

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.12.009

结直肠息肉术后中医慢病管理方案成效的回顾性队列研究

莫嘉浩¹, 程怡², 刘畅¹, 胡佩欣², 钟彩玲², 张北平²✉

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东省广州市白云区机场路12号, 510405; 2. 广东省中医院

[摘要] **目的** 探讨应用中医慢病管理方案预防结直肠息肉术后复发的管理成效。**方法** 回顾性收集447例结直肠息肉术后患者的临床资料,以接受中医慢病管理方案为暴露因素,将患者分为暴露组和对照组,以息肉复发率为主要结局指标,比较两组患者基线特征、结局事件、安全性评估的差异情况,对用药时长与息肉复发进行相关性分析,并使用多因素 Logistic 回归方法分析接受中医慢病管理方案(针对脾虚湿瘀证、湿瘀阻络证、肠道湿热证的中医药治疗及生活管理)、性别、年龄、合并病、中医证型、饮食运动因素对结局事件的影响。**结果** 最终纳入257例结直肠息肉术后患者进行分析,其中包括暴露组172例,对照组85例。暴露组息肉复发率为22.7% (39/172),对照组为57.6% (49/85),对照组高于暴露组 ($P<0.01$)。暴露组复发息肉的直径(中位数4.0 mm)小于对照组(中位数5.0 mm, $P<0.01$)。脾虚湿瘀证组内(用药时间长短与息肉复发与否)相关性分析结果显示 Phi 值为-0.345, $P<0.001$; 湿瘀阻络证组内相关性分析结果显示 Phi 值为-0.361, $P<0.05$,均表明用药时长与息肉复发呈负相关关系。多因素 Logistic 回归分析结果提示,接受中医慢病管理方案对预防息肉复发具有积极影响 ($OR=0.224$, $P<0.01$)。**结论** 接受结直肠息肉中医慢病管理方案有助于降低息肉术后复发率,是患者进入结局事件的保护因素。

[关键词] 结直肠息肉; 中医慢病管理; 息肉复发; 脾虚湿瘀证; 影响因素; 回顾性研究

结直肠息肉是由结直肠黏膜表面向肠腔内部凸出的赘生物,归属于中医学“肠瘤”范畴,多以腹痛或腹胀,大便溏泻或黏液便,或便血、便秘等为临床表现。而结直肠腺瘤是由结直肠息肉发展而成的癌前病变,可能进一步发展为结直肠癌^[1]。数据显示,中国2022年结直肠癌的发病率及病死率分别居所有恶性肿瘤的第3和第4位^[2]。因此,临床上需密切关注结直肠息肉的初发及术后可能复发的情况。目前单次内镜下切除并不能降低息肉的复发率和癌变率,临床上应控制结直肠息肉复发的常见危险因素,如戒烟戒酒,减少红肉、加工肉类的摄入,以及增加膳食纤维的日常摄取^[3-4],而现代医学尚无明确的可预防术后复发的药物治疗手段^[5-6]。既往研究^[7-8]发现,中药治疗能显著降低结直肠息

肉的术后复发率,并缓解临床症状。

慢病健康管理通过建立专科专病慢病健康管理的长效工作机制及配套专业团队,为慢病患者提供全面、长期的整合健康服务^[9]。目前针对结直肠息肉的慢病管理尚无统一有效的模式。研究^[10]显示,在慢性心力衰竭领域中,将中医养生防病的理念融入专科专病的慢病管理模式中,可有效控制病情,提高患者生活质量。可见,融合中医养生手段及现代慢病管理模式的中慢病管理模式是科学的健康管理模式^[11]。广东省中医院脾胃病科设立结直肠息肉中医慢病管理团队,结合岭南梁氏脾胃学术流派经验及专家共识^[3],创立具有中医特色的结直肠息肉慢病管理方案,取得了良好的临床疗效。本研究通过开展回顾性队列研究对结直肠息肉中医慢病管理成效进行评估,以期对中医慢病健康管理的临床推广应用提供证据。本研究已通过广东省中医院伦理委员会审批(伦理审批号:YE2023-347-01)。

基金项目: 广东省教育厅高校科研项目(2021ZDZX2059); 广东省中医院慢病管理专项资助项目(YN2024MB005)

