

Dis Colon Rectum 2020 年 8 期摘要

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

对选择等待观察策略后出现局部再发的直肠癌患者行保留器官的挽救手术:还有可能吗?

Laura M. Fernandez, Nuno L. Figueiredo, Angelita Habr-Gama, Guilherme P. São Julião, Pedro Vieira, Bruna B. Vailati, Irfan Nasir, Oriol Parés, Inês Santiago, Mireia Castillo-Martin, Carlos Carvalho, Amjad Parvaiz, Rodrigo O. Perez

背景:部分直肠癌患者在新辅助放化疗后达到临床完全缓解时会接受非手术治疗。这些患者中有 30% 可能会出现局部再发,通常建议采用根治性手术进行挽救性切除。但部分患者可接受局部切除来进一步保留器官。我们假设基线水平为 T₂ 且曾接受新辅助治疗的患者(以达到临床完全缓解为特定目的)与 T₃/T₄ 的患者(由于肿瘤原因正在接受新辅助放化疗)相比,出现分期更早的局部再发、并且能保留器官(局部切除)的可能性更大。

目的:根据基线分期比较局部再发后行挽救性切除的患者。

设定:对连续的接受新辅助放化疗的非转移性直肠癌患者的回顾性研究。

地点:该研究包括两个独立的三级医疗中心,中心均有机构层面开展的等待观察器官保留项目。

患者:两机构中接受了等待与观察治疗并出现局部再发的连续性远端直肠癌(cT₂₋₄N₁₋₂M₀)患者。

主要结局指标:根据基线分期比较最终的病理特征以及手术和肿瘤结局。

结果:257 例患者中共有 73 例出现了局部再发。与 cT₃/cT₄ 相比,cT₂ 患者行挽救手术时的 ypT、ypN、R₀ 切除率和腹会阴联合切除率(P>0.05)相似。基线分期 cT₂ 的患者更可能接受保留器官的挽救手术(56.2% 比 26.5%; P=0.03)。不考虑挽救手术方式,两组的挽救手术后总体生存率和无病生存率相似。

局限:回顾性研究、样本量小、基线分期可能不准确。

结论:尽管基线 cT₂ 的直肠癌患者再发时与 cT₃ 至 cT₄ 相比具有相似的病理分期,但这些患者在局部再发后更有可能接受经肛局部切除的保留器官挽救性手术。尽管根治性挽救手术方式不同,但肿瘤学结局没有差异。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B254>。

(张荣欣译,何思祺校)

NSABP R-04/NRG Oncology 研究中直肠癌病理报告质量评价

Shonan Sho, Greg Yothers, Linda H. Colangelo, Patricia A. Ganz, Michael J. O'Connell, Robert W. Beart, Jr., Marian Hemmelgarn, Formosa C. Chen, Clifford Y. Ko, Marcia M. Russell

背景:准确全面的手术病理报告是癌症医疗质量的重要

组成部分。尽管美国病理学家协会制定了指南,但报告质量仍存在差异。

目的:评价直肠癌病理报告的质量,并确定报道不足之处及报告差异的潜在来源。

设计:回顾性分析前瞻性获得的病理报告。

设定:参与美国外科辅助性乳腺和肠道项目协议 R-04 研究的医院。

患者:2004 年 7 月至 2010 年 8 月间接受手术切除的直肠癌患者。

主要结局指标:对美国病理学家协会指南的遵从,以及概要报告、学术地位、医院位置(农村/城市)、医院病床数目对报告质量的影响。

结果:我们从 383 家医院和 755 名病理医师中确定了 1 004 份直肠癌手术病理报告。对美国病理学家协会指南的总遵从率为 73.3%。在几个关键的病理报告项目中发现了明显的报告缺陷,包括肿瘤组织学分级(报告率 77.8%)、环周切缘(84.6%)、近切缘距离(47.9%)、治疗效果(47.1%)、淋巴血管浸润(73.1%)和周围神经侵犯(35.4%)。使用概要报告和城市医院的病理报告有更高的遵从率,而医院学术地位和医院病床数对指南遵从率没有影响。报告差异不仅存在于机构之间,还存在于同一机构不同病理医师之间。随着时间的推移,遵从性有改善的趋势(2005 年 65.7% 比 2010 年 82.3%, P<0.001),这与越来越多的概要报告被病理医师采用一致(2005 年 9.4% 比 2010 年 25.3%, P<0.001)。

