

● 临床论著 ●

引用:王蕾,林琳,田耀洲.306例大肠腺瘤患者中医证型分布特点及其与病理学因素的相关性分析[J].湖南中医杂志,2022,38(8):1-5,16.

306例大肠腺瘤患者中医证型分布特点及其与病理学因素的相关性分析

王蕾¹,林琳²,田耀洲²

(1. 江南大学附属医院,江苏 无锡,214062;

2. 江苏省中西医结合医院,江苏 南京,210028)

[摘要] 目的:探讨大肠腺瘤的中医证型分布特点及其与病理学因素、血脂指标的相关性。方法:选择2020年1~12月江南大学附属医院消化内科收治的大肠腺瘤患者306例,收集其临床资料,判定中医证型,分析中医证型与临床特征(性别、年龄、吸烟、饮酒、合并脂肪肝、合并糖尿病、是否行胆囊切除术)、病理特征(腺瘤数量、腺瘤直径、病理类型、异型增生程度)、血脂指标[总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL)]的相关性。结果:中医证型与年龄、饮酒、合并糖尿病有较大相关性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。湿瘀阻滞证患者年龄在61岁(中位年龄)以上的占比高于其他证型;肠道湿热证中饮酒、合并糖尿病患者的占比高于其他证型。中医证型与腺瘤数量、腺瘤直径、病理类型、异型增生程度均有相关性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。湿瘀阻滞证以多发腺瘤为主,而气滞血瘀证、脾虚瘀滞证及无证型可辨者均以单发腺瘤多见。5个证型腺瘤直径 ≤ 5 mm者占比均较少,湿瘀阻滞证以腺瘤直径 >10 mm者为主,气滞血瘀证、脾虚瘀滞证及无证型可辨者以腺瘤直径5~10 mm者为主。5个证型均以管状腺瘤、低级别上皮内瘤变为主。气滞血瘀证中TC、LDL水平均高于其他证型,组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:大肠腺瘤湿瘀阻滞证患者有更易患癌的高风险趋势,气滞血瘀证与血脂异常有一定的相关性。

[关键词] 大肠腺瘤;中医证型;病理特征;血脂

[中图分类号] R273.53 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.08.001

Distribution characteristics of TCM syndrome types in patients with colorectal adenoma and their association with pathological factors: An analysis of 306 cases

WANG Lei¹, LIN Lin², TIAN Yaoshou²

(1. Affiliated Hospital of Jiangnan University, Wuxi 214062, Jiangsu, China;

2. Jiangsu Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Nanjing 210028, Jiangsu, China)

[Abstract] Objective: To investigate the distribution characteristics of TCM syndrome types in patients with colorectal adenoma and their association with pathological factors and blood lipid parameters. Methods: Clinical data were collected from 306 patients with colorectal adenoma who were admitted to Affiliated Hospital of Jiangnan University from January to December 2020, and TCM syndrome types were determined to investigate their association with clinical features (sex, age, smoking, drinking, comorbidities of fatty liver disease and diabetes, and whether cholecystectomy was performed), pathological features (number of adenomas, diameter of adenoma, pathological

基金项目: 国家中医临床研究基地(江苏省中医药研究院)开放课题(JD2019SZXD03, JD2019SZXYB11)

第一作者: 王蕾,女,医学硕士,副主任中医师,副教授,研究方向:消化系统肿瘤癌前病变的中医诊疗

type, and degree of dysplasia), and blood lipid parameters [total cholesterol (TC), triglyceride, low-density lipoprotein (LDL), and high-density lipoprotein]. Results: TCM syndrome type was significantly associated with age, drinking, and diabetes ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Compared with the other TCM syndrome types, dampnessstasis syndrome accounted for a higher proportion in the patients aged >61 years (median age), and intestinal dampness-heat syndrome accounted for a higher proportion in the patients with drinking or diabetes. TCM syndrome type was associated with the number of adenomas, diameter of adenoma, pathological type, and degree of dysplasia ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The patients with dampnessstasis syndrome mainly had multiple adenomas, while those with Qi stagnation and blood stasis syndrome, spleen deficiency and stasis syndrome, or undetermined syndrome type mainly had single adenoma. As for the five TCM syndrome types, the patients with an adenomadiameter of ≤ 5 mm accounted for a relatively low proportion; most of the patients with dampness stasis syndrome had an adenomadiameter of >10 mm; the patients with Qi stagnation and blood stasis syndrome, spleen deficiency and stasis syndrome, or undetermined syndrome type mainly had an adenomadiameter of 5–10 mm. As for the five TCM syndrome types, most patients had tubular adenoma and low-grade intraepithelial neoplasia. The patients with Qi stagnation and blood stasis syndrome had significantly higher levels of TC and LDL than those with the other TCM syndrome types ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Conclusion: Patients with colorectal adenoma and dampness stasis syndrome tend to have a high risk of cancer, and Qi stagnation and blood stasis syndrome is associated with abnormal blood lipid levels to a certain degree.

