

Dis Colon Rectum 2022年2期摘要

肛管腺癌摘要 *Anal Neoplasia Abstracts*

肛管腺癌:需要多学科治疗的罕见病

Jelena Lukovic, John J. Kim, A. Liu, Bernard J. Cummings, James D. Brierley, R. Wong, Jolie G. Ringash, Laura A. Dawson, Aisling Barry, Monika K. Krzyzanowska, Eric X. Chen, David Hedley, Fayez Quereshey, Carol J. Swallow, Robert N. Gryfe, Erin D. Kennedy, Alexandra M. Easson, Ali Hosni

翻译:赖思聪 中山大学附属第六医院

审校:窦若虚 中山大学附属第六医院

背景:肛管腺癌是一种临床罕见的疾病,目前尚未确定最佳治疗方法。

目的:描述肛管腺癌的多学科治疗方法及效果。

设计:回顾性队列研究。

设定:四级癌症中心。

患者:1995—2016年间收治的男性或者女性患者。

干预措施:52例患者接受了放化疗或者三联疗法治疗,包括放疗、化疗和手术切除。

主要结局指标:使用累积发生率方法估计局部复发、区域复发和远处转移率。Kaplan-Meier方法用于评估无进展生存期和总生存期。多变量Cox比例风险模型用于评估结果的临床预测因子。

结果:与三联疗法相比,接受放化疗的患者的5年局部复发率更高(53%比10%; $P<0.01$)。三联疗法和放化疗的5年远处转移率分别为29%和30%($P=0.9$);辅助化疗并未降低远处转移的发生率($P=0.8$)。三联疗法和放化疗的5年总生存率分别为73%和49.4%($P=0.1$)。在多变量分析中,与较差总生存率相关的因素是放化疗、cT₃₋₄期和淋巴结阳性。

局限:这项研究受到样本量小和回顾性研究的限制。

结论:虽然治疗效果存在个体化差异,但是我们发现通过三联疗法治疗患者的预后更好。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

程新辅助治疗的方案,全程新辅助治疗模式在全球的接受度越来越高。这种方案目前在美国使用的数据有限,但未来却有广泛使用的可能。

目的:本研究旨在比较短期放疗的全程新辅助治疗(SC-TNT)与标准放化疗(CRT)这两种直肠癌新辅助治疗方式的临床表现和肿瘤学结果。

设计:回顾性队列研究。

设定:NCI指定的癌症中心。

患者:本研究入组2009年6月至2018年5月诊断的413例局部晚期直肠癌患者,所有患者均接受任何一种新辅助治疗方案。

干预:有187例患者接受了SC-TNT(5×5 Gy放疗,随后接受奥沙利铂为基础的巩固化疗);而226例患者接受CRT(约50.4 Gy放疗,分28次放疗,同时使用等效氟尿嘧啶的方案化疗)。

主要结局指标:主要终点为肿瘤降期(通过完全缓解率和“低”新辅助治疗评分率衡量)以及无进展生存期。次要研究终点包括治疗相关情况和治疗完成情况、括约肌保全情况以及复发率。

结果:与CRT患者比较,SC-TNT组患者完全缓解率较高(26.2%比17.3%, $P=0.03$),新辅助直肠评分更低(40.1%比25.7%, $P<0.01$),但同时淋巴结阳性病例比例较高(78.6%比68.9%, $P=0.03$),完成三联疗法的比率更高(88.4%比50.4%, $P<0.01$),临时造口的时间更短(4.8个月比7.0个月, $P<0.01$)。SC-TNT和CRT治疗方案都实现了较好的局部控制率(局部复发:2.7%比2.2%, $P=0.76$)和2年无进展生存期[88.2%(95%CI:82.9~93.5)比85.6%(95%CI:80.5~90.7)]。

局限:本研究的局限性包括回顾性设计、疾病严重程度匹配不均衡以及新辅助巩固化疗的剂量不一致。

结论:与标准放化疗相比,SC-TNT与更多的肿瘤降期和相似的无进展生存期有关。这些结果是通过缩短放疗疗程、提高治疗完成率和减少造口需求来实现的。短程全新辅助治疗是局部晚期直肠癌的最佳治疗方案。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

