

## ·DCR 专区·

**DCR 主编 Susan Galandiuk:** This month, we launched exciting new features in collaboration with the Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery: Chinese translation of original manuscript titles and abstracts, Resident's Corner and other content. (本月,我们与《中华胃肠外科杂志》合作推出了令人兴奋的新功能,包括原始文稿的标题和摘要、住院医师角及其他内容的中文翻译)。

**《中华胃肠外科杂志》总编辑兰平:**很高兴 DCR 中文版权落户《中华胃肠外科杂志》,相信 DCR 专区能使我国结直肠外科医师轻松及时地了解国际上结直肠外科领域的最新研究成果,并进一步深化中美结直肠外科的合作与交流。

**编者按:**我们很高兴与 DCR 杂志合作,每月一期同步推出中文版,内容除了纸刊出版的所有文章摘要外,还包括在线发布的临床实践指南(如有)、住院医师角、开放获取文章(如有)以及每期精选文章(1篇)的全文。希望这项努力能为我国结直肠外科的医师教育、学科发展和患者福祉做出贡献。

**专区编辑 (Section Editor):**汪建平

**执行编辑 (Executive Editor):**窦若虚

**翻译小组 (Translator Group):**孙凌宇(组长) 陈文平 陈致奋 池诏丞 樊文彬 何婉 黄鉴 黄胜辉 蒋峰

李来元 李绍堂 李英儒 李悠然 梁逸超 刘红利 卢丹 马斌 孙艳武

佟伟华 王桂华 王泉杰 吴德庆 吴炯 徐贤绸 杨辉 姚一博 俞少俊

袁静 张荣欣 张正国 竺平 卓长华

**审校小组 (Proofreader Group):**吴小剑(组长) 芮耀宇 何思祺 柯嘉 赖思聪 孙伟鹏

## Dis Colon Rectum 2020 年 6 期摘要

肛管肿瘤摘要 Anal Neoplasia Abstracts**挽救性 APR 治疗肛门鳞状细胞癌:在加拿大人群中的利用率、危险因素和结果**

Sunil V. Patel, Gary Ko, Michael J. Raphael, Christopher M. Booth, Susan B Brogly, Maria Kalyvas, Wenbin Li, Timothy Hanna

**背景:**既往研究报道,大约 30%~40% 的肛门鳞状细胞癌患者在放疗后需要挽救性腹会阴联合直肠切除术。

**目的:**探讨肛周鳞状细胞癌的挽救性腹会阴联合直肠切除术(APR)的利用率,危险因素及其对生存的影响。

**设计:**基于人群的回溯性队列研究。

**患者:**2007 年至 2015 年间所有进行过根治性放疗的鳞状细胞肛门癌的病例。

**设定:**在加拿大安大略省接受治疗的患者,该省是单一付款方的全民医疗保健系统。

**主要结局指标:**挽救性腹会阴联合直肠切除术的风险、与其相关的因素以及生存率。

**结果:**共有 1125 例肛门鳞状细胞癌患者接受了根治性放射治疗。在该队列中,有 8% 的患者(93/1125)进行了挽救性手术,而 14% 的患者(156/1125)需要行永久性结肠造口术。在对数二项回归分析中,年龄较小与挽救手术有关,而性别、肿瘤分期、社会经济地位、艾滋病毒感染和年龄均与挽救性手术无关。建议完成放疗的患者进行挽救手术的风险较低(RR=0.67, 95%CI:0.43~1.03)。那些不需要挽救手术的人的

5 年总生存率是 73% (95%CI:70%~76%),而那些需要挽救手术的人则为 48% (95%CI:37%~58%)。在 Cox 模型中,需要进行挽救手术的患者死亡率高于不需要接受挽救手术的患者(校正后的 HR 2.20, 95%CI:1.65~2.94),而完成放疗的患者的生存率有所提高(HR 0.65, 95%CI:0.42~0.82)。局限:可疑残余病灶可能会成为混杂因素影响挽救手术的指征。

**结论:**在这个规模较大的肛门鳞状细胞癌患者队列研究中,接受挽救手术的患者比例大大低于以前的报道。年龄较小与挽救手术有关,并且完成放疗会降低需要挽救手术的风险。需要行挽救手术的患者 5 年总生存率较差。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B205>。

