

消蕈汤灌肠治疗对内镜下肠息肉切除术患者的疗效观察

王芳¹ 王双养¹ 汪丙柱¹

[摘要] **目的:**研究消蕈汤灌肠治疗对内镜下肠息肉切除术患者中医证候及术后复发的影响。**方法:**研究对象为 98 例于 2018 年 4 月—2020 年 4 月行内镜下肠息肉切除术的患者,采用简单随机法分为观察组($n=49$)和对照组($n=49$),对照组术后予以常规治疗方案,观察组在对照组基础上加用消蕈汤灌肠治疗,治疗周期均为 1 个月,并对患者进行为期 12 个月的随访。记录 2 组患者治疗前后中医证候积分,检测血清炎症因子[白细胞介素 6(IL-6)、环氧合酶-2(COX-2)、C 反应蛋白(CRP)]水平,检测患者治疗前后血清肿瘤标志物水平[癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、糖类抗原 125(CA125)、糖类抗原 199(CA199)],统计 2 组患者术后复发情况。**结果:**观察组治疗后腹部胀痛、大便稀溏、便血、食欲减退、畏寒怕冷各证候积分均明显低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后 IL-6、COX-2、CRP 水平明显低于对照组($P<0.05$);观察组治疗后血清 CEA、AFP、CA125、CA199 水平均明显低于对照组($P<0.05$);观察组术后前半年及后半年复发率均稍低于对照组($P>0.05$),而术后 1 年内总复发率明显低于对照组($P<0.05$)。**结论:**消蕈汤灌肠治疗可明显改善内镜下肠息肉切除患者中医证候症状,改善炎症反应,且可有效调节血清肿瘤标志物水平,降低术后复发率。

[关键词] 消蕈汤;灌肠;内镜下肠息肉切除术;中医证候;复发

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.03.10

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A

Effect of Xiaoxun Decoction enema on intestinal polypectomy under endoscope

WANG Fang WANG Shuangyang WANG Bingzhu

(Department of Gastroenterology, Zhoushan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhoushan, Zhejiang, 316000, China)

Corresponding author: WANG Fang, E-mail: wf593848297@163.com

Abstract Objective: To study the effect of Xiaoxun Decoction enema on TCM syndrome and postoperative recurrence of patients undergoing endoscopic polypectomy. **Methods:** The object of study of 98 cases from April 2018 to April 2020 in our hospital was seen in patients undergoing endoscopic intestinal polyps, according to the stochastic indicator by using simple random divided into observation group($n=49$) and control group($n=49$), control group routine treatment, postoperative observation group in the control group on the basis of add a mushroom soup enema treatment, treatment period for a month, patients were followed up for 12 months. TCM syndrome scores were recorded in 2 groups before and after treatment, and serum inflammatory factors(IL-6, COX-2, C-reactive protein[CRP]) levels were detected. Serum tumor markers(CEA, AFP, carbohydrate antigen 125 and carbohydrate antigen 199) were detected before and after treatment, and postoperative recurrence of patients in the two groups was statistically analyzed. **Results:** After treatment, the scores of abdominal distension, loose stool, blood in stool, loss of appetite and fear of cold were significantly lower in the observation group than those in the control group($P<0.05$). The levels of IL-6, COX-2 and CRP in the observation group were significantly lower than those in the control group($P<0.05$). After treatment, serum CEA, AFP, CA125 and CA199 levels in observation group were significantly lower than those in control group($P<0.05$). The recurrence rate in the observation group was slightly lower than that in the control group in the first half and the second half after surgery($P>0.05$), while the total recurrence rate in the first year after surgery was significantly lower than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion:** Xiaoxun Decoction enema treatment can significantly improve the TCM syndromes and inflammatory response of patients with endoscopic polypectomy, and effectively regulate the level of tumor markers in serum, and reduce the postoperative recurrence rate.

