

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2025年3月 第42卷 第3期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 42 Number 3
March 2025

ISSN 1007-5232



中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第42卷 第3期 2025年3月20日出版



微信: xhnjxw



新浪微博

主 管

中国科学技术协会

主 办

中华医学会

100710,北京市东四西大街42号

编 辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003,南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831, 83478997

传真: (025)83472821

Email: xhnj@xhnj.com

http://www.zhdxhnjzz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出 版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710,北京市东四西大街42号

电话(传真): (010)51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登32010000093号

印 刷

江苏省地质测绘大队

发 行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100048)

代号 M4676

订 购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮 购

中华消化内镜杂志编辑部

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831

Email: xhnj@xhnj.com

定 价

每期25.00元, 全年300.00元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2025年版版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目 次

专家论坛

《内窥镜远程诊疗信息系统技术要求》团体标准解读 169

吴晓芬 陈晔 郑云碑 孙会会 陈莹 许树长

《中国消化内镜再处理专家共识(2024, 重庆)》解读 173

廖盛涛 梅浙川

菁英论坛

肝外胆管解剖与胆结石关系的研究进展 178

曹政 李俊

论 著

基于5G网络的便携式消化内镜检查远程会诊应用研究 185

徐超 邹文斌 张婷 赵九龙 沈慧 黄念 廖专

上消化道高风险患者智能随访系统的开发与验证 190

邓梅 吕国恩 史聪慧 李佳 吴练练 刘军 于红刚

儿童磁控胶囊内镜检查前祛泡剂的应用研究 197

高洁霞 冯玉灵 顾竹珺 程伟伟 汪星 刘海峰

内镜切除治疗直肠小神经内分泌肿瘤垂直切缘不充分的

危险因素研究 202

刘简宁 甘丽虹 刘鹏 刘辉 张凯歌 奉琦 么玲 黄根 方念

重复超声内镜引导细针穿刺抽吸术的临床价值 207

高军 许新彦 马瑞光 马苗森 李真 钟宁

结直肠息肉切除术后患者复查情况及影响因素研究 212

杨婷 李佳 吴练练 史聪慧 刘军 于红刚

结直肠腺瘤切除后患者的内镜随访研究 217

张爽 李晨暘 叶云 周磊 丰艳 段娟娟 张伟锋

胆囊息肉对结直肠息肉提示价值的相关性研究 223

张庆林 郑雯 殷刚刚 谭雪娇 骆苗苗 石梦珍 陈卫刚

内镜下多环套扎治疗难治性胃食管反流病合并食管裂孔疝的

临床初探(含视频) 229

贾雪 赵颖 李鸿睿 樊帅帅 刘冠兰 胡志光 胡海清

短篇论著

- 分段式经口内镜食管下括约肌切开术治疗贲门失弛缓症的临床疗效初探 236
薛成俊 田野 严丽军 朱国琴

病例报道

- 超声内镜引导下小肠结肠吻合术治疗恶性肠梗阻 1 例(含视频) 241
颜鹏 周林 倪牧含 张松 王雷

综 述

- 胆管药物洗脱支架的研究进展 243
陈平平 秦文昊 胡冰
结直肠内镜黏膜下剥离术中黏膜下纤维化应对措施的研究进展 248
徐林宁 李锐

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2025 年可直接使用英文缩写的常用词汇 228

插页目次 222

本刊稿约见第 42 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 周昊

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxxhnjzz.com> 进行在线投稿。

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com



唐涌进



周 昊



顾文景



朱 悦



钱 程



许文立

(扫码添加编辑企业微信)