[**Keywords**] colorectal adenoma; TCM syndrome type; pathological feature; blood lipid

结直肠息肉是指从结直肠黏膜上皮层隆起至肠腔内的息肉样病变,是消化系统常见疾病,按病理学可分为腺瘤性和非腺瘤性两大类。大肠腺瘤目前已被公认为是大肠癌的癌前病变。据统计,其占大肠癌全部癌前疾病的85%~90%^[1]。大肠癌的发生发展是一个连续性、渐进性的过程,是从正常黏膜—异常增生—腺瘤—晚期腺瘤—癌变的一个过程^[2]。因此,需要积极防治大肠腺瘤,从而降低大肠癌的发病率。但大肠腺瘤起病隐匿,临床症状不典型,易被忽视。目前大肠腺瘤的防治手段主要有早期结肠镜检查、结直肠息肉切除术及术后结肠镜复查,但并不能有效降低其复发率^[3]。中医学主张“未病先防”。诸多研究显示中医药在改善大肠腺瘤的消化道症状、降低腺瘤复发率等方面有较好疗效^[4-5]。但大肠腺瘤病理类型复杂多样,临床相关因素较多,将中医学宏观辨证与大肠腺瘤病理类型、临床病理特征等微观辨病相结合,可以提高辨证论治的客观性和可靠性。本研究分析了306例大肠腺瘤患者中医证型的分布特点及其与临床病理特征、血脂指标的关联,以期为大肠腺瘤的中医辨证及早期筛查与防治提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年1~12月在江南大学附属医院消化内镜中心经病理组织学诊断为大肠腺

瘤的患者306例。其中男195例,女111例,男女比例为1.75:1;中位年龄61岁(37~82岁);腺瘤性息肉685个,回盲部3个,升结肠174个,横结肠183个,降结肠121个,乙状结肠162个,直肠42个。本研究已经江南大学附属医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014年,北京)》^[6]与《2015年内镜下结肠直肠息肉切除术相关指南与共识解读》^[7]中的诊断标准。1)临床表现:腹痛,黏液脓血便,或便秘难解,里急后重,或腹泻等。部分患者可无明显胃肠道症状。2)内镜下诊断标准及分类:内镜下表面呈淡红色,窄带成像(NBI)可见腺管开口。按形态学分为有蒂型、亚蒂型和无蒂型。3)组织病理学诊断:根据腺瘤结构可分为管状腺瘤、绒毛状腺瘤、管状-绒毛状腺瘤、锯齿状腺瘤。

1.2.2 中医辨证标准 参照《24个专业104个病种中医诊疗方案》^[8],将大肠腺瘤分为4个证型:1)湿瘀阻滞证。主症:便溏、里急后重,大便可为黏液便,或便血;次症:腹胀痛,或腹部痞闷不适,胃纳减少;舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔白腻或厚。2)肠道湿热证。主症:便溏,或黏液便,泻下秽臭,或有便血,或大便秘结;次症:腹胀腹痛,口渴喜饮,溲黄,肛门灼热,舌红,苔黄腻。3)气滞血瘀证。主

症:脘腹胀痛,或刺痛,便秘、便血或便溏;次症:有积聚痞块,时消时聚,舌暗或有瘀斑。4)脾虚瘀滞证。主症:腹痛隐隐,大便溏薄,或便血,色淡;次症:面色萎黄,胃纳减少,神疲乏力,或有畏寒、四肢不温,舌淡胖或有齿痕。具备3项主症,或2项主症+1项次症,依据舌脉,即可明确辨证。部分患者为健康体检时发现大肠腺瘤,无明显症状与体征,可判为无证型可辨。