✉ 通讯作者: doctorzbp@163.com

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《中国结直肠癌筛查与早诊早治指南》^[12]，病理诊断参照《整合大肠肿瘤学》^[13]。结肠镜检查发现结直肠息肉，病理诊断为腺瘤性息肉（包括管状腺瘤、绒毛状腺瘤、绒毛管状混合型腺瘤）或锯齿状腺瘤。

中医诊断及辨证标准参照《结直肠腺瘤及早期结直肠癌中西医结合诊治专家共识（2021）》^[3]拟定，以肠瘤为中医诊断。中医辨证标准参考共识^[3]、并经过团队专家组讨论后，分为如下3个证型：1) 脾虚湿瘀证：气短懒言，肢倦乏力，纳呆，腹部满闷，舌质淡暗，苔白或白腻，脉细涩。2) 湿瘀阻络证：大便溏烂不爽或黏液便，便下鲜红或暗红血液，腹痛腹胀，或腹部不适，脘闷纳少，舌质偏暗或有瘀点、瘀斑，苔白厚或腻，脉弦或涩。3) 肠道湿热证：腹胀或痛，口干口苦，烦渴引饮，大便色黄褐臭秽，肛门灼热，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断及辨证标准，年龄18~75岁，性别不限；2) 已于广东省中医院结直肠息肉慢病管理系统建档，病历资料完整，建档后已复查肠镜；3) 慢病建档前2个月内曾行肠镜检查发现息肉，并已完全切除。

1.3 排除标准

1) 合并溃疡性结肠炎、克罗恩病等炎症性肠病；2) 合并或既往有家族性腺瘤性息肉病或遗传性非息肉病结直肠癌病史；3) 合并结直肠恶性肿瘤（包括早期肠癌及浸润癌），或既往有结直肠恶性肿瘤病史；4) 心脏支架植入术后或心肌梗死病史、严重脑血管疾病或合并其他癌症；5) 服用叶酸、黄连素等有潜在预防复发作用的药物。

1.4 研究对象

病例来源于2020年9月1日至2022年3月31日广东省中医院慢病管理系统与内镜中心系统中的结直肠息肉术后患者。

1.5 研究的暴露因素定义

暴露组：接受结直肠息肉中医慢病管理方案^[3]，根据管理计划按时复诊，接受中医慢病管理方案的中药治疗4周或以上，并接受问卷随访，按要求完成肠镜复查。

对照组：未接受结直肠息肉中医慢病管理方

案，按时完成肠镜复查，完成第1次肠镜复查后接受随访问卷调查。

2 方法

2.1 一般资料收集

回顾性收集患者的临床资料，包括3个方面：

1) 一般资料：年龄、性别、合并病、家族史；2) 饮食运动资料：包括红肉及加工肉类摄入量及频率、牛奶及乳制品摄入量及频率、饮酒量及频率、运动量及频率；3) 肠镜检查结果及息肉病理学资料。

2.2 结直肠息肉中医慢病管理方案

2.2.1 疾病管理 中医药治疗方案参照《中西医结合防治结直肠腺瘤样息肉及结直肠癌的相关诊疗共识（2021）》^[3]，同时经过专家组讨论拟定方药如下：1) 脾虚湿瘀证给予调肠消瘤方加减，基础方：熟党参15g，白术15g，黄芪15g，薏苡仁30g，豆蔻10g（后下），三七10g，醋莪术15g，白花蛇舌草30g，炙甘草5g；2) 湿瘀阻络证给予平胃散加减，基础方：麸炒苍术10g，炙厚朴10g，炒陈皮10g，三七10g，醋莪术15g，白花蛇舌草30g，丝瓜络30g，炙甘草5g；3) 肠道湿热证给予葛根芩连汤加减，基础方：葛根30g，黄芩10g，黄连5g，薏苡仁30g，三七10g，醋莪术15g，白花蛇舌草30g，橘络10g，炙甘草5g。兼有肝失疏泄者，可配伍柴胡、枳实、枳壳以疏肝理气；腹痛明显者，可酌加木香、乌药、延胡索以行气止痛。每日1剂，水煎分早晚两次口服。服药时长为4~52周。