·论著·

结直肠息肉切除术后患者复查情况及影响因素研究

杨婷 李佳 吴练练 史聪慧 刘军 于红刚

武汉大学人民医院消化内科, 武汉 430060

通信作者: 于红刚, Email: yuhonggang@whu.edu.cn

【摘要】目的 探究结直肠息肉切除术后患者复查情况及其影响因素。**方法** 回顾性收集武汉大学人民医院2019年4月1日至6月30日行结肠镜下息肉切除术的患者,采用电子病历查询联合电话回访收集患者的复查信息。整理分析结直肠息肉切除术后患者复查情况及影响复查的因素,使用Logistic回归进行多因素分析确定影响复查的独立危险因素。**结果** 共纳入268例行结直肠息肉切除术的患者及其复查信息,其中未复查患者115例(42.91%),已复查患者153例(57.09%)。单因素分析显示,患者来源(门诊比住院, $\chi^2=5.68$, $P=0.017$)、就诊科室(非消化内科比消化内科, $\chi^2=6.64$, $P=0.010$)、息肉数目(1个比2~4个比 ≥ 5 个, $\chi^2=7.32$, $P=0.026$)影响结直肠息肉切除术后患者是否复查。Logistic回归分析结果显示,就诊于消化内科($P=0.039$, $OR=2.12$, 95% CI : 1.04~4.34)、风险分级为3级($P=0.040$, $OR=1.92$, 95% CI : 1.03~3.58)以及息肉数目 ≥ 5 个($P=0.016$, $OR=2.89$, 95% CI : 1.22~6.83)是影响患者是否复查的独立危险因素。**结论** 就诊于消化内科、风险分级为3级和息肉数目 ≥ 5 个行结直肠息肉切除术的患者更有可能复查结肠镜。

【关键词】 结肠息肉; 直肠息肉; 结直肠息肉切除术; 复查; 影响因素**基金项目:** 湖北省消化疾病微创诊治临床医学研究中心(2022DCC004)

Status and influencing factors of surveillance in colorectal post-polypectomy patients

Yang Ting, Li Jia, Wu Lianlian, Shi Conghui, Liu Jun, Yu Honggang

Department of Gastroenterology, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China

Corresponding author: Yu Honggang, Email: yuhonggang@whu.edu.cn

【Abstract】 Objective To explore status and influencing factors of surveillance in colorectal post-polypectomy patients. **Methods** Patients who underwent colorectal polypectomy in Renmin Hospital of Wuhan University between April 1, 2019 and June 30, 2019 were retrospectively studied. The surveillance information was obtained through electronic health record and telephone call. Status and influencing factors of surveillance in colorectal post-polypectomy patients were evaluated. Logistic regression model was used for multivariate analysis to determine independent risk factors influencing surveillance. **Results** A total of 268 colorectal post-polypectomy patients and their surveillance information were reviewed, of whom 153 (57.09%) patients received surveillance colonoscopy, and 115 (42.91%) patients did not. Univariate analysis showed that the source of patients (outpatients VS inpatients, $\chi^2=5.68$, $P=0.017$), department (others VS department of gastroenterology, $\chi^2=6.64$, $P=0.010$), and the number of polyps (1/(2~4)/ ≥ 5 , $\chi^2=7.32$, $P=0.026$) influenced the outcome of surveillance. Logistic regression model indicated that department of gastroenterology ($P=0.039$, $OR=2.12$, 95% CI : 1.04-4.34), risk level 3 ($P=0.040$, $OR=1.92$, 95% CI : 1.03-3.58) and the number of polyps ≥ 5 ($P=0.016$, $OR=2.89$, 95% CI : 1.22-6.83) were independent risk factors influencing surveillance. **Conclusion** Patients visit the department of gastroenterology or had a risk level 3 or ≥ 5 polyps are more likely to opt for surveillance following the procedure.

【Key words】 Colonic polyps; Rectal polyps; Colorectal post-polypectomy; Surveillance;

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240724-00208

收稿日期 2024-07-24 本文编辑 许文立

引用本文: 杨婷, 李佳, 吴练练, 等. 结直肠息肉切除术后患者复查情况及影响因素研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2025, 42(3): 212-216. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240724-00208.



Influencing factors

Fund program: Clinical Medical Research Center for Minimally Invasive Diagnosis and Treatment of Digestive Diseases in Hubei Province (2022DCC004)

结直肠癌是我国常见恶性肿瘤,多由结直肠息肉进展而来^[1-2]。国内外指南均建议内镜下切除息肉,但息肉切除通常不彻底,导致局部复发^[3-5]。一项发表于 2020 年的 Meta 分析发现,圈套切除 1~10 mm、>10~20 mm 的息肉,不完全切除率分别为 15.9%、20.8%^[6]。进展期腺瘤患者行内镜下息肉切除术后 10~20 年,复发率高达 52.0%。此外,男性、腺瘤切除术时年龄≥50 岁、腺瘤>10 mm、管状绒毛状或绒毛状、高级别异型增生、腺瘤数目>1 个均是术后复发的独立危险因素^[7]。因此,患者行息肉切除术后仍需定期复查结肠镜^[3]。然而,临床上患者术后复查情况并不理想, van heijningen 等^[8]报道,三分之一行结直肠腺瘤切除术的患者在随访间隔结束后未接受结肠镜监测。目前关于结直肠息肉切除术后患者复查情况及其影响因素的相关研究较少。本研究通过横断面分析武汉大学人民医院结直肠息肉切除术后患者复查情况,并对其影响因素进行了探讨,旨在为改善术后复查现状及制定个体化随访策略提供理论依据。

