

ICS 01.040.11  
C 00/09



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*

## 结直肠腺瘤中西医结合防治指南

Clinical Guidelines for Prevention and Treatment of Colorectal Adenomas by the  
Integration of Chinese and Western Medicine

(文件类型：公示稿)

20\*\*--\*\*--\*\*发布

20\*\*--\*\*--\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目 次

前言.....	I
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
5 筛查.....	2
6 治疗.....	4
7 预防.....	7
8 随访.....	11
附录 A（资料性附录）亚太结直肠筛查评分.....	12
附录 B（资料性附录）体质判定方法及标准.....	13
参考文献.....	14

# 前言

本文件按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

本指南由南京中医药大学提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：南京中医药大学、上海交通大学医学院附属仁济医院、江苏省中医院、空军军医大学西京医院、广东省中医院、中南大学湘雅三医院、中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学循证医学中心、中国中医科学院中医临床基础医学研究所、首都医科大学附属北京友谊医院、南京市鼓楼医院、上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学附属龙华医院、广州中医药大学第一附属医院、海军军医大学附属长海医院、南京医科大学第一附属医院。

本指南主要起草人：程海波、陈紫暄、凌亭生、梁洁、张北平、王晓艳。

本指南参与起草人：杨宇飞、肖君、刘建平、廖星、陈玉根、孟凡冬、钱军、张晓琦、龚彪、林江、刘凤斌、翟笑枫、王雁、侯江涛、郑国银、顾立梅、周青、沈卫星、孙东东、李柳、陈昊、徐长亮、谭佳妮、赖岳阳、余成涛、范旻旻、陶李蕙苹、张烨、王俊壹、李维忠。

本指南征求意见专家：陈星、邓万银、宫爱霞、龚伟、胡晓、金鹏、雷宇峰、李修岭、刘梅、石莎、汪嵘、王芬、王红建、王亚雷、徐勤伟、杨卓、占强、张明黎、陈海华、陈明锴、伏亦伟、李全林、梁斌、梁运啸、刘建强、史永军、覃山羽、肖绪华、张虹、朱勇

本指南工作组：惠逸帆、赵硕琪、李晨、张冠南、王雪萌

# 引言

结直肠癌是我国常见恶性肿瘤，2018年发病率为12.2%<sup>[1]</sup>，已跃居第3位<sup>[2]</sup>，且结直肠癌的负担有不断增加的趋势<sup>[3]</sup>。结直肠腺瘤（Colorectal Adenomas, CRA）是其主要癌前疾病，占结直肠癌全部癌前疾病的85%~90%<sup>[4]</sup>。本病的诊治以筛查、内镜下摘除腺瘤、药物治疗、定期随访为主，但摘除后存在一定的并发症和再发率，药物治疗存在不良反应。中医药基于“治未病”思想的指导下<sup>[5]</sup>，对CRA实施多途径综合干预，如中药汤剂口服、灌肠对防治CRA有一定疗效，中西医结合疗法在改善CRA患者症状、抑制或延缓腺瘤复发<sup>[6]</sup>等方面具有独特优势。

CRA的防治分为一级预防（预防CRA的发生）和二级预防（CRA摘除后预防再发或癌变）。预防手段主要分为综合预防和化学预防，综合预防包括筛查、内镜下摘除腺瘤、定期随访，化学预防包括改变饮食习惯、药物预防等，主要参考《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识》<sup>[7]</sup>、《中国结直肠癌筛查与早诊早治指南（2020，北京）》<sup>[8]</sup>、《中国早期结直肠癌筛查流程专家共识意见（2019，上海）》<sup>[9]</sup>、《中国结直肠癌早诊早治专家共识》<sup>[4, 10]</sup>和《中国结直肠癌预防共识意见（2016年，上海）》<sup>[4]</sup>。

本防治指南参照指南制定标准，结合CRA患者的中医体质、证型，形成序贯的中西医结合推荐方案，主要包括CRA的诊断、筛查、中西医结合治疗、预防以及随访等内容，多环节干预CRA，为临床防治CRA提供治疗方案。

本防治指南采用“推荐等级的评估、制定与评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)系统”评估证据质量和推荐强度，证据质量分为高质量、中等质量、低质量和极低质量4个等级，推荐强度分为强推荐和弱推荐2个等级；证据质量仅为决定推荐强度的因素之一，低质量证据亦有可能获得强推荐。

表1 推荐等级的评估、制定与评价(GRADE)系统证据质量与推荐强度分级

项目	分级	内容说明
证据质量分级	高(A)	非常有把握：观察值接近真实值
	中(B)	中等把握：观察值有可能接近真实值,但亦有可能差别很大
	低(C)	把握有限：观察值可能与真实值有较大差别
	极低(D)	几乎无把握：观察值与真实值可能有极大差别
推荐强度分级	强(1)	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
	弱(2)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

# 结直肠腺瘤中西医结合防治指南

## 1 范围

本指南规定结直肠腺瘤的中西医诊断、筛查、治疗、预防以及随访的内容。

本指南适用于结直肠腺瘤的中医、中西医结合临床诊疗。

本指南适合肿瘤内科、中医科、消化科、消化内镜科、肛肠科等相关临床医师使用。

## 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/T 20000.1 标准化工作指南第1部分：标准化和相关活动的通用术语

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语·第二部分：证候

《中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)》

GB/T 7714-2015 信息与文献参考文献著录规则

24个专业105个病种中医诊疗指南(国家中医药管理局医政司)

《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识》

## 3 术语和定义

### 结直肠腺瘤 (Colorectal Adenomas, CRA)

结直肠腺瘤是存在异常增生的结直肠黏膜上皮的肿瘤<sup>[7, 11, 12]</sup>，是结直肠最常见的良性肿瘤。常见于结直肠各段，大小不一，有蒂或无蒂，形态可分为隆起型及浅表型。按腺瘤的组织成分特点可分为管状腺瘤(绒毛结构成分少于25%)、绒毛状腺瘤(绒毛结构成分超过75%)和管状绒毛状腺瘤(绒毛结构成分在25~75%)。结直肠腺瘤属于中医“肠瘤”、“肠癖”、“肠覃”、“息肉痔”等病证范畴。

## 4 诊断

诊断采用辨病与辨证相结合的方式，根据结直肠腺瘤的西医诊断标准进行辨病诊断，根据患者腹痛、腹泻、便秘、便血、黏液便、大便习惯改变等临床表现及舌脉，明确中医辨证分型，最终形成由西医病名和中医辨证分型组合的中西医结合诊断，指导临床实践。