2.2.2 生活管理 1) 饮食管理：随访时记录患者的日常饮食习惯（包括食物选择、食物频率、饮料频率等），同时提供中医理论指导下的饮食调护建议，如避免肥厚、燥热（如辣椒、羊肉）等难以消化之物，少食红肉及加工肉类，同时要避免吸烟、酗酒、咖啡、浓茶。2) 运动管理：随访时记录患者的运动习惯（包括运动类型、运动频率、运动量等），并提供运动调护的建议，倡导患者加强运动，控制体重。

同时，饮食管理方面参考相关指南及共识^[3-4]予以数据赋值定义：1) 红肉及加工肉类摄入正常：红肉摄入量每周少于500g，加工肉类制品摄入量每日少于50g；2) 牛奶及其他乳制品摄入良好：牛奶及其他乳制品摄入每周不少于3次，每次摄入量 ≥ 100 ml；3) 酒精摄入每周不超过3次，每次摄入量 ≤ 100 ml。运动方面，每周运动量良好：剧烈

活动或中等体力活动或步行持续 10 min 以上的总天数不少于 4 天。

2.3 观察指标

2.3.1 主要结局指标 结直肠息肉复发率：术后第 1 次结肠镜复查（术后 1~2 年内）时，各组发现 1 个或多个结直肠息肉的患者比例。结直肠息肉内镜下切除后，复查结肠镜时在结直肠部位新发现 1 个或多个息肉，复查时切除的息肉病理提示结直肠腺瘤或锯齿状腺瘤或癌变，则定义为复发^[3]。

2.3.2 次要结局指标 息肉复发数量、复发肠段数及具体复发部位（如升结肠、降结肠、乙状结肠等）。

2.3.3 安全性评估指标 记录用药期间出现的不良事件情况，复查肠镜过程中的术中及术后并发症发生情况。

2.3.4 不同证型患者服用中药时长与结局情况的关联分析 由于用药时间为连续性变量，复发与否为二分类变量，不同变量类型则不利于直接评估二者相关性分析，故先以暴露组所有患者的平均用药时间作为分界，用药时长大于平均用药时长者定义为用药时间长（赋值为 1），反之为用药时长短（赋值为 0）；复发情况的赋值：息肉复发=1，息肉未复发=0。应用 SPSS 27.0 统计软件中的 Phi 相关性分析，检验不同证型组内两个二分类变量（用药时间长或短-息肉复发与否）之间是否存在显著的相关关系。若结果中 P 值 < 0.05 ，则证明两个变量间存在显著相关性，反之则不存在显著相关性。相关系数 Phi 作为效应量，相关系数为 ± 0.1 、 ± 0.3 、 ± 0.5 ，分别对应小、中、大的效应量，效应量绝对值代表相关性强度，效应量的正负代表与相关性呈正负关系。

2.3.5 结直肠息肉复发的影响因素分析 探索研究的暴露因素对结局事件（结直肠息肉复发）的影响。其中 Logistic 回归模型的因变量为结直肠息肉是否复发，自变量包括：性别（赋值：男=1，女=0）、是否接受结直肠息肉中医慢病管理方案（赋值：接受=1，未接受=0）、合并高血压（赋值：是=1，否=0；以《中国高血压防治指南 2018 年修订版》^[14] 作为高血压诊断依据）、合并糖尿病（赋值：是=1，否=0；以《中国 2 型糖尿病防治指南（2017 年版）》^[15] 作为糖尿病诊断依据）、合并冠心病（赋值：是=1，否=0；以《稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[16] 作为冠心病诊断依据）、合并高脂血症（赋值：是=1，否=0；以《中国成人血脂异常防治

指南（2016 年修订版）》^[17] 作为高脂血症诊断依据）、加工肉/红肉摄入评估（赋值：摄入正常=1，摄入过多=0）、乳制品摄入评估（赋值：摄入及格=1，摄入偏少=0）、酒精摄入评估（赋值：摄入及格=1，摄入过多=0）、运动情况评估（赋值：运动量达标=1，运动量未达标=0）、年龄（连续性变量）、中医证型（赋值：脾虚湿瘀证=1，湿瘀阻络证=2，肠道湿热证=3）。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 27.0 统计软件对两组入选病例人口统计学特征进行基线分析，然后再对两组的有效性指标、安全性指标进行比较。定量资料均不服从正态分布，采用 Mann-Whitney U 秩和检验，运用中位数（四分位数间距） $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示。二分类变量属于计数资料，以频数（百分比） $[n(\%)]$ 表示，采用 χ^2 检验。均采用双侧检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