局限:从有限的机构(即参与随机临床试验的医院)获得的数据。

结论:直肠癌的病理报告质量差异很大。直肠癌美国认证计划要求所有项目必须严格遵循手术病理报告的质量标准。在病理报告这一直肠癌肿瘤治疗关键方面,仍有一定的改进空间。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B238>。

(何婉译,何思祺校)

腹腔镜结直肠癌前切除术经自然腔道对比传统标本取出对长期肿瘤学结局的影响:病例对照研究

Sheng-Chi Chang, Hung-Chang Chen, Yi-Chang Chen, Tao-Wei Ke, Yuan-Yao Tsai, Hwei-Ming Wang, Abe Fingerhut, William Tzu-Liang Chen

背景:尽管经自然腔道标本取出手术的近期优势受到广泛认同,但其在腹腔镜结直肠癌手术的肿瘤学安全性仍存在争议。

目的:探讨经自然腔道标本取出对结直肠癌手术患者局部复发和远期生存的影响。

设计:倾向性评分匹配的比较性研究。

设定:一个单中心的经验。

患者: 回顾性分析一个前瞻性收集的数据库中 2011—2014 年因 AJCC I~III 期乙状结肠或直肠上段癌接受根治性腹腔镜手术的患者资料。

干预措施: 比较经自然腔道与传统腹部小切口标本取出患者的肿瘤学结局。将患者按 1:1 比例根据倾向性评分配对, 评分通过对 AJCC 分期、肿瘤直径、年龄、性别、BMI 和 T 分期等协变量进行 logistic 回归分析计算得出。采用 Cox 比例风险回归分析确定对肿瘤结果的影响。

主要观察指标: 局部复发和 5 年无病生存率。

结果: 在 392 例入选患者中, 对 188 例进行了匹配(94 例接受经自然腔道标本取出, 94 例进行传统腹部小切口标本取出)。中位随访时间为 50.3 个月, 经自然腔道标本取出组和传统标本取出组 5 年累计局部复发率分别为 2.3% 和 3.5% ($P=0.632$), 5 年无病生存率分别为 87.3% 和 82.0% ($P=0.383$)。多因素分析显示, 只有 T₃ 和 T₄ 分期与无病生存独立相关。

局限性: 这项研究的局限性包括单中心、回顾性研究, 没有长期的肛门直肠功能检查, 并且样本量较小。

结论: 腹腔镜前切除术患者的长期肿瘤学结局在经自然腔道与传统标本取出之间没有差异。因此, 对于恶性肿瘤患者, 经自然腔道标本取出可能是减少腹腔镜结直肠癌手术的腹壁创伤的可行选择。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B241>。

(张荣欣译, 窦若虚校)

直肠癌新辅助治疗临床完全缓解后非手术治疗对比根治性手术: 一项 Markov 决策分析

Anthony de Buck van Overstraeten, Sepehr Khorasani, Erin Kennedy, Nicole J. Look Hong

背景: 新辅助放化疗后达到临床完全缓解(cCR)的直肠癌患者推荐采用非手术治疗, 以避免根治性手术带来的近期和远期并发症。

目的: 明确新辅助放化疗后达到 cCR 的局部进展期直肠癌患者, 接受非手术治疗和根治性手术的预期生命年和质量调整生命年。

设计: Markov 模型用于模拟非手术治疗和根治性手术在 10 年内的病例基本情况。通过广泛的文献检索获取各种临床变量的估计值。结果以生命年和质量调整生命年表示。通过确定性的灵敏度分析来评估关键参数变化的影响。

设定: 基于 Markov 模型的决策模型。

患者: 基础病例为一例直肠远端肿瘤经新辅助放化疗后达临床完全缓解的 65 岁男性。

主要结局指标: 生命年和质量调整生命年。

结果: 非手术治疗和根治性手术的生命年(6.92 年比 6.96 年)和质量调整生命年(5.79 年比 5.62 年)相似。首选的治疗策略可随着以下参数的不同而发生变化: 非手术治疗中局部再发的概率、非手术治疗中因局部再发行挽救手术的概率、对非手术治疗与低位前切除术的作用, 以及对低位前切除综合征的作用。该模型对

造口、化疗及术后并发症发生率及病死率等获益或失能不敏感。

局限: 本研究受建模研究的固有假设限制。

结论: 非手术治疗和根治术有着相似的(质量调整)生命年。因此, 非手术治疗应被视为一种合理的治疗选择。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B246>。