(张荣欣 译,孙凌宇 审)

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts**二甲双胍通过改善直肠癌新辅助同期放化疗的肿瘤应答带来生存获益**

Jung Min Kim, Jung Won Park, Jin Ha Lee, Ye Hyun Park, Soo Jung Park, Jae Hee Cheon, Won Ho Kim, Tae Il Kim

**背景:**二甲双胍可能在几种恶性肿瘤中降低癌症风险和死亡率,并改善放疗应答。

**目的:**在因直肠癌接受新辅助同期放化疗的糖尿病患者中,对比二甲双胍和非二甲双胍组的肿瘤应答和预后。

设计:回顾性研究。

设定:大韩民国的单中心。

患者:从 2000 年 1 月到 2017 年 11 月,回顾了 104 名接受了糖尿病药物治疗、并在新辅助同期放化疗后行根治手术的直肠癌患者。患者被分为服用( $n=62$ )或不服用( $n=42$ )二甲双胍两组。分析了肿瘤应答、生存和其他结局。

主要结局指标:肿瘤应答率、直肠癌特异生存率和无病生存率。

结果:新辅助同期放化疗后,二甲双胍组的肿瘤退缩分级( $P=0.002$ )、病理完全缓解( $P=0.037$ )和 N 降期( $P<0.001$ )显著高于非二甲双胍组。对癌症特异死亡率的分析发现,二甲双胍的使用、分化程度(高、中对比低)、病理 UICC 分期(3 对比 1~2)、ypN 分期(1~2 对比 0)以及 N 降期[风险比(95%CI)分别为:0.256(0.082~0.794), $P=0.018$ ;0.147(0.031~0.697), $P=0.016$ ;3.693(1.283~10.635), $P=0.015$ ;3.181(1.155~8.759), $P=0.025$ ;以及 0.175(0.040~0.769), $P=0.021$ )是与患糖尿病的直肠癌患者死亡率显著相关的因素。此外,对癌症复发的多因素分析发现,二甲双胍与淋巴结降期的相互作用是显著的预测因素(风险比(95%CI):0.222(0.077~0.639), $P=0.005$ )。

局限:这是一项单中心的小样本回顾性研究。

结论:在患有糖尿病、并且新辅助同期放化疗后淋巴结降期的直肠癌患者中,二甲双胍的使用与更好的肿瘤应答、癌症特异生存以及更低的癌症复发率相关。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B185>。

(窦若虚 译,吴小剑 校)

### 直肠癌术后吻合口漏的长期肿瘤学结局

*Jacopo Crippa, Emilie Duchalais, Nikolaos Machairas, Amit Merchea, Scott R. Kelley, David W. Larson*

背景:吻合口漏仍是直肠癌重建术后的危重并发症,有着高发生率和死亡率,文献报道其发生率为 4%~29%。吻合口漏是否会对长期肿瘤学结局产生影响尚存争议。

目的:本研究旨在描述吻合口漏对直肠腺癌保括约肌手术患者的肿瘤学影响。

设计:对前瞻性维护数据库进行的回顾性研究。

设定:本研究在一家高手术量结直肠癌中心进行。

患者:回顾性分析于 2000 年 1 月至 2013 年 12 月接受直肠腺癌重建手术的患者数据。

主要结局指标:根据国际直肠癌研究小组提出的分类定义吻合口漏,研究吻合口漏对长期总生存率、无病生存率、直肠癌特异生存率和局部复发率的影响。

结果:共 787 例曾行直肠癌保肛手术的患者符合纳入标准。43 例(5.3%)发生有症状的吻合口漏。中位随访时间为 64 个月。51 例(6.5%)因肿瘤致死,其中 2 例(2/42)在吻合口漏组。5 年总生存率、直肠癌特异生存率和无病生存率分别为 88%,94.7% 和 85.3%。两组的长期总生存率、直肠癌特异生存率、无病生存率和局部复发率没有差异。在多因素分析

中,吻合口漏并不影响肿瘤学结局。

局限:本研究受回顾性分析的限制。

结论:直肠癌重建术后吻合口漏的发生对本研究中患者的长期肿瘤学结局没有影响。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B187>。

