

中图分类号

密级 公开

UDC

学号 2032701351



湖北中医药大学

Hubei University of Chinese Medicine

硕士学位论文

MASTER DISSERTATION

结直肠腺瘤性息肉患者的中医体质分布 特点及相关危险因素分析

Traditional Chinese medicine constitution distribution
characteristics of colorectal adenomatous polyps and analysis
of related risk factors

研 究 生 姓 名：邓炎辉

指导教师姓名、职称：周 毅 主任医师

申 请 学 位：医学硕士

学 科（专业）名 称：中医内科学

学 位 类 型：专业学位型

湖北中医药大学

二〇二三年五月二十日

目 录

引言.....	1
1.资料与方法.....	2
1.1 研究对象.....	2
1.2 诊断标准.....	3
1.3 纳入与排除标准.....	3
1.4 研究方法.....	3
1.5 统计学方法.....	5
2.结果.....	5
2.1 一般资料.....	5
2.2 结直肠腺瘤性息肉患者的性别及年龄分布	5
2.3 结直肠腺瘤性息肉相关发病因素与中医体质的分布关系	6
2.3.1 性别与中医体质类型的分布关系.....	6
2.3.2 年龄与中医体质类型的分布关系.....	7
2.3.3 吸烟史与中医体质类型的分布关系.....	7
2.3.4 饮酒史与中医体质类型的分布关系.....	8
2.3.5 高血压与中医体质类型的分布关系.....	8
2.3.6 糖尿病与中医体质类型的分布关系.....	9
2.3.7 脂肪肝与中医体质类型的分布关系.....	9
2.4 单因素分析.....	10
2.5 多因素分析.....	11
2.6 危险因素对腺瘤性息肉生物学特征的影响	12
3.讨论.....	13
3.1 年龄、性别对结直肠腺瘤的影响	14
3.2 烟酒史对结直肠腺瘤的影响	16
3.3 高血压对结直肠腺瘤的影响	18
3.4 糖尿病对结直肠腺瘤的影响	20
3.5 脂肪肝对结直肠腺瘤的影响	22
3.6 结直肠腺瘤患者的中医体质分布	24
3.7 结合中医体质对结直肠腺瘤的防治	26
3.7.1 药物调摄.....	26
3.7.2 饮食、精神调摄.....	27
结语.....	29
参考文献.....	31
附录.....	38

附录一 综述 结直肠腺瘤性息肉的中西医研究进展	38
参考文献.....	46
附录二 中医体质分类与判定表	51
附录三 信息采集登记表.....	58

摘 要

目的：结直肠腺瘤性息肉（结直肠腺瘤）的形成被认为是结直肠癌前病变的重要标志，及时发现并治疗结直肠腺瘤极为关键。研究结直肠腺瘤性息肉的中医体质分布特点及发生的相关危险因素，可以从中医宏观理论与西医微观概念两方面提高我们对结直肠癌病变早期的认识，从而制定针对性的预防策略，做到早发现早治疗，并为中医药干预结直肠腺瘤性息肉高危人群体质提供临床依据。

方法：选择 2022 年 4 月至 2022 年 12 月于湖北省中医院脾胃病科接受结肠镜检查的 150 例患者，根据排除标准，筛选其中 130 例患者参与本次研究，其中 90 例经病理诊断为腺瘤性息肉患者作为观察组，另有 40 例非腺瘤性息肉患者作为对照组。收集两组患者基本信息（年龄、性别）、吸烟史、饮酒史、患病史（高血压、糖尿病、脂肪肝）及中医体质调查问卷，比较结直肠腺瘤性息肉在不同性别间的年龄分布，分析腺瘤性息肉患者的中医体质与相关因素的关系，通过单因素分析比较两组各指标的差异，并将有统计学意义的指标进一步纳入二元 Logistic 回归分析，发现结直肠腺瘤性息肉的危险因素，并分析危险因素是否对结直肠腺瘤性息肉的大小、数量和位置产生影响。

结果：1. 女性结直肠腺瘤性息肉的发病率随年龄增长而上升，最高发病率年龄为 60 岁以上，男性结直肠腺瘤性息肉的发病率在 60 岁以下随年龄增长而上升，60 岁以后息肉发病率有所下降，且在 60 岁以前，男性结直肠腺瘤性息肉发病率高于女性，60 岁以后女性发病率显著增长，超过男性发病率。

2. 结直肠腺瘤性息肉患者的中医体质类型与年龄、脂肪肝分布相关，与性别、吸烟史、饮酒史、高血压、糖尿病的分布无关；≤60 岁患者最常见阳虚质，>60 岁患者最常见湿热质；有脂肪肝患者最常见湿热质，无脂肪肝患者最常见阳虚质；

3. 在单因素分析中，腺瘤组和非腺瘤组在性别、吸烟史、饮酒史、脂

脂肪肝这四个因素的分布上有统计学差异 ($P < 0.05$);

4. 不同病理类型结直肠息肉患者的体质分布不同, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 结直肠腺瘤性息肉患者中阳虚质 (30%)、湿热质 (27.8%)、痰湿质 (16.7%) 为多发体质;

5. 经过二元多因素 Logistic 回归分析显示, 结直肠腺瘤性息肉的危险因素包括: 饮酒史 ($OR=12.235$)、脂肪肝 ($OR=5.753$)、阳虚体质 ($OR=5.622$)、湿热体质 ($OR=5.584$); 饮酒史对结直肠腺瘤性息肉的数量产生影响, 脂肪肝和湿热体质对腺瘤性息肉的大小有影响。阳虚体质对腺瘤大小、位置、数量均无影响。

结论: 女性 60 岁以上是结直肠腺瘤性息肉发病的高峰期, 男性在 40-60 岁是结直肠腺瘤性息肉发病的高峰期, 腺瘤性息肉患者的中医体质与年龄、脂肪肝的分布相关, 阳虚质、湿热质、痰湿质为多发体质, 饮酒史、脂肪肝、阳虚体质、湿热体质是腺瘤性息肉的独立危险因素, 饮酒史、脂肪肝、湿热体质均影响腺瘤的生物学特征。故在行结肠镜检查前应综合考虑患者一般信息、吸烟饮酒史、患病史及中医体质辨识, 有效筛选出高危人群, 提高结直肠腺瘤检出率。

关键词: 结直肠腺瘤性息肉; 危险因素; 中医体质

Traditional Chinese medicine constitution distribution characteristics of colorectal adenomatous polyps and analysis of related risk factors

Specialty: Traditional Chinese Internal Medicine

Author: Yanhui Deng

Supervisor: prof. Yi Zhou

Abstract

Objective: The formation of colorectal adenomatous polyps (colorectal adenomas) is considered to be an important sign of colorectal cancer prelesions, and timely detection and treatment of colorectal adenomas is crucial. Studying the TCM physical distribution characteristics and related risk factors of colorectal adenomatous polyps can improve our understanding of the early lesion stage of colorectal cancer from the macroscopic theory of TCM and the microscopic concept of western medicine, so as to formulate targeted prevention strategies, achieve early prevention and treatment of early diseases, and to provide clinical data for TCM intervention in groups at high risk of colorectal adenomatous polyp.

Methods: A total of 150 patients undergoing colonoscopy in the spleen and gastric departments of Hubei Hospital of Traditional Chinese Medicine from April 2022 to December 2022 were collected. Based on the screening method, we selected 130 patients as the subjects of this study, including 90 patients with pathologically diagnosed adenomatous polyps in the observation group and 40 patients with non-adenomatous polyps

in the control group. Collect basic information of two groups of patients (age, gender), smoking history, drinking history, disease history (hypertension, diabetes, fatty liver) and TCM constitution questionnaire, compare the age distribution of colorectal adenomatous polyps in different gender, analyze the relationship between adenomatous polyp constitution and related factors, compare the differences between the two factors analysis, and have statistically significant indicators further into the binary Logistic regression analysis, found that colorectal adenomatous polyps risk factors, and analyze whether the risk factors affect the size, number and location of colorectal adenomatous polyps.

Results : 1. The prevalence of adenomatous polyps in women increases with age and peaked over the age of 60. The prevalence of adenomatous polyps in men before 60 increases with age and gradually declines after 60, with significantly higher incidence of adenomatous polyps in men than in women and colorectal adenomas in women after 60. 2. The TCM constitution type of patients with adenomatous polyps was related to age and fatty liver distribution, but there were no obvious abnormalities with gender, smoking history, alcohol consumption history, distribution of hypertension and diabetes; Yang deficiency was the most common substance in patients ≤ 60 years old, and moist heat was the most common substance in patients > 60 years old. The dampness-heat quality was the most common in patients with fatty liver, while the yang-deficiency quality was the most common in patients without fatty liver. 3. In the univariate analysis, the adenoma

group and non-adenoma groups were statistically different in the distribution of four factors, gender, smoking history, alcohol history, and fatty liver ($P < 0.05$);4. Different pathological types of colorectal polyps vary in the physical distribution of patients, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Among the patients with adenomatous polyps, Yang deficiency (30%), dampness-heat (27.8%) and phlegm-dampness (16.7%) were multiple constitutions.5. After binary Logistic regression analysis, the risk factors for colorectal adenomatous polyps were drinking alcohol history ($OR=12.235$), fatty liver ($OR=5.753$), Yang deficiency constitution ($OR=5.622$), and dampness-heat constitution ($OR=5.584$). Alcohol history affected the number of colorectal adenomatous polyps, fatty liver and damp-heat constitution affected the size of adenomatous polyps. Yang deficiency constitution has no effect on size, position and quantity.

Conclusion: The peak incidence of colorectal adenomatous polyps in women is over 60 years of age, and the peak of colorectal adenomatous polyps in men is between 40-60 years old. The traditional Chinese medicine constitution of patients with adenomatous polyps is related to the age distribution and fatty liver distribution. Yang deficiency, dampness-heat and phlegm-dampness are multiple constitution, alcohol history, fatty liver, Yang deficiency and dampness-heat constitution are independent risk factors for adenomatous polyps. The biological characteristics of adenoma are affected by drinking history, fatty liver, and dampness and heat

constitution. Therefore, general information, smoking and drinking history, disease history and TCM constitution identification of patients should be comprehensively considered before colonoscopy, so as to improve the detection rate of colorectal adenoma in the high-risk population during colonoscopy.

Key words : colorectal adenomatous polyps ; risk factors ; traditional Chinese medicine constitution

缩略词表

缩略词	英文全称	中文全称
CRC	colorectal cancer	结直肠癌
CRA	Colorectal adenomatous polyps	结直肠腺瘤性息肉
FLI	Fatty liver index	脂肪肝指数
IBD	inflammatory bowel disease	炎症性肠病
IGF	Insulin-like growth factor	胰岛素样生长因子
NAFLD	Non-alcoholic fatty liver disease	非酒精性脂肪性肝病
MS	Metabolic syndrome	代谢综合征
T2DM	Type 2 diabetes mellitus	2 型糖尿病

引言

结直肠癌（colorectal cancer, CRC）是临床上最常见的消化系统恶性肿瘤。根据国际权威机构提供的 2018 年全球癌症发病及死亡的数据^[1]，结直肠癌全球每年新发患者数达 109.66 万人，死亡人数约 55.13 万人，分别占全部恶性肿瘤的第 4 位和第 5 位。不同国家和地区之间 CRC 的发病率差异很大，西方国家较高，亚洲和非洲地区较低。近年来，欧美国家通过普及筛查策略和提高专业性诊疗手段，CRC 的发病率和死亡率已较前下降^[2]，而相比之下，随着我国国民生活水平的提高、饮食习惯的改变以及老龄化问题的加剧，我国 CRC 发病率以每年 4.2% 的增长速度超过世界平均水平^[3]。

结直肠癌的形成涉及多种致病机制，比如体细胞的变异、不同基因的融合、可遗传的基因组突变和外遗传学的改变等^[4-6]。大约有 70% 的腺瘤性息肉通过 APC / b-catenin 通路的一系列突变，从典型的管状或绒毛状腺瘤到癌^[7]；错配修复基因的额外突变导致与锯齿状腺瘤发生发展相关的微卫星不稳定，最后成为平坦的、广基的癌前病变，大约有 10%-15% 的散发性结直肠癌从微卫星不稳定的锯齿状息肉发展而来^[8-9]。

当前结直肠癌的治疗方法主要是通过手术切除和放化疗。大多数患者早期手术治疗后的 5 年内预后良好，但若出现其他部位的转移和复发时，预后一般不理想。目前，我国的筛查策略主要是粪便隐血检测和结肠镜检查的序贯方案。然而，由于人口大、地域大、不同地区经济水平和医学认知差异大，再加上粪便隐血试验的敏感性和特异性不高，结肠镜检查依从性相对较差，我国结直肠癌筛查并不能达到预期的效果。

结直肠息肉是结直肠黏膜向腔内凸起的良性病变，根据病理分型可分为腺瘤性和非腺瘤性息肉。结直肠腺瘤性息肉（Colorectal adenomatous polyps, CRA）是由于结直肠上皮细胞异常增殖而出现的赘生物，被公认为结直肠癌的癌前病变，其主要通过“腺瘤-癌序列”发展为腺癌，从腺瘤到侵袭性恶性肿瘤的演变时间约为 10 年^[10]，这为结直肠

癌的筛查创造了良好的时间窗，有机会进行干预措施。因此，分析结直肠腺瘤性息肉的危险因素，在高危人群中进行有效的预防性筛查，是降低结直肠癌患病率和死亡率的关键措施之一。

《素问四气调神大论》：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”。中医“未病先防、既病防变”的理论，在结直肠癌前病变的防控方面具有很大的优势。中医体质是先天禀赋与后天环境共同干预构成的形态概括，反映了人的整体状态特征。疾病的发生发展，在一定程度上受个体体质差异的影响。相同体质的群体对疾病有一定易感性，而疾病可以潜移默化的影响个体体质。因此，中医体质具有相对的稳定性和动态可调性。基于“体质可调”理论，日常便可通过一定的措施，如调节饮食习惯、加强锻炼、改变居住环境及中医干预等来改变体质的倾向，以此预防和治疗相关疾病。研究发现，阳虚体质为腺瘤性息肉患者中最常见的偏颇体质，患病风险更高^[11]；体质差异与腺瘤的发病有关，痰湿质、气虚质患者较其他体质更易发生结直肠腺瘤，是危险性因素^[12]；另有学者表明，大肠腺瘤患者中以湿热体质的主患者最易复发^[13]。

国内外对结直肠腺瘤性息肉的危险因素进行了大量的研究，我国专家组认为家族遗传性腺瘤病史、炎症性肠病（IBD）、代谢异常相关疾病等均为 CRA 的危险因素^[14]，但也存在有争议的研究结果。通过阅览大量文献报告可以看出，在不同种族、不同民族和不同地区，危险因素对结直肠腺瘤性息肉形成的个体影响或相互作用是非常不同的。不同部位结肠癌的发病率不同，在不同年龄、性别的人群中流行病学特征也不同^[15]。正因为遗传因素的多样性和获得性因素的复杂性，才使得中医体质存在明显的个体差异性，而同一地区、性别、年龄的人群具有类似的地域背景和生活方式，故他们的体质又具有一定的趋同性。因此，局部地区人群中腺瘤性息肉的危险因素及患者的体质分布特点值得进一步深入的综合研究。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2022 年 4 月至 2022 年 12 月于湖北省中医院脾胃病科接受肠镜