(何婉译, 何思祺校)

炎性肠病摘要 Inflammatory Bowel Disease Abstract

术前使用阿片类药物可增加克罗恩病患者选择性回结肠切除术后严重并发症的发生风险

Stephen J. O' Brien, Ryan C. Chen, Vincent T. Stephen, Jeffrey Jordan, Russell Farmer, Stephen Manek, Miranda Schmidt, Jianmin Pan, Shesh Rai, grSusan Galandiuk

背景: 阿片类药物的使用在过去 10 年呈指数级增长。术前使用阿片类药物对克罗恩病手术患者的影响尚不清楚。

目的: 明确术前使用阿片类药物是否会导致克罗恩病患者术后不良结局。

设计: 单中心回顾性观察研究。

设定: 本研究在一个三级医疗中心开展。术前阿片类药物处方的详细信息采集自肯塔基全程处方电子报告数据库和临近各州的电子数据库。

患者: 2014—2018 年连续接受回结肠切除术的克罗恩病患者。

主要结局指标: 严重并发症(Clavien-Dindo≥3a 级)、住院时间和 30 天再入院。

结果: 118 例患者中, 51 例术前 6 个月内使用阿片类药物(范围, 0~33, 760 吗啡毫克当量)。与术前未使用阿片类药物者相比, 术前使用阿片类药物的患者在住院期间每日阿片类药物需求量更大($P=0.024$)。19 例患者术后出现严重并发症[术前使用阿片类药物: 26% (13/51); 术前未使用阿片类药物: 9% (6/67)]。多因素分析显示, 术前使用阿片类药物是严重术后并发症的独立危险因素(OR=2.994; 95% CI: 1.024~8.751; $P=0.045$)。术前使用阿片类药物者住院时间显著延长($P<0.001$), 而且也增加了再入院风险(OR=2.978; 95% CI: 1.075~8.246; $P=0.036$)。24 例患者再次入院。以术前 6 个月内阿片类处方药>300 吗啡毫克当量(如 60 片氢可酮/对乙酰氨基酚 5/325)作为分界值, 术前阿片类处方药仍然是术后严重并发症的危险因素(OR=3.148; 95% CI: 1.110~8.928; $P=0.031$)。

局限: 回顾性研究, 无法评估非处方阿片类药物的使用。

结论: 术前使用阿片类药物是克罗恩病患者行选择性回结肠切除术后出现不良结局的高危因素。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B113>。

(黄鉴译, 姚一博、何思祺校)

微创对比开腹回肠储袋肛管吻合术(IPAA)失败后进行经腹储袋挽救手术:一项病例对照研究

H. Hande Aydinli, Eren Esen, Erman Aytac, Hasan T. Kirat, David M. Schwartzberg, Shannon Chang, Feza H. Remzi

背景:初次 IPAA 的手术方式可能会影响 IPAA 失败后再次行 IPAA 的结局。据我们所知,目前尚无研究评估过初次 IPAA 的手术方式对再次 IPAA 结局的影响。

目的:比较微创和开腹 IPAA 失败后经腹再次行 IPAA 的近期与远期结局。

设计:回顾性队列研究。

设定:这项研究是建立在同一个外科医生再次行 IPAA 的经验之上。

患者:纳入 2007 年 9 月至 2017 年 9 月行微创 IPAA 和开腹 IPAA 失败后,经腹再行 IPAA 的患者。

主要结局评价指标:比较两组的短期并发症和长期结局。

结果:将 42 例初次接受微创 IPAA 后失败的患者与 42 例初次接受开腹 IPAA 后失败的患者进行配对。微创 IPAA 患者两次 IPAA 手术的时间间隔更短(中位时间 28.5 个月比 56.0 个月; $P=0.03$)。微创 IPAA 后可以见到更多的较长(>2 cm)直肠残端(26%比 10%; $P=0.046$)。微创组再次行 IPAA 时,相比开腹组更常使用吻合器(26%比 10%; $P=0.046$); 两组其他术中细节相似。尽管两组近期并发症发生率相近,但开腹 IPAA 组的脓肿发生率更高(7%比 24%; $P=0.035$)。两组功能结局相当。微创 IPAA 和开腹 IPAA 失败后再次行 IPAA 的储袋存活率相当。

局限性:本研究为回顾性非随机对照,且病例数量相对较少。

结论:微创 IPAA 后较长的直肠残端是储袋失败的一个潜在并可预防的危险因素。由于技术和患者的复杂性,手工吻合会增加再次 IPAA 术后脓肿形成的风险。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B252>。