对象与方法

一、研究对象

回顾性收集武汉大学人民医院 2019 年 4 月 1 日至 6 月 30 日行结肠镜检查且有病理结果的患者。排除标准:(1)肠道清洁度差;(2)病理证实为癌;(3)肠外科术后或内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)后;(4)非息肉相关疾病如炎症、脂肪瘤、梭形细胞瘤、神经鞘瘤、神经内分泌瘤等;(5)息肉仅取活检未切除;(6)错构瘤性息肉如幼年性息肉病综合征、遗传性色素沉着消化道息肉病综合征;(7)息肉大小无法判断;(8)通过电子病历查询或电话回访无法明确是否复查。

二、患者风险分级及随访间隔的确定

根据中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识^[3],将结直肠息肉切除术后患者的风险等级分为 7 级并分配对应的随访间隔。1 级:长径<10 mm 的直肠、乙状结肠增生性小息肉,建议术后 2~3 年随访;2 级:长径<10 mm 且无上皮内瘤变

的无蒂锯齿状息肉,建议术后 2~3 年随访;3 级:长径<10 mm 的 1~2 个小管状腺瘤,建议术后 1~3 年随访;4 级:长径<10 mm 的 3~10 个小管状腺瘤,建议术后 1~2 年随访;5 级:任何一个腺瘤长径≥10 mm、病理提示绒毛状或者腺瘤伴高级别上皮内瘤变,建议术后 1~2 年随访;6 级:长径≥10 mm 或伴有上皮内瘤变的无蒂锯齿状息肉或传统锯齿状息肉,建议术后 1~2 年随访;7 级:长径<10 mm 且数量超过 10 个小管状腺瘤,建议术后 1 年随访。若患者出现 2 个及以上息肉,则根据最大息肉长径及最高病理等级进行息肉风险定级。

三、数据采集

通过查询电子病历收集患者的性别、行息肉切除术时的年龄、来源(门诊或住院)、就诊科室(非消化内科或消化内科)、是否麻醉、息肉位置(近端结肠、远端结肠、全结肠)、息肉数目、最大长径、风险等级、是否抵达回盲部、手术医师级别及截至 2022 年 11 月 8 日结肠镜复查情况。其中,近端结肠包含盲肠、升结肠、肝曲、横结肠和脾曲,远端结肠包含降结肠、乙状结肠和直肠,全结肠指同时包含位于上述两个或两个以上部位;手术医师级别分为专家和非专家,专家指内镜操作年限>10 年的医师,非专家指内镜操作年限≤10 年的医师。若根据电子病历无法明确患者是否复查结肠镜,则通过电话回访收集患者的复查信息,排除电话回访无法明确是否复查结肠镜的患者,每位患者最多于同一天的 3 个不同时间段拨打 3 次电话。

四、统计分析

采用 SPSS 软件对数据进行统计学分析,计数资料用例(%)表示,采用卡方检验进行单因素比较分析,组间两两比较用 Bonferroni 法校正检验水平。采用多因素 Logistic 回归分析进行结直肠息肉术后复查结肠镜的独立影响因素分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、研究人群

2019 年 4 月 1 日至 6 月 30 日行结肠镜的患者共 4 227 例,其中有病理结果患者 803 例。排除肠

道清洁度差(53例)、病理证实为癌(86例)、肠外科术后或ESD术后(87例)、非息肉相关疾病(123例)、息肉仅取活检未切除(55例)、错构瘤性息肉(1例)、息肉大小无法判断(6例)、通过电子病历查询或电话回访无法明确是否复查(124例),最终纳入268例。