由于本试验类型是回顾性队列研究，针对可能出现的基线数据组间存在统计学差异的问题，本研究使用多因素 Logistic 回归分析方法以控制混杂因素，以结局为因变量，组别（暴露/对照）为核心自变量，将临床协变量（如年龄、性别、饮食运动等）纳入模型，调整混杂因素后计算比值比（OR 值）及其 95% 置信区间（95%CI），评估核心自变量对结局的影响。

2.5 质量控制

由具备 3 年以上经验的能熟练操作内镜及内镜下治疗的内镜医师完成肠镜检查及治疗，肠镜所用仪器包括奥林巴斯肠镜及富士肠镜，型号包括：CF-HQ290L/I、EC-580RD/M、PCF-Q260J/I、PCF-H290T/I、EC-740T/M，活检组织按照常规病理标本处理，由广东省中医院病理科医师进行读片。

3 结果

3.1 两组患者一般资料比较

共收集 447 患者，排除 190 例不符合纳入标准者，最终纳入结直肠息肉术后患者 257 例。其中暴露组 172 例，对照组纳入 85 例。表 1 示，两组患者年龄、合并高血压病情比较，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），其余各项资料比较差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

3.2 两组患者结局指标比较

由于基线资料中年龄、合并高血压病例数两组比较差异具有统计学意义（ $P < 0.01$ ），故使用

表 1 两组结直肠息肉患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline information between the two groups of colorectal polyp patients

项目	暴露组 (172 例)	对照组 (85 例)	Z 值/ χ^2 值	P 值
年龄/岁, $M(P_{25}, P_{75})$	58 (49, 64)	61 (53, 65)	-2.144	0.032
性别/例 (%)			0.130	0.791
男	81 (47.1)	38 (44.7)		
女	91 (52.9)	47 (55.3)		
中医证型/例 (%)				
脾虚湿瘀证	132 (76.7)	52 (61.2)		
湿瘀阻络证	34 (19.8)	30 (35.3)		
肠道湿热证	6 (3.5)	3 (3.5)		
合并病/例 (%)				
高脂血症	59 (34.3)	26 (30.6)	1.886	0.174
高血压病	33 (19.2)	27 (31.8)	5.030	0.029
糖尿病	12 (7.0)	11 (12.9)	2.484	0.162
冠心病	10 (5.8)	5 (5.9)	<0.001	1.000
饮食运动/例 (%)				
加工肉/红肉			1.451	0.228
摄入过多	70 (40.7)	28 (32.9)		
摄入正常	102 (59.3)	57 (67.1)		
乳制品			3.824	0.051
摄入及格	27 (15.7)	22 (25.9)		
摄入偏少	145 (84.3)	63 (74.1)		
酒精			0.151	0.698
摄入过多	10 (5.8)	6 (7.1)		
摄入及格	162 (94.2)	79 (92.9)		
运动			0.791	0.374
运动量达标	87 (50.6)	48 (56.5)		
运动量未达标	85 (49.4)	37 (43.5)		

Logistic 回归模型进行校正以控制混杂因素的影响。表 2 示, 在第 1 次肠镜复查随访时, 经过调整后, 两组息肉复发率比较差异仍具有统计学意义 ($P<0.001$), 混杂因素对结果影响较小。表 3 示, 两组患者复发息肉的平均数量、复发肠段数量比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 而两组复发息肉直径比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组结直肠息肉患者息肉复发情况比较

Table 2 Comparison of polyp recurrence between the two groups of colorectal polyp patients [例 (%)]

组别	例数	复发	未复发	χ^2 值	P 值	调整后 P 值
暴露组	172	39 (22.7)	133 (77.3)	30.901	<0.001	<0.001
对照组	85	49 (57.6)	36 (42.4)			