(鲜振宇译,姚一博、何思祺校)

良性病摘要 *Benign Abstracts*

Hinchey III 期乙状结肠憩室炎的最佳手术策略:一项决策分析

Fahima Dossa, Sergio A. Acuna, Nancy N. Baxter, Ahmed M. Bayoumi

背景:Hinchey III 期憩室炎的手术方法包括 Hartmann 手术、一期切除吻合和腹腔镜灌洗。尽管多项随机对照试验和荟萃分析对这些手术方法进行了比较,但结果不尽相同,且之前的研究没有解决手术风险和生活质量之间的平衡。

目的:确定 Hinchey III 期乙状结肠憩室炎的最佳手术策略。

设计:我们开发了一个 Markov 队列模型,该模型包括围

手术期并发症发生率/病死率、急诊和择期再手术和生活质量的权重。模型的参数来源于可查到的系统回顾和荟萃分析。对于模型中不确定的节点,我们采用二阶 Monte Carlo 概率灵敏度分析进行验证。

设定:终身。

患者:基线病例是 65 岁的 Hinchey III 期憩室炎患者的模拟队列。同时建立了 80 岁有严重基础病患者的模拟队列。

干预:Hartmann 手术、一期切除吻合(做或不做转流性回肠造口)和腹腔镜灌洗。

主要结局指标:质量校正生命年。

结果:对接受 Hinchey III 期憩室炎手术的患者进行随访,有 39.5% 的 Hartmann 手术患者、14.3% 的腹腔镜灌洗患者以及 16.7% 的一期切除吻合患者,在术后 1 年时仍有造口。应用生活质量进行权重后,一期切除吻合是最佳手术策略,可产生 18 个质量校正生命年;腹腔镜灌洗和 Hartmann 手术的质量校正生命年分别减少 9.6 个和 13.7 个。由于缺乏高质量证据来构建模型参数,无法对老年人和有严重基础病的患者进行情景分析。

局限:该模型需要对接受腹腔镜灌洗治疗的术后远期进程进行假设,因为到目前为止仅有少量数据被发表。

结论:尽管 Hartmann 手术已广泛用于 Hinchey III 期憩室炎的治疗,但同时权衡手术风险和生活质量,腹腔镜灌洗和一期切除吻合能为 Hinchey III 期憩室炎患者提供更多的质量校正生命年,而一期切除吻合似乎是最佳治疗方案。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B223>。

(李悠然译,竺平、窦若虚校)

肛肠病摘要 *Anorectal Abstracts*

痔切除术后的阿片类药物使用

Pamela Lu, Adam C. Fields, Tomas Andriotti, Vanessa Welten, Mehida Rojas - Alexandre, Tracey P. Koehlmoos, Andrew J. Schoenfeld, Nelya Melnitchouk

背景:在美国,每年因痔病就诊的人数超过 400 万。痔切除术后常伴随疼痛,但目前尚没有基于循证证据的痔切除术后阿片类药物处方指南。

目的:探讨阿片类药物的处方模式,并明确痔切除术后需多次使用阿片类药物的相关因素。

设计:基于数据库回顾分析。

设定:国防部军事卫生系统数据库(2006—2014 年)。

患者:参加 TRICARE 保险,年龄在 18~64 岁之间,接受痔切除术且首次使用阿片类药物的患者。

主要结局指标:阿片类药物处方的模式,预测痔切除术后初次处方后两周内再次出具阿片类药物处方的相关因素。

结果:共纳入 6 294 例患者。5 536 例(88.0%)患者在首次处方中平均使用阿片类药物 5 天,1 820 例(32.9%)患者需再次使用阿片类药物。基于首次处方情况建立续药风险模型,风险范围从首次处方给予 1 天剂量的最高风险(39.2%),到首次处方给予 10 天剂量的最低点(26.1%)。

各种社会人口信息和临床特征影响阿片类药物续药的可能性,包括黑人(OR=0.75, 95% CI: 0.62~0.89),药物滥用史(OR=3.26, 95% CI: 1.37~7.34)和阿片类药物处方天数(4~6天: OR=0.83, 95% CI: 0.72~0.96; ≥7天: OR=0.67, 95% CI: 0.57~0.78; 对比1~3天)。

局限:由于使用了基于保险索赔的数据,变量的评估受到一定限制。

结论:痔切除术后对于阿片类药物处方天数的差异性很大。约1/3的患者在术后短期内需要第二次处方。最佳的持续给药时间似乎是5~10天。临床医生可以适当使用止痛药物来缓解患者疼痛,同时最大限度地减少潜在的过度用药风险。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B112>。

(吴炯译,姚一博、何思祺校)

直肠周围脓肿手术切开引流:住院时间延长、再次手术和再入院的风险因素是什么?