### 4.1 西医辨病诊断

#### 4.1.1 诊断

CRA的西医诊断主要依据临床症状、体征、结肠镜检查及病理。临床症状常常缺乏特异性，需要重视的症状包括：腹泻及黏液便、便秘、腹痛或腹部胀满不适，或便血等。可出现局部压痛，亦可无阳性体征，部分患者可见息肉脱出肛门。结肠镜检查（结合病理检

查)是最完整的腺瘤检查流程,被认为是目前评估其他筛查方式检测肿瘤敏感性的金标准<sup>[8]</sup>,提高结肠镜检查质量是减低结直肠癌漏诊率的关键<sup>[7]</sup>。其他检查方法包括粪便隐血试验、粪便脱氧核糖核酸试验、结肠CT成像技术、结肠胶囊内镜、乙状结肠镜<sup>[10]</sup>。

#### 4.1.2 鉴别诊断

结直肠癌需与锯齿状息肉、无蒂锯齿状腺瘤/息肉、非腺瘤性息肉(包括增生性息肉、炎性息肉、错构瘤性息肉等)、结直肠癌、痔疮、特殊类型息肉病(包括黑斑息肉综合征、胶质瘤息肉综合征、遗传性肠息肉综合征、Cronkhite-Canada综合征等)等相鉴别<sup>[13]</sup>。

### 4.2 中医辨证诊断

本指南参考国家中医药管理局医政司颁布的24个专业105个病种中医诊疗指南、中国中西医结合学会发表的专家共识,工作组结合文献检索,统计结直肠癌的常见中医证型,并通过两轮德尔菲法问卷达成共识,辨证如下<sup>[13,14]</sup>。

#### 4.2.1 湿热蕴结证

主症:大便溏薄,或黏液便,泻下不爽而秽臭,或有便血,或大便秘结,腹胀或腹痛;  
次症:肛门灼热或肛门坠胀,小便黄,口渴喜饮;  
舌脉:舌质红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

#### 4.2.2 脾虚湿蕴证

主症:腹部满闷,甚则腹胀腹痛,或有刺痛,便秘或大便溏薄;  
次症:里急后重,气短懒言,肢倦乏力,纳呆;  
舌脉:舌质淡暗,苔白或白腻,脉细涩。

#### 4.2.3 气滞血瘀证

主症:腹胀闷疼痛,或有刺痛,便秘,便血或大便溏薄;  
次症:肠鸣矢气,情绪不佳时加重,面色晦暗,或有痞块,时消时聚;  
舌脉:舌暗红,或有瘀斑,苔薄白,脉弦或涩。

#### 4.2.4 脾气亏虚证

主症:大便溏薄,夹有不消化食物残渣,便血色淡,腹胀或腹痛隐隐;  
次症:神倦乏力,面色萎黄,食少纳呆;  
舌脉:舌质淡红,体胖,边有齿痕,苔白,脉细。

#### 4.2.5 兼夹证处理

临床实践中遇到兼夹证时,可参照以上分型辨证主要内容。

## 5 筛查

筛查采用西医常规筛查与中医体质辨识相结合的方式,对结直肠癌发生高危人群进行中西医结合筛查。

### 5.1 西医筛查

结直肠腺瘤目前暂无统一的筛查模式，其与结直肠腺癌检出方法相似，绝大部分危险因素重合，故结直肠腺瘤筛查可基于结直肠癌的筛查模式，根据各地区的结直肠癌疾病负担、医疗资源及个人危险因素选择适当的筛查方式<sup>[15, 16]</sup>。根据国家消化系统疾病临床医学研究中心牵头研制的《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识》<sup>[7]</sup>推荐，鉴于我国目前结肠镜资源情况，推荐人群筛查采取分层筛查策略，机会性筛查也可在结合受试者意愿后参考分层策略实施。结直肠癌筛查评分或问卷和粪便隐血试验有助于风险分层，富集高危人群，优化结肠镜资源配置，亚太结直肠筛查评分表见附录。粪便 DNA 检测具备潜在的筛查价值，但需更多临床证据的支持。应提高公众对于结直肠癌预防和筛查的知晓度，充分了解结直肠癌及癌前病变的危害及早期干预的重要性，还将有助于我国结直肠癌的防治。在筛查过程中应根据筛查原则，充分结合人群意愿，采用多种方式提高筛查参与度<sup>[7]</sup>。乙状结肠镜与结肠 CT 成像具备一定筛查价值，但在我国开展较少或成本相对较高，暂不推荐用于结直肠癌及癌前病变筛查；结肠胶囊内镜、血浆 Septin9 甲基化、粪便 M2-PK 等技术对我国结直肠癌前病变的筛查价值尚不明确，有待大规模临床研究进一步验证。对于初筛高危人群或选择结肠镜筛查的平均风险人群，推荐每 5~10 年进行 1 次高质量结肠镜检查。高清白光结肠镜检查是检出结直肠癌前病变的有效方式，电子染色内镜对提高病变检出率具有潜在价值，需要进一步临床证据支持。人工智能辅助识别技术有助于提高结直肠癌前病变检出率，尤其适用于基层单位及操作经验不足的医师。

## 5.2 中医体质辨识

相关研究表明，中医体质与结直肠腺瘤的发病密不可分<sup>[17-19]</sup>，结直肠腺瘤在发病过程中具有体质倾向性<sup>[20]</sup>，体质判定表<sup>[21]</sup>见附录。对于体内已有致病因子的未发病人群，积极改善偏颇体质，可以实现对高危体质人群的病因预防。项目组基于结直肠腺瘤的临床体质文献研究与系统评价<sup>[22-25]</sup>，梳理结直肠腺瘤的常见体质，并通过 2 轮德尔菲法问卷调研达成专家共识，提出痰湿质、湿热质、血瘀质与 CRA 的发生有一定的关系，具体如下：

### 5.2.1 湿热质

体质特征：面垢油光，易生痤疮，常口干、口苦、口臭，便干、尿赤，性格多急躁易怒，舌质红，苔薄黄，或黄腻，脉数，或弦数。

形成因素：多湿热蕴结不解，形成于先天禀赋或久居湿地。

### 5.2.2 痰湿质

体质特征：形体肥胖，面色淡黄而黯，多脂，口黏痰多，胸闷身重，肢体不爽，苔多滑腻，脉滑，或弦滑。

形成因素：多脾虚失司，水谷精微运化障碍，以致湿浊留滞。

### 5.2.3 血瘀质

体质特征：以瘦人居多，面色常黯，发易脱落，红丝攀睛，肌肤或甲错或瘀斑，心烦心悸，健忘时作，舌质多黯，或有瘀点，脉细或涩。

形成因素：多血脉瘀滞不畅。多因先天遗传，后天损伤，起居失度，久病血瘀等所致。

此外，舌诊作为中医特色，近年在肿瘤的筛查领域有一定的前景<sup>[26]</sup>，在腺瘤的筛查方面仍需要更多临床证据支撑。有研究显示，大肠息肉患者的中医舌诊与病理性质具有一定相关性，其中淡白舌与管状腺瘤相关，青紫舌与绒毛状腺瘤相关，白厚腻苔与管状腺瘤、管状绒毛状腺瘤相关<sup>[27]</sup>。通过智能健康镜采集腺瘤患者、健康志愿者的舌象照片，发现红舌、胖大舌、点刺舌、黄厚苔与 CRA 相关，其中黄厚苔与高风险腺瘤关系密切<sup>[28]</sup>。通过对舌色和舌苔的诊断，可用于辅助诊治结直肠息肉<sup>[29]</sup>。