Key words Xiaoxun Decoction; enema; endoscopic intestinal polypectomy; TCM syndromes; recurrence

¹舟山市中医院消化内科(浙江舟山,316000)
通信作者:王芳,E-mail:wf593848297@163.com

肠息肉是颇为常见的消化系统疾病,好发于直肠和乙状结肠,随着当代人们生活方式及饮食习惯的改变,其发病率逐年递增^[1]。肠息肉隶属于肿瘤,其病理类型多样化,包括腺瘤性息肉、炎性增生性息肉等,虽其为良性,但被认为是癌前病变,如不及时诊治将可能发生恶变^[2-3]。目前,临床治疗肠息肉以内镜下切除为主,然而术后复发率较高,严重影响患者身心健康^[4]。因此,预防肠息肉术后再次发病已成为众多学者聚焦的热点。在中医上来讲,肠息肉属于“息肉痔”的范畴,多由情志不畅、饮食不洁、外感邪气等因素诱发,疾病形成的主要病机是因脾虚而导致的湿、痰、瘀,治疗上应以消痰散结、健脾祛湿为主,而手术又会导致机体脾气虚弱,易增加复发风险^[5-6]。肠息肉因其夹杂多种病理因素,形成较为复杂的中医证型,随着中医学应用领域的不断推广,中药治疗肠息肉的相关研究越来越多,其中消葶汤以其黄芪、薏苡仁、三七等成分合用可起到健脾益气、活血化痰之效,口服消葶汤对内镜下肠息肉切除术后患者治疗效果确切,可显著改善患者症状且降低术后复发风险^[7]。中药灌肠是中医药传统中最为经典的治法之一,也是临床常用的给药途径,药物可直接作用于病灶,避免受消化酶及胃肠消化液作用而使药效受到影响,然而目前尚未见到消葶汤灌肠治疗应用于肠息肉的相关报道^[8]。基于此,本研究旨在研究消葶汤灌肠治疗对内镜下肠息肉切除术患者中医证候及术后复发的影响,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 符合中肠息肉诊断标准^[9]:临床表现为腹胀、腹痛等腹部不适;无痛性便血;大便习惯如时间、次数改变及形状异常;经肠镜检查发现息肉予以确诊。

1.1.2 中医诊断标准 符合“气滞血瘀证、湿热瘀阻证、脾虚湿瘀证”^[10]:气滞血瘀证,常伴有腹部胀痛,舌暗红,或有瘀斑,舌苔薄;湿热瘀阻证,常伴有便血,或有定处腹痛,舌暗或淡红,舌苔黄腻;脾虚湿瘀证,精神不振易疲倦,舌淡或暗红,舌苔白腻。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合中、西医关于肠息肉的诊断标准,且经术后组织病理学检查明确其病理类型;年龄 ≥ 18 岁;手术指征明确,无明显手术禁忌证;自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准:伴有肠道恶性肿瘤、肠梗阻等其他肠道疾病;心脑血管及脏器官功能严重障碍者;精神异常者;合并慢性感染、血液及内分泌系统疾病者;随访失访或中途主动退出研究者。

1.3 一般资料

选择 2018 年 4 月—2020 年 4 月我院进行内镜

下肠息肉切除术的 98 例患者,根据随机数字表采用简单随机法分为观察组和对照组,每组各 49 例。观察组男 31 例,女 18 例;年龄 21~69 岁,平均(42.33 \pm 7.58)岁;息肉部位直肠 28 例,乙状结肠 21 例;组织类型炎性增生性 26 例,腺瘤性 23 例。对照组男 33 例,女 16 例;年龄 23~68 岁,平均(41.65 \pm 7.92)岁;息肉部位直肠 26 例,乙状结肠 23 例;组织类型炎性增生性 25 例,腺瘤性 24 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.4 方法

98 例患者均成功完成电子内镜下肠息肉切除术,对照组术后予以碱性低脂肪饮食、补充营养、抗炎预防感染及止血等对症支持治疗,于术后第 2 天起餐前 30 min 口服马来酸曲美布汀片,1 片/次,3 次/d,持续服用 1 个月。