Shonan Sho, Aaron J. Dawes, Formosa C. Chen, Marcia M. Russell, Mary R. Kwaan

背景:直肠周围脓肿是一种常见疾病。治疗看似容易,但由于易感人群范围较广,故临床结局可能会有很大差异。

目的:评价直肠周围脓肿手术切开引流的结局,并明确住院时间延长、再次手术和再入院的风险因素。

设计:对美国外科质量改进计划数据库进行回顾性分析。

设定:参与外科数据库的医院。

患者:2011—2016年期间接受直肠周围脓肿门诊手术的成年患者。

主要结局指标:住院时间、再次手术和再入院。

结果:2 358例直肠周围脓肿并接受切开引流患者纳入分析,其中约35%的患者需要住院治疗。再次手术率为3.4%,中位再次手术时间为15.5天。大多数(79.7%)再手术方式为再次切开引流。再入院率为3.0%,中位再入院时间为10.5天。常见的再入院指征包括复发/持续性脓肿(41.4%)和发热及脓毒症(8.6%)。多因素分析显示,术前脓毒症、出血性疾病、非西班牙裔黑人和西班牙裔是住院治疗的危险因素。再次手术的危险因素包括病态肥胖、术前脓毒症和依赖性功能状态。再入院的高危因素则包括女性、使用类固醇/免疫抑制剂和依赖性功能状态。

局限:回顾性分析,手术住院、再次手术和再入院决策中的潜在选择偏倚。

结论:在美国,直肠周围脓肿门诊手术切开引流后效果欠佳的情况并不少见。在价值导向的医疗时代,对于接受直肠周围切开引流的高危患者来说,仍需进一步优化治疗效果。应采取必要的策略(如影像学手段和麻醉下彻底检查)来防止初次手术时的引流不充分,以改善患者预后。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B229>。

(蒋峰译,姚一博、何思祺校)

盆底摘要 *Pelvic Floor Abstracts*

人工肛门括约肌治疗大便失禁的远期并发症

Aart van der Wilt, Stephanie O. Breukink, Rosel Sturkenboom, Laurents P. Stassen, Cornelius G. Baeten, Jarno Melenhorst

背景:大便失禁是一种常见的退行性症状,其发病率随着年龄增长而升高。药物治疗和微创治疗都是有效的。但对于括约肌缺损较大的患者,治疗通常是不够的,可以考虑将人工肛门括约肌作为结肠造口的替代手段。人工肛门括约肌的近期疗效已获研究证实,但其远期疗效目前尚不清楚。

目的:本研究旨在评估人工肛门括约肌植入治疗顽固性大便失禁患者的远期疗效。

设计:结合问卷调查进行回顾性研究。

设定:研究在一家三级医院开展。

主要观察指标:主要结局指标是并发症,次要结局指标是粪便渗漏。

患者:1997—2014年接受人工肛门括约肌治疗的成年严重大便失禁患者。

结果:63例患者纳入本研究。中位随访时间为57个月(范围,1~198),31例患者撤除了人工肛门括约肌装置(49.2%; 95% CI: 36.5%~62.0%)。研究中共进行101次再次手术,每位患者1~6次。再次修复手术的主要原因是植入装置故障和感染。在5年的随访中,80%的患者因并发症需再次手术。22例(35%)患者恢复了控便功能。

局限:本研究受限于回顾性研究设计和主观的次要结局指标。

结论:终末期严重大便失禁患者能从人工肛门括约肌中获益,但需要进行多次的再次手术,且至少有20%的患者最终会进行结肠造口。因此,需要谨慎进行病例选择,并让患者了解这项技术的优势与不足。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B242>。

(卢丹译,姚一博、何思祺校)

社会经济学摘要 *Socioeconomic Abstracts*

出院48小时内再入院:原因、危险因素和潜在改进措施

Fabian Grass, Jacopo Crippa, Jenna K. Lovely, James Ansell, Kevin T. Behm, Pietro Achilli, Martin Hübner, Scott R. Kelley, Kellie L. Mathis, Eric J. Dozois, David W. Larson