注: 调整后的复发率基于 Logistic 回归模型的预测概率进行计算, 模型纳入的混杂变量包括性别、年龄、合并病、中医证型。

3.3 两组患者安全性评估结果

两组患者在随访期间均未出现不良事件, 复查

表 3 两组结直肠息肉患者息肉复发数量、复发肠段数、复发息肉直径比较

Table 3 Comparison of the number of recurrent polyps, number of recurrent bowel segments, and diameter of recurrent polyps between the two groups of colorectal polyp patients

[$M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	息肉复发数量/个	复发肠段数/段	复发息肉直径/mm
暴露组	172	1.0(1.0, 2.0)	1.0(1.0, 1.0)	4.0(3.0, 5.0)
对照组	85	1.0(1.0, 2.0)	1.0(1.0, 1.5)	5.0(4.0, 6.0)
Z 值		-0.925	-0.461	-2.634
P 值		0.355	0.645	0.008

肠镜过程中均未出现出血、穿孔等肠镜术中及术后并发症。

3.4 不同中医证型患者服用中药时长与结局情况关联分析结果

暴露组患者平均用药时长为 11.651 周。由于肠道湿热证组 (平均服药时长为 15.167 周, 均有门诊复诊) 纳入例数过少, 故不纳入分析。在脾虚

湿瘀证（平均服药时长为 11.667 周，均有门诊复诊）与湿瘀阻络证（平均服药时长为 10.971 周，均有门诊复诊）组内分析，脾虚湿瘀证组内相关性分析结果显示 Phi 值为-0.345， $P<0.001$ ，表明服药时间长短与息肉复发之间存在中等强度的负相关关系；湿瘀阻络证组内相关性分析结果显示 Phi 值为-0.361， $P<0.05$ ，表明服药时间长短与息肉复

发之间存在中等强度的负相关关系。以上结果表明服用中药时长与息肉复发存在负相关关系，相应证型用药时间越长，息肉复发可能性越小。

3.5 结直肠息肉复发的多因素 Logistic 回归分析结果
表 4 示，纳入年龄、性别、是否接受结直肠中医慢病管理方案、合并病、饮食运动情况（包括加工肉/红肉摄入、乳制品摄入、酒精摄入、运动达

表 4 结直肠息肉复发影响因素的多因素 Logistic 回归分析
Table 4 Multifactorial Logistic regression analysis of factors influencing colorectal polyps recurrence

变量	变量分组	B 值	P 值	OR 值	OR 值 95% 置信区间
暴露分组	未接受中医慢病管理方案*				
	接受中医慢病管理方案	-1.498	<0.001	0.224	0.121~0.414
性别	女*				
	男	-0.185	0.577	0.831	0.433~1.593
年龄		0.046	0.005	1.047	1.014~1.081
合并病 高脂血症	无*				
	有	-0.128	0.714	0.880	0.445~1.742
高血压病	无*				
	有	-0.271	0.493	0.762	0.351~1.655
冠心病	无*				
	有	1.112	0.075	3.040	0.892~10.353
糖尿病	无*				
	有	-0.543	0.337	0.581	0.192~1.759
饮食运动 加工肉/红肉	摄入过多*				
	摄入正常	0.119	0.713	1.126	0.599~2.119
乳制品	摄入偏少*				
	摄入及格	-0.076	0.841	0.927	0.441~1.948
酒精	摄入过多*				
	摄入及格	-0.521	0.429	0.594	0.163~2.160
运动	运动量未达标*				
	运动量达标	-0.674	0.030	0.510	0.277~0.938
中医证型	脾虚湿瘀证*				
	湿瘀阻络证	-1.415	0.078	0.243	0.050~1.173
	肠道湿热证	-0.482	0.566	0.617	0.119~3.205

注：*为参照分组水平。

标情况)及中医证型构建多因素 Logistic 回归方程,通过多因素 Logistic 回归模型控制混杂因素的影响。Hosmer-Lemesho 拟合优度检验评价模型效果显示 $P>0.05$,说明 Logistic 回归模型拟合优度效果较好。结果发现,接受结直肠中医慢病管理方案对预防结直肠息肉复发具有积极影响 ($OR=0.224$, $P<0.001$)。其他因素中,年龄、中医证型中脾虚湿瘀证、运动量未达标对结直肠息肉复发结局的影响均有统计学意义 ($P<0.05$)。