结直肠癌摘要 *Colorectal Cancer Abstracts*

使用短程放疗的全程新辅助治疗:美国直肠癌新辅助治疗经验

William C. Chapman, Hyun Kim, Philip Bauer, Bilal Makhdoom, Nikolaos Trikalinos, Katrina S. Pedersen, Sean C. Glasgow, Matthew G. Mutch, Matthew L. Silveira, Amit Roy, Parag J. Parikh, Steven R. Hunt

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:欧洲和澳大利亚主要采用短程放疗联合化疗作为全

经肛全直肠系膜切除术与经腹全直肠系膜切除术治疗直肠癌的对比结果:一项来自西班牙加泰罗尼亚、基于人群的倾向评分匹配研究

Paula Manchon-Walsh, Borja de Lacy, Miguel Pera, Eloy Espin-Basany, Eduardo M. Targarona, Sebastiano Biondo, Luisa Aliste, Natalia Pallarès, Cristian Tebé, Francesco Pata, Antonio M. Lacy, Alex Guarga, Josep M. Borràs

翻译:俞旻皓 上海交通大学医学院附属仁济医院,李来元 甘肃省人民医院

审校:周易明 复旦大学附属华山医院

背景:目前经肛全直肠系膜切除术的临床价值存在争议。

目的:旨在比较经肛与经腹全直肠系膜切除术治疗直肠癌的短期和中期效果。

设计:这是一项多中心的回顾性队列研究。

设定:该研究包括所有加泰罗尼亚的公立医院。

患者:所有在 2015—2016 年接受经肛或经腹全直肠系膜切除术(开放或腹腔镜手术)治疗的原发直肠癌患者。

主要结局指标:收集有关生存状态的数据至 2019 年 3 月。通过对基线患者特征进行倾向性评分匹配,将组间差异降到最低。竞争风险模型用于评估两年后的远处转移、局部复发和死亡率,多变量 Cox 回归用于评估两年无病生存率。**结果:**研究最终纳入 537 例接受全直肠系膜切除术的患者,其中经肛组 145 例、经腹组 392 例。中位随访时间为 39.2 个月(四分位间距为 33.0, 45.8)。考虑到死亡这一竞争性事件,经肛全直肠系膜切除术与局部复发之间没有关联(匹配的次风险比为 1.28, 95%CI: 0.55~2.96)。局部复发率(经肛: 1.77/100 人年, 95%CI: 0.76~3.34; 经腹: 1.37/100 人年, 95%CI: 0.8~2.15)或死亡率(经肛: 3.98/100 人年, 95%CI: 2.36~6.16; 经腹: 2.99/100 人年, 95%CI: 2.1~4.07)比较差异没有统计学意义。各组的局部复发的两年累积发生率(分别为 4.83% 和 3.57%)和无病生存率(HR: 1.33, 95%CI: 0.92~1.92)相似。

局限:本研究只使用了公共系统的数据,且该研究是回顾性的,没有报告个体外科医生的数据。

结论:这些基于人口的结果支持在加泰罗尼亚地区使用经肛、开放或腹腔镜方法治疗直肠癌均可行。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

机器人辅助的全直肠系膜切除术与腹腔镜全直肠系膜切除术:在经验丰富的中心进行的回顾性基于倾向性评分匹配的队列分析

Thijs A. Burghgraef, Rogier M.P.H. Crolla, Paul M. Verheijen, Milad Fahim, Anna A.W. van Geloven, Jeroen W.A. Leijten, Apollo Pronk, Anke B. Smits, Emiel G.G. Verdaasdonk, Esther C.J. Consten