(何思祺 译,窦若虚 审)

### 直肠癌微创与开腹手术的对比结果:一项基于两国结直肠癌审计数据的倾向性匹配分析

*Sergei Bedrikovetski, Nagendra N. Dudi - Venkata, Hidde M. Kroon, James W. Moore, Ronald A. Hunter, Tarik Sammour*

背景:微创手术经常用于直肠癌的治疗,尽管与开腹相比缺乏肿瘤学等效性及改善预后的证据。

目的:本研究旨在分析从澳大利亚和新西兰结直肠癌数据库中收集的前瞻性数据。

设计:采用倾向性评分匹配的回顾性队列研究。

数据来源:本研究使用两国结直肠癌审计数据库(BCCA)。

患者:本研究共纳入 3451 例直肠癌手术的患者,其中开腹手术 1980 例、腹腔镜手术 1269 例、机器人手术 117 例,taTME 手术 85 例。

主要观察指标:切缘阳性率(环周切缘和/或远端切缘)。

结果:倾向性评分匹配开腹组和微创组各 1132 例。两组间切缘阳性率和淋巴结检出率无明显差异。开腹组术后总体并发症发生率明显较低(27.6% vs 35.8%, $P<0.0001$ ),包括更低的术后小肠梗阻发生率(1.2% vs 2.5%, $P=0.03$ )。微创组的切口感染率显著降低(2.9% vs 5.0%, $P=0.02$ ),住院时间缩短(8 vs 9 d, $P<0.0001$ )。两组间 30 天死亡率无差异。

局限性:结果受登记数据录入质量的限制。

结论:在直肠癌患者中,微创手术与开腹手术相比具有相似的切缘阳性率,住院时间明显缩短,但总体并发症发生率明显升高。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B190>。

(池诏丞、孙伟鹏 译,窦若虚 审)

### 在结直肠癌多学科门诊寻求第二意见的患者特征

*Ana C. De Roo, Arden M. Morris, Joceline V. Vu, Ari D. Schuman, Kenneth L. Abbott, Pridvi Kandagatla, Karin M. Hardiman, Samantha Hendren*

背景:由于疾病复杂、与初诊医生治疗关系中断、需要重建信心以及渴望获得其他治疗意见而寻求第二意见的患者对于接诊的结直肠肿瘤医生是一种挑战。

目的:描述在一家结直肠癌多学科门诊寻求初次和第二意见的结直肠癌患者及其治疗的特点。

设计:回顾性研究。

设定:前瞻性收集一家结直肠癌多学科门诊的临床登记资料。

患者:2012—2017 年间收治的结肠癌或直肠癌患者。

**主要结局指标:**对初始意见和第二意见的人口学和临床特征进行数据分析。

**结果:**在 1711 名结直肠癌患者中,1008 例(58.9%)寻求初步意见,700 例(40.9%)寻求第二意见。与初步意见的患者相比,第二意见患者更有可能患 IV 期疾病(OR 1.94,95%CI:1.47~2.58),复发性疾病(OR 1.67,95%CI:1.13~2.46)。年龄 40~49 岁(OR 1.47,95%CI:1.02~2.12)。初步意见和第二意见队列在性别、种族和结肠癌与直肠癌的比例方面相似。在第二意见患者中,246 例(35%)转诊到结直肠癌多学科机构。

**局限:**我们无法获得未转诊到结直肠癌多学科机构患者的最终治疗计划。

**结论:**寻求第二意见的患者代表了结直肠癌患者中的特定人群。他们一般比寻求初步意见的患者更年轻,更有可能患 IV 期或复发疾病。虽然第二次意见后转诊到结直肠癌多学科治疗机构比初诊的要低,但多学科结直肠癌治疗机构为病情复杂和有治疗需求的患者提供了重要的帮助。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B192>。

(孙凌宇 译,张荣欣 审)

## II~III 期结直肠癌接受根治性切除术的患者术前业余活动与短期和长期结果的关系:倾向得分匹配分析

*Jeng-Fu You, Yu-Jen Hsu, Yih-Jong Chern, Hsin-Yuan Hung, Pao-Shiu Hsieh, Chien-Yuh Yeh, Jy-Ming Chiang, Wen-Sy Tsai*