检查的患者，根据纳入及排除标准，筛选其中 130 例患者作为研究对象。

1.2 诊断标准

肠镜诊断标准：根据《胃肠道腺瘤和良性上皮性息肉的病理诊断共识》^[16]拟定诊断标准：行电子肠镜检查发现息肉患者。

病理诊断标准：参照《诊断病理学》^[17]将大肠息肉分为腺瘤性及非腺瘤性。腺瘤性息肉包括为管状腺瘤、管状绒毛状腺瘤、绒毛状腺瘤。非腺瘤性息肉包括炎性息肉、增生性息肉。

中医体质诊断标准：对照《中医体质分类与判定》^[18]（见附录 2）将中医体质分为平和质、偏颇质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质九种基本类型。判定标准详见附录 2。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准：（1）所有纳入的患者均符合诊断标准；（2）年龄 ≥ 18 周岁，男女不限；（3）能自主完整填写调查问卷。

排除标准：（1）既往有家族性腺瘤性息肉病、炎症性肠病、结直肠癌或其他部位恶性肿瘤病史；（2）既往行结肠或直肠切除术；（3）妊娠或备孕妇女及哺乳期妇女；（4）近 2 个月内使用过抗生素；（5）量表填写不完全或有误者；（6）个人信息提示武汉市以外的居民。

1.4 研究方法

1.4.1 电子结肠镜检查 行肠镜检查前充分告知患者该检查存在的风险，患者本人自愿签署结肠镜检查知情同意书。在检查前日要求下午 5 点进食少渣易消化晚餐，8 点以后禁食，晚上 7 点口服 2 袋复方聚乙二醇电解质散（商品名称：和爽，生产商：深圳万和制药有限公司）加水 2000 mL 行肠道准备，当天早上 5 点再次同样的方法清洁肠道，随后口服西甲硅油乳剂一支（商品名称：柏西，生产商：Berlin-Chemie AG），肠道清洁干净后由经验丰富的内镜医生采用富士 601 电子结肠镜按标准化方案

进行检查；检查过程中发现有息肉或肿物，均切除后送病检，若考虑其他治疗方案的常规取组织送病理检查，明确病灶性质。此外，所有取病检的肠镜报告均截图存档，记录息肉的生物学特征，包括直径、数量和发生部位。每个息肉的大小由内镜医生通过与完全打开的活检钳对比估计，分类为 $<1\text{cm}$ 和 $\geq 1\text{cm}$ 。息肉数量定义为单发或多发（ ≥ 2 个）。近端结肠定义为从回盲部到脾曲的结肠区域，远端结肠定义为脾曲远端到肛门口的结直肠区域。

1.4.2 中医体质辨识 所有患者均填写《中医体质分类判断》量表，由住院部专科医生告知填写方法，避免改变措句和带有个人倾向性看法；填完后按判断标准判定中医体质，填写不完整者剔除。

1.4.3 临床资料采集 在患者本人知情同意后，研究者对符合纳入标准的患者进行问卷调查，收集基本信息和临床资料，并按照统一要求填写问卷，回答率 $\geq 98\%$ 的病例为合格病例。

吸烟史定义：吸烟时间连续或共计6个月以上，每天不少于1支。

饮酒史定义：在半年以上的时间里，男性的平均每日酒精摄入量超过20克，女性超过15克。

高血压定义：非同日测量3次（安静休息坐位时）上臂肱动脉血压值均 $>140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压均 $>90\text{mmHg}$ 或既往确诊高血压病现服用药物控制血压^[19]。

糖尿病定义为：“三多一少”症状（包括多食、多饮、多尿、和体重减轻）+任意时间静脉血浆葡萄糖 $>11.1\text{mmol/L}$ 或空腹静脉血浆葡萄糖 $>7.0\text{mmol/L}$ 或OGTT试验2小时静脉血浆葡萄糖 $>11.1\text{mmol/L}$ 或既往确诊糖尿病现药物控制血糖^[20]。

脂肪肝超声诊断标准定义为肝脏前场回声弥漫性强化，后场回声逐渐减弱，肝内导管显示不清；脂肪肝CT诊断标准定义为肝大部密度降低，肝脾CT值比小于1.0^[21-22]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS26.0 对数据进行分析, 计量资料用均数±标准差表示, 计数资料用频数、百分比表示。结直肠腺瘤性息肉发病因素与体质关系的研究采用 Fisher 精确概率法, 单因素分析采用卡方或 Fisher 精确概率法, 对单因素分析有统计学意义的指标进行多因素分析 (二元 Logistic 回归), 危险因素对腺瘤性息肉特征影响的比较采用卡方或连续校正卡方。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 一般资料

选择 2022 年 4 月至 2022 年 12 月于湖北省中医院脾胃病科接受结直肠镜检查的 150 例患者, 根据排除标准, 筛选其中 130 例患者作为研究对象。其中 90 例经病理诊断为腺瘤性息肉入观察组, 另有 40 例非腺瘤性息肉 (炎性息肉、增生性息肉) 患者入对照组。腺瘤组男性 57 例, 女性 33 例, 年龄范围在 24 岁到 74 岁, 平均年龄 53.59 ± 14.85 岁; 非腺瘤组男性 16 例, 女性 24 例, 年龄范围在 21 岁到 77 岁, 平均年龄 50.03 ± 16.62 岁。腺瘤组有吸烟史 45 例、饮酒史 58 例、高血压 33 例、糖尿病 27 例、脂肪肝 41 例; 非腺瘤组有吸烟史 11 例、饮酒史 18 例、高血压 20 例、糖尿病 15 例、脂肪肝 9 例。

2.2 结直肠腺瘤性息肉患者的性别及年龄分布

表 1 显示, 观察组女性年龄在 40 岁以下的有 5 例, 占 15.15%; 年龄在 40-60 岁有 9 例, 占 27.27%; 年龄大于 60 岁有 19 例, 占 57.58%; 观察组男性年龄在 40 岁以下的有 14 例, 占 24.56%; 年龄在 40-60 岁有 23 例, 占 40.35%; 年龄大于 60 岁有 20 例, 占 35.09%。如图 1 所示, 女性腺瘤性息肉的发病率随年龄增长而上升, 最高发病率年龄为 60 岁以上, 男性腺瘤性息肉的发病率在 60 岁以下随年龄增长逐渐上升, 60 岁以后腺

瘤性息肉发病率有所下降，且在 60 岁以前，男性腺瘤性息肉发病率高于女性，60 岁以后女性发病率显著增长，超过男性发病率。

表 1 观察组不同性别间结直肠腺瘤与年龄的分布[例/%]

	女性	男性
<40 岁	5 (15.15)	14 (24.56)
40~60 岁	9 (27.27)	23 (40.35)
>60 岁	19 (57.58)	20 (35.09)

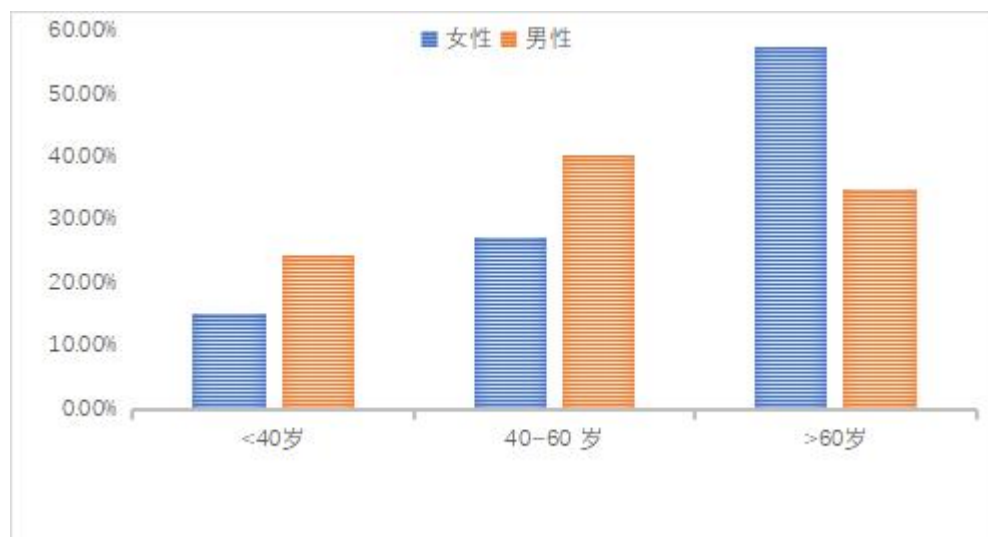


图 1 观察组不同性别间结直肠腺瘤与年龄的分布

2.3 结直肠腺瘤性息肉相关发病因素与中医体质的分布关系

2.3.1 性别与中医体质类型的分布关系

观察组中，女性患者共 33 人，占比 36.7%，男性患者共 57 人，占比 63.3%，男性和女性患者均多见于阳虚质、湿热质、痰湿质，如表 2 所示。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中性别与中医体质类型的相关性，得出结论： $\chi^2=8.447$ ， $P=0.362>0.05$ ，结直肠腺瘤性息肉的中医体质类型在不同性别的分布中无明显差异性。

表 2 腺瘤性息肉患者中医体质与性别分布情况[例/%]

		体质									总计
		阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质	
性别	女性	9(27.3)	9(27.3)	5(15.2)	1(3.0)	2(6.0)	2(6.0)	3(9.0)	0	2(6.0)	33
	男性	18(31.6)	16(28.1)	10(17.5)	6(10.5)	3(5.3)	1(1.8)	0	1(1.8)	2(3.5)	57
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.2 年龄与中医体质类型的分布关系

观察组中, 年龄 ≤ 60 岁的患者共 51 例, 占比 56.7%, >60 岁的患者共 39 例, 占比 43.3%, ≤ 60 岁患者最常见体质依次为阳虚质、湿热质、痰湿质, >60 岁患者最常见体质依次为为湿热质、阳虚质、痰湿质, 详见表 3。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质与不同年龄分布的相关性, 得出结论: $\chi^2=13.928$, $P=0.048<0.05$, 提示腺瘤性息肉患者中医体质分别在 ≤ 60 岁人群和 >60 岁人群中具有一定差异性, 差异具有统计学意义。

表 3 腺瘤性息肉患者中医体质与年龄分布的情况[例/%]

		体质									总计
		阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质	
年龄	≤60 岁	20(39.2)	12(23.5)	8(15.7)	3(5.9)	1(2.0)	3(5.9)	0	1(2.0)	3(5.9)	51
	>60 岁	7(17.9)	13(33.3)	7(17.9)	4(10.3)	4(10.3)	0	3(7.7)	0	1(2.6)	39
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.3 吸烟史与中医体质类型的分布关系

观察组中, 吸烟人群和不吸烟人群各有 45 人, 不吸烟患者的体质类型最多见于阳虚质, 其次是湿热质、痰湿质, 吸烟人群的体质类型最多见于湿热质, 其次是阳虚质和痰湿质, 详见表 4。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与吸烟史分布情况的相关性, 得出结论: $\chi^2=7.869$, $P=0.449>0.05$, 提示腺瘤性息肉患者中医体质与吸烟史的分布情

况无明显差异。

表 4 腺瘤性息肉患者中医体质与吸烟史分布的情况[例/%]

		体质									总计
吸烟史	阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质		
	否	14(31.1)	10(22.2)	8(17.8)	3(6.7)	1(2.2)	2(4.4)	3(6.7)	1(2.2)	3(6.7)	45
	是	13(28.9)	15(33.3)	7(15.6)	4(8.9)	4(8.9)	1(2.2)	0	0	1(2.2)	45
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.4 饮酒史与中医体质类型的分布关系

观察组中，无饮酒史患者共 32 例，占比 35.6%，最多见中医体质依次为湿热质、阳虚质、气郁质；饮酒患者共 58 例，占比 64.4%，最多见体质依次为阳虚质、湿热质、痰湿质，详见表 5。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与饮酒史分布情况的相关性，得出结论： $\chi^2=10.718$ ， $P=0.167>0.05$ ，提示腺瘤性息肉患者中医体质类型与饮酒史的分布无明显差异。

表 5 腺瘤性息肉患者中医体质与饮酒史分布的情况[例/%]

		体质									总计
饮酒史	阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质		
	否	9(28.1)	12(37.5)	3(9.3)	5(15.6)	2(6.2)	1(3.1)	0	0	0	32
	是	18(31.0)	13(22.4)	12(20.7)	2(3.4)	3(5.1)	2(3.4)	3(5.1)	1(1.7)	4(6.9)	58
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.5 高血压与中医体质类型的分布关系

观察组中，无高血压的腺瘤性息肉患者共 57 例，占比 63.3%，最多见中医体质依次为阳虚质、湿热质、痰湿质；有高血压的腺瘤性息肉患者共 33 例，占比 36.7%，最多见中医体质依次为湿热质、阳虚质、痰湿质，详见表 6。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与高血压病分布情况的相关性，得出结论： $\chi^2=6.73$ ， $P=0.647>0.05$ ，提示腺瘤性息肉患者中医体质类型在高血压病的分布上无明显差异。

表 6 腺瘤性息肉患者中医体质与高血压分布的情况[例/%]

		体质									总计
		阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质	
高血压	否	19(33.3)	13(22.8)	10(17.5)	6(10.5)	3(5.3)	3(5.3)	1(1.8)	1(1.8)	1(1.8)	57
	是	8(24.2)	12(36.4)	5(15.2)	1(3.0)	2(6.1)	0	2(6.1)	0	3(9.1)	33
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.6 糖尿病与中医体质类型的分布关系

观察组中,无糖尿病的腺瘤性息肉患者共 63 例,占比 70%,有糖尿病的腺瘤性息肉患者共 27 例,占比 30%,两组最常见的体质类型均为阳虚质、湿热质、痰湿质,详见表 7。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与糖尿病分布情况的相关性,得出结论: $\chi^2=6.173$, $P=0.647>0.05$,提示腺瘤性息肉患者中医体质类型在糖尿病的分布上无明显差异。

表 7 腺瘤性息肉患者中医体质与糖尿病分布的情况[例/%]

		体质									总计
		阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质	
糖尿病	否	20(31.7)	17(27.0)	12(19.0)	4(6.3)	3(4.8)	3(4.8)	1(1.6)	1(1.6)	2(3.2)	63
	是	7(25.9)	8(29.6)	3(11.1)	3(11.1)	2(7.4)	0	2(7.4)	0	2(7.4)	27
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.3.7 脂肪肝与中医体质类型的分布关系

观察组中,无脂肪肝的腺瘤性息肉患者共 49 例,占比 54.4%,最常见的体质类型依次为阳虚质、湿热质、痰湿质,有脂肪肝的腺瘤性息肉患者共 41 例,占比 45.6%,最常见的体质类型依次为湿热质、阳虚质、痰湿质,详见表 8。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与脂肪肝分布情况的相关性,得出结论: $\chi^2=15.162$, $P=0.028<0.05$,提示腺瘤性息肉患者中医体质类型在脂肪肝的分布上有一定差异性,差异具有统计学意义。

表 8 腺瘤性息肉患者中医体质与脂肪肝分布的情况[例/%]