## 6 治疗

### 治疗原则

结直肠腺瘤防治的关键在于预防和早期发现、早期诊断、早期治疗，达到早期治愈的目的。首选治疗手段是内镜下腺瘤切除术<sup>[30, 31]</sup>。临床研究发现，中医药结合内镜微创手术治疗，能辅助术前肠道清洁，利于息肉检出，减少术后并发症，改善患者临床症状，中西医结合治疗优势明显<sup>[31, 32]</sup>。

### 6.1 围手术期

#### 6.1.1 术前期

西医主要着眼于肠道准备方面，提倡术前3天准备无渣饮食，可根据不同人群采用不同的清肠药物，比如聚乙二醇电解质散、硫酸镁电解质散、匹可硫酸钠电解质散等。最后一次肠道清洁与结肠镜检查时间不超过4 h，若为无痛肠镜，至少在开始前2 h完成肠道准备。可辅助祛泡剂，尽可能推荐患者检查前1 d摄入低纤维、少渣饮食。若为便秘患者，可采用高容量(4L)聚乙二醇(polyethylene glycol, PEG)方案、肠镜诊疗前3 d进食低渣饮食、使用促胃肠动力药、加强进行优化肠道准备的相关教育等。

中医主要辅助结直肠腺瘤患者术前润肠通便，中西医结合清肠，提高息肉检出率。某些中草药（番泻叶颗粒等<sup>[33, 34]</sup>）及中医疗法（穴位贴敷<sup>[35]</sup>）对改善肠道清洁度评分、提高腺瘤性息肉检出率有一定前景，但仍缺乏充分的临床证据。

#### 6.1.2 术后期

在内镜术后恢复阶段，结直肠腺瘤西医治疗主要着眼于减少肠镜术后并发症，如出血<sup>[36]</sup>、穿孔<sup>[37]</sup>等，但尚无明确的西药治疗<sup>[38]</sup>。中医治疗以辨证论治，改善患者症状，恢复胃肠功能等为目标<sup>[39][40]</sup>。术后1周内活血化瘀药建议停用，亦可酌情加用活血止血、化腐生肌等中药，如三七粉、白及<sup>[41]</sup>，中药疗程建议3~6个月<sup>[4]</sup>。针对4个证型的基本方剂推荐如下。

#### （1）湿热蕴结证

治法：清热化湿；

方剂：香连丸（《太平惠民和剂局方》）合四妙丸（《成方便读》）加减

组成：黄连5g、木香10g、黄柏10g、苍术10g、薏苡仁30g、白花蛇舌草20g等

（2）脾虚湿蕴证

治法：健脾益气，除湿散结；

方剂：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减

组成：白扁豆20g、党参15g、白术15g、茯苓15g、炙甘草10g、山药30g、莲子15g、桔梗10g、薏苡仁30g、砂仁10g等

（3）气滞血瘀证

治法：行气化滞，活血化瘀；

方剂：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减

组成：当归10g、生地黄15g、桃仁10g、红花5g、枳壳15g、赤芍10g、北柴胡10g、炙甘草10g、桔梗10g、川芎10g、牛膝15g等

（4）脾气亏虚证

治法：健脾益气；

方剂：香砂六君子汤（《古今名医方论》）加减

组成：人参10g、白术15g、茯苓15g、炙甘草10g、陈皮10g、法半夏15g、砂仁10g、木香10g等

用法：水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml

**临床问题：**中药复方能否改善结直肠腺瘤患者中医证候疗效评价的有效率（腹胀、腹痛、大便性状改变、便血等）？

**推荐意见：**六君子汤加减（D，弱推荐）

**组成：**人参10g、白术15g、茯苓15g、炙甘草10g、陈皮10g、法半夏15g等

**用法：**水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml，疗程3个月。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的随机对照试验(randomized controlled trial, RCT) 1篇，一项RCT<sup>[42]</sup>采取接受内镜切除术的腺瘤性大肠息肉患者88例，随机分为观察组（44例）服用六君子汤加减，对照组（44例）不采取任何治疗措施，结果显示术后1年观察组中医证候疗效评价的有效率明显优于对照组( $P<0.05$ )，提示六君子汤加减改善结直肠腺瘤患者内镜术后中医证候疗效评价的有效率[RR=1.26, 95%CI (1.01,1.57),  $P=0.04$ ] (N=88)。

**临床问题：**中药复方能否促进结直肠腺瘤患者内镜术后肠粘膜修复，调节胃肠功能？

**推荐意见：**参苓白术散加减（C，弱推荐）

**组成：**人参10g、白术15g、茯苓15g、炙甘草10g、陈皮10g、法半夏15g、砂仁10g、木香10g等

**用法：**水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml，疗程3个月。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的RCT 1篇，1个RCT<sup>[43]</sup> 采取大肠腺瘤性息肉脾虚湿蕴型患者96例，分为治疗组（48例）服用参苓白术散加减3个月，对照组（48例）术后予补液、抗感染等常规治疗1周，结果显示治疗组术后首次肛门排气时间、首次排便时间均明显短于对照组( $P<0.01$ )，提示参苓白术散加减降低结直肠腺瘤患者术后首次排气时间[MD=-6.47, 95%CI (-10.48, -2.46),  $P=0.002$ ] (N= 96)，降低结直肠腺瘤患者术后首次排便时间[MD=-8.07, 95%CI (-12.50, -3.64),  $P=0.0004$ ] (N= 96)。

部分中药自拟方研究对改善结直肠腺瘤的大小、数目、病理类型有一定前景<sup>[44, 45]</sup>，但仍缺乏充分的临床证据，希望未来有望进一步开展此类型临床研究。辨证施膳饮食调护可能降低结直肠腺瘤的术后6个月生活质量<sup>[46]</sup>，改善中医疗效评价有效率<sup>[47]</sup>，用于结直肠腺瘤患者术后治疗的获益有待进一步验证。