**背景:**体力活动可能与患结直肠癌的风险和结直肠癌患者的预后直接或者间接相关。

**目的:**探讨术前体力活动是否有助于减少结直肠癌患者术后短期并发症和提高长期生存率。

**设计:**对前瞻性收集数据的回顾性分析。

**设定:**本研究于 1995 年 1 月至 2016 年 12 月在一所三级教学医院的结直肠外科进行。

**患者:**纳入 I~III 期行根治性切除术的原发性结直肠癌患者。根据术前空闲时间每周代谢当量值,将患者分为两组:代谢当量<12 组和代谢当量≥12 组。根据年龄、性别、体重指数、肿瘤部位、肿瘤分期、辅助化疗等 6 个协变量,采用 1:1 倾向性评分匹配,减少不平衡和选择偏倚。

**主要结局指标:**采用卡方检验分析术后短期并发症。Kaplan-Meier 分析用于评估无病生存率和总生存率。

**结果:**在匹配的队列患者中,虽然在任何单一的术后并发症方面没有差异,但观察到代谢当量≥12 组的总体术后并发症和死亡率(较另一组)有显著差异,Kaplan-Meier 分析和 log-rank 检验的结果表明,在无病生存和总生存方面,代谢当量≥12 组的与代谢当量<12 组相比,具有显著的生存优势。

**局限:**本研究受回顾性的限制。

**结论:**这项单一机构的研究提供了术前业余时间体力活动与术后短期并发症率、死亡率以及长期生存率相关的证据。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B189>。

(梁逸超 译,张荣欣、孙凌宇 审)

## 通过腰大肌横截面积评估肌少症可预测结直肠癌患者的术后不良结局

*Simon J.G. Richards, Sajith C. Senadeera, Frank A. Frizelle*

**背景:**衰弱和肌少症是外科临床工作中的重要概念,其与术后不良结局有关。有研究建议通过影像学评估腰大肌质量作为肌少症的替代评价指标,该方法可能成为术后不良结局的预测指标。

**目的:**确定经由腰大肌横截面积评估的肌少症与结直肠癌患者的术后结局的相关性。

**设计:**纳入 2014 年—2016 年间的患者进行回顾性研究。

**设定:**本研究是在一家三级医院进行的单中心研究。

**患者:**纳入行择期结直肠癌手术的患者。

**主要结局指标:**以腰大肌指数(total psoas index, TPI)评估肌少症,该指数通过测量第三腰椎水平的腰大肌横截面积来计算,并根据患者身高进行标准化。以术前及术中指标作为评估术后不良结局的潜在危险因素,包括术前肌少症。

**结果:**纳入研究的 350 例患者中,115 例(32.9%)诊断为肌少症。肌少症与住院天数显著性增加(13 vs.7 d,OR=1.31,95%CI:1.23~1.42, $P<0.01$ )和术后一年死亡率显著增加(13.9% vs.0.9%,OR=16.2,95%CI:4.34~83.4, $P<0.01$ )相关。肌少症也与各种并发症(85.2% vs.34.5%,OR=15.4,95%CI:8.39~29.7, $P<0.01$ )和严重并发症显著性增加(30.4% vs.8.9%,OR:15.1,95%CI:7.16~33.2, $P<0.01$ )相关。

**局限:**本研究受到单中心回顾性研究的限制。虽然肌肉质量减少提示肌少症,但该指标无法评价患者的生理功能及衰弱的其他表现。

**结论:**影像学评估的肌少症是外科病人术后不良结局的重要预测指标。常规作为分期诊断的 CT 扫描可为术前评价肌少症提供机会。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B201>。

(陈致奋 译,孙凌宇 审)

## 炎性肠病摘要 Inflammatory Bowel Disease Abstract

### 结直肠切除重建手术失败对溃疡性结肠炎男性及女性患者生育力的影响:一项历时 17 年的队列研究

*Frederik Rønne Pachler, Thue Bisgaard, Anders Mark-Christensen, Gunnar Toft, Søren Laurberg*