观察组在对照组基础上加用消葶汤灌肠治疗。基本汤方^[7]:黄芪及薏苡仁各 30 g、党参及茯苓各 15 g、三七 6 g、莪术 10 g;加减:泄泻甚者加炒白术、焦神曲、焦山楂,轻微腹冷痛者加炮姜、吴茱萸、香附,严重腹胀者加木香、陈皮、枳壳。煎制方法:诸药配伍加入 500 mL 清水,水煎浓缩至 100~150 mL,去渣后真空包装备用。灌肠方法:灌肠前将药汁加热至 37~40 $^{\circ}$ C,嘱患者排空大小便,取左侧卧位,屈膝、臀部抬高 20~30 cm,将导液针、输液管排气针插入输液架上的药瓶内,剪去输液器终末过滤器部分,将断端修剪成光滑圆形,用石蜡油润滑患者肛门及输液器前段,使用静脉输液法排空气体后关闭调速器,将输液器插入患者肛门 15~20 cm,以 60~100 滴/min 速率滴入药汁,滴注完毕后关闭调速器,将输液器取出,再按照平卧位、右侧卧位重复上述操作,每 10 min 变换 1 次体位,药液在体内保留时间 2~3 h 后可让患者排便。术后次日开始,每晚睡前 1~2 h 灌肠 1 次,12 d 为 1 个疗程,结束后隔 7 d 再重复 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,治疗周期为 1 个月。治疗期间患者有任何不适可通过电话、微信或至门诊复查与医生及时沟通。

2 组患者均随访 12 个月,前 6 个月每 2 个月门诊复查 1 次,后 6 个月每 3 个月门诊复查 1 次,复查时记录患者主诉、症状体征及肠镜检查结果。

1.5 观察指标

根据《胃肠疾病中医证候评分标准》^[11]对患者治疗前后的中医证候进行评分,主要观察腹部胀痛、大便稀溏、便血、食欲减退、精神匮乏等中医证候,每一项证候根据患者表现,无症状、轻度、中度、重度依次记 0、2、4、6 分,分数越高,该项症状越严重。

分别于治疗前后取患者清晨空腹静脉血约 5 mL,使用离心机以 3000 r/min 速度离心 15 min

后取上清液,采用酶联免疫吸附法检测血清炎症因子[白细胞介素6(Interleukin-6, IL-6)、环氧合酶-2(Cyclooxygenase-2, COX-2)、C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)]水平,试剂盒由南京建成生物工程研究所提供。

分别于治疗前后取患者晨起空腹静脉血约5 mL, 3 000 r/min离心15 min后,分离上清液留存待检。使用DX800全自动免疫分析仪,采用电化学发光法检测患者血清肿瘤标志物水平,具体包含甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP)、癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)、糖类抗原199(carbohydrate antigen 199, CA199)、糖类抗原125(carbohydrate antigen 125, CA125),所有操作均严格按照试剂盒说明书进行。

根据随访结果,统计2组患者术后前半年、后半年及1年内总复发率。

1.6 统计学方法

用SPSS 20.0软件进行统计学分析。治疗前后中医证候积分、血清炎症因子水平、血清肿瘤标志物水平以 $\bar{X} \pm S$ 表示,行 t 检验;术后复发情况用例(%)表示,行 χ^2 检验或Fisher精确概率检验。

以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组中医证候积分比较

治疗前,2组各中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,各中医证候积分均降低($P < 0.05$),且观察组腹部胀痛、大便稀溏、便血、食欲减退、畏寒怕冷各证候积分均低于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 2组血清炎症因子水平比较

治疗前,2组患者IL-6、COX-2、CRP水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,IL-6、COX-2、CRP水平明显低于治疗前($P < 0.05$);且观察组上述各指标明显低于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 2组患者血清肿瘤标志物水平比较

治疗前,2组各血清肿瘤标志物CEA、AFP、CA125、CA199水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,各血清肿瘤标志物水平均降低($P < 0.05$),且观察组均显著低于对照组($P < 0.05$),见表3。

表1 2组中医证候积分比较

分, $\bar{X} \pm S$

组别	例数	腹部胀痛		大便稀溏		便血		食欲减退		精神匮乏	
		治疗前	治疗后								
观察组	49	4.03 ± 0.67	2.14 ± 0.42 ¹⁾	4.11 ± 0.74	2.26 ± 0.51 ¹⁾	4.36 ± 0.73	2.11 ± 0.35 ¹⁾	3.78 ± 0.65	1.82 ± 0.33 ¹⁾	3.94 ± 0.61	1.57 ± 0.39 ¹⁾
		4.15 ± 0.71	2.61 ± 0.49 ¹⁾	4.06 ± 0.77	2.78 ± 0.64 ¹⁾	4.31 ± 0.65	2.48 ± 0.40 ¹⁾	3.84 ± 0.72	2.21 ± 0.35 ¹⁾	3.86 ± 0.67	1.84 ± 0.32 ¹⁾
t		0.860	5.098	0.328	4.448	0.358	4.873	0.433	5.675	0.618	3.746
P		0.392	<0.001	0.744	<0.001	0.721	<0.001	0.666	<0.001	0.538	0.003