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:芮耀宇 中山大学附属第六医院

背景:机器人辅助下全直肠系膜切除术的优越性尚未得到证实。大多数研究在比较手术技术时没有考虑学习曲线的影响。

目的:本研究旨在比较腹腔镜与机器人辅助下的全直肠系膜切除术,所有外科医生均达成了该技术的学习曲线。

设计:这是一项多中心回顾性基于倾向性评分匹配分析。

设定:该研究在两家大型机器人专科医院和五家大型腹腔镜专科医院进行。

患者:本研究纳入在 2015 年 1 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日期间在微创治疗中心接受了以治愈为目的的机器人辅助或腹腔镜辅助全直肠系膜切除术的直肠癌患者。

干预:对机器人辅助与腹腔镜直肠全系膜切除术进行了比较。

主要结局指标:主要终点为中转开腹率。次要结果是术后并发症率和环周切缘阳性率。

结果:共纳入 884 例患者,匹配后两组各 315 例患者。腹腔镜与机器人辅助的全直肠系膜切除术之间的中转开腹手术比例相似(4.4% 比 2.5%, $P=0.20$),环周切缘阳性率相似(3.2% 比 4.4%, $P=0.41$)。尽管在机器人辅助组中观察到的伤口感染率较低(5.7% 比 1.9%, $P=0.01$),但总体并发症率相似。在机器人辅助组中,更多患者接受了一期吻合(50.8% 比 68.3%, $P<0.001$)。在腹腔镜专科医院中进行了更多的开腹手术,可能和该组中 cT₄N+肿瘤患者比例过高有关。

局限:这是一个回顾性多中心队列研究,本研究采用倾向性评分来调控适应证方面的混杂因素。

结论:就短期结果而言,机器人辅助和腹腔镜辅助全直肠系膜切除术同样安全。然而,使用机器人辅助手术观察到更多的一期吻合率,以及较低的伤口感染率。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

自膨式金属支架未对急性恶性肠梗阻长期预后产生不利影响:回顾性分析

Ikennah L. Browne, Md Mahsin, Sebastien Drolet, W. Donald Buie, John A. Heine, Anthony R MacLean

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:芮耀宇 中山大学附属第六医院

背景:自膨式金属支架作为急性恶性肠梗阻手术前的过渡措施而广受欢迎。然而,其长期肿瘤学效果尚不清楚。

目的:本研究对比了急性恶性肠梗阻急诊手术与置入结肠支架后接受根治性切除术患者的长期肿瘤学结果。

设计:回顾性研究。

设定:对 2002 年 4 月至 2012 年 12 月期间所有在 3 个三级医疗中心就诊,并且诊断为完全性恶性肠梗阻的患者进行了筛选。本研究纳入原发肿瘤位于肝曲远端的患者。

患者:122 例接受了急诊手术或结肠支架置入的、能够达到治愈效果的患者被纳入研究。

干预:在出现梗阻症状后 24 h 内接受急诊手术,包括支架失败的患者,被纳入急诊手术组。所有在手术前成功放置支架的患者都包括在支架组中。

主要结局指标:使用 Kaplan-Meier 方法计算总生存期和无病生存期。

结果:64 例患者接受了急诊手术,58 例患者接受了自膨式金属支架置入。两组在性别、肿瘤分期和分级、Charlson 和 Charlson-Age 合并症评分方面的差异无统计学意义(均 $P>0.05$),但手术组患者年龄高于支架组($P<0.05$)。两组在检出淋巴结数量、阳性淋巴结、血管和神经周围浸润发生率或化疗接受率方面的差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。两组手术后 30 d 病死率相近(7.41% 比 4.41%, $P>0.05$)。接受结肠支架植入术作为手术桥接的患者和接受急诊手术的患者具有相似的 10 年总生存率(40.5% 比 32.7%, $P=0.13$)和 10 年无病生存率(40.2% 比 33.8%, $P=0.26$)。在意向治疗分组分析中也看到了类似的结果。

局限:这是一项小型回顾性研究。

结论:与急诊手术相比,支架置入后再行手术可以获得相似

的总生存期和无病生存期。对于恶性肠梗阻患者,应考虑将支架置入作为术前过渡。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