4 讨论

本研究通过回顾性收集结直肠息肉患者病历资料及随访数据,进行整理、分析后,对结直肠息肉的中医慢病管理方案进行成效评估。本研究中,针对脾虚湿瘀证患者的中医药治疗选用广东省名中医罗云坚拟定的预防结直肠息肉术后复发的调肠消瘤方,方中薏苡仁祛伏毒之湿、健运脾胃,可谓标本兼治;白术兼助薏苡仁祛湿健脾之力;黄芪益气升阳、行滞利水;白花蛇舌草清热利湿解毒,可化伏毒之瘀;三七活血化瘀,兼有补益之功;炙甘草健脾益气、调和诸药。全方共奏健脾理气祛湿、化瘀解毒消瘤之功。针对湿瘀阻络证,以平胃散为基础方加减,方中苍术、厚朴、陈皮燥湿运脾、行气消胀;三七、莪术破血逐瘀,化解络脉瘀滞;白花蛇舌草清热解毒、丝瓜络活络,既制约温燥药之偏性,又增强祛湿化瘀、通络散结之力。全方燥湿行气为主,化瘀通络为辅,兼顾湿浊与血瘀胶结于络的病机特点。针对肠道湿热证,以葛根芩连汤加减,方中重用葛根升阳、透邪外达,配伍黄芩、黄连苦寒沉降,专清湿热;薏苡仁健脾渗湿,三七、莪术活血,橘络理气通络,共奏清热利湿、调气和血之功;白花蛇舌草增强解毒利湿之效,炙甘草调和诸药,全方以升清降浊、气血同调为治则,既清利肠道湿热,又兼顾气血同治。

两组基线特征对比结果发现,暴露组与对照组的中位数年龄均超过 55 岁,提示中老年患者易患有结直肠腺瘤样息肉,与专家共识^[3]中的观点相一致,即推荐普通人群 40 岁起接受结直肠癌筛查高危因素量化问卷或亚太结直肠癌筛查评分修订版问卷进行结直肠癌风险评估,其中评估为高风险的人群最好 40 岁开始定期接受结直肠癌筛查,而问卷评估为中低风险的人群则年龄限制放宽至 50 岁开始接受结直肠癌筛查。同时,考虑到老年患者的基础疾病较多,完善结肠镜检查的麻醉风险相对较

大,因此,结直肠息肉的早诊早治显得尤为重要。合并病方面,两组患者中合并高脂血症的占比均最多,其余依次是合并高血压病、糖尿病、冠心病。有研究^[18]提出,代谢异常个体的结直肠息肉发生率显著高于代谢正常个体,可能与高脂血症的代谢异常相关,且其影响可能强于肥胖程度或单一体重指数,需要结合临床代谢数据综合判断。生活方式上,加工肉/红肉类摄入正常者均占两组的多数,既往共识亦提议减少红肉及加工肉的摄入有助于减少结直肠息肉的发生^[3];但牛奶及其他乳制品的摄入在两组占比中普遍偏少,有研究^[19]发现,高风险息肉组摄入奶制品相比于低风险息肉组更多,提示牛奶可能与息肉进展有相关性。运动方面,每周运动量良好者(剧烈活动/中等体力活动/步行持续 10 min 以上的总天数不少于 4 天),暴露组与对照组中占比均偏少,有研究发现每天保持运动或者有晨跑习惯均是肠息肉发生的保护因素^[20],这与基线数据分析结果相符。