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表2 2组血清炎症因子水平比较

$\bar{X} \pm S$

组别	例数	IL-6/(ng · L ⁻¹)		COX-2/(ng · L ⁻¹)		CRP/(mg · L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	49	317.43 ± 15.36	98.46 ± 8.51 ¹⁾	31.65 ± 3.47	15.87 ± 2.49 ¹⁾	9.43 ± 1.18	2.35 ± 0.42 ¹⁾
对照组	49	314.79 ± 16.28	112.37 ± 9.65 ¹⁾	31.48 ± 3.36	20.36 ± 2.72 ¹⁾	9.65 ± 1.23	5.78 ± 0.64 ¹⁾
t		0.826	7.568	0.246	8.523	0.903	5.701
P		0.411	<0.001	0.806	<0.001	0.369	<0.001

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

表3 2组患者血清肿瘤标志物水平比较

$\bar{X} \pm S$

组别	例数	CEA/(ng · mL ⁻¹)		AFP/(ng · mL ⁻¹)		CA125/(U · mL ⁻¹)		CA199/(U · mL ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	49	1.87 ± 0.44	1.18 ± 0.31 ¹⁾	3.26 ± 0.85	2.54 ± 0.67 ¹⁾	10.14 ± 2.16	4.35 ± 1.13 ¹⁾	8.54 ± 1.69	4.26 ± 1.05 ¹⁾
对照组	49	1.91 ± 0.47	1.43 ± 0.35 ¹⁾	3.31 ± 0.90	2.88 ± 0.73 ¹⁾	10.33 ± 1.89	5.84 ± 1.26 ¹⁾	8.61 ± 1.75	5.61 ± 1.14 ¹⁾
t		0.435	3.743	0.283	2.402	0.463	6.163	0.201	6.097
P		0.665	<0.001	0.778	0.018	0.644	<0.001	0.841	<0.001

与同组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 2 组术后复发情况比较

观察组术后前半年及后半年复发率均稍低于对照组($P > 0.05$),而术后 1 年内总复发率明显低于对照组($P < 0.05$),见表 4。

组别	例数	术后前半年	术后后半年	总复发
观察组	49	0	2(4.08)	2(4.08)
对照组	49	3(6.12)	6(12.25)	9(18.37)
χ^2/F		—	—	5.018
P		0.079	0.140	0.025

注:—表示 Fisher 精确概率检验。

3 讨论

肠息肉的发病机制较为复杂,目前临床多认为先天遗传易感病态因素受后天情绪、饮食、感染、免疫功能下降等刺激而诱发息肉病变^[12-13]。中医理论认为肠息肉属于“息肉痔”的范畴,患者先天禀赋不足、脾胃虚弱,受到外邪入侵后致肠腑运化失职,湿、痰、瘀内结,加之后天饮食不洁、情志不畅等,致湿、痰、瘀下行至肠道,肠道气机不利,血络阻塞而引发此病^[14]。内镜下肠息肉切除术是目前去除病灶、缓解临床症状最主要的治疗手段,然而患者术后胃肠功能恢复需较长时间,尤其在酸性环境中,创口愈合较慢,更重要的是手术不能保证完全清除息肉,术后复发及恶变风险依然存在^[15-16]。由此可见,临床工作中需高度重视肠息肉术后复发的预防。近年来,陆续有研究报道中医药在肠息肉治疗中占有重要位置,符娇文等^[7]研究证实,在肠息肉术后加以消蕈汤口服治疗可改善患者中医证候症状且降低复发率;王吉利^[17]研究发现五倍子乌梅汤可有效预防肠息肉术后患者复发风险。