		体质									总计
脂肪肝		阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	气虚质	阴虚质	瘀血质	特禀质	平和质	
	否	18(36.7)	9(18.4)	9(18.4)	3(6.1)	2(4.1)	0	3(6.1)	1(2.0)	4(8.2)	49
	是	9(22.0)	16(39.0)	6(14.6)	4(9.8)	3(7.3)	3(7.3)	0	0	0	41
总计		27	25	15	7	5	3	3	1	4	90

2.4 单因素分析

单因素分析结果显示,性别、吸烟史、饮酒史、脂肪肝在腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉两组间存在统计学差异, P 值均 <0.05 ;腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉患者的体质分布不同,差异有统计学意义, $p<0.05$ 。详见表 9。腺瘤性息肉患者中以阳虚质、湿热质、痰湿质为主要体质类型,占比 74.4%,在后续着重研究,故将气郁质、气虚质、阴虚质、瘀血质、特禀质、平和质合并为其他质。

表 9 结直肠腺瘤性息肉患病相关因素单因素分析[例/%]

研究因素	分组	总计	非腺瘤组	腺瘤组	χ^2	P
性别	女	57(43.8)	24(60.0)	33(36.7)	6.124	0.013
	男	73(56.2)	16(40.0)	57(63.3)		
年龄	≤ 60 岁	80(61.5)	29(72.5)	51(56.7)	2.933	0.087
	>60 岁	50(38.5)	11(27.5)	39(43.3)		
吸烟史	否	74(56.9)	29(72.5)	45(50.0)	5.717	0.017
	是	56(43.1)	11(27.5)	45(50.0)		
饮酒史	否	54(41.5)	22(55.0)	32(35.6)	4.312	0.038
	是	76(58.5)	18(45.0)	58(64.4)		
高血压	否	77(59.2)	20(50.0)	57(63.3)	2.039	0.153

糖尿病	是	53 (40.3)	20 (50.0)	33 (36.7)	0.712	0.399
	否	88 (67.7)	25 (62.5)	63 (70.0)		
脂肪肝	是	42 (32.3)	15 (37.5)	27 (30.0)	6.219	0.013
	否	80 (61.5)	31 (77.5)	49 (54.4)		
体质类型	阳虚质	32 (24.6)	5 (12.5)	27 (30.0)	/	0.006 [§]
	湿热质	29 (22.3)	4 (10.0)	25 (27.8)		
	痰湿质	26 (20.0)	11 (27.5)	15 (16.7)		
	气郁质	10 (7.7)	3 (7.5)	7 (7.8)		
	气虚质	9 (6.9)	4 (10.0)	5 (5.6)		
	阴虚质	5 (3.8)	2 (5.0)	3 (3.3)		
	瘀血质	4 (3.1)	1 (2.5)	3 (3.3)		
	特禀质	2 (1.5)	1 (2.5)	1 (1.1)		
	平和质	13 (10.00)	9 (22.5)	4 (4.4)		

注：[§]表示使用 Fisher 确切概率法

2.5 多因素分析

将表 9 中 $P < 0.05$ 的变量纳入二元分类 logistic 回归模型, 分析结果显示, 饮酒史、患脂肪肝、阳虚体质、湿热体质是腺瘤性息肉形成的独立危险因素。相对于无脂肪肝病史的患者来说, 有脂肪肝的患腺瘤性息肉的风险更高, OR 值为 5.753; 相对于无饮酒史的患者来说, 饮酒患腺瘤性息肉的风险更高, OR 值为 12.235; 相对于其他中医体质, 阳虚体质、湿热体质患腺瘤性息肉风险更高, OR 值分别为 5.622、5.584, 详细结果见表

10。

表 10 结直肠腺瘤性息肉相关危险因素的 Logistic 回归分析

研究因素	分类	β	标准误	Wald χ^2	P	OR(95%CI)
性别	女					1.0(reference)
	男	0.619	0.545	1.292	0.256	1.858(0.638,5.408)
吸烟史	否					1.0(reference)
	是	0.509	0.728	0.489	0.484	1.664(0.399,6.940)
饮酒史	否					1.0(reference)
	是	2.504	0.676	13.725	<0.001	12.235(3.253,46.028)
脂肪肝	否					1.0(reference)
	是	1.75	0.812	4.645	0.031	5.753(1.172,28.241)
体质类型	阳虚质	1.727	0.663	6.777	0.009	5.622(1.532,20.628)
	湿热质	1.72	0.707	5.924	0.015	5.584(1.398,22.309)
	痰湿质	0.08	0.566	0.02	0.888	1.083(0.357,3.283)
	其他					1.0(reference)

2.6 危险因素对腺瘤性息肉生物学特征的影响

根据表 11-表 14 可知，饮酒史影响腺瘤性息肉的数量 ($P<0.05$)，对息肉大小、位置均无影响 ($P>0.05$)；脂肪肝影响腺瘤性息肉的大小 ($P<0.05$)，对息肉位置、数量均无影响 ($P>0.05$)；阳虚体质对腺瘤性息肉的大小、位置和数量均无影响 ($P>0.05$)；湿热质影响腺瘤性息肉的大小 ($P<0.05$)，对息肉位置、数量均无影响 ($P>0.05$)。

表 11 饮酒史对腺瘤性息肉特征影响的比较(例)

饮酒史	数量		位置		大小	
	单发	多发	远端结肠	近端结肠	<1cm	≥1cm
无	23	9	22	25	40	7
有	28	30	52	47	88	11
χ^2	4.677		0.417		0.422	
P 值	0.031		0.519		0.516	

表 12 脂肪肝对腺瘤性息肉特征影响的比较 (例)

脂肪肝	数量		位置		大小	
	单发	多发	远端结肠	近端结肠	<1cm	≥1cm
无	25	24	44	43	81	6
有	26	15	30	29	47	12
χ^2	1.396		0.001		5.878	
P 值	0.237		0.974		0.015	

表 13 阳虚质对腺瘤性息肉特征影响的比较 (例)

体质	数量		位置		大小	
	单发	多发	远端结肠	近端结肠	<1cm	≥1cm
阳虚质	17	10	24	18	37	5
其他质	20	19	29	34	61	2
χ^2	0.884		1.245		1.843	
P 值	0.347		0.265		0.175*	

表 14 湿热质对腺瘤性息肉特征影响的比较 (例)

体质	数量		位置		大小	
	单发	多发	远端结肠	近端结肠	<1cm	≥1cm
湿热质	15	10	21	20	30	11
其他质	20	19	29	34	61	2
χ^2	0.467		0.268		10.635	
P 值	0.494		0.605		0.001*	

3. 讨论

结直肠癌约占全球癌症死亡人数的 10%，是全球第三常见癌症。近年来，不管是作息不规律、缺乏体育锻炼等生活方式的改变，还是饮食上的

偏嗜，或是老年人口的增多，都是导致我国结直肠癌的发病率和死亡率逐年上升的因素，随着这种改变，结直肠癌的发病年龄也越来越年轻。因此，将预防和筛查的优先级提至最高，实现结直肠癌前病变的早期诊断和干预，是我们目前主要努力的方向之一。“治未病”是中医学特色学术思想，包含未病先防、既病防变、病后防复三个理论体系^[23]。中医体质即是“治未病”思想从理论应用于临床实践的评估工具。中医体质是多种疾病共同的“滋养土壤”，不同个体的体质差异对疾病患病因素有一定易感性，不同体质群体对某些疾病有一定倾向性，比如肖科金等^[24]研究发现脑梗塞高危因素与中医体质显著相关，痰湿质最有患病倾向；体质分析同样应用于儿科，但分类方法与成人不同，郁燕^[25]研究了 141 例反复呼吸道感染患儿的中医体质，结论是气阴两虚型和脾肺两虚型属于儿童患病的高危因素；林奕岑等^[26]对孕吐患者的中医体质分析得出结论，体质在不同严重程度的孕吐患者中存在差异性，最容易发生孕吐的体质为气郁质和瘀血质，可根据不同体质制定个体化辨证调理方案，早期干预可以预防和改善女性孕吐的症状，从而提高女性妊娠幸福感。通过体质辨识后，提前采取措施干预体质的偏颇，可预防疾病的发生和延缓进程，这也是中医体质学最核心的实践价值。本研究即是在现代医学研究结直肠腺瘤危险因素的基础上，更加深入的挖掘中医体质学的特色优势，并将两者关联研究，意在寻找架起中西医结合的桥梁，发现中西医结合在预防保健的应用前景，从而更好的践行“健康中国”战略。在本研究中，基于 90 例结直肠腺瘤性息肉患者和 40 例非腺瘤性息肉患者，对其中医体质分布特点及腺瘤性息肉发病危险因素进行探索，以期在肠镜检查中提高腺瘤性息肉的筛查有效率，早期阻断癌的发生，也为中医防治该病提供依据。

3.1 年龄、性别对结直肠腺瘤的影响

在本研究中，共纳入 90 例结直肠腺瘤息肉患者，其中男性 57 例，占比 63%，女性 33 例，占比 37%，纳入 40 例肠镜正常患者中，男性 16 例，占比 40%，女性 24 例，占比 60%。单因素分析显示，两组在性别分布上具

有一定差异性,男性较女性患腺瘤性息肉比例更高,这一结论与多数国内外研究一致^[27-28],分析原因可能跟男性内脏肥胖及高血清瘦素有关系。另有研究表明^[29-30],女性患结直肠腺瘤的风险较男性小,原因是女性分泌雌激素和特殊的盆腔结构,对结直肠腺瘤有一定的预防作用。在对腺瘤性息肉患者的中医体质和性别分布特点进行分析中发现,男性女性均多见阳虚体质、湿热体质、痰湿体质,阳虚体质占比最高。中医体质是由先天禀赋与后天因素共同影响形成,阳虚质先天禀赋不足,肾元亏虚,再加上当今生活节奏逐渐加快,人们工作任务重,生活压力较大,长期劳倦及生活作息不规律,耗伤阳气精血,导致脾肾亏虚,常表现为精神不振,神目暗淡,形体白胖,四肢不温,喜热畏寒,嗜卧倦怠,皮肉松弛。阳虚质患者体内阳气不足、寒气内生,与卫气相抗争,正气不能荣旺,久之生痰,阻滞经脉,气血不利,积聚成癖而附着于内,息肉乃生。痰湿质患者体内湿气较重,常表现为体形肥胖,身体困重,胸部满闷,体汗多而粘,易感疲劳。湿邪影响脾胃的运化功能,饮食不得运化腐熟,停滞于肠腑,气机不通,久之食积化痰,痰郁生热,痰热湿邪搏结于肠而成赘生物。湿热质患者男性较多,可能与男性嗜肥甘厚腻,饮酒吸烟有关。此类体质患者湿热裹结肠腑,胶滞难解,湿邪久之化浊,浊邪久之蕴痰,正邪相争,痰瘀化热,病理产物久积体内发为浊毒,终生息肉。

在 90 例腺瘤性息肉患者中,采用 Fisher 精确概率法对患者中医体质与年龄分布的关系进行分析,腺瘤性息肉患者中医体质分别在 ≤ 60 岁人群和 >60 岁人群中具有一定差异性,差异具有统计学意义。年龄 ≤ 60 岁的患者共 51 例, >60 岁的患者共 39 例,60 岁以下患者最常见体质依次为阳虚质、湿热质、痰湿质, >60 岁患者最常见体质依次为湿热质、阳虚质、痰湿质。女性腺瘤性息肉的发病率随年龄增长而上升,60 岁以上的女性发病率最高,男性腺瘤性息肉的发病率在 60 岁以下随年龄增长逐渐上升,60 岁以后腺瘤性息肉发病率有所下降,且在 60 岁以前,男性腺瘤性息肉发病率高于女性,60 岁以后女性发病率显著增长,超过男性发病率。传统医学认为,随着年龄增长,人体正气逐渐亏虚,阴阳气血失衡,

邪气易于侵入体内并迁延不去，故高龄患者以湿邪、热邪、痰邪等实邪为主。另有研究发现老年患者最常见体质为阳虚体质^[31]，与本研究结果不同，可能为样本来源地域不同，本研究对象均为武汉籍居民，武汉地处两江交汇，属亚热带季风气候，导致空气中水蒸气温度较高，湿气较重，通过环境影响居民的中医体质，亦或是样本量局限，不足以代表总体特点，尚待进一步探究。老年患者肠道微生态紊乱，肠动力下降，食糜和粪便堆积，有害菌群滋生，加上年老免疫力自然下降，容易受到生物、化学和机械性因素的影响，从而促进腺瘤性息肉的生长和癌变。《灵枢识》云：“肠中垢滓，凝聚生息肉”。曹云飞等^[32]从基因学检测了 CRC 患者中 ING1 基因的甲基化情况，分析并得出结论：结直肠癌中与细胞增殖、凋亡相关的 ING1 基因发生甲基化现象，与肿瘤的分期有关，还受到年龄相关和性别相关因素的调控，可能是结直肠癌早期发生的事件。这一结论从细胞基因学解释了结直肠癌前病变的发生在性别、年龄上具有差异性的原因。

3.2 烟酒史对结直肠腺瘤的影响

在本研究中，观察组吸烟与不吸烟人数各 45 人，饮酒有 58 人，不饮酒有 32 人，对照组中不吸烟人数 29 人，吸烟人数 11 人，不饮酒 22 人，饮酒 18 人。单因素分析显示，吸烟史和饮酒史在观察组和对照组中均存在统计学差异， $P < 0.05$ ，吸烟、饮酒与患结直肠腺瘤有关。烟草中含有上百种有害化学物质，如尼古丁、多环芳烃、焦油、一氧化碳等，这些物质通过人体吸收、代谢，诱导基因突变而致癌，或通过干扰人体免疫系统，导致癌细胞未被监视而过度繁殖、转移。胡葵茹教授等^[33]分析了 357 篇我国与吸烟相关疾病的文献，总结出吸烟会使多种疾病的患病率和死亡率增加，比如癌症（肺癌、胰腺癌、结直肠癌）、循环系统疾病、呼吸系统疾病等。国外也有许多吸烟与结直肠腺瘤关系的研究，有研究^[34-35]表明吸烟行为与 CRC、CRA 的发病都相关，且随着数量的增加，相关性增强，还表明戒烟患者在 25 年内仍有较高 CRA 发病率，25 年后发病率有所下降。但在本研究中，吸烟史并不是患结直肠腺瘤性息肉的危险因素。同样也有许

多研究表明吸烟行为与结直肠癌的发病没有相关性, Luke 等^[36]的回顾性队列研究比较了 1356 例结直肠恶性肿瘤患者和 4096 例良性息肉患者的吸烟情况, 得出结论长期吸烟史不增加患结直肠恶性肿瘤的风险。原因可能是从开始吸烟到发生癌变需要一个长期演变过程, 而我们观察时间不足以覆盖整个时间窗, 因此未能得出阳性结论。在多因素分析中, 得出饮酒史是 CRA 发生的危险因素, 饮酒的人患 CRA 的风险是不饮酒患者的 12 倍。这与大多数研究结论^[37-38]是一致的。酒精经人体肝脏代谢为乙醇和乙醛, 其中乙醛是明确的致癌物质, 它可诱使肝细胞色素 P4502E1 基因突变, 同时抑制 DNA 修复酶, 使 DNA 大量破坏, 导致增加癌前病变的风险。据段晓红教授的病例报道^[39], 酒精摄入多的肠炎患者, 肠粘膜发生典型的病理改变, 表现为上皮细胞脱落, 杯状细胞减少, 间质血管闭塞、出血, 隐窝中黏液充盈增多等。说明酒精会降低肠道免疫力, 刺激肠粘膜发生病理变化, 导致癌细胞的过度繁殖。