二、入组患者的临床特征

268例患者中,年龄<60岁165例,男163例,211例就诊于消化内科,住院患者251例,247例行无痛结肠镜检查,152例风险分级为1级。息肉位于近端结肠者47例,位于全结肠者112例。单发息肉者61例,息肉长径≤0.5 cm者221例。240例结肠镜检查抵达回盲部,231例息肉切除术由专家操作,9例建议随访问隔为1年。

三、结直肠息肉切除术后患者风险分级和结肠镜复查情况

268例患者中,未复查115例(42.91%)。在已复查患者中,49例(32.03%)提前复查,74例(48.37%)按时复查,17例(11.11%)延迟复查,13例(8.49%)复查时间不详。详细的风险分级和复查信息见表1。

四、结直肠息肉切除术后结肠镜复查的影响因素

单因素分析结果显示,结直肠息肉切除术后患者是否复查与年龄、性别、是否麻醉、风险分级、息肉位置、息肉长径、是否抵达回盲部、手术医师水平、建议随访问隔无关,与患者来源、就诊科室及息肉数目密切相关($P<0.05$),见表2。

患者结直肠息肉切除术后是否复查结肠镜作为应变量(未复查=0,已复查=1),将年龄(<60岁=1,≥60岁=2)、性别(男性=1,女性=2)、患者来源(门诊=1,住院=2)、就诊科室(非消化内科=1,消化内科=2)、是否麻醉(否=1,是=2)、风险分级(1级=1,

3级=2,4级=3,5级=4,6级=5,7级=6)、息肉位置(近端结肠=1,远端结肠=2,全结肠=3)、息肉数目(1个=1,2~4个=2,≥5个=3)、息肉长径(≤0.5 cm=1,0.6~0.9 cm=2,1.0~1.9 cm=3,≥2.0 cm=4)、是否抵达回盲部(未抵达=1,抵达=2)、手术医师水平(非专家=1,专家=2)、建议随访问隔(1年=1,其他=2)作为自变量,构建多因素Logistic回归方程。结果显示就诊于消化内科($P=0.039$, $OR=2.12$, 95% CI : 1.04~4.34),风险分级为3级($P=0.040$, $OR=1.92$, 95% CI : 1.03~3.58)以及息肉数目≥5($P=0.016$, $OR=2.89$, 95% CI : 1.22%~6.83%)的患者,复查的可能性更大(表3)。

讨 论

本研究发现,结直肠息肉切除术后,有42.91%的患者在推荐的随访问隔结束后未复查结肠镜,在已复查结肠镜的患者中,仅48.37%按时复查,超过一半的患者提前或延迟复查。此外,行结直肠息肉切除术时就诊于消化内科、风险分级为3级和息肉数目≥5个均与术后复查结肠镜显著相关。

本研究中结直肠息肉切除术后患者的复查率仅57.09%,尤其是门诊的患者,术后高达70.59%的患者未复查。van Heijningen等^[8]对2 997例行腺瘤切除术的患者进行了长达90个月的随访,发现有34%的患者在研究结束后仍未复查结肠镜,低于本研究的42.91%,其原因可能是该研究的随访时间更长。此外该研究还发现,在延迟复查的患者中,进展期瘤变检出率高达8%(其中1/5为结直肠癌),特别是在初次肠镜检查时有3个或3个以上腺瘤的患者中进展期瘤变的发生率高达17%,部分患者因病情进展失去内镜下手术机会需进行外科手术治疗,给患者增加额外的创伤及经济负担。因此,医师需明确患者术后延迟复查或不

表1 268例结直肠息肉切除术后患者风险分级和结肠镜复查情况[例(%)]

风险分级	例数	未复查	已复查			
			提前复查	按时复查	延迟复查	不详
1级	152	73(48.03)	35(23.03)	29(19.08)	5(3.29)	10(6.58)
2级	0	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
3级	79	29(36.71)	9(11.39)	36(45.57)	3(3.80)	2(2.53)
4级	5	1(20.00)	1(20.00)	1(20.00)	2(40.00)	0(0.00)
5级	20	6(30.00)	2(10.00)	7(35.00)	5(25.00)	0(0.00)
6级	3	2(66.67)	0(0.00)	0(0.00)	1(32.33)	0(0.00)
7级	9	4(44.44)	2(22.22)	1(11.11)	1(11.11)	1(11.11)
总计	268	115(42.91)	49(18.28)	74(27.61)	17(6.34)	13(4.85)