## 6.2 手术期

### 6.2.1 内镜下治疗

依据《中国结直肠癌及癌前病变内镜诊治共识》<sup>[48]</sup>，发现并切除癌前病变可以有效阻断结直肠癌的发生，内镜下治疗主要包括活检钳钳除术、冷圈套切除术、氩离子凝固术(Argon Plasma Coagulation, APC)、内镜下黏膜切除术(Endoscopic Mucosal Resection, EMR)和内镜下黏膜下层剥离术(Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)等。内镜治疗方式的选择应根据结直肠病变的位置、大小、形态及可能的性质综合判断。

(1) 对直径 5 mm 以下的微小病变，推荐使用圈套器切除术。对于圈套器难以处理的微小病变(1~3 mm)，活检钳钳除术可予以优先考虑。

(2) 对直径 6~9mm 的小型病变，推荐使用圈套器切除术尤其是冷圈套器切除术；此外尚可考虑 EMR 对难以切除的病变进行处理。

(3) 对直径大于 10mm 隆起型病变(Ip 型、Isp 型、Is 型)，推荐根据其蒂部特征选用合适的圈套器切除术进行处理。对于直径>10 mm 的无蒂病变(Is 型)，由于其出血风险较有蒂病变小，冷、热圈套器切除术均可予以考虑。

(4) 对可一次性完全切除的平坦型(IIa 型、IIb 型、IIc 型)以及一部分 Is 型病变，推荐使用 EMR 治疗。

(5) 对于最大直径超过 20mm 的难以使用 EMR 行一次性完全切除的病变、抬举征阴性的病变，以及大于 10mm 的 EMR 残留或治疗后复发再次行 EMR 治疗困难的病变，推荐使用 ESD 进行处理。当 ESD 确实因技术难度大难以开展时，对最大直径超过 20mm 的病变可以考虑使用分块 EPMR 技术(endoscopic piecemeal mucosal resection, EPMR)，但对病理学评估精确性可能存在影响。

### 6.2.2 外科手术治疗

内镜下治疗后，若病理证实为癌，同时出现下列情况之一，则需要考虑追加外科手术治疗：

- (1) 切除标本基底切缘阳性（侧切缘阳性可以追加内镜切除）；
- (2) 黏膜下层深浸润（黏膜下层浸润 1000 μm 以上）；
- (3) 脉管侵袭阳性；
- (4) 低分化腺癌、未分化癌、黏液腺癌；
- (5) 癌瘤出芽分级 G2 以上；
- (6) 非完整切除或标本破碎，底切缘无法评估，可结合已有病理情况以及与患者沟通情况，酌情选择追加外科手术；
- (7) 病理检查结果不明确，经与患者共同商讨决定手术。

## 7 预防

### 预防原则

CRA 的防治分为预防 CRA 的发生（一级预防）和 CRA 摘除后预防再发或癌变（二级预防），主要包括饮食习惯及药物预防。近几十年来，化学预防作为一种降低结直肠腺瘤风险的策略，开展了广泛研究<sup>[49]</sup>。中医主要从方药论治、饮食指导、坚持锻炼、调畅情志等方面预防结直肠腺瘤摘除后的复发。

### 7.1 预防初发

西医预防初发，在饮食习惯上，高膳食纤维、减少红肉加工肉可降低患病风险<sup>[4]</sup>。而长期吸烟、长期大量饮酒是 CRA 发生的高危因素，肥胖是其潜在的高危因素。在药物治疗上，阿司匹林<sup>[50]</sup>、COX-2 抑制剂<sup>[51]</sup>等非甾体抗炎药可减少腺瘤初发，但存在潜在的不良反应；叶酸干预可预防散发性 CRA 发生<sup>[52]</sup>；维生素 D 的摄入<sup>[53]</sup>和循环 25-羟基维生素 D<sup>[54]</sup>水平在一定程度上与 CRA 的发生呈负相关；其他饮食来源的抗氧化类维生素可预防 CRA 的发生，但需临床研究验证。

中医预防初发主要从饮食宜忌、坚持锻炼、调畅情志进行配合。

#### (1) 饮食宜忌

总体而言应遵循“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味和而服之”（《黄帝内经》）的饮食原则，以辨证施膳为基础，同时戒烟限酒，均衡营养，多食新鲜瓜果蔬菜、低脂高蛋白奶制品，减少高糖、高脂肪、高热量、油腻辛辣之品的摄入。《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识》提出，高膳食纤维可能降低结直肠腺瘤的发生风险，但尚需高质量临床研究进一步确定具体膳食纤维类型、服用量及时间。

#### (2) 坚持锻炼

《备急千金要方》曰：“养性之道，常欲小劳，但莫大疲及强，所不能堪耳”。合理操练中医传统项目，如八段锦、太极拳、五禽戏等有氧运动增强身体素质，减轻体脂量，降低体重指数。研究发现<sup>[55]</sup>，代谢综合征（包括高脂血症，腹型肥胖以及2型糖尿病等）患者发生CRA的风险明显增高。结直肠腺瘤及早期结直肠癌切除后，防止复发，推荐控制

发病危险因素，应注意保持适中的体重指数（18.5~23.9 kg/m<sup>2</sup>）和体型（女性腰围<80 cm，男性腰围<85 cm），适当规律的锻炼也能预防结直肠腺瘤的发病和复发。证据表明规律运动能优化结直肠息肉患者的肠道菌群结构，有助于控制疾病进展<sup>[56-58]</sup>。

### （3）调畅情志

怡情易性，《灵枢·百病始生》云：“肠胃之络伤……若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣。”表明积的形成与情志不畅，肝气失疏，气滞血瘀关系密切。因此，通过合理倾诉、放松训练、倾听音乐等方式宣泄消极情绪，同时配合中药，如玫瑰花、合欢花、薄荷等代茶饮，以疏肝解郁、行气活血，达到“心身同治”的目的。

### 7.2 预防再发

西医预防再发，在饮食习惯上，改善生活习惯和调整饮食结构可能降低再发率。在药物治疗上，阿司匹林<sup>[50]</sup>、COX-2<sup>[59]</sup>抑制剂等非甾体抗炎药可减少腺瘤再发，预防时有不良反应；钙剂可减少CRA再发、维生素D可预防再发，联合应用钙剂和维生素D，预防CRA再发的作用更明显；二甲双胍<sup>[60]</sup>研究可预防CRA再发；来源于天然植物的药物和调节肠道微生态可预防CRA再发，但仍需研究；叶酸<sup>[61]</sup>对预防CRA再发尚无定论，其预防效应可能仅在基础水平较低者显著。最新研究提示盐酸小檗碱<sup>[62]</sup>对预防结直肠腺瘤的复发具有一定的疗效。

中医可加强日常调摄，从根源上达到预防腺瘤再发、复发和癌变的目的。饮食因素及生活习惯与CRA的再发相关，可尽量减少饮食因素（腌制食品、红肉、熏肉、腊肠等摄入）的刺激，戒除不良生活习惯如吸烟、饮酒、熬夜等，适当增加体育锻炼。