**背景:**结直肠切除重建术的手术失败对生育力的影响尚未有报道,但两者关系密切。

**目的:**评估结直肠切除重建术的手术失败对男女患者生育率的影响,包括体外授精率及其成功率。

**设计:**历时 17 年的基于登记中心的回顾性队列研究。

**设定:**婴儿生育资料与患者病例资料进行关联。在女性患者中,体外授精的病例资料也进行关联。所有数据均进行前瞻性注册。

**患者:**在丹麦国家数据库内检索 1994 年—2010 年期间育龄

期溃疡性结肠炎患者。对行结直肠切除重建术的患者及手术失败的患者进行分组。

主要结局指标:生育率的比率、体外授精率及成功率。

**结果:**研究纳入的溃疡性结肠炎患者包括 11939 例女性及 13569 例男性。711 例女性患者及 730 例男性患者接受了结直肠切除重建术;其中 114 例女性患者及 90 例男性患者出现手术失败。与手术成功的女性患者相比,出现手术失败的女性患者的生育率显著性下降(生育率的比率:0.50, 95%CI: 0.29~0.82)。与手术成功的男性患者相比,出现手术失败的男性患者的生育率有相对较低的倾向(生育率的比率:0.74, 95%CI:0.51~1.05)。不论手术成功与否,两组的体外授精率相当(校正风险比: 0.98, 95%CI:0.58~1.67)。与溃疡性结肠炎患者相比,手术失败患者的体外授精成功率显著性降低(校正优势比: 0.98, 95%CI:0.58~1.67)。

**局限:**本研究中缺乏结直肠切除重建术失败的相关原因。手术失败的患者可能在储袋功能正常期间已经有生育。因此,本研究可能低估了手术失败对生育的影响。

**结论:**结直肠切除重建术的手术失败影响生育率,而且主要影响女性患者。虽然在女性患者中,不如手术成功与否,两组体外授精率均相当,但是体外授精后生育孩子的可能性在手术失败患者中有所下降。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B206>。

(陈致奋 译,张荣欣、孙凌宇 审)

### 克罗恩病患者储袋失败后重做回肠储袋-肛管吻合:是否值得尝试?

*Olga A. Lavryk, Luca Stocchi, Sherief Shawk, Alexandra Aiello, James M. Church, Scott R. Steele, Tracy L. Hull*

**背景:**对部分溃疡性结肠炎和盆腔储袋失败的患者再次行储袋手术是一种可选方案。对于克罗恩病患者在回肠储袋-肛管吻合手术失败后是否有可能避免永久性转流,尚不明确。

**目的:**比较溃疡性结肠炎患者和克罗恩病患者重做储袋手术的结果。

**设定:**克利夫兰医学中心。

**设计:**回顾性分析前瞻性保留的储袋数据库(1983-2017)。

**患者:**本研究纳入了重做储袋手术的患者,他们首次储袋手术时的病理标本均证实为溃疡性结肠炎或克罗恩病结肠炎。

**主要结局指标:**储袋失败定义为储袋切除或无限期的储袋转流。比较不同诊断组的患者特点、围手术期和功能结果、储袋存活率和生活质量。

**结果:**在 422 名患者中,392 名为溃疡性结肠炎患者,30 名为克罗恩病患者。年龄和性别具有可比性。重做储袋最主要的指征为吻合口分离或吻合口瘘[溃疡性结肠炎患者 220 例(56.1%),克罗恩病患者 21 例(70%)]。大部分重做储袋需要行黏膜切除加手工吻合[溃疡性结肠炎患者 310 例(79%),克罗恩病患者 30 例(100%), $P=0.23$ ]。溃疡性结肠炎患者中 160 例(41%)建立了新储袋,231 例(59%)行老储袋修补;克

罗恩病患者中 25 例(83%)建立了新储袋,仅有 5 例(17%)对老储袋进行了再吻合。两组间的排便频率、粪便渗漏及排便急迫程度相当。溃疡性结肠炎组 5 年累积储袋存活率高于克罗恩病组(88% vs. 55%, $P=0.008$ )。克罗恩病重做储袋失败的主要原因是回肠造口回纳后发生储袋瘘和/或狭窄。这种情况克罗恩病较溃疡性结肠炎更为常见( $P<0.001$ )。