表2 结直肠息肉切除术后结肠镜复查影响因素的单因素分析[例(%)]

项目	未复查 (n=115)	已复查 (n=153)	χ^2 值	P值
年龄			0.00	0.960
<60岁	71(61.74)	94(61.44)		
≥60岁	44(38.26)	59(38.56)		
性别			0.07	0.789
男	71(61.74)	92(60.13)		
女	44(38.26)	61(39.87)		
患者来源			5.68	0.017
门诊	12(10.43)	5(3.27)		
住院	103(89.57)	148(96.73)		
就诊科室			6.64	0.010
非消化内科	33(28.70)	24(15.69)		
消化内科	82(71.30)	129(84.31)		
是否麻醉			0.21	0.650
否	10(8.70)	11(7.19)		
是	105(91.30)	142(92.81)		
风险分级			5.90	0.305
1级	73(63.48)	79(51.63)		
2级	0(0.00)	0(0.00)		
3级	29(25.22)	50(32.68)		
4级	1(0.87)	4(2.61)		
5级	6(5.22)	14(9.15)		
6级	2(1.74)	1(0.65)		
7级	4(3.48)	5(3.27)		
息肉位置			2.30	0.317
近端结肠	22(19.13)	25(16.34)		
远端结肠	51(44.35)	58(37.91)		
全结肠	42(36.52)	70(45.75)		
息肉数目			7.32	0.026
1个	34(29.57)	27(17.65)		
2~4个	43(37.39)	54(35.29)		
≥5个	38(33.04)	72(47.06) ^a		
息肉长径			1.56	0.668
≤0.5 cm	98(85.22)	123(80.39)		
>0.5~<1.0 cm	13(11.30)	20(13.07)		
1.0~<2.0 cm	3(2.61)	8(5.23)		
≥2.0 cm	1(0.87)	2(1.31)		
是否抵达回盲部			0.00	0.995
未抵达	12(10.43)	16(10.46)		
抵达	103(89.57)	137(89.54)		
手术医师水平			0.16	0.688
非专家	98(85.22)	133(86.93)		
专家	17(14.78)	20(13.07)		
建议随访间隔			0.00	1.000
1年	4(3.48)	5(3.27)		
其他	111(96.52)	148(96.73)		

注:^a与息肉数目为1个相比, $P<0.05$ **表3** 结直肠息肉切除术后结肠镜复查影响因素的多因素 Logistic 回归分析

变量	β	标准 误差	瓦尔 德值	P值	OR值(95%CI)
年龄					
<60岁					参照
≥60岁	-0.32	0.29	1.22	0.269	0.73(0.41~1.28)
性别					
男					参照
女	0.18	0.28	0.42	0.517	1.20(0.70~2.06)
患者来源					
门诊					参照
住院	0.86	0.74	1.34	0.248	2.35(0.55~10.06)
就诊科室					
非消化内科					参照
消化内科	0.75	0.37	4.25	0.039	2.12(1.04~4.34)
是否麻醉					
否					参照
是	-0.70	0.61	1.30	0.255	0.50(0.15~1.65)
风险分级					
1级			6.02	0.305	参照
3级	0.65	0.32	4.20	0.040	1.92(1.03~3.58)
4级	0.99	1.16	0.73	0.394	2.70(0.28~26.37)
5级	0.51	0.59	0.75	0.386	1.67(0.52~5.35)
6级	-1.00	1.26	0.63	0.428	0.37(0.03~4.33)
7级	0.01	0.74	0.00	0.986	1.01(0.24~4.46)
息肉位置					
近端结肠			0.02	0.989	参照
远端结肠	-0.02	0.40	0.00	0.954	0.98(0.45~2.12)
全结肠	-0.06	0.45	0.02	0.891	0.94(0.39~2.28)
息肉数目					
1个			5.90	0.052	参照
2~4个	0.58	0.39	2.25	0.134	1.78(0.84~3.79)
≥5个	1.06	0.44	5.83	0.016	2.89(1.22~6.83)
息肉长径					
≤0.5 cm			1.01	0.800	参照
>0.5~<1.0 cm	0.01	0.43	0.00	0.987	1.01(0.43~2.36)
1.0~<2.0 cm	0.79	0.79	0.99	0.319	2.19(0.47~10.27)
≥2.0 cm	0.12	1.29	0.01	0.926	1.13(0.09~14.11)
是否抵达回盲部					
未抵达					参照
抵达	-0.06	0.43	0.02	0.881	0.94(0.40~2.18)
手术医师水平					
非专家					参照
专家	0.00	0.39	0.00	0.993	1.00(0.46~2.14)
建议随访间隔					
1年					参照
其他	-0.01	0.74	0.00	0.986	0.99(0.23~4.25)