交互式培训提高外科医生和病理医生对全直肠系膜切除后直肠癌分级的舒适度

Samantha J. Rivard, Joceline V. Vu, Arielle E. Kanters, Jemin Park, Mariana Berho, Samantha Hendren

翻译:蒋峰 南京中医药大学附属医院

审校:黄鉴 昆明医科大学第一附属医院,何思祺 中山大学附属第六医院

背景:已有研究证明直肠癌行全直肠系膜切除术可减少局部复发和提高生存率,其在临床应用中,标本分级最为重要。然而,由于外科医生和病理医生缺乏技术培训,标本分级在美国仍未得到充分应用。

目的:确定交互式网络研讨会是否能提高医生对直肠系膜标本分级的舒适度。

设计:为了测试该计划的效果,参与者会在参与前后完成一项调查。

设定:12家密歇根外科质量协作医院自愿参与全直肠系膜切除项目。

参与者:全直肠系膜切除分级培训项目的参与者包括来自12家医院的外科医生、外科住院医师、病理医生和助理。

主要结局指标:主要观察指标为对全直肠系膜切除标本分级的舒适度评价。网络研讨会前的调查还包括熟悉度、以往经验、分级培训的分配以及对培训计划的兴趣。会后调查主要衡量网络研讨会与使用标本分级的相关性和有效性,以及参与者在实践中使用标本分级的意愿。

结果:共有34名参与者完成网络研讨会前的调查,28名参与者完成网络研讨会后的调查。网络研讨会后的总体标本分级舒适度评价的中位数为3.64(95%CI:3.32~3.96),显著高于网络研讨会前的标本分级舒适度的中位数2.94(95%CI:2.56~3.32),差异有统计学意义($P=0.007$)。单独评估时,外科医生和病理医生在网络研讨会后对全直肠系膜切除分级的舒适度评价均显著提高。

局限:6名参与者未完成网络研讨会后调查。外科住院医师和病理医生助理分别与执业外科医生和病理医生进行分析。由于网络研讨会前后的调查目标无法确定,因此无法进行配对分析。

结论:全直肠系膜切除分级培训计划提高了外科医生和病理医生对标本分级的舒适度,还表明供应商亦有兴趣接受直肠癌标本分级培训。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

经肛直肠全系膜切除术中吻合口加固缝合后出现吻合口相关并发症的研究:一项回顾性单中心研究

Hiroya Enomoto, Masaaki Ito, Takeshi Sasaki, Yuji Nishizawa, Yuichiro Tsukada, Koji Ikeda, Hiro Hasegawa

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:国际经肛全直肠系膜切除登记组结果显示,经肛全直肠系膜切除术后可能出现的临床问题包括与吻合相关的并发症。

目的:本研究评估了接受经肛全直肠系膜切除术的低位直肠癌患者,术中使用吻合器吻合联合加固缝合的方法后仍然出现吻合口相关并发症的情况。

设计:回顾性单中心研究。

设定:日本国立癌症中心东院。

患者:2016年6月至2019年12月期间,150例低位直肠癌患者接受了经肛门直肠全系膜切除术。55例行吻合器吻合术,95例行手工吻合。术中常规使用吲哚菁绿荧光血管造影评估吻合处的血供情况。所有接受吻合器吻合的患者在吻合线上均使用手工缝线额外加固。本研究没有纳入括约肌间切除术患者。

主要结局指标:比较各组间术后吻合口相关并发症的发生情况。

结果:缝合加固组和手工吻合组分别有1例(1.8%)和8例(8.4%)患者出现早期吻合口漏。在缝合加固组中,吻合口相关并发症、盆腔脓肿和吻合口狭窄的发生率显著降低(分别为 $P<0.001$ 、 $P<0.048$ 、 $P<0.032$)。9例患者(16.4%)观察到吻合后不完整的吻合环(“甜甜圈”,指吻合后的环形切割掉的部分);然而,本研究在这些患者的吻合线处进行了加固,这减少了之后吻合口漏的发生风险。