1.3 纳入标准 1)符合大肠腺瘤的组织病理学诊断;2)均为首发的大肠腺瘤患者;3)血脂指标资料完整。

1.4 排除标准 1)病理诊断为大肠腺瘤,但已有癌变;2)有结直肠肿瘤或合并其他原发肿瘤;3)有家族性腺瘤性息肉病;4)合并炎症性病变或肠道结核;5)有严重心、脑、肺、肾疾病。

1.5 研究方法与指标 根据患者的临床症状,四诊合参,判定大肠腺瘤的中医证型。依据患者病程记录和病理报告收集患者的临床信息。1)临床特征:性别、年龄、吸烟、饮酒、合并脂肪肝、合并糖尿病、是否行胆囊切除术;2)病理特征:腺瘤数量、腺瘤直径、病理类型、异型增生程度;3)血脂情况:总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL)。

1.6 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行统计分析。计数资料以频数、百分率(%)描述,采用 χ^2 检验;计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 中医证型分布情况 306例大肠腺瘤患者的中医证型分布由高到低依次为肠道湿热证78例(25.5%)、气滞血瘀证72例(23.5%)脾虚瘀滞证63例(20.6%)、湿瘀阻滞证48例(15.7%)、无证型可辨者45例(14.7%),组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 中医证型与临床特征相关性分析 中医证型与年龄、饮酒、合并糖尿病有较大相关性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。湿瘀阻滞证患者在61岁(中位年龄)以上年龄的占比高于其他证型;肠道湿热证中饮酒、合并糖尿病患者的占比高于其他证型。中医证型与性别、吸烟、合并脂肪肝、是否行胆囊切除术相关性不大($P>0.05$)。(见表1)

2.3 中医证型与病理特征相关性分析 中医证型与腺瘤数量、腺瘤直径、病理类型、异型增生程度均有相关性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。湿瘀阻滞证以多发腺瘤为主,其占比高于其他证型,而气滞血瘀证、脾虚瘀滞证及无证型可辨者均以单发腺瘤多见。5个证型腺瘤直径 ≤ 5 mm者占比均较少,湿瘀阻滞证以腺瘤直径 >10 mm为主,气滞血瘀证、脾虚瘀滞证及无证型可辨者以腺瘤直径5~10 mm为主,肠道湿热证中腺瘤直径在5~10 mm者与 >10 mm者相当。5个证型均以管状腺瘤居多,但湿瘀阻滞证的锯齿状腺瘤占比高于其他证型。5个证型均以低级别上皮内瘤变为主,仅脾虚瘀滞证未见高级别上皮内瘤变。(见表2)

表1 中医证型与临床特征相关性分析[例(%)]

临床特征	分类	湿瘀阻滞证 (n=48)	肠道湿热证 (n=78)	气滞血瘀证 (n=72)	脾虚瘀滞证 (n=63)	无证型可辨 (n=45)	P 值
年龄	≤ 61 岁	18(37.5)	45(57.7)	42(58.3)	34(54.0)	32(71.1)	0.025
	>61 岁	30(62.5)	33(42.3)	30(41.7)	29(46.0)	13(28.9)	
性别	男	30(62.5)	48(61.5)	48(66.7)	36(57.1)	33(73.3)	0.487
	女	18(37.5)	30(38.5)	24(33.3)	27(42.9)	12(26.7)	
吸烟	是	23(47.9)	42(53.8)	29(40.3)	29(46.1)	21(46.7)	0.589
	否	25(52.1)	36(46.2)	43(59.7)	34(53.9)	24(53.3)	
饮酒	是	5(10.4)	39(50.0)	19(26.4)	12(19.1)	8(17.8)	<0.01
	否	43(89.6)	39(50.0)	53(73.6)	51(80.9)	37(82.2)	
合并脂肪肝	有	4(8.3)	15(19.2)	12(16.7)	6(9.5)	3(6.7)	0.153
	否	44(91.7)	63(80.8)	60(83.3)	57(90.5)	42(93.3)	
合并糖尿病	有	7(14.6)	19(24.4)	12(16.7)	5(7.9)	3(6.7)	0.023
	否	41(85.4)	59(75.6)	60(83.3)	58(92.1)	42(93.3)	
是否行胆囊切除术	是	1(2.1)	3(3.8)	3(4.2)	2(3.2)	1(2.2)	0.959
	否	47(97.9)	75(96.2)	69(95.8)	61(96.8)	44(97.8)	