复查结肠镜的风险及提高术后复查比例的紧迫性,依据随访指南为患者制定合理随访建议,详细告知患者术后复发并进展为结直肠癌的可能,提高患者的术后结肠镜复查依从性。

本研究中,行息肉切除术时就诊于消化内科、术中切除的息肉数目 ≥ 5 个或术后风险分级为3级的患者复查的可能性更高。其可能原因是就诊于消化内科的患者,接诊医师对结直肠息肉切除术后患者复查的必要性有更深入的了解,对患者复查的宣教更到位。对于息肉数目多的患者,就诊于消化内科的可能性增加,对自身疾病状况也更加重视。风险分级为1级的患者切除了长径 <10 mm的直肠、乙状结肠增生性小息肉,为良性病变^[9],而风险分级为3级的患者所切息肉性质为腺瘤,有复发及癌变倾向^[2,7]。因此相对于前者,医师对后者结肠镜复查的提醒可能更多,从而提高了这类患者的复查依从性。与风险分级1级的患者相比,4~7级患者所切息肉的数目更多或病理等级更高,但统计学未得出更有可能复查的结论,其原因可能是患者例数过少。总之,医师在制定患者随访方案时需充分结合患者就诊科室、息肉数目等因素,对就诊于非消化内科、息肉数目少等容易忽视复查的患者,加强复查宣教和提醒。此外,应提高非消化科医师对术后结肠镜监测的必要性及监测间隔的认识,接诊这类患者时可请消化科医师会诊指导治疗,改善复查率低的现状。

本研究有几个不足之处。首先,这是一项回顾性研究,收集的患者信息不全面且可能存在一定的偏倚,患者是否复查还可能与患者的文化程度、职业、家庭收入、清肠药种类、既往史、首次结肠镜检查原因、结直肠息肉切除方式、肠镜检查前后是否发生不良事件、肠道准备评分、是否有结直肠癌家族史及医师的随访建议等因素相关^[10-11]。其次,本研究的样本量有限,这可能是多因素分析中未能得出更多复查与否的独立影响因素的原因。未来可行更大型的前瞻性研究,进一步了解复查现状及其影响因素。

综上所述,本研究揭示了结直肠息肉切除术后患者复查率低的现状,非消化内科就诊、息肉数目少的患者复查的可能性更低,因此应注意加强对这

类患者的宣教以改善复查现状。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

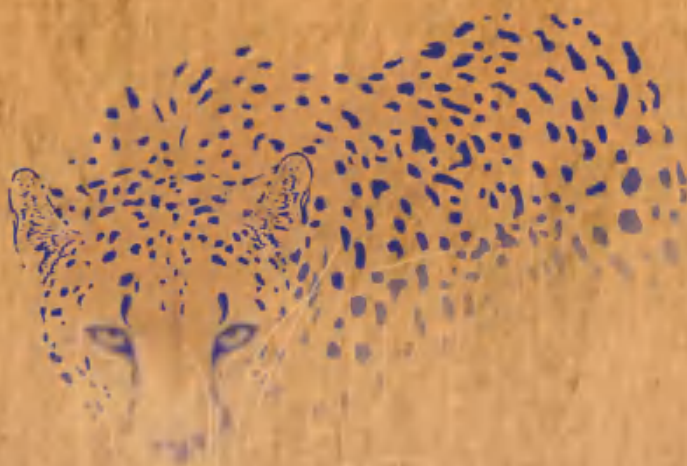
作者贡献声明 杨婷:实施研究、分析解释数据、起草文章、统计分析;李佳、吴练练:酝酿和设计实验、对文章的知识性内容做批评性审阅;史聪慧、刘军:实施研究、采集数据;于红刚:研究指导、论文修改、经费支持