局限:首先,这是一项非随机或对照的回顾性单中心研究。其次,两组之间在吻合方法上存在时间顺序差异。第三,本研究中接受术前放疗的患者相对较少。

结论:与低位直肠癌经肛全直肠系膜切除术后手缝吻合相比,使用吻合器联合手工缝合加固后出现吻合相关并发症更少;因此,在技术上可能的情况下,吻合器联合手工加固可能效果更好,应作为首选。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

炎症肠病摘要 *Inflammatory Bowel Disease Abstracts*

随着时间推移而老化的储袋功能

Amy L. Lightner, Scott R. Steele, John P. McMichael, Xue Jia, Taha Qazi, Benjamin H. Click, James Church, MB.ChB.

翻译:李悠然 南京中医药大学附属医院

审校:吴炯 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,何思祺 中山大学附属第六医院

背景:针对长期储袋功能的研究中,目前仍没有超过30年的随访或分析>80岁的患者。

目的:在原位储袋超过30年的患者和大于80岁的患者中,调查储袋功能和储袋失败的情况。

设计:回顾性研究。

设定:炎症肠病转诊中心。

患者:1983—1990年期间,接受回肠储袋肛管吻合术(IPAA)的成人溃疡性结肠炎患者。

主要结局指标: 储袋功能和储袋失败率。

方法: 数据收集包括诊断、行 IPAA 时的年龄、IPAA 指征、IPAA 术后药物治疗、IPAA 术后病理、术后发病率、功能结果、生活质量、储袋切除或回肠造口术及其适应证,以及末次随访日期。2020 年 4 月随访所有健在的患者,以更新功能数据和储袋失败率。

结果: 1983—1990 年间,共有 566 例患者接受了储袋手术;在最近联系的 145 人中,75 人接受原位储袋超过 30 年,14 人的年龄大于 80 岁。平均诊断年龄为 (25.8±10.6) 岁,接受手术的年龄为 (34.7±11.3) 岁,末次随访年龄为 (60.5±13.2) 岁。在中位随访 30 (21~32) 年时,共 145 例患者对功能性调查做出了回应。80 岁以上患者对比其他患者可观察到显著增加的便急感 (总是/大部分/有时: 71.5% 比 23.5%) 和白天渗漏 (71.4% 比 22.4%)。在 80 岁以上且原位储袋时间超过 30 年的患者中,近 50% 的患者有时会出现排便紧迫感和大便失禁,1/3 的患者发生储袋失败。在中位随访 15 年时,总的储袋失败率为 19.4% (110 例);危险因素是女性、三期手术和盆腔脓肿。

局限: 回顾性数据库。

结论: 即使在术后 30 年和 80 岁以上的患者中,IPAA 手术仍能使患者保持良好的储袋功能。而储袋功能会随着时间的推移而下降,而失败率也会随着时间的推移而增加。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

良性病摘要 *Benign Disease Abstracts*

NOBLADS - 严重急性下消化道出血风险评估系统的外部验证

Mariana Brito, Marta Patita, Gonçalo Nunes, Manuela Canhoto, Jorge Fonseca

翻译: 李悠然 南京中医药大学附属医院

审校: 竺平 南京中医药大学附属医院, 赖思聪 中山大学附属第六医院

背景: 急性下消化道出血是住院的常见原因。NOBLADS 评分是下消化道出血的临床风险评分。

目的: 本研究旨在从外部验证 NOBLADS 评分在预测急性下消化道出血严重程度和临床结局方面的作用。

设计: 观察性回顾性队列研究。

设定: 在一家大型三级医院进行。

患者: 纳入在 15 个月内因急性下消化道出血入院并接受内镜评估的患者。排除慢性下消化道出血或因其他疾病入院合并急性下消化道出血的患者。

主要结局指标: 主要结局指标是急性下消化道出血的严重程度 (如果需要输注 >2 个单位红细胞和/或出现 >20% 的血细胞比容下降,则归类为严重)。次要结局指标: 红细胞需求量、治疗性干预和住院时间。将 NOBLADS 评分运用于所有患者,使用 ROC 曲线分析其预测急性出血的严重程度和次要结局指标的准确性。