**临床问题：**中药在结直肠腺瘤内镜术后预防腺瘤复发的疗效和安全性如何？

**推荐意见：**乌梅丸加减（C，弱推荐）

**组成：**乌梅15g，细辛6g，干姜9g，黄连12g，当归10g，制附子6g，花椒3g，桂枝6g，人参6g，黄柏12g等

**用法：**水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml，疗程3个月。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的RCT 3篇。1个RCT<sup>[63]</sup>采取肠镜下切除腺瘤性息肉患者110例，治疗组（55例）口服加减乌梅丸颗粒剂3个月，对照组（55例）无干预，结果发现，6个月复查电子结肠镜，加减乌梅丸组可明显降低大肠腺瘤经内镜下切除后的半年复发率，且较对照组具有统计学差异（ $P<0.05$ ）。1个RCT<sup>[64]</sup>采取大肠腺瘤内镜下切除术后的患者60例，治疗组（30例）术后7天加服乌梅丸加减中药汤剂，疗程为3个月，对照组（30例）无任何处理，结果发现，术后6个月复查肠镜，乌梅丸加减中药辨证施治大肠腺瘤术后患者，在一定程度上可降低大肠腺瘤的术后复发率，较对照组存在显著差异（ $p<0.05$ ），且无明显不良反应。1个RCT<sup>[65]</sup>选取多发性腺瘤性结肠息肉患者58例，对照组（29例）术后予以常规治疗，实验组（29例）在常规治疗上予以加味乌梅丸，治疗3个月，结果发现，

术后6个月复查肠镜，实验组腺瘤再发率低于对照组( $P<0.05$ )。提示乌梅丸加减降低结直肠腺瘤患者半年复发率[RR=0.53, 95%CI (0.33, 0.83),  $I^2=25%$ ,  $P=0.005$ ] (N=228)。

**推荐意见:** 六君子汤加减 (D, 弱推荐)

**组成:** 人参10g、白术15g、茯苓15g、炙甘草10g、陈皮10g、法半夏15g等

**用法:** 水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml，疗程3个月。

**证据描述:** 共有符合临床问题纳排标准的 RCT 1 篇。一项 RCT<sup>[42]</sup>采取接受内镜切除术的腺瘤性大肠息肉患者 88 例，随机分为观察组 (44 例) 服用六君子汤加减，对照组 (44 例) 不采取任何治疗措施，结果显示，术后 1 年观察组的腺瘤复发率明显少于对照组 ( $P<0.05$ )。提示六君子汤加减降低结直肠腺瘤患者一年复发率 [RR=0.25, 95%CI (0.08, 0.83),  $P=0.02$ ] (N=88)。

**推荐意见:** 黄连解毒汤加减 (C, 弱推荐)

**组成:** 黄连9g, 黄芩6g, 黄柏6g, 栀子9g等

**用法:** 水煎服，每日1剂，分早晚各1次服用，200ml，术后第1天服用至术后第5天，出院后每月服用7 d，周期1年。

**证据描述:** 共有符合临床问题纳排标准的RCT 1篇。1个RCT<sup>[66]</sup>选取行内镜下腺瘤切除术湿热下注型患者90例，分成治疗组 (30例) 在常规处理的基础上术后予以黄连解毒汤加减口服治疗，术后第一天开始用药，连续服用5天后出院，每月予中药 7 付对症治疗，周期一年，对照组 (29例) 在常规处理基础上术后予阿司匹林肠溶片口服治疗，空白组 (28例) 只进行常规处理，结果发现，术后1年复查肠镜，治疗组复发率明显低于同对照组和空白组，且临床实施上经济实用。提示黄连解毒汤加减降低结直肠腺瘤患者一年复发率[RR=0.26, 95%CI (0.08, 0.87),  $P=0.03$ ] (N=46)。

**推荐意见:** 黄连素片 (B, 强推荐)

**功效:** 清热燥湿，行气止痛，止痢止泻

**用法:** 口服一次0.1—0.3g，一日3次，疗程18~24个月。

**证据描述:** 共有符合临床问题纳排标准的Meta 1篇。1个Meta<sup>[67]</sup>共纳入3篇RCT，评估小檗碱预防结直肠腺瘤复发的有效性和安全性，涉及1066例患者，实验组干预方式包括小檗碱口服每天0.3g bid或0.1g tid，主要结局指标为腺瘤一年复发率、二年复发率，该项Meta分析显示黄连素片降低结直肠腺瘤患者一年复发率 [RR=0.69, 95%CI (0.57, 0.84),  $I^2=45%$ ,  $P=0.0001$ ] (N= 1066)，黄连素片降低结直肠腺瘤患者二年复发率[RR=0.75, 95%CI (0.64, 0.88),  $I^2=38%$ ,  $P=0.0004$ ] (N= 940)。

**推荐意见:** 艾灸 (C, 弱推荐)

**常用穴位:** 足三里穴、大肠俞穴、天枢穴等

**用法用量及疗程:** 每日1次，以局部潮红为度，至临床症状消失后逢节气艾灸穴位。

**证据描述:** 共有符合临床问题纳排标准的 RCT 1 篇。1 篇 RCT<sup>[68]</sup>选取腺瘤性大肠息肉

脾虚湿瘀患者 100 例，对照组（50 例）给予经电子结肠镜行息肉摘除术治疗，治疗组（50 例）在息肉摘除术基础上予中药参苓白术散加减配合自灸足三里穴(双侧)，结果发现，半年后复查肠镜，治疗组的腺瘤性大肠息肉复发率均明显低于对照组( $P<0.05$ )。提示艾灸降低结直肠腺瘤患者半年复发率[RR=0.26, 95%CI (0.05, 1.30),  $P=0.1$ ] (N=100)。

**推荐意见：**中药灌肠（C，弱推荐）

**常用药物：**败酱草、红藤、乌梅、金银花、黄连、丹参、白术、茯苓、蒲黄等

**用法用量及疗程：**加清水煎煮，取汁 100-200 mL，每天睡前保留灌肠 1 次，药液温度控制在 38~40℃，灌肠后要求患者垫高臀部，卧床休息 2h 以上。疗程 14~45 d。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的 RCT 2 篇。1 篇 RCT<sup>[69]</sup> 选取腺瘤性肠息肉患者 80 例，2 组均行内镜下肠息肉切除手术，对照组（40 例）采用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗，口服 2 粒 bid，治疗 4 周，观察组（40 例）采用平息汤保留灌肠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗，平息汤每天睡前保留灌肠 1 次，治疗 4 周，结果发现，随访 1 年，观察组复发率为 7.50% 低于对照组的 25.00% 复发率 ( $P<0.05$ )，且用药安全性较高。1 篇 RCT<sup>[70]</sup> 选取腺瘤性结肠息肉患者 151 例，2 组均经纤维结肠镜下予活检钳钳除或高频电凝切除息肉且术后常规治疗 1 周，治疗组（76 例）予中药健脾散结汤灌肠，每天 1 次，15 天为 1 个疗程，每疗程结束后休息 5 天，共 3 个疗程；对照组（75 例）不予任何治疗；结果发现，中药治疗组经中药灌肠治疗后第 1 年、第 2 年、第 3 年复发率均明显低于对照组，两组相比有极显著性差异 ( $P<0.001$ )。提示中药灌肠降低结直肠腺瘤患者一年复发率 [RR=0.20, 95%CI (0.06, 0.68),  $I^2=0$ ,  $P=0.01$ ] (N= 231)。