参 考 文 献

- [1] Zheng R, Zhang S, Zeng H, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016 [J]. J Natl Cancer Cent, 2022, 2(1): 1-9. DOI: 10.1016/j.jncc.2022.02.002.
- [2] Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, et al. Colorectal cancer [J]. Lancet, 2019, 394(10207): 1467-1480. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32319-0.
- [3] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海),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(01): 1-18. DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20211111-00661.
- [4] Rutter MD, East J, Rees CJ, et al. British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland/Public Health England post-polypectomy and post-colorectal cancer resection surveillance guidelines [J]. Gut, 2020, 69(2): 201-223. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-319858.
- [5] Choksi N, Elmunzer BJ, Stidham RW, et al. Cold snare piecemeal resection of colonic and duodenal polyps ≥ 1 cm [J]. Endosc Int Open, 2015, 3(5): E508-E513. DOI: 10.1055/s-0034-1392214.
- [6] Djinbachian R, Iratni R, Durand M, et al. Rates of incomplete resection of 1- to 20-mm colorectal polyps: a systematic review and meta-analysis [J]. Gastroenterology, 2020, 159(3). DOI: 10.1053/j.gastro.2020.05.018.
- [7] Huang Y, Gong W, Su B, et al. Recurrence and surveillance of colorectal adenoma after polypectomy in a southern Chinese population [J]. J Gastroenterol, 2010, 45(8): 838-845. DOI: 10.1007/s00535-010-0227-3.
- [8] van Heijningen E-MB, Lansdorp-Vogelaar I, Steyerberg EW, et al. Adherence to surveillance guidelines after removal of colorectal adenomas: a large, community-based study [J]. Gut, 2015, 64(10): 1584-1592. DOI: 10.1136/gutjnl-2013-306453.
- [9] 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(01): 3-11. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2020.01.002.
- [10] Dahel Y, Cottet V, Boisson C, et al. Compliance with follow-up guidelines after high-risk colorectal polyp removal: a population-based study [J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2022, 96(2): 351-358. DOI: 10.1016/j.gie.2022.03.020.
- [11] Cross AJ, Robbins EC, Pack K, et al. Colonoscopy surveillance following adenoma removal to reduce the risk of colorectal cancer: a retrospective cohort study [J]. Health Technol Assess, 2022, 26(26). DOI: 10.3310/OLUE3796.

广告

隐匿病变 及早发现



结肠镜**提高病变检出率**的便捷方案

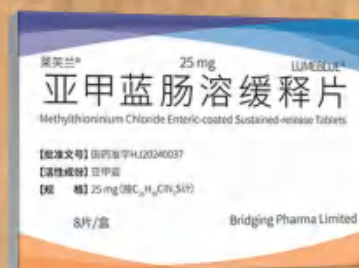
适应症:

本品作为一种诊断剂,适用于在接受结肠镜检查筛查或监测的成人患者中增强结直肠病变的可视化

禁忌、不良反应,注意事项详见说明书

【生产企业】Cosmo S.p.A.

【中国唯一官方商业化合作伙伴】深圳市康哲药业有限公司



MB MMX
DIFFICULT TO DETECT

Methylthioninium Chloride
Enteric-coated
Sustained-release Tablets

健可诺®

国药准字H20213838

磷酸钠盐散

Sodium Phosphates Powder

广告

清肠品质卓越 舒适又方便

独特包装
控制用药风险



适应症 用于患者结肠X-光线及肠道内窥镜检查前或手术前清理肠道。

用法用量 本品用于肠道准备时服药一般分两次，每次服药1袋。

第一次服药时间在手术或检查前一天晚上7点，用法为用800ml以上温凉水溶解后服用。

第二次服药时间在手术或检查当天早上7点(或在操作或检查前至少3个小时)，或遵医嘱，用法同第一次。

为获得良好肠道准备效果，建议患者在可承受范围内多饮水。

不良反应 常见的不良反应为腹胀、恶心、腹痛、呕吐，还可能会出现用药期间和用药后的短暂的电解质紊乱、乏力、眩晕、过敏反应、肝功能检查ALT、AST升高、肛门刺激症状。其他详见说明书。

禁忌 1.本品禁用于先天性巨结肠、肠梗阻、腹水、充血性心脏病或肾功能衰竭患者。2.使用本品禁止联合使用其他缓泻药物。3.对本品中任何成份过敏者禁用。



川药广审(文)第251011-01618号 生产企业:四川健能制药有限公司 本广告仅供医学药学专业人士阅读