在第 1 次肠镜复查随访时,暴露组的息肉复发率低于对照组,两组复发率之间差异有统计学意义,提示中医慢病管理方案有助于抑制结直肠息肉的复发,其显著的预防息肉复发效果与中医慢病管理方案中的定期门诊随诊治疗、饮食运动的生活方式管理、结直肠息肉疾病的科普可能有密切关系。对于脾虚湿瘀证和湿瘀阻络证,总用药时间与息肉复发存在负相关关系,即相应证型用药越久,息肉复发几率越低。在暴露组患者中,脾虚湿瘀证居多,可能与岭南地区多湿环境相关,因息肉多好发于素体脾虚者,患者脾胃气血虚弱,则湿、瘀等邪毒易滞留于体内而成病灶^[21-22],故中医慢病管理方案以调肠消瘤方为基础方进行加减,配合饮食运动的生活方式管理,效果良好。此外,湿瘀阻络证亦为重点证型,其病机特点为湿浊与瘀血阻滞络脉,其形成机制可能与地域气候、饮食结构及久病入络密切相关。岭南地区气候湿热,湿邪易困脾土,久则壅遏气机,导致湿瘀互结、阻滞络脉,治疗以平胃散为核心方,组方思路紧扣燥湿行气为主、化瘀通络为辅的原则,可有效截断“湿浊→血瘀→络阻”的恶性循环。而在息肉复发方面,暴露组复发息肉的直径小于对照组 ($P<0.01$)。为控制混杂因素,本研究进行多因素 Logistic 回归分析,结果提示研究的暴露因素(接受结直肠中医慢病管理方案)是阳性事件(息肉复发)发生的保护因素,即其对预防息肉复发具有积极影响。

综上所述,接受结直肠息肉中医慢病管理方案有助于降低息肉术后复发率,中医慢病管理是患者进入结局事件(息肉复发)的保护因素。本研究内容可为今后中医慢病管理预防结直肠息肉复发的研究奠定基础。本研究存在一定局限性:1)由于结直肠息肉中医慢病管理门诊仍处于起步发展阶段,故研究纳入符合要求的样本数量相对偏少;2)基础合并病方面,本研究未能全面统计,且未进行程度上的分级划分,因此结果可能存在一定的偏倚;3)由于暴露分布的客观情况,暴露组与对照组之间存在样本量差异,可能限制结果分析的深度;4)欠缺对微观层面如基因靶点及通路方面的探讨。后续将联合多中心开展大样本的随机对照试验对结果进一步验证,并将联合组学研究进行进一步的细致化探讨,以期获得更高质量的循证医学证据来支持结直肠息肉中医慢病管理方案的临床推广及应用。

参考文献

- [1] NGUYEN LH, GOEL A, CHUNG DC. Pathways of colorectal carcinogenesis[J]. *Gastroenterology*, 2020, 158(2): 291-302.
- [2] HAN B, ZHENG R, ZENG H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. *J Natl Cancer Cent*, 2024, 4(1): 47-53.
- [3] 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.
- [4] 中华医学会消化病学分会, 中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组. 中国结直肠肿瘤综合预防共识意见(2021年, 上海)[J]. *中华消化杂志*, 2021, 41(11): 726-759.
- [5] GUO LL, CHEN SS, ZHONG LX, et al. Vitamin D intake as well as circulating 25-hydroxyvitamin D level and risk for the incidence and recurrence of colorectal cancer precursors: a meta-analysis[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2022, 9: 877275. doi:10.3389/fmed.2022.877275.
- [6] FANG S, GUO S, DU S, et al. Efficacy and safety of berberine in preventing recurrence of colorectal adenomas: A systematic review and meta-analysis[J]. *J Ethnopharmacol*, 2022, 282: 114617. doi:10.1016/j.jep.2021.114617.
- [7] 李叶, 钟彩玲, 杨四萍, 等. 调肠消瘤方对结直肠腺瘤术后患者复发率及结肠组织 Beclin1、p53、Cox-2 表达的影响[J]. *中医杂志*, 2021, 62(5): 424-427.
- [8] 张北平, 钟彩玲, 梁宝仪, 等. 调肠消瘤方治疗结直肠腺瘤患者术后 1 年复发情况: 176 例随机对照临床观察[J]. *中医杂志*, 2020, 61(22): 1971-1976.
- [9] 李婵姣, 何安宁, 黄仙红, 等. 国内外多重慢病健康服务整合研究进展[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(2): 184-191.
- [10] 徐卓婧, 李娟, 张芬红. 基于“整体观”的中医慢病管理模式对慢性心力衰竭患者疗效、心功能和生活质量的影响[J]. *海南医学*, 2024, 35(1): 43-47.
- [11] 胡飞雨, 桑秀芳, 吴帅. 中医药疗法参与慢病管理的效果[J]. *中医药管理杂志*, 2024, 32(1): 250-252.
- [12] 国家癌症中心中国结直肠癌筛查与早诊早治指南制定专家组. 中国结直肠癌筛查与早诊早治指南(2020, 北京)[J]. *中华肿瘤杂志*, 2021, 43(1): 16-38.
- [13] 房静远. 整合大肠肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 205-206.
- [14] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南 2018 年修订版[J]. *心脑血管病防治*, 2019, 19(1): 1-44.
- [15] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)[J]. *中华糖尿病杂志*, 2018, 10(1): 4-67.
- [16] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 等. 稳定性冠心病诊断与治疗指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2018, 46(9): 680-694.
- [17] 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J]. *中国循环杂志*, 2016, 31(10): 937-953.
- [18] 成艺坪. 肥胖及代谢异常与常见消化系统疾病关系的临床研究[D]. 济南: 山东大学, 2023.
- [19] 黄佩娣, 叶慧珍, 刘书君, 等. 结直肠腺瘤风险分层、中医湿证舌脉、生活饮食三者间相关性研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2023, 32(15): 2092-2098.
- [20] 王亚晴, 崔昕楠, 宋月. 北京地区肠息肉患者病例特征及其诱发因素研究[J]. *华南预防医学*, 2023, 49(9): 1180-1183.
- [21] 叶慧珍, 程怡, 钟彩玲, 等. 基于伏毒病机探讨结直肠腺瘤术后复发的防治思路[J]. *广州中医药大学学报*, 2023, 40(6): 1527-1531.
- [22] 钟彩玲, 叶慧珍, 郭淳, 等. 基于“伏毒”理论论治肠道复发性疾病经验集萃[J]. *北京中医药*, 2022, 41(4): 365-369.