在进一步研究饮酒对腺瘤性息肉生物学特征的影响时发现, 饮酒史影响腺瘤性息肉的数量, 对息肉大小、位置无影响。饮酒的腺瘤性息肉患者中有 28 人单发, 有 30 人多发, 无饮酒史的腺瘤性息肉患者中有 23 人单发, 9 人多发, 说明饮酒的人, 患腺瘤性息肉的数量会更多。

在观察组中, 吸烟患者人群的中医体质类型以湿热质和阳虚质为主, 占比 62%, 其次为痰湿质、气郁质、气虚质, 占比 33%, 最少的是阴虚质、平和质、瘀血质、特禀质; 不吸烟的患者中医体质类型频次依次是: 阳虚质 > 湿热质 > 痰湿质 > 气郁质、瘀血质、平和质 > 阴虚质 > 气虚质、特禀质。观察组中饮酒患者中医体质类型以阳虚质最多, 占比 31%, 其次是湿热质与痰湿质, 占比分别是 22%、21%, 剩下每种体质类型占比均较少, 低于 7%。不饮酒患者中医体质以湿热质和阳虚质为主, 占比 66%, 其他体质频率依次为气郁质、痰湿质、气虚质、阴虚质。在本研究中, 通过 Fisher 精确概率法比较腺瘤性息肉患者中医体质类型与饮酒史、吸烟史分布情况的相关性, 得出 P 值均大于 0.5, 提示腺瘤性息肉患者吸烟饮酒史与体质分布无明显相关性。湿热质患者中吸烟人群比例比不吸烟人群高, 阳虚质

患者中饮酒比不饮酒人群占比高,原因可能是酒乃辛热之品,可起到温阳散寒之效,可以改善阳虚质患者四肢不温、喜热畏寒等症状。《素问·六节藏象论》曰:“天食人以五味,地食人以五气”,人体的营养供给来源于自然界化生的饮食水谷,不同的性味归经入不同的脏腑,味酸、味苦、味甘、味辛、味咸,分别入肝、心、脾、肺、肾,若食入五味皆适量平衡,则滋养五脏,若五味偏嗜则会影响五脏,产生疾病。《张聿青医案·肿胀》记载:“吸烟之体,湿痰必盛。”中医认为香烟属火毒之邪,性温燥,火毒袭肺,肺为娇脏,易被邪侵,虚火灼肺,伤及气阴,炼液为痰,肺宣发肃降失职,水液代谢失调,肺与大肠相表里,大肠湿热浊毒蕴结,日久为积,发为息肉。《六科证治准绳·伤饮食》曰:“酒之为物,气热而质湿”,“恣嗜酒,胃多湿热”。可见烟酒属阳,都有生湿助热的弊端。

3.3 高血压对结直肠腺瘤的影响

在本研究中,腺瘤性息肉组中不患高血压的有 57 人,患高血压有 33 人,非腺瘤性息肉组中患高血压和不患高血压人数各有 20 人。经单因素卡方检验显示,高血压病史在两组间无明显差异, $P>0.05$,故本次研究没有明确的证据证明高血压与 CRA 存在相关性。但在之前的研究中^[40],高血压与 CRA 存在明显关联,被当做腺瘤性息肉发生的预测因子。也有研究^[41]证明在代谢综合征的各个疾患组成中,高血压及腹型肥胖与腺瘤的发生有关,均是结肠癌前病变的危险性因素。但高血压与腺瘤性息肉的相关性仍存在较大争议,国内外有许多互相矛盾的研究结论,如毛文昕等^[42]观察了 643 例广东地区腺瘤性息肉患者发病危险因素,显示高血压在腺瘤组和非腺瘤组间无明显差异。术涛^[43]对合肥地区部分人群腺瘤性息肉危险因素分析得出高血压与腺瘤性息肉两组间无明显差异。日本有一项对 489 名在 3 家医院进行首次结肠镜检查的个体的研究^[44],同样发现代谢综合征中只有腹围差异与腺瘤性息肉有关,而高血压、高脂血症及糖尿病与腺瘤性息肉发病均无相关性。Lin 等^[45]对 356 例结直肠腺瘤术后复查的患者开展回顾性队列研究,发现高血压可以作为一种预测指标来评估结直肠腺瘤切除

术后的复发情况,但两者之间的联系机制尚不清楚,两者之间是否有剂量-反应关系也不能明确。高血压可通过调节血管紧张素引起交感神经兴奋,交感神经传递信号作用到结直肠黏膜上皮层,使其通透性增加,从而破坏了肠道菌群的平衡引起肠道反应性炎症。许慧露^[46]的一项研究表明结直肠腺瘤患者肠道菌群的种类和丰度与健康人存在差异。据此专家推测^[47],肠道微生态紊乱可能是引起高血压患者发生结直肠腺瘤性息肉的重要原因。众多研究发现强调了高血压与腺瘤性息肉的关系尚需要更多更大型的研究来证明。

在腺瘤性息肉组中,湿热质是高血压患者的易患中医体质,占比36.4%,其他体质频次依次为:阳虚质(24.2%)、痰湿质(15.2%)、平和质(9.1%)、瘀血质(6.1%)、气虚质(6.1%)、气郁质(3.0%)、特禀质(0%)、阴虚质(0%)。无高血压患者以阳虚质为主要体质,占比33%。采用Fisher精确概率法比较观察组中医体质类型与高血压病分布情况的相关性,发现腺瘤性息肉患者中医体质类型在高血压病的分布上无明显差异。高血压病在中医内科学中无统一的命名,临床医师常根据症状归为“眩晕”、“头痛”等范畴。究其病因多与外感六淫、七情内伤、饮食劳倦、年老体衰有关,病机多属本虚标实,虚为脏腑气血阴阳亏虚,实为风、火、痰、瘀互结、气机逆乱。脏腑气化有司、升降出入有序,才能维持脉管的通利、气血的畅行。心气的充沛推动津血的运行,心阳的温煦作用鼓舞脉管充盈、血流畅行;肝主疏泄,调畅全身的气机,气为血之帅,气机条畅则血液通利,肝主升、主动,推动气血运行,肝藏血,对血脉起到调控的作用;脾主运化,为气血生化之源,脾旺则血源充沛,脾气的统摄作用可制约血流行于脉中而不溢出脉外。腺瘤性息肉患者有33人患有高血压,其中有8位患者体质属于阳虚质。这类患者素体阳虚,脾阳不足则津液不能正常输布,肾阳不足,蒸腾气化无力,水液停聚,痰饮内生;阳虚生寒,寒主收引,肠道络脉拘紧,不能提供足够的气血津液营养肠道,反而实邪壅塞脉管,气血不畅而致血瘀,是致病的一大因素。正如《难经·五十五难》曰:“积者,阴气也”,人体阳气亏虚,阴气有余,有形之物凝

聚,逐渐形成肿瘤。对高血压病人的调查发现,高血压患者普遍口味偏重,饮食不节,嗜食辛辣、肥甘厚腻之品。偏嗜油腻损伤脾气,有碍脾的运化功能,津液输布失调,痰湿停滞而化浊,久蕴化火,偏嗜辛辣易生热邪,湿热胶着,终成肠覃。《丹溪心法》曰:“百病皆由痰作祟。”痰由湿生,是脾失健运后在体内积聚的病理产物,会导致多种疾病的发生。瘀血体质病人行血不畅,瘀血经久不化而生息肉,这类患者常常合并器质性病变,如心血管疾患,表现为面色黧黑,心悸、胸痛,唇舌发紫,舌面散布瘀点瘀斑,脉细涩或结代。

3.4 糖尿病对结直肠腺瘤的影响

在本次研究中,腺瘤性息肉组中患糖尿病有 27 人,占比 30.0%,不患糖尿病的有 63 人,非腺瘤性息肉组中患糖尿病有 15 人,占比 37.5%,不患糖尿病有 25 人。代谢综合征(Metabolic syndrome,MS)是一种因脂肪、蛋白质等代谢紊乱而出现肥胖、糖耐量受损、高血压等疾病的临床证候群。此前有国外学者进行的一项前瞻性研究^[48]表明代谢综合征与结直肠腺瘤性息肉的发生发展有关。随着国内外对代谢综合征的研究更加深入和广泛,其与腺瘤性息肉关系的争议也层出不穷。2 型糖尿病(Type 2 diabetes mellitus, T2DM)作为代谢综合征最主要的疾病之一,其与肿瘤疾病的关系已成为当前研究热点。HU 等人^[49]的研究表明,糖尿病不是结直肠腺瘤性息肉发生的危险因素,这与本次研究结论一致。另有学者对 T2DM 和结 CRA 的研究进行 meta 荟萃分析,评估了 T2DM 与 CRA 风险之间的关系^[50],认为在 CRA 的发病过程中,T2DM 作为危险性因素起到促进作用。无论是新发 2 型糖尿病患者还是既往患有糖尿病患者,均存在患结直肠腺瘤性息肉的风险。MS 的主要致病因素是胰岛素抵抗。近年诸多研究表明^[51-52],胰岛素抵抗和高胰岛素血症可能参与介导了结直肠腺瘤性息肉的发生。由胰岛素抵抗状态所引起的高血脂、高血糖、肥胖、细胞因子的改变等代谢异常,形成了一种有利于肿瘤发生的内环境,其中具体机制尚未明确。Sridhar SS 教授认为“胰岛素-胰岛素样生长因子(IGF)通路”在肿瘤

的发生发展中起到重要作用^[53]。不稳定的胰岛素-IGF 通路、线粒体活性氧自由基的增多、慢性炎症状态和细胞内脂肪酸代谢产物增多加重胰岛素抵抗。胰岛素抵抗时机体启动负反馈调节，胰岛素水平代偿性增高，激活胰岛素样生长因子-1（IGF-1），IGF-1 通过与其受体结合，发挥抑制肠上皮细胞凋亡、促进肠上皮细胞增殖、促进血管生长等作用，最终促进了 CRA 或 CRC 的发生。糖尿病并发的周围神经病变和周围血管病变，导致肠道蠕动缓慢，有利于毒素的堆积，破坏肠黏膜屏障，导致息肉的恶化。二甲双胍目前广泛应用于糖尿病一线治疗，其抗肿瘤的效果也受到医学界关注。研究表明^[54]二甲双胍在控制血糖的同时可作为结直肠腺瘤性息肉的保护性因素降低患病风险。Marks 等人^[55]的流行病学调查发现使用二甲双胍的 T2DM 患者，在息肉切除术后再次发生腺瘤性息肉的风险明显降低。

在腺瘤性息肉组中，糖尿病患者中医体质以湿热质为主要体质类型，其他体质频次依次为阳虚质（25.9%）、痰湿质（11.1%）、气郁质（11.1%）、瘀血质（25.9%）、气虚质（7.4%）、平和质（7.4%）、特禀质（0%）、阴虚质（0%）。无糖尿病患者体质类型以阳虚质为主，占比 31.7%，其他体质分布频次依次是：湿热质（27.0%）、痰湿质（19.0%）、气郁质（6.3%）、气虚质（4.8%）、阴虚质（4.8%）、平和质（3.2%）、特禀质（0%）、瘀血质（0%）。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与糖尿病分布情况的相关性，发现腺瘤性息肉患者中医体质类型在糖尿病的分布上无明显差异。《景岳全书》记载：“消渴病，其为病之肇端，皆膏粱肥甘之变。”从饮食习惯来看，糖尿病患者喜食膏粱厚味，长期增加脾胃的运化负担，导致脾胃功能受损，脾不散精，津液不能正常输布，痰湿内生，故在糖尿病患者中痰湿体质较多，湿热体质与体内痰湿久酝，酿而化热有关。阳虚质患者元阳虚弱，不能温煦诸脏，阳气不能蒸腾、气化水液，甚至气化严重失司而致糖尿病。阴阳失衡是糖尿病基本病理变化，不管是上消、中消还是下消，阴虚热亢是历代医家都认同的基本病机，肺阴亏虚则失于输布，胃阴亏虚则是失于运化，肾阴亏虚则失于濡养，此病迁延日久则阴损及阳，造成阴阳两虚或气阴两虚的证候。气郁质患者多从肝论治，

《血证论·脏腑病机论》记载：“食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，则水谷乃化。”可见肝木的疏泄在水谷的生成、运输、利用中扮演着重要角色，食糜入胃后，依靠肝气的疏泄功能作保障，胃腑才可腐熟之，脾脏才可运化之，由此清阳得以升发，上输至肺，肺可使浊阴肃降，使食糜下达肠腑。若肝疏泄失常，横逆中焦脾胃，而脾胃是全身气机之枢纽，必会导致脾气不升胃气不降的症状出现，如噎气、打嗝、吐酸、呕恶、痞满、便溏或便秘的症状。闫晓博等^[56]的研究表示，在糖尿病前期向糖尿病转化的过程中，主要的中医体质从痰湿质转化为阴虚质，说明在疾病不同阶段个体的中医体质可能发生改变。

在本次研究中，没有将疾病分级分期研究，存在一定局限性，糖尿病、高血压可能与腺瘤性息肉存在相似的风险，如肥胖、不规律的生活方式、不健康的饮食习惯等，而中医体质可能与疾病的严重程度有关联，故后续仍需分级分期探讨并加大样本量进一步研究。

3.5 脂肪肝对结直肠腺瘤的影响

在本次研究中，观察组有 49 人不患脂肪肝，41 人患有脂肪肝，对照组有 31 人不患脂肪肝，9 人患脂肪肝。单因素分析显示，脂肪肝病史在两组间存在统计学差异，即脂肪肝与结直肠腺瘤性息肉的发生有关。将两组数据纳入二元分类 logistic 回归模型分析，发现脂肪肝是患结直肠腺瘤性息肉的独立危险因素，脂肪肝会使患腺瘤性息肉的风险增加 5 倍。这一结论和多数研究是一致的。非酒精性脂肪性肝病（NAFLD）是一种以肝细胞内脂肪过度沉积为主要病理特征的疾病^[57]，它的发生排除酒精因素外，可能与肥胖、高血压、糖耐量异常等代谢紊乱因素相关。此前已有研究证实了脂肪肝尤其是非酒精性脂肪肝病增加罹患结直肠肿瘤的风险，属于危险因素。但由于 NAFLD 和 CRA 有多种共同的代谢异常风险因素，两者之间关系的研究也存在矛盾的结论。2010 年有国外研究者首次基于人群研究了 NAFLD 与结直肠腺瘤性息肉之间的关系^[58]，他们用超声诊断 NAFLD，将受试者分为腺瘤组和对照组，结果显示 NAFLD 与结直肠腺瘤性息肉发生