结果: 共纳入 173 例患者 [50.3% 为男性,年龄 (69 ± 17) 岁]。最常见的下消化道出血病因是憩室出血 (18.5%) 和缺血性结肠炎 (15.6%)。50 例患者 (28.9%) 符合严重性出血的标准,33 例患者需要器械干预: 内镜 (28 例)、外科手术

(4 例)、放射学治疗 (1 例)。NOBLADS 评分因急性下消化道出血原因而异,差异有统计学意义 ($P < 0.001$),并可准确预测严重出血 (ROC 曲线下面积 0.923 ± 0.018 , $P < 0.001$)。NOBLADS ≥ 2 分时,检测急性严重性下消化道出血的灵敏度为 100%,特异度为 62.4%,往往需要输注更多的红细胞 (3.6 比 0.08, $P < 0.001$)、行治疗性干预 (38% 比 13%, $P < 0.001$) 和更长的住院时间 (12.8 d 比 3 d, $P < 0.001$)。

局限: 单中心回顾性研究;未行肠道准备的乙状结肠镜/左半结肠镜检查次数;没有进行 NOBLADS 和其他评分系统之间的比较。

结论: NOBLADS 是一种实用且高度准确的工具,可以预测因急性下消化道出血入院的患者是否需要住院治疗、早期结肠镜检查、红细胞输注和更长的住院时间。视频摘要 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

肛门直肠疾病摘要 *Anorectal Disease*

Abstracts

硫酸铝钾联合单宁酸硬化剂治疗脱垂痔的长期疗效: 一项单中心观察性研究

Tatsuya Abe, Masao Kumimoto, Yoshikazu Hachiro, Kei Ohara, Mitsuhiro Inagaki

翻译: 梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院

审校: 张正国 徐州市中心医院, 何思祺 中山大学附属第六医院

背景: 硫酸铝钾联合单宁酸硬化剂对痔疮的疗效与痔切除术几乎相当。然而,其长期效果仍不得而知。

目的: 观察硫酸铝钾联合单宁酸硬化剂治疗脱垂痔的远期疗效。

设计: 这是一项单中心的回顾性研究。

设定: 本研究在一家社区医院的结直肠外科进行。

患者: 共有 1 180 例接受硬化剂注射治疗的 II~IV 度痔手术患者纳入本研究。

主要结局指标: 疗效指标包括累积复发率和术后并发症发生率。

结果: 3 年、6 年和 9 年累积复发率分别为 7.4%、27.2%、47.5%。术后并发症包括发热 ($\geq 38^\circ\text{C}$) 162 例 (1.4%), 直肠溃疡 10 例 (0.9%), 直肠狭窄 5 例 (0.4%) 和肛周脓肿 4 例 (0.3%)。

局限: 这是一项回顾性、非随机的单中心研究。此外,3 年后的门诊随访是选择性的,随访的患者数量逐年下降。

结论: 使用硫酸铝钾和单宁酸进行硬化治疗可获得理想的长期疗效,且并发症发生率低。因此对于脱垂痔患者,它可能是一种值得考虑的治疗方式。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

结局摘要 *Outcomes Abstracts*

当 P 值不合适时: 脆性指数在结肠直肠手术随机对照试验的应用

David W. Nelms, David Vargas, Ryan S. Bedi, Jennifer L. Paruch

翻译:樊文彬 重庆医科大学

审校:卢丹 贵州中医药大学第一附属医院, 芮耀宇 中山大学附属第六医院

背景:美国统计学会等机构呼吁使用 $P < 0.05$ 以外的统计方法。脆性指数是一种统计学指标,定义为发生阳性事件时 P 值将增加到 ≥ 0.05 的最低患者人数。既往综述表明,许多随机对照试验的脆性指数很低,表明其结果可能并不可靠。**目的:**本研究旨在回顾结肠直肠外科随机对照试验的脆性指数。