Effectiveness of Traditional Chinese Medicine Chronic Disease Management Programme after Colorectal Polyp Surgery: A Retrospective Cohort Study

MO Jiahao¹, CHENG Yi², LIU Chang¹, HU Peixin², ZHONG Cailing², ZHANG Beiping²

1. The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510405; 2. Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT **Objective** To explore the effectiveness of traditional Chinese medicine (TCM) chronic disease management programme in preventing postoperative recurrence of colorectal polyps. **Methods** The clinical data of 447 postoperative colorectal polyp patients were retrospectively collected, and the patients were divided into an exposure group and a control group taking the acceptance of TCM chronic disease management programme as exposure factor, and the polyp recurrence rate as the main outcome indicator, comparing the differences in baseline characteristics, outcome events, and safety assessment between the two groups, and conducting correlation analysis between the length of medication and polyp recurrence. Multifactorial logistic regression was used to analyse the effects of receiving the TCM chronic disease management programme (TCM treatment and life management for spleen deficiency and dampness stasis syndrome, dampness and stasis obstruction in collaterals syndrome, and intestinal dampness and heat syndrome), gender, age, co-morbidities, TCM syndrome, and dietary and exercise factors on the outcome events. **Results** Among 257 postoperative patients with colorectal polyps, there were 172 in the exposure group and 85 in control group. The recurrence rate of polyps in exposure group was 22.7% (39/172), while the recurrence rate in control group was 57.6% (49/85), and the difference between groups was statistically significant ($P < 0.01$). The diameter of recurrent polyps in exposure group (median = 4.0 mm) was smaller than that in control group (median = 5.0 mm, $P < 0.01$). The correlation analysis between the duration of medication taking and the recurrence of polyps in the spleen deficiency and dampness stasis syndrome group showed Phi value as -0.345 ($P < 0.001$); the correlation analysis within the group of dampness and stasis obstruction in collaterals syndrome showed Phi value as -0.361 ($P < 0.05$), indicating a negative correlation between the duration of medication taking and polyp recurrence. The results of multivariate logistic regression analysis indicated that the positive effect of accepting TCM chronic disease management programme on preventing polyp recurrence is statistically significant ($OR = 0.224$, $P < 0.01$). **Conclusion** Accepting TCM chronic disease management programme for colorectal polyps can help reducing the recurrence rate after polyp surgery, which is a protective factor for patients to the outcome event.

Keywords colorectal polyp; traditional Chinese medicine chronic disease management; polyp recurrence; spleen deficiency and dampness stasis syndrome; influence factor; retrospective study

(收稿日期: 2024-11-05; 修回日期: 2025-03-30)

[编辑: 叶晨]