率增加显著相关。为进一步阐明脂肪肝与结直肠腺瘤的相关程度, Ze 等^[59]首次引入脂肪肝指数 (FLI) 对 2976 名受试者进行评估 FLI 与结直肠腺瘤患病率之间关系的研究, 脂肪肝指数^[60]是由腰围、体重指数、甘油三酯和 γ -谷氨酰转氨酶计算获得, 可作为 NAFLD 的无创性预测因子。该研究显示 FLI 高 ($FLI \geq 30$) 的受试者结直肠腺瘤患病率也相对更高, 经多因素分析得出 $FLI \geq 30$ 是患结直肠腺瘤的危险因素 ($OR=1.26; 95\%CI: 1.06 \sim 1.49$)。因此, 临床中可将高 FLI 作为结肠镜筛查结直肠腺瘤性息肉的预测因子之一。当前, NAFLD 与结直肠腺瘤之间联系机制有多种理论, 最被接受的主要是围绕胰岛素抵抗、反应性炎症、肠道微生态失调等。胰岛素抵抗导致血清胰岛素水平代偿性增高, 直接激活胰岛素生长因子-1, 从而抑制结直肠上皮细胞凋亡, 促进细胞增殖; 胰岛素抵抗导致 NAFLD 患者脂肪酸代谢紊乱, 肝脏游离脂肪酸含量增多, 促使机体氧化应激反应和炎症细胞因子的增多如肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、IL-8 等, 从而导致机体慢性炎症反应, 促进结直肠腺瘤性息肉发生^[61-62]。但在本研究中, 仅由腹部超声来诊断脂肪肝, 缺少肝脏穿刺活检的金标准, 存在一定的误诊率, 且脂肪肝常与代谢综合征其他组成相伴发生, 研究中没有将酒精、药物、血糖、血压、免疫性疾病等混杂因素除外, 故后续仍需要更大样本更科学的实验设计来说明脂肪肝与结直肠腺瘤性息肉的关系。

在结直肠腺瘤性息肉组中, 有脂肪肝患者的中医体质主要以湿热质、阳虚质、痰湿质为主, 占比 76%, 其他体质分布频次依次是: 气郁质 (9.8%)、气虚质 (7.3%)、阴虚质 (7.3%)、平和质 (0%)、特禀质 (0%)、瘀血质 (0%); 没有脂肪肝的患者体质分布频次依次是: 阳虚质 > 湿热质、痰湿质 > 平和质 > 气郁质、瘀血质 > 气虚质 > 特禀质 > 阴虚质。采用 Fisher 精确概率法比较观察组中医体质类型与脂肪肝分布情况的相关性, 发现腺瘤性息肉患者中医体质类型在脂肪肝的分布上具有差异性, 差异具有统计学意义。可见脂肪肝患者患腺瘤性息肉的好发体质为湿热质、阳虚质、痰湿质。脂肪肝在中医学中没有相关病名, 根据其临床症状及中医证候可归属“积证”“痰证”“肥气”等范畴。中医认为脂肪肝病位在肝, 但与脾

胃密切相关。以中医基础理论中提到的五行生克理论为指导,肝系的疾病可以传脾脏即木乘土,脾病也可以忤肝脏,是土侮木。脾脏居于中焦,脾旺才能散津,肝在左主升,肺在右主降,肺能通调水道,肾可气化水液,故全身津液代谢均经由脾脏起承转合,而脾运化功能的正常发挥离不开肝气的疏泄有序。病理状态下,肝木不得疏泄,气机郁滞,横逆克脾土,水谷精微的输布受到影响,津液停聚,水湿生痰,《灵枢·百病始生》曰:“湿气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣。”痰湿化热,居于胃肠,日久入血络,导致痰瘀互结,故湿热、痰浊、血瘀是 NAFLD 的病理因素,饮食不节、情志不畅、劳逸失调是发病外在因素。《脾胃论》曰:“脾胃不足之源,乃阳气不足,阴气有余。”意指脾阳充盛,脾脏才能发挥运化功能,阳虚质患者脾阳不足,运化无力,饮食水谷不能转化为精微物质,而成为重浊糟粕,而 NAFLD 的主要病理特征为脂质在肝细胞内的异常堆积,这与中医的理论相符,过多脂质的堆积即由脾阳运化失职化水谷为重浊糟粕而来。赵文霞等^[63]对 1163 例 NAFLD 患者进行中医体质的调查,同时做部分生化指标的检查,分析发现 NAFLD 患者以痰湿质和气虚质为主,痰湿质更易出现生化指标尤其是血清酶的异常。

在进一步研究脂肪肝对腺瘤性息肉生物学特征的影响时发现,脂肪肝影响腺瘤性息肉的大小,对息肉数量、位置无影响。患脂肪肝的腺瘤性息肉患者共有 59 人,其中有 12 人息肉直径 $\geq 1\text{cm}$,占比 20.3%,无脂肪肝的腺瘤性息肉患者共有 87 人,其中仅有 6 人息肉直径 $\geq 1\text{cm}$,占比 7%,可以看出患脂肪肝的腺瘤性息肉患者息肉直径可能更大。

3.6 结直肠腺瘤患者的中医体质分布

在本研究中,观察组患者的中医体质分布频次依次是:阳虚质(30.0%)>湿热质(27.8%)>痰湿质(16.7%)>气郁质(7.8%)>气虚质(5.6%)>平和质(4.4%)>阴虚质(3.3%)、瘀血质(3.3%)>特禀质(1.1%)。对照组的中医体质分布频次依次是:痰湿质(27.5%)>平和质(22.5%)>阳虚质(12.5%)>湿热质(10.0%)、气虚质(10.0%)>气郁质(7.5%)

>阴虚质(5.0%)>瘀血质(2.5%)、特禀质(2.5%)。在单因素分析中,经 Fisher 精确概率法检验得出结论:腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉患者的中医体质分布不同。腺瘤性息肉患者中医体质以阳虚体质、湿热质、痰湿质为易患体质,占比 57.8%;而非腺瘤性息肉患者则以痰湿质和平和质为主。将观察组中的易患体质纳入多因素二元 logistic 回归模型,分析发现阳虚质、湿热质是结直肠腺瘤性息肉发生的危险因素,OR 值分别为 5.622、5.584。代根奇等人^[64]调查了 107 例 CRA 患者和同期正常的 107 例健康志愿者,同样发现两组的中医体质分布具有差异性,经回归分析显示湿热体质和痰湿体质可增加 CRA 风险,OR 值分别为 3.34、2.59,平和质可降低 CRA 风险,OR 值为 0.19。陈霞等人^[65]分析了 160 例不同病理类型大肠息肉患者的中医体质分布,分为腺瘤组和非腺瘤组,发现两组中医体质分布存在差异,气虚质、气郁质是腺瘤性息肉患者最常见的体质类型,而非腺瘤性息肉患者则以湿热质、瘀血质为主。董月秋等人^[66]同样进行了息肉与体质关系的研究,认为大肠息肉的病理类型与患者的中医体质相关,阳虚体质是腺瘤性息肉的易患体质类型,其次为痰湿质、气虚质及湿热质。李梦洁^[67]的研究认为腺瘤性息肉患者中痰湿体质最常见,多因素 Logistic 回归分析痰湿体质是腺瘤性息肉发病的危险因素。崔洋阳^[68]研究认为大肠腺瘤性息肉主要体质类型为阳虚质、气虚质、湿热质、痰湿质、平和质。也有专家得出不一样的结论,于春月等人^[69]收集了 276 例大肠息肉患者的中医体质类型,经统计学分析发现腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉患者的体质分布无明显差异。

尽管研究结果各有不同,但总体来看阳虚质、湿热质、痰湿质在腺瘤性息肉中出现频率较高,从中医理论分析其原因:(1)阳虚质是由于体内阳气不足而表现出阳虚生寒的体质特征。可由先天不足或饮食偏寒、久病阳衰等原因形成。《灵枢·百病始生》载:“积之始生,得寒乃生,绝乃成积也”。阳气主动,起到温煦、气化、推动作用,当阳气不足时,阴精不能转为气血津液濡养全身,反而阴寒内生,寒性收引凝滞,津液、血液、气机滞而不行,便生痰浊、瘀血等病理产物,阻于肠道发为肠瘤。这

个理论和西医学肿瘤形成的理论是一致的。(2) 湿热质是体内湿邪与热邪交蒸,表现出湿热内蕴的体质特征。可由先天禀赋,或居住环境、作息和饮食习惯、长期烟酒等个人史引起。常表现为面部垢腻,口苦口干,身重汗出,大便不爽或干结,小便黄,男性阴囊潮湿,女性带下增多、色黄,舌苔黄腻,脉弦数或滑数^[70]。湿为阴邪,其性重浊黏腻,热为阳邪,其性亢盛,湿郁热炽,热蒸湿动,充斥肠腑,积聚日久,伤津耗液,酿生癌毒。

(3) 痰湿质是一种因水液代谢失常,以痰湿内蕴为主要特征的体质状态。或由于先天禀赋不足,或因后天饮食偏嗜、劳逸过度。脾喜燥恶湿,“肥人多痰”,困阻脾胃,使其不能发挥运化津液的作用,而湿邪黏腻,患病后病程缠绵不去,气机郁滞,久之伤络,故痰、湿、瘀互相凝结发为此病。

《丹溪心法》云:“痰挟瘀血,遂成窠囊。”

在上述多因素回归分析结论的基础上进一步研究这两种体质对腺瘤性息肉生物学特征的影响,发现湿热质影响腺瘤性息肉的大小,对息肉数量、位置无影响。湿热体质的腺瘤性息肉患者中有 30 人息肉 $<1\text{cm}$,有 11 人息肉 $\geq 1\text{cm}$,其他质的腺瘤性息肉患者有 61 人息肉直径 $<1\text{cm}$,仅有 2 人息肉直径 $\geq 1\text{cm}$,说明湿热体质的腺瘤性息肉患者,息肉的直径有更大的趋势。而息肉数量、大小、位置在阳虚体质和其他质两组间无明显差异,故本研究表明阳虚体质对腺瘤性息肉数量、大小和位置无影响。在于春月的调查研究中发现阳虚体质影响大肠息肉的数量,单发息肉患者阳虚体质更多见^[69]。

3.7 结合中医体质对结直肠腺瘤的防治

通过研究结直肠腺瘤性息肉的中医体质,我们发现阳虚质、湿热质、痰湿质是易患体质,通过药物调摄、饮食调摄、精神调摄等方面干预体质的偏颇,可以起到预防疾病发生和复发的效果。

3.7.1 药物调摄

药物调摄即是在中医药理论的指导下,针对不同的特质特征,通过中药来干预体质的偏颇的方法。不同的中药因为性味归经的差异而有着不同

的治疗作用,中药方剂因为组方配伍的不同而具备不同特定的功效。房静远教授^[71]在我国开展的多中心随机双盲对照研究发现,每日连续服用0.6g黄连素的结直肠腺瘤术后患者在两年随访内腺瘤复发率较每日服用安慰剂的术后患者更低,且服用黄连素的患者中未发现结直肠癌,证实了黄连素可以预防结直肠腺瘤的复发和癌变。刘智勇等人^[72]纳入102例寒湿体质大肠息肉术后患者,观察五积散对息肉术后复发的预防效果,结果发现在随访的1年内服用五积散的研究对象息肉复发率相对更低,说明五积散对寒湿体质患者息肉的复发起到预防作用。孙学达^[73]认为甘露消毒丹中有黄连黄芩苦寒燥湿,也有滑石甘寒淡渗以及藿香、石菖蒲、白蔻仁等芳香化浊药物,配方用药符合湿热体质的证候特点,可作为湿热体质调体的长期用方。王琦教授创立的“王琦湿热调体方”与甘露消毒丹有异曲同工之妙,奏清热解毒和芳香化湿之效。秦月华^[74]对王琦教授的方剂进行随机对照临床研究,证实了该方可改善湿热体质的偏颇,并向平和质转变。针对气郁质,王琦教授创立了“王琦气郁调体方”,该方调肝以畅气机、清心火以消气郁,并可以药食两用,适合气郁体质长期服用。张梦醒^[75]通过对60例气郁质患者的对照研究发现,用“王琦气郁调体方”和生活调护同时干预的研究对象气郁症状改善更明显。

3.7.2 饮食、精神调摄

体质的调节是一个长期干预的过程,短期内很难发生改变,膳食茶饮可以作为生活习惯长期坚持,在潜移默化中改变体质。周斌教授对CRA术后复发患者进行了体质调查^[76],发现气虚质和瘀血质是CRA术后复发的危险因素,通过临床辨证,周教授认为本病正虚为本,痰、湿、瘀实邪为标,用清热除湿、消瘀散结的茯山藤米茶可干预体质变化,研究证明茯山藤米茶可改变气虚质、阳虚质、痰湿质等体质偏颇,明显降低CRA的复发率。毕秋颖的研究表明四子代茶饮可以通过干预泌尿系尿酸结石患者的中医体质来达到治疗疾病的效果^[77]。平和质没有阴阳偏颇,但平时饮食仍要注意平衡膳食,谷类主要含糖和蛋白质,肉类补充蛋白质和脂肪,蔬菜、水果主要含维生素和矿物质,这几类应合理搭配,均衡饮食。食物还有四

气之性,应根据体质来控制饮食的寒热温凉,过食生冷寒凉损伤脾胃阳气,导致寒湿内生,过食辛温燥热又使胃肠积热。而偏颇体质应利用食物之偏,调整机体阴阳失衡。虚证可选用具有补益作用的食物,如阳虚质可以吃羊肉、狗肉等甘温助阳之品,避免生冷性寒味苦的食物,如鸭肉、菠菜、苦瓜等;阴虚质可以选吃鳖甲、银耳、百合等养阴生津之品;粥的主要成分为米谷,味甘,可以补益脏腑,尤其是气虚质患者可以选用;对于湿热体质,应避油荤厚腻之品,戒烟戒酒,多吃蔬菜,如绿豆、芹菜、冬瓜、西瓜、山药等,寒热平调不可偏嗜。

精神调摄可通过歌舞疗法、书画疗法、戏剧疗法等方式干预。如音乐疗法,可根据体质的偏颇,选用不同的风格的曲目。气郁质患者常表现为郁郁寡欢,可选择轻松愉快、流畅动听的曲子;表现为焦躁不安的阴虚质、湿热质患者,可以选择悠然缓慢、清丽婉转的音乐;精神不振、气短懒言的气虚质、阳虚质患者可以听节奏鲜明、旋律高亢的曲子。不同字体的书法有不同的调摄作用,如楷书有静气安神,消除烦恼和急躁情绪的作用,适用于湿热质、阴虚质、血瘀质患者;行书、草书潇洒活泼,似行于流水,能使人情绪高昂、激情奔放、胸怀舒畅,故对气郁质、痰湿质患者尤为适宜。针对不同的体质可选择不同的戏剧内容,凡情绪抑郁、消沉一类的病人,可选择喜剧、相声等轻松愉快的剧种,而情绪烦躁、亢奋的一类病人,应选择恬静优雅的剧种如越剧、昆剧。

结 语

近年来,不断更新的早癌筛查方案以及更加先进的治疗措施,为越来越多的结直肠癌患者提供了延长生存期的希望,但是我们应当保持谨慎的乐观,目前我国结直肠癌发病率仍在上升趋势,且发病年龄正向年轻化进展,无疑给社会带来了沉重的经济负担。随着生活质量的提高,民众对医疗的需求已从治疗转为预防,医学重点也从疾病转为健康,中医学“治未病”正是“健康中国”实践的重要指导思想。将中医体质学应用于结直肠腺瘤的早期诊断和干预,是我们本次研究主要努力的方向之一。通过对130例研究对象中医体质分布及发病危险因素的分析,我们发现,阳虚体质、湿热体质、饮酒史、脂肪肝是结直肠腺瘤性息肉发病的危险因素。根据“体质可调论”,在未病之时,我们可以通过调理体质偏颇,改变对结直肠腺瘤性息肉的易感性,结合西医镜下治疗,最大程度上防止结直肠癌的发生。但本研究也存在以下不足:

1. 本研究纳入病例较少,未能开展大样本队列研究,导致每种因素及体质的研究数量较少,对研究结果可能有一定影响。且所有病例皆是从本院筛选出来,没有武汉市其他医院的多中心研究,造成病例选择具有一定偏倚性。

2. 中医体质可能与疾病的严重程度有关联,在本次研究中,没有将疾病分级分期研究,导致结论有一定局限性,且各因素间可能存在混杂因素干扰研究结果,故后续仍需分级分期探讨中医体质与疾病的相关性并纳入更多因素进行研究。

3. 中医体质具有相对稳定性和动态可调性,所以观察周期应该较长,但本研究未能建立长周期的队列观察,可能无法全面观察到体质与疾病关系的变化;

4. 本研究仅对患者中医体质进行分析,未能研究中医药对体质的干预

及腺瘤复发情况的随访，后续可进一步完善研究，为中医体质预防及治疗结直肠腺瘤性息肉提供系统的指导和建议。

参考文献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6):394-424.
- [2] Welch HG, Robertson DJ. Colorectal cancer on the decline--why screening can't explain it all[J]. N Engl J Med, 2016, 374(17):1605-1607.
- [3] Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014[J]. CA Cancer J Clin, 2014, 64(2):104-117.
- [4] Pecci F, Cantini L, Bittoni A, et al. Beyond microsatellite instability: Evolving strategies integrating immunotherapy for microsatellite stable colorectal cancer[J]. Curr Treat Options Oncol, 2021, 22(8):69.
- [5] Codrich M, Dalla E, Mio C, et al. Integrated multi-omics analyses on patient-derived CRC organoids highlight altered molecular pathways in colorectal cancer progression involving PTEN[J]. J Exp Clin Cancer Res, 2021, 40(1):198.
- [6] Panza A, Castellana S, Biscaglia G, et al. Transcriptome and gene fusion analysis of synchronous lesions reveals lncMRPS31P5 as a novel transcript involved in colorectal cancer[J]. Int J Mol Sci, 2020, 21(19):7120.
- [7] Leslie A, Carey FA, Pratt NR, et al. The colorectal adenoma-carcinoma sequence[J]. Br J Surg, 2002, 89:845-860.
- [8] Wynter CVA, Walsh MD, Higuchi T, et al. Methylation patterns define two types of hyperplastic polyps associated with colorectal cancer[J]. Gut, 2004, 53:573-580.
- [9] Samowitz WS, Curtin K, Ma K, et al. Microsatellite instability in sporadic colon cancer is associated with an improved prognosis at the population level[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2001, 10:917-923.
- [10] Kouzminova N, Lu T, Lin AY. Molecular basis of colorectal cancer [J]. N Engl J Med, 2010, 362(13):1245-1247.

- [11] 刘杨, 高文艳, 巩阳, 等. 大肠息肉病理类型与中医体质关系的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 22 (6) : 291-293.
- [12] 边杨清, 郑昱, 季光, 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 (2) : 24-31.
- [13] 李鹃, 岳文杰, 刘懿, 等. 结肠息肉 1239 例内镜及病理分析[J]. 上海医学, 2010, 33 (06) : 585-588.
- [14] 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, 1 (43): 16-38.
- [15] Baidoun F, Elshiw K, Elkerai Y, et al. Colorectal Cancer Epidemiology: Recent trends and Impact on Outcomes[J]. Current drug targets, 2020.
- [16] 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, (01) : 3-11.
- [17] 宁浩勇. WHO (2010) 消化系统肿瘤组织学分类[J]. 诊断病理学杂志, 2011, 18 (01) : 77-79.
- [18] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定 (ZYYXH/ T157-2009) [J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4 (4) : 303-304.
- [19] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010. 中国医学前沿杂志[J], 2011, 3 (5): 42-93.
- [20] 范国洽, 郝慧斌, 杨昱, 等. 2013 版《中国 2 型糖尿病防治指南》解读[J]. 中国临床医生杂志, 2015, 10: 92-95.
- [21] Fanelli GC, Chittmri S, Lau GK, et al. Guidelines for the assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease in the Asia - Pacific region: executive summary[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22: 775-777.
- [22] Zeng MD, Fan JG, Lu LG, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver diseases[J]. J Dig Dis, 2008, 9: 108-112.
- [23] 吴鸿, 高水波. 浅析中医“治未病”理论及其现实意义[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17 (11): 1196-1197.
- [24] 肖科金, 蔡超群, 郑庆丹, 等. 脑梗死高危患者中医体质与危险因素及 PCSK9 水平相关性研究[J]. 实用中医内科杂志: 1-5.

- [25] 郁燕,沈瑾.反复呼吸道感染儿童中医体质分析及其与免疫功能、维生素A的关系探讨[J].四川中医,2023,41(02):74-78.
- [26] 林奕岑,潘丽莎,章恒端.妊娠剧吐患者相关指标与中医体质的相关性研究[J].辽宁中医杂志:1-10.
- [27] Nakai, Keisuke,Watari, Jiro,Tozawa, Katsuyuki, et all.Sex differences in associations among metabolic syndrome, obesity, related biomarkers, and colorectal adenomatous polyp risk in a Japanese population[J]. Journal of clinical biochemistry and nutrition. ,2018,63(2):154-163.
- [28] 毛文昕, 钟子劭, 黄穗平, 等.腺瘤性息肉发病危险因素及中医机制分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019,27(10): 726-728.
- [29] Clendenen TV,Koenig KL,Shore RE,et al.Postmenopausal leves of endogenous sex hormones and risk of colorectal cancerl[J] .Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2009,18(1): 275-281.
- [30] Hsieh YH,Kuo CS,Tseng KC, et al.Factors that predictcecal insertion time during sedated colonoscopy:The role of waist circumference[J].J Gastroenterol Hepatol,2008,23(2):215-217. :
- [31] 胡妍. 体质辨识在结直肠腺瘤性息肉风险中的价值初探——基于细胞和基因的研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2021: 21.
- [32] 曹云飞, 陈利生, 高枫. 结直肠中 ING1 甲基化的性别不一致性研究[J]. 结直肠肛门外科,2006,12(1):29-32.
- [33] 胡葵茹, 王字形, 石钰霖, 等. 中国人群吸烟所致疾病风险的Meta分析[J]. 中国预防医学杂志, 2021, 22(4): 250-254.
- [34] Botteri E,Iodice S,Raimondi S,et al.Cigarette smoking and adenomatous polyps:a meta-analysis[J].Gastroenterology,2008,134:388-395.
- [35] Gong J, Hutter C, Baron J, et al. A pooled analysis of smoking and colorectal cancer: timing of exposure and interactions with environmental factors[J]. Cancer epidemiology, biomarkers &

- prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 2012, 21(11): 1974-1985.
- [36] Luke JP, Andrew H, Kirsten BM, et al. Examining the association between cigarette smoking and colorectal cancer using historical case—control data[J]. Cancer Epidemiol, 2009, 33(3-4): 182-188.
- [37] Thygesen LC, Wu K, Gronbaek M, Fuchs CS, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a comparison of approaches for including repeated measures of alcohol consumption[J]. Epidemiology, 2008, 19: 258-264.
- [38] 方崇文, 张焰平, 孙小明, 等. 腺瘤型肠息肉发生的影响因素分析[J]. 中国医药导报, 2022, 19(13): 104-106.
- [39] 段晓红, 姜支农. 酒精相关性结直肠炎二例[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(31): 2490-2491.
- [40] Huang KW, Leu HB, Wang YJ, et al. Patients with non-alcoholic fatty liver disease have higher risk of colorectal adenoma after negative baseline colonoscopy[J]. Colorectal Dis, 2013, 15: 830-835.
- [41] Fliss-Isakov N, Zelber-Sagi S, Webb M, et al. Distinct metabolic profiles are associated with colorectal adenomas and serrated polyps [J]. Obesity (Silver Spring), 2017, 25 Suppl 2: S72-S80.
- [42] 毛文昕, 钟子劭, 黄穗平, 等. 腺瘤性息肉发病危险因素及中医机制分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(10): 726-729.
- [43] 术涛. 结直肠腺瘤性息肉的危险因素分析[D]. 安徽: 安徽医科大学, 2019: 12-20.
- [44] Keisuke Nakai, Jiro Watari, Katsuyuki Tozawa, et al. Sex differences in associations among metabolic syndrome, obesity, related biomarkers, and colorectal adenomatous polyp risk in a Japanese population[J]. J Clin Biochem Nutr, 2018, 63(2): 154-163.
- [45] C-C Lin, K-W Huang, J-C Luo, et al. Hypertension is an important predictor of recurrent colorectal adenoma after screening colonoscopy with adenoma

- polypectomy[J]. Journal of the Chinese Medical Association, 2014, 77: 508-512.
- [46] 许慧露. 特定肠道细菌定量与结直肠腺瘤性息肉及结直肠癌关系的研究[D]. 江苏: 江苏大学, 2021: 16-24.
- [47] 刑洁, 任竣瑶, 张倩, 等. 高血压患者结直肠腺瘤发病的危险因素分析[J]. 中国医刊, 2021, 5 (8) : 859.
- [48] Enrico Fiori , Antonietta Lamazza , Ercole De Masi, et al. Association of liver steatosis with colorectal cancer and adenoma in patients with metabolic syndrome[J]. Anticancer Res, 2015, 35 (4) : 2211-2214.
- [49] Kramer HU, Muller H, Stegmaier C, et al. Type 2 diabetes mellitus and gender-specific risk for colorectal neoplasia[J]. Eur J Epidemiol, 2012, 27(5): 341-347.
- [50] Yu F, Guo Y, Wang H, et al. Type 2 diabetes mellitus and risk of colorectal adenoma: a meta-analysis of observational studies[J]. BMC cancer, Aug 17 2016, 16: 642.
- [51] 宗蕾, 王伟, 邱世琳, 等. 胰岛素抵抗与结直肠腺瘤发生和复发的相关性分析[J]. 胃肠病学, 2018, 23 (10) : 606-610.
- [52] Gonullu G, Kahraman H, Bedir A, et al. Association between adiponectin, resistin, insulin resistance, and colorectal tumors[J]. Int J Colorectal Dis, 2010, 25(2): 205-212.
- [53] Sridhar SS, Goodwin PJ. Insulin-insulin-like growth factor axis and colon cancer[J]. J Clin Oncol, 2009, 27(2): 165- 167.
- [54] Hou YC, Hu Q, Huang J, et al. Metformin therapy and the risk of colorectal adenoma in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis[J]. Oncotarget, Jan 31 2017, 8(5): 8843-8853.
- [55] Marks AR, Pietrofesa RA, Jensen CD, et al. Metformin Use and Risk of Colorectal Adenoma after Polypectomy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus[J]. Cancer epidemiology, biomarkers and prevention: A

- publication of the American Association for Cancer Research, 2015, 24(11): 1692-1698.
- [56] 闫晓博, 戴志国. 中医体质辨识在糖尿病前期防控中的临床应用[J]. 中医临床研究, 2022, 14 (27) : 76-78.
- [57] Eun Young Ze, Beom Jin Kim, Dong Hwan Jun, et al. The Fatty Liver Index: A Simple and Accurate Predictor of Colorectal Adenoma in an Average-Risk Population[J]. DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME, 2018, 61:36-42.
- [58] Hwang ST, Cho YK, Park JH, et al. Relationship of nonalcoholic fatty liver disease to colorectal adenomatous polyps [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2010, 25 (3) : 562-567.
- [59] Ze EY, Kim BJ, Jun DH, et al. The fatty liver index: a simple and accurate predictor of colorectal adenoma in an average- risk population [J] .Dis Colon Rectum, 2018, 61 (1) : 36-42.
- [60] Bedogni G, Bellentani S, Miglioli L, et al. The fatty liver index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population [J] .BMC Gastroenterol, 2006, 6 (1) : 33.
- [61] Grivennikov Sergei I. Inflammation and colorectal cancer: Colitis — associated neoplasia [J] . Semin Immunopathol, 2013, 35 (2) : 229 — 244.
- [62] Armstrong Matthew J ,Adams Leon A, Canbay Ali, et al. Extrahepatic complications of nonalcoholic fatty liver disease. [J]. Hepatology (Baltimore, Md.), 2014, 59(3) : 1174-97.
- [63] 赵文霞, 段荣章, 刘君颖. 1163 例非酒精性脂肪肝患者与气虚质痰湿质相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(8), 1543-1544.
- [64] 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]. 中医肛肠杂志, 2022, 42 (10) : 29-32.
- [65] 楚永庆, 陈霞, 李力, 等. 160 例大肠息肉患者中医证型与中医体质分布规律研究[J]. 中医杂志, 2021, 62 (11) : 966-969.

- [66] 董月秋,李焱,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(5):41-42.
- [67] 李梦洁.结肠息肉中医体质、中医证型、病理类型分布及其相关性研究[D].山东,山东中医药大学,2018:15-18.
- [68] 崔洋阳.大肠腺瘤性息肉患者中医体质与血脂指标相关性分析[D].辽宁:辽宁中医药大学,2016:15-17.
- [69] 于春月,赵雪香,张厂,等.大肠息肉的中医体质类型分布规律调查分析[J].中医学报,2019,12(34):2665-2668.
- [70] 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.
- [71] Chen Y X, Gao Q Y, Zou T H, et al. Berberine versus placebo for the prevention of recurrence of colorectal adenoma: a multicentre, doubleblinded, randomised controlled study[J].The Lancet Gastroenterology & Hepatology,2020,5(3):267-275.
- [72] 刘智勇,沈忠,张秀峰,裘建明,武文静,廖秀军,茅伟明.局方“五积散”预防寒湿体质结直肠息肉复发的临床随机对照研究[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(05):396-399.
- [73] 孙学达,倪诚.基于体质与证候辨析的湿热体质主药主方筛选[J].北京中医药大学学报,2017,40(04):272-275.
- [74] 秦月华.“王琦湿热调体方”干预湿热体质效果评价研究[D].北京中医药大学,2019.
- [75] 张梦醒.“王琦气郁调体方”干预气郁体质效果评价研究[D].北京中医药大学,2019.
- [76] 王柏庆,郭哲宇,诸葛丽等.茯山藤米茶干预结直肠腺瘤患者体质的疗效观察[J].中华中医药杂志,2022,37(12):7498-7501.
- [77] 毕秋颖.四子代茶饮对痰湿质泌尿系尿酸结石的体质干预研究[D].云南中医药大学,2020.