**推荐意见：**针刺（C，弱推荐）

**常用穴位：**天枢、合谷、上巨虚、足三里、丰隆等

**用法及疗程：**根据穴位的不同位置选择合适的体位，结合病证选择不同的针灸方法。每日 1 次，10 次为 1 个疗程，疗程结束后，隔 5 d 进行下一个疗程，连续治疗 3 个疗程。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的 RCT 1 篇。1 篇 RCT<sup>[71]</sup> 选取多发性腺瘤性结肠息肉内镜治疗后患者 90 例，治疗组（50 例）采用电针辨证治疗 3 个疗程，对照组（40 例）不做任何治疗，结果发现，3 年随访，治疗组和对照组的再发率分别为 8.0% 和 32.5%，有明显差异 ( $P<0.01$ )。提示针刺降低结直肠腺瘤患者三年再发率 [RR=0.18, 95%CI (0.05, 0.61),  $P=0.006$ ] (N= 90)。

**临床问题：**中药复方对于结直肠腺瘤患者出现多发腺瘤或反复生长腺瘤的影响？

**推荐意见：**乌梅丸加减（D，弱推荐）

**组成：**乌梅 50g，黄芪 30g，白芍 30g，当归 20g，人参 18g，桂枝 10g，黄柏 10g，党参 10g，干姜 10g，白术 10g，制附片 10g，炒枳壳 10g，木香 10g，炙甘草 10g，细辛 3g，黄连 3g，桔梗 3g 等

**用法：**粉碎后蜜炙为丸，15g/次，3次/d，口服。疗程 3 个月。

**证据描述：**共有符合临床问题纳排标准的RCT 1篇。1个RCT<sup>[65]</sup> 选取多发性腺瘤性结肠息肉患者58例，对照组（29例）术后予以常规治疗，实验组（29例）在常规治疗上予以加味乌梅丸，治疗3个月，结果发现，术后半年、1年复查肠镜，乌梅丸加减降低多发腺瘤患者半年复发率[RR=0.18, 95%CI (0.04, 0.75), P=0.02] (N= 58)，乌梅丸加减降低多发腺瘤患者一年复发率[RR=0.38, 95%CI (0.16, 0.94), P=0.04] (N= 58)。

### 7.2.3 预防癌变

目前部分临床单位开展预防结直肠腺瘤内镜术后预防腺瘤癌变疗效和安全性的临床研究，但预防结直肠腺瘤癌变的价值并不确切<sup>[72, 73]</sup>，暂不推荐于结直肠腺瘤癌变的预防，希望未来有望进一步开展此类型临床研究。

## 8 随访

根据国内外相关指南和共识意见，并结合我国实际情况，推荐在高质量结肠镜诊疗后根据息肉或腺瘤的病理性质、大小以及数量等因素综合决定结肠息肉或腺瘤切除术后的随访间隔<sup>[7]</sup>。对于完全切除结直肠腺瘤的患者，随访计划取决于复发的风险，而复发的风险又与腺瘤的数量、大小和组织学有关。推荐对结直肠腺瘤患者在治疗后进行随访；对于无症状的腺瘤切除术后的患者，推荐意见如下：

**8.1** 直肠、乙状结肠增生性小息肉（长径 $<10\text{ mm}$ ），术后2~3年随访。

**8.2** 推荐对于 1~2 个管状腺瘤（直径 $<10\text{ mm}$ ）且病理为低级别上皮内瘤变的患者，在息肉切除术后1~3年进行初次随访，具体间隔视患者意愿、医生的选择而定。

**8.3** 推荐对于 3~10 个腺瘤或任何一个腺瘤的直径 $\geq 10\text{ mm}$ 、有绒毛结构（25%）、高级别上皮内瘤变的患者，如果确定息肉是完全切除，在腺瘤切除术后的1~2进行随访。

**8.4** 推荐在 1 次检查中发现 10 个以上腺瘤的患者，推荐内镜随访间隔为1年，并考虑是否有潜在的家族息肉病的可能。

**8.5** 任何一个腺瘤的长径 $>10\text{mm}$ 、病理提示绒毛状腺瘤或者腺瘤伴高级别上皮内瘤变，术后1~2年进行随访

若首次结肠镜检查质量较低，肠道准备不达标者，存在漏诊进展期腺瘤甚至癌的可能，建议适当缩短随访间隔，可1年内再次复查肠镜。

附录 A

亚太结直肠筛查评分

A. 亚太结直肠筛查评分 The Asia-Pacific Colorectal Screening (APCS) score

表 A 亚太结直肠筛查评分		
危险因素	评分标准	评分
年龄	<50	0
	50-69	2
	≥70	3
性别	女性	0
	男性	1
一级亲属结直肠癌家族史	无	0
	有	2
吸烟	无	0
	目前没有或过去有	1
0~1: 平均风险; 2~3: 中等风险; 4~7: 高风险		

## 附录 B

### 体质判定方法及标准

#### B. 体质判定方法及标准

##### (1) 判定方法

回答《中医体质分类与判定表》中的全部问题，每一问题按 5 级评分，计算原始分及转化分，依标准判定体质类型。

原始分=各个条目分值相加

转化分数= $[(\text{原始分}-\text{条目数})/(\text{条目数}\times 4)]\times 100$

##### (2) 判定标准

平和质为正常体质，其他 8 种体质为偏颇体质。判定标准见下表。

平和质与偏颇体质判定标准表

体质类型	条件	判定结果
平和质	转化分 $\geq 60$ 分	是
	其他 8 种体质转化分均 $< 30$ 分	
	转化分 $\geq 60$ 分	基本是
	其他 8 种体质转化分均 $< 40$ 分	
	不满足上述条件者	否
偏颇体质	转化分 $\geq 40$ 分	是
	转化分 30~39 分	倾向是
	转化分 $< 30$ 分	否

