru, S., Allen, P.B., Peyrin-Biroulet, L. and Colombel, J. (2017) Ulcerative Colitis. *The Lancet*, **389**, 1756-1770. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32126-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32126-2)
- [24] 中国中西医结合学会消化内镜学专业委员会大肠早癌专家委员会. 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.
- [25] Lu, H., Hu, X., Chen, Y. and He, J. (2026) Colorectal Cancer in Ulcerative Colitis: Unraveling Mechanisms and Advancing Surveillance and Chemoprevention. *Frontiers in Oncology*, **16**, Article ID: 1793470. <https://doi.org/10.3389/fonc.2026.1793470>
- [26] Ni, M., Zhang, Y., Sun, Z., Zhou, Q., Xiao, J., Zhang, B., et al. (2024) Efficacy and Safety of Shenbai Granules for Recurrent Colorectal Adenoma: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Phytomedicine*, **127**, Article ID: 155496. <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2024.155496>
- [27] He, Q., Chen, X., Zeng, H., Gao, X., Zheng, Z., Rao, J., et al. (2026) Efficacy and Safety of Traditional Chinese Medicine as an Adjuvant to Postoperative Chemotherapy in Colorectal Cancer: A Meta-Analysis. *Frontiers in Oncology*, **15**, Article ID: 1700525. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1700525>