背景:再入院率是一项重要的质量指标,而且是医院价值导向支付项目公认的关键指标。

目的:评估再入院的风险因素,重点关注出院48h内在可预防的早期再入院。

设计:回顾性队列研究。

设定:采用标准化快速康复路径的三级学术性医疗机构。

患者:2011—2016年间接受择期结肠切除术的连续患者。

主要结局指标:确定总体和早期(<48 h)再入院的单变量和多变量危险因素。比较早期和晚期再入院的手术和内科治疗相关的原因。

结果:共 526/4 204 例(12.5%)患者在出院 30 天内重新入院。独立危险因素为 ASA 评分(≥ 3 , OR=1.5; 95% CI: 1.1~2)、围手术期体重过度增长(OR=1.7; 95% CI: 1.3~2.3)、回肠造口术(OR=1.4, 95% CI: 1~2), 以及在首次住院期间进行输血(OR=2, 95% CI: 1.4~3)或再次手术(OR=11.4; 95% CI: 7.4~17.5)。未发现潜在可预防的早期再入院危险因素(128 例患者早期再入院, 占有再入院的 24.3%, 占总队列的 3%), 并且首次住院 ≤ 3 天与再入院率无关(OR=0.9; 95% CI: 0.7~1.2)。肠梗阻/小肠梗阻(早期: 43.8% 比晚期: 15.5%, $P<0.001$)是早期再入院的首要原因, 而深部感染(3.9% 比 16.3%, $P<0.001$)和急性肾损伤(0 比 0.5%, $P=0.006$)则主要出现在 48 h 后的再入院。

局限:失访可能导致低回复率, 潜在伴随出现的并发症。

结论:早期再入院主要是由于肠梗阻或小肠梗阻, 而晚期再入院与深部感染和急性肾损伤有关。应谨慎对待出院前可能存在肠梗阻相关症状的患者, 并对造口患者进行专门的教育。缩短首次住院时间不会导致再入院率的升高。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B237>。

(张荣欣译, 何思祺校)

通过回肠造口临床路径来减少因脱水而再入院的有效性: 它经得起时间的考验吗?

Yu-Ting van Loon, Vitaliy Y. Poylin, Deborah Nagle, David D. E. Zimmerman

背景:本中心自 2011 年引入回肠造口临床路径后, 连续 7 个月成功地杜绝了因高排量回肠造口或脱水而再住院的情况。然而, 尚不清楚该临床路径取得的短期成效能否长期持续。

目的:评估回肠造口临床路径在减少因脱水再入院的长期有效性和持久性。

设计:选取接受回肠造口临床路径的患者, 自 2011 年 3 月 1 日路径引进至 2015 年 1 月 31 日, 进行回顾性研究。

地点:这项研究在一个三级学术医疗中心进行。

患者:接受结直肠外科手术和单腔或双腔回肠造口的患者。

干预:评估回肠造口临床路径的长期可持续性。

主要结局指标:主要终点是出院 30 天内因回肠造口高排量或脱水导致的再入院率。

结果:393 例患者[男性 195 例, 女性 198 例, 中位年龄 52(18~87)岁]纳入研究, 其中 161 例为造口临床路径启动前的患者, 232 例为参加造口临床路径的患者。出院后 30 天

总体再入院率由 35.4% 降至 25.9% ($P=0.04$)。高排量和/或脱水导致的再入院率由 15.5% 降至 3.9% ($P<0.001$)。小肠梗阻导致的再入院率由 9.9% 下降至 4.3% ($P=0.03$)。

局限:研究的局限性可能包括非随机的对比患者组, 以及这些患者可能曾被不同的机构收治。

结论:目前的回肠造口临床路径可降低肠造口患者因回肠造口高排量和脱水而导致的再入院率, 且长期有效。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/B233>。

(张荣欣译, 何思祺校)

专区编辑 (Section Editor):汪建平 傅传刚

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 徐贤纲 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

查看其他全文翻译请登陆杂志官网 www.china-gisj.com 或微信公众号

住院医师角:肛周克罗恩病

临床实践指南:美国结直肠外科医师协会克罗恩病外科治疗的临床实践指南

每期精选文章:直肠癌新辅助治疗后临床完全缓解非手术治疗与根治手术的对比: 一项 Markov 决策分析; 痔切除术后的阿片类药物使用

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.