附 录

附录一 综述

结直肠腺瘤性息肉的中西医研究进展

摘要：结直肠腺瘤性息肉被认为是结直肠癌的前期病变，早期诊治结直肠腺瘤是预防结直肠癌的关键，从中西医两方面研究结直肠腺瘤，有利于我们对其发病特点的进一步认识。本文将结直肠腺瘤性息肉的中医、西医研究进展作一综述。

关键词：结直肠腺瘤 中医体质 西医研究

Research progress of traditional Chinese and Western medicine
in colorectal adenomatous polyps

Abstract: Colorectal adenomatous polyps are considered as the early lesions in colorectal cancer, and the early diagnosis and treatment of colorectal adenoma is the key to the prevention of colorectal cancer. The study of colorectal adenoma from two aspects of traditional Chinese and western medicine is conducive to our further understanding of its characteristics . This article reviews the progress of treatment of colorectal adenomatous polyps with integrated traditional Chinese and western medicine.

Key words: colorectal adenoma; TCM constitution; Western Medicine study

结直肠腺瘤性息肉的病名在中医古籍中没有相关记载，但我们的古人早在两千多年前初次对“息肉”进行了描述，《灵枢·水胀》言：“肠覃何如？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏……息肉乃生。”当代中医学根据结直肠腺瘤性息肉的临床症状和体征将其归为“肠溜^[1]”、“积聚”一类。随着对疾病的研究更加深入，中医学者们发现某些疾病具有群体获得性的特点，这与中医体质学说颇为相符，中医体质与疾病关系的探索已然成为当前的研究热点。尽管现代医学内镜诊断及镜下治疗技术不断发展和进步，但我国结直肠癌的发病率仍在不断上升，而“息肉-腺瘤-癌”的发展过程已成为医学界公认的演变学说，所以预防、诊治结直肠腺瘤极为关键。本文就结直肠腺瘤性息肉的中医认识、西医研究作一综述。

1. 结直肠腺瘤性息肉的中医学研究

1.1 中医病因病机

中医学者对该病病因病机的认识众说纷纭，尚无统一的论述。古有医家认为阳虚寒凝是“积证”的基本病机，早在《景岳全书·秘结》^[2]中记载：“凡下焦阳虚，则阳气不行，阳气不行则不能传送，而阴凝于下，此阳虚而阴结也。”杨小平主任^[3]的分析认为，胃肠息肉的基本病机是胃强脾弱、积热内郁，也常兼夹痰湿、血瘀等实邪。吴瑶麒等^[4]整合大肠息肉患者的病理类型及中医证候特点综合分析，认为“浊毒内蕴”是导致大肠腺瘤性息肉发病的关键，痰湿凝聚，久之化浊，郁而化热，循“浊-痰-热-毒”之径，而终生浊毒，日久发为瘤。代金钟等^[5]认为各种病理因素导致痰邪内伏，当人体正气亏虚时由饮食不节、六淫邪气、情志内伤等因素诱发，从无形痰邪变为有形实邪，最终形成大肠息肉，伏痰常挟瘀化毒，导致息肉后期有一定癌变风险。

总体来说，多数医家认为本病病位在肠，与脾胃、肺、肝、肾有关系。病机属虚实夹杂，本虚标实，脾胃虚弱为本，外感或内生的寒湿、痰浊、血瘀等病理产物为实，且常相兼发病。其病因较复杂，可由寒湿外袭、情志失调、饮食不节等作用于人体，使人体阴阳失调，脾胃、肺、肝、肾脏

腑功能得不到正常发挥,气为血之帅,可生血、行血、载血,气机不行,津血随气郁滞不畅,产生痰湿、血瘀,湿邪重浊黏腻,病邪相互裹结、粘滞不化,日久生热,蕴热酿毒,伏于肠道,当人体正气亏虚之时,发为瘤癌。

1.2 中医辨证论治

结直肠腺瘤性息肉的辨证分型尚无统一的标准,医家们根据该疾病的临床症状进行辨证。李建华^[6]根据 75 例大肠腺瘤性息肉患者的脉症分析,将其初步辨证为大肠湿热、脾虚湿瘀、湿热瘀结、脾虚湿阻、脾气虚弱、气阴两虚、气滞血瘀 7 个证型。其中管状腺瘤性息肉最常见大肠湿热证,绒毛状和管状绒毛状腺瘤均以脾虚湿瘀证为主;田璐^[7]在山西地区进行多中心的研究,收集了 297 例确诊结直肠腺瘤息肉患者的四诊资料,将其辨证总结为大肠湿热证、脾虚湿蕴证、寒湿阻滞证、气滞湿阻证、瘀血内停证五个证型,以大肠湿热证患者最为常见;毛文昕等人^[8]对广东地区的腺瘤性息肉患者进行调查,发现该地区脾虚夹瘀证是最多发证型,而且证型的分布存在性别差异,除了脾虚夹瘀证是基础证型外,男性还多见大肠湿热证,女性中脾胃气虚证常见。这可能与广东岭南地区潮湿的环境和炎热气候有关系。

根据文献研究和临床经验总结,中医药在腺瘤性息肉的治疗上主要以扶正祛邪、标本兼治为原则。刘智勇等人^[9]认为脾胃虚寒为大肠息肉形成之本,寒、湿、痰、瘀为形成之标,予五积散散寒祛湿、理气活血、化痰消积;针对大肠息肉,李小兰等^[10]制定了以健脾清热化湿的原则治疗方法,基础方为参苓白术散,加黄芪、黄芩、白花蛇舌草,共同发挥扶正、健脾、清热化湿之效,观察发现此方不仅可以改善消化道症状,还可以降低息肉术后复发率。另有中医外治法,如中药保留灌肠、中药穴位贴敷、中药半身熏洗、针灸推拿等。肠息肉内镜术后患者常会出现腹胀、腹痛、恶心、腹泻等消化道症状,王芳等人^[11]研究肠息肉内镜术后患者应用消蕈汤(黄芪、薏苡仁、党参、茯苓、莪术及三七)灌肠治疗的效果,发现消蕈汤不仅可以改善肠息肉术后患者的症状,还可以降低术后患者的理化指标,对

控制息肉的发展和复发起到一定的作用。

1.3 中医体质与腺瘤性息肉的关系

1.3.1 中医体质学说的概念

中医体质是一种相对稳定的内在特征,由先天禀赋和后天因素共同形成,反映人整体状态特征。中医学认为,体质差异在很大程度上决定着疾病的发生发展,体质偏颇可影响疾病易感性,而疾病又可动态干预体质变化。故中医体质具有相对稳定性和动态可调性。

1.3.2 中医体质学说的溯源

中医体质学说最早起源于《黄帝内经》,《灵枢·阴阳二十五人》篇中提及:“先立五行金、木、水、火、土,别其五色,异其五形之人,而二十五人具矣。”这是依据阴阳五行,将人群按形态特征等方面分为五种基本类型。《灵枢·通天》中将人分成太阴人、少阴人、太阳人、少阳人及阴阳和平之人。后世历代医家也对中医体质提出各自的见解。东汉张仲景根据临床观察提出了“强人”、“羸人”、“盛人”、“虚弱家”、“素盛今瘦”等多种体质特征。明清医家将更多的辩证方法应用于体质分类,明代赵献可在其著作《医贯》中提出“有偏阴偏阳者,此气禀也”,将人体体质分为太阴之人和太阳之人。清代叶天士对体质的分类以脏腑、寒热、气血、虚实为依据,大致可归纳为:木火质、湿热质、阳虚质、阴虚质、肝郁质、脾弱质。现代医家王琦教授^[12]提出以人体生命活动的物质基础——阴、阳、气、血、津液的盛、衰、虚、实变化为主的分类方法,即九分法,具体为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、湿热质、痰湿质、血瘀质、气郁质、特禀质,这一分类法在学术界得到广泛认可。

1.3.3 腺瘤性息肉与中医体质分布的规律

《素问·四气调神大论篇》曰:“圣人不治以病治未病”,随着人们生活水平的提高,医疗观念已发生转变,“治未病”思想逐渐深入人心,医者们也着眼于如何预防疾病而不是治已病。中医体质就是评估疾病发生趋势的工具。结直肠腺瘤性息肉与中医体质分布特点已成为当前研究热点,越来越多的研究者发现腺瘤的发生与体质的偏颇有一定关系。苏雅的

一项小规模研究^[13]认为气虚质、阳虚质、痰湿质及湿热质是导致腺瘤性息肉发生的重要体质因素。代根奇等人^[14]调查了 107 例结直肠腺瘤患者和同期正常的 107 例志愿者的中医体质,发现湿热质和痰湿质患者是腺瘤发生的危险因素。董月秋等人^[15]进行了类似的研究,发现阳虚体质是腺瘤性息肉的易患体质类型,其次为痰湿质、气虚质及湿热质。另有研究认为^[16]复发腺瘤性息肉患者中以湿热体质为主。李玉婵^[17]研究发现,大肠腺瘤患者的年龄和体质分布有差异,60 岁以上人群以气虚质或有气虚质倾向为主,再将腺瘤按组织学分类进一步研究,发现管状-绒毛状腺瘤患者中多数表现为气虚质,而绒毛状腺瘤患者则以阳虚质最为多见。

2. 现代医学对结直肠腺瘤性息肉的研究

2.1 结直肠腺瘤性息肉的概念及流行病学

结直肠息肉是高出于正常肠黏膜表面,向肠腔凸起的赘生物,主要来源于上皮粘膜层及粘膜下层的组织。病理学上分为腺瘤性息肉和非腺瘤性息肉。结直肠腺瘤是一种良性上皮性肿瘤,包括绒毛状腺瘤、绒毛管状腺瘤、管状腺瘤、锯齿状腺瘤、小扁平腺瘤、小凹陷腺瘤。结直肠腺瘤在结直肠中的上皮细胞异常增殖后出现,被公认为结直肠癌的癌前病变,其主要通过“腺瘤-癌序列”发展为腺癌^[18]。据统计,约有 80%-95% 散发性结直肠癌由结直肠腺瘤发展而来^[19]。陆宝钿^[20]等人研究佛山地区近 10 年不同年龄段大肠腺瘤患者的临床特点和发病规律,发现随年龄的增长,大肠腺瘤的发病率逐渐升高,30 岁以下发病率为 4.1%,到 71 岁以上发病率逐渐增加到 23.8%。年龄越大,也更易患多发、体积大、异型增生程度高的腺瘤。徐剑等^[21]对湖南长沙、湘潭两地进行了双中心的回顾性研究,发现乙状结肠最易发结直肠腺瘤,且发病与年龄相关,建议 45 岁以上人群应重点筛查结直肠腺瘤。

2.2 结直肠腺瘤性息肉的危险因素

2.2.1 年龄、性别

国内外有多项研究表明^[22-24],年龄是腺瘤性息肉发病不可忽略的因素

之一,患病率随年龄的增大而增加,可能与体内的致癌突变基因积累、机体免疫力下降、代谢紊乱等有关。男性较女性更易患结直肠腺瘤,一项研究^[25]证明,结直肠腺瘤和结直肠癌的雌激素受体 2 基因表达偏低,年轻女性结直肠腺瘤发病率较男性和已绝经女性发病率低,可能与年轻女性雌激素的保护作用有关。

2.2.2 生活习惯

国内外多项研究表明,吸烟、饮酒、长期坐位、饮食习惯等均是腺瘤性息肉形成的影响因素。通过一项大型前瞻性研究统计发现,吸烟、饮酒史与结直肠腺瘤之间存在显著性差异,认为吸烟、饮酒是结直肠腺瘤发生的危险因素^[26],可能与烟草中致癌物如多环芳烃剂量的积累及胆汁酸的代谢有关系^[27,28]。有久坐习惯的人患结直肠腺瘤的风险更高,对于久坐的上班族、每天超过 2 小时看电视的人来说,患结直肠癌的风险显著增加,并且坐的时间越长,患病风险越高^[29,30]。一项研究表明,合理高效的锻炼能让患结直肠癌的风险降低 16%^[31]。雷甜甜等人^[32]发现嗜食肥肉的人更易患结直肠腺瘤,可能油脂促进胆汁的分泌,胆汁在肠道菌群的作用下变成高浓度次级胆酸,促使结肠上皮细胞异常增生而逐渐发展成结直肠腺瘤。

2.2.3 代谢异常相关疾病

国内外已有多项前瞻性研究表明^[33-35],肥胖($BMI > 28 \text{ kg/m}^2$)是结直肠腺瘤性息肉的危险因素,JW 等人^[36]对 2007-2017 年活检确诊脂肪肝的患者进行回顾性研究发现,非酒精性脂肪肝病患者的结直肠腺瘤的发病率显著增高。这可能与内脏高脂肪含量带来的大量炎症因子有关系,如 C-反应蛋白、活性氧、血浆纤维蛋白原、IL-6 等,这些炎症因子会促进肠上皮组织异常增殖,抑制细胞凋亡,从而发展为癌前病变。张莉等人^[37]对 356 例结肠息肉患者调查发现,合并 2 型糖尿病的患者患结直肠腺瘤性息肉的风险更高。2 型糖尿病患者胰岛素水平代偿性增高,激活胰岛素样生长因子-1,通过与其受体结合,发挥抑制肠上皮细胞凋亡、促进肠上皮细胞增殖、促进血管生长等作用,最终促进结直肠腺瘤性息肉的发展,尤其对近端结肠病变影响更为显著^[38]。故糖尿病患者的肠镜检查应尽可能

完成到回盲部或回肠末端，对近端结肠更应仔细筛查。

2.2.4 幽门螺杆菌感染

幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, *H. pylori*) 是一类致癌因子，被世卫组织及国际癌症研究机构归为 I 类致癌原^[39]。陈志涛^[40]推测 Hp 感染患者 Cag A 蛋白含量更高，所释放的促炎因子作用到肠上皮细胞，使细胞发生异常增生，增加了肠粘膜异变的风险，从而导致结直肠腺瘤的发生。国内有一项基于大样本的研究认为^[41]，幽门螺杆菌感染与结直肠腺瘤性息肉的发病没有关联。目前 Hp 感染与结直肠腺瘤性息肉危险因素的研究尚存在异议，幽门螺杆菌引起的肠道菌群与腺瘤性息肉的关系也是当前的研究重点，但尚未有明确的结论。

2.2.5 药物

国外一项研究认为^[42]，抗生素使用者有更高的患结直肠腺瘤的风险，且广谱抗生素比窄谱抗生素的相关性更强，因为具有广谱活性的抗生素可以影响多种微生物种群，并对肠道微生态产生持久的影响。二甲双胍被发现除了可以控制血糖，还可以预防近端结肠腺瘤性息肉的复发，但不能预防远端结肠腺瘤复发^[43]。

2.3 西医治疗

结肠镜检查并结合病检是诊断结直肠腺瘤性息肉的金标准。由于结直肠腺瘤具有较高的恶变率，一经发现，均应切除。临床中一般使用内镜下微创切除的方式，但也有一定的风险，如穿孔、感染、迟发性出血，所以内镜医生根据息肉的生物学特征，选用合适的手术方式。对于直径较小的扁平息肉，常用氩离子凝固术 (APC)，创面小，出血、感染风险小。对于带蒂直径较小的息肉，可以选用高频电凝圈套切除术。对于直径小于 2cm 的黏膜下肿瘤或无转移的浸润较浅的早癌，可用内镜下黏膜剥离切除术 (EMR) 治疗。直径大于 2cm 的病变常具有高癌变率，应予以重视，进行黏膜下剥离的内镜微创技术 (ESD)，这一技术可一定程度上解决之前开腹手术的弊端，实现了内镜微创切除大范围的病灶，并将标本规范化处理，可为后期提供准确的病理诊断分期，若切缘不干净的，酌情定期复查