数据来源:PubMed。

研究选择:系统自动识别主要结局指标为二分类变量、 P 值 ≤ 0.05 且发表时间为2016—2018年的结肠直肠手术随机对照试验。

干预:所有与结肠直肠手术相关的干预程序均纳入考虑。

主要观察指标:主要观察指标为脆性指数和每项试验失访患者数量。计算失访患者数量大于脆性指数的试验的百分比。

结果:共审查了712篇摘要,其中90篇试验符合纳入标准。脆性指数中位数为3(1,10)。在90项试验中,有51项(57%)失访的患者数量大于脆性指数。

局限:脆性指数只是衡量随机临床试验稳健性的一种指标。

结论:大多数结肠直肠手术随机对照试验脆性指数较低。在57%的试验中,失访患者比根据 P 值将试验结果从“显著”更改为“不显著”所需的患者多。这强调了在考虑临床应用时评估临床试验稳健性的重要性,而不是仅仅依赖于 P 值。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

盆底疾病摘要 Pelvic Floor Disease

Abstracts

骶神经刺激前后行为自由的大鼠肛门直肠刺激反应的皮层激活与控便行为的关系

Judith Evers, Ronan O'Connell, James F. X. Jones

翻译:许晨 天津市人民医院

审校:姚一博 上海中医药大学附属龙华医院,孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:有研究显示大便失禁患者的直肠感觉发生了改变,但是目前关于骶神经刺激可以恢复正常的直肠感觉的证据仍十分有限。

目的:研究大便失禁啮齿动物模型肛门直肠刺激感觉的传导变化,以及骶神经刺激对排便行为的影响。

设计:已建立的大便失禁模型。

干预:对16只成年雌性Wistar大鼠进行阴部神经拉伸和压迫,并随访3周;6只大鼠使用植入式神经刺激器接受骶神经刺激1周,10只大鼠插入无功能的“虚拟”装置。另外5只大鼠进行假手术。肛门直肠皮层诱发电位被用作肛门直肠感觉功能的替代指标。

主要结局指标:大便失禁指数、诱发电位振幅和潜伏期。

结果:使用笼子厕所区域外的颗粒分布计算大便失禁指数,发现50%的大鼠出现大便失禁(大便失禁指数 > 0.20)。大便失禁指数 > 0.20 的大鼠,其肛门直肠诱发电位振幅显著降低($P = 0.019$)。作为对照记录的前爪诱发电位,其振幅在各组之间的差异无统计学意义。在这项前瞻性研究中,使用完全植入式装置和定制啮齿动物导线进行慢性骶神经刺激是安全稳定的。在那些失禁大鼠中,骶神经刺激组($n = 3$)较假植入物对照组($n = 5$)大便失禁显著改善,肛门直肠刺激诱发电位振幅增加。

局限:主要的限制是接受骶神经刺激的动物数量很少。

结论:使用微型遥测设备时,慢性骶神经刺激在大鼠模型中的应用是可行的。大便失禁的行为特征与肛门直肠诱发电位潜伏期呈正相关。视频摘要见 <http://links.lww.com/DCR/Bxxx>。

专区编辑(Section Editor):汪建平 傅传刚

执行编辑(Executive Editor):汪挺 窦若虚

本期翻译和审校小组(Translation and Review Group)(按姓氏拼音首字母排序):池诏丞 窦若虚 樊文彬 芮耀宇 何思祺 黄鉴 蒋峰 赖思聪 李来元 李悠然 卢丹 马志明 梅祖兵 孙凌宇 孙伟鹏 佟伟华 吴炯 许晨 徐贤绸 鲜振宇 姚一博 俞旻皓 张木梓 张荣欣 张昭 张正国 周易明 竺平

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

临床实践指南:美国结肠直肠外科医师学会结肠癌诊疗临床实践指南

住院医师角:会阴疝的诊断治疗

每期精选文章:经肛全直肠系膜切除术与经腹全直肠系膜切除术治疗直肠癌的对比

版权声明:文章版权归美国结肠直肠外科医师协会,未经授权不得复制和传播。美国结肠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.