表 2 中医证型与病理特征相关性分析[例(%)]

病理特征	分类	湿瘀阻滞证 (n=48)	肠道湿热证 (n=78)	气滞血瘀证 (n=72)	脾虚瘀滞证 (n=63)	无证型可辨 (n=45)	P 值
腺瘤数量	单发	18(37.5)	36(46.2)	42(58.3)	39(61.9)	28(62.2)	0.012
	多发	30(62.5)	42(53.8)	30(41.7)	24(38.1)	17(37.8)	
腺瘤直径	≤5 mm	3(6.3)	9(11.5)	15(20.8)	18(28.6)	6(13.3)	<0.01
	5~10 mm	12(25.0)	36(46.2)	41(56.9)	30(47.6)	27(60.0)	
	>10 mm	33(68.7)	33(42.3)	16(22.3)	15(23.8)	12(26.7)	
病理类型	管状腺瘤	27(56.3)	54(69.2)	63(87.5)	56(88.9)	30(66.7)	<0.01
	绒毛状腺瘤	0	0	0	0	0	
	管状-绒毛状腺瘤	12(25.0)	18(23.1)	5(6.9)	3(4.8)	12(26.7)	
	锯齿状腺瘤	9(18.7)	6(7.7)	4(5.6)	4(6.3)	3(6.6)	
异型增生程度	低级别	45(93.7)	75(96.2)	68(94.4)	63(100.0)	39(86.7)	0.043
	高级别	3(6.3)	3(3.8)	4(5.6)	0	6(13.3)	

2.4 中医证型与血脂相关性分析 气滞血瘀证中 TC、LDL 水平均高于其他证型,组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表 3)

表 3 中医证型与血脂相关性分析[例(%)]

血脂指标	湿瘀阻滞证 (n=48)	肠道湿热证 (n=78)	气滞血瘀证 (n=72)	脾虚瘀滞证 (n=63)	无证型可辨 (n=45)
TC	4.35±1.01 ^b	4.59±1.23 ^a	5.18±0.77	4.57±0.98 ^a	4.63±0.81 ^a
TG	1.62±1.09	1.72±1.21	1.75±0.86	1.71±1.16	1.75±1.05
LDL	2.41±0.70 ^b	2.59±0.47 ^b	3.14±0.61	2.47±0.71 ^b	2.55±0.62 ^b
HDL	1.21±0.03	1.24±0.25	1.10±0.21	1.13±0.25	1.07±0.26

注:与气滞血瘀证比较,^a $P<0.05$,^b $P<0.01$ 。

3 讨 论

根据大肠息肉(腺瘤)的临床特征及疾病进程,可将其归属于中医学中的“肠覃”“积聚”等范畴。本病多因气血运行不畅,积聚肠道而成。现代医家对大肠息肉的病因病机多有延展和发挥。如刘沈林教授认为腺瘤性息肉多由于气血津液输布失常,秽浊聚积肠道所致^[9]。刘访等^[10]认为结直肠息肉的主因有脾胃虚弱、痰湿瘀浊,同时体质因素、阴阳失衡及癌毒致瘤均与之密切相关。总之,大肠腺瘤的发病机制为感受外邪、饮食不节、情志不畅或先天禀赋不足等因素,损伤脾胃,导致湿热、痰浊、瘀血等病理因素趁虚互结,积聚肠道。其总属本虚标实、虚实兼夹之候。

中医学对大肠息肉(腺瘤)的辨证分型尚无统一标准。邢容^[11]分析了 160 例大肠息肉患者的中医证型分布,将其分为大肠湿热、血瘀内停、湿蕴大肠、肝胃不和、脾胃虚弱、肝郁脾虚、肝郁化火、寒邪内阻 8 个证型。楚永庆等^[12]认为大肠息肉患者多见肝郁脾虚、大肠湿热和肝郁气滞证。目前大肠腺瘤的治疗以内镜下切除病灶为首选,但西医对降低

其高复发率及预防恶变尚无有效手段,尤其部分患者不适合内镜下切除及存在反复发作的情况,中医药在此方面有独特优势及应用前景。根据文献报道,杨婷等^[13]对 32 例结肠息肉术后患者进行中医辨证加减治疗,分别以槐角丸治疗湿热瘀阻证,参苓白术散治疗脾虚湿蕴证,柴胡疏肝散治疗气滞血瘀证,其术后 1 年复发率明显低于对照组。冯祥兴等^[14]依据温补脾肾法采用理中丸合四神汤预防阳虚型体质患者结肠息肉术后复发,取得显著疗效。游福年等^[15]采用术后中药灌肠的方法对肠息肉摘除术的患者进行治疗,在缓解症状、促进创面愈合、降低并发症方面均取得良好的疗效。