## 参考文献

- [1] Feng R, Zong Y, Cao S, et al. Current cancer situation in China: good or bad news from the 2018 Global Cancer Statistics?[J]. Cancer communications (London, England),2019,39(1):22.
- [2] Chen W, Zheng R, Baade P D, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians,2016,66(2):115-132.
- [3] Sun D, Cao M, Li H, et al. Cancer burden and trends in China: A review and comparison with Japan and South Korea[J]. Chinese journal of cancer research,2020,32(2):129-139.
- [4] 房静远, 时永全, 陈紫暄, 等. 中国结直肠癌预防共识意见(2016年,上海)[J]. 胃肠病学,2016,21(11):668-686.
- [5] 王俊壹, 程海波. 基于“治未病”思想探讨癌毒病机理论在肿瘤防治中的应用[J]. 中医杂志,2018,59(12):1014-1016.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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(01):16-38.
- [9] 上海国家消化系统疾病临床医学研究中心, 国家消化道早癌防治中心联盟, 中华医学会消化内镜学分会, 等. 中国早期结直肠癌筛查流程专家共识意见(2019,上海)[J]. 中华消化内镜杂志,2019,36(10):709-719.
- [10] 中华医学会肿瘤学分会早诊早治学组. 中国结直肠癌早诊早治专家共识[J]. 中华医学杂志,2020,100(22):1691-1698.
- [11] Fléjou J. WHO Classification of digestive tumors: the fourth edition[J]. Annales de Pathologie,2011,31(5 Suppl):S27-S31.
- [12] 中华医学会病理学分会消化疾病学组. 胃肠道腺瘤和良性上皮性息肉的病理诊断共识[J]. 中华病理学杂志,2020,49(1):9.
- [13] 中华中医药学会. 中医肛肠科临床诊疗指南:大肠息肉[EB/OL].(2017-07-07)[2022-05-20].<https://www.cacm.org.cn/2017/07/07/4789/>.
- [14] 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.
- [15] 郑树, 张苏展, 黄彦钦. 结直肠癌研究30年回顾和现状[J]. 实用肿瘤杂志,2016,31(01):2-5.
- [16] Chiu H M, Ching J Y, Wu K C, et al. A Risk-Scoring System Combined With a Fecal Immunochemical Test Is Effective in Screening High-Risk Subjects for Early Colonoscopy to Detect Advanced Colorectal Neoplasms[J]. Gastroenterology,2016,150(3):617-625.
- [17] 胡妍. 体质辨识在结直肠腺瘤性息肉风险中的价值初探[D]. 南京中医药大学,2021.
- [18] 董月秋, 李垚, 郑玉, 等. 200例大肠息肉病理类型与中医体质关系的探讨[J]. 云南中医中药杂志,2017,38(05):41-42.
- [19] 吕琨, 杜文章, 脱璐尧, 等. 结肠管状腺瘤与中医体质相关性研究[J]. 世界中医药,2019,14(01):232-235.
- [20] 王琦. 中医体质学[M]. 人民卫生出版社,2005.
- [21] 王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报,2005(04):1-8.
- [22] 代根奇, 王晓鹏, 詹昊. 结直肠腺瘤性息肉患者中医证型与中医体质分布规律探析[J]. 中国肛肠病杂志,2022,42(10):29-32.
- [23] 杨文革, 廖金玲, 张志杰, 等. 瘀血质大肠息肉患者息肉病理类型及其预后研究[J]. 医学信息,2020,33(13):93-95.
- [24] 边杨清, 郑昱, 郑培永, 等. 中医体质类型与结直肠息肉相关性的Meta分析[J]. 上海中医药杂志,2021,55(02):24-32.
- [25] 张平, 李人亮, 项凤梅. 中医体质类型与肠息肉相关性的系统评价与Meta分析[J]. 中医药通

报,2021,20(05):50-56.

- [26] Yuan L, Yang L, Zhang S, et al. Development of a tongue image-based machine learning tool for the diagnosis of gastric cancer: a prospective multicentre clinical cohort study[J]. *EClinicalMedicine*,2023,57:101834.
- [27] 李瑞胜. 基于NBI内镜技术探讨大肠息肉与中医舌诊关系的研究[D]. 广西中医药大学,2019.
- [28] 龙思丹. 基于风险分层肠腺瘤患者舌象特征与LTB4/BLT1轴的相关研究[D]. 北京中医药大学,2021.
- [29] 胡成琛, 林一晗, 沈天奕, 等. 结直肠息肉患者的舌诊特征分析[J]. *中国中西医结合消化杂志*,2022,30(2):108-112.
- [30] Klein A, Tate D J, Jayasekeran V, et al. Thermal Ablation of Mucosal Defect Margins Reduces Adenoma Recurrence After Colonic Endoscopic Mucosal Resection[J]. *Gastroenterology*,2019,156(3):604-613.
- [31] 符娇文, 韩平, 高飞. 中医消蕈汤防治结肠息肉术后复发及对血清肿瘤标记物的影响[J]. *中华中医药学刊*,2019,37(3):727-729.
- [32] 陈绮婷, 谢伟昌, 李京伟, 等. 健脾理肠汤预防腺瘤性大肠息肉术后复发临床观察[J]. *广州中医药大学学报*,2020,37(01):30-35.
- [33] 吴克艳, 肖炜明, 丁岩冰, 等. 番泻叶颗粒在结肠镜检查前肠道准备中的效果[J]. *实用临床医药杂志*,2020,24(21):1-4.
- [34] Pawanrat Y婉玉 Taptawat. 观察中药润肠通便方辅助功能性便秘（阴血亏虚）患者的肠道准备效果[D]. 湖北中医药大学,2020.
- [35] 周胜, 雷家敏, 蔡燕, 等. 便秘贴对结直肠息肉内镜下黏膜切除术肠道准备及术后恢复效果的影响[J]. *河南中医*,2020,40(03):392-395.
- [36] 仲蕾媛, 庄若, 朱丽群, 等. 预防内镜下黏膜病变治疗术后出血的最佳证据总结[J]. *护士进修杂志*,2023,38(15):1398-1404.
- [37] 周影, 刘靖正, 林东, 等. 内镜下荷包缝合法治疗内镜黏膜下剥离术后结肠迟发性穿孔2例[J]. *中华消化内镜杂志*,2023,40(6):484-486.
- [38] 刘昕, 周文珍, 葛亚丽, 等. 不同阿片类镇痛药对无痛肠镜术后疲劳综合征的影响[J]. *中国临床实用医学*,2018,9(4):4.
- [39] 杨春龙, 王维琼, 梁谋旺. 穴位贴敷缓解无痛结肠镜术后腹痛的作用分析[J]. *中国医药科学*,2019,9(14):27-29.
- [40] 黄芳, 张纯, 罗允内, 等. 中药封包综合治疗仪对无痛肠镜术后胃肠功能的效果观察[J]. *中国医药科学*,2020,10(17):210-212.
- [41] 王森. 凉血止血方防治结直肠息肉经内镜切除术后出血的临床疗效观察[D]. 华北理工大学,2022.
- [42] 黄广文, 周正, 黎丽和. 益气健脾活血化瘀法对腺瘤性大肠息肉内镜切除后复发的疗效观察[J]. *深圳中西医结合杂志*,2018,28(9):42-44.
- [43] 许亚培, 龙润, 杨金国, 等. "健脾化浊方"对内镜下大肠腺瘤性息肉切除术后血清炎症因子、胃肠功能恢复及息肉复发的干预作用研究——附48例临床资料[J]. *江苏中医药*,2021,53(7):30-33.
- [44] 王悦. 健脾化浊汤预防结直肠腺瘤复发及复发相关因素的临床研究[D]. 南京中医药大学,2018.
- [45] 方美花, 李静波, 周勇, 等. 健脾清肠方对结直肠腺瘤切除术后复发的影响[J]. *南京中医药大学学报*,2018,34(01):50-53.
- [46] 黄颖娴, 李婷珊, 范敏, 等. 辨证施膳对肠息肉术后患者治疗依从性及生活质量随访研究[J]. *中医临床研究*,2017,9(27):145-148.
- [47] 韩芳. 中医辨证施膳对大肠息肉的疗效观察[J]. *内蒙古中医药*,2017,36(19):10-11.
- [48] 中华医学会消化内镜学分会结直肠学组. 中国结直肠癌及癌前病变内镜诊治共识（2023，广州）[J]. *中华消化内镜杂志*,2023,40(7):505-520.
- [49] Katona B W, Weiss J M. Chemoprevention of Colorectal Cancer[J]. *Gastroenterology*,2020,158(2):368-388.
- [50] Hull M A, Sprange K, Hepburn T, et al. Eicosapentaenoic acid and aspirin, alone and in combination, for the prevention of colorectal adenomas (seAFOod Polyp Prevention trial): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, 2 x 2 factorial trial[J]. *Lancet*,2018,392(10164):2583-2594.
- [51] Lieberman D A, Prindiville S, Weiss D G, et al. Risk factors for advanced colonic neoplasia and hyperplastic polyps in asymptomatic individuals[J]. *JAMA*,2003,290(22):2959-2967.
- [52] Gao Q Y, Chen H M, Chen Y X, et al. Folic acid prevents the initial occurrence of sporadic colorectal adenoma in Chinese older than 50 years of age: a randomized clinical trial[J]. *Cancer Prev Res*