**局限性:**这是一个回顾性研究。

**结论:**可有选择的对首次储袋手术时诊断为结肠型克罗恩病的患者行重做储袋手术。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B206>。

(姚一博 译,竺平 审)

### 肛门直肠摘要 *Anorectal Abstracts*

#### 肛瘘激光消融术的远期疗效:一种值得考虑的保留括约肌术式

*Ozgen Isik, Baris Gulcu, Ersin Ozturk*

**背景:**环形激光消融治疗肛瘘是一种保留括约肌技术。

**目的:**评价肛瘘激光消融术的远期疗效。

**设计:**回顾性分析 100 例行肛瘘激光消融术患者的远期疗效。

**设定:**来自土耳其三级医疗中心的一项单中心研究。

**患者:**纳入所有肛瘘患者,排除标准包括伴有肛周脓肿、潜在克罗恩病、瘘管长度小于 2 cm、适合行单纯肛瘘切开的肛瘘,以及后侧慢性肛裂引起的括约肌间肛瘘。

**干预措施:**使用波长为 1470 nm、功率为 15 W 的激光导丝,能量释放的标准为 100~120 J/cm。

**主要结局指标:**完全愈合的评判标准是无分泌物、无症状、原先肛瘘外口皮肤形成纤维化疤痕,除“完全愈合”之外的所有结果均被视为失败。

**结果:**100 例接受激光消融术的肛瘘患者,中位年龄为 42 岁(21~83 岁),大部分为男性患者。总成功率为 62%(95%CI: 52%~71%),中位随访时间为 48(6~56)个月。没有患者出现不同程度的永久性肛门失禁。

**局限:**这项研究的回顾性是其主要局限,其他局限包括对大多数患者采用电话随访、单个中心数据以及样本量相对较少。

**结论:**肛瘘激光消融术作为一种保留括约肌手术,远期成功率可以接受。视频摘要见 [at http://links.lww.com/DCR/B186](http://links.lww.com/DCR/B186)。

(吴炯 译,竺平 审)

### 社会经济学摘要 *Socioeconomic Abstracts*

#### 术后加速康复措施对首次住院成本的影响

*Peter A. Najjar, Adam C. Fields, Luisa J. Maldonado, Andrew Ward, Ronald Bleday*

**背景:**美国大多数医院都是根据指定的诊断相关组别,通过

捆绑付款的方式报销结肠切除术费用。已经证明术后加速康复流程可以提高结直肠手术的价值,但对于单个医院细微的财务权衡还知之甚少。

**目的:**分析首次住院诊断为结肠切除相关组别的患者,在实施ERAS后对特定成本的影响。

**设计:**我们对医院成本进行了单中心、回顾性、非随机、干预前(2013—2014)和干预后(2015—2017)分析。

**设定:**学术医疗中心。

**患者:**共有1297例患者,分别分配到诊断相关分类(DRG)的330组(结肠切除术伴并发症/合并症)和331组(结肠切除术无并发症/合并症)。

**主要观察指标:**主要指标为住院总费用,次要指标包括特定成本中心费用。

**结果:**DRG330组中未实施术后加速康复措施的费用中位数为24,111(19,285~28,658)美元,而实施术后加速康复措施的中位成本为21,896(17,477~29,179)美元, $P=0.01$ 。DRG331组未实施术后加速康复措施的总中位成本为19268(17286~21858)美元,而实施术后加速康复措施组为18,444(15,506~22,847)美元, $P=0.22$ 。在评估DRG330组中实施加速康复措施前后费用变化时发现,手术室费用增加( $P=0.90$ ),护理费用减少( $P=0.02$ ),麻醉费用增加( $P=0.20$ ),药房费用增加( $P=0.08$ )。在DRG331组中,手术室费用增加( $P=0.001$ ),护理费用减少( $P<0.001$ ),麻醉费用增加( $P=0.03$ ),药房费用增加( $P=0.001$ )。