本研究纳入 306 例大肠腺瘤患者,从中医证型分布看,由高到低依次为肠道湿热证 78 例(25.5%)、气滞血瘀证 72 例(23.5%)、脾虚瘀滞证 63 例(20.6%)、湿瘀阻滞证 48 例(15.7%)、无证型可辨者 45 例(14.7%),组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。表明肠道湿热证患者在本次研究中所占比例虽最高,但与前 3 个证型占比比较,差异无统计学意义。本研究所处区域为江南地带,气候湿润多雨,郁久可化为湿热。邪气侵袭肠道,湿热邪气与浊气搏结,日久发为腺瘤,故肠道湿热证较多见;且江南为我国经济发达区域,工作和生活节奏较快,双重压力下易发生负面情绪,久而肝失疏泄,气机不畅,不能推动血液运行,血行受阻,日久形成气滞血瘀,因此此证型患者也较多;另一方面,肝失疏泄,不能助脾升胃降,易损伤脾胃功能,气血生化乏源,加上气机不畅所致的瘀结,故又易致脾虚瘀滞证形成。所以肠道湿热、气滞血瘀、脾虚瘀滞证为本研究中出现较多的证型。

中医证型与临床特征的相关性分析结果显示,中医证型与年龄分布有较大的相关性,湿瘀阻滞证患者在61岁(中位年龄)以上年龄分布的占比高于其他证型。随着患者年龄的增加,患有腺瘤性息肉的风险也逐渐增多^[16]。年龄较大的患者,脾胃功能衰退明显,肠道传导失司,易致痰湿血瘀聚积,故湿瘀阻滞证患者年龄高于61岁者多见。中医证型与饮酒存在较大相关性,肠道湿热证患者中饮酒者占比高于其他证型。多项研究显示不良生活习惯(吸烟、饮酒)是大肠息肉产生的潜在风险因素^[17-18]。烟草能使代谢物的毒性增强,损害肠道功能,促进炎症的发生;饮酒则使生物转化酶及DNA修复酶功能的多态性发生改变。中医学认为酒为辛燥厚味之物,长久饮用,可使脾胃运化失职,湿热内蕴,故肠道湿热证多见。中医证型与是否合并糖尿病有较大相关性,肠道湿热证中合并糖尿病患者占比高于其他证型。代谢异常目前被认为与大肠息肉的发病相关,血糖异常通常能增加大肠息肉的发病率^[19]。糖尿病属中医学“消渴”范畴,为阴津亏损、燥热偏胜所致。肠道湿热证,湿热内蕴,日久化燥伤津,消谷耗液,最终发为消渴,故肠道湿热证合并糖尿病患者较其他证型为多。中医证型与性别、吸烟、合并脂肪肝、是否行胆囊切除术间无明显相关性。

中医证型与病理学因素的相关性分析显示,其与腺瘤数量、腺瘤直径、病理类型、异型增生程度均存在相关性,其中湿瘀阻滞证患者的多发腺瘤比例高于其他证型,且以腺瘤直径>10 mm为主。参照《结直肠肿瘤筛查和息肉切除术后结肠镜检查的新指南——美国多学科结直肠癌协作团队2012年最新共识意见》^[20]:直径≥10 mm以及3个以上的腺瘤可划为高风险组。表明大肠腺瘤湿瘀阻滞证具有癌变的高风险趋势。另一方面,湿瘀阻滞证患者在病理类型的统计中,锯齿状腺瘤所占的比例明显高于其余证型。目前认为管状腺瘤的恶变率最低,绒毛状腺瘤恶变率最高,管状-绒毛状腺瘤的恶变率在两者之间,而锯齿状腺瘤是近年来被发现的极具恶变潜能的癌前病变^[21]。依据本研究结果,提示湿瘀阻滞证患者的大肠腺瘤较其他证型有更易获得癌变的趋势。腺瘤的产生不外乎脾虚、湿邪、气滞、血瘀等病理因素,而湿瘀阻滞证患者正是在脾胃虚弱的基础上气滞痰瘀互结,多重病理因素均在此证型上得以体现,是否此证型的腺瘤更易获得癌