- (Phila),2013,6(7):744-752.
- [53] Feldman D, Krishnan A V, Swami S, et al. The role of vitamin D in reducing cancer risk and progression[J]. *Nat Rev Cancer*,2014,14(5):342-357.
- [54] Ahmad I I, Trikudanathan G, Feinn R, et al. Low Serum Vitamin D: A Surrogate Marker for Advanced Colon Adenoma?[J]. *J Clin Gastroenterol*,2016,50(8):644-648.
- [55] Wong M C, Lam T Y, Tsoi K K, et al. A validated tool to predict colorectal neoplasia and inform screening choice for asymptomatic subjects[J]. *Gut*,2014,63(7):1130-1136.
- [56] Wayne P M, Lee M S, Novakowski J, et al. Tai Chi and Qigong for cancer-related symptoms and quality of life: a systematic review and meta-analysis[J]. *Journal of Cancer Survivorship*,2018,12(2):256-267.
- [57] Li X, Si H, Chen Y, et al. Effects of fitness qigong and tai chi on middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus[J]. *PLOS ONE*,2020,15(12):e243989.
- [58] 徐春琴, 陈文静, 唐少波. 规律运动对结直肠息肉患者肠道菌群的影响[J]. *广西医学*,2021,43(14):1774-1776, 1782.
- [59] Thompson P A, Ashbeck E L, Roe D J, et al. Celecoxib for the Prevention of Colorectal Adenomas: Results of a Suspended Randomized Controlled Trial[J]. *J Natl Cancer Inst*,2016,108(12).
- [60] Mansourian M, Karimi R, Vaseghi G. Different effects of metformin and insulin on primary and secondary chemoprevention of colorectal adenoma in diabetes type 2: Traditional and Bayesian meta-analysis[J]. *EXCLI J*,2018,17:45-56.
- [61] Wu K, Platz E A, Willett W C, et al. A randomized trial on folic acid supplementation and risk of recurrent colorectal adenoma[J]. *Am J Clin Nutr*,2009,90(6):1623-1631.
- [62] Chen Y, Gao Q, Zou T, et al. Berberine versus placebo for the prevention of recurrence of colorectal adenoma: a multicentre, double-blinded, randomised controlled study[J]. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*,2020,5(3):267-275.
- [63] 梁一飞. 加减乌梅丸对经内镜下治疗后大肠腺瘤防治作用的临床观察[D]. 北京中医药大学,2018.
- [64] 袁广众. 乌梅丸加减预防大肠腺瘤内镜下切除术后复发的临床研究[D]. 南京中医药大学,2017.
- [65] 张然, 李素娟, 陈正彦. 加味乌梅丸预防多发性腺瘤性结肠息肉内镜术后再发的疗效观察[J]. *中国疗养医学*,2019,28(07):773-774.
- [66] 杨婷. 黄连解毒汤加减对抑制湿热下注型肠覃术后复发的临床研究[D]. 湖南中医药大学,2017.
- [67] 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]. *Journal of Ethnopharmacology*,2022,282:114617.
- [68] 张凤敏, 黄广文, 胡庆昌, 等. 培土生金法防治腺瘤性大肠息肉的临床研究[J]. *广州中医药大学学报*,2017,34(5):650-654.
- [69] 徐升, 吴敏华, 徐芳, 等. 平息汤保留灌肠联合益生菌对腺瘤性肠息肉术后的影响[J]. *新中医*,2022,54(01):104-107.
- [70] 范世平, 马晓霖, 饶振芳. 中药保留灌肠防治多发性腺瘤性结肠息肉内镜治疗后再复发[J]. *北京中医药大学学报*,2003(03):74-75.
- [71] 马晓霖, 王素霞. 电针防治多发性腺瘤性结肠息肉再发的临床观察[J]. *上海中医药大学学报*,2007(01):27-28.
- [72] 刘访. 基于“扶正祛邪”理论运用“藤梨抗癌方”防治结直肠腺瘤的临床及基础研究[D]. 南京中医药大学,2019.
- [73] 姚远, 胡占起, 田振国. 直肠腺瘤中西医结合临床研究[J]. *辽宁中医药大学学报*,2015,17(03):82-84.