本研究对内镜下肠息肉摘除术后患者应用消蕈汤灌肠治疗,消蕈汤主要成分为黄芪、薏苡仁、党参、茯苓、莪术及三七。其中,黄芪具有补气止汗、利尿消肿之效;薏苡仁及茯苓均具有健脾止泻,利水消肿之效,茯苓还可起到养心安神的作用;党参具有生津止渴,养血,补中益气之效;莪术具有破气止血、消积止痛的功效;三七具有止血散瘀定痛的功效。诸药合用,可起到健脾益气、利尿消肿、活血化瘀之功。现代药理学研究表明,黄芪、党参及茯苓均可增强机体免疫功能,且党参还具有抗肿瘤的功效^[18-20];薏苡仁具有抗炎镇痛的作用,也可增强免疫^[21];莪术具有抗炎、抗肿瘤的作用^[22];三七止血不留瘀、化瘀不伤正,可改善局部血液循环,加快手术创面的愈合^[23]。因而消蕈汤又可起到消炎镇痛、增强机体免疫力、促进创口愈合之功。

本研究发现观察组治疗后腹部胀痛、大便稀溏、便血、食欲减退、畏寒怕冷各证候积分均明显低

于对照组,这说明消蕈汤灌肠治疗可有效缓解患者各中医证候症状。究其原因,消蕈汤方中诸成分合奏起到消炎镇痛、健脾益气、止泻利尿、活血化瘀的功效,且可提高机体免疫力,促进手术创口愈合,在此基础上,中药灌肠给药方式又可使药液直接作用于肠道,避免受消化酶及胃肠消化液作用而使药效受到影响,且保留时间更充分以更好地发挥疗效,因而各中医证候得到显著改善。同时,研究中观察组治疗后 IL-6、COX-2、CRP 水平明显低于对照组,这是由于消蕈汤灌肠中诸多成分具有抗炎益气的作用,能有效改善患者机体内炎症反应,促进患者康复。

研究发现,观察组治疗后血清 CEA、AFP、CA125、CA199 水平均明显低于对照组,这表明消蕈汤灌肠治疗可有效调控各血清肿瘤标志物水平。血清中 CEA、AFP、CA125 及 CA199 含量对肠道肿瘤发生风险及良恶性鉴别等具有重要的提示意义^[24];本研究中观察组治疗后各指标水平更低,也提示患者复发风险更低,预后可能更为理想。同时,本研究发现观察组术后前半年及后半年复发率均稍低于对照组,而术后 1 年内总复发率明显低于对照组,这一结果与上述研究具有一致性,说明消蕈汤灌肠治疗在术后早期及长期均可有效降低患者复发率。

综上所述,在内镜下肠息肉切除术后应用消蕈汤灌肠治疗可显著改善患者中医证候症状,改善炎症反应,同时能有效调节机体血清各种肿瘤标志物水平,使术后复发率明显降低。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 龙思丹,季双双,姚树坤. 肠息肉患者的人口学特征与生活习惯研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020,28(4):319-322.
- [2] 吴锦珍,谢玥,王新颖. 人工智能在结直肠息肉性质鉴别中的应用进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 37(11):849-852.
- [3] 江彦. 肠息肉内镜摘除术日间手术临床护理路径的应用及效果评价[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(8):982-984.
- [4] 庄琳,杨晓玲,常江. 结肠息肉切除后复发的相关因素研究[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2019, 28(2):109-112,117.
- [5] 冯泽华,邓伟滨,杨丽芳. 李廷荃运用四妙散治疗肠息肉经验[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(7):697-699.
- [6] 黄培英,雷云霞,刘慧. 结肠息肉中医诊治进展[J]. 新疆中医药, 2017, 35(6):123-125.
- [7] 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.