或追加手术治疗。目前 ESD 已成为消化道早期癌症及癌前病变的首选治疗方法,但穿孔、感染、出血的风险也较高。对不符合内镜治疗或内镜切除后效果不理想的患者采用腹腔镜下手术治疗。对于家族遗传性腺瘤性息肉患者,一般建议行大肠全切术。

3. 总结

近年来不同地区的中医学者们对结直肠腺瘤进行了大量的研究,从病因病机、辨证论治等多方面观察、总结、归纳,尤其是从中医体质治未病入手,探究了体质与疾病的分布特点,为预防结直肠腺瘤的发生提供了临床依据。现代医学对结直肠腺瘤的研究也在不断深入,治疗手段也在不断创新,但无法预防疾病的发生和降低复发率。我们应当将祖国医学和现代医学有机结合,通过中医辨证、中医体质为患者实施个体化中西医结合治疗的方案,有效地预防结直肠腺瘤的发生,以期降低我国结直肠癌的发病率。

参考文献

- [1] 马树梅, 李薇, 杜冠潮, 等. 大肠息肉的中医病名探讨[J]. 现代中医临床, 2020, 27(02): 47-50.
- [2] 李志庸. 张景岳医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.
- [3] 赵雷, 娄静, 杨小平. 杨小平主任医师论治胃肠息肉学术经验探讨[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(10): 82-83.
- [4] 吴瑶麒, 李合国, 李佃贵, 等. 基于“浊毒理论”对结直肠腺瘤性息肉中医证候的探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(06): 76-79.
- [5] 代金钟, 俞菲菲, 李春婷. 基于伏痰理论探讨大肠息肉的诊治[J]. 环球中医药, 2022, 15(04): 653-656.
- [6] 李建华. 65 例大肠腺瘤性息肉的中医证型分布规律探析[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(23): 15-16.
- [7] 田璐. 结直肠腺瘤性息肉发病相关因素及中医证型的研究[D]. 山西省中医药研究院, 2020.
- [8] 毛文昕, 钟子劭, 黄穗平, 等. 腺瘤性息肉发病危险因素及中医机制分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(10): 726-729.
- [9] 刘智勇, 沈忠, 张秀峰, 等. 局方“五积散”预防寒湿体质结直肠息肉复发的临床随机对照研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(05): 396-399.
- [10] 李小兰, 袁刚, 朱俊张, 等. 健脾清热化湿法预防大肠息肉内镜下黏膜切除术后复发的研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(07): 460-463.
- [11] 王芳, 王双养, 汪丙柱. 消蕈汤灌肠治疗对内镜下肠息肉切除术患者的疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(03): 227-230.
- [12] 王琦. 中医体质三论[J]. 北京中医药大学学报, 2008(10): 653-655.
- [13] 苏雅. 结直肠腺瘤性息肉的中医证型分布规律及其与体质分型的关系[D]. 南京中医药大学, 2015.
- [14] 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.
- [15] 董月秋, 李焱, 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.
- [16] 李鹄, 岳文杰, 刘懿, 等. 结肠息肉 1239 例内镜及病理分析[J]. 上海医学, 2010,33(06):585-588.
- [17] 李玉婵. 大肠腺瘤组织学分型与中医体质的相关性研究[D]. 山西省中医药研究院, 2016.
- [18] Muzny D M, Bainbridge M N, Chang K, et al. Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer.[J]. Nature, 2012,487(7407):330-337.
- [19] 张荣, 林辉. 2015 年内镜下结肠直肠息肉切除术相关指南与共识解读[J]. 世界临床药物, 2015,36(12):814-819.
- [20] 陆宝钿, 崔西玉, 李兆滔, 等. 年龄对大肠腺瘤临床流行病学特征的影响[J]. 广东医学, 2014,35(08):1244-1246.
- [21] 许剑, 刘斌, 魏周阳, 等. 湖南省局部地区无症状结直肠腺瘤型息肉的流行病学特征分析[J]. 中国普通外科杂志, 2022,31(01):139-142.
- [22] 郭欢欢, 彭波, 熊章鄂, 等. 结直肠腺瘤患者的临床特点及发病危险因素分析[J]. 结直肠肛门外科, 2021,27(06):564-567.
- [23] 秦锴, 贺长林, 刘峰. 结直肠腺瘤发生危险因素的 Logistic 回归分析[J]. 医学综述, 2013,19(24):4557-4558.
- [24] Li-Hua Z, Ao-Zhe Z, Yu-Ying S, et al. Impact of Smoking on Anal Abscess and Anal Fistula Diseases.[J]. Chinese medical journal, 2018,131(9):1034-1037.
- [25] Roberto S F P, Samuel A J, Dirlei B M, et al. Oestrogen receptor beta isoform expression in sporadic colorectal cancer, familial adenomatous polyposis and progressive stages of colorectal cancer.[J]. BMC cancer, 2017,17(1):754.
- [26] Buron Pust A, Alison R, Blanks R, et al. Heterogeneity of colorectal

- cancer risk by tumour characteristics: Large prospective study of UK women[J]. International Journal of Cancer =: Journal International du Cancer, 2017,140(5):1082-1090.
- [27] Aesun S, Won H C, Kyung S D, et al. Associations of cigarette smoking and alcohol consumption with advanced or multiple colorectal adenoma risks: a colonoscopy-based case-control study in Korea. [J]. American journal of epidemiology, 2011,174(5):552-562.
- [28] J T G, Edward G, Jing M, et al. Epoxide hydrolase polymorphisms, cigarette smoking and risk of colorectal adenoma in the Nurses' Health Study and the Health Professionals Follow-up Study. [J]. Carcinogenesis, 2004,25(7):1211-1218.
- [29] S M J, E B K, J C A, et al. Physical activity, sedentary behaviour and colorectal cancer risk in the UK Biobank. [J]. British journal of cancer, 2018,118(6):920-929.
- [30] Peng M, Yonggang Y, Weili S, et al. Daily sedentary time and its association with risk for colorectal cancer in adults: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. [J]. Medicine, 2017,96(22):e7049.
- [31] Moore S C, Lee I, Weiderpass E, et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults[J]. JAMA Internal Medicine, 2016,176(6):816-825.
- [32] 雷甜甜, 刘家欢, 黄虹玉, 等. 进展期结直肠腺瘤及高危腺瘤的危险因素分析 [J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2021,8(02):61-67.
- [33] Abbinaya E, Jacob S, Marc L, et al. Colorectal Cancer, Age, and Obesity-Related Comorbidities: A Large Database Study. [J]. Digestive diseases and sciences, 2020,66(prepublish):3156-3163.
- [34] Aasma S, Allison D, Jeremiah M, et al. BMI Is a Risk Factor for Colorectal Cancer Mortality. [J]. Digestive diseases and sciences, 2017,62

- (9):2511-2517.
- [35] 沈洁, 莫淼, 戴卫星, 等. 肥胖与大肠高风险腺瘤发病风险研究[J]. 中华流行病学杂志, 2020,41(10):1643-1648.
- [36] William B J, C V E, Benjamin L. Increased Prevalence of Colorectal Adenomas in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Cross-Sectional Study.[J]. Digestive diseases (Basel, Switzerland), 2020,38(3):222-230.
- [37] 张莉, 王李心, 高旭东, 等. 结肠腺瘤性息肉与非腺瘤性息肉的临床特征比较[J]. 结直肠肛门外科, 2020,26(06):710-712.
- [38] E E J, Feng G, O D N, et al. Type 2 diabetes mellitus: the impact on colorectal adenoma risk in women.[J]. The American journal of gastroenterology, 2006,101(8):1866-1871.
- [39] Ju C I, Myeong-Cherl K, Young-Il K, et al. Helicobacter pylori Therapy for the Prevention of Metachronous Gastric Cancer.[J]. The New England journal of medicine, 2018,378(12):1085.
- [40] 陈志涛, 王萍, 孙圣斌, 等. 结直肠腺瘤危险因素及幽门螺杆菌感染与腺瘤特征和血清胃泌素水平的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2017,20(02):154-158.
- [41] Cheng W, Junbin Y, Beihui H, et al. Hp-Positive Chinese Patients Should Undergo Colonoscopy Earlier and More Frequently: The Result of a Cross-Sectional Study Based on 13,037 Cases of Gastrointestinal Endoscopy[J]. Frontiers in Oncology, 2021,11:698898.
- [42] Song M, Nguyen L H, Emilsson L, et al. Antibiotic Use Associated With Risk of Colorectal Polyps in a Nationwide Study[J]. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2020,19(publish):1426-1435.
- [43] R M A, A P R, D J C, et al. Metformin use and risk of colorectal adenoma after polypectomy in patients with type 2 diabetes mellitus.[J]. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of

Preventive Oncology, 2015,24(11):1692-1698.

附录二 中医体质分类与判定表

一、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=〔(原始分-条目数) / (条目数× 4)〕×100

二、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 ≥ 60 分	是
	其他 8 种体质转化分均 < 30 分	
	转化分 ≥ 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 ≥ 40 分	是
	转化分 30~39 分	倾向是
	转化分 < 30 分	否

三、表格

阳虚质

请根据近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您手脚发凉吗?	1	2	3	4	5

(2) 您胃腕部、背部或腰膝部怕冷吗?	1	2	3	4	5
(3) 您感到怕冷、衣服比别人穿得多吗?	1	2	3	4	5
(4) 您比一般人不了寒冷(冬天的寒冷,夏天的冷空调、电扇等。	1	2	3	4	5
(5) 您比别人容易患感冒吗?	1	2	3	4	5
(6) 您吃(喝)凉的东西会感到不舒服或者怕吃(喝)凉东西吗?	1	2	3	4	5
(7) 你受凉或吃(喝)凉的东西后, 容易腹泻(拉肚子)吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

阴虚质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到手脚心发热吗?	1	2	3	4	5
(2) 您感觉身体、脸上发热吗?	1	2	3	4	5
(3) 您皮肤或口唇干吗?	1	2	3	4	5
(4) 您口唇的颜色比一般人红吗?	1	2	3	4	5
(5) 您容易便秘或大便干燥吗?	1	2	3	4	5
(6) 您面部两潮红或偏红吗?	1	2	3	4	5

(7) 您感到眼睛干涩吗?	1	2	3	4	5
(8) 您活动量稍大就容易出虚汗吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

气虚质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 你容易疲乏吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易气短(呼吸短促, 接不上气吗)?	1	2	3	4	5
(3) 您容易心慌吗?	1	2	3	4	5
(4) 您容易头晕或站起时晕眩吗?	1	2	3	4	5
(5) 您比别人容易患感冒吗?	1	2	3	4	5
(6) 您喜欢安静、懒得说话吗?	1	2	3	4	5
(7) 您说话声音无力吗?	1	2	3	4	5
(8) 您活动量就容易出虚汗吗?					
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

痰湿质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到胸闷或腹部胀满吗?	1	2	3	4	5

(2) 您感到身体学生不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
(3) 您腹部肥满松软吗?	1	2	3	4	5
(4) 您有额部油脂分泌多的现象吗?	1	2	3	4	5
(5) 您上眼睑比别人肿 (仍轻微隆起的现象) 吗?	1	2	3	4	5
(6) 您嘴里有黏黏的感觉吗?	1	2	3	4	5
(7) 您平时痰多, 特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
(8) 您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

湿热质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗?	1	2	3	4	5
(2) 你容易生痤疮或疮疖吗?	1	2	3	4	5
(3) 您感到口苦或嘴里有异味吗?	1	2	3	4	5
(4) 您大便黏滞不爽、有解不尽的感觉吗?	1	2	3	4	5
(5) 您小便时尿道有发热感、尿色浓 (深) 吗?	1	2	3	4	5

(6) 您带下色黄(白带颜色发黄)吗?(限女性回答)	1	2	3	4	5
(7) 您的阴囊部位潮湿吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

血瘀质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您的皮肤在不知不觉中会出现青紫瘀斑(皮下出血)吗?	1	2	3	4	5
(2) 您两颧部有细微红丝吗?	1	2	3	4	5
(3) 您身体上有哪些疼痛吗?	1	2	3	4	5
(4) 您面色晦黯或容易出现褐斑吗?	1	2	3	4	5
(5) 您容易有黑眼圈吗?	1	2	3	4	5
(6) 您容易忘事(健忘)吗?	1	2	3	4	5
(7) 您口唇颜色偏黯吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

特禀质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您没有感冒时也会打喷嚏吗?	1	2	3	4	5

(2) 您没有感冒时也会鼻塞、流鼻涕吗?	1	2	3	4	5
(3) 您有因季节变化、温度变化或异味等原因而咳喘的现象吗?	1	2	3	4	5
(4) 您容易过敏(对药物、食物、气味、花粉或在季节交替、气候变化时)吗?	1	2	3	4	5
(5) 您的皮肤容易起荨麻疹(风团、风疹块、风疙瘩)吗?	1	2	3	4	5
(6) 您的因过敏出现过紫癜(紫红色瘀点、瘀斑)吗?	1	2	3	4	5
(7) 您的皮肤一抓就红, 并出现抓痕吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

气郁质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到闷闷不乐吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易精神紧张、焦虑不安吗?	1	2	3	4	5
(3) 您多愁善感、感情脆弱吗?	1	2	3	4	5
(4) 您容易感到害怕或受到惊吓吗?	1	2	3	4	5
(5) 您胁肋部或乳房腹痛吗?	1	2	3	4	5

(6) 您无缘无故叹气吗?	1	2	3	4	5
(7) 您咽喉部有异物感, 且吐之不出、咽之不下吗?	1	2	3	4	5
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

平和质

请根据近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您精力充沛吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易疲乏吗? *	1	2	3	4	5
(3) 您说话声音无力吗? *	1	2	3	4	5
(4) 您感到闷闷不乐吗? *	1	2	3	4	5
(5) 您比一般人耐受不了寒冷(冬天的寒冷, 夏天的冷空调、电扇)吗? *	1	2	3	4	5
(6) 您能适应外界自然和社会环境的变化吗?	1	2	3	4	5
(7) 您容易失眠吗? *	1	2	3	4	5
(8) 您容易忘事(健忘)吗? *					
判断结果: ☐ 是 ☐ 倾向是 ☐ 否					

(注: 标有*的条目需先逆向计分, 即: 1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1, 再用公式转化分。

附录三 信息采集登记表

姓名		性别	男 ☐ 女 ☐	年龄	
联系方式		居住地		病例来源	
个人史	吸烟 ☐ 饮酒 ☐				
病史	高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 脂肪肝 ☐				
家族史	消化道肿瘤 ☐ 家族性息肉病 ☐				
中医体质	阳虚质 ☐ 气虚质 ☐ 痰湿质 ☐ 湿热质 ☐ 阴虚质 ☐ 气郁质 ☐ 瘀血质 ☐ 特禀质 ☐ 平和质 ☐				
息肉特征 (单发)	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
息肉特征 (多发)	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
息肉特征 (多发)	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				
	息肉性质: 腺瘤性息肉 ☐ 炎性息肉 ☐ 增生性息肉 ☐ 息肉部位: 近端结肠 ☐ 远端结肠 ☐ 息肉大小: <1cm ☐ ≥1cm ☐				