**局限性:**这是一项单中心研究,采用干预前后设计。

**结论:**在结直肠手术后采用加速康复流程后,使得医院层面的投资回报主要来自于降低护理费用相关的成本节约。这些节省可能抵消了手术室用品、麻醉和药物的增加。视频摘要见<http://links.lww.com/DCR/B204>。

(池诏丞 译,张荣欣、孙凌宇 审)

## 内镜摘要 *Endoscopy Abstracts*

### 升级内镜治疗:保留结肠的治疗方式替代结肠切除术可改善进展期恶性息肉患者的结局并降低其费用

Jessica N. Cohan, Colleen Donahue, Haddon J. Pantel, Rocco Ricciardi, David A. Kleiman, Thomas E. Read, Peter W. Marcelllo

**背景:**不适合传统内镜下切除的结肠息肉的最佳治疗策略目前尚不清楚。升级内镜治疗是一种有希望的最终治疗策略。

**目的:**探索升级内镜治疗与择期结肠切除术相比是否能改善内镜下无法切除的结肠息肉患者的结局并降低成本。

**设计:**回顾性分析一项前瞻性的数据库。

**设定:**三级转诊中心。

**患者:**因内镜下无法切除、大小为15~50 mm的结肠息肉而转诊的连续性患者。

**处理:**根据外科医生的判断,患者接受择期结肠切除术或升级内镜治疗。升级内镜治疗从手术室的诊断性结肠镜检查开始。如果息肉适合于内镜下切除,则按照指示进行内镜下黏膜切除术或内镜下黏膜下剥离术,如不适合内镜下治疗则改为内镜联合腹腔镜手术或腹腔镜结肠切除术。

**主要结局指标:**主要研究终点是30天不良事件。我们还纳入了住院时间、住院费用、保险公司付款和息肉复发等指标。

**结果:**共有52例患者行了择期结肠切除术(48例是腹腔镜手术),38例接受了升级内镜治疗(28例行内镜黏膜切除术,2例行内镜黏膜下剥离术,6例行内镜联合腹腔镜手术,2例行结肠切除术)。与择期结肠切除术相比,接受升级内镜治疗的患者并发症更少(13% vs. 33%, $P=0.03$ ),住院时间更短(中位0 vs. 4天, $P<0.001$ )。升级内镜治疗组有1例再次入院,择期结肠切除组有5例再次入院。内镜治疗患者的住院费用较低(4,790美元 vs. 13,004美元, $P<0.001$ )和保险公司支付的费用低(2,431美元 vs. 19,951美元, $P<0.001$ )。升级内镜治疗组患者的一年无息肉复发生存率为84%(95%CI: 67%~93%)。所有复发均为良性,<1 cm,并经内镜处理。

**局限:**本研究不是随机设计的研究,此外随访时间短。

**结论:**升级内镜治疗结肠息肉的方法与较低的发病率,降低的医疗保健费用以及95%的患者结肠保留有关。需要进一步研究以评估该组患者的长期生活质量和息肉复发情况。视频摘要见<http://links.lww.com/DCR/B188>。

(张荣欣 译,孙凌宇 审)

查看其他全文翻译请登陆杂志官网 [www.china-gisj.com](http://www.china-gisj.com) 或微信公众号

**临床实践指南:**美国结直肠外科医师协会左半结肠憩室炎诊疗临床实践指南

**住院医师角:**妇女结直肠癌治疗中的生育力和内分泌功能的保存

**每期精选文章:**直肠癌微创与开腹手术的对比结果:一项基于两国结直肠癌审计数据的倾向性匹配分析

**版权声明:**文章版权归美国结直肠外科医师协会,未经授权不得复制和传播。美国结直肠外科医师协会不对汪建平教授团队的译文负责。英文原文是唯一的正式文本,译文应完全忠于英文原文。如果对译文的准确性存疑,请参考英文原文。

Copyright © The American Society of Colon & Rectal Surgeons, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited. Disclaimer: The American Society of Colon and Rectal Surgeons is not responsible for the translations provided by Dr. Wang and his colleagues. The original English version of the published content is the only official text. The translated version is subject in all respects to the official text of the published article. If there are any concerns or issues regarding the accuracy of the translations or information presented within the translated versions of these articles, please refer back to the official English-language version.