(下转第 235 页)

- 慢性胃炎患者幽门螺杆菌的疗效对比[J]. 西部医学, 2019,31(7):1053-1056.
- [17] 杨琼,尚琪,魏国强,等. 含铋剂四联方案联合荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌感染的前瞻性多中心随机对照研究[J]. 中华医学杂志,2019,99(4):295-300.
- [18] 崔春叶,唐利,李会龙. 升降抑幽汤与奥美拉唑联合对 Hp 相关出血性胃炎疗效及胃黏膜改变情况的影响[J]. 新疆医科大学学报,2021,44(3):360-363.
- [19] 张华锋,王婷婷,张连贵. 安胃疡胶囊联合替普瑞酮治疗胃溃疡的临床研究[J]. 现代药物与临床,2020,35(2):295-299.
- [20] 胡荣,宋婷,刘静静,等. 胃苏颗粒联合四联疗法对幽门螺杆菌相关性消化性溃疡患者血清炎症因子,胃肠激素及生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展,2021,21(14):2675-2678,2707.
- [21] 张娟. 胶体果胶铋胶囊治疗小儿慢性胃炎疗效及安全观察[J]. 空军医学杂志,2019,35(1):57-59.
- [22] 林志顺,吕国恩,吕俊廷,等. 自然杀伤 T 细胞在幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡患者中的水平与临床意义[J]. 检验医学与临床,2016,13(21):3023-3025.
- [23] 陈英全,郑创建,陈万般. 幽门螺旋杆菌阳性消化性溃疡出血患者 CD8⁺CD28⁻T 细胞表达的意义[J]. 中国中西医结合消化杂志,2015,23(3):176-179.
- [24] 张蓓琳,符策月,黄玉伟. 奥美拉唑与泮托拉唑治疗消化道溃疡出血的有效性及对免疫功能的影响[J]. 医学综述,2020,26(10):2065-2069.
- [25] 尉佳林,余发全,何榕,等. 埃索美拉唑为基础的四联疗法对消化性溃疡患者幽门螺杆菌根除率,炎症因子及生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展,2019,19(18):195-198.

(收稿日期:2021-11-23)

(上接第 230 页)

- [8] 冯文涛,韩耀国,孙芳园,等. 中药灌肠法的临床应用研究进展[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(8):199-202.
- [9] 吴肇汉,秦新裕,丁强. 实用外科学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2017:369-370.
- [10] 李灿东. 中医诊断学(第 4 版)[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:108-111.
- [11] 危北海,陈治水,张万岱. 胃肠疾病中医证候评分表[J]. 世界华人消化杂志,2004,12(11):187-189.
- [12] 费贤明,龚卫东. 肝切除与 TAE 治疗肝血管瘤患者术后生存质量评价[J]. 实用肝脏病杂志,2020,23(5):140-143.
- [13] 叶倩云,刘凤斌. 大肠息肉发病相关风险因素及方法学研究[J]. 中华中医药杂志,2018,33(3):1100-1103.
- [14] 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.
- [15] 荣培姣,黄莉尤,陆浩,等. 结肠息肉内镜下黏膜切除术与高频电切术的疗效比较[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37(6):53-54.
- [16] 李永超,郑德权,胡晓霞,等. 结肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发性出血的危险因素分析[J]. 中国内镜杂志,2020,26(3):57-61.
- [17] 王吉利. 中药五倍子乌梅汤保留灌肠预防内镜下肠息肉摘除术后复发的效果研究[J]. 实用临床医药杂志,2019,23(23):55-57.
- [18] 马园园,王静,罗琼,等. 黄芪总皂苷药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(7):153-157.
- [19] 杜晓妍,吴娇. 茯苓的化学成分和药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2021,38(5):496-500.
- [20] 黄圆圆,张元,康利平,等. 党参属植物化学成分及药理活性研究进展[J]. 中草药,2018,49(1):239-250.
- [21] 罗云云,杜伟锋,康显杰,等. 薏苡仁历史应用概况及现代研究[J]. 中华中医药杂志,2018,33(12):5666-5673.
- [22] 赵志梅,张立杰,夏天,等. 莪术主要单体成分抗炎、抗肿瘤作用研究进展[J]. 药物评价研究,2017,40(1):119-124.
- [23] 谭亮,汤秋凯,王守章,等. 三七皂苷 R1 药理作用的研究进展[J]. 中国药理学通报,2018,34(5):604-607.
- [24] 马丽,李建军,周跃进,等. 炎症性肠病与直肠癌患者血清中 CA199,CA125,CEA 水平表达差异及临床意义[J]. 川北医学院学报,2019,34(6):697-701.

(收稿日期:2021-11-08)