变趋势?在今后的研究中,我们将对此进一步验证。

近年来多数研究表明,高脂饮食、血脂异常与大肠腺瘤的发生、发展及癌变存在一定关系^[22]。顾立梅等^[23]认为血脂异常与大肠息肉发病相关且在湿热瘀阻证与脾肾阳虚证中尤为显著。在本研究中,气滞血瘀证中TC、LDL水平均高于其他证型,组间比较,差异有统计学意义,表明血脂异常与气滞血瘀证存在一定的关联。中医学认为血脂异常主因在于饮食肥甘厚味,久之脏腑功能受损,气血津液出现输布失常,久则血行凝滞,形成瘀血、痰浊^[24]。本研究中血脂异常主要出现在气滞血瘀证中,与中医学认为的此证脏腑失调,标实多为“湿”“瘀”的认识是一致的。

综上所述,湿瘀阻滞证大肠腺瘤具有更易获得癌变的高风险趋势,提示对此类患者除了对症治疗外,应缩短复查时间,加强随访。气滞血瘀证患者易出现血脂异常,在本证治疗的基础上要配合降血脂治疗,同时加强饮食指导。我们将大肠腺瘤患者的中医证型分布规律及其与病理学因素、血脂相关指标进行了关联分析,旨在为中医辨治大肠腺瘤提供理论依据,提高中医防治大肠腺瘤复发、癌变的有效率。但本研究尚属于单中心的数据分析,病例来源较单一,希望今后能够开展多中心、跨区域的前瞻性研究,以获得更精确的结论以指导临床工作。

参考文献

- [1] 殷娇娇,庄丽维. 大肠癌癌前疾病的研究进展[J]. 癌症进展, 2021,19(13):1307-1310,1328.
- [2] 黄忠,张洁,程芳,等. 大肠进展期腺瘤性息肉的临床及病理特点分析[J]. 华西医学,2021,36(12):1700-1704.
- [3] CHEN W,ZHENG R,BAADE PD,et al. Cancer statistics in China,2015[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians,2016,66(2):115-132.
- [4] 李叶,苏艺胜,张北平,等. 罗云坚防治大肠息肉复发经验[J]. 实用中医药杂志,2018,34(12):1533-1534.
- [5] 姜顺雷,赵智强. 赵智强辨治消化道息肉[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(5):842-845.
- [6] 柏愚,杨帆,马丹,等. 中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014年,北京)[J]. 胃肠病学,2015,20(6):345-365.
- [7] 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.
- [8] 国家中医药管理局医政司. 24个专业104个病种中医诊疗方案[M]. 北京:国家中医药管理局医政司,2012.

丹参素可以改善微循环、抗氧化等,被广泛用于治疗眩晕等多种心脑血管疾病^[16]。葛根可通过扩张脑部血管增加脑部血流,从而改善脑组织和细胞的血供条件来缓解眩晕^[17]。

本研究结果显示,中医证候疗效总有效率治疗组为 86.7%,高于对照组的 73.3%,同时在降低中医证候积分、P 评分、DHI 总分、VAS 评分方面均优于对照组,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明益肾止晕颗粒联合甲磺酸倍他司汀对于 BPPV 复位后伴 RD 效果较单纯使用倍他司汀更佳,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] TIRELLI G, NICASTRO L, GATTO A, et al. Repeated canalith repositioning procedure in BPPV: Effects on recurrence and dizziness prevention[J]. American Journal of Otolaryngology, 2017, 38(1): 38-43.
- [2] BREVERN MV, RADTKE A, LEZIUS F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: A population based study[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2007, 78(7): 710-715.
- [3] HORNIBROOK J. Benign Paroxysmal Positional Vertigo(BPPV): History, pathophysiology, office treatment and future directions[J]. International Journal of Otolaryngology, 2011, 2011: 835671.
- [4] NEUHAUSER H, LEMPET T. Vertigo and dizziness related to migraine: A diagnostic challenge[J]. Cephalalgia, 2010, 24(2): 83-91.
- [5] 黄昌荣. 天麻素穴位注射干预良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2021.
- [6] 金昕, 孔维佳, 冷扬名, 等. 良性阵发性位置性眩晕诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(3):

173-177.

- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 37.
- [8] 吴勉华, 王新月. 中医内科学(新世纪第三版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 273-279.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 380-388.
- [10] ROBERTO TEGGI, SILVIA QUAGLIERI, OMAR GATTI, et al. Residual dizziness after successful repositioning maneuvers for idiopathic benign paroxysmal positional vertigo in the elderly[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 75(2): 74-81.
- [11] 胡金连, 何家明. 分析不同剂量倍他司汀治疗良性阵发性位置性眩晕残余头晕的效果[J]. 中国医学文摘: 耳鼻咽喉科学, 2021, 36(4): 42-43.
- [12] 王正通. 倍他司汀联合利多卡因治疗良性阵发性位置性眩晕患者管石复位后残余头晕的疗效[J]. 中国实用医药, 2021, 16(36): 154-156.
- [13] 王琦. 中药治疗难治性良性阵发性位置性眩晕临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2021.
- [14] 曹晓萍. 天麻素注射液治疗眩晕症的临床研究[J]. 中医临床研究, 2012, 20(4): 86-87.
- [15] 李作兴, 聂容荣. 天麻素治疗眩晕的临床研究[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(6): 237-238.
- [16] 李占鹰, 贾林, 袁丽君, 等. 丹参素药理作用的研究进展[J]. 华西药理学杂志, 2021, 36(5): 600-603.
- [17] 徐兆景. 葛根素药理作用机制探讨及临床应用[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(8): 256-257.

(收稿日期: 2022-04-11)

(上接第5页)

- [9] 王悦, 张小琴. 刘沈林教授从肝脾论治大肠腺瘤经验总结[J]. 中医药导报, 2018, 24(24): 72-73.
- [10] 刘访, 史仁杰, 曹波. 结直肠腺瘤的中医研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(27): 3070-3074.
- [11] 邢容. 160 例大肠息肉患者中医证候分布特点及危险因素研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [12] 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): 966-970.
- [13] 杨婷, 敬秀平, 蒋文君, 等. 中医辨证施治抑制肠息肉术后复发 32 例临床研究[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(4): 6-9.
- [14] 冯祥兴, 曾凡鹏, 植冠光, 等. 温补脾肾法预防阳虚型体质结直肠息肉患者术后复发的疗效研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(6): 644-647.
- [15] 游福年, 廖慧清. 中药灌肠用于肠息肉摘除术后的疗效观察[J]. 中医外治杂志, 2020, 29(1): 56-57.
- [16] 韦小兰, 骆子义, 邱智辉, 等. 740 例结直肠息肉内镜、病理表现和临床特征分析[J]. 胃肠病学, 2017, 22(2): 100-102.
- [17] DAVENPORT JR, SU T, ZHAQ Z, et al. Modifiable lifestyle fac-

tors associated with risk of sessile serrated polyps, conventional adenomas and hyperplastic polyps[J]. Gut, 2018, 67(3): 456-465.

- [18] LEE SE, JO HB, KWACK WG, et al. Characteristics of and risk factors for colorectal neoplasms in young adults in a screening population[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(10): 2981-2992.
- [19] 吴文琪, 万远太. 结直肠息肉发生发展相关因素的研究现状[J]. 消化肿瘤杂志: 电子版, 2021, 13(2): 148-152.
- [20] 董丽娟, 韩英. 结直肠肿瘤筛查和息肉切除术后结肠镜检查的新指南——美国多学科结直肠癌协作团队 2012 年最新共识意见[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2013, 22(12): 1177-1178.
- [21] 赵红波, 吴晓晶, 杨云, 等. 大肠息肉内镜下形态学特点、病理分型与中医证型的相关性[J]. 世界华人消化杂志, 2020, 28(21): 1068-1075.
- [22] 董志伟. 大肠腺瘤、大肠腺癌患者血脂及脂蛋白水平的检测及意义[D]. 长春: 吉林大学, 2018.
- [23] 顾立梅, 顾超, 夏军权, 等. 结直肠息肉中医证型分布规律及与血脂水平的相关性研究[J]. 江苏中医药, 2016, 48(4): 41-43.
- [24] 赵浩, 刘剑刚, 雷燕. 血脂异常血瘀证患者血液流动性和流变性观察[J]. 微循环学杂志, 2015, 25(3): 23-26, 86.

(收稿日期